



**Eindverslag
Implementatie- en
evaluatieproject
Polyfarmacie
bij ouderen**

Colofon

Projectnummer ZonMw
150020045.1

Projectleider
drs. Jacintha van Balen, Nederlands Huisartsen Genootschap

Projectgroep
drs. Jacintha van Balen, Nederlands Huisartsen Genootschap
drs. Zamire Damen-van Beek, Nederlands Huisartsen Genootschap
dr. Marjorie Nelissen-Vrancken, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
drs. Monique Verduijn, Nederlands Huisartsen Genootschap



**nederlands huisartsen
genootschap**

Nederlands Huisartsen Genootschap
Postbus 3231
3502 GE UTRECHT
www.nhg.org



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400 fax 030 296 29 12
info@medicijngebruik.nl www.medicijngebruik.nl



Eindverslag Implementatie- en evaluatieproject Polyfarmacie bij ouderen

4	Samenvatting
5	1 Inleiding
7	2 Methode
10	3 Resultaten
19	4 Conclusie
20	5 Beschouwing
23	6 Aanbevelingen

Bijlagen

25	1 Informatie voor potentiële deelnemers
27	2 STRIP-methode
33	3 Mutatieformulier
36	4 Vragenlijst procesevaluatie
38	5 Vragenlijst interviews

Samenvatting

Dit eindverslag beschrijft de resultaten van het ZonMw pilotonderzoek 'Implementatie en evaluatie polyfarmacie bij ouderen', uitgevoerd door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM). In dit pilotonderzoek hebben we onderzocht wat de haalbaarheid van de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn (MDR) 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012) is, hoe we huisartsen en apothekers kunnen faciliteren bij het uitvoeren van medicatiebeoordelingen en wat de mogelijkheden zijn voor individuele, regionale en landelijke monitoring van de resultaten van medicatiebeoordelingen. Hiervoor hebben huisartsen en apothekers van 3 FTO-groepen de werkwijze zoals aanbevolen in de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012, zie www.nhg.org) uitgevoerd bij 60 patiënten en zijn diverse sleutelfiguren van beroepsorganisaties en landelijke registratiesystemen geïnterviewd.

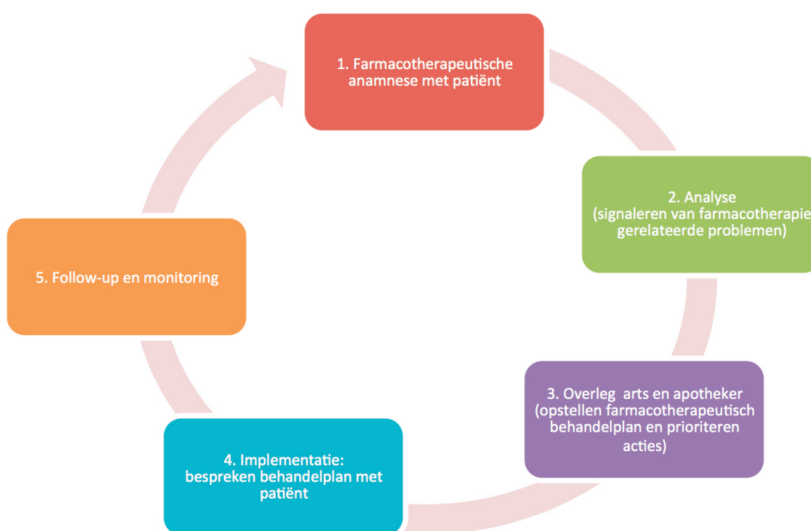
Bij vrijwel alle patiënten zijn een of meer voorstellen voor een medicatiewijziging gedaan (gemiddeld 2,3 per patiënt). De meest voorkomende voorgestelde wijzigingen waren het staken of starten van een geneesmiddel. Van de voorgestelde medicatiewijzigingen is 58 procent tijdens de looptijd van het onderzoek doorgevoerd. De wijzigingen hadden geen invloed op de directe geneesmiddelkosten.

Zowel de huisartsen als de apothekers waren van mening dat medicatiebeoordelingen nuttig zijn en winst kunnen opleveren voor de patiënt. Belangrijke knelpunten bij de praktische uitvoering van de medicatiebeoordelingen waren de selectie van patiënten, de werkwijze bij de medicatieanalyse, het bewaken van de continuïteit van het proces, het beoordelen van de medicatie geïnitieerd door de medische specialist en de grote tijdsinvestering. De beperkte uniforme registratiemogelijkheden in de huidige informatiesystemen van huisarts en apotheker (HIS'en en AIS'en) bemoeilijken de selectie van patiënten, het bewaken van de continuïteit van het proces en het vastleggen en uitwisselen van gegevens en afspraken tussen huisartsen en apothekers.

Op basis van de bevindingen in dit pilotonderzoek hebben we aanbevelingen geformuleerd voor huisartsen, apothekers, zorgverzekeraars, leveranciers van HIS'en en AIS'en en onderzoekfondsen. We zijn van mening dat goede praktische en uniforme verslaglegging in het HIS en AIS en uitwisseling van gegevens rondom medicatiebeoordelingen cruciaal zijn voor het slagen van de implementatie van de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012). Substantiële verbeteringen op het gebied van verslaglegging en gegevensuitwisseling kunnen zowel op korte als lange termijn de tijdsinvestering van huisartsen en apothekers per patiënt verminderen en de continuïteit van het proces waarborgen.

1 Inleiding

De multidisciplinaire richtlijn (MDR) 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012) geeft aanbevelingen voor artsen, apothekers, verpleegkundigen en verzorgenden over de behandeling en begeleiding van kwetsbare ouderen met polyfarmacie. Oudere patiënten zijn extra kwetsbaar voor schadelijke effecten van geneesmiddelen door een veranderde fysiologie en door multimorbiditeit waardoor zij vaak meerdere middelen tegelijk gebruiken. In de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012) staat de medicatiebeoordeling centraal: een systematische beoordeling van het geneesmiddelgebruik van een individuele patiënt door arts, apotheker en patiënt. Voor de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012) zijn twee in Nederland veel gebruikte methodes voor medicatiebeoordeling (GIVE en POM) geïntegreerd in de aanbevolen STRIP-methode (Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing, zie figuur 1).



Figuur 1 De STRIP-methode voor medicatiebeoordeling

De MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012) adviseert het uitvoeren van een medicatiebeoordeling bij patiënten van 65 jaar of ouder die chronisch 5 of meer geneesmiddelen gebruiken en daarbij minstens een van de volgende risicofactoren hebben: verminderde nierfunctie, (aanwijzingen voor) verminderde cognitie, verhoogd valrisico, signalen van verminderde therapietrouw, niet zelfstandig wonend, of een niet geplande ziekenhuisopname.

De MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012) is gefinancierd door ZonMw en ontwikkeld door een samenwerkingsverband van onder meer het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP), het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM), Ephor, het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV, in 2011 opgegaan in de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, V&VN), de afdeling Epidemiologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen en de Vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde en sociaal geriater (Verenso).

In dit eindverslag beschrijven we de bevindingen van een vervolgproject uitgevoerd door het NHG en het IVM in het kader van een Verspreidings- en implementatie Impuls (VIMP) van ZonMw met financiële ondersteuning van Nefarma. De doelstellingen van dit project waren:

1. het verkrijgen van inzicht in de haalbaarheid van implementatie van de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012)
2. het verkrijgen van inzicht hoe huisartsen en apothekers gefaciliteerd kunnen worden bij de implementatie
3. het inventariseren van de mogelijkheden voor individuele, regionale en landelijke monitoring van de resultaten van de medicatiebeoordeling

Ten behoeve van de eerste en tweede doelstelling hebben drie FTO-groepen in een pilotsetting de STRIP-methode toegepast bij 60 patiënten. Hierbij hebben zij de methode kritisch beoordeeld en knelpunten en aanbevelingen voor implementatie verzameld. De derde doelstelling is bereikt door interviews met sleutelfiguren van registratienetwerken (LINH, NHG, KNMP en SFK).

2 Methode

FTO-groepen

Werving

FTO-groepen zijn geworven via een oproep in de nieuwsbrief van het IVM en via mondelinge werving bij bestaande contacten van de projectmedewerkers. Kandidaten ontvingen informatie over het project (zie bijlage 1) en mondelinge toelichting. Er was zowel voor de huisartsen als voor de apothekers een vergoeding beschikbaar van 25 Euro per patiënt waarbij de medicatiebeoordeling in zijn geheel is uitgevoerd. De selectie van de drie benodigde FTO-groepen heeft plaats gevonden op basis van volgorde van aanmelding.

Vorbereiding

Alle deelnemers kregen voorafgaand aan de pilot de gelegenheid om online de Persoonlijke Individuele Nascholing (PIN) Polyfarmacie van het NHG te maken.

Uitvoering

De pilot bestond uit de volgende onderdelen:

1. Startbijeenkomst per FTO-groep, begeleid door een FTO-adviseur van het IVM. Daarin kwam aan bod de STRIP-methode voor medicatiebeoordeling uit de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012) (zie bijlage 2), de aanpak van uitvoering van de medicatiebeoordeling door de deelnemers en de te registreren informatie door de deelnemers voor de evaluatie van het project.
2. Uitvoeren van medicatiebeoordelingen volgens de STRIP-methode bij 20 patiënten per FTO-groep. Deelnemers kregen hierbij telefonisch of per e-mail procesmatige coaching van een FTO-adviseur van het IVM.
3. Evaluatiebijeenkomst per FTO-groep, begeleid door een FTO-adviseur van het IVM. Tijdens deze bijeenkomst zijn de resultaten van de medicatiebeoordeling besproken en is het proces geëvalueerd.

Materialen

Voor de startbijeenkomst heeft het IVM in samenwerking met het NHG een FTO-module ontwikkeld (zie pdf-bestand FTO-module, zie www.medicijngebruik.nl). De module bevatte onder andere:

- ▶ achtergrondinformatie en toelichting over de STRIP-methode voor medicatiebeoordeling
- ▶ instructies voor selectie van patiënten
- ▶ een voorbeeld plan van aanpak
- ▶ hulpmiddelen voor de medicatiebeoordeling, zoals een voorbeeldvragenlijst voor het anamnesegegesprek met de patiënt en de START- en STOP-criteria (criteria voor het voorschrijven of stoppen van geneesmiddelen bij ouderen)
- ▶ mutatieformulier - inclusief invulwijzer - voor de registratie van de resultaten van de medicatiebeoordelingen (zie bijlage 3)

De werkwijze in dit pilotonderzoek week op enkele onderdelen af van de werkwijze in de STRIP-methode:

- ▶ Selectie van patiënten: de huisarts selecteerde vijf patiënten uit de eigen praktijk waarbij in de eerste lijn het meeste te verwachten was van een medicatiebeoordeling. De patiënten moesten wel voldoen aan de selectiecriteria van de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012). We adviseerden om patiënten te selecteren die niet onder (regelmatige) controle waren in de tweede lijn, die niet meer dan 10 tot 12 chronische geneesmiddelen gebruikten en die de medicatie bij de deelnemende apotheker ophaalde.
- ▶ Afspraken over uitvoeren anamnesegebesprek en evaluatiegebesprek: in alle gevallen had de apotheker het anamnesegebesprek met de patiënt en de huisarts het evaluatiegebesprek.

