De positie van de huisarts in de geneesmiddelenvoorziening

Domeindrang van huisarts doet patiënt tekort

Bij de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) wordt de (toekomstige) positie van de huisarts in de geneesmiddelenvoorziening besproken. De volgende vragen komen hierbij aan de orde. Zijn de leden van de LHV het eens met de stellingname dat medicatiebewaking tot het basisaanbod huisartsenzorg behoort? Vindt men daarom dat de huisarts de centrale figuur in de medicatiebewaking dient te zijn?

Y.M.G. van Remmerden-Gleis

Er wordt hier voorbijgegaan aan het belangrijkste wat zorgaanbieders naast hun deskundigheid te bieden hebben, namelijk onderlinge samenwerking opdat de patiënt continuïteit van zorg wordt geboden met als doel een optimale farmacotherapie.

Farmacotherapie omvat het afwegen van risico's. Wij zijn het eens met de LHV dat medicatiebewaking zoveel mogelijk behoort plaats te vinden aan het begin van het proces, "dat wil zeggen bij het opmaken van het recept". Inderdaad, huisarts en specialist moeten geen fouten maken bij het schrijven van recepten.

Farmacotherapie omvat het afwegen van de risico's die geneesmiddelengebruik nu eenmaal met zich meebrengt. Er moet bijvoorbeeld worden gekozen tussen gewenste werking en ongewenste bijwerking. En als die afweging is gemaakt, moet het eigenlijke gebruik nog beginnen en komen activiteiten als voorlichting en begeleiding om de hoek kijken. In een dergelijke situatie, waar complexe problemen moeten worden opgelost, is de sleutel tot een succesvolle behandeling de samenwerking tussen zorgaanbieders en het betrekken van de patiënten bij de beslissingen die worden genomen. Door informatie en motivatie kunnen patiënten tot goed gebruik van hun geneesmiddelen gebracht worden.

Er zijn ruwweg twee situaties als het gaat om het maken van de risicoafweging. Ten eerste zijn er de zogenaamde patiëntgebonden situaties. In dergelijke gevallen speelt de arts een belangrijke rol omdat hij weet welke aandoening(en) de patiënt heeft en in welke mate de individuele patiënt hierdoor getroffen is. Bij de risicoafweging inzake geneesmiddelen die angineuze klachten kunnen verergeren, staat bijvoorbeeld de ernst van de angina pectoris op de voorgrond. De arts is opgeleid om in voorkomende gevallen een inschatting te maken en kan dus een goede risicoafweging maken. Maar ook dan zal het erom gaan samen met de patiënt een keuze te maken. Zorgaanbieders moeten de patiënt dan ook helpen bij het maken van een verantwoorde keuze.

Daarnaast zijn er contraindicaties die niet te maken hebben met een ziekte maar meer met een algemene hoedanigheid van de patiënt (zoals een overgevoeligheid, leeftijd, geslacht, zwangerschap, lactatie). Als een vrouw zwanger is, zijn bepaalde geneesmiddelen of geneesmiddelen in bepaalde dosering uit den boze. In een dergelijk geval is de apotheker heel goed in staat samen met de patiënt een risicoafweging te maken.

De rol van de huisarts

Dat de huisarts een voorname rol heeft in de medicatiebewaking, spreekt natuurlijk voor zich. Sterker nog, als patiënt zou men eigenlijk de spreekkamer niet mogen verlaten met een recept dat niet waterdicht is. In de huidige praktijk is dat echter niet het geval en kan dat ook niet het geval zijn, omdat de huisarts de complete informatie over de medicatie niet heeft [1]. Zo bereikt veel informatie vanuit de (poli)kliniek de huisarts soms pas dagen of weken later. Bovendien, ook al vindt de medicatiebewaking bij de huisarts plaats, dan ontslaat dat de apotheker niet van zijn taak zelf ook medicatie te bewaken en voorlichting te geven over geneesmiddelen en het gebruik ervan, vooral bij patiënten die langdurig geneesmiddelen moeten gebruiken.

De rol van de apotheker

Medicatiebewaking wordt dikwijls gekenschetst als een manier van werken die louter is gebaseerd op automatisering. Dat is een misvatting en geeft de computer teveel eer. Bij medicatiebewaking gaat het telkens weer om het maken van een risicoafweging, interpretatie van het signaal dat de computer geeft en afstemming op de individuele patiënt.

Er wordt nog wel eens vergeten

[1302]

dat de apotheker steeds weer een unieke combinatie tot stand brengt van een individu en een (standaard) geneesmiddel. Omdat patiënten verschillend reageren op geneesmiddelen, is medicatiebewaking voortdurend nodig. Bovendien moet tijdens het gebruik van een geneesmiddel steeds worden geëvalueerd of de juiste inschatting is gemaakt. Ook dit kan de computer niet, maar doet de apotheker.

Daarnaast is de huidige vangnetfunctie van de apotheker van onmisbare waarde. Het feit dat hij meer overzicht heeft over de medicatie van de patiënt, voorgeschreven door de behandelende artsen (vaak meerdere: zowel huisarts als specialisten) en zelfzorggeneesmiddelen, stelt hem immers vooral bij interacties en dubbelmedicaties in staat onjuistheden in de medicatie en ongewenste gevolgen voor de patiënt te voorkomen.

