

University of Groningen

Overtuigingen maken het verschil

de Gier, Johan

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Gier, J. J. D. (2005). Overtuigingen maken het verschil. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



Overtuigingen maken het verschil

dr. J.J. de Gier

Overtuigingen maken het verschil

Dr J.J. de Gier

Colofon

Overtuigingen maken het verschil, Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van Bijzonder hoogleraar in de Farmaceutische Patiëntenzorg, vanwege de Stichting Beroepsopleiding Farmacie Groningen, Rijksuniversiteit Groningen op 12 april 2005 door dr J.J. de Gier

© Dr J.J. de Gier
Oosterhout, april 2005

Vormgeving: Ontwerp door Grafimedia,
Uitsnede: “Overtuigingen”
 Acryl op linnen, 60 x 90 cm, Han de Gier, 2005
Druk: Grafimedia, Facilitair Bedrijf Rijksuniversiteit Groningen
ISBN: 90-367-2250-0

Inhoud

1	Zeer gewaardeerde toehoorders
2	De verandering
4	De patiënt in het onderwijs
5	Integratie in de zorg
6	Therapietrouw, concordance en de WGBO
8	Het farmacotherapeutisch behandelplan
10	De normpraktijk
13	Een blik op de toekomst
19	Dankwoord
23	Referenties

Overtuigingen maken het verschil

Rede

Uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de Farmaceutische Patiëntenzorg, vanwege de Stichting Beroepsopleiding Farmacie Groningen, Rijksuniversiteit Groningen op dinsdag 12 april 2005

door

Dr J.J. de Gier

Mijnheer de Rector Magnificus,

Zeer gewaardeerde toehoorders,

Overtuigingen maken het verschil. U kent wellicht allemaal de situatie dat u of iemand in uw naaste omgeving een geneesmiddel kreeg voorgeschreven voor een chronische klacht of aandoening, dat uiteindelijk niet volgens het gebruiksadvies werd ingenomen. Kennelijk was u of uw kennis ervan overtuigd dat het middel toch anders moest worden gebruikt. Overtuigingen gebaseerd op ervaringen, zorgen over bijwerkingen of op de vraag of het middel wel past bij de klacht of aandoening. Inmiddels weten wij uit onderzoek dat het met de therapietrouw bij langdurige medicatie niet goed is gesteld en daar zal ik aanstonds nader op ingaan.

Overtuigingen maken ook het verschil bij de ontwikkeling die de beroepsgroep van apothekers thans meemaakt. De openbare apotheker zal binnenkort door een wetswijziging vallen onder de werkingssfeer van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Hij zal hierdoor als behandelaar in een duidelijke relatie tot zijn patiënt komen te staan. Dan mag men iets verwachten van de apotheker die een behandelingsovereenkomst sluit, want dat gebeurt wanneer het recept in de apotheek wordt aangeboden en men de afgeleverde medicatie accepteert. Maar wat betekent deze ontwikkeling voor de rol en de taken die de apotheker als behandelaar zou moeten vervullen en welke rol speelt de universiteit in deze ontwikkeling? Maar bovenal wat zou dit voor u kunnen betekenen? Gaat u inderdaad anders met uw geneesmiddelen om wanneer uw apotheker zich opstelt als behandelaar die rekening houdt met uw behoeften en minder als leverancier van uw medicatie?

Ik moedig u aan in de komende 30 minuten hierover na te denken.

In deze openbare les ga ik u uiteenzetten waarom overtuigingen een belangrijke drijfveer zijn om tot een verandering te komen, die ertoe doet. Ik zal beginnen met het beantwoorden van de vraag wat wordt verstaan onder Farmaceutische Patiëntenzorg en waarom het nuttig is dat hiervoor een leerstoel aan de Rijksuniversiteit Groningen is ingesteld. Ik zal u duidelijk trachten te maken waarom integratie van farmaceutische patiëntenzorg in de gezondheidszorg een noodzaak is. Hierbij zal ik graag aan u toelichten wat er in de opleiding farmacie en in het onderzoek aan de Rijksuniversiteit Groningen mogelijk is om een dergelijke nieuwe begeleiding van patiënten, gericht op hun behoeften, verder te ontwikkelen. Ik zal afsluiten met een blik in de toekomst en enkele onderwerpen onder de aandacht brengen, die deze aandacht naar mijn mening verdienen. Ik zal ook aangeven aan welke voor-

waarden voldaan moet worden, willen wij van integratie van farmaceutische patiëntenzorg in onze gezondheidszorg kunnen spreken.

De verandering

Wat is farmaceutische patiëntenzorg nu meer dan farmaceutische zorg? Wanneer wij spreken en lezen over farmaceutische zorg, wordt in de regel bedoeld de bereikbare voorziening in de wijk waar men woont of werkt, die u van geneesmiddelen voorziet. Gelukkig zijn wij in de omstandigheden dat in ons land, vergeleken met sommige andere landen om ons heen, het verstrekken van geneesmiddelen met vereiste aandacht plaatsvindt. Sinds jaar en dag wordt medicatiebewaking gezien als een taak van zowel arts als apotheker. Zij spannen zich in om een beoogde farmacotherapie (een behandeling van een ziekte of zieke met een geneesmiddel) optimaal te laten verlopen. Een gedegen controle maakt duidelijk dat het voorgeschreven geneesmiddel in de juiste dosering kan worden gebruikt en geen conflicten geeft met andere medicatie of aandoeningen, indien hiervan sprake is. Dankzij dit systeem worden er in alle Nederlandse apotheken tezamen per dag gemiddeld 2700 belangrijke interventies uitgevoerd om ernstige gezondheidsschade door onjuiste medicatie te voorkomen^(1,2)¹. De computer heeft hier al meer dan 25 jaar ondersteuning geboden en dat vinden wij nu allemaal normaal. Dit was altijd een hoeksteen van de farmaceutische zorg en zal dat ook blijven.

Maar er is meer. Medicatiebewaking is onlosmakelijk verbonden met medicatiebegeleiding: de informatie voor, tijdens en na het afleveren van geneesmiddelen, gericht op het optimale gebruik daarvan door de patiënt. Op dit gebied is er thans veel mogelijk. In vooruitstrevende apotheken wordt met behulp van ICT (Informatie en Communicatie Technologie) een geneesmiddeleinformatie op maat samengesteld en geprint terwijl u wacht, rekening houdend met uw geslacht, leeftijd en de reden van het geneesmiddelgebruik.

Medicatiebewaking en medicatiebegeleiding zijn een onderdeel van farmaceutische patiëntenzorg, waarbinnen een koppeling wordt gemaakt met de wensen en behoeften van de patiënt. Helaas gebeurt dat nog te weinig. Toch is het gebruik van elektronische patiëntendossiers, zoals bij huisartsen heel gewoon is, thans in de apotheek ook doorgedrongen - 10 jaar na de invoering ervan. Dat wil zeggen, dat er nu bij potentiële en geconstateerde problemen met geneesmiddelgebruik veel meer wordt vastgelegd over de ernst en noodzaak om in te grijpen. Bovendien kunnen de uitkomsten van de interventies nu ook worden gedocumenteerd. Dat maakt farmaceutische patiënt-

¹ Een rapport van het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers en het Stevenshof Instituut voor Farmaceutisch Praktijkonderzoek laat zien dat ca 5% van de recepten van artsen onvolkomenheden bevatten; een kwart hiervan zou daadwerkelijk fouten betreffen. Elke apotheek verbetert dagelijks gemiddeld 1,6 maal een fout recept, waardoor een ongewenste bijwerking of gezondheidsschade wordt voorkomen en de behandeling met het geneesmiddel wordt verbeterd.

tenzorg in de praktijk mogelijk, omdat bij ieder volgend contact de vastgelegde informatie betrokken kan worden bij de evaluatie van de ervaren problemen.

