



Gevolgen van preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop

Ervaringen van gebruikers van hart- en vaatmedicatie

Hanneke Zwikker
Yvette Weesie
Marcia Vervloet
Ellen Koster
Daphne Philbert
Nikki Damen
Liset van Dijk

Colofon

ISBN: 978-94-6122-395-1

<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.

Samenvatting

Het komt geregeld voor dat geneesmiddelgebruikers aan de apotheekbalie een ander merk meekrijgen dan zij gewend zijn. De werkzame stof in het geneesmiddel is dan hetzelfde, maar het geneesmiddel is van een andere fabrikant. Daardoor kunnen de naam, verpakking, of dosering van het medicijn anders zijn dan gebruikelijk. Wat zijn hiervan de gevolgen voor de patiënt? Eerder rapporteerden we hierover voor patiënten met longmedicatie. In dit rapport staan patiënten met hart- en vaatmedicatie centraal.

Het preferentie- en inkoopbeleid van zorgverzekeraars heeft geleid tot grote besparingen op de geneesmiddelenkosten. Door dit beleid krijgen patiënten 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 onderzoek van De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie uit 2014 dat een deel van de patiënten die van medicatie wisselt daar problemen mee heeft, bijvoorbeeld vanwege bijwerkingen. Deze signalen zijn voor De Hart & Vaatgroep aanleiding geweest voor dit onderzoek.

Verbanden tussen wisselen van medicatie en patiëntervaringen?

In dit onderzoek kijken we naar het wisselen van medicatie als gevolg van preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop. We kijken hierbij naar de samenhang van het wisselen van hart- en vaatmedicatie met de ervaringen van patiënten met hart- en vaatmedicatie. Tot op heden zijn deze ervaringen niet systematisch in kaart gebracht. Dat is het primaire doel van dit onderzoek. We kijken hierbij naar eventuele verbanden tussen het wisselen van hart- en vaatmedicatie 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. We maken daarbij onderscheid tussen patiënten die wisselen op *initiatief van de apotheek* en patiënten die wisselen op *initiatief van de arts*. De redenen voor wisselen door de arts kunnen divers zijn. Zij kunnen zijn ingegeven door beleid van de zorgverzekeraar maar ook door medische redenen.

Verbanden tussen wisselen van medicatie en patiëntervaringen.

De patiënten die deelnamen aan dit onderzoek, zijn in 2015 en 2016 geworven via apotheken van het UPPER-netwerk (Netwerk voor onderzoek en stages in de farmaceutische praktijk). Zevenentwintig apotheken met in totaal 35 locaties door heel Nederland hebben meegedaan. In totaal hebben 553 patiënten een (online) vragenlijst ingevuld over hun ervaringen met hart- en vaatmedicatie en eventuele wisselingen daarin.

Meer dan vier op de tien patiënten geeft aan gewisseld te zijn. Van deze patiënten is 87% gewisseld op initiatief van de apotheek, de rest op initiatief van de arts (13%). 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 209 mensen (38% van de totale groep) die gewisseld zijn door de apotheek. Dit zou dan ongeveer 1,4 miljoen mensen met een hart- en vaataandoening in Nederland betreffen¹. Van de mensen die op initiatief van de apotheek gewisseld zijn, heeft 15% heeft dit als 'een groot' probleem ervaren, 26% vond dit 'een beetje' een probleem en 59% had er geen problemen mee.

Hart- en vaatpatiënten die gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek, rapporteren, in vergelijking met patiënten die niet gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie, vaker:

- problemen te hebben met praktisch gebruik van hart- en vaatmedicatie;
- bijwerkingen te hebben van de hart- en vaatmedicatie, en dan met name bij mensen die meer dan één type hart- en vaatmiddel gebruiken. Het aantal gerapporteerde bijwerkingen is hoger dan bekend uit registraties (zowel onder wisselaars als niet-wisselaars);
- dat hart- en vaatmedicatie wel eens niet op voorraad is in de apotheek;
- een minder goede therapietrouw.

Geen verschillen werden gevonden voor:

- het moeten (bij)betalen voor hart- en vaatmedicatie;
- zelfvertrouwen ten aanzien van informatieverwerving over hart- en vaatmedicatie en gebruik ervan;
- de ervaren gezondheid;
- het onder controle kunnen houden van de hart- of vaataandoening met behulp van medicatie;
- ziekteverzuim.

Er zijn nauwelijks verschillen tussen bepaalde groepen patiënten (bijvoorbeeld mannen versus vrouwen of mensen die weinig medicijnen gebruiken versus mensen die veel medicijnen gebruiken)².

Tot slot

Patiënten moeten instemmen met een behandeling (informed consent). Uit dit onderzoek blijkt dat ongeveer bijna driekwart (71%) van patiënten die zijn gewisseld van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek geen informatie vanuit zorgverzekeraar of zorgverleners hebben gekregen over veranderingen van medicatie wegens preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop. Indien de patiënt in de apotheek andere medicatie meekrijgt dan voorheen, verdient het aanbeveling de patiënt uitleg te geven over de reden van de wisseling en de eventuele gevolgen daarvan. Wisselen van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek hangt zoals we zagen samen met, onder andere, bijwerkingen, een minder goede therapietrouw en minder vertrouwen in het eigen kunnen als het gaat om het oplossen met problemen met medicatie. Door betere informatie begrijpen patiënten beter dat het belangrijk is de middelen in te nemen en wat te doen mochten zij andere effecten of bijwerkingen merken.

¹ Ruwe schatting gebaseerd op aantal gebruikers van medicatie voor het hartvaatstelsel in 2014 (3,7 miljoen): www.gipdatabank.nl

² Het aantal effecten dat gevonden is, is dusdanig klein dat deze het gevolg kunnen zijn van zogenaamde kanskapitalisatie.

Korte uitleg preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop

Preferentiebeleid

Om kosten van extramuraal geneesmiddelgebruik terug te dringen, hebben zorgverzekeraars beleid om de kosten te beteugelen. 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.

Farmaceutische zorginkoop

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 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.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
1 Inleiding	7
2 Conclusie en aanbevelingen	17
3 Wisselen van hart- en vaatmedicatie	24
4 Wisselen en praktisch gebruik van hart- en vaatmedicatie	29
5 Wisselen en bijwerkingen van hart- en vaatmedicatie	32
6 Wisselen en bijbetaling/levering	35
8 Wisselen en zelf-gerapporteerde therapietrouw.....	42
9 Wisselen en ervaren gezondheid	45
10 Wisselen en informatievoorziening/afstemming van de zorg	48
Referenties	50

1 Inleiding

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'. Mede als gevolg hiervan kunnen patiënten aan de apotheekbalie of in de spreekkamer te maken krijgen met een wisseling in hun medicijnen, zoals is geschetst in onderstaand voorbeeld:

Voorbeeld 'Mevrouw Tol'

"Mevrouw Tol gebruikt al heel wat jaren medicatie voor haar hartaandoening. Zij gebruikt nu al langere tijd hetzelfde medicijn. Ze is daar tevreden over en is gewend aan de tabletten. Op een dag komt mevrouw Tol bij haar apotheek om een nieuwe voorraad medicijnen op te halen. In plaats dat zij haar gebruikelijke medicijn krijgt, krijgt ze nu het medicijn van een ander merk mee. Het aantal tabletten dat in de verpakking zit, is ook anders dan voorheen. De apotheker legt uit dat het nieuwe geneesmiddel middel anders is wat betreft het merk, maar dat de werkzame stof precies hetzelfde is".

Bovenstaand voorbeeld beschrijft een situatie die geregeld voorkomt. Veel patiënten krijgen wel eens een geneesmiddel van een ander merk mee dan ze gewend zijn. Dit onderzoek beschrijft de omvang en aard van het wisselen van hart- en vaatmedicatie alsmede ervaringen van patiënten met deze wisselingen. We starten met een beschrijving van de context waarbinnen deze wisselingen plaatsvinden.

1.1 Wisselingen in medicatie: beleid van zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hanteren soms 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 de aanspraken formeel niet, maar beoogt bij te dragen aan het doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen: "goedkoop voorschrijven waar het kan, duur waar het moet" (Kerpershoek e.a., 2012). 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 extramuraal³ geneesmiddelgebruik terug te dringen. Aangezien 30-45% van de 65-plussers minimaal vijf of meer geneesmiddelen per dag neemt (Lemmens & Weda, 2013) is mede op dit gebied een kostenbesparing te realiseren. Het achterliggende doel is om de stijgende zorguitgaven in Nederland in de hand te houden (Orde van Medisch Specialisten, 2011).

Preferentie- en inkoopbeleid heeft geleid tot kostenbesparingen in de zorg (Kien & van den Boogert, 2014), maar heeft ook 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 verkeerd gebruik van medicijnen. Patiënten kunnen ook in verwarring raken door het krijgen van een medicijn van een ander merk aan de apotheekbalie.

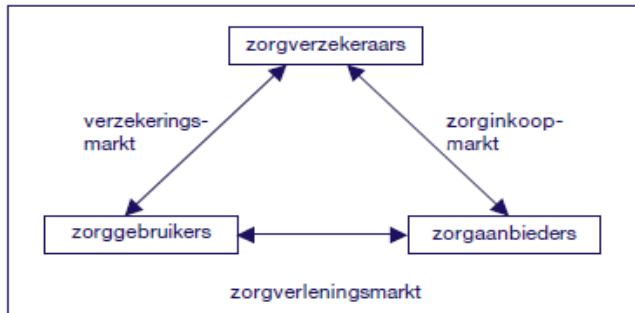
Deze signalen zijn voor De Hart & Vaatgroep – in navolging van het Longfonds – aanleiding geweest voor verder onderzoek. In dit onderzoek kijken we daarom naar eventuele verbanden tussen het wisselen van medicatie als gevolg van beleid van zorgverzekeraars en de ervaringen van patiënten met hart- en vaatmedicatie, 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.

1.2 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 mevrouw Tol 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 verzekeren. Deze afspraken worden opgenomen in de zorgverzekeringpolis. Daarin moet de zorgverzekeraar sowieso het wettelijk basispakket (de wettelijk bepaalde zorgkosten die worden vergoed) opnemen.

³ Waar in dit rapport gesproken wordt over 'geneesmiddelen', doelen we op extramurale geneesmiddelen

De overheid staat in het midden van de driehoek als ‘spelverdeler’ die de randvoorwaarden creëert waarbinnen interacties op de markt plaatsvinden (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010). Om doelmatigheid te bevorderen, maken zorgverzekeraars afspraken met verzekerden en zorgaanbieders op respectievelijk de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt.



Figuur 1.a – Deelmarkten in het zorgstelsel (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010)

1.3 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 bijvoorbeeld een ander uiterlijk of andere doseringsvorm hebben. 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 welk merk van een geneesmiddel hij/zij aanspraak heeft.

Bij de keuze van een preferent geneesmiddel kan de zorgverzekeraar zich baseren op openbare prijslijsten (bijvoorbeeld de G-standaard) (KNMP, 2015). 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 (KNMP, 2015).

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. 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 (Kerpershoek e.a., 2012).

Ook vanuit apothek: wisseling in medicatie niet vanzelfsprekend

Ook vanuit perspectief van de apothek is wisselen van medicatie wegens preferentiebeleid geen vanzelfsprekendheid. Dat blijkt uit de Handleiding Geneesmiddelensubstitutie van de KNMP. Deze heeft als uitgangspunt dat de effectiviteit en veiligheid van de te substitueren middelen gelijkwaardig moet zijn (zie beslisboom appendix 5) (KNMP, 2013).

1.4 Zorginkoopmarkt: vormen van farmaceutische zorginkoop

Het merendeel van de zorgverzekeraars voert een preferentiebeleid. 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 patiënt kan het effect daarvan hetzelfde zijn als van het preferentiebeleid, namelijk wisselen van geneesmiddel(en).

Sturing in zorginkoopcontracten kan op diverse manieren. 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 Zilveren Kruis 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 (Consumentenbond, 2015).

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 (Sanofi-aventis Netherlands B.V., 2014). 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 álle 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 mevrouw Tol?

De wisseling in medicijnen van mevrouw Tol kan verschillende redenen hebben. Mevrouw Tol zou aan de apotheekbalie gewisseld kunnen zijn van medicijn door preferentiebeleid. Dat zou zij dan terug moeten kunnen vinden in haar verzekeringspolis, omdat het gaat om een beperking van haar aanspraak op vergoeding van geneesmiddelen. Mevrouw Tol kan ook wegens farmaceutische zorginkoop zijn omgezet op een medicijn van een ander merk. Dan heeft zij wél aanspraak op vergoeding van het 'oude' geneesmiddel. Omzetten kan in zo'n geval alleen als mevrouw Tol en haar 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 hart- en vaatmedicatie bij mevrouw Tol: de systemen achter preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop zijn complex en voor patiënten vaak lastig te doorgronden (Kien & Van den Boogert, 2014). 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.

1.5 Onbedoelde gevolgen van preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop

Onbedoelde gevolgen blijken bijvoorbeeld uit het onderzoek van het NIVEL (in samenwerking met UPPER en het Longfonds) in 2015 (Zwicker e.a. 2015). Patiënten die gewisseld zijn van longmedicatie als gevolg van preferentie- of inkoopbeleid rapporteren vaker, in vergelijking met patiënten die niet gewisseld zijn:

- 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.

Andere onbedoelde gevolgen van preferentiebeleid zijn gemeld in een onderzoek onder 819 apothekers van SIR, Institute for Pharmacy Practice and Policy (Amini, 2013). Apothekers meldden bijvoorbeeld dat:

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

Ook de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening (EGV) signaleert risico's en knelpunten specifiek ten aanzien van het preferentiebeleid. Deze zijn samengevat in het Witboek Preferentiebeleid (Kien & Van den Boogert, 2014). 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 (Kien & Van den Boogert 2014, Long Alliantie Nederland 2014). Dit is bevestigd in het NIVEL-onderzoek onder gebruikers van longmedicatie⁴. In een recent onderzoek op gebied van Parkinsonmedicatie, gaf 22% van de apothekers bovendien aan 'Medische Noodzaak' niet altijd te honoreren (Beekman, 2015). Artsen vermelden ook niet altijd 'Medische Noodzaak' op het recept als zij een ander middel dan het preferente middel voorschrijven (Kerpershoek e.a. 2012). 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.

⁴ In het NIVEL-onderzoek over wisselen van longmedicatie kregen 21 mensen de term Medische Noodzaak op het recept. Vier van deze mensen kregen niet (altijd) het middel dat op dat recept vermeld stond

Een ander gesignaleerd knelpunt is dat zorgverzekeraars onvoldoende transparant zijn over prijzen van geneesmiddelen (zie couvertsysteem, pagina 7) 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 (Kien & Van den Boogert, 2014) 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 (Kien & Van den Boogert, 2014).

1.6 Wat is nog onbekend?

Het wisselen van medicatie wegens preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop kan zowel bedoelde als onbedoelde gevolgen hebben voor patiënten. Deze zijn voor gebruikers van medicatie voor hart- en vaataandoeningen nog niet bekend. Het **doel** van dit onderzoek is daarom: het systematisch in kaart brengen van eventuele verbanden tussen het wisselen van hart- en vaatmedicatie enerzijds en patiëntervaringen ten aanzien van hart- en vaatmedicatie, zorg en gezondheid anderzijds (zie figuur 1b en toelichting voor verdere uitleg). We kijken specifiek naar verbanden tussen het wisselen van hart- en vaatmedicatie⁵ en praktisch gebruik van medicatie, 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.

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 mevrouw Tol die een geneesmiddel van een ander merk meekreeg dan zij 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*

⁵ Met 'wisselen van hart- en vaatmedicatie' 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 of een andere dosering.

(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 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 mensen die wisselen op initiatief van de apotheek. Hierbij kijken we naar de gehele groep gebruikers van hart- en vaatmedicatie. Op verzoek van De Hart- en Vaatgroep wordt aan het eind van elk hoofdstuk een aantal resultaten weergegeven voor de groep mensen die bloedverdunners gebruiken omdat bij deze groep de gevolgen van bijvoorbeeld therapieontrouw voor deze groep waarschijnlijk groter zijn dan voor andere groepen.

