

Beschrijving van een vorm van samenwerking tussen huisarts en apotheker

DOOR C. A. BOOGAERDT, APOTHEKER EN J. KOOPMAN, HUISARTS

Sedert het begin van de middeleeuwen vormen de artsnijbereidkunde en de geneeskunde twee gescheiden beroepen. In de loop der tijden hebben zich vele veranderingen voorgedaan op het gebied van de diagnostiek, de therapie en de therapeutica, maar de relatie arts-apotheker is toch in grote lijnen onveranderd gebleven. De patiënt koos zich een arts, die de diagnose stelde en de therapie aangaf, waarna aan een apotheker werd verzocht het recept klaar te maken. Arts en apotheker bleven daarbij steunen op magistrale regels, verankerd in voorschriftenboeken, farmacopees en in de kennis van „de” wetenschappen.

Aan het eind van de negentiende eeuw is de industrie zich gaan ontplooiën tot een bron van nieuwe therapeutische mogelijkheden, waardoor opvallende veranderingen in bovenbeschreven situatie zijn ontstaan. Enigszins schematiserend kunnen wij deze als volgt omschrijven:

1. De industrie is, mede door onderlinge concurrentie, steeds meer haar eigen weg gegaan en heeft een uiterst deskundig research-, fabricage- en distributie-apparaat ontwikkeld, voornamelijk gericht op produkten en interessen van eigen bedrijf.

2. De universiteiten, die naast wetenschappelijke centra ook opleidingsinstituten zijn, komen voor een belangrijk gedeelte naast de eigenlijke nieuwe ontwikkeling en introductie van de geneesmiddelen te staan. Zij leveren wel de basiswetenschappen en worden achteraf vaak ingeschakeld bij de beproeving van nieuwe geneesmiddelen.

3. De informatie over nieuwe geneesmiddelen voor de medicus-practicus komt daardoor in eerste instantie van de direct belanghebbenden en niet meer van een zich boven de partijen plaatsende wetenschap.

4. De industriële competitie maakt het nodig steeds bedacht te zijn op verhoging van de omzet van het eigen bedrijf. Voor dit doel wordt gebruik gemaakt van de meest moderne reclamemethoden en het is onloochenbaar, dat, wanneer er meer therapeutische mogelijkheden zijn, reclamemiddelen een duidelijke invloed op de keuze hebben (het kiezen van een suggestieve naam is hiervan een duidelijk facet).

5. Aan de moderne industriële ontwikkeling zijn zeer vele waardevolle therapeutica te danken en de verwachtingen voor de toekomst zijn hoog gespannen; een beslist nadeel van deze vruchtbare produktiewijze is echter het grote aantal geneesmiddelen

dat aan de markt komt. Tijd en ervaring dreigen tekort te schieten om zelfs een redelijk aantal daarvan op gedegen wijze voor de praktijk naar waarde te kunnen schatten.

6. Voor de arts is het zelf samenstellen van geneesmiddelen goeddeels veranderd in het komen tot een keuze uit het vele dat wordt geboden. Hij ziet zich hierbij geplaatst tegenover een overmacht van door zeer deskundigen gebrachte informatie, door de belanghebbende producenten in een continue stroom geleverd. Hij kan dan ook bezwaarlijk tot een vergelijkende beoordeling komen van de middelen, die worden aangeboden. Zijn keuze dreigt hierdoor hoe langer hoe meer subjectief te worden en te berusten op toevalligheden op het gebied van publiciteit en reclame.

7. Doordat de industrie steeds nieuwe geneesmiddelen kan aanbieden vermindert het vertrouwen in oudere middelen vaak ten onrechte. Verbeteringen van ondergeschikte betekenis worden vaak te sterk belicht en de medicus wordt voortdurend geconfronteerd met de gedachte zijn patiënten tekort te doen als hij niet direct het allernieuwste voorschrijft.

