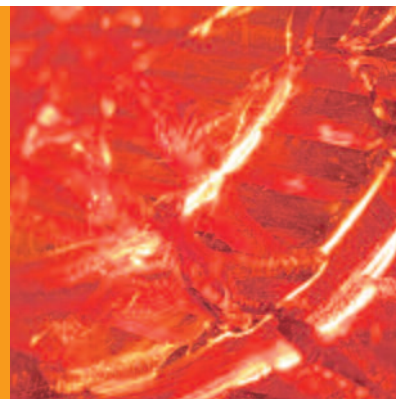


Werkboek



Medicatiebeoordeling in verpleeghuizen



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Colofon

Auteurs

Paul Geels, niet praktiserend specialist ouderengeneeskunde, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
dr. Marjorie Nelissen-Vrancken, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Met medewerking van

dr. Debby Gerritsen, psychogerontoloog, Radboudumc
prof. dr. Raymond Koopmans, specialist ouderengeneeskunde, Radboudumc
dr. Martin Smalbrugge, specialist ouderengeneeskunde, GERION/VUmc
drs. Claudia Smeets, onderzoeker, Radboudumc
Klaas van der Spek MSc, onderzoeker, Radboudumc
dr. Roland Wetzels, specialist ouderengeneeskunde, Radboudumc
prof. dr. Sytse Zuidema, specialist ouderengeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen

Dit werkboek is ontwikkeld door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) in samenwerking met de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc in het kader van de PROPER-studie, die financieel mogelijk gemaakt is door een projectsubsidie van ZonMw.

Illustratie

Len Munnik

2017

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

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



Inhoud



Medicatiebeoordeling in verpleeghuizen

- 4 Inleiding
- 5 Inhoudelijke toelichting
- 7 Fasen implementatie medicatiebeoordelingen
- 8 Randvoorwaarden
- 10 Fase 1 Voorbereiden
- 14 Fase 2 Uitvoeren
- 17 Fase 3 Evalueren
- 20 Fase 4 Verspreiden en borgen

Bijlagen

- 21 1 Voorbeeldschema plan van aanpak
- 22 2 Voorbeeldprogramma startbijeenkomst
- 24 3 Voorbeeld checklist 'Patiëntgebonden medicatieproblemen'
- 27 4A De gestructureerde aanpak van de medicatiebeoordeling
- 32 4B START-criteria
- 35 4C STOPP-criteria
- 41 5 Mutatie- en actieformulier
- 42 6 Verzamelformulier
- 43 7 Evaluatiebijeenkomst

- 45 Literatuur

Medicatiebeoordeling in verpleeghuizen

In verpleeghuizen worden zowel de termen patiënt, bewoner, cliënt als klant gebruikt. Voor de eenduidigheid kiezen we in dit materiaal voor de term patiënt.

Inleiding

Dit werkboek richt zich op specialisten ouderengeneeskunde, apothekers, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, teamleiders en/of managers van verpleeghuizen die het initiatief nemen tot het implementeren van periodieke gestructureerde medicatiebeoordelingen in hun verpleeghuizen.

Het doel van dit werkboek is medewerkers in verpleeghuizen te ondersteunen bij het implementeren van een vaste werkwijze voor het doen van medicatiebeoordelingen bij hun patiënten. Door het periodiek gestructureerd beoordelen van de medicatie van de patiënten draagt het verpleeghuis bij aan goede farmaceutische zorg.

Definitie medicatiebeoordeling

Een medicatiebeoordeling is een beoordeling van de farmacotherapie door patiënt, 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 (multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen*, 2012).

Er zijn - afhankelijk van de lokale situatie - verschillende manieren om medicatiebeoordelingen in het verpleeghuis te organiseren. Dit werkboek helpt u bij de voorbereiding en het maken van een plan van aanpak. Door het volgen van dit werkboek doorloopt u de fasen die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren en borgen van periodieke gestructureerde medicatiebeoordelingen in uw verpleeghuis.

Wilt u ondersteuning bij het implementeren van medicatiebeoordelingen in uw verpleeghuis? Het IVM kan u daarbij helpen. Voor meer informatie kunt u contact opnemen via info@medicijngebruik.nl.



Inhoudelijke toelichting

De term polyfarmacie suggereert vaak dat er sprake is van overmatig gebruik van geneesmiddelen. Hier hoeft natuurlijk geen sprake van te zijn. Het uitgangspunt van een goede medicamenteuze behandeling is de combinatie van geneesmiddelen optimaal af te stemmen op de behoeften en wensen van de patiënt. Daarbij is een zo klein mogelijk risico op negatieve gevolgen voor de patiënt van belang. Het verminderen van het aantal geneesmiddelen is van minder belang. In verpleeghuizen is het aantal patiënten met polyfarmacie in verhouding tot thuiswonende ouderen groot.

Definitie polyfarmacie

Polyfarmacie is het chronisch gebruik van vijf of meer geneesmiddelen uit verschillende therapeutische subgroepen door een patiënt. Geneesmiddelen uit eenzelfde therapeutische subgroep tellen als één geneesmiddel. Dermatologische preparaten en niet-chronische geneesmiddelen worden niet meegeteld bij de bepaling van het aantal geneesmiddelen bij polyfarmacie. Combinaties van twee geneesmiddelen uit verschillende therapeutische subgroepen tellen als twee verschillende geneesmiddelen (multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen*, 2012).

In het HARM-onderzoek (Leendertse et al., 2008) was 6,1 procent van alle acute ziekenhuisopnames bij 65-plussers geneesmiddelgerelateerd. Dit was ongeveer tweemaal zo hoog als bij patiënten jonger dan 65 jaar. Bovendien hadden verpleeghuispatiënten een grotere kans op geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopname. Bij oudere patiënten waren deze geneesmiddelgerelateerde opnames in 51 procent van de gevallen potentieel vermijdbaar en bij jongere patiënten in 39 procent van de gevallen. Uit het onderzoek blijkt dat vitamine K-antagonisten en NSAID's - middelen die ook veelvuldig worden toegepast in het verpleeghuis - tot de belangrijkste middelen behoren die leiden tot vermijdbare ziekenhuisopnames. Ook andere risicovolle geneesmiddelen worden in het verpleeghuis veelvuldig toegepast. Denk daarbij bijvoorbeeld aan antipsychotica - die het risico op CVA, ritmestoornissen, pneumonieën en vervroegd overlijden vergroten - en antihypertensiva, hypnotica en anxiolytica, die het risico op vallen en de daarmee gepaard gaande letsels vergroten. Het HARM-Wrestling rapport (2009) beveelt mede op basis hiervan aan oudere patiënten extra te bewaken, onder andere in de vorm van periodieke medicatiebeoordelingen.

Tijdens een medicatiebeoordeling kunnen arts en apotheker de medicatie van een patiënt met polyfarmacie heroverwegen. Relevante aandachtspunten daarbij zijn onder andere overbehandeling (is de indicatie nog aanwezig), onderbehandeling (wordt een indicatie niet of onvoldoende behandeld) en ongewenste combinaties van geneesmiddelen. De multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen* (2012) stelt dat verpleeghuispatiënten bij opname en vervolgens ten minste jaarlijks in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling.

Een medicatiebeoordeling is een beoordeling van de totale medicatie van een patiënt in het licht van de actuele gezondheidstoestand en wensen van de patiënt. De multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen* (2012) beschrijft daarvoor een aantal stappen:

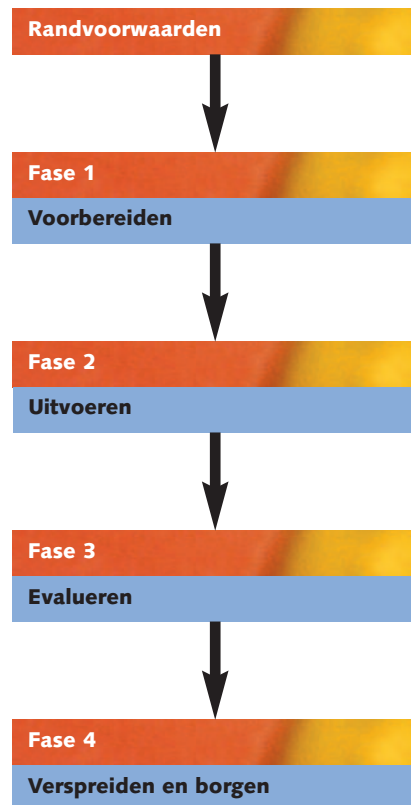
1. farmacotherapeutische anamnese: gesprek met de patiënt over mogelijke problemen
2. farmacotherapeutische analyse: opsporen problemen
3. overleg tussen arts en apotheker: bespreken problemen en vaststellen acties
4. terugkoppeling naar de patiënt: bespreken acties met patiënt
5. follow-up: evalueren acties binnen drie maanden
6. vervolgbeoordelingen: minimaal jaarlijks

Voor een adequate medicatiebeoordeling is voldoende informatie nodig, zoals een actueel medicatieoverzicht, een diagnoseoverzicht en laboratoriumuitslagen. Om een en ander goed te kunnen organiseren zijn duidelijke afspraken nodig. U kunt hierbij denken aan welke artsen, apothekers en verpleegkundigen of verzorgenden de medicatiebeoordelingen uitvoeren en wie de uitvoering en de afhandeling van de uitkomsten van de medicatiebeoordelingen coördineert.

In de volgende hoofdstukken vindt u een beschrijving van de fasen die u moet doorlopen voor het implementeren (en borgen) van periodieke gestructureerde medicatiebeoordelingen in uw verpleeghuis.

Fasen implementatie medicatiebeoordelingen

Het implementeren van periodieke gestructureerde medicatiebeoordelingen in het verpleeghuis bestaat uit een aantal fasen. In onderstaand schema vindt u deze fasen.



Op de volgende pagina's zijn deze fasen verder uitgewerkt en vindt u meer informatie over de belangrijkste aandachtspunten.

Stel tijdens de voorbereiding (fase 1) een plan van aanpak op. Dat helpt u bij het systematisch invoeren van de medicatiebeoordelingen en geeft u de mogelijkheid het proces te volgen en - indien nodig - bij te sturen. Maak bij het maken van het plan gebruik van de verschillende onderdelen van de fasen. Leg vast welke activiteiten hoe, door wie en wanneer uitgevoerd worden. In bijlage 1 vindt u hiervoor een voorbeeldschema.

Randvoorwaarden

Voorafgaand aan de implementatie van periodieke gestructureerde medicatiebeoordelingen in uw verpleeghuis is het belangrijk dat u aan een aantal randvoorwaarden voldoet. Dit voorkomt dat de implementatie vastloopt en dat u de werkwijze niet kunt borgen in de dagelijkse praktijk.

De belangrijkste randvoorwaarden zijn:

1. Draagvlak
2. Projectleiding
3. Tijd en financiële ruimte

1. Draagvlak

Introductie van periodieke gestructureerde medicatiebeoordelingen in uw verpleeghuis betekent mogelijk een verandering in de samenwerking tussen arts, apotheker en verpleging/verzorging en voor de interne organisatie. Daarom is het belangrijk dat de introductie van periodieke gestructureerde medicatiebeoordelingen zo breed mogelijk gedragen worden. Denk hierbij aan:

Raad van Bestuur/directie

Zorg dat de Raad van Bestuur/directie uw plannen bespreekt. Zet uw plannen daarom op de agenda van hun overleg. Zij moeten overtuigd zijn van de noodzaak van periodieke gestructureerde medicatiebeoordelingen, zodat zij tijd en middelen beschikbaar stellen voor de implementatie (zie randvoorwaarde 3). Geef daarbij aan dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gaat toezien/toeziet op het uitvoeren van medicatiebeoordelingen bij patiënten in het verpleeghuis.

Kwaliteitsfunctionaris

Betrek de kwaliteitsfunctionaris zo snel mogelijk bij de ontwikkeling van uw plannen. Deze kent het kwaliteitssysteem en kan een nieuwe werkwijze hierin goed inpassen. Bovendien kan een kwaliteitsfunctionaris zowel op bestuurlijk als uitvoerend niveau een faciliterende rol spelen.

Hoofden zorg/zorgcoördinatoren

Betrek ook de betrokken hoofden zorg en zorgcoördinatoren zo snel mogelijk bij de ontwikkeling van uw plannen. Zij kunnen een cruciale rol spelen in de aansturing en planning van de medicatiebeoordelingen.

