Geneesmiddelenproblematiek na ontslag uit het ziekenhuis bij ouderen, een praktijkverbeterend project.

Karen Leeten, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. Jan Vandevoorde, VUB

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

1 Inhoudsopgave

2 Abstract 3

3 Inleiding 4

4 Methoden: 6

5 Resultaten 8

5.1 Literatuurstudie 8

5.1.1 Voorkomen en risicofactoren DRPs 8

5.1.2 Transmurale zorg algemeen 10

5.1.3 Telefonische opvolging 11

5.1.4 Interventies met klinisch apotheker 12

5.1.5 KCE-rapport 13

5.2 Praktijkverbeterend project 19

5.2.1 Eerste registratieperiode 19

5.2.2 Visgraatdiagram 22

5.2.3 Interventie 23

5.2.4 Tweede registratieperiode 25

6 Evaluatie interventie 30

7 Discussie 35

8 Besluit 40

9 Bronnenlijst: 41

10 Bijlagen 45

2 Abstract

Context
De afgelopen jaren is er heel wat onderzoek verricht naar de problematiek rond medicatiefouten na ontslag uit het ziekenhuis bij ouderen. Deze medicatiefouten kunnen ook omschreven als DRPs, hetgeen staat voor Drug Related Problem. Zo toonde een onderzoek in 2011 naar het voorkomen van DRPs in Vlaanderen bij 51,7% van de patiënten ouder dan 65jaar een DRP na ontslag uit het ziekenhuis. Ook in onze praktijk bleek dit een veelvoorkomend probleem, waardoor de interesse ontstond om mijn masterproef rond dit thema te doen.

Onderzoeksvragen
Door middel van dit praktijkverbeterend project rond de transmurale medicamenteuze zorg bij patiënten van 65 jaar en ouder, hebben wij een antwoord proberen vinden op volgende onderzoeksvragen:1. Hoe vaak komen DRPs in onze praktijk voor na ontslag uit het ziekenhuis? 2. Welke DRPs doen zich in onze praktijk voornamelijk voor? 3.Op welke manier kunnen we DRPs in onze praktijk tegengaan en hoe kunnen we de transmurale zorg in onze praktijk verbeteren?

Methode
Een literatuurstudie werd uitgevoerd waarbij gezocht werd in vnl. volgende databases: Medline, the Cochrane Database of Systematic reviews. De gebruikte MeSH termen zijn: Seamless care, Drug related problems, Medication Errors, Adverse events, Patient discharge, Patient compliance, Patient readmission, Telephone follow up. Daarnaast werd Nederlandstalige informatie opgezocht op www.domusmedica.be, www.ntvg.be en de site van het Belgische Kenniscentrum. Via de website van het ICHO werden masterproeven ingekeken. Ook een kwaliteitsbevorderend project werd opgesteld waarbij, na het maken van een visgraatdiagram om het ontstaan van DRPs in kaart te brengen, een interventie werd opgesteld. Met deze interventie hebben we geprobeerd DRPs zo snel mogelijk op te sporen na ontslag uit het ziekenhuis. Door middel van een enquête die zowel voor als na het invoeren van de interventie werd afgenomen, werd nagegaan of dit een nuttig hulpmiddel kon zijn om de transmurale medicamenteuze zorg te verbeteren. Deze enquêtes werden in onze praktijk afgenomen tussen 1/7/2016-15/9/2016 en tussen 1/11/2016-15/1/2017.

Resultaten
De interventie in dit praktijkverbeterend project had als doel DRPs zo snel mogelijk op te sporen bij patiënten ouder dan 65jaar in onze praktijk. Hierdoor kan de huisarts deze DRPs oplossen, alvorens deze een negatieve invloed kunnen hebben op de gezondheidstoestand van de patiënt. Onze interventie bestond uit volgende punten: 1.Patiënten sensibiliseren om meteen na ontslag contact op te nemen met de huisarts om het medicatieschema te bespreken. 2.Bijhouden van opnamelijst om als huisarts een up-to-date overzicht te hebben van opgenomen patiënten. 3. Patiënten die geen contact opnemen na ontslag uit het ziekenhuis, zelf opbellen om medicatieschema te bespreken.4. Bij ontslag uit het ziekenhuis screenen naar DRPs, en zo DRP of risico op DRP, verdere actie op maat van de patiënt ondernemen. Tijdens de eerste registratieperiode werden in totaal 20 patiënten geïncludeerd waarbij, in de helft van de gevallen een DRP gevonden werd. Tijdens de tweede registratieperiode werden 17 patiënten geïncludeerd. Er werd bij 7 patiënten een DRP of risico op DRP geregistreerd, waarna bij 1 patiënt een voorschrift gemaakt werd. De andere 6 patiënten kregen uitgebreide informatie omtrent hun medicatieschema. Na deze screening werd nadien bij 2 patiënten alsnog een DRP gedetecteerd.

Conclusie
Het hele proces van transmurale medicamenteuze zorg voor de patiënt en het ontstaan van DRPs is een zeer complex proces. Uit reeds gevoerde onderzoeken blijken enkele suggesties die deze transmurale zorg kunnen verbeteren. Hiervan zijn er de laatste jaren reeds enkele geïmplementeerd in België. Toch blijven DRPs na ontslag uit het ziekenhuis nog steeds een probleem. Na dit praktijkverbeterend project zijn we ervan overtuigd dat het screenen naar DRPs door de huisarts na ontslag uit het ziekenhuis zeker een meerwaarde kan betekenen in de onze praktijk. Alvorens een definitieve implementatie in de praktijk, zijn echter nog enkele aanpassingen nodig aan onze interventie.

3 Inleiding

De afgelopen jaren is er heel wat onderzoek verricht naar de problematiek rond medicatiefouten na ontslag uit het ziekenhuis bij ouderen. Een andere term die voor deze medicatiefouten in deze studie gebruikt zal worden, is Drug Related Problem (DRP). De definitie van een DRP is een gebeurtenis of omstandigheid in verband met geneesmiddelentherapie, die het falen van de gewenste effecten van de geneesmiddelen op de gezondheid veroorzaakt. [1]

In 2011 werd een onderzoek in het kader van een masterproef huisartsgeneeskunde door Daenen en Vandevoorde naar het voorkomen vaan DRPs na ontslag uit het ziekenhuis bij 65plussers uitgevoerd. Hieruit bleek dat bij 51,7% van de patiënten minimum een DRP voorkwam.
Deze DRPs zijn voornamelijk: fouten in het medicatieschema dat door het ziekenhuis meegegeven werd met de patiënt, een foute dosis, een gebrek aan informatie omtrent het medicatieschema, interacties tussen voorgeschreven geneesmiddelen en nevenwerkingen. [3]

Dat dit echter nog steeds een zeer actueel probleem is, bleek na enkele maanden in de praktijk gewerkt te hebben. Zo werd ik regelmatig geconfronteerd met fouten in de medicatie bij ouderen die ontslagen werden uit het ziekenhuis. Enkele fouten zoals bijv. het ontbreken van voorschriften kwamen snel aan het licht, maar er bleken ook fouten pas na langere tijd naar boven te komen. Dat dit voor gevaarlijke situaties kan zorgen en de zorg voor de patiënt in negatieve zin beïvloedt, spreekt voor zich.

Hoewel het duidelijk is dat de overgang van ziekenhuis naar huis een kritische gebeurtenis voor het ontstaan van DRPs, zijn er heel wat factoren die een goede transmurale zorg

belemmeren.

Zo worden huisartsen op dit moment gestimuleerd om generische producten voor te schrijven. Het afgelopen jaar werd dit nog extra gestimuleerd door het minimumpercentage goedkope geneesmiddelen die de huisarts moet voorschrijven, op te trekken tot 60%. [20] Voor medicatie die voorgeschreven en afgeleverd wordt in het ziekenhuis, geldt deze beperking echter niet. Hierbij komt dat artsen in het ziekenhuis zich moeten houden aan de medicatie in het lokaal ziekenhuisformularium. De medicatie die in dit formularium opgenomen wordt, is afhankelijk van de prijs-kwaliteit verhouding die het ziekenhuis met leveranciers moet onderhandelen. Hierdoor krijgen patiënten in het ziekenhuis vaak thuis wel een generisch product voorgeschreven, terwijl er in het ziekenhuis wordt overgeschakeld op het originele product. Dit kan dan ook fouten in medicatiegebruik, het nemen van dubbelmedicatie etc. teweegbrengen. [2]

Goede samenwerking en communicatie bij de transmurale medicamenteuze zorg van patiënten is dan ook cruciaal. Hierbij is er een gedeelde verantwoordelijkheid is van zowel het ziekenhuispersoneel, de huisarts en de patiënt. In België wordt de huisarts vaak aangewezen als coördinator in dit gehele proces. Gegevens in de literatuur over hoe de huisarts deze rol best op zich kan nemen zijn echter niet beschikbaar. [2]

Door middel van dit praktijkverbeterend project wou ik de aard en frequentie van DRPs na ontslag uit het ziekenhuis in onze praktijk nagaan. Ik vroeg me ook af wat we in de praktijk konden doen om deze DRPs tegen te gaan en hoe de transmurale medicamenteuze zorg voor patiënten ouder van 65 jaar in onze praktijk verbeterd kan worden.