Maar in de definities die wij voor een dergelijke begeleiding van medicatie hanteren gaan we verder. Wij richten ons op het verbeteren van de kwaliteit van leven, mede ingegeven door de oorspronkelijke omschrijvingen van Pharmaceutical Care door Hepler en Strand in 1990 (3)². Later hebben Cipolle, Strand en Morley duidelijk gemaakt dat er een nieuwe praktijkvoering noodzakelijk is geworden en er juist meer verantwoordelijkheid moet worden genomen om patiënten te helpen het beste gebruik van hun medicatie te maken. De oorspronkelijke definitie is in die zin ook bijgesteld³. Belangrijk is om op te merken dat het om een nieuwe praktijkvoering gaat, die ertoe moet leiden dat farmacotherapie gewenste uitkomsten bij de patiënt tot gevolg kan hebben (4,5). Later zal ik hier nog op terugkomen, wanneer ik de haalbaarheid van een nieuwe praktijkvoering nader zal toelichten en de daarbij behorende competenties van een zorgverlener.

Individuele problematiek omtrent medicatie vraagt om een individuele begeleiding. De aandacht voor de wensen, zorgen en overtuigingen van de patiënt en voor de geneesmiddelgebonden problemen die bij het gebruik optreden (denk aan vervelende bijwerkingen), geven aanleiding om meer met de patiënt in contact te zijn. De patiënt die zich afvraagt of medicatie allemaal wel nodig is, of die wel past bij zijn klacht of aandoening en of die wel voldoende werkt. Meer contact met de patiënt dan alleen maar nodig is voor de aflevering van het juiste geneesmiddel aan de juiste patiënt.

De kwaliteit van leven is dus een belangrijk ijkpunt in het leveren van goede farmaceutische patiëntenzorg en toch wordt hier weinig aandacht aan gegeven. Een aantal oorzaken ligt mogelijk hieraan ten grondslag. Het meten van kwaliteit van leven in een groep patiënten die buiten het ziekenhuis veelal normaal functioneert is moeilijk, omdat deze kwaliteit dikwijls al van een redelijk hoog niveau is. Het meten van een verschil dat door extra aandacht in de apotheek wordt veroorzaakt, is dan nauwelijks significant. Je moet dan zeer goed kijken bij mensen die het wellicht minder goed maken en de meer gezonde groepen uitsluiten om nog een verschil te zien, maar dan lukt het wel.

- 2 *De Amerikaanse definitie van Pharmaceutical Care is door Hepler en Strand in 1990 als volgt omschreven: 'Pharmaceutical care is the responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving definite outcomes that improve the patients' quality of life'. De Nederlandse beroepsgroep van apothekers hanteert: 'Farmaceutische patiëntenzorg is de zorg van het apotheekeam voor de individuele patiënt op het gebied van farmacotherapie gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven'.*
- 3 *De definitie die zich richt op de praktijkvoering en de zorgverlener die zich opstelt op een wijze dat hij verantwoording schuldig wil zijn aan de patiënt is: 'Pharmaceutical care is a practice in which the practitioner takes responsibility for patient's drug-related needs, and is held accountable for this commitment'.*

Een andere reden kan zijn, dat de apotheker en zijn team dikwijls veel te geneesmiddelgericht denken, omdat ze ook zo zijn opgeleid. Laatst had een promovenda in Groningen hierover een duidelijke mening bij de verdediging van haar proefschrift over een onderwerp op het gebied van de farmaceutische patiëntenzorg. Zij was opgeleid om alles van geneesmiddelen en het gebruik ervan af te weten en dus was het haar bedoeling om het gebruik van geneesmiddelen te optimaliseren. Hierop had zij zich gericht in haar onderzoek en dat had zij goed gedaan (6).

De patiënt in het onderwijs

Dat brengt mij direct tot een deel van de verantwoording van de leerstoel Farmaceutische Patiëntenzorg aan deze universiteit. Het onderwijs om patiëntgericht denken te versterken bij apothekers in opleiding is bij mijn aantreden in november 2003 op een onderdeel wezenlijk aangepast. Was het voorheen dat studenten pas in het vijfde jaar bij de stage voor het eerst in hun studie met patiënten in aanraking kwamen, op dit moment wordt direct in het eerste jaar een opdracht uitgevoerd om een patiënt die chronisch geneesmiddelen gebruikt, thuis te bezoeken voor een interview van 1-2 uur. Juist om te horen welke zorgen er zijn en hoe men denkt over de plaats van het geneesmiddel in hun omgaan met de klacht of aandoening. Dus vooral om te leren welke overtuigingen ervoor zorgen dat er verschillen tussen mensen bestaan, zoals ik in het begin van deze openbare les reeds heb benadrukt. Maar ook om te begrijpen waar patiënten hun informatie vandaan halen en welke rol de apotheker bij dit alles speelt. Het was voor velen een openbaring en een leerzame ervaring. Ook voor ons, omdat er haarfijn werd geconstateerd dat de apotheker bij mensen die chronisch geneesmiddelen gebruiken, nauwelijks een prominente rol speelt in het zorgproces. Een rol die wij met farmaceutische patiëntenzorg juist willen versterken. In gemiddeld 20% van de interviews werd een duidelijke betekenis van die rol aangegeven. Op dit punt is er dus nog veel winst te behalen. Het is mijn overtuiging dat een dergelijke inbreng van de patiënt in ons onderwijs terecht aanzet tot een andere aanpak.

Naast deze eerste stap moeten er vele stappen volgen om het denken van de patiënt meer te betrekken bij het denken en doen van de apotheker in opleiding. Gelukkig wordt de aandacht voor communicatie in het onderwijs verder ontwikkeld. Door mijn voorganger Tromp en collega Van der Werf, is in samenwerking met vele collega's binnen de basiseenheid Farmacotherapie en Farmaceutische Patiëntenzorg een aanzet gegeven tot onderwijsvernieuwing die met ICT wordt gefaciliteerd, waarbij ook aandacht is voor docentprofessionalisering. In een computerondersteunde leeromgeving wordt met acteurs geoefend in de communicatie met patiënten en andere betrokkenen in de gezondheidszorg. Deze aanpak is succesvol gebleken, getuige de enthousiaste reacties van vele studenten en de start van het project in de

Faculteit Farmaceutische Wetenschappen van de Universiteit van Utrecht. Meer nadruk op de documentatie van interventies en uitkomsten hiervan in de toekomst is noodzakelijk. Ook al is het nog in contacten met acteurs in een zogenaamde 'skillslab' omgeving, het zal de student verder helpen bij zijn voorbereiding op de praktijk. Dankzij de terugkoppeling van de vele pseudo-patiënten worden het denken en doen van de student beïnvloed. Maar de ontwikkeling gaat nog verder. Binnen het zogenaamde project 'Gristos' wordt samen met de faculteit in Utrecht gewerkt aan de uitbouw van deze onderwijsvernieuwing.

Integratie in de zorg

Waarom is integratie van farmaceutische patiëntenzorg in onze gezondheidszorg een actueel onderwerp? Op dit moment is veel aandacht gericht op de implementatie van de nieuwe zorgtaken van de apotheker en zijn team. De waarde van de interventies (onder andere verbetering van de kwaliteit van leven, gezondheidswinst, tevredenheid) is onderwerp van onderzoek in tal van projecten, maar laat zich soms moeilijk vaststellen. Ik heb hierover eerder gesproken.

