

# Informatie-uitwisseling tussen psychiater en apotheker over niet-opgehaalde medicatie

L. van Grastek, T. Dorn, S. Lauriks, M. Kikkert, R. van Eck, M. Kooij, A. van Dam

- Achtergrond** Medicatieontrouw van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) heeft een negatief effect op symptomen en is de grootste voorspeller van terugval. Wanneer hulpverleners tijdig worden geïnformeerd dat medicatie niet is opgehaald en daarop kunnen handelen, kan medicatietrouw worden verhoogd.
- Doel** Bepalen van de bruikbaarheid en haalbaarheid van een systeem voor het Signaleren en Melden door Apothekers van Niet Opgehaalde Medicatie voor mensen met een EPA (SMANOM-EPA) binnen het huidig juridisch kader.
- Methode** Het pakket van eisen werd opgesteld op basis van vragenlijsten en telefonische interviews bij psychiaters en apothekers en focusgroepbijeenkomsten met patiënten en naasten. Juristen, ICT-professionals werden geraadpleegd om de juridische en technische randvoorwaarden te formuleren.
- Resultaten** Alle betrokkenen achtten SMANOM-EPA bruikbaar. De administratieve last was een bepalende factor voor de haalbaarheid, en transparantie een belangrijke randvoorwaarde. De informatie-uitwisseling zou veilig kunnen plaatsvinden met bestaande technologie, ondanks de variatie in voorschrijf- en uitgiftesystemen. Echter, de meningen waren verdeeld over de vraag of informeren en documenteren voldoende is of uitdrukkelijke toestemming noodzakelijk is.
- Conclusie** De GDPR en de WGBO borgen de rechten van patiënten op het gebied van het gebruik van persoonsgegevens. Onzekerheid over het juridisch kader en de technologische mogelijkheden dragen bij aan de complexiteit van innovaties ter bevordering van de informatie-uitwisseling tussen behandelaars terwijl de meerwaarde door de betrokkenen en in vergelijkbare innovaties wordt gezien.

In complexe patiëntenzorg wordt doorgaans multidisciplinair gewerkt. Om de vaak ingewikkelde hulpvraag te beantwoorden wordt tussen de verschillende disciplines informatie gedeeld zodat de zorg goed en efficiënt kan verlopen. Uit diverse publicaties blijkt dat bij de betrokken disciplines zoals artsen, verpleegkundigen en apothekers, een behoefte bestaat om deze informatie-uitwisseling te verbeteren (Muijres 2006; Krijgsman & Ottenheijm 2015; van Dijk e.a. 2018). Met de invoering van de General Data Protection Regulation (GDPR), ook Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) genoemd (in dit artikel gebruiken we verder de afkorting GDPR), zijn nieuwe voorwaarden gesteld aan de verzameling, opslag en uitwisseling van persoonsgegevens, die ook invloed hebben op informatie-uitwisseling tussen verschillende disciplines in de complexe zorg

voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA).

Van een EPA is sprake wanneer de patiënt een psychiatrische stoornis heeft, niet in symptomatische remissie, die gepaard met ernstige beperkingen in het sociaal of maatschappelijk functioneren. De beperkingen in het functioneren zijn daarbij gerelateerd aan de psychiatrische stoornis en de stoornis is niet van voorbijgaande aard (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele (2) jaren). Gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken is geïndiceerd (Delespaul e.a. 2013). *Flexible assertive community treatment* teams (FACT, zie **figuur 1**) zijn de ambulante behandelteams die integrale en specialistische, outreachende herstelgerichte behandeling aan mensen met EPA bieden (GGZ-Standaarden 2017).

## AUTEURS

**Lisette van Grasstek**, psychiater, kliniek/ECT-psychiater, Arkin Geestelijke Gezondheidszorg, GGZ Amsterdam.

**Tina Dorn**, onderzoeker, GGD Amsterdam.

**Steve Lauriks**, onderzoeker, GGD Amsterdam.

**Martijn Kikkert**, onderzoeker, Arkin, Amsterdam.

**Robin van Eck**, psychiater, Mentrum Wijkteam (FACT) Noordoost, Arkin Geestelijke Gezondheidszorg, GGZ Amsterdam.

**Marcel Kooij**, openbaar apotheker, Service Apotheek Koning, Amsterdam/ Farmaceutisch Bureau Amsterdam (FBA)

**Anne Marie van Dam**, psychiater, FACT team NoordWest, manager behandelzaken Mentrum, Arkin Geestelijke Gezondheidszorg, GGZ Amsterdam.