1.7 Vraagstellingen

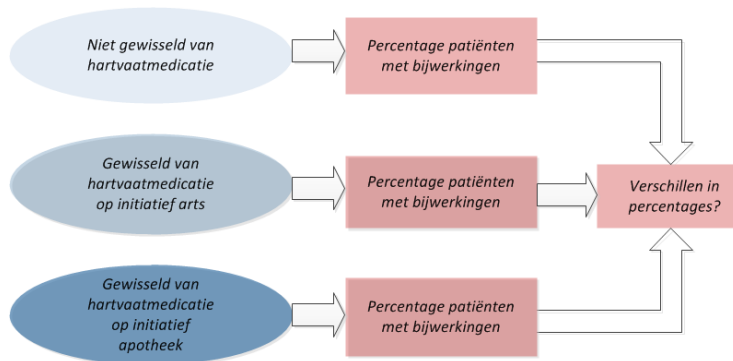
1. Wat is de omvang en aard van het wisselen van hart- en vaatmedicatie? Hoeveel patiënten rapporteren geen of wel problemen te hebben ervaren met het wisselen van hart- en vaatmedicatie?
2. Hoe vaak wordt de term 'Medische Noodzaak' (MN) op het recept voor hart- en vaatmedicatie gebruikt? Komt het voor 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 patiënten met een hart- of vaataandoening aangaande praktisch gebruik met medicatie, bijwerkingen van hart- en vaatmedicatie, 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? Hoe ziet dit plaatje eruit voor mensen die bloedverdunners gebruiken?
4. Zijn er verbanden tussen het wisselen van hart- en vaatmedicatie (met onderscheid tussen wisselen op initiatief van de arts en wisselen op initiatief van de apotheek) en deze ervaringen?⁶
5. Zo ja, is dan de sterkte van het betreffende verband tussen het wisselen van hart- en vaatmedicatie en de patiëntervaring anders voor:
 - a. patiënten met bepaalde kenmerken, zoals geslacht en opleidingsniveau?⁷
 - b. patiënten van verschillende zorgverzekeraars: Zilveren Kruis, CZ, Menzis of VGZ?⁴
 - c. patiënten die maar één middel voor de hart- of vaataandoening gebruiken (bijvoorbeeld statines, bloeddrukverlagers, bloedverdunners) of die meer middelen gebruiken? (Analyse binnen de groep gewisselde patiënten)⁵
 - d. patiënten die een bepaald type verandering in hun geneesmiddel hebben gehad (zoals groepen die een andere dosering kregen: analyse binnen de groep gewisselde patiënten)⁸

⁶ Exclusief ervaringen met informatievoorziening/afstemming zorg, omdat dit alleen in kaart is gebracht voor patiënten die gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek (dus vergelijking met niet-wisselaars onmogelijk)

⁷ Patiënten gewisseld op initiatief van de arts zijn buiten deze analyses gelaten

⁸ Patiënten gewisseld op initiatief van de arts of op initiatief van de apotheek zijn hier samengenomen

Onderstaand voorbeeld (figuur 1.b) maakt de strekking van vraag 4 en 5 duidelijk. Er is een aantal groepen te onderscheiden: de groep die niet is gewisseld van hart- en vaatmedicatie en de groepen die wel zijn gewisseld van hart- en vaatmedicatie 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 hart- en vaatmedicatie

1.8 Samenvatting onderzoeksmethode

Het onderzoek richt zich specifiek op volwassen patiënten met een hart- of vaataandoening (of een verhoogd risico daarop), die hiervoor medicatie gebruiken. De volgende groepen medicijnen zijn in het onderzoek betrokken:

- bloeddrukverlagende medicijnen;
- antistollingsmiddelen;
- cholesterverlagers;
- nitraten;
- digitalis.

Verdere uitleg staat in de methode in appendix 2.

Voor het beantwoorden van de vraagstellingen zijn gebruikers van hart- en vaatmedicatie aangeschreven met een (online) vragenlijst vanuit apotheken die onderdeel zijn van het UPPER-netwerk. Dit gebeurde in de periode oktober 2015 tot en met februari 2016. 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 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 hart- en vaatmedicatie samengenomen). Vervolgens wordt gekeken naar de verbanden tussen wisselen van hart- en vaatmedicatie en het betreffende thema. Daarna wordt bestudeerd of de sterkte van eventuele verbanden verschilt voor bepaalde typen

medicatie of groepen patiënten. Een overzicht van de gebruikte begrippen in dit rapport is te vinden in appendix 6.

1.9 Leeswijzer

Hierna worden achtereenvolgens de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek gepresenteerd (hoofdstuk 2), gevolgd door acht hoofdstukken over de resultaten van de survey onder patiënten. Details over de methode van het onderzoek zijn te vinden in de bijlagen van dit rapport.

Box - Samenvatting methoden

- Gebruikers van hart- en vaatmedicatie zijn in 2015/2016 geworven via apotheken van het UPPER-netwerk (Netwerk voor onderzoek en stages in de farmaceutische praktijk). 27 apotheken met totaal 35 locaties door heel Nederland hebben meegedaan.
- Aan het onderzoek hebben totaal 553 gebruikers van hart- en vaatmedicatie deelgenomen. Zij hebben een (online) vragenlijst ingevuld over hun ervaringen met hart- en vaatmedicatie, eventuele wisselingen daarin en hun ervaringen ten aanzien van medicatiegebruik, zorg, gezondheid en informatievoorziening.
- Verbanden tussen wisselen van hart- en vaatmedicatie en patiëntervaringen zijn statistisch getoetst.
- Voor deze verbanden is bekeken of de sterkte van het verband anders is voor:
 - patiënten met bepaalde kenmerken. We vergelijken hier de sterkte van verbanden tussen wel/niet gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie en patiëntervaringen tussen groepen die zijn ingedeeld op basis van vijf kenmerken: geslacht, opleidingsniveau, totaal aantal medicijnen op recept, leeftijd en het aantal jaar gebruik van hart- en vaatmedicatie. 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: Zilveren Kruis, CZ, Menzis of VGZ.
 - patiënten die één of juist meerdere geneesmiddel(en) voor de hart- of vaataandoening gebruiken, zoals statines of bloeddrukverlagers. We kijken hier naar verbanden *binnen* de groep patiënten die wel is gewisseld van hart- en vaatmedicatie in het afgelopen jaar. Is het verband tussen gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie en ervaren bijwerkingen bijvoorbeeld sterker voor patiënten die meerdere geneesmiddelen voor de hart- of vaataandoening gebruiken, dan voor patiënten die ook gewisseld zijn van een medicijn, maar die hooguit één geneesmiddel gebruiken?
 - 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 hart- en vaatmedicatie in het afgelopen jaar. Is het verband tussen gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie en ervaren bijwerkingen bijvoorbeeld sterker voor patiënten die een andere dosering kregen, dan voor patiënten die ook gewisseld zijn van een medicijn, maar daarbij geen andere dosering kregen?

2 Conclusies en aanbevelingen

2.1 Bevindingen

Het primaire doel van dit onderzoek was het systematisch in kaart brengen van eventuele verbanden tussen het wisselen van hart- en vaatmedicatie (als gevolg van preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop) en patiëntervaringen ten aanzien van hart- en vaatmedicatie, 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 hart- en vaatmedicatie.

De groep “gewisseld op initiatief van de arts” is vanwege geringe aantallen respondenten niet in alle analyses meegenomen.

Bijna twee op de vijf patiënten (38%) zijn het afgelopen jaar gewisseld van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek. Zij zijn daarmee gewisseld als gevolg van preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop. Ruim een kwart (26%) heeft dit ‘een beetje’ als een probleem ervaren en 15% heeft dit als ‘een groot’ probleem ervaren. Daarnaast geeft 59% aan het geen probleem te vinden dat zij een ander medicijn hebben meegekregen. Kijken we naar de omvang van de ervaringen met wisselen op initiatief van de apotheek, dan rapporteert/rapporteren:

- ruim één op de vier (28%) van de patiënten die het afgelopen jaar wisselden van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek (‘apothek-wisselaars’) problemen te hebben met het praktisch gebruik van hart- en vaatmedicatie, tegenover bijna één op zes (15%) van de patiënten die niet wisselden (‘niet-wisselaars’);
- één op de drie (33%) van de apotheek-wisselaars bijwerkingen, tegenover ruim één op de vijf (22%) niet-wisselaars;
- bijna één op de vier (23%) apotheek-wisselaars dat hart- en vaatmedicatie wel eens niet voorradig is geweest in het afgelopen jaar, tegenover één op de acht (12%) van de niet-wisselaars;
- acht op de tien (79%) van de apotheek-wisselaars therapietrouw te zijn, tegenover 86% van de niet-wisselaars.

Bovengenoemde resultaten verschillen niet tussen patiënten van diverse zorgverzekeraars ongeacht het beleid dat deze zorgverzekeraar voert. Ook is het moeten (bij)betalen voor hart- en vaatmedicatie, zelfvertrouwen ten aanzien van informatieverwerving over hart- en vaatmedicatie en gebruik ervan, de ervaren gezondheid, het onder controle kunnen houden van de hart- of vaataandoening met behulp van medicatie en ziekteverzuim niet verschillend tussen patiënten die wel of niet gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie. Er zijn nauwelijks verschillen tussen bepaalde groepen patiënten (bijvoorbeeld mannen versus vrouwen of weinig versus veel medicijnen)⁹. Tot slot

⁹ Het aantal effecten dat gevonden is, is dusdanig klein dat deze het gevolg kunnen zijn van zogenaamde kanskapitalisatie.

heeft een ruime meerderheid van patiënten die is gewisseld op initiatief van de apotheek (71%) geen informatie vanuit zorgverleners gekregen over veranderingen van medicatie wegens preferentiebeleid of inkoopbeleid van zorgverleners/ 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.

2.2 Beschouwing

Onze resultaten zijn 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' (Kien & van den Boogert, 2014; Van Haastert en Lekkerkerk, 2013). 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. Toch verschilt het percentage patiënten dat gewisseld is van hart- en vaatmedicatie 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 hart- en vaatmedicatie, 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 hart- en vaatmedicatie.

Praktische problemen, bijwerkingen, zelfvertrouwen, therapietrouw

Het wisselen blijkt geen invloed te hebben op het *zelfvertrouwen* van patiënten ten aanzien van informatieverwerving over en het gebruik van hart- en vaatmedicatie. Echter, patiënten die wisselen ervaren wel vaker praktische problemen, bijwerkingen, en zijn minder vaak therapietrouw aan de hart- en vaatmedicatie. Deze problemen kunnen samenhangen. Allereerst kunnen patiënten allergisch zijn voor de hulpstoffen van het nieuwe medicijn (Nefarma 2015), waardoor zij vaker bijwerkingen rapporteren. Bijwerkingen kunnen, net als praktische problemen, ten grondslag liggen aan een minder goede therapietrouw (ondanks het hoge zelfvertrouwen dat patiënten hebben wat betreft het goed innemen van medicatie) (ABC project team, 2012). Van de patiënten die bijwerkingen hebben ervaren van hun medicijn geeft 44% aan hun medicijn daardoor anders te gebruiken. Vaak is men dan helemaal gestopt of neemt men minder medicatie dan is voorgeschreven. Een laatste punt om op te merken, is dat veel mensen bijwerkingen rapporteren, bijvoorbeeld meer dan op basis van bijsluiters of meldingen te verwachten is. Overigens is in eerder onderzoek waar patiënten naar bijwerkingen werd gevraagd (bijvoorbeeld naar statines en antidepressiva, ook gevonden dat patiënten dan veel bijwerkingen rapporteren (Wouters e.a. 2014, 2016).

Ervaren gezondheid en ziekteverzuim

Er zijn geen verschillen gevonden tussen het krijgen van een ander medicijn en respectievelijk de ervaren gezondheid en het onder controle kunnen houden van de hart- of vaataandoening met behulp van de medicatie. Hetzelfde geldt voor het ziekteverzuim. Echter, het is in dit onderzoek niet te achterhalen of het ziekteverzuim veroorzaakt is wegens de hart- en vaataandoening of om andere redenen. Een zuiver verband tussen het wisselen van hart- en vaatmedicatie en ziekteverzuim door *hart- en vaataandoening-gerelateerde* problemen is daarom niet te schatten.

Niet voorradig zijn van hart- en vaatmedicatie

Van *alle* patiënten heeft 16% wel eens te horen gekregen dat de medicatie niet op voorraad was. Dit percentage is lager dan gevonden werd in een peiling van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL in 2014 (Reitsma-van Rooijen e.a. 2013). Daarin gaf één op de drie mensen die het afgelopen jaar de apotheek bezocht aan dat geneesmiddelen wel eens niet op voorraad waren. Patiënten die wisselen op initiatief van de apotheek horen vaker dat medicijnen niet op voorraad zijn (23%). 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.

Medische noodzaak op recept

De term 'Medische Noodzaak' (MN) is niet vaak op het recept vermeld. Van de 23 mensen (van de totale groep van ruim 500 respondenten) bij wie deze term het afgelopen jaar wel op hun recept stond, geven twee mensen aan dat ze het betreffende middel niet altijd hebben meegekregen van de apotheek. Het niet altijd honoreren van MN is in lijn met recent onderzoek op gebied van Parkinsonmedicatie (Beekman, 2015) en het eerdere onderzoek dat het NIVEL deed in samenwerking met het Longfonds op dit thema (Zwikker-de Jong e.a. 2015). 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 (Beekman, 2015). Hiervoor is het belangrijk dat zowel de arts als de apotheker goed inzicht in de medicatie van de patiënt heeft. Uit recent onderzoek blijkt dat de uitwisseling van medicijnoverzichten beter kan (Van Lettow e.a. 2016). Ook hanteren zorgverzekeraars soms extra voorwaarden om te bepalen of is voldaan aan de term MN (Kien & van den Boogert, 2014). 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 ruime meerderheid van de patiënten (71% van n=202) die is gewisseld van medicatie op initiatief van de apotheek 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 79% aan deze informatie te hebben ontvangen van de apotheek. Zorgverzekeraars spelen in de ogen van patiënten nauwelijks een rol in de informatievoorziening over het preferentiebeleid. Onze resultaten

bevestigen het *door patiënten ervaren tekort* aan informatievoorziening over preferentie- en inkoopbeleid door zorgverzekeraars en, in mindere mate, door zorgverleners (Van Haastert & Lekkerkerk, 2013). De tijd die apothekers steken in de uitleg over preferentie- beleid gaat, volgens de apothekemedewerkers zelf, ten koste van de (beschikbare tijd voor) farmaceutische patiëntenzorg (Amini & Kruijtbosch 2013).

Wettelijk gezien kan alleen het preferentiebeleid en niet het inkoopbeleid de aanspraak van een patiënt op een geneesmiddel uit het GVS beperken (Kien & van den Boogert, 2014). 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 209 van 553 (38%) patiënten aan het afgelopen jaar gewisseld te zijn van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek. Wisselingen vinden vooral plaats tussen geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof. Hoewel we dit cijfer niet kunnen vergelijken met andere bronnen, nemen we aan dat het een redelijke schatting van het aantal switchers. Dit omdat:

- de apotheken die deelnemen aan ons onderzoek verspreid zijn over heel Nederland en;
- in een eerder onderzoek met exact dezelfde opzet voor het Longfonds, waarin wel de gelegenheid was om de uitkomsten met andere bronnen te vergelijken, de uitkomsten tussen de bronnen vrijwel gelijk waren (Zwicker- de Jong et al 2015).

Dit zou dan ongeveer 1,4 miljoen mensen met een hart- en vaataandoening in Nederland betreffen¹⁰. Door de stijging in het aantal generieke geneesmiddelen (KNMP 2013) zal de druk op wisselen mogelijk toenemen in de toekomst.

Op de vraag 'Wat vond u ervan dat u een ander medicijn meekreeg dan u gewend was' geeft 41% van de patiënten aan dit (enigszins) een probleem te vinden. Vier op de 10 patiënten met een hart- of vaataandoening in Nederland die gewisseld zijn van hart- of vaatmedicatie geven dus *zelf* aan in meer of mindere mate problemen te ervaren met het wisselen. Als we dat getal extrapoleren naar Nederland zijn dat ruim 574.000 mensen.

