

Samenwerking (huis)arts-apotheker

Medicatiebewaking – Geneesmiddelenpaspoort

door Drs. J. M. E. V. Dolmans¹, Drs. H. J. de Bruin² en Prof. Dr. A. Nelemans³

Inleiding

De huisarts wordt heden ten dage geconfronteerd met het feit dat het aantal farmaca met een krachtige therapeutische werking en een smal indicatiegebied zich snel uitbreidt. De huisarts zal 'zijn' patiënten hoe langer hoe meer moeten 'delen' met meerdere artsen, die weer ieder voor zich een eigen aantal farmaca toepassen bij de behandeling van een en dezelfde patiënt.

Degene die up to date is met de kennis van de farmacotherapie, weet dat het combineren van in de handel zijnde geneesmiddelen veel farmacotherapeutische moeilijkheden kan veroorzaken (Dukes 1974). Dat er dan ook een duidelijke behoefte bestaat aan een goede medicatiebewaking behoeft geen betoog. Het is echter de vraag of de huisarts als generalist zijn patiënten zo kan bewaken dat hij hen kan behoeven voor polypragmasie, niet gewenste interacties, onverenigbaarheid van verschillende geneesmiddelen, enz.

Is de huisarts wel voldoende geschoold in de farmacotherapie en farmacologie en is hij wel de enig aangewezen om het grote veld van medicatiebewaking te bestrijken (Huizinga 1974)? Waar blijft de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf? Waar blijft de specifieke deskundigheid van de apotheker? Hoe is dit te combineren? De auteurs Huizinga (1974), Merkus (1974), Nelemans (1976) en Breimer (1977) hebben ieder op zijn manier in voordrachten erop gewezen waar de knelpunten liggen die een optimale farmacotherapie voor de Nederlandse patiënt in de weg staan. Deze knelpunten liggen, zo stellen zij, enerzijds bij de farmacotherapeutische opleiding van arts en apotheker en anderzijds bij de manier waarop arts en apotheker samenwerken. Hoe wij deze samen-

werking tussen (huis)arts en apotheker zien, welke middelen nodig zijn om een optimale farmacotherapie te bereiken, dit alles beschouwd tegenover de huidige situatie in Nederland, zullen wij in dit artikel belichten.

Voorschrijfgedrag in kaart gebracht

In februari 1975 is in twee apotheken in de stad Utrecht een complete registratie per patiënt gestart van alle geneesmiddelen welke op recept werden aangeboden. Immers alleen een volledig overzicht van het gebruik van de patiënt kon het middel verschaffen om de problemen die wij constateerden op te lossen. Om de patiënt mede bij de verantwoordelijkheid voor zijn therapie te betrekken werd tevens aan elke patiënt een *geneesmiddelenpaspoort* verstrekt.

Toen echter de eerste combinaties (interacties) die mogelijk gevaarlijk zouden zijn op de patiëntenkaarten verschenen, rezen er vele vragen zoals: moet in dit geval de arts worden gebeld of niet? moet de apotheker de arts alleen maar waarschuwen of moet hij ook een alternatief bieden? enz. In de praktijk bleek dat de artsen de ernst van de combinaties (interacties) in het algemeen niet al te zwaar opnamen. Typische antwoorden waren: – Ik weet ervan, ik zal erop letten (maar er gebeurde niets). – Ik heb nooit een ernstig gevolg van deze combinatie gezien. – Ik geef deze combinatie al jaren en het gaat altijd goed. – De specialist schrijft dit ook altijd voor, dus zal het wel goed zijn.

Kortom, regelmatig werd een combinatie (interactie) die volgens de literatuur gevaarlijk kan zijn voor de patiënt, niet ernstig genomen. In dit verband willen wij erop wijzen dat wij onder een ongewenste combinatie of mogelijke interactie iedere combinatie van geneesmiddelen verstaan die het gevaar of risico voor de patiënt vergroot bij gelijktijdig gebruik van deze geneesmiddelen. Ook als de behandeling van een bepaalde patiënt op advies van de apotheker werd veranderd, be-

tekende dat nog niet dat het voorschrijfgedrag van de arts veranderde. Dezelfde combinaties (interacties) keerden, soms zelfs bij dezelfde patiënt, een maand later toch weer terug. Tevens bleek dat verschillende artsen verschillende interpretaties gaven aan de ernst van de interacties, waarop wij hen wezen. Ook mogelijk gevaarlijke interacties waarover, volgens de literatuur, geen twijfel behoort te bestaan werden door enkele in twijfel getrokken (bijvoorbeeld oxyfenbutazon + acenocoumarol). Dit voorschrijfgedrag troffen we zowel bij huisarts als specialist aan.

