

# VGS vereist extra patiëntenvoorlichting

→ NMV - visie; jrg 13; nr 11 p. 3 en 8 // 0606-1991

**Als de farmaceutische industrie niet te veel dwars blijft liggen zal op 1 juli staatssecretaris Simons (PvdA) een nieuw systeem van geneesmiddelenkosten vergoedingen (GVS) doorvoeren. Alleen een beperkt aantal geneesmiddelen zal nog vergoed worden. Verpleegkundigen kunnen hierbij een belangrijke voorlichtende rol spelen.**

Simons wil dat alle soorten van medicijnen worden ondergebracht in 'clusters' (groepen) van kwalitatief vergelijkbare middelen. Binnen deze indeling zullen alleen die medicijnen integraal worden vergoed, die beneden de gemiddelde clusterprijs vallen. Zouden patiënten duurdere medikatie willen gebruiken, dan dienen zij deze extra kosten zelf bij te passen. Huisartsen en apothekers zullen naar verwachting goedkoper gaan werken. Door zoveel mogelijk merk- door generieke geneesmiddelen te vervangen, spaart men waarschijnlijk tussen de 700 miljoen en één miljard gulden uit. Deze besparing heeft de staatssecretaris nodig om knelpunten binnen de zorg te kunnen betalen.

Wat is nu een merk- en wat is nu een generiek middel? Als een onderzoeker een nieuwe chemische stof ontwikkelt, dan vraagt hij er patent op aan. Als het door een overheid na allerlei testen op de markt wordt toegelaten, krijgt het middel een unieke merknaam. Het gebruik van merknamen blijft exclusief voorbehouden aan de uitvinder of zijn opdrachtgever. Het patent op de chemische stof verloopt na twintig jaar. Op dat moment mag iedereen het middel op de markt brengen. Deze concurrenten kunnen het echter alleen onder generieke naam (chemische stofnaam) op de markt brengen. Zo brengt Bayer in 1899 'aspirine' (merknaam!) op de markt. Vanaf 1919 produceren anderen dezelfde stof, maar onder de naam 'acetylsalicylzuur'. Het werkt allebei hetzelfde. Alleen betalen consumenten in 1991 nog steeds 23 cent en anders slechts negen cent: zo'n 250% prijsverschil.

In zieken- en verpleeghuizen maken artsen vaak gebruik van formularia. Dit zijn beperkende medicijnlijsten. Dit werkt kostenbesparend. Bovendien doet men meer ervaring op, omdat de omvang is beperkt. Daardoor neemt de kwaliteit van het voorschrijven toe. Zo gebruikt het Radboud Academisch Ziekenhuis in Nijmegen slechts duizend van de bijna achtduizend tot de Nederlandse markt toegelaten middelen. Met veel moeite kan een arts er een niet-formulariumprodukt krijgen. Op poliklinieken schrijven specialisten ongehinderd voor. De poli-patiënten moeten hun medicijnen bij de



(Foto: Huibers)

eerstelijns-apotheker kopen. Dat maakt deze artsen groep voor de industrie zo interessant. Zij schrijven namelijk recepten uit voor chronische zieken. Deze groep slikt vaak jarenlang hetzelfde middel via herhalingsrecepten. En daar vallen de 'klappers' voor de producenten te halen. Huisartsen durven deze receptuur niet te veranderen. Toch zou dat in veel gevallen in overleg met specialisten en apothekers kunnen. In de meeste gevallen werken de generieke vervangingsmiddelen immers op dezelfde wijze. Enige problemen verwachten deskundigen vanwege de omschakeling van 'merk-trouwe patiënten'. Vooral chronisch zieken en ouderen zouden problemen door de omschakeling kunnen hebben vanwege de vertrouwde met het jarenlang ingenomen middel. Omdat verpakking, tablet-vorm en -kleur kunnen afwijken zullen zij denken dat de apothekers fouten begaan. Voorlichting door artsen en apothekers, maar ook door verpleegkundigen is noodzakelijk. Men hoeft echter niet tot 1 juli te wachten om besparingen te realiseren. Verpleegkundigen zouden het initiatief kunnen nemen door een aantal maatregelen te helpen verwerklijken.

1. In de eerstelijns zouden huisartsen veel leed en geld kunnen besparen. Zij zouden dan voortaan generieke stofnamen op het recept moeten zetten (bijv. diazepam i.p.v. Valium). In overleg met apothekers zouden zij het aantal middelen kunnen beperken. Zo heeft het Nijmeegs Huisartsen Instituut een Eerstelijns Formularium ontwikkeld. Daarin staan slechts 260 middelen opgenomen. Dat is dus 3,5% van alle beschikbare geneesmiddelen. Uit een recent onderzoek blijkt dat artsen met 90 geneesmiddelen bijna alle eerstelijns-ziekten kunnen behandelen. Verpleegkundigen zouden huisartsen hierop kunnen attenderen.