Elk koppel (huisarts en apotheker) vermeldde per patiënt de volgende gegevens op het mutatieformulier:

- ▶ risicofactoren op basis waarvan de patiënt in aanmerking kwam voor medicatiebeoordeling
- ▶ per gewijzigd geneesmiddel:
 - het geneesmiddel in oorspronkelijke en gewijzigde situatie
 - het soort wijziging (staken, vervangen/omzetten, hogere dosering, lagere dosering, wijzigen doseerschema/toedieningsvorm, starten nieuw geneesmiddel)
 - de reden voor de wijziging (overbehandeling, onderbehandeling, bijwerkingen, interactie/contra-indicatie, bevorderen therapietrouw, voorkeur patiënt, kosten)
 - resultaat evaluatie wijziging (doorgevoerd, geprobeerd maar teruggedraaid, niet geprobeerd, inclusief toelichting)
 - de kosten per 3 maanden voor en na wijziging
- ▶ de tijdsinvestering per onderdeel van de medicatiebeoordeling (voorbereiding, anamnese, analyse, overleg, evaluatie) afzonderlijk voor huisarts en apotheker

Evaluatie

De evaluatie bestond uit een proces- en effectevaluatie. Beide evaluaties werden gebruikt voor de evaluatiebijeenkomsten van de FTO-groepen en voor de eindevaluatie van het project.

Procesevaluatie

Voor de procesevaluatie kregen alle deelnemers voorafgaand aan de evaluatiebijeenkomst een online vragenlijst toegestuurd (zie bijlage 4). De vragen hadden betrekking op scholingsbehoefte, tevredenheid, knelpunten en aanbevelingen. Op basis van de antwoorden werden aandachtspunten voor de evaluatiebijeenkomsten van de individuele FTO-groepen geformuleerd.

Effectevaluatie

De effectevaluatie werd uitgevoerd in Excel op basis van de ingevulde mutatieformulieren. Uitkomstmaten waren:

- ▶ het aantal voorgestelde medicatiewijzigingen (gemiddeld per patiënt en totaal)
- ▶ het aantal definitief doorgevoerde wijzigingen (gemiddeld per patiënt en totaal)

- ▶ aantallen per type en reden van wijzigingen (gemiddeld per patiënt en totaal)
- ▶ het verwachte effect van wijzigingen op de kosten voor medicatie
- ▶ de gemiddelde tijdsinvestering van apotheker en huisarts (per onderdeel en totaal)

De kosten (per 3 maanden) voor en na de medicatiewijzigingen zijn bepaald met behulp van de website www.medicijnkosten.nl. Deze website bevat de prijzen van geneesmiddelen volgens de Z-index. Deze prijzen zijn verminderd met de clawbackkorting van 6,82% (met een maximum van €6,80 per aflevering), inclusief 6% BTW en exclusief aflevertarief. Uitgegaan is van de kosten van de geneesmiddelen in de toedieningsvorm en dosering zoals vermeld op de medicatieoverzichten.

Per patiënt zijn de (geanonimiseerde) medicatieoverzichten van voor en na de medicatiebeoordeling opgevraagd met de volgende doelen:

- ▶ vaststellen van mate van definitief doorvoeren van medicatiewijzigingen
- ▶ vaststellen van aantal (chronische) geneesmiddelen voor en na de medicatiebeoordeling
- ▶ krijgen van inzicht in welke mate potentiële farmacotherapiegerelateerde problemen wel en niet zijn aangepakt

Interviews

Sleutelfiguren

Medewerkers van de KNMP, het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH), het NHG, Pharmo en de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) zijn per mail of na persoonlijk contact uitgenodigd voor een gestructureerd interview over de mogelijkheden voor (landelijke) registratie en monitoring van de medicatiebeoordeling.

Vragenlijst

De projectgroep heeft op basis van bestaande kennis en lacunes op het gebied van registratiemogelijkheden rondom medicatiebeoordelingen een vragenlijst (zie bijlage 5) opgesteld. Het doel was inzicht te krijgen in:

- ▶ de huidige (on)mogelijkheden van apotheekinformatiesystemen (AIS'en), huisartsinformatiesystemen (HIS'en) en landelijke registratiesystemen voor selectie van relevante patiënten en medisch/farmaceutische gegevens voor het uitvoeren van medicatiebeoordelingen
- ▶ de huidige (on)mogelijkheden van AIS'en, HIS'en en landelijke registratiesystemen voor monitoring van de resultaten van deze medicatiebeoordelingen

Uitvoering

De deelnemers hebben ter voorbereiding de vragenlijst voorafgaand aan het interview ontvangen. De interviews zijn telefonisch uitgevoerd door een medewerker van het IVM en duurden circa 1 uur. Een medewerker van het NHG heeft intern meerdere gesprekken gevoerd met collega's van de afdeling Automatisering om een goed beeld te krijgen in de knelpunten rondom selectie van patiënten en monitoring van resultaten in het HIS. Van elk interview/gesprek werd een verslag gemaakt, dat ter goedkeuring aan de deelnemer(s) is verzonden. Ook konden deelnemers het verslag zo nodig aanvullen met additionele relevante informatie.

3 Resultaten

FTO-groepen

Algemeen

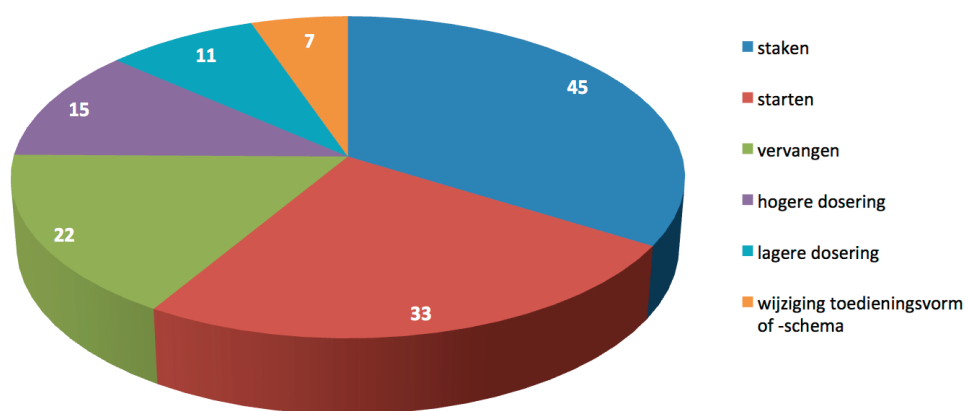
De drie deelnemende FTO-groepen kwamen uit Utrecht, Den Haag en Amsterdam. Per FTO-groep zijn 20 medicatiebeoordelingen uitgevoerd door 4 huisartsen en 1 tot 3 apothekers (dus 5 patiënten per huisarts en 7 tot 20 patiënten per apotheker).

Bij 58 patiënten heeft een volledige medicatiebeoordeling plaatsgevonden. Eén patiënt is overleden, één patiënt is niet verschenen voor het anamnesegeprek. Alle beoordeelde patiënten waren ouder dan 65 jaar en gebruikten chronisch 5 of meer geneesmiddelen. Elf patiënten voldeden niet aan de aanvullende selectiecriteria uit de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012). Van 6 andere patiënten waren onvoldoende gegevens beschikbaar om dit te kunnen beoordelen.

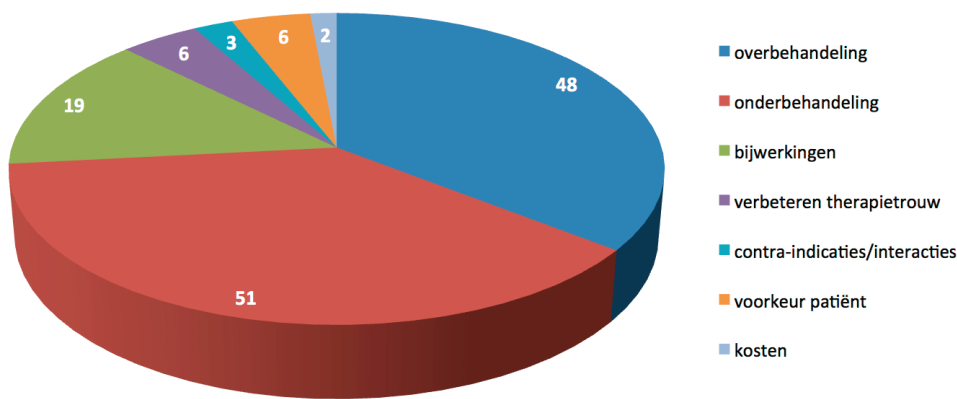
Effectevaluatie

Medicatiwijzigingen

Bij 54 van de 58 patiënten zijn voorstellen voor een medicatiwijziging gedaan (in totaal 133, gemiddeld 2,3 per patiënt). Het aantal voorgestelde medicatiwijzigingen was het grootst in Utrecht (64), gevolgd door Amsterdam (43) en Den Haag (26). De meest voorkomende voorgestelde wijzigingen waren het staken (45 keer) of starten van een geneesmiddel (33 keer; zie figuur 2). De meest voorkomende redenen voor de wijzigingen waren onderbehandeling (51 keer) en overbehandeling (48 keer; zie figuur 3).



Figuur 2 Voorgestelde medicatiwijzigingen



Figuur 3 Redenen voor voorgestelde medicatiewijzigingen

Tijdens de looptijd van het onderzoek is 58 procent van alle voorgestelde medicatiewijzigingen daadwerkelijk doorgevoerd (77 van 133 voorstellen; zie tabel 1). Het percentage doorgevoerde wijzigingen was het hoogste in Amsterdam (81%) en beduidend lager in Utrecht (44%) en Den Haag (38%). Voorstellen voor het staken van een geneesmiddel of het verlagen van de dosering werden het minst vaak doorgevoerd. Vier daadwerkelijk doorgevoerde wijzigingen zijn in een later stadium teruggedraaid.

De doorgevoerde wijzigingen leidden niet tot een verschil tussen gemiddeld aantal chronisch gebruikte geneesmiddelen voor en na de medicatiebeoordeling (gemiddeld 8,5 zowel voor als na).

Soort	Aantal	Aantal doorgevoerd	% doorgevoerd
Staken	45	24	53%
Starten	33	21	64%
Vervangen	22	14	64%
Hogere dosering	15	9	60%
Lagere dosering	11	5	45%
Wijziging toedieningsvorm/-schema	7	6	86%
Totaal	133	77	58%

Tabel 1 Aantallen medicatiewijzigingen

Genoemde redenen voor het niet doorvoeren van medicatiewijzigingen waren:

- ▶ gerelateerd aan medisch specialist (12 keer): nog overleg door huisarts of patiënt nodig, medisch specialist niet akkoord met wijziging, medisch specialist was ooit initiator van de medicatie
- ▶ wijziging niet nodig na nader onderzoek (7 keer)
- ▶ patiënt niet akkoord (6 keer)
- ▶ behandelplan nog niet besproken met patiënt (7 keer)
- ▶ nog aanvullende diagnostiek nodig (4 keer)

Bij 20 voorgestelde medicatiewijzigingen was de reden van niet doorvoeren onbekend.

De meest voorkomende medicatiewijzigingen waren:

- ▶ starten, staken, dosisverandering cardiovasculaire medicatie (45 keer)
- ▶ starten vitamine D en/of calcium (14 keer)
- ▶ starten en staken protonpompremmers (7 keer)

Opvallend was dat 14 patiënten nog steeds een protonpompremmer gebruikten na de medicatiebeoordeling zonder een indicatie op basis van voorgeschiedenis of comedatie. Verder bleken 9 patiënten chronisch slaapmedicatie te gebruiken en 2 patiënten antidiureticummiddelen. Deze middelen hebben doorgaans geen chronische indicatie. Er waren geen omzettingen van spécialités naar generieke varianten.

Geneesmiddelkosten

De medicatiebeoordelingen hadden gemiddeld geen effect op de directe kosten voor geneesmiddelen per 3 maanden. De effecten varieerden van 260 euro besparing tot 120 euro hogere kosten per patiënt.

