

Huisarts en geneesmiddelengebruik

Nog steeds een bittere pil voor de eerstelijns

Er is voldoende aanleiding opnieuw de uitgangspunten van ons voorschrijfgedrag te bekijken, literatuur over geneesmiddelengebruik te lezen en tijdens congressen en gerichte bezoeken kennis te nemen van de opvattingen van anderen. Door Dr. H. Lamberts, huisarts, wordt aandacht besteed aan het W.H.O.-systeem over „Drug Utilization” en het „International Symposium on Clinical Pharmacy”, respectievelijk in april 1977 in Noordwijkerhout en september 1977 in Den Haag. F. E. Riphagen, huisarts, en F. J. Lancée, apotheker, beschrijven hun ervaringen tijdens een tweedaagse conferentie over „Drug monitoring” in juni 1977 in Oxford.

Ten slotte wordt kort mededeling gedaan van plannen met betrekking tot het project automatische registratie en geneesmiddelenbewaking, voorbereid door de apotheker van apotheek Ommoord. Bij het vormgeven van dit project is geformuleerd waartoe het allemaal moet dienen, wat men wenst te bereiken en welke nieuwe inzichten men ten aanzien van het voorschrijven en consumeren van geneesmiddelen wenst te verwerven.

Wanneer de huisarts voor zijn patiënt een recept uitschrijft, wordt deze handeling reeds geruime tijd niet meer gezien als een eenvoudig ritueel. Mag het zo zijn dat nog steeds absolutie kan worden verleend aan de min of meer boetvaardige patiënt, de herderlijke taak van de huisarts is op z'n minst aan een ambivalent oordeel onderhevig. Eigenlijk behoort bij het schrijven van elk recept een nauwkeurig gewetensonderzoek plaats te vinden, niet alleen bij degeen die door de wet tot het schrijven van het recept bevoegd is verklaard, maar ook bij degeen aan wie de geneeskrachtige werking moet worden. Iedereen lijkt het er over eens te zijn dat „te veel” geld aan geneesmiddelen wordt uitgegeven, dat „te veel” wordt geslikt, dat de patiënt te weinig kritisch en te weinig therapie-trouw is en dat de huisarts over in beginsel betere therapeutische mogelijkheden dient te beschikken dan het schrijven van een simpel recept.

In het Gezondheidscentrum Ommoord is de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan het rationaliseren, dat wil zeggen op verstandelijke overwegingen baseren, van het voorschrijfgedrag en aan het opzoeken en soms corrigeren van afwij-

kend voorschrijfgedrag. Dit laatste kan men ook toetsing noemen. Zodoende zijn met groot succes in Ommoord de vaatverwijders uitgebannen, met minder succes hebben sommigen de hoeveelheid antireumatica beperkt en het hoogtepunt van zelfkritiek en huisarts-compliance is te vinden in de bijna volmaakte nivellering van het tranquillizergebruik binnen de acht huisartspraktijken. Het is gebleken dat sommige huisartsen relatief gevoelig zijn voor kritiek, anderen blijken dat allerminst te zijn, tenminste wanneer men slechts let op het voorschrijfgedrag.

Geleidelijk zijn wij ons met de beschreven procedure toch ongelukkig gaan voelen. Het „goedkoper” zijn is niet meer zo zeer „en vogue”, niet alleen omdat dit in het algemeen in de eerstelijns niet wordt beloond, maar zelfs bestraft. Ook speelt het feit, dat tegenover de nog steeds groeiende consumptie in de hogere lijnen van de gezondheidszorg elke besparing in de wijk op zich een lachwekkend karakter heeft, geen overheersende rol. Veel belangrijker is het gevoel dat er bijna evenveel mogelijkheden zijn „te weinig” geneesmiddelen voor te schrijven dan dat er „te veel” wordt geslikt. Wat ons betreft is één van de beste voorbeelden de introductie van de bèta-sympaticolitica. Indien men naast de coronairischemie ook de

behandeling van hypertensie – al dan niet na screening gevonden – op het gebruik van deze nieuwe middelen wil baseren, dan gaat het daarbij om hoge bedragen, die volgens de huidige opvattingen welbested kunnen worden genoemd. Ook het feit, dat de orale anticonceptiva niet als een post kan worden gekarakteriseerd welke voor bezuiniging in aanmerking komt, is duidelijk.