Cliëntenraad

Informeer de cliëntenraad. U betreft de cliëntenraad bij alle wezenlijke veranderingen in het (farmaceutisch) zorgproces. Mogelijk kan de cliëntenraad ook bijdragen aan een soepele introductie van de nieuwe werkwijze.

Artsen, apothekers, verpleegkundigen/verzorgenden

Zorg dat de artsen, apothekers, verpleegkundigen en verzorgenden van uw verpleeghuis ook achter de introductie van medicatiebeoordelingen staan. Medicatiebeoordelingen kunt u niet zonder hen uitvoeren.

2. Projectleiding

De organisatie van een omvangrijk veranderproces vraagt om eenduidige aansturing. Stel daarom een projectleider aan. Liefst iemand die een goede kijk heeft over de organisatie en contacten kan leggen met andere onderdelen van de organisatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een farmaceutisch coördinator, kwaliteitsfunctionaris, beleidsmedewerker of eventueel het hoofd medische dienst/eerste specialist ouderengeneeskunde.

Het takenpakket van de projectleider kan er als volgt uitzien:

- creëren van draagvlak, zowel intern als extern
- contacten leggen en onderhouden met betrokken zorgverleners
- afstemmen communicatie met afdelingscoördinatoren
- afstemmen communicatie artsen, verpleegkundigen/verzorgenden en apotheker
- zorgdragen voor informatievoorziening aan patiënten en familieleden
- organiseren interne bijeenkomsten voor betrokkenen
- bewaken voortgang geplande activiteiten
- signaleren knelpunten en hierop reageren
- verwerken van uitkomsten van medicatiebeoordelingen voor tussen- en eindevaluaties
- vaststellen en beschrijven van procedure
- toezien op verdere verspreiding en borging van de werkwijze
- aanspreekpunt voor alle betrokkenen

3. Tijd en financiële ruimte

Het invoeren van periodieke gestructureerde medicatiebeoordelingen kost tijd (en dus geld). Zorg dat de betrokken zorgverleners voldoende tijd krijgen voor de medicatiebeoordelingen. U kunt hierbij onderscheid maken in de tijdsinvestering op korte termijn (introductie medicatiebeoordelingen) en op lange termijn (definitieve invoering).

Tijdsinvestering op korte termijn:

- projectcoördinatie en management (eventueel extern)
- voorbereiding en uitvoering van medicatiebeoordelingen
- communicatie met betrokken partijen
- uitvoeren proces- en effectevaluatie
- administratieve werkzaamheden (vastleggen procedures, verwerking data en rapportage)

Tijdsinvestering op de lange termijn:

- voorbereiding en uitvoering van medicatiebeoordelingen
- coördinatie en management

Vanwege de aanzienlijke tijdsinvestering is het van belang dat u de resultaten van medicatiebeoordelingen (zie fase 1F en 3A) inzichtelijk maakt. Zo kan de Raad van Bestuur/directie zich blijvend committeren aan de structurele inbedding van medicatiebeoordelingen in de dagelijkse praktijk.

TIP

Gestructureerde medicatiebeoordelingen zijn doorgaans arbeidsintensief. Houd er rekening mee dat - afhankelijk van de medicatie van de patiënt - de arts en apotheker ieder afzonderlijk minimaal 30-45 minuten per patiënt nodig hebben voor de analyse van de medicatie en het gezamenlijk overleg. Bespreek daarom goed de (on)mogelijkheden van de apotheker(s) en houd hiermee rekening bij het afsluiten van een nieuwe overeenkomst voor de farmaceutische zorg in uw verpleeghuis.

Fase 1 Voorbereiden

Een goede voorbereiding versoepelt de implementatie van medicatiebeoordelingen in het verpleeghuis. Daarnaast zorgt het mede voor een zo groot mogelijke betrokkenheid van de individuele zorgverleners. Daarom is het belangrijk dat er een aantal zaken goed geregeld zijn voordat u begint.

Let op!

Vorbereidingsactiviteiten op organisatieniveau en op afdelingsniveau overlappen elkaar deels in de tijd. Indien hiervan sprake is, staat dat aangegeven bij het betreffende onderdeel.

In deze fase beschrijven we de benodigde voorbereidingen voor de implementatie van medicatiebeoordelingen in het verpleeghuis en de keuzes die u daarbij moet maken. We maken hierbij onderscheid tussen de voorbereiding op organisatieniveau (of locatieniveau) en de voorbereiding op afdelingsniveau, waarbij de projectleider verantwoordelijk is voor de voorbereiding op organisatieniveau en de afdelingscoördinator (zie fase 1A) voor de voorbereiding op afdelingsniveau.

Vorbereiding op organisatieniveau

- 1A Aanstellen afdelingscoördinatoren
- 1B Maken plan van aanpak
- 1C Organiseren startbijeenkomst
- 1D Scholen medicatiebeoordelingsteams
- 1E Communiceren met patiënten/vertegenwoordigers
- 1F Vorbereiden evaluaties

Vorbereiding op afdelingsniveau

- 1G Samenstellen medicatiebeoordelingsteams
- 1H Plannen medicatiebeoordelingen

Vorbereiding op organisatieniveau

1A Aanstellen afdelingscoördinatoren

Veel organisaties voor verpleeghuiszorg bieden zorg aan verpleeghuispatiënten op verschillende locaties met diverse afdelingen. Als u wilt zorgen dat op alle afdelingen medicatiebeoordelingen plaatsvinden, is het belangrijk dat de projectleider dit goed aanstuurt. Daarnaast is ook een goede coördinatie op afdelingsniveau belangrijk. Stel daarom op elke afdeling een afdelingscoördinator aan. Een aandachtsvelder medicatie, een teamleider of een verpleegkundig specialist van de afdeling zijn daarvoor het meest geschikt.

De lokale situatie bepaalt uiteindelijk de taken van de afdelingscoördinatoren. In het algemeen kunt u denken aan de volgende taken:

- ▶ aanspreekpunt voor de betrokkenen van de afdeling
- ▶ samenwerken met de andere afdelingscoördinatoren
- ▶ plannen van de medicatiebeoordelingen
- ▶ bewaken van uitvoering geplande medicatiebeoordelingen
- ▶ aansturen verpleging/verzorging bij uitvoeren van farmacotherapeutische anamneses
- ▶ bewaken van de afhandeling van de wijzigingsvoorstellen
- ▶ verzamelen van de wijzigingsvoorstellen voor de evaluatie(s)

TIP

U kunt het uitvoeren van medicatiebeoordelingen ook eerst beperken tot enkele afdelingen of locaties en nog niet organisatiebreed. Na de evaluatiefase kunt u de werkwijze uitbreiden naar de rest van de organisatie.

1B Maken plan van aanpak

Een plan van aanpak helpt u bij het systematisch invoeren van medicatiebeoordelingen en geeft u de mogelijkheid het proces te volgen en - indien nodig - bij te sturen. Maak een conceptplan voor uw verpleeghuis samen met de afdelingscoördinatoren, een specialist ouderengeneeskunde, de apotheker en een vertegenwoordiger van het management. Maak hierbij gebruik van de verschillende onderdelen van de fasen. Leg vast welke activiteiten hoe, door wie en wanneer uitgevoerd worden. Geef eventueel de tijdsplanning grafisch weer. In bijlage 1 vindt u een voorbeeldschema voor een plan van aanpak.

Presenteer uw conceptplan tijdens de startbijeenkomst (zie fase 1C). Aan de hand van de opmerkingen en suggesties van de aanwezigen tijdens de startbijeenkomst maakt u het plan van aanpak definitief.

1C Organiseren startbijeenkomst

Het doel van een startbijeenkomst is alle betrokken zorgverleners te informeren over de achtergronden, de implementatie en de uitvoering van medicatiebeoordelingen in het verpleeghuis.

Plan een datum voor de startbijeenkomst en bereid de startbijeenkomst voor. Er is een standaardprogramma beschikbaar (zie bijlage 2). Afhankelijk van de situatie in uw verpleeghuis past u het programma eventueel aan. Nodig tijdig alle betrokkenen van het verpleeghuis uit. Het is daarom belangrijk dat u voorafgaand aan de startbijeenkomst weet wie zal deelnemen aan de medicatiebeoordelingsteams (zie fase 1G).

Belangrijke aandachtspunten tijdens een startbijeenkomst zijn:

- ▶ het doel van medicatiebeoordelingen
- ▶ achtergronden van polyfarmacie en problemen met medicatie
- ▶ werkwijze van een gestructureerde medicatiebeoordeling (met expliciet aandacht voor de rol van verpleging/verzorging)
- ▶ beschikbare werkmaterialen (zoals een checklist voor de anamnese)
- ▶ concept plan van aanpak
- ▶ verwachte barrières
- ▶ afspraken over ieders rol en taken
- ▶ vaststellen definitieve plan van aanpak

1D Scholen medicatiebeoordelingsteams

Het is belangrijk dat de betrokken artsen en apothekers voldoende bagage hebben om medicatiebeoordelingen uit te voeren. Laat hen - indien nodig - (inhoudelijke) nascholing volgen voordat zij starten met medicatiebeoordelingen. Het IVM biedt - in samenwerking met CME-online - een geschikte nascholing speciaal voor specialisten ouderengeneeskunde. Deze nascholing is ook geschikt voor apothekers die hierbij betrokken zijn. Zie www.medicijngebruik.nl of www.cme-online.nl voor meer informatie over de nascholing 'Medicatiebeoordeling in verpleeghuizen'.

TIP

Wilt u de verpleegkundigen en verzorgenden bijscholen op het gebied van medicatie en het signaleren van problemen met medicatie? U vindt op www.medicijngebruik.nl een overzicht van het actuele aanbod van het IVM.

Verpleegkundigen en verzorgenden moeten kunnen omgaan met een checklist (zie bijlage 3 voor een voorbeeld) voor het in kaart brengen van medicatieproblemen bij individuele patiënten en weten hoe ze de bevindingen kunnen inbrengen tijdens het medicatieoverleg met arts en apotheker. Daarnaast moeten zij beschikken over voldoende kennis van het gebruik en de bijwerkingen van geneesmiddelen en moeten ze aanwijzingen die kunnen duiden op problemen, kunnen signaleren. Bepaal daarom of en zo ja, welke scholing en/of instructiebijeenkomsten nodig zijn. Organiseer vervolgens deze scholing en/of bijeenkomsten.

1E Communiceren met patiënten/vertegenwoordigers

Informeer vooraf de cliëntenraad over het starten met medicatiebeoordelingen. U creëert hiermee draagvlak (zie ook onderdeel 'Randvoorwaarden' in deze module). Het doen van medicatiebeoordelingen is een onderdeel van de standaardzorg. Desondanks is het zinvol dat u ook individuele patiënten en/of hun vertegenwoordigers informeert over de start met medicatiebeoordelingen. Zo zorgt u dat zij voorbereid zijn op eventuele veranderingen in de medicatie door de medicatiebeoordelingen. Daarnaast kunnen ze actief informatie aandragen over bijvoorbeeld ervaringen met de medicatie.

1F Voorbereiden evaluaties

Om inzicht te krijgen in het verloop van de implementatie en de praktische uitvoering van medicatiebeoordelingen is het zinvol om de gang van zaken tussentijds te evalueren. Dit is niet alleen van belang voor de voortgang, maar ook voor het blijven enthousiasmeren van de betrokkenen. Zij zijn vaak benieuwd naar de resultaten van hun inspanningen.

TIP

Start tijdig met het verzamelen van gegevens nodig voor de evaluaties.

In fase 3 vindt u meer informatie over mogelijke evaluaties en benodigde gegevens (waaronder bijvoorbeeld aantal besproken patiënten, aantal wijzigingen, type wijzigingen en andere vervolgacties; zie fase 3A). De projectleider en afdelingscoördinatoren dienen echter in fase 1 al voorbereidingen te treffen, zodat ze weten welke gegevensverzameling tijdens de uitvoering (fase 2) noodzakelijk zijn. Bedenk daarom vooraf wat u wilt meten en terugkoppelen aan de betrokkenen. Maak onderscheid tussen evaluaties op organisatieniveau en evaluaties op afdelingsniveau. Plan tijdig de evaluatiebijeenkomsten op organisatie- en afdelingsniveau. Sluit daarbij zoveel mogelijk aan bij al bestaande overlegstructuren (zoals het farmacotherapieoverleg of werkoverleg). Doorgaans zal een evaluatiebijeenkomst op organisatieniveau pas zinvol zijn als al evaluatiebijeenkomsten op afdelingsniveau hebben plaatsgevonden. Houd daar rekening mee bij de planning.

