



Postprint Version	1.0
Journal website	http://vb23.bsl.nl/BSL/content/nav/0168-9428/inh/inh.htm
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Herhalingsreceptuur in de huisartsenpraktijk

DR. F.W. DIJKERS* ,MEVR. L. VAN DIJK**

* huisarts, docent praktijkorganisatie, huisartsopleiding, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.

** programmaleider Farmaceutische zorg, NIVEL, Utrecht.

SAMENVATTING

Herhalingsreceptuur – meestal bedoeld voor de behandeling van chronische aandoeningen – is gemakkelijk voor de dokter en voor de patiënt. Momenteel wordt daarbij in het algemeen een hoeveelheid voorgeschreven die voldoende is voor een periode van drie maanden. Het lijkt echter logischer om bij deze receptuur de datum aan te geven waarop de patiënt weer gecontroleerd zal worden voor de betreffende aandoening, bijvoorbeeld een halfjaar nadat het oorspronkelijke recept is uitgeschreven. De apotheek kan dan aan de hand van het gebruik eenvoudig de benodigde hoeveelheid berekenen. Huisartsen en apothekers hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid bij de bewaking van chronische receptuur en zouden hierover afspraken met elkaar moeten maken. Voor een aantal aandoeningen hebben de beroepsverenigingen al een Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) opgesteld, die als leidraad kan dienen voor plaatselijke of regionale afspraken. Men moet daarbij met name rekening houden met regels rond de informatie-uitwisseling en rond de privacy en de rechten van patiënten.

INLEIDING

Het maken van herhalingsrecepten is dagelijkse werk in bijna alle huisartsenpraktijken. Meestal gaat het om herhaling van eerder voorgeschreven medicatie, zonder consultatie van de huisarts. We noemen deze herhalingsrecepten ook wel indirecte herhalingsreceptuur (de recepten die tijdens een controle opnieuw worden voorgeschreven, heten directe herhalingsrecepten). Dit artikel gaat over indirecte herhalingsreceptuur.

De omvang van de herhalingsreceptuur in de huisartsenpraktijk is groot en neemt nog steeds toe. Dat hangt samen met de toename van het aantal patiënten dat medicatie nodig heeft en met het grote aantal medicamenteuze behandelingen dat vandaag de dag voor patiënten beschikbaar is. Andere factoren die de groei van deze receptuur bevorderen, zijn de verschuiving van de zorg voor chronische patiënten van ziekenhuis naar huisarts en de vergrijzing van de bevolking. Je kunt je afvragen of de meer zelfstandige en mondige positie van de patiënt ook geleid heeft tot een toename van de herhalingsreceptuur. Dat is echter niet goed onderzocht.

Herhalingsreceptuur is gemakkelijk voor de dokter en voor de patiënt. Maar herhalingsreceptuur genereert ook kosten. Dat zijn in de eerste plaats directe kosten: receptkosten, afleveringskosten en de prijs van het geneesmiddel. Er zijn echter ook indirecte kosten omdat herhalingsreceptuur eigen risico's met zich brengt. Om de nadelen te beperken

is al eerder voorgesteld om de indirecte herhalingsreceptuur in te delen in gewenste en ongewenste herhalingen.¹ Bij gewenste herhalingen is er een reden om het gebruik van het middel voort te zetten en let de assistente vooral op het juiste gebruik en of er controles plaatsvinden. Bij ongewenste herhalingen kan de assistente niet zelf beslissen en wordt de aanvraag voor een verlenging eerst aan de huisarts voorgelegd. Deze indeling geldt zowel voor de chronische receptuur als voor incidentele aanvragen en is onafhankelijk van degene bij wie de herhaling wordt aangevraagd.