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 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 bijwerkingen kregen van een eerder preferent of door de apotheek afgeleverd ander middel en dat

¹⁰ Ruwe schatting gebaseerd op aantal gebruikers van medicatie voor het hartvaatstelsel in 2014 (3,7 miljoen): www.gipdatabank.nl

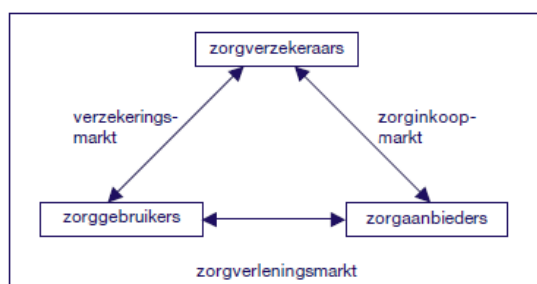
zij daarom terug naar de arts zijn gegaan. Deze bijwerkingen zijn daarom mogelijk het gevolg van noodzakelijk medisch handelen en die zijn niet te voorkomen. De bevindingen zijn in lijn met de bevindingen van het eerder genoemde onderzoek onder patiënten met longaandoeningen.

2.3 Conclusies

1. Van alle patiënten die aan dit onderzoek meededen, wisselde 38% op initiatief van de apotheek van hart- en vaatmedicatie. Van deze groep vond 15% dit een groot probleem en 26% vond het enigszins (“een beetje”) een probleem.
2. Het wisselen van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek (als gevolg van preferentie- of inkoopbeleid) hangt samen met problemen met (praktisch) gebruik, meer bijwerkingen, mindere beschikbaarheid van hart- en vaatmedicatie en verminderde therapietrouw.
3. Er is geen samenhang tussen wisselen van hart- en vaatmedicatie en het moeten (bij)betalen voor hart- en vaatmedicatie, zelfvertrouwen ten aanzien van informatieverwerving over, en gebruik van hart- en vaatmedicatie, de ervaren gezondheid, het onder controle kunnen houden van de hart- of vaataandoening met behulp van medicatie en ziekteverzuim.
4. Een ruime meerderheid van de apotheekwisselaars ontvangt geen informatie vanuit de zorgverleners/zorgverzekeraars over wisselingen van hart- en vaatmedicatie wegens preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop. Als zij informatie krijgen, is dat vooral in de apotheek.
5. De resultaten voor hart- en vaatpatiënten zijn in grote lijnen vergelijkbaar met die van de resultaten van een eerder onderzoek onder longpatiënten. Daar waar verschillen zijn tussen wisselaars en niet-wisselaars, zijn die vaak minder groot voor hart- en vaatpatiënten. Zij lijken minder gevolgen te ondervinden van het wisselen van medicatie dan patiënten met longmedicatie.

2.4 Aanbevelingen

In onderstaande doen we aanbevelingen voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorggebruikers (zie figuur 2) aangaande het preferentie- en inkoopbeleid.



Figuur 2 – Deelmarkten in het zorgstelsel (5)

Zorgverzekeraars

- 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 en Lekkerkerk (2013) 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

- 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 hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek hangt namelijk samen met, onder andere, bijwerkingen, een minder goede therapietrouw en minder en minder vertrouwen in het eigen kunnen als het gaat om het oplossen met problemen met medicatie. Door betere informatie begrijpen patiënten beter dat het belangrijk is de middelen in te nemen en wat te doen mochten zij andere effecten of bijwerkingen merken.
- Het wisselen van medicatie is een reden om patiënten te monitoren. Bestaande apothekersrichtlijnen bieden handvatten voor om patiënten te begeleiden en te monitoren bij hun medicatiegebruik (KNMP 2013 a/b).

Zorggebruiker (de patiënt & de patiëntenorganisatie)

- Patiënten moeten zich (laten) informeren over hun rechten en aanspraken op basis van de wetgeving en hun verzekeringspolis. De patiëntenorganisatie kan hierin een rol spelen.
- 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. Ook hierin kan de patiëntenorganisatie een rol spelen.

Algemene aanbevelingen

Er kan onderzoek gedaan worden naar de doelmatigheid van het preferentiebeleid en de farmaceutische zorginkoop. Het verdient aanbeveling daarbij ook te kijken naar de (maatschappelijke) kosten van onbedoelde gevolgen voor (bepaalde groepen) patiënten en zorgverleners. Er is bijvoorbeeld verband tussen het wisselen van hart- en vaatmedicatie en een minder goede therapietrouw; therapieontrouw is op haar beurt een belangrijke risicofactor voor

vermijdbare, geneesmiddel-gerelateerde ziekenhuisopnamen (Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, 2006). 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.

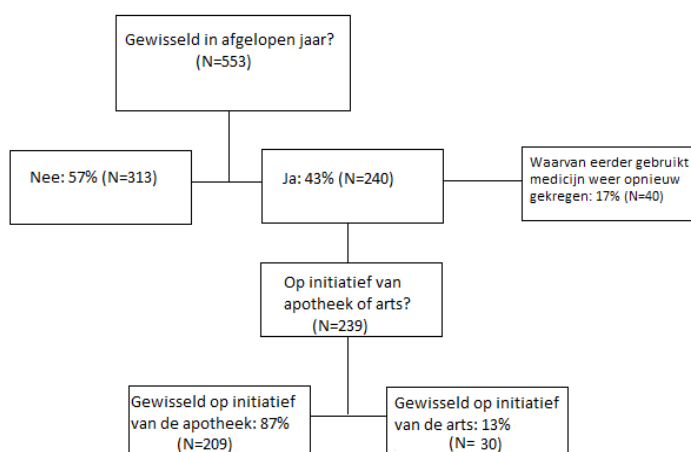
3 Wisselen van hart- en vaatmedicatie

Vier van de tien deelnemende patiënten (43%; n=553) zijn het afgelopen jaar gewisseld van hart- en vaatmedicatie. In 87% van de gevallen komt dit door een wisseling op initiatief van de apotheek (dit is 38% van de totale groep) en in 13% van de gevallen door een wisseling op initiatief van de arts. Een meerderheid van de patiënten (59% van de groep 'gewisseld door apotheek' en 63% 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 hart- en vaatmedicatie wél als een probleem ervaren. Volgens deze patiënten heeft dit vooral te maken met bijwerkingen of een verminderde werking van het nieuwe medicijn.

In dit hoofdstuk schetsen we een beeld van de aard en omvang van het wisselen van hart- en vaatmedicatie. Hierbij maken we onderscheid tussen patiënten die wisselen van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de arts of op initiatief van de apotheek. We kijken ook naar gebruik van de term 'Medische Noodzaak' op recept.

3.1 Omvang en aard wisselen

In totaal hebben 553 patiënten een vragenlijst ingevuld over hun ervaringen met (het eventuele wisselen van) hart- en vaatmedicatie. Hun achtergrondkenmerken zijn beschreven in appendix 1. Van deze patiënten geeft 43% aan gewisseld te zijn (n=240, dit is 38% van de totale groep patiënten). Van allemaal op één na (n=239) is bekend door wie zij zijn gewisseld: 30 patiënten zijn gewisseld op initiatief van de arts en 209 patiënten zijn gewisseld op initiatief van de apotheek (figuur 3). Uit deze cijfers blijkt dus dat bijna twee op de vijf patiënten (209 van de 553) een ander medicijn hebben gekregen van de apotheek als gevolg van preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop.



Figuur 3 – Stroomdiagram 'wisselen van hart- en vaatmedicatie in het afgelopen jaar'

Van de totale groep mensen die is gewisseld (n=240) geeft 17% (n=40) aan een eerder gebruikt medicijn weer terug te hebben gekregen van de apotheek. Meestal heeft men daar zelf om gevraagd. Als een zorgverlener het initiatief nam was dat het vaakst de apotheker, gevolgd door de huisarts of medisch specialist. Op de vraag 'waarom men het eerdere medicijn weer had teruggekregen' weet bijna de helft het antwoord niet. Weet men dit wel, dan heeft dit vooral te maken met meer bijwerkingen of een verminderde werking van het nieuwe medicijn.

3.2 Aard van de wisselingen in hart- en vaatmedicatie

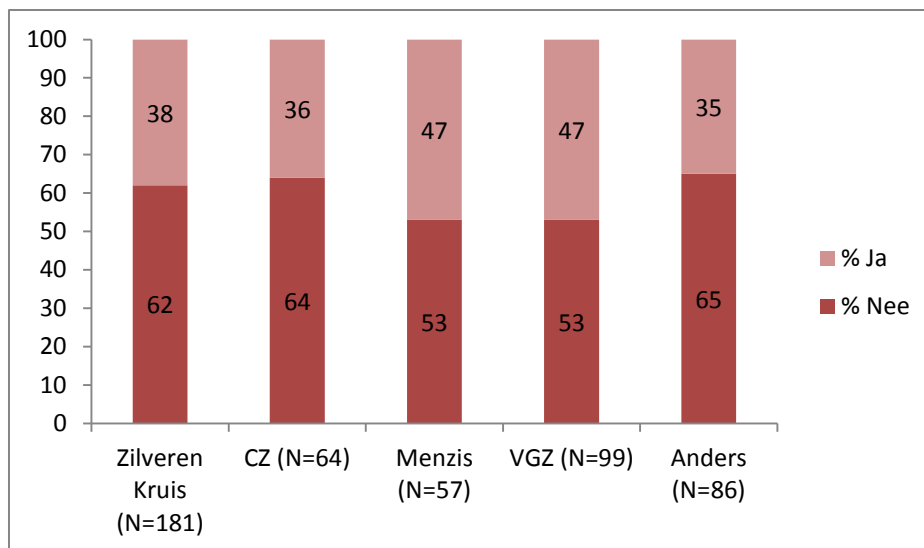
Van de totale groep patiënten die het afgelopen jaar is gewisseld van hart- en vaatmedicatie (n=240) hebben 234 patiënten aangegeven om wat voor soort verandering het is gegaan en wat de aard van de wisseling was (tabel 1). Binnen de groep die is gewisseld op initiatief van de apotheek gaat het meestal om een verandering in doosje of naam.

Binnen de groep 'gewisseld op initiatief apotheek' (n=201) geeft 51% aan dat het een éénmalige wisseling was voor één medicijn, 18% éénmalig voor meerdere medicijnen, 12% meerdere keren voor één medicijn en 19% meerdere keren voor meerdere medicijnen. Bij wisselen door de arts gaat het meestal om één keer wisselen voor één medicijn (71%) (gegevens niet in tabel).

Tabel 1 – Aard van wisselingen in hart- en vaatmedicatie: wat was anders? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Wisseling op initiatief apotheek (n=204)	Wisseling op initiatief arts (n=30)
Andere vorm	31%	23%
Andere kleur	25%	29%
Andere naam	48%	40%
Ander doosje (verpakking)	79%	50%
Andere dosering	4%	30%
Andere taal	0%	0%
Anders	5%	23%

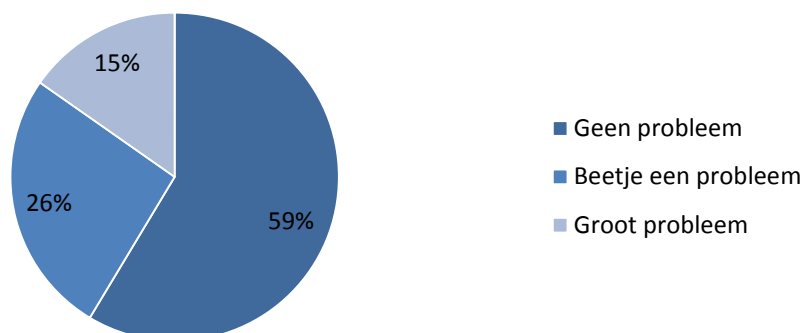
Er is geen significant verschil in het percentage patiënten dat is gewisseld van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek tussen zorgverzekeraars (figuur 4). De groep patiënten die is gewisseld op initiatief van de arts is buiten beschouwing gelaten wegens te lage aantallen.



Figuur 4 – Percentage respondentent ‘gewisseld in afgelopen jaar op initiatief van de apotheek per zorgverzekeraar’

3.2.1 Ervaringen met wisselen van hart- en vaatmedicatie: directe uitspraken van patiënten

Van de patiënten die een ander medicijn kregen op initiatief van de apotheek geeft 41% aan hier (enigszins) problemen mee te hebben, 59% geeft aan geen problemen te hebben (figuur 5).



Figuur 5 – Percentages geen of wel problemen met wisselen van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek (n=203)

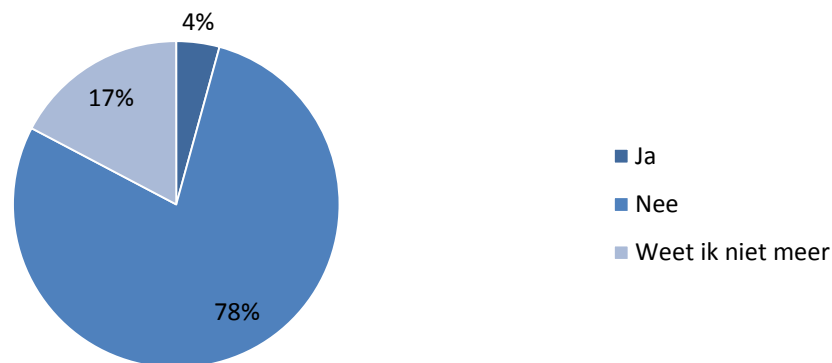
In totaal hebben 84 patiënten die (enigszins) problemen hebben ervaren met het wisselen van hart- en vaatmedicatie opmerkingen hierover gemaakt. De meeste opmerkingen gaan over:

- bijwerkingen (n=20);
- angst/wantrouwen ten opzichte van het nieuwe middel (n=19), bijvoorbeeld 'Ik kan aan de buitenkant niet zien of de medicijnen wezenlijk hetzelfde zijn of wezenlijk anders';
- een ervaren, verminderde werking (of het idee daarvan, n=16);
- het moeten wennen aan het nieuwe medicijn (n=16). Hierbij geven sommige patiënten aan de wisselingen in medicijnen vervelend te vinden, omdat men 'nu eenmaal gewend is aan een bepaald medicijn'.

Van de patiënten die zijn gewisseld op initiatief van de arts geeft 63% aan dit *geen* probleem te vinden (19 van n=30). Van de overige 11 patiënten vinden zeven patiënten dit een beetje een probleem en vier patiënten vinden het wisselen op initiatief van de arts een groot probleem. Vier opmerkingen op de vraag waarom het een probleem was, gingen over ervaren bijwerkingen; de andere opmerkingen gingen elk over iets anders.

3.3 Medische noodzaak op het recept

De term “Medische noodzaak” kwam relatief weinig op de recepten van hart- en vaatmedicatie binnen de totale groep patiënten (n=538) in het afgelopen jaar (figuur 6): 4% van de mensen geeft aan dit gehad te hebben. Deze term lijkt ook, ondanks uitleg in de vragenlijst, niet bij iedereen bekend. Van alle patiënten (n=538) weet 17% niet meer of zij weleens de term “Medische Noodzaak” op het recept hebben gehad.



Figuur 6 – Percentage ‘Medische noodzaak op recept’ (n=538)

Van de 23 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).¹¹ Twee mensen hebben niet het middel gekregen dat op dat recept vermeld stond. Zij vinden dit een groot probleem. Hiervoor geven zij als reden “vervelend dat de arts een middel voorschrijft maar dat de apotheker dan toch iets anders meegeeft”, “het uit eigen zak moeten betalen” en “ze geven maar wat”.

3.4 Resultaten groep patiënten met bloedverdunners in het kort

Voor mensen die bloedverdunners gebruiken, geldt dat 48% is gewisseld (n=249), waarvan 86% op initiatief van de apotheek. Dit is iets hoger dan in de totale groep patiënten met hart- en

¹¹ 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.

vaatmedicatie. Ook het percentage mensen dat de wisseling een groot probleem vond, is bij gebruikers van bloedverdunners iets hoger dan in de totale groep (17% versus 15%); er was geen verschil als het ging om het aandeel wisselaars dat een beetje een probleem had met de wisseling.

