

Medicatiebeoordeling 2.0

Michiel A. van Agtmael en Rashudy F. Mahomedradja

Circa 5% van alle ziekenhuisopnames hebben een medicatie-gerelateerde oorzaak,¹ waarvan bijna de helft te voorkomen blijkt.² Deze opnames gaan gepaard met leed voor de patiënt, druk op de opnamecapaciteit in ziekenhuizen en verhoging van de zorgkosten.

Dit geeft stof tot nadenken: waar zitten de pijnpunten in onze kwalitatief hoogstaande zorg en waar is ruimte voor verbetering?

Het voorschrijflandschap

Het voorschrijflandschap verandert. In de eerste lijn is de huisarts verantwoordelijk voor het voorschrijven van medicatie. Maar de Vereniging van Jonge Apothekers stelde recentelijk in haar visiedocument voor dat artsen voortaan diagnoses stellen en de apothekers de geneesmiddelen voorschrijven.³ Daarnaast kunnen patiënten 'over the counter'-medicijnen als ibuprofen bij de drogist halen en medicamenten als sildenafil via het internet bestellen. Bij patiënten in het ziekenhuis zijn veelal meerdere voorschrijvers betrokken. Ook verpleegkundig specialisten schrijven zelfstandig voor. In een verpleeghuis of andere zorginstelling valt het medicatiebeleid onder weer andere collegae. Het medicatiebeleid van een patiënt met polyfarmacie kan worden vergeleken met een schip met meerdere kapiteins (figuur). De vraag is: wie bepaalt welke koers te varen en hoe zorgt men ervoor dat een verandering van koers duidelijk is voor alle kapiteins?



FIGUUR 1
Medicatiebeleid is als een schip met verschillende kapiteins

Het schip 'Medicatiebeleid' kent vele kapiteins: onder andere de huisarts, de medisch specialist, de apotheker aan de wal en de patiënt zelf. De vraag is: wie bepaalt de koers, en hoe zorgt men ervoor dat een koersverandering duidelijk is voor alle kapiteins? (tekening: Chris Happé; afgedrukt met toestemming).

Door inadequate overdracht gaat het niet zelden mis, waarop er gebeld of gefaxt moet worden om tot een eenduidig medicatiebeleid te komen. Een mooi streven is het Landelijk Schakelpunt (LSP), een 'netwerk' waarin zorgverleners medische gegevens van hun patiënten digitaal met elkaar kunnen delen als de patiënt daar toestemming voor gegeven heeft. Niet iedere

patiënt geeft echter toestemming, er kan slechts een deel van de gegevens worden ingezien en de gegevensuitwisseling voor de eerste lijn is regionaal ingericht.⁴

Welke pijnpunten zijn er nog meer? Voorschrijvers zijn terughoudend en onvoldoende getraind in 'deprescribing'. Dit is het onderbouwd stoppen of afbouwen van geneesmiddelen (benzodiazepines, protonpompremmers), zeker als die door anderen voorgeschreven zijn. Veel voorschrijvers vinden het moeilijk om bij individuele patiënten af te wijken van de richtlijnen, bijvoorbeeld beginnen met een statine bij een patiënt op hoge leeftijd, conform de richtlijn maar met het reële risico dat de balans werking/bijwerking doorslaat naar het laatste.

Het voorschrijfproces en kritieke factoren

Medicatiegerelateerde fouten zijn vaak het gevolg van een inadequate overdracht tussen zorgverleners binnen dezelfde lijn én tussen de eerste- en de tweede lijn. Bovendien is de farmacologische kennis – kennis van bijwerkingen, interacties, farmacogenetica en dosisaanpassingen op geleide van bijvoorbeeld de nierfunctie – bij veel voorschrijvers suboptimaal. Daarnaast hebben voorschrijvers niet altijd de vaardigheid om actuele medicatie kritisch te analyseren en voelen zij zich niet verantwoordelijk voor alle medicatie van een patiënt.

De keuze en dosering van medicatie die door een ander is voorgeschreven zal weloverwogen zijn, maar omdat de onderbouwing vaak niet in het patiëntendossier terug te vinden is, kan de arts de medicatie niet adequaat beoordelen. Een veelgehoord antwoord op navraag naar de onderbouwing van een geneesmiddel is: 'Dat is door de medisch specialist gestart'. En in de tweede lijn wordt 'de medisch specialist' in dit antwoord vervangen door 'de huisarts'. Omdat het achterhalen van het actuele medicatieoverzicht inclusief onderbouwing voor de medicatie tijdrovend is, laten we dergelijke vragen en medicatiegerelateerde problematiek vaak voor wat het is.

Gestructureerde medicatiebeoordeling

Een gestructureerde medicatiebeoordeling (GMB) of medicatiereview is een relatief uitvoerig beschreven methodiek, die zich heeft bewezen als een systematische manier om medicatiegerelateerde problematiek te identificeren. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd stelde in 2017 dat elke polyfarmaciepatiënt (75 jaar of ouder, ≥ 7 geneesmiddelen en een verminderde nierfunctie met een eGFR < 50 ml/min per 1,73 m²) jaarlijks een medicatiebeoordeling hoort te krijgen. Voor openbare apotheken geldt dat deze jaarlijks minimaal 100 medicatiebeoordelingen bij deze patiëntengroep moeten verrichten.⁵ Dit betekent dat slechts een fractie van het totaal aantal polyfarmaciepatiënten jaarlijks in de eerste lijn geselecteerd wordt voor een GMB.

