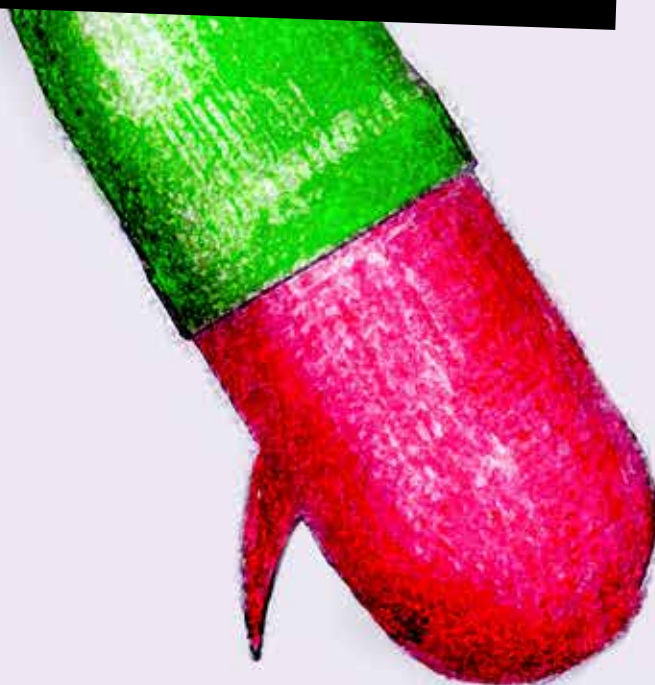
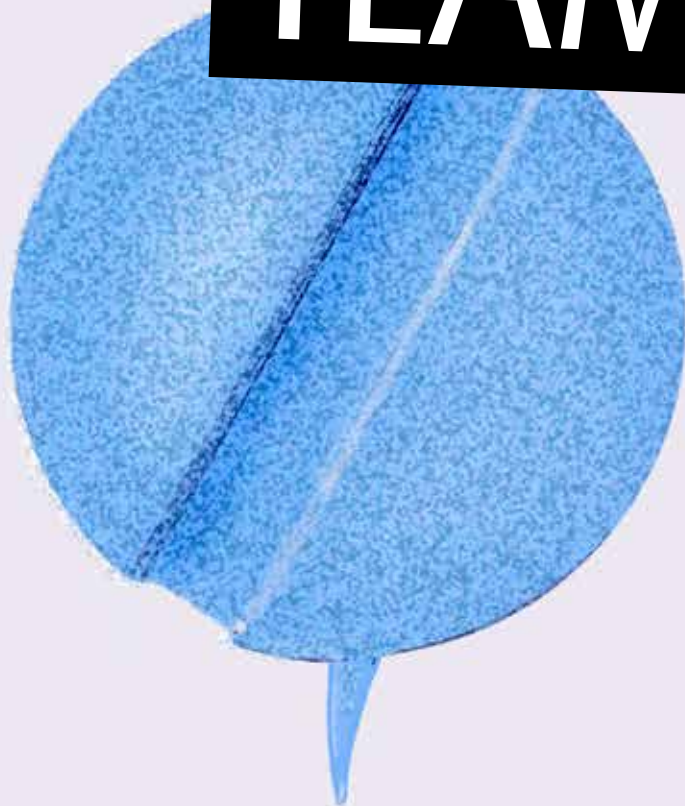


Multidisciplinair samenwerken valt niet mee

**'GENEESKUNDE** **IS EEN**

**TEAMSPOORT'**



**Samenwerken met andere specialismen. Het lijkt zo vanzelfsprekend, maar in de praktijk werkt het vaak anders. Voor patiënten kan dat problemen veroorzaken. Want wie heeft nu gelijk als verschillende artsen zich tegen de ziekte aan bemoeien? En hoe moet het dan wel?**

**Marloes de Moor**

**I**k heb last van hoofdpijn. Gelukkig heeft God hier paracetamol voor uitgevonden. Maar van paracetamol krijg ik last van impotentie. Maar gelukkig heeft God hier Viagra voor uitgevonden. Maar van Viagra word ik depressief. Maar gelukkig heeft God hier antidepressiva voor uitgevonden', zo sprak Theo Maassen gekserend in een van zijn cabaretvoorstellingen. Hoewel zijn grap natuurlijk uitvergroot is, zit er een kern van waarheid in. Marja ter Brugge kan daarover meepraten. Zij bleek in 1994 non-hodgkinlymfoom te hebben en onderging acht chemokuren en dertig bestralingen. 'Die heb ik goed doorstaan. Totdat ik het in 2012 zo benauwd kreeg dat ik haast niet meer kon lopen. De cardioloog liet een echo en een hartfilmpje maken, de longarts maakte foto's van