Onze nogal moraliserende benadering van het gebruik van „minor tranquillizers” is aan een kentering toe. Is er eigenlijk wel zoveel op het gebruik van diazepam of oxazepam aan te merken wanneer het als genotmiddel wordt genuttigd? Wanneer mensen bij inderdaad vaak onoplosbare en ook uitzichtloze probleemsituaties oprecht het gevoel hebben dat het af en toe nuttigen van een „halve gele” hen – ook al is het maar kort – een prettig gevoel geeft, op welke gronden zullen wij ons eigenlijk daartegen keren? Twee stevige bellen bourgogne worden vaak meer geapprecieerd maar zijn niet minder verwerpelijk dan 5 mg nitrazepam. En hoe staat het met onze instelling ten opzichte van eetlustremmers? Trouwens de vloed van antibiotica bij een otitis media staat ook niet meer rechtop.

Een belangrijk verschil tussen een geneesmiddel in de kliniek en bij de mensen thuis is, dat er in het ziekenhuis weinig ontsnappingsmogelijkheden zijn (hoge therapietrouw) en dat geneesmiddelen thuis slechts zelden op de juiste tijd en in voldoende mate worden ingenomen. Men kan er bijna vanuit gaan dat elk geneesmiddel, waaraan redelijkerwijze een farmacologische werking kan worden toegeschreven, twee werkingsgebieden heeft: één in het ziekenhuis en één in het vrije veld. Dit verklaart waarschijnlijk ook dat het vooral de clinici zijn, die zo bezorgd over de bijwerkingen zijn. De huisarts wordt immers zelden met ernstige bijwerkingen van geneesmiddelen geconfronteerd en dat is wellicht mede te danken aan het feit dat gelukkig lang niet alles wat wordt voorgeschreven ook wordt geconsumeerd.

Een ander opmerkelijk verschijnsel is gelegen in de transculturele verschillen in de waardering van een bepaald geneesmiddel. Bestaat in Tjsecho-Slowakije of Polen enthousiasme over geneesmiddel B, in de Scandinavische landen wordt B verketterd ten faveure van A waartegenover staat dat het Verenigd Koninkrijk fijntjes A en B afschrijft en zich tot C bekeert. Nederland komt in deze reeks van volksdansen nauwelijks voor, omdat bij ons de registratie van de voorgeschreven en afgeleverde medicijnen dusdanig wrak en lacunair in elkaar zit, dat wij ons slechts bescheiden

Afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst en Apotheek Ommoord.

en zijgend in een hoekje kunnen opstellen, terwijl met name de Engelsen, de Zweden, de Noren, de Denen en de Tjsechen zich aan de hand van zeer interessante en betrouwbare gegevens in een inhoudelijke discussie over de verschillende aspecten van voorschrijfgedrag begeven.

International symposium on clinical pharmacy

Tijdens het haagse congres werd een drietal computersystemen gedemonstreerd waarmee de automatisering in de apotheek van start kan gaan. Als ideaal wordt gezien dat de patiënt zijn recept in de apotheek aan de assistente afgeeft waarna deze eerst de patiënt in het computergeheugen opzoekt en identificeert. Daarbij spelen geslacht, leeftijd en voorschrijvende huisarts een rol. Voorts wordt uit het geheugen opgediept, welke geneesmiddelen in welke hoeveelheden gedurende het afgelopen jaar ten behoeve van deze patiënt zijn afgeleverd.

Vervolgens tikt de apothekersassistente het nieuw te verkrijgen geneesmiddel in, welke nieuwe bijdrage aan de geneesmiddelenlijst kritisch wordt bekeken aan de hand van een geprogrammeerde controlelijst. Is de dosering juist? Is de afleveringsvorm in overeenstemming met de standaardreceptuur, bestaat er een incompatibiliteit met hetgeen reeds is voorgeschreven of met hetgeen wellicht reeds over de patiënt bekend is?

Indien alles naar wens met het standaardprogramma van de computer kan worden geregeld, wordt automatisch een etiket getikt waarop niet alleen de productnaam en de gebruiksaanwijzing naast de naam en het adres van de patiënt worden geschreven, maar waarbij ook een aantal simpele informatie over het aan de orde zijnde geneesmiddel kunnen worden toegevoegd.

Uiteraard blijft het daar dan niet bij. De voorraadadministratie en het schrijven van de rekeningen – al dan niet ten behoeve van het zogenaamde uitrekenbureau voor de ziekenfondspatiënt – moeten in elk geval gebeuren. Maar even interessant is het toegang te krijgen tot hetgene in een gezin wordt geslikt, wat door één bepaalde huisarts of één bepaalde specialist in de tijd gezien, wordt voorgeschreven.

Het is mogelijk per geneesmiddelengroep of per geneesmiddel nader onderzoek te verrichten. Kortom het is een ideaal systeem om constant een „monitoring” van voorschrijfpatronen te bewerkstelligen en op z'n minst het voorschrijfgedrag van huisartsen, en wellicht later ook van specialisten, zichtbaar en voor toetsing toegankelijk te maken.