Tijdsinvestering

De gemiddelde totale tijdsinvestering van de apothekers per patiënt was 90 minuten, per onderdeel variërend van gemiddeld 15 tot 34 minuten (zie tabel 2). De gemiddelde totale tijdsinvestering van de huisartsen was niet betrouwbaar te berekenen vanwege te weinig gegevens.

Stappen medicatiebeoordeling	Apotheker	Huisarts*
Vorbereiding	15 min (10-30 min, n=56)	17 min (15-30 min, n=21)
Anamnesegesprek met patiënt**	34 min (10-60 min, n=57)	n.v.t.
Medicatieanalyse	21 min (5-45 min, n=57)	23 min (15-30 min, n=2)
Medicatieoverleg	15 min (5-15 min, n=49)	18 min (5-45 min, n=26)
Evaluatiegesprek met patiënt***	15 min (15-15 min, n=6)	13 min (1-20 min, n=15)
Totaal	90 min (40-165 min, n=48)	--

*gegevens vaak niet ingevuld, **door apotheker uitgevoerd, ***doorgaans door huisartsen uitgevoerd

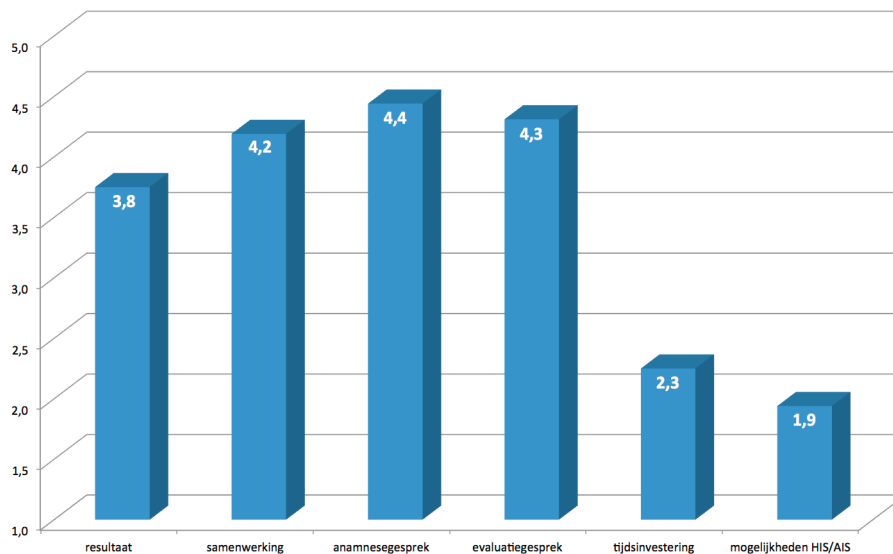
Tabel 2 Gemiddelde tijdsinvestering medicatiebeoordeling

Procesevaluatie

De online procesevaluatie is ingevuld door 16 van de 18 deelnemers (10 huisartsen en 6 apothekers). Bij de evaluatiebijeenkomsten in het FTO waren in Den Haag en Amsterdam alle betrokkenen aanwezig, in Utrecht was een van de huisartsen afwezig (ook geen procesevaluatie ingevuld).

Algemeen

Zowel de huisartsen als de apothekers waren in het algemeen van mening dat het uitvoeren van medicatiebeoordelingen nuttig is en winst kan opleveren voor de patiënt. De gemiddelde waardering van het algehele resultaat is 3,8 (schaal 1-5; zie figuur 4). De deelnemers waren tevreden over de samenwerking tussen huisarts en apotheker (waardering voor elkaars inbreng en deskundigheid) en het anamnese- en evaluatiegesprek met de patiënt en ontevreden over de tijdsinvestering, de (on)mogelijkheden van het HIS en AIS en de administratieve afhandeling.



Schaal: 1 = zeer ontevreden, 5 = zeer tevreden

Figuur 4 Tevredenheid deelnemers

Werkwijze

De deelnemende huisartsen is gevraagd elk 5 patiënten te selecteren die voldoen aan de criteria van de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012) en waarbij in de eerste lijn het meeste te verwachten is van een medicatiebeoordeling. In de praktijk hebben de apothekers een voorselectie gemaakt van patiënten van 65 jaar en ouder met chronisch gebruik van minimaal 5 geneesmiddelen. De huisartsen hebben vervolgens de definitieve selectie gemaakt door vast te stellen of patiënten voldeden aan minimaal een van de aanvullende criteria uit de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012). Niet alle patiënten (11) voldeden echter aan de aanvullende selectiecriteria uit de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012) en van 6 patiënten was het onbekend. Bij de huisartsen en apothekers in Den Haag bleek het moeilijk om voldoende relevante patiënten te selecteren, vanwege de geringe overlap tussen de patiëntpopulaties van huisarts en apotheker. Bij de andere FTO-groepen was de reden niet duidelijk.

In de STRIP-methode voeren zowel de apotheker als de huisarts een medicatieanalyse uit. Deze werkwijze is alleen gevolgd door de huisartsen en apothekers in Amsterdam. Deze deelnemers vonden dit dubbel werk en noemden dit een knelpunt. In Utrecht en Den Haag is de medicatieanalyse alleen door de apothekers uitgevoerd en bespraken de apothekers hun voorstellen met de huisarts tijdens het medicatieoverleg. Deze deelnemers waren tevreden over de aanpak en verwachtten dat deze efficiënter is.

Deskundigheid

De meeste respondenten (11 van 16) vonden zich deskundig genoeg voor het uitvoeren van medicatiebeoordeling (score 4 of 5). De overige respondenten beoordeelden hun deskundigheid matig (score 3). De deelnemers misten vooral parate kennis (5 keer).

Voorafgaand aan het project hebben 6 respondenten (3 huisartsen en 3 apothekers) scholing op het gebied van polyfarmacie gevolgd. Een huisarts volgt de opleiding voor kaderhuisarts Ouderengeneeskunde, alle drie hebben zij de PIN Polyfarmacie van het NHG gemaakt. Twee apothekers hebben de PIAF-cursus (PAO Farmacie) gevolgd en een apotheker de SAFE-cursus.

Knelpunten

Belangrijke knelpunten voor de apothekers waren:

- ▶ de grote tijdsinvestering
- ▶ niet beschikbaar zijn van laboratoriumgegevens bij de voorbereiding
- ▶ moeilijk na te gaan of huisarts evaluatiegesprek met patiënt heeft uitgevoerd
- ▶ taalbarrière bij sommige patiënten

Belangrijke knelpunten voor de huisartsen waren:

- ▶ de grote tijdsinvestering
- ▶ moeilijke selectie van relevante patiënten door geringe overlap patiënten in eigen praktijk en in apotheek
- ▶ medicatie geïnitieerd in de tweede lijn (indicatie lastig te achterhalen, moeilijke bereikbaarheid medisch specialist, medisch specialist oneens met voorgestelde wijziging, groot vertrouwen patiënten in medisch specialist)
- ▶ de strak protocollaire werkwijze van de apotheker
- ▶ het bewaken van de vervolgacties na het medicatieoverleg

Aanbevelingen van deelnemers

De deelnemers hebben verschillende aanbevelingen gedaan ter verbetering van de werkwijze van medicatiebeoordelingen. Genoemde aanbevelingen van de apothekers waren:

- ▶ volg scholing op het gebied van medicatiebeoordelingen
- ▶ start met enkele patiënten en één huisarts (met prettige samenwerking) en probeer uit wat de beste methode is voor de eigen situatie
- ▶ laat eerst de huisarts de patiënt op de hoogte brengen van de gezamenlijke aanpak
- ▶ werk een gestructureerde lijst af tijdens het anamnese-gesprek (eventueel uitbesteden aan praktijkondersteuner of farmaceutisch consulent)
- ▶ het gezamenlijk overleg over het farmacotherapeutisch behandelplan moet door huisarts en apotheker worden voorbereid, anders duren de gesprekken te lang

- evalueren is pas 6 maanden na de medicatiebeoordeling zinvol, terugkoppeling naar de patiënt vergt tijd en effecten op medicatie zijn pas bij volgende herhaalmedicatie zichtbaar

Genoemde aanbevelingen van de huisartsen waren:

- breng elkaar voorafgaand aan het overleg over het farmacotherapeutisch behandelplan op de hoogte van ieders bevindingen bij de medicatieanalyse (bv. per (beveiligde) mail)
- richt de aandacht vooral op overduidelijke gevallen van polyfarmacie of bijvoorbeeld patiënten boven de 85 jaar, zodat tijdsinvestering opweegt tegen rendement
- kijk jaarlijks naar een top-3 van medicatie (en dus niet naar alle medicatie)
- laat aspecten van het anamnesegegesprek ook aan de orde komen bij de begeleiding van ouderen door de praktijkondersteuner
- let ook op therapietrouw
- maak na de medicatieanalyse een digitaal rondje langs alle voorschrijvers: medisch specialisten worden zo ook geattendeerd op interacties, therapieontrouw, bijwerkingen en dergelijke
- laat de follow-up van de medicatiebeoordeling door de praktijkondersteuner doen

Interviews

Algemeen

Vertegenwoordigers van LINH, NHG en de SFK hebben gehoor gegeven aan de oproep om deel te nemen aan het interview. De KNMP heeft ons voor inhoudelijke informatie over apotheeksystemen doorverwezen naar vertegenwoordigers van gebruikersverenigingen van een aantal apotheeksystemen. Alleen een gebruiker van het apotheekstelsel Pharmacom heeft deelgenomen aan het interview.

Selectie van patiënten en medisch/farmaceutische gegevens

Samenvattend kunnen we stellen dat selectie van patiënten die voldoen aan de selectiecriteria van de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012), onvoldoende mogelijk is met de huidige HIS'en en AIS'en. Daarmee is het ook niet mogelijk om landelijk in kaart te brengen hoeveel patiënten in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling op basis van deze selectiecriteria. Hieronder vindt u hierover meer achtergrondinformatie.

HIS en AIS

In de HIS'en ontbreken nog veel noodzakelijke gegevens om een goede selectie van patiënten volgens de criteria van de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012) mogelijk te maken. Hierbij hebben we te maken met een aantal situaties:

- de huisarts is bekend met de problematiek, maar heeft die informatie vermeld in journaal/vrije tekstvelden en niet als een gecodeerd gegeven
- de huisarts heeft de patiënt nooit naar de betreffende problematiek gevraagd en heeft de informatie niet (bv. valrisico)
- voorstadia van ziektebeelden (zoals dementie) zijn nog niet als ziekte geregistreerd

Moeilijk te selecteren criteria in het HIS zijn chronisch gebruik (elk HIS hanteert een andere definitie), verminderde cognitie (vaak nog geen diagnose dementie gesteld), niet geplande ziekenhuisopname, verhoogd valrisico en signalen van therapieontrouw.

Ook in de AIS'en is selectie van patiënten alleen op een beperkt aantal criteria uit de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012) mogelijk. Het gaat dan om leeftijd, aantal (chronische) geneesmiddelen, woonsituatie, verminderde nierfunctie (voor zover bekend), mate van therapietrouw en (geplande) ziekenhuisopnames (op voorwaarde dat medicatieoverzicht is aangevraagd door ziekenhuis). Geautomatiseerd selecteren van patiënten in het AIS is echter vaak moeilijk. Daarbij kan het praktijkondersteunend programma 'Polyfarmacie' van de SFK de apotheker ondersteunen (zie verder bij Landelijke registratiesystemen).

