

Chronische medicatie en medicatiebewaking

Onderzoek in de huisartspraktijk naar het langdurig gebruik van medicamenten is uitermate schaars. Dit is opmerkelijk omdat huisartsen veel te maken hebben met chronische patiënten die veelal medicamenteus worden behandeld. Bovendien ligt hier een voor de huisarts als onderzoeker dankbaar terrein, zoals ook af en toe in dit tijdschrift pregnant tot uiting komt. Zo ging *Van Heycop ten Ham* na in hoeverre het verantwoord is het gebruik van anti-epileptica te staken. Het bleek hem dat de medicatie kon worden gestaakt bij meer dan de helft van de patiënten die vijf jaar of langer aanvalsvrij waren geweest.¹ Onderzoek naar het gebruik van orale anticoagulantia leidde tot de conclusie dat de onderzochte patiënten in meerderheid ten onrechte antistolling gebruikten.^{2 3}

De vraag rijst hoe kien huisartsen zijn op dergelijke vormen van medicatiebewaking. Het ontbreken van een trefwoord voor dit onderwerp in het cumulatieve register van dit tijdschrift zegt veel, maar niet alles.⁴ In dit nummer laten *Plagge e.a.* hier enig licht op schijnen. Hun oriënterend onderzoek laat zien dat de onderzochte huisartsen bijna een derde van de voorschriften voor farmacotherapie afgeven via de balie, zonder arts-patiënt contact. Driekwart van de balievoorschriften had betrekking op herhalingsvoorschriften.⁵

Kuyvenhoven e.a. vermeldden eerder overeenkomstige bevindingen: 38 procent van alle voorschriften gaat via de balie, waarvan 87 procent een herhaling betreft. Zij vonden tevens dat 58 procent van alle herhalingsvoorschriften via de balie wordt afgegeven; voor nieuwe voorschriften was dat aandeel 12 procent.⁶

Hoe dringend is medicatiebewaking? KNMP-voorzitter Cox stelde in zijn jaarrede van oktober 1987 dat jaarlijks 600.000 mensen combinaties van geneesmiddelen krijgen die elkaars werking negatief beïnvloeden. Ongewenste gevolgen van geneesmiddelen bij therapeutisch gebruik leiden jaarlijks tot circa 10.000 ziekenhuisopnamen en tien sterfgevallen, volgens opgaven van de SIG respectievelijk het CBS.

Specifiekere informatie met praktisch bruikbare conclusies is nauwelijks voorhanden. Wat is er bijvoorbeeld bekend over de omvang van het geneesmiddelengebruik in het verkeer, de daaraan verbonden risico's voor de verkeersveiligheid, en over het preventieve effect van gele en rode waarschuwingstickers?

Om een goed inzicht te verkrijgen in de negatieve aspecten van (chronische) medicatie en de vermijdbaarheid daarvan is onderzoek hard nodig. *Tempelaar e.a.* zullen hieraan tegemoet komen in een van de komende nummers met een onderzoeksverslag over de invloed van bloeddrukverlagende medicamenten op de kwaliteit van het leven. Het onderzoek werd uitgevoerd in apotheekhoudende huisartspraktijken en berust deels op gegevens die zijn ontleend aan een medicatiebewakingssysteem.⁷ Beide condities lijken in dit verband nuttige onderzoeksvoorwaarden die zeker meer aandacht verdienen.

Ondanks het ontbreken van een gedetailleerd inzicht, staat toch wel vast dat in het bijzonder chronische medicatie veel problemen kan opleveren, variërend van vage gevoelens van onwelzijn tot fatale verwickelingen. De vraag die hier aan de orde is, luidt in hoeverre deze problemen kunnen worden vermeden met medicatiebewaking, en welke taken en verantwoordelijkheden huisartsen daarbij hebben.

Een moeilijkheid hierbij is allereerst het ontbreken van overeenstemming over wat precies wordt beoogd met medicatiebewaking. Terwijl dit begrip nog in vele betekenissen wordt gehanteerd, stappen apothekers al over op de term 'medicatiebegeleiding', waarmee zo ongeveer hun totale beroepsuitoefening bedoeld lijkt te zijn.⁸ Dit is niet zo verwonderlijk, omdat de traditionele taken van de apotheker, zoals kwaliteitscontrole van grondstoffen en eigen bereidingen, sterk zijn afgekald. Nog slechts 15 procent van de omzet heeft betrekking op de magistrale receptuur en vele apothekers zien in medicatiebewaking een belangrijk middel om hun bestaansrecht waar te maken.