### Correspondentieadres

Dr. Tina Dorn, GGD Amsterdam, afd. Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorginnovatie, Postbus 2200, 1000 CE Amsterdam.  
tdorn@ggd.amsterdam.nl

Strijdige belangen: Lauriks en Dorn meldden grants van het ZonMw-actieprogramma Verward Gedrag en van de Nationale Politie.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-7-2020.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(1):32-38.

Het signaleren en melden van niet-opgehaalde medicatie bij deze patiënten is alleen relevant voor de groep die vrijwillig in behandeling is bij het FACT-team en niet bij patiënten met verplichte zorg. Na een crisissituatie of bij andere vormen van ernstig nadeel moet de rechter (en bij spoed eerst de burgemeester) oordelen of verplichte zorg nodig is. Die zorg, mits toegewezen, omvat in de praktijk altijd het toezien op de inname van medicatie (en andere medische handelingen/therapeutische maatregelen). Omdat het zelf ophalen van medicatie bij de apotheek nauwelijks van toepassing is bij deze patiënten, blijft dit aspect van zorg en wetgeving hier buiten beschouwing. Farmacotherapie is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Een gebrek aan ziektebesef, bijwerkingen van, en non-respons op medicatie maken het langdurig gebruiken van de medicatie vaak tot een opgave (Kikkert & Dekker 2017). Meerdere studies hebben aangetoond dat 50 tot 60% van de mensen met een EPA niet volledig medicatietrouw is gedurende de behandeling. Dit kan nadelige effecten hebben op de symptomen en het herstelproces (Brown & Gray 2015; Garcia e.a. 2016; Rezansoff e.a. 2017). Medicatieontrouw is een sterke voorspeller van terugval en kan leiden tot intensivering van zorg en opname (Kikkert e.a. 2006; Levin e.a. 2014; Bulow e.a. 2016).

Verschillende zorgdisciplines zijn betrokken bij het voorschrijven, de uitgifte en monitoring van medicatie waardoor het kunnen delen van informatie van groot belang is. Apothekers kunnen een belangrijke rol spelen in het verbeteren van de medicatietrouw. Verschillende apothekergerichte interventies zijn beschreven, waaronder telefonische psycho-educatie en begeleiding, slim verpakken van geneesmiddelen, herinneringen versturen en

het informeren van de voorschrijver indien patiënt een medicijn niet kwam ophalen (Valenstein e.a. 2011; Kooij e.a. 2014; Hartung e.a. 2017).

## Doel

De doelstelling van het project dat wij in dit artikel beschrijven, was een systeem te ontwikkelen om de informatie-uitwisseling tussen voorschrijver en apotheker in de behandeling van patiënten met een EPA te verbeteren. Het veranderende juridisch kader kreeg speciale aandacht binnen het project. De volgende vragen stonden centraal:

1. Aan welke eisen moet het delen van informatie m.b.t. het niet ophalen van medicatie door mensen met een EPA voldoen volgens psychiaters, apothekers en patiënten?
2. Welke juridische en technische randvoorwaarden worden gesteld aan deze informatie-uitwisseling tussen de verschillende disciplines?
3. Hoe verhouden de eisen van psychiaters, apothekers en patiënten zich tot deze randvoorwaarden?

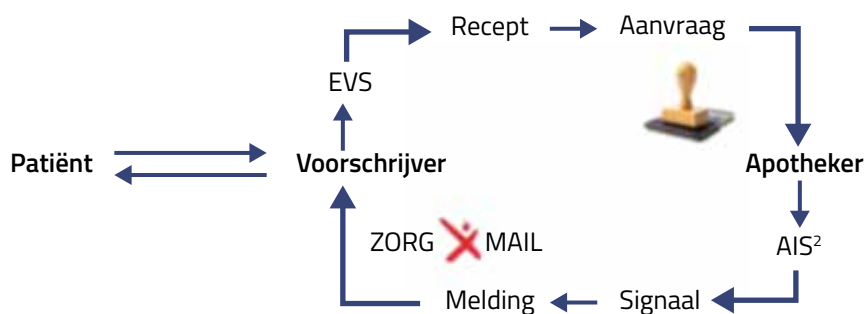
## METHODE

### Setting en werving

Voor het inventariseren van de gebruikerseisen van psychiaters benaderden we alle psychiaters (n = 20) van de 15 FACT-teams op zes locaties van Arkin voor het invullen van een vragenlijst. Zeven psychiaters (35%) vulden deze vragenlijst in.

