

NHG-Standpunt

Toekomstvisie Huisartsenzorg
'Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg'

Colofon

Dit is een uitgave van het
Nederlands
Huisartsen Genootschap (NHG)

Postbus 3221
3502 GE UTRECHT
Telefoon: 030-288 17 00
Website: www.nhg.org

© NHG 2006

December 2006

NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg'

Vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering van 14 december 2006

Toelichting

Dit NHG-Standpunt Farmacotherapiebeleid is geformuleerd in het kader van de implementatie van de Toekomstvisie Huisartsenzorg.¹ Een NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg is bedoeld als handreiking voor de innovatie in de huisartsenpraktijk en heeft betrekking op de patiëntenzorg en praktijkorganisatie. Dit Standpunt richt zich op het optimaliseren van het farmacotherapiebeleid. Het kunnen realiseren van deze uitwerking van de Toekomstvisie is afhankelijk van de mate waarin is voorzien in de beschreven randvoorwaarden in hoofdstuk 4, pagina 22 en 23.

Een samenvattend overzicht van de uitgangspunten voor het farmacotherapiebeleid en aanbevelingen voor de praktijk zijn te vinden in hoofdstuk 5, pagina 24 t/m 27.

De huisarts verleent generalistische, contextgerichte en continue zorg en vervult een gidsfunctie voor de patiënt en een spilfunctie in de gezondheidszorg. Hiervoor wordt in de huisartsenvoorziening het medisch dossier van de individuele patiënt beheerd met alle relevante informatie over diens ziektegeschiedenis en medicatiegebruik. De huisarts speelt, mede op grond van het beheer van het patiëntendossier, een centrale rol bij een verantwoorde medicamenteuze behandeling van de patiënt.

Tot nu toe zijn drie Standpunten in het kader van de Toekomstvisie uitgebracht waarvoor wordt verwezen naar bijlage 1.

De huisartsenvoorziening bestaat uit de huisarts, de praktijkassistente en praktijkverpleegkundige². Waar in dit document huisarts staat, wordt het geheel van de huisartsenvoorziening bedoeld. Met de 'apotheker' wordt de apotheek als voorziening bedoeld: de apotheker (of de apotheekhoudende huisarts) en apothekersassistent(s).

¹ Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. LHV/NHG, 2002. Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. NHG/LHV, 2004.

² Waar praktijkverpleegkundige staat wordt tevens praktijkondersteuner bedoeld. Deze functie zal de komende jaren in toenemende mate worden vervuld door de op hbo-niveau opgeleide praktijkverpleegkundige (differentiatie bachelor of nursing).

Inhoudsopgave	Pagina
1. Inleiding	4
1.1. NHG-Formularium bevordert voorschrijven conform richtlijnen	4
1.2. Taakdelegatie en samenwerking binnen de huisartsenzorg	4
1.3. Terughoudendheid blijft bij nieuwe middelen van belang	5
2. Probleemstelling	6
2.1. Ontbreken van een volledig medicatieoverzicht bij de huisarts	6
2.2. Afstemming met tweede lijn en medicatieveiligheid kan beter	6
2.3. Therapietrouw geen vanzelfsprekendheid	6
2.4. Goede samenwerking tussen huisartsen en apothekers gewenst	6
2.5. Conclusie	7
3. Uitgangspunten voor het farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg	8
3.1. Het farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg is met het oog op kwaliteit en doelmatigheid gebaseerd op landelijke wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen	8
3.2. De huisarts is de voorschrijver van geneesmiddelen in de eerstelijnszorg en is daarom eindverantwoordelijk voor de medicamenteuze behandeling van de patiënt. De huisarts is ook verantwoordelijk voor de door de praktijkassistente/ praktijk-verpleegkundige voorgeschreven herhaalmedicatie	13
3.3. De huisarts beschikt met het oog op kwalitatief goede (transmurale) farmacotherapeutische zorg over een volledig en actueel medicatieoverzicht van de patiënt en een elektronisch systeem voor medicatiebewaking	13
3.4. Er dient sprake te zijn van een voor de patiënt herkenbare continuïteit in de zorg bij het voorschrijven door de huisarts en in het ziekenhuis	15
3.5. Een optimale farmacotherapie is mede afhankelijk van het op de juiste wijze gebruiken van geneesmiddelen door de patiënt	16
3.6. Goede samenwerkingafspraken tussen de huisarts en de apotheker over taken en verantwoordelijkheden zijn van belang voor verantwoorde zorgverlening	17
4. Randvoorwaarden	22
4.1. Afstemming farmacotherapiebeleid met andere zorgverleners	22
4.2. Goede ICT-ondersteuning, registratie en faciliterende HIS-applicaties	22
4.3. Afspraken over gegevensuitwisseling en beheer medicatieoverzicht	22
5. Samenvattend overzicht uitgangspunten farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg en aanbevelingen voor de praktijk en de beroepsgroep	24
5.1. Uitgangspunten farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg	24
5.2. Aanbevelingen voor de praktijk	24
5.3. Aanbeveling voor de beroepsgroep	27

Bijlagen

Bijlage 1. Verschenen NHG-Standpunten in het kader van de implementatie van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012	28
Bijlage 2. Beslissingsmodel voor het maken van een geneesmiddelkeuze	28
Bijlage 3. NHG-Standpunt <i>Off-label</i> voorschrijven	29
Bijlage 4. Overzicht Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) en Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA's)	32
Bijlage 5. Afkortingenlijst	33
Bijlage 6. Totstandkoming	34

1. Inleiding

Het succesvolle NHG-Standaardenbeleid heeft in belangrijke mate bijgedragen aan een verantwoorde medicamenteuze behandeling van aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Vanuit internationaal perspectief gezien wordt door de Nederlandse huisartsen terughoudend voorgeschreven. De geneesmiddelenuitgaven liggen in ons land ver onder het West-Europese gemiddelde niveau.³ Geschat wordt dat de uitgaven voor de totale farmaceutische hulp zonder enig ingrijpen van de zijde van overheid jaarlijks zullen stijgen met ongeveer 11 procent.⁴ Oorzaken hiervan zijn onder meer de vergrijzende bevolking met een toename van chronische aandoeningen, de verschuiving van de zorg vanuit ziekenhuis naar de thuissituatie en een groter belang van het voorschrijven van geneesmiddelen met een preventief doel.⁵

1.1. NHG-Formularium bevordert voorschrijven conform richtlijnen

Voor de meeste in de huisartsenpraktijk gepresenteerde aandoeningen bestaan richtlijnen met aanbevelingen voor de verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de (farmacotherapeutische) zorg. Het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) is een belangrijk instrument voor de implementatie van deze richtlijnen. Het NHG-Formularium⁶ is daarvan een bekend voorbeeld. Onderzoek in het kader van de Tweede Nationale Studie⁷ wijst uit dat de prescriptierichtlijnen in de NHG-Standaarden door 68 procent van de huisartsen worden gevolgd. Er is daarbij sprake van variatie afhankelijk van de aard van de aandoening. Huisartsen die het NHG-Formularium niet gebruiken, blijken gemiddeld minder conform de NHG-richtlijnen voor te schrijven.

1.2. Taakdelegatie en samenwerking binnen de huisartsenvoorziening

Binnen de huisartsenvoorziening wordt samengewerkt in een team dat dikwijls bestaat uit meerdere huisartsen, praktijkassistenten en praktijkverpleegkundigen. Een belangrijk onderdeel van de huisartsenzorg richt zich op patiënten met een chronische aandoening. Deze categorie patiënten neemt, mede als gevolg van de vergrijzing, in omvang sterk toe.⁸ De systematische (farmaceutische) zorg voor patiënten met veelvoorkomende chronische aandoeningen wordt door de huisarts steeds vaker gedelegeerd aan praktijkverpleegkundigen. Dit is goed mogelijk mits dit gebeurt volgens protocollen die op huisartsenrichtlijnen zijn gebaseerd. In het NHG-Standpunt 'Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische

³ Nederlands geneesmiddelen­uitgaven ver onder West-Europees niveau. Pharm.Weekbl 2005; 140:30-31.

⁴Data en feiten 2006. Alpen aan de Rijn: Stichting Farmaceutische Kengetallen, juli 2006.

⁵ Zie de Uitwerking Cardiovasculair risicomangement van het NHG-Standpunt Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn (in ontwikkeling).

⁶ Het NHG-Formularium maakt NHG-richtlijnen toegankelijk en direct toepasbaar tijdens het consult. Sinds 2002 zijn hierin ook de Farmacotherapeutische richtlijnen (FTR'en) opgenomen. Hoe het voorschrijven conform richtlijnen zich sinds 2002 heeft ontwikkeld, is onderwerp van lopend onderzoek.

⁷ Braspenning JCC et al. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL/WOK, 2004.

⁸ NHG-Standpunt Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn. Uitwerkingen voor diabetes mellitus en astma/COPD. Utrecht: NHG, 2005.

aandoening in de eerste lijn' wordt het belang van taakdelegatie en de inzet van de praktijkverpleegkundige inhoudelijk onderbouwd. Afstemming tussen de praktijkverpleegkundige en de huisarts blijft daarbij onmisbaar.

Ook praktijkassistenten spelen een belangrijke rol bij de farmaceutische zorg. Zo komen de aanvragen voor herhaalrecepten in het algemeen via bij de huisarts terecht en worden door hen in het HIS verwerkt. In protocollen vastgelegde afspraken over de afhandeling van (herhaal)recepten, inclusief de autorisatie bieden garanties voor de medisch-inhoudelijke regie en eindverantwoordelijkheid van de huisarts. Vooral bij patiënten die meerdere geneesmiddelen gebruiken zijn controle en autorisatie van de herhaalreceptuur door de huisarts van groot belang.

1.3. Terughoudendheid blijft bij nieuwe middelen van belang

Gezien de snelle wetenschappelijke ontwikkelingen en de enorme toestroom van informatie over geneesmiddelen is het voor de huisarts nauwelijks haalbaar om op basis van zelfstandig (literatuur)onderzoek zijn farmacotherapiebeleid te bepalen. Dat geldt bij uitstek voor de beoordeling van nieuwe geneesmiddelen.