8. De veelbelovende ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen maakt dat het publiek daarvan meer dan vroeger verwacht. Daarnaast verandert de instelling van de mens ten opzichte van ziekte en ongemak; men behoeft immers geen pijn meer te lijden! De reclame speelt hierbij natuurlijk ook een duidelijke rol. De arts moet als het ware bemiddelen tussen de verlokkelijke mogelijkheden, die het publiek meent te hebben en het werkelijk bereikbare.

9. Er zijn verschillende redenen waarom de verantwoordelijkheid van de medicus op het gebied van de therapie duidelijk is toegenomen. Er worden steeds meer geneesmiddelen gebruikt. Daarnaast is de specifieke werkzaamheid van de nieuwere therapeutica veel groter dan die van de klassieke, waardoor ook ongewenste (neven)werkingen een steeds belangrijkere rol kunnen spelen bij het toepassen van therapeutica. Door het voorschrijven van merken gaat de arts zich bovendien, zij het onbewust en ongewild, belasten met de kwaliteitskeuze. Hij neemt hierbij dus verantwoordelijkheid op een terrein, dat vroeger tot het taakgebied van anderen behoorde.

10. Door de industriële ontwikkeling verplaatste zich een deel van de bereiding van geneesmiddelen,

het oude „handwerk” van de apotheker, naar de fabriek. Het lag voor de hand, dat de fabriek met haar grote mogelijkheden op het gebied van de chemische synthese een deel van de grondstoffen-fabricage heeft overgenomen, zoals ook eerder het verzamelen en kweken van kruiden in andere handen was overgegaan. Daarnaast echter is de farmaceutische industrie zich steeds meer gaan toeleggen op het zelf verwerken van grondstoffen tot tabletten, zalven, enzovoort. Om zuiver commerciële en monopolistische redenen worden de grondstoffen van vele nieuwe geneesmiddelen niet beschikbaar gesteld voor receptuurdoeleinden.

11. De apotheker wordt naast bereider van geneesmiddelen in een aantal gevallen dus meer „leverancier”, terwijl bij de arts het opstellen van voorschriften in vele gevallen is veranderd in het maken van een keuze. Lag vroeger het interessegebied van de apotheker in hoofdzaak op het terrein van de verwerking, langzamerhand verschuift dit zich in de richting van een beoordeling van „wat er te koop is”. De tendens is dus dat de belangstelling van apotheker en arts steeds meer in dezelfde richting gaat.

12. Had de apotheker vroeger voldoende houvast aan regels van farmacopee en overeenkomstige boeken, thans dient hij zich, bij de steeds vloeiende stroom van nieuwe middelen, meer te verdiepen in werking en toxicologie. Alleen op deze wijze kan hij zijn beveiligende taak, bij de laatste fase, die het geneesmiddel doorloopt voordat het de patiënt bereikt, naar behoren vervullen.

Uit de hier geschetste veranderingen vloeit voort dat aan medische zijde op het gebied van de therapeutica grote problemen liggen en dat op het terrein van de bereiding van de geneesmiddelen taken van de apotheker zijn afgenomen. De vraag dringt zich nu op hoe de apotheker met zijn specifieke opleiding en kennis op het gebied van de therapeutica zich zo volledig mogelijk nuttig kan maken voor patiënt en arts.

Wij wilden een bijdrage leveren aan de beantwoording van deze vraag door de samenwerking tussen huisarts en apotheker te beschrijven zoals deze zich heeft ontwikkeld bij de Medische Dienst van de n.v. Philips.

Vooraf echter een opmerking; de apotheker heeft in ons Gezondheidscentrum een functie, vergelijkbaar met die van de ziekenhuisapotheker. Deze houdt in naast het gewone apotheekwerk: adviezen en verantwoordelijkheden inzake desinfectiemiddelen, sterilisatieproblemen, medewerking aan het klinisch laboratorium en inschakeling bij de toxicologische problemen der bedrijfsartsen, alsmede controlerende taken voor het ziekenfonds. Speciaal voor de huisartsen ontwikkelden zich taken ten aanzien van: de verzorging van de spreek- en behandelkamers en de sets, die de artsen in de auto steeds meenemen; samenwerking voor verschillende zaken, de apotheek betreffende, zoals uren van openstelling, faciliteiten

voor patiënten en applicatie- en verpakkingsvormen van geneesmiddelen; de voorlichting op het gebied van de geneesmiddelen.