In de jaren zeventig paste nog slechts een klein aantal apothekers medicatiebewaking toe. Meestal gebeurde dit met handmatige of gemechaniseerde systemen. Doordat deze omslachtig in het gebruik waren, kon pas ná aflevering controle op de medicatie plaatshebben. Ook was de medicatiebewaking nog beperkt tot bepaalde *high risk*-groepen. Thans zijn apotheken op grote schaal geautomatiseerd (ongeveer 60 procent van de ruim 1300 openbare apotheken) en wordt in 300 à 400 apotheken medicatiebewaking toegepast. Deze activiteit berust echter nog steeds op de overtuiging dat hiermee het belang van de patiënt wordt gediend, zonder dat hiervoor een deugdelijke wetenschappelijke onderbouwing bestaat.⁷

Welke taak heeft de huisarts hierbij? Het *Basistakenpakket* laat hier geen ruimte voor misverstand en rekent de medicatiebewaking tot de taak van de huisarts.⁹ De huisarts verkeert met zijn centrale rol in het zorgsysteem in een ideale positie om de medicatiebewaking actief ter hand te nemen. In beginsel alle medische informatie, ook over voorgeschreven medicamenten, komt bij de huisarts terecht, zodat deze gegevens door hem met elkaar in verband kunnen worden gebracht. In dit verband wordt de huisarts geacht zo nodig en mogelijk gestructureerd en ad hoc in contact te treden met de apotheker.

Ondanks een al in 1977 ingestelde gemeenschappelijke Werkgroep Medicatiebewaking, komen de beroepsorganisaties van huisartsen en apothekers kennelijk nog niet veel verder dan elk voor zich de medicatiebewaking te claimen en de uitvoering over te laten aan 'ieder voor zich'. Van taakafbakening is geen sprake.

Dit lijkt mij inconsequent. Van tweeën één: óf medicatiebewaking is nuttig voor de patiënt, maar dan moeten taken en taakafbakening zijn aan te geven, óf het nut van medicatiebewaking is (nog) niet aangetoond; taakomschrijvingen hebben dan niet veel meer betekenis dan claims.

Nu medicatiebewaking nog het beste kan worden gekarakteriseerd als een overtuiging, is het de vraag waaraan dat ligt. Tot dusver hebben apothekers die zich met medicatiebewaking bezighouden, zich vooral gericht op het controleren of signaleren van doseringen, interacties, contra-indicaties, dubbelmedicatie. Onderzoek heeft zich vrijwel geheel beperkt tot beschrijvingen van de frequentie waarin medicatiebewaking leidt tot meldingen en signalen, en in hoeverre deze weer leiden tot wijzigingen van de medicatie. In hoeverre de patiënt daar beter mee af is – en daar gaat het toch om – is hieruit volstrekt niet af te leiden. Anders gezegd, het onderzoek is gericht op gemakkelijk meetbare, intermediaire 'eindpunten', en zegt nog niets over de effectiviteit op het niveau van de patiënt.

Men kan zich ook afvragen of een partiële medicatiebewaking, uitsluitend bedreven door apothekers,

wel zinvol kan zijn. Al in 1977 stelden *Dolmans e.a.* dat noch de apotheker, noch de huisarts alleen over de benodigde kennis beschikt.¹⁰ Medicatiebewaking heeft niet alleen als doel de patiënt te beschermen tegen de eventuele risico's van interacties, dubbelmedicatie, enzovoort. Minstens zo belangrijk is het beogen van een optimale farmacotherapie.¹³ Dit betekent dat voor een goede medicatiebewaking naast farmaceutische ook klinisch farmacologische en huisartsgeneeskundige kennis vereist is.¹¹ Deze kennis laat zich niet altijd even gemakkelijk computeriseren, en dat is ook allemaal niet zo nodig. Het gaat erom dat huisartsen en apothekers grondig exploreren waar zij gemeenschappelijk nuttiger zijn voor de patiënt dan ieder voor zich als een broedse kip.

W.A. van Veen

¹ Van Heycop ten Ham MW. Complete recovery from epilepsy? *Huisarts Wet* 1980; 23: 309-11.

² Westhoff MP. Antistollingsmiddelen in enige huisartspraktijken. *Huisarts Wet* 1977; 20: 175-7.

³ Nolet HA, Prick-Slothouwer. De schijnzekerheid bij antistolling. *Huisarts Wet* 1978; 21: 147-9.

⁴ Meijman FJ, red. Register 1972-1986 van Huisarts en Wetenschap. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.

⁵ Plagge HWM, Vissers FHJA, Pouls K, De Geus CA. Het voorschrijven van geneesmiddelen zonder arts-patiënt contact. *Huisarts Wet* 1988; 31: 120-3.

⁶ Kuyvenhoven MM, Van Hemert MM, Thiecke AH. Contacten, recepten en verwijzingen in een duopraktijk. *Huisarts Wet* 1985; 28: 49-52, 60.

⁷ Tempelaar AF, Haayer-Ruskamp FM, Pennink BJ, Smith RAJ, Waaijer AMM, Wesseling H. Langdurig gebruik van bètablokkers en de kwaliteit van het leven. Wordt gepubliceerd in mei of juni van de lopende jaargang van *Huisarts en Wetenschap*.

⁸ Effecten van medicatiebewaking [Themanummer]. *Pharm Weekbl* 1987; 122: 1033-65.

⁹ Anoniem. Basistakenpakket. LHV Vademecum. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.

¹⁰ Dolmans JMEV, De Bruin HJ, Nelemans A. Samenwerking (huis)arts-apotheker. *Med Contact* 1977; 32: 1149-54.

¹¹ Van Weel C. Monitoren en patiënten met CARA. *Airways* 1987; 6: 35-7.