4 Methoden:

Bij dit praktijkverbeterend project rond geneesmiddelenproblematiek na ontslag uit het ziekenhuis bij patiënten ouder dan 65 jaar, werd zowel een literatuurstudie als een kwaliteitsbevorderend project uitgevoerd.

Literatuurstudie:

Er werd gezocht in vnl. volgende databases: Medline, the Cochrane Database of Systematic reviews. De gebruikte MeSH termen zijn: Seamless care, Drug related problems, Medication Errors, Adverse events, Patient discharge, Patient compliance, Patient readmission, Telephone follow up. Daarnaast werd Nederlandstalige informatie opgezocht op www.domusmedica.be, www.ntvg.be en werd er gezocht op de site van het Belgische Kenniscentrum naar publicaties omtrent dit onderwerp. Via de website van het ICHO werden masterproeven gelezen.

Kwaliteitsbevorderend project:

Voor dit kwaliteitsbevorderend project werd gebruik gemaakt van papieren enquêtes (zie bijlage). Het opstellen van deze enquêtes gebeurde aan de hand van een enquête die door Daenen en Vandevoorde opgesteld werd om in het kader van een masterproef huisartsgeneeskunde DRPs in Vlaanderen in kaart te brengen. Hiervoor werd door hen de Medication discrepancy tool als basis gebruikt. [3] Tussen 1/7/2016 en 15/9/2016 werden deze enquêtes voor de eerste keer afgenomen. Door middel van deze enquêtes werd o.a. gepeild naar de aard en de frequentie van het voorkomen van DRPs in onze praktijk bij patiënten ouder van 65jaar na ontslag uit het ziekenhuis. De enquête werd ingevuld door de huisarts, wanneer deze de patiënt de eerste maal zag na ontslag uit het ziekenhuis.

Met behulp van de verkregen resultaten heb ik nadien een visgraatdiagraam opgesteld met behulp van het programma Word. Op die manier werd gepoogd de verschillende factoren die een rol spelen in het ontstaan van DRPs te distilleren.

Aan de hand van het verkregen visgraatdiagram werd een interventie opgesteld dewelke geïmplementeerd werd in de praktijk.

Om het effect van deze interventie te evalueren werd dezelfde enquête door de huisartsen in de praktijk opnieuw afgenomen van 1/11/2016 tot 15/1/2017.

Patiënten die geïncludeerd konden worden in de studie moesten 65 jaar of ouder zijn en dit de eerste keer dat zij na ontslag uit het ziekenhuis de huisarts raadpleegden. Patiënten die in daghospitaal werden opgenomen, of patiënten die na ontslag eerst in een revalidatiecentrum werden opgenomen, konden niet deelnemen aan de studie. Er werd tevens ook duidelijk gesteld dat de huisarts de eerste arts moest zijn die door de patiënt geraadpleegd werd na ziekenhuisontslag. Patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria werden eerst voldoende ingelicht over het onderzoek. Daarnaast werd ook de anonimiteit bij het verwerken van de gegevens gegarandeerd. Nadien werd schriftelijke toestemming gevraagd en een informatieformulier meegegeven.

De verwerking van de resultaten gebeurde nadien met Excel.

5 Resultaten

5.1 Literatuurstudie

5.1.1 Voorkomen en risicofactoren DRPs

Naar het voorkomen van DRPs na ontslag uit het ziekenhuis werden reeds heel wat onderzoeken gedaan.

Zo vonden Coleman, Smith et al. met hun studie dat DRPs bij 14,1% van de chronisch zieke 65-plussers, die deelnamen aan de studie, voorkwamen. Deze DRPs bevonden zich in 50,8% van de gevallen op het niveau van de patiënt en in 49,2% op niveau van het ziekenhuis. Daarnaast werd ook een rehospitalisatie binnen de 30 dagen beschreven bij 14,3% van de patiënten waarbij een DRP gevonden werd, terwijl slechts 6% van de patiënten zonder DRP gerehospitaliseerd werden. [4]

Ook Lancester, Marek et al. deden een studie naar het voorkomen van DRPs na ontslag uit het ziekenhuis. Hierbij werden patiënten ouder dan 60 jaar, die via Medicare een ziekteverzekering hebben en tevens een verhoogd risico om fouten tot medicatie te maken, geïncludeerd. Dit laatste werd via een scoresysteem beoordeeld. Daarnaast werden patiënten die in een rusthuis verbleven en patiënten met andere hulpmiddelen zoals bijv. een pieper die alarm sloeg als medicatie moest ingenomen worden, geëxcludeerd. Zij vonden bij 53,2% van de geïncludeerde patiënten minimum 1 DRP. De meest voorkomende DRP was het niet innemen van voorgeschreven medicatie door de patiënt(30%). Daarnaast kwamen ook het innemen van medicatie die gestopt werd (23%), het nemen van medicatie in verkeerde dosis (12%) en hoeveelheid(18%) voor als DRP. [5]

Bij een studie in Nederland door Ensing et al. werden door thuisapothekers problemen rond medicatie na ontslag uit het ziekenhuis gedetecteerd. Bij 92,3% van de patiënten werd er minstens een probleem rond de continuïteit van zorg gedetecteerd. In 31% van deze gevallen ging het om een medicatiefout zoals het ontbreken van thuismedicatie die voordien werd genomen door de patiënt en een fout in dosering. 34% van de problemen was daarentegen eerder van praktische aard zoals het ontbreken van een formulier voor terugbetaling of het niet voorradig zijn van medicatie. In de overige 35% van de gevallen was er verdere educatie nodig van de patiënt rond zijn medicatie.[6]

Een cohortstudie bij 65plussers in Italië werd uitgevoerd om de therapietrouw van patiënten na ontslag uit het ziekenhuis te onderzoeken. Een maand na ontslag bleek 51,1% van de patiënten de voorgeschreven medicatie niet meer correct te nemen. Na 3 maanden steeg dit aantal tot 69,6%. Patiënten bleken voornamelijk op eigen initiatief gestopt te zijn met hun medicatie en zelf een dosisaanpassing ingevoerd te hebben aan de medicatie. Er bleek geen associatie te zijn tussen de leeftijd van de patiënt en de getrouwheid. Daarnaast bleek ook dat na 1 maand slechts 28,1% van de patiënten zelf op de hoogte was van de reden waarom zij bepaalde medicatie nam. Dit aantal zakte na 3 maanden naar 25,3%. Zij suggereerden een vereenvoudiging van de medicatielijst bij ouderen, alsook een betere communicatie en uitleg. [7]

Een studie in België door Daenen, Vandevoorde et al. onderzocht door middel van enquêtes bij Vlaamse huisartsen het voorkomen van DRPs na ontslag uit het ziekenhuis. Zo bleek bij 43,6% van de ontslagen patiënten mininum 1 DRP voor te komen. Deze bevonden zich in 90% van de gevallen op niveau van het ziekenhuis en in 10% van de gevallen op niveau van de patiënt. Onafhankelijke risicofactoren voor het ontstaan van DRPs waren een opname op

de dienst heelkunde, een lange opnameduur, en het aantal gewijzigde of stopgezette medicatie.[3]

Een andere cohortstudie door Mansur et al. bij 65 plussers toonde dat 30% van de patiënt niet therapietrouw was een maand na ontslag uit het ziekenhuis. Daarnaast werd er een associatie gevonden tussen deze therapieontrouw en het voorgeschreven kregen van meer dan 7 soorten medicatie, met het aantal veranderingen aan de medicatie tijdens de opname en het niet zien van de huisarts binnen de maand na ontslag uit het ziekenhuis. [8]

Een prospectieve observationele studie in de Verenigde Staten naar het voorkomen van discrepanties in de medicatie bij de overgang tussen de thuissituatie en het ziekenhuis, kon ook enkele risicofactoren aantonen voor het ontstaan van deze discrepanties. Zo waren het meer dan 5 keer opgenomen worden in het ziekenhuis het voorbije jaar en een lage scholingsgraad onafhankelijke risicofactoren voor het ontstaan van discrepanties.[9]

Munday, Kelly et al. deden reeds in 1997 een studie naar de perceptie van huisartsen en apothekers over het ontvangen van informatie over waarom bepaalde medicatie gestart of gestopt werd in het ziekenhuis. Hieruit bleek dat 96% van de huisartsen en 94% van de huisapothekers graag informatie wilden krijgen over het starten en stoppen van medicatie in het ziekenhuis.[10]