De farmaceutische industrie investeert veel in de marketing van geneesmiddelen, bijvoorbeeld nascholingen en campagnes in de media. Deze marketingactiviteiten zijn erop gericht artsen te beïnvloeden om nieuwe, vaak duurdere merkgeneesmiddelen voor te schrijven. Nieuwe geneesmiddelen hebben lang niet altijd meerwaarde ten opzichte van al bestaande (generieke) middelen. Dat geldt vooral voor de zogenoemde 'me-too'-preparaten. Een belangrijk marketinginstrument is het betalen van artsen voor onderzoek naar de werking en bijwerkingen van nieuwe geneesmiddelen ('*seeding-trials*'). Dergelijk onderzoek heeft geen wetenschappelijke waarde, maar is bedoeld om het nieuwe middel 'in de pen' van de voorschrijver te krijgen. Deze studies richten zich niet alleen op specialisten maar ook op huisartsen. Veel nieuwe geneesmiddelen worden in eerste instantie voorgeschreven door specialisten. Uit onderzoek blijkt dat ook huisartsen regelmatig nieuwe geneesmiddelen voorschrijven die niet in de betreffende NHG-richtlijnen worden genoemd.⁹

De door de farmaceutische industrie verstrekte informatie over nieuwe geneesmiddelen berust doorgaans op onderzoek dat is verricht in het kader van de geneesmiddelenregistratie. De marketingkosten werden in 2002 door het Centraal Planbureau (CPB) geschat op minstens 20 procent van de totale omzet. Uitgaande van deze raming wordt er in Nederland 570 miljoen euro aan marketing uitgegeven; bijna net zoveel als aan wetenschappelijk onderzoek naar geneesmiddelen.

De mogelijkheden om geneesmiddelen - ook ongeregistreerde en dus ongecontroleerde - en andere gezondheidsproducten via 'webapotheken' op internet aan te schaffen zijn enorm toegenomen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateert dat de grenzen tussen officiële geneesmiddelen en andere gezondheidsproducten mede door misleidende reclame vervagen en wijst op mogelijke gezondheidsrisico's. Navragen van het gebruik van zonder recept verkrijgbare middelen is voor de voorschrijver een punt van aandacht.

Dit alles onderstreept het belang van het continu actualiseren van landelijke wetenschappelijke richtlijnen met farmacotherapeutische adviezen die zijn gebaseerd op bewezen werkzaamheid en veiligheid.

⁹ Florentinus, SR. New drugs in general practice Prescribing patterns and external influences. Utrecht: 2006.

2. Probleemstelling

2.1. Ontbreken van een volledig medicatieoverzicht bij de huisarts

Vaak heeft de huisarts nog niet de beschikking over een volledig medicatieoverzicht in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Op dit punt valt veel te verbeteren door zorgvuldige registratie, goede samenwerkingsafspraken met zorgverleners in de eerste en tweede lijn en de inzet van ICT voor digitale gegevensuitwisseling.

Patiënten hebben behoefte aan en baat bij een overzichtelijk en samenhangend aanbod aan spoedeisende zorg, waarbij het eerste- en tweedelijns aanbod binnen én buiten kantooruren zo goed mogelijk op elkaar zijn afgestemd of zijn geïntegreerd. Daarbij is ook een goede aansluiting op andere sectoren zoals de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de thuiszorg van belang.¹⁰

2.2. Afstemming met tweede lijn en medicatieveiligheid kan beter

Bij migratie van de patiënt tussen de eerste en tweede lijn is overdracht van de volledige medicatiegegevens van groot belang voor de patiëntveiligheid. Uit onderzoek van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) blijkt dat in de overgang van het ziekenhuis naar de thuissituatie veel risico bestaat op medicatiefouten.¹¹ Er kan veel verbeterd worden bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis.

Uit onderzoek is gebleken dat in het ziekenhuis bewust gestaakte medicatie door de huisarts regelmatig wordt hervat na ontslag, doordat toelichtingen op een gewijzigd medicatiebeleid in de ontslagbrief ontbreken. Als gevolg hiervan ontstaan onnodige gezondheidsrisico's en mogelijke heropnames.

2.3. Therapietrouw geen vanzelfsprekendheid

Veel patiënten die starten met langdurige medicatie staken het gebruik hiervan binnen enkele maanden vanwege ervaren bijwerkingen, interacties of onvoldoende ervaren effect. Daarnaast gebruiken veel patiënten hun medicatie niet volgens voorschrift. Therapietrouw is dus geen vanzelfsprekendheid. Therapietrouw blijkt voor een belangrijk deel gerelateerd te zijn aan patiëntgebonden factoren, zoals kennis over de aandoening, het verwachte resultaat van de geneesmiddelen en de sociaal-culturele achtergrond. Eigen inbreng en zelfmanagement zijn belangrijk voor de bevordering van de terapietrouw bij patiënten met een chronische aandoening.¹²

2.4. Goede samenwerking tussen huisartsen en apothekers gewenst

Ook apothekers hebben een taak bij de farmacotherapie. Daarom is samenwerking tussen huisarts en apotheker belangrijk. Om maximaal gebruik te maken van de voordelen van deze

¹⁰ Zie ook het NHG-Standpunt De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg. Utrecht: NHG, 2005.

¹¹ Munnecom MPM, Slikkerveer M, Kragten JA, Groothuis S, Krings AWH. Medicatieoverzicht openbare apotheken als gouden standaard. Pilotonderzoek naar medicatiefouten op een polikliniek cardiologie. Pharmaceutisch Weekblad 2005; 140:912-3.

¹² Keers J et al. Therapietrouw is abnormaal gedrag. Empowerment als basis voor adequate zelfzorg bij mensen met diabetes. Huisarts Wet 2005 48(13): 666-70.

samenwerking, dienen goede afspraken te worden gemaakt over taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de farmaceutische patiëntenzorg, met name over de voorlichting en de medicatiebewaking. Dit punt is actueel, omdat veel apothekers hun farmaceutische patiëntenzorg uitbreiden.

Het lokale farmacotherapieoverleg (FTO) ondersteunt de onderlinge samenwerking. Vanuit het oogpunt van het kwaliteitsbeleid is het goed als dit lokale overleg tussen huisartsen en apothekers gebaseerd is op bestaande landelijke wetenschappelijke richtlijnen en onafhankelijke en objectieve informatiebronnen. De effectiviteit van het FTO wordt verder vergroot door gebruik te maken van prescriptiecijfers van deelnemende huisartsen. Dit is niet overal het geval.

In een aantal regio's hebben pilots plaatsgevonden met farmacotherapeutisch transmuraal Overleg (FTTO). Deze vorm van overleg kan (mits gebaseerd op landelijke wetenschappelijke richtlijnen en onafhankelijk bronnen) een belangrijke rol vervullen in de ketenzorg. Deze initiatieven zijn op veel plaatsen niet goed uit de verf gekomen. Helaas is er geen goede analyse gemaakt naar de oorzaak hiervan.

2.5. Conclusie

Door het succes van het NHG-Standaardenbeleid is de farmacotherapie in de huisartsenzorg in belangrijke mate evidence-based en doelmatig. Met het oog op de patiëntveiligheid en de verbetering van de kwaliteit van zorg is optimalisering mogelijk op het terrein van:

- het beheer van het medicatieoverzicht;
- de onderlinge gegevensuitwisseling tussen zorgverleners;
- de ondersteuning van de patiënt ten aanzien van therapietrouw;
- de samenwerking met de apotheek.

In het volgende hoofdstuk wordt de visie op het farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg uitgewerkt met speciale aandacht voor bovengenoemde aandachtspunten.

3. Uitgangspunten voor het farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg

3.1. Het farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg is met het oog op kwaliteit en doelmatigheid gebaseerd op landelijke wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen.

3.1.1. Gebruik van onafhankelijke en objectieve informatiebronnen over geneesmiddelen

Het NHG-Formularium is gebaseerd op de NHG-Standaarden en de Farmacotherapeutische richtlijnen (FTR'en) die volgens de principes van evidence-based medicine tot stand zijn gekomen.¹³

Overige onafhankelijke informatiebronnen zijn:

- NHG-Standpunten;
- Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's);
- Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's);
- Farmacotherapeutisch Kompas;
- Farmacotherapeutische Rapporten van de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH);
- Geneesmiddelenbulletin;
- multidisciplinaire richtlijnen van het CBO, het Trimbos-instituut en andere wetenschappelijke verenigingen;
- Clinical Evidence;
- systematische reviews uit de Cochrane library.

Een grondregel bij het formuleren van een verantwoord medicamenteus beleid is: liever bekend, bewezen effectief en met zo weinig mogelijk bijwerkingen, dan meegaan met de nieuwste mode. Meestal is een dergelijk beleid ook doelmatiger. In het NHG-Formularium gaan in het algemeen de adviezen tot het niveau van de geneesmiddelgroepen (bijvoorbeeld bètablokkers, protonpompremmers) zonder een expliciete voorkeur voor een bepaald geneesmiddel uit te spreken. Als regel worden dan wel enkele bekende middelen waarmee ruime klinische ervaring is opgedaan als voorbeeld vermeld. Uitzonderingen op deze regel komen voor als uit literatuuronderzoek blijkt dat een bepaald geneesmiddel uit een groep op rationele gronden de voorkeur heeft (bijvoorbeeld metoprolol uit de groep bètablokkers bij hypertensie), of als een middel op basis van een aantal relevante beoordelingscriteria de voorkeur heeft. Bij het maken van afspraken op FTO-niveau kan het helpen om voor het gezamenlijk bepalen van een eerste keusmiddel gebruik te maken van een beslismodel (zie de tabel in bijlage 2).

¹³ Dit NHG-Formularium is beschikbaar in diverse verschijningsvormen:

- als elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) geïntegreerd in de diverse huisartsinformatiesystemen (HIS'en);
- in digitale vorm op de cd-rom NHG-ConsultWijzer;
- in de vorm van een zakboekje (bijvoorbeeld voor in de visitetas);
- in de vorm van een 'digitaal zakboekje' voor op een palmtop.

De HIS-leveranciers worden twee keer per jaar voorzien van een geactualiseerd databestand van het NHG-Formularium.

Aanbeveling voor de praktijk

- Maak bij het voorschrijven van geneesmiddelen gebruik van de wetenschappelijke landelijke richtlijnen en overige onafhankelijke informatiebronnen.