Landelijke registratiesystemen

Een van de landelijke registratiesystemen voor de huisartsen is de databank van LINH, een netwerk van 107 geautomatiseerde huisartsenpraktijken met circa 400.000 patiënten. LINH verzamelt gegevens over onder andere aandoeningen en geneesmiddelvoorschriften uit de patiëntendossiers van de deelnemende huisartsen. Een landelijk registratiesysteem voor de apothekers is de databank van de SFK. De SFK verzamelt en analyseert de geneesmiddelenuitgifte van 95 procent van de openbare apotheken in Nederland. Deze landelijke registratiesystemen zijn afhankelijk van de informatie die beschikbaar is in de HIS'en of AIS'en en ook daadwerkelijk wordt aangeleverd. Dit betekent bijvoorbeeld dat alle informatie in vrije tekstvelden niet beschikbaar is. Alleen gecodeerde velden zijn te selecteren en analyseren.

LINH beschikt over gegevens over leeftijd patiënt, woonsituatie/woonvorm, medische voorgeschiedenis, indicaties, medicatieoverzicht (voorgeschreven door huisarts), contra-indicaties, intoleranties, nierfunctie en andere relevante meetwaarden, resultaten van diagnostische tests (zoals verkorte MMSE) en codes van cognitieproblemen. De kwaliteit van deze informatie is afhankelijk van de mate waarin de huisarts de gegevens ook daadwerkelijk invult. Dit verschilt per parameter. Met dit registratiebestand is het daarom onvoldoende mogelijk om inzicht te krijgen in welke mate (op landelijk niveau) patiënten in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling volgens de criteria van de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012).

Het registratiebestand van de SFK heeft momenteel geen informatie over indicaties, relevante meetwaarden, mate van cognitie, valrisico, woonsituatie en ziekenhuisopnames. Informatie over nierfunctie (en andere contra-indicaties) is nu nog niet of slechts deels beschikbaar. Verminderde nierfunctie is wel te registreren als contra-indicatie en in de vorm van meetwaardencijfers. Dit is echter (nog) niet bij alle softwareleveranciers technisch mogelijk. Berekenen van therapietrouw is slechts beperkt mogelijk in de SFK databank, aangezien de SFK het burgerservicenummer (BSN) niet mag gebruiken vanwege privacy. De SFK werkt wel aan een procedure met pseudoniemen op basis van het BSN. Dit kan de SFK gebruiken voor analyses op landelijk niveau en voor indicatoren op apotheekniveau, maar niet voor analyses op individueel patiëntniveau (vanwege privacy).

Ook met dit registratiebestand is het onvoldoende mogelijk om inzicht te krijgen in welke mate (op landelijk niveau) patiënten in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling volgens de criteria van de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012). De databank van de SFK kan individuele apothekers wel ondersteunen bij de selectie van mogelijk relevante patiënten. Met behulp van het praktijkondersteunend programma 'Polyfarmacie' van de SFK kan de apotheker mogelijk relevante patiënten voor een medicatiebeoordeling uit de eigen apotheek selecteren. De selectiecriteria komen slechts deels overeen met de criteria in de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012) en zijn aangevuld met criteria op het gebied van farmacotherapeutische problematiek (zoals onderbehandeling, minder geschikte medicatie, interacties en contra-indicaties). Ook zijn deze criteria (nog) niet afgestemd op de in de MDR gehanteerde start- en stopcriteria.

Monitoring medicatiebeoordeling

Voor het kunnen monitoren van het proces en de resultaten van medicatiebeoordelingen (op lokaal niveau door de individuele huisarts en apotheker) is het belangrijk dat zij per patiënt de overwegingen, conclusies, acties en afspraken van een medicatiebeoordeling op een uniforme wijze in het HIS of AIS kunnen vastleggen en onderling uitwisselen. Dat is nu niet of nauwelijks mogelijk. Dat betekent dat ook regionale of landelijke monitoring van resultaten van medicatiebeoordelingen niet mogelijk is. Hieronder vindt u hierover meer achtergrondinformatie.

HIS en AIS

De HIS'en kunnen voorsnog activiteiten, aandachtspunten, gespreksprotocollen, afspraken, vorderingen en evaluaties van een medicatiebeoordeling alleen registreren in vrije tekst in het journaal/werkblad. Het NHG onderzoekt momenteel hoe belangrijke gegevens rondom medicatiebeoordelingen te registreren moeten zijn in het HIS. Van daaruit zal gezocht worden naar benodigde HIS-brede oplossingen.

AIS'en kunnen doorgaans de uitvoering van een medicatiebeoordeling vastleggen als een prestatie, waardoor de medicatiebeoordeling bij zorgverzekeraars declareerbaar is. Activiteiten, aandachtspunten, gespreksprotocollen, afspraken, vorderingen en evaluaties van een medicatiebeoordeling zijn alleen te registreren in vrije tekst. Wel kunnen apothekers bepaalde zorg registreren in een zorgregistratiesysteem (ZRS). ZRS is door de KNMP ontwikkeld en beschikbaar in de meeste AIS'en (Caresoft, Mira en Aposys wel en Pharmacom niet). Het ZRS is (nog) slechts beperkt geschikt voor de registratie van activiteiten rondom medicatiebeoordelingen.

Apothekers kunnen tevens gebruik maken van een zorgprogramma. Een zorgprogramma is geen onderdeel van het AIS (in tegenstelling tot ZRS), maar fungeert als een soort schil om het AIS en daarmee onafhankelijk van het AIS en maakt gebruik van informatie uit het AIS. Welk zorgprogramma een apotheker gebruikt, is afhankelijk van de keten/groep waartoe de apotheker behoort. Deze apotheekketens of apotheekgroepen gebruiken zorgprogramma's voor het aantonen dat zij zich aan de (zorg)afspraken met zorgverzekeraars houden. Mogelijk kunnen deze zorgprogramma's (in de toekomst) een rol vervullen bij het registreren en monitoren van de resultaten van medicatiebeoordelingen.

Landelijke registratiesystemen

LINH heeft geen informatie over (onderdelen van) medicatiebeoordelingen en kan daardoor het registratiebestand niet gebruiken voor het monitoren van regionale en landelijke resultaten van medicatiebeoordelingen.

Ook de SFK heeft onvoldoende informatie voor het monitoren van regionale en landelijke resultaten van medicatiebeoordelingen. De databank van de SFK bevat wel informatie over de declaratie van medicatiebeoordelingen bij zorgverzekeraars door apothekers. Dit betekent dat de SFK een apotheker kan ondersteunen bij het monitoren van de veranderingen in het medicatiegebruik na een medicatiebeoordeling bij een individuele patiënt. Het tijdstip van declaratie komt echter niet altijd overeen met het daadwerkelijke tijdstip van de medicatiebeoordeling. In de praktijk declareren apothekers een medicatiebeoordeling vaak later in het jaar zodat de declaratie niet onder het eigen risico van de patiënt valt.

Aanbevelingen van geïnterviewden

- ▶ Zorg voor betere registratiemogelijkheden voor onder andere resultaten en afspraken van medicatiebeoordelingen in HIS en AIS. Daardoor is een goede monitoring van medicatiebeoordelingen mogelijk.
- ▶ Ontwikkel een uniform digitaal protocol voor een medicatiebeoordeling zowel voor HIS'en als AIS'en en zorg dat de informatie in dit protocol onderling uitwisselbaar is en (geanonimiseerd) beschikbaar komt voor landelijke registratiesystemen.

4 Conclusie

Huisartsen en apothekers vinden het uitvoeren van een medicatiebeoordeling bij patiënten met polyfarmacie zinvol. Zij waarderen de methode in de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012), vooral met betrekking tot het anamnesegegesprek met de patiënt en de samenwerking tussen huisarts en apotheker. De medicatiebeoordelingen leverden bij vrijwel alle patiënten in dit onderzoek voorstellen voor medicatiewijzigingen op, vooral gericht op over- en onderbehandeling. Deze wijzigingen hadden geen effect op de directe kosten van de medicatie.

Huisartsen en apothekers ondervonden een aantal belangrijke knelpunten bij de praktische uitvoering van medicatiebeoordelingen volgens de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012). Het ging daarbij om de selectie van patiënten, de werkwijze bij de medicatieanalyse, het bewaken van de continuïteit van het proces, het beoordelen van de medicatie geïnitieerd door de medische specialist en de grote tijdsinvestering.

Een deel van de knelpunten is het gevolg van de beperkte registratie- en selectiemogelijkheden in HIS'en en AIS'en. De huidige mogelijkheden in de HIS'en en AIS'en voor selectie van patiënten, uitwisseling van gegevens en verslaglegging rondom medicatiebeoordelingen zijn nog onvoldoende. Verbeteringen op het gebied van registratie- en selectiemogelijkheden in HIS'en en AIS'en zullen de implementatie van de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012) faciliteren. Door de beperkte registratiemogelijkheden in HIS'en en AIS'en zijn ook regionale en landelijke monitoring van medicatiebeoordeling door landelijke registratiesystemen (van bijvoorbeeld LINH en SFK) vooralsnog niet mogelijk.

5 Beschouwing

Uit dit pilotonderzoek waarbij huisartsen en apothekers de STRIP-methode uit de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012) hebben uitgetest bij 60 patiënten, blijkt dat zowel apothekers als huisartsen de werkwijze van de STRIP-methode zinvol vinden. De medicatiebeoordelingen leveren ook daadwerkelijk iets op. Bij vrijwel alle patiënten was er minimaal één voorstel voor een medicatiewijziging. De deelnemers ervaren echter een aantal essentiële knelpunten.

Knelpunten

De belangrijkste knelpunten waren de selectie van patiënten, de werkwijze bij de medicatieanalyse, het bewaken van de continuïteit van het proces, het beoordelen van de medicatie geïnitieerd door de medische specialist en de grote tijdsinvestering. Een deel van deze problematiek is gerelateerd aan de (on)mogelijkheden van de HIS'en en AIS'en rondom selectie van patiënten en registratie van activiteiten in het kader van medicatiebeoordelingen.

Selectie van patiënten

Alle geselecteerde patiënten waren 65 jaar of ouder en gebruikten chronisch 5 of meer geneesmiddelen. Een deel van de patiënten voldeed echter niet aan een (of meerdere) van de aanvullende criteria in de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012). In Den Haag was dit vooral het gevolg van de geringe overlap tussen de patiëntpopulaties van huisarts en apotheker. Mogelijk speelden moeilijkheden met (geautomatiseerde) selectie van patiënten een rol. De benodigde patiëntgegevens zijn niet altijd bekend en beschikbare patiëntgegevens zijn verspreid over de dossiers van de apotheker en huisarts en vaak niet geautomatiseerd te vinden. Dat betekent dat in de praktijk de apothekers vaak een voorselectie maken van patiënten van 65 jaar en ouder met chronisch gebruik van minimaal 5 geneesmiddelen, waarna de huisartsen de definitieve selectie maken door handmatig te kijken naar aanvullende criteria uit de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012). Dit is tijdrovend.

Werkwijze medicatieanalyse

Een aanzienlijk aandeel van de voorgestelde medicatiewijzigingen zijn (nog) niet doorgevoerd. Niet in alle gevallen geven de deelnemers daarvoor een reden aan. Mogelijk speelt het korte tijdsbestek van het pilotonderzoek een rol, waardoor nog niet alle evaluatiegesprekken en/of vervolgacties hebben plaats gevonden. Een andere mogelijk verklaring is de werkwijze van de medicatieanalyse. Opvallend is namelijk dat het aantal doorgevoerde wijzigingen in Amsterdam twee keer hoger was dan in Utrecht en Den Haag. In Amsterdam is de medicatieanalyse zowel door huisarts als door apotheker uitgevoerd (zoals aanbevolen in de STRIP-methode), in Utrecht en Den Haag alleen door de apotheker.