Volledig in kunnen en kruiken is het systeem jammer genoeg nog niet. Het blijkt dat alle computersystemen de nodige beperkingen bieden, waarbij met name het ontbreken van voldoende gedifferentieerde en goed hanteerbare „soft ware”, zwaar weegt. Wel is het zeker dat in de komende tijd in Nederland veelbelovende projecten op gang zullen komen. Daarbij lijken niet alleen voor gezondheidscentra, maar ook voor groepen huisartsen, die in een omschreven geografisch gebied met één of twee apothekers samenwerken en een standaardreceptuur onderhouden, goede mogelijkheden te ontstaan.

Hiermee komt ook een ander thema aan de orde. De apotheker heeft behoefte aan een herziening van zijn rol en streeft binnen het gezondheidszorgsysteem naar emancipatie ten opzichte van de arts. Vooral het haagse congres stond in het teken van de klinische farmacie als uiting van de erkenning, dat de apotheker niet alleen een onberispelijk grondstoffenleverancier kan zijn, maar dat hij zoveel professionele kennis van de werking en het voorschrijven van medicijnen bezit, dat hij om te beginnen in de ziekenhuizen als specialist op het gebied der farmacie dient te worden toegelaten.

Er blijkt veel onlust en ook veel, deels indirect geuite, kritiek te zijn op het voorschrijfgedrag van bijvoorbeeld internisten. Uiteraard is dat iets dat de huisarts in algemene termen gemakkelijk kan onderschrijven. De specialist schrijft niet rationeler voor dan wijzelf.

Verskillende sprekers gingen op het haagse congres zover dat zij niet alleen hun plaats opeisen in de „ward rounds”, maar dat zij zich ook, de techniek van de goede anamnese beheersend, in een direct contact met de geneesmiddelgebruikende patiënt willen storten om hem niet alleen voorlichting, doch ook inzicht in de betekenis van het geneesmiddelgebruik te geven. Nog verder ging iemand die stelde dat de apotheker ook de basale diagnostiek dient te kennen, opdat ook in de vrije verkoop (in sommige landen omvangrijk) het juiste geneesmiddel kan worden gekozen.

De positie van de apotheker kan echter ook in de eerstelijns worden veranderd. In Ellecom vond daarover in het voorjaar van 1976 een congres van farmaciestudenten plaats, met als thema „de apotheker in de eerstelijns – van zakenman tot hulpverlener”. Het is naar mijn mening echter de vraag in hoeverre het op de weg van de apotheker ligt, in een frequent, bijna geïnstitutionaliseerd contact met de consument, zelf voorlichting over de gebruikte geneesmiddelen te geven. Uiteraard betekent een dergelijk optreden, dat een

dramatische verkleining van zijn consumentenbestand noodzakelijk is.

Ik twijfel er echter aan of de geweldige „gap” in kennis en inzicht tussen apotheker en consument nu juist door de apotheker zelf wel zo goed kan worden overbrugd en ook dient te worden overbrugd. In de geneeskunde leert de ervaring dat de verpleegkundige vaak intermediair is tussen arts en patiënt. Daarom verwacht ik dat de apothekersassistente dezelfde mogelijkheden kan bieden in de apotheek.

De apotheker heeft niet alleen recht op emancipatie maar ook de plicht daartoe. Te lang heeft hij lijdzaam toegezien dat de voorschrijvende arts beneden peil opereerde. De apotheker heeft zeker in de eerstelijns veel meer bij te dragen dan nu vaak het geval is.

„Drug monitoring” in de huisartspraktijk, een stokpaard?

Het Oxford Community Health Project (OCHP) organiseerde op 23 en 24 juni 1977 een tweedaagse conferentie over „Drug monitoring”. Het Oxford Community Health Project, waarover *Riphagen* en *Lamberts* reeds in 1976 in hun reisverslag schreven, werd gestart in 1970. Men tracht een (geautomatiseerd) informatiesysteem tot stand te brengen, dat bedoeld is ter ondersteuning van de eerstelijns gezondheidszorg in al haar aspecten. Gegevens van 250.000 patiënten, verdeeld over honderd huisartspraktijken worden daartoe verzameld. De tot dusver gerealiseerde projecten zijn onder meer:

– OXMIS (Oxford Medical Information System), een op ICD-8 gebaseerde ziekte- en probleemclassificatie.

– „Record Linkage”-project, waarbij gegevens van eerste- en tweedelijns voorzieningen aan elkaar zijn gekoppeld.

– „Drug monitoring”-project.

Onder dit laatste project wordt verstaan een systeem om het voorschrijven van geneesmiddelen in al zijn aspecten centraal te registreren, en zodoende onder meer te komen tot een vroegtijdige signalering van ongewenste bijwerkingen.