2. Er bestaat een hardnekkig misverstand dat alle marktmiddelen veilig zijn. Pas soms na jaren blijkt in de praktijk dat merkmiddelen - zoals Softonon en Entero-Vioform - ernstige bijverschijnselen vertonen. Huisartsen-apothekeroverleg dient daarom regelmatig plaats te vinden. Verpleegkundigen zouden aan dit overleg kunnen bijdragen door te letten op veranderingen in patiënten-gedrag. Als zij vermoeden dat er een samenhang bestaat met de gebruikte medikatie, dan moeten zij dat melden.

3. Het periodiek (laten) controleren van patiënten' medikatiepakket: wat kan men weglaten of vervangen door lagere dosering of door generieke middelen? Verpleegkundigen hebben veel meer zicht op voor- en nadelige uitwerking van medicijnen. Zij dienen dat zoveel mogelijk te rapporteren aan behandelaars. Daarnaast zouden zij de middelen die patiënten slikken moeten controleren, dan wel inventariseren. Helaas lijken vooral ouderen onnodig veel en soms zelfs tegen elkaar in werkende middelen te gebruiken. Nog steeds overlijden per jaar 600 Nederlanders en worden er 10.000 in ziekenhuizen opgenomen vanwege geneesmiddelen-interacties.

4. Verpleegkundigen zouden bijscholingskursussen moeten volgen die door onpartijdige instellingen worden georganiseerd. Daarbij zou men zich op een rationeel gebruik en beperkt assortiment moeten richten. Daardoor zouden verpleegkundigen met meer kennis van zaken handelen en zich meer bewust

*lees verder op pagina 8*

# Privacy

vervolg van pagina 7

de medische dossiers. Zij moeten dan weten waar de patiënt de nodige informatie kan halen. Veel patiënten denken dat ze daarvoor bij de specialist moeten zijn. Terwijl uiteindelijk niet de specialist, maar de directeur van het ziekenhuis de houder is van het medisch dossier.

Overigens moeten niet alleen intramuraal werkende verpleegkundigen op de hoogte zijn van de privacy-wetgeving, ook voor verpleegkundigen die in de wijk werken is dit van belang. Zo speelde onlangs een wijkverpleegkundige informatie over een patiënt door aan een ziekenhuis, zonder daarover de patiënt te informeren of daarvoor toestemming te vragen. Terecht kwam de patiënt daartegen in opstand.

Niet alle ziekenhuizen lopen momenteel het vuur uit de sloffen om in navolging van de WPR de privacy van de patiënten te garanderen. Wel schrijven de Erkenningseisen voor ziekenhuizen voor dat de instelling moet beschikken over een privacy-reglement, maar de inhoud ervan verschilt per ziekenhuis. Sommigen zijn daarentegen weer heel ver. Zo gebiedt het privacy-reglement in het Academisch Ziekenhuis in Utrecht dat alle persoonsregistraties een reglement moeten hebben. In dat reglement staat beschreven wie de houder is, wie de beheerder, over welke personen de gegevens vastgelegd worden en met welk doel, welke rechten de geregistreerden hebben, wie toegang hebben, hoelang de gegevens bewaard blijven en of er een koppeling is aan andere registraties. Bovendien moet iedere persoonsregistratie gemeld worden bij een commissie van Toezicht en Advies, die de invoering van het privacy-reglement begeleidt. Het AZU heeft zelfs privacy-consulenten aangesteld, bij wie men met allerlei vragen op het gebied van privacy terecht kan.

Onlangs de uitgebreide wetgeving die de WPR op het gebied van de privacy stelt zijn nog niet alle rechten van de patiënt ermee gewaarborgd. Die zekerheid moet komen van de specifieke Patiëntenwet (de officiële naam daarvan luidt de wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst - WGBO), die al sinds 1975 in de maak is maar nog steeds op behandeling in het parlement wacht. Deze wet stelt veel hogere eisen aan het dossier en bepaalt welke informatie er minimaal in moet worden opgenomen. Ook zegt de wet dat gegevens die aantoonbaar onjuist zijn gecorrigeerd moeten worden. En dan gaat het met name om 'subjektieve' gegevens: de arts stelt bijvoorbeeld de diagnose depressie, terwijl de patiënt het daarmee helemaal niet eens is. De patiënt heeft dan volgens de Patiëntenwet de mogelijkheid om een eigen verklaring aan het dossier toe te voegen. Daarnaast stelt de Patiëntenwet nog extra voorwaarden bij het doorgeven van informatie aan derden. Ook

wordt in de Patiëntenwet de leeftijd waarop jongeren bevoegd zijn om van het recht op privacy en het inzagerecht gebruik te maken verlaagd van zestien naar twaalf jaar.

Atty Vogelenzang: 'Je hebt niets aan het inzagerecht, als er tegelijkertijd niet de verplichting is om voor goede verslaglegging te zorgen. In de praktijk heb je vaak te maken met onvolledige dossiers. Als mensen, die van mening zijn dat het onderzoek of de behandeling niet naar behoren is uitgevoerd, dat nader willen onderzoeken, dan blijken nogal eens essentiële zaken te ontbreken.'