CHRONISCHE RECEPTUUR

De meeste herhalingsrecepten zijn bedoeld voor de behandeling van chronische aandoeningen. Voortzetting van een medicamenteuze behandeling is vaak geen probleem wanneer de patiënt in voldoende mate wordt gecontroleerd voor de aandoening waarvoor hij medicatie ontvangt. Van de arts mag worden verwacht dat deze dit geregeld doet of laat doen volgens de richtlijnen. Bij die controles moet de arts zich afvragen of de ingestelde behandeling (middelen en dosering) nog voldoet en of deze ook de beste keus is op dat moment. Het proces van medicatieverstrekking is vervolgens goed te protocolleren. Idealiter worden er dan ook met de apotheker goede afspraken gemaakt over de optimale begeleiding van het langdurige geneesmiddelgebruik. Deze protocollen kunnen niet overal gelijk zijn, omdat samenwerking afhankelijk is van de lokale situatie. In een gezondheidscentrum waaraan ook een apotheek is verbonden, worden andere oplossingen bedacht dan bij huisartsen van wie de receptuur als regel door meerdere apotheken wordt verwerkt – zeker wanneer een van die apotheken een internetapotheek is. Bij de herhalingsreceptuur in een verzorgingstehuis zijn vaak nog meer partijen betrokken. Er zijn echter wel vaste aandachtspunten te geven in een protocol voor de afhandeling van aanvragen voor herhalingsreceptuur bij chronische aandoeningen. Deze aandachtspunten gelden niet alleen in de huisartsenpraktijk, maar op elke plaats waar een aanvraag voor een herhaling kan worden omgezet in een recept:

wordt de patiënt (voldoende) gecontroleerd voor de aandoening?

klopt het berekende gebruik (de voorgeschreven hoeveelheid gedeeld door het aantal dagen na het vorige recept) met het aangegeven gebruik op het vorige recept?

staat bij de controles aangegeven of de medicatie gelijk is gebleven of veranderd is?

Bij het voorschrijven van geneesmiddelen ter behandeling van chronische aandoeningen wordt in het algemeen een hoeveelheid voorgeschreven die voldoende is voor een periode van drie maanden. Dat komt voor een deel voort uit de Geneesmiddelenwet, die voorschrijft dat in een recept naast de naam van het middel ook de hoeveelheid, sterkte en wijze van gebruik moeten staan. De periode van drie maanden is gebaseerd op een oude regeling, het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, die maximale aflevertermijnen stelde. Deze regeling is weliswaar vervallen, maar zorgverzekeraars hebben hem in hun voorwaarden feitelijk gehandhaafd. Veel logischer lijkt het om bij deze receptuur de datum aan te geven waarop de patiënt weer gecontroleerd zal worden voor de betreffende aandoening. De apotheek kan dan aan de hand van het gebruik eenvoudig de hoeveelheid berekenen die tot die datum nodig is. Dat ten tijde van die controle alle geneesmiddelen die voor die aandoening worden voorgeschreven tegelijk (bijna) op zijn, is een bijkomend voordeel. In die situatie bepaalt alleen de gezondheid van de patiënt of de medicatie wordt veranderd en speelt de aanwezige voorraad thuis geen rol.

INCIDENTELE AANVRAGEN

Naast de aanvragen voor herhalingsrecepten voor chronische aandoeningen zijn er aanvragen voor aandoeningen die niet voortdurend behandeld hoeven te worden. De behandeling van een allergie is een voorbeeld. Ook zijn er aanvragen voor recepten waarvan helemaal niet zo duidelijk is welke aandoening ermee behandeld zou moeten worden. In die gevallen is het voor degene die de aanvraag aanneemt niet eenvoudig te beoordelen of het herhaald mag worden. Vaak zal men het elektronisch medisch dossier (EMD) van de patiënt erop moeten naslaan. Dat gaat vrij eenvoudig wanneer het vorige recept door een arts uit de

eigen praktijk is voorgeschreven, maar wordt al veel moeilijker wanneer een andere arts het middel eerder heeft voorgeschreven.