Bij een medicatieanalyse door alleen de apotheker is de huisarts mogelijk onvoldoende voorbereid tijdens het medicatieoverleg, waardoor de huisarts aanvankelijk sneller instemt met de door de apotheker voorgestelde wijzigingen en pas in een later stadium signaleert dat de voorgestelde wijziging niet wenselijk was. Bovendien zal een huisarts waarschijnlijk makkelijker een zelf voorgestelde wijziging doorvoeren. Dit pleit ervoor dat het zinvol is dat zowel de huisarts als apotheker de medicatieanalyse uitvoeren. Uiteraard bestaat hierbij het risico dat de huisarts en apotheker dubbel werk doen, maar bij een optimale samenwerking tussen huisartsen en apothekers maken zij gebruik van elkaars kernkwaliteiten. De huisarts is kundig in consultvoering en gesprekstechnieken (vraagverheldering, exploreren en evalueren) en is gewend om klinisch afwegingen te maken (uitgaande van de persoonlijke situatie van de patiënt). De apotheker heeft kennis over effectiviteit, veiligheid en interacties van geneesmiddelen en hoe een geneesmiddel moet worden gebruikt en is een protocollaire werkwijze gewend. Het is belangrijk dat de huisarts en apotheker deze onderlinge verschillen niet als knelpunt ervaren maar als een wezenlijke toevoeging, waardoor de samenwerking meer oplevert dan de som van de afzonderlijke componenten.

Bewaken continuïteit

Het bewaken van de continuïteit van het medicatiebeoordelingsproces bleek een groot probleem. De taken waren verdeeld tussen apotheker en huisarts en de mogelijkheden voor gezamenlijke (digitale) verslaglegging ontbraken. Dat goede verslaglegging een probleem is voor de follow-up en monitoring blijkt ook uit de interviews met sleutelfiguren. De apothekers vonden het lastig de continuïteit na het gezamenlijk overleg over het behandelplan in de gaten te houden, aangezien de vervolgacties (evaluatiegesprek, doorvoeren van de wijzigingen en uitvoeren van de noodzakelijke follow-up) vooral bij de huisartsen lagen. Onvoldoende bewaking van de continuïteit is mogelijk ook een van de redenen voor het niet doorvoeren of uitstellen van voorgestelde medicatiewijzigingen. In dit pilotonderzoek zijn geen concrete afspraken over het projectleiderschap gemaakt. Het aanwijzen van een projectleider kan dit knelpunt mogelijk oplossen. Een geschikte projectleider kan naast de apotheker of huisarts ook een praktijkondersteuner van de huisarts of farmaceutisch consultant in de apotheek zijn.

Medicatie van de specialist

De huisartsen ervaren medicatie geïnitieerd door de medisch specialist als een knelpunt. Aspecten die daarbij een rol spelen, zijn de tijdsinvestering voor intercollegiaal overleg en schroom van de huisarts (én patiënt) voor wijzigen van de medicatie van de specialist. Deze schroom is echter niet terecht. Als de huisarts herhaalrecepten uitschrijft voor medicatie geïnitieerd door de medisch specialist, is de huisarts ook zelf verantwoordelijk voor de voorgeschreven medicatie. Wel is het voor alle partijen prettig als de huisarts en specialist overeenstemming hebben over de wijzigingen. Het is belangrijk dat de huisarts de motivatie voor wijzigingen in het beleid van de medisch specialist bespreekt met de patiënt, vastlegt in het dossier van de patiënt en met de specialist communiceert.

Tijdsinvestering

De tijdsinvestering in dit pilotonderzoek was voor de apotheker gemiddeld 90 minuten per patiënt. Door de onvolledige registraties van de tijdsinvestering van de huisartsen is geen uitspraak mogelijk over de gemiddelde tijdsinvestering van de huisartsen. Deze onvolledige registraties zijn waarschijnlijk het gevolg van onvolledige communicatie tussen huisartsen en apothekers. De tijdsinvestering van huisartsen moest ook op het gezamenlijk mutatieformulier - dat vooral door apothekers is bijgehouden - ingevuld worden. Dat is onvoldoende gebeurd. Huisartsen geven echter - evenals de apothekers - aan dat de tijdsinvestering per patiënt te groot is. Op basis van de evaluaties en interviews stellen we dat veel tijdswinst te behalen moet zijn door verbetering van de mogelijkheden van de informatiesystemen van huisarts en apotheker voor patiëntselectie, verslaglegging en uitwisseling van gegevens.

Kosten van medicatie

In dit pilotonderzoek was er geen effect op de directe geneesmiddelkosten. Dit is in tegenstelling tot andere (eerdere) Nederlandse initiatieven, waar besparingen zijn aangetoond. Het ontbreken van een kosteneffect is mogelijk het gevolg van het kleine aantal patiënten en korte looptijd van het onderzoek. In dit pilotonderzoek zijn bovendien relatief vaak geneesmiddelen toegevoegd, wat tot hogere kosten leidt. Het ging daarbij vooral om toevoeging van vitamine D en calcium (op basis van nieuwe adviezen in NHG-Standaard 'Fractuurpreventie' (2012) en van de Gezondheidsraad) en starten van protonpompremmers en cardiovasculaire medicatie. Het gaat daarbij vooral om preventieve medicatie, die op korte termijn leidt tot kostenverhoging maar op langere termijn tot kostenreductie (minder fracturen, maagcomplicaties en/of cardiovasculaire incidenten). Bovendien zijn de voorgestelde wijzigingen over het staken van geneesmiddelen (wat leidt tot kostenbesparing) minder doorgevoerd (zie Resultaten).

Landelijke monitoring van medicatiebeoordelingen

Monitoring van het proces en de effecten van medicatiebeoordelingen is alleen mogelijk door een uniforme en reproduceerbare registratie van relevante informatie in HIS'en en AIS'en. Dit is momenteel nog niet mogelijk. Dat betekent ook dat landelijke registratiesystemen (van bijvoorbeeld LINH en de SFK) nog nauwelijks beschikken over de benodigde informatie. Landelijke monitoring van het proces en de effecten van medicatiebeoordelingen is dan ook nog niet mogelijk.

6 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen in dit pilotonderzoek hebben we aanbevelingen voor huisartsen, apothekers, zorgverzekeraars, leveranciers van HIS'en en AIS'en en onderzoekfondsen geformuleerd.

Voor apothekers en huisartsen

- ▶ Stel een projectleider aan - bijvoorbeeld een praktijkondersteuner of farmaceutisch consultant - die de continuïteit en follow-up van de medicatiebeoordelingen bewaakt.
- ▶ Volg gezamenlijk een nascholing/opleiding op het gebied van medicatiebeoordelingen waarin aandacht is voor goede samenwerking en de verschillen in kernkwaliteiten tussen huisarts en apotheker.
- ▶ Verdeel de taken van huisarts en apotheker bij de farmacotherapeutische analyse. Laat de apotheker zich vooral richten op de geneesmiddelgerelateerde analyse (bijwerkingen, interacties, contra-indicaties, gebruiksgemak) en de huisarts op de behandelanalyse (indicaties, behandeldoelen, laboratoriumwaarden).
- ▶ Zorg dat de evaluatiegesprekken met de patiënt tijdig plaatsvinden. Spreek af op welke manier dit het beste gewaarborgd kan worden. Zo kan bijvoorbeeld de apotheker patiënten al tijdens het anamnesegegesprek instrueren voor het maken van een afspraak bij de huisarts na de datum van het medicatieoverleg of de praktijkassistente van de huisarts kan de patiënten telefonisch benaderen voor het maken van een afspraak.

Voor huisartsen

- ▶ Communiceer met de voorschrijvers in de tweede lijn over het uitvoeren van medicatiebeoordelingen in de eerste lijn en maak afspraken over de wijze waarop de medisch specialisten beschikbaar zijn voor overleg en op welke wijze relevante wijzigingen in het farmacotherapeutisch behandelplan onderling gecommuniceerd worden.
- ▶ Maak lokale of regionale afspraken - bijvoorbeeld in zorggroepverband of via medisch coördinerende centra - met belangrijke voorschrijvers in de tweede lijn (zoals cardiologen, internisten, longartsen) over het omgaan met medicatiewijzigingen bij medicatie geïnitieerd door de medisch specialist. Maak bijvoorbeeld afspraken over situaties waarin de huisarts de door hem uitgeschreven herhaalmedicatie kan wijzigen en welke wijzigingen wel en niet zonder overleg met de medisch specialist kunnen plaatsvinden.

Voor zorgverzekeraars

- ▶ Geef huisartsen en apothekers een reële vergoeding voor het uitvoeren van medicatiebeoordelingen. Hierdoor stijgt de kans dat huisarts en apotheker voldoende tijd kunnen investeren in de uitvoering, wat ook de opbrengsten kan verbeteren.

Voor leveranciers van HIS'en en AIS'en

- ▶ Verbeter de mogelijkheden van registratie van de selectiecriteria van de MDR 'Polyfarmacie bij ouderen' (2012), zodat een efficiëntere selectie van relevante patiënten mogelijk is.
- ▶ Maak adequate ondersteuning mogelijk voor de verschillende processtappen van de medicatiebeoordeling, zodat registratie, monitoring en communicatie over medicatiebeoordeling met relevante gegevens kan plaatsvinden.
- ▶ Ondersteun de farmacotherapeutische anamnese met elektronische protocollen, waardoor de het afnemen van de anamnese en de verslaglegging efficiënter plaats vindt.
- ▶ Verbeter de elektronische uitwisseling van gegevens rondom het proces van medicatiebeoordeling tussen huisarts en apotheker.

Voor onderzoeksfondsen

- ▶ Stimuleer en ondersteun verder onderzoek naar praktische en uniforme verslaglegging van de verschillende stappen van medicatiebeoordelingen en bijbehorende activiteiten en bevindingen in het HIS en AIS.

Bijlage 1

Informatie voor potentiële deelnemers

Medicatiebeoordeling bij kwetsbare ouderen met polyfarmacie

Het NHG en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) zoeken voor een gezamenlijk project drie FTO-groepen die medicatiebeoordelingen willen uitvoeren bij kwetsbare ouderen met polyfarmacie.

Belang van medicatiebeoordeling

Het uitvoeren van gestructureerde, systematische medicatiebeoordelingen bij kwetsbare ouderen met polyfarmacie draagt bij aan een veilige inzet van medicatie en reduceert daarmee het risico op schade en bijwerkingen. Het is aangetoond dat door medicatiebeoordeling de kwaliteit van het medicijngebruik stijgt en de incidentie van valincidenten afneemt. Ook kan de therapietrouw toenemen.

Aanbod

Het NHG en IVM begeleiden drie FTO-groepen bij het in de praktijk brengen van medicatiebeoordeling volgens de multidisciplinaire richtlijn (MDR) 'Polyfarmacie bij ouderen'. Hiertoe wordt in een FTO-bijeenkomst een op basis van de MDR ontwikkelde FTO-module besproken. Daarna voeren huisartsen en apotheker gezamenlijk bij een beperkt aantal patiënten een medicatiebeoordeling volgens de systematiek van de MDR uit.

