

# Moet de indicatie nu wel of niet op het recept?

*Aan het onderwerp of de indicatie wel of niet vermeld moet worden op het recept, zijn al heel wat woorden gewijd. De verwarring is groot genoeg om de domeindiscussie te laten voor wat deze waard is en de koe bij de horens te vatten. Kortom, waar hebben we het nu eigenlijk over?*

**P**raktiserende apothekers zijn zorgverleners. Zij vallen reeds onder de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en moeten voldoen aan de eisen die deze kwaliteitswet stelt. Daarnaast deelt het WINAp de opvatting van de KNMP dat openbare apothekers evenals ziekenhuis-apotheker onder het regime van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) behoren te vallen. Wij zijn dan ook verheugd dat dit punt een wezenlijk onderdeel uitmaakt van het akkoord op hoofdlijnen dat de KNMP en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onlangs hebben ondertekend.

Vanuit deze ontwikkeling wil de apotheker evenals andere zorgverleners kunnen beschikken over zorggegevens die belangrijk zijn voor een goede uitoefening van zijn zorgtaken. Een kerntaak van zijn zorgverlener-schap is het bevorderen van het goed gebruik van de producten die in de apotheek worden afgeleverd [1]. Anders gezegd, de apotheker moet beschikken over zorggegevens die onontbeerlijk zijn voor een optimale begeleiding van het gebruik van de afgeleverde genees- en hulpmiddelen. De indicatie van het geneesmiddel kan daarvan deel uitmaken en dan door de voorschrijver op het recept worden vermeld. Het spreekt vanzelf dat de aanduiding 'op het recept' in dit ICT-tijdperk niet al te letterlijk moet worden genomen. Bovendien spreken wij liever over 'reden van gebruik' naar analogie van de huisartsen die in hun ICPC-terminologie spreken over 'reason for encounter', omdat een formele diagnose niet altijd onmiddellijk kan worden gesteld.

Deze stellingname is aan medische zijde op hevig verzet gestuit [2, 3]. Daarmee is onzes inziens geen maatschappelijk belang gediend. Het is immers niet in het belang van de geneesmiddelgebruiker dat de apotheker altijd in onwetendheid verkeert over de reden van gebruik. Maar wat dan wel?

## Zorginhoudelijke rol van de apotheker

De apotheker heeft de afgelopen decennia een nuttige bijdrage geleverd aan de kwaliteit van de farmaceutische zorg in Nederland door receptcontrole op de juiste persoon, op het juiste geneesmiddel en op klassieke aspecten van medicatiebewaking (dosering, dubbelmedicatie, pseudodubbelmedicatie, interacties en contra-indicaties). Het is noodzakelijk gebleken deze klassieke medicatiebewaking uit te breiden met het signaleren van andere farmacotherapeutische problemen, zoals het voorschrijven van een ongeschikt geneesmiddel; onderbehandeling, ondergebruik of onderdosering; onjuiste behandelingsduur of doseringshoogte; en het optreden van ongewenste bijwerkingen [4]. Bij al deze oude en nieuwe activiteiten kan het zinvol zijn dat de apotheker beschikt over de "reden van gebruik". Wij bepleiten overigens niet dat deze "reden van gebruik" op ieder recept moet worden aangegeven. Dit zou voor de voorschrijvers een te grote en ondoelmatige belasting betekenen. Wij bepleiten wel dat het vermelden van de "reden van gebruik" onderdeel kan zijn en soms zelfs moet zijn van structurele afspraken tussen voorschrijvers en afleveraars over therapiebeleid en patiëntenbegeleiding. Enkele concrete voorbeelden

(waarvan er natuurlijk meer te bedenken zijn):

- doseringscontrole bij methotrexaat. Wanneer eenzelfde geneesmiddel in verschillende doseringshoogten bij verschillende ziektebeelden wordt toegepast, kan de apotheker thans niet controleren of de voorgeschreven dosering te hoog is of niet. Bij sterk werkzame geneesmiddelen kunnen de gevolgen ernstig zijn. Een berucht voorbeeld waarbij zelfs fatale gevallen zijn beschreven, is het middel methotrexaat, dat in hoge doseringen als oncolyticum en in lagere doseringen als antirheumaticum wordt gebruikt [5];
- behandelingsduur/doseringshoogte van antidepressiva. Over het algemeen wordt aanbevolen de medicamenteuze behandeling van een depressieve patiënt na het verdwijnen van de depressie nog minimaal 6-9 maanden in een adequate dosering voort te zetten en dan pas uit te sluisen [6]. De apotheker zou hierop kunnen bewaken en zodoende een zinvolle bijdrage aan de behandeling kunnen leveren. Uit onderzoek is evenwel gebleken dat slechts tweederde van de antidepressiva in de huisartspraktijk daadwerkelijk voor een depressie wordt voorgeschreven [7];
- therapietrouw van lisdiureticagebruikers. Uit een promotieonderzoek aan de Universiteit Utrecht is gebleken dat oudere gebruikers van lisdiuretica een verhoogd risico op een hernieuwde ziekenhuisopname in verband met acuut hartfalen lopen, wanneer zij hun herhaalrecepten niet tijdig (dat wil zeggen later dan tien dagen) aan de apotheek aanbieden [8]. Bovendien is in buitenlands onderzoek aangetoond dat een goede begeleiding door de apotheker het risico op acuut hartfalen ten gevolge van therapieontrouw kan verminderen [9]. In de praktijk blijkt evenwel dat lisdiuretica niet alleen voor hartfalen worden voorgeschreven maar ook voor de omstreden indicatie niet-cardiaal enkeloedeem, in welke geval de therapietrouw van de patiënt niet langer relevant is [10].

In al deze gevallen zou nadere informatie over de reden van gebruik uitkomst kunnen bieden en ervoor zorgen dat de openbare apotheker beter in de zorgbehoefte van de individuele patiënt kan voorzien. Wij zijn daarom van mening dat dit aspect moet worden meegenomen in FT(T)O-besprekingen waarin zorginhoudelijke afspraken tussen voorschrijvers en afleveraars worden gemaakt.

### **Eigen verantwoordelijkheid van de patiënt als uitgangspunt**

Het Bestuur van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft zich uitgesproken tegen het vermelden van gegevens over de diagnose van een patiënt op het recept. Omdat de apotheker geen (mede)behandelaar zou zijn, zou dit

neerkomen op het inzage geven aan derden in de behandeling van de patiënt, wat niet past bij de privacy-bescherming, die de arts onder meer op grond van de WGBO aan de patiënt behoort te garanderen [3]. Het opnemen van de openbare apotheker in de WGBO zal aan dit formele standpunt alle kracht ontnemen. Los daarvan is voor ons de crux gelegen in het vragen van toestemming aan de patiënt in kwestie: het gaat primair om zijn gegevens, dus de patiënt mag zelf bepalen in hoeverre een reden van gebruik aan de apotheker bekend mag worden. Dit doet meer recht aan de zelfstandige en mondige positie van de patiënt dan een situatie waarin door anderen wordt besloten dat dit niet goed voor hem zou zijn. Terecht hanteert de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie zelfbeschikking van patiënten over de eigen gegevens als een belangrijk uitgangspunt [11]. Dat er individuele patiënten zijn die hier op eenzelfde wijze tegen aankijken, wordt onderstreept door een recent commentaar van een geneesmiddelgebruiker [12]. Uit bovenstaande voorbeelden moge blijken dat patiënten er veel baat bij kunnen hebben wanneer zij de apotheker inzage geven in de reden van hun geneesmiddelgebruik. Wij hopen dan ook dat steeds meer patiënten zich ervan bewust zullen zijn dat de openbare apotheker pas de volle verantwoordelijkheid voor zijn aandeel in de zorg kan nemen als deze beschikt over de zorginformatie die daarvoor nodig is. Niet meer en niet minder ●

### **LITERATUUR**

- 1 Timmer JW, De Smet PAGM, Schuling J, et al. Patient education to users of oral hypoglycemic agents: the perspective of Dutch community pharmacists. *Pharm World Sci* 1999;21:200-4.
- 2 De Bruijn EM. Alleen maar contra-indicaties. *Med Contact* 1997;52:124.
- 3 'Geen indicatie op recept' of 'de indicatie hoort niet op het recept'. *Med Contact* 1999;54:630.
- 4 De Smet PAGM, Leufkens HGM, Hekster YA, et al. Farmaco-epidemiologische praktijkprogramma's. Voorstel landelijke signalering belangrijke onderwerpen. *Pharm Weekbl* 1998;133:76-9.
- 5 Vesseur J, Feenstra J. Methotrexaat: fatale doseringsfouten door onoplettendheid. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1533-5.
- 6 Van der Kuy A, red. *Farmacotherapeutisch Kompas* 1999. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1999:112-4.
- 7 De Waal MWM, Stolk J, Van Marwijk HWJ, et al. Voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:2131-4.
- 8 Heerdink ER. Clustering of drug use in the elderly. Population based studies into prevalence and outcomes. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1995.
- 9 Varma S, McElany JC, Hughes CM, et al. Pharmaceutical care of patients with congestive heart failure: interventions and outcomes. *Pharmacotherapy* 1999;19:860-9.
- 10 De Smet PAGM, Koper JF, Tinke JL, et al. Therapietrouwproject brengt patiënt belangrijke post. Farmaco-epidemiologisch praktijkprogramma voor oudere lisdiureticagebruikers. *Pharm Weekbl* 1998;133:1726-31.
- 11 Optimalisering informatievoorziening in de gezondheidszorg. Een perspectief vanuit managed care en disease management. Zoetermeer: Stichting Health Management Forum, 1999:22.
- 12 Gebhardt DOE. Indicatie op recept is in belang van patiënt. *Pharm Weekbl* 1999;134:918.