4 Wisselen en praktisch gebruik van hart- en vaatmedicatie

Van de totale groep patiënten (n=523) heeft 80% het afgelopen jaar geen problemen met praktisch gebruik ervaren met zijn/haar hart- en vaatmedicatie. De 20% die wel problemen heeft ervaren, geeft het vaakst als reden dat de verpakking onhandig is. 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 hart- en vaatmedicatie (respectievelijk 28% en 27% van deze groepen) dan patiënten die niet gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie.

4.1 Praktisch gebruik: algemene informatie

Patiënten kunnen eventuele problemen met praktisch gebruik van hart- en vaatmedicatie ondervinden. Denk bijvoorbeeld aan problemen met de wijze van inname of de verpakking. Ze leiden soms tot een minder goede medicatie-therapietrouw (ABC project team, 2012). De meeste patiënten hebben het afgelopen jaar geen problemen ervaren met praktisch gebruik van hart- en vaatmedicatie (80% van n=523). Tabel 2 laat zien welke problemen met praktisch gebruik wél zijn ervaren door 20% van de patiënten (n=106). Iets meer dan de helft van deze mensen vindt de verpakking onhandig, 12% weet niet hoe de medicatie te gebruiken en 8% weet niet wanneer de medicatie te gebruiken. Bij de antwoordcategorie 'anders' zijn door 32 mensen opmerkingen gegeven, die het vaakst gingen over bijwerkingen (17x), zich algeheel verward voelen door de nieuwe vorm/innameschema/dosering van het nieuwe medicijn (7x) en over moeilijk deelbare tabletten (3x).

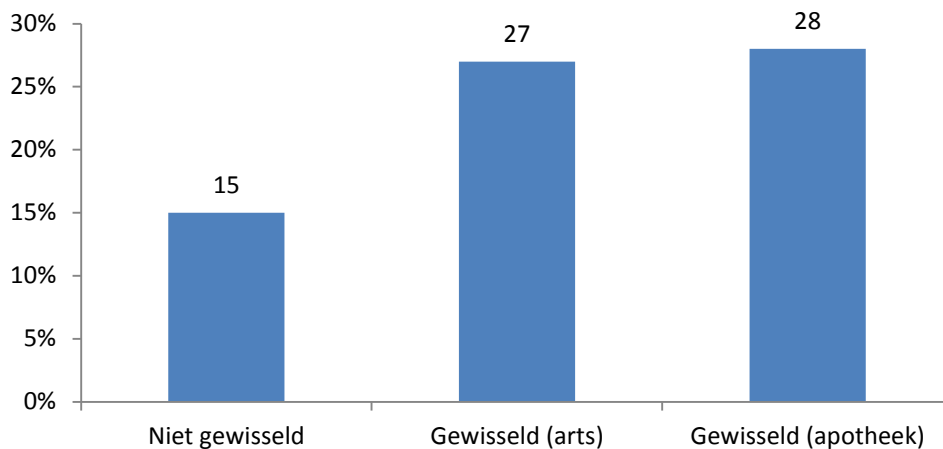
Tabel 2 - Ervaren problemen met praktisch gebruik in het afgelopen jaar (*meerdere antwoorden mogelijk*)

	n=523
Problemen met praktisch gebruik ervaren (n=106)	20%
Specificatie van problemen met praktisch gebruik:	n=106
Onduidelijk <u>hoe</u> de hart- en vaatmedicatie te gebruiken	12%
Onduidelijk <u>hoe vaak</u> de hart- en vaatmedicatie te gebruiken	3%
Onduidelijk <u>wanneer</u> de hart- en vaatmedicatie te gebruiken	8%
De verpakking was onhandig	52%
Anders	31%

4.2 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 hart- en vaatmedicatie, ervaren vaker problemen met praktisch gebruik dan patiënten die niet gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie (figuur 7, $p = 0.001$). Er is geen verschil tussen patiënten die wisselden op initiatief van de apotheek en op initiatief van de arts.



Figuur 7 - Percentage problemen met praktisch gebruik naar type wisseling (n=522)

4.2.1 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 (59 patiënten hebben deze vraag beantwoord).¹² Binnen de groep 'gewisseld op initiatief van de apotheek' (n=51) ligt het percentage mensen dat de problemen met praktisch gebruik toeschrijft aan het wisselen op 29% (15 patiënten). Bij de groep patiënten die gewisseld zijn door de arts (n=8), geeft één patiënt aan zelf te denken dat die problemen met praktisch gebruik zijn gekomen door het wisselen.

4.2.2 Sterkte verband anders voor bepaalde patiëntgroepen?

Bestudeerd is of (de sterkte van) het verband tussen wisselen van hart- en vaatmedicatie en ervaren problemen met praktisch gebruik anders is voor bepaalde groepen patiënten en zorgverzekeraars.¹³ Dit blijkt niet het geval. De groep patiënten die is gewisseld op initiatief van de arts is buiten beschouwing gelaten wegens te lage aantallen. Ook binnen de groep gewisselde patiënten zijn geen bijzonderheden geconstateerd.

4.3 Resultaten groep patiënten met bloedverdunners in het kort

Mensen die bloedverdunners (n=239) gebruiken, rapporteren vaker praktische problemen dan de totale populatie (respectievelijk 25% en 20%). Dit komt omdat men vaker rapporteert het onduidelijk

¹² Illustratie verschil paragraaf 4.2. en 4.2.1.: in de vragenlijst is in het begin gevraagd of men is gewisseld van hart- en vaatmedicatie. 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 hart- en vaatmedicatie.

¹³ Zie pagina 12/14 of appendix 2 voor uitleg.

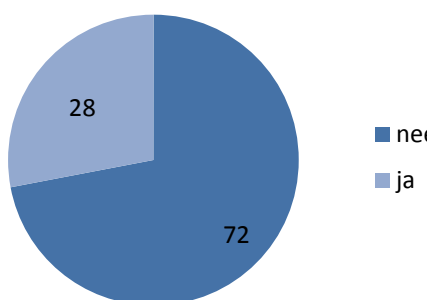
te vinden wanneer de medicijnen in te nemen en dat de verpakking onhandig is. Binnen de groep gebruikers van bloedverdunners rapporteren mensen die gewisseld zijn op initiatief van de arts het vaakst praktische problemen (35%), gevolgd door degenen die gewisseld zijn op initiatief van de apotheker (32%) en tot slot de niet-wisselaars (17%). De verschillen tussen de groepen zijn significant ($p < 0,05$).

5 Wisselen en bijwerkingen van hart- en vaatmedicatie

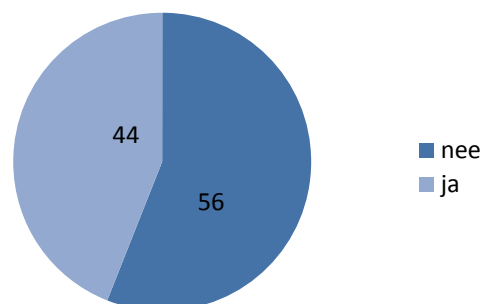
Van alle deelnemende patiënten heeft 28% in het afgelopen jaar bijwerkingen ervaren (van n=532). Soms resulteert dat in het op een andere manier gebruiken van hart- en vaatmedicatie. Respondenten die gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie – zowel op initiatief van de apotheek als op initiatief van de arts – rapporteren vaker bijwerkingen dan respondenten die niet gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie (respectievelijk 33%, 53% en 22%).

5.1 Bijwerkingen medicatie: algemene informatie

Van alle patiënten (n=532) heeft 28% aangegeven het afgelopen jaar last te hebben gehad van bijwerkingen van één of meerdere medicijnen voor hun hart- en vaataandoening (figuur 8). Dit is hoger dan te verwachten is op basis van cijfers in bijvoorbeeld de bijsluiters. De middelen waarvoor de meeste bijwerkingen gerapporteerd worden, zijn statines (n=42), ace remmers/a2-antagonisten (n=25), bètablokkers (n=20) en calciumantagonisten (n=13). Van de mensen die bijwerkingen hebben ervaren is 44% daardoor de medicijnen op een andere manier gaan gebruiken (figuur 9).



Figuur 8 - Percentage bijwerkingen



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

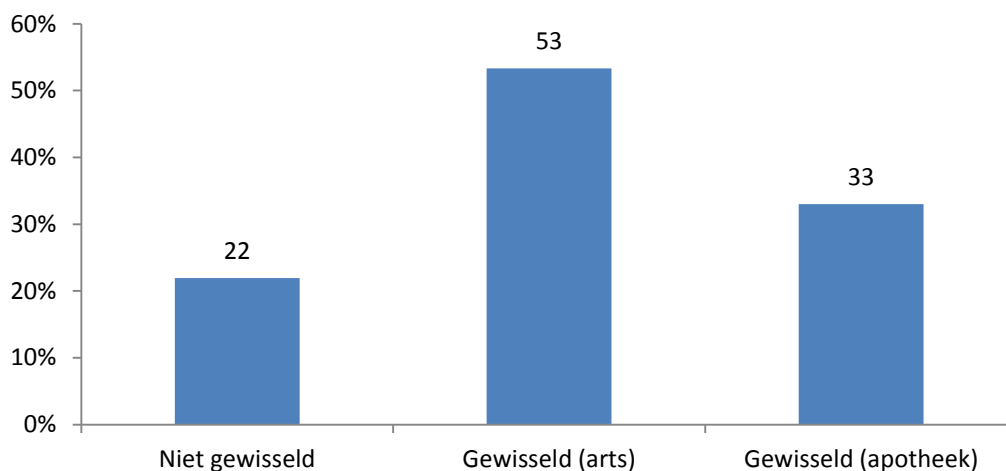
Van de 44% (n=63) patiënten die aangeven hun hart- en vaatmedicatie op een andere manier te gebruiken door bijwerkingen, geeft 33% aan helemaal gestopt te zijn met de medicijnen; 17% neemt minder medicijnen dan is voorgeschreven. Bij de antwoordcategorie 'Anders' hebben 30 mensen geantwoord. Zij geven hier voornamelijk aan dat, in overleg met de arts, de hoeveelheid medicatie is aangepast/verminderd (14x) of dat er voor een ander middel is gekozen (10x). Zes mensen geven aan dat er gestopt is met het huidige middel in overleg met de arts, zonder dat duidelijk is of er een nieuw middel voor in de plaats is gekomen.

Tabel 3 - Wat is anders aan gebruik van hart- en vaatmedicatie indien men last heeft van bijwerkingen? (meerdere antwoorden mogelijk)

	n=63
Ik vergeet het dan wel eens in te nemen	3%
Ik neem minder dan mij is voorgeschreven	17%
Ik neem meer dan mij is voorgeschreven	1%
Ik sla wel eens bewust een dosering over	8%
Ik stop af en toe een tijdje	6%
Ik ben helemaal gestopt	33%
Anders	48%

5.2 Verband tussen wisselen en bijwerkingen?

Zowel patiënten die het afgelopen jaar zijn gewisseld van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek als op initiatief van de arts ervaren vaker bijwerkingen dan patiënten die niet gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie (figuur 10, $p < 0.01$). Mensen die gewisseld zijn op initiatief van de arts ervaren het vaakst bijwerkingen (53%), maar deze bijwerkingen kunnen ook de aanleiding voor het wisselen zijn geweest binnen deze groep. Van de mensen die gewisseld zijn op initiatief van de apotheek geeft een derde aan bijwerkingen te hebben ervaren, tegenover 22% van de niet-wisselaars.



Figuur 10 - Percentage bijwerkingen naar type wisseling (n=531)

5.2.1. Sterkte verband anders voor bepaalde patiëntgroepen?

De sterkte van het verband tussen wisselen van hart- en vaatmedicatie en ervaren bijwerkingen is niet verschillend voor bepaalde groepen patiënten en zorgverzekeraars. Patiënten gewisseld op initiatief van de arts zijn buiten deze analyses gelaten wegens te kleine aantallen.

Wel is het zo dat patiënten binnen de groep mensen die gewisseld is (ongeacht door de arts of apotheek) en die meer dan één type hart- en vaatmiddel gebruiken, vaker bijwerkingen rapporteren (38%) dan de mensen die maar één type hart- en vaatmiddel gebruiken (22%).

Hiernaast kunnen patiënten die wisselen van hart- en vaatmedicatie (ongeacht door arts of apotheek) diverse typen veranderingen in hun medicijn hebben: een andere vorm of kleur van tabletten, een andere medicijnnaam, een ander doosje/verpakking, een andere dosering of een andere taal (zie hoofdstuk 1). Het blijkt dat mensen bij wie de naam van hun medicijn veranderd was, vaker bijwerkingen rapporteren (42% van mensen) dan bij wisselaars bij wie de naam van het medicijn niet veranderd was (30% van mensen, $p < 0.01$). Wisselaars die een ander doosje/verpakking kregen, rapporten minder vaak bijwerkingen (30%) dan mensen die ook gewisseld zijn maar daarbij geen ander doosje/verpakking kregen (51%, $p < 0.01$).

5.3 Resultaten groep patiënten met bloedverdunners in het kort

Mensen die bloedverdunners ($n=239$) gebruiken, rapporteren vaker bijwerkingen dan de totale populatie (respectievelijk 34% en 28%). Van de mensen die bijwerkingen hebben, geeft – net als in de totale groep – 57% aan dat het gebruik veranderd is door de bijwerkingen. Binnen de groep gebruikers van bloedverdunners rapporteren mensen die gewisseld zijn op initiatief van de arts het vaakst bijwerkingen (58%), gevolgd door degenen die gewisseld zijn op initiatief van de apotheker (39%) en tot slot de niet-wisselaars (26%). De verschillen tussen de groepen zijn significant.

6 Wisselen en bijbetaling/levering

Van de totale groep patiënten geeft één op de vijf aan het afgelopen jaar (bij)betaald te hebben voor hun hart- en vaatmedicatie (van n = 528). Mensen die wisselen van medicatie hoeven niet vaker bij te betalen dan de niet-wisselaars.

Van de totale groep patiënten (van n=528) heeft 16% 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 hart- en vaatmedicatie (gemiddeld 23% tegenover 12%).

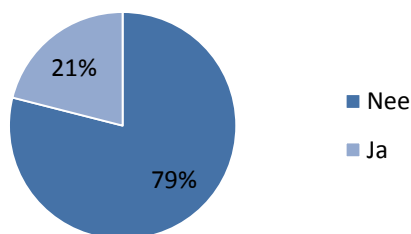
6.1 (Bij)betaling en levering: algemene informatie

Van alle patiënten (n=528) heeft 21% het afgelopen jaar wel eens moeten (bij)betalen voor één of meerdere medicijnen voor de hart-of vaataandoening (figuur 11). De meest voorkomende redenen waarom mensen bij moesten betalen, zijn:

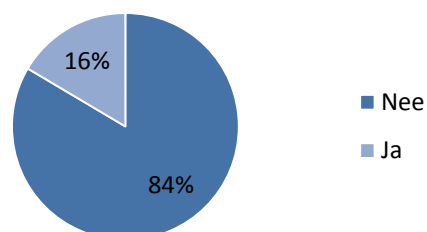
- het eigen risico was nog niet op (45%);
- altijd al moeten (bij)betalen voor dit middel (16%);
- de arts had het duurere middel voorgeschreven (8%).

Overigens weet negentien procent niet wat de reden voor bijbetalen was. Zeven patiënten geven aan de medicijnen anders te gebruiken sinds zij moeten (bij)betalen. Hiervan zijn er drie helemaal gestopt met het middel, de vier anderen hebben elk een andere reden.

Van de 528 patiënten heeft 16% het afgelopen jaar meegemaakt dat een medicijn voor de hart- en vaataandoening niet op voorraad was in de apotheek (figuur 12). Hiervan was bij dit bij ruim de helft (54%) een eenmalige zaak. Achtenzestig patiënten hebben aangegeven om welk medicijn het ging. De vaakst genoemde groepen middelen zijn ACE-remmers/a-2 antagonisten (n=23) en statines (n=13). Van de mensen bij wie één keer of vaker een middel niet op voorraad kreeg 58% hun medicijn de volgende dag. Voor 38% van de mensen was dat binnen een week. Vier mensen (5%) geven aan dat zij de medicijnen na een week of langer kregen (gegevens niet in figuur/tabel).



