

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2

Boomsma LJ, Van Horssen N, Verduijn MM, Dijkers FW, Heijboer-Vinks IC, Brunninkhuis WJM, De Haan-Gouw PPT, Kwint HF, Grol MH, Lelie-van der Zande ACAM, Flikweert S. *Huisarts Wet* 2006;49(10):511-5.

Inleiding

Doel

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2 heeft als doel optimale begeleiding van patiënten met astma, COPD of diabetes mel-

Samenvatting

- De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2 is het resultaat van landelijk overleg tussen huisartsen en apothekers over gedeelde zorg aan patiënten die vanwege deze aandoeningen chronische medicatie gebruiken.
- De LESA is gebaseerd op wetenschappelijke gegevens vastgelegd in standaarden en protocollen van beide beroepsgroepen en afspraken binnen de werkgroep.
- Het verlengen van de chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2 zal normaliter plaatsvinden tijdens de reguliere controles bij de huisarts. Los van de controles kan de verlenging van deze chronische medicatie op een aantal manieren geautoriseerd worden. De huisarts is verantwoordelijk voor het recept. De wijze van autoriseren (recept voor eenmalige aflevering of voor een aantal afleveringen (itereren)) heeft gevolgen voor de verantwoordelijkheid van de apotheker.
- Anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek verlopen volgens de desbetreffende NHG-Standaarden en vormen een taak van de huisarts.
- Bij het verdere beleid zoals voorlichting, keuze van de medicatie en toedieningsvorm en instructie stemmen huisarts en apotheker hun acties op elkaar af en dragen dezelfde boodschap uit naar de patiënt.
- Deze landelijke afspraken moeten regionaal worden uitgewerkt tot concrete werkafspraken.

litus type 2, die chronisch geneesmiddelen gebruiken, en bevordering van de samenwerking en afstemming tussen huisartsen en apothekers, rekening houdend met de verschillen in taken en verantwoordelijkheden van beiden. De LESA geeft aanbevelingen om de chronische medicatie, die vaak via herhaalrecepten verstrekt wordt, voor de betrokken patiënt efficiënt te organiseren. Het zijn aanbevelingen die regionaal verder ingevuld kunnen worden om te komen tot concrete werkafspraken.

Deze LESA beoogt dat op het juiste moment optimale zorg wordt geboden door huisarts en apotheker afgestemd op de behoefte van de patiënt, waarbij de continuïteit in de zorg herkenbaar is. Het uitgangspunt hierbij is dat de huisarts de medicatie voorschrijft en de apotheker de medicatie aflevert.

Apotheker en huisarts spreken met elkaar af wie welke voorlichting aan de patiënt geeft. Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2 kan bij een goede samenwerking tussen huisarts en apotheker zodanig georganiseerd worden dat de kwaliteit van de zorg rond de chronische medicatie verbetert.

Afstemming rond de begeleiding van de chronische medicatie kan het optimaal gebruik van geneesmiddelen en de therapeutrouw bevorderen. In het farmacotherapeutisch overleg (FTO) kunnen huisartsen en apothekers als groep werkafspraken maken.

Het is mogelijk dat in de tweede lijn een beleid gevoerd wordt dat de afspraken uit het FTO doorkruist. Daarom vragen de werkafspraken tussen huisartsen en apothekers om afstemming met andere behandelaars van patiënten met astma, COPD of diabetes mellitus type 2, zoals longartsen, internisten, astma/COPD-, diabetesverpleegkundigen en paramedici.

Verantwoording

De LESA Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2 is opgesteld door een werkgroep van huisartsen, namens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), en apothekers, namens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP)/Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp).

De LESA is gebaseerd op wetenschappelijke gegevens, en waar deze ontbreken op afspraken binnen de werkgroep. Bij de bespreking van de wetenschappelijke literatuur en de gemaakte keuzes is de werkgroep uitgegaan van de betreffende NHG-Standaarden, Astma bij volwassenen en COPD: Diagnostiek,¹ Astma en COPD: Behandeling,² Astma bij kinderen³ en Diabetes mellitus type 2,⁴ het NHG-Standpunt Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn: Zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 en Zorg voor patiënten met astma/COPD,⁵ de Handleiding Herhaalmedicatie⁶ en het FPZ-handboek Astma/COPD.⁷ Tevens is deze LESA afgestemd met de multidisciplinaire richtlijnen van het CBO, Ketenzorg COPD⁸ en Medicamenteuze behandeling van astma/COPD.⁹

Uitgangspunten

Algemeen

Chronische medicatie is een voortzetting van de medicamenteuze behandeling bij een patiënt met een chronische aandoening. Het verlengen van de chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2 zal normaliter plaatsvinden tijdens de reguliere controles bij de huisarts. Los van deze controles kan de verlenging van de chronische medicatie op een aantal manieren geregeld zijn.