3.1.2. Medicatiebewaking

Een belangrijk aandachtspunt bij het aanmaken van (herhaal)recepten is de (elektronische) medicatiebewaking. Het bewaken van de veiligheid van de medicatie vindt plaats bij het voorschrijven, en niet slechts bij het afleveren van geneesmiddelen. Optimale medicatieveiligheid wordt gerealiseerd met zorgvuldige registratie en een goede elektronische medicatiebewaking. Het gaat hierbij om de patiëntgerelateerde en geneesmiddelgerelateerde contra-indicaties (allergie of intolerantie), interacties, dubbelmedicatie, dosering, gebruiksduur en therapietrouw. Tot de eerstgenoemde behoren: comorbiditeit (zoals nier- en leverfunctiestoornis), zwangerschap, borstvoeding en kinderwens. Extra aandacht voor medicatiebewaking is nodig bij speciale patiëntencategorieën (zoals ouderen, patiënten die meer geneesmiddelen gebruiken, migranten en verstandelijk gehandicapten) en in overdrachtsituaties (zie ook paragraaf 3.4.1). Hiervoor is het noodzakelijk om de diagnose aan te geven, bij voorkeur met de ICPC-code.

De huisarts is bij controle van een patiënt alert op bijwerkingen. Dit geldt bij uitstek wanneer de patiënt betrekkelijk nieuwe geneesmiddelen gebruikt. Bijwerkingen van nieuwe geneesmiddelen, ernstige bijwerkingen en bijwerkingen die niet genoemd worden in de bijsluitertekst van een middel worden gemeld aan het Nederlands Bijwerkingencentrum Lareb.

Ook de apotheker heeft een belangrijke, wettelijk toebedeelde, rol bij de medicatiebewaking. Het kan in sommige gevallen gewenst zijn om de reden van voorschrijven uit te wisselen. Aanbevolen wordt hierover met de plaatselijke apotheker(s) heldere werkafspraken te maken.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Maak bij het voorschrijven van geneesmiddelen gebruik van de mogelijkheden van het HIS voor de medicatiebewaking.
- Zorg ervoor dat in het HIS bij speciale patiëntencategorieën de terzake doende patiëntenkenmerken operationeel zijn voor de medicatiebewaking.
- Medicatiebewaking verdient extra aandacht bij verstandelijk gehandicapten, ouderen, migranten en patiënten die meerdere geneesmiddelen gebruiken. Let daarbij ook op uitleg en therapietrouw.
- Wees alert op bijwerkingen en overgevoeligheden en maak hiervan aantekening in het medicatieoverzicht.
- Meld gesignaleerde bijwerkingen bij het Lareb (www.lareb.nl).
- Maak met de apotheker(s) werkafspraken over de medicatiebewaking.

3.1.3. *Off-label* voorschrijven

Off-label voorschrijven is het voorschrijven van een geneesmiddel buiten de indicatie(s) waarvoor het middel is geregistreerd om, dus voor een indicatie die niet staat vermeld in de officiële productinformatie (de zogeheten IB1-tekst). Het kan ook gaan om voorschriften met afwijkende doseringen of andere patiëntencategorieën zoals genoemd in het registratiedossier

(bijvoorbeeld zwangeren en kinderen).

Geadviseerd wordt om in principe terughoudend te zijn met het *off-label* voorschrijven van geneesmiddelen. Voor het NHG-Standpunt over *off-label* voorschrijven wordt verwezen naar bijlage 3. Dit standpunt is in lijn met de nieuwe geneesmiddelenwet. In artikel 68 staat beschreven dat buiten de door het College geregistreerde indicaties voorschrijven van geneesmiddelen alleen is geoorloofd wanneer daarover binnen de beroepsgroep protocollen of standaarden zijn ontwikkeld.

Bij kinderen zal *off-label* gebruik echter vaak onvermijdelijk zijn, omdat medicijnen zelden bij kinderen zijn onderzocht voordat ze op de markt komen. Het medio 2006 geopende Nederlands Kenniscentrum voor Farmacotherapie bij Kinderen (NKFK) heeft tot doel de kwaliteit en veiligheid van farmacotherapie bij kinderen te verbeteren.

Het NHG hanteert het standpunt dat *off-label* voorschrijven alleen verantwoord is als dat voor de patiënt op dat moment de best denkbare behandeling is. In de richtlijnen wordt expliciet vermeld als een aanbevolen middel niet voor de besproken indicatie is geregistreerd.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Schrijf alleen *off-label* voor als er goede onderbouwing voor is.
- Raadpleeg de informatie van het NKFK (www.NKFK.nl) voor de farmacotherapie bij kinderen.
- Indien u kiest voor *off-label* voorschrijven handel dan extra zorgvuldig, namelijk:
 - informeer de patiënt over de voor- en nadelen;
 - vraag ‘*informed consent*’.
- Zorg voor een goede registratie in het medisch dossier van de patiënt.
- Zorg voor een nauwgezette controle van het beoogde effect en eventuele bijwerkingen.
- Bespreek in FTO-verband het *off-label* voorschrijven.

3.1.4. Polyfarmacie

De ontwikkelingen in de zorgvraag hebben invloed op het geneesmiddelengebruik. De groep ouderen vormt de snelst groeiende bevolkingsgroep in Nederland. Dit geldt vooral voor de oudste ouderen (85-plussers). Deze tendens zal zich de komende jaren voortzetten. Van de ouderen krijgt een toenemend aantal te maken met één of meer aandoeningen. 20 procent van de thuiswonende 85-jarigen, 28 procent van de semi-zelfstandig wonende 85-jarigen en 25 procent van de 85-jarigen in een verzorgingshuis heeft twee of meer chronische ziekten.¹⁴ Als gevolg hiervan stijgt geneesmiddelengebruik evenals het voorkomen van polyfarmacie. Juist bij patiënten met een chronische aandoening is dikwijls sprake van polyfarmacie. In dit Standpunt wordt gesproken van polyfarmacie wanneer er sprake is van gebruik van meer dan vier geneesmiddelen.

Van alle chronische patiënten gebruikt 50 procent vier of meer geneesmiddelen.¹⁵ In verpleeg- en verzorgingshuizen is dat 40 procent. Daarnaast blijkt uit verschillende onderzoeken dat ouderen regelmatig te veel, maar ook te weinig krijgen voorgeschreven.¹⁶ Bijkomend probleem is dat het geneesmiddelenonderzoek in het algemeen niet is verricht bij ouderen, die

¹⁴ De cijfers zijn afkomstig uit de Leiden 85-plus Studie.

¹⁵ Heijmans M et al. Chronisch zieken vertrouwen op behandelaars. Pharmaceutisch Weekblad mei 2004: 139:690-694.

¹⁶ Pronk E. De paradox van de polyfarmacie. Medisch Contact 2006 (61) 8.

vaak lijden aan een nierfunctiestoornis en/of meerdere geneesmiddelen gebruiken. Het toenemend geneesmiddelengebruik stelt hogere eisen aan registratie, medicatieveiligheid en beoordeling van doelmatigheid. Recent onderzoek wijst uit dat bij patiënten ouder dan 65 jaar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames twee maal zo veel voorkomen dan bij patiënten jonger dan 65 jaar. Therapieontrouw, verminderde cognitie, verminderde nierfunctie, het niet zelfstandig wonen en polyfarmacie zijn gevonden als belangrijkste risicofactoren.¹⁷ Extra aandacht voor medicatieveiligheid is bij deze groep patiënten geboden. Conform de NHG-richtlijnen vraagt de zorg voor patiënten met een chronische aandoening minimaal om een jaarlijks controleconsult voor een evaluatief contact. Het gaat hierbij om de beoordeling van de actuele indicatie voor het geneesmiddelengebruik (het voorkómen van over- en onderbehandeling), de bevordering van de therapietrouw en het inventariseren van eventuele zelfmedicatie. Door de medicatiecontrole bij dit consult te betrekken levert dit geen extra werk op. De huisarts dient ook het voorschrijven van niet langer geïndiceerde geneesmiddelen te staken. Voor patiënten die meerdere geneesmiddelen gebruiken is evaluatie van het totale geneesmiddelengebruik bij uitschrijven van herhaalreceptuur met het oog op patiëntveiligheid van extra belang. Samenwerking met de apotheker bij de begeleiding van deze patiënten wordt aanbevolen. Te denken valt hierbij aan het opsporen van patiënten die meerdere geneesmiddelen gebruiken en het begeleiden van het gebruik daarvan.

Aanbevelingen voor de praktijk

- De huisarts evalueert tijdens de controleconsulten, die conform de NHG-Standaarden van toepassing zijn voor patiënten met een chronische aandoening, minimaal één keer per jaar in een persoonlijk contact het langdurig gebruik van geneesmiddelen. Tijdens deze controleconsulten worden nieuwe (eventueel aangepaste) herhaalrecepten aangemaakt. Zie deze aanbeveling ook in het licht van samenwerking en taakdelegatie binnen de huisartsenzorg, paragraaf 3.2.1.
- Het verdient aanbeveling om de controletermijnen en de gebruiksduur van de voorgeschreven geneesmiddelen op elkaar af te stemmen ter voorkoming van extra werk en voor het gemak van de patiënt. (Zie ook 3.6.4. Prescriptieregeling over afgiftehoeveelheden.)

Aanbeveling voor de beroepsgroep

- De ontwikkeling van een richtlijn over het voorschrijven van (meerdere) geneesmiddelen aan ouderen door het NHG en andere relevante wetenschappelijke beroepsorganisaties.

3.1.5. Onafhankelijkheid ten aanzien van farmaceutische industrie en zorgverzekeraars

De kwaliteit en doelmatigheid van de zorg is gediend met een rationeel, onafhankelijk voorschrijfbeleid van de huisarts conform de landelijke richtlijnen. Het is van groot belang dat de huisarts zijn onafhankelijkheid ten opzichte van de farmaceutische industrie behoudt en zich bewust is van diverse marketingstrategieën voor de afname van nieuwe geneesmiddelen. Het ontvangen van artsenbezoekers beïnvloedt het

¹⁷ Bemt, van den PMLA et al. Hospital Admissions Related to Medication (HARM). Een prospectief multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Utrecht: Institute for Pharmaceutical Sciences, 2006.

voorschrijfgedrag van huisartsen.¹⁸ De KNMG bepleit om die reden om de één-op-één informatievoorziening van de artsenbezoeker te vervangen door een situatie waarin de informatie van de artsenbezoeker aangeboden en getoetst wordt in een FTO of FTTO.¹⁹ Dit pleidooi verdient navolging. Het alert zijn op en waarborgen van onafhankelijkheid geldt ook voor de andere teamleden van de huisartsenvoorziening, zoals de praktijkassistente en de praktijkverpleegkundige.