Op deze manier kan een medicatiebewaking voor de patiënt natuurlijk niet doeltreffend zijn.

Onderzoek: medicatiebewaking dringend nodig

Eigen onderzoek verschaftte ons duidelijke cijfers, die aantoonde dat medicatiebewaking inderdaad dringend noodzakelijk is. Dit onderzoek had betrekking op de omvang van de ongewenste combinaties en mogelijk gevaarlijke interacties die wij bij patiënten gedurende een periode van ongeveer één jaar constateerden. In totaal zijn er vijf onderzoeken gedaan, waarbij de gegevens van 12.000 patiëntenkaarten zijn gebruikt. Deze onderzoeken zijn in samenwerking met de afdeling Farmacotherapie, subfaculteit Farmacie, van de Rijksuniversiteit Utrecht verricht. De verrichte onderzoeken betroffen:

1. combinaties van benzodiazepine-derivaten, die helemaal niet zeldzaam waren (Hellings 1977);
2. ongewenste combinaties (interacties) met orale anticoagulantia (Dolmans 1977);
3. interacties van geneesmiddelen met insuline en bloedsuikerverlagende middelen (Hellings 1977);
4. combinaties (interacties) met tricyclische antidepressiva (in bewerking);
5. combinaties (interacties) met barbituurzuur-derivaten (in bewerking).

1. Officine apotheker, Utrecht.

2. Huisarts groepspraktijk, Utrecht.

3. Buitengewoon hoogleraar in de farmacotherapie, Rijksuniversiteit Utrecht.

Alleen de combinaties die volgens de literatuur mogelijk gevaarlijk kunnen zijn voor de patiënt zijn bij onze onderzoeken betrokken. We zullen ons hier beperken tot de *conclusies* die wij uit de eerste drie onderzoeken hebben kunnen trekken.

ad 1. Een kwart van het aantal patiënten dat een bepaald benzodiazepine-derivaat krijgt voorgeschreven, krijgt dit in combinatie met een ander benzodiazepine-derivaat. Opvallend hierbij is, dat dit percentage voor alle benzodiazepine-derivaten in dezelfde orde van grootte ligt. De benzodiazepine-derivaten verschillen kwalitatief nauwelijks in hun werking. Ten onrechte wordt dan ook – vaak doelbewust – een onderverdeling gemaakt in het indicatiegebied van de benzodiazepine-derivaten.

ad 2. Bij ongeveer 35% van de patiënten die een anticoagulans gebruikt, constateren wij de mogelijkheid van een ernstige interactie. Bij een goede bewaking van de patiënten in de apotheek en een goede communicatie tussen arts en apotheker kan het aantal interacties met orale anticoagulantia tot de helft worden teruggebracht.

ad 3. Bij ongeveer de helft van het aantal patiënten die gedurende de periode 1 maart 1975-1 juli 1976 insuline of orale bloedsuikerverlagende middelen gebruiken, zijn één of meer mogelijke interacties met deze geneesmiddelen geconstateerd.

Deze resultaten laten er geen twijfel over bestaan, dat een medicatiebewaking voor de patiënt noodzakelijk is. Controle van de patiëntenkaarten in de apotheek bevestigt dit dagelijks.

Voorwaarden voor een goede medicatiebewaking

Welke deskundigheid is er nodig om een goede medicatiebewaking te kunnen uitvoeren? Deze deskundigheid kan worden afgeleid uit de eisen waaraan moet worden voldaan om tot een optimale farmacotherapie te komen. Deze zijn:

I. Kennis van de patiënt, hetgeen inhoudt:

- kennis van de *ziekte* van de patiënt;
- kennis van de *kenmerken* van de patiënt. Deze zijn:
 - historie (erfelijke gevoeligheden, hemofilie, verminderde

- nier- en leverfunctie, andere ziekten waarvoor hij behandeld wordt en zijn *totale gebruik van geneesmiddelen*, automedicatie);
 - leeftijd (jong kind, oud kind, volwassen, bejaard);
 - gewicht;
 - afkomst (ras, erfelijke factoren) geslacht;
 - temperament (sensitief, neurotisch, enz.);
 - omgeving (wonen, werkomgeving, type werk, manier van transport, enz.);
- kennis van de *respons* van de patiënt op zijn medicamenteuze therapie.