5.1.2 Transmurale zorg algemeen

Braet, Weltens et al. voerden een systematische review uit naar de effectiviteit van ontslag procedures en de invloed op rehospitalisatie. Zij vonden een voordeel voor interventies die

reeds starten in het ziekenhuis zelf en thuis verderliepen, ten opzichte van interventies die pas startten als de patiënt reeds thuis was. Daarnaast vonden zij geen statistisch significant verschil tussen complexe interventies die bestonden uit meer componenten, dan interventies die slecht uit een component bestonden. Ten slotte werd ook gevonden dat interventies die zich meer bezighielden met het ondersteunen van de patiënt zelf, meer effectief waren dan andere interventies.[11]

Een kwalitatief onderzoek in Engeland, waarbij zowel mantelzorgers als patiënten geïnterviewd werden na hun ontslag uit het ziekenhuis, toonde dat er heel wat problemen ervaren werden op vlak van medicatie bij dit ontslag. Goede samenwerking en communicatie tussen de patiënt of mantelzorger en ziekenhuispersoneel werd aangehaald als zeer belangrijk.[12]

Een review over hoe het ontslag van kwetsbare ouderen verloopt, suggereert dat interventies die de familie betrekken in het ontslag zorgen voor verbetering van de continue zorg voor de patiënt. Daarnaast zijn ook een goede interdisciplinaire communicatie en blijvende ondersteuning na ontslag belangrijk.[13]

5.1.3 Telefonische opvolging

Specifiek naar de telefonische opvolging na ontslag uit het ziekenhuis bij patiënten met een chronische aandoening deden Jayakody, Bryant et al. een systematische review. De resultaten waren inconclusief over de effectiviteit van follow up via telefonische opvolging na ontslag uit het ziekenhuis. [14]

Een RCT door Weisman et al. in 1995 onderzocht of telefonische opvolging binnen de 72 uur na ontslag uit het ziekenhuis door een ziekenhuisarts, de patiënttevredenheid en kwaliteit van zorg kon verbeteren. Hoewel op beide vlakken geen statistisch significante verbetering kon aangetoond worden, werd bij 48% van de patiënten op deze manier een DRP gedetecteerd. De perceptie van de ziekenhuisartsen rond deze interventie was ook zeer positief. Zo vond 93% dat deze telefonische opvolging zorgde voor een betere zorg voor de patiënt.[15]

Een studie in de VS implementeerde als interventie een klinisch apotheker die bij opname en ontslag een medicatieschema opstelde. Daarnaast werden ook patiënten met een hoog risico op het ontstaan van DRPs na ontslag, telefonisch gecontacteerd om verdere educatie over de medicatie te geven. Dit resulteerde in een statistisch significante vermindering van het aantal rehospitalisaties en het aantal DRPs na ontslag.[16]

5.1.4 Interventies met klinisch apotheker

Een prospectieve observationele studie werd in Spanje gedaan door Moro Agud et al.. In een universitair ziekenhuis in Madrid werden op de dienst geriatrie 118 patiënten geïncludeerd, waarbij door middel van een elektronisch programma fouten in medicatie werden gedetecteerd door de dienst farmacie. Zowel de vroegere thuismedicatie, de ontslagmedicatie, gemaakte voorschriften, en algemene medische informatie werden vergeleken. In totaal werd bij 35% van de voorgeschreven medicatie een discrepantie gevonden. Deze discrepantie kon in 85% van de gevallen verklaard worden na grondig nazicht in het dossier of contact met de geriatier. In 15% van deze gevallen bleek het dus effectief om een medicatiefout te gaan. De meest voorkomende fouten waren het ontbreken van een voorschrift voor de patiënt (40%) en het ontbreken van medicatie in de lijst met ontslagmedicatie (35%). Al deze fouten konden

uiteindelijk opgelost worden door de apothekers.[17]

Ensing et al. deden een systematische review naar de rol van de apotheker in de continuïteit van zorg rond medicatie na ontslag uit het ziekenhuis. De enkelvoudige interventies bleken het meest effectief als er rekening gehouden werd met de individuele noden van de patiënt. Ook een goede samenwerking met verpleging bevorderde de effectiviteit. De complexe interventies die uit verschillende componenten bestonden, bleken het meest succesvol als er ook actieve betrekking van de patiënt in het proces was. Ook een nauwe samenwerking tussen de artsen en apothekers was belangrijk.[18]

Mekennon et al. voerde in 2016 een systematische review en meta-analyse uit waarbij programma's na ontslag uit het ziekenhuis rond medicatie door apothekers werden bestudeerd. Deze programma's bestonden onder andere telefonische follow up, follow-up door middel van huisbezoeken en andere ondersteuning van de patiënt. Uit de resultaten bleek een tendens van verminderde rehospitalisatie (19%) en er kwamen ook minder consultaties in het ziekenhuis omwille van medicatieproblemen(67%). Een statistisch significant resultaat kon niet worden aangetoond, maar ondanks de heterogeniciteit van de resultaten van de studies op zich, tekende zich in deze meta-analyse wel een duidelijke tendens af. Op vlak van mortaliteit was er geen verschil tussen de interventie- en controlegroep.[19]

5.1.5 KCE-rapport

Het Belgische Kenniscentrum publiceerde in 2011 een rapport over de continuïteit van medicamenteuze behandeling tussen huis en het ziekenhuis.

Dit rapport omvatte zowel een systematische review over de balans kosten-effectiviteit van

interventies die ingevoerd werden om de continuïteit van zorg te verbeteren. Dit specifiek voor het domein medicatie binnen deze continuïteit van zorg. Daarnaast bevatte het rapport ook een analyse van reeds geïmplementeerde nationale en internationale initiatieven. Tot slot werd een kwalitatief onderzoek verricht naar de perceptie van mogelijke oplossingen van Belgische zorgverstrekkers.

5.1.5.1 Review kosten-effectiviteit ingevoerde interventies

In de systematische review over de balans kosten-effectiviteit werden in totaal 8 studies geïncludeerd, waarbij als interventie bijna altijd een tussenkomst van een apotheker werd gebruikt. De manier waarop deze tussenkwam in het hele proces van continuïteit van zorg varieerde van bijv. uitleg geven in het ziekenhuis, tot telefonische opvolging, alsook het begeleiden van de patiënt thuis. Uit deze review bleek dat dit resulteerde in een vermindering van de rehospitalisaties en een verbetering van de patiënttevredenheid. Over het economische aspect konden echter geen conclusies getrokken worden, voornamelijk door methodologische hiaten in de opgezette studies.

5.1.5.2 Analyse internationale initiatieven

Er werd tevens een analyse verricht van internationale initiatieven uit Australië, Nederland, Canada, Denemarken, Frankrijk, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk.

Deze internationale initiatieven bestonden voornamelijk uit :

- het opstellen van praktijkaanbevelingen voor zorgverstrekkers
- nationale informatiecampagnes
- vorming van zorgverstrekkers
- de ontwikkeling van communicatietechnologieën voor het uitwisselen van informatie uit patiëntendossiers en van voorschrijfgegevens

Hoewel de implementatie van deze initiatieven al een hele tijd geleden gebeurde, staat deze evolutie niet stil.

De belangrijkste **positieve factoren** die weerhouden werden zijn: het bestaan van stimulantia voor de implementatie van een interventie (bijv. systeem van accreditering, financiële sanctie), het aanpassen van de initiatieven aan de lokale context, het aanwezig zijn van leiderschap om de nationale en lokale krachten te sturen en informatica-ondersteuning.
De belangrijkste **negatieve factoren** daarentegen, zijn een gebrek aan middelen (zowel menselijk als financieel), een gebrek aan vorming en interesse, het niet opnemen van verantwoordelijkheden door zorgverstrekkers en problemen rond veiligheid en vertrouwelijkheid van gegevens.

5.1.5.3 Analyse nationale initiatieven

Daarnaast werden ook Belgische initiatieven geanalyseerd. Deze gegevens bestonden echter niet uit gepubliceerde studies, maar eerder uit lokale initiatieven en onderzoeksprojecten met beperkte patiëntenaantallen. Hierdoor kunnen er maar weinig kwaliteitsvolle wetenschappelijke gegevens uit de data gehaald worden.
De **hinderpalen en faciliterende elementen** die naar boven kwamen bij de implementatie van deze projecten, zijn natuurlijk wel bijzonder zinvol voor eventuele toekomstige innovaties.