- De patiënt met astma, COPD of diabetes mellitus type 2 kan zelf zijn chronische medicatie aanvragen bij de zorgverlener:
 - bij de huisarts: in deze situatie vraagt de patiënt chronische medicatie aan via de praktijkassistente, de praktijkverpleegkundige, een receptlijn, inter-

Begrippen

De huisartsenvoorziening bestaat uit de huisarts, de praktijkassistente en/of praktijkverpleegkundige en eventueel de diabetes- of longverpleegkundige al dan niet werkzaam via de thuiszorg. Waar in deze LESA huisarts staat, wordt bedoeld op de huisartsenvoorziening.

De apotheek bestaat uit de apotheker en de apothekersassistente(s). Waar in deze LESA apotheker staat, wordt bedoeld op de apotheek als voorziening.

net of anderszins. Het recept voor de chronische medicatie wordt vervolgens geautoriseerd door de huisarts en gaat daarna al dan niet digitaal naar de apotheker. De apotheker werkt in het verlengde van de huisarts;

- bij de apotheker: in deze situatie vraagt de patiënt chronische medicatie rechtstreeks aan bij de apotheker, die over het aantal herhalingen afspraken heeft gemaakt met de huisarts.
- De zorgverlener (huisarts of apotheker) houdt bij wanneer de medicatie bij de patiënt op zou moeten zijn en verlengt de chronische medicatie; in het geval van de apotheker uitgaande van het door de huisarts gefiatteerde aantal herhalingen.

Bij de begeleiding van chronische medicatie gaat het naast het bereiken van optimale behandeling ook om het verbeteren van therapietrouw en controletrouw (het adequaat nakomen van afgesproken controles). Denk hierbij aan het voorkómen dat insulinerecten verlengd worden zonder dat er controles zijn uitgevoerd, of dat kortwerkende inhalatiemiddelen frequent worden afgeleverd. De huisarts of de apo-

Inbreng patiënt

Deze Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) geeft richtlijnen voor de samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen en apothekers. De richtlijnen in deze LESA zijn zo opgesteld dat op het juiste moment zorg door de huisarts of de apotheker wordt geboden en zo voor patiënten de continuïteit in het beleid herkenbaar blijft. Daarbij geldt echter altijd dat factoren aan de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens aan de orde maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts en de apotheker stellen het beleid vast in samenspraak met de patiënt met inachtneming van diens persoonlijke omstandigheden en met erkenning van zijn eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting aan de patiënt een voorwaarde is.

Afweging door de betrokken hulpverleners

Het persoonlijk inzicht van de betrokken huisarts en apotheker is bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van de richtlijnen kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze LESA bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

theker controleert of de aanvraagtermijn correspondeert met de voorgeschreven periode en neemt, als daarvan wordt afgezien, contact op met de voorschrijver of de patiënt, al naar gelang de werkafspraken. De apotheker en de huisarts hebben mogelijkheden om de therapietrouw te volgen, maar de verantwoordelijkheid ligt uiteindelijk bij de patiënt, die gesteund door informatie gebruik kan maken van zijn keuzevrijheid. Ten slotte kunnen huisarts en apotheker een rol spelen bij het vermijden van verspilling van medicijnen door afspraken te maken over de af te leveren hoeveelheid. Er is een checklist ontwikkeld door KNMP/WINAp, die in de werkgroep is besproken en die zich goed leent voor de afstemming van werkzaamheden tussen huisarts en apotheker. De werkgroep beveelt aan om aan de hand van deze checklist werkafspraken te maken over de chronische medicatie bij astma, COPD en diabetes mellitus type 2 (beschikbaar via <http://nhg.artsennet.nl> of www.winap.nl).

Verantwoordelijkheden en taken

Anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek behoren tot de verantwoordelijkheid van de huisarts. De arts kiest de medicatie en de toedieningsvorm, eventueel in overleg met de apotheker. Dit overleg kan worden geïnitieerd door de arts of door de apotheker. Bij de keuze voor de toedieningsvorm wordt rekening gehouden met de wensen van de patiënt. Instructie en informatie over de betreffende medicatie vallen onder de verantwoordelijkheid van degene die de medicatie voorschrijft en van degene die de medicatie aflevert; over de inhoud en de uitvoering moeten huisarts en apotheker werkafspraken maken.