De eerste conferentiedag was gewijd aan het opzetten van informatiesystemen met betrekking tot geneesmiddelen in het algemeen en de tweede dag aan nadere toespitsing van monitoring in de eerstelijns. Ruim 250 bezoekers, in hoofdzaak Engelsen, bezochten deze aangelegenheid in het als altijd zeer fraaie historische decor van Oxford. De samenstelling van de deelnemers was op z'n minst onverwacht; voorzover wij konden nagaan waren er slechts 28 praktizerende huisartsen, in-

clusief part-time medewerkers van de engelse universitaire huisartseninstituten, voorts 50 veelal in ziekenhuizen werkzame apothekers, en 60 vertegenwoordigers van diverse farmaceutische industrieën. De resterende 115 bleken werkzaam bij één van de diverse lokale, regionale of nationale instanties van de N.H.S. of een der universiteiten. Een aantal min of meer uiteenlopende primaire doelen valt hierbij te bedenken:

het Departement (DHSS) is bijzonder gebrand op vroegtijdige opsporing van ongewenste, soms schadelijke effecten van geneesmiddelen en vooral van nieuwe geneesmiddelen. Met de Eraldin (practolol)-affaire nog vers in het geheugen is dat niet onbegrijpelijk.

De Prescription Pricing Authority (het uitrekenbureau van de N.H.S.) is er op uit een landelijk systeem voor registratie tot stand te brengen met het oog op kostenbewaking.

De farmaceutische industrie wil zich graag aanpassen aan – en zodoende de vruchten plukken van – een landelijk waarschuwingssysteem, vooral waar het nieuw uitgebrachte geneesmiddelen betreft.

De huisartsen en de universitaire huisartseninstituten zijn gebaat bij meer inzicht in, en reflectie op het eigen werk door middel van informatie over het voorschrijfgedrag.

De eerstelijns apotheker wordt nauwelijks bij de in gang zijnde ontwikkeling betrokken. De bedoeling hiervan is onduidelijk. Het gemêleerde gezelschap zorgde voor een redelijk grote diversiteit van onderwerpen, waarin zich een aantal categorieën liet onderscheiden

Inbreng universitaire instituten en Royal College of General Practitioners

Crombie beschreef hoe in de Research Unit van het College in Birmingham de „disease index” die daar wordt bijgehouden (het in één systeem bijeenbrengen van alle patiënten met een bepaalde ziekte) gebruikt kan worden als een eenvoudig middel om retrospectief onderzoek te doen naar ongewenste bijwerkingen van geneesmiddelen door middel van een al dan niet „Controlled Retrospective Cohort Trial”.

Dingwall sprak over een door de schotse research unit van het College ontwikkeld systeem voor het registreren van voorschrijfgedrag en bijwerkingen. Van een dergelijk systeem werd melding gemaakt door Patterson van de Heriott Watts University in Swansea.

Padfield rapporteerde over het Bath monitoring system en Beeley deed hetzelfde

over het, eveneens regionale Midlands project. Er zijn in Engeland een redelijk groot aantal van dergelijke regionale projecten, die zich met name toeleggen op het opsporen en onderzoeken van bijwerkingen van geneesmiddelen.

Op een bijdrage van Mapes (socioloog van de universiteit van Swansea) wordt in dit verslag wat dieper ingegaan. In dit onderzoek werd van een steekproef uit een over het gehele land verdeelde groep van 900 huisartsen de recepten over een maand bekeken in het licht van een tweetal door Parish geformuleerde criteria. Parish formuleerde vier criteria waaraan het voorschrijven van een geneesmiddel moet voldoen: juiste indicatiestelling, effectiviteit, lage kostprijs en veiligheid.

De door Mapes onderzochte criteria waren die van de effectiviteit en van de veiligheid. Ten aanzien van deze twee criteria werden huisartsen gekarakteriseerd als al dan niet „conservatief” en al dan niet „onvoorzichtig”. Er werd vanuit gegaan dat het voorschrijven van verouderde geneesmiddelen als conservatief bestempeld kan worden. Een panel van deskundigen noemde als voorbeelden van verouderde geneesmiddelen: meprobamaat, reserpine en kalium citraat. Dezelfde deskundigen bestempelden het voorschrijven van, met name over een lange periode, van: chloramfenicol per os, mao-remmers, erythromycine, phenylbutazon, tetracycline bij kinderen op jonge leeftijd als „onvoorzichtig”.

