



6 februari 2018

## 1. Farmacogenetica in de apotheek

### Hoe gaan jullie in de praktijk om met farmacogenetica?

De aanwezige praktijkapothekers in de eerste lijn zien duidelijk een beweging waarbij er in de praktijk voor farmacogenetica steeds meer aandacht is. Lastig is wie de lead heeft om dit onderwerp breed gedragen te krijgen en in te zetten. De aanwezigen zien daarbij zeker een rol voor en de toegevoegde waarde van de apotheker die op dit gebied expertise heeft. De klinische afhandeling en relevantie voor/in de praktijk vraagt om een multidisciplinair en breed gedragen aanpak. De (beperkte) wijze waarop nu kennisdeling van beschikbare genetische kenmerken plaatsvindt en de praktische bekostiging/vergoeding worden buiten de discussie gehouden.

Uit korte reactie vanuit de tweede lijn (kanttekening n=1) blijkt dat daar vooral reactief beleid is in geval van onvoldoende effectiviteit en/of (ernstige) bijwerkingen. Een proactief beleid is ingericht bij oncologische middelen zoals capecitabine. Aangegeven wordt dat er ook verschil in aanpak bestaat afhankelijk van de indicatie van het middel. Voor cardiologie is er bij clopidogrel wel onderbouwing voor een farmacogenetisch profiel (FG), maar in de neurologie niet. Dat maakt misschien verschil in de discussie.

Aan de hand van een aantal voorbeelden wordt er gediscussieerd over de voorgestelde concept-werkwijze:

- Bij een middel als atorvastatine worden in de praktijk LDL en bijwerkingen al gemonitord. Als het LDL onvoldoende daalt of er zijn niet aanvaardbare bijwerkingen wordt in de praktijk gewisseld naar een andere cholesterolsyntheseremmer. Die afhandeling/oplossing wordt niet anders als er een farmacogenetisch profiel wordt bepaald. Daarnaast zijn niet alle bijwerkingen en effect volledig te verklaren vanuit een FG profiel.
- Wat doet het met (de pijnbeleving) van een patiënt - bij wie het profiel (nog) niet werd vastgesteld - die met pijnmedicatie begint en vooraf te horen krijgt of leest dat het misschien minder goed werkt omdat het bij een bepaald aantal mensen minder goed werkt vanwege het FG profiel.
- Wat gebeurt er met een psychiatrisch patiënt die eindelijk het vertrouwen heeft om met medicatie te starten en pas bij de apotheek leest/hoort dat er kans is dat een groep patiënten is die mogelijk meer last krijgt van bijwerkingen. Die informatie krijgt de patiënt niet op de juiste plek en manier in het behandel-traject. Daarmee ondermijnt/verstoor je behandelrelatie(s).
- Onbekend is de aanpak in de tweede lijn bij een middel als tamoxifen. Helpt het bepalen van het profiel bij de uiteindelijke uitkomst – wel of niet recidiveren

van kanker. Wie, hoe en wanneer en op welk moment, moet en kan je de patiënt daar dan het beste over informeren?

- Bij een tweede uitgiftegesprek of een vervolguitsprek of als er in individuele situaties aanleiding voor is - denk aan hoge(re) doseringen pijnmedicatie, wisselingen van medicatie, bijwerkingen - zijn de aanknopingspunten vanuit de apotheek eenduidiger uitvoerbaar – en dus vooral reactief - waarbij farmacogenetica ook als onderwerp in beeld kan komen. Al is het nog niet zo ver dat daar als vanzelfsprekend aan wordt gedacht. Ook zijn daar nu nog geen goede triggers voor.

### **Wat vinden de cliënten in de RCPI?**

De cliënten in de commissie geven aan dit een heel interessant onderwerp te vinden. Zij hadden over dit onderwerp nog nooit iets gehoord of gelezen. Een van hen vraagt zich dan ook meteen af of dit mogelijk de reden is van het uitblijven van effect van een bepaald geneesmiddel en geeft aan dit binnenkort ook te willen bespreken met de specialist. Genoemd wordt de onbekendheid van dit best ingewikkelde onderwerp in de samenleving. Wat zou je er aan kunnen doen om die kennis breed en begrijpelijk uit te dragen. Een begin zou kunnen zijn om hier bij patiëntenverenigingen aandacht aan te geven.

Om als patiënt de regie te kunnen nemen moet je er van weten en heb je goede informatie nodig om daarin keuzes te kunnen maken. Zelfmanagement is alleen mogelijk bij voldoende kennis. In informatie moet goed uitgelegd worden dat de kennis van een farmacogenetisch profiel niet altijd een oplossing of verklaring geeft voor een bepaald probleem t.a.v. medicatie dat je hebt. Lang niet alle bijwerkingen of effecten zijn daar vanuit te verklaren. Risico is dat misschien wel te snel kan worden gedacht.