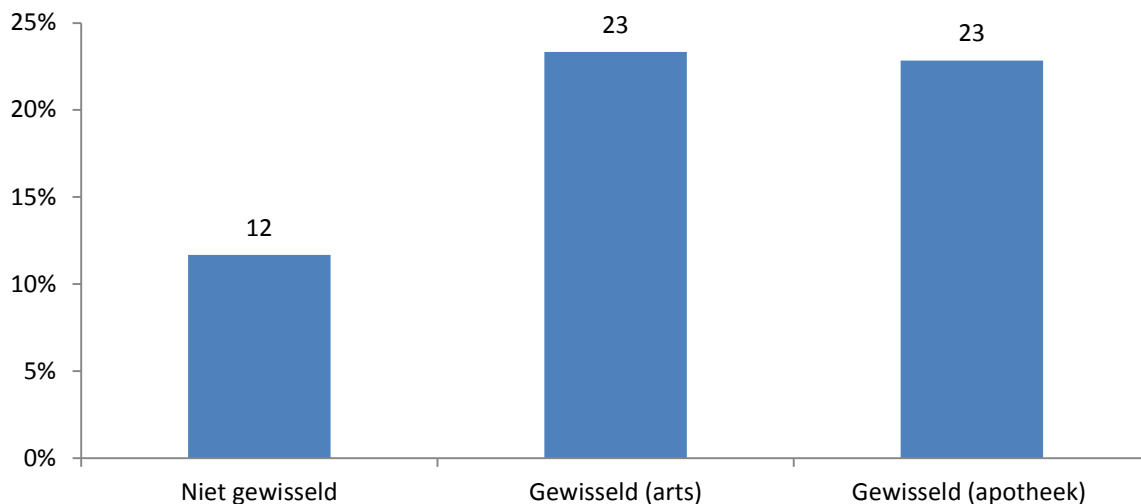
Figuur 11 – Percentage (bij)betalen (n = 528)



Figuur 12 – Percentage medicijn niet op voorraad (n = 528)

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

Er is geen verband tussen het wisselen van medicatie en het moeten (bij)betalen voor medicatie. Dit is wel het geval voor het voorradig zijn van medicatie. Patiënten die het afgelopen jaar op initiatief van de apotheek of arts gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie hoorden vaker dat één of meerdere medicijnen niet op voorraad waren bij de apotheek dan patiënten die niet gewisseld zijn medicatie (23% versus 12%, figuur 13, $p < 0.01$).



Figuur 13 - Percentage 'Niet op voorraad' naar type wisseling (n=527)

6.2.1 Sterkte verband anders voor bepaalde patiëntgroepen?

Er zijn bijna geen verschillen gevonden tussen groepen patiënten en zorgverzekeraars als het gaat om de sterkte van het verband tussen wisselen van hart- en vaatmedicatie en het niet voorradig zijn van medicatie anders. Patiënten gewisseld op initiatief van de arts zijn buiten deze analyses gelaten wegens te kleine aantallen. Wel zien we dat patiënten die een verandering in de naam (ofwel het merk) van hun medicijn hadden, vaker te horen krijgen hun medicijn niet op voorraad is dan vergelijking met patiënten die ook gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie, maar waarbij niet het merk veranderd was (30% tegenover 16%, $p < 0.05$).

6.3 Resultaten groep patiënten met bloedverdunners in het kort

Van de mensen die bloedverdunners gebruiken (n=239), geeft 23% aan het afgelopen jaar wel eens te hebben moeten bijbetalen voor hart- en vaatmedicatie. De meest genoemde reden is – net als bij de totale populatie – dat het eigen risico nog niet op was (45% van de mensen die moesten bijbetalen). De tweede reden was dat men altijd het duurere middel van de arts voorgeschreven kreeg (13%). Binnen de groep gebruikers van bloedverdunners rapporteren mensen die gewisseld zijn op initiatief van de arts het vaakst te moeten bijbetalen (47%), gevolgd door de niet wisselaars (28%) en tot slot degenen die gewisseld zijn op initiatief van de apotheeker (23%). De verschillen tussen de groepen zijn significant (in tegenstelling tot de totale groep). Opvallend is dat binnen de

groep gebruikers van bloedverdunner degenen die gewisseld zijn op initiatief van de arts veel vaker moeten bijbetalen. Het betreft hier echter een kleine groep patiënten zodat enige voorzichtigheid geboden is bij de interpretatie. Van de mensen die bloedverduunners gebruiken (n=239), rapporteerde 15% dat de geneesmiddelen wel eens niet op voorraad waren. Dit is vergelijkbaar met de totale populatie.

7 Wisselen en vertrouwen in eigen kunnen, medicatie en zorgverleners

Vertrouwen in eigen kunnen ten aanzien van medicijngebruik

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 hart- en vaatmedicatie, zowel op initiatief van de arts als op initiatief van de apotheek.

Vertrouwen in zorgverleners

Binnen de totale groep patiënten is er 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, POH-er, medisch specialist, verpleegkundige en patiëntorganisatie is hetzelfde voor patiënten die het afgelopen jaar niet gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie en die wel gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie, zowel op initiatief van de arts als op initiatief van de apotheek. Het vertrouwen in de zorgverzekeraar is iets lager onder de wisselaars.

Mogelijk hangt wisselen van hart- en vaatmedicatie samen met het vertrouwen in eigen kunnen of in zorgverleners ten aanzien van diverse aspecten rond de hart- en vaatmedicatie.

7.1 Zelfvertrouwen (self-efficacy): algemene informatie

Self-efficacy is het vertrouwen van een persoon in de eigen bekwaamheid om een bepaalde taak uit te voeren of een probleem op te lossen (Bandura 1977). Self-efficacy is gemeten aan de hand van de MUSE-vragenlijst (Cameron e.a. 2010). Deze schaal bestaat uit acht stellingen (tabel 4), waarvan de eerste vier gaan over het vermogen om zelf het medicatiegebruik te reguleren en de laatste vier gaan over informatieverwerving en begrip.

De stellingen van de MUSE zijn positief geformuleerd, zoals 'Het lukt mij om mijn medicijnen op tijd te gebruiken'. De minimale score is 1 ('Helemaal niet eens') en de maximale score is 4 'Helemaal eens'. Hoe hoger de score, hoe groter 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 3,75. Op de meeste stellingen antwoordt minstens 90% van alle patiënten (helemaal) eens. Het vragen van informatie over medicijnen aan de apotheek/arts vindt men iets lastiger (tabel 4).

Tabel 4 – Percentage patiënten dat het (niet) eens zijn met 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=518)	3%	97%
Te onthouden alle medicijnen in te nemen (n=507)	6%	94%
Een planning te maken om mijn medicijnen elke dag in te nemen (n=509)	8%	92%
Mijn medicijnen elke dag in te nemen (n=515)	3%	97%
<i>Vermogen tot informatie verwerven en begrip</i>		
Het lukt mij om:		
De apotheek of arts om informatie te vragen over mijn medicijnen (n=508)	14%	86%
De instructies van mijn apotheker of arts over mijn medicijnen te begrijpen (n=508)	6%	94%
De instructies op de verpakking van mijn medicijnen te begrijpen (n=506)	5%	95%
Alle mogelijke informatie over mijn medicijnen te krijgen (n=507)	9%	91%

7.2 Verband tussen wisselen en self-efficacy?

De mate van self-efficacy is vergelijkbaar voor alle drie de groepen patiënten: niet-wisselaars, patiënten die zijn gewisseld op initiatief van de apotheek en patiënten die zijn gewisseld op initiatief van de arts. Dit geldt zowel voor 'informatieverwerving/begrip' als voor 'medicatieregulering'.

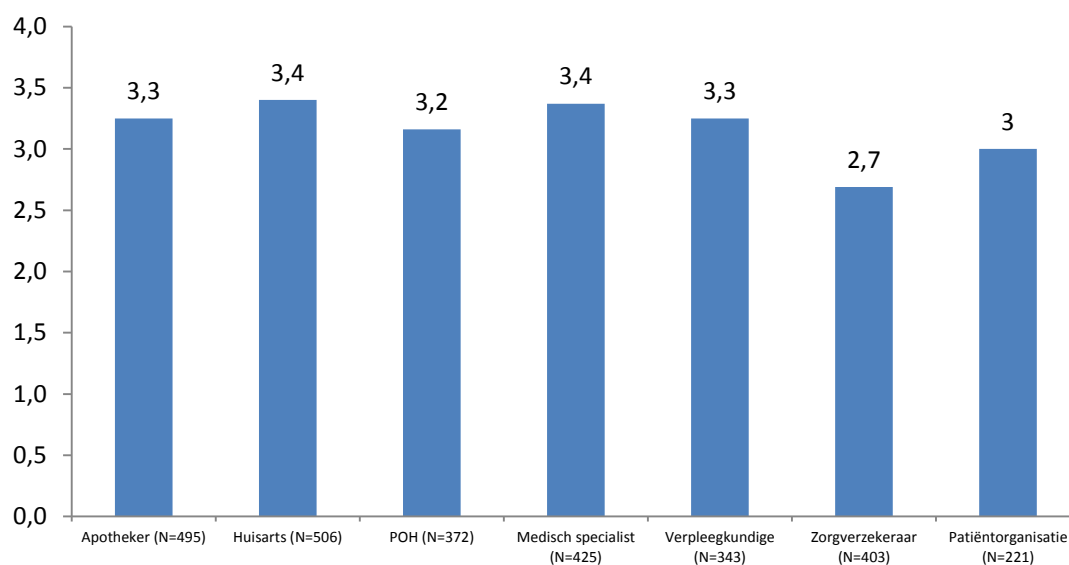
7.3 Vertrouwen in medicatie en zorgverleners: algemene informatie

Aan alle patiënten zijn stellingen voorgelegd over het vertrouwen dat zij hebben in (eventueel) nieuwe medicatie en in zorgverleners (tabel 5). Patiënten die het afgelopen jaar niet gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie konden dus óók hun mening over deze stellingen geven. De meerderheid van de patiënten heeft er vertrouwen in dat de werking en veiligheid van nieuwe medicijnen even goed is als van 'oude' medicijnen (70% werking; 75% veiligheid). Daar staat tegenover dat 37% zich zorgen maakt dat het nieuwe medicijn minder goed werkt dan het oude medicijn en dat 43% zich zorgen maakt 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.

Tabel 5 - Percentage patiënten dat het (niet) eens zijn met 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=331)	70%	18%	12%
Ik heb er vertrouwen in dat het nieuwe medicijn even veilig is als het oude medicijn (n=332)	75%	16%	8%
Ik vertrouw erop dat de apotheek mijn medicijn altijd op voorraad heeft (n=475)	90%	6%	4%
Ik vertrouw erop dat mijn arts mij het juiste medicijn voorschrijft (n=478)	95%	5%	1%
Ik vertrouw erop dat ik altijd het juiste medicijn meekrijg van de apotheek (n=482)	92%	5%	3%
Ik maak mij zorgen om (nieuwe) bijwerkingen als ik een nieuw medicijn krijg (n=348)	43%	25%	32%
Ik maak mij zorgen dat het nieuwe medicijn minder goed werkt dan het oude medicijn (n=337)	37%	26%	38%

De patiënten hebben ook de mate van vertrouwen aangegeven voor verschillende zorgverleners. Daarbij loopt de antwoordschaal van '1' (heel weinig vertrouwen) tot '4' (heel veel vertrouwen). Figuur 14 laat de gemiddelde scores zien. Alle zorgverleners worden in ongeveer gelijke mate vertrouwd. Ook is gevraagd naar het vertrouwen in de zorgverzekeraar. Dit ligt lager dan voor de zorgverleners. Het vertrouwen in de patiëntenorganisatie ligt tussen dat in zorgverleners en de zorgverzekeraar in.



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

7.4 Verband tussen wisselen en vertrouwen?

De mate van vertrouwen in zorgverleners en in de patiëntenorganisatie is hetzelfde voor patiënten die het afgelopen jaar niet gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie en patiënten die wel gewisseld zijn (dan wel op initiatief van de apotheek of op initiatief van de arts). Er is wel een klein, significant verschil in het vertrouwen dat men in de zorgverzekeraar heeft. Mensen die niet gewisseld zijn van medicatie hebben iets meer vertrouwen in de zorgverzekeraar (gemiddelde score: 2,8) dan mensen die wel zijn gewisseld (gemiddelde score: 2,6), $p=0.01$.

7.5 Resultaten groep patiënten met bloedverdunners in het kort

De mate van self-efficacy van patiënten met bloedverdunners is vergelijkbaar met die van de totale groep patiënten met hart- en vaatmedicatie. De mediane waarden op verschillende schalen zijn exact gelijk. Dit geldt zowel voor de wisselaars van medicatie als de niet-wisselaars.

Het vertrouwen in de werking en veiligheid van nieuwe medicijnen is iets lager onder de gebruikers van bloedverdunners dan in de totale groep patiënten met hart- en vaatmedicatie. Waar bij de totale populatie respectievelijk 70% en 75% het eens is met de stelling vertrouwen te hebben in de werking en veiligheid van deze middelen, is dit bij gebruikers van bloedverdunners respectievelijk 68% en 71%. Voor de overige onderwerpen met betrekking tot vertrouwen zien we geen verschillen met de totale populatie.

8 Wisselen en zelf-gerapporteerde therapietrouw

Van alle patiënten (n=502) rapporteert 83% therapietrouw te zijn. Patiënten die in het afgelopen jaar niet gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie zijn vaker therapietrouw (86%) dan patiënten die wel zijn gewisseld van hart- en vaatmedicatie, zowel op initiatief van de apotheek als op initiatief van de arts (respectievelijk 79% en 82%).

8.1 Therapietrouw: algemene informatie

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 hart- en vaatmedicatie en de mate van therapietrouw. Daarbij grijpen we tevens terug op resultaten uit vorige hoofdstukken.

Om therapietrouw te meten is de MARS vragenlijst gebruikt (Medication Adherence Report Scale) (Hone & Weinmann, 1999). Deze vragenlijst bevat vijf stellingen (zie tabel 6) over het gebruik van medicijnen. De stellingen zijn allemaal negatief geformuleerd, zoals: 'Ik besluit een dosis over te slaan': de antwoordschaal loopt van 'Nooit' (score 5) tot 'Heel vaak' (score 1). Bij een score van 5 rapporteert de respondent volledig therapietrouw te zijn. De 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. Aan de vragen uit de MARS zijn twee vragen toegevoegd: één over het meer gebruiken dan is voorgeschreven en één over de vraag of men de geneesmiddelen elke dag gebruikt. Tabel 7 laat zien dat de meeste patiënten zich op alle stellingen positief inschatten. Wanneer men de medicatie niet inneemt, lijkt 'vergeten' de belangrijkste reden.