Wanneer een huisarts meer dan tweemaal het groepsgemiddelde voorschreef werd hij als „gebruiker” aangemerkt. Was hij in deze zin „gebruiker” van twee of meer middelen uit de conservatieve groep dan werd hij daarmee een „conservatief” voorschrijver. Was de huisarts, „gebruiker”, van drie of meer middelen uit de tweede groep dan betekende dat dat de onderzoekers hem of haar onvoorzichtig vonden. Veertien procent bleek conservatief en onvoorzichtig, 28 procent alleen conservatief, 29 procent alleen onvoorzichtig en 29 procent kwam er zonder „bemerking” af.

Deze resultaten werden statistisch bewerkt in samenhang met achtergrondgegevens betreffende de deelnemende huisartsen: leeftijd, praktijkgrootte, geslacht enzovoort. Daaruit bleek dat de leeftijd geen invloed had op de bovenstaande typering en dat een toename van de werkbelasting het voorschrijfpatroon in de „conservatieve” richting verschoof. Het is vooral de aard van dit onderzoek die belangwekkend is, omdat het huisartsenvoorschrijfgedrag direct in het onderzoek is betrokken en de resultaten ook onmid-

dellijk voor wijziging in het eigen patroon kunnen worden benut.

Bijdragen van individuele huisartsen

Het meest frappant was het verhaal van Sheldon. Gebruikmakend van de faciliteiten van het OCHP registreerde hij een jaar lang de door hem voorgeschreven geneesmiddelen en de indicatiestelling. Doel hiervan was „self audit”: het kritisch toetsen en bijsturen van het eigen medisch handelen op individuele basis. In het verloop van de registratieperiode bleek dat het totaal aantal recepten daalde en de kostenstijging achterbleef bij de gemiddelde stijging in Engeland in die periode. In totaal schreef hij 472 verschillende soorten geneesmiddelen voor (in 1972 berekende Patterson een gemiddelde van 403). In Nederland is dit getal, dat uitsluitend betrekking heeft op verpakte middelen, aanzienlijk lager.

Een tweetal indicaties werd nader bezien. Het betrof de schimmelinfecties van de huid, vanwege het vermoeden van Sheldon, dat patiënten met deze aandoeningen vaker dan nodig is, naar de dermatoloog werden verwezen. Ten aanzien van deze schimmelinfecties bleek hem na afloop van de registratie, dat hij deze ziekten voornamelijk met voor deze indicaties onwerkzame crème, die bovendien duur was, behandelde. Op grond van deze aanwijzing stelde hij een nieuw farmacotherapeutisch protocol op dat in een tweede onderzoek zal worden geëvalueerd.

De tweede groep aldus onderzochte indicatiestellingen, betrof het als „cold” omschreven complex. Sheldon's motief hier toe was het veronderstelde onnodige voorschrijven van antibiotica en antihooftmiddelen, waarvan de laatste ook zonder recept kunnen worden verkregen. Hierbij bleek dat vooral bij kinderen onder tien jaar die alleen maar hoesten zonder verdere symptomen in 8 procent van de gevallen een antibioticum werd voorgeschreven en wanneer sprake was van „chest infection” of „bronchitis” was dat getal 44 procent. Dit ondanks herhaalde niet mis te verstane en recente publikaties in de engelse vakpers dat bij beide indicaties in het normale geval geen antibioticum nodig is.

Op grond hiervan werd ook door Sheldon voor deze indicaties een nieuw voorschrijfprotocol gemaakt dat in tweede instantie zal worden geëvalueerd. De directe toepasbaarheid op het dagelijkse werk van dit soort gegevens werd indringend aangetoond.

Johnson demonstreerde het gebruik van een minicomputer in de huisartspraktijk,

voornamelijk met het oog op het opsporen van bijwerkingen.

Bijdragen van instanties van het engelse gezondheidszorgsysteem

Landelijk coördinator voor het opsporen van geneesmiddelbijwerkingen is Inman, de voorzitter van het „Committee on safety of drugs”. Hij deed mededeling over het bestaande systeem van vrijwillige melding van onverwachte en ongewenste bijwerkingen door middel van het zogenaamde „yellow card system”. Dit systeem, dat twaalf jaar functioneert, levert volgens Inman ten aanzien van de huisartspraktijk te weinig op door een gebrek aan ervaring en kennis van zaken bij de perifere huisarts.

Inman bepleitte een systeem van „recorded release” van nieuwe geneesmiddelen op nationale schaal. Een dergelijk systeem zou de incidentie van bijwerkingen en nadelige effecten (practolol-Eraldin!) van geneesmiddelen eerder, en in een vroegere fase dan tot nu toe het geval is, kunnen bepalen, zowel bij patiënten in de huispraktijk als in het ziekenhuis, waarbij bovendien een lange termijn follow up zou kunnen worden ingebouwd. Intact gelaten vrijheid van voorschrijven, standaardisatie en lage kosten zijn evenwel voorwaarden waaraan niet tegelijkertijd kan worden voldaan, zodat dit project nog niet aan realisatie toe lijkt.