De rol van de patiënt

Op de vraag wie de centrale rol vervult, is in principe maar één antwoord mogelijk: de patiënt. Die beslist uiteindelijk of hij een geneesmiddel wel of niet gebruikt.

In de discussie gaat de LHV echter voorbij aan de rol van de patiënt als eerstverantwoordelijke voor de medicatiebewaking. Dat is opmerkelijk, want in de afgelopen maanden is zowel door de overheid, bij monde van minister Borst, als door de patiënten-consumentenorganisaties gewezen op de specifieke verantwoordelijkheid van de patiënt in dezen. Daarnaast heeft de minister gewezen op de gedeelde verantwoordelijkheid van patiënt, huisarts en apotheker (de behandelaars) als het gaat om medicatiebewaking.

Ook de KNMP gaat uit van een gedeelde verantwoordelijkheid en ziet het opeisen van een centrale rol door één van de zorgaanbieders eerder als contraproductief dan als een verbetering van verantwoord en doelmatig geneesmiddelengebruik. Bij medicatiebewaking zien wij als ideaal samenwerkingsverband een vierhoek: patiënt, huisarts, specialist en apotheker. Het idee van de LHV dat alle recepten van de specialist ook via de huisarts moeten lopen, gaat voorbij aan de gelijke verantwoordelijkheid van de specialist om goed voor te schrijven. (Nog afgezien van de discussie over het overnemen van verantwoordelijkheid door de huisarts voor de receptuur van de specialist.) Dat wil zeggen dat ook bij het voorschrijven van recepten in de (poli)kliniek de medicatie wordt bewaakt.

Ketenkwaliteit en gedeelde gegevens

Voor het maken van een verantwoorde keuze is informatie nodig. De huisarts heeft gegevens nodig, de apotheker heeft ook gegevens nodig. Het is goed nog eens vast te stellen dat de patiënt de eigenaar is van zijn medische gegevens. Het eigendom ligt niet bij een van de zorgaanbieders. En het vrijgeven van die gegevens is dus ter beoordeling van de patiënt, ook wanneer het bijvoorbeeld gaat om het beschikbaar maken van diagnostische gegevens voor de apotheker.

Een andere voorwaarde voor het maken van een verantwoorde keuze is dat arts en apotheker denken in termen van ketenkwaliteit: als een patiënt de spreekkamer van de voorschrijver verlaat met een recept, moet hij als het ware naadloos overgaan op de zorg van de apotheker, zodat continuïteit van zorg wordt gerealiseerd.

In principe maakt het dan niet uit waar de gegevens van de patiënt (centraal) zijn opgeslagen, hetzij in het computersysteem van apotheker of huisarts, hetzij op een chipcard. Het gaat erom dat de informatie daar beschikbaar is op het moment dat het relevant is om de juiste risicoafweging te maken. Op het ene moment is dat bij de voorschrijver en op het andere moment is dat in de apotheek.

Dat betekent dat er dus open informatiestromen moeten komen: de voorschrijvers (huisarts en specialist) moeten beschikken over actuele medicatiegegevens van de patiënt om juist te kunnen voorschrijven, de apotheker moet beschikken over de noodzakelijke medische gegevens (indicatie) voor een goede controle en begeleiding. Vanzelfsprekend worden de gegevens vertrouwelijk behandeld. Arts en apotheker hebben een eed afgelegd waarin de verplichting tot geheimhouding is opgenomen.

Bovengenoemde informatiestromen zouden een goede verdieping geven van activiteiten die binnen het farmacotherapeutisch overleg (FTO) plaatsvinden. Dit FTO is een door beide partijen gewaardeerd instrument om invulling te geven aan kwaliteit en continuïteit van zorg.

Conclusie

In de notitie "De positie van de huisarts in de geneesmiddelenvoorziening" wordt een aanzet gegeven tot een discussie die in feite niet zou moeten worden gevoerd, omdat het antwoord reeds duidelijk is: de patiënt heeft met de arts en de apotheker een rol als het gaat om de medicatiebewaking.

Zorgaanbieders past in deze enige bescheidenheid en ze kunnen hun energie beter steken in samenwerking dan in domeindiscussies, opdat een veilige, effectieve en doelmatige farmacotherapie wordt gerealiseerd.

In dit verband stelt Venema terecht in het Pharmaceutisch Weekblad dat er wat betreft 'primaire medicatiebegeleiding' niets nieuws onder de zon is [2]. Huisartsen hebben altijd zorgvuldig moeten voorschrijven en apothekers zorgvuldig moeten afleveren. Huisartsen bezinnen zich, lijkt het wel, op iets dat ze gewoon behoren te doen ●

Literatuur

1 Herings RMC. Medicatiebewaking gebaat bij samenwerking. Pharm Weekbl 1997;132(30):1030-3.
2 Venema FJ. LHV: Goede verstandhouding met apothekers niet verstoren. Leden LHV over strijdlustig rapport medicatiebewaking. Pharm Weekbl 1997;132(27):902-3.