Tabel 7 - Stellingen over het gebruik van medicijnen (MARS)

	Altijd of vaak waar (score: 1/2)	Soms waar (score:3)	Zelden tot nooit waar (score: 4/5)
Ik vergeet mijn medicijnen te nemen (n=502)	1,0%	6,6%	92,4%
Ik wijzig de dosering van mijn medicijnen (n=498)	1,4%	2,0%	96,6%
Ik stop een tijdje mijn medicijnen te nemen (n=498)	0,6%	1,0%	98,4%
Ik besluit een dosering over te slaan (n=498)	0,6%	1,8%	97,6%
Ik neem minder dan is voorgeschreven (n=497)	1,0%	1,4%	97,6%
Ik gebruik meer van mijn medicijnen dan de dokter mij heeft voorgeschreven* (n=498)	1,0%	0,0%	99,0%
Ik gebruik mijn medicijnen iedere dag * (n=522)	91,0%	1,0%	8,8%

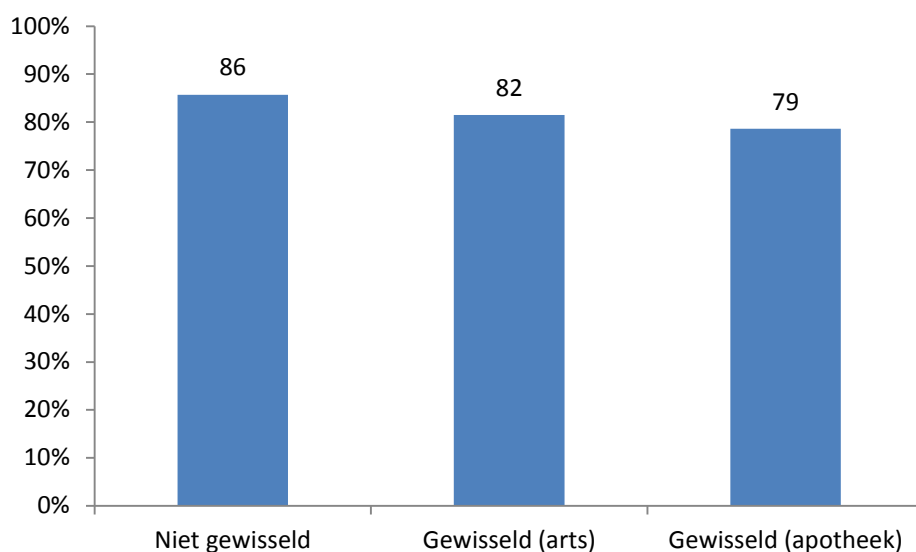
*Extra vragen die buiten de MARS vragenlijst vallen

Naast de losse items kan ook gekeken worden naar de gemiddelde somscore voor de items die tot de MARS behoren. Ook hier loopt de score van 1 tot 5, waarbij 5 maximale therapietrouw weergeeft.¹⁴ Als we de gemiddelde somscore van alle stellingen nemen voor de totale groep, dan is de mediaan 4.8. Dat betekent dat de zelf-gerapporteerde mate van therapietrouw binnen de totale groep hoog is. Dat is in overeenstemming met het relatief hoge zelfvertrouwen van de patiënten ten aanzien van hun medicatiegebruik (zie paragraaf 7.1).

De totale somscore van de MARS (die loopt van 5-25 voor één respondent) kan ook dichotoom gemaakt worden. Een respondent wordt in dit geval aangemerkt als 'therapietrouw' als hij/zij een somscore heeft van 24 of hoger en als 'therapieontrouw' bij een score die lager is dan 24. In dat geval is 83% van alle patiënten (n=502) therapietrouw en 17% is therapieontrouw. Dit is lager dan in hoofdstuk 5, waar 44% van de patiënten zegt vanwege bijwerkingen het geneesmiddel wel eens anders te gebruiken.

8.2 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 iets vaker therapietrouw dan patiënten die een ander medicijn hebben gekregen op initiatief van de apotheek of arts (figuur 15, $p < 0.05$).



Figuur 15 - Percentage therapietrouw naar type wisseling (n = 502)

¹⁴ 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.

8.2.1 Sterkte verband anders voor bepaalde patiëntgroepen?

Bestudeerd is of de sterkte van het verband tussen wisselen van hart- en vaatmedicatie en zelf-gerapporteerde therapietrouw anders is voor bepaalde groepen patiënten en zorgverzekeraars. Nergens zijn significante verschillen geconstateerd.

8.3 Resultaten groep patiënten met bloedverdunners in het kort

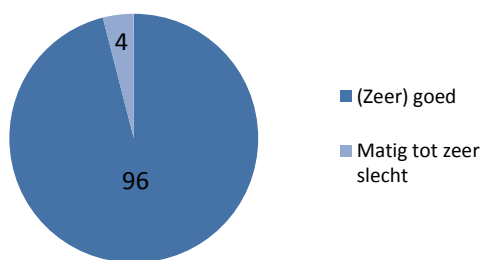
De resultaten met betrekking tot therapietrouw zijn voor de groep patiënten met bloedverdunners vergelijkbaar met de totale groep patiënten met hart- en vaatmedicatie. Wanneer gekeken wordt naar de dichotome maat voor therapietrouw dan rapporteert 82% van de gebruikers van bloedverdunners therapietrouw te zijn tegenover 83% van de totale populatie. Binnen de groep gebruikers van bloedverdunners zijn er geen significante verschillen tussen mensen die gewisseld zijn en mensen die niet gewisseld zijn wat betreft therapietrouw. Dit is anders dan in de totale groep, waar de verschillen wel significant zijn.

9 Wisselen en ervaren gezondheid

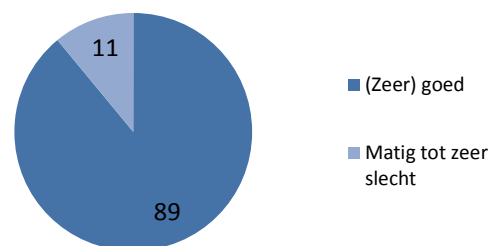
Een grote meerderheid van deelnemers (96%) ervaart hun gezondheid als (zeer) goed en heeft de hart- en vaataandoening goed onder controle met medicijnen (89%). Eén op de drie werkende/studerende patiënten (29%) heeft het afgelopen jaar verzuimd wegens ziekte. Van patiënten die het afgelopen jaar zijn gewisseld van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek, geeft 16% zelf aan dat hun gezondheidstoestand wel eens veranderd is als gevolg van dit andere medicijn. Voor patiënten gewisseld op initiatief van de arts is dit 32%. Er zijn geen verschillen in ervaren gezondheid, het onder controle kunnen houden van de hart- en vaataandoening met medicatie en ziekteverzuim tussen mensen die niet gewisseld zijn van medicatie en mensen die dat wel zijn.

9.1 Gezondheid en verzuim: algemene informatie

Het wisselen van hart- en vaatmedicatie kan uiteindelijk leiden tot een goede of juist minder goede, ervaren gezondheid en/of tot ziekteverzuim. Vrijwel alle patiënten (n=518) beschrijven hun gezondheid momenteel als (zeer) goed (figuur 16). Een grote meerderheid van de patiënten (89% van n=517) rapporteert ook dat zij hun aandoening met behulp van medicijnen onder controle kunnen houden, (figuur 17).



Figuur 16 – Percentages 'ervaren gezondheid'

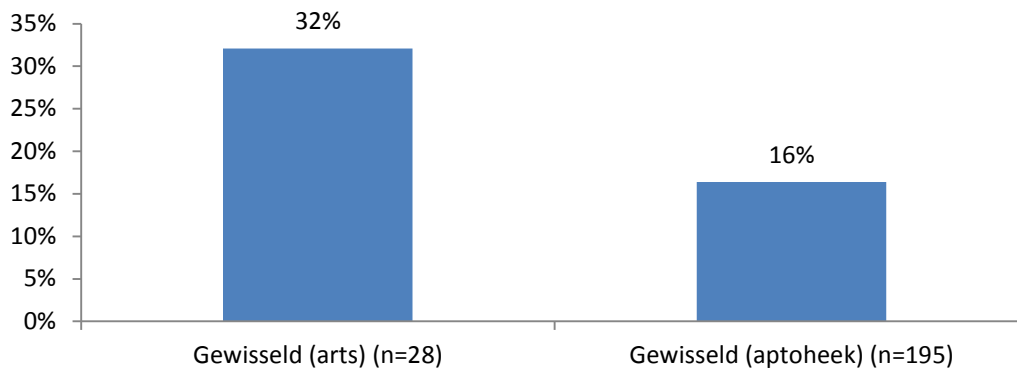


Figuur 17 - 'Hoe goed lukt het om de hart- of vaataandoening met behulp van medicijnen onder controle te houden'

Van de patiënten die een ander medicijn kregen op initiatief van de apotheek geeft 16% zelf aan dat hun gezondheidstoestand wel eens veranderd is door verandering in hun medicijnen (figuur 18). Bij de 34 mensen die de reden hiervan aangaven, was deze verandering meestal niet ten goede: 44% (n=15) voelde zich slechter en 26% (n=9) gaf aan de aandoening minder goed onder controle te hebben. Daartegenover staat dat 18% (n=6) van de mensen zich beter voelde en 6% (n=2) de aandoening beter onder controle had.¹⁵ Van de patiënten die het afgelopen jaar zijn gewisseld van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de arts, geeft 32% zelf aan dat hun gezondheidstoestand wel eens veranderd is als gevolg van veranderingen in hun medicijnen voor de hart- en vaataandoening

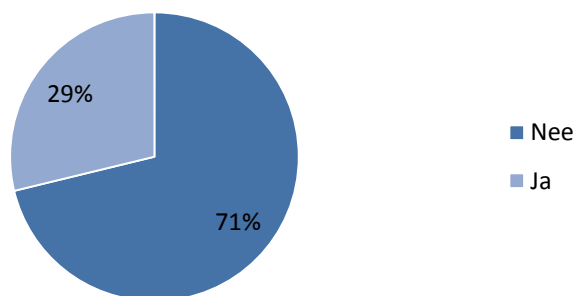
¹⁵ Drie patiënten gaven een andere reden.

(figuur 18). Negen van hen hebben aangegeven wat voor veranderingen dit waren. Drie van hen geven aan zich in het algemeen beter te hebben gevoeld, drie hadden hun aandoening minder onder controle en twee voelden zich slechter, één patiënt gaf een andere reden.



Figuur 15 – Percentage 'gezondheid wel eens veranderd door verandering in hart- en vaatmedicatie' naar type wisseling

Van de patiënten die werk hebben of naar school gaan (n=170), heeft 29% het afgelopen jaar wel eens verzuimd wegens ziekte (figuur 19). In 98% van de gevallen ging het om verzuim van werk. Het is onbekend of het verzuim is veroorzaakt door problemen gerelateerd aan de hart- en vaataandoening of door andere zaken.



Figuur 19 – Percentage afgelopen jaar verzuimd wegens ziekte (n=170)

9.2 Verband tussen wisselen, gezondheid en verzuim?

Er zijn geen verbanden tussen het krijgen van een ander medicijn en respectievelijk de ervaren gezondheid, het onder controle kunnen houden van de hart- of vaataandoening met behulp van de medicatie en ziekteverzuim. Oftewel: wisselaars voelen zich niet slechter en verzuimen niet vaker dan niet-wisselaars. De groep patiënten die is gewisseld op initiatief van de arts is buiten beschouwing gelaten wegens te lage aantallen. Ook binnen de groep gewisselde patiënten zijn geen bijzonderheden geconstateerd.

9.3 Resultaten groep patiënten met bloedverdunners in het kort

De resultaten voor ervaren gezondheid en het onder controle hebben van de aandoening zijn hetzelfde voor de groep patiënten met bloedverdunners als voor de totale groep patiënten. Het verzuim ligt iets hoger dan in de totale groep patiënten met hart- en vaatmedicatie (33% versus 29%). Er zijn daarbij geen significante verschillen tussen mensen die gewisseld zijn en mensen die niet gewisseld zijn.

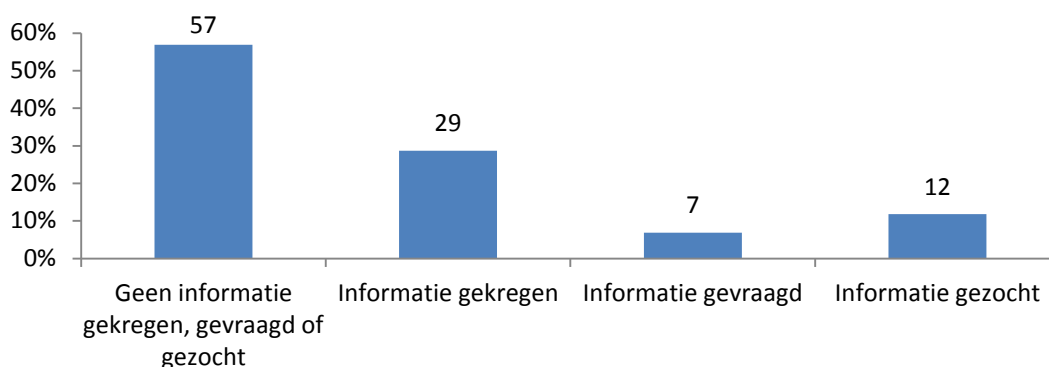
10 Wisselen en informatievoorziening/afstemming van de zorg

Een ruime meerderheid (71%, van n=202) van de patiënten die het afgelopen jaar zijn gewisseld van hart- en vaatmedicatie 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. De apotheker is ook de zorgverlener waar de meeste mensen het eerst contact mee opnemen bij een verandering in de medicatie. Eén op de tien van de patiënten (van n=85) die informatie over dit beleid heeft gekregen van zorgverleners geeft aan daar wel eens tegenstrijdige informatie over te hebben ontvangen.

Een goede informatievoorziening aan de patiënten over preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop, en wat dit voor hen betekent, is essentieel. Dit hoofdstuk gaat over informatie die patiënten hebben gekregen, gevraagd of gezocht ten aanzien van veranderingen in medicatie. We beperken ons tot de groep patiënten die is gewisseld op initiatief van de apotheek.

10.1 Informatievoorziening en afstemming zorg: algemene informatie

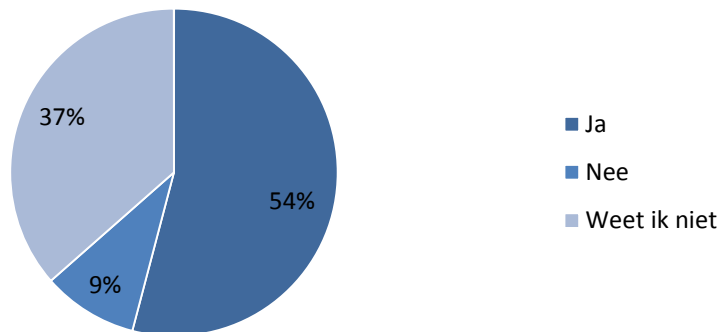
Van de 202 patiënten die het afgelopen jaar een ander medicijn kregen voor hun hart- en vaataandoening op initiatief van de apotheek en vragen over informatievoorziening hebben beantwoord, zegt 29% (n=58) informatie te hebben *ontvangen* van een zorgverlener over veranderingen van medicatie wegens preferentie- of inkoopbeleid (figuur 20; antwoorden tellen op boven de 100% omdat mensen meer dan één antwoord konden geven). Zeven procent heeft zelf om deze informatie gevraagd en 12% heeft zelf naar deze informatie gezocht. Meer dan de helft, 57% van de mensen die op initiatief van de apotheek gewisseld zijn, heeft geen informatie gekregen, gevraagd of gezocht.



Figuur 20 – Percentages 'Informatie over preferentie- of inkoopbeleid krijgen of zoeken' (meerdere antwoorden mogelijk, n=202)

Vervolgens is gevraagd *van wie of waar* men informatie over preferentie- of inkoopbeleid heeft gekregen en *waarover* de informatie is gegaan. Men heeft het vaakst van de apotheek informatie gekregen over preferentie- of inkoopbeleid (79%). Op afstand volgen de huisarts (16%), internet (13%) en POH-er (9%) en de medisch specialist (7%). De zorgverzekeraar wordt door 2% van deze patiënten genoemd. De informatie gaat meestal over *waarom* de medicatie veranderd is (64%), gevolgd door informatie over mogelijke bijwerkingen van het nieuwe medicijn (28%) en over het mogelijk moeten bijbetalen indien de patiënt een ander medicijn wil (14%).

Eén op de 10 patiënten die het afgelopen jaar zijn gewisseld van medicatie op initiatief van de apotheek en die informatie daarover hebben gekregen van zorgverleners (n=85), geven aan dat zij wel eens tegenstrijdige informatie van hun zorgverleners hebben ontvangen (figuur 21). Zes van hen geven aan dat zij informatie hebben gekregen vanuit de apotheek, die tegenstrijdig was aan informatie van andere zorgverleners. Verder is opvallend dat ruim een derde (37%) van de patiënten niet weet of zij wel eens tegenstrijdige informatie hebben ontvangen.



Figuur 21 – Percentage 'Wel eens tegenstrijdige informatie ontvangen van zorgverleners over veranderingen in medicijnen voor de hart- of vaataandoening'

Gevraagd naar de zorgverlener met wie de patiënt als eerste contact zou opnemen over de veranderingen in de medicatie, zegt bijna de helft (48%) 'de apotheker' (van n=82). Een derde (34%) neemt als eerste contact op met de huisarts en 10% met de medisch specialist. Tot slot neemt 5% contact op met de POH-er en 2% met de verpleegkundige.