Hinderpalen	Drijvende kracht
Patiëntgerelateerd	
-Huisapotheker is niet altijd duidelijk, hetgeen de samenwerking bemoeilijkt -Moeite om online tool te gebruiken -Hulp nodig om medicatieschema te vervolledigen -Vergeten om medicatie mee te brengen bij opname en ontslag -Taal en andere intellectuele barrières -Vergeten verwijsbrief aan bijv. apotheker te geven	-Grote patiënttevredenheid bij goede opvolging -Krijgen van medicatieschema voldoet aan behoefte naar meer informatie over behandeling -Waarderen van persoonlijke begeleiding en persoonlijke benandering van klinisch apotheker
Zorgverstrekkergerelateerd	
-Noodzaak van vorming en training voor klinisch apothekers -Ontoereikende kennis over medicatie van verpleegkundigen bij ontslag -Hoge drempel van thuisapotheker om contact op te nemen met ziekenhuisapotheker	-Huisartsen en apothekers zijn blij als gecontacteerd met vraag naar medicatie -Huisapothekers tevreden met ontslagmedicatiefiche door klinisch apotheker -Verpleegsters blij als taken ivm medicatie overgnomen door klinisch apotheker (te weinig tijd en kennis) -Tijdbesparing voor andere zorgverleners als hulp klinisch apotheker

Systeemgerelateerd	
-Moeilijke toegang tot info patiëntendossiers -Bereikbaarheid van huisarts of thuisapotheker -Tijdgebrek, gebrek aan financiële en menselijke middelen -Forfaitisering van medicatie zorgt voor moeilijk evenwicht budget en dienstverlening -Geen interesse in ontwikkeling klinische farmacie	

5.1.5.4 Kwalitatief onderzoek

Tot slot werd ook een kwalitatief onderzoek gedaan om bij de Belgische zorgverleners te peilen naar hun perceptie van verschillenden benaderingen die de continuïteit in medicamenteuze behandeling verbeteren. Hiervoor werden 11 focusgroepen opgericht, bestaande uit zowel zorgverleners, patiënten en vertegenwoordigers van organisaties betrokken in het implementeren van deze oplossingen.

Bij de aanvang van de gesprekken werd gepeild naar de huidige problemen over de medicamenteuze behandeling, die zich allemaal voor konden doen bij ontslag uit het ziekenhuis.

Deze konden in vijf grote categorieën worden ingedeeld:

-Problemen bij **opname:** foute informatie, ontbreken van informatie zoals dosis, onvolledig zijn van medicatielijst

-Problemen bij **ontslag**: niet genoeg info aan patiënt, gebrekkige communicatie met huisarts,

ontbreken voorschriften, ontbreken van medicatie tijdens weekend, discrepanties in voorschriften meegegeven en medicatielijst

-Problemen met betrekking tot **zorgverleners**: tegenstrijdig advies huisarts en specialist, gebrekkige begeleiding patiënt bij nemen medicatie, ontbreken terugbetalingsattesten, ontbreken actuele medicatielijst patiënten

-Problemen met betrekking tot **patiënt en familie**: slechte therapietrouw, gebrek financiële middelen, gebrek kennis over behandeling

-Problemen met betrekking tot z**orgproces:** onleesbare documenten

Vervolgens werden verschillende denkpistes met oplossingen voorgesteld door de focusgroepen:

-Sensibilisatie van zowel zorgverleners als patiënten rond de problemen van continuïteit in medicamenteuze zorg en de gedeelde verantwoordelijkheid van alle actoren om de kwaliteit te verbeteren

-Standaardisering van procedures: verwijsbrief en ontslagbrief, permanente beschikbaarheid van actueel medicatieschema van de patiënt (op papier of elektronisch)

-Ontwikkelen van informaticasysteem met hierin: elektronisch voorschrift, centraal elektronisch patiëntendossier toegankelijk voor alle soorten hulpverleners (mits toestemming patiënt)

-Verbeteren overgangsproces: ondersteuning door klinisch apotheker, contact met eerste lijn voor ontslag uit het ziekenhuis, kopie van medicatielijst aan thuisapotheker en thuisverpleegkundige, minder ontslagen op vrijdagnamiddag

-Invoeren van een nomenclatuurnummer om bepaalde groepen van patiënten te ondersteunen bij de organisatie van medicatie

-Algemene maatregelen: verminderen van de administratieve last, verminderen aantal

generische producten op de markt, voorschrijven op stofnaam, lokaal overleg om samenwerking tussen zorginstellingen en zorgverleners te verbeteren

Een van de belangrijkste opmerkingen door de focusgroepen is de gedeelde verantwoordelijkheid van de verschillende zorgverleners om de kwaliteit in de continuïteit van medicamenteuze behandeling bij de overgang tussen het ziekenhuis en de thuissituatie te verbeteren. De huisarts werd hierbij aangewezen als de meest geschikte persoon om de coördinatie op zich te nemen.[2]

5.2 Praktijkverbeterend project

5.2.1 Eerste registratieperiode

Zie tabel 1 pag. 28

Tijdens de eerste registratieperiode, die liep van 1/7/2016 tot 15/9/2016, werden in totaal 20 patiënten geïncludeerd in de studie. De gemiddelde leeftijd van deze patiënten was 81,6 jaar, waarbij de jongste patiënt 67jaar, en de oudste patiënt 99 jaar was. 35% Van deze patiënten woonde alleen thuis (n=7), 25% woonde thuis met zijn partner (n=5) en 40% verbleef in een rusthuis (n=8). Bij de patïenten die in het rusthuis verbleven werd de medicatie altijd klaargezet door de verpleegkundigen in het rusthuis. De patiënten die nog thuis verbleven werd in 4 gevallen de medicatie klaargezet door een thuisverpleegkundige, in 3 gevallen zette de patiënt zijn eigen medicatie klaar. Bij 5 patiënten werd de medicatie niet op voorhand klaargezet. De gemiddelde opnameduur bedroeg 12,6 dagen, waarbij de kortste opnameduur 1 dag, en de langste opnameduur 36 dagen was.

Gemiddeld werd de patiënt 5,9 dagen na ontslag voor de eerste keer gezien door de huisarts. Zo werden 3 patiënten miminum 14 dagen na ontslag gezien door de huisarts (resp. 17, 16,29 dagen). 70% van de patiënten werd echter reeds binnen de 3 dagen na ontslag uit het

ziekenhuis gezien (n=14) door de huisarts. De reden voor dit contact met de huisarts was bij 12 patiënten een controleraadpleging. na hospitalisatie. Bij 2 patiënten vond het contact plaats omwille van een medisch probleem gerelateerd aan de hospitalisatie, bij 4 patiënten was er een medisch probleem niet gerelateerd aan de hospitalisatie, in 4 gevallen had de patiënt een voorschrift voor medicatie nodig, en bij 2 patiënten betrof het contact een geplande vervolgraadpleging. Tot slot vond het contact bij 1 patiënt ook plaats omdat hechtingsmateriaal verwijderd diende te worden.

In 90% van de gevallen had de patiënt bij opname een accurate medicatielijst mee naar het ziekenhuis (n=18). Bij ontslag kregen 6 patiënten medicatie mee naar huis, voor gemiddeld 1,8 dagen. 80% van de patiënten (n=16) kreeg voorschriften mee naar huis bij het ontslag uit het ziekenhuis.

Op het moment van het eerste contact met de patiënt was de huisarts in 85% van de gevallen (n=17) in het bezit van een ontslagbrief. Bij 10 patiënten kwam deze brief op elektronische wijze bij de huisarts terecht, 9 patiënten hadden (ook) een papieren versie bij bestemd voor de huisarts. In 3 van deze ontslagbrieven ontbrak een overzicht met de ontslagmedicatie van de patiënt. 75% Van de patiënt was zelf in het bezit van een lijst met de ontslagmedicatie (n =15) en in 70% van de gevallen werd de patiënt geadviseerd de huisarts te contacteren na ontslag (n=14).

DRPs werden in de helft van de gevallen gedetecteerd. Bij 4 patiënten werden DRPs op niveau van de patiënt en bij 8 patiënten werden DRPs op niveau van het ziekenhuis gedetecteerd. Dit wil zeggen dat er bij 2 patiënten zowel DRPs op niveau van de patiënt als op niveau van het ziekenhuis waren.

Als we in detail kijken naar de DRPs op niveau van de patiënt, is er 1 patiënt die medicatie toch innam ondanks dat deze gestopt werd in het ziekenhuis, 1 patiënt nam medicatie in de

verkeerde dosis en op een verkeerd tijdstip in. Ten slotte waren er ook 2 patiënten die medicatie niet innamen.

DRPs die op vlak van het ziekenhuis voorkwamen waren: medicatie werd in verkeerde dosis voorgeschreven (n=1), dubbelmedicatie werd voorgeschreven (n=2), er werd geen bf-attest gemaakt (n=1), er werd niet genoeg info aan de patiënt gegeven (n=3) en tot slot werd medicatie niet in de ontslagbrief van de patiënt opgenomen (n=3). *(zie tabel 2 pag.22)*

Deze DRPs werden bij 4 patiënten ingeschat als banaal en bij 6 patiënten werden deze ingeschat als potentieel gevaarlijk.
In al de gevallen van een DRP werd bij het detecteren actie ondernomen. Dit gebeurde in 3 verschillende vormen. 1 Patiënt nam zelf contact op met het ziekenhuis, bij 3 patiënten werd er door de huisarts contact opgenomen met het ziekenhuis en in de overige gevallen wijzigde de huisarts het medicatieschema van de patiënt.