Zowel de huisarts als de apotheker zijn zorgverlener en vallen qua verantwoordelijkheden en voorlichting aan de patiënt onder de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

Verlenging van chronische medicatie moet door de huisarts worden geautoriseerd, en deze is verantwoordelijk voor het recept. Er is een aantal mogelijkheden om chronische medicatie te autoriseren. Daarbij geldt als uitgangspunt dat een herhaalrecept altijd door de huisarts wordt geautoriseerd voordat het geneesmiddel wordt afgeleverd.

- Het herhaalrecept wordt geautoriseerd nadat de patiënt hiervoor een verzoek bij de huisarts heeft ingediend.
- Het herhaalrecept wordt geautoriseerd voor een bepaalde periode (itereren).
- Het herhaalrecept wordt geautoriseerd nadat de apotheker namens de patiënt een verzoek hiertoe heeft ingediend bij de (huis)arts.

Hierbij moet worden opgemerkt dat voor het herhalen van insuline een uitzondering geldt. Insuline mag, nadat eenmaal een origineel recept door de patiënt bij de apotheek is afgegeven, zonder nieuw recept door de apotheek worden herhaald (artikel 6 Regeling UR-geneesmiddelen). Toezien op de controletrouw is in dit geval extra belangrijk.

De verschillende manieren van autoriseren van chronische medicatie veranderen de verantwoordelijkheid van de huisarts niet, maar hebben voor de apotheker wel consequenties. Als de huisarts autoriseert voor een bepaalde periode moet de apotheker alert zijn op informatie die bepalend is voor het wel of niet kunnen verlengen van de chronische medicatie zonder tussenkomst van de huisarts. Zo nodig moet hij de patiënt terugverwijzen naar de huisarts. De genoemde verantwoordelijkheid heeft ook gevolgen voor eventuele aansprakelijkheid. Sluitende werkafspraken over controletermijnen en herhalingsuitgiften kunnen problemen met betrekking tot aansprakelijkheid ondervangen. De apotheker signaleert en informeert de huisarts. De huisarts blijft te allen tijde de bevoegde beroepsbeoefenaar wanneer het gaat om het stellen van de diagnose, de medische behandeling van de patiënt en het voorschrijven van (nieuwe) medicatie. Daarnaast blijft het belangrijk dat zowel huisarts als apotheker de patiënt eenduidig wijzen op diens eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van therapietrouw.

Een belangrijk aspect van samenwerking is het op correcte wijze onderling uitwisselen van gegevens van de patiënt, waarbij de rechten van de patiënt in acht worden genomen.¹⁰

Epidemiologie

Uit gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) blijkt dat de apotheker gemiddeld per huisarts per werkdag iets meer dan twee herhaalvoorschriften ontvangt voor medicatie voor astma/COPD (ATC-code R03), en iets minder dan twee voor medicatie voor diabetes mellitus (ATC-code A10A en A10B). Ook op basis van gegevens van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) worden voor deze geneesmiddelgroepen deze aantallen gevonden.¹¹ Naast insulines of analogen (A10A) en orale bloedglucoseverlagende middelen (A10B) gebruikt een patiënt met diabetes mellitus type 2 ook andere geneesmiddelen die herhaald worden (antihypertensiva, cholesterolverlagende), zodat het aantal herhaalvoorschriften bij deze aandoening per huisarts per werkdag hoger ligt.

Samenwerking

Diagnose stellen

Anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek verlopen volgens de desbetreffende NHG-Standaarden en zijn een taak van de huisarts. Naast het stellen van de diagnose is ook het vaststellen van comorbiditeit in dit verband belangrijk. Bij astma/COPD gaat het meestal om hartfalen, bij diabetes mellitus type 2 gaat het om hart- en vaatziekten en complicaties horend bij diabetes, zoals nefropathie, retinopathie en neuropathie. Inzicht in comorbiditeit en complicaties kan ook voor de apotheker van belang zijn voor een goede begeleiding van de patiënt. Wanneer de patiënt het hiermee eens is, moeten afspraken worden gemaakt hoe de apotheker het best geïnformeerd kan worden.