Vorbereiding op afdelingsniveau

1G Samenstellen medicatiebeoordelingsteams

Een medicatiebeoordelingsteam bestaat altijd uit een arts, een apotheker en een verzorgende of verpleegkundige. Deze zorgverleners kunnen per patiënt verschillen.

De multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen* (2012) beveelt aan bij elke nieuwe opname van een patiënt een medicatiebeoordeling te doen en deze ten minste jaarlijks te herhalen. Dat betekent dat elke verpleeghuispatiënt jaarlijks in aanmerking komt voor een medicatiebeoordeling. Het is belangrijk dat de afdelingscoördinatoren voor hun eigen afdeling vooraf voor elke individuele patiënt vaststellen welke arts, welke apotheker en welke verzorgende of verpleegkundige de medicatiebeoordeling gaan uitvoeren. Houd er bij de keuze van verzorgende of verpleegkundige rekening mee dat kennis van de patiënt van grote meerwaarde is. Vanuit dit oogpunt zijn de eerstverantwoordelijk verzorgenden (Evv'ers) het meest geschikt. In de praktijk kan het echter lastig zijn Evv'ers in te plannen door wisselende diensten. Als alternatief kunt u denken aan een (meewerkend) teamleider.

Het is belangrijk dat alle leden van een medicatiebeoordelingsteam op de hoogte zijn van elkaars taken. Wie doet wat en wie moet bij welke bijeenkomst aanwezig zijn? Het is belangrijk dat u dit goed communiceert naar alle betrokkenen. Besteed hier ook aandacht aan tijdens de startbijeenkomst (zie fase 1C). Het is dan ook belangrijk dat voorafgaand aan de startbijeenkomst bekend is wie zal deelnemen aan de medicatiebeoordelingsteams.

1H Plannen medicatiebeoordelingen

In overleg met de projectleider maken de afdelingscoördinatoren een planning voor de medicatiebeoordelingen. Daarbij houden ze rekening met de benodigde scholing en instructiebijeenkomsten die daaraan vooraf moeten gaan.

Maak bij de planning onderscheid tussen de verschillende onderdelen van een medicatiebeoordeling (anamnese, analyse en medicatieoverleg). De anamnese (door verpleegkundige/verzorgende) en analyse (afzonderlijk door arts en apotheker) moeten uitgevoerd zijn voordat het gezamenlijke medicatieoverleg kan plaatsvinden. Spreek per patiënt een datum en tijd af voor het medicatieoverleg tussen arts, apotheker en verpleegkundige/verzorgende. Uiteraard kunt u meerdere patiënten achter elkaar bespreken. Houd er hierbij rekening mee dat een eerste keer bespreken van een patiënt ongeveer 15 minuten in beslag neemt.

TIPS

- ▶ Houd rekening met de onregelmatige diensten van de verpleging/verzorging. Stem de planning daarom af op het dienstrooster, zodat de juiste verpleegkundige/verzorgende aanwezig kan zijn tijdens het medicatieoverleg.
- ▶ Plan een medicatieoverleg bij voorkeur kort voor het multidisciplinair overleg (MDO). Het medicatieoverleg kan namelijk ook gevolgen hebben voor besluiten tijdens het MDO.

Fase 2 Uitvoeren

Tijdens deze fase voeren de diverse medicatiebeoordelingsteams de medicatiebeoordelingen volgens planning uit en volgens de werkwijze in de multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen* (2012). De afdelingscoördinator faciliteert en bewaakt de voortgang van de medicatiebeoordelingen.

De werkwijze van de medicatiebeoordelingen bestaat uit de volgende onderdelen:

- 2A Voorbereiden medicatieoverleg
- 2B Medicatieoverleg
- 2C Afhandelen wijzigingsvoorstellen
- 2D Evalueren wijzigingen

2A Voorbereiden medicatieoverleg

De leden van het medicatiebeoordelingsteam (de arts, apotheker en verpleegkundige/verzorgende) verzamelen ieder voor zich de benodigde informatie per patiënt voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling.

TIP

Vul bij een eerste medicatiebeoordeling bij een patiënt altijd een checklist voor het opsporen van patiëntgebonden medicatieproblemen in. Bewaar deze ingevulde checklist voor een volgende medicatiebeoordeling. De verpleegkundige/verzorgende heeft dan snel inzicht in de belangrijkste veranderingen bij de patiënt.

De verpleegkundige of verzorgende vult - indien mogelijk samen met de patiënt of diens vertegenwoordiger - voorafgaand aan het gezamenlijke medicatieoverleg een checklist voor het opsporen van patiëntgebonden medicatieproblemen in (zie bijlage 3 voor een voorbeeld).

De arts en apotheker voeren ieder afzonderlijk voorafgaand aan het gezamenlijke medicatieoverleg per patiënt een analyse uit van de medicatie volgens stap 2 van de STRIP (Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing; zie bijlage 4A). Zij maken hierbij gebruik van het actuele medicatieoverzicht met medicatiehistorie (arts en apotheker) en medische gegevens, zoals diagnoses en laboratoriumgegevens (arts). Ook kan de arts (of verpleegkundige/verzorgende) andere gegevens gebruiken. Denk bijvoorbeeld aan het behandelplan, zorgleefplan en informatie van andere betrokken zorgverleners, zoals psycholoog, fysiotherapeut en logopedist. Voor de inhoudelijke beoordeling maken de arts en apotheker gebruik van de Nederlandse versie van de START- en STOPP-criteria (zie bijlage 4B en 4C) en relevante richtlijnen van bijvoorbeeld Verenso, NHG en CBO. De arts en apotheker noteren ieder afzonderlijk bespreekpunten en suggesties voor aanpassing van de medicatie.

De afdelingscoördinator houdt in de gaten of de leden van de medicatiebeoordelingsteams op tijd de voorbereidingen voor het medicatieoverleg uitvoeren. Herinner hen bijvoorbeeld tijdig aan de data van de medicatieoverleggen en vraag hen naar de vorderingen bij de voorbereiding.

2B Medicatieoverleg

Tijdens het medicatieoverleg bespreken de leden van het medicatiebeoordelingsteam gezamenlijk hun bevindingen, suggesties en ideeën. Laat ze daarbij de door de verpleging/verzorging ingevulde checklist als vertrekpunt nemen en daarna pas de medicatie. Hiermee krijgt de problematiek van de patiënt de hoogste prioriteit tijdens het overleg. Het is belangrijk dat de verpleging/verzorging een volwaardige gesprekspartner is tijdens het overleg. Attendeer de arts en apotheker erop dat zij daarmee rekening houden bij hun taalgebruik (vermijden van te moeilijke woorden).

Let op!

Een goede verslaglegging van de resultaten van het medicatieoverleg is niet alleen van belang voor het afhandelen en evalueren van de wijzigingen (zie fase 2C en 2D), maar ook voor de evaluatie van de medicatiebeoordelingen op organisatieniveau en op afdelingsniveau (zie fase 3A).

De leden van het medicatiebeoordelingsteam leggen vast welke wijzigingen van de medicatie of benodigde aanvullende onderzoeken ze per patiënt willen doen. Gebruik hiervoor bij voorkeur het elektronisch patiëntendossier of een mutatie- en actieformulier, zodat ook in een later stadium snel een duidelijk overzicht beschikbaar is van de voorgestelde wijzigingen en/of voorgenomen acties. Zie bijlage 5 voor een voorbeeld van een mutatie- en actieformulier.

Bij wijzigingsvoorstellen spreekt het medicatiebeoordelingsteam af:

- ▶ Wie de wijzigingsvoorstellen met de patiënt/vertegenwoordiger bespreekt. Dit kan per patiënt verschillen en zal afhankelijk zijn van de situatie en van de soort wijziging. Doorgaans zal de arts of de verpleegkundige/verzorgende hiervoor in aanmerking komen, maar ook een verpleegkundig specialist is mogelijk.
- ▶ Het moment van bespreken van de wijzigingsvoorstellen. Bespreek zo snel mogelijk na de medicatiebeoordeling de wijzigingsvoorstellen met de patiënt/vertegenwoordiger. Bij een acuut medicatieprobleem is snel actie noodzakelijk. Bij minder acute wijzigingsvoorstellen kunt u een aparte afspraak maken met de patiënt/vertegenwoordiger of gebruik maken van een regulier contact, bijvoorbeeld tijdens een visite of na het multidisciplinair overleg over het zorgleefplan.
- ▶ Wie het bespreken van de wijzigingsvoorstellen bewaakt. De verantwoordelijkheid van het bespreken van de wijzigingsvoorstellen met de patiënt/vertegenwoordiger ligt primair bij de arts.

De afdelingscoördinator gaat na of de medicatiebeoordelingsteams de wijzigingsvoorstellen goed registreren in het elektronisch patiëntendossier of op een mutatie- en actieformulier. Controleer daarvoor bijvoorbeeld na afloop van de eerste medicatieoverleggen of de benodigde gegevens goed zijn geregistreerd. Bespreek eventuele onvolledigheden met (een van) de leden van de medicatiebeoordelingsteams.

TIP

Laat de medicatiebeoordelingsteams het actueel medicatieoverzicht, de medicatiehistorie en de ingevulde checklist 'Patiëntgebonden medicatieproblemen' bij het patiëntendossier samen met het eventuele mutatie- en actieformulier bewaren. De afdelingscoördinator heeft dan alles bij de hand voor de evaluaties (zie fase 3A).

2C Afhandelen wijzigingsvoorstellen

De arts of verpleegkundige/verzorgende (eventueel apotheker) bespreekt de wijzigingsvoorstellen met de patiënt of diens vertegenwoordiger, afhankelijk van de gemaakte afspraken tijdens het medicatieoverleg. Na een akkoord van de patiënt of diens vertegenwoordiger zetten de leden van de medicatiebeoordelingsteams de benodigde vervolgacties in gang. Zij zorgen ook voor een goede registratie en onderlinge informatieoverdracht. Denk daarbij aan:

- ▶ Vastleggen van besproken wijzigingsvoorstellen, reacties van de patiënt/vertegenwoordiger, gegevens aanvullende informatie over voorstellen (reden, werking, bijwerkingen, etc.) en akkoord van patiënt/vertegenwoordiger in het patiëntendossier.
- ▶ Uitschrijven van start-, wijzigings- en/of stoprecepten door de arts voor de apotheek. Het medicatieoverzicht en de toedienlijsten blijven daardoor actueel.
- ▶ Registreren van acties en uitkomsten en consequenties voor de medicatie van eventueel aanvullend onderzoek in het elektronisch patiëntendossier of op een mutatie- en actieformulier (zie bijlage 5 voor een voorbeeld).

De afdelingscoördinator gaat na of de medicatiebeoordelingsteams de voorgenomen acties uitvoeren en de acties en resultaten daarvan adequaat registreren. Dit is niet alleen van belang voor het evalueren van de voorgestelde wijzigingen, maar ook voor de evaluaties op organisatie- en/of afdelingsniveau (zie fase 3A).

Controleer regelmatig - bijvoorbeeld twee maanden na de medicatieoverleggen - bij enkele patiënten of de ondernomen acties en de resultaten daarvan zijn geregistreerd. Als deze ontbreken, vraag dan bij (een van) de leden van de medicatiebeoordelingsteams na wat de mogelijke redenen daarvan zijn. U herinnert daarmee ook de medicatiebeoordelingsteams aan de uitvoering van de afgesproken acties en het belang van een goede registratie.

2D Evalueren wijzigingen

Het is belangrijk dat de medicatiebeoordelingsteams de effecten van de gewijzigde farmacotherapeutische behandeling evalueren. De arts en verpleging/verzorging dienen doorlopend de effectiviteit en gevolgen van de gewijzigde medicatie bij de patiënt te observeren. Ook de mening van de patiënt/vertegenwoordiger speelt een rol bij de evaluatie. Als daartoe aanleiding is, stelt de arts de medicatie tussentijds bij en overlegt - indien nodig - vooraf met de apotheker. Het is de bedoeling dat de arts tussentijdse wijzigingen ook registreert en adequaat verder afhandelt. De afdelingscoördinator gaat dit zo mogelijk na.