5.2.2 Visgraatdiagram

Met behulp van Microsoft word heb ik nadien een visgraatdiagram opgesteld om de mogelijke oorzaken van het ontstaan van DRPs op te sporen. Deze oorzaken werden in 2 grote categorieën opgedeeld: oorzaken uitgaande van de patiënt en oorzaken uitgaande van het ziekenhuis.

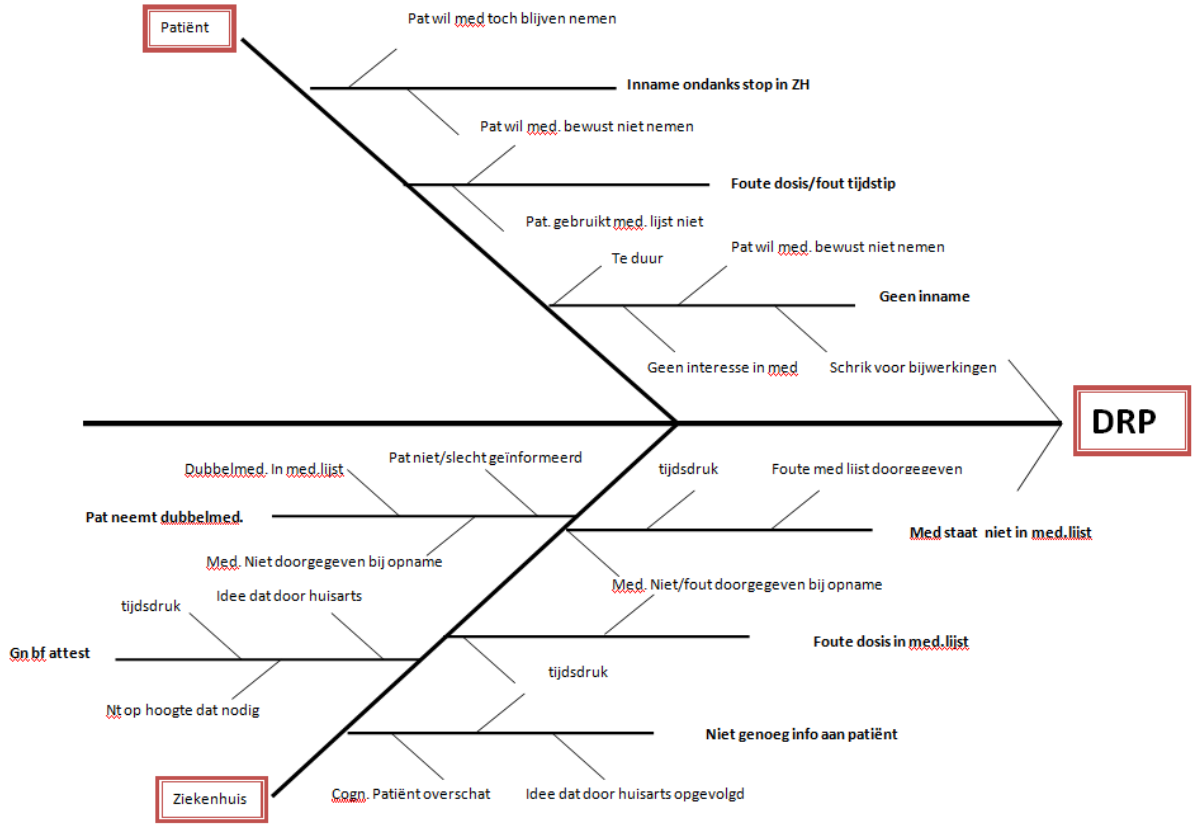


Fig1: Visgraatdiagraam met mogelijke oorzaken van ontstaan DRPs

5.2.3 Interventie

DOEL INTERVENTIE: DRPs zo snel mogelijk opsporen na ontslag uit het ziekenhuis bij patiënten ouder dan 65 jaar
HOE? -Patiënten sensibiliseren om meteen na ontslag contact op te nemen met de huisarts om het medicatieschema te bespreken. -Bijhouden van opnamelijst om als huisarts een up-to-date overzicht te hebben van opgenomen patiënten. -Patiënten die geen contact opnemen na ontslag uit het ziekenhuis, zelf opbellen om medicatieschema te bespreken. -Bij ontslag uit het ziekenhuis screenen naar DRPs: zo DRP of risico op DRP→ verdere actie op maat van de patiënt.

Als oplossing voor DRPs na ontslag uit het ziekenhuis, werd gekozen om de huisarts een cruciale coördinator te maken in de transiënte zorg voor de patiënt. Door als huisarts zo snel mogelijk tussen te komen na ontslag uit het ziekenhuis, werd gepoogd om DRPs zo snel mogelijk op te sporen en op te lossen.

Ten eerste werden patiënten die werden opgenomen in het ziekenhuis, gevraagd om meteen na ontslag contact op te nemen met de huisarts. Als patiënten tijdens een wachtdienst of op eigen inititatief naar het ziekenhuis gingen, werd de partner/familie opgebeld met de vraag om ons meteen te contacteren als de patiënt ontslagen werd uit het ziekenhuis. In onze wachtkring wordt altijd een verslag gemaakt dat daags nadien naar de huisarts gestuurd wordt en ook vanuit de spoedgevallendiensten worden verslagen gestuurd waarin een opname vermeld wordt. Op deze manier is de huisarts altijd wel op de hoogte van de opname van een patiënt, waarna contact opgenomen kon worden met familie met de vraag ons te contacteren bij ontslag van de patiënt.

Daarnaast werd in de praktijk ook een opnamelijst opgesteld met hierin een overzicht van de patiënten die op dat moment opgenomen waren in het ziekenhuis. Dit overzicht hielp om patiënten die na ontslag niet meteen contact opnamen met ons, zelf te contacteren. Zo werden patiënten waarvan we een ontslagbrief ontvingen meteen door ons opgebeld. Om deze lijst up-to-date te houden, werden iedere werkdag aanvullingen gedaan.

Bij ontslag uit het ziekenhuis nam ofwel de patiënt zelf/de partner/familie/(thuis)verpleegkundige contact op met onze praktijk. Als de huisarts vernam bijv. via een elektronische ontslagbrief, dat de patiënt ontslagen was uit het ziekenhuis, nam deze zelf contact op met de patiënt.
Tijdens dit telefonische contact werd geïnformeerd naar de ontslagmedicatie van de patiënt. Hierbij werd er nagegaan of de patiënt in het bezit was van een overzicht van de ontslagmedicatie en of er voldoende voorschriften of medicatie werden meegegeven met de patiënt. Daarnaast werd ook bevraagd of er onduidelijkheden of vragen waren met betrekking tot de ontslagmedicatie.

Afhankelijk van de onduidelijkheden of problemen die naar boven kwamen tijdens deze screening, werd een oplossing geboden door de huisarts. Dit kon zowel een kort huisbezoek, een raadpleging om informatie te geven in de praktijk, telefonische informatie, het maken van een voorschrift,… zijn en zou binnen de 24u plaatsvinden.
Wanneer de patiënt nadien gezien werd door de huisarts werd het registratieformulier ingevuld.

5.2.4 Tweede registratieperiode

Zie tabel 1 pag.28

Tijdens de tweede registratieperiode, die liep van 1/11/2016 tot 15/1/2017, werden in totaal 17 patiënten geïncludeerd in de studie. De gemiddelde leeftijd van deze patiënten was 79,8 jaar, waarbij de jongste patiënt 72jaar, en de oudste patiënt 92 jaar was. 24% Van deze patiënten woonde alleen thuis (n=4), 53% woonde thuis met zijn partner (n=9) en 24% verbleef in een rusthuis (n=4). Het klaarzetten van de medicatie gebeurde bij 6 patiënten door een verpleegkundige (bij 2 patiënten een thuisverpleegkundige, bij 4 patiënten een verpleegkundige van het WZC), 2 patiënten zetten hun medicatie zelf klaar en bij 1 patiënt deed de partner dit. In de overige gevallen werd de medicatie niet op voorhand klaargezet.

De gemiddelde opnameduur bedroeg 7,7 dagen, waarbij de kortste opnameduur 1 dag, en de langste opnameduur 19 dagen was.

Gemiddeld werd de patiënt 5,4 dagen na ontslag voor de eerste keer gezien door de huisarts.

De reden voor dit contact met de huisarts was bij 12 patiënten een controleraadpleging na hospitalisatie. Bij 3 patiënten betrof het een gewone vervolgraadpleging. Bij 1 patiënt vond dit eerste contact plaats omwille van een probleem gerelateerd aan de hospitalisatie en bij 1 patiënt was dit omwille van een medisch probleem niet gerelateerd aan de hospitalisatie.