Zorgverzekeraars hebben een andere rol gekregen met de invoering van het nieuwe zorgstelsel. Zij kunnen de kwaliteit van de zorg bevorderen, bijvoorbeeld via een bonusregeling. De huisarts dient op basis van landelijke richtlijnen, onafhankelijk van zorgverzekeraars en in samenspraak met de patiënt, geneesmiddelen voor te schrijven. Onder bepaalde voorwaarden kunnen huisartsen aan kwaliteitsbevorderende stimuleringsregelingen van zorgverzekeraars deelnemen mits deze stroken met de NHG-richtlijnen. Het is uiteindelijk aan de huisarts om te beoordelen welke behandeling het beste is in individuele gevallen. Het belang van de patiënt staat daarbij altijd voorop.

Aanbevelingen voor de praktijk

- De huisarts dient onafhankelijk te zijn van de farmaceutische industrie.
- De huisarts, de praktijkassistente en de praktijkverpleegkundige dienen zich bewust te zijn van de marketingactiviteiten van de farmaceutische industrie en laten zich hierdoor niet beïnvloeden.
- De huisarts neemt niet deel aan door de farmaceutische industrie gefinancierde *seeding trials*.
- De huisarts neemt niet deel aan niet-geaccrediteerde en door de farmaceutische industrie gefinancierde nascholing.
- De huisarts ontvangt individueel geen artsenbezoekers.
- De huisarts werkt alleen onder de volgende voorwaarden mee aan kwaliteitsbevorderende stimuleringsregelingen van zorgverzekeraars:
 - de regeling stimuleert het voorschrijven conform de NHG-richtlijnen;
 - de regeling van zorgverzekeraars is ontwikkeld in overleg met huisartsen- en patiëntenorganisaties met het oog op het gewenste landelijke draagvlak.

¹⁸ Muijers, PEM Prescribing in Primary Care. Pharmacotherapy in primary care and the cooperation between general practitioners and community pharmacists. Maastricht 2005.

Muijers PE, Grol RP, Sijbrandij J, Janknegt R, Knottnerus JA. Pharmaceutical care and its relationship to prescribing behaviour of general practitioners. Pharm World Sci 2006; 28(5):302-308.

Muijers PE, Grol RP, Sijbrandij J, Janknegt R, Knottnerus JA. Differences in prescribing between GPs: impact of the cooperation with pharmacists and impact of visits from pharmaceutical industry representatives. Fam Pract 2005; 22(6):624-630.

Watkins C, Harvey I, Carthy P, Moore L, Robinson E, Brawn R. Attitudes and behaviour of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. Qual Saf Health Care 2003; 12(1):29-34.

¹⁹ Wigersma L. De juiste dosering: naar een optimaal geneesmiddelenbeleid. HMF 2006;12:41-2.

3.2. De huisarts is de voorschrijver van geneesmiddelen in de eerstelijnszorg en is daarom eindverantwoordelijk voor de medicamenteuze behandeling van de patiënt in de eerste lijn. De huisarts is ook verantwoordelijk voor de door de praktijkassistente/ praktijkverpleegkundige voorgeschreven herhaalmedicatie.

3.2.1. Samenwerking en taakdelegatie binnen de huisartsenzorg

Zoals verwoord in het NHG-Standpunt ‘Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn’ en de uitwerkingen daarvan voor diabetes en astma/COPD, spelen praktijkverpleegkundigen een grote rol in de zorg voor patiënten met een chronische aandoening. Veel geprotocolleerde taken worden door de huisarts al aan de praktijkverpleegkundige gedelegeerd. Herhaalrecepten zullen dikwijls door hen worden aangemaakt.

Definitie

Elk recept dat continuering van een bestaand geneesmiddelengebruik voor een bepaalde aandoening voorschrijft, wordt een herhaalrecept genoemd. Volgens deze definitie is driekwart van alle voorgeschreven geneesmiddelen herhaalmedicatie.

De huisarts stelt echter de diagnose, start een passende medicamenteuze behandeling en blijft daarvoor de eindverantwoordelijke.²⁰ Dit betekent dat de huisarts patiënten met chronische medicatie, conform de aanbevelingen in de NHG-richtlijnen, minimaal één keer per jaar persoonlijk ziet en indien noodzakelijk herhaalreceptuur controleert en autoriseert.²¹ Hierbij wordt aandacht besteed aan het effect van de gebruikte geneesmiddelen en de eventuele bijwerkingen. Geneesmiddelen die een verslavend effect kunnen hebben (denk hierbij met name aan benzodiazepinen en maagzuurremmers) worden alleen conform landelijke richtlijnen (zie met name de NHG-Standaard Slapeloosheid en slaapmiddelen) herhaald. Dat wil zeggen via een (telefonisch) consult van de huisarts.

Aanbevelingen voor de praktijk

- De medicatie voor patiënten met chronische aandoeningen wordt bij voorkeur, conform de aanbevelingen in de NHG-richtlijnen, op de controleconsulten herhaald. Het verdient daarom aanbeveling om de controletermijnen en de gebruiksduur van de voorgeschreven geneesmiddelen op elkaar af te stemmen. Zie ook deze aanbevelingen in het kader van polyfarmacie, paragraaf 3.1.4.
- De praktijkorganisatie werkt met procedures voor (protocollair) voorschrijven van herhaalreceptuur door de praktijkassistente en praktijkverpleegkundige met autorisatie van de huisarts.

²⁰ Taakherschikking en voorschrijven van geneesmiddelen. Circulaire Inspectie voor de Gezondheidszorg 1 november 2006 (2006-02-IGZ).

²¹ Op 18 april 2006 heeft de Tweede Kamer de nieuwe Geneesmiddelenwet (29.359) aangenomen. Hierin is onder bepaalde voorwaarden de bevoegdheid van specialistische verpleegkundigen om geneesmiddelen voor te schrijven opgenomen in de Wet BIG. Deze voorwaarden zijn dat de specialistische verpleegkundige alleen voorschrijft op basis van medische protocollen en standaarden binnen het eigen deskundigheidsgebied en uitsluitend voor aandoeningen die door de arts zijn gediagnosticeerd. Een ministeriële regeling beperkt het voorschrijven tot groepen specialistische verpleegkundigen die hiertoe nog worden aangewezen.

3.3. De huisarts beschikt met het oog op kwalitatief goede (transmurale) farmacotherapeutische zorg over een volledig en actueel medicatieoverzicht van de patiënt en een elektronisch systeem voor medicatiebewaking.

3.3.1. Beheer en beschikbaarheid van het patiëntendossier met een compleet medicatieoverzicht

Een actueel integraal elektronisch patiëntendossier met een compleet diagnose- en medicatieoverzicht, inclusief vermelding van intoleranties en allergieën, is een voorwaarde om op een goede wijze inhoud te kunnen geven aan de persoonsgerichte en contextgerichte zorg met een verwijz- en gidsfunctie voor de patiënt. Vanwege de plaats van de huisartsenvoorziening in de gezondheidszorg is deze bij uitstek in staat om het elektronisch patiëntendossier met een volledig diagnose- en medicatieoverzicht te beheren. De huisarts moet kunnen waarmaken dat de juiste informatie op het juiste moment op de juiste plaats beschikbaar is.

De mate van compleetheid van het medicatieoverzicht is mede afhankelijk van goede samenwerkingsovereenkomsten met andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn, met name de apothekers (zie ook hoofdstuk 4 over randvoorwaarden). Gebruik van niet-receptplichtige geneesmiddelen (zelfzorgmiddelen) blijft vaak buiten beeld. Gestreefd moet worden om ook deze zoveel mogelijk in het medicatieoverzicht op te nemen door bij het voorschrijven van geneesmiddelen te vragen naar eventueel gebruik van zelfzorgmiddelen. Patiënten zouden gewezen moeten worden op het belang van vermelding van het gebruik van via internet bestelde middelen of zelfzorgmiddelen aan eigen huisarts en apotheker.

De patiënt moet ervan kunnen uitgaan dat binnen de huisartsenvoorziening en tussen de huisartsenvoorziening en het ziekenhuis en de apotheker optimale informatieuitwisseling plaatsvindt (zie ook 3.4.1.). Informatievoorziening is een belangrijk aspect van de spilfunctie van de huisartsenzorg en vormt een voorwaarde voor het verder verbeteren van de kwaliteit van de zorg tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten.

Het beheer van de integrale patiëntengegevens met een volledig medicatieoverzicht stelt hoge eisen aan de ICT. Zie hoofdstuk 4. Randvoorwaarden.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Zorg voor duidelijke afspraken binnen het team van de huisartsenvoorziening over digitale verslaglegging van patiëntengegevens en geneesmiddelengebruik in het patiëntendossier.
- Zorg voor een zo actueel en compleet mogelijk medicatieoverzicht. Hiervoor zijn goede samenwerkingsovereenkomsten met specialisten en apothekers essentieel (zie ook hoofdstuk 4. Randvoorwaarden).

3.3.2. E-consulten

Het NHG ondersteunt het elektronische consult (e-consult) in de huisartsenpraktijk²², maar in het belang van de kwaliteit en continuïteit van de zorg is zorgvuldigheid geboden²³. Voor het verantwoord voeren van e-consulten moet er sprake zijn van een bestaande en goed

²² Zie Jansen P. NHG-checklist e-consult. Huisarts Wet 2006; 49(8):nhg-89.

²³ Zie KNMG-richtlijn Online arts-patiënt contact. Utrecht: KNMG, december 2004.

functionerende behandelrelatie. De patiënt dient dus bij de huisarts bekend en ingeschreven te zijn in de praktijk. Van elk e-consult neemt de huisarts een samenvatting op in het HIS. Ook de voorgeschreven (herhaal)medicatie wordt correct in het HIS ingevoerd.

De nieuwe Geneesmiddelenwet²⁴ is op dit punt eveneens duidelijk: artikel 67 geeft aan dat het online-voorschrijven van geneesmiddelen niet is toegestaan als:

- de arts de patiënt niet heeft ontmoet en niet kent;
- de arts de medicatiehistorie niet ter beschikking heeft.

Aanbeveling voor de praktijk

- Schrijf via een e-consult alleen (herhaal-)medicatie voor als er vooraf een persoonlijk consult heeft plaatsgevonden.

3.4. Er dient sprake te zijn van een voor de patiënt herkenbare continuïteit in de zorg bij het voorschrijven door de huisarts en in het ziekenhuis.

3.4.1. Medicatieveiligheid in overdrachtsituaties

Bij opname in het ziekenhuis is het de taak van de huisarts om naast een verwijsbrief te zorgen voor een zo compleet en actueel mogelijk medicatieoverzicht. Dit kan bijvoorbeeld door de patiënt een bijgewerkt (digitaal) medicatieoverzicht te geven, waarop alle middelen met de bijbehorende gebruiksvoorschriften vermeld staan. Een dergelijk overzicht heeft in de praktijk zijn nut bewezen bij migraties van de patiënt in de zorgketen. Een goed functionerend EMD is hierbij onmisbaar. Het uitdraaien van zo'n overzicht kan ook aan de apotheker gevraagd worden.