Fase 3 Evalueren

Het is belangrijk om regelmatig de gang van zaken rondom de medicatiebeoordelingen te evalueren en te bespreken met alle betrokken zorgverleners. Dit is niet alleen belangrijk voor de voortgang van het project, maar ook voor het blijven enthousiasmeren van de betrokken zorgverleners. U kunt hen met de resultaten motiveren door te gaan met een volgende ronde medicatiebeoordelingen. Houd in ieder geval altijd een vinger aan de pols tijdens het traject. U kunt dan snel inspringen als er knelpunten of problemen optreden.

Maak onderscheid tussen evaluaties op organisatieniveau en evaluaties op afdelingsniveau. U kunt de evaluaties op organisatieniveau niet alleen gebruiken om betrokken zorgverleners te blijven enthousiasmeren, maar ook om zorgverleners van verschillende afdelingen van elkaar te laten leren. Waarom loopt het op de ene afdeling wel en op de andere afdeling niet? Wat kunnen we op de eigen afdeling verbeteren en hoe?

In deze fase beschrijven wij welke aspecten relevant zijn om te evalueren en hoe u die aan bod kunt laten komen tijdens evaluatiebijeenkomsten:

- 3A Evaluatie gang van zaken
- 3B Evaluatiebijeenkomst op afdelingsniveau
- 3C Evaluatiebijeenkomst op organisatieniveau

3A Evaluatie gang van zaken

Bij de evaluatie van de gang van zaken rondom medicatiebeoordelingen kunt u in kaart brengen wat goed gaat, wat beter kan en wat de opbrengsten van de medicatiebeoordelingen zijn. De deelnemers zien graag wat de opbrengsten van hun inspanningen zijn. U kunt met een evaluatie inspringen op knelpunten en problemen en de bevindingen gebruiken voor het tussentijds aanpassen van de werkwijze en/of planning. Bovendien versterkt dit het draagvlak van de deelnemers en motiveert dit hen om door te gaan met een volgende ronde medicatiebeoordelingen. De projectleider heeft in fase 1F (voor de start van de uitvoering van medicatiebeoordelingen) al nagedacht over wat aan bod moet komen tijdens de evaluatiebijeenkomsten (zie fase 3B en 3C). Let op dat u tijdig start met het verzamelen van de benodigde informatie.

Wat goed gaat en wat beter kan, kunt u voorafgaand aan een evaluatiebijeenkomst schriftelijk inventariseren, maar ook is een plenaire inventarisatie en bespreking tijdens een evaluatiebijeenkomst op organisatie- of afdelingsniveau mogelijk (zie fase 3B en 3C). Relevante aspecten zijn bijvoorbeeld:

- ▶ mate van tevredenheid van betrokken zorgverleners
- ▶ mate van tevredenheid van patiënten/vertegenwoordigers
- ▶ organisatie (tijdsinvestering, planning, afstemming)
- ▶ gebruikte hulpmiddelen
- ▶ positieve ervaringen
- ▶ ervaren knelpunten
- ▶ mogelijke verbeterpunten

De opbrengsten van de medicatiebeoordelingen in termen van het verminderen van geneesmiddelgebonden problemen en verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënten is niet eenvoudig te meten. Toch is het mogelijk een beeld te geven van de effecten. U brengt voorafgaand aan een evaluatiebijeenkomst de wijzigingen en acties bij de individuele patiënten in kaart met behulp van de medicatieoverzichten en registraties. U kunt de bevindingen eventueel op het verzamelformulier noteren, waarna u gemiddelden over de hele populatie besproken patiënten kunt berekenen. Een voorbeeld van een verzamelformulier vindt u in bijlage 6.

Relevante gegevens zijn bijvoorbeeld:

- ▶ aantal besproken patiënten
- ▶ aantal chronische geneesmiddelen voor en na de medicatiebeoordelingen
- ▶ aantal voorgestelde wijzigingen naar soort (stoppen, starten, omzetten naar ander middel, hogere dosering, lagere dosering, wijziging doseringsschema)
- ▶ percentage patiënten met voorgestelde medicatiewijzigingen
- ▶ aantal en type controles (gewicht, ECG) en aangevraagde laboratoriumbepalingen
- ▶ gevolgen van uitslagen van controles en laboratoriumbepalingen voor de medicatie
- ▶ aantal doorgevoerde medicatiewijzigingen (naar soort)
- ▶ percentage patiënten met doorgevoerde medicatiewijzigingen
- ▶ eventueel: effect op de kosten per patiënt of voor het verpleeghuis als totaal

3B Evaluatiebijeenkomst op afdelingsniveau

De afdelingscoördinator plant de evaluatiebijeenkomsten op afdelingsniveau en bereidt deze voor in samenspraak met de projectleider. Voor een voorbeeldprogramma zie bijlage 7. Een eerste evaluatiebijeenkomst is zinvol ongeveer 6 maanden na de start van de medicatiebeoordelingen en daarna telkens elke 6 tot 12 maanden (afhankelijk van aantal en frequentie van medicatiebeoordelingen). Nodig alle betrokkenen van uw afdeling tijdig uit. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de leden van de medicatiebeoordelingsteams, teamleider en eventuele andere verpleegkundigen/verzorgenden die werken met de checklist voor het opsporen van patiëntgebonden medicatieproblemen. Agendeer een evaluatie zoveel mogelijk tijdens een al bestaand overleg, waarbij de meeste betrokkenen sowieso al aanwezig zijn (zoals bijvoorbeeld een teamoverleg).

Het doel van een evaluatiebijeenkomst op afdelingsniveau is alle betrokken zorgverleners te informeren over de (tussentijdse) vorderingen en bevindingen met medicatiebeoordelingen op de afdeling. Hiermee motiveert u hen om door te gaan met medicatiebeoordelingen. Gebruik hierbij de resultaten van de evaluatie van de gang van zaken (zie fase 3A).

3C Evaluatiebijeenkomst op organisatieniveau

De projectleider organiseert de evaluatiebijeenkomst op organisatieniveau en bereidt deze voor, eventueel samen met de afdelingscoördinatoren. Voor een voorbeeldprogramma zie bijlage 7. Een evaluatiebijeenkomst op organisatieniveau is doorgaans pas zinvol na de evaluatiebijeenkomsten op afdelingsniveau. Nodig alle betrokkenen van uw organisatie tijdig uit. Denk hierbij bijvoorbeeld aan alle leden van de medicatiebeoordelingsteams, farmaceutisch coördinator, kwaliteitsmedewerker, aandachtsvelders medicatie, leidinggevenden (zoals teamleiders, zorgmanagers) en afdelingscoördinatoren. Sluit zoveel mogelijk aan bij al bestaande overlegstructuren.

Doel van een evaluatiebijeenkomst op organisatieniveau is alle betrokkenen te informeren over de vorderingen en bevindingen met medicatiebeoordelingen in het verpleeghuis. De betrokkenen van de diverse afdelingen krijgen inzicht in elkaars ervaringen en resultaten, waardoor ze van elkaar kunnen leren. Ook kan een evaluatie organisatiebreed aanleiding zijn voor het aanpassen van de werkwijze. U kunt deze bijeenkomst tevens gebruiken als opmaat voor het - zo nodig - verder verspreiden (fase 4A) en borgen van medicatiebeoordelingen in uw verpleeghuis (zie fase 4B).

Fase 4 Verspreiden en borgen

Indien u medicatiebeoordelingen nog niet organisatiebreed heeft ingevoerd, kunt u de werkwijze uitbreiden naar andere afdelingen of locaties. Het is de bedoeling dat u de medicatiebeoordelingen periodiek blijft uitvoeren. Het uitvoeren van medicatiebeoordelingen moet onderdeel zijn van de standaardzorg die u levert.

Belangrijke aspecten in deze fase zijn:

- 4A Vaststellen wijze van continueren
- 4B Vastleggen afspraken

4A Vaststellen wijze van continueren

Na een succesvolle implementatie bij een deel van de afdelingen of locaties rolt u de werkwijze uit naar afdelingen en/of locaties. Hiervoor is de informatie uit de evaluaties (zie fase 3) van groot belang. U gebruikt de opgedane ervaringen voor de verdere uitrol.

Presenteer de bevindingen en ervaringen van het traject ook aan het algemene management van het verpleeghuis en relevante personen van andere afdelingen/locaties (zoals leidinggevenden, specialisten ouderengeneeskunde en apothekers). Stimuleer hen voor het invoeren van de werkwijze op de andere afdelingen/locaties. Maak een voorstel voor een uniforme werkwijze en voor een plan van aanpak voor de verdere uitrol en leg hen deze voorstellen voor.

4B Vastleggen afspraken

Spreek organisatiebreed een uniforme werkwijze en een plan van aanpak voor de verdere uitrol of het borgen af, bijvoorbeeld tijdens de evaluatiebijeenkomst op organisatieniveau (fase 3C). Denk hierbij ook aan praktische zaken zoals:

- ▶ Planning: wat is de tijdsplanning van de organisatiebrede invoering?
- ▶ Coördinatie: wie coördineert de organisatiebrede invoering en wie stuurt de medicatiebeoordelingen aan?
- ▶ Frequentie van medicatiebeoordelingen: bij opname en daarna jaarlijks of halfjaarlijks?
- ▶ Procedure van de medicatiebeoordelingen: zijn aanpassingen nodig op basis van de opgedane ervaringen?
- ▶ Periodieke terugkoppeling van ervaringen en resultaten: in teamoverleg, artsenoverleg of het farmacotherapieoverleg (FTO)?

Leg de afspraken vast in werkafspraken, protocollen en procedures en neem deze op in het kwaliteitssysteem van uw instelling. Procedures zijn geborgd bij consequente naleving. Bovendien moet er sprake zijn van cyclische evaluatie en zo nodig bijstelling. Er ontstaat vanaf het begin een cyclisch proces als u de resultaten van evaluaties direct bespreekt. Maak samen met management, artsen, apotheker(s) en verpleging/verzorging afspraken over de wijze van borgen van de werkafspraken, protocollen en procedures in de toekomst.



Voorbeeldschema plan van aanpak

Wat	Hoe	Wie	Wanneer
Fase 1: Voorbereiden			
Vorbereiding op organisatieniveau			
Aanstellen afdelingscoördinatoren			
Maken plan van aanpak			
Organiseren startbijeenkomst			
Scholen medicatiebeoordelingsteams			
Communiceren met patiënten/vertegenwoordigers			
Vorbereiden evaluaties			
Vorbereiding op afdelingsniveau			
Samenstellen medicatiebeoordelingsteams			
Plannen medicatiebeoordelingen			
Fase 2: Uitvoeren			
Vorbereiden medicatieoverleg			
Medicatieoverleg			
Afhandelen wijzigingsvoorstellen			
Evalueren wijzigingen			
Fase 3: Evalueren			
Evaluatie gang van zaken			
Evaluatiebijeenkomst op afdelingsniveau			
Evaluatiebijeenkomst op organisatieniveau			
Fase 4: Verspreiden en borgen			
Vaststellen wijze van continueren			
Vastleggen afspraken			



Voorbeeldprogramma startbijeenkomst

Het doel van een startbijeenkomst is alle betrokken zorgverleners te informeren over de implementatie en werkwijze van medicatiebeoordelingen in het verpleeghuis. U bespreekt daarbij zowel de al ondernomen activiteiten als de geplande activiteiten, zodat iedereen goed op de hoogte is. De duur van een startbijeenkomst is ongeveer anderhalf uur.

Vorbereiding

- ▶ Bereid de bijeenkomst twee tot vier weken van tevoren voor samen met de afdelingscoördinatoren, een specialist ouderengeneeskunde, de apotheker en een vertegenwoordiger van het management.
- ▶ Stel het programma (zie voorbeeldagenda) en de werkwijze van de bijeenkomst vast en maak afspraken over de taakverdeling tijdens de bijeenkomst.
- ▶ Maak een concept plan van aanpak aan de hand van het invulschema van bijlage 1. Zet uw argumenten voor bepaalde keuzes in dit concept op een rij. Dit helpt u bij de toelichting en het beantwoorden van vragen. Bedenk vooraf ook mogelijke knelpunten en eventuele oplossingen.
- ▶ Nodig alle betrokkenen bij de medicatiebeoordelingen uit. Denk hierbij onder andere aan de leden van medicatiebeoordelingsteams, leidinggevenden (zoals teamleiders, zorgmanagers), kwaliteitsmedewerker(s) en de verpleegkundigen en verzorgenden die aan de slag gaan met de checklist 'Patiëntgebonden medicatieproblemen'.
- ▶ Bekijk de PowerPoint-presentatie van de startbijeenkomst behorend bij dit werkboek en pas deze zo nodig aan.
- ▶ Kopieer de benodigde materialen voor alle deelnemers.