nen voor haar hart? Kon dat wel? Ze vroeg raad aan een bevriende huisarts. Die bekeek al haar medicijnen en concludeerde dat het onmogelijk was dat de problemen met het bloed werden veroorzaakt door bijwerkingen van het middel voor haar hart. 'Hij vond dat ik de medicijnen voor mijn hart gewoon moest blijven slikken. Hooguit kon ik ze wat beperken.' Marja volgde zijn advies op, maar bleef met een onbevredigd gevoel achter. 'Ik vind het vreemd dat de cardioloog en internist allebei hun eigen pillen voorschreven en niet gezamenlijk in overleg gingen. Sterker nog: de één raadde het medicijn van de ander af. Wie heeft gelijk? Is dit dan mijn eigen verantwoordelijkheid? Ik ben mijn medicijnen blijven slikken en moet leren leven met bloedarmoede en een lage bloeddruk, waardoor ik minder energie heb en moe ben.'

### Logistieke problemen

Het verhaal van Marja staat niet op zichzelf. Zorgteams rondom chronisch zieke patiënten bestaan al, maar mensen die langdurig door verschillende specialisten behandeld worden, hebben daar vaak niet mee te maken. Wie bepaalt voor de patiënt wat nou het beste is? In een ideale situatie wordt Marja multidisciplinair behandeld en geadviseerd. Maar de praktijk is weerbarstig. 'De verantwoordelijkheid ligt in ieder geval niet bij de patiënt', zegt Carrie Brodie-Meijer, beheerder van de website FTO.nu, openbaar apotheker en basisarts met meer dan 35 jaar praktijkervaring. 'De voorschrijver is verantwoordelijk en kan over bijvoorbeeld dosering van medicijnen overleg plegen met de farmacoloog. Verder volgens leggen zij bevindingen en eventueel gewijzigde medicatie voor aan de patiënt.' Dat lijkt zo eenvoudig, maar er valt volgens Brodie-Meijer veel te verbeteren als het om multidisciplinair samenwerken gaat. 'Natuurlijk, er zijn al dertig jaar farmacotherapieoverleg (FTO)-groepen, waarbij gemiddeld tien huisartsen en twee apothekers zes keer per jaar om de tafel gaan zitten om te praten over medicijnen. Je hebt zorgteams die samenwerken. Maar dat gebeurt toch vooral op papier, omdat het opgelegd is door de zorgverzekeraar. In de werkelijkheid van alledag schiet de samenwerking vaak tekort.'

Dat heeft enerzijds te maken met logistieke problemen. 'De apotheker wil overleggen over een medicijn, maar krijgt de huisarts niet te pakken en moet via mail of fax afspreken. Of een patiënt heeft bijvoorbeeld Viagra bij een andere, vreemde apotheek gehaald. De huisarts weet dat niet. Die apotheker moet vervolgens eerst de patiënt om toestemming vragen om daarover te bellen met de huisarts. Daar gaat dan weer veel tijd overheen.' Een andere oorzaak is volgens Brodie-Meijer dat de huisarts en de apotheker van oudsher al niet goed samenwerken. 'Dat is zo gegroeid. Wat overheerste was het gevoel van 'die apotheker doet maar wat' en 'de huisarts werkt hard'. Brodie-Meijer is van mening dat het in het belang van de patiënt juist alleen maar voordelen kan bieden als de huisarts en apotheker wél meer onderling

## 'DE ÉÉN RAADDE HET MEDICIJN VAN DE ANDER AF'

mijn longen. Zij constateerden dat ik vocht achter mijn longen had en dat mijn hartpompfunctie veel minder was. Daar kreeg ik medicijnen voor. Ik werd vervolgens doorverwezen naar de internist. Hij vermoedde dat het een reactie op de chemokuur was. Die kan invloed hebben op andere functies in het lichaam.' Als gevolg van deze bijwerkingen is Marja nu bij een cardioloog, een longarts en een internist onder behandeling. 'Elk jaar maak ik een rondje langs allemaal. Tijdens mijn laatste bezoek aan de internist bleek mijn bloed niet goed te zijn. De internist bekeek alle medicijnen en vroeg of ik maar niet zou stoppen met die van de cardioloog. Die gaven volgens hem vermoedelijk de bijwerkingen.' Wat moest ze doen? Zomaar stoppen met die medicij-

bespreken. 'Niet alle bijwerkingen zijn bekend. Van een bloeddrukverlagend middel als enalapril weet iedereen dat je een dikke tong kunt krijgen. Maar dat dat na zeven jaar gebruik ook nog kan, weet niemand.'