Voor het inventariseren van de eisen die apothekers stellen aan het systeem benaderden we alle apothekers (n =

**Figuur 1. FACT en SMANOM-EPA**



137) die zijn aangesloten bij het Farmaceutisch Bureau Amsterdam, de belangenorganisatie van apotheken in de regio of onderdeel zijn van BENU-apotheken, een landelijke apotheekketen. 32 van de 137 apothekers vulden de vragenlijst over de inventarisatie van de gebruikerseisen in (23,3% respons).

Vertegenwoordigers van patiënten en naasten benaderden we via de cliënten- en naastenraad van Arkin en de GGZ-werkgroep van Cliëntenbelang Amsterdam. In totaal namen acht patiënten en drie naasten deel aan twee focusgroepbijeenkomsten. De vertegenwoordigers hadden een (ernstige) psychiatrische aandoening (al dan niet in remissie) of hadden een naaste met een psychiatrische aandoening. Zij waren bekend met ambulante en farmaceutische behandelmethoden van psychiatrische aandoeningen.

## Dataverzameling

### Eisen van voorschrijvers, apothekers en patiënten

De eisen van psychiaters en apothekers aan het SMANOM-EPA-systeem (zie **figuur 1**) werden geïnventariseerd met een voor dit doel ontwikkelde vragenlijst. De vragenlijst bestond uit open vragen over de relatie tussen ophalen van medicatie en behandeltrouw, de potentiële meerwaarde van het systeem, de potentiële administratieve last, en het informeren van cliënten. Twee maanden na start van een pilotperiode legden we de deelnemende psychiaters een vragenlijst voor om de ervaren bruikbaarheid van het systeem te evalueren en ter verdieping een telefonisch interview afgenomen. De eisen van patiënten werden geïnventariseerd in twee focusgroepen waarin de thema's 'gepast gebruik' en 'accepteerbaarheid' werden besproken. Aan de focusgroepen namen respectievelijk vier en zeven personen deel.

### Juridisch kader en technische randvoorwaarden

Wetenschappelijke literatuur, beleidsnotities en (onderzoeks)rapporten over informatie-uitwisseling en de juridische randvoorwaarden werden geïnventariseerd met onlinedatabases (Google, Google Scholar, PubMed en PsycInfo). Daarnaast bepaalden we het juridisch kader in overleg met juristen en privacy-officers van Arkin,

BENU-apotheken en de GGD Amsterdam. Voor de technische randvoorwaarden werden gesprekken gevoerd met softwaremakers van Apothekers Informatie Systemen, en ICT-professionals van BENU en Arkin.

## Analyse

Antwoorden op open vragen werden kwalitatief geanalyseerd en antwoorden op gesloten vragen werden geteld. De resultaten werden uitgedrukt in aantallen en percentages.

Voor de kwantitatieve analyse gebruikten we Excel en SPSS. Audio-opnamen werden kwalitatief geanalyseerd met het softwarepakket MAXQDA.

Voor de bepaling van de verhouding tussen gebruikerseisen en juridische en technische randvoorwaarden voor informatie-uitwisseling maakten we een synthese gemaakt van resultaten van onderzoeksvragen 1 en 2.

## RESULTATEN

### Eisen van gebruikers

#### Psychiaters

Uit de inventarisatie bleek dat psychiaters een melding nuttig achtten. De kanttekening werd geplaatst dat ophalen van de medicatie niet automatisch betekent dat de medicatie wordt ingenomen. De voorschrijvers noemden eerder contact opnemen met de patiënt en extra inzicht in de behandelrelatie als potentiële meerwaarde van het systeem. Daarbij werd opgemerkt dat het een onderdeel van de behandeling moet zijn, waarin het gesprek over de behandelrelatie en therapietrouw centraal staat. Het systeem mag de vertrouwensrelatie niet schaden. Melding zou in overleg en wanneer mogelijk met toestemming moeten plaatsvinden.

Voorschrijvers vonden duidelijke afspraken over bij welke patiënten en na welke termijn gemeld wordt noodzakelijk. De meningen over voor welke patiënten het SMANOM-systeem nuttig zou zijn, liepen uiteen. Voorschrijvers noemden antipsychotische medicatie, stemmingsstabilisatoren en nieuwe behandeltrajecten. Wat betreft het verzoeken om een melding gaven de voorschrijvers aan dat via het recept het meest voor de hand ligt.