Dendy beschreef een methode om geneesmiddelen te classificeren en te nummeren om aldus traceren en registreren van bijwerkingen te vergemakkelijken. Geprekken in de wandelgangen leerden ons dat in Engeland een dergelijke codering, in tegenstelling tot Nederland waar de farmaceutische industrie al enige tijd over de zogenaamde „ASPER”-code beschikt, niet bestaat.

Tricker gaf uitgebreide informatie over de PPA, de Prescription Pricing Authority, het „Centrale Uitrekenbureau” van de N.H.S., dat de huisartsen tevens informatie verstrekt over de prijs van de door hem voorgeschreven geneesmiddelen in vergelijking met het landelijk cijfer. Deze instantie krijgt een vrij compleet beeld van het voorschrijfgedrag van de huisartsen omdat 97 procent van de recepten N.H.S.-recepten is.

Het aandeel van de huisartsen in de jaarlijkse „drug bill” bedraagt 11.3 procent. Het is duidelijk dat de activiteiten van dit bureau aanmerkelijk kunnen worden uitgebreid en dat het een belangrijk stuurmechanisme is, hetgeen dan ook weerstand en wantrouwen ontmoet bij de medici.

Bijdragen uit het Oxford Community Health Project

Perry, Skegg en Donleavy gaven algemene informatie over de diverse aspecten van dit project, zoals in het reisverslag van Riphagen en Lamberts reeds werd gegeven.

Apart wordt vermeld een studie van Vessey en Doll – „Is the pill safe enough to continue using?” – bestaande uit een uitgebreide vergelijking van de tot nu toe verrichte onderzoeken over bijwerkingen van de pil, aangevuld met een eigen onderzoek over dit onderwerp. Zij concludeerden dat de voordelen van de pil duidelijk opwegen tegen de nadelen maar dat in meer gevallen dan tot nu sterilisatie moet worden aangeraden; voorts dat het occlusief pessarium als anticonceptiemiddel wordt ondergewaardeerd.

Skegg, Doll en Perry raamden in een andere voordracht het gebruik van in de huisartspraktijk voorgeschreven geneesmiddelen. In het verloop van 1 jaar gebruikten 65.7 procent van de vrouwen en 53.8 procent van de mannen tenminste een geneesmiddel, dat haar of hem door de huisarts was voorgeschreven. Het gebruik steeg met de leeftijd en psychotrope middelen werden meer dan welke andere groep geneesmiddelen gebruikt.

Bijdragen van de farmaceutische industrie

Zowel kwantitatief als kwalitatief werden geen bijdragen van enige betekenis gegeven, zulks omgekeerd evenredig met het percentage bezoekers uit die sector.

Alle vijf groeperingen kwamen aldus „aan de bak” en diverse belangen waren zoveel mogelijk congruent gemaakt: de industrie wil graag meeprofiteren van een door de overheid opgezet systeem van controle en opsporing van bijwerkingen en is tevens bereid pionierende huisartsen in dit veld financieel te steunen. De engelse huisartsen op hun beurt komt dit niet slecht uit, mede gezien hun weinig rooskleurig financiële positie.

De onderzoekers en de opleiders willen graag onderzoeken en opleiden, waartoe de medewerking van de engelse „G.P.” een eerste voorwaarde is. Het heeft er aldus de schijn van dat „de bijwerking” een apart convergentiepunt vormt van verscheidene in de engelse gezondheidszorg werkzame krachten, waarmee overigens niets ten nadele van de kwaliteit van het geleverde werk wordt gezegd, terwijl de mate waarin dit soort activiteiten in Engeland wordt ondernomen, in Nederland lang niet wordt bereikt.

Slechts eenmaal – en dan nog tijdens een

van de korte discussies – werd de vraag gesteld of het nut van het voorschrijven van geneesmiddelen sec niet veeleer aandacht en onderzoek verdient. Hoewel men zich daaromtrent geen volledig oordeel kon vormen, werd de indruk gewekt, dat men zich niet aan een dergelijke principiële keuze wenst te wagen. De totale kosten van in Engeland voorgeschreven geneesmiddelen zijn vergeleken met andere Europese landen laag. Thans laat zich niet onmiddellijk vaststellen of dit alleen komt door de lagere prijzen in Engeland of dat ook nog andere factoren in het spel zijn, zoals minder en goedkoper voorschrijven.

Evenzeer opvallend was dat de aanwezigen zich blijkbaar geen zorgen maakten omtrent administratief bureaucratische wildgroei, die in de toekomst van dit soort systemen valt te verwachten, wanneer de diverse belangengroeperingen hun beleid niet coördineren.