Het komt voor dat in het ziekenhuis merkgeneesmiddelen worden voorgeschreven die de ziekenhuisapothek voor een lage prijs heeft ingekocht, maar die buiten het ziekenhuis aanmerkelijk duurder zijn dan de generieke equivalenten (voorbeeld Nexium versus Omeprazol). Bovendien worden patiënten vaak op merkgeneesmiddelen overgezet zodra ze opgenomen zijn, maar wordt bij ontslag het terugzetten op de oorspronkelijk generieke medicatie nagelaten. Daarin schuilt (na ontslag) het gevaar van dubbelmedicatie en van onnodig voortgezet gebruik van vervangende dure middelen.

Bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis gaat de zorg van de patiënt over naar de huisarts. Het is de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om de huisarts en apotheker tijdig een actueel en compleet overzicht te verstrekken van de op dat moment gebruikte geneesmiddelen. Dit is van nog groter belang indien er sprake is van co-morbiditeit en behandeling door meerdere specialisten met ieder hun eigen voorschriften. Het is daarnaast de taak van het ziekenhuis dat de patiënt bij ontslag weer terug wordt gezet op de oorspronkelijke generieke medicatie (conform de NHG-richtlijnen), tenzij de medicatie door de specialist op medische gronden is gewijzigd. Zie ook hoofdstuk 4. Randvoorwaarden. Adequate informatieverstrekking is ook nodig bij gewijzigd geneesmiddelengebruik na bezoek aan een polikliniek. (Belangrijk is dat in de ontslagbrief duidelijk wordt aangegeven waarom een bepaald geneesmiddel is gestaakt.)

De Apotheekservicepunten (ASP) vervullen in dit traject een belangrijke rol. Een transferverpleegkundige of een transferapothekersassistent van een ASP maakt een nieuw

²⁴ Geneesmiddelenwet. 18 april 2006.

medicatieoverzicht en een ontslagrecept waarmee de patiënt weer wordt teruggezet op de oorspronkelijke generieke medicatie volgens de NHG-Richtlijnen. Een goed functionerend ASP in alle ziekenhuizen is een belangrijke randvoorwaarde om de medicatieveiligheid in overdrachtsituaties te bevorderen. Zie ook hoofdstuk 4. Randvoorwaarden.

Aan politheken (dat zijn openbare apotheken gelieerd aan ziekenhuizen) moeten dezelfde hoge eisen gesteld worden wat betreft de gegevensoverdracht naar de huisarts en de medicatiebewaking als aan de gewone apotheken.

In het algemeen zal de huisarts, eventueel na raadpleging van de specialist, de door de specialist geïnitieerde medicatie herhalen (tenzij de specialist daarover een andere afspraak heeft gemaakt). De huisarts is verantwoordelijk voor elk recept dat hij ondertekent.

Ter bevordering van de afstemming van zorg zijn verschillende Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) ontwikkeld, zie bijlage 4.

Aanbeveling voor de praktijk

- De patiënt krijgt voor opname in het ziekenhuis van de huisarts een uitdraai uit het HIS met een zo actueel en compleet mogelijk medicatieoverzicht.

3.4.2. Ambulante GGZ-patiënten (inclusief CAD-patiënten)

Speciale aandacht vragen GGZ-patiënten, onder meer vanwege het risico van ernstige bijwerkingen van geneesmiddelen en mogelijke interacties. Deze patiënten worden veelal (ook medicamenteus) behandeld door een psychiater. Het verdient aanbeveling dat er binnen een multidisciplinaire GGZ-setting één voorschrijver is en de aflevering via één apotheek plaatsvindt om shoppen met recepten te voorkomen.

De huisarts dient (met het oog op het eventueel voorschrijven van intercurrente geneesmiddelen en de medicatiebewaking) van elke mutatie in het medicamenteuze beleid van de GGZ-arts op de hoogte gesteld te worden. Omgekeerd verwittigt de huisarts ook de GGZ-arts van geïnitieerde mutaties in het geneesmiddelengebruik voor zover deze met de GGZ-arts voorgeschreven medicatie (kunnen) interacteren.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Maak afspraken met de zorgaanbieders in de GGZ over onderlinge informatievoorziening over behandeling en geneesmiddelengebruik van patiënten.
- Spreek af wie binnen de GGZ (alleen) voorschrijft en welke apotheek aflevert.

3.5. Een optimale farmacotherapie is mede afhankelijk van het op de juiste wijze gebruiken van geneesmiddelen door de patiënt

3.5.1. Bevorderen van therapietrouw

Voor het bereiken van een optimale behandeling gaat het ook om het bevorderen van therapietrouw (ook wel *compliance* genoemd) en controletrouw.

Therapietrouw wordt bevorderd door concordantie. Concordantie (*concordance*, ook wel aangeduid met termen als *patient empowerment* en *shared decision making*) is het proces

waarbij huisarts en patiënt samen tot overeenstemming komen over de therapiekeuze. Bij deze gemeenschappelijke besluitvorming worden de zorgen, verwachtingen en overtuigingen van de patiënt uitgesproken en gerespecteerd. De keuze ligt uiteindelijk bij de patiënt, daarbij gesteund door informatie van de huisarts.

Ter bevordering van de therapietrouw laat de huisarts vooral patiënten met een chronische aandoening zoveel als redelijk en mogelijk is meedenken en beslissen over de therapiekeuze. Doordat de persoonlijke context bij de huisarts bekend is, kan deze op de patiënt afgestemde informatie en adviezen geven. Mogelijke bijwerkingen en de gevolgen van het geneesmiddelengebruik voor het functioneren en de kwaliteit van leven zijn in dit licht belangrijke aandachtspunten.

Zie voor samenwerking met de apotheker rond de bevordering van therapietrouw paragraaf 3.6.5.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Betrek de patiënt bij de keuze van geneesmiddelen en de toedieningsvorm.
- Motiveer de patiënt met goede argumenten tot therapietrouw. Roep patiënten jaarlijks op voor een consult over hun chronisch geneesmiddelengebruik, conform de richtlijnen en met het oog op het voorschrijven van herhaalreceptuur. Zie deze aanbeveling ook in het licht van samenwerking en delegatie, paragraaf 3.1.2. en polyfarmacie, paragraaf 3.1.4.
- Wijs patiënten op zogenoemde ‘keuzehulpen’ die voor bepaalde aandoeningen beschikbaar zijn ter ondersteuning van hun beslissingsproces.²⁵
- Maak gebruik van NHG-Patiëntenbrieven waarin onder meer op het belang van therapietrouw wordt gewezen.
- Problemen met therapietrouw worden door huisarts, praktijkassistente en praktijkverpleegkundige gesignaleerd en door de huisarts met de patiënt besproken.
- Zie ook de aanbevelingen voor de samenwerking met de apotheek: paragraaf 3.6.1 en 3.6.2.

3.6. Goede samenwerkingafspraken tussen de huisarts en de apotheker over taken en verantwoordelijkheden zijn van belang voor verantwoorde zorgverlening.

3.6.1. Samenwerking bij de voorlichting over geneesmiddelengebruik

Een belangrijke taak van de apotheker is de voorlichting over de werking en mogelijke bijwerkingen van geneesmiddelen. Informatie en instructie over de medicatie en het gebruik behoren tot de taken van zowel de voorschrijver als van de afleveraar. De huisarts en de apotheker maken daarover onderlinge werkafspraken. De informatie van huisarts en apotheker dient eenduidig te zijn en aan te sluiten op de wensen en behoeften van de patiënt. Deze informatie dient gefaseerd aan de patiënt te worden aangeboden en regelmatig te worden herhaald.

²⁵ Medio 2006 zijn keuzehulpen beschikbaar voor borstkanker, depressie, hart- en vaatziekten, overgangsklachten en testen op prostaatkanker. Deze zijn te vinden op de website www.nhg.org.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Maak in het FTO duidelijke afspraken over wie waarover voorlichting geeft.
- Zorg ervoor dat huisarts en apotheker geen tegenstrijdige informatie geven.

3.6.2. Chronische medicatie en herhaalreceptuur in samenwerking met de apotheek

De bewaking van chronisch medicatiegebruik kan bij een goede samenwerking tussen huisarts en apotheker verbeteren. De huisarts herhaalt de medicatie tijdens de reguliere controleconsulten of autoriseert de in de praktijk uitgeschreven herhaalrecepten. De huisarts zal doorgaans de door de specialist geïnitieerde medicatie voortzetten. De huisarts blijft daarbij verantwoordelijk voor het door hem²⁶ ondertekende recept.

De recepten worden vóór geneesmiddelenafgifte geautoriseerd door de huisarts.

De verlenging van de medicatie kan op een aantal manieren worden uitgevoerd. Zie voor de uitwerking van de diverse mogelijkheden de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2.²⁷

De hierin besproken verschillende manieren van autoriseren van herhaalreceptuur veranderen de verantwoordelijkheid van de huisarts niet, maar hebben voor de apotheker wel consequenties. Als de huisarts autoriseert voor een bepaalde periode (via een iteratierecept), moet de apotheker alert zijn op de vraag of de chronische medicatie zonder tussenkomst van de huisarts herhaald mag worden. Zo nodig wordt de patiënt terugverwezen naar de huisarts. Sluitende werkafspraken tussen huisarts en apotheker zijn hierbij nodig.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Maak (in het FTO) met de apotheker duidelijke werkafspraken over de uitvoering van de herhaalreceptuur. Stel met elkaar een heldere taakverdeling op.
- Spreek af hoe eventueel onjuist gebruik van geneesmiddelen (te veel of te weinig) wordt opgespoord en gecommuniceerd.

3.6.3. Medicatiebewaking in samenwerking met de apotheek

Het bewaken van de medicatieveiligheid van de patiënt vindt plaats aan het begin van de zorgketen, dat wil zeggen bij het voorschrijven, en niet pas bij de afgifte van geneesmiddelen. Dit bewakingsproces wordt in de apotheek bij de afgifte herhaald. De apotheker heeft zo nodig contact met de voorschrijver, zeker als het gaat om contra-indicaties en interacties. Als geneesmiddelen voor meerdere indicaties worden voorgeschreven (met verschillende doseringen) kan het doorgeven van de reden van voorschrijven ('diagnose op recept') in het kader van medicatieveiligheid gewenst zijn.