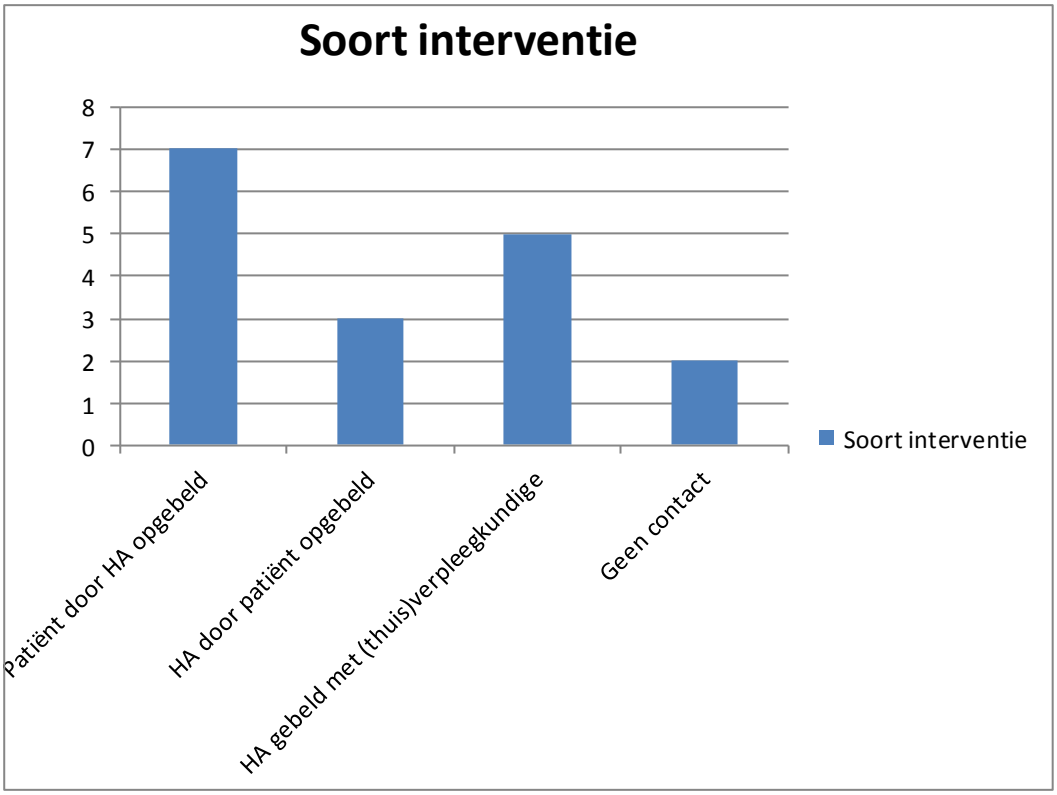
In 53% van de gevallen had de patiënt bij opname een accurate medicatielijst mee naar het ziekenhuis (n=9). 4 Patiënten kregen bij ontslag uit het ziekenhuis medicatie mee naar huis, 15 patiënten kregen voorschriften voor medicatie mee naar huis (88%).

In 82% van de gevallen was de huisarts op het moment van het eerste contact in het bezit van een ontslagbrief (n=14). Bij 1 patiënt stond er geen overzicht van de ontslagmedicatie in deze brief.

88% van deze patiënten waren zelf in het bezit van een overzicht van hun ontslagmedicatie (n=15) en 47% van de patiënten werd geadviseerd de huisarts te raadplegen na ontslag (n=8).

In de interventiegroep werden 7 patiënten door de huisarts zelf opgebeld na ontslag (41%), 3 patiënten namen zelf contact op met de huisarts (18%), bij 5 patiënten was er contact met een (thuis)verpleegkundige (29%) en bij 2 patiënten vond geen contact plaats met de huisarts en kon de interventie dus niet uitgevoerd worden. Dit omdat bij een patiënt een juist telefoonnummer in het dossier ontbrak. De andere patiënt had ons niet zelf gecontacteerd na ontslag uit het ziekenhuis en de ontslagbrief werd ons pas 2 weken na ontslag gestuurd. Hierdoor was niemand in de praktijk op de hoogte van het ontslag, waardoor de patiënt niet opgebeld werd door ons.

Figuur 2: soorten interventie



Bij 1 patiënt werd er na dit contact met de huisarts een voorschrift gemaakt door de huisarts, bij 5 patiënten werd er uitgebreid informatie gegeven omtrent de medicatie aan de patiënt. Dit gebeurde bij 3 patiënten telefonisch, bij 1 patiënt werd op huisbezoek gegaan en bij een

andere patiënt kwam een mantelzorger op raadpleging om de medicatie te bespreken. Bij 11 patiënten volgden er geen verdere stappen. Zonder het maken van het voorschrift, had de patiënt zijn medicatie niet kunnen nemen en zou zich met zekerheid een DRP voorgedaan hebben. Bij de patiënten die van ons extra uitleg kregen omtrent hun medicatie, is het natuurlijk niet duidelijk hoeveel patiënten hun medicatie fout zouden hebben genomen als ze geen extra informatie door de huisarts hadden gekregen.

Na het screenen op DRPs, geven van uitleg en maken van een voorschrift werd bij 2 patiënten tijdens een volgende contact met de huisarts toch nog een DRP gedetecteerd(12%). Bij de eerste patiënt werd er geen bf-attest gemaakt voor medicatie die opgestart werd in het ziekenhuis en bevond de DRP zich dus op het niveau van het ziekenhuis. Bij de andere patiënt werd de DRP gemaakt in het rusthuis van de patiënt. Zo werd tijdens het telefonische contact tussen huisarts en rusthuisverpleegkundige aangegeven dat er geen onduidelijkheden waren omtrent de medicatie van de patiënt en werd afgesproken dat de huisarts daags nadien op huisbezoek zou komen. Toch werd een dag later ontdekt dat er dubbelmedicatie gegeven werd en werd medicatie in verkeerde dosis en op en verkeerd tijdstip gegeven aan de patiënt. Dit ondanks correcte info die vanuit het ziekenhuis werd meegegeven met de patiënt. *(zie tabel 2 pag. 22)*

Deze DRPs werden bij de ene patiënt ingeschat als banaal en bij de andere patiënt als potentieel gevaarlijk. In beide gevallen werden deze DRPs door de huisarts opgelost.

Tabel 1: resultaten registratieperiodes

	1e registratiperiode N=20	**2e registratieperiode N=17**
Gemiddelde leeftijd patiënt	81,6 jaar	79,8 jaar
Leefsituatie patiënt: **- Thuis alleen** **-Thuis met partner** **-Bij kinderen** **-In rusthuis**	 7 5 0 8	 4 9 0 4
Omkadering: **-Mantelzorger** **-Familie** **-Thuisvpk** **-Vrienden**	 7 8 8 4	 2 11 5 3
Klaarzetten medicatie **Ja** **Nee**	 15 5	 9 8
Klaarzetten medicatie door: **-Niet** **-Patiënt** **-Familie** **-Vpk (thuis of rusthuis)**	 5 3 0 12	 8 1 2 6
Gemiddeld aantal dagen in ziekenhuis	12,6 dagen	7,7 dagen
Gemiddeld aantal dagen tussen ontslag en eerste bezoek HA	5,9 dagen	5,4 dagen
Reden contact huisarts: **-Controle na hospitalisatie** **-Vervolgraadpleging** **-Voorschrift** **-Prob gerelateerd aan hospitalisatie** **-Prob nt gerelateerd aan hospitalisatie** **-Verwijderen hechting** **-Andere**	 12 2 4 2 4 1 0	 12 3 0 1 1 0 0
Med. lijst bij opname **Ja** **Nee**	 18 2	 9 8
Med. meegekregen bij ontslag? **Ja** **Nee** **Voor gemiddeld aantal dagen**	 6 14 1,8	 4 13
Voorschriften bij ontslag **Ja** **Nee**	 16 4	 15 2
Huisarts ontslagbrief gekregen **Ja** **Nee**	 17 3	 14 3
Soort ontslagbrief **-Via patiënt** **-Post** **-Elektronisch**	 9 0 10	 6 0 10

Ontslagmedicatie in ontslagbrief? **Ja** **Nee**	17 3	14 3
Patiënt ontslagmedicatiefiche? **Ja** **Nee**	15 5	15 2
Advies huisarts contacteren na ontslag? **Ja** **Nee**	14 6	8 9

Tabel 2: Verdeling voorkomen DRPs

DRP	**Controlegroep**	**DRPs tijdens screening**	**DRPs na screening**
Niveau patiënt	**5**	**0**	**0**
Geen inname med.	2	0	0
Inname ondanks stop ZH	1	0	0
Foute dosis	1	0	0
Fout tijdstip	1	0	0
Niveau Ziekenhuis	**10**	**6**	**1**
Med. niet in ontslagbrief	3	0	0
Foute dosis	1	0	0
Dubbelmedicatie	2	0	0
Geen Bf-attest	1	0	1
Onvoldoende uitleg aan patiënt	3	5	0
Geen voorschrift		1	0
Andere	**0**	**0**	**1**

6 Evaluatie interventie

Door middel van dit praktijkverbeterend project hebben we geprobeerd om in onze praktijk DRPs zo snel mogelijk na ontslag uit het ziekenhuis op te sporen.