In buitenlandse literatuur worden tal van studies aangetroffen die de belangrijke rol van de apotheker onderstrepen als het gaat om het voorkomen van geneesmiddelgerelateerde problemen (7-15). Ziektebeeld specifieke programma's zijn bewezen effectief bij patiënten met astma, diabetes mellitus, hoge bloeddruk en lipidenstoornissen. Maar er zijn ook studies bekend, die geen effect van interventies door apothekers laten zien. Na evaluatie van alle studies komen velen tot de conclusie dat verder investeren in onderzoek naar de nuttige bijdragen van de apotheker in het voorkomen en oplossen van geneesmiddelgebonden problemen niet meer de hoogste prioriteit heeft (16)⁴. De nadruk moet nu meer liggen op het integreren van de farmaceutische patiëntenzorg in de samenwerking tussen zorgverleners en patiënten. Ik ben het daar voor een groot deel mee eens, zeker wanneer dit vergezeld wordt door goed praktijkonderzoek. Maar ook praktijkonderzoek naar de betekenis van interventies, die effectief zijn gebleken in onderzoek, blijft in mijn ogen noodzakelijk. Omdat de praktijk zonder 'onderzoeks aandacht' toch nog weerbarstig kan zijn en implementatie van interventies soms mislukt.

Goed praktijkonderzoek is de enige oplossing voor het vraagstuk wat nu juist in onze Nederlandse omstandigheden de betekenis is van interventies in farmaceutische patiëntenzorg. In de eerste plaats voor de patiënt, maar daarnaast ook voor de apotheker die zijn apotheekorganisatie verder wil aanpassen aan de eisen van een op de behoeften van de individuele patiënt gerichte

4 In een samenvatting van deel III van het International Forum on Medicines staat onder meer te lezen: 'There is no need for further investments in investigating and documenting the issue of drug-related morbidity and mortality, in order for action to be taken in this regard by the various stakeholders, and particularly by healthcare professionals. There is also enough evidence of strategies to support that action. The key to address this problem is the collaboration between the various stakeholders, and particularly between the healthcare professionals and patients.'

zorg en ten slotte voor de zorgverzekeraar die een regiefunctie op dit punt zou willen vervullen. Wij zullen nog veel moeten leren van praktijkonderzoek willen wij farmaceutische patiëntenzorg verder kunnen ontwikkelen tot een goed werkend onderdeel van onze gezondheidszorg.

Therapietrouw, concordance en de WGBO

Een ander deel van de verantwoording van de nieuwe leerstoel is de constante zorg en aandacht voor patiënten met chronische aandoeningen in onze samenleving. In studies naar de toekomst van de gezondheidszorg wordt aangegeven, dat gezocht moet worden naar nieuwe wegen om patiënten intensiever te betrekken bij hun geneesmiddelgebruik (17,18). Duidelijk is de zorg omtrent het ondoelmatig gebruik van beschikbare geneesmiddelen bij chronische aandoeningen. In de westerse landen wordt door gemiddeld 50% van de patiënten die chronisch geneesmiddelen krijgen geadviseerd door hun arts, het gebruik binnen een jaar gestaakt. Dit betreft vaak patiënten met chronische aandoeningen, die op dit moment al 50% van de totale ziektelast bepalen. Niet voor niets heeft de WHO hierover de alarmbel geluid en worden suggesties gedaan om zorgverleners beter op te leiden om de ontstane situatie te verbeteren (19,20). Ook in Nederland heeft het PHARMO instituut in 2002 reeds aangegeven dat deze alarmbel duidelijk moet doorklinken (21). Wanneer de vergrijzing zich voortzet zoals zich dat nu laat aanzien, zal de groep van ouderen boven de 65 jaar over 20 jaar bijna zijn verdubbeld, met als gevolg een aanzienlijke toename van de chronische ziektelast en een aanzienlijke toename van ondoelmatig geneesmiddelengebruik als er niets verandert.

Er is dus aandacht nodig voor een nieuwe aanpak om terapietrouw te verbeteren. Een model dat hierbij geschikt lijkt, is het 'concordance model', dat reeds in Engeland tot nieuwe initiatieven heeft geleid⁵. In dit model wordt gezamenlijk (arts, apotheker, patiënt) overeenstemming gezocht om de patiënt volledig te ondersteunen in het maken van een gemotiveerde keuze voor de (chronische) farmacotherapie. In ons land is deze aanpak nog niet ingevoerd. Het zal ongetwijfeld een ander management van de patiëntenstromen betekenen (naast het bekende managen van receptenstromen waar apothekers heel goed in zijn). Het verstrekken van geneesmiddelinformatie bij een eerste en tweede uitgifte, zoals nu veelal gebeurt, is onvoldoende om concordance te bereiken.

Een nieuwe aanpak bij de start van een chronische medicatie, dus voordat een eerste en tweede uitgifte kunnen plaatsvinden, past overigens goed in de werkwijze die van de openbaar apotheker verwacht mag worden, wanneer deze onder de werkingssfeer van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) valt. De apotheker wil graag vallen

5 Een duidelijk overzicht van de Engelse initiatieven is te vinden op www.medicines-partnership.org

onder de werkingssfeer van deze wet omdat hij hierin de erkenning ziet als zorgverlener en behandelaar. Men realiseert zich niet altijd, dat de WGBO geen bescherming van de werkzaamheden van de beroepsbeoefenaren is, maar een wet waarin het patiëntenrecht is vastgelegd (22). Deze wetswijziging zal meer verplichtingen dan rechten met zich meebrengen.

In het kader van de WGBO wordt de behandelingsovereenkomst tot stand gebracht na toestemming van de patiënt, in de praktijk nadat het recept is aangeboden in de apotheek. Nadat de patiënt voldoende informatie heeft ontvangen en besluit zijn medicatie te gaan gebruiken is de overeenkomst tot stand gebracht. De patiënt heeft wel de plicht mee te werken aan zijn behandeling door de apotheker voldoende te informeren.

Overigens is de apotheker alleen 'medebehandelaar' wanneer de patiënt en de arts de apotheker bij hun behandelovereenkomst betrekken. Gebeurt dit niet expliciet, dan is de apotheker hoofdbehandelaar op zijn specifieke deskundigheidsterrein, met alle rechten en plichten die hierbij horen.

De openbaar apotheker heeft als behandelaar dus een informatieplicht. Ik pleit al enige tijd voor een 'intake-gesprek' voorafgaande aan een chronische medicatie. In veel gevallen zou de arts al kunnen aangeven dat een dergelijk gesprek nuttig is en de patiënt kunnen wijzen op het maken van een afspraak in de apotheek. Hij kent tenslotte zijn patiënt doorgaans maar al te goed en weet wie er meer dan een ander bij gebaat zou zijn een dergelijk gesprek te kunnen voeren in de apotheek. Dat zou de concordance gedachte belangrijk kunnen ondersteunen. In gesprekken met de belangenorganisaties van chronische patiënten is mij gebleken, dat men ook wel een duidelijke voorstelling kan maken wat er in zo'n gesprek aan de orde moet komen. Het gaat om enkele vragen, zoals: wat verwacht u van dit geneesmiddel, waarover maakt u zich het meeste zorgen en wat wilt u over dit geneesmiddel weten. Ondersteuning van de benadering die de arts reeds heeft gekozen om het geadviseerde middel te vergelijken met mogelijke alternatieven, hoort hier ook bij.

Uit onderzoek is gebleken dat de patiënt 40 tot 80% vergeet van hetgeen deze van zijn arts te horen krijgt, zodra hij de spreekkamer heeft verlaten. Van de 20% die wel wordt onthouden, herinneren de mensen zich de helft verkeerd (23). Kortom de patiënt herinnert zich tussen de 10% en 30% correct van hetgeen de arts hem heeft verteld. Het verdient dus aanbeveling om vele vormen van informatieoverdracht te hanteren, afgestemd op het individu. De bijsluiter, die overigens door de helft van de patiënten als onduidelijk wordt ervaren, is hiervoor niet voldoende. Meer toepassing van geïndividualiseerde informatie, opgebouwd uit een combinatie van gegevens afkomstig uit het elektronische patiëntendossier, toelichtende achtergrondteksten hierbij en duidelijk leesbare 'bijsluitergegevens', zal de antwoorden op de meest gestel-

de vragen moeten geven. Hierbij zal in de nabije toekomst gebruik worden gemaakt van ICT, waarbij het internet en mobiele telefonie een groot aandeel zullen hebben.