II. Kennis van de geneesmiddelen, hetgeen inhoudt:

- kennis van *alle geneesmiddelen* die voor een bepaalde ziekte kunnen worden gebruikt;
- kennis van de *verschillende voordelen en nadelen* van deze geneesmiddelen, om in staat te zijn *voor iedere patiënt het juiste geneesmiddel* te kiezen;
- kennis van alle *eigenschappen* van het geneesmiddel. Deze omvat:
 - farmaceutische* kennis van het geneesmiddel: de mogelijke soorten van toedieningsvormen, zoals tablet, zetpil, poeder of drank, en de bereidingswijzen, waardoor de farmaceutische beschikbaarheid wordt bepaald;
 - farmacokinetische* kennis van het geneesmiddel: resorptie, distributie, metabolisme, excretie, biologische beschikbaarheid;
 - farmacodynamische* kennis van het geneesmiddel: kennis van de werking en het werkingsmechanisme;
 - farmacotherapeutische* kennis van het geneesmiddel: indicaties, contra-indicaties, wijze van toediening, dosering regimes, mogelijke consequenties van het combineren van *geneesmiddelen*, zoals *interacties*, enz.;
- kennis van de *voorlichting* die bij de verschillende geneesmiddelen hoort, zoals waarschuwingen en eventuele voorzorgen die moeten worden genomen, bijvoorbeeld het waarschuwen voor het gelijktijdig gebruik van geneesmiddelen die vrij verkrijgbaar zijn;
- kennis van de *kosten* van de geneesmiddelen. In veel gevallen zijn er meerdere geneesmiddelen be-

schikbaar met dezelfde effectieve werking, maar met grote prijsverschillen.

Het zal duidelijk zijn dat al deze kennis niet in één persoon kan zijn verenigd. De arts zal zijn tijd hard nodig hebben om op zijn eigen specifieke vakgebied – diagnostiek en preventie – up to date te blijven. Ook binnen de huidige opleiding van arts zal het niet mogelijk zijn *alle* facetten van de werking en de karakteristieken van het geneesmiddel, zoals de farmacologie, de farmacokinetiek en de farmacodynamie voldoende uitvoerig te doceren. De uitgebreide kennis van de geneesmiddelen welke voor een optimale farmacotherapie noodzakelijk is zal voor de arts in tegenstelling tot vijftig jaar geleden over het algemeen niet meer haalbaar zijn. Daar komt nog bij, dat de ontwikkelingen in de farmacotherapie zo snel gaan dat kennis over de feiten heden opgedaan over enkele jaren waarschijnlijk niet meer bruikbaar is. De officine apotheker zal ook nooit alle gegevens hebben die nodig zijn om een complete medicatiebewaking uit te voeren. Vele patiëntkenmerken zullen hem meestal ontbreken.

De conclusie moet dan ook worden getrokken, dat de *toepassing van de kennis van beide disciplines samen slechts borg kan staan voor een optimale farmacotherapie*.

Voorwaarden voor een effectieve medicatiebewaking

Welke middelen zijn nodig om een effectieve medicatiebewaking uit te voeren? Allereerst moet natuurlijk bij arts en apotheker de bereidheid aanwezig zijn om met elkaar te willen samenwerken. Verder is het ons inziens voor een goede medicatiebewaking noodzakelijk, dat:

1. de arts een totaaloverzicht heeft van het gebruik van de patiënt, voordat hij een geneesmiddel voorschrijft,
2. de apotheker een totaaloverzicht heeft van het gebruik van de patiënt, voordat hij een geneesmiddel aflevert.

Immers, alleen als aan deze voorwaarden is voldaan kunnen beide disciplines (arts-apotheker) hun deskundigheid volledig inbrengen. De *middelen* die hiervoor nodig zijn, zijn:

1. Een registratie door de huisarts van het geneesmiddelengebruik van zijn pa-

tiënten op zijn eigen patiëntenkaart (niet altijd up to date) en de respons daarop, zodat de arts ook over het verleden van de patiënt geïnformeerd is.