Voorlichting

De huisarts en de apotheker spreken af wie waarover voorlichting geeft. De informatie is eenduidig, sluit aan op de behoeftes van de patiënt, wordt gefaseerd aangeboden en regelmatig herhaald. Afhankelijk van de situatie krijgt de patiënt schriftelijke (consult-ondersteunende) informatie mee in de vorm van NHG-Patiëntenbrieven, KNMP-folders of informatie van de patiëntenvereniging.¹² Het is ook zinvol patiënten te wijzen op de website www.apotheek.nl, waar de patiënt onafhankelijke informatie vindt over onder andere geneesmiddelen en op de patiëntenverenigingen die informatie geven en de mogelijkheid bieden tot lotgenotencontact. De apotheker kan, nadat de huisarts een chronische indicatie heeft vastgesteld, met patiënten een intakegesprek voeren waarin de patiënt kan aangeven hoe deze door de apotheek ondersteund wil worden bij zijn geneesmiddelengebruik en waarin de apotheek aangeeft wat de mogelijkheden zijn. Bepaalde bevolkingsgroepen, zoals kinderen, allochtonen en ouderen, vragen om een aparte benadering van voorlichting en instructie, en om aangepaste folders.

Een belangrijk onderwerp dat vraagt om afstemming tussen zorgverleners is stoppen met roken. Hiervoor geeft de CBO-Richtlijn Tabaksverslaving handvatten die kunnen worden vertaald in praktische aanbevelingen, zoals de Minimale Interventie Strategie (MIS) bij roken.¹³ Het NHG beschikt over ondersteuningsmateriaal voor stoppen met roken en de KNMP heeft een zelfzorgstandaard Stoppen met roken ontwikkeld.^{12,14}

Deze standaard is gericht op voorlichting over de vrij verkrijgbare medicijnen zoals nicotinebevattende ontwenningmiddelen. Ook de Stichting Volksgezondheid en Roken (STIVORO) kan ondersteuning bieden (www.stivoro.nl).

Opstellen behandelplan

Algemeen

In het FTO kunnen werkafspraken gemaakt worden over generiek voorschrijven en voorkeursmedicatie bij chronische aandoeningen.¹⁵ Bij de keuze van medicatie in individuele gevallen kan overleg tussen huisarts en apotheker wenselijk zijn.

Wat betreft de onderlinge communicatie tussen huisarts en apotheker dient men te bedenken dat de patiënt niet de boodschapper van mondelinge mededelingen is, maar hooguit de drager van schriftelijke communicatie.

Astma/COPD

Bij astma zal een minderheid van de patiënten bronchusverwijders alleen 'zo nodig' ter behandeling van een aanval gebruiken en verder klachtenvrij zijn. Als zij echter deze bronchusverwijders dagelijks gebruiken of onvoldoende klachtenvrij zijn, bestaat er mogelijk een indicatie voor inhalatiecorticosteroiden en vallen zij in de groep patiënten met chronische medicatie. In deze fase is begeleiding van de chronische medicatie door de huisarts en de apotheker mogelijk. Bij COPD gaat het om de chronische gebruiker van kortwerkende of langwerkende middelen. De indeling van de ernst van COPD bepaalt de keuze van de behandeling. Daarbij volgt men de GOLD-stadia, waarbij patiënten met lichte en matige COPD (GOLD-stadium 1 en 2) veelal onder controle zijn bij de huisarts en patiënten met een ernstiger vorm (GOLD-stadia 3 en 4) onder controle zijn van de longarts in samenwerking met een longverpleegkundige.

Het merendeel van de medicatie die gebruikt wordt bij astma/COPD wordt toegediend via inhalatie. Huisarts en apotheker spreken af hoe en door wie de toedieningsvorm wordt gekozen (huisarts en/of apotheker), en houden daarbij rekening met de wensen van de patiënt (*shared decision making*).¹⁰ De keuze van de inhalator wordt bepaald door patiëntenkenmerken zoals de mate van hand-mondcoördinatie en sterkte van de inademingsstroom. Aandachtspunten zijn het gebruik van de juiste voorzetkamer bij een dosisaërosol en de verschillende deeltjesgroottes bij poederinhalatoren. De NHG-praktijkwijzer Astma en COPD en het hoofdstuk Deskundigheidsbevordering in het Handboek astma/COPD van de KNMP bieden hiervoor achtergrondinformatie.⁷

Diabetes mellitus type 2

Patiënten bij wie de diagnose diabetes mellitus type 2 is gesteld, gebruiken in het beginstadium vaak alleen een dieet en in latere stadia orale medicatie en zo nodig insuline, zoals beschreven in de NHG-

Standaard Diabetes mellitus type 2. Bij de keuze van het soort insuline en de toedieningsvorm spelen naast patiëntkenmerken de voorkeur en bekendheid van huisarts of specialist met de verschillende producten een grote rol. Ook wanneer de patiënt geen orale bloedsuikerverlagende middelen gebruikt, bestaat er vaak een indicatie voor andere medicatie zoals antihypertensiva of cholesterolverlagers, die dan chronisch worden voorgeschreven.