Kortom, de weg naar een betere toekomst voor de chronische gebruikers van geneesmiddelen is zeker nog niet doodlopend. In een onderzoeksvoorstel dat door onze afdeling is aangeboden aan de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP) is veel aandacht ingeruimd voor een evaluatie van deze aanpak. Het is mijn overtuiging dat therapietrouw echt kan verbeteren, doordat apothekers als behandelaar het verschil met de huidige - veelal logistieke - aanpak zichtbaar maken.

Het farmacotherapeutisch behandelplan

Een belangrijke ontwikkeling in de praktijk van alledag om farmaceutische patiëntenzorg meer handen en voeten te geven, is het gebruik van een farmacotherapeutisch behandelplan. Deze ontwikkeling verdient een prominente plaats in het onderwijs waarvoor ik mij verantwoordelijk voel en is daarom een cruciaal deel van de verantwoording van de leerstoel.

Het behandelen van patiënten verloopt in de regel volgens een vooraf vastgesteld plan. Bij het afleveren van geneesmiddelen gaan wij te veel uit van een modelpatiënt, maar niemand is gelijk. Zo kunnen erfelijke eigenschappen veel zeggen over wat iemands lichaam met een geneesmiddel doet. Is er vooraf bijvoorbeeld vastgesteld dat bij een patiënt bepaalde geneesmiddelen sneller worden gemetaboliseerd dan bij de doorsnee bevolking het geval is, dan hoeft je deze patiënt niet zes weken te laten doorgaan met een dosering die bij hem geen enkel effect heeft. Bij bepaalde patiëntengroepen, denk aan mensen met een psychische stoornis, is het volhouden van medicatie met bijvoorbeeld antipsychotica al moeilijk genoeg. Uitwisseling van dergelijke informatie over de patiënt, zoals ook door mijn collegae Wilffert en Brouwers in een groot onderzoeksproject binnen de GGZ-Geestkracht wordt uitgevoerd, zal ertoe kunnen bijdragen dat de patiënt beter wordt behandeld.

Het vak farmacogenetica helpt ons begrijpen waarom individuele personen zo verschillend op geneesmiddelen reageren en biedt, naast een toepassing in het ziekenhuis, ook in de openbare apotheek meer kansen om patiënten op maat farmacotherapie te geven.

Bij de uitvoering van de farmacotherapie is er steeds meer aandacht voor een individualisering van de medicatiebegeleiding. Hierbij worden in de nabije toekomst naast de reden van voorschrijven ook gegevens betrokken, die normaal nog niet in de openbare apotheek voorhanden zijn (laboratoriumuitslagen na bloedonderzoek, farmacogenetische gegevens). Maar ook de ervaringen van patiënten horen een vaste plaats te krijgen. Een pro-actieve zorghouding mag immers worden verwacht van de apotheker die zich als behandelaar zal willen opstellen. Er is dus behoefte aan ondersteuning in het

beschikbaar stellen van de noodzakelijke gegevens en het verwerken hiervan bij de zorgverlening. In dit kader is een betrokkenheid van de arts en de patiënt absoluut noodzakelijk.

Een nieuwe aanpak hierbij kan worden gevonden in het toepassen van een farmacotherapeutisch behandelplan. Hierin wordt gestreefd naar een gestructureerde weergave van gegevens die vanuit

- de klacht of aandoening de bijbehorende medicatie weergeeft,
- de doelstellingen erbij vermeldt,
- geneesmiddelgebonden problemen onder de aandacht brengt en
- voorgestelde interventies en
- daarbij behorende uitkomsten aangeeft.

Inmiddels wordt met een dergelijk behandelplan ervaring opgedaan aan de Rijksuniversiteit Groningen in de apotheekstage en binnenkort ook in het gezamenlijke onderwijs aan studenten farmacie en geneeskunde. Studenten leren in gesprekken met de patiënt en de behandelend arts op een gestructureerde wijze informatie te verzamelen die nodig is om verantwoorde adviezen te kunnen geven. De studenten zijn laaiend enthousiast en dat geldt ook voor hun stageverleners. Het is dankzij de inspanningen van mijn collegae De Graeff van Medische Wetenschappen en Brouwers van Farmacie dat deze nieuwe wegen kunnen worden bewandeld. Samen met collega Toering evalueren wij onze inspanningen om farmaceutische patiëntenzorg-activiteiten meer in de structuur van een behandelplan te vormen tot een proces van geïntegreerde zorgverlening. Ons doel is samen met de patiënt, die zijn behandelplan ook moet kunnen inzien, en samen met de arts gebruik maken van dezelfde informatie bij de beoordeling van de effecten van geneesmiddelgebruik. Dit zal farmaceutische patiëntenzorg een betere verankering kunnen geven in de zorgverlening omtrent medicatie. Dat apothekers werkzaam in het ziekenhuis en in de eerstelijns zorg hier gezamenlijk in hun opleiding al mee geconfronteerd kunnen worden, is een goede zaak die ik van harte wil ondersteunen. Het tij is gunstig, want ook in de ziekenhuisfarmacie tekent zich interesse voor farmaceutische patiëntenzorg af, getuige het feit dat in veel ziekenhuizen zogenaamde “clinical rules” worden ontwikkeld om de patiënt die risicovolle geneesmiddelen krijgt, daadwerkelijk te begeleiden (24).

In mijn visie zal de patiënt zijn behandelplan ook gaan gebruiken om zijn ervaringen bij het gebruik van medicatie terug te melden aan de apotheker en de huisarts. Hiervoor zal het wel noodzakelijk zijn, dat het behandelplan in een leesbare vorm aan de patiënt wordt gepresenteerd. Tegelijkertijd biedt dit wel enorme kansen om achtergrondinformatie op maat te leveren, over onder andere de geneesmiddelen zelf, de aard en het verloop van de aandoening of de klacht en de leefregels die hierbij van belang zijn. Wij kunnen hier nog

veel van de patiënt leren. Op dit moment is voor de patiënt het Digitaal Ervaringen Dossier beschikbaar⁶. Wanneer een patiënt deze ervaringen niet, zoals nu nog het geval is, alleen met lotgenoten kan delen, maar ook met zijn apotheker en huisarts, kan er een nieuwe fase in farmaceutische patiënten-zorg van start gaan.

Het farmacotherapeutisch behandelplan kan vooralsnog in de apotheek worden toegepast, maar is met name bedoeld voor een toepassing in de geïntegreerde zorgverlening. Dat wil zeggen, dat het een aantal toekomstige ontwikkelingen zou kunnen ondersteunen, zoals

- het Elektronisch PatiëntenDossier (EPD), waarvan het farmacotherapeutisch behandelplan een (integraal) onderdeel kan zijn en dus raadpleegbaar door alle betrokken zorgverleners;
- het inzichtelijk maken van zorgactiviteiten en uitkomsten hiervan (denk aan contracteermogelijkheden van extra zorgverlening en het uitwisselen van delen van het farmacotherapeutisch behandelplan met zorgverzekeraars).

Het is van belang dat de beroepsorganisatie en andere betrokken partijen kennis kunnen nemen van de betekenis van het farmacotherapeutisch behandelplan voor de apotheker. De apotheker die, samen met zijn team, farmaceutische patiëntenzorg hoog in het vaandel heeft. Daarom wil ik mij inspannen om samen met deze partijen de toepassing van een farmacotherapeutisch behandelplan te evalueren in de praktijk van alle dag. Daarbij ben ik afhankelijk van de medewerking van vele collega's die in de openbare farmacie werkzaam zijn. Deze groep heeft een cruciale rol gespeeld in de ontwikkeling van patiëntgerichte zorg gedurende de afgelopen 10 jaar en ik ben ervan overtuigd dat de ondersteuning vanuit deze groep zal blijven. Ook al hebben deze collegae met hun overtuigingen over de veranderingen in onze beroepsgroep het verschil reeds gemaakt.