Referenties

- 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> .
- Amini S, Kruijtbosch M. PAM onderzoek Preferentiebeleid. Leiden: SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy; 2013.
Long Alliantie Nederland. Goed gebruik Inhalatiemedicatie Astma en COPD. Amersfoort: Long Alliantie Nederland; 2014.
- Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84(2):191-215.
- Beekman R. Onderzoek Parkinson en preferentiebeleid (manuscript in preparatie). Februari 2015. 50 pagina's. Vindbaar bij: Zorgbelang Gelderland.
- 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> .
- 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.
- 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>.
- Haastert C van, Lekkerkerk T. Meldactie 'Ervaring met verstrekking medicijnen' juni / juli 2013. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF); 2013.
- Hien A van. 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> .
- Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999; 47(6):555-567.
- Kerpershoek 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.
- Kien NUN, van den Boogert RM. Witboek Preferentiebeleid. Rotterdam: Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening; 2014.
- KNMP. Bekostiging: preferentiebeleid (Internet). Den Haag: KNMP; 2015 (geciteerd op 13 april 2015). Beschikbaar via: <http://www.knmp.nl/praktijkvoering/bekostiging/preferentiebeleid>.
- KNMP. Handleiding Geneesmiddelssubstitutie. Den Haag: KNMP; 2013.
- KNMP. KNMP-richtlijn "Ter hand stellen". Den Haag: KNMP; 2013.
- Lemmens LC, Weda M. Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen. Inventarisatie van risico's en mogelijke interventiestrategieën. Bilthoven: RIVM; 2013. RIVM briefrapport: 080027001/2013.
- Lettow B van, Schreuder C, Custers B, Ottenheijm S, Krijgsman J. eHealth, de apotheker is er klaar voor. Den Haag: Nictiz, 2016.

Nefarma. Preferentiebeleid (Internet). Den Haag: Nefarma; 2015 (geciteerd 2 april 2015). Beschikbaar via: <http://www.nefarma.nl/website/visiedocumenten/visiedocument/preferentiebeleid>.

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>.

Orde van Medisch Specialisten. Leidraad doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door medisch specialisten. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten; 2011.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De patiënt als sturende kracht. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2010. Rapportnummer: 10/04.

Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland: World Health Organization; 2003.

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>.

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.

Wouters H, Bouvy ML, Van Geffen EC, Gardarsdottir H, Stiggelbout AM, Van Dijk L. Antidepressants in primary care: patients' experiences, perceptions, self-efficacy beliefs, and nonadherence. *Patient Prefer Adherence*. 2014 Feb 10;8:179-90.

Wouters J, Van Dijk L, Geers HCJ, Winters NA, Van Geffen ECG, Stiggelbout AM, Bouvy ML. Understanding Statin Non-adherence: Knowing which Perceptions and Experiences Matter for Different Patients. *Plos One*, 2016, *PLoS ONE* 11(1): e0146272.

Zantinge EM, Devillé WLJM, Heijmans MJWM. Allochtonen met astma, COPD of hooikoorts in Nederland: wat is er bekend? Utrecht: NIVEL; 2006.

Zwieten MHJ van , 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.

Zwikker HE, Vervloet M, Koster E, Philbert D, Damen N, Dijk L van. Gevolgen van preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop: ervaringen van gebruikers van longmedicatie. Utrecht; NIVEL, 2015.

Appendix 1 – Beschrijving totale onderzoekspopulatie

A.1.1. – Sociaal-demografische kenmerken

Tabel A.1.1. – Sociaal-demografische kenmerken patiënten

	n	% / Gemiddelde (sd)
Geslacht, vrouw	599	46%
Gemiddelde leeftijd in jaren	595	67 (10)*
Etniciteit, autochtoon	520	91%
Opleidingsniveau, hoog	508	36%

* Gemiddelde met standaarddeviatie

A.1.2. – Hart- en vaatandoeningen en gebruik medicatie

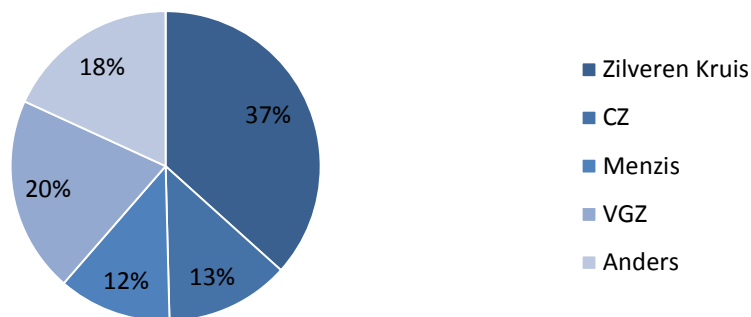
Tabel A.1.1. – Hart- en vaatandoeningen en gebruik medicatie

	n	% / Mediaan (iqr)
<u>Welke hart- of vaatandoening (of risicofactor daarop)?</u>		
<i>(Meerdere antwoorden mogelijk)</i>		
Hoge bloeddruk	600	69%
Hoog cholesterolgehalte	600	43%
Hartinfarct	600	13%
Hartritmestoornis	600	26%
Hartfalen	600	7%
Vernauwde vaten in hals of benen	600	11%
Anders	600	23%
Co-morbiditeit, ja	585	52%
<u>Op regelmatige basis medicijnen op recept?</u>		
Nee	556	0,9%
Ja, 1 medicijn op recept	556	11%
Ja, 2 medicijnen op recept	556	16%
Ja, 3 medicijnen op recept	556	19%
Ja, 4 medicijnen op recept	556	54%
Aantal jaar gebruik van hart- en vaatmedicatie	530	7 (3-13)*
<u>Type hart- en vaatmedicatie†</u>		
Alleen bloeddrukverlagers	520	30%
Alleen statines/cholesterolremmers	520	5%
Alleen antistollingsmedicatie	520	6%
Alleen overige middelen	520	0%
Combinatie tussen middelen uit bovenstaande groepen	520	57%

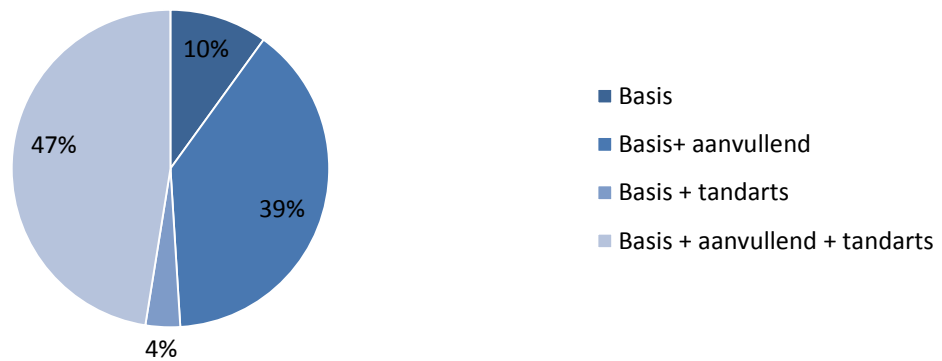
* Mediaan met interkwartiel range † Alleen bloeddrukverlagers: ATC-codes C02, C03, C07, C08, C09. Alleen statines/cholesterolremmers: ATC-code C10. Alleen antistollingsmedicatie: ATC-code B01. Alleen 'overige middelen': ATC-codes B03BB01, C01BC04, C01BD01, C01CA07, C01DA02, C01EB17, nitraten (ATC-codes C01DA14 en C01DA08) en digitalis (ATC-code C01AA).

A.1.3 Zorgverzekering

De meeste patiënten (van n=518) waren verzekerd bij Zilveren Kruis (37%) of VGZ (20%), zie figuur A1. Er is geen verband gevonden tussen de zorgverzekeraar en het aantal mensen dat is gewisseld van hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek (zie ook hoofdstuk 1). Zevenenveertig procent had een basisverzekering met aanvullende verzekering én daarbij ook een tandartsverzekering, zie figuur A2.



Figuur A1 – Type zorgverzekeraar (n=518)



Figuur A2 – Type zorgverzekering (n=512)

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 2015 is een oproep onder deze 1300 apotheken gedaan voor deelname aan dit onderzoek. 27 apotheken met in totaal 35 locaties door heel Nederland hebben aan het onderzoek meegedaan. Via deze apotheken zijn patiënten geworven voor het onderzoek.

Werkwijze inclusie patiënten

Volwassen gebruikers van hart- en vaatmedicatie zijn in de periode oktober 2015 tot februari 2016 vanuit de apotheken aangeschreven door hiertoe getrainde veldwerkers. Per apotheek zijn doorgaans 120 patiënten aangeschreven. De aanpak resulteerde uiteindelijk in totaal 4153 aangeschreven patiënten, van wie 533 patiënten (13%) hebben meegedaan.

De patiënten zijn geselecteerd op basis van het ophalen van hart- en vaatmedicatie met ATC-codes C01AA, C01DA14, C01DA08, C03, C07, C08, C09, C10, B01AA en B01AC¹⁶ 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 15-10-2015, dan selecteerde hij/zij als datum 30-9-2015). Vervolgens bekeek de veldwerker of op die datum voldoende patiënten hun hart- en vaatmedicatie hadden opgehaald en er dus voldoende patiënten aangeschreven konden worden. Zo niet, dan verlengde de veldwerker de periode naar eigen inzicht (bijvoorbeeld van 30-9-2015 tot en met 14-10-2015). De uiteindelijke lijst patiënten is steeds door de apotheker gecontroleerd. Hierbij 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);

¹⁶ 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.

- 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 de Hart&Vaatgroep 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;
 - bijwerkingen van medicatie;
 - (bij)betalen voor en levering van medicatie;
 - informatievoorziening en afstemming daarover tussen zorgverleners;
- medicatie-therapietrouw (gevalideerde vragenlijst: de MARS (Medication Adherence Report Scale)), voor uitleg zie paragraaf 6.1);
- self-efficacy (gevalideerde vragenlijst: MUSE (Medication Understanding and Use Self-Efficacy scale), 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 14, 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 hart- en vaatmedicatie op initiatief van de apotheek en patiëntervaringen sterker zijn voor bepaalde groepen patiënten en verzekerden. Zie ook de box 'Samenvatting methoden' in het inleidende hoofdstuk 'Wisselen van medicatie wegens preferentiebeleid of farmaceutische zorginkoop'.

Ten eerste is bekeken of de sterkte van verbanden anders is voor patiënten met bepaalde kenmerken (patiënten die gewisseld zijn op initiatief van de arts zijn buiten deze analyses gelaten wegens te lage aantallen). We vergelijken hier de sterkte van verbanden tussen wel/niet gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie en patiëntervaringen tussen groepen die zijn ingedeeld op basis van vijf kenmerken:

- geslacht;
- opleidingsniveau (hoog versus niet-hoog opgeleid);
- totaal aantal medicijnen op recept (twee of minder medicijnen op recept versus drie of meer medicijnen op recept);
- leeftijd;
- en het aantal jaar gebruik van hart- en vaatmedicatie.

Leeftijd en het aantal jaar gebruik van hart- en vaatmedicatie zijn gedichotomiseerd in verband met de aantallen. Daarbij is het afkappunt voor leeftijd gezet op 65 jaar en ouder en jonger dan 65 jaar. Het afkappunt voor het aantal jaar gebruik van hart- en vaatmedicatie 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 tweede is, op dezelfde wijze als hierboven beschreven, bekeken of de sterkte van de verbanden anders is voor patiënten van verschillende zorgverzekeraars: Zilveren Kruis, CZ, Menzis of VGZ. Per zorgverzekeraar is hiervoor een dummy aangemaakt, dus 'Zilveren Kruis versus de rest van de zorgverzekeraars', 'CZ versus de rest van de zorgverzekeraars', enzovoort.

Ten derde is bekeken of de sterkte van de verbanden anders is voor patiënten die één of juist meerdere geneesmiddel(en) voor de hart- of vaataandoening gebruiken, zoals statines of bloeddrukverlagers. We kijken hier naar verbanden binnen de groep patiënten die wel is gewisseld van hart- en vaatmedicatie. Patiënten gewisseld op initiatief van de arts of op initiatief van de apotheek zijn hier samengenomen. Is het verband tussen gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie en ervaren bijwerkingen bijvoorbeeld sterker voor patiënten die meerdere geneesmiddelen voor de hart- of vaataandoening gebruiken, dan voor patiënten die ook gewisseld zijn van een medicijn, maar die hooguit één geneesmiddel gebruiken?

Tot slot 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 hart- en vaatmedicatie (patiënten gewisseld op initiatief van de

arts of op initiatief van de apotheek zijn hier samengenomen). Is het verband tussen gewisseld zijn van hart- en vaatmedicatie en ervaren bijwerkingen bijvoorbeeld sterker voor patiënten die een andere dosering kregen, dan voor patiënten die ook gewisseld zijn van een medicijn, maar daarbij geen andere dosering kregen? Op deze manier is dit ook vergeleken tussen wisselaars die wel of juist niet een andere vorm/kleur van hart- en vaatmedicatie kregen, die wel of geen andere naam van het medicijn kregen, die wel of geen andere verpakking kregen, en die wel of geen andere taal in de bijsluiter of op de verpakking kregen.

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.

Appendix 3 – Uitnodigingsbrief patiënten

Methode onderzoek

<Datum>

Betreft:

Onderzoek naar ervaringen met (wisselingen in) hart- en vaatmedicatie

Geachte heer/mevrouw,

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

Volgens de gegevens van mijn apotheek gebruikt u hart- en vaatmedicatie. Daarom zou ik u, als apotheker van apotheek <naam apotheek> willen uitnodigen om mee te doen aan het onderzoek “Ervaringen met (wisselingen in) hart- en vaatmedicatie”. 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: wij verwachten dat ongeveer 400 gebruikers van hart- en vaatmedicatie 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 hart- en vaatmedicatie. In de bijlage staat waar u deze vragenlijst kunt vinden en ook hoe het invullen in zijn werk gaat. Ook leest u in de bijlage hoe u, indien gewenst, een papieren vragenlijst kunt aanvragen. Tenslotte wordt in de bijlage aangegeven 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. Afzien van deelname heeft 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 – 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 hart- of vaataandoening (of risicofactor daarop) heeft u (gehad)?
(meerdere antwoorden mogelijk)
 - Hoge bloeddruk
 - Hoog cholesterolgehalte
 - Hartinfarct
 - Hartritmestoornis
 - Hartfalen
 - Vernauwde vaten in hals of benen (perifeer arterieel vaatlijden)
 - Een andere hart- of vaataandoening, namelijk
 - Ik heb geen hart- of vaataandoening (gehad) en slik hier dus ook geen medicijnen voor → deze vragenlijst is niet voor u van toepassing (einde vragenlijst)

4. Heeft u naast uw hart- of vaataandoening nog andere chronische aandoeningen?
 - Ja, namelijk
 - Nee

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

5. Gebruikt u op regelmatige basis (dagelijks of wekelijks) medicijnen op recept? (Hieronder valt ook eventuele medicatie die niet voor hart- of vaataandoeningen zijn bedoeld)
 - 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 hart- of vaataandoening?** (Vul uw antwoord s.v.p. hieronder in. Als u de naam van uw medicijn(en) niet weet, kunt u die vinden op de verpakking)

7. Hoe lang gebruikt u al medicijnen voor uw hart- of vaataandoening?
... jaar

Deel B. Medicijnen voor uw hart- of vaataandoening

Dit onderdeel gaat verder in op het gebruik van medicijnen voor uw hart- of vaataandoening 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 werkzame stof inzit, maar dat van een ander merk is.**

8. Heeft u van de apotheek in het afgelopen jaar wel eens een ander medicijn voor uw hart- of vaataandoening gekregen dan u gewend was (bijvoorbeeld in een andere verpakking of met een andere naam)?
- Ja
- Nee → ga naar vraag 17
9. Was dat omdat de arts u een ander medicijn had voorgeschreven?
- Ja
- Nee
- Weet ik niet
10. Wat was er anders aan het nieuwe medicijn? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Andere vorm
- Andere kleur
- Andere naam
- Ander doosje (verpakking)
- Andere dosering
- Andere taal
- Anders, namelijk

11. Hoe vaak is het in het afgelopen jaar voorgekomen dat u andere medicijnen voor uw hart- of vaataandoening kreeg dan u voorheen gewend was?