In de evaluatie na twee maanden gaven de psychiaters op de vragenlijst (n = 9) en telefonisch (n = 8) aan het gebruik van een apart e-mailadres (Zorgmail) voor het ontvangen van meldingen omslachtig te vinden. Omdat recepten in toenemende mate digitaal worden verstuurd, ervoeren zij het faxen van het recept eveneens als belastend. Het stempelen van het recept bleek echter een kleine moeite. Patiënten vroegen nauwelijks zelf iets over het systeem aan de behandelaars. De meeste voorschrijvers gaven aan dit ook niet actief te bespreken met de patiënten. Het vragen van (extra, schriftelijke) toestemming om informatie te kunnen delen vonden zij niet wenselijk gezien de belasting van de patiënt en de administratieve last voor de voorschrijver.

### **Apothekers**

Veel apothekers (72%) gaven aan geen goed zicht te hebben op het niet ophalen van medicatie door mensen met een EPA. Vrijwel alle apothekers (97%) werkten met systemen om de patiënt te informeren wanneer de medicatie kan worden opgehaald. Een klein aantal (25%) informeerde wel eens de voorschrijver als de medicatie niet werd opgehaald, zij hanteerden daarvoor geen vaste criteria. Alle apothekers vonden een systeem voor het signaleren en melding van niet-opgehaalde medicatie nuttig (38%) of heel nuttig (60%).

Een meerderheid van de apothekers (78% tot 94%) gaf aan de minimaal noodzakelijke informatie (met name naam cliënt, geboortedatum, datum recept, type medicatie en datum niet opgehaald) voor melding van niet-opgehaalde medicatie te registreren. Bijna de helft (47%) van de apothekers had de voorkeur om via beveiligde e-mail (Zorgmail) te melden, nog eens 28% sprak een voorkeur uit voor (reguliere) e-mail.

80% van de apothekers wilde ten minste terugkoppeling dat de melding was ontvangen. De meerderheid daarvan wilde ook graag weten of de melding was besproken met de patiënt.

### **Patiënten**

Een eis die consistent en uniform door alle patiëntvertegenwoordigers werd geuit, was dat de patiënt zelf toestemming moet geven voor het gebruik van het systeem en hierover goed moet worden voorgelicht. Andere eisen waren dat het voor patiënten duidelijk moet zijn dat deelname aan het systeem vrijwillig is en dat ze niet gedwongen zullen worden tot het innemen van hun medicatie als er een melding is gemaakt. Alle vertegenwoordigers meenden dat ook naasten van patiënten dit systeem nuttig zouden vinden. Enkele vertegenwoordigers gaven aan dat het systeem een veilig gevoel geeft en zagen het als een extra vorm van aandacht. Anderen ervoeren het systeem als betuttelend en controlerend. Hoe de patiënt het gesprek over het niet ophalen van de medicatie ervaart, zou volgens de vertegenwoordigers afhangen van de benadering van de voorschrijver die het gesprek met de patiënt aangaat.

### **Juridische en technische randvoorwaarden**

In overleg met juristen en na bestuderen van de literatuur werd besloten dat de behandelaar (psychiater) binnen de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO; artikel 7:457 BW) de informatie mag uitwisselen met een (mede)behandelaar (apotheker) en vice versa, als deze zich zorgen maakt over het verloop van de (farmacotherapeutische) behandeling. De behandelaar is volgens de WGBO verplicht zich in te spannen om de patiënt te informeren en actief om toestemming te vragen, behoudens de verwerking van behandelinformatie door medebehandelaars (zie [tabel 1](#)).

Voor de technische kaders binnen eerder genoemde juridische kaders heeft het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) normen opgesteld voor het veilig delen van informatie in de zorg. Deze hebben betrekking op vertrouwelijkheid, integriteit en continuïteit van de geautomatiseerde informatievoorziening (NEN 7510; [www.nen.nl/Alles-over-NEN-7510.htm](http://www.nen.nl/Alles-over-NEN-7510.htm)).

### **Verhouding eisen van gebruikers en randvoorwaarden**

Er was onder voorschrijvers en apothekers behoefte aan informatie-uitwisseling met andere disciplines ([tabel 2](#)); echter, deze informatie is niet vrij toegankelijk voor disciplines die zich in een andere behandelovereenkomst met de patiënt bevinden. Een gebruikerseis was het zoveel mogelijk beperken van de administratieve lasten voor voorschrijvers en apothekers. Ook noemden zij het niet overmatig belasten van de patiënten met aanvullende toestemmingsformulieren voor nieuwe onderdelen van het behandelingsproces.