Een belangrijk punt is natuurlijk of de apotheker voor alle patiënten die nu in zijn apotheek komen om chronische medicatie op te halen, verantwoordelijk kan zijn. Afhankelijk van de samenstelling van de te verzorgen patiëntenpopulatie kan de zorgpraktijk er per apotheek anders uitzien. Met relatief veel ouderen in deze populatie zal er meer tijd en aandacht aan zorgverlening omtrent medicatie moeten worden gegeven.

De normpraktijk

Kan de openbare apotheker die als behandelaar wil functioneren zijn rol wel goed vervullen wanneer alles bij het oude blijft? Bestaat er bijvoorbeeld zoiets als een normpraktijkgrootte, zoals wij die kennen bij huisartsen (= 2350 patiënten)? De voorgaande uiteenzetting betekent dat de apotheker een

⁶ Voor een goede indruk van het Digitaal Ervaringen Dossier, ontwikkeld in een samenwerkingsverband van TNO en de Chronisch zieken en GehandicaptenRaad (CG-Raad), wordt verwezen naar www.gezondzoeken.nl.

scherpe begrenzing kan en moet maken voor welke patiënten hij verantwoordelijkheid kan dragen. Namelijk uitsluitend voor die patiënten, voor wie ten minste de vereiste informatie beschikbaar is (of kan zijn) om conclusies te kunnen trekken over de optimalisatiegraad van de farmacotherapie. De apotheker kan niet verantwoordelijk zijn op een moment dat de capaciteit van de organisatie niet is afgestemd op een bepaald aantal zorgbehoevende patiënten. Met andere woorden: dat deze capaciteit niet groot genoeg is om alle benodigde zorginformatie beschikbaar te hebben. Zorginformatie die deels door individuele patiëntencontacten en uitwisseling met andere zorgverleners tot stand komt. Dit betekent dat de apotheker slechts voor een scherp begrensd aantal patiënten verantwoordelijk kan zijn (25).

Hoe zou de normpraktijk grootte er voor de openbare apotheker uit kunnen zien? Indien wij uitgaan van gemiddeld 80500 recepten per apotheek per jaar (normgrootte 8800 patiënten) en weten dat circa 20% van die recepten eerste uitgiften zijn (26), dan heeft dat bij 220 werkdagen per jaar tot gevolg dat de apotheker circa 70 eerste uitgiften per dag zou moeten begeleiden⁷. Hiervan behoeft circa 40% niet noodzakelijkerwijze door de apotheker te worden uitgevoerd, aangezien er van minder gecompliceerde medicatie of aandoeeningen sprake is en kan de speciaal opgeleide assistente deze eerste uitgiften ook doen. Dan blijven er circa 40 eerste uitgiften over, waarvan de apotheker er zelf maximaal 30 kan uitvoeren, indien hij 10 minuten per 'intake-gesprek' zou uittrekken en 5 patiëntcontacturen per dag beschikbaar heeft. De resterende werktijd per dag is nodig voor leidinggevende taken en overleg met huisartsen. Op deze wijze berekend zou de normgrootte van een zorgpraktijk 3/4 deel van 8800 zijn, ofwel 6600. Echter naast eerste uitgiften zijn er ook vele vervolguigiften (circa 70% van alle recepten). Wanneer de apotheker er hiervan nog eens 10 per dag voor zijn rekening neemt, met name die uitgiften waarbij aanzienlijke geneesmiddelgebonden problemen een rol spelen, zou dat de zojuist gereduceerde norm nog eens met 33% verlagen tot circa 4400. Let wel, ik pleit absoluut niet voor de verkleining van apotheken, maar geef hiermee aan dat er een norm mogelijk is voor een zorgpraktijk, die bij de huidige apotheekgrootte tot een bezetting van 2,0 fte apothekers per apotheek zou moeten leiden. Deze zijn dan vooral met patiënten in gesprek, geven leiding aan assistenten die farmaceutische patiëntenzorg verlenen en communiceren met artsen. Zij hebben geen tijd meer over voor administratieve taken, geneesmiddelproductie of -inkoop. Op dit moment is de norm voor het aantal apothekers per apotheek 1,6 fte en is onduidelijk hoeveel tijd de apotheker aan farmaceutische patiëntenzorg

⁷ Volgens gegevens verkregen uit de InterAction DataBase van de Basiseenheid Sociale Farmacie en Farmacoepidemiologie van het Universitair Centrum voor Farmacie van de Rijksuniversiteit Groningen zijn er binnen de groepen van geneesmiddelen die in 2002 tot een chronische medicatie hebben geleid (na de eerste uitgifte nog minstens 3 herhaaluitgiften in datzelfde jaar) in totaal 16533 eerste uitgiften per apotheek verstrekt. Dit is inclusief de eerste uitgiften die niet tot een chronische medicatie hebben geleid, maar na een eerste of tweede herhaling zijn gestaakt. Bij 220 werkdagen per jaar zal dit per werkdag neerkomen op 75 eerste uitgiften die tot chronische medicatie zouden kunnen leiden.

besteedt, met name aan patiëntcontacten⁸. Wel worden verschillende taken uitgevoerd, die volgens velen ook aan anderen kunnen worden overgedragen. In mijn inschatting zal er op korte termijn zeker nog 0,5 fte voor dergelijke taken beschikbaar moeten zijn, zodat de bezetting op 2,5 fte uitkomt. Naar mijn overtuiging is er een tekort aan apothekers en zou de komende tijd nog een behoefte aan 1500 apothekers extra bestaan.

Indien een 'zorgpraktijk-grootte per apotheker' van circa 4400 patiënten als norm consequent wordt gehanteerd, is de vraag of een apotheker altijd in de apotheek aanwezig moet zijn (de 'Artikel 19 discussie'⁹) volstrekt irrelevant geworden; boven een bepaald aantal patiënten kan men niet meer verantwoordelijk zijn voor alle patiënten. De patiënt heeft volgens dit model recht op een beperking van het aantal patiënten per apotheker, om verzekerd te zijn van optimale zorg!

Bovendien zal een andere organisatie nodig zijn dan die welke voor geneesmiddeldistributie goed voldoet. Het is mijns inziens niet noodzakelijk dat het optimaliseren van geneesmiddelgebruik per se gekoppeld is aan de apotheek als bedrijfsruimte voor productie en distributie van geneesmiddelen en ook niet gekoppeld hoeft te zijn aan de huidige financiële raamwerken voor vergoeding van die traditionele taken. Informatie is veel minder plaatsgebonden dan geneesmiddelen, dus kan het geschetste traject zowel in het ziekenhuis als in de openbare apotheek of in transmurale apotheken (transferpunten, politheken etc) worden uitgevoerd. Dat hier ICT wederom een belangrijke rol vervult zal duidelijk zijn. Immers het gaat nu om de juiste informatie over de juiste patiënt op het juiste moment gepresenteerd aan de juiste persoon, zijnde een zorgverlener of de patiënt zelf. Voor het uitvoeren van taken die voortvloeien uit het behandelaarschap zal de apotheker een nieuwe, op maat gesneden apotheekorganisatie moeten inrichten. Deze organisatie zal deels overlap hebben met de bestaande distributieorganisatie, maar dient een eigen set definities te hebben. Dit kan naar mijn mening in de (nabije) toekomst betekenen, dat de levering van geneesmiddelen wordt losgekoppeld van de begeleidingsfunctie van de apotheker als behandelaar. Ik ben ervan overtuigd dat hier nog de nodige discussie over zal volgen en dat meer onderzoek nodig is om de grenzen van de zorgpraktijk van de apotheker vast te stellen.

8 Volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen was het aantal medewerkers (uitgedrukt in in full-time equivalenten) in 2003 per gemiddelde apotheek als volgt: 5,92 assistenten, 1,00 gevestigd/beherend apotheker, 0,60 tweede apotheker en 1,58 overigen.