Van begin af aan heeft de apotheker getracht de informatie, waarover hij als verzorger van de geneesmiddelen beschikt, zo volledig mogelijk ten dienste te stellen van de medici. Met gegevens over de chemie, farmacologie en marktsituaties trachtte hij zo goed mogelijk aan de behoeften te voldoen. Aldus werkende kon vanuit de apotheek een groot aantal artsen van informatie worden voorzien, hetgeen minder tijd vergt dan wanneer men individueel te werk zou gaan, terwijl op deze wijze ook de gegevens van het documentatiesysteem van de Maatschappij ter bevordering der Pharmacie ter beschikking van de huisartsen stonden. De apotheker kan met zijn kennis over de structuur, farmacologie en de bekende ongewenste nevenwerkingen een oordeel geven of een bepaald geneesmiddel als „gereedschap” kans heeft beter te werken dan een ander middel. De arts moet het uiteindelijk gaan toepassen en dus vaststellen wat het in de medische praktijk waard is. Hij moet zich bij de beoordeling ervan afvragen of er behoefte is aan een bepaald nieuw artikel en of de eventuele risico's en ook wel de kosten opwegen tegen de te verwachten resultaten. Om dit alles in een eindoordeel te verwerken en tot een gemeenschappelijke medicatie te komen is gezamenlijke studie en overleg nodig.

Aanvankelijk werd door de apotheker in de artsen-bijeenkomsten gerefereerd over geneesmiddelen, die in de belangstelling stonden, waarna men in de gedachtenwisseling gezamenlijk tot een waardering kwam. Daarnaast is lange tijd een inventaris opge maakt van alle drukwerken over geneesmiddelen, die aan de artsen door de fabrikanten worden verstuurd. In deze „syllabus imprimatorum” werden deze gegevens maandelijks gerubriceerd in „nieuwe middelen”, „nieuwe gezichtspunten” en „drukwerk van geen belang”. Om de arts behulpzaam te zijn bij het onderkennen van het essentiële werd in enkele zinnen de inhoud van het betreffende drukwerk samengevat. Tot de verdere inlichtingen behoorde een formularium in klassieke stijl, dat wil zeggen een lijst met standaardvoorschriften voor poeders, pillen, enzovoort.

Toen bleek dat er behoefte was de informatie meer op de praktijk te richten is het idee ontstaan een kleine werkgroep te stichten, die het een en ander voor de medische staf kon voorbereiden. Deze farmacotherapeutische werkgroep is gestart met twee artsen en een apotheker en is later uitgebreid tot vijf artsen en twee apothekers. Er worden ongeveer eens per veertien dagen samenkomsten gehouden, waarbij alle aanwinsten en andere belangrijke aspecten van de therapie worden besproken. De apotheker vertegenwoordigt voornamelijk het zakelijke en natuurwetenschappelijk standpunt, terwijl de huisarts in eerste instantie meer geïnteresseerd is in het herstel van de patiënt dan in het exacte werkingsmechanisme van een farmacon. Bij de discussies blijken deze gezichtspunten elkaar uitstekend

aan te vullen. Naast mondelinge mededelingen en soms korte referaten op de artsenbijeenkomsten is men gekomen tot de volgende vormen van voorlichting:

Therapeutische Bulletins: Uitgaven van enkele bladzijden, waarin een min of meer gedegen overzicht wordt gegeven over een groep van geneesmiddelen, bijvoorbeeld „Nieuwe antibiotica”, „Nieuwere gezichtspunten over ijzertherapie”. Aan het eind wordt een beknopt overzicht gegeven van bereikbare literatuur, om nadere oriëntering in de bibliotheek te stimuleren.