Voorbeeldagenda

5 min	Inleiding
20 min	Achtergronden
30 min	Plan van aanpak
20 min	Afspraken
10 min	Afsluiting

Tijdens de bijeenkomst

Inleiding (5 min)

- ▶ Presenteer het doel en het programma van de bijeenkomst.

Achtergronden (20 min)

- ▶ Bespreek de problemen die verbonden zijn aan polyfarmacie door patiënten in het verpleeghuis. Hierbij kunt u gebruik maken van 'Inleiding' en 'Inhoudelijke toelichting' in deze module. Ook kunt u gebruik maken van de literatuur in de literatuurlijst.
- ▶ Bespreek de diverse onderdelen van een medicatiebeoordeling en wie wanneer een rol spelen. Leg duidelijk de rol en meerwaarde van verpleegkundigen en verzorgenden bij het uitvoeren van medicatiebeoordelingen uit.

TIP

Verwerk direct (op het scherm) de aanpassingen in het plan van aanpak die voortkomen uit de bespreking.

Plan van aanpak (30 min)

- ▶ Presenteer het concept plan van aanpak.
- ▶ Doorloop voornamelijk de activiteiten die relevant zijn voor alle deelnemers. Bespreek ook activiteiten die al uitgevoerd zijn.
- ▶ Geef aan waarom bepaalde keuzes gemaakt zijn. Sta nogmaals stil bij de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende betrokkenen.
- ▶ Bespreek de voorgenomen planning en beschikbare werkmaterialen, zoals de checklist 'Patiëntgebonden medicatieproblemen' (bijlage 3) en het mutatie- en actieformulier (bijlage 5).

Afspraken (20 min)

- ▶ Laat de deelnemers eventuele knelpunten aangeven in het plan van aanpak en de planning en bespreek oplossingen daarvoor.
- ▶ Pas het plan van aanpak en de planning aan.

Afsluiting (10 min)

- ▶ Sluit af door de gemaakte afspraken kort samen te vatten.
- ▶ Inventariseer tot slot welke vragen er nog zijn en beantwoord die zo mogelijk.
- ▶ Spreek af hoe u de betrokkenen informeert over nog openstaande vragen.

Bijlage 3

Voorbeeld checklist 'Patiëntgebonden medicatieproblemen'

Checklijsten

Er zijn verschillende checklijsten in gebruik. Enkele andere voorbeelden zijn:

- ▶ **Gestructureerde Medicatie Anamnese van Ephor** (zie www.ephor.nl)
- ▶ **Checklist farmaceutische anamnese** (zie www.stevenshof.nl)

Inleiding

Deze checklist helpt je als verpleegkundige of verzorgende om patiëntgebonden medicatieproblemen op te sporen. Voor een goede medicatiebeoordeling is het belangrijk dat bekend is welke medicatieproblemen een patiënt ervaart. Daarbij gaat het om medicatieproblemen van alle geneesmiddelen die de patiënt gebruikt.

Instructie

Deze checklist vul je in vóór de medicatiebeoordeling door de arts, apotheker en verpleging of verzorging. Indien nodig/mogelijk kun je dit samen met de patiënt of de vertegenwoordiger van de patiënt doen.

Zorg dat je de toedienlijst van de patiënt erbij hebt. Dit helpt je om relevante medicatieproblemen in beeld te krijgen. Noteer van alle geneesmiddelen de problemen die ze geven.

Gegevens patiënt

Voorletters + naam
Geboortedatum
Afdeling
Naam arts
Naam medewerker instelling

1. Gebruikt de patiënt naast de voorgeschreven medicatie nog medicatie die niet op de toedienlijst staat? Denk aan: pijnstillers van de drogist, vitamines en homeopathische geneesmiddelen.

- Ja, de patiënt gebruikt naast de voorgeschreven medicatie ook andere medicijnen.
 Nee, de patiënt gebruikt naast de voorgeschreven medicijnen geen andere medicijnen.

Schrijf hier de namen van de andere medicijnen.

2. Heeft de patiënt last van (nieuwe) klachten waarvoor mogelijk medicamenteuze behandeling nodig is?

- Ja, de patiënt heeft last van (nieuwe) klachten waarvoor mogelijk behandeling nodig is.
 Nee, de patiënt heeft geen (nieuwe) klachten.

Schrijf hier de klachten op.

3. Gebruikt de patiënt de medicatie volgens voorschrift? Denk aan weigeren, uitspugen, verslikken, afwijkende dosis, andere tijdstippen, enzovoorts. Kijk hiervoor ook op de toedienlijst.

- Ja, de patiënt gebruikt de medicatie zoals voorgeschreven.
 Nee, de patiënt gebruikt de medicatie niet zoals voorgeschreven.

Schrijf hier wat er anders is aan het gebruik van de medicatie.

4. Gebruikt de patiënt gemalen medicatie?

- Ja, de patiënt gebruikt alle medicatie gemalen.
 Ja, de patiënt gebruikt een gedeelte van de medicatie gemalen. Schrijf de namen op van de geneesmiddelen die gemalen worden.

De patiënt neemt de gemalen medicatie in met vla yoghurt appelmoes anders

- Nee, de patiënt gebruikt de medicatie niet gemalen.

5. Heeft de patiënt andere problemen met het gebruik van de medicatie? Denk aan moeite met inhaleren, problemen door het gebruik van een sonde, enzovoorts.

- Ja, de patiënt heeft problemen met het innemen/gebruik van de medicatie.
 - Nee, de patiënt heeft geen problemen met het innemen/gebruik van de medicatie.
- Schrijf hier bij elk geneesmiddel met problemen de naam en welk probleem de patiënt ermee heeft.

6. Heb je - voor zover je dat kunt inschatten - het idee dat de medicatie voldoende helpt? Vraag eventueel ook aan de patiënt of vertegenwoordiger of hij vindt dat de medicatie helpt.

- Ja, de medicatie helpt voldoende.
 - Nee, niet alle medicatie helpt voldoende.
- Schrijf hier op waarom je vindt dat de medicatie wel of niet voldoende helpen. Zet erbij om welk(e) geneesmiddel(en) het gaat.

7. Heeft de patiënt last van (mogelijke) bijwerkingen van een of meerdere geneesmiddelen?

- Ja, de patiënt heeft mogelijk last van bijwerkingen.
 - Nee, de patiënt heeft geen klachten.
- Schrijf hier de mogelijke bijwerkingen op.

8. Is de patiënt het afgelopen jaar één of meerdere keren gevallen?

- Ja, keer.
 - Nee, de patiënt is niet gevallen.
 - Niet van toepassing, patiënt is volledig bedlegerig.
- Schrijf hier bijzonderheden op. Denk aan redenen van vallen en of er wel of geen letsel was.

9. Is de patiënt/vertegenwoordiger tevreden over de medicatie?

- Ja, de patiënt/vertegenwoordiger is tevreden over de medicatie.
 - Nee, patiënt/vertegenwoordiger is niet tevreden over de medicatie.
- Schrijf hier op waarover de patiënt/vertegenwoordiger niet tevreden is. Zet erbij om welk(e) geneesmiddel(en) het gaat.

10. Heb je nog vragen/opmerkingen over de medicatie? Dit kunnen ook vragen/opmerkingen zijn die je van de patiënt of vertegenwoordiger door hebt gekregen.

- Ja, er zijn nog vragen/opmerkingen over de medicatie.
 - Nee, er zijn geen vragen/opmerkingen over de medicatie.
- Schrijf hier de vragen/opmerkingen over de medicatie - als die er zijn - op.

De gestructureerde aanpak van de medicatiebeoordeling

De hieronder beschreven gestructureerde aanpak van de medicatiebeoordeling komt uit de multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen* (2012). De methode heet Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP). Het is een samenvoeging van 'Gebruik Indicatie Veiligheid Effectiviteit' (GIVE), een hulpmiddel voor een structurele farmacotherapeutische analyse, en de 'Polyfarmacie Optimalisatie Methode' (POM), een praktisch stappenplan, ontworpen als hulpmiddel voor de Nederlandse huisarts.

Vorbereiding

1. Selectie patiënten door apotheker en arts.
2. Verzamelen van gegevens:
 - ▶ Medicatieoverzicht van apotheek, inclusief allergieën, overgevoeligheden en reden van start/stop.
 - ▶ Medische voorgeschiedenis/episode of probleemlijst.
 - ▶ Gegevens van lichamelijk onderzoek (bloeddruk, pols, gewicht).
 - ▶ Meetwaarden van het laboratorium van de afgelopen 12 maanden (nierfunctie, leverfunctie, evt. 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 ook degene die de patiënt hierbij helpt (de verzorgende of mantelzorger) 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?
- ▶ Vraag toestemming aan de patiënt of je diens medische gegevens bij de arts mag opvragen als dat voor de beoordeling nodig is.

Stap 2 Farmacotherapeutische Analyse

Doel: identificatie van (potentiële) farmacotherapie-gerelateerde problemen (FTP's).

Deze analyse is de voorbereiding op stap 3, overleg tussen arts en apotheker. De geïdentificeerde 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 behulp van onderstaande vragen en aandachtspunten, de tabel START-criteria (zie tabel 1 in bijlage 4B) en de tabel STOPP-criteria (zie tabel 2 in bijlage 4C):

- ▶ 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 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 waarvoor geen indicatie (meer) is?

- ▶ (Potentiële) bijwerking
 - Controleer of er sprake is van een (potentiële) bijwerking van een geneesmiddel.
 - Controleer met behulp van tabel STOPP-criteria.
 - Controleer bij een potentiële bijwerking:
 - B** of dit een **B**ekende bijwerking is,
 - A** welke **A**lternatieve verklaringen er zijn voor de klacht(en), en
 - T** hoe de **T**ijsrelatie is (is de bijwerking opgetreden na start van het verdachte geneesmiddel).
 Meld afwijkende (ongebruikelijke) bijwerkingen bij Lareb.
 - Controleer of er bij risico op een bijwerking de benodigde monitoring wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld laboratoriummetingen zoals bijvoorbeeld nierfunctie, bloedbeeld, bloeddruk, evaluatie klachten met patiënt).
- ▶ Klinisch relevante contra-indicatie en interactie
 - Controleer of er een mogelijke 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.
 - 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: Opstellen Farmacotherapeutische Behandel Plan (FBP)

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

De arts en apotheker bespreken en stellen vast:

- ▶ De behandeldoelen voor de patiënt.
- ▶ De relevante farmacotherapie gerelateerde 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 patiënt, aanpassen Actueel Medicatieoverzicht). Overweeg bij een potentiële bijwerking het geneesmiddel te stoppen en te herstarten. Doe dit alleen in overleg met de patiënt en als de patiënt hier open voor staat. Stel vast of een gesignaleerde interactie of contra-indicatie ook klinisch relevant is bij deze patiënt.

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: Vaststellen Farmacotherapeutische Behandel Plan (FBP)

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

Bespreek met de patiënt (en/of diens verzorgende) de voorgestelde wijzigingen en neem op grond daarvan de definitieve beslissing welke wijzigingen worden doorgevoerd. Maak daarbij een tijdspad 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 FBP welke controles uitgevoerd dienen te worden en op welke termijn. Bespreek met de patiënt hoe hij het geneesmiddel gebruik zelf kan evalueren en wanneer het goed is om contact op te nemen met de behandelend arts of apotheker. Documenteer tevens welke evaluatie afspraken er gemaakt zijn met de patiënt. Leg vast op welke termijn de medicatielijst opnieuw gereviseerd zal worden.

Vervolgbeoordelingen

Een vervolgbeoordeling dient minimaal 1x 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 de apotheker. Praktijkondersteuners, verpleegkundigen, farmaceutische consultants, doktersassistenten, apothekersassistenten en andere hulpverleners kunnen bij de uitvoering behulpzaam zijn.