9 Minister Hoogervorst van VWS wil met behulp van marktwerking goedkopere farmaceutische zorg verkrijgen met tenminste behoud van de kwaliteit. Om dit te bereiken wil de minister toestaan dat recepten in een apotheek worden afgehandeld zonder dat in die apotheek per se een apotheker aanwezig behoeft te zijn (afschaffing van artikel 19 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, WOG). Tegelijk moet de openbare apotheker opgenomen worden in de WGBO. Hiermee kan de minister bereiken dat meer gebruik wordt gemaakt van de geneesmiddeldeskundigheid van de apotheker.

Een blik op de toekomst

Wat is er nog meer nodig om farmaceutische patiëntenzorg tot een wezenlijk onderdeel van het geheel van onze gezondheidszorg te maken? Naar mijn overtuiging komt het daarbij neer op een drietal zaken: het leren managen van patiëntenstromen, het verkrijgen van de kerncompetenties van een zorgverlener en meer interactie tussen opleiding en praktijk.

Het managen van patiëntenstromen gaat uit van de gedachte dat patiëntengroepen zijn te onderscheiden op grond van bepaalde overeenkomstige kenmerken. Bijvoorbeeld de ons inmiddels bekende doelgroep van de startende gebruikers van chronische medicatie, maar u kunt ook denken aan gebruikers van risicovolle geneesmiddelen, of patiënten die langdurig meer dan vijf geneesmiddelen gelijktijdig gebruiken. Bij deze groepen geldt dat persoonlijke aandacht in een gesprek (meestal op uitnodiging) met de apotheker/behandelaar moet worden geboden op een wijze die past bij de behoeften van de patiënt. Dat zal de benadering van de patiënten anders laten verlopen dan nu doorgaans het geval is. Wanneer er voortdurend recepten worden aangeboden aan de balie in de apotheek is het geven van extra aandacht moeilijk te plannen. In zo'n situatie is er bijvoorbeeld geen ruimte voor een 'intake-gesprek' zoals ik eerder heb toegelicht. Samen met collega Van der Werf van Bedrijfskunde wil ik gaan onderzoeken welke veranderingen noodzakelijk, zinvol en mogelijk zijn om patiëntenstromen te kunnen beheersen voor een efficiënte zorgverlening. Ik spreek de hoop uit dat de nieuw op te richten academische apotheek van het UMCG hier ook bij betrokken kan worden. Temeer omdat een gelegenheid om onderzoek in de praktijk op een laboratoriumschaal uit te voeren, niet veel wordt geboden.

Vervolgens zijn er de kerncompetenties van een zorgverlener. De belangrijkste voorbereiding op de praktijk blijft de academische beroepsopleiding. Alles valt en staat met het verwerven van de juiste attitude, kennis en vaardigheden, alvorens men zich in de praktijk kan ontwikkelen tot een volwaardig behandelaar. Binnenkort speelt hierin ook de specialisatie openbare farmacie een rol, die de huidige registratieregeling vervangt. Net als bij de ziekenhuisapothekers zal ook voor de openbare apothekers een specialisatiefase worden ingericht. Hierin zullen de competenties moeten worden getoetst die aansluiten bij wat men van hen mag verwachten wanneer men als zorgverlener gaat werken. Deze competenties zijn wat mij betreft richting bepalend als het neerkomt op de invulling van mijn leerstoel. De belangrijkste competenties zijn als volgt weer te geven (zie tabel 1). Hieruit blijkt duidelijk dat de competenties niet expliciet voor de apotheker gelden maar meer gericht zijn op een zorgverlener die kwaliteitszorg kan bieden door de juiste attitude, kennis en vaardigheden (27). Wat overigens de apotheker een unieke positie geeft is zijn wetenschappelijke wijze van denken en doen in het beoordelen van geneesmiddelgebruik op individueel patiënteniveau en op populatieniveau.

Hij is getraind om zo te functioneren en dat is een waardevolle eigen inbreng in de integratie van farmaceutische patiëntenzorg. Ik ben verheugd, dat in de discussie over de eindtermen van het curriculum farmacie aan deze universiteit ruime aandacht is gegeven aan de door mij aangehaalde kerncompetenties. Dat geeft vertrouwen en ik zal mijn bijdragen vanuit het perspectief van de farmaceutische patiëntenzorg voor het ontwikkelen van de kerncompetenties graag blijven leveren.

Tabel 1 De competenties van een zorgverlener

- Het (pro-actief) leveren van patiëntgerichte zorg
Oog hebben voor verschillen tussen mensen en deze ook respecteren, luisteren naar de wensen en behoeften; duidelijk informeren en voorlichten; het samen beslissingen bij interventies; het gestructureerd documenteren van interventies in een elektronisch patiëntendossier en het uitvoeren van een adequate follow-up; preventief optreden waar mogelijk; het promoten van een gezonde leefstijl, dat alles door het organiseren van een duurzame relatie om maatwerk in de zorg in het verloop van de tijd te kunnen leveren.
- Het leveren van geïntegreerde zorg
Op de hoogte zijn van de deskundigheid, kennis en waarden die andere leden van het interdisciplinaire team kenmerken; weten hoe de eigen rol in een team kan worden aangegeven; beschikken over de basale vaardigheden om in een team te werken, zoals communicatie, delegeren, onderhandelen en time management; zorgen voor informatie-overdracht naar de juiste persoon en op het juiste moment; regelen dat de overdracht van de zorg naar andere zorgverleners naadloos aansluit op de door hen geleverde zorg; het toepassen van elektronische patiëntendossiers en protocollen die geschikt zijn voor het uitwisselen van informatie met andere zorgverleners.
- Het gebruik maken van evidence-based kennis
Weten waar en hoe de beste bronnen zijn te raadplegen; formuleren van duidelijke vraagstellingen; weten hoe de verkregen antwoorden bij een individuele patiënt of een specifieke populatie zijn toe te passen; op de hoogte zijn van het bestaan en het toepassen van beslissingsondersteunende systemen.

- Het toepassen van kwaliteitsbevorderende systemen
Weten hoe kwaliteit is te meten in termen van structuur, proces en uitkomsten; de eigen praktijk kunnen vergelijken met soortgelijke praktijken die beter scoren; interventies voor verbetering van kwaliteit kunnen aangeven en toepassen; weten welke risico's er zijn op het maken van fouten en hoe deze kunnen worden voorkomen; weten hoe de kwaliteit van eigen handelen is vast te stellen en te verbeteren.
- Het toepassen van ICT
Weten welke informatiesystemen noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van de taken en deze ook weten te gebruiken; inzicht hebben in de waarde van de informatie die in interne en externe bestanden zijn te raadplegen; het voorkomen van fouten in de medicatie die wordt afgeleverd door het toepassen van een apotheekinformatiesysteem (AIS); op de hoogte zijn van privacywetgeving in relatie tot het beheer van patiëntgegevens in een AIS; zorgen voor een duidelijk op de (individuele) patiënt gerichte toegankelijkheid van opgeslagen gegevens in het eigen AIS en andere databanken die voor de (individuele) patiënt van betekenis kunnen zijn.

Nadat de patiëntenstromen onder controle zijn en de competenties bij de afronding van de specialisatiefase zijn verkregen, is het moment aangebroken van ontwikkeling en evaluatie van de zorgpraktijk. Mijn verwachting voor de toekomst is, dat er meer dan voorheen interactie zal ontstaan tussen praktijk en universiteit. Het is een uitdaging om de beroepsopleiding te ontwikkelen als een gezamenlijk product van praktijk en universiteit. Iedere partij heeft zijn eigen kracht en beperking, maar gezamenlijk is er synergie te bereiken. In mijn werkzaamheden op vele terreinen in de farmacie heb ik de laatste decennia ervaring opgedaan met de visie dat trends vanuit de basis tot ons komen. Zonder een draagvlak op de werkvloer zijn vele ontwikkelingen in de uitvoering van het beroep gedoemd te mislukken of komen op zijn minst erg vertraagd op gang. Ik hoop oprecht dat ik vanuit die voor mij vertrouwde visie op de zorgpraktijk van de apotheker mijn bijdrage aan onderwijs en onderzoek kan leveren.