Mededelingen: Normaal slechts een half vel groot en bestemd om kleinere onderwerpen vooral snel te kunnen behandelen. Meestal gaat het over nieuwe aanwinsten, die dan kort en bondig worden besproken. Zij moeten zo snel mogelijk antwoord geven op de vraag: is er van dit nieuwe middel al iets bekend en zo ja, wat zijn de geneeskundige perspectieven.

Geneesmiddelenlijst: Hierin zijn vermeld de geneesmiddelen die steeds in de apotheek voorradig zijn, gerangschikt in een praktische farmacologisch-therapeutische indeling. Het is geen formularium in de klassieke zin, maar een soort grootste gemene deler. Naast algemeen gangbare preparaten is ook een aantal specialités vermeld, terwijl verwijzingen naar de bulletins worden gegeven.

Bij dit alles dient hier te worden opgemerkt, dat deze werkgroep in geen dele de verantwoording van arts en apotheker overneemt. Haar taak is alleen het verschaffen van gegevens, die de artsen nodig hebben bij hun streven naar een optimale eigen therapie. De gewone contacten tussen arts en apotheker blijven, naast dit bijzondere terrein van studie en voorlichting, normaal bestaan.

Enkele bijzondere facetten van dit werk, waarbij de hulp van de apotheker stellig nodig is, zijn:

1. Het „ontmaskeren” van als „geheel nieuw” aangekondigde middelen, waarbij het in feite gaat om kleine wijzigingen in een formule, die, (behalve het omzeilen van een octrooi), voor de therapie geen werkelijk nieuwe bijdrage betekenen.

2. Het als identiek herkennen van onder verschillende namen in de handel gebrachte geneesmiddelen.

3. Het „ontleden” van geneesmiddelen, die uit

mengsels bestaan (in doorgaans bekende componenten) en aan de hand daarvan komen tot precisering van de plaats, welke zij in het geneesmiddelenarsenaal innemen.

4. Het sneller helpen herkennen van wat werkelijk nieuw is.

5. Informatie geven over prijzen en andere „marktgegevens”.

Dit komt neer op hulp bij het interpreteren van de informatie- en reclamefolders, waarvoor aan de arts de kennis van de chemische formules en van sommige andere achtergronden ontbreekt. Dit zal de abus van dure dubiosa helpen verdwijnen en maakt de arts daardoor onafhankelijker. Deze zal niet langer als enige beperking hoeven te erkennen dat iets „niet is toegestaan voor het ziekenfonds”, maar een eigen oordeel krijgen.

Wij kunnen de mogelijke taken van de apotheker bij een optimale samenwerking tussen arts en apotheker dus als volgt samenvatten:

1. In werkgroepverband met zijn kennis van de chemie en farmacologie en zijn kritisch-natuurwetenschappelijke instelling kan hij een bijdrage leveren aan het komen tot een waardeoordeel over de te gebruiken therapeutica.

2. Daar hij op de hoogte is met alles wat zich op de geneesmiddelenmarkt afspeelt, kan hij de artsen voorlichten op het gebied van mogelijkheden en kosten. Hierdoor zullen onverantwoorde uitgaven, maar ook onverantwoorde beperkingen minder voorkomen en zal tevens een bijdrage worden geleverd aan een optimale therapie.

3. Met zijn chemische scholing kan hij steun verlenen bij laboratorium-onderzoek, desinfectie-, sterilisatie- en overeenkomstige problemen.

Summary. Cooperation between general practitioner and pharmacist. Modern methods of industrial production have resulted in an enormous increase in the number of drugs available, and it is becoming ever more difficult for the doctor to make a wise choice. No longer called upon to prepare many drugs and medicines himself, as was formerly the rule, the pharmacist is devoting more of his attention to the tasks of procurement and control. The interests of physician and pharmacist are tending to converge; the pharmacist's specialized training puts him in a position to help the doctor decide on a choice of drug. An account is given of cooperation between family doctors and a pharmacist in the framework of a small committee which has been in existence for several years, and whose work has clearly been of benefit to the patient.