²⁶ Uit stilistische overwegingen worden de aanduidingen 'hem/zij' en 'hem/haar' in dit document vermeden. Waar dit van toepassing is worden met 'hij' en 'hem' beide geslachten genoemd.

²⁷ Boomsma LJ, Van Horssen N, Verduijn MM, Dijkers FW, Heijboer-Vinks IC, Brunninkhuis WJM et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2. Huisart Wet 2006;49(10):511-5.

Recepten van medisch specialisten worden ingediend bij de apotheek. De apotheker informeert de huisarts over de levering van de geneesmiddelen. In dat geval berust de medicatiebewaking (behalve bij de specialist) bij de apotheker.

In het FTO kunnen werkafspraken worden gemaakt over generiek voorschrijven en voorkeursmedicaties. Het is mogelijk dat in de tweede lijn een beleid gevoerd wordt dat de afspraken uit het FTO doorkruist. Daarom kan het nodig zijn om de werkafspraken tussen huisartsen en apothekers te communiceren met de behandelaars in de tweede lijn. Dit onderstreept het belang van LTA's en ASP'en voor het terugzetten van patiënten na ontslag uit ziekenhuis op de oorspronkelijke medicatie (tenzij er sprake is van door de specialist gemotiveerde therapeutische substitutie).

In het FTO kan worden afgesproken wie welke deelaspecten van de medicatiebewaking in hoofdzaak voor zijn rekening neemt en hoe deze onderling wordt gecommuniceerd. Zo kan de apotheek via het medicatiebewakingssysteem afwijkend gebruik van geneesmiddelen signaleren en met huisarts en patiënt bespreken.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Maak in het FTO afspraken met de apotheker over diverse aspecten van medicatiebewaking en over de afhandeling van de daaruit voortkomende signalen.

3.6.4. Prescriptieregeling over afgiftehoeveelheden

De contracten tussen ziektekostenverzekeraars en apotheken bevatten randvoorwaarden die vergelijkbaar zijn met de voormalige prescriptieregeling van het CVZ. Het eerste recept voor een langdurig te gebruiken geneesmiddel is afgestemd op veertien dagen gebruik; daarna is het afgiftevolumen afgestemd op negentig dagen gebruik, en bij benzodiazepinen op dertig dagen. Het (laten) afgeven van grotere hoeveelheden zal gepaard gaan met grotere verspilling bij tussentijdse wijzigingen en dus met extra kosten. Daarom is het raadzaam om de afgiftehoeveelheden ongewijzigd te laten.

Aanbeveling voor de praktijk

- Maak afspraken met de apotheek over afgiftehoeveelheden.
- Zorg ervoor dat bij het gebruik meerdere geneesmiddelen de controletermijnen en de gebruiksduur zoveel mogelijk op elkaar zijn afgestemd zijn ter voorkoming van extra werk en voor het gemak van de patiënt. (Zie ook paragraaf polyfarmacie 3.1.4.)

3.6.5. Samenwerking met de apotheek ter bevordering van therapietrouw

Therapietrouw is een belangrijk aandachtspunt in de medicatiebegeleiding. Therapietrouw wordt bevorderd door het voeren van concordantiegesprekken (zie ook paragraaf 3.5.1). De huisarts bespreekt met de patiënt in deze gesprekken de wensen en vragen over de medicatie. Dit is vooral van belang in het geval van polyfarmacie, met name bij ouderen, en bij patiënten met chronische aandoeningen en preventieve medicatie.

Het signaleren van therapieontrouw en het bevorderen van therapietrouw vragen om nauwe samenwerking tussen huisarts en apotheker. Het is belangrijk dat de informatievoorziening van de huisarts en apotheker overeenstemt. Onderling wordt doorgegeven als extra aandacht nodig is voor therapietrouw. Als bepaalde streefdoelen van de medicamenteuze behandeling niet gehaald worden, kunnen huisarts en apotheker overleggen over maatregelen ter

bevordering van de therapietrouw. De apotheker heeft ook de beschikking over hulpmiddelen die de therapietrouw kunnen bevorderen, zoals weekdoseerboxen.

Als de huisarts of apotheker signaleert dat de aanvraagtermijn niet correspondeert met de voorgeschreven periode, wordt dit onderling en met de patiënt gecommuniceerd.

De huisarts kan bij een goede samenwerkingsrelatie kiezen voor verdergaande overdracht van taken aan de apotheker.

Aanbevelingen voor de praktijk

- De huisarts streeft ernaar de therapietrouw te bevorderen door middel van concordantiegesprekken met de patiënt.
- Huisarts en apotheker stemmen de informatievoorziening over geneesmiddelengebruik richting patiënten af, zodat deze gelijkloend is.
- Huisarts en apotheker informeren elkaar over gesignaleerde therapieontrouw en spreken af wie wat doet.

3.6.6. Functioneren van het FTO

Teneinde het farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg te verbeteren is het wenselijk dat huisartsen participeren in een FTO. Een goed functionerend FTO bestaat uit een vaste groep huisartsen en apotheker(s), die regelmatig onder leiding van een vaste voorzitter bij elkaar komt. Tijdens het FTO wordt voor het maken van afspraken uitgegaan van de NHG-richtlijnen en het Farmacotherapeutisch Kompas. Bij de beoordeling van nieuwe geneesmiddelen die op de markt zijn gekomen wordt gebruikgemaakt van de informatie van de farmacotherapeutische rapporten van het CVZ en het Geneesmiddelenbulletin.

Naast het maken van afspraken is het belangrijk aandacht te schenken aan de implementatie en toetsing van de gemaakte afspraken. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van de door de apotheker beschikbaar gestelde prescriptiecijfers. Voor het functioneren van FTO-groepen worden vier niveaus gehanteerd.²⁸ Gezien de wenselijkheid dat in het FTO afspraken worden gemaakt, geïmplementeerd en bewaakt wordt aanbevolen dat huisartsen participeren in een FTO dat functioneert op niveau 3 of 4.

Met behulp van het in bijlage 2 opgenomen beslismodel kan tijdens het FTO uit een bepaalde geneesmiddelengroep een preparaatkeuze gemaakt worden. De naleving van de hierover gemaakte afspraken kan aan de hand van door de apotheker gepresenteerde prescriptiecijfers worden gecontroleerd.

Ook is het FTO geschikt om de vraag te bespreken hoe om te gaan met diverse actoren die het voorschrijfgedrag van de huisarts kunnen beïnvloeden, zoals:

- de deelnemende apotheker zelf;
- de tweede lijn (specialisten);
- de zorgverzekeraar;
- de farmaceutische industrie;

²⁸ De DGV onderscheidt de volgende niveaus in het functioneren van het FTO:

niveau 1: geen gestructureerd overleg;

niveau 2: regelmatig overleg zonder concreet afspraken te maken;

niveau 3: regelmatig overleg met concrete afspraken;

niveau 4: regelmatig overleg met toetsing van gemaakte afspraken.

In 2005 waren er ruim 800 FTO-groepen actief: 69 procent hiervan is beoordeeld; 47 procent hiervan voldeed aan kwaliteitsniveau 3 of 4.

- artsenbezoekers.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Baseer het FTO op het gebruik van landelijke wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen en overige onafhankelijke informatiebronnen (zie 3.1.1.).
- Maak, implementeer en toets in het FTO afspraken op basis van eigen prescriptiecijfers. Participeer om die reden in een FTO dat functioneert op niveau 3 of 4 of streef ernaar het FTO op niveau 3 of 4 te laten functioneren.
- Maak in het FTO afspraken over de samenwerking met het ziekenhuis en bewaak de onafhankelijkheid ten opzichte van de farmaceutische industrie en zorgverzekeraars.

4. Randvoorwaarden

Het in hoofdstuk 3 beschreven farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg kan alleen worden gerealiseerd als aan de volgende randvoorwaarden is voldaan.

4.1. Afstemming farmacotherapiebeleid met andere zorgverleners

De beschreven uitgangspunten voor het farmacotherapiebeleid zijn alleen optimaal te realiseren als deze worden onderschreven en gesteund door andere zorgverleners en de zorgverzekeraars. De landelijke samenwerkingsafspraken zijn een richtsnoer voor samenwerking in de uitvoering van de zorg. Speciale aandacht vraagt hierbij de afstemming met specialisten in verband met verwijzingen en overdrachtsituaties.

Randvoorwaarde

- Het realiseren van het in dit Standpunt beschreven farmacotherapiebeleid voor de huisartsenzorg is mede afhankelijk van het onderschrijven en ondersteunen van de uitgangspunten door andere zorgverleners en de zorgverzekeraars.

4.2. Goede ICT-ondersteuning, registratie en faciliterende HIS-applicaties

ICT-gebruik maakt snelle en goede gegevensuitwisseling mogelijk. Belangrijke randvoorwaarden voor het farmacotherapiebeleid zijn zorgvuldige registratie en goed gebruik van het HIS dat voldoet aan het NHG-Referentiemodel. Voor een optimale gegevensuitwisseling met andere zorgverleners is het gebruik van toegesneden formats noodzakelijk.

Randvoorwaarden

- HIS'en die voldoen aan het NHG-Referentiemodel.
- Zorgvuldige registratie en codering in het HIS.
- Aanpassing van het NHG-Referentiemodel zodat rechtstreeks vanuit het HIS aan het Lareb melding kan worden gemaakt van bijwerkingen.
- Beschikbare HIS-applicaties voor het uitdraaien van een goed leesbaar, actueel en compleet medicatieoverzicht (inclusief de gebruiksvorschriften).
- Beschikbare formats voor de digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners.

4.3. Afspraken over gegevensuitwisseling en beheer medicatieoverzicht

Vanwege de rol en taken is de huisarts bij uitstek de aangewezen zorgverlener om het medicatiedossier van de patiënt te beheren en de relevante (medicatie)gegevens ter beschikking te stellen aan andere zorgverleners op het moment dat dit nodig is. Het beheer van het medicatiedossier is naast eigen zorgvuldige registratie afhankelijk van de HIS-mogelijkheden en de gegevensuitwisseling van andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn. De ASP'en spelen in het bijzonder een belangrijke rol ten aanzien van de bevordering van de medicatieveiligheid in overdrachtssituaties tussen de eerste en tweede lijn.