Daarnaast blijf ik ook volharden op gebieden waar de aandacht regelmatig verslapt en goede oplossingen voor een problematische patiëntenzorg ontbreken. Een voorbeeld hiervan is de verbetering van de begeleiding van patiënten die rijgevaarlijke geneesmiddelen gebruiken. In het kader van het 6e European Framework van de Europese Commissie is een vierjarig Europees

project in voorbereiding waar voldoende aandacht voor deze specifieke invulling van farmaceutische patiëntenzorg kan worden gegeven¹⁰. Het is verheugend dat de Universiteit van Groningen in dit project sterk is vertegenwoordigd.

Voordat ik ga afronden nog even aandacht voor de relatie met de overige beroepsopleidingen, in het bijzonder die van de huisarts en de beroepsorganisatie KNMP, die in haar beleidsplan voor de jaren 2005-2008 duidelijk inzet op de apotheker als geneesmiddelen-specialist, waarbij farmaceutische patiëntenzorg moet worden versterkt en de farmacotherapie individueel moet worden begeleid (28). Ik zie vele aanknopingspunten in dat beleidsplan, wanneer ik naar mijn voorgenomen plannen kijk. Toch wil ik benadrukken dat het niet alleen de apotheker is die farmaceutische patiëntenzorg tot een succes kan maken. De verantwoordelijkheid om de patiënt op de meest goede wijze gebruik te laten maken van zijn medicatie met de voor hem gewenste uitkomsten, is een gedeelde verantwoordelijkheid. Ik verwacht uitsluitend een succesvolle integratie van dergelijke patiëntenzorg, wanneer er samen met andere zorgverleners, zoals de huisarts, de ziekenhuisapotheker en de medisch specialist en last but not least de patiënt zelf een volledige overeenstemming bestaat over wat er aan noodzakelijke zorgverlening moet worden geboden, gericht op de behoeften van de patiënt. Alleen dan is er sprake van gezondheidswinst, verminderde ziektelast en verbetering van kwaliteit van leven (29,30,31).

Ik had u aangemoedigd om na te denken over de betekenis van enkele veranderingen die ik in het beeld van de zorgpraktijk van de apotheker heb geschetst. Ik neem aan dat deze veranderingen wellicht voor u van betekenis kunnen zijn, wanneer u als patiënt een behandelingsovereenkomst met de apotheker gaat afsluiten. Ik heb toegelicht hoe deze veranderingen zijn te verklaren vanuit de verschuiving van aandacht voor geneesmiddelgerichte distributie als onderdeel van de farmaceutische zorg naar aandacht voor een geïntegreerde farmaceutische patiëntenzorg. Ik heb aangegeven dat ik de verantwoording van mijn leerstoel aan deze universiteit zie in de vorm van een noodzakelijke aanvulling van onderwijs en onderzoek. Deze aanvulling is gebaseerd op een duidelijke plaats van de patiënt hierin, de constante zorg en aandacht voor patiënten met chronische aandoeningen in onze samenleving en het gebruik van een farmacotherapeutisch behandelplan om farmaceutische patiëntenzorg in de praktijk van alledag meer handen en voeten te geven. Ik heb u eveneens toegelicht wat dit voor gevolgen heeft voor de zorgpraktijk van de apotheker, waarin ik aandacht vraag voor de normpraktijk-grootte, die naar ik aanneem nog een discussie op gang zal brengen.

¹⁰ 6th Framework Programme Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines (DRUID), under the call FP6-2004-TREN-3

Maar ik heb ook benadrukt dat het verkrijgen van de juiste kerncompetenties een voorwaarde is om als zorgverlener te kunnen functioneren, in een team samen met andere zorgverleners en niet in de laatste plaats samen met de patiënt. Hierbij is de uitdaging om dit al tijdens de opleiding in praktijk te brengen. Veel zal afhangen van de kracht van mijn overtuigingen, die ik ook na vandaag met u wil blijven delen. Alleen dan maken deze overtuigingen het verschil. De toekomst is bruisend en ik zie deze met vertrouwen tegemoet.

Ik heb gezegd.

Dankwoord

De Rector Magnificus, het College van Bestuur, de decaan van de Faculteit der Wiskunde en Natuurwetenschappen en de directie van het Groningen Research Institute of Pharmacy (GRIP) van de Rijksuniversiteit Groningen dank ik voor het in mij gestelde vertrouwen. U onderstreept met deze leerstoel het belang van de Farmaceutische Patiëntenzorg voor het onderwijs en het onderzoek, die noodzakelijk zijn om de apotheker als behandelaar en zorgverlener aan deze universiteit een goede opleiding te kunnen bieden.

Het bestuur van de Stichting Beroepsopleiding Farmacie Groningen dank ik voor het scheppen van de voorwaarden die tot instelling van de leerstoel en mijn benoeming hebben geleid. In het bijzonder dank ik de voorzitter Prof. dr L.T.W. de Jong-van den Berg en de secretaris Prof. dr H.W. Frijlink. Hooggeleerde De Jong-van den Berg en Hooggeleerde Frijlink, beste Lolkje en beste Erik, ik voelde mij direct na de benoeming thuis bij de Farmacie en dat heeft alles te maken met de hartelijke opstelling die jullie vanaf het eerste moment hebben ingenomen.

Het hoofd van de Basiseenheid Farmacotherapie en Farmaceutische Patiëntenzorg Prof. dr J.R.B.J. Brouwers. Hooggeleerde Brouwers, beste Koos, jij hebt mij met open armen ontvangen en mij in korte tijd veel geleerd over het reilen en zeilen binnen de Universiteit. Het was geen verrassing dat hierin nog herkenbare elementen voorkwamen, die ik 25 jaar geleden toen ik de Universiteit van Utrecht heb verlaten ook al meende waar te nemen. Ik dank je zeer voor je collegiale opstelling in alle opzichten en zie een vruchtbare samenwerking tegemoet.

De collega's binnen de staf van de basiseenheden Sociale Farmacie en Farmacoepidemiologie en Farmacotherapie en Farmaceutische Patiëntenzorg, de Hooggeleerden De Jong-van den Berg, Brouwers, Van der Werf, Pieters en Loonen. Beste Lolkje, Koos, Jos, Toine en Anton, jullie en de overige leden van de staf en de medewerkers in de twee basiseenheden zijn mij vanaf de eerste keer dat wij elkaar ontmoetten met belangstelling tegemoet getreden. Jullie hebben Farmaceutische Patiëntenzorg een vaste plaats gegeven in het denken en doen van onze basiseenheden. Ik dank jullie daar zeer voor en hoop mijn kennis en ervaring op dat gebied aan te kunnen bieden bij de ontwikkeling van jullie onderwijs- en onderzoekswerkzaamheden. Paul van den Berg, de manager van de InterAction database, dank ik zeer voor de gegevens over het voorkomen van eerste geneesmiddeluitgiften bij chronisch bedoelde medicaties.

De collega's en medewerkers van de Werkgroep Beroepsopleiding Farmacie (afgekort TOF) dank ik voor hun steun bij de ontwikkeling van de beroepsgerichte leerlijnen in de opleiding tot apotheker. Beste Dick Toering, Nynke Schuiling-Veninga, Jackie Dekens-Konter, Renée Lutke, Evelyn Schaafsma, Aaldrik Sillius, jullie enthousiasme werkt aanstekelijk en onze plannen voor het invoeren van een door ICT gefaciliteerde onderwijsvernieuwing en van een farmacotherapeutisch behandelplan in de stage zullen zeker verder worden ontwikkeld. Beste Dini de Vries, als secretaresse ben je de spin in het web en heb je mij vele malen op het juiste spoor gezet in mijn zoektocht binnen de universiteit, zonder jouw toewijding zou ik niet graag willen functioneren.

