



Eke filmomhulde
tablet bevat
150 mg lamivudine
300 mg zidovudine

60 filmomhulde
tabletten

CELEBREX
200 mg
CELECOXIB

30 stevare tabletten
met aluminium folie E.A.V.
Depakine® Chrono 500
Wetenschappelijke naam: Divalproex sodium 500 mg
Binnenkant van de verpakking: Depakine® Chrono 500

Diane-35
30 tabletten

CHIAZEPAM 5 PCH
5
30 TABLETTEN

CHIAZEPAM 10 PCH
10
30 TABLETTEN

DOMPERIDON 10 PCH
10
30 FILMOMHULDE TABLETTEN

ENALAPRILMALEAAT 5 mg
30 tabletten

ZICHT OP MEDICATIE



PERDENDOL 40 PCH
40
30 TABLETTEN

PERDENDOL 10 PCH
10
30 TABLETTEN

PERDENDOL 20 PCH
20
30 TABLETTEN

HALOPERIDOL 1 PCH
1
30 TABLETTEN

HALOPERIDOL 5 PCH
5
30 TABLETTEN

MEDICATIEVEILIGHEID EN POLYFARMACIE

ZICHT OP MEDICATIE

OPTIMALE MEDICATIEVERSTREKKING AAN ZORGVRAGERS DIE VIJF OF MEER VERSCHILLENDE MEDICIJNEN CHRONISCH GEBRUIKEN

INHOUD

VOORWOORD 3

PERIODIEKE MEDICATIEBEOORDELING

- Het nut en de risico's van medicijngebruik 4
- Richtlijn overdracht van medicatiegegevens 5
- Overzicht houden met de periodieke medicatiebeoordeling 6
- De betrokkenen 8
- Financiële organisatie 9
- Mogelijke resultaten 10

DE PRAKTIJK 11

PERIODIEKE MEDICATIEBEOORDELING BINNEN ZORGINSTELLINGEN

- Annemarie Bernard, verpleging en verzorging:
“We hadden niet gedacht dat het direct zo veel zou opleveren” 12
- Joke Bril, gehandicaptenzorg:
“Wij organiseren de beoordeling in twee stappen om het voor ons haalbaar te maken” 14
- Ria Westera, thuiszorg:
“De overleggen geven een totaalplaatje van de cliënt” 16
- Ellen ten Hove, geestelijke gezondheidszorg:
“Zonde om niet met periodieke beoordeling aan de slag te gaan als je alle voorwaarden in huis hebt” 18

PERIODIEKE MEDICATIEBEOORDELING DOOR ARTS EN APOTHEKER

- Paul Vrijmoeth, huisarts:
“Goed plan, maar er moeten wel extra uren tegenover staan” 21
- Gerda Compagne, apotheker:
“Ik ben wel een voorstander van de beoordeling, maar over de precieze invulling moeten we het nog eens worden” 23

VOORDEEL VOOR DE CLIËNT

- Dini Leussink, cliënte gehandicaptenzorg:
“Gelukkig hoef ik nu niet meer te wachten tot ik het volgende medicijn kan innemen” 25

GOEDE ONDERSTEUNING 26

- Vilans 26
- Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik 26
- Handige links 27
- Ook aan de slag met polyfarmacie 27
- Bronnen 27
- Colofon 28

VOORWOORD

Jarenlang hebben wij zorgorganisaties begeleid bij het verbeteren van de medicatieveiligheid in verschillende rondes van het Verbetertraject Medicatieveiligheid van Zorg voor Beter. Dit bracht naast goede resultaten een kwetsbaar punt naar voren. Duidelijk werd dat de risico's van medicatiegebruik groter worden naarmate zorgvragers meer verschillende soorten medicijnen nodig hebben. Soms wel vijf of meer. Dan spreken we van polyfarmacie. Met alle risico's van dien: want met elk medicijn dat extra nodig is, stijgt de kans op bijwerkingen, toedieningsfouten en gebruiksongemak. Want in het geval van meerdere medicijnen is het voor de cliënt moeilijker de medicijnen goed en op tijd in te nemen.

Om polyfarmacie effectief aan te pakken heeft het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) in samenwerking met Vilans de IVM-methode geschikt gemaakt voor periodieke medicatiebeoordeling. Periodieke medicatiebeoordeling is een regelmatig terugkerend overleg tussen de betrokken apotheker, arts en het zorgpersoneel dat verantwoordelijk is voor de zorg voor de cliënt. Daarvoor moet eerst de medicatieverstrekking goed geregeld zijn. Met overzichtelijke voorschrijf- en uitdeelprocedures, medicatieoverzichten die ordelijk en actueel zijn en ruimte voor ongestoorde uitdeelrondes.

Als dat op orde is, heeft het zin de volgende stap te zetten: de organisatie van de periodieke medicatiebeoordeling. Dit gaat niet zonder slag of stoot en is niet van de ene op de andere dag geregeld. Dat zagen we bij de deelnemers aan het Verbetertraject Medicatieveiligheid en Polyfarmacie, dat we hebben georganiseerd voor 31 teams van 19 zorginstellingen in de verpleging en verzorging, thuiszorg, gehandicaptenzorg en de geestelijke gezond-

heidszorg. Zij én wij hebben veel geleerd waarvan ook anderen in de zorg kunnen profiteren. Leef en lees mee met de zorginstellingen die het gelukt is de periodieke medicatiebeoordeling te organiseren met onze ondersteuning. Wij hopen dat het u inspireert om de veiligheid rond medicatie en polyfarmacie op dezelfde manier van de grond te krijgen. Wij delen onze kennis met plezier en denken graag met u mee!

Marijke Wigboldus,

Projectleider Zorg voor Beter Medicatieveiligheid bij Vilans, kenniscentrum voor langdurende zorg

Hans de Vos Burchart,

Adviseur bij het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Utrecht, april 2011

HET NUT EN DE RISICO'S VAN MEDICIJNGEBRUIK

Ouderen en mensen met een beperking hebben vaak last van verschillende, al dan niet chronische aandoeningen. Daarvoor gebruiken ze vaak verschillende medicijnen. Die kunnen hun leven goed leefbaar maken en soms zelfs aanzienlijk verlengen. Toch brengt het gebruik van medicijnen ook altijd bepaalde risico's met zich mee.

BIJWERKINGEN, THERAPIETROUW EN GEMAK

Naarmate mensen meer medicijnen gebruiken, groeit de kans op ongewenste bijwerkingen. Gebruik van bepaalde medicijnen kan valpartijen veroorzaken, maar ook maagbloedingen en ziekenhuisopnames als gevolg daarvan. Ook komt het vaker voor dat de therapietrouw afneemt. Mensen nemen de medicijnen dan niet of niet op tijd in. Geneesmiddelen moeten aandoeningen in de hand houden die soms levensbedreigend zijn. Als cliënten die vergeten of te laat innemen, kan hun gezondheid eronder lijden.

EXTRA RISICO BIJ POLYFARMACIE

Soms is sprake van een zogenaamde 'voorschrijfcascade'. Daarbij schrijft de arts steeds nieuwe medicatie voor als een cliënt nieuwe gezondheidsproblemen krijgt. Hierdoor ontwikkelt hij of zij nieuwe klachten waarvoor ook weer medicatie nodig is. Dit kan zorgen voor een grote hoe-

veelheid medicijnen. Mensen in de langdurende zorg die chronisch vijf of meer verschillende medicijnen krijgen (polyfarmacie) hebben meer kans op bijwerkingen, toedienfouten en gebruiksongemak. Ook is het moeilijker de medicijnen goed en op tijd in te nemen.

TE VERMIJDEN ZIEKENHUISOPNAMES

Bij projecten van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik bleek dat er bij maar liefst 50 tot 90 procent van de bewoners van verzorgingshuizen sprake is van polyfarmacie. Juist bij ouderen behoren ongewenste bijwerkingen van medicijnen tot de vijf meest voorkomende oorzaken van ziekte. De helft van de ziekenhuisopnames die veroorzaakt worden door bijwerkingen van medicijnen, had zelfs vermeden kunnen worden.

TIP:

Weet u nog niet hoe u wilt gaan voldoen aan de 'Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten'? Het organiseren van een periodieke medicatiebeoordeling is daarvoor een goed hulpmiddel!

RICHTLIJN OVERDRACHT VAN MEDICATIEGEGEVENS IN DE KETEN

De Inspectie voor de Gezondheidszorg vond dat de bestaande normen en richtlijnen voor medicatiebeheer onvoldoende zorgden voor een goede overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de ander. Om die reden is de ‘Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten’ ontwikkeld. De richtlijn geldt sinds 1 januari 2011 voor alle zorginstellingen. De basis voor deze richtlijn is ‘dat op elk moment van voorschrijven er een actueel medicatieoverzicht per cliënt beschikbaar is’. Doel ervan is medicatiefouten te voorkomen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg controleert vanaf 2012 of zorginstellingen zich hieraan houden.

DEFINITIE MEDICATIEOVERZICHT

De ‘Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens’ definieert het medicatieoverzicht als volgt: ‘Een medicatieoverzicht is de registratie per patiënt van alle geneesmiddelen (al dan niet op recept) en relevante gegevens over het gebruik ervan in een periode van ten minste drie maanden voorafgaand aan het moment van aanmaak en gebruik van het medicatieoverzicht of zolang als nodig is voor verantwoorde zorg.’ Het medicatieoverzicht is voor zorgverleners een hulpmiddel om goed in beeld te krijgen en te kunnen overdragen welke medicatie cliënten gebruiken.

WAT STAAT ER OP HET MEDICATIEOVERZICHT?

Relevante gegevens in het medicatieoverzicht:

- Alle voorgeschreven, verstrekte, toegediende en gebruikte medicatie (met sterkte, dosering, toedieningsvorm, gebruiksperiode).
- Gebruik van alcohol en/of drugs (aard en duur).
- Reden van starten, stoppen of wijzigen.
- Eventuele allergieën, intoleranties, contra-indicaties.
- Patiëntkenmerken: naam, geboortedatum, geslacht, adres van de patiënt en BSN.

HANDREIKINGEN OF GERICHTE ONDERSTEUNING

Bij de ‘Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens’ geeft de inspectie handreikingen voor de manier waarop zorginstellingen deze overdracht van medicatiegegevens kunnen organiseren. Omdat de werkomstandigheden en situatie per zorginstelling verschillen, laat de inspectie zorginstellingen vrij in het organiseren van de medicatieoverdracht. Een goede methode hiervoor is het organiseren van een periodieke medicatiebeoordeling. Vilans en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik hebben deze methode ontwikkeld.

OVERZICHT HOUDEN MET DE PERIODIEKE MEDICATIEBEOORDELING

Rond het voorschrijven, toedienen en gebruiken van medicatie is het belangrijk dat zorgorganisaties zorgen voor een duidelijke taakverdeling, gericht op een zo groot mogelijke medicatieveiligheid. Veel van de ongewenste gevolgen van langdurig medicijngebruik zijn te voorkomen door het medicijngebruik van de cliënt kritisch te blijven bekijken en goed overzicht te houden.

PERIODIEKE MEDICATIEBEOORDELING

Een methode om de medicatie voor zorgvragers op een goede en veilige manier te organiseren en controleren is een periodieke medicatiebeoordeling. Dit kan jaarlijks, maar in verpleeghuizen heeft twee keer per jaar de voorkeur. Hierbij werken de betrokken apotheker, arts en medewerkers van de zorgorganisatie samen. Voor de organisatie hiermee begint, moet zij het basisproces rond de medicatie goed op orde hebben. Goede manieren hiervoor staan beschreven in het boek 'Slik geen Medicatiefouten' dat te bestellen is bij Vilans. Een goed basisproces betekent dat er actuele medicatieoverzichten van cliënten beschikbaar zijn. Ook is het nodig dat de werkwijze rond het uitdelen en toedienen van de medicijnen vastligt en dat wijzigingen in de medicatie goed geregistreerd worden.

STRUCTURELE AANPAK IN VIJF STAPPEN

1. SELECTIE CLIËNTEN

Het begint bij de selectie van cliënten die polyfarmaceutisch zijn en dus vijf of meer verschillende medicijnen gebruiken. In een later stadium kan de periodieke medicatiebeoordeling ook gebeuren voor andere cliënten met risicovolle medicatie.

2. ANALYSEREN MEDICATIE

De arts, apotheker en medewerker van de zorginstelling maken een analyse van de medicatie die een cliënt krijgt. Daarvoor hebben zij per cliënt een actueel medicatieoverzicht nodig.

3. BEOORDELEN MEDICATIE

In het ideale geval bespreken de arts, apotheker en de medewerker van de zorginstelling de medicatieoverzichten gezamenlijk om vast te stellen of medicatiewijzigingen noodzakelijk of gewenst zijn. Ook is het mogelijk dat een andere toedieningsvorm van een medicijn beter past bij de situatie van de cliënt waardoor deze persoon de medicijnen gemakkelijker in kan (blijven) nemen.

4. AFHANDELEN MEDICATIEWIJZIGINGEN

De voorgestelde medicatiewijzigingen worden vervolgens doorgevoerd in goed overleg met de cliënt (vertegenwoordiger).

5. EVALUEREN MEDICATIEWIJZIGINGEN

Na verloop van tijd herbeoordelen de verschillende disciplines de doorgevoerde medicatiewijzigingen. Zij bespreken eventuele nieuwe medicijnen van cliënten. In de ideale situatie vindt minimaal één keer per jaar een medicatiebeoordeling plaats samen met de apotheker en (huis)arts. In verpleeghuizen moet dat twee keer per jaar gebeuren, bij voorkeur samen met een medewerker van de zorginstelling. Tijdens deze evaluatie kunnen zij ook de manier van werken bespreken en de manier waarop de medicatiedossiers worden beheerd.

TIP:

Organiseer en plan de overlegmomenten voor de periodieke medicatiebeoordeling een jaar vooruit. Het argument 'geen tijd' wordt daardoor minder bruikbaar.

DOORBREEK HET AUTOMATISME

Vilans en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik hebben in de praktijk ervaren dat deze stapsgewijze manier van medicatieoverdracht goed haalbaar is. Het heeft direct een positieve invloed op de kwaliteit en doelmatigheid van de farmaceutische zorg in de betreffende zorginstelling. Vooral het checken of de indicatie voor het gebruik van de medicijnen nog bestaat is erg zinvol, omdat je op die manier het automatisme van herhaalrecepten doorbreekt. Dit voorkomt dat na lange tijd niemand meer weet waarom een cliënt een bepaald medicijn eigenlijk gebruikt of dat iemand langdurig te hoge doseringen krijgt voorgeschreven.

DE BETROKKENEN

De ideale situatie rondom de medicatieveiligheid van polyfarmaceutische cliënten is dat er minimaal één keer per jaar een medicatiebeoordeling plaatsvindt samen met de apotheker en (huis)arts. In verpleeghuizen moet dat twee keer per jaar gebeuren, bij voorkeur in een gesprek tussen arts, apotheker en een medewerker van de zorginstelling.

APOTHEKER ALS VOORTREKKER

De apotheker is verantwoordelijk voor de farmaceutische zorg en controleert de medicatie, toedieningsvorm en dosering. Apothekers hebben een cruciale rol bij de totstandkoming van de gewenste periodieke medicatiebeoordeling (PMB) binnen een zorginstelling. Zij kunnen het voortouw nemen om zorgorganisaties te helpen bij een betere organisatie van het medicatiebeleid.

BETROKKEN ARTS

De huisarts is verantwoordelijk voor een goed voorschrijfbeleid. Hij moet de voorgeschreven medicatie van cliënten op gezette tijden controleren en waar nodig heroverwegen, in overleg met de apotheker en de zorgverantwoordelijke.

VERANTWOORDELIJKE ZORGPROFESSIONALS

De medewerker van de zorginstelling vertegenwoordigt de cliënt en bespreekt eventuele medicatieproblemen na overleg met de cliënt of diens vertegenwoordiger. Als een cliënt moeite heeft met het slikken van pillen, wordt dat bijvoorbeeld besproken. Het innemen van de dosis in één keer kan in dat geval een oplossing zijn.

CLIËNT ERBIJ BETREKKEN

De zorgmedewerker vertegenwoordigt de cliënt bij de PMB en brengt voorkeuren en wensen van de cliënt in. De arts brengt de cliënt op de hoogte van de voorgestelde wijzigingen in de medicatie. Als de cliënt akkoord is, stuurt de arts een mutatieformulier naar de apotheek en worden de wijzigingen doorgevoerd in het dossier volgens de geldende procedures in de organisatie. In de organisatie is het zinvol de cliëntenraad actief te betrekken bij alle wezenlijke veranderingen in het farmaceutisch zorgproces. Het is belangrijk dat cliënten weten waarom op een andere manier wordt gewerkt en vertrouwen hebben in de manier waarop zorgverleners met hun medicatie omspringen.

ONDERSTEUNING VAN DE ORGANISATIE

Als een zorginstelling periodieke medicatiebeoordelingen gaat invoeren, is het belangrijk dat de gehele organisatie meewerkt om de samenwerking tussen de arts, apotheker en zorgmedewerker daadwerkelijk mogelijk te maken. Om die reden moeten de bestuurders hierover goed geïnformeerd zijn en overtuigd zijn van de voordelen van de PMB. Zij kunnen namelijk zorgen voor tijd en financiële middelen. De kwaliteitsfunctionaris kan de nieuwe manier van werken inpassen in het kwaliteitssysteem en de werkwijze waar nodig ondersteunen. Zorgmanagers en -coördinatoren zijn belangrijke sleutelfiguren bij de aansturing en planning rond de periodieke medicatiebeoordeling en kunnen erop toezien dat de medicatieoverzichten goed worden bijgehouden.

FINANCIËLE ORGANISATIE

Voor huisartsen en apothekers kan het moeilijk zijn betaalde tijd te organiseren voor het extra werk dat de periodieke medicatiebeoordeling met zich meebrengt. Omdat de PMB nog niet verplicht is, bestaat er helaas geen voorgeschreven manier waarop zorgverleners dit financieel kunnen afhandelen.

MOGELIJKHEID VIA DE ZORGVERZEKERING VOOR ARTSEN

Wel biedt de zorgverzekeringswet mogelijkheden om hiervoor extra uren te krijgen.

Alle Nederlanders hebben recht op huisartsenzorg. Voor het investeren van extra uren in bijvoorbeeld de periodieke medicatiebeoordeling kunnen huisartsen een aanvraag doen voor aanvullende zorg bovenop het basispakket. Er zijn mogelijkheden voor de vergoeding van nieuwe zorgproducten via de Modules Modernisering en Innovatie (M&I). Huisartsen en zorgverzekeraars kunnen daarvoor, het liefst gezamenlijk, een aanvraag doen en een zogenaamde Vectiscode aanvragen. Hiervoor geldt de voorwaarde dat de huisarts en apotheek op gestructureerde wijze de hele medicatie van patiënten met meer dan zes (en minder dan achttien) geneesmiddelen beoordelen en waar nodig wijzigen.

TIP:

Heeft u een project georganiseerd rondom de aanpak van polyfarmacie dat aantoonbare meerwaarde heeft? Dan kunt u onder bepaalde voorwaarden mogelijk aanspraak doen op extra geld van de zorgverzekeraar.

Artsen in dienst van een zorginstelling moeten in overleg met hun werkgever extra uren aanvragen voor de tijd die de periodieke medicatiebeoordeling van hen vraagt.

HERZIENING VERGOEDINGENSYSTEEM VOOR APOTHEKERS

Apothekers worden uitsluitend betaald op basis van de medicijnen die ze verstrekken aan cliënten. Voor zoiets als een periodieke medicatiebeoordeling krijgen ze geen speciale vergoeding. Volgens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) zijn er wel plannen om het vergoedingensysteem voor apotheken op termijn te herzien. Daarbij bestaat de wens voor een combinatiesysteem, waarbij zowel vergoedingen gelden voor afleveren van medicijnen als voor (kwaliteitsverbeterende) activiteiten zoals het houden van een periodieke medicatiebeoordeling bij cliënten met polyfarmacie. Vooral nog moeten apothekers de PMB zien als een investering.

ZORGMEDEWERKERS: VAN PROJECT NAAR TAAK

Zorgmedewerkers krijgen vaak projecturen als de PMB in hun zorginstelling wordt gestart. Als dit een vaste plek krijgt binnen de instelling, is het belangrijk dat de organisatie de PMB meeneemt in de taakomschrijving. Dat zorgt voor de nodige betrokkenheid en tijd om de medicatie voor en namens cliënten op gezette tijden met de arts en apotheker te bespreken en waar nodig te herzien. Dit voorkomt dat de tijd voor de medicatiebeoordeling ten koste gaat van andere zorgtaken.

MOGELIJKE RESULTATEN

Een goed georganiseerde periodieke medicatiebeoordeling kan het aantal medicatiefouten structureel verminderen. Ook het aantal medicatiegerelateerde incidenten zoals valpartijen, maagbloedingen en ziekenhuisopnames als gevolg daarvan, neemt af. Er is meer zicht op de medicatie die cliënten gebruiken, onnodig medicijngebruik wordt voorkomen en daarmee verminderen de risico's die met medicijngebruik gepaard gaan. Bovendien nemen cliënten hun medicijnen beter in wanneer organisaties rekening houden met hun voorkeuren, zoals het tijdstip van inname en het innemen van alle medicatie tegelijk of juist verspreid over de dag.

TIP:

Houd rekening met voorkeuren van cliënten. Dat bevordert het juist innemen van de voorgeschreven medicatie.

BETERE ORGANISATIE, MINDER MEDICATIEFOUTEN

Vilans en het IVM hebben samen het Verbetertraject Medicatieveiligheid en Polyfarmacie georganiseerd voor 31 teams van 19 zorginstellingen in de verpleging en verzorging, thuiszorg, gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. De deelnemende instellingen hebben het aantal medicatiefouten verminderd met 48 procent. Vooral het verbeteren van de samenwerking tussen de verschillende disciplines bleek een belangrijke succesfactor.



DE PRAKTIJK VAN ZORGINSTELLINGEN

De praktijkverhalen van de zorginstellingen in dit boek geven voorbeelden voor zowel de verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg. De manieren waarop deze instellingen de periodieke medicatiebeoordeling hebben georganiseerd, zijn een goed voorbeeld voor alle bovengenoemde sectoren.

DE VERPLEGING EN VERZORGING:

“WE HADDEN NIET GEDACHT DAT HET DIRECT ZO VEEL ZOU OPLEVEREN”

Maar liefst 51 wijzigingen in de medicatie leverden de eerste periodieke medicatiebeoordelingen (PMB) onder 62 cliënten op. Een behoorlijk succes voor verpleeghuis Swinhove (onderdeel van de Swinhove Groep) in Zwijndrecht. “Dat zorgt ervoor dat alle betrokkenen erg enthousiast zijn, ondanks de extra tijd en moeite die het hen kost”, vertelt beleidsmedewerker en projectleider Annemarie Bernard.



“Het is heel goed dat er door de PMB zulke korte lijnen zijn tussen de betrokkenen”

Dat de eerste medicatiebeoordelingen zoveel wijzigingen opleveren, zegt wel wat over de situatie zoals die eerst was. “Uit de Melding Incidenten Cliënten (MIC)-formulieren bleek al dat er bij ons veel (bijna-) incidenten voorkwamen. Daarom besloten we eind 2009 mee te doen aan het Verbetertraject Medicatieveiligheid & Polyfarmacie van Vilans”, legt Annemarie uit. “Een onderdeel daarvan is de periodieke medicatiebeoordeling (PMB). Daar deden we nog niets aan, dus dat kwam goed uit.”

OPZET VAN DE PMB BIJ SWINHOVE

De werkgroep van Swinhove die zich bezighield met de periodieke medicatiebeoordeling heeft hiervoor een jaarplan gemaakt. Maandelijks vindt nu één PMB plaats voor ongeveer 25 cliënten. Hierbij zijn de apotheker, de specialist ouderengeneeskunde, het hoofd van de afdeling en een medewerker van de afdeling aanwezig. Tijdens dit overleg beoordeelt men gezamenlijk voor elke cliënt het medicatieoverzicht.

“HET IS ECHT EEN EEN-TWEETJE TUSSEN DE SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE EN APOTHEKER”

EEN-TWEETJE

Tijdens de beoordeling controleert de specialist ouderengeneeskunde de medicijnen aan de hand van de Beerslijst, een kritisch hulpmiddel bij het beoordelen van medicatie voor de oudere cliënt. “Verder kijken ze naar hoe de cliënt zich voelt, naar zijn ziektebeelden, medicijngebruik en contra-indicaties.” Annemarie geeft als voorbeeld een cliënt die aan een medewerker vertelde dat hij bekend was met nierklachten. “De apotheker kan dan aangeven welke medicijnen een negatief effect hebben op de nieren.” De specialist ouderengeneeskunde beslist vervolgens of ze het medicijn beter kunnen schrappen of dat bijvoorbeeld eerst onderzoek nodig is naar het functioneren van de nieren. Dat is echt een een-tweetje.” Alle 185 cliënten van het verpleeghuis komen op deze manier ongeveer elk half jaar aan bod.

TAKEN EN VOORBEREIDING

Per maand kost het de betrokkenen nu ongeveer twee uur om de medicatiebeoordelingen voor alle cliënten van de locatie te doen. Daar komt de voorbereiding echter nog bij. “We hebben de taken goed verdeeld”, aldus Annemarie. De apotheker scant van tevoren de lijst met medicatie op bijzonderheden en op kosten. Ook de specialist ouderengeneeskunde scant de formulieren op eventuele bijzonderheden. De secretaresse maakt de notulen, stuurt reminders en regelt de afspraken voor de PMB. De medewerker op de werkvloer legt tenslotte het zorgdossier klaar en denkt mee over eventuele problemen van cliënten zoals bijzonder gedrag of verminderd welzijn.

GOEDE JAARPLANNING NOODZAKELIJK

Niet alle medewerkers van Swinhove stonden direct te juchten om mee te doen. “De specialist ouderengeneeskunde was eerst nogal huiverig voor de tijd die het zou gaan kosten. Hij zag echter wel in dat het nut kon hebben en besloot het dus gewoon te proberen.” Een goede jaarplanning waar iedereen zich aan houdt, is essentieel volgens Annemarie. “Je moet niet een week van te voren horen

wat je allemaal moet doen. Dat moet ruim van tevoren bekend zijn.”

TOEGEVOEGDE WAARDE

Ondanks het gebrek aan tijd is iedereen volgens Annemarie wel enthousiast over de PMB. “Door het resultaat van de eerste keer waren alle betrokkenen gelijk overtuigd van de toegevoegde waarde. Maar ze vinden het ook fijn om met meerdere disciplines om tafel te zitten: de medewerkers krijgen veel informatie over medicijnen die ze normaal niet horen. De apotheker en de specialist ouderengeneeskunde horen dingen over bijvoorbeeld gedrag die je op papier niet ziet.”

RESULTATEN VAN DE PMB

Zoals gezegd waren de eerste resultaten erg goed. “We hadden niet gedacht dat het direct zo veel zou opleveren”, vertelt Annemarie. Tijdens de eerste drie medicatiebeoordelingen zijn 62 cliënten doorgenomen. Bij hen zijn in totaal 21 medicijnen stopgezet. “Dat waren dan ‘zo nodig’-medicijnen zoals slaaptabletten of pijnstillers”, legt Annemarie uit. “Die moesten alleen ‘zo nodig’ worden ingenomen maar waren inmiddels standaard.” Daarnaast waren bij de 62 cliënten 30 interventies nodig. De specialist ouderengeneeskunde heeft bijvoorbeeld de dosering naar beneden bijgesteld of het aantal medicatiemomenten voor een cliënt verminderd.

BETROKKENHEID CLIËNT

De cliënt (vertegenwoordiger) is niet aanwezig bij de periodieke medicatiebeoordeling, wat de Inspectie voor de Gezondheidszorg wel graag wil. “Het is aan de medewerker om in de gaten te houden hoe het met de cliënt gaat en bijzonderheden te melden. Natuurlijk wil je dat de cliënten en families betrokken zijn. Zolang men maar vertrouwen heeft in de behandeling en veranderingen achteraf doorgesproken worden met de cliënt.”

DE GEHANDICAPTENZORG:

“WIJ ORGANISEREN DE BEOORDELING IN TWEE STAPPEN OM HET VOOR ONS HAALBAAR TE MAKEN”

De periodieke medicatiebeoordeling was geen onbekende methode bij de Baalderborg Groep in Hardenberg. De beoordeling was echter nergens schriftelijk vastgelegd en gebeurde slechts op een paar locaties. Nu voert De Baalderborg Groep de PMB in bij alle woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. Ook krijgt de methode een vaste plek in de protocollen. “Dan weten we voortaan precies welke medicijnen een cliënt krijgt en of die nog wel echt nodig zijn”, aldus Joke Bril, projectleider en clusterhoofd regio Vecht.



“Veel mensen gebruiken ‘huismiddeltjes’ waarvan ze denken dat het geen kwaad kan.”

De pilot voor het introduceren van een periodieke medicatiebeoordeling vond plaats in twee woonvoorzieningen van de Baalderborg Groep met in totaal veertig verstandelijk gehandicapte cliënten. De pilot was onderdeel van het Verbetertraject Medicatieveiligheid en Polyfarmacie waaraan Joke met haar team meedeed onder begeleiding van Vilans en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM). Twintig van de cliënten gebruiken vijf of meer medicijnen. Vooral voor hen is de PMB van belang. “Maar ook alle andere cliënten krijgen vanaf nu jaarlijks een medicatiebeoordeling”, vertelt Joke. “Ze kunnen tenslotte ook polyfarmaceutisch worden en voor hen is het ook belangrijk te blijven controleren of alles goed gaat met de medicijnen die ze gebruiken.”

HET PROCES BEGINT BIJ DE PERSOONLIJK BEGELEIDER

De PMB bij de Baalderborg Groep begint bij de persoonlijk begeleiders: zij vullen voor elke cliënt een periodiek geneeskundig onderzoeksformulier (pgo) in, samen met de cliënt en/of vertegenwoordiger. Hierin staan vragen over het gebruik van medicijnen, maar ook over zalfjes en homeopathische middelen, over de frequentie, de inname

en wat er veranderd is het afgelopen jaar. De begeleider stuurt dat formulier vervolgens naar de arts.

CONTACT MET APOTHEKER

De arts bekijkt de medicijnen, de veranderingen en opmerkingen over eventuele wijzigingen in gedrag. Dan beslist hij of hij de cliënt wil zien. Cliënten die vijf of meer medicijnen slikken, wil hij altijd zien. Over deze cliënten neemt de arts ook contact op met de apotheker. Zij bespreken samen of alle medicijnen noodzakelijk zijn, of ze op het juiste tijdstip worden ingenomen en of medicijnen elkaars werking niet beïnvloeden. De uitslag van dit gesprek geeft de arts door aan de persoonlijk begeleiders. Die nemen dit mee in de ondersteuningsplanbespreking met de cliënt(vertegenwoordiger).

HAALBAAR MAKEN

Bij de Baalderborg Groep komen de arts, de apotheker, de persoonlijk begeleider en de cliënt(vertegenwoordiger) dus niet allemaal tegelijk bij elkaar. “Dat is voor ons helaas geen doen. We hebben veel te veel cliënten waardoor die manier te veel tijd kost”, legt Joke uit. “Alle onderdelen die nodig zijn, zitten erin. We organiseren het alleen in twee stappen om het haalbaar te maken voor alle betrokkenen.”

BETROKKEN ARTS EN APOTHEKER

Joke hoefde niet veel moeite te doen om de arts en apotheker te overtuigen van het belang van de PMB. “Dat is volgens mij uniek, want ik begrijp van andere organisaties die meededen aan het verbetertraject dat het hen weleens moeite kost”, aldus de projectleider. “In het geval van de arts is het een onderdeel van zijn takenpakket: wij hebben namelijk een samenwerkingscontract. Hij ziet echter zelf ook dat het belangrijk is en wilde de situatie zoals die was zelf ook verbeteren.” Ook voor de apotheker geldt dat zij zich zonder aarzelen wilde inzetten voor het op een goede manier organiseren van de PMB.

“ZO’N MEDICATIEBEOORDELING IS EEN GOED MOMENT OM OOK EVEN STIL TE STAAN BIJ ALLE ZALFJES EN SMEERSELS”

ALLE MIDDELEN EN ZALFJES

Tijdens de periodieke beoordeling worden niet alleen de ‘zware’ medicijnen vastgelegd en beoordeeld. Ook alle zalfjes en homeopathische middelen komen op de lijst. “Veel mensen gebruiken ‘huismiddeltjes’ waarvan ze denken dat het geen kwaad kan. Maar een homeopatisch middel zoals Sint-Janskruid heeft wel invloed op de werking van andere medicijnen. Het is dus belangrijk dat we alles vastleggen.”

BORGING IN HET ONDERSTEUNINGSPLAN

Het uitvoeren van de jaarlijkse medicatiebeoordeling is goed geborgd: “De eerste stap, het invullen van het periodiek geneeskundig onderzoeksformulier, is een vast onderdeel van de bespreking van het ondersteuningsplan. Die bespreking is verplicht volgens de eisen van het zorgkantoor, dus die vindt sowieso jaarlijks plaats. Dat betekent dat het periodiek geneeskundig onderzoeksformulier ook elk jaar wordt ingevuld. Vervolgens sturen de persoonlijk begeleiders het formulier naar de arts en ontvangen ze een terugkoppeling.” Het is niet alleen een vast onderdeel geworden van het zorgproces, in elke woning zijn nu ook aandachtsfunctionarissen medicatieveiligheid aangesteld. Zij komen indien gewenst drie tot vier keer per jaar bij elkaar samen met de arts en de apotheker.

GEVOLGEN VAN DE PMB

Joke vindt het een grote vooruitgang dat alle medicijnen nu jaarlijks worden gecontroleerd. Het aantal medicijnen is niet direct afgenomen, maar cliënten hebben er wel voordeel van, zoals: “Een cliënt kreeg vier maal per dag medicatie. We vroegen ons af of dit minder kon. Dat ging prima: minder belastend voor de cliënt en de medicijnen hoeven niet meer mee naar de dagbesteding.”

DE THUISZORG:

“DE OVERLEGGEN GEVEN EEN TOTAALPLAATJE VAN DE CLIËNT”

Als kleine thuiszorgorganisatie met een groot dekkingsgebied moest VVT Zorgverleners uit Hardenberg flink aan de slag voor de invoering van de periodieke medicatiebeoordeling. “We hebben te maken met veel verschillende huisartsen, apothekers en cliënten. En dat maakt het lastig”, vertelt Ria Westera namens VVT Zorgverleners. Maar inmiddels staat de beoordeling in Hardenberg goed op de rit. Dankzij de korte lijnen en zichtbare resultaten.”



“Juist thuiszorgmedewerkers moeten extra alert zijn als het gaat om medicatie”

VVT Zorgverleners ging met de periodieke medicatiebeoordeling (PMB) aan de slag naar aanleiding van het Zorg voor Beter Verbetertraject Medicatieveiligheid en Polyfarmacie. “De registratie van medicatie ging niet gestructureerd, kwam in de MIC-meldingen naar voren. Dat hebben we aangepakt. Ook hebben we een handboek met de meest voorkomende medicatie opgesteld en de zorgmedewerkers klinische lessen gegeven over bijwerkingen van en de wisselwerking tussen verschillende soorten medicatie. Iets waar veel van onze cliënten mee te maken hebben.”

MEERWAARDE

Dat laatste was voor de thuiszorgorganisatie reden te gaan werken met het periodieke medicatieoverleg. Ria: “Een groot deel van onze cliënten gebruikt meer dan vijf verschillende soorten medicijnen. Laatst telde ik dertien van de twintig cliënten.” De organisatie heeft alle huisartsen in het gebied aangeschreven over de wens om de medicatie periodiek te beoordelen. “Helaas kregen we niet veel enthousiaste reacties. Sommige huisartsen zien de meerwaarde niet en zien alleen maar het nadeel dat ze er tijd in moeten stoppen. Bijvoorbeeld omdat ze voor één cliënt naar een overleg moeten komen. Maar volgens mij is het

een kwestie van er één keer tijd in stoppen, daarna win je juist tijd en gaan de kosten voor iedereen naar beneden. Op den duur is er namelijk minder zorg nodig omdat je dan al goed overzicht hebt.”

MINDER MEDICATIE

Ria geeft het voorbeeld van een mevrouw die dankzij het PMB minder medicijnen kan slikken en tegelijkertijd minder klachten heeft. “Een EVV’er merkte op dat deze mevrouw last had van duizeligheid en misselijkheid. Ze voelde zich gewoon niet in orde. In het overleg met de huisarts en apotheker bleek vervolgens dat mevrouw medicatie slikte voor haar rugpijn na een val. Medicatie die misselijkheid en duizeligheid als bijwerking heeft. In het overleg is besloten de medicatie te stoppen om te kijken of dat beter ging. Dat was inderdaad zo: ze is niet misselijk en duizelig meer en de rugpijn is draaglijk.”

KORTE LIJNEN WERKEN

In Hardenberg is de samenwerking en het overleg goed op gang gekomen. “We zitten hier als thuiszorgorganisatie in hetzelfde gebouw als de apotheker en een huisartspraktijk met twee huisartsen. Korte lijnen dus en dat blijkt te werken.” Ieder half jaar is er overleg tussen de huisarts of praktijkondersteuner, de apotheker en de EVV’er of cliëntadviseur. In dat overleg wordt de situatie van de cliënten geëvalueerd. Daarbij krijgen sommige cliënten voorrang op basis van wat wij opmerken over zijn of haar toestand. Tijdens het overleg wordt ook de medicatie besproken. “We hebben nu pas twee beoordelingen gehad en over de resultaten valt nog niet heel veel te zeggen. Wel dat de EVV’ers het prettig vinden. Die krijgen door de overleggen een totaalplaatje van de cliënt.”

EXTRA AANDACHT VOOR MEDICATIE IN EIGEN BEHEER

Na het overleg koppelt de EVV’er de bevindingen terug naar het team via een verslag of kort overleg. “Dat is heel belangrijk, zeker in de thuiszorg waar we vrij solistisch werken. Iedereen vertrekt vanuit huis naar cliënten en

medewerkers hebben meestal alleen telefonisch of per mail contact met kantoor. Samen om de tafel werkt vaak beter. We proberen medewerkers ook goed bij de beoordeling te betrekken.” Ria doelt hier ook op het feit dat juist thuiszorgmedewerkers extra alert moeten zijn als het gaat om medicatie. “We hebben immers volop te maken met medicatie in eigen beheer. De meeste cliënten halen hun medicatie zelf bij de apotheek en nemen het zelf in. Bovendien kopen zij ook nog wel eens zelf geneesmiddelen bij de drogist. Van sommige zelfzorggeneesmiddelen is bekend dat ze een wisselwerking kunnen hebben met voorgeschreven medicijnen. En omdat nergens staat geregistreerd dat de cliënt het middel slikt is het aan ons om daar op te letten. We nemen dat dan ook altijd mee in de intake, maar ook tijdens de PMB kunnen we dit toetsen.”

STAPSGEWIJS VERDER

Jammer, vindt Ria het, dat het tot nu toe alleen in Hardenberg zelf is gelukt de PMB te organiseren. “Als je steeds ‘nee’ te horen krijgt is dat niet erg motiverend. Maar we hebben besloten stapsgewijs verder te gaan.” VVT Zorgverleners heeft de cliënt en/of mantelzorger via de EVV’er laten weten dat zij ook zelf hun huisarts naar de beoordeling kunnen vragen. “Van sommigen hoorden we daarop terug dat zij ‘dat inderdaad zelf wel kunnen regelen’. Maar anderen vind het prettig dat die taak toch wordt overgenomen door de EVV’er. De populatie is over het algemeen ouder dan 80 jaar, en sommigen hebben geen familie meer. Zij vinden het een prettig idee dat er op deze manier op hen wordt gelet.

“NU MEVROUW GEEN MEDICATIE MEER SLIKT VOOR HAAR RUGPIJN IS ZE NIET MEER MISSELIJK EN DUIZELIG”

DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG:

“ZONDE OM NIET MET PERIODIEKE BEOORDELING AAN DE SLAG TE GAAN ALS JE ALLE VOORWAARDEN IN HUIS HEBT”

Goede samenwerking was er al bij Tactus/Dimence Dubbeldiagnose in Deventer. Net als actuele medicatieoverzichten. Volgens Ellen ten Hove, verpleegkundige en coördinator periodieke medicatiebeoordeling, genoeg om met de PMB aan de slag te gaan. “En eigenlijk moet je het dan ook gewoon doen, want die kleine extra investering kan een groot effect hebben op de kwaliteit van leven van de cliënt.”



Aan het begin van het jaar plan ik meteen vier momenten in voor de periodieke medicatiebeoordeling. Van volle agenda's heb ik dan nog geen last.

De dubbeldiagnosekliniek in Deventer bestaat sinds 2007 en biedt geïntegreerde behandeling aan cliënten die psychische en verslavingsproblemen hebben. Cliënten verblijven er gemiddeld 5 maanden, 26 in de kliniek zelf en 5 in het trainingshuis dat aan de kliniek gekoppeld is. “Die relatief korte verblijftijd is een element waarmee we bij de inrichting van de medicatiebeoordeling meteen rekening moesten houden”, vertelt Ellen. “Doe je de PMB twee keer per jaar dan dek je namelijk lang niet alle cliënten. Het besluit de medicatie vier keer per jaar te beoordelen hebben we daarom snel genomen.”

GEDEGEN VOORBEREIDING

Als coördinator met een flinke dosis enthousiasme heeft Ellen de touwtjes goed in handen, zo blijkt. “Aan het begin van het jaar plan ik meteen de periodieke medicatiebeoordeling en van volle agenda's heb ik dan nog geen last. Vervolgens nodig ik de apotheker, arts en psychiater uit en twee weken voor het overleg stuur ik ze een herinnering zodat ze zich kunnen voorbereiden. Daarvoor nemen ze de medicatieoverzichten door en letten er bijvoorbeeld op of een crème niet al heel lang wordt voorgeschreven of dat een cliënt last heeft van bijwerkingen.” Vlak voor het overleg wordt ook de cliënt geraadpleegd.

“We gaan met een checklist bij cliënten langs: hoe ervaren zij het innemen van medicatie, hebben ze er moeite mee of hebben ze klachten door de medicatie?”

VOORTGANG BEWAKEN

Tijdens het overleg, dat anderhalf uur duurt, worden alle 31 cliënten besproken. “Dat lijkt veel in een korte tijd, maar een goede voorbereiding maakt dat zeker mogelijk. Wel is het mijn taak een strakke agenda te maken en de voortgang te bewaken. “Wat we vooral doen tijdens het overleg is het afspreken van evaluatiemomenten met de cliënt, om het samen te hebben over de werking en bijwerking van medicatie. Ook controleren we of de indicatie voor het medicijngebruik nog bestaat. Daarnaast bepalen we regelmatig een stopdatum van medicatie om bijvoorbeeld te voorkomen dat er onnodig vitamines worden geslikt. Verder koppelen we er meteen een taakverdeling aan.” Volgens Ellen is het goed dat de apotheker een rol heeft in het overleg. “Die is minder nauw betrokken bij de cliënt waardoor sommige zaken hem beter opvallen.”

“HET IS EEN GROTE VERANDERING DAT WE VOORTDUREND PROBEREN EEN STOPDATUM TE BEPALEN”

STOPDATUM BEPALEN

Voorafgaand aan deze gestructureerde manier van werken werd er in de kliniek ook wel gelet op medicatie, maar meer ad hoc. “Als er wijzigingen waren of als iemand een bijwerking opmerkte, werd er iets aan gedaan. Nu doen we dat dus structureel. Bovendien is een grote verandering dat we voortdurend proberen een stopdatum te bepalen.” Volgens Ellen is dat specifiek in de verslavingszorg van belang. “De emoties van cliënten zijn bij binnenkomst vaak afgestompt door drugs of alcohol. Stoppen ze daarmee, dan komen die emoties er drie keer zo heftig uit. Het is dan gemakkelijk die te dempen met medicatie en daar lang mee door te gaan. Door een stopdatum te benoemen,

of het medicatiegebruik op dat moment in ieder geval te evalueren, wordt het onnodig innemen van deze dempende medicatie voorkomen.” De doelgroep is complex, laat voorgaand voorbeeld al zien. “En daar komt ook nog bij dat sommige medicijnen een verslavend effect hebben. Ook dat moeten we voorkomen.”

NIET ZOMAAR EEN HANDJE PILLEN

Zowel de professionals als de cliënten zijn te spreken over de werkwijze. “Vaak hoor je: ‘het is toch lastig om vier keer per jaar bij elkaar te komen?’, maar dat valt mee omdat we het ruim van tevoren plannen en iedereen het positieve effect ziet. Daardoor is ook iedereen gemotiveerd. Bovendien zijn we allemaal alerter geworden op de mogelijke effecten van medicatie. Ook hebben we vooraf verwachtingen naar elkaar uitgesproken, zodat we in ieder geval op één lijn zaten over de aanpak.” De cliënten worden vooral geprikkeld na te denken over hun medicatie. “Zodra ik de checklisten ronddeel worden ze enthousiast en raken ze erover in gesprek met verpleging of groepsleden. Ze zijn zich er hierdoor van bewust dat ze niet zomaar een handje pillen krijgen dat ze moeten slikken, maar dat wij er over nadenken. En dat ze daarin ook zelf wat te zeggen hebben.”

CLIËNT CENTRAAL

Verwachtingen helder hebben, afspraken maken over taken en verantwoordelijkheden en een goede samenwerking. Dan ben je volgens Ellen al een heel eind op de goede weg naar een PMB. “De investering valt flink mee. Vier keer per jaar anderhalf uur overleg en de voorbereiding daarvan. Maar omdat de psychiater hier iedere dag is, en de arts drie keer per week, maken zij de cliënten al van dichtbij mee. Ik hoor alleen maar terug dat de inspanning meevalt.” Bij Dubbeldiagnose Deventer is de werkwijze vastgelegd en opgenomen in het kwaliteitshandboek. “Daar ben ik heel blij mee, hierdoor is er minder medicatie nodig. En, nog belangrijker: we zetten de cliënt en zijn kwaliteit van leven centraal.”

DE PRAKTIJK VAN ARTS EN APOTHEKER

De arts en apotheker zijn belangrijke deelnemers aan de periodieke medicatiebeoordeling. Om hen enthousiast te maken voor deelname is het goed te begrijpen wat hun aandeel is. De praktijkverhalen van de arts en apotheker die betrokken zijn bij de periodieke medicatiebeoordeling van de Baalderborg Groep geven een goed inzicht in hun motivatie en belangen. Hoewel deze verhalen gaan over de periodieke medicatiebeoordeling in de gehandicaptenzorg, is het verhaal van de arts en apotheker ook interessant voor lezers uit de andere zorgsectoren waarop dit boek zich richt.

DE ARTS:

“GOED PLAN, MAAR ER MOETEN WEL EXTRA UREN TEGEN-OVER STAAN”

Huisarts en arts verstandelijk gehandicapt **Paul Vrijmoeth** had net samen met de apotheker de medicatie doorgenomen voor alle 170 Hardenbergse cliënten van de Baalderborg Groep. Toen kwam het verzoek om mee te doen aan het Verbetertraject Medicatieveiligheid & Polyfarmacie met als onderdeel de periodieke medicatiebeoordeling (PMB). “Ik was meteen voor: als je langer dan een jaar niet naar de medicijnen van cliënten kijkt, doe je iets fout.”



“Voor het organiseren en afnemen van de periodieke medicatiebeoordelingen heb ik mijn contract opengebroken. Daarvoor krijg ik nu tien uur extra per week.”

Vier jaar geleden nam Paul het initiatief om samen met de apotheker weer eens alle medicijnen door te nemen van de verstandelijk gehandicapte cliënten in Hardenberg. “We gingen toen eens in de drie á vier weken een locatie langs en namen dan de medicijnen door met de begeleider. Dat leverde die eerste keer heel veel op, vooral financieel. Vaak konden we dure merkmedicijnen vervangen voor veel goedkopere merkloze alternatieven. Maar het was ook goed om weer even in beeld te hebben wie wat slikt en waarvoor. Er bestaat bijvoorbeeld een middel tegen diabetes insipidus dat ook wordt gebruikt bij bedplassen. Nu hadden we weer even helder voor ogen wie dat slikt vanwege diabetes insipidus en er dus nooit mee mag stoppen. Een nuttige opfrissing.”

STRUCTURELE INVULLING VAN DE MEDICATIEBEOORDELING

Na de eerste keer vroeg Paul zich af hoe snel ze de beoordeling moesten herhalen. “Toen kwam de Baalderborg Groep met de plannen voor deelname aan het verbetertraject. Nu hebben we een structurele invulling van de PMB bedacht.” De persoonlijk begeleider vult voorafgaand aan de zorgplanbespreking samen met de cliënt (of vertegenwoordiger) een periodiek geneeskundig onderzoeksformulier (pgo-formulier) in. Medicatie is daarvan

een onderdeel. “Dat formulier heb ik zelf ontworpen. Er staan vragen in als: is de cliënt benauwd? Hoe is zijn conditie? Is zijn gewicht onverklaarbaar verminderd? Is zijn gedrag veranderd?” Dat formulier stuurt de begeleider aan Paul. Die als verantwoordelijke arts bekijkt of hij de cliënt wil zien. Over polyfarmaceutische cliënten, die hij altijd wil zien, overlegt hij met de apotheker. De uitkomsten koppelt hij terug aan de begeleider, die ze bespreekt met de cliënt in het zorgplanoverleg.

RELATIE MET ANDERE HUISARTSEN

Voor de 170 cliënten die in verschillende locaties in Hardenberg wonen, is Paul niet alleen teamarts maar ook huisarts. Voor de overige cliënten buiten Hardenberg is hij alleen teamarts. Dat betekent dat hij wel van hen allemaal pgo-formulieren ontvangt. Ook bezoekt of ontvangt hij alle polyfarmaceutische cliënten om te kijken hoe het met ze gaat. Daarna geeft hij alleen advies aan de huisarts. Die beslist of de medicijnen inderdaad moeten worden aangepast en neemt daarover contact op met de begeleider. “In Hardenberg heb ik de regie, daarbuiten ben ik alleen adviseur. Sommige huisartsen vinden me lastig. Maar vaak zijn ze blij met mijn specialistische kennis over gedragsproblemen of ingewikkelde somatische problematiek. Dan vragen ze over hun cliënten maar wat graag mijn advies.”

“SOMMIGE HUISARTSEN VINDEN ME LASTIG, MAAR ANDEREN VRAGEN MAAR WAT GRAAG MIJN ADVIES”

ARTS ALS ONDERNEMER

De Baalderborg Groep huurt Paul voor een bepaald aantal uren per week in. “Ik ben gewoon een onafhankelijk ondernemer met een contract. Voor het organiseren en afnemen van de periodieke medicatiebeoordelingen heb ik mijn contract opengebrouwen. Daarvoor krijg ik nu extra uren. Natuurlijk wil ik extra taken op me nemen,

maar dat kost tijd en daar hangt dus een prijskaartje aan.” Paul denkt dat dit de reden is dat veel artsen niet staan te springen om periodieke medicatiebeoordelingen te organiseren. “Als je intramuraal werkt, zegt de instelling gewoon: dat hoort erbij. Maar je hebt er extra werk aan, terwijl je er geen extra uren voor krijgt. Als ik het had moeten doen in dezelfde tijd, had ik dat waarschijnlijk geweigerd.”

GROTERE BEWUSTWORDING

Paul vindt het een goede zaak dat de PMB nu een vaste plek heeft in de organisatie. “Het maakt mensen nog meer bewust van het belang van de juiste medicatie. Ik zeg vaak: medicatie is rotzooi. Als je rotzooit met rotzooi, wordt de rotzooi nog groter. Streef dus naar een minimum aan medicatie en besef dat fouten erg vervelend kunnen uitpakken. Als je langer dan een jaar niet kritisch kijkt, doe je iets verkeerd.” Een voorbeeld van een nuttige check is de lanoxinspiegel. “Lanoxin is een medicijn dat wordt gegeven tegen hartritmestoornissen. Het is best lastig om precies de juiste dosering te geven, terwijl te veel van het medicijn vervelende bijwerkingen kan geven. Onze cliënten kunnen die vaak niet aangeven. Soms is het meten van de spiegel jaren niet gebeurd, terwijl cliënten zich met een andere dosis echt beter kunnen voelen.”

RELATIEF WEINIG OPBRENGST

De arts komt tijdens de medicatiebeoordelingen overigens maar zelden echte missers tegen. “Anders hebben de apothekers toch zitten slapen. Daarnaast hebben de zorgmedewerkers het medicatiegebruik van deze doelgroep wel heel goed in beeld. Iedereen is kritisch en zorgvuldig. Ook krijgen ze door scholing steeds meer kennis over medicatie.” Medicatiebeoordelingen kosten dus veel tijd terwijl de opbrengst eigenlijk mager is. “Maar je weet nooit bij wie het wél wat oplevert. Elke fout die je voorkomt of elk medicijn dat je kunt schrappen is alle moeite echt waard.”

DE APOTHEKER:

“IK BEN WEL EEN VOORSTANDER VAN DE BEOORDELING, MAAR OVER DE PRECIEZE INVULLING MOETEN WE HET NOG EENS WORDEN”

Een periodieke medicatiebeoordeling (PMB) is pas succesvol als niet alleen de hele instelling deze manier van werken ondersteunt, maar ook de arts en de apotheker enthousiast zijn. Gerda Compagne van Apotheek Hardenberg zet zich met plezier in voor de cliënten van de Baalderborg Groep in Hardenberg waarbij sprake is van polyfarmacie, maar heeft ook haar aarzelingen. “De PMB is zeker nuttig, maar ik heb niet de tijd om jaarlijks met alle betrokkenen om tafel te gaan.”



“Bijna de helft van de cliënten bleek veel te veel zalfjes te smeren, sommige hadden er wel vier of vijf.”

Vier jaar geleden is Gerda al begonnen met het langsgaan van de twintig locaties van De Baalderborg Groep. “Samen met de arts en een medewerker van de locatie bespraken we van elke cliënt de medicijnen”, vertelt Gerda. “Heeft de cliënt nog wel alle medicijnen nodig? Kan er wat af of moet er juist wat bij? Ook keken we of we kosten konden besparen, bijvoorbeeld door iemand medicijnen onder de stofnaam te geven in plaats van de merknaam.” Alleen: toen het team alle cliënten eenmaal besproken en geëvalueerd had, stopten de medicatiebeoordelingen.

ZOEKEN NAAR JUISTE INVULLING

Sinds 2010 gaan deze beoordelingen wel jaarlijks plaatsvinden, omdat de Baalderborg Groep heeft meegedaan aan het Verbetertraject Medicatieveiligheid en Polyfarmacie van Vilans. Hiervan is de periodieke medicatiebeoordeling een belangrijk onderdeel. “Ik ben wel een voorstander van de PMB, maar over de precieze invulling moeten we het nog eens worden. De locaties voor verstan-

delijk gehandicapten hebben bij elkaar ongeveer honderd cliënten die vijf of meer medicijnen gebruiken. Als ik voor elke cliënt met de arts en de cliënt(vertegenwoordiger) ga zitten, ben ik te veel tijd kwijt. Dat is praktisch niet haalbaar. Daarnaast is het financieel nog niet rond: krijg ik van de organisatie een bedrag per jaar of per cliënt?”

ARTS EN APOTHEKER

Voor de pilot is de PMB als volgt georganiseerd: de arts ontvangt van de begeleiders alle formulieren van de cliënten. De cliënten die vijf of meer medicijnen gebruiken, stuurt hij door aan apotheker Gerda. “Ik kijk vervolgens vanaf het papier wat me opvalt. Naast het medicijngebruik staat hier ook op of iemands gedrag is veranderd. Daarna neem ik met de arts de medicatie van iedereen door en kijken we of wijzigingen nodig zijn, bijvoorbeeld in de hoeveelheid medicijnen of het aantal medicatiemomenten.” De arts en Gerda bespreken vijf à tien cliënten in een uur. “Dat gaat prima en schiet lekker op.”

INBREUK OP PRIVACY

De inspectie wil graag dat de cliënt bij de bespreking zit. “Dat kost natuurlijk veel meer tijd. Ik zie de cliënt dus niet, maar vind dat geen probleem. De inspectie wil het anders, maar dat is echt geen reële verwachting.” Overigens vindt Gerda het ook niet bij haar taak passen om bij een gesprek tussen de arts en de cliënt aanwezig te zijn, als medicatie slechts een onderdeel van dat gesprek is. “Medicatie bepaalt maar voor een klein deel iemands gedrag en welzijn. De arts kijkt naar het hele plaatje en praat natuurlijk ook over andere zaken, zoals steunzolen en de rolstoel. Ik vind het zelfs een inbreuk op de privacy om daarbij te gaan zitten.”

“MEER RESULTAAT IN DE OUDERENZORG DAN IN DE GEHANDICAPTENZORG”

WANKEL EVENWICHT

Gerda meent overigens dat er in de meeste instellingen voor de gehandicaptenzorg geen grote wijzigingen zullen volgen door de jaarlijkse medicatiebeoordelingen. “Veel cliënten hebben gedragsproblemen en epilepsie. Voor dat laatste gaan ze naar een specialist die bepaalt welke medicijnen in welke hoeveelheid voor hen het meest ideaal zijn. Hun medicijnspiegel is een wankel evenwicht waarin ik niet zomaar kan schrappen. Als je dat doet is de kans groot dat het invloed heeft op hun gedrag of welzijn. Medicijngebruik in de gehandicaptenzorg is vaak zeer complex. Het is dan meer aan bijvoorbeeld de orthopedagoog of de neuroloog om wijzigingen door te voeren.”

VERSCHIL MET VVT

In de VVT is het een ander verhaal. “Daar zie je meer ‘standaard’ vormen van polyfarmacie: bijvoorbeeld mensen met diabetes en een hoge bloeddruk. In die doelgroep is het vaak nuttiger om regelmatig te kijken of alle medicijnen nog wel nodig zijn.” Ook het natuurlijk verloop zorgt ervoor dat de PMB volgens Gerda meer oplevert in de ouderenzorg. “Omdat daar vaker mensen overlijden, is de doorstroming van cliënten groter. Dan is het nuttig om ook de medicatie te beoordelen.”

TE VEEL ZALFJES

Gerda heeft zoals gezegd geen grote wijzigingen doorgevoerd bij de locaties van de Baalderborg Groep naar aanleiding van de medicatiebeoordeling. Het aantal ‘zware’ medicijnen is bijvoorbeeld amper verminderd. Toch hebben de PMB’ën zeker zin gehad. “Bijna de helft van de cliënten bleek veel te veel zalfjes te smeren, sommige hadden er wel vier of vijf. We hebben dat teruggebracht tot een basiszalf om de huid vet te houden. De rest bleek heel vaak niet nodig. Ook smeerden mensen allemaal hormoonzalven en zalven met antibiotica, terwijl je die maar kort mag smeren. Wat dat betreft waren de medicatiebeoordelingen dus echt de moeite waard.”

VOORDEEL VOOR DE CLIËNT

“GELUKKIG HOEF IK NU NIET MEER TE WACHTEN TOT IK HET VOLGENDE MEDICIJN KAN INNEMEN”

Dini Leussink, cliënte van Aveleijn in Borne, moest 's ochtends altijd een half uur wachten tussen het innemen van de eerste pil en de rest van haar medicijnen. Toen zij samen met haar begeleidster Denise Oude Engberink het formulier invulde voor de eerste periodieke medicatiebeoordeling (PMB), vroeg zij zich af of dat wel echt nodig was. Dat bleek niet zo te zijn. “Dus nu hoef ik geen rekening meer te houden met dat half uur tussen de medicijnen.”



“Denise heeft me verteld over het project en toen hebben we samen een formulier ingevuld.”

Dini woont sinds tien jaar in de Kloosterhof, voorziening voor verstandelijk gehandicapten in Borne, van zorgorganisatie Aveleijn SDT. Deze instelling deed mee aan het Verbetertraject Medicatieveiligheid & Polyfarmacie, waarvan de periodieke medicatiebeoordeling een onderdeel is. “Denise heeft me verteld over het project en toen hebben we samen een formulier ingevuld”, vertelt Dini. “Ik had wel een vraag. Ik slik 's ochtends vijf medicijnen. Eén daarvan moest ik een half uur voor het eten en voor de andere medicijnen innemen. Daarna moest ik altijd zo op de klok letten of het half uur al voorbij was. Ik ga doordeweeks naar mijn werk, dus dan moest ik er wel ruim op tijd voor opstaan.”

ALLE MEDICIJNEN TEGELIJK

Denise heeft de vraag namens Dini voorgelegd in het overleg met de arts. “Toen bleek dat het inderdaad wel op de bijsluiter staat om dat medicijn een half uur voor het eten in te nemen, maar dat het niet echt nodig is”, legt Denise uit. Sinds Dini dat weet kan ze alle ochtendmedicijnen in één keer innemen. “Ik sta nog wel op dezelfde tijd op als vroeger, maar ik heb nu gewoon een beetje meer tijd.”

GOEDE ONDERSTEUNING

VILANS, KENNISCENTRUM LANGDURENDE ZORG

Vilans is hét onafhankelijke kenniscentrum voor organisaties en zorgmedewerkers die langdurende zorg bieden. Wij ontwikkelen samen met hen vernieuwende praktijkgerichte kennis, zodat we de kwaliteit van leven verbeteren voor mensen die langdurig zorg nodig hebben. Onze inzet is dat mensen die langdurend zorg nodig hebben zelf hun leven richting en inhoud kunnen geven. Daarbij is het belangrijk dat de samenleving en het gevoerde beleid de eigen regie ondersteunen. De meerwaarde voor de praktijk is de maatstaf voor de toegevoegde waarde van Vilans. Wij vervullen een maatschappelijke functie en kiezen daarom nadrukkelijk een onafhankelijke positie. Onze kenniscollecties en relatienetwerken zijn openbaar en algemeen toegankelijk.

Binnen Zorg voor Beter heeft Vilans zich samen met het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) jarenlang beziggehouden met het praktijkgericht verbeteren van de medicatieveiligheid van cliënten binnen de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, thuiszorg en langdurende geestelijke gezondheidszorg. Met goede resultaten. In de Verbetertrajecten Medicatieveiligheid van Zorg voor Beter is het de deelnemers gelukt het aantal medicatieincidenten structureel met 50 procent terug te brengen.

Wilt u met uw organisatie aan de slag met Medicatieveiligheid? Kijk op www.vilans.nl of bel voor advies over medicatieveiligheid (030) 789 23 56.

INSTITUUT VOOR VERANTWOORD MEDICIJNGEBRUIK

Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) heeft zich de afgelopen jaren steeds meer gericht op het thema medicatieveiligheid in de diverse zorgsectoren. Ingegeven door de vraag naar instrumenten en kennis op dit vlak heeft het IVM zijn ontwikkelings- en implementatievaardigheden toegepast op het thema medicatieveiligheid. Dit heeft geleid tot een groot aantal handreikingen, werkboeken en scholingen die organisaties helpen om normen en richtlijnen in de praktijk in te voeren.

Het IVM rekent het tot zijn primaire taak om ervoor te zorgen dat best practices en de goede manieren van werken door zorgverleners en zorginstellingen worden toegepast. Het IVM adviseert zorgverleners en zorginstellingen hoe ze dat moeten doen en voert implementatieinterventies uit. De materialen en producten die het IVM heeft ontwikkeld, worden ingezet bij de projecten en trajecten die het IVM uitvoert. Voorbeelden van implementatieprojecten die het IVM uitvoert zijn projecten met betrekking tot periodieke medicatiebeoordeling, beoordeling eigen beheer medicatie, risicoanalyse medicatieproces en verbetermethodiek medicatieveiligheid. Met al deze methodes en materialen is veel praktische kennis beschikbaar die nuttig is voor alle zorgsectoren.

Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik is telefonisch bereikbaar op nummer: 0888 800 400. Kijk ook eens op www.medicijngebruik.nl.

HANDIGE LINKS

- Aanpak en verbeteren van de medicatieveiligheid op de website van Zorg voor Beter: www.zorgvoorbeter.nl/kennisbank (zoek op medicatieveiligheid) inclusief praktische producten zoals beschrijvingen, procedures en checklists
- De KNMP biedt ondersteuning bij de implementatie van de Richtlijn overdracht van medicatiegegevens. Contactgegevens landelijk implementatieteam Medicatieoverdracht www.knmp.nl (kies medicijnen-zorgverlening, vervolgens medicatieveiligheid en dan onder medicatieoverdracht: contact-implementatieteam)
Ondersteunende materialen voor het organiseren van de periodieke medicatiebeoordeling op de website van KNMP: www.knmp.nl (kies medicijnen-zorgverlening, dan patientenbegeleiding en vervolgens medicatiebeoordeling)
- Website gericht op de overdracht van medicatiegegevens: www.medicatieoverdracht.nl
- Informatie op de website van de Inspectie voor de Gezondheidszorg: www.igz.nl (kies actueel, dan nieuws en vervolgens veilige overdracht medicatiegegevens)
- De website van Vilans: www.vilans.nl
- De website van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik: www.medicijngebruik.nl

OOK AAN DE SLAG MET POLYFARMACIE?

Kijk op www.zorgvoorbeter.nl/kennisbank (zoeken naar medicatieveiligheid) voor handige informatie over medicatieveiligheid en omgaan met polyfarmacie in uw organisatie. Hier vindt u ook nuttige hulpmiddelen, checklists en instrumenten.

BRONNEN

- Verantwoording Verbetertraject Medicatieveiligheid en Polyfarmacie, Vilans in samenwerking met IVM, april 2009
- Boek 'Slik geen Medicatiefouten', Vilans, 2009
- Handreiking Periodieke medicatiebeoordeling in Zorginstellingen
- Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis, handreiking samenhangende zorg in de eerste lijn, van de Landelijke Huisartsenvereniging in samenwerking met Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, 2010
- Definitiedocument prestaties en activiteiten farmaceutische zorg van Nederlandse Zorg Autoriteit, 2009
- Kwaliteitskader farmacie, stuurgroep Zichtbare Zorg Farmacie, maart 2009

COLOFON

Dit is een uitgave van Vilans, kenniscentrum langdurende zorg in samenwerking met het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik © 2011.

Opdrachtgever en inhoudelijk verantwoordelijke: Marijke Wigboldus, Vilans, kenniscentrum langdurende zorg

Concept en teksten: Leene Communicatie,
www.leenecomunicatie.nl
Fotografie: Wouter den Bakker

MET DANK AAN

De geïnterviewden:

- Annemarie Bernhard, verpleeghuis Swinhove
- Joke Brill, de Baalderborg Groep
- Gerda Compagne, Apotheek Hardenberg
- Ellen ten Hove, Tactus/Dimence Dubbeldiagnose
- Paul Vrijmoeth, huisarts en arts verstandelijk gehandicapten te Hardenberg
- Ria Westera, VVT Zorgverleners

Leden kernteam Medicatieveiligheid en Polyfarmacie:

- Jan Akkermans, IVM
- Rianne Hanning, Vilans
- Francisca Hardeman, Vilans
- Ria de Korte, extern adviseur
- Hans de Vos Burchart, IVM
- Annemieke Koning, Vilans



ZICHT OP MEDICATIE

Jarenlang hebben Vilans en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) gericht gewerkt aan betere medicatieveiligheid binnen de langdurende zorg. Zij hebben samen met zorginstellingen veel goede resultaten behaald, maar ontdekten ook dat polyfarmacie voor extra medicatierisico's zorgt.

Van polyfarmacie is sprake als mensen die langdurende zorg nodig hebben vijf of meer verschillende soorten medicijnen gebruiken. Elk medicijn dat ze extra gebruiken, zorgt voor een groter risico op fouten. De kans op bijwerkingen en toedieningsfouten groeit, het gebruiksgemak neemt af en het is voor cliënten moeilijker de medicijnen goed en op tijd in te nemen.

Een goede methode om de veiligheid bij polyfarmacie te vergroten is het organiseren van een periodieke medicatiebeoordeling. Vilans en IVM hebben 31 teams van 19 zorginstellingen in de verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg, thuiszorg en langdurende geestelijke gezondheidszorg geholpen bij het structureel regelen van dat periodiek medicatieoverleg. Het was niet gemakkelijk, maar uiteindelijk hebben alle instellingen het voor elkaar gekregen. Bij hen is sprake van een goede en veilige manier van werken rond de medicatie van hun cliënten. Ook voor degenen die noodgedwongen veel soorten medicijnen gebruiken.

Leer van deze nuttige ervaringen en gebruik ze om zelf een manier te vinden die past bij uw eigen organisatie. Eventueel met behulp van Vilans en het IVM. Want iedereen is gebaat bij een goede overdracht van medicatie.



Vilans