Dit staat in contrast met de aanvullende voorwaarden van de GDPR waarin juist extra administratieve inspanningen van de voorschrijvers (actief vragen van toestemming en dit in dossier documenteren) en patiënten (aanvullende toestemmingsformulieren tekenen) verwacht wordt. Ook zijn er overeenkomsten tussen de gebruikerseisen en de randvoorwaarden. Het belang van de GDPR wat betreft de privacy en informed consent van patiënten werd door alle gebruikers breed gedragen. De patiëntvertegenwoordigers gaven aan veelal achter uitwisseling van informatie tussen de psychiater en apotheker te staan indien dit tot doel had een betere en veiligere behandeling tot stand te brengen. Wel zou dit met de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt moeten gebeuren.

---

## **DISCUSSIE**

In dit artikel worden de uitdagingen beschreven waarmee de GDPR psychiaters en apothekers confronteert aan de hand van de ontwikkeling en implementatie van het systeem voor Signalering en Melding door Apothekers voor Niet-Opgehaalde Medicatie. De belangrijkste conclusie van dit verkennend onderzoek is dat behandelaars vanuit het principe van 'goed hulpverlenerschap' de verplichting hebben om hun patiënten naar beste kunnen en inzicht te behandelen. Hieruit volgt dat wanneer een apotheker

**Tabel 1. Juridisch kader in Nederland**

WGBO
<p><b>Beroepsgeheim</b></p> <p>De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is een onderdeel van boek 7 van het Nederlandse Burgerlijk Wetboek en ligt aan de basis van alle zorgverlening. De WGBO regelt de relatie tussen patiënt en hulpverlener. De zorgverlener heeft de plicht om ervoor te zorgen dat geen inlichtingen over de patiënt aan derden ter beschikking komen. Alleen aan personen die direct bij het onderzoek en de behandeling zijn betrokken ('medebehandelaars'), mogen relevante patiëntgegevens worden verstrekt (artikel 7:457 BW). Volgens het standpunt van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie kan de apotheker hierbij als medebehandelaar worden aangemerkt. (<a href="https://www.knmp.nl/downloads/veelgestelde-vragen-wgbo-aug-2018.pdf">https://www.knmp.nl/downloads/veelgestelde-vragen-wgbo-aug-2018.pdf</a>).</p>
<p><b>Goed hulpverlenerschap</b></p> <p>Als de apotheker als medebehandelaar te beschouwen is, komt hem ook een verantwoordelijkheid toe bij de behandeling van de patiënt. Dit rechtvaardigt dat de apotheker de psychiater informeert als medicatie niet is opgehaald. In de WGBO staat namelijk dat 'de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij moet handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard' (artikel 7:453 BW). Uitgangspunt in de WGBO is dat alles binnen de behandeling gebeurt met de toestemming van de patiënt. Uitzondering hierop mag gemaakt worden wanneer vanuit 'goed hulpverlenerschap' door de hulpverlener in het belang van de patiënt 'onverwijld uitvoering van de verrichting nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen' (artikel 7:466 lid 1 BW). Ook 'mag toestemming worden verondersteld te zijn gegeven, indien de desbetreffende verrichting niet van ingrijpende aard is' (artikel 7:466 lid 2 BW).</p>
<p><b>General Data Protection Regulation (GDPR)</b></p> <p>De GDPR, ook Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) genoemd, is geldig in alle EU-lidstaten en heeft in Nederland de Wet Bescherming Persoonsgegevens vervangen. Met de invoering van de GDPR zijn aanvullende eisen gesteld aan de informatie-uitwisseling. De informatie aan patiënten moet in beknopte, transparante, begrijpelijke en gemakkelijk toegankelijke vorm worden gegeven. Het gaat daarbij over het recht op het geven en het weer intrekken van toestemming, het recht van bezwaar, het recht op inzage, het recht op rectificatie, het recht op vergetelheid en het recht op overdraagbaarheid van gegevens. Er moet voor alle verwerking van persoonsgegevens actief en afzonderlijk toestemming worden verkregen van de patiënt en dit moet worden gedocumenteerd in het dossier van de patiënt.</p>

**Tabel 2. Verhouding eisen en randvoorwaarden**

EISEN VAN GEBRUIKERS	JURIDISCHE EN TECHNISCHE RANDVOORWAARDEN
Informatie van andere disciplines beschikbaar in behandeling	Iedere discipline heeft eigen behandelovereenkomst met de patiënt. Iedere discipline heeft specifieke registratieprotocollen
Patiënten niet overmatig belasten met toestemmingsformulieren voor onderdelen van behandelproces	Specifieke, expliciete toestemming voor registratie en delen van persoonsgegevens
Zoveel mogelijk beperken van administratieve last voor behandelaren door informatie-uitwisseling op te nemen in bestaande protocollen en registratiesystemen (EVS en AIS)	Delen van informatie met andere disciplines wordt in het dossier vastgelegd en is opvraagbaar Technische protocollen zijn vastgesteld, nieuwe informatiebehoeften, en -voorziening is moeilijk inpasbaar binnen deze protocollen
Informatie-uitwisseling in overleg met, en met instemming van patiënt	Geen informatie-uitwisseling zonder toestemming van patiënt

informatie heeft die de behandeling van hun patiënt kan verbeteren of ten minste kan consolideren, hij of zij deze informatie moet verwerken (delen, met medebehandelaars of een weloverwogen besluit te nemen om niet te delen).