Ook de directies van PharmaPartners en Stichting Health Base, Alois Knapen, Robi Nederlof en Jan-Kees Huyts, en de vele collega's binnen de beide organisaties dank ik voor de jarenlange samenwerking en het vertrouwen dat ik in een deeltijdfunctie aan de Rijksuniversiteit van Groningen betrokken kan blijven bij de projecten die een verbetering van de zorgverlening omtrent medicatie beogen. Jullie belangstelling voor onderzoek naar de betekenis van de rol van de apotheker als zorgverlener, het gebruik van praktijkgerichte informatie en ICT voor een verbeterde kwaliteit van leven bij de patiënt kan zeker van pas komen bij onze huidige en toekomstige samenwerking.

De leden van de mentorteams van het Zorgconcept van PharmaPartners, gericht op geïntegreerde farmaceutische patiëntenzorg in de eerstelijns gezondheidszorg, dank ik voor de inspirerende samenwerking die wij gedurende de afgelopen 10 jaar hebben meegemaakt. Beste Marianne van den Berg, Cynthia Ettema, Gudy Meyvis, Carine van Schaijk, Paul Cornips, Twan Jansen, Bert Kockelbergh, Paul de Lugt, Marco Oosterveld, Martijn Nieuwhof en Steven Smits, ik dank jullie voor de toegewijde inzet bij het implementeren van farmaceutische patiëntenzorg. Met jullie enthousiasme is het Zorgconcept ingevoerd in inmiddels ruim 500 apotheken.

Ik wil ook mijn opleider bedanken, wijlen Prof. dr F.A. Nelemans. De Hooggeleerde Frans Nelemans heeft mij geleerd dat het toepassen van farmacotherapie altijd gepaard moet gaan met de vraag wat de patiënt er werkelijk mee opschiet. Dit heeft mij geholpen bij de ontwikkeling van mijn activiteiten gericht op de patiënt die geneesmiddelen krijgt geadviseerd en ervoor kiest deze te gebruiken. Ook de betrokkenheid van mijn opleider bij het onderwerp geneesmiddelengebruik en verkeersveiligheid heb ik van Frans Nelemans overgenomen en tot op heden kunnen voortzetten.

Dan wil ik mijn familie en vele vrienden bedanken voor hun warme belangstelling bij het oppakken van deze nieuwe uitdaging. Ik zal beloven dat ik niet te veel achter mijn bureau zal wegdromen. Mijn ouders ben ik in het bijzonder veel dank verschuldigd, want zij maakten het mogelijk dat ik destijds de studie farmacie kon volgen. Een bijzonder woord voor mijn kinderen, die het best spannend vinden dat ik een nieuwe uitdaging heb aangenomen. Tot onze zoon zou ik willen zeggen: lieve Erik, de wereld staat voor je open en je zult de weg lopen naar de plaats waar je jouw talenten kunt ontwikkelen met een gevoelsleven dat daarbij past, samen met jouw lieve Manon. Voor onze dochter Annette geldt, dat zij zich ontwikkelt als een duizendpoot die veel zaken gelijktijdig aanpakt. Lieve Annette, blijf de kansen benutten en sta mij toe dat ik jouw snelle leven kan bijhouden, ook al is het deels vanuit Groningen.

Mijn lieve Truus, wij hebben in de regel weinig woorden nodig om elkaar iets te zeggen. Zoals nu.

Referenties

1. Buurma H, Smet PAGM de, Hoff OP van den, Egberts ACG. Nature, frequency and determinants of prescription modifications in Dutch community pharmacies. *Br J Clin Pharmacol* 2001;52:85-91.
2. Buurma H, Smet PAGM de, Leufkens HGM, Egberts ACG. Evaluation of the clinical value of pharmacists' modifications of prescription errors. *Br J Clin Pharmacol* 2004;58:503-11.
3. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Pharm Ed* 1990;53:75-155.
4. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice*. McGraw-Hill, 1998.
5. Gier JJ de. De innovatieve praktijk ontwikkelt zich verder. *Pharm Weekbl* 1997;132:1-830-38.
6. Stuurman-Bieze AGG. Interventions on the principle of pulmonary medication profiles. A strategy in pharmaceutical care. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen, 2004.
7. Johnson JA, Bootman JL. Drug-induced morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm* 1997;54:554-558.
8. Herborg H, Soendergaard B, Froekjaer B, Fannesbaek L, Jorgensen T, Hepler CD et al. Improving drug therapy for patients with asthma – part 1: Patients outcomes. *J Am Pharm Assoc*, 2001;41:539-50
9. Herborg H, Soendergaard B, Jorgensen T, Fannesbaek L, Hepler CD, Holst H et al. Improving drug therapy for patients with asthma – part 2: Use of antiasthma medications. *J Am Pharm Assoc* 2001;41:551-9.
10. Schulz M, Verheyen F, Muehlig S, Mueller JM, Muehlbauer K, Knop-Schneickert E et al. Pharmaceutical care services for asthma patients: a controlled intervention study. *J Clin Pharmacol* 2001;41:668-76.
11. Bluml BM, McKenney JM, Cziraky MJ, Elswick RK Jr. Interim report from Project IMPACT : hyperlipidemia. *J Am Pharm Assoc* 1998;8:529-34.
12. Cranor CW, Christensen DB. The Ashville Project: short-term outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc* 2003;43:149-59.
13. Cranor CW, Christensen DB. The Ashville Project: factors associated with outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc* 2003;43:160-72.
14. Cranor CW, Christensen DB. The Ashville Project: long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc* 2003;43:173-84.
15. Gurwitz JH, Field TS et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA* 2003;289:1107-16.

16. Bootman JL, Eichler H-G, Jönsson B, Moerman D, Poste G. Achieving the value of medicines, part III. International Forum on Medicines, FIP, Den Haag, 2003.
17. Institute of Medicines. Crossing the Quality Chasm. IoM Washington DC, 2001.
18. Sociaal Cultureel Planbureau, SCP. In het zicht van de toekomst. Sociaal en Cultureel Rapport 2004. Hoofdstuk 9: Zorg.
19. World Health Organization, WHO. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action, 2003.
20. World Health Organization, WHO. Preparing a health care workforce for the 21st century, 2005.
21. PHARMO-Instituut. Chronische farmacotherapie voortgezet, Utrecht, 2002.
22. Rendering JA. Klaar voor de WGBO: rechten en plichten van de apotheker als behandelaar. Pharm Weekbl 2005;140:48-9.
23. Kessel RPG. Patient's memory for medical information. J R Soc Med 2003;96:219-22.
24. Brouwers JRBJ, Roon EN van, Toering DJ. De ziekenhuisapotheker als farmacotherapeut. Farmaceutische patiëntenzorg in het ziekenhuis. Pharm Weekbl 2003;138:692-6.
25. Toering DJ, Gier JJ de. Begrenzing aantal patiënten noodzakelijk: de apotheker als verantwoordelijk behandelaar. Pharm Weekbl 2005;140:50-1.
26. Farmacie in cijfers. SFK. Chronisch gebruik neemt flink toe. Pharm Weekbl 2004;139:119.
27. Institute of Medicines. Health Professions Education, A Bridge to Quality, IoM Washington DC, 2003.
28. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, KNMP. Beleidsplan 2005-2008. Apotheker, geneesmiddelenspecialist, Den Haag, 2004.
29. Korff M von, et al. Collaborative management of chronic illness: Essential elements. Annals of Internal Medicine 1997;127:1097-1102.
30. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ 2000;320:569-72.
31. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership as prerequisite for effective and efficient health care. BMJ 2000;320:525-7.

Overtuigingen
maken het verschil