De keuze van voorkeursmiddelen bij de behandeling van hypertensie of hypercholesterolemie wordt bij voorkeur vastgesteld in een FTO, waarbij gebruik gemaakt wordt van wetenschappelijke onderbouwing zoals in de NHG-Standaarden. Wanneer huisartsen en apothekers afspraken maken over de bewaking van de medicatie bij diabetes mellitus type 2, verdient het aanbeveling om ook werkafspraken te maken over alle andere chronische medicatie die in dit verband wordt voorgeschreven aan patiënten met diabetes mellitus type 2.

Instructie

Astma/COPD

Het aanleren van een goede inhalatietechniek valt onder de verantwoordelijkheid van degene die de medicatie voorschrijft én van degene die de medicatie aflevert. Hierover moeten werkafspraken gemaakt worden. Ervaring leert dat er, ook al lijkt de patiënt geen problemen te hebben met inhaleren, op termijn toch vaak toedieningsfouten optreden. Voor patiënten met astma/COPD is het zinvol regelmatig (minimaal jaarlijks, bijvoorbeeld gekoppeld aan de geboortemaand) de inhalatie-instructie door te nemen en de inhalatietechniek te controleren. Deze controle moet frequenter uitgevoerd worden als de behandeldoelen niet gehaald worden, regelmatig kortwerkende medicatie aangevraagd wordt of behandeling met orale corticosteroiden nodig lijkt. Bij de controle kijkt men zowel naar de inhalatietechniek als naar de conditie van de inhalator (beschadiging of slijtage).

Diabetes mellitus type 2

Als de huisarts besluit tot het voorschrijven van insuline, maakt deze een keuze voor het type insuline en insulinepen. Ook de apotheker kan voorlichting of instructie geven over het gebruik van de insulinepen. Instructie over bloedsuikermeters, prikapparatuur, teststroken en eventueel bloeddrukmeters zal bijdragen aan een goede zelfcontrole. Hierover moeten werkafspraken worden gemaakt.

Het aanbod van bloedsuikermeters is groot; zij verschillen onderling niet zozeer in kwaliteit als wel in gebruiksgemak en kosten.

Het is belangrijk dat het hele meettraject nagelopen wordt, dat de meters (van patiënt en huisarts) geijkt worden en dat een nieuwe charge teststrips door de gebruiker geijkt wordt. Dit is beschreven in de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 en in protocollen.^{4,16} Bij controles blijkt regelmatig dat niet alleen bij het iken van de meter en de teststrips, maar ook in het hele proces van prikken tot bloedglucoseuitslag fouten kunnen optreden.

De huisarts en de apotheker maken afspraken over de keuze van de bloedsuikermeter met bijbehorende teststrips en prik materiaal na overleg met een praktijk- of diabetesverpleegkundige. Belangrijke aandachtspunten bij deze keuze zijn de weergave op de bloedsuikermeter in capillaire of veneuze waarden, de kosten van meters en teststrips en de houdbaarheid van teststrips.

Medicatiebegeleiding

Algemeen

Therapietrouw is een belangrijk aandachtspunt in de medicatiebegeleiding. De huisarts of apotheker signaleert dat de aanvraagtermijn niet correspondeert met de voorgeschreven periode en kan met de patiënt contact opnemen.

De huisarts en ook de apotheker kunnen niet-optimale therapieën en verkeerd medicijngebruik opsporen met behulp van zoekstrategieën – searches en praktijkondersteunende programma's – in het huisartsinformatiesysteem (HIS) en het apotheekinformatiesysteem (AIS). Een procedure via het WINAp en de Stichting Farmaceutische Kengetallen (www.sfk.nl) geeft zicht op alle door de apotheek afgeleverde medicatie, dus ook de medicatie die door de specialist is voorgeschreven. Het biedt de apotheker de mogelijkheid om bijvoorbeeld voor het FTO medicatiegegevens in kaart te brengen voor één of meer huisartsen en/of specialisten en deze gegevens desgewenst te voorzien van (landelijke) spiegelinformatie.