Randvoorwaarden

- Implementatie van een apotheekservicepunt of een politheek met apotheekservicepunt bij alle ziekenhuizen, dat bij opname en ontslag voor de behandelend arts zorgt voor:
 - een nieuw medicatieoverzicht ter voorkoming van fouten in het geneesmiddelengebruik;
 - een ontslagrecept waarmee de patiënt wordt teruggezet op de oorspronkelijke medicatie conform de NHG-richtlijnen, tenzij er sprake is van een door de specialist gemotiveerde therapeutische substitutie.
- De huisarts dient bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis (en bij wijziging ook na ieder polikliniekbezoek) een nieuw en compleet medicatieoverzicht te ontvangen.
- Het is wenselijk dat de huisarts informatie (van het ziekenhuis of van de apotheek) digitaal ontvangt zodanig dat deze eenvoudig in het elektronisch medisch dossier kan worden ingelezen.
- Goede samenwerkingsafspraken tussen de huisarts en andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn, met name de apotheker.

5. Samenvattend overzicht uitgangspunten farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg en aanbevelingen voor de praktijk

5.1. Uitgangspunten farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg

1. Het farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg is met het oog op kwaliteit en doelmatigheid gebaseerd op landelijke wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen en andere onafhankelijke informatiebronnen.
2. De huisarts is de voorschrijver van geneesmiddelen in de eerstelijnszorg, en is daarom eindverantwoordelijk voor (de keuze van) de medicamenteuze behandeling van de patiënt. De huisarts is ook verantwoordelijk voor de door de praktijkassistente/ praktijkverpleegkundige voorgeschreven herhaalmedicatie.
3. De huisarts dient met het oog op kwalitatief goed (transmurale) farmacotherapeutische zorg te beschikken over een volledig en actueel medicatieoverzicht van de patiënt en een systeem van medicatiebewaking.
4. Er dient sprake te zijn van een voor de patiënt herkenbare continuïteit in de zorg bij het voorschrijven door de huisarts en in het ziekenhuis.
5. Een optimale farmacotherapie is mede afhankelijk van het op de juiste wijze gebruiken van geneesmiddelen door de patiënt.
6. Er dienen goede samenwerkingafspraken te zijn tussen de huisarts en de apotheker over taken en verantwoordelijkheden voor verantwoorde zorgverlening.

5.2. Aanbevelingen voor de praktijk

1. Maak bij het voorschrijven van geneesmiddelen gebruik van de wetenschappelijke landelijke richtlijnen.
2. Maak bij het voorschrijven van geneesmiddelen gebruik van de mogelijkheden van het HIS voor de medicatiebewaking.
3. Zorg ervoor dat in het HIS bij speciale patiëntencategorieën de terzake doende patiëntenkenmerken operationeel zijn voor de medicatiebewaking.
4. Medicatiebewaking verdient extra aandacht bij verstandelijk gehandicapten, ouderen, migranten en patiënten die meerdere geneesmiddelen gebruiken. Let daarbij ook op uitleg en therapietrouw.
5. Wees alert op bijwerkingen en overgevoeligheden en maak hiervan aantekening in het medicatieoverzicht.
6. Meld gesignaleerde bijwerkingen bij het Lareb (www.lareb.nl).

7. Maak werkafspraken met de apotheker(s) over medicatiebewaking.
8. Schrijf alleen *off-label* voor als er goede onderbouwing voor is.
9. Raadpleeg de informatie van het NKFK (www.NKFK.nl) voor de farmacotherapie bij kinderen.
10. Indien u kiest voor *off-label* voorschrijven handel dan extra zorgvuldig, namelijk:
 - informeer de patiënt over de voor- en nadelen;
 - vraag '*informed consent*'.
11. Zorg voor een goede registratie in het medisch dossier van de patiënt.
12. Zorg voor een nauwgezette controle van het beoogde effect en eventuele ongewenste bijwerkingen.
13. Bespreek in FTO-verband het *off-label* voorschrijven.
14. De huisarts evalueert tijdens de controleconsulten, die conform de NHG-Standaarden van toepassing zijn voor patiënten met een chronische aandoening, minimaal één keer per jaar in een persoonlijk contact het langdurig gebruik van geneesmiddelen. Tijdens deze controleconsulten worden nieuwe (eventueel aangepaste) herhaalrecepten aangemaakt.
15. Het verdient aanbeveling om de gebruiks- en controletermijnen van de voorgeschreven geneesmiddelen op elkaar af te stemmen ter voorkoming van extra werk en het gemak van de patiënt.
16. De huisarts dient onafhankelijk te zijn van de farmaceutische industrie.
17. De huisarts, de praktijkassistente en de praktijkverpleegkundige dienen zich bewust te zijn van de marketingactiviteiten van de farmaceutische industrie en laten zich hierdoor niet beïnvloeden.
18. De huisarts neemt niet deel aan door de farmaceutische industrie gefinancierde *seeding trials*.
19. De huisarts neemt niet deel aan niet-geaccrediteerde door de farmaceutische industrie gefinancierde nascholing.
20. De huisarts ontvangt individueel geen artsenbezoekers.
21. De huisarts werkt alleen onder de volgende voorwaarden mee aan kwaliteitsbevorderende stimuleringsregelingen van zorgverzekeraars;
 - de regeling stimuleert het voorschrijven conform de NHG-richtlijnen.
 - de regeling is ontwikkeld in overleg met huisartsen- en patiëntenorganisaties met het oog op het gewenste landelijke draagvlak.
22. De praktijkorganisatie werkt met procedures voor (protocollair) voorschrijven van herhaalreceptuur door de praktijkassistente en praktijkverpleegkundige met autorisatie

van de huisarts.

23. Zorg voor duidelijke afspraken binnen het team van de huisartsenvoorziening over digitale verslaglegging van patiëntengegevens en geneesmiddelengebruik in het patiëntendossier.
24. Zorg voor een permanent een actueel en compleet medicatieoverzicht. Hiervoor zijn goede samenwerkingsafspraken met specialisten en apothekers essentieel (zie ook hoofdstuk 4. Randvoorwaarden).
25. Schrijf via een e-consult alleen (herhaal-)medicatie voor als er vooraf een persoonlijk consult heeft plaatsgevonden.
26. De patiënt krijgt bij opname in het ziekenhuis een actueel en compleet medicatieoverzicht van de huisarts.
27. Maak afspraken met de zorgaanbieders in de GGZ over onderlinge informatievoorziening over behandeling en geneesmiddelengebruik van patiënten.
28. Spreek af wie binnen de GGZ (alleen) voorschrijft en welke apotheek aflevert.
29. Betrek de patiënt bij de keuze van geneesmiddelen en de toedieningsvorm.
30. Motiveer de patiënt met goede argumenten tot therapietrouw. Roep jaarlijks patiënten op voor een consult over hun chronisch geneesmiddelengebruik, conform de richtlijnen en met het oog op het voorschrijven van herhaalreceptuur.
31. Wijs patiënten op zogenoemde 'keuzehulpen' die voor bepaalde aandoeningen beschikbaar zijn ter ondersteuning van hun beslissingsproces.
32. Maak gebruik van NHG-Patiëntenbrieven waarin onder meer op het belang van therapietrouw wordt gewezen.
33. Problemen met therapietrouw worden door de huisarts, praktijkassistente en praktijkverpleegkundige gesignaleerd en door de huisarts met de patiënt besproken.
34. Maak in het FTO duidelijke afspraken over wie waarover voorlichting geeft.
35. Zorg ervoor dat huisarts en apotheker geen tegenstrijdige informatie geven.
36. Maak (in het FTO) met de apotheker duidelijke werkafspraken over de uitvoering van de herhaalreceptuur. Stel met elkaar een heldere taakverdeling op.
37. Spreek af hoe eventueel onjuist gebruik van geneesmiddelen (te veel of te weinig) wordt opgespoord en gecommuniceerd.
38. Maak in het FTO afspraken met de apotheker over diverse aspecten van medicatiebewaking en over de afhandeling van de daaruit voortkomende signalen.

39. Maak afspraken met de apotheek over afgiftehoeveelheden.
40. De huisarts streeft ernaar de therapietrouw te bevorderen door middel van concordantiegesprekken met de patiënt.
41. Huisarts en apotheker stemmen de informatievoorziening over geneesmiddelengebruik richting patiënten af, zodat deze gelijklopend is.
42. Huisarts en apotheker informeren elkaar over gesignaleerde therapieontrouw en spreken af wie wat doet.
43. Baseer het FTO op het gebruik van onafhankelijke richtlijnen.
44. Maak, implementeer en toets in het FTO afspraken op basis van eigen prescriptiecijfers. Participeer om die reden in een FTO dat functioneert op niveau 3 of 4 of probeer het FTO op niveau 3 of 4 te laten functioneren.
45. Maak in het FTO afspraken over de samenwerking met het ziekenhuis en bewaak de onafhankelijkheid van de farmaceutische industrie en zorgverzekeraars.

5.3. Aanbeveling voor de beroepsgroep

1. De ontwikkeling van een richtlijn over het voorschrijven van (meerdere) geneesmiddelen aan ouderen door het NHG, de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuis Artsen (NVVA) en de WINAp.

Bijlage 1. NHG-Standpunten in het kader van de implementatie Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012

Reeds verschenen:

- Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn. Dit Standpunt is uitgewerkt voor patiënten met diabetes mellitus en astma/COPD (2005)
- De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg (2005)
- Ondersteunend personeel in de huisartsenzorg (in samenwerking met de LHV, 2005)

In voorbereiding zijn (2006/2007):

- Uitwerking Cardiovasculair risicomanagement van het NHG-Standpunt Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn
- Huisartsgeneeskunde voor ouderen
- Geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn

Gepland voor 2007:

- Continuïteit van zorg
- Verpleegkundige zorg in de eerste lijn
- Jeugdgezondheidszorg
- ICT in de huisartsenzorg

Bijlage 2. Beslissingsmodel voor het maken een geneesmiddelenkeuze

Bij het maken van afspraken op FTO-niveau kan het zinvol zijn om gebruik te maken van onderstaande tabel. Het maken van een keuze uit diverse geneesmiddelen binnen een bepaalde groep bij een bepaalde indicatie kan met dit beslissingsmodel transparant worden gemaakt. Die keuze wordt gestuurd aan de hand van enkele vaste beoordelingscriteria waaraan een verschillend en (afhankelijk van de ernst van de aandoening) variabel gewicht kan worden toegekend. Zo zal bijvoorbeeld criterium 2 bij cytostatica een veel minder belangrijke rol spelen dan bij cholesterolverlagers.