Een eerste onderdeel van dit praktijkverbeterend project bestaat uit het bijhouden van een opnamelijst van patiënten ouder dan 65 jaar die op dat moment in het ziekenhuis verbleven.
Het maken en up to date houden van deze lijst verliep vlot.
Opname in het ziekenhuis kan zowel na verwijzing als op eigen initiatief van de patiënt. Omdat er in onze praktijk 3 maal per week patiëntenoverleg is, worden hier patiënten die door ons verwezen werden naar het ziekenhuis besproken. Op deze momenten werd de opnamelijst aangevuld. Bij patiënten die tijdens een wachtdienst verwezen werden naar het ziekenhuis, wordt nadien altijd een verslag van de consultatie gemaakt door de wachtarts, dewelke dan naar de huisarts van de patiënt gestuurd wordt. Op die manier worden collega's op de hoogte gehouden van patiënten die tijdens het weekend of 's nachts naar het ziekenhuis verwezen werden. Deze verslagen worden in onze praktijk iedere dag gelezen, waarna een aanpassing van de opnamelijst volgde.
Ten slotte kunnen patiënten ook zonder verwijzing opgenomen worden in het ziekenhuis. Een ongeplande opname gebeurt vaak via spoedgevallen, waarbij ook hier de huisarts een verslag krijgt en op die manier op de hoogte gesteld wordt van de opname van de patiënt. Bij patiënten die opgenomen werden voor bijv. een operatie en dus niet via de dienst spoedgevallen opgenomen worden, volgt er ook een opnamemelding of operatieverslag. Omdat deze opnamelijst iedere dag bijgewerkt werd na het lezen van de ontvangen verslagen, was deze altijd up-to-date.

Ik vond het hebben van deze opnamelijst zeker nuttig. In deze lijst stond de naam van de patiënt, de opnamedatum en een diagnose zo deze gekend was. Op deze manier was er altijd een accuraat overzicht van opgenomen patiënten. Vooral voor patiënten die een langere tijd werden opgenomen in het ziekenhuis.

Enkele **voordelen** aan het hebben van dergelijke opnamelijst:
- Informatieoverdracht naar collega's tijdens verlofperiodes verliep vlotter. Er kon sneller overlopen worden wie ondertussen ontslagen werd uit het ziekenhuis en wie werd opgenomen. Zonder de opnamelijst werd informatie over sommige patiënten wel eens vergeten over te dragen.
- Patiënten die gedurende een langere periode opgenomen werden in het ziekenhuis, werden op deze manier ook intenser opgevolgd. Bij patiënten die langer dan verwacht opgenomen waren, kon de familie, de ziekenhuisarts,.. opgebeld worden om te informeren naar de toestand en vermoedelijke ontslagdatum van de patiënt.
-Het opstellen en up to date houden van de opnamelijst was niet tijdrovend. Omdat deze lijst een accuraat overzicht geeft dat in een oogopslag geraadpleegd kan worden, geeft het net tijdswinst bij het zoeken naar informatie over opgenomen patiënten.
-Bij patiënten met een hoge zorg waarbij bijv. een vast maandelijks huisbezoek op de agenda staat, kan aan de hand van de opnamelijst snel gezien worden of de patiënt nog opgenomen is in het ziekenhuis. Onnodige huisbezoeken kunnen op deze manier geminimaliseerd worden.

Nadelen van een opnamelijst:
-Moet door alle collega's in de praktijk up to date gehouden worden.

Het invoeren van een opnamelijst is een zeer nuttig hulpmiddel om een accuraat overzicht te hebben van patiënten opgenomen in het ziekenhuis. Dit overzicht is niet tijdrovend en brengt heel wat voordelen met zich mee.
We zijn het er in onze praktijk over eens dat de opnamelijst een hulpmiddel is dat we in de toekomst zeker verder zullen gebruiken

Een tweede onderdeel van onze interventie is het contacteren van patiënten na ontslag uit het ziekenhuis om DRPs te detecteren.

Bij patiënten die door ons verwezen werden naar het ziekenhuis, werd duidelijk gevraagd aan de patiënt, partner en/of mantelzorger om de praktijk meteen te contacteren van zodra de patiënt ontslagen werd uit het ziekenhuis. Ook patiënten die bijv. bij een geplande opname voor een operatie langstkwamen voor een preoperatief onderzoek, werd gevraagd om contact op te nemen op de dag van ontslag uit het ziekenhuis.
Bij patiënten die in een rusthuis verbleven, is het de rusthuisverpleegkundige de contact opneemt met de huisarts op de dag van ontslag uit het ziekenhuis. Dit gebeurde reeds op deze manier, voor het van start gaan van dit praktijkverbeterende project.
Bij patiënten die op eigen initiatief of na doorverwijzing door een wachtarts naar het ziekenhuis gingen, werd een partner of familie gevraagd om contact op te nemen met de huisarts als de patiënt ontslagen werd uit het ziekenhuis.
De patiënten die toch geen contact opnamen met de praktijk na ontslag uit het ziekenhuis, werden door ons gecontacteerd van zodra bekend was dat zij ontslagen werden. De manier waarop de huisarts dit te weten kwam, was meestal door middel van een elektronische ontslagbrief of door familie/mantelzorgers van de patiënt.
Er zijn echter wel enkele punten om dit onderdeel meer werkbaar te maken in de praktijk.

Het contacteren van patiënten na ontslag uit het ziekenhuis, zou op een meer gestandaardiseerde manier moeten gebeuren. Op dit moment zijn wij, als huisarts, nog te zeer afhankelijk van de patiënt zelf of het ziekenhuis om op de hoogte gesteld te worden van het ontslag van de patiënt.

Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn om het sensibiliseren van patiënten nog verder uit te breiden door bijv. posters in de praktijk of brieven aan de patiënt. Hierbij is het uiteraard de patiënt die de eerste stap moet zetten om de huisarts te contacteren. Het blijft natuurlijk de vraag of patiënten die niet veel interesse tonen in hun medicatieschema en therapietrouw, de huisarts zouden contacteren om hun medicatieschema na ontslag uit het ziekenhuis te bespreken.

Een andere manier om op de hoogte gebracht te worden van het ontslag van patiënten is via het ziekenhuis. Zo zou de hoofdverpleegkundige van de afdeling waarvan de patiënt opgenomen is, de dag voor ontslag de huisarts op de hoogte kunnen brengen van het naderende ontslag van de patiënt. Afspreken met de naburige ziekenhuizen om steeds de dag van ontslag een elektronische ontslagbrief naar de huisarts te sturen, zou natuurlijk ook een oplossing kunnen zijn. Op die manier wordt de huisarts altijd op dezelfde dag nog op de hoogte gesteld van het ontslag van de patiënt, waarna de huisarts zelf contact op kan nemen met de patiënt.

Om dit te kunnen doen moet er wel altijd een correct telefoonnummer in het patiëntendossier staan. Bij patiënten met een hoge zorg, waarbij altijd op huisbezoek gegaan wordt, ontbreekt dit echter soms.

Ook het screenen naar DRPs zelf tijdens het telefonische gesprek gebeurt niet op een gestandaardiseerde manier en is gebaseerd op het oordeel van de huisarts.
Een patiënt die geen enkele twijfel heeft bij zijn medicatieschema maar zijn medicatie toch fout inneemt, zal door middel van telefonische screening waarschijnlijk niet beoordeeld

worden als een risicopatiënt voor het hebben van een DRP door de huisarts.

Een andere mogelijkheid is het telefonische contact overslaan en bij iedere patiënt die ontslagen is uit het ziekenhuis op huisbezoek gaan of een raadpleging plannen. Omdat we met dit project vooral willen screenen naar DRPs is het van het grootste belang dat dit zo snel mogelijk na ontslag uit het ziekenhuis gebeurt. De dag van ontslag is echter al een zeer belastende dag voor zowel de patiënt als zijn familie. De praktische haalbaarheid van een extra consultatie bij de huisarts op de dag van ontslag is betwistbaar.

Ook de praktische haalbaarheid voor de huisarts werd bij ons in de praktijk in twijfel gesteld.