2. Een geneesmiddelenpaspoort (eigendom van de patiënt) ingevuld door de apotheker. Op deze manier heeft iedere huisarts of specialist op ieder gewenst ogenblik inzicht in het totaalgebruik van de patiënt. Aangezien niet altijd de geneesmiddelen die worden voorgeschreven ook worden afgeleverd (om uiteenlopende redenen) is de arts niet degene die het paspoort in moet vullen.

3. Een registratie van de geneesmiddelen per patiënt door de apotheker op een patiëntenkaart (zie foto). Dit heeft zin, omdat de doorsnee Nederlander zijn medicijn bij één apotheek haalt. Hierdoor is er altijd een centrale plaats waar de patiëntgegevens terug te vinden zijn.

De patiënt blijkt zijn geneesmiddelen via verschillende kanalen te kunnen krijgen, zoals:

1. huisarts, specialist,
2. vrije verkoop in Nederland of buitenland (zelfmedicatie);
3. de 'ruilbeurs': bejaardentehuizen, burens onderling, enz. (zelfmedicatie).

Van deze kanalen is natuurlijk alleen kanaal 1 door arts en apotheker goed te bewaken. Ten aanzien van de andere kanalen zal de patiënt zijn eigen verantwoordelijkheid moeten dragen.

Medicatiebewaking in Nederland voor- en nadelen

Wat zijn de voor- en nadelen van de medicatiebewakingssystemen welke momenteel in Nederland worden gebruikt? Deze systemen zijn globaal te verdelen in twee groepen. Zij voldoen maar gedeeltelijk aan de door ons gestelde eisen.

Bij de eerste groep staat de *medicatiebewaking door de arts* centraal. Deze medicatiebewaking geschiedt met behulp van een geneesmiddelenpaspoort. De arts bepaalt daarbij welke van zijn patiënten een paspoort nodig hebben. Dit paspoort wordt uitgereikt en ingevuld door de arts of de apotheker (in gebruik bij de Enschedese apothekers en Goosische artsen). Bij dit systeem is de patiënt de enige die een compleet overzicht van zijn geneesmiddelengebruik heeft. De arts zelf bezit een niet altijd compleet overzicht, terwijl de apotheker geen over-

Patiëntenkaart zoals die in de apotheek wordt gebruikt.

Een bestaande kaart		H betekent Huisarts S Specialist																			
Naam: Mevr X		Geb. datum: _____																			
Adres: _____		Huisarts: dr.: _____																			
Tel: _____		VHZ-ST.LID.-ZZ-PART. _____																			
Opmerkingen																					
* SINTRON	S	24/3		24/7	15/10																
emphamin	H	24/3																			
↓ L'DELIRAN	H		20/1	27/1																	
cholestyl	H			6/2	6/2																
↓ JIR Rhu comp	S		7/2	19/7	19/10																
● RASTINEN ES	S		7/2	19/7	19/10																
● GLUCOPHAGE	S		3/2	3/2	3/2	3/2															
↓ BRUFEN 200	S		1/2																		
RENOL RET.	S			23/7	29/2	29/10															
GLIFANAN	H			10/2	10/2	10/2															
INIT. RESOLV	H																				
● JALFAMETIZOL VI	H		28/7																		
	S		3/2	3/2																	

zicht van het gebruik van de patiënt heeft.

Een belangrijke vraag: Welke criteria worden aangelegd om een patiënt een paspoort te geven? Het criterium dat de KNMG in de toelichting op de medische informatiekaart hiervoor hanteert, geeft hiervoor weinig informatie. Het luidt: 'een medicamentenkaart (=geneesmiddelenpaspoort), te gebruiken wanneer een patiënt langdurig sterkwerkende geneesmiddelen gebruikt.' Wat zijn sterkwerkende geneesmiddelen? is hier een legitieme vraag, die door de verschillende artsen heel verschillend zal worden beantwoord. Is kortdurend gebruik van sterkwerkende geneesmiddelen dan niet gevaarlijk? Vele interacties tussen geneesmiddelen en ongewenste combinaties van geneesmiddelen kwamen wij juist tegen bij patiënten die kortduren sterkwerkende geneesmiddelen gebruikten. Ons inziens kan het gebruik van een of twee geneesmiddelen, zelfs gedurende korte tijd, vermelding in een paspoort rechtvaardigen.