Ondanks het feit dat de dagelijkse rompslomp voor de huisarts, die er nu al niet om liegt, alleen maar groter wordt, zien de engelse huisartsen kennelijk niet op tegen nog meer. Of de achtergrond hiervan een „bijwerking” is van het engelse systeem of een „gewenst therapeutisch effect”, kan slechts worden vastgesteld als wij in Nederland een vergelijkbare situatie hebben bereikt. In administratief opzicht is dat nog niet het geval en inhoudelijk gezien nog minder.

Afgezien van de consequenties in het kader van management en kostenbeheersing is het dringend noodzakelijk dat nederlandse huisartsen zich op de hoogte stellen van het eigen voorschrijfgedrag en de resultaten daarvan in navolging van Sheldon in de praktijk brengen. In het Gezondheidscentrum Ommoord vindt dit reeds op continue basis plaats (*Lamberts en Wolgast*). De onder meer in het gebruik van een rationele, effectieve en economische standaardreceptuur tot uiting komende samenwerking met de apotheker zal binnenkort een uitbreiding ondergaan door het in gebruiknemen van een geautomatiseerd informatiesysteem tussen Centrum en apotheek. In het laatste deel van dit verslag zal de apotheker de functie van apotheker in het engelse systeem belichten en mededeling doen over het hiervoor beschreven geautomatiseerd systeem dat in Ommoord zal worden toegepast.

De apotheker en „drug monitoring”

Opvallend op de „Drug monitoring conference” te Oxford was het vrijwel geheel ontbreken van een bijdrage van apothe-

kers en een volkomen gebrek aan belangstelling van de kant van de officine farmacie. Hiervoor is wel een aantal oorzaken te noemen. De apotheker in de eerste lijn in Engeland verzorgt gemiddeld maar een paar duizend zielen. Het is daar volstrekt onmogelijk op basis van farmaceutische activiteiten een apotheek in stand te houden. De hoofdomzet wordt in de engelse apotheek gevormd door niet-farmaceutische artikelen tot speelgoed en TV-toestellen toe. Hierdoor wordt de aandacht van de engelse apotheker sterk afgeleid van zijn farmaceutische taak. Verder kan men in Engeland ook in het systeem van de National Health Service met zijn recept in elke apotheek terecht. Een apotheek heeft in Engeland geen vaste kring van cliënten.

De bijdrage van de openbare apotheker ten aanzien van „drug monitoring” bleek alleen maar te kunnen bestaan uit het verrichten van enige administratieve handelingen bij aflevering van een geneesmiddel op recept, waartegen, zo werd fijntjes opgemerkt, hij wel geen bezwaar zou maken als daar een adequate beloning tegenover zou staan. De verdere bewerking van de gegevens zou dan bij het recepten-uitrekenbureau moeten plaatsvinden.

Zelfs vanuit de ziekenhuis-farmacie werd op de conferentie geen enkele bijdrage geleverd. Blijkbaar ontbreken daar de professionele erkenning en dus de financiële middelen om een representatief onderzoek op te zetten.

In een organisatie als de National Health Service bestaat een sterk streven vanuit de praktijk uit te wijken naar bestuurlijk of universitair niveau. Een veel gehoorde verzuchting is „Too many chiefs and no indians”. De bijwerking van geneesmiddelen blijkt een dankbaar onderwerp om zich in een bestuurlijke of universitaire functie waar te maken.

Vele voordrachten tijdens deze conferentie waren hieraan dan ook gewijd. Toegegeven dient te worden dat in Engeland in het onderzoek naar de bijwerking van geneesmiddelen zeker resultaten zijn geboekt. In Nederland heerst op dit gebied een vrijwel volledig vacuüm; zoals bekend bestaat er een Bureau Bijwerkingen van Geneesmiddelen van de Geneeskundige Hoofdspectie in Leidschendam, waar men een vermoeden over een bijwerking van een geneesmiddel kan melden.

Onze belangstelling ging vooral uit naar de mogelijkheden van „drug monitoring” in de eerste lijn. De enige bijdrage vanuit de eerste lijn werd gevormd door de huis-

arts Sheldon. Hoe moedig dit uiterst arbeidsintensieve onderzoek ook was, het zal nauwelijks een voorbeeld kunnen zijn voor een continu bijsturen van het geneesmiddelengebruik in de eerste lijn. Hier stuiten wij op het in Engeland ontbreken van een in dit opzicht functionerend apotheker.