Bijlage 4B

START-criteria

Onderstaande tabel bevat de naar de Nederlandse situatie vertaalde START-criteria (Screening Tool to Alert doctors to Right (ie appropriate, indicated) Treatment), zoals die in 2015 door het Expertisecentrum Pharmacotherapie bij Ouderen (Ephor) zijn gepubliceerd. Zie ook www.ephor.nl. Het is een hulpmiddel bij het uitvoeren van de farmacotherapeutische analyse. Raadpleeg voor de indicatiestelling en specifieke geneesmiddelkeuze de vigerende richtlijnen of het Farmacotherapeutisch Kompas.



Tabel 1 START-criteria voor het voorschrijven van geneesmiddelen aan ouderen bij veelvoorkomende aandoeningen, ter vermijding van onderbehandeling

geneesmiddelgroep	criterium
cardiovasculair	
1	vitamine K-antagonist of directe orale anticoagulantia bij chronisch atriumfibrilleren; uitzondering: mannen van 65-75 jaar zonder cardiovasculaire comorbiditeit
2	acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium (80-100 mg 1dd) bij chronisch atriumfibrilleren, indien een vitamine K-antagonist of directe orale anticoagulantia gecontra-indiceerd zijn of door de patiënt niet gewenst worden
3	acetylsalicylzuur, carbasalaatcalcium, clopidogrel, prasugrel of ticagrelor bij een voorgeschiedenis van coronaire, cerebrale of perifere arteriële symptomen en sinusritme bij patiënten die niet reeds behandeld worden met een vitamine K-antagonist of directe orale anticoagulantia
4	antihypertensiva indien bij herhaling systolische bloeddruk > 160 mmHg en/of diastolische bloeddruk > 90 mmHg en leefstijlmaatregelen onvoldoende effect hebben. N.B. systolische bloeddruk dient niet veel verder dan tot 150 mmHg te dalen; bij patiënten met diabetes mellitus* indien systolische bloeddruk > 140 mmHg en/of diastolische bloeddruk > 90 mmHg
5	statine bij een voorgeschiedenis van coronaire, cerebrale of perifere arteriële symptomen of een verhoogd cardiovasculair risico en LDL-waarde > 2,5 mmol/l, tenzij de patiënt een levensverwachting < 3 jaar heeft
6	ACE-remmer of - bij bijwerkingen - een angiotensine II-antagonist bij systolisch hartfalen en/of een coronaire hartziekte
7	bètablokker na myocardinfarct of stabiele angina pectoris
8	cardioselectieve bètablokker (bijvoorbeeld metoprolol, bisoprolol of nebivolol) bij stabiel systolisch hartfalen
respiratoir	
1	inhalatie van bèta-2-agonist of parasymphaticolyticum bij lichte tot matige astma of COPD
2	proefbehandeling met inhalatiecorticosteroid (ICS) bij COPD in geval van frequente exacerbaties (2 of meer per jaar) ondanks behandeling met langwerkende luchtwegverwijder. N.B. Evalueer na een jaar en stop ICS als het aantal exacerbaties niet afneemt
3	continue zuurstoftherapie bij chronisch respiratoir falen (d.w.z. $P_{O_2} < 8,0$ kPa of 60 mmHg of $S_{A_{O_2}} < 89\%$)

geneesmiddelgroep	criterium
centraal zenuwstelsel en ogen	
1	antiparkinsonmiddel (L-DOPA met decarboxylaseremmer of dopamine-agonist) bij de ziekte van Parkinson met functionele beperkingen en de daaruit voortvloeiende invaliditeit
2	antidepressivum (tricyclische antidepressiva (nortriptyline) als SSRI/SNRI onvoldoende effectief is) bij matige tot ernstige depressie (volgens DSM-V-criteria)
3	voor 2e lijn: bespreken van behandeling met acetylcholinesteraseremmer (bijvoorbeeld rivastigmine, galantamine of donepezil) bij lichte tot matige dementie op basis van de ziekte van Alzheimer of 'Lewy body'-dementie (rivastigmine) volgens een behandelprotocol
4	prostaglandine-analogen of bètablokker bij primair open-kamerhoekglaucoom
5	SSRI (of SNRI of pregabaline als SSRI gecontra-indiceerd is) voor persistente, ernstige angst die interfereert in het dagelijks functioneren
6	dopamine-agonist (bijvoorbeeld ropinirol, pramipexol of rotigotine) bij ernstig restless-legs-syndroom met onacceptabele lijdensdruk ondanks niet-medicamenteuze behandeling, indien ijzertekort en ernstig nierfalen zijn uitgesloten
gastro-intestinaal	
1	protonpompremmer bij ernstige gastro-oesofageale refluxziekte of peptische strictuur waarvoor dilatatie nodig is
2a	protonpompremmer bij patiënten die NSAID gebruiken* en: <ul style="list-style-type: none"> ▶ (complicatie van) peptisch ulcus/<i>Helicobacter pylori</i> in anamnese hebben; ▶ ernstige invaliderende reumatoïde artritis, hartfalen of diabetes mellitus hebben; ▶ 70 jaar of ouder zijn; ▶ 60 tot 70 jaar oud zijn en gelijktijdig orale anticoagulantia, orale glucocorticosteroiden, SSRI, acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium gebruiken
2b	protonpompremmer bij patiënten die lage dosering acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium* gebruiken en: <ul style="list-style-type: none"> ▶ 60 jaar of ouder zijn en een peptisch ulcus in de anamnese hebben; ▶ 70 jaar of ouder zijn en gelijktijdig orale anticoagulantia, een P2Y12-remmer (clopidogrel, prasugrel of ticagrelor), systemisch werkend glucocorticosteroiden, spironolacton, SSRI, venlafaxine, duloxetine of trazodon gebruiken; ▶ 80 jaar of ouder zijn
3	vezelsupplement bij chronische symptomatische diverticulose met obstipatie

geneesmiddelgroep	criterium
bewegingsapparaat	
1	'disease modifying antirheumatic drugs' (DMARD) bij actieve, invaliderende reumatoïde artritis (gedurende > 4 weken)
2	bisfosfonaten en vitamine D en calcium bij onderhoudstherapie met glucocorticosteroïden > 3 maanden, als de dosis \geq 7,5 mg prednison (of het equivalent daarvan) per dag bedraagt
3	vitamine D en calcium (tenzij voldoende inname) bij patiënten met osteoporose
4	inhibitie botafbraak en/of stimulatietherapie (bijvoorbeeld met bisfosfonaten, denosumab, teriparatide) bij gedocumenteerde osteoporose (BMD T-score < -2,5) en op voorwaarde dat er geen contra-indicaties zijn
5	vitamine D bij ouderen die aan huis gebonden zijn of vallen of die osteopenie hebben (-2,5 < BMD T-score < -1,0)
6	xanthine-oxidaseremmer (bijvoorbeeld allopurinol) bij recidiverende episoden met jicht (aanvalsfrequentie van > 3 per jaar) of bij jichttophi
7	foliumzuur bij patiënten die behandeld worden met methotrexaat
endocrien	
1	metformine* bij diabetes mellitus type 2. N.B. starten met 500 mg 2 dd indien eGFR 30-50 ml/min/1,73 m ² ; niet geven bij eGFR < 30 ml/min/1,73 m ²
2	ACE-remmer of - bij bijwerkingen - angiotensine II-antagonist bij diabetes mellitus met tekenen van nierschade, dat wil zeggen: microalbuminurie (> 30 mg/24 h) eventueel gecombineerd met eGFR < 50 ml/min/1,73 m ² . N.B. pas zo nodig de dosering aan bij verminderde nierfunctie
urogenitaal	
1	α ₁ -receptorblokker bij symptomatisch prostatisme en wanneer prostatectomie als onnodig wordt beschouwd
2	5- α -reductaseremmer bij symptomatisch prostatisme en wanneer prostatectomie als onnodig wordt beschouwd of kan worden uitgesteld
3	vaginale oestrogenen of vaginaal oestrogeenpessarium bij symptomatische atrofische vaginitis. N.B. evaluatie en overweging tot staken tenminste elke 6 maanden
analgetica	
1	sterk werkende opioïden (met uitzondering van methadon) bij matige tot ernstige pijn, indien paracetamol, NSAID's of minder sterk werkende opioïden niet geschikt zijn gezien de ernst van de pijn of onvoldoende effectief zijn
2	kortwerkende opiaten voor doorbraakpijn bij behandeling met langwerkende opiaten
3	laxeermiddelen (bijvoorbeeld macrogol, lactulose of magnesiumoxide) bij gebruik van opiaten
vaccinaties	
1	seizoensgebonden griepvaccinatie (influenza) jaarlijks

* Niet opgenomen in herziene internationale versie.

Bron: Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159:A8904.



STOPP-criteria

Onderstaande tabel bevat de naar de Nederlandse situatie vertaalde STOPP-criteria (Screening Tool of Older Peoples' Prescriptions), zoals die in 2015 door het Expertisecentrum Pharmacotherapie bij Ouderen (Ephor) zijn gepubliceerd. Zie ook www.ephor.nl. Het is een hulpmiddel bij het uitvoeren van de farmacotherapeutische analyse. Raadpleeg voor de indicatiestelling en specifieke geneesmiddelkeuze de vigerende richtlijnen of het Farmacotherapeutisch Kompas.



Tabel 2 STOPP-criteria van potentieel ongeschikte geneesmiddelen voor oudere patiënten		
geneesmiddel-groep en criteriumnummer	geneesmiddel	argument
algemeen		
STOPP A1	elk geneesmiddel zonder een op bewijs gebaseerde klinische indicatie	
STOPP A2	elk geneesmiddel dat langer dan de goed gedefinieerde aanbevolen duur wordt voorgeschreven	
STOPP A3	dubbelmedicatie (verschillende geneesmiddelen uit dezelfde geneesmiddelgroep), bijvoorbeeld 2 vergelijkbare NSAID's, SSRI's, lisdiuretica, ACE-remmers of orale anticoagulantia	
cardiovasculair		
STOPP B1	digoxine bij hartfalen met normale systolische ventrikelfunctie	niet bewezen effectief en risico op verslechtering bij diastolisch hartfalen
STOPP B2	verapamil of diltiazem bij hartfalen NYHA klasse III of IV	kan hartfalen verergeren
STOPP B3	bètablokker in combinatie met verapamil of diltiazem	risico op een hartblok
STOPP B4	bètablokker bij bradycardie (< 50/min), een 2e-graads AV-blok of compleet AV-blok N.B. dosis verlagen of stoppen	risico op compleet hartblok, asystolie
STOPP B5	amiodaron als eerstelijns anti-aritmicum	hoog risico op bijwerkingen
STOPP B6	lisdiureticum als behandeling van hypertensie	niet geregistreerd voor deze indicatie; veiliger en doeltreffender alternatieven beschikbaar
STOPP B7	lisdiureticum bij enkeloedeem zonder klinisch, biochemisch of radiologisch bewijs van hartfalen, leverfalen, nefrotisch syndroom of nierinsufficiëntie	indien mogelijk elastische kousen en bewegen of been in hoogstand