**Spanningsveld**

Uit de resultaten blijkt dat de gebruikerseisen enerzijds, en de juridische en technische randvoorwaarden ander-

zijds bij het ontwikkelen en implementeren van een dergelijk systeem op gespannen voet kunnen staan met elkaar. Het is van belang om de informatie-uitwisseling zo in te richten dat de betrokken zorgverleners eenvoudig de vereiste informatie kunnen uitwisselen met een zo laag mogelijke administratieve last. Uit de WGBO vloeit voort dat de apotheker als medebehandelaar niet vooraf toestemming hoeft te vragen aan de patiënt om met de voorschrijvend arts te overleggen.

Volgens Hendriks (2019) kan een dergelijk overleg niet worden aangemerkt als een schending van de privacy van de patiënt of een inbreuk op de regels van de GDPR. In contrast daarmee staat de eis vanuit de GDPR om de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt te verkrijgen voor het uitwisselen van informatie en dit ook te documenteren in het patiëntendossier. Omdat er nog geen jurisprudentie is over de vraag hoe de GDPR als Europese verordening zich verhoudt tot de WGBO, is er nog geen eenduidig antwoord te geven op de vraag of uitdrukkelijke toestemming van de patiënt nodig is voor de informatie-uitwisseling tussen apotheker en psychiater. Het wettelijk kader schrijft echter wel duidelijk voor dat de informatie-uitwisseling ten minste geregistreerd en opvraagbaar dient te zijn: de toepassing van SMANOM-EPA moet vermeld worden in het (elektronisch) patiëntendossier. Vanuit het perspectief van patiëntvertegenwoordigers is de uitwisseling van informatie tussen apotheker en voorschrijver wenselijk, maar alleen als de patiënt uitdrukkelijke toestemming voor deze informatie-uitwisseling heeft gegeven.

### Beperkingen

Zoals ieder onderzoek heeft ook dit onderzoek beperkingen. Ten eerste was de respons bij apothekers en psychiaters laag. Bij psychiaters kan mogelijk een rol hebben gespeeld dat zij op 6 locaties werken en meerdere FACT-teams leiden of (voor elkaar) waarnemen. Per locatie heeft ten minste één psychiater deelgenomen. Het is daarom waarschijnlijk dat de deelnemende psychiaters een goede weerspiegeling gaven van de positie van (FACT-)psychiaters tegenover het systeem.

Een mogelijke verklaring voor de lage respons van apothekers is de indirecte benadering via de FBA en het hoofdkantoor van BENU-apotheken. Deze extra schakel in de communicatie heeft mogelijk tot gevolg gehad dat deelname aan het project niet bij alle apothekers even veel prioriteit heeft gekregen. Tevens kan hebben meegespeeld dat het spelen van een (actieve) rol in de bevordering van behandeltrouw en de communicatie met voorschrijvers voor (een deel van) de apothekers relatief nieuw en onbekend was. Apothekers die deelnamen aan dit project kunnen dan ook positiever zijn geweest over het systeem dan hun collega's die niet deelnamen. Hiermee zou zowel in de benadering voor verdere ontwikkeling als tijdens implementatie rekening gehouden moeten worden.

SMANOM-EPA is slechts een van de vele mogelijke voorbeelden van projecten op het gebied van informatie-uitwisseling in de zorg die plaatsvonden in de vroege fase van de inwerkingtreding van de GDPR. Gezien de grote diversiteit aan zorginstellingen en zorgverleners en de vaak situatiespecifieke informatiebehoefte zijn er ongetwijfeld nog veel andere projecten aan de hand waarvan de hier geschetste problematiek geïllustreerd zouden kunnen worden. Hoewel het project niet representatief is voor alle soorten problemen die zich kunnen voordoen,

kan er toch lering worden getrokken uit onze ervaringen in de Nederlandse context.