Doel

Het doel van het project is evalueren

- ▶ tot welke medicatiewijzigingen het uitvoeren van de medicatiebeoordeling leidt
- ▶ hoeveel tijd het uitvoeren van de medicatiebeoordeling de huisarts en apotheker kost
- ▶ welke knelpunten en positieve punten de betrokkenen ervaren
- ▶ welke invloed de medicatiebeoordeling heeft op de kosten voor geneesmiddelen

Planning (2013)

februari-maart: FTO-bijeenkomst (onder leiding van medewerker van het IVM)

maart-april: uitvoeren medicatiebeoordelingen (coaching per telefoon of e-mail)

april-mei: follow-up medicatiebeoordelingen, verzamelen resultaten voor evaluatie

september: evaluatiebijeenkomst (resultaten en proces)

De methode van de MDR in het kort

- ▶ voorbereiding en selectie van patiënten
- ▶ farmacotherapeutische anamnese (gesprek met de patiënt)
- ▶ farmacotherapeutische analyse (signaleren farmacotherapie gerelateerde problemen)
- ▶ overleg tussen huisarts en apotheker (opstellen farmacotherapeutisch behandelplan)
- ▶ terugkoppeling naar de patiënt en andere behandelaren (vaststellen behandelplan)
- ▶ follow-up (evaluatie afgesproken acties binnen 3 maanden)

Wat levert deelname u op

- ▶ kosteloze begeleiding bij het opstarten van medicatiebeoordelingen in uw praktijk
- ▶ kwaliteitsverbetering van de zorg voor kwetsbare ouderen met polyfarmacie
- ▶ inbreng bij de landelijke implementatie van de MDR Polyfarmacie bij ouderen
- ▶ onkostenvergoeding van 50 euro per beoordeelde patiënt (25 euro voor de huisarts en 25 euro voor de apotheker)

Wat verwachten we van de FTO-groep

- ▶ per FTO-groep 4 huisartsen die bereid zijn ieder bij 5 patiënten samen met de apotheker een medicatiebeoordeling uit te voeren conform de methode in de MDR
- ▶ tijdsinvestering
 - huisarts: ±10 uur (2,5 uur FTO-bijeenkomst en voorbereiding; 1,5 uur per medicatiebeoordeling)
 - apotheker: ±22,5 uur (2,5 uur FTO-bijeenkomst en voorbereiding; 1 uur per medicatiebeoordeling)

Meer informatie/aanmelden

Voor aanvullende informatie of aanmelden kunt u contact opnemen met:

Marjorie Nelissen, senior apotheker bij het IVM,

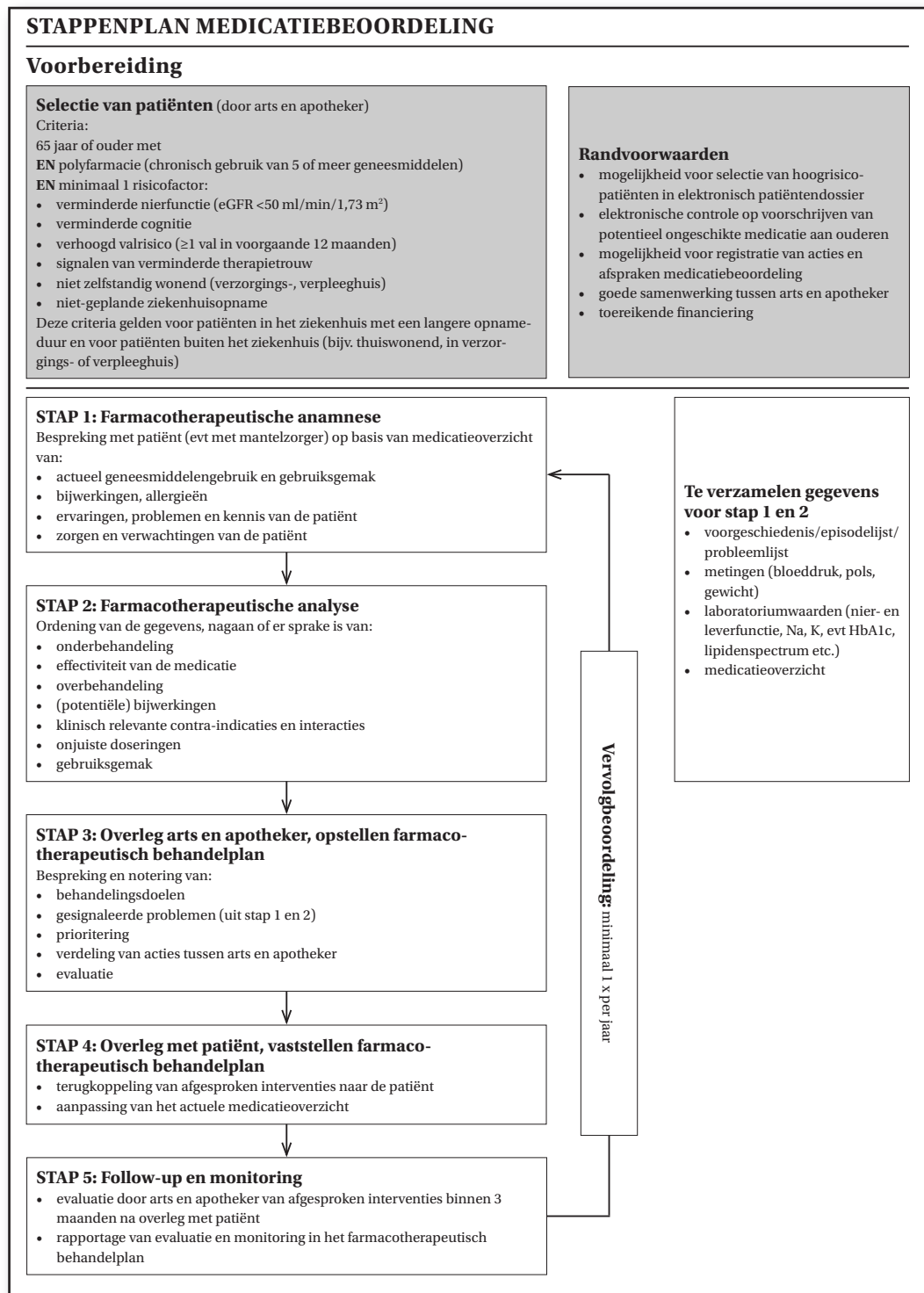
m.nelissen@medicijngebruik.nl, tel 0888-800481

Zamire Damen, wetenschappelijk medewerker bij het NHG,

z.damen@nhg.org, tel 030-2823641

Bijlage 2

STRIP-methode



Definitie medicatiebeoordeling

De multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen* (2012) stelt dat er sprake is van een medicatiebeoordeling bij een beoordeling van de farmacotherapie door **patiënt** (of mantelzorg/verzorgenden), **arts en apotheker** op basis van een periodieke, gestructureerde, kritische evaluatie van de medische, farmaceutische en gebruiksinformatie. Maatstaf bij de beoordeling zijn de individuele behoeften van een patiënt ten aanzien van zijn of haar geneesmiddelgebruik.

Er zijn gegevens nodig over:

- ▶ gebruikte medicatie (medicatieoverzicht van de apotheek)
- ▶ medische gegevens (medische voorgeschiedenis, (contra-)indicaties, intoleranties en meetwaarden)
- ▶ gegevens van de patiënt (verkregen uit een interview/consult: farmacotherapeutische anamnese)

Definitie polyfarmacie

De multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen* (2012) definieert polyfarmacie als het gelijktijdig chronisch gebruik van vijf of meer geneesmiddelen op ATC3-niveau. Bij meer dan drie voorschriften of bij een gebruiksduur van 90 of meer dagen per jaar is er sprake van chronisch gebruik van een geneesmiddel.

Risicofactoren

Ouderen met een groot risico op ongeschikte farmacotherapie zijn ouderen vanaf 65 jaar met polyfarmacie en minimaal één van de volgende risicofactoren:

- ▶ verminderde nierfunctie (eGFR < 50 ml/min/1,73 m²)
- ▶ verminderde cognitie
- ▶ verhoogd valrisico (1 of meer keer een val in voorafgaande 12 maanden)
- ▶ signalen van verminderde therapietrouw
- ▶ niet zelfstandig wonend (verzorgings- of verpleeghuis)
- ▶ niet geplande ziekenhuisopname

Stappenplan

Een medicatiebeoordeling bestaat uit de volgende vijf stappen:

- Stap 1 Farmacotherapeutische anamnese
- Stap 2 Farmacotherapeutische analyse
- Stap 3 Overleg arts en apotheker en opstellen farmacotherapeutische behandelplan
- Stap 4 Overleg patiënt en vaststellen farmacotherapeutische behandelplan
- Stap 5 Follow-up en monitoring

In de multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen* (2012) zijn deze stappen uitgewerkt in de STRIP (Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing).

Vorbereiding

Ter voorbereiding op de medicatiebeoordeling zijn de volgende acties noodzakelijk:

1. selectie van patiënten door arts en apotheker
2. verzamelen gegevens:
 - ▶ medicatieoverzicht van apotheek, inclusief allergieën, overgevoeligheden en reden van start/stop van medicatie
 - ▶ medische voorgeschiedenis/episode- of probleemlijst
 - ▶ gegevens van lichamelijk onderzoek (bloeddruk, pols, gewicht)
 - ▶ meetwaarden van het laboratorium van de afgelopen 12 maanden (nierfunctie, leverfunctie, eventueel HbA1c, cholesterol, serumconcentraties etc.)

Stap 1. Farmacotherapeutische anamnese

Doel: verzamelen van informatie over daadwerkelijk gebruik, ervaringen en beleving van de medicatie door de patiënt en het betrekken van de patiënt bij zijn farmacotherapie.

De farmacotherapeutische anamnese wordt afgenomen met en in bijzijn van de patiënt. Als de patiënt zijn medicatie niet (volledig) in eigen beheer heeft, dan participeert idealiter degene die de patiënt hierbij helpt (de verzorgende of mantelzorg) in het gesprek. Het medicatieoverzicht en de medicijndoosjes van de patiënt vormen de basis voor de farmacotherapeutische anamnese. Gebruik bij voorkeur een gestructureerde vragenlijst.

Bespreek in ieder geval:

- ▶ Wat verwacht de patiënt van zijn of haar medicatie, wat vindt de patiënt van zijn of haar farmacotherapie?
- ▶ Wat zijn de ervaringen van de patiënt met de huidige medicatie en de eerder gebruikte medicatie?
- ▶ Heeft de patiënt klachten, is de farmacotherapeutische behandeling effectief?
- ▶ Ervaart de patiënt bijwerkingen?
- ▶ Wat gebruikt de patiënt daadwerkelijk aan medicatie?
- ▶ Gebruikt de patiënt zelfzorg- of kruidengeneesmiddelen?
- ▶ Hoe volgt de patiënt de gebruiksaanwijzingen op?
- ▶ Ervaart de patiënt praktische problemen met het gebruik van zijn medicatie?
- ▶ Wat zijn, indien van toepassing, de redenen van afwijken van het geadviseerd gebruik/geadviseerde dosering?

Stap 2. Farmacotherapeutische analyse

Doel: identificatie van (potentiële) farmacotherapiegerelateerde problemen (FTP's). Deze analyse is de voorbereiding op stap 3 (overleg tussen arts en apotheker). De geïncorporeerde problemen worden in stap 3 besproken, daar wordt in het overleg tussen arts en apotheker vastgesteld of de problemen klinisch relevant zijn en of er actie aangewezen is.

De analyse begint met het ordenen van de gegevens uit de voorbereiding en de farmacotherapeutische anamnese. De actuele aandoeningen en problemen worden gekoppeld aan de voorgeschreven actuele medicatie en indien mogelijk aan meetwaarden. Bij deze aandoeningen en problemen worden behandeldoelen geformuleerd. Deze behandeldoelen kunnen symptomatisch, curatief of palliatief zijn en worden in stap 3 met de betrokken behandelaren en in stap 4 met de patiënt vastgesteld.