Bij deze aanvragen moet worden bedacht dat een juist voorschrift in het verleden niet betekent dat men ten tijde van de aanvraag hetzelfde zou moeten voorschrijven. Om die reden lijkt het verstandig om aanvragen voor herhalingen van geneesmiddelen die meer dan een jaar geleden zijn verstrekt te beschouwen als ongewenste herhalingsreceptuur. Er is gekozen voor één jaar als tussentijd omdat die termijn aansluit bij de minimale beoordelingsfrequentie die het NHG aanbeveelt voor chronische medicatie. 2

Wat overblijft zijn de aanvragen voor een herhaling van een middel dat in het afgelopen jaar is verstrekt. Ook dan is het voor een ander dan de arts die het middel de eerste keer heeft voorgeschreven vaak moeilijk te beoordelen of het middel zonder consult mag worden herhaald. Bij sommige middelen (zoals de meeste antibiotica) zijn daar in de praktijk afspraken over gemaakt, bij andere niet. Wanneer de oorspronkelijke voorschrijver vindt dat het middel éénmaal of meerdere malen herhaald mag worden, kan deze dat in het EMD (bij de recepten) het best aangeven met een getal. Is het aantal toegestane herhalingen gebruikt of is niet vermeld dat herhaling de bedoeling was, dan moeten ook deze aanvragen worden beschouwd als ongewenst.

PROCEDURES

Met deze indeling kan de afhandeling van aanvragen voor herhalingsreceptuur worden gestroomlijnd. Bij incidentele receptuur kan de assistente in de huisartsenpraktijk zoals aangegeven eenvoudig beoordelen of herhalingen gewenst zijn of niet. Bij chronische receptuur hoeft ze alleen te letten op de eerdergenoemde aandachtspunten (wordt er gecontroleerd en klopt de aangegeven dosering). Worden deze vragen beide met 'ja' beantwoord en is duidelijk of (en zo ja, hoe) de receptuur is veranderd, dan is de herhaling gewenst en kan opnieuw worden voorgeschreven. Ongewenste herhalingen worden beschouwd als aanvragen voor nieuwe receptuur en worden dus eerst door de huisarts beoordeeld. Op die manier kunnen aanvragen voor een herhalingsrecept goed door de assistente worden afgehandeld en hoeft de fiattering van de recepten door de huisarts niet veel tijd te kosten.

Wanneer de herhalingsreceptuur rechtstreeks bij de apotheek wordt aangevraagd zal de hierboven beschreven taak van de assistente komen te liggen bij de apotheker of bij degene die de aanvragen namens de apotheker in ontvangst neemt. Die zal dan wel inzage moeten krijgen in (delen van) het EMD, want de patiënt of diens vertegenwoordiger is niet altijd de meest betrouwbare bron van informatie. Deze kan een andere mening hebben over de benodigde controle van een aandoening dan de voorschrijver. Inzage in het EMD door anderen dan medewerkers in de huisartsenpraktijk is echter wel aan voorwaarden gebonden.

SAMENWERKING HUISARTS EN APOTHEEK

Aanvragen van herhalingsreceptuur bij de apotheek kan een uitwerking zijn van samenwerking tussen de huisartsen en apothekers. Beide zorgverleners hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid bij de bewaking van chronische receptuur.² Het is goed om hierover met elkaar afspraken te maken. De beroepsorganisaties van huisartsen en apothekers hebben voor twee veelvoorkomende chronische aandoeningen (astma/COPD en diabetes mellitus type 2) gezamenlijk een leidraad voor samenwerking opgesteld, een zogeheten LESA (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak).³ Deze laat zich in grote lijnen ook vertalen naar andere aandoeningen.

Een van de aandachtspunten in LESA's is de bewaking van de therapietrouw. Wie signaleert een verandering in het gebruik en wie bewaakt dat de medicatie wordt gebruikt zoals bedoeld? En welke informatie wordt dan aan de ander doorgespeeld? Voorlichting over het geneesmiddel en over het juiste gebruik ervan is een ander belangrijk punt dat afstemming vereist.