Nu is er enerzijds al veel geprocedeerd over dit soort problemen. Op basis van jurisprudentie neemt de rechter al vaak beslissingen die in de richting van de Patiëntenwet gaan. Anderzijds - mede omdat de invoering van de Patiëntenwet zo lang op zich laat wachten - zijn de artsenorganisatie KNMG en de patiënten/konsumentenorganisatie LPCP een Modelregeling overeengekomen die de gelijkwaardigheid tussen arts en patiënt stimuleert. Veel van wat er in de toekomstige Patiëntenwet geregeld moet worden is daar al in opgenomen. Volgens Atty Vogelenzang zou er echter niet alleen tussen artsen en patiënten zo'n Modelregeling moeten zijn, maar ook tussen verpleegkundigen en patiënten. Vogelenzang: 'Je ziet de grote toename van de thuiszorg. De contacten tussen verpleegkundigen en patiënten worden steeds eigenstandiger, verpleegkundigen werken steeds minder onder de paraplu van de arts, vooral in de eerste lijn. De uiteindelijke invulling van zo'n Modelregeling hoeft niet eens zo af te wijken van de bestaande, maar de eigen positie die de verpleegkundige inneemt ten opzichte van de patiënt zou er meer in geaccentueerd moeten worden. Zodat de verpleegkundige als de specifieke belangenbehartiger van de patiënt wordt benoemd. Straks komt de wet BIG, waarin duidelijk wordt vastgelegd wat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verpleegkundige zijn. Naarmate duidelijker wordt in hoeverre de verpleegkundige zelfstandig opereert, wordt het ook belangrijker de relatie die de verpleegkundige met de patiënt heeft uit te diepen en vast te leggen. Ik bedoel, ik kan me heel goed voorstellen dat verpleegkundigen met artsen discussiëren over de onderlinge taakafbakening. Maar zij zouden ook eens moeten kijken of zij zich niet meer moeten richten op de patiënten/konsumenten. Want dat zijn in feite hun natuurlijke bondgenoten. Je kunt jarenlang heel theoretisch in de slag gaan over verantwoordelijkheden en bevoegdheden, maar je kunt ook gebruik maken van je betrokkenheid bij de patiënt. Daar zit uiteindelijk je krediet. Veel meer dan bij de arts. Verpleegkundigen zouden daarom de lobby van de patiëntenorganisaties voor een goede patiëntenwet moeten steunen.'

Maria van Rooijen

# Geneesmiddelenvergoeding

vervolg van pagina 3

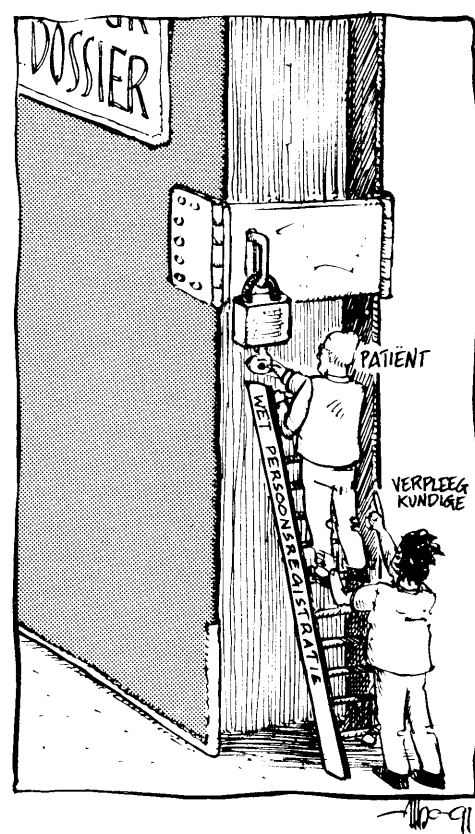
worden van de invloed van geneesmiddelen op het menselijk functioneren en klachten van patiënten. Hun rapportages zouden tot een bijstelling van het voorschrijfgedrag aanleiding kunnen geven.

5. Huisartsen zouden aan 'lokkertjes van de industrie' weerstand kunnen bieden door reclameuitingen terug te sturen, artsenbezoekers niet langer te ontvangen, 'kongressen' en 'studiereizen' van de industrie te boycotten. Dat levert een verplegers jaarsalaris op! Sociale controle door andere hulpverleners kan dit soort verspilling op kosten van premie-betalers voorkomen.

6. In Nederland slikt één miljoen mensen chronisch benzodiazepines (zoals Valium en slaappillen). Meestal ligt hieraan psycho-sociale problematiek ten grondslag. Huisartsen moeten veel meer verwijzen naar psycho-sociale dienstverleningsinstellingen. Verpleegkundigen zouden patiënten moeten leren om met levensproblemen op een andere manier om te gaan. Zij zouden de sociale omgeving meer kunnen betrekken bij patiënten's herstel. Immers, prof. Nelemans merkte reeds lang geleden op: 'Een middelje voor de geest heeft nog nooit een probleem opgelost.'

Lucas van der Hoeven

(sociaal-wetenschapper en onderzoeker van de farmaceutische bedrijfstak)



Illustratie: Albo Helm