Controleer met deze geordende informatie op mogelijke FTP's zoals:

- ▶ onderbehandeling
- ▶ geneesmiddel niet effectief
- ▶ overbehandeling
- ▶ (potentiële) bijwerking
- ▶ klinisch relevante contra-indicatie en interactie
- ▶ onjuiste dosering
- ▶ probleem bij gebruik

Identificeer de problemen met de behulp van onderstaande vragen en aandachtspunten en de start- en stopcriteria:

Onderbehandeling

- ▶ Worden alle aandoeningen of klachten behandeld?
- ▶ Worden alle aandoeningen of klachten op een doelmatige manier behandeld (volgens de geldende richtlijnen)?
- ▶ Controleer met behulp van de tabel Start-criteria

Niet-effectieve farmacotherapie

- ▶ Hebben alle geneesmiddelen het beoogde effect (worden behandeldoelen behaald)?
- ▶ Zijn er aandoeningen of klachten die onvoldoende effectief behandeld zijn?
- ▶ Controleer of de voorgeschreven dosering effectief is (sterkte, frequentie, duur, lab). Gebruik voor de effectiviteitsbeoordeling de gegevens uit de algemene voorbereiding (metingen, lab) en de farmacotherapeutische anamnese.

Overbehandeling

- ▶ Zijn er geneesmiddelen waar geen indicatie (meer) voor is?

(Potentiële) bijwerking

- ▶ Controleer of er sprake is van een (potentiële) bijwerking van een geneesmiddel.
- ▶ Controleer met behulp van de tabel Stop-criteria.
- ▶ Controleer bij een potentiële bijwerking:
B of dit een **Bekende** bijwerking is,
A welke **Alternatieve** verklaringen er zijn voor de klacht(en), en
T hoe de **Tijdsrelatie** is (is de bijwerking opgetreden na start van het verdachte geneesmiddel).

Overweeg bij een potentiële bijwerking in stap 3, het geneesmiddel te stoppen en te herstarten. Doe dit alleen in overleg met de patiënt en als de patiënt hier open voor staat. Meld afwijkende bijwerkingen bij Lareb.

- ▶ Controleer of er bij risico op een bijwerking de benodigde monitoring wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld laboratoriummetingen zoals bijvoorbeeld nierfunctie, bloedbeeld en dergelijken, bloeddruk, evaluatie klachten met patiënt).

Klinisch relevante contra-indicatie en interactie

- ▶ Controleer of er een mogelijk geneesmiddel-geneesmiddel interactie is, of dat er een geneesmiddel mogelijk gecontra-indiceerd is. Bepaal vervolgens of deze voor deze patiënt mogelijk relevant is en of deze invloed heeft op de behandeling van de patiënt omdat deze mogelijk minder effectief is, minder veilig is of dat de patiënt hier een bijwerking van ervaart.

Denk hierbij ook aan interacties met voeding, grapefruitsap, kruiden of zelfzorgmiddelen.

In stap 3 wordt in overleg tussen arts en apotheker vastgesteld of de interactie of contra-indicatie ook daadwerkelijk klinisch relevant is.

- ▶ Controleer of er geneesmiddelen gecontra-indiceerd zijn bij de nierfunctie van de patiënt.
- ▶ Controleer of er bij een geneesmiddelinteractie of bij een gecontra-indiceerd geneesmiddel de benodigde monitoring wordt uitgevoerd.

Onjuiste dosering

- ▶ Controleer of de voorgeschreven dosering past bij de indicatie.
- ▶ Controleer of de voorgeschreven dosering veilig is (sterkte, frequentie, duur, lab).
- ▶ Controleer of de voorgeschreven dosering past bij de nierfunctie en leeftijd van de patiënt.

Probleem bij gebruik

- ▶ Gebruikt de patiënt zijn geneesmiddelen volgens voorschrift?
- ▶ Is de patiënt gemotiveerd om zijn geneesmiddelen te gebruiken?
- ▶ Is de toedieningsweg het meest gemakkelijk en meest effectief voor de patiënt?
- ▶ Is de toedieningsvorm het meest gemakkelijk en meest effectief voor de patiënt?
- ▶ Kan het geneesmiddelgebruik gemakkelijker voor de patiënt:
 - Kan de doseerfrequentie omlaag?
 - Kan de patiënt baat hebben bij een andere formulering?
 - Zijn er hulpmiddelen waarbij het gebruik gemakkelijker wordt voor deze patiënt?

Stap 3. Overleg arts en apotheker en opstellen farmacotherapeutische behandelplan

Doel: arts en apotheker bereiken overeenstemming over de behandeldoelen en hoe deze voor de patiënt bereikt kunnen worden.

De arts en apotheker bespreken en stellen vast:

- ▶ de behandeldoelen voor de patiënt
- ▶ de relevante farmacotherapiegerelateerde problemen (FTP's uit stap 1 en 2)
- ▶ prioritering van de FTP's
- ▶ interventies met de verantwoordelijke
- ▶ hoe, wanneer en door wie deze geëvalueerd worden

Bespreek de gesignaleerde problemen uit stap 1 en 2. Prioriteer de verschillende interventies en verdeel de verantwoordelijkheid voor de verschillende acties (zoals overleg met de oorspronkelijke voorschrijver bij voorgestelde medicatiewijzigingen, recepten schrijven, gesprek met de patiënt, aanpassen actueel medicatieoverzicht).

Neem bij dit behandelplan de wensen van de patiënt naast specifieke patiëntkenmerken en ervaringen en levensverwachting ('time until benefit') mee. Streef naar zo weinig mogelijk inname momenten per dag, schrijf zo weinig mogelijk voor, schrijf alleen hele tabletten voor en houd het aantal wijzigingen per keer beperkt. Denk aan de mogelijkheid van weekdoseersystemen zoals 'medicatie op rol'.

Stap 4. Overleg patiënt en vaststellen farmacotherapeutische behandelplan

Doel: de patiënt participeert in zijn of haar farmacotherapie en hij begrijpt de interventies in het farmacotherapeutische behandelplan. De participatie is afgestemd op de mogelijkheden van de patiënt.

Bespreek met de patiënt (en/of diens vertegenwoordiger) de voorgestelde wijzigingen en neem op grond daarvan de definitieve beslissing welke wijzigingen worden doorgevoerd. Maak daarbij een tijdpad voor elke verandering. Geef de wijzigingen op schrift mee zodat de patiënt dit desgewenst kan nalezen of kan bespreken met mantelzorg.

Geef iedere wijziging ook aan op het actueel medicatieoverzicht en communiceer dit met de andere behandelaren.

Stap 5. Follow-up en monitoring

Doel: uitvoeren en evalueren van de voorgenomen interventies.

Documenteer in het farmacotherapeutische behandelplan welke controles uitgevoerd dienen te worden en op welke termijn. Bespreek met de patiënt hoe hij het geneesmiddelgebruik zelf kan evalueren en wanneer het goed is contact op te nemen met de behandelend arts of apotheker. Documenteer tevens welke evaluatieafspraken er gemaakt zijn met de patiënt.

Leg vast op welke termijn de medicatielijst opnieuw gereviseerd moet worden.

Vervolgbeoordelingen

Een vervolgbeoordeling dient minimaal 1 x per jaar plaats te vinden. Dit is niet relevant voor patiënten die voor een opname in het ziekenhuis zijn, maar wel voor patiënten die in een ambulante setting worden behandeld.

Samenwerking

Spreek de organisatie van het doorlopen van de STRIP-methode lokaal af en besluit als arts en apotheker samen wie wat doet. Het opstellen en evalueren van het behandelplan gebeurt onder gezamenlijke verantwoordelijkheid van de arts en apotheker. Praktijkondersteuners, verpleegkundigen, farmaceutisch consulenten, doktersassistenten, apothekersassistenten en andere hulpverleners kunnen bij de uitvoering behulpzaam zijn.

Bijlage 3 Mutatieformulier

Patiëntgegevens		Planning en tijdsinvestering				Huisarts		Apotheker				
Naam		Voorbereiding: duur										
Geboortedatum/leeftijd		Anamnesegesprek: datum										
Adres		Anamnesegesprek: plaats <input type="checkbox"/> praktijk <input type="checkbox"/> patiënt thuis						<input type="checkbox"/> apotheek <input type="checkbox"/> patiënt thuis				
Verzekeraar		Anamnesegesprek: duur										
Naam apotheker		Analyse: duur										
Naam arts		Medicatieoverleg: datum										
		Medicatieoverleg: duur										
Patiëntkarakteristieken		Verminderde nierfunctie (< 50 ml/min/1,73m ²)										
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee										
		Verminderde cognitie										
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee										
		Verhoogd valrisico (≥ 1 afgelopen 12 maanden)										
Recente niet-geplande ziekenhuisopname		Signalen verminderde therapietrouw										
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee										
		In verzorgingshuis										
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee										
Medicatiebeoordeling												
Te wijzigen geneesmiddel			Geneesmiddel in gewijzigde situatie		Soort wijziging*		Reden wijziging**		Evaluatie***	Reden van niet doorvoeren wijziging	Kosten voor (3 mnd)	Verwachte kosten na (3 mnd)

* S = staken, V = vervangen/omzetten, H = hogere dosering, L = lagere dosering, W = wijzigen doseerschema/toedieningsvorm, N = starten geneesmiddel

** OV = overbehandeling, ON = onderbehandeling, BW = onacceptabele bijwerkingen, IA/CI = interactie/contra-indicatie, THER = bevorderen therapietrouw, PAT = voorkeur patiënt, K = kosten

*** D = doorgevoerd, T = teruggedraaid, N = niet uitgeprobeerd

Invulwijzer mutatieformulier medicatiebeoordelingen

Algemene aanwijzingen

- ▶ Vul dit formulier bij voorkeur digitaal in.
- ▶ De meeste gegevens zijn in te vullen door zowel de huisarts als de apotheker. Spreek af wie de regie hierbij heeft.
- ▶ De ander zal een deel van de gegevens (bijvoorbeeld eigen tijdsinvestering) moeten doorgeven. U kunt hiervoor ook het formulier als bijlage per mail uitwisselen.
- ▶ Stuur de volledig ingevulde en geanonimiseerde formulieren na afloop van de evaluatie van het behandelplan als bijlage per e-mail naar Irma Smeenk, adviseur van het IVM (i.smeenk@medicijngebruik.nl), met een CC aan Zamire Damen, wetenschappelijk medewerker van het NHG (z.damen@nhg.org).

Deadline voor het inleveren van formulieren: **31 augustus 2013**.

Patiëntgegevens

Vul de patiëntgegevens in.

Anonimiseren:

- ▶ noteer voor uzelf voor elke beoordeelde patiënt een unieke code (bijvoorbeeld in het HIS/AIS)
- ▶ verwijder alle patiëntgegevens, behalve naam arts en apotheker
- ▶ noteer in plaats van de volledige geboortedatum alleen het geboortjaar van de patiënt op het formulier

Patiëntkarakteristieken

Dit zijn de aanvullende criteria (naast polyfarmacie) om patiënten te selecteren voor een medicatiebeoordeling. Vul per karakteristiek in of dit van toepassing is voor de betreffende patiënt.

Planning en tijdsinvestering

Noteer wanneer en waar de verschillende onderdelen gepland zijn.

Noteer per onderdeel hoeveel tijd u naar schatting kwijt bent geweest.

Vul dit - indien van toepassing - apart in voor huisarts en apotheker.

Medicatiebeoordeling

Noteer de voorgestelde wijzigingen in volgorde van prioriteit. Dus de wijziging die u als huisarts en apotheker samen tijdens het medicatieoverleg de hoogste prioriteit gegeven hebt, noteert u bovenaan. De wijziging met de laagste prioriteit noteert u onderaan.

Te wijzigen geneesmiddel

Noteer het geneesmiddel, inclusief dosering en toedieningsvorm, waarvoor u een wijziging voorstelt naar aanleiding van de medicatiebeoordeling. Bij het starten van een geneesmiddel (soort wijziging 'N') laat u deze kolom leeg.