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

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

- Ik vond het geen probleem → ga naar vraag 14
- Ik vond het een beetje een probleem
- Ik vond het een groot probleem

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

14. Is het in het afgelopen jaar voorgekomen dat u uw oorspronkelijke medicijn, welke u eerder gebruikte voor uw hart- of vaataandoening, weer opnieuw heeft gekregen?

- Ja
- Nee → ga naar vraag 17
- Weet ik niet → ga naar vraag 17

15. 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 het nieuwe medicijn
- Ik weet niet meer waarom dat was
- Anders, namelijk

16. Wie heeft in gang gezet dat u uw oorspronkelijke medicijn, welke u eerder gebruikte voor uw hart- of vaataandoening, weer terug kreeg? (*meerdere antwoorden mogelijk*)

- Ik heb er zelf om gevraagd
- De apotheker
- De huisarts
- De medisch specialist
- De verpleegkundige
- Dat weet ik niet (meer)
- Iemand anders, namelijk

17. Is het in het afgelopen jaar wel eens voorgekomen dat er “Medische Noodzaak” op het recept voor een medicijn voor uw hart- of vaataandoening 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 hetzelfde medicijn van een ander merk).

- Ja
- Nee → naar vraag 23
- Weet ik niet → naar vraag 23

18. Hoe vaak is het in het afgelopen jaar voorgekomen dat er “Medische Noodzaak” op het recept stond voor een medicijn voor uw hart- of vaataandoening?
- Eén keer voor één medicijn
 - Eén keer voor meerdere medicijnen
 - Meerdere keren voor één medicijn
 - Meerdere keren voor meerdere medicijnen
 - Altijd voor alle medicijnen
19. Kreeg u bij “Medische Noodzaak” altijd het medicijn dat op het recept vermeld stond?
- Ja → ga naar vraag 23
 - Nee
 - Weet ik niet → ga naar vraag 23
20. Wat vond u ervan dat u een ander medicijn kreeg dan op het recept vermeld stond?
- Ik vond het geen probleem → ga naar vraag 23
 - Ik vond het wel een beetje een probleem
 - Ik vond het een groot probleem
21. Kunt u kort aangeven waarom u dit een probleem vond?
-
22. Heeft u met een zorgverlener besproken dat u dit een probleem vond? (*Meerdere antwoorden mogelijk*)
- Nee, dat vond ik niet nodig → ga naar vraag 23
 - Nee, ik kon bij niemand terecht → ga naar vraag 23
 - Ja, met de apotheker
 - Ja, met de huisarts of praktijkondersteuner van de huisartspraktijk (POH-er)
 - Ja, met de medisch specialist
 - Ja, met de verpleegkundige in het ziekenhuis
 - Ja, met de patiëntenvereniging
 - Ja, met de zorgverzekeraar
 - Ja, met iemand anders, namelijk

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

23. Heeft u in het afgelopen jaar informatie gekregen, gevraagd of gezocht over veranderingen in de medicijnen voor uw hart- of vaataandoening die het gevolg waren van het beleid van uw zorgverzekeraar of apotheek? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Nee, ik heb geen informatie gekregen, gevraagd of gezocht → ga naar vraag 29
 - Ja, ik heb informatie gekregen van een zorgverlener
 - Ja, ik heb informatie gevraagd aan een zorgverlener
 - Ja, ik heb zelf informatie gezocht
24. 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 innemen
 - Over de mogelijke bijwerkingen van het nieuwe medicijn
 - Over het mogelijk ontbreken van een vergoeding wanneer ik een ander medicijn wilde dan op het recept stond
 - Anders, namelijk
25. Van wie of waar heeft u informatie gekregen, gevraagd of gezocht over veranderingen in de medicijnen voor uw hart- of vaataandoening? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Apotheek
 - Huisarts
 - Praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk (POH-er)
 - Medisch specialist
 - Verpleegkundige in het ziekenhuis
 - Patiëntenvereniging
 - Zorgverzekeraar
 - Internet
 - Familie, vrienden, buren
 - Anders, namelijk

Afstemming tussen zorgverleners over uw medicijnen

26. Kwam de informatie die u van uw zorgverlener(s) kreeg over de veranderingen in de medicijnen voor uw hart- of vaataandoening altijd met elkaar overeen? *NB: met zorgverleners bedoelen wij hier bijvoorbeeld de huisarts, apotheker, medisch specialist, verpleegkundige, zorgverzekeraar)*
- Ja → naar vraag 28
 - Nee
 - Weet ik niet → naar vraag 28

27. Welke zorgverlener(s) heeft of hebben u informatie verstrekt die niet met de informatie van andere zorgverleners overeen kwam? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Medisch specialist (zoals de cardioloog)
- Verpleegkundige
- Huisarts
- Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk
- Apotheker
- Zorgverzekeraar
- Patiëntenorganisatie
- Andere zorgverlener, namelijk
- Ik weet dit niet meer

28. Met welke zorgverlener(s) neemt u als eerste contact op over de veranderingen in de medicijnen voor uw hart- of vaataandoening?

- Medisch specialist (zoals de cardioloog)
- Verpleegkundige
- Huisarts
- Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk
- Apotheker
- Zorgverzekeraar
- Patiëntenorganisatie
- Andere zorgverlener, namelijk

Deel C. Ervaringen met de medicijnen voor uw hart- of vaataandoening

In dit deel van de vragenlijst wordt gevraagd naar uw ervaringen met het gebruik van medicijnen voor uw hart- of vaataandoening. Wij vragen u bijvoorbeeld naar het praktisch gebruik van de medicijnen en naar eventuele bijwerkingen.

Praktisch gebruik

29. Welke van de onderstaande praktische problemen heeft u het afgelopen jaar gehad met het gebruik van de medicijnen voor uw hart- of vaataandoening? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Het was onduidelijk hoe ik het medicijn moest gebruiken
- Het was onduidelijk hoe vaak ik het medicijn moest gebruiken
- Het was onduidelijk wanneer ik het medicijn moest gebruiken
- De verpakking (bijv. de doordrukstrip) van het medicijn was onhandig
- Geen enkele → ga naar vraag 31
- Anders namelijk

30. Was één of meerdere van deze problemen het gevolg van het feit dat u een ander medicijn voor uw hart- of vaataandoening hebt gekregen?
- Ja, namelijk:
 - Het was onduidelijk hoe ik het nieuwe medicijn moest gebruiken
 - Het was onduidelijk hoe vaak ik het nieuwe medicijn moest gebruiken
 - Het was onduidelijk wanneer ik het nieuwe medicijn moest gebruiken
 - De verpakking (bijv. de doordrukstrip) van het nieuwe medicijn was onhandig
 - Andere reden, namelijk
 - Nee
 - Ik heb geen verandering in mijn medicijnen gehad

Bijwerkingen

31. Heeft u in het afgelopen jaar last gehad van bijwerkingen van één of meerdere medicijnen voor uw hart- of vaataandoening?
- Ja
 - Nee → ga naar vraag 35
32. 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 34
33. Van welk(e) medicijn(en) had u het afgelopen jaar, volgens u, bijwerkingen? *(Als u de naam van uw medicijn(en) niet weet, kunt u die vinden op de verpakking)*

34. Bent u de medicijnen voor uw hart- of vaataandoening anders gaan gebruiken omdat u last heeft van bijwerkingen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Nee
 - Ja, ik vergeet het dan wel eens in te nemen
 - Ja, ik neem minder dan mij is voorgeschreven
 - Ja, ik neem meer dan mij is voorgeschreven
 - Ja, ik sla wel eens bewust een dosering over
 - Ja, ik stop af en toe een tijdje
 - Ja, ik ben helemaal gestopt
 - Anders, namelijk

(Bij)betalen voor medicijnen

35. Heeft u in het afgelopen jaar wel eens moeten (bij)betalen voor één of meerdere medicijnen voor uw hart- of vaataandoening? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- 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 38
36. 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
 - Omdat mijn eigen risico nog niet op was
 - Weet ik niet
 - Anders, namelijk
37. Bent u de medicijnen voor uw hart- of vaataandoening anders gaan gebruiken sinds u moet (bij)betalen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- Nee
 - Ja, ik vergeet het dan wel eens in te nemen
 - Ja, ik neem minder dan mij is voorgeschreven
 - Ja, ik neem meer dan mij is voorgeschreven
 - Ja, ik sla wel eens bewust een dosering over
 - Ja, ik stop af en toe een tijdje
 - Ja, ik ben helemaal gestopt
 - Anders, namelijk

Levering van medicijnen

38. Is het in het afgelopen jaar wel eens voorgekomen dat een medicijn voor uw hart- of vaataandoening niet op voorraad was bij de apotheek?
- Nee → ga naar vraag 41
 - Ja, één keer
 - Ja, meerdere keren
39. Om welk(e) medicijn(en) ging het? *(Als u de naam van uw medicijn(en) niet weet, kunt u die vinden op de verpakking)*
-

40. 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.

41. Veel mensen hebben een eigen manier om hun medicijnen te gebruiken. Deze manier kan afwijken van de instructies op het etiket of van wat de dokter heeft gezegd. Wij willen u graag een aantal vragen stellen over **hoe u medicijnen voor uw hart- of vaataandoening gebruikt**. Het gaat hierbij om de medicijnen die u dagelijks gebruikt.

	Altijd waar	Vaak waar	Soms waar	Zelden waar	Nooit waar
a. Ik vergeet mijn medicijnen te nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ik wijzig de dosering van mijn medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ik stop een tijdje mijn medicijnen te nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ik besluit een dosering over te slaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ik neem minder dan is voorgeschreven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ik gebruik meer van mijn medicijnen dan de dokter mij heeft voorgeschreven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ik gebruik mijn medicijnen iedere dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Het lukt mij om:	Helemaal eens	Eens	Niet eens	Helemaal niet eens
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

krijgen

U heeft mogelijk een verandering gehad in medicatie voor uw hart- of vaataandoening. Daarmee wordt bedoeld dat u dan andere medicijnen van uw apotheek meekreeg dan u gewend was. Het gaat hierbij om een medicijn waar dezelfde werkzame stof inzit, maar dat van een ander merk is.

43. Hieronder volgt een aantal uitspraken over de nieuwe medicijn(en) voor uw hart- of vaataandoening die u mogelijk heeft meegekregen. Wilt u voor iedere uitspraak aangeven in hoeverre u het hiermee eens bent?

Als er geen verandering in uw medicijnen heeft plaatsgevonden: zou u dan toch alle stellingen in willen vullen? (Bij de uitspraken a, b, f en g kunt u dan "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"/>

44. Wilt u aangeven hoeveel 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. Praktijkondersteuner in de huisartspraktijk (POH'er)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. De medisch specialist (zoals de cardioloog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. De zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Patiëntenorganisatie	<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.

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

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

46. Hoe goed lukt het u om uw hart- of vaataandoening met behulp van medicijnen onder controle te houden?

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

47. Is uw gezondheid in het afgelopen jaar wel eens veranderd als gevolg van veranderingen in de medicijnen voor uw hart- of vaataandoening?

- Ja
- Nee → ga naar vraag 49
- Niet van toepassing (geen veranderingen) → ga naar vraag 49

48. Welke verandering(en) traden 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 hart- of vaataandoening beter onder controle
- Ik had mijn hart- of vaataandoening minder goed onder controle

Anders, namelijk

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

- Ja, van school
- Ja, van werk
- Nee
- Niet van toepassing (geen werk/school)

Deel F. De zorgverzekeraar

50. 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

51. 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

52. 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

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

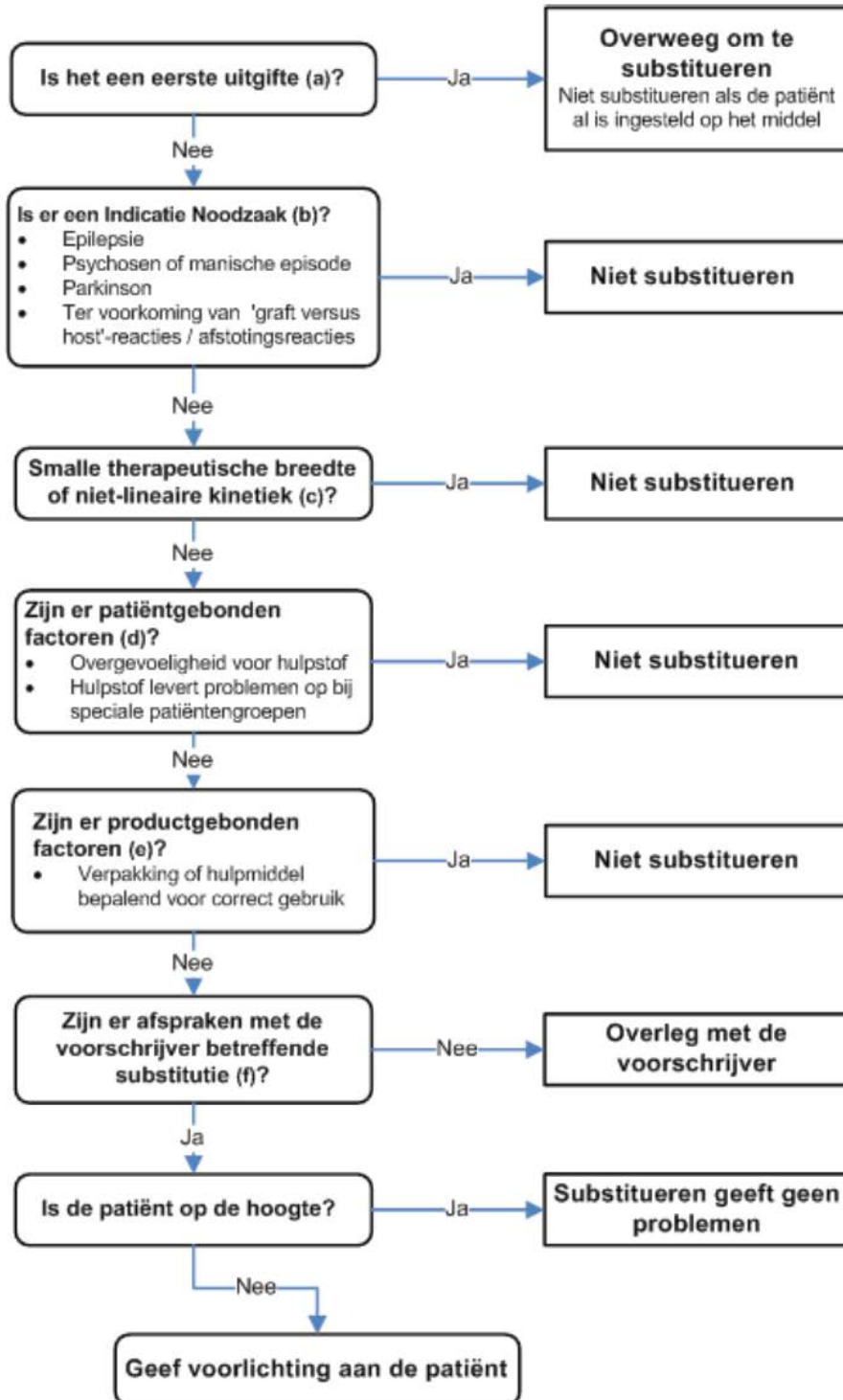
Geboorteland van:	uzelf	uw moeder	uw vader
Nederland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indonesië/voormalig Nederlands-Indië	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suriname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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?

Dan bent u nu aan het einde gekomen van deze vragenlijst. Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!

Appendix 5 – Beslisboom substitutie voor apothekers

(uit: Handleiding Geneesmiddelsubstitutie, KNMP, 2013)



Appendix 6 – 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 bijvoorbeeld een ander uiterlijk, vorm of verpakking hebben. 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 2015 kregen apothekers bijvoorbeeld de prijs vergoed die ze in oktober 2014 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 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.