geneesmiddel-groep en criteriumnummer	geneesmiddel	argument
cardiovasculair <i>vervolg</i>		
STOPP B8	thiazidediureticum bij een actuele hypokaliëmie (serumconcentratie kalium < 3,0 mmol/l), hyponatriëmie (serumconcentratie natrium < 130 mmol/l), hypercalciëmie (gecorrigeerd serumconcentratie niet-eiwitgebonden calcium > 2,65 mmol/l) of met een voorgeschiedenis van jicht bij gelijktijdig gebruik van thiazidediureticum	hypokaliëmie, hyponatriëmie, hypercalciëmie en jicht kunnen uitgelokt worden door thiazidediureticum
STOPP B9	centraal werkende antihypertensiva, zoals methyldopa, clonidine, moxonidine	centraal aangrijpende antihypertensiva worden slechter verdragen door ouderen
STOPP B10	ACE-remmers of angiotensine II-antagonisten bij patiënten met hyperkaliëmie (serumconcentratie kalium \geq 5,5 mmol/l)	verergering hyperkaliëmie
STOPP B11	aldosteron-antagonisten (bijvoorbeeld spironolacton, eplerenon) gelijktijdig met kaliumsparende geneesmiddelen (zoals ACE-remmers, angiotensine II-antagonisten, amiloride of triamtereen) zonder regelmatige controle van de kaliumconcentratie	risico op hyperkaliëmie - tenminste halfjaarlijkse controle van de kaliumconcentratie in serum
STOPP B12	fosfodiësterase-type 5-remmers zoals sildenafil, tadalafil of vardenafil) bij ernstig hartfalen gekenmerkt door hypotensie (systolische bloeddruk < 90 mmHg) of in combinatie met nitraatgebruik voor angina pectoris	risico op cardiovasculaire collaps
trombocytenaggregatieremmers / antistolling		
STOPP C1	trombocytenaggregatieremmers (acetylsalicylzuur, carbasalaatcalcium) in een dosis hoger dan respectievelijk 80 of 100 mg per dag, met uitzondering van oplaaddosis	een verhoogd risico op bloeding; niet bewezen effectief
STOPP C2	trombocytenaggregatieremmers, clopidogrel en andere middelen uit deze groep, dipyridamol, vitamine K-antagonisten, directe orale anticoagulantia bij verhoogd risico op bloeding (dat wil zeggen: ongecontroleerde hypertensie), versterkte bloedingsneiging of een recente relevante spontane bloeding. N.B. gebruik de HASBLED-score [†] ; een score \geq 3 betekent verhoogd bloedingsrisico	verhoogd risico op bloeding
STOPP C3	trombocytenaggregatieremmer in combinatie met clopidogrel - of andere middelen uit deze groep – als secundaire preventie van een beroerte, tenzij een coronaire stent is ingebracht in de voorafgaande 12 maanden of bij gelijktijdig acuut coronair syndroom of een hooggradige symptomatische carotisstenose	er is geen bewijs voor voordeel boven monotherapie met clopidogrel
STOPP C4	trombocytenaggregatieremmer in combinatie met vitamine K-antagonisten of directe orale anticoagulantia bij patiënten met chronisch atriumfibrilleren	geen extra voordeel van salicylaten

geneesmiddel-groep en criteriumnummer	geneesmiddel	argument
trombocytenaggregatieremmers / antistolling <i>vervolg</i>		
STOPP C5	trombocytenaggregatieremmers met vitamine K-antagonisten of directe orale anticoagulantia bij patiënten met een stabiele coronaire, cerebrovasculaire of perifere arteriële symptomen	geen bewijs voor extra voordeel van combinatie therapie
STOPP C6	vitamine K-antagonisten of directe orale anticoagulantia langer dan 6 maanden bij een eerste, ongecompliceerde diepveneuze trombose	geen bewijs voor aanvullende effectiviteit
STOPP C7	vitamine K-antagonisten of directe orale anticoagulantia langer dan 12 maanden bij een eerste ongecompliceerde longembolie	geen bewijs voor aanvullende effectiviteit
STOPP C8	NSAID's in combinatie met vitamine K-antagonisten of directe orale anticoagulantia	verhoogd risico op ernstige maagbloeding
centraal zenuwstelsel en psychofarmaca		
STOPP D1	tricyclische antidepressiva - anticholinerge effecten zijn het sterkst bij amitriptyline en het minst sterk bij nortriptyline – bij dementie, onbehandelde nauwe-kamerhoekglaucoom, cardiale geleidingsstoornissen, prostatisme, ziekte van Sjögren, of een voorgeschiedenis van urineretentie	risico op verergering van deze aandoeningen
STOPP D2	tricyclische antidepressiva als eerstelijns behandeling van depressie	hoger risico op bijwerkingen
STOPP D3	antipsychotica met matige anticholinerge effecten (chloorpromazine, clozapine, flupentixol, flufenazine, zuclopentixol) bij prostatisme of voorgeschiedenis van urineretentie	hoog risico op urineretentie
STOPP D4	SSRI's bij niet-iatrogene hyponatriëmie (serumconcentratie natrium < 130 mmol/l) in de laatste 2 maanden	risico op het verergering of recidief hyponatriëmie
STOPP D5	benzodiazepinen gedurende ≥ 4 weken. N.B. geleidelijke afbouw van alle benzodiazepinen bij gebruik langer dan 4 weken vanwege risico op ontwenningssymptomen	geen indicatie voor een langere behandeling; risico op verlengde sedatie, verwardheid, slechtere balans, vallen, verkeersongevallen
STOPP D6	antipsychotica (met uitzondering van clozapine en quetiapine) bij patiënten met parkinsonisme	risico op ernstige extrapiramidale bijwerkingen
STOPP D7	anticholinergica, zoals biperideen of trihexyfenidyl, bij behandeling van extrapiramidale bijwerkingen van antipsychotica	verhoogd risico op anticholinerge toxiciteit
STOPP D8	middelen met anticholinerge bijwerkingen bij patiënten met delirium of dementie, bijvoorbeeld oxybutynine, tolterodine, promethazine, hydroxyzine, clemastine, alimemazine en amitriptyline; deze lijst is niet limitatief	verhoogd risico op verergering van cognitieve stoornissen
STOPP D9	antipsychotica bij patiënten met probleemgedrag bij dementie, tenzij symptomen zeer ernstig zijn en niet-medicamenteuze maatregelen geen effect hebben	beperkte effectiviteit, verhoogd risico

geneesmiddel-groep en criteriumnummer	geneesmiddel	argument
centraal zenuwstelsel en psychofarmaca <i>vervolg</i>		
STOPP D10	antipsychotica als slaapmiddelen	risico op verwardheid, hypotensie, extrapiramidale bijwerkingen, vallen
STOPP D11	acetylcholinesteraseremmers bij bradycardie (< 60 slagen/min), hartblok of recidiverende, onverklaarde syncope	risico op manifeste hartgeleidingsstoornissen, syncope en verwonding
STOPP D12	fenothiazine-antipsychotica, met uitzondering van chloorpromazine tegen de hik en levopromazine in palliatieve zorg	er zijn alternatieven die veiliger en effectiever zijn
STOPP D13	levodopa of dopamine-agonisten voor benigne essentiële tremor	niet bewezen effectief
STOPP D14	antihistaminica met sterk sederende werking	veiliger en minder toxische antihistaminica beschikbaar
potentieel ongeschikte medicatie bij verminderde nierfunctie†		
STOPP E1	digoxine in een dosis > 0,125 mg/dag bij eGFR < 30 ml/min/1,73 m ²	verhoogd risico op toxiciteit
STOPP E2	directe trombineremmers zoals dabigatran bij eGFR < 30 ml/min/1,73 m ²	verhoogd risico op bloeding
STOPP E3	factor Xa-remmers zoals rivaroxaban bij eGFR < 15 ml/min/1,73 m ²	verhoogd risico op bloeding
STOPP E4	NSAID's bij eGFR < 30 ml/min/1,73 m ²	risico op verslechtering van de nierfunctie
STOPP E5	metformine bij eGFR < 30 ml/min/1,73 m ²	risico op lactaatacidose
STOPP E6*	bisfosfonaten:‡ clodroninezuur en ibandroninezuur: bij eGFR < 50 ml/min/1,73 m ² dosis aanpassen alendroninezuur, etidroninezuur en risedroninezuur: bij eGFR < 30 ml/min/1,73 m ² toediening staken	risico op toxiciteit van bisfosfonaten
gastro-intestinaal		
STOPP F1	metoclopramide bij parkinsonisme	verhoogd risico op verergering van parkinsonisme door centrale dopamineblokkade; domperidon is een alternatief
STOPP F2	protonpompremmer in maximale therapeutische dosis > 8 weken bij peptische ulcera of oesofagitis, met uitzondering van een Barrett-slokdarm	geen bewijs voor extra effectiviteit
STOPP F3	geneesmiddelen die obstipatie kunnen veroorzaken of verergeren (bijvoorbeeld anticholinerge medicatie, oraal ijzer, opiaten, verapamil, aluminiumhoudende antacida) bij patiënten met chronische obstipatie	risico op verergering van obstipatie
STOPP F4	ijzerpreparaten met een gereguleerde afgifte (ferrosulfaat mga/Ferogradumet) of oraal elementair ijzer in een dosis hoger dan 200 mg per dag, bijvoorbeeld ferrofumaraat > 600 mg/dag of ferrogluconaat > 1800 mg/dag	geen bewijs voor meer opname van ijzer boven deze dosis

geneesmiddel-groep en criteriumnummer	geneesmiddel	argument
respiratoir		
STOPP G1	theofylline als monotherapie bij COPD	er zijn veiligere en effectievere alternatieven beschikbaar; risico op bijwerkingen als gevolg van nauwe therapeutische breedte
STOPP G2	systemische glucocorticosteroïden in plaats van inhalatiecorticosteroïden als onderhoudsbehandeling bij matig tot ernstige COPD of astma	onnodige blootstelling aan langetermijnbijwerkingen van systemische glucocorticosteroïden
STOPP G3	inhalatie-parasympaticolytica, zoals ipratropium en tiotropium, bij onbehandelde nauwe-kamerhoekglaucoom of blaasledigingsproblemen	kan glaucoom verergeren en urineretentie geven
STOPP G4	benzodiazepinen bij acute of chronische respiratoire insufficiëntie ($P_{O_2} < 8,0$ kPa/60 mmHg en/of $P_{CO_2} > 6,5$ kPa/50 mmHg)	verhoogd risico op verergering van respiratoire insufficiëntie
bewegingsapparaat		
STOPP H1	NSAID's bij matige tot ernstige hypertensie of bij hartfalen	kan verergering hypertensie en hartfalen geven
STOPP H2	langdurig gebruik van NSAID's (> 3 maanden) voor pijnverlichting bij artrose zonder dat paracetamol in adequate dosering geprobeerd is	eenvoudige pijnstillers zijn veiliger en meestal even effectief in pijnbestrijding
STOPP H3	langdurig gebruik van glucocorticosteroïden (> 3 maanden) als monotherapie voor reumatoïde artritis	verhoogd risico op systemische bijwerkingen van glucocorticosteroïden
STOPP H4	gebruik van glucocorticosteroïden – anders dan periodieke intra-articulaire injecties voor mono-articulaire pijn – bij artrose	risico op systemische bijwerkingen van glucocorticosteroïden
STOPP H5	langdurig NSAID's of colchicine bij chronische behandeling van jicht zonder contra-indicatie voor xanthine-oxidaseremmers, bijvoorbeeld allopurinol	xanthine-oxidaseremmers zijn profylactische geneesmiddelen van eerste keus bij jicht
STOPP H6	COX-2-selectieve NSAID's en diclofenac bij hart- en vaatziekten	verhoogd risico op hartinfarct en beroerte
STOPP H7	orale bisfosfonaten bij patiënten met in voorgeschiedenis of actuele bovenste gastrointestinale aandoeningen (dysfagie, oesofagitis, gastritis, duodenitis, maagulcus of bovenste gastro-intestinale bloeding) of bij bedlegerige patiënten	verhoogd risico op recidief of verergering van aandoening
urogenitaal		
STOPP I1	urogenitale anticholinergica (oxybutynine, solifenicine, tolterodine, darifenacine, fesoterodine) bij dementie of cognitieve stoornis, bij onbehandeld nauwe-kamerhoekglaucoom of bij chronisch prostatisme	risico op toename van verwardheid, agitatie; risico op acute verergering; risico op urineretentie
STOPP I2	selectieve alfa-1-blokkers bij dagelijkse incontinentie of symptomatische orthostase of mictie-syncope of bij urinecatheter in situ > 2 mnd	kan toename urinefrequentie en incontinentie geven; risico op verergering symptomen; niet bewezen effectief

geneesmiddel-groep en criteriumnummer	geneesmiddel	argument
endocrien		
STOPP J1	sulfonylureumderivaten met een langere werkingsduur en actieve metabolieten, zoals glibenclamide en glimepiride, bij diabetes mellitus type 2	kan de duur van de hypoglykemie verlengen
STOPP J2	thiazolidinedionen, bijvoorbeeld pioglitazon, bij patiënten met gedocumenteerd hartfalen	kan verergering van hartfalen geven
STOPP J3	bètablokkers bij patiënten met diabetes mellitus die frequent hypoglykemie hebben	kan hypoglykemie maskeren
STOPP J4	oestrogenen bij patiënten met een borstkanker of veneuze trombo-embolie in voorgeschiedenis	verhoogd risico op recidief
STOPP J5	orale oestrogenen zonder progestagenen bij patiënten met een intacte uterus	verhoogd risico op endometriumcarcinoom
STOPP J6	androgenen zonder dat er sprake is van primair of secundair hypogonadisme	
verhoogd valrisico		
STOPP K1	benzodiazepinen bij voorgeschiedenis van val of valneiging	verhoogd risico op sedatie, bewustzijnsvermindering en verslechtering balans
STOPP K2	antipsychotica bij voorgeschiedenis van val of valneiging	kunnen parkinsonisme, duizeligheid en orthostatische hypotensie geven
STOPP K3	vasodilatoren (bijvoorbeeld α 1-receptorblokkers, calciumantagonisten, langwerkende nitraten, ACE-remmers, angiotensine II-antagonisten) bij orthostatische hypotensie	verhoogd risico op syncope, vallen
STOPP K4	aan benzodiazepine verwante geneesmiddelen, zopiclon en zolpidem bij voorgeschiedenis van val of valneiging	kunnen langdurige sedatie overdag en ataxie veroorzaken
pijn		
STOPP L1	sterke orale of transdermale opiaten (bijvoorbeeld morfine, oxycodon, fentanyl of buprenorfine) als eerste keus bij lichte pijn	
anticholinerge belasting		
STOPP N1	gelijktijdig gebruik van 2 of meer geneesmiddelen met anticholinerge eigenschappen, bijvoorbeeld blaasspasmolytica (oxybutinine, tolterodine, solifenacine, darifenacine, fesoterodine) of intestinale spasmolytica (scopolaminebutyl, tricyclische antidepressiva of klassieke antihistaminica)	verhoogd risico op anticholinerge toxiciteit

* Niet opgenomen in de internationale herziene versie.