Geneesmiddel in gewijzigde vorm

Noteer hier het nieuwe geneesmiddel of het geneesmiddel, inclusief dosering en toedieningsvorm, in gewijzigde vorm. Bij het staken van een geneesmiddel (soort wijziging 'S') laat u deze kolom leeg.

Soort wijziging

Vul hier het soort wijziging in. Maak een keuze uit de mogelijkheden zoals vermeld bij de verklaringen van de afkortingen onderaan het formulier (S, V, H, L, W, N).

Reden wijziging

Vul hier de reden in voor de wijziging. Maak een keuze uit de mogelijkheden zoals vermeld bij de verklaringen van de afkortingen onderaan het formulier.

- OV Overbehandeling.
Bijvoorbeeld een te hoge dosering of het gebruiken van maagpreventie of bisfosfonaten terwijl daar geen indicatie (meer) voor bestaat.
- ON Onderbehandeling.
Bijvoorbeeld een te lage dosering of het ontbreken van een laxans bij gebruik van opioïden. Ook het niet behalen van behandeldoelen valt onder deze categorie. Behandeldoelen zijn niet noodzakelijkerwijs de streefwaarden (zoals LDL of HbA1c) uit de richtlijn, maar zijn ook behandeldoelen die haalbaar zijn voor de individuele patiënt.
- BW Onacceptabele bijwerkingen.
- IA/CI Onacceptabele interacties of contra-indicaties.
- THER Ter bevordering van de therapietrouw.
- PAT Op initiatief van de patiënt.
Hieronder vallen wijzigingen op initiatief van de patiënt, die niet onder een van de overige categorieën vallen.
- KOS Op basis van de kosten.

Evaluatie

Vul na de evaluatie van het behandelplan (ongeveer 2 maanden na de medicatiebeoordeling) in of de betreffende wijziging daadwerkelijk is doorgevoerd (D), is teruggedraaid (T) of helemaal niet is uitgetoet (N).

Reden van niet doorvoeren wijziging

Indien u bij evaluatie T of N heeft ingevuld, vult u hier met enkele steekwoorden de reden in.

Kosten voor

In te vullen door de apotheker. Vul hier de kosten van de laatste drie maanden van het geneesmiddel in ongewijzigde vorm in. Bepaal deze kosten op basis van het bedrag dat u als apotheker bij de zorgverzekeraar claimt.

Verwachte kosten na

In te vullen door de apotheker. Vul hier de verwachte kosten van het geneesmiddel in gewijzigde vorm in. Bepaal deze kosten conform 'kosten voor' (zie boven). NB: ga uit van chronisch gebruik en neem dus (extra) kosten voor eerste en tweede uitgifte niet mee in de berekening.

Bijlage 4

Vragenlijst procesevaluatie

Algemeen

1. Bent u huisarts of apotheker? (huisarts/apotheker)
2. Hoe heet uw FTO-groep? (open veld)
3. Welke nascholing(en) polyfarmacie/medicatiebeoordeling heeft u voorafgaand aan de pilot gevolgd? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
 - ▶ PIN polyfarmacie van het NHG
 - ▶ PIAF opleiding Medicatiebeoordeling (PAO Farmacie)
 - ▶ Opleiding Medicatiebeoordeling (CME-online/IVM)
 - ▶ Training Medicatieanalyse (IVM)
 - ▶ Anders, nl {vrij veld}
 - ▶ Geen
4. In hoeverre voelde u zich voldoende geschoold voor het uitvoeren van medicatiebeoordelingen? (cijfer 1-5; 1 is zeer slecht, 5 is zeer goed)
5. Welke kennis/vaardigheden miste u bij het uitvoeren van medicatiebeoordelingen? (open veld)
6. Wie heeft de patiënten geselecteerd? (huisarts/apotheker/gezamenlijk)

Tevredenheid

7. Hoe tevreden bent u in het algemeen over het resultaat van de medicatiebeoordelingen? (cijfer 1- 5 geven)
8. Hoe tevreden bent u in het algemeen over het anamnesegegesprek met de patiënt? (cijfer 1-5 en niet van toepassing)
9. Hoe tevreden bent u in het algemeen over de samenwerking met de apotheker/ huisarts? (cijfer 1-5)
10. Hoe tevreden bent u in het algemeen over het evaluatiegesprek met de patiënt? (cijfer 1-5 en niet van toepassing)
11. Hoe tevreden bent u in het algemeen over de tijdsinvestering? (cijfer 1 - 5)
12. Hoe tevreden bent u in het algemeen over de mogelijkheden die uw HIS/AIS biedt voor digitale verslaglegging van de afspraken van de medicatiebeoordeling?

Knelpunten

Welke knelpunten heeft u (ten aanzien van inhoud en efficiëntie) ervaren bij

13. het selecteren van patiënten?
14. het verzamelen van benodigde gegevens (indicaties voor geneesmiddelen, laboratoriumwaarden, allergieën/intoleranties)?
15. het uitnodigen van patiënten voor een gesprek over de medicatie?
16. het voeren van het patiëntgesprek?
17. de medicatie-analyse voorafgaand aan het overleg tussen u en de huisarts/apotheker?
18. het gezamenlijk opstellen van een behandelplan door huisarts en apotheker?

19. het prioriteren van acties in het behandelplan?
 20. het terugkoppelen van het behandelplan aan de patiënt?
 21. het uitvoeren van acties in het behandelplan?
 22. het vervolgen van uitgevoerde acties uit het behandelplan na 2 tot 3 maanden?
- (Bij elk item een open veld)

Aanbevelingen

23. Welke aanbevelingen heeft u (ten aanzien van inhoud en efficiëntie) voor andere huisartsen en apothekers bij het uitvoeren van medicatiebeoordelingen? Denk hierbij bijvoorbeeld aan wat goed werkte in uw aanpak en aan ideeën die u heeft opgedaan naar aanleiding van de eerder door u genoemde knelpunten in uw aanpak. (open veld)

Bijlage 5

Vragenlijst interviews

Doel

Inventarisatie van mogelijkheden van gegevens uit apotheek- en/of huisartsinformatiesystemen voor selectie van relevante patiënten en medisch/farmaceutische gegevens en monitoring van de resultaten van medicatiebeoordelingen.

Werkwijze

Interviewen (telefonisch) van medewerkers van relevante organisaties.

Welke gegevens zijn zinvol bij medicatiebeoordelingen?

Voor het uitvoeren van medicatiebeoordelingen en het meten van de resultaten zijn verschillende gegevens nodig.

Uitvoeren van medicatiebeoordelingen

Relevante gegevens voor het uitvoeren van medicatiebeoordelingen zijn te onderscheiden in gegevens voor het selecteren van patiënten die in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling en gegevens die van belang zijn voor het uitvoeren van een goede medicatiebeoordeling.

Relevante gegevens voor de selectie van patiënten zijn:

- ▶ leeftijd patiënt
- ▶ aantal chronisch gebruikte geneesmiddelen
- ▶ nierfunctie
- ▶ mate van cognitie
- ▶ valrisico
- ▶ mate van therapietrouw
- ▶ woonsituatie patiënt
- ▶ niet-geplande ziekenhuisopnames

Relevante gegevens voor uitvoeren goede medicatiebeoordeling zijn:

- ▶ medische voorgeschiedenis en indicaties
- ▶ medicatieoverzicht
- ▶ contra-indicaties en intoleranties
- ▶ relevante meetwaarden

Meten resultaten van medicatiebeoordelingen

Voor het meten van de resultaten zijn de volgende gegevens wenselijk:

- ▶ datum uitvoering laatste medicatiebeoordeling (eventueel inclusief planning stappen)
- ▶ afgesproken behandelplan
- ▶ welke medicatie is gestopt, vervangen, toegevoegd of aangepast en waarom
- ▶ aanpassingen ter bevordering van de therapietrouw
- ▶ andere interventies, zoals metingen bloedwaarden
- ▶ andere afspraken, zoals over monitoring van de aanpassingen

Het doel van deze gegevens is dat huisartsen en apothekers (in een later stadium) kunnen nagaan welke afspraken zij hebben gemaakt, welke veranderingen zijn ingezet en waarom en dat zij het aantal medicatiebeoordelingen/acties/activiteiten kunnen verantwoorden (naar bv. zorgverzekeraars en IGZ).

Wat willen we van relevante organisaties weten?

We willen graag weten of huisartsen en apothekers de bovenstaande gegevens nu of eventueel in de toekomst kunnen registreren en regenereren. Daarnaast willen we weten welke rol databanken hierin kunnen spelen. Over welke gegevens beschikken databanken nu? Hoe betrouwbaar en representatief zijn de gegevens? Hoe goed registreren huisartsen en apothekers die gegevens? Wat zou ook mogelijk kunnen zijn? Welke aanpassingen zijn daarvoor nodig?

We willen graag antwoord op de volgende vragen

1. Welke relevante gegevens kunnen (huis)artsen en apothekers momenteel registreren? Wat is de kwaliteit van die registraties? Wat is eventueel nodig om de kwaliteit te verbeteren?
2. Zijn er mogelijkheden om eventuele ontbrekende relevante gegevens toch op een bruikbare manier te registreren in de HIS'en en AIS'en? Welke aanpassingen in de HIS'en en AIS'en zijn daar dan voor nodig?
3. Hoe makkelijk kan een huisarts en apotheker de relevante gegevens uit eigen HIS of AIS zelf genereren? Wat zou (theoretisch) mogelijk kunnen zijn als de HIS'en en AIS'en daarvoor aangepast worden?
4. In hoeverre beschikken de registratiebestanden over de (bovenstaande) relevante gegevens? Wat is de kwaliteit van die gegevens? Wat is eventueel nodig om de kwaliteit te verbeteren?
5. Zijn er mogelijkheden om eventuele ontbrekende relevante gegevens toe te voegen aan de registratiebestanden? Wat is daar dan voor nodig?
6. Zijn de registratiebestanden te gebruiken voor het monitoren van individuele resultaten van medicatiebeoordelingen door huisartsen en apothekers? Welke gegevens kunnen wel en welke gegevens kunnen niet hiervoor gebruikt worden? Wat zijn knelpunten? Hoe zijn de resultaten toegankelijk te maken?
7. Zijn de registratiebestanden te gebruiken voor het monitoren van regionale en landelijke resultaten van medicatiebeoordelingen? Welke gegevens kunnen wel en welke gegevens kunnen niet hiervoor gebruikt worden? Wat zijn knelpunten? Hoe zijn de resultaten voor iedereen toegankelijk te maken?
8. Zijn er reguliere (digitale) communicatiekanalen tussen huisarts-apotheker, tussen huisarts-specialist en tussen apotheker-ziekenhuisapothek die te gebruiken zijn voor communicatie over of uitwisseling van gegevens, afspraken en acties naar aanleiding van medicatiebeoordelingen?
9. Heeft u nog (andere) tips, wensen of aanbevelingen voor het verbeteren van HIS'en, AIS'en en registratiebestanden ten behoeve van het uitvoeren van medicatiebeoordelingen?

Aanvullende vragen voor zover relevant voor organisatie

10. Welke problemen ervaart u bij het selecteren van patiënten en het verkrijgen van gegevens voor medicatiebeoordelingen? (voor ervaringsdeskundigen)
11. Ziet u een plaats voor inhoudsdeskundigen die de medicatieanalyses (= analyses voorafgaand aan medicatiegesprek tussen arts en apotheker) uitvoeren en aanbevelingen doen aan de eigen huisarts en apotheker?
12. Zijn er momenteel mogelijkheden dat inhoudsdeskundigen het uitvoeren van de medicatieanalyse kunnen declareren? Zo ja, wat is het tarief en is het kostendekkend?
13. Zijn er mogelijkheden om in de HIS'en zichtbaar te maken of het gaat om single-source of multi-source geneesmiddelen?