Een GMB zorgt voor een reductie in het aantal voorschrijffouten. De klinische uitkomsten van deze reductie zijn echter moeilijk te beoordelen.⁶ De Deense studie die elders in dit tijdschrift wordt besproken laat zien dat een GMB op zich onvoldoende verbetering van de zorg geeft, zoals ook andere studies hebben aangetoond.^{7,8} De verbetering – in de Deense studie: minder heropnames in het ziekenhuis – werd bereikt met het motiveren van de patiënt tot therapietrouw in combinatie met goede communicatie met de patiënt: een-op-een uitleg over nieuwe, gewijzigde en gestopte medicatie, de toedieningsweg en bijwerkingen. Daarnaast was er overleg met de eerste lijn door telefonische overdracht over wijzigingen in medicatiebeleid na ontslag.

Dit Deense onderzoek gaat uit van de ziekenhuisapotheker. In Nederland lijken de apothekers ook de logische professionals om de GMB uit te voeren, gezien hun kennis van farmacologie en medicatie en hun taak medicatiefouten te ondervangen. Wat de praktijk leert, en wat de Deense onderzoekers benoemen in hun resultaten, is dat de interventies die voortkomen uit een GMB lang niet altijd worden uitgevoerd: slechts 61% van 946 interventies in het ziekenhuis en 66% van 183 interventies in de eerste lijn.⁷ Dit percentage moet hoger om medicatiegerelateerde fouten en ziekenhuisopnames terug te dringen.

Maar hoe?

De oplossing

Ons voorstel is om ook tijdens opnames in het ziekenhuis GMB's te doen: er is beschikking over de medische voorgeschiedenis, recente laboratoriumuitslagen en specifieke expertise.

Onze oplossing is een multidisciplinair team waar een arts-klinisch farmacoloog en een apotheker aan deelnemen: het farmacotherapie-team (F-team). De kracht zit hem in deze samenwerking tussen kliniek en apotheek, in een goed contact met de hoofdbehandelaar – bijvoorbeeld door participatie in een grote visite, in het vormen van een onderbouwde mening over alle bestaande medicatie, en in het uitvoeren van GMB's.

"Toch niet weer een 'kwaliteitsteam' tussen behandelaar en patiënt?", zult u verzuchten. U kunt het vergelijken met een antibiotica-team (A-team) dat antibioticaconsumptie bijhoudt en optimaal antibioticagebruik stimuleert. Dit F-team heeft een vergelijkbare aanpak. Het beoordeelt rationeel voorschrijven, doet op verzoek klinisch-farmacologische consulten en traint en ondersteunt

voorschrijvers in het uitvoeren van GMB's. Het maximale effect van een klinische GMB wordt nagestreefd door transparante, schriftelijke overdracht naar de eerste lijn – zowel naar de huisarts als naar de openbare apotheker – en zo nodig die naar de derde lijn te faciliteren.

Nog belangrijker is de bal te leggen bij de voorschrijver zelf. Theoretisch maakt het niet uit wie medicatie kritisch beoordeelt, mits dit periodiek en gedegen gebeurt. Door de tijd te nemen en transparant te zijn naar de patiënt en de andere zorgverleners, kunnen het aantal voorschrijffouten en medicatie-gerelateerde heropnames dalen.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D2855
- VU medisch centrum, afd. Interne Geneeskunde, Amsterdam: prof.dr. M.A. van Agtmael, internist-infectioloog en klinisch farmacoloog; R.F. Mahomedradja, MSc, apotheker-onderzoeker en klinisch farmacoloog i.o.
- Contact: M.A. van Agtmael (agtmael@vumc.nl)
Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 12 april 2018

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2018;162:D2855

Literatuur

1. Beijer HJM, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. Pharm World Sci. 2002;24:46-54. [Medline doi:10.1023/A:1015570104121](#)
2. Patel NS, Patel TK, Patel PB, Naik VN, Tripathi CB. Hospitalizations due to preventable adverse reactions-a systematic review. Eur J Clin Pharmacol. 2017;73:385-98. [Medline doi:10.1007/s00228-016-2170-6](#)
3. VJA: apotheker ook als voorschrijver. Pharmaceutisch Weekblad. 25 november 2016. www.pw.nl/nieuws/2016/vja-apotheker-ook-als-voorschrijver. geraadpleegd op 26 maart 2018.
4. Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie. Hoe werkt het Landelijk Schakelpunt? www.vzgz.nl/over-het-lsp/hoe-werkt-het-landelijk-schakelpunt. geraadpleegd op 26 maart 2018.
5. Vastgestelde handhavingsnormen medicatiebeoordelingen: www.knmp.nl/downloads/vastgestelde-normen-medicatiebeoordeling.pdf
6. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2014; (11):CD000011 [Medline](#).
7. Ravn-Nielsen LV, et al. Effect of an in-hospital multifaceted clinical pharmacist intervention on the risk of readmission: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2018;178:375-82. [doi:10.1001/jamainternmed.2017.8274](#) [Medline](#)
8. Knol W. [Medicatiebeoordeling door ziekenhuisapotheker verlaagt risico op heropname](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2018;162:D2825.