### Lichtpunten

Maar er zijn ook lichtpunten. In een gezondheidscentrum gaat het er al veel beter aan toe. 'Dan zitten ze toch al samen en is er meer contact. Ook in ziekenhuizen verloopt de communicatie tussen apotheker en specialist vaak veel soepeler.'

Clara van Ofwegen, als cardioloog verbonden aan het Diaconessenhuis Utrecht, ervaart dat ook: 'Het voordeel van een middelgroot ziekenhuis is dat je iedereen kent. Daardoor is het makkelijk om even de apotheek of de internist te bellen voor overleg. Ziet de apotheker aparte dingen bij een interactie, dan bellen ze mij. Andersom neem ik bij twijfel contact op met hen.' In het elektronisch patiëntendossier kan Van Ofwegen meteen zien welke medicijnen de patiënt gebruikt. 'Veranderingen kan ik nazoeken in de historie. Een patiënt is bijvoorbeeld gestopt met een statine. Dan kan ik in het dossier van de reumatoloog zien dat dat was omdat deze patiënt als bijwerking heftige spierkrampen had.' Als Van Ofwegen iets voorschrijft wat interactie geeft met bijvoorbeeld medicijnen van de internist, krijgt zij op haar computerscherm meteen een pop-up met een waarschuwing. 'Afhankelijk van het probleem bespreek ik dan het medicijngebruik met de behandelaar of met de farmacoloog. Als de medicatie wijzigt, stuur ik meteen een brief aan de huisarts die binnen 24 uur aankomt.'

### Betere scholing

De Rooij geeft toe dat dat in sommige gevallen lastig is. 'Stel: iemand is vier jaar geleden bij de cardioloog behandeld en is stabiel gebleven dankzij die medicijnen. Nu krijgt hij nieuwe medicijnen voor een andere ziekte. Als die cardioloog inmiddels weg is, dan wordt het moeilijk voor de huisarts om overzicht te houden en te overleggen.' Gijs Mackay, huisarts bij huisartsenpraktijk Soetendaal in Amsterdam, heeft er voortdurend mee te maken: 'Als huisarts word je geacht het grote geheel te overzien en op de hoogte te zijn van alle medicatie die een patiënt gebruikt. Ik heb een controlefunctie, maar dat is wel eens lastig omdat je afhankelijk bent van een heleboel andere specialisten die zich tegen de medicatie aan bemoeien.' Om fouten met bijwerkingen van medicijnen zoveel mogelijk te vermijden, onderhoudt Mackay veel contact met de apotheker over de medicatie en wijzigingen daarin. 'Regelmatig heb ik polyfarmaciebesprekingen met de apotheker over patiënten die meer medicijnen tegelijk gebruiken. We bespreken of de dosering nog klopt, of er wijzigingen in de medicatie zijn, of er geen gevaarlijke situatie kan ontstaan.' Hoewel Mackay veel overlegt, blijft het een uitdaging om het allemaal goed te laten verlopen. Het grootste probleem met de samenwerking wordt volgens hem veroorzaakt door het computersysteem. 'In de ideale situatie is elke zorgverlener meteen op de hoogte en kan hij in het elektronisch patiëntendossier nakijken welke medicijnen een patiënt heeft. Helaas kan dat nog niet en duurt het in de praktijk vaak lang voordat je erachter bent dat er iets gewijzigd is.' De oplossing ligt volgens Carrie Brodie-Meijer bij een betere scholing. Ze zou graag zien dat multidisciplinair samenwerken in de studie al aan bod komt. 'Leren om samen problemen op te lossen. Het zou goed zijn als de huisarts eens een dagje in de apotheek meekijkt en weet wat daar gebeurt. Zo krijg je inzicht in elkaars werk en kun je elkaar helpen. Uiteindelijk is dat in het belang van de patiënt.' **Waar**

## 'DE HUISARTS MOET EENS EEN DAGJE IN DE APOTHEEK MEEKIJKEN'

Sophie de Rooij, internist ouderengeneeskunde en klinisch geriater bij het UMC Groningen, constateert dat de samenwerking de laatste jaren alleen maar sterk verbeterd is.

'Ik werk veel samen met andere specialismes, ook met paramedici. Geneeskunde is teamsport. Je bent als arts nooit als enige betrokken bij de patiënten in een ziekenhuis.' Wijzigingen in de medicatie bespreekt De Rooij altijd met de collega die dezelfde patiënt medicijnen heeft voorgeschreven: 'Zeker als dat iemand is die veel verschillende geneesmiddelen gebruikt. Die kunnen interacties geven.'

Om privacyredenen is de naam van Marja ter Brugge gefingeerd. Haar echte naam is bekend bij de redactie.

