

Spoorboekje moet communicatie stroomlijnen

Medicatieoverdracht nog lang niet veilig

prof. dr. J.R.B.J. Brouwers,
klinisch farmacoloog, Rijks-
universiteit Groningen en UMC
Utrecht

dr. Marjo J.A. Janssen,
ziekenhuisapotheker/klinisch
farmacoloog, Sint Lucas
Andreas Ziekenhuis Amster-
dam

drs. Nicolette A.E.M. van Lent-
Evers,
ziekenhuisapotheker, Diakones-
senhuis Utrecht en Zeist

prof. dr. Peter A.G.M. De Smet,
apotheker/klinisch farmacoloog,
UMC St Radboud, Nijmegen

Correspondentieadres:
jrbjbrouwers@planet.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Fouten in de medicatieoverdracht vormen een belang-
rijke en onnodige oorzaak van morbiditeit. Daarom
is vanaf januari 2011 het Spoorboekje voor de
Medicatieoverdracht verplicht. Maar de vraag is: staan
volgend jaar de wissels goed en de seinen op veilig?

In Nederland wordt circa 10 procent van de
ziekenhuisopnames bij ouderen veroor-
zaakt door geneesmiddelgebruik, waarvan
de helft is te voorkomen. Een kwart van de
geneesmiddelgerelateerde problemen (GGP's)
ontstaat door problemen in de medicatieover-
dracht.¹

Goed voorschrijven is het startpunt van elke
farmacotherapeutische interventie. Vervolgens
is goed communiceren een cruciale stap in het
medicatieproces, met als kernpunt het invullen

van de regierol bij complexe patiënten.² Hier-
toe is het benoemen van één zorgverlener met
een stevige regierol hard nodig. Voor een juiste
beoordeling moeten alle betrokkenen in het be-
handel- of ondersteunende proces beschikken
over de juiste medicatiegegevens en aanvul-
lende gegevens. Juist die aanvullende gegevens
gaan volgend jaar bij de medicatieoverdracht
tussen zorgverleners een probleem vormen.
De nieuwe richtlijn stelt dat de apotheker, de
huisarts en bij ziekenhuisopname de medisch

Spoorboekje voor de Medicatieoverdracht

Het Spoorboekje is een handleiding voor de uitvoering van de Richtlijn voor Veilige Overdracht van Medicatiegegevens. Deze richtlijn moet ervoor zorgen dat er bij elk contact met een voorschrijver een actueel medicatieoverzicht (AMO) van de patiënt beschikbaar is. Bij spoedopnames en een overdracht van de ene zorgomgeving naar de andere moet het overzicht binnen 24 uur voorhanden zijn. De apotheek is de eerst verantwoordelijke voor het verstrekken van een AMO. De huisarts moet bij aanvang van een consult nagaan of het overzicht aanwezig is en controleren of het klopt. Nieuwe, gewijzigde en gestaakte medicatie moeten weer teruggekoppeld worden aan de apotheek zodat het dossier up-to-date blijft. Bij ontslag uit een instelling is de voorschrijver (meestal de medisch specialist) verantwoordelijk voor het bijwerken en communiceren van het medicatieoverzicht naar de volgende zorgverlener, bijvoorbeeld de (verpleeg)huisarts, huisarts of apotheker. De medisch specialist moet de patiënt vragen het overzicht te bespreken met de volgende voorschrijver en de huisarts. Ook moet de voorschrijver aangeven wie verantwoordelijk is voor de continuering van de behandeling.

De Richtlijn is opgesteld door de IGZ en het ministerie van VWS samen met negentien veldpartijen. Voor meer informatie zie:
www.medicatieoverdracht.nl.



beeld: Frank Muller, HH

Medicatieoverzicht

In het Spoorboekje staat het medicatieoverzicht (de AMO) als volgt gedefinieerd:

‘Het medicatieoverzicht is de registratie per patiënt van alle geneesmiddelen (al dan niet op recept) en relevante gegevens over het gebruik daarvan in een periode van tenminste drie maanden voorafgaand aan het moment van aanmaak en gebruik van dat medicatieoverzicht of zolang als nodig is voor verantwoorde zorg.’

In de AMO moeten ten minste de volgende gegevens staan. Als een of meer onderdelen ontbreken, kan dat tot (ernstige) problemen bij de behandeling van de patiënt leiden.

1. Voorgescreven, ter hand gestelde, toegediende en gebruikte medicatie, de sterkte, dosering en de toedieningsvorm van het geneesmiddel, gebruikspe-riode, inclusief eventuele vermelding dat het gebruik van een geneesmiddel voortijdig is gestopt.
2. De reden van starten/stoppen/wijzigen van elke medicatie en de initiator hiervan.
3. Eerste voorschrijver en actuele voorschrijver.
4. De apotheken die deze geneesmiddelen hebben verstrekt.
5. Basale patiëntkenmerken: Burger Service Nummer (BSN), naam, geboortedatum, geslacht en adres.
6. Afgeleide of indien beschikbaar contra-indicatie voor geneesmiddelen in verband met bestaande comorbiditeit.
7. Afgeleide of indien beschikbaar contra-indicatie in verband met eerder vast-gestelde geneesmiddelallergie/intolerantie en eerdere (ernstige) bijwerkingen.

Op aanvraag kunnen de volgende gegevens worden verstrekt:

8. Laboratoriumgegevens.
9. Indicatie, indien nodig om de dosering te kunnen beoordelen.

specialist een taak (dus regierol) hebben in het proces van medicatieoverdracht. Maar dit lijkt bij voorbaat weinig kans van slagen te hebben in ziekenhuizen. De snijdend specialisten in ziekenhuizen kan en mag je niet belasten met deze taak en het delegeren aan aiossen zal de uitvoer van deze verplichting in kwalitatief opzicht ook geen goed doen.

Op de vraag ‘Is het veld voorbereid op de IGZ-eis met betrekking tot medicatieoverdracht?’, luidt het antwoord op dit moment dus volmondig: nee.

Off-label

Een stevige regiefunctie in de transmurale medicatieoverdracht voor de ziekenhuisapotheker lijkt een voor de hand liggend uitgangspunt, omdat hij een belangrijke ‘risk modifier’ is.³ Maar de apotheker brengt alleen (elektronische) medicatiegegevens in de ketenzorg in, en dat is niet genoeg. Er moet ook een beoordeling plaatsvinden van het totale polyfarmacieprofiel en dit kan alleen als de apotheker ook over gegevens uit het medisch patiëntendossier beschikt. Het verplicht vermelden van de indicatie op het recept zou een stap in de goede richting zijn. De apotheker zou dan immers gemakkelijker de doseringen, maar ook contra-indicaties of off-labelgebruik kunnen toetsen en ter discussie stellen. Echter de koepel van huisartsen is in dit opzicht terughoudend (wellicht uit angst voor ondermijning van de eigen regiefunctie?), en dus zijn de apothekers niet in staat hun ondersteunende rol goed uit te voeren.

Elektronische registratie

Tien jaar geleden is de noodzaak en het nut van elektronische communicatie tussen huisarts en apotheker al onderkend.⁴ De kwaliteit van communicatie van medicatiegegevens bij opname en ontslag in ziekenhuizen blijft echter nog steeds ver onder de maat.^{5 6} Maar liefst 80 procent van de ontslagbrieven bevat onvolledige medicatieregistratie en bij elke ontslagen patiënt zijn meer dan twee interventies nodig om potentiële fouten te voorkomen. Ook wordt door onvolledige communicatie 27 procent van de in het ziekenhuis bewust gestopte medicatie bij ouderen, toch opnieuw gestart binnen zes maanden na ontslag.⁷ Uit de Centrale Medicatiefouten Registratie blijkt dat 27 procent van de gebruikte medicatie per abuis niet is vermeld. Het gaat vaak om antihypertensiva en antistollingsmiddelen. In een kwart van de medicatieoverdrachtgegevens is de dosering onjuist vermeld.⁸

SAMENVATTING

- Het Spoorboekje Medicatieoverdracht wordt in 2011 van kracht.
- Het veld lijkt nog niet voorbereid op de eisen voor medicatieoverdracht van de IGZ.
- Herevaluatie van de gebruikte medicatie en het vaststellen van een nieuw actueel medicatieoverzicht is nodig voordat overdracht plaatsvindt.
- Ook is onduidelijk welke zorgverlener de regie voert.

Casus: Vermeende penicillineallergie

Per acuut is een 38-jarige ernstig zieke patiënt op de ic opgenomen met een zeer pijnlijke schouder ontstaan na een skiongeval. Radiologisch onderzoek toont geen afwijkingen. De chirurg stelt de waarschijnlijkheidsdiagnose erysipelas. De standaardtherapie is: starten met 'blinde' therapie penicilline en flucloxacilline. Later blijkt dat de patiënt overgevoelig is voor antibiotica. Dit wordt door de ic-arts direct geassocieerd met mogelijke penicillineallergie. Gegevens kunnen in eerste instantie niet worden achterhaald. In plaats van penicilline/flucloxacilline krijgt de patiënt cefuroxim, met als argument de vermeende penicillineallergie en het feit dat 10 procent van de *Staphylococcus aureus* clindamycine-ongevoelig is. De eerstekeustherapie wordt ten onrechte niet ingesteld omdat navraag bij de apotheek uitwees dat het ging om een overgevoeligheid voor het antimycoticum itraconazol. De patiënt wordt ten onrechte met een breder spectrum antibioticum behandeld dan noodzakelijk. Het herstel is moeizaam. Een AMO had de itraconazolallergie feilloos kunnen registreren.

beeld: Getty Images




Het door apothekers geroemde Open Zorg Informatie Systeem (OZIS) voor medicatieoverdracht blijkt ten opzichte van de klassieke faxcommunicatie ook minder betrouwbaar dan verwacht. Afwijkingen van 25 tot 80 procent in de OZIS-medicatieoverzichtlijst ten opzichte van andere (klassieke) vormen van medicatieoverdracht geven te denken.⁹

Het vaststellen van een Actueel Gevalideerd-Medicatie Overzicht voor Medicatieoverdracht (AMO) heeft prioriteit om fouten in de ketenzorg en daarmee schade aan patiënten te voorkomen.¹⁰⁻¹² Immers, bij een niet-actueel en niet-gevalideerd medicatieoverzicht zal (elektronische) communicatie het dupliceren van onvolledigheden en fouten in het medicatieoverzicht te gemakkelijk maken.

Dus moet de conclusie zijn: eerst goed controleren en informeren voordat de medicatieoverdracht plaatsvindt. Een goed AMO kan hierbij houvast bieden.

In een kwart van de gevallen is de dosering onjuist vermeld

Het Spoorboekje voor Medicatieoverdracht volgen is niet voldoende. Alle wissels moeten feilloos werken: het sein springt niet automatisch op rood als de trein, lees communicatie in de keten, eenmaal op volle kracht gaat rijden. Volgens de 'trendwatchers' gaan we snel naar een papierloos tijdperk. Het voorschrijf-controle-monitoring- en informatieproces moet echter blijven werken, ook als de stroom van de bovenleiding onverhoeds uitvalt. Goede back-upfaciliteiten zijn dan ook onontbeerlijk.

750 verkeersdoden per jaar vinden we te veel, 1500 doden door medicatiefouten hebben we jarenlang lankmoedig geaccepteerd. Het sein voor de medicatieoverdracht moet in 2011 op veilig. 



De literatuurlijst en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Referenties

- 1 De Smet PAGM, HARM-Wrestling Group. Hospital admissions related to medications and implementing guidelines. Arch Intern Med 2009; 169(8): 810-1.
- 2 Zie <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/200801.pdf> -> het GR rapport Ouderdom komt met gebreken].
- 3 Drenth-van Maanen CA, Van Marum RJ, Knol W et al. Prescribing optimization method for improving prescribing in elderly patients receiving polypharmacy: results of application to case histories by general practitioners Drugs and Aging 2009; 26: 687-701.
- 4 Spee J, van Marum RJ, Egberts ACG et al. Gestructureerde medicatieanamnese bij opname van oudere patiënten in het ziekenhuis. Ned T v Geneesk 2010; 154: 487-494.
- 5 De Leeuw M. 80% medicatieontslagbrieven klopt niet. Pharm Weekbl 2010; 145.
- 6 De Leeuw M. Te weinig communicatie na ziekenhuisontslag: veel mis bij overdracht. Pharm Weekbl 2010; 145: 12-13.
- 7 Van der Linden CM, Kerskes MC, Bijl AM, Egberts AC, Jansen PA. Represcription after adverse drug reaction in the elderly: a descriptive study. Arch Intern Med 2006; 166: 1666-7.
- 8 Van Rhijn A, Van Soest-Segers B, De Roos A, Karapinar F. Misers aan de ziekenhuispoort. Pharm Weekbl 2010; 145: 20-2.
- 9 Langbroek JM, Kiewiet JP, Van Roon EN. De kwaliteit van OZIS gemeten: in elektronische overzichten valt nog veel te verbeteren. PW Wet Platvorm 2010; 4(5)90-2.
- 10 Kripalani S, LeFevre F, Philips CO et al. Deficits in communication and information transfer between hospital based and primary care medicines: implications for patient safety and continuity of care. JAMA 2007; 297: 831-41.
- 11 Scullin C, Scott MG, Hogg A et al. An innovative approach to integrated medicines management. J Eval Clin Pract 2007; 13: 781-8.
- 12 Karapinar F, Van den Bemt PMLA, Zoer J et al. Information needs of general practitioners regarding discharge medication: content, timing and pharmacotherapeutic advices. Pharm World Sci 2010; 32(2): 172-8.