Belangrijk is ook om aan patiënten meer bekendheid te geven dat als je DNA profiel – in het ziekenhuis- werd bepaald door een specialist om een bepaald geneesmiddel te kunnen gaan gebruiken, dat het zinvol is deze kennis ook met de eerste lijn (huisarts/apotheek) te delen omdat het voor meer medicijnen belangrijk kan zijn. Dat is nu nog zeker niet bekend en vanzelfsprekend.

### **Wat zou een goed en praktisch haalbaar plan van aanpak zijn?**

Het patiënt-perspectief in de voorlichting is heel belangrijk. Zelfmanagement is alleen mogelijk bij voldoende kennis. Vergroot in het algemene publiek de bekendheid over dit onderwerp. Benadruk daarin ook dat het niet altijd het antwoord/oplossing zal zijn voor problemen met medicatie. Een multidisciplinair plan van aanpak is essentieel om implementatie in de eerstelijnspraktijk te laten slagen. Zorg voor goede instrumenten voor kennis overdracht tussen tweede en eerste lijn als daar farmacogenetische informatie bekend is.

De commissie benadrukt dat er goede klinisch relevante én praktisch uitvoerbare onderbouwing moet zijn voor de keuze van de middelen waarmee implementatie van een dergelijk traject wordt opgestart. De RCPI staat positief tegenover het informeren van de patiënt over farmacogenetica maar ziet net als de RCMB ook haken en ogen om dit bij alle geneesmiddelen waarbij dit speelt - proactief – voor alle patiënten nu al in actie om te zetten.

Daarvoor is een breed gedragen multidisciplinaire aanpak en goede onderlinge afstemming van de zorgverleners - in eerste en tweede lijn- vereist. Dit vergroot de kans van slagen en is in het belang van de patiënt.

## **2. GIP op beeldscherm in eHealth week**

Health Base informeert de commissie over activiteiten van Health Base tijdens de eHealth week. Zo is de GIP op beeldscherm op verschillende bijeenkomsten getoond. Health Base deed dit samen met Kijksluiter. Ook is er een patiënten bijeenkomst geweest over de vraag waar patiënten op zoek gaan naar digitale geneesmiddel informatie. Deze bijeenkomst werd geleid door Stichting Ikone. Daar bleek dat patiënten nog onvoldoende weten waar ze digitale geneesmiddel informatie kunnen vinden. Zij geven de voorkeur aan informatie via hun zorgverlener. Ook waren er leden uit de RCPI op deze bijeenkomst aanwezig.

## **3. Medicatiestatus op de GIP en privacy**

De RCPI wordt haar visie gevraagd n.a.v. een melding. Bij de oude GIP bestond de keuze mogelijkheid om wel de pat info blokken van de interacties af te drukken maar de status niet. Melder vindt dit om privacy redenen een groot gemis.

De keuze om de medicatiestatus altijd af te drukken op een GIP met bewakingstekstblokken is bewust, omdat alleen dan duidelijk is voor de patiënt op welke middelen er is gecontroleerd. Ook met het alleen afdrukken van de bewakingstekstblokken op de GIP (als optie in GIP classic) geef je een persoonlijk document mee. Andere optie is om een algemene GIP te verstrekken zonder de toegevoegde persoonlijke informatie of om de GIP in een gesloten zak/envelop mee te geven. Bij het laten ophalen door iemand anders (vooral) als je voor de eerste keer iets krijgt zal er altijd kans zijn dat er iets gevraagd/gezegd wordt wat de ophaler niet wist/had mogen weten. Is dat de verantwoordelijkheid van de patiënt die opdracht heeft gegeven om zijn medicijnen op te halen, of die van de assistente aan de balie? Omgaan met privacy in de apotheek is evident en complex. De commissie geeft aan dat zij hierover geen uitspraak kan doen. Ze benadrukt een zorgvuldige individuele afhandeling en monitoring van meldingen als deze.

## **4. Actiepunten vergadering januari**

In januari heeft de commissie vergaderd op een locatie in Bunnik en nagedacht over het functioneren van de commissie en ideeën op het gebied van patiënten informatie. Hiervan is een verslag gemaakt met bijbehorende actiepunten. Health Base heeft deze actiepunten gegroepeerd en onder gebracht in een aantal hoofdpunten. Het eerste punt is het vergroten van de deskundigheid van de commissie door een functieprofiel op te stellen en door de commissie uit te breiden met bijvoorbeeld meer patiënten, een ziekenhuisapotheker, een poliklinisch apotheker, apothekersassistente en/of farmaceutisch consulente. Ook kan tijdelijke uitbreiding zinvol zijn als een onderwerp wordt besproken. Dit zou kunnen door thema vergaderingen te organiseren met ruimte voor verdieping in een onderwerp. Een voorbeeld van een onderwerp is geneesmiddelinformatie in de thuiszorg. Daarnaast wil de commissie de GIP meer bekend maken onder de minder actieve gebruikers, maar ook andere apothekers, andere partijen en patiënten. Health Base zal deze actiepunten op zich nemen.

## **5. Verslag vorige vergadering**

Er zijn geen opmerkingen

## **6. Datum volgende vergadering**

Dinsdag 3 april 2018