† ESC richtlijn atriumfibrilleren en http://spoedpedia.nl/wiki/HaS-BLED_score.

‡ De genoemde medicatie is niet compleet. Volledige geneesmiddellijst is beschikbaar op www.ephor.nl; voor doseringsadvies wordt verwezen naar het advies bij verminderde nierfunctie van de KNMP Kennisbank.

§ www.ephor.nl of tabel 1 uit J am Geriatr Soc. 2014;62(10):1916-22.

Bron: Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159:A8904.



Mutatie- en actieformulier

Patiëntgegevens		Gegevens medicatiegesprek			
Naam:		Arts:			
Geboortedatum:		Apotheker:			
Afdeling:		Verpleegkundige/verzorgende:			
Datum medicatiebeoordeling:					
Gebruikte informatiebronnen					
Actueel medicatieoverzicht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee			
Medicatiehistorie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee			
Checklist patiëntgebonden medicatieproblemen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee			
Patiëntendossier	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee			
Laboratoriumuitslagen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee			
Informatie andere zorgverleners	<input type="checkbox"/> Psycholoog	<input type="checkbox"/> Fysiotherapeut	<input type="checkbox"/> Logopedist	<input type="checkbox"/> Anders, nl.	
Wijzigingen in medicatie					
<input type="checkbox"/> Ja, er zijn wijzigingen (ga door met deze tabel)					
<input type="checkbox"/> Nee, er zijn geen wijzigingen (u hoeft de tabel niet verder in te vullen)					
Te wijzigen geneesmiddelen?	Geneesmiddelen in de gewijzigde situatie	Soort wijziging S/V/H/L/W/N/O*	Reden van wijziging	Evaluatie D/T/N**	Reden van niet doorvoeren wijziging
* soort wijziging: S = staken, V = vervangen/omzetten, H = hogere dosering, L = lagere dosering, W = wijzigen doseerschema/toedieningsvorm, N = starten geneesmiddel, O = overige interventies ** evaluatie: D = doorgevoerd, T = teruggedraaid, N = niet uitgeprobeerd					
Benodigd laboratoriumonderzoek of ander aanvullend onderzoek					
Onderzoek	Reden aanvraag	Uitslag	Consequenties voor medicatie		
<input type="checkbox"/> Natrium					
<input type="checkbox"/> Kalium					
<input type="checkbox"/> Creatinine					
<input type="checkbox"/> eGFR					
<input type="checkbox"/> HbA1c					
<input type="checkbox"/> Geneesmiddelspiegel:					
<input type="checkbox"/> Gewicht					
<input type="checkbox"/> ECG					
Anders, nl.					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					



Verzamelformulier

Gebruik dit verzamelformulier voor het inventariseren van opbrengsten van de medicatiebeoordelingen per afdeling. Neem het elektronisch patiëntendossier of de afzonderlijke mutatie- en actieformulieren van de patiënten als basis.

TIP
 Breng voor (minimaal) een of twee afdelingen in kaart welke typen geneesmiddelen zijn toegevoegd of gewijzigd door de medicatiebeoordelingen. Betrokken zorgverleners zijn hierin namelijk vaak geïnteresseerd. Om dit in kaart te brengen voor alle afdelingen vraagt echter doorgaans te veel inspanning.

Naam verpleeghuis:		Naam afdeling:	
Naam apotheek:		Datum:	
		Aantal	Opmerkingen
Aantal patiënten			
besproken			
geëvalueerd			
zonder wijzigingen			
doorgevoerde wijzigingen			
teruggedraaide wijzigingen			
niet uitgetroefde wijzigingen			
Type wijziging			
staken			
vervangen/omzetten			
hogere dosering			
lagere dosering			
wijziging doseerschema			
wijziging toedieningsvorm			
nieuw geneesmiddel			
overige interventies			
Aanvullend onderzoek			
labwaarden*			
eGFR			
gewicht			
EKG			
anders			
aantal medicatiewijzigingen door aanvullend onderzoek			
Totaal			

* vermeld welke labwaarden (en aantal) zijn bepaald



Evaluatiebijeenkomst

Het doel van een evaluatiebijeenkomst is alle betrokken zorgverleners te informeren over de (tussentijdse) vorderingen en bevindingen met medicatiebeoordelingen. U kunt een evaluatiebijeenkomst organiseren op afdelingsniveau en op organisatieniveau. U gebruikt de resultaten van de evaluatie van de gang van zaken (op afdelings- of organisatieniveau). U bespreekt ook de vervolgvorderingen. De duur van een evaluatiebijeenkomst zal doorgaans ongeveer 75 minuten zijn.

Vorbereiding

- ▶ Bereid de bijeenkomst twee tot vier weken van tevoren voor.
- ▶ Stel het programma (zie voorbeeldagenda) en de werkwijze van de bijeenkomst vast.
- ▶ Nodig alle betrokkenen bij de medicatiebeoordelingen uit.
- ▶ Analyseer de effecten van de medicatiebeoordelingen op afdelingsniveau, bijvoorbeeld aan de hand van het elektronisch patiëntendossier of de afzonderlijke mutatie- en actieformulieren van de patiënten en het verzamelformulier (bijlage 6).
- ▶ Bekijk de PowerPoint-presentatie van de evaluatiebijeenkomst behorend bij dit werkboek en pas deze zo nodig aan.
- ▶ Kopieer de benodigde materialen voor alle deelnemers.

Aanvullend op organisatieniveau

- ▶ Maak - indien mogelijk - een overzicht van de al benoemde ervaringen, verbeterpunten en oplossingen tijdens de evaluatiebijeenkomsten op afdelingsniveau.
- ▶ Analyseer de effecten van de medicatiebeoordelingen organisatiebreed.

Agenda

- 10 min. Inleiding
- 20 min. Uitwisseling ervaringen
- 25 min. Resultaten
- 20 min. Conclusie en afspraken

Tijdens de bijeenkomst

Inleiding (10 min)

- ▶ Presenteer het doel en het programma van de bijeenkomst.
- ▶ Geef een samenvatting van de afspraken gemaakt tijdens de startbijeenkomst.

Uitwisseling ervaringen (20 min)

- ▶ *Afdelingsniveau*
 - Laat de deelnemers plenair hun ervaringen tot nu toe aangeven. Hoe was de ervaring met de eigen rol? Wat ging er goed? Wat kon beter? Zie fase 3A voor mogelijke aandachtspunten.
 - Leg eventuele verbeterpunten vast op een flap-over. Bespreek mogelijke oplossingen.

▸ *Organisatieniveau*

- Bespreek de al benoemde ervaringen, verbeterpunten en oplossingen die aan bod zijn gekomen tijdens de evaluatiebijeenkomsten op afdelingsniveau. Laat de deelnemers aanvullen.
- Probeer te komen tot organisatiebrede oplossingen voor verbeterpunten.

Resultaten (25 min)

▸ *Afdelingsniveau*

- Laat de deelnemers eerst aangeven welke resultaten zij verwachten. Wat hebben de medicatiebeoordelingen tot nu toe opgeleverd? Bij hoeveel patiënten is de medicatie beoordeeld? Hoeveel medicatiewijzigingen zijn doorgevoerd? Eventueel: wat zijn de meest voorkomende wijzigingen?
- Presenteer de resultaten.
- Laat de deelnemers hun mening geven over de resultaten. Vallen de resultaten mee of tegen? Wat ging goed? Wat kan beter?
- Leg eventuele verbeterpunten vast op een flap-over. Bespreek mogelijke oplossingen.

▸ *Organisatieniveau*

- Presenteer de resultaten organisatiebreed.
- Bediscussieer wat mogelijke oorzaken zijn van eventuele verschillen tussen afdelingen.
- Laat de deelnemers elkaar tips geven voor het verbeteren van de werkwijze, organisatie en/of andere aandachtspunten bij het uitvoeren van de medicatiebeoordelingen.

Conclusie en afspraken (20 min)

▸ *Afdelingsniveau*

- Bespreek de voorgenomen planning van de volgende medicatie-overleggen. Pas deze eventueel aan op basis van de ervaringen en gesignaleerde knelpunten. Maak - indien nodig - ook nieuwe afspraken over de werkwijze.
- Spreek een datum af voor een volgende evaluatiebijeenkomst.
- Inventariseer tot slot welke vragen er nog zijn en beantwoord die zo mogelijk.

▸ *Organisatieniveau*

- Spreek organisatiebreed een uniforme werkwijze af. Leg deze afspraken vast, zodat u ze kunt opnemen in werkafspraken, protocollen en procedures en in het kwaliteitssysteem van de instelling.
- Bespreek ook het plan van aanpak voor de verdere uitrol of het borgen van medicatiebeoordelingen in de organisatie.
- Spreek een datum af voor een volgende evaluatiebijeenkomst.
- Inventariseer tot slot welke vragen er nog zijn en beantwoord die zo mogelijk.

Literatuur

- ▶ Balen van J, Damen-Beek van Z, Nelissen-Vrancken M, et al. Eindverslag implementatie- en evaluatieproject polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG/IVM, 2013. Zie www.nhg.org.
- ▶ Handreiking voor multidisciplinaire parkinsonzorg in het verpleeghuis. Utrecht: Parkinson Vereniging/ ParkinsonNet/Verenso, 2011.
- ▶ HARM-wrestling. Den Haag: ministerie van VWS, 2009. Zie www.knmp.nl.
- ▶ KNMP-richtlijn Medicatiebeoordeling. Den Haag: KNMP, 2013. Zie www.knmp.nl.
- ▶ Knol W, Verduijn MM, Leli-van der Zande AC, et al. Onjuist geneesmiddelgebruik bij ouderen opsporen: de herziene STOPP- en START-criteria. Ned Tijdschr Geneeskd 2015;159:A8904.
- ▶ Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, Bemt van den PM. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. Arch Intern Med 2008;168:1890-6.
- ▶ Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG, 2012. Zie www.nhg.org.
- ▶ Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en thuis. Den Haag: IGZ, 2010.
- ▶ Multidisciplinaire richtlijn Pijn, Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen, deel 1. Utrecht: Verenso, 2011.
- ▶ Multidisciplinaire richtlijn Diabetes, Verantwoorde diabeteszorg bij kwetsbare ouderen thuis en in verzorgings- of verpleeghuizen, deel 1. Utrecht: Verenso, 2011.
- ▶ Richtlijn Probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf 2008. Utrecht: Verenso, 2008.
- ▶ Richtlijn Urineweginfecties. Utrecht: Verenso, 2006.
- ▶ Standpunt ECG-controle bij antipsychotica. Utrecht, Ephor, 2011. Zie www.ephor.eu.
- ▶ START- en STOPP-criteria bij ouderen Zakboekje 2015. Zie www.nhg.org.
- ▶ Verminderde Nierfunctie. Doseringsadviezen voor geneesmiddelen. Den Haag: KNMP, 2014.



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik