

De gezondheidszorg evolueert en steeds weer nieuwe uitdagingen dienen zich aan. Patiënten verblijven minder lang in het ziekenhuis. Dat impliceert dat de communicatie over de geneesmiddelen van een patiënt zowel bij opname als bij ontslag sneller en efficiënter moet verlopen. In woon- en zorgcentra kunnen het voorschrijven en de distributie van geneesmiddelen nog beter verlopen. Ouderen leven langer en blijven langer thuis wonen, maar krijgen soms veel medicatie wat meer waakzaamheid vereist voor hun medicamenteuze behandeling. Zorgverleners sporen hun patiënten met chronisch medicatiegebruik meer en meer aan om zelf een actievere rol te spelen bij de opvolging van hun ziekte, zoals bv. de medicamenteuze aanpak en/of de aanpassing van de medicatiedosis in functie van de nood. Het is dus essentieel om bij elke patiënt rekening te houden met het intrinsiek dynamische aspect van zijn of haar medicamenteuze behandeling.

Medicatiereconciliatie en medicatiebeoordeling zijn 2 interventies die ontwikkeld zijn om de geneesmiddelenbehandeling te optimaliseren. Medicatiereconciliatie beoogt een zo compleet en adequaat mogelijk actueel medicatie-overzicht op te stellen van een patiënt (medicatiehistoriek) en die lijst te vergelijken met de medicatie die op elk overgangspunt in de zorg wordt voorgeschreven. Op die manier kan er pro-actief ingespeeld worden op mogelijke discrepanties. Bij medicatiebeoordeling gaat men een stapje verder en evalueert men de geneesmiddelenlijst om de verhouding tussen risico's en baten te optimaliseren door medicatiegerelateerde problemen op te sporen, op te lossen en te voorkomen. Dat is een essentieel aspect van farmaceutische zorg.

Het High 5s Project van de WHO (2006) benadrukt het belang om te beschikken over exacte en betrouwbare gegevens wanneer een patiënt overstapt van het ene zorgmilieu naar het andere¹. Het KCE publiceerde in 2010 een rapport over de continuïteit van de medicamenteuze behandeling bij de overgang tussen het ziekenhuis en de thuissituatie². NICE beveelt medicatiereconciliatie en -beoordeling aan in alle zorginstellingen voor ouderen³. Beide elementen zijn ook al vervat in heel wat accrediteringsprocedures van ziekenhuizen en de Belgische overheid wil het proefproject 'medicatieschema' evalueren en verder implementeren indien de beoordeling van het project positief is⁴.

Op het vlak van patiëntveiligheid zijn er projecten ontwikkeld die de veiligheidsvoorschriften van risicodomeinen zoals het vliegwezen als voorbeeld namen. Zo is bv. de 'WHO Safe Surgery Check List' met succes hierop geïnspireerd. Kunnen we de preventie van vliegtuigrampen echter op alle vlakken vergelijken met de preventie van medicatiefouten? Het is immers niet altijd duidelijk aan welke factor het effect van een geneesmiddel toe te schrijven is. Behalve een niet-correct medicatiegebruik kunnen veel andere factoren een rol spelen. En hoe kunnen we correct de impact op gezondheid en op de risico/batenverhouding evalueren van interventies die relatief zeldzame effecten proberen te voorkomen (bv. mortaliteit door een geneesmiddelenfout)?

De laatste jaren zien we dat medicatiereconciliatie en medicatiebeoordeling op kleinere of grotere schaal meer en meer ingang vinden. Toch zijn er nog geen studies die aantonen dat beide interventies een gunstig effect hebben op de gezondheid van de patiënt. In de meeste studies is de werkelijke klinische impact nog niet onderzocht als eindpunt. De evaluatie beperkte zich tot nu toe tot intermediaire uitkomstmaten. In dit nummer van Minerva bespreken we kort de resultaten van een studie die ge-

gevens uit verschillende zorgcontexten samenvoegt (ziekenhuis, woon- en zorgcentra, ambulante praktijk)⁵. Brengt deze studie het langverwachte bewijs? Er blijven nog heel wat vragen te beantwoorden vooraleer we kunnen besluiten in welke omstandigheden en onder welke voorwaarden reconciliatie en beoordeling van geneesmiddelen een meerwaarde zouden kunnen hebben. Rekening houdend met de actueel beschikbare middelen zouden we ons voor medicatiebeoordeling kunnen beperken tot het opsporen van risicovolle geneesmiddelen, of tot het formuleren van aanbevelingen in het geval van mogelijk ernstige klinisch ongewenste effecten, of ons alleen richten op de financiële voordelen voor de ziekenfondsen of de patiënt. Voor medicatiereconciliatie zouden we de voorkeur kunnen geven aan een context waarin er meer en nauwer contact is met de patiënt of waarin zorgverstrekkers goed en snel opgeleid kunnen worden.

Zelfs al zouden we erin slagen om reconciliatie en beoordeling op ruime schaal toe te passen, dan is dat nog geen garantie voor de meerwaarde op het vlak van gezondheid. Het Belgische regeerakkoord stelt dat beide elementen gekoppeld moeten worden aan een elektronische registratie. Dat zou toelaten om snel, correct en gemakkelijk gegevens te delen. Dat veronderstelt echter een performant informaticasysteem voor de zorgverstrekkers. Als dat ontbreekt, blijven reconciliatie en beoordeling van geneesmiddelen dode letter. Gegevens delen leidt ook niet noodzakelijk tot meer kwaliteit in de zorg: er is tevens interdisciplinaire samenwerking nodig, met constructieve feedback over de aanbevelingen die naar aanleiding van de geneesmiddelenevaluatie werden geformuleerd, en over de opvolging ervan in de praktijk.

De reële klinische impact onderzoeken van medicatiereconciliatie en medicatiebeoordeling betekent ook vragen oproepen over het effect van informatiesystemen, het belang van pluridisciplinariteit en de relatie tussen de verschillende echelons in de gezondheidszorg, en misschien komen tot een herdenken van het zorglandschap. In die zin zijn medicatiereconciliatie en medicatiebeoordeling geen wondermiddelen, maar brengen ze eerder de onderliggende problemen naar boven.

Referenties zie website

Wij danken Kris!

In oktober is Kris Soenen, centrale figuur in de interne werking van Minerva, met pensioen gegaan.

De taken van Kris waren zeer talrijk, maar elk daarvan realiseerde ze met veel zorg en een uitzonderlijke competentie: o.m. de grafische vormgeving en lay-out van het tijdschrift en de Verklarende Woordenlijst, beheer van de website, kritisch nalezen en corrigeren van de teksten, co-auteurschap...

We huldigen hier haar professionalisme, intellectuele ernst, integriteit, doorzettingsvermogen, flexibiliteit, menselijkheid en warmte.

Samen met andere partners heeft ze eveneens bijgedragen aan de ontwikkeling van EBM in België.

We zijn blij dat Kris ingestemd heeft om haar expertise verder in te zetten voor Minerva, weliswaar in een andere rol.