

MAEIA Kwaliteitshandboek

TRANSMURALE ZORG

MERTENS SARAH, VANDEVEN KAY, WALGRAEVE KAROLIEN, HIAS JULIE,
ROELS SILKE, PEETERS SOFIE, GULDENTOPS LIESE, PIETER VERVISCH

Inleiding

Iedere zorgtransitie, zoals bijvoorbeeld een ziekenhuisopname of het bijhorende ontslag, vormt een risico voor de correcte verderzetting van de therapie van de patiënt. Foutieve of onvolledige thuismedicatielijsten bij opname vormen bijvoorbeeld een oorzaak van vele voorschrijffouten, zowel tijdens het ziekenhuisverblijf als bij ontslag. Ook wanneer overdracht van informatie bij transfer of ontslag niet correct gebeurt, kan dit resulteren in het toedienen van foutieve medicatie, foutieve doseringen, dubbelmedicatie of het niet toedienen van voorgeschreven medicatie. Deze medicatiefouten voorkomen is absoluut noodzakelijk om schade bij de patiënt te vermijden. Het is daarom belangrijk dat er op transfermomenten een grondige medicatie verificatie gebeurt en dat eventuele medicatiewijzigingen worden gedocumenteerd.

In dit hoofdstuk worden een aantal ondersteunende middelen voorgesteld die gebruikt kunnen worden bij de medicatieverificatie bij opname, intramurale transfer en ontslag. Het doel van deze middelen is:

- Het minimaliseren van bovenvermelde medicatie-gerelateerde problemen die zich bij opname, intramurale transfer en ontslag kunnen voordoen, door middel van een goede documentatie van therapiewijzigingen
- Bevorderen van de therapietrouw door een duidelijke documentatie van de therapie(wijzigingen) op maat van de patiënt
- Reductie van bijkomende kosten ten gevolge van medicatie-gerelateerde problemen (bv. dubbelgebruik & onjuiste medicatie), inadequate therapie en overmatig gebruik van geneesmiddelen

In bijlage 1 wordt voor de volledigheid een overzicht gegeven van de belangrijkste normen en standaarden rond transmurale zorg die Qmentum-Niaz, JCI en de Zorginspectie vooropstellen. In dit hoofdstuk zal tevens kort aangekaart worden hoe initiatieven zoals elektronische informatieoverdracht in de toekomst kunnen bijdragen aan een verbetering van de transmurale zorgprocessen.

1. Definities

Transmurale zorg wordt door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu gedefinieerd als: “De combinatie van zorg binnen de muren van de instelling met de zorg erbuiten, in samenwerking met de verschillende betrokken zorgverleners en in functie van de behoeften van de patiënt.”¹

Medicatie reconciliatie, oftewel medicatie afstemming, kan gedefinieerd worden als het systematisch geheel van acties bij overgangsmomenten van de ene zorgsetting naar de

¹http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19089756/Woordenlijst.pdf

andere, die een zo accuraat en zo volledig mogelijke lijst beoogt van alle geneesmiddelen die door de patiënt worden genomen. Dit proces omvat ook de vergelijking van deze lijst met de voorgeschreven medicatie. Dit laatste met het oog op het opsporen van mogelijke discrepanties, deze te documenteren, op te lossen en te communiceren. De toepassing van medicatie reconciliatie draagt bij tot het garanderen van een continue, efficiënte en veilige geneesmiddelentherapie voor de patiënt.²

2. Transmurale zorg bij opname

A. Doelstelling

Het verkrijgen van een actueel, volledig en waarheidsgetrouw medicatieoverzicht van de daadwerkelijk door de patiënt gebruikte of aan hem toegediende geneesmiddelen en gezondheidsproducten aan de hand van een farmaceutische anamnese.

B. Beschrijving

Een eerste vereiste voor een verantwoord en correct geneesmiddelengebruik tijdens het verblijf in het ziekenhuis, is een volledig en actueel overzicht van de thuismedicatie bij opname in het ziekenhuis. Dit is zowel belangrijk voor gehospitaliseerde als voor ambulante patiënten. Een volgende vereiste is uiteraard het correct en volledig documenteren van deze thuismedicatie in het dossier van de patiënt, zodat de informatie toegankelijk is voor alle betrokken zorgverleners in het ziekenhuis. Deze informatie vormt de basis voor het geneesmiddelenbeleid tijdens de opname. Aangezien een medicatie-therapie een variabel gegeven is, moet de farmaceutische anamnese bij elk nieuw ziekenhuiscontact opnieuw uitgevoerd worden.³

I. WIE VOERT DE FARMACEUTISCHE ANAMNESE UIT?

Voor het uitvoeren van een goede farmaceutische anamnese zijn communicatieve vaardigheden en een uitvoerige geneesmiddelenkennis onontbeerlijk. Onder geneesmiddelenkennis wordt onder andere verstaan:

- Kennis over indicaties en doseringen van medicatie
- Kennis over de verschillende toedieningsvormen (bv. direct versus slow release preparaten)
- Kennis over de verstrekking van geneesmiddelen (terugbetaling, beschikbaarheid)

² FOD Quality & Safety - De weg naar ontwikkeling van medicatie reconciliatie en transmurale zorg, S. Steurbaut, L. Borgermans, 2014

³ Veiligheidsprogramma Nederlands Ziekenhuizen, Medicatieverificatie bij opname en ontslag, 2008

Het verdient de aanbeveling dat (klinische) apothekers deze taak zouden uitvoeren en/of superviseren. Door hun opleiding beheersen zij de verschillende aspecten die vereist zijn voor een kwaliteitsvolle thuismedicatiebevraging. Het is vanuit financieel (opleidingsniveau en daaraan gekoppelde “kost” van een apotheker) en praktisch (beschikbaarheid van apothekers) oogpunt echter niet altijd mogelijk om iedere farmaceutische anamnese door een apotheker te laten uitvoeren. Andere zorgverleners zoals artsen (in opleiding) of ook farmaceutisch technisch assistenten en verpleegkundigen, kunnen deze farmaceutische anamnese eveneens uitvoeren. Hier gaat bij voorkeur een opleiding door de (klinische) apotheker aan vooraf.

Op basis van risicofactoren uit de literatuur (bv. leeftijd, aantal geneesmiddelen, verwardheid bij opname, anderstaligheid, het ontbreken van een medicatielijstje bij opname, etc.), kunnen patiënten geselecteerd worden met een verhoogd risico op onvolkomenheden in de farmaceutische anamnese. Bij deze patiënten kan een bijkomende bevraging door bv. een klinisch apotheker zinvol zijn.^{4,5,6,7} Goede afspraken en protocollen zijn hierbij echter steeds noodzakelijk, zodat het voor alle zorgverleners duidelijk is wie welke taak op zich moet nemen en wanneer.

II. HOE DE FARMACEUTISCHE ANAMNESE UITVOEREN?

GESTRUCTUREERDE FARMACEUTISCHE ANAMNESE

De farmaceutische anamnese dient gestructureerd te verlopen. Hiervoor is bijkomende ondersteuning onder vorm van een geheugenkaartje en/of een beslisboom (zie voorbeeld in Bijlage 2Bijlage 5) aangewezen. Mogelijke valkuilen bij een farmaceutische anamnese zijn recente wijzigingen (bv. overbruggingstherapie van vitamine K antagonisten met LMWH's), ongewone frequenties (bv toediening 1x/week), etc. Zorgverleners dienen opgeleid te worden rond het identificeren van deze valkuilen. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren aan de hand van rollenspel met casussen. Een kwalificatiefiche, voor de beoordeling van de noodzakelijke competenties voor het uitvoeren van een goede medicatieanamnese, is terug te vinden in Bijlage 3.

⁴ Salanito AH, Osborn CY, Schnipper JL, et al. Effect of patient- and medication-related factors on inpatient medication reconciliation errors. J Gen Intern Med 2012;**27**(8):924-32

⁵ Unroe KT, Pfeifferberger T, Pharm SR, Jastrzembski J, Lokhnygina Y, Colon-Emeric C. Inpatient medication reconciliation at admission and discharge: A retrospective cohort study of age and other risk factors for medication discrepancies. American Journal Geriatric Pharmacotherapy 2010;**8**(2):115-26

⁶ Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, et al. Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. J Gen Intern Med 2010;**25**(5):441-7

⁷ Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, et al. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. J Gen Intern Med 2008;**23**(9):1414-22

Een voorbeelddocument dat kan gebruikt worden als hulpmiddel voor het uitvoeren van een **gestructureerde** farmaceutische anamnese kan teruggevonden worden in Bijlage 4. Dit model bestaat uit een combinatie van open en gerichte vragen. De inhoud kan uiteraard verder uitgebreid worden, naargelang de specifieke behoeften van een ziekenhuis of afdeling. De bijkomende gerichte vragen naar een aantal specifieke geneesmiddelenklassen vormen een belangrijk onderdeel van het formulier. Het gaat om geneesmiddelen die volgens de literatuur vaak vergeten worden tijdens een farmaceutische anamnese en om geneesmiddelen die ernstige geneesmiddelen-gerelateerde problemen kunnen geven indien deze zouden vergeten worden. De studie van De Winter et al. toonde aan dat door het stellen van een aantal bijkomende gerichte vragen het aantal geneesmiddelendiscrepanties significant verminderde.⁸

Op de vragenlijst voor de farmaceutische anamnese worden bij voorkeur volgende zaken ingevuld:

- Algemene patiëntgegevens
- Herkomst van de patiënt (thuis, RVT, ...) en persoon die zich bezig houdt met de medicatie (patiënt zelf of iemand anders?)
- Gegevens van thuisapotheker en huisarts
- Gebruikte bronnen voor de anamnese (zie hieronder voor meer gedetailleerde beschrijving)
- Reden en datum van opname
- Alle geneesmiddelen (voorschriftplichtige, OTC, voedingssupplementen en vitaminen, magistrale bereidingen, orale chemotherapeutica, geneesmiddelen die enkel afgeleverd of toegediend worden binnen de ziekenhuisapothek) met vermelding van de dosis, de posologie, de toedieningsvorm en het toedieningstijdstip. Ook koelkastmedicatie en medicatie die maar één keer per week of per maand gebruikt wordt, mag niet vergeten worden.
- Recente medicatiewijzigingen met vermelding van de reden (start, stop wijziging dosis, ...)
- Eventuele contra-indicaties, zoals een geneesmiddelenallergie of -intolerantie, ernstige bijwerkingen en comorbiditeiten
- Optioneel:
 - o Eventuele praktische problemen: moeilijk deelbare/ondeelbare tablet, doosje dat moeilijk opent, ...
 - o Registratie van de tijdsduur van de anamnese
 - o Validatie van de anamnese door een andere zorgverlener (bv. arts of apotheker)

⁸ De Winter, S., Vanbrabant, P., Spriet, I., Desruelles, D., Indevuyst, C., Knockaert, D., Gillet, J., Willems, L. (2011). A simple tool to improve medication reconciliation at the emergency department. *European Journal of Internal Medicine*, 22 (4), 382-385.

Informatie omtrent de thuismedicatie kan ingewonnen worden bij verschillende bronnen zoals de patiënt zelf, zijn familie, de huisarts, de thuisapotheker, de mantelzorger, de thuisverpleging of -hulp, of de zorgverleners uit RVT's. Indien een medicatieschema van de patiënt beschikbaar is bij opname, kan dit dienen als uitgangspunt voor het uitvoeren van de farmaceutische anamnese. De thuismedicatiezak kan tevens een handig hulpmiddel zijn voor het verkrijgen van informatie (zie verder). Wanneer de patiënt wordt opgenomen via de spoedafdeling of wordt doorverwezen door een ander ziekenhuis, kan tenslotte via de eventuele ontslag- of verwijzingsbrieven informatie over de medicatie worden bekomen. Een goede medicatie-anamnese wordt bevestigd door een 2^e bron.^{9,10} Dit wil ook zeggen dat bij het gebruik van bestaande medicatielijstjes, zoals een medicatieschema van de patiënt of een brief van een vorige opname, deze steeds moeten geverifieerd worden. De gebruikte medicatielijstjes zijn namelijk vaak niet actueel.¹¹

Door het bevragen van de patiënt zelf, kan ook belangrijke informatie rond therapietrouw worden verkregen. Niet alle medicatie op de thuismedicatielijst zal namelijk steeds daadwerkelijk correct ingenomen worden. In bepaalde gevallen (bv. bij kinderen, ouderen, zorgbehoevende patiënten) zal het een mantelzorger zijn die de medicatie beheert. In deze gevallen is het ook belangrijk om deze laatste te bevragen, aangezien informatie rond therapietrouw enkel door de mantelzorger kan worden verschaft.

THUISMEDICATIEZAK

In afwachting van een vlotte elektronische uitwisseling van gegevens m.b.t. de thuismedicatie van de patiënt, is het concept van een medicatiezakje een vrij goedkope en eenvoudige manier om een goed inzicht te krijgen in het actuele medicatiegebruik van de patiënt (zie voorbeeld in Bijlage 5). Ze vormen vooral een handig hulpmiddel bij geplande opnames. De zakken kunnen bv. bij een preoperatieve consultatie aan de patiënt overhandigd worden, met de instructie om alle geneesmiddelen die hij thuis gebruikt in de zak te verzamelen en deze mee te brengen op het moment van opname. Op de achterzijde van de zak noteert de patiënt, of eventueel een familielid of zorgverstrekker (huisarts, thuisapotheker, thuisverpleegkundige), de namen van de geneesmiddelen inclusief hun dosis, posologie, toedieningsvorm en toedieningstijdstip.

Er zijn enkele aandachtspunten bij het gebruik van een medicatiezak:

⁹ Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists.

¹⁰ Patient Safety Solutions, Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care, volume 1, solution 6, Mei 2007

¹¹ Green, Christopher F., Kirti Burgul, and David J. Armstrong. "A study of the use of medicine lists in medicines reconciliation: please remember this, a list is just a list." *International Journal of Pharmacy Practice* 18.2 (2010): 116-121.

- Het is niet de bedoeling dat de patiënt in het ziekenhuis gebruik maakt van de geneesmiddelen die hij zelf heeft meegebracht. Het doel is alleen om de identificatie van de thuisgeneesmiddelen te vergemakkelijken. De meegebrachte medicatie kan best apart worden bijgehouden en dient bij ontslag van de patiënt terug te worden gegeven. De medicatie kan na registratie in het dossier ook met familieleden terug naar huis meegegeven worden om verlies of dubbele inname te vermijden.
- De thuismedicatiezakjes zouden in principe ook voor niet-geplande ziekenhuisopnames gebruikt kunnen worden, maar dan moeten ze breed beschikbaar zijn. Men kan hierbij denken aan verspreiding via huisartsen en thuisapothekers.
- De thuismedicatiezak is niet bedoeld als vervanging van de farmaceutische anamnese. De informatie die via het zakje wordt verkregen dient nog steeds samen met de patiënt te worden geverifieerd op het moment van opname.

REGISTRATIE THUISMEDICATIE

De thuismedicatielijst van de patiënt dient na de anamnese op een gestructureerde manier geregistreerd te worden. De naam van alle geneesmiddelen die de patiënt neemt, samen met de dosis, de posologie, de toedieningsvorm en het toedieningstijdstip, dienen duidelijk te worden gedocumenteerd. Bij voorkeur gebeurt dit elektronisch, op een door alle betrokken zorgverleners te raadplegen plaats. Indien het ziekenhuis nog geen gebruik maakt van een elektronisch dossier, kunnen hiervoor specifieke documenten ontworpen worden, die de registratie volgens een vast stramien laten verlopen. Er kan hierbij bijvoorbeeld een “correct geregistreeerde” voorbeeldlijn weergegeven worden ter verduidelijking voor de zorgverleners. Naast de registratie van de actuele thuismedicatie, dient ook recent gestopte medicatie genoteerd te worden voor de volledigheid. Tenslotte worden ook de identiteit van de zorgverlener die de registratie uitvoert en de datum van de registratie vastgelegd. Om te vermijden dat de registratie van deze bijkomende zaken wordt vergeten, worden deze best al geïntegreerd tijdens de ontwikkeling van de thuismedicatiemodules of –formulieren.

Het verdient de voorkeur om de thuismedicatie als dusdanig te beschouwen en dus afzonderlijk te registreren van de therapie tijdens opname. Het is namelijk belangrijk om bij ontslag te beschikken over een duidelijke thuismedicatielijst, om de wijzigingen bij ontslag te kunnen communiceren naar de patiënt, zijn mantelzorgers en zorgverleners uit de eerste lijn.

III. FARMACEUTISCHE ANAMNESE BIJ GEPLANDE EN ONGEPLANDE OPNAME

In dit onderdeel worden specifieke aandachtspunten bij de farmaceutische anamnese besproken in functie van het type opname. Een farmaceutische anamnese bij **ongeplande** opnames, zoals bijvoorbeeld opnames via de spoedgevallen, brengt namelijk vaak specifieke moeilijkheden met zich mee. Zo is er niet steeds een thuismedicatielijst voorhanden of kan het door de gezondheidstoestand van de patiënt onmogelijk zijn om een farmaceutische anamnese af te nemen. De systematische farmaceutische anamnese bij **geplande** opnames is over het algemeen echter gemakkelijker te implementeren, omwille van het meer voorspelbare karakter van deze geplande opnames. Bij het uitrollen van de systematische medicatieanamnese kan dus gestart worden met de geplande opnames, om nadien ook de ongeplande opnames aan te pakken.¹

GEPLANDE OPNAME ZONDER INGREEP

Om de medicatieanamnese bij een geplande opname te vergemakkelijken, kan bij een voorafgaande consultatie een blanco medicatielijst of medicatiezak meegegeven worden aan de patiënt. Op de dag van de opname brengt de patiënt de lijst dan volledig ingevuld terug mee naar het ziekenhuis. De patiënt kan zich bij het maken van het lijstje laten bijstaan door zijn huisarts, thuisapotheker of eventuele mantelzorgers. Bij gebruik van de thuismedicatiezak brengt de patiënt bijkomend ook de medicatie zelf mee. Op deze manier is er bij opname onmiddellijk een medicatielijst voorhanden die als uitgangspunt kan dienen voor de farmaceutische anamnese.

GEPLANDE OPNAME MET INGREEP

In het ideale geval vindt de farmaceutische anamnese plaats enkele weken voorafgaand aan de opname, gedurende de preoperatieve consultatie. De anamnese kan plaatsvinden voor of tijdens het gesprek met de anesthesist. Op basis van de verkregen thuismedicatielijst, kan de anesthesist vervolgens advies geven over het preoperatief medicatiebeleid. De patiënt moet namelijk duidelijke instructies krijgen over welke geneesmiddelen verder mogen ingenomen worden en welke geneesmiddelen gepauzeerd moeten worden in het kader van de ingreep, al dan niet met toepassing van bridging. De patiënt dient er ook attent op gemaakt te worden dat eventuele medicatiewijzigingen die zouden plaatsvinden gedurende de laatste dagen voorafgaand aan de opname zo snel mogelijk moeten gemeld worden aan de behandelende arts.

Op het moment van opname dient nagegaan te worden of het thuismedicatieoverzicht, dat uit de preoperatieve anamnese werd bekomen, nog steeds actueel is. Er dient dus opnieuw een anamnese plaats te vinden, dit maal op basis van de lijst die geregistreerd werd gedurende de preoperatieve consultatie. De bevraging kan uitgevoerd worden door de betrokken verpleegkundigen, of door de arts of anesthesist. In geval van

medicatiwijzigingen in het kader van de ingreep, kan tijdens deze anamnese ook nagegaan worden of de patiënt de instructies van de anesthesist correct heeft toegepast.

Merk op dat chirurgische patiënten preoperatief niet steeds het zelfde parcours zullen doorlopen. Zo zal in sommige ziekenhuizen bij laagrisico patiënten de preoperatieve screening van thuis uit gebeuren. Deze patiënten zullen dus niet worden gezien door een anesthesist op de preoperatieve consultatie. Het is echter uiteraard ook voor deze patiënten belangrijk om instructies te voorzien over het preoperatieve geneesmiddelenbeleid en over het meebrengen van de correcte medicatielijst bij opname in het ziekenhuis (analoog aan de geplande opname zonder ingreep).

Het is bijgevolg van belang om een eenduidig preoperatief geneesmiddelenbeleid in het ziekenhuis uit te stippelen, waarbij rekening gehouden wordt met de verschillende types van chirurgische patiënten (hoogrisico, laagrisico, al dan niet gezien op preoperatieve consultatie,...). Er moet ook voldoende opleiding worden voorzien voor de betrokken zorgverleners omtrent dit beleid.

ONGEPLANDE OPNAME

Idealiter gebeurt de farmaceutische anamnese onmiddellijk op het moment dat de patiënt zich aanbiedt op de spoedgevallendienst of wanneer hij/zij opgenomen wordt in het ziekenhuis. Indien de anamnese niet onmiddellijk mogelijk is omwille van praktische of medische bezwaren, moet deze alsnog uitgevoerd worden van zodra dit mogelijk is, bij voorkeur binnen de eerste 24 uur van de opname. Om de medicatie-anamnese op de spoedgevallendienst te vergemakkelijken kunnen blanco invulformulieren voorzien worden in de wachtruimte. Merk op dat de snelle uitvoering van een farmaceutische anamnese op de spoedgevallen als bijkomend voordeel heeft dat eventuele medicatie-gerelateerde opnames sneller geïdentificeerd kunnen worden.

3. Transmurale zorg tijdens hospitalisatie: intramurale transfers

De term “Intramurale transfer van een patiënt” omhelst het totale proces van transfer binnen de muren van een zorginstelling: de voorbereiding, de verplaatsing van afdeling A naar afdeling B en de installatie van de patiënt in zijn nieuwe omgeving. Er worden bij voorkeur specifieke richtlijnen rond overdracht van medicatiegegevens bij intramurale transfer voorzien. In onderstaande paragraaf wordt een algemeen kader geschetst waarbinnen de intramurale farmaceutische zorg kan plaatsvinden.

A. Voorbereiding van de transfer en verplaatsing van afdeling A naar afdeling B

Een eerste vereiste voor een goede farmaceutische zorg bij transfer tussen verschillende afdelingen van een zorginstelling, is uniformiteit van de beschikbare medicatieformulieren. Het gebruik van een elektronisch patiëntendossier vormt hierbij een voordeel. Ziekenhuizen die hier nog niet over beschikken, dienen zich te richten op een uniform actueel medicatieoverzicht dat uitgewisseld kan worden tussen de verschillende afdelingen bij intramurale transfer.

Vooraleer de patiënt van de ene afdeling naar de andere verhuist, worden volgende documenten verzameld (of aangevuld in het elektronisch systeem):

- het patiëntendossier met een overzicht van de lopende medicatie
- het ingevulde farmaceutisch anamneseblad waarop de thuismedicatie werd gedocumenteerd
- de geneesmiddelen die eventueel reeds werden afgeleverd op naam van de patiënt
- de eventueel meegebrachte thuismedicatie(zak) van de patiënt

Indien de medicatie bij intramurale transfer nog manueel overgeschreven wordt op een nieuw medicatieschema, dient deze transcriptie gecontroleerd te worden op overschrijffouten.

B. Opname van de patiënt op de nieuwe afdeling

Eenmaal de patiënt op zijn afdeling aankomt, wordt deze er beschouwd als nieuwe patiënt. Zoals reeds eerder werd besproken, gaat dit ook gepaard met een nieuwe farmaceutische anamnese en medicatie reconciliatie. Hierbij wordt steeds rekening gehouden met:

- de originele anamnese, uitgevoerd bij opname op de vorige dienst (bij het ontbreken van een anamnese bij opname, dient de anamnese uitgevoerd te worden zoals beschreven in hoofdstuk 2)
- de huidige therapie zoals die weergegeven wordt in het (elektronisch) medicatieoverzicht (en dus de veranderingen t.o.v. de thuismedicatie die reeds door de behandelende arts op de vorige afdeling aangebracht werden)

Eventuele discrepanties dienen hierbij te worden uitgeklaard en gedocumenteerd.

4. Transmurale zorg bij ontslag

A. Doelstelling

Optimale verderzetting van de nodige geneesmiddelentherapie na ontslag uit het ziekenhuis: waarborgen van de continuïteit van de zorgen in de eerste lijn en voorkomen van geneesmiddel-gebonden problemen op het grensvlak tussen de eerste en tweede lijn.

B. Beschrijving

Ziekenhuisopnames zijn een niet te onderschatten risicofactor voor een foutief gebruik van geneesmiddelen na ontslag^{12,13}. Gedurende de opname kan de oorspronkelijke medicatie (thuismedicatie) immers drastisch gewijzigd worden. Farmaceutisch ontslagmanagement is er in de eerste plaats op gericht de patiënt, maar ook de huisarts en de thuisapotheker, te informeren over alle wijzigingen die in het ziekenhuis werden geïnitieerd m.b.t. de oorspronkelijke medicatie evenals over de nieuw opgestarte behandelingen.¹⁴

Farmaceutisch ontslagmanagement is aangewezen bij alle patiënten die het ziekenhuis verlaten en medicatie dienen te nemen. Bijzondere aandacht dient zeker te gaan naar kwetsbare patiënten, bv. kinderen, patiënten met polyfarmacie of (kwetsbare) ouderen¹⁵.

I. MEDICATION REVIEW BIJ ONTSLAG

Het ontslag is het uitgelezen moment om de lopende therapie kritisch te beoordelen door middel van een farmacotherapeutische screening. Veel voorkomende vragen zijn: Mogen de slaappillen gestopt worden? Werden de formulariumgeneesmiddelen gesubstitueerd naar de thuismedicatie? Werden de corticosteroïden afgebouwd? Is de stopdatum van de antibioticakuur gekend? Voor meer informatie rond

¹² Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, et al. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Annals of Internal Medicine* 2003;138:161–7

¹³ Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Annals of Pharmacotherapy* 2008;42:1373–9

¹⁴ Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Annals of Pharmacotherapy* 2008;42:1373–9

¹⁵ Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Quality & Safety in Health Care* 2006;15:122–6

farmacotherapeutische screening van geneesmiddelentherapieën verwijzen we graag naar het hoofdstuk rond Klinische Farmacie.

II. DE ONTSLAGMEDICATIE

Bij het opstellen van een volledig en accuraat ontslagschema wordt er vertrokken vanuit het oorspronkelijke thuismedicatieschema. Zoals reeds eerder werd omschreven, is het dus ook voor het ontslag belangrijk dat er een goed overzicht is van de thuismedicatie bij opname¹⁶. De medicatiereconciliatie kan dan toegepast worden door dit thuismedicatieoverzicht te vergelijken met het medicatieoverzicht bij ontslag. Hierbij dienen alle wijzigingen ten opzichte van de oorspronkelijke medicatie gecontroleerd en gedocumenteerd te worden. Door deze werkwijze te hanteren, kan men verzekeren dat elke wijziging die wordt aangebracht aan de oorspronkelijke medicatielijst ook effectief beoogd werd. Intentionele wijzigingen kunnen zo niet onterecht als niet-intentionele discrepanties worden beschouwd.

III. ONTSLAGBRIEF EN MEDICATIESHEMA

Het is belangrijk om in de ontslagbrief voor de zorgverleners uit de eerste lijn niet alleen de relevante klinische informatie te documenteren, maar ook alle wijzigingen (incl. reden) van de geneesmiddelentherapie. Tevens is een volledig overzicht van de resulterende therapie bij ontslag noodzakelijk, met aandacht voor productnaam, dosis, posologie en toedieningsvorm (voorbeeld zie Bijlage 6: Voorbeeld medicatieschema bij ontslag). Standaardzinnen zoals “thuismedicatie onveranderd verder” of “pijnstilling zo nodig”, dienen dus te worden vermeden. Het overzicht wordt zo nodig tevens aangevuld met bijkomende gegevens, zoals bijvoorbeeld stopdata, innametijdstippen, specifieke toedieningswijzen, aandachtspunten, ...

Voor de patiënt zelf dient ook een medicatie-ontslagdocument of medicatieschema te worden voorzien. Dit is een schriftelijk overzicht van de ontslagmedicatie op maat van de patiënt. Op het medicatie-overzicht moeten eventuele medicatiewijzigingen duidelijk worden benadrukt, met indien van toepassing vermelding van een indicatie voor nieuwe geneesmiddelen. Ook moet voor tijdelijk in te nemen geneesmiddelen een stopdatum worden vermeld. Het spreekt voor zich dat de informatie in de verschillende ontslagdocumenten (ontslagbrief, ontslagdocument voor patiënt, voorschriften, ...) consistent moet zijn aan elkaar.

¹⁶ Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Quality & Safety in Health Care* 2006;15:122–6

Het is ook aangewezen om bij ontslag een vaste procedure te hanteren rond substitutie. Gedurende de opname wordt de thuismedicatie immers vaak gesubstitueerd naar de formulariumalternatieven. Bij ontslag kan men dan terugsubstitutie toepassen. Het medicatieschema bevat best de namen van de oorspronkelijke producten en niet deze van de formulariumproducten binnen het ziekenhuis. Indien ontslagmedicatie wordt meegegeven vanuit het ziekenhuis, kan het medicatieschema ook extra info hieromtrent bevatten zodat alles duidelijk nagelezen kan worden door de patiënt.

Om goede transmurale zorg te verstrekken en in afwachting van een elektronische uitwisseling van gegevens (*zie hoofdstuk verder*), is het van groot belang dat de informatie m.b.t. de ontslagmedicatie ook effectief de zorgverleners uit de eerste lijn bereikt. Hiertoe verdient het aanbeveling de patiënt te vragen om een exemplaar van het medicatie-ontslagdocument of medicatieschema aan zijn huisapotheker en huisarts te bezorgen. Gemakshalve kan het document daarom in drievoud worden meegegeven aan de patiënt.

Net zoals de huisapotheker de toestemming van de patiënt moet hebben om medicatie-informatie te mogen overdragen naar het ziekenhuis, moet er in het ziekenhuis ook toestemming gevraagd worden aan de patiënt om de ontslaginformatie door te geven naar de eerste lijn. De patiënt kan hierover geïnformeerd worden in opnamefolders, bij het opnamegesprek of tijdens het ontslaggesprek.

IV. MEDICATIE MEEGEVEN BIJ ONTSLAG

Indien de continuïteit van de therapie dit vereist kan er geopteerd worden om overbruggingsmedicatie vanuit het ziekenhuis mee te geven met de patiënt bij ontslag¹⁷. Met overbruggingsmedicatie worden de geneesmiddelen bedoeld die aan de patiënt meegegeven mogen worden bij ontslag. Duidelijke afspraken met alle betrokken zorgverleners over het voorzien van overbruggingsmedicatie bij ontslag vanuit het ziekenhuis zijn noodzakelijk. Hierbij mag het maximum van drie dagen therapie niet worden overschreden. Medicatie die tijdens de opname gesubstitueerd werd naar het formularium product en wordt meegegeven bij ontslag, kan er anders uitzien dan het oorspronkelijk product. De patiënt dient hierover duidelijk geïnformeerd te worden om dubbelmedicatie te vermijden.

V. MEDICATIEVOORSCHRIFTEN BIJ ONTSLAG

Interne afspraken en afspraken met de oorspronkelijke verwijzer (huisarts, externe arts) zijn nodig i.v.m. het opstellen van medicatievoorschriften bij ontslag. Zo kan men

er bijvoorbeeld voor kiezen om enkel een voorschrift te voorzien voor nieuw opgestarte geneesmiddelen.

De behandelende arts is verantwoordelijk voor het opstellen van de ontslagbrief naar de huisarts en voor het voorzien van de nodige medicatievoorschriften.

VI. FARMACEUTISCHE COUNSELING BIJ ONTSLAG

De informatie in het medicatieschema vormt de basis voor het ontslaggesprek met de patiënt. Tijdens dit gesprek kan aandacht besteed worden aan de substitutie-resubstitutie problematiek, instructies bij nieuwe geneesmiddelen, redenen voor medicatiewijzigingen, instructies bij medische hulpmiddelen, Na uitleg aan de patiënt kan het nuttig zijn om te polsen of hij alles heeft begrepen door te vragen om de informatie te herhalen ("teach back"). Indien gewenst en indien nodig, kan de correcte inname van de medicatie volgens het medicatieschema ingeoefend worden met de patiënt voor ontslag. Op deze manier kunnen problemen tijdig opgemerkt worden (bijvoorbeeld correct begrijpen van de therapie of praktische problemen bij inname). Ter ondersteuning van de counseling kan tenslotte ook gebruik gemaakt worden van illustratief materiaal, zoals bijvoorbeeld patiëntenfolders. Gedurende de counseling is het belangrijk om voor ogen te houden dat iedere patiënt verschillend is en dat de counseling dus best aangepast wordt naargelang de individuele noden van de patiënt.

Voor een goede farmaceutische counseling zijn communicatieve vaardigheden en een uitvoerige geneesmiddelenkennis onontbeerlijk. Door hun opleiding zijn ziekenhuisapothekers ook hiervoor bijzonder geschikt. Daarom verdient het aanbeveling dat klinisch apothekers deze taak zouden uitvoeren en/of superviseren. Goede afspraken en protocollen zijn hierbij wederom noodzakelijk.

5. Elektronische delen van medicatiegegevens

In het streven naar optimale zorg voor de patiënt, kan het elektronisch delen van medicatie- en andere patiëntengegevens de communicatie tussen eerste en tweede lijn vergemakkelijken.

Vitalink (en de Waalse en Brusselse tegenhangers Inter-Med en BruSafe) zijn vooral gekend voor het gedeelde medicatieschema (voorbeeld zie Bijlage 7: Voorbeeld vitalink medicatieschema). Deze digitale kluizen stellen daarnaast ook nog andere actuele, medische informatie ter beschikking, komende van alle zorgverleners die een zorgrelatie hebben met de patiënt (sumehr, vaccinet). eHealth regelt de veilige elektronische uitwisseling van deze patiëntinformatie en dus o.a. de toegang tot Vitalink. De toestemming van de patiënt en het controleren van de identiteit, authenticiteit en zorgrelatie van de zorgverlener voor Vitalink gebeuren via eHealth.¹⁸ Het geven van zijn geïnformeerde toestemming kan de patiënt zelf doen via de site patientconsent.be of via de huisarts/thuisapotheker. Daarnaast kan het ziekenhuis dit bijvoorbeeld ook organiseren aan de opnamekiosk.

Het is echter belangrijk om op te merken dat de informatie die via eHealthkanalen beschikbaar is, moet gezien worden als een volwaardige informatiebron, maar niet als de enige.

De federale regering ziet veel mogelijkheden en voordelen in het digitaliseren van de gezondheidszorg. Ze heeft daarom het eGezondheidsplan opgesteld. Verscheidene actiepunten binnen dit plan hebben betrekking op het ziekenhuis. Het is belangrijk deze evolutie op te volgen en geregeld overleg te plegen met de softwareleveranciers voor implementatie. Voor actuele gegevens verwijzen we naar de bijhorende website <http://www.plan-egezondheid.be>.

¹⁸ www.vitalink.be; www.ehealth.fgov.be

6. Samenwerking met eerste lijn

Transmurale zorg impliceert samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

Vaak bestaan reeds verschillende overlegstructuren waarbij aangesloten kan worden.

Een MFO of medisch farmaceutisch overleg is een structuur die artsen en apothekers (en eventueel ook andere zorgverleners) samenbrengt om initiatieven uit te werken uitgaande van een gezamenlijk aangehaald en besproken problematiek.

Een medisch farmaceutisch overleg, specifiek over transmurale medicatiebeleid, gericht op eerste én tweede werd uitgewerkt. Praktische documenten en meer info kunnen teruggevonden worden op <https://www.transmuralemedicatiezorg.be/>

Bijlagen

Bijlage 1: Huidige standaarden met betrekking tot transmurale zorg

JCI 5^e EDITIE¹⁹

STANDARD ACC.3

The hospital designs and carries out processes to provide continuity of patient care services in the hospital and coordination among health care practitioners.

- STANDARD ACC.3.1
during all phases of inpatient care, there is a qualified individual identified as responsible for the patient's care.
- STANDARD ACC.3.2
information related to the patient's care is transferred with the patient.

STANDARD ACC.4

There is a process for the referral or discharge of patients that is based on the patient's health status and the need for continuing care or services.

- STANDARD ACC.4.1
patient and family education and instruction are related to the patient's continuing care needs.
- STANDARD ACC.4.3
the complete discharge summary is prepared for all inpatient
 - STANDARD ACC.4.3.1
patient education and follow-up instructions are given in a form and language the patient can understand.
 - STANDARD ACC.4.3.2
the clinical records of inpatients contain a copy of the discharge summary.
- STANDARD ACC.4.4
the records of outpatients requiring complex care or with complex diagnoses contain profiles of the medical care and are made available to health care practitioners providing care to those patients.

¹⁹ <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>. Geraadpleegd maart/2016

STANDARD ACC.5

Patients are transferred to other organizations based on status, the need to meet their continuing care needs, and the ability of the receiving organization to meet patients' needs.

- **STANDARD ACC.5.2**
the receiving organization is given a written summary of the patient's clinical condition and the interventions provided by the referring hospital.

STANDARD AOP.1

All patients cared for by the hospital have their health care needs identified through an assessment process that has been defined by the hospital.

- **STANDARD AOP.1.1**
each patient's initial assessment includes an evaluation of physical, psychological, social, and economic factors, including a physical examination and health history.
- **STANDARD AOP.1.2**
the patient's medical and nursing needs are identified from the initial assessments, which are completed and documented in the clinical record within the first 24 hours after admission as an inpatient or earlier as indicated by the patient's condition.

STANDARD MMU.1

Medication use in the hospital is organized to meet patient needs, complies with applicable laws and regulations, and is under the direction and supervision of a licensed pharmacist or other qualified professional.

STANDARD PFE.1

The hospital provides education that supports patient and family participation in care decisions and care processes.

STANDARD PFE.4

Health professionals caring for the patient collaborate to provide education.

QMENTUM KZI 3.0

NORM MEDIC 9.1

De instelling verkrijgt bij opname of het eerste contact essentiële informatie over de medicatiegeschiedenis van de cliënten.

<i>NORM MEDIC 9.2</i> De instelling onderhoudt het actuele medicatieprofiel van elke cliënt, zodat het toegankelijk is voor zorgverleners en andere medewerkers die het nodig hebben om veilige zorg te verlenen.
<i>NORM MEDIC 9.4</i> Bij het voorschrijven van medicatie hebben zorgverleners en andere medewerkers toegang tot het actuele medicatieprofiel van de patiënt, waaronder essentiële patiëntinformatie.
<i>NORM MEDIC 10.1</i> Voorschrijvende medische professionals schrijven, of voeren elektronisch in, volledige medicatieopdrachten, nabestellingen, of herbeoordelingen van medicatie bij <u>opname</u>, overdracht of ontslag van de patiënt.
<u>ZORGINSPECTIE</u> ²⁰
<i>EIS 7.1</i> Er is een beleid/procedure rond het in bezit hebben en het uitzonderlijk toedienen van medicatie meegebracht door de patiënt en deze is gekend door de betrokken medewerkers.
<i>EIS 9.2</i> De ziekenhuisapotheker heeft zicht op de thuismedicatie en de actuele medicatieschema's en ontslagmedicatie en heeft inspraak bij de bepaling van het beleid rond opname- en ontslag medicatie.

²⁰ <https://www.departementwvg.be/zorginspectie>. Geraadpleegd maart/2016

Bijlage 2: Voorbeelden van tools bij uitvoeren van farmaceutische anamnese: geheugenkaartje en beslisboom

Noteer per geneesmiddel:

- ✓ Begindatum (TM of specifieke datum indien recent opgestart)
- ✓ Naam geneesmiddel (voluit)
- ✓ Dosis
- ✓ Aantal per keer
- ✓ Stopdatum indien < opnamedatum o.a. belangrijk voor bloedverdunners
- ✓ (Toedienings)wijze
- ✓ Tijdstip (= uur)

Opgelet met geneesmiddelen die niet dagelijks genomen worden! (1x/week, 1x/maand...)

vb. Ledertrexate[®], Fosamax[®], Eprex[®] ...

Bloedverdunners

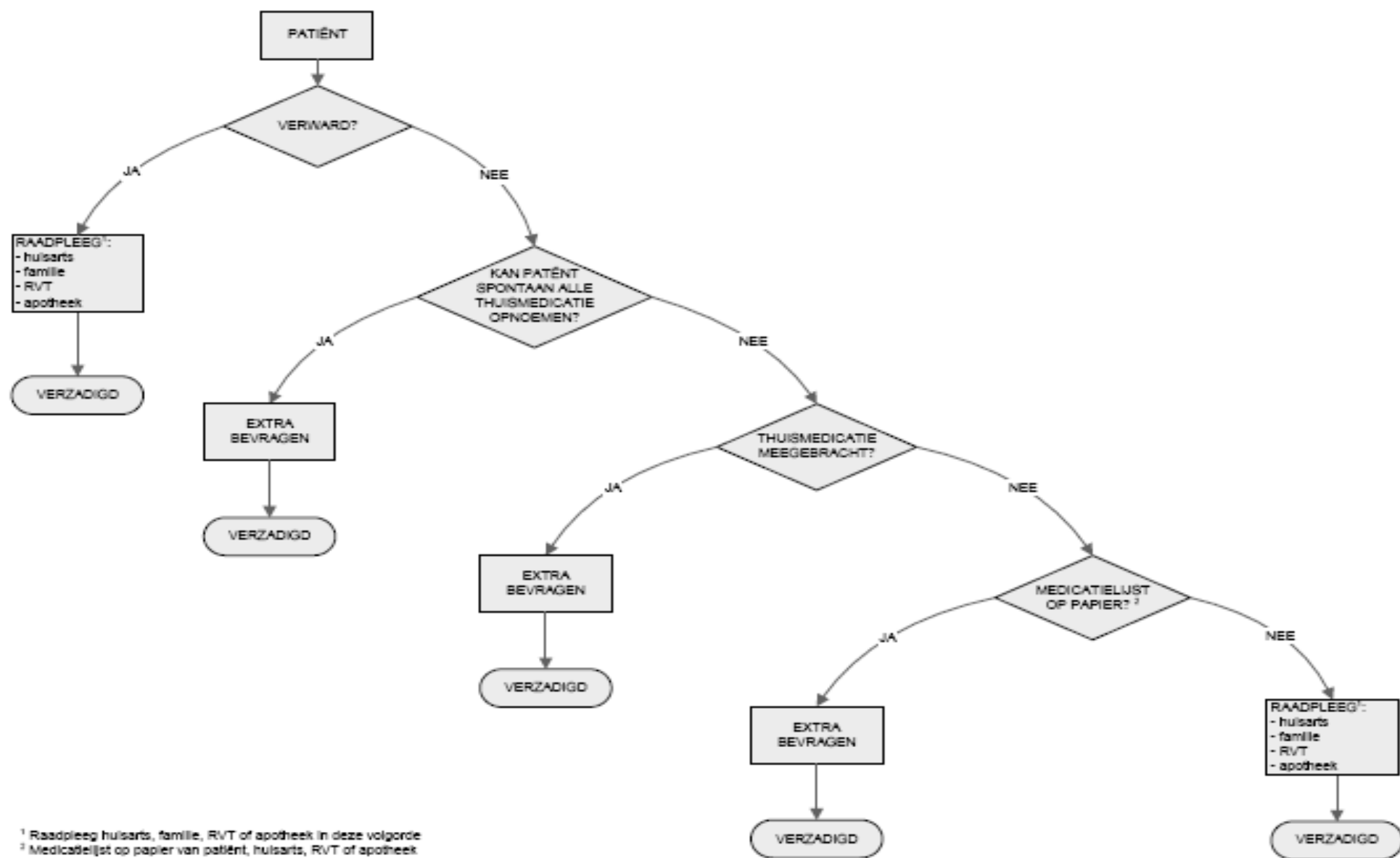
- Marevan[®], Marcoumar[®], Sintrom[®]
- Fraxiparine[®], Fraxodi[®], Clexane[®], Innohep[®]
- Xarelto[®], Pradaxa[®], Eliquis[®]
- Aspirine[®], Asaflow[®], Aggrenox[®], Plavix[®], Efient[®], Persantine[®], Aspegic[®] ...

Vraag gericht naar:

Bloedverdunners
Puffers
Geneesmiddelenpleisters
Oog-, oor- en neusdruppels
Zalven
Vitamines
Plant aardige GM (St. Janskruid)
Chronische pijnmedicatie
Insuline
Slaapmiddelen

Bronnen die je kan raadplegen:

1. www.bcfi.be (gecommentarieerd geneesmiddelrepertorium)
2. Intranet: apotheek en zorglogistiek/
geneesmiddeleninformatie opzoeken/ zoek via
gecommentarieerd geneesmiddelrepertorium
3. Nederlandse geneesmiddelen:
farmacotherapeutisch kompas
via Intranet/ nuttige links



**Bijlage 3: Opleiding voor uitvoering farmaceutische anamnese:
Voorbeeld van kwalificatiefiche voor de beoordeling van competenties**

Proces	competentie		
	beginner	kenner	expert
algemeen : - discretie / integriteit / behoud van beroepsgeheim - communicatie met patiënten / artsen / verpleegkundigen / collega's / externe zorgverstrekkers - gebruik van telefoon, fax, kopieertoestel - goede basiskennis van medicatie - opzoeken van geneesmiddeleninformatie (Intranet, Internet, apotheekstelsel)			
specifiek anamnese: - selectie van te bevragen patiënten - anamneseprocedure: - o bevraging volgens gestandaardiseerd anamnesedocument - o bevraging van de huisarts, huisapotheker, familie,... (volgens beslissingsboom) bij onvoldoende kennis door de patiënt - o check van de bekomen medicatielijst met informatie uit het elektronisch patiëntendossier of met de verwijzingsgegevens - verwerking bekomen informatie: - o input van de thuismedicatie in elektronisch patiëntendossier - o origineel anamnesedocument in papieren dossier - o kopie anamneseblad voor apotheek			
informatica: - kennis van het elektronisch patiëntendossier (printen patiëntenlijst, opzoeken van patiënt-informatie via o.a. folders en brieven) - gebruik van Intranet en Internet - werken met e-mail			

Bijlage 4: Voorbeeld van vragenlijst voor gestructureerde farmaceutische anamnese

[illegible]

(*) PO/SC/IM/IV/INH/SL/UE/TD/oog

2. BIJKOMENDE BEVRAGING:

- ☐ Bloedverdunners: Asaflow/ Cardio-aspirine
Plavix/ Ticlid/ Persantine/ Aggrenox
Marcoumar/ Marevan/ Sintrom
- ☐ Inspuitingen: Clexane/ Fraxiparine/ Fraxodi/ ...
Insulines
Diprophos, ... (onsteking)
- ☐ Recent (< 2 weken) antibiotica-gebruik
- ☐ GM tegen maagklachten
- ☐ Pijnsstillers
- ☐ Puffers (+ medrol)
- ☐ Hormonale preparaten (m/v)
- ☐ Vitamines/supplementen/homeopathie
(st janskruud-hypericum, calcium)
- ☐ Vaccins (griep, pneumococcon >5j?, tetanus >10j?)
- ☐ Slaapmedicatie
- ☐ Pleisters
- ☐ Collyria
- ☐ Zalven
- ☐ GM 1x/week, 1x/maand, 1x/jaar

3. BIJWERKINGEN MEDICATIE (welke klachten, welke medicatie, hoe lang)

4. ALLERGIEËN (welk geneesmiddel, welke reactie, hoeveel maal, hoelang geleden)

- ☐ Registratie in EPD:
- ☐ patiënt meldt geen allergie
 - ☐ patiënt meldt allergie
 - ☐ patiënt niet bevraagd

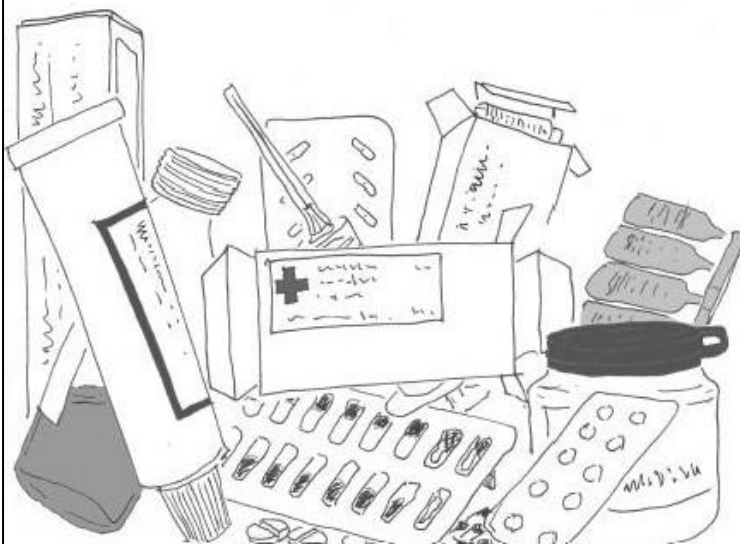
Naam:	Datum:
-------	--------

Tel apotheekassistenten ananmese: 21811
Tel apr. L. Hrysz: 20898
Tel apr. S. Deryckere: 25228
Tel apr. S. Mertens: 26030
Tel apr. A. Somers: 25373

uz

wij zorgen voor uw medicatie

breng wat je thuis inneemt mee in deze zak

A black and white line drawing of various medical supplies. In the center is a first aid kit box with a red cross. To its left is a large tube of ointment. In front of the kit is a blister pack of pills. To the right is a jar of ointment with a black lid. Behind the kit are several boxes of medicine, some with labels. To the right of the kit are several syringes. In the foreground, there are several loose pills and another blister pack.[illegible]

Bijlage 6: Voorbeeld medicatieschema bij ontslag

Medicatie	Toedieningsweg	Frequentie	Ochtend	Middag	Namiddag		Avond			Opmerkingen
			08u	12u	14u	16u	18u	20u	22u	
TEMESTA TABL EXPIDET 1 MG	via de mond	dagelijks							1 tabl	Slaapmedicatie = Lorazepam, dosis werd gereduceerd naar 1mg/dag in afbouw. In samenspraak met huisarts trachten af te bouwen tot stop.
ONBREZ CAPS INHAL 150 MCG	inhalatie	dagelijks	1 caps							
EXELON PLEISTER 9,5 MG/24 UUR	op de huid	dagelijks							1 pleister	Geheugenklachten
CEDOCARD TABL SL 5 MG	onder de tong		# bij pijn (max aantal: 1 per dag) Dosis per inname: 1 tabl							Innemen bij pijn op de borst
MOVICOL ZAKJE NEUTRAAL 13.79 G	via de mond		# bij constipatie (max aantal: 1 per dag) Dosis per inname: 1 zakje							Innemen met een groot glas water om de stoelgang malser te maken.
ALGOSTASE MONO COMP 1 G	via de mond		# bij pijn om de 6 uur (max aantal: 3 per dag) Dosis per inname: 1 stuks							= Dafalgan
DUOVENT PUFF 200 DOS HFA	inhalatie		# bij kortademigheid (max aantal: 4 per dag) Dosis per inname: 1 inhal							Kan gecombineer d worden met een voorzetkamer

Gevalideerd door

Bijlage 7: Voorbeeld vitalink medicatieschema

Print

1 of 1

100%

Find Next

Patient:
 Laatste gewijzigd door: **Herwig Van Pottelbergh**
 Afdruk door: **Van Pottelbergh Herwig**

NSZ:
 Tijdstip: **19/09/2013 00:19**
 Tijdstip opvraging: **19/09/2013 00:19**

Chronische medicatie	Frequentie	Begin	Einde	Inname/ Eenheid	Ontbijt			Middagmaal			Avondmaal			Stap					Opmerkingen
					's morgens	Voor	Tijdens	Na	Voor	Tijdens	Na	Voor	Tijdens						
Deanxit 30 Dragees	Dagelijks	22/11/2001		Tablet			1												Instructie: 1 - 2 x per
Loortan 98 Tabletten 50 Mg	Dagelijks	05/04/2011		Tablet			1												Instructie: 1 tablet 1 x per dag
Lorazepam Eg 50 Tabletten 2,5 Mg	Dagelijks	31/10/2006		Tablet			¾							½					Instructie: 1 -
Ranitidine Bc 120 Tabletten 150 Mg	Dagelijks	17/10/2007		Tablet			1						1						Instructie: 1 tablet 2 x per dag

Indien Nodig	Frequentie	Begin	Einde	Inname/ Eenheid	Ontbijt			Middagmaal			Avondmaal			Stap					Opmerkingen
					's morgens	Voor	Tijdens	Na	Voor	Tijdens	Na	Voor	Tijdens						
Norgalax 6 Tubes 10 G Microlavement		01/04/2013	01/04/2013	Lavement			1												Indicatie: zo nodig Instructie: -
Opticrom 1 Flacon 10 MI Oogdruppels 2 %		20/08/2013	20/08/2013	Druppels			1						1						Indicatie: zo nodig Instructie: -
Panadol 60 Tabletten 500 Mg		31/10/2006																	Instructie: 1 zo nodig tot 3x1 per dag

1/1