Een tweede vraag is: waar blijft de *inbreng* van de apotheker bij bovengenoemde vorm van medicatiebewaking? Immers, alleen die patiënten die een geneesmiddelenpaspoort meebrengen naar de apotheek zouden door hem kunnen worden bewaakt. Hoe

worden bijvoorbeeld die patiënten bewaakt die van verschillende artsen geneesmiddelen krijgen en door vertraagde communicatie nog geen paspoort bezitten?

Bij de tweede groep staat de *medicatiebewaking door de apotheker* centraal. De apotheker registreert in zijn apotheek alle geneesmiddelen per patiënt die op recept worden afgeleverd (in gebruik bij ongeveer zestig apothekers).

De meeste apothekers beperken zich echter tot de zogenaamde 'high risk'-groepen. Ook hiervoor geldt het bezwaar: welke patiënt is 'high risk' en wie bepaalt dat? Er bestaat geen eensluidende mening over de grootte van het risico van geneesmiddelengebruik, hetgeen in de praktijk betekent dat alleen de zogenaamde meest kwetsbare groepen, zoals de CARA-patiënten en patiënten met hartaandoeningen enz. worden bewaakt (zie boven). Een verder nadeel is, dat de arts niet altijd inzicht heeft in het totaalgebruik van de patiënt voordat hij een nieuw medicament voorschrijft.

Samen naar een optimale farmacotherapie

Hoe moeten apotheker, arts en patiënt samenwerken om tot een optimale farmacotherapie te komen?

Als laatste schakel tussen geneesmiddel en patiënt speelt de apotheker een belangrijke rol. De huidige farmacotherapie is zo ingewikkeld geworden en de kans fouten te maken zo groot, dat een controle door de apotheker van het recept op mogelijke interacties tussen, en combinaties met geneesmiddelen noodzakelijk is geworden. Wil de apotheker echter een *systematische controle en beoordeling* van het gebruik van geneesmiddelen voor zijn patiënten waarborgen dan zal hij zelf moeten registreren. Deze *registratie* moet hij voor alle geneesmiddelen en alle patiënten uitvoeren. Doet hij dit niet of slechts gedeeltelijk, dan zal hij vele mogelijke fouten (bijvoorbeeld interacties tussen geneesmiddelen, polypragmasie, dubbel voorschrijven van geneesmiddelen, enz.) niet kunnen voorkomen.

Criteria aanleggen wie wel en wie niet moeten worden bewaakt is heel moeilijk. De praktijk in bovengenoemde apotheken heeft uitgewezen, dat vrijwel ieder recept dat wordt aangeboden de moeite waard is om te registreren. Ook kan dan op eventuele ontdekkingen en op verandering van inzichten adequaat worden gereageerd. Wat vandaag immers een minder gevaarlijk geneesmiddel lijkt, kan morgen zeer gevaarlijk zijn.

De *specifieke kennis* van de apotheker betreft niet alleen technische kennis van zaken betreffende het bereiden en distribueren van het geneesmiddel, maar ook een farmacotherapeutische en farmacologische kennis van het geneesmiddel. De apotheker moet zich op dit gebied niet beperken tot het vervullen van een vraagbaakfunctie voor de arts, maar moet zich – ook waar het het farmacotherapeutisch beleid betreft – ‘actief’ opstellen. Dat hij niet alle facetten van de farmacotherapie kan overzien (hij bezit immers niet alle patiënten-karakteristieken) betekent nog niet dat daarom een controle zinloos is. Vele mogelijke fouten kan hij wel degelijk signaleren en in overleg met de arts herstellen.

Beseffen wij dat de taak van de apotheker altijd al een uitvoerende en controlerende is geweest, dan is het vreemd dat de apothek commissie van het LHV (Medisch Contact 1977) de apotheker ziet als ‘consulent en werker in het tweede echelon’ of als ‘vraagbaak’ voor de arts. De controlerende functie is de apotheker door de wet opgelegd. Die heeft hij ook altijd

uitgevoerd: denk maar aan de dagelijkse telefoontjes naar de artsen over onduidelijkheden en vergissingen op de recepten. In artikel 29 van het Besluit uitoefening artsnijbereidkunst lezen wij: ‘Indien de apotheker of de apotheekhoudend geneeskundige in een hem aangeboden recept een vergissing vermoedt of indien het recept onvolledig, onleesbaar of verminkt is, geeft hij daarvan terstond kennis aan degene die het recept voorschreef. Hij gaat niet tot aflevering over, voordat hij omtrent het voorgescrevene de nodige zekerheid heeft verkregen. Aan deze controlerende functie is door de ontwikkeling van honderden nieuwe geneesmiddelen en door de ontwikkeling van nieuwe farmacotherapeutische inzichten een nieuw facet toegevoegd: ‘medicatiebewaking’.

Dat de apotheker door een actieve opstelling op farmacotherapeutisch gebied een taak van de arts gaat overnemen of zoals de apothek commissie van het LHV het noemt de arts vangt, is een vertekening van zaken. De specifieke kennis die de huidige apotheker door zijn opleiding bezit, is immers een aanvullende kennis voor de arts. De controle door de apotheker zal dan ook over het algemeen worden benaderd vanuit een andere hoek dan door de arts, hetgeen de patiënt alleen maar ten goede komt.

De rol van de huisarts

De huisarts is de aangewezen persoon om het geneesmiddelengebruik van zijn patiënt te coördineren en in te passen in het geheel van aan zijn patiënt verschaft geneesmiddelen, indien zijn patiënt van verschillende artsen geneesmiddelen krijgt voorgeschreven. Als coördinator van het geneesmiddelengebruik is de huisarts dan ook één van de bewakers van de medicatie voor zijn patiënt. Om de bewaking uit te voeren moet de arts:

1. op de hoogte zijn van het totale gebruik van zijn patiënt op ieder moment; echter door vertraagde communicatie van de artsen onderling is dat niet altijd mogelijk (een geneesmiddelenpaspoort biedt hiervoor de oplossing);
2. farmacotherapeutische en farmacologische kennis bezitten van:
 - a. de geneesmiddelen die hij in zijn eigen praktijk voorschrijft, en

- b. de geneesmiddelen die door de specialisten en andere artsen aan zijn patiënten worden voorgeschreven.

Het beoordelen of bepaalde combinaties van geneesmiddelen gevaarlijk, toelaatbaar of onnodig zijn, kan alleen indien de arts van ieder geneesmiddel voldoende kennis heeft wat betreft de werking en potentiële gevaren. De Food and Drug Administration in Amerika bijvoorbeeld stelt ten aanzien van het gelijktijdig gebruik van geneesmiddelen: ‘Gelijktijdig gebruik van geneesmiddelen om patiënten te behandelen is irrationeel, onlogisch, onwetenschappelijk en een slechte service aan de patiënt, indien hij door één geneesmiddel kan worden behandeld’. Gebruikt een patiënt namelijk een combinatie van geneesmiddelen – hetgeen vaak voorkomt bij veel patiënten – dan is het heel moeilijk om klachten van patiënten juist te diagnosticeren, met het risico dat de arts tot een niet terechte symptoombestrijding overgaat.

Niet iedere (huis)arts is ten alle tijde in staat zijn kennis van *alle* geneesmiddelen up to date te houden. De constante verandering van het geneesmiddelenpakket van de huisartsen en specialisten maakt de totale problematiek voor een juiste farmacotherapie erg gecompliceerd. Een laatste controle door de apotheker is dan ook geen overbodige luxe voor zowel de patiënt als de huisarts.

De rol van de patiënt

De patiënt als gebruiker van de geneesmiddelen heeft het meeste belang bij een optimale farmacotherapie. Hij kan en moet eraan meewerken dat de arts de juiste informatie krijgt omtrent zijn geneesmiddelengebruik. Dit kan hij doen:

1. mondeling. In de praktijk is dit niet altijd mogelijk en efficiënt. Door communicatieproblemen tussen arts en patiënt kunnen er misverstanden en fouten ontstaan;
2. door het meenemen van een geneesmiddelenpaspoort. De patiënt moet er zorg voor dragen dat dit altijd goed wordt ingevuld en bijgehouden. Het bezit van een geneesmiddelenpaspoort betreft de patiënt bij zijn eigen behandeling; zodoende krijgt hij medeverantwoordelijkheid voor zijn therapie.

Verder moet de patiënt de arts informeren over een eventueel afwijkend of onregelmatig gebruik van de voorgeschreven geneesmiddelen. Vele patiënten blijken vaak te weinig, te veel, niet, onregelmatig of op het verkeerde moment (therapietrouw, Jonkers 1976) enz. geneesmiddelen in te nemen, hetgeen voor hem gevaar kan opleveren OF (bijvoorbeeld het onregelmatig innemen van clofibrat door patiënten die orale anticoagulantia gebruiken). Een goede voorlichting aan de patiënt over zijn ziekte en medicatie zal hem stimuleren om zijn medicatie serieus te nemen en om afwijkingen aan zijn arts te melden.

De computer – enige kanttekeningen

In onze moderne maatschappij zullen er vele mensen zijn die zich afvragen of de computer de handmatige manier van registreren niet kan overnemen. Immers, een eenmalige registratie met de computer van het gebruik van de patiënt zal alle disciplines via terminals in de gelegenheid kunnen stellen het gebruik van de patiënt te overzien. Door een goede programmering zouden alle interacties enz. gecodeerd kunnen worden en verder . . . een kind kan de was doen . . . !

Zover is het echter nog lang niet. Wel is het momenteel mogelijk enkele typen ongewenste combinaties te coderen, maar een volledig programma dat voor de praktijk bruikbaar is, is niet beschikbaar. Persoonlijke beoordeling van het totaalgebruik blijft dan ook noodzakelijk. De kosten van een algehele computerisering van de medicatiebewaking zijn ons inziens dermate hoog dat voorlopig – eerste vijf, tien jaar – niet op een realisering kan worden gerekend. Dit nog afgezien van problemen met betrekking tot de privacy van de patiënt, enz.

Daar staat tegenover dat een eenvoudige handmatige registratie in de apotheek goedkoop en haalbaar is. De experimenten met computers in de apotheken in Nederland worden weliswaar onder het etiket 'medicatiebewaking' uitgevoerd, maar de werkelijkheid is dat zij mede bedoeld zijn voor de automatisering van de administratie in de apotheek. Wij moeten er mee oppassen kostbare computers te plaatsen in apotheken en/of artspraktijken ten behoeve van de *medicatiebewaking* voordat het nut hiervan is aangetoond.

Voorlopig kan het anders en veel goed-

koper. De discussie over een eventuele toekomstige toepassing van de computer mag de apotheker er niet van weerhouden nu al een medicatiebewaking voor zijn patiënten in te voeren. De totale kosten van medicatiebewaking zoals wij die voorstellen wegen naar onze mening zeker op tegen de voordelen van 1. een verantwoord gebruik van geneesmiddelen door de patiënt met alle voordelen van dien, 2. een zuiniger voorschrijfpatroon van de arts.

Samenvatting en discussie

Uit het voorgaande is, hopen wij, duidelijk geworden hoe wij een efficiënte patiëntenbewaking zien.

De *huisarts* is de *centrale coördinator* voor het *geneesmiddelengebruik* van de patiënt. Hij registreert op zijn eigen patiëntenkaarten de geneesmiddelen die hij voorschrijft en noteert tevens de geneesmiddelen die de patiënt van eventuele andere artsen krijgt voorgeschreven. Deze informatie bereikt de huisarts meestal via (specialisten)brieven en de telefoon.

Iedere *patiënt* behoort een eigen *geneesmiddelenpaspoort* te bezitten. Dit paspoort draagt hij bij zich indien hij arts-apotheker-tandarts bezoekt. Het paspoort wordt bijgehouden door de apotheker, waardoor alle geneesmiddelen welke aan de patiënt zijn afgeleverd op het paspoort staan. De betreffende arts kan op het paspoort staan. De betreffende arts kan op het paspoort noteren wanneer een bepaalde therapie is gestopt. Alleen op deze manier heeft iedere arts – ten allen tijde – de mogelijkheid het totaalgebruik van de patiënt te beoordelen, alvorens hij een nieuw geneesmiddel wil voorschrijven.

Zoals wij reeds eerder betoogden, is het heel moeilijk criteria aan te leggen wie wel en niet een paspoort moet krijgen. Vrijwel ieder geneesmiddel (chemische stof) kan voor een bepaalde patiënt onder bepaalde omstandigheden gevaarlijk worden. Daarom pleiten wij voor het *universeel invaeren* van een paspoort.

De *apotheker* behoort dan geen geneesmiddelen meer af te leveren zonder dat dit op een paspoort wordt vermeld. Verder hoort de apotheker per patiënt een *registratie* bij te houden van alle geneesmiddelen die aan zijn patiënten op recept worden afgele-

verd. Zou de apotheker afhankelijk zijn van de beoordeling van het geneesmiddelenpaspoort alleen, dan zou dat vele onoverkoombare technische moeilijkheden in de apotheek opleveren, waardoor een systematische en efficiënte controle onmogelijk wordt. Het feit dat de doorsnee Nederlander zijn geneesmiddelen bij één apotheek haalt, maakt deze registratie mogelijk en zinvol.

De registratie in de apotheek geeft de apotheker de mogelijkheid *zowel vóór als na het afleveren* van de geneesmiddelen het totale gebruik van de patiënten te beoordelen en indien nodig met de arts te bespreken. Zonder deze registratie zal de apotheker niet in staat zijn voldoende actief aan de medicatiebewaking van de patiënt mee te werken.

Medicatiebewaking kan echter niet doeltreffend zijn als apotheker en arts niet volgens vaste *afspraken* werken. Tot deze vaste afspraken, welke in *protocollen* dienen te worden vastgelegd, behoren onder andere:

1. de manier van signaleren van mogelijk gevaarlijke interacties tussen, en ongewenste combinaties van geneesmiddelen in de apotheek vóór aflevering;
2. de maatregelen die de apotheker na signalering van dergelijke combinaties van geneesmiddelen moet nemen;
3. de adviezen die eventueel aan de patiënt moeten worden gegeven, enz.

Dergelijke protocollen, die in eerder genoemde apotheken voor een aantal geneesmiddelen in gebruik zijn, zullen binnenkort ter publikatie worden aangeboden. In dat artikel zal levens worden ingegaan op de achtergronden.



Tenslotte willen wij onze dank betuigen aan M. van Arnhem, Drs. M. H. C. Croes, Drs. J. J. de Gier, Mw. G. P. Hellings-Lap, Mej. A. Njotosusetyo en Drs. M. F. C. Versantvoort, die dit stuk mede mogelijk hebben gemaakt.

Literatuur

- Breimer D. D. (1977) Farmacotherapie op maat, Pharm. Weekblad 112, 221.
Dolmans J. M. E. V., A. Njotosusetyo, J.

J. de Gier en F. A. Nelemans (1977) Ongevenste combinaties (interacties) met orale anticoagulantia. Pharm. Weekblad 112, 614.

Hellings-Lap, G. P., J. M. E. V. Dolmans, J. J. de Gier en F. A. Nelemans (1977) Combinatie van benzodiazepinederivaten geen zeldzaamheid meer, Pharm. Weekblad 112, 88.

Hellings-Lap, M. F. C. Versantvoort, J. M. E. V. Dolmans, J. J. de Gier en F. A. Nelemans, (1977) Interacties van geneesmiddelen met insuline en orale bloedsuikerverlagende middelen, Pharm. Weekblad 112, 670.

Huizinga T. (1974) Samenwerking arts en apotheker, Medisch Contact 29, 1668.

Jonkers J. R. en F. W. H. M. Merkus (1976) 'Patiet compliance' of therapietrouw, Pharm. Weekblad 111, 497.

Merkus F. W. H. M. (1974), Kwaliteit van de huidige farmacotherapie, Pharm. Weekblad 109, 496.

Nelemans F. A. (1976), Morgen wordt heden geschreven, Pharm. Weekblad 112, 221.

Toekomst van de geneesmiddelenvoorziening teN plattelande; verslag van de apothekcommissie van de LHV (1977), Medisch Contact 32, 678.



7 en 8 oktober 1977

In Medisch Contact nr. 29 van 22 juli jl. was een apart katern gewijd aan het aanstaande Ledencongres van de KNMG, dat dit jaar op 7 en 8 oktober wordt gehouden in Leeuwarden. Datzelfde katern werd als losse bijlage ingesloten bij nr. 34 van 26 augustus jl. De congrescommissie vroeg daarbij speciale aandacht voor het inschrijfformulier, waarvan menigeen vanwege vakantie-afwezigheid waarschijnlijk in eerste instantie nog geen gebruik had gemaakt. Dat wil de commissie bij deze herhalen, zodat zij straks op het 29ste Ledencongres van de Maatschappij Geneeskunst, waarvan – zoals bekend – het wetenschappelijk gedeelte is afgestemd op het thema 'Verouderend Nederland', een grote schare congresgangers zal kunnen begroeten.