Astma/COPD

De terapietrouw is bij de begeleiding een belangrijk aandachtspunt; denk bijvoorbeeld aan de patiënt die wel recepten haalt voor kortwerkende bronchusverwijders zonder dat langwerkende bronchusverwijders of corticosteroïden op tijd herhaald worden. De apotheek kan via het medicatiebewakingssysteem afwijkend gebruik van geneesmiddelen door een patiënt signaleren en dit bespreken met huisarts en patiënt. Overleg tussen huisarts en apotheker is ook nodig bij patiënten die niet continu maar periodiek bronchusverwijders of inhalatiecorticosteroïden gebruiken, want de kans bestaat dat zij onterecht aange-

sproken worden op hun terapietrouw.

Diabetes mellitus type 2

Belangrijke onderdelen van de begeleiding van patiënten met diabetes mellitus type 2 zijn dieet, leefwijze en medicatiegebruik zowel voor de bloedsuikerregulatie als cholesterol- en bloeddrukverlaging.

De patiënt met diabetes mellitus type 2 gebruikt vaak minimaal drie medicijnen per dag. Hier ligt ook een belangrijke taak voor de apotheker inzake voorlichting over de werking en bijwerkingen, en inzake het signaleren van bijwerkingen, interacties, contra-indicaties, onduidelijkheden bij voorschrijven en terapietrouw als onderdeel van de medicatiebegeleiding. Indien insulinetoediening nodig is, worden de spuittechniek en de injectieplaatsen beoordeeld door de huisarts.

Controle en bijstellen van behandelplan

Algemeen

Handvatten voor de controlefrequentie worden gegeven in de NHG-Standaarden. In het begin zullen controles vaker nodig zijn dan in een latere fase als de instelling stabiel is. Controle kan worden onderverdeeld in controle door een zorgverlener en zelfcontrole. Op grond van de resultaten zal de arts de behandeling eventueel bijstellen. Leefwijze en (trouw) medicatiegebruik zijn, naast de wensen en verwachtingen van de patiënt, onderwerpen die bij een controle besproken moeten worden. Zo nodig wordt de medicatie aangepast. Daarbij staan de redenen waarom de patiënt zijn medicatie niet trouw gebruikt en de reële mogelijkheden die de patiënt heeft om leefwijze en medicatiegebruik aan te passen, centraal.

De huisarts geeft aan de apotheker door als extra aandacht nodig is voor terapietrouw en geeft tevens door of de streefdoelen van de behandeling gehaald worden dan wel niet haalbaar blijken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan inhalatiecorticosteroïden waarbij de patiënt na een exacerbatie niet terugkeert op de vroegere dosering.

Astma/COPD

De streefdoelen bij astma (wanneer wordt astma als 'onder controle' beschouwd) zijn opgenomen in de NHG-Standaarden. De huisarts stelt de streefdoelen vast in samenspraak met de patiënt, en bespreekt deze zo nodig met de apotheker. Als de streefdoelen niet gehaald worden, kunnen huisarts en apotheker overleggen over maatregelen om de terapietrouw te bevorderen, het bijstellen van de medicatie vanwege interacties en dergelijke. In het kader van zelfmanagement kan de patiënt met astma zelf de piekstroom

meten. Het doel van het eventuele gebruik van een piekstroommeter dient uitgelegd te worden, evenals de wijze waarop de gemeenten waarden gebruikt en geregistreerd worden.

Het geïndividualiseerde plan (het vaststellen van de drempelwaarde en instructies wat te doen als de waarde daaronder daalt, bijvoorbeeld de medicatie verhogen of de arts raadplegen) zal door de huisarts in samenspraak met de patiënt moeten worden opgesteld en kan worden besproken met de apotheker.

Bij COPD zijn de streefdoelen niet altijd gemakkelijk vast te stellen. Vaak zijn zij gedeeltelijk gebaseerd op de longfunctie en daarnaast op de mogelijke activiteiten en de kwaliteit van leven.

Diabetes mellitus type 2

De streefdoelen (wanneer wordt diabetes mellitus type 2 als 'onder controle' beschouwd) zijn opgenomen in de NHG-Standaard. De streefdoelen worden vastgesteld door de huisarts in samenspraak met de patiënt en besproken met de apotheker. Als de streefdoelen niet gehaald worden, kunnen huisarts en apotheker overleggen over maatregelen ter bevordering van de terapietrouw, medicatiebijstelling vanwege interacties en dergelijke.

Verwijzen

Tussen de verschillende zorgverleners is afstemming nodig, bijvoorbeeld over wie de controlefrequentie bewaakt, wie de zelfcontrole begeleidt, wanneer de patiënt moet worden verwezen. Bij externe verwijzingen naar de tweede lijn, maar ook naar paramedici, zoals diëtist en podotherapeut, is de huisarts de eerst aangewezen om actie te ondernemen.

Als de zorg voor diabetespatiënten via een diabetesteam georganiseerd is, moeten afspraken gemaakt worden over de rol van de apotheker in dat team.

Aandachtspunten voor bespreking/afstemming in de regio

- Gaan huisarts en apotheker de checklist voor astma/COPD en diabetes mellitus type 2 hanteren?
- Gaan huisarts en apotheker samenwerken bij de begeleiding van chronische medicatie voor astma/COPD en diabetes mellitus type 2? Zo ja, hoe?
- Hoe waarborgen huisarts en apotheker de kwaliteit van hun handelen zoals deze is vastgesteld door beide beroepsgroepen?
- Welke voorlichting geven huisarts en apotheker bij astma/COPD en bij diabetes mellitus type 2? Hoe stemmen ze die

- voorlichting op elkaar af?
- Welke medicatie en welke toedieningsvormen kiezen huisarts en apotheker samen bij astma/COPD en bij diabetes mellitus type 2, wanneer er gelijkwaardige alternatieven zijn? Denk hierbij ook aan (vervolg)afspraken binnen het FTO.
 - Wie verzorgt de gebruiksinstructie bij patiënten met astma, COPD of diabetes mellitus type 2?
 - Hoe wordt chronische medicatie voor patiënten met astma, COPD of diabetes mellitus type 2 aangevraagd en geautoriseerd?
 - Wie is verantwoordelijk voor welk deel en daarvoor aansprakelijk bij het herhalen van deze chronische medicatie en de controles hierbij (denk bijvoorbeeld aan het signaleren van herhaling van insuline zonder controles)?
 - Hoe gaan huisarts en apotheker therapieën controletrouw beoordelen en zonodig verbeteren?
 - Wie onderneemt actie bij het signaleren van problemen zoals onderbehandeling en waaruit dient de actie minimaal te bestaan? Welke afspraak wordt gemaakt over terugkoppeling na afhandeling van een probleem? Hoe worden deze afspraken vastgelegd?
 - Is er een afspraak over de uitwisseling van gegevens tussen huisarts, apotheker en eventueel andere voorschrijvers?

Totstandkoming

In februari 2005 startte een werkgroep van huisartsen en apothekers met het opstellen van de LESA Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2.

Namens het NHG hadden in deze werkgroep zitting: L.J. Boomsma, W.J.M. Brunninkhuis, dr. F.W. Dijkers, dr. M.H. Grol, M.M. Verduijn en S. Flikweert. Namens het KNMP/WINAp hadden zitting: N. van Horssen, I.C. Heijboer-Vinks, P.P.T. de Haan-Gouw, H.F. Kwint en A.C.A.M. Lelie-van der Zande.

In april 2006 is een conceptversie ter becommentariëring voorgelegd aan een steekproef van 50 huisartsen, van wie er 16 reageerden, en aan 12 apothekers. Tevens werd commentaar ontvangen van twee referenten, te weten: J.R. van der Laan, huisarts en W.J.M. Kwee-Zuiderwijk, apotheker. Vermelding als referent betekent overigens niet dat de referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

In juni 2006 is de concepttekst door het NHG en de KNMP/WINAp bestuurlijk vastgesteld.

De coördinatie van de werkgroep en de redactie van de LESA waren in handen van N. van Horssen, apotheker, senior-projectleider bij KNMP/WINAp en L.J. Boomsma, huisarts, wetenschappelijk medewerker van het NHG. S. Flikweert, huisarts

en senior-wetenschappelijk medewerker van het NHG en A.C.A.M. Lelie-van der Zande, apotheker en manager Geneesmiddel Informatie Centrum van KNMP/WINAp, waren als projectleiders betrokken bij de realisatie van deze LESA. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft door subsidiëring de totstandkoming van de LESA Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2 mogelijk gemaakt.

© 2006 Nederlands Huisartsen Genootschap, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie en het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers.