Bij „drug monitoring”, het informeren van de arts over de gevolgen van zijn voorschrijfgedrag, kan de apotheker door zijn opleiding en positie een belangrijke rol vervullen. Een geneesmiddel is niet meer dan een chemische substantie. De enig juiste wijze om er mee om te gaan is op basis van rationele overwegingen. De arts verkeert niet in de meest gunstige positie om dit uitgangspunt waar te maken. Door zijn contact met de patiënt is de situatie waarin het geneesmiddel wordt voorgeschreven emotioneel gekleurd, waardoor het voor de arts gemakkelijk een zekere gevoelswaarde zal vertegenwoordigen. De industrie laat weinig na deze gevoelsrelatie te stimuleren. Presentatie, verpakking, vorm en kleur dragen er toe bij het geneesmiddel een zeker imago te geven. Een ander belangrijk aspect is dat de arts zijn patiënt in zijn verwachtingen niet graag teleurstelt. Soms lijkt het er op of de patiënt met de hand van de arts het recept schrijft.

Het is duidelijk dat hier het rationele, wetenschappelijke argument niet altijd doorslaggevend is. Hier ligt een taak voor de apotheker. Door zijn opleiding is hij meer geneigd uit te gaan van de exacte gegevens betreffende het medicament. Zijn summiere contact met de patiënt vrijwaart hem voor emotionele beïnvloeding bij zijn advies. Het is dan ook tragisch te noemen dat de engelse apotheker niet de mogelijkheden heeft de functie te vervullen die hij gezien zijn opleiding inhoud zou kunnen geven.

De nederlandse situatie steekt hierbij gunstig af. De omvang van zijn verzorgingsgebied staat het de nederlandse apotheker toe zich volledig op zijn farmaceutische taak te richten. Als gevolg van het abonnementstelsel voor de honorering door het ziekenfonds heeft hij een stabiel patiëntenbestand en weinig belang bij de aard en hoeveelheid van de voorgeschreven geneesmiddelen. Van nederlandse apothekers zijn dan ook al heel wat initiatieven uitgegaan ter begeleiding van het geneesmiddelengebruik. Genoemd kunnen worden de farmacotherapiegesprekken tussen groepen artsen en apothekers, de interactiekaart, het geneesmiddelenpaspoort, en de kaartsystemen

voor de bewaking van de farmacotherapie per patiënt.

Een interessante ontwikkeling ten aanzien van „drug monitoring” in de eerste lijn is de invoering van de mini-computer in de apotheek. Hieraan ligt de volgende gedachte ten grondslag. Elk op recept voorgeschreven geneesmiddel verlaat in Nederland de apotheek voorzien van een (meestal) getypt etiket, waarop alle gegevens betreffende de medicatie staan vermeld. Deze informatie dient tegelijk als input voor de computer waardoor alle gegevens komen vast te liggen en beschikbaar zijn om op welke wijze dan ook te worden bewerkt. Behalve voor de interne organisatie en administratie komen aldus gegevens vrij betreffende het geneesmiddelengebruik per patiënt en het voorschrijfgedrag per arts zonder dat allerlei arbeidsintensieve procedures noodzakelijk zijn. Bij een algemene toepassing van de mini-computer in de apotheek zal ook landelijk informatie beschikbaar kunnen komen om het gebruik van geneesmiddelen in juiste banen te leiden.

Een systeem voor „drug monitoring” uitsluitend vanuit een centraal bestuurlijk niveau heeft mede door zijn bureaucratisch karakter zijn beperkingen. Behalve dat men een „big brother”-effect introduceert, heeft men ook geen aanvaardbaar referentie-kader. Zo worden de gegevens van het recepten-uitrekenbureau van de Rotterdamse apothekers door het ziekenfonds gebruikt in een poging de kosten voor geneesmiddelen in de hand te houden. De huisarts ontvangt hiertoe periodiek een overzicht van de kosten die hij per farmacotherapeutische groep heeft gemaakt, met daarnaast een gemiddelde van wat er in de stad is voorgeschreven. Dit laatste zegt niet zoveel, daar er geen rekening wordt gehouden met de praktijkopbouw en een gemiddelde geen enkele normering inhoudt.

Een effectievere en voor alle betrokkenen aanvaardbaarder oplossing lijkt „drug monitoring” door groeps gesprekken op wijkniveau waarbij ook per patiënt de gegevens beschikbaar zijn. Het leidt geen twijfel dat de apotheker hierin graag zijn aandeel zal willen leveren. Het „International symposium on clinical pharmacy” in Den Haag werd geopend met de woorden: „Our highly skilled and intelligent people are eagerly waiting to help you”.

Riphagen, F. E. en H. Lamberts. (1976) huisarts en wetenschap 19, 342-348.

Lamberts, H. en N. L. Wolgast. (1975) huisarts en wetenschap 18, 321-333.