Beoordelingscriterium	Relatieve waardering (voorbeelden van wegingsfactoren)
1. Werkzaamheid en klinische effectiviteit	++++ +++++
2. Veiligheid en tolerantie	++++ ++
3. Toepasbaarheid (contra-indicaties, interacties, etc.)	++++
4. Gebruiksgemak/patiëntvriendelijkheid	++++
5. Ervaring(sduur)	+++
6. Kwaliteit van leven (voorzover bekend)	++
7. Kostprijs	+

Zie voor nadere toelichting de notitie 'Beleid bij geneesmiddelkeuze; waardering van beoordelingscriteria' (H. Folmer, 2003). Ook in het Farmacotherapeutisch Kompas worden bovenstaande punten uitgewerkt.

Bijlage 3: NHG-Standpunt *Off-label* voorschrijven

NHG-Standpunt met betrekking tot het 'off label' voorschrijven van geneesmiddelen
Utrecht, juni 2005

Het NHG adviseert om terughoudend om te gaan met het 'off label' voorschrijven van geneesmiddelen. In de richtlijnen van het NHG wordt zoveel mogelijk expliciet vermeld als een geadviseerd middel niet voor de besproken indicatie is geregistreerd. Het NHG hanteert het standpunt dat off label voorschrijven is toegestaan mits dat voor de patiënt op dat moment de best denkbare behandeling is. Het voorschrijven van een geneesmiddel buiten de goedgekeurde indicatie én zonder een goede wetenschappelijke onderbouwing is af te raden. Het NHG heeft een aantal aanbevelingen geformuleerd voor het off label voorschrijven van geneesmiddelen.

Het 'off label' voorschrijven van geneesmiddelen staat de laatste tijd in de belangstelling vanwege discussies over de vergoedingstatus, de juridische aspecten en de mogelijke gezondheidsrisico's. Omdat niet iedereen op de hoogte is wat het begrip 'off label' voorschrijven precies inhoudt volgt eerst wat beknopte informatie hierover.

Wat is off label voorschrijven?

Off label voorschrijven is het voorschrijven van een geneesmiddel buiten de indicatie(s), waarvoor het middel is geregistreerd, of - anders gezegd - voor een indicatie die niet staat vermeld in de officiële productinformatie (de zgn. IB1-tekst). Dit geldt ook voor voorschriften met een andere dosering, en voor andere patiëntencategorieën zoals genoemd in het registratiedossier (bv. zwangeren of kinderen).

Bij de registratie van een geneesmiddel maken het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en de European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA) in onderlinge samenwerking een zorgvuldige afweging tussen therapeutisch effect en bijwerkingen in een bepaalde patiëntenpopulatie bij de desbetreffende indicatie. CBG en EMA maken die afweging op grond van informatie die de farmaceutische industrie aanlevert bij de aanvraag van een handelsvergunning. Voor indicaties waarvoor geen registratie is aangevraagd vindt een dergelijke afweging dus niet plaats. Deze indicaties zijn daarom niet opgenomen in de IB1-tekst, ook al is daarover soms wel deugdelijk onderzoek beschikbaar. Een farmaceutisch bedrijf zal een aanvullende registratie doorgaans alleen aanvragen wanneer dat financieel aantrekkelijk lijkt.

Voorbeelden

Off label voorschrijven komt in de dagelijkse praktijk regelmatig voor, maar (huis)artsen zijn zich daarvan niet altijd bewust. Zo werden de nieuwe cox 2-selectieve NSAID's (de zgn. coxibs, o.a. Vioxx) op ruime schaal voorgeschreven voor klachten van het bewegingsapparaat waarvoor ze niet waren geregistreerd. Dat is ongewenst, omdat er goede en geregistreerde alternatieven beschikbaar zijn. Een ander laakbaar voorbeeld is het voorschrijven van protonpompremmers voor (vage) dyspeptische klachten.

Enkele voorbeelden van verantwoord off label gebruik zijn:

- Het voorschrijven aan zwangeren of kinderen van middelen die niet speciaal bij deze patiënten-categorieën zijn onderzocht, maar toch onvermijdbaar zijn;
- Amitriptyline, carbamazepine of gabapentine bij postherpetische neuralgie en diabetische polyneuropathie;

- Bètablokkers bij examen- en podiumvrees;
- ACE-remmers bij hartfalen (destijds wel voor hypertensie, maar nog niet voor hartfalen geregistreerd; dat is nu wel het geval).

Verantwoord off label gebruik

Off label gebruik van een geneesmiddel is verantwoord indien dat voor de patiënt op dat moment de best denkbare behandeling is. Daarvan is sprake als er geen goed alternatief beschikbaar is en als het middel wordt voorgeschreven op basis van wetenschappelijk bewijs. Dan vloeit off label voorschrijven voort uit de professionele verantwoordelijkheid en de wettelijke verplichting van de arts om de patiënt de meest optimale behandeling te geven. Als off label voorschrijven in die gevallen niet toegestaan zou zijn, kan dat betekenen dat de arts de patiënt een beschikbare behandeling moet onthouden en bijzondere patiënten, zoals zwangeren, kinderen en bejaarden, soms helemaal niet medicamenteus kan behandelen.

Af te raden off label gebruik

Als een geneesmiddel wordt gebruikt buiten de goedgekeurde indicatie én zonder dat hier een goede wetenschappelijke onderbouwing aan ten grondslag ligt, is dat af te raden. Off label gebruik kan extra risico's met zich meebrengen, juist omdat voor de betreffende indicatie bij aanvraag van registratie geen zorgvuldige afweging van voor- en nadelen is gemaakt. Dit risico neemt toe als de arts zich niet bewust is van het feit dat een middel wordt voorgeschreven voor een niet-geregistreerde indicatie. Daarom is het goed om enerzijds het off label voorschrijven te beperken, en anderzijds waar dat onvermijdelijk is de bewustwording ervan bij artsen te stimuleren.

In NHG-richtlijnen streven we ernaar om expliciet te vermelden als een geadviseerd middel niet voor de besproken indicatie is geregistreerd. Overigens vermelden ook het Farmacotherapeutisch Kompas en het Informatorium Medicamentorum naast de geregistreerde tevens de niet-geregistreerde (maar wel gangbare) indicaties.

Samengevat: off label voorschrijven is toegestaan, mits dat op een verantwoorde wijze gebeurt.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Beperk off label voorschrijven zo veel mogelijk;
- Indien u kiest voor off label voorschrijven: handel extra zorgvuldig, namelijk:
 - Informeer de patiënt over de voor- en nadelen;
 - Vraag 'informed consent';
 - Zorg voor een goede registratie in het medisch dossier van de patiënt;
 - Zorg voor een nauwgezette follow-up met betrekking tot het beoogde effect en eventuele ongewenste bijwerkingen;
- Meldt gesignaleerde bijwerkingen bij het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb (<http://www.lareb.nl>);
- Maak (bijvoorbeeld in FTO-verband) afspraken over noodzakelijk off label voorschrijven.

Contactpersonen NHG:

Henk Folmer, senior wetenschappelijk medewerker, sectie Farmacotherapie
Lex Goudswaard, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap

Literatuurverwijzingen

Zie voor uitgebreidere informatie de volgende literatuur.

- Hekster YA, Lisman JA, Heijmenberg GM, Koopmans PP, Van Loenhout JWA. Het voorschrijven van geneesmiddelen buiten de geregistreerde indicatie. *Gebu* 2000;34:139-47.
- Lisman John. Voorbij goed en kwaad. Off label mag, maar niet zomaar. *Pharm Weekbl* 2004;139:895-9.
- Van Luijn JCF. Oriënteer u op het Kompas. Informatie over niet-geregistreerde indicaties. *Pharm. Weekbl* 2004;139:906-9.
- Kievits F, Adriaanse MT. Voorschrijfgeregels off label. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:603.
- Van Loenen AC (red). *Farmacotherapeutisch kompas 2005*. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen, 2005.

Bijlage 4. Overzicht Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) en Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's)

LTA's

- Acut coronair syndroom
- Astma bij kinderen
- Astma bij volwassenen
- Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct
- COPD
- Maagklachten
- Reumatoïde artritis
- Subfertiliteit
- TIA/CVA
- Vaginaal bloedverlies in de postmenopauze

LESA's

- Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2
- Decubitus
- Dementie
- Depressieve stoornis
- Miskraam
- Overspanning
- Palliatieve zorg
- Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek

Voor de inhoud van deze LTA's en LESA's wordt verwezen naar de NHG-website, www.nhg.org.

Bijlage 5. Afkortingenlijst

APS	Apotheker Service Punt
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DGV	Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik
EMD	Elektronisch medicatiedossier: is onderdeel van het elektronisch patiënten dossier (EPD) in de huisartsenzorg
EPD	Elektronisch patiëntendossier = elektronisch medisch dossier
EVS	Elektronisch voorschrijfsysteem
FTO	Farmacotherapieoverleg (van huisartsen en openbare apotheken)
FTTO	Farmacotherapeutisch transmuraal overleg
HIS	Huisartsinformatiesysteem
KNMP/ WINAp	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie/ Wetenschappelijk Instituut voor de Nederlandse Apothekers
Lareb	Nederlands Bijwerkingen Centrum
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak
LTA	Landelijke Transmurale Afspraak
NKFK	Nederlands Kenniscentrum voor Farmacotherapie bij Kinderen

Bijlage 6. Totstandkoming

In maart 2006 is een werkgroep van start gegaan met het ontwikkelen van een Standpunt over farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg.

De werkgroep bestond uit:

- Jaap R. van der Laan, huisarts, *voorzitter*
- dr. Fred W. Dijkers, huisarts, afdeling Public health en Eerstelijns geneeskunde LUMC
- Cor M. van der Ree, huisarts
- drs. Loes Schiere, manager Apotheekhoudende unit LHV
- drs. Henk Folmer, huisarts/senior-wetenschappelijk medewerker NHG
- drs. Anke ter Brugge, senior-beleidsmedewerker NHG, *secretaris*

Op 18 mei is in een inhoudelijke ledenbijeenkomst gesproken over de uitgangspunten voor dit standpunt. In augustus is een concept-Standpunt voor commentaar geplaatst op het besloten deel van de NHG-website voor de leden en verstuurd naar de leden van de Verenigingsraad, het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH) en externe referenten.

Op 5 oktober heeft de Verenigingsraad een concept-versie van het Standpunt besproken.

Er werden externe commentaren ontvangen van:

- de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- DGV Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik;
- de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde (KNMG);
- de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)/
- Wetenschappelijk Instituut van apothekers (WINAp);
- de Orde van Medisch Specialisten (OMS);
- de Nederlandse Vereniging van Dokters Assistenten (NVDA);
- de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Apotheken (NVZA).

Vermelding als referent betekent niet dat de referent het NHG-Standpunt op elk detail onderschrijft.