Noot 1

NHG-Standaard Astma bij volwassenen en COPD: Diagnostiek. Te raadplegen via <http://nhg.artsennet.nl>

Noot 2

NHG-Standaard Astma en COPD: Behandeling. Te raadplegen via <http://nhg.artsennet.nl>

Noot 3

NHG-Standaard Astma bij kinderen. Te raadplegen via <http://nhg.artsennet.nl>

Noot 4

NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2, tweede herziening. Te raadplegen via <http://nhg.artsennet.nl>

Noot 5

NHG-Standpunt Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn. Zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 en Zorg voor patiënten met astma/COPD. Te raadplegen via <http://nhg.artsennet.nl>

Noot 6

Cheung KC, Van Horssen N. Herhaalmedicatie in de apotheek – een handleiding. Den Haag: KNMP/WINAp;2004. Deze is voor de huisarts niet direct beschikbaar maar opvraagbaar via de apotheker of WINAp. Te raadplegen via www.knmp.nl of www.winap.nl (inloggen als lid, Onderzoek, Herhaalmedicatie), of via de KOMBI/rom (Patiënteninformatie, FPZ-protocollen WINAp, Algemeen, Herhaalmedicatie).

Noot 7

KNMP/WINAp. FPZ-handboek Astma/COPD, Den Haag, 2005.

Noot 8

CBO-Richtlijn Ketenzorg COPD. Te raadplegen via www.cbo.nl.

Noot 9

CBO-Richtlijn Medicamenteuze behandeling van astma/COPD. Te raadplegen via www.cbo.nl.

Noot 10

De patiënt sluit een behandelingsovereenkomst met zijn arts. Uit deze overeenkomst vloeit een aantal patiëntenrechten voort. Zo heeft de patiënt recht op informatie over de behandeling

door de bij de behandeling betrokken hulpverleners. Daarnaast heeft de patiënt recht op geheimhouding van zijn gegevens. De betrokken hulpverleners hebben een geheimhoudingsplicht ten aanzien van alle gegevens over de betrokken patiënten waarvan zij kennis nemen bij de uitvoering van hun werkzaamheden in het zorgverleningsproces. Deze plicht geldt jegens iedereen. Voor het uitwisselen van gegevens over de patiënt met hulpverleners die niet direct bij de behandelingsovereenkomst zijn betrokken is de toestemming van de patiënt vereist.

De toestemming van de patiënt mag worden verondersteld indien de gegevensuitwisseling plaatsvindt tussen direct bij de behandelingsovereenkomst betrokken hulpverleners.

Aan het begin van het zorgproces, maar ook gedurende het zorgproces, dient de patiënt op de hoogte te worden gebracht van de hulpverleners die bij het zorgproces zijn en worden betrokken. De patiënt heeft het recht om bezwaar te maken tegen uitwisseling van zijn gegevens tussen de diverse hulpverleners. De hulpverleners dienen deze wens te respecteren maar moeten de patiënt wel wijzen op de mogelijke (ernstige) gevolgen die het blokkeren van gegevens kan hebben voor de eigen gezondheid. Er mogen slechts gegevens verstrekt worden die strikt noodzakelijk zijn voor het doel waarvoor ze verstrekt worden. Met andere woorden, de gegevensverstrekking dient proportioneel te zijn.

Bovenstaande tekst is gebaseerd op wetgeving: Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG). Deze tekst is opgesteld door de juridische afdelingen van de KNMP en KNMG.

Noot 11

Dijkers F, Volkers A, Van Dijk L. Diagnose op recept is nog geen garantie voor kwaliteit. Herhaalreceptuur bij astma/COPD en diabetes mellitus. Pharm Weekbl 2005;140(25):840-3.

Noot 12

NHG-Patiëntenbrieven. Te raadplegen via <http://nhg.artsennet.nl>.

Noot 13

CBO-Richtlijn Multidisciplinaire aanpak van tabaksverslaving. Te raadplegen via www.cbo.nl.

Noot 14

KNMP/WINAp-Zelfzorgstandaard Stoppen met Roken. In: Standaarden voor Zelfzorg. 4e druk. Den Haag: KNMP/WINAp, 2005:289-312.

Noot 15

KNMP/WINAp. Handleiding geneesmiddelssubstitutie. Deze handleiding is voor de huisarts niet direct beschikbaar maar opvraagbaar via de apotheker of WINAp. Te raadplegen via www.knmp.nl of www.winap.nl (inloggen als lid, Geneesmiddelinformatie, Substitutie), of via de KOMBI/rom (Naslagwerken, WINAp-dossier Substitutie).

Noot 16

KNMP/WINAp. KOMBI/rom, Patiënteninformatie, FPZ-protocollen WINAp, Aandoeningspecifiek, Diabetes mellitus, Diabetes Hulpmiddelen. Astma/COPD inhalatie-instructie voor de diverse typen inhalatoren. De KOMBI/rom is voor de huisarts niet direct beschikbaar, maar informatie is opvraagbaar via de apotheker of WINAp.