### Vergelijking met België

Als we kijken naar ons buurland België, dan valt op dat het digitale voorschrift verplicht is sinds begin 2020 (Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering, [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be), zoek op: Geneesmiddelen elektronisch voorschrijven: verplicht vanaf 1 januari 2020). Hiervoor zijn verschillende commerciële digitale voorschriftenmodules beschikbaar. In (op zijn minst een deel van) deze voorschrijfmodules kan de arts automatisch zien of een bepaald voorschrift reeds opgehaald werd door patiënt (Vlaams Artsensyndicaat, <https://www.vlaamsartsensyndicaat.be/elektronisch-geneesmiddelenvoor-schrift-veelgestelde-vragen#vraag012>). Patiënten worden hiervoor niet om toestemming gevraagd. Een vergelijkbaar systeem als SMANOM-EPA is dus in België reeds geïmplementeerd, alleen wordt bij SMANONM-EPA een grotere, meer actieve, rol aan de apotheker toegewezen aangezien de apotheker contact moet leggen met de voorschrijver wanneer medicatie niet tijdig wordt opgehaald. De GDPR is een Europese verordening en is uiteraard ook in ons buurland van kracht. Het ligt buiten de scope van dit onderzoek om verder in te gaan op de nationale wetgeving in België en de implicaties hiervan. Hiernaast zijn er verschillen in de organisatie van zorg (in België hebben patiënten bijvoorbeeld vaak geen vaste apotheek). Het strekt daarom tot aanbeveling om in toekomstig onderzoek deze verschillen en de implicaties voor de bruikbaarheid van een informatie-uitwisselingssysteem als SMANOM-EPA nader te onderzoeken.

### Aanbevelingen

Op basis van deze bevindingen kunnen we de volgende (praktijkgerichte) aanbevelingen formuleren: Ten eerste kan de administratieve last worden verlaagd door gebruik te maken van technologische hulpmiddelen. Bijvoorbeeld het melden van nieuwe berichten in Zorgmail in de reguliere werkmail van de voorschrijver of de melding te doen via (zorgspecifieke) beveiligde berichtenservices (bijvoorbeeld KPN Zorgmessenger of Siilo). Hiermee wordt voldaan aan de eis tot veilig melden, maar wordt voorkomen dat de voorschrijver relatief veel handelingen moet verrichten om de melding te openen. Een alternatief is om een beveiligde e-mailaccount voor geautoriseerde leden van een behandelteam aan te maken waarop (SMANOM-)meldingen binnenkomen, zodat de beheertaak verdeeld kan worden over het team. Een derde, technisch meer complexe, mogelijkheid is om het verzoek om een melding in het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) te doen. De voorschrijver kan dan in het EVS aangeven of de patiënt toestemming geeft voor het terugkoppelen van informatie vanuit de apotheek aan de voorschrijver.

Ten tweede zou de informatie-uitwisseling en de daarbij behorende, door de GDPR verplichte, toestemmingsvraag

worden gezien als (standaard) onderdeel van de behandeling waarin samenwerking met de patiënt en transparantie voorop staan. Het is belangrijk patiënten over deze werkwijze te informeren en gelegenheid te geven hiertegen bezwaar te maken. Dit zou dan, aan het begin van de behandeling, kunnen worden besproken met de patiënt en moeten worden opgenomen in de standaardprocedure en behandelovereenkomst. Zo hoeven er niet gedurende de behandeling aanvullende toestemmingsformulieren te worden getekend.

Het is een breed gedragen en eensgezinde opvatting onder psychiaters, apothekers en de patiëntvertegenwoordigers om patiënten, als onderdeel van hun behandeling, zo veel mogelijk te betrekken bij hun behandeling. Vanuit de gebruikersgroep was er ook veel draagvlak en inzet om dit systeem daadwerkelijk te implementeren. Mensen met een EPA zijn namelijk bij uitstek de patiënten die zouden kunnen profiteren van een systeem als SMANOM-EPA, maar zijn gelijktijdig vanuit hun ziekte door symptomen als achterdocht en gebrek aan ziekte-inzicht ook een moeilijk te bereiken groep als het aankomt op het vragen van toestemming. Het is aan de behandelaar om een afweging te maken tussen goed hulpverlenerschap en de rechten van de patiënt om een behandeling te weigeren. SMANOM-EPA is slechts een signaleringssysteem dat gebruikt kan worden in het belang van de behandeling van de patiënt.

Het wettelijk kader laat ruimte en het ontbreekt op dit moment aan jurisprudentie over het uitwisselen van patiëntgegevens onder de GDPR. Er moet uiteraard niet voorbij worden gegaan aan de rechten van de patiënt, maar een pragmatische toepassing van de WGBO en GDPR is nodig om stilstand in de zoektocht naar innovatie in de zorg te voorkomen. Dit zou erg in het nadeel van de patiënt zijn.

## CONCLUSIE

We concluderen dat SMANOM-EPA gezien het potentiële voordeel voor het verbeteren van de zorg voor mensen met een EPA haalbaar is binnen het huidige juridische kader, gegeven de technologische en administratieve voorwaarden die gelden voor een dergelijk systeem. Van doorslaggevend belang is hierbij het principe van 'goed hulpverlenerschap'. Medicatieontrouw heeft een nadelig effect op symptomen, beloop, is de grootste voorspeller van terugval, en kan leiden tot hoge kosten als gevolg van intensivering van zorg, begeleiding en opname (Almond e.a. 2004; Malla e.a. 2006; Morken e.a. 2008; Van den Bemt & Egberts 2008).

Wanneer hulpverleners tijdig kunnen vernemen dat een persoon zijn medicijnen niet heeft opgehaald en daarop actie kunnen ondernemen, kunnen zij crises bij personen met een EPA voorkómen. In een volgende fase van onderzoek zullen we nagaan in welke mate het systeem kan bijdragen aan de preventie van crises.

## LITERATUUR

- Almond S, Knapp M, Francois C, Toumi M, Brugha T. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 346-51.
- Brown E, Gray R. Tackling medication non-adherence in severe mental illness: where are we going wrong? *J Psychiatr Mental Health Nurs* 2015; 22: 192-8.
- Bülow P, Andersson G, Denhov A, Topor A. Experience of psychotropic medication – an interview study of persons with psychosis. *Ment Health Nurs* 2016; 37: 1-10.
- Delespaul Ph, consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427-38.
- Dijk van L, Huis A, de Groot K, Vervloet M. Signaleren en begeleiden bij medicatie-ontrouw: knelpunten en oplossingsrichtingen. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*. 2018; 128: 54-5.
- Drukker M, van Os J, Bak M, à Campo J, Delespaul P. Systematic monitoring of needs for care and global outcomes in patients with severe mental illness. *BMC* 2010; 10: 36.
- García S, Martínez-Cengotitabengoav M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E, e.a. Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients, a systematic review. *J Clin Psychopharmacol* 2016; 36: 355-71.
- Hartung D, Low A, Jindai K, Mansoor D, Judge M, Mendelson A, e.a. Interventions to improve pharmacological adherence among adults with psychotic spectrum disorders and bipolar disorder: a systematic review. *Psychosomatics* 2017; 58: 101-12.
- Hendriks AC 2019. Mag een apotheker contact opnemen met een voorschrijvend arts? *Ned Tijdschr Geneesk* 2019; 163: D4414.
- Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, e.a. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008; 371: 1085-97.
- Kikkert M, Schene A, Koeter M, Robson D, Born A, Helm H, e.a. Medication adherence in schizophrenia: exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophr Bull* 2006; 32: 786-94.
- Kikkert MJ, Dekker J. Medication adherence decisions in patients with schizophrenia. *Prim Care Companion CNS Disord* 2017; 19: 17n02182.
- Kooij M, van Geffen E, Heerdink E, van Dijk L, Bouvy M. Effects of a TELephone Counselling Intervention by Pharmacist (TelCIP) on medication adherence, patient beliefs and satisfaction with information for patients starting treatment: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 1-10.
- Krijgsman J, Ottenheim S. Advies ter verbetering van de informatieuitwisseling in de zorg -Aanbevelingen voor inhoudelijke prioriteiten en samenwerking. Den Haag: Nictiz; 2015.
- Levin J, Seifi N, Cassidy K, Tatsuoka C, Sams J, Akagi K, e.a. Comparing medication attitudes and reasons for medication non-adherence among three disparate groups of individuals with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202: 769-73.
- Malla A, Norman R, Schmitz N, Manchanda R, Bécharde-Evans L, Takhar J, e.a. Predictors of rate and time to remission in first-episode psychosis: a two-year outcome study. *Psychol Med* 2006; 36: 649-58.
- Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 32.
- Muijters PEM. De apotheek als medebehandelaar. *Medisch Contact* 2006.
- Rezansoff S, Moniruzzaman A, Fazel S, McCandless L, Somers J. Adherence to antipsychotic medication and criminal recidivism in a Canadian provincial offender population. *Schizophr Bull* 2017; 43: 1002-10.
- Valenstein M, Kavanagh J, Lee T, Reilly P, Dalack G, Grabowski J, e.a. Using a pharmacy-based intervention to improve antipsychotic adherence among patients with serious mental illness. *Schizophr Bull* 2011; 37: 727-36.