Op verschillende plaatsen in ons land wordt aandacht besteed aan 'medicatiereview'. Daaronder worden allerlei activiteiten verstaan die tot doel hebben het medicijngebruik van

individuele patiënten zo goed en zo veilig mogelijk te laten zijn.⁴ In deze projecten werken apothekers meestal samen met huisartsen. Een medicatiereview sluit mooi aan op de aanbevelingen van het NHG over het farmacotherapiebeleid van de huisarts. Daarin wordt geadviseerd om met patiënten die chronische medicatie gebruiken ten minste eenmaal per jaar deze medicatie te bespreken.²

INFORMATIE-UITWISSELING

Samenwerking tussen artsen en apothekers vereist informatie-uitwisseling. Vanuit de huisartsenpraktijk naar de apotheek gaat het dan om meer gegevens dan die op het recept. Al eerder werd genoemd de (eerstvolgende) controledatum voor een aandoening. Goede medicatiereview kan niet zonder informatie over medische gegevens van de patiënt. En wanneer herhalingsreceptuur bij de apotheek wordt aangevraagd gaat het om inzage in (delen van) het EMD. Daarnaast wordt vanuit de apotheek op veel plaatsen aan de huisarts doorgegeven welke geneesmiddelen de patiënt door anderen krijgt voorgeschreven.

Informatie-uitwisseling is onderworpen aan regels, waarbij rekening moet worden gehouden met de privacy en de rechten van patiënten. In de LESA worden deze met name genoemd.³

SYSTEMATISCH REGISTREREN

Het mag duidelijk zijn dat een optimale afwikkeling van aanvragen voor herhalingsreceptuur niet kan plaatsvinden zonder een goede systematische registratie in het EMD. Episodegerichte registratie met een ICPC-codering wordt daarbij door de beroepsorganisatie aanbevolen. In een episodegerichte registratie kunnen de voorgeschreven geneesmiddelen worden gekoppeld aan een behandelingsperiode en kan gericht worden gekeken naar de afspraken over het geneesmiddelgebruik die tussen voorschrijver en patiënt zijn gemaakt. Een uniforme registratie (door huisarts, praktijkondersteuner en assistente) in de huisartsenpraktijk is nodig voor een goede uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners. Uniforme en systematische registratie heeft als bijkomend voordeel dat het de huisarts in staat stelt om inzicht te krijgen in het eigen handelen.

LAAT ZIEN HOE HET WERKT

Een goed georganiseerd systeem voor de herhalingsreceptuur is niet in de laatste plaats in het belang van de patiënt. Een herhalingsreceptenlijn en aanvragen via de website kunnen het proces vergemakkelijken.¹ Wanneer de patiënt weet hoe het systeem werkt, zal hij daar rekening mee willen houden. Onder het hoofdje informatie-uitwisseling is al uiteengezet dat de patiënt moet weten dat er informatie wordt uitgewisseld. Maakt men het gehele proces van herhalingen bekend, dan zal dat de acceptatie van het systeem bevorderen, zeker wanneer de voordelen ervan helder worden belicht. Vooral de assistente, de eerste die hierover vragen krijgt, zal daar baat bij hebben.

LITERATUUR

1. Dijkers FW. Organiseren van herhalingsreceptuur. In: Haan J de, Dijkers FW, Nijland A, redactie. *Praktijkvoering voor de huisarts*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2005.
2. NHG-Standpunt Toekomstvisie huisartsenzorg 'Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg'. Utrecht: NHG, 2006. <http://www.nhg.org/>, geraadpleegd juli 2008.
3. Boomsma LJ, Horssen N van, Verduijn MM, Dijkers FW, Heijboer-Vinks IC, Brunninkhuis WJM, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Chronische medicatie bij astma/COPD en diabetes mellitus type 2. *Huisarts en Wetenschap* 2005;49:511-5.
4. Faber A. Niet nieuw, wel hot. Overzicht medicatiereviewprojecten en -activiteiten. *Pharm Weekbl* 2008;143:27-30.