We zijn er echter wel van overtuigd dat het screenen naar DRPs zeer nuttig kan zijn. Dit zou echter op een gestandaardiseerde manier bij iedere patiënt moeten kunnen gebeuren. Om niet afhankelijk te zijn van de goodwill van patiënten, lijkt het ons het best als de huisarts contact opneemt met de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis. Afspreken met ziekenhuizen dat de dag van ontslag een ontslagbrief gestuurd wordt naar de huisarts, lijkt ons hiervoor de meest efficiënte oplossing. Als deze brief omwille van praktische redenen niet klaar zou zijn, zou een korte ontslagmelding naar de huisarts gestuurd moeten worden die ten minste de ontslagmedicatiefiche van de patiënt bevat. Om de patiënten nadien op te kunnen bellen, zouden de telefoonnummers in de patiëntendossiers nagekeken moeten worden. Om de screening zelf meer gestandaardiseerd te maken zou een flowchart gemaakt kunnen worden, dat nadien door iedere arts gevolgd wordt.

Mits deze aanpassingen aan onze oorspronkelijke interventie worden doorgevoerd, zou deze in de dagelijkse werking van onze praktijk ingevoerd kunnen worden en een meerwaarde betekenen in de continue medicamenteuze zorg voor patiënten. Wij hadden daarnaast ook de indruk dat patiënten en hun familie erg tevreden reageerden op deze screening naar DRPs door de huisarts. Dit werd echter niet op een objectieve manier gemeten.

7 Discussie

Dat de continuïteit van de medicamenteuze behandeling van patiënten belangrijk is, spreekt voor zich. Bij de overgang tussen het ziekenhuis en de thuissituatie loopt het echter vaak mis op dit punt. Dit blijk ook uit onderzoeken naar het voorkomen van DRP's bij ontslag uit het ziekenhuis. Cijfers variëren tussen 14,1% en zelfs 92%. De grote variatie in deze cijfers kan verklaard worden door het verschil in studiedesign en outcomes. Deze problemen liggen zowel op niveau van de patiënt zelf, als op niveau van het ziekenhuis. Dit kwam ook naar boven in ons praktijkverbeterend project, waarbij voor het invoeren van onze interventie bij de helft van de patiënten een DRP naar boven kwam. Deze DRPs bevonden zich bij 4 patiënten op vlak van de patiënt, bij 8 patiënten op vlak van het ziekenhuis. Dit maakt het natuurlijk complexer om een oplossing te zoeken, die het ontstaan van DRPs moet tegengaan.

In de literatuur werd ook wat onderzoek gedaan naar risicofactoren die de continuïteit in medicamenteuze zorg en therapietrouw van patiënten na ontslag uit het ziekenhuis, beïnvloeden. Zo kwamen onder andere het hebben van meer dan 7 soorten medicatie, veranderingen in het medicatieschema tijdens opname in het ziekenhuis en het niet zien van de huisarts binnen de maand na ontslag uit het ziekenhuis naar boven. Uit ons onderzoek bleek dat patiënten gemiddeld 5 dagen na ontslag gezien werden door de huisarts. Er was niemand die de huisarts meer dan een maand na ontslag uit het ziekenhuis voor de eerste keer consulteerde. Een bevorderende factor inzake therapietrouw na ontslag uit het ziekenhuis, zou een goede communicatie zijn. Het geven van informatie over het medicatieschema is onontbeerlijk en nog een groot werkpunt op dit moment. Zo toonde een studie aan dat bij 35% van de patiënten nood was aan het geven van uitleg over het medicatieschema. Ook een andere studie over de therapietrouw van patiënten na ontslag uit het ziekenhuis, suggereerde

meer uitleg als oplossing.

Met ons praktijkverbeterend project hebben we hier enigszins op ingespeeld. Hoewel er geen enkele patiënt pas een maand na ontslag door de huisarts gezien werd, is het, voor de screening naar DRPs en het oplossen hiervan, van het grootste belang dat dit zo snel mogelijk na ontslag gebeurt. Ook de communicatie tussen huisarts en patiënt werd door ons praktijkverbeterend project gestimuleerd. Zo kon er op deze manier zeer laagdrempelig bevraagd worden of patiënten vragen hebben bij hun medicatieschema en kan er makkelijk extra uitleg gegeven worden indien nodig.

Uit onze literatuurstudie, bleek vooral onderzoek te zijn gedaan naar de rol van een klinische apotheker in de continuïteit van medicamenteuze behandeling bij ontslag uit het ziekenhuis. Individuele studies die het effect van de implementatie van een klinisch apotheker bestudeerden, konden vaak goede resultaten voorleggen. Systematische reviews en een meta-analyse, konden echter geen statistisch significant verschil aantonen. Een studie waarbij de huisarts deze rol op zich nam, werd niet gevonden. Ook studies die het effect van telefonische opvolging van de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis bestudeerden, waren niet inconclusief. Een klinisch apotheker zou natuurlijk ook de taak van screening naar DRPs na ontslag uit het ziekenhuis op zich kunnen nemen. Een groot pluspunt van onze interventie is echter wel net de persoonlijke aanpak. Zo is de huisarts veel beter op de hoogte van de zowel de sociale omkadering van de patiënt, mogelijke intellectuele beperkingen van de patiënt en zijn nood aan informatie. Zo kan de huisarts beter dan een klinisch apotheker, die de patient voordien nog nooit gezien heeft, oordelen of het bijv. volstaat om mondelinge informatie te geven, of ook schriftelijke aanwijzingen gegeven moeten worden. De huisarts kan daarenboven ook beter inschatten of deze informatie over best aan de patiënt zelf gegeven wordt, of ook thuisverpleegkundigen, mantelzorgers,.. betrokken moeten worden.

Van de andere mogelijke oplossingen om de transmurale zorg te verbeteren, die aangehaald werden in de studie door het kenniscentrum, zijn ondertussen heel wat initiatieven in werking getreden.

Sinds 1 november kunnen huisartsen een nieuw nomenclatuurnummer aanrekenen voor een ongewone raadpleging of een ongewoon huisbezoek. Een bedrag van 20 euro kan zo extra aangerekend worden bij patiënten die een eerste keer worden opgenomen in een rusthuis en bij patiënten ouder dan 75 die thuiskomen na een ziekenhuisopname van meer dan 14 dagen. De patiënt krijgt dit supplement volledig terugbetaald. Op die manier worden huisartsen gestimuleerd, maar ook beloond voor het begeleiden van de patiënt bij thuiskomst en het geven van extra uitleg rond bijv. medicatie.

Ook op vlak van een elektronisch platform, waarop alle zorgverleners, mits toestemming van de patiënt, medische informatie kunnen raadplegen, werden de voorbije jaren de eerste stappen gezet. Zo werd vitalink ontwikkeld door de Vlaamse overheid, een elektronisch platform waarop hulpverleners informatie over hun patiënten eenvoudig en veilig kunnen delen. Op dit moment kunnen de vaccinatiestatus, medicatie, bevolkingsonderzoeken en een samenvatting van het patiëntendossier van de huisarts gedeeld worden. Hiervoor geeft de patiënt eerst toestemming, hij bepaalt wie deze gegevens kan raadplegen en kan ook altijd zelf deze informatie bekijken. De samenvatting van medische gegevens uit het patiëntendossier wordt een Sumehr (Summarized Electronic Health report) genoemd, en het is de taak van de huisarts om deze informatie beschikbaar te stellen via Vitalink.

Om huisartsen hier extra toe te stimuleren was er tot 2016 een Sumehr-premie van 500 euro voor artsen die Sumehrs opladen en toegankelijk maakten. Deze premie verdween niet in

2016, maar zit momenteel vervat in een geïntegreerde premie voorzien ter ondersteuning van de praktijk en van het gebruik van ehealthdiensten. Hoewel huisartsen op dit moment dus volop bezig zijn met het beschikbaar stellen van deze medische gegevens, wordt deze toepassing op dit moment zeker nog niet ten volle benut. Zo wordt er op dit moment in bijv. ziekenhuizen maar weinig gekeken naar deze informatie. Deze functie meer uitbreiden, zodat bijv. ook specialisten tijdens een ziekenhuisopname een nieuwe diagnose reeds gecodeerd in Vitalink zetten, zou ervoor kunnen zorgen dat de communicatie tussen specialisten en huisartsen nog sneller en makkelijker verloopt. Ook de mogelijkheid tot het uitwisselen van medicatieschema's van de patiënt, wordt op dit moment nog niet optimaal benut. [21]

Een ander punt dat door de focusgroepen werd aangehaald als mogelijke oplossing is het elektronisch voorschrift. Ook dit is sinds 2017 in werking getreden. Op dit moment zijn het echter vooral huisartsen die hiermee werken, de implementatie in ziekenhuizen is nog volop bezig. Vanaf 2018 zal het elektronisch voorschrift echter de regel worden, hoewel papieren voorschriften dan natuurlijk wel blijven gelden in noodsituaties. Waar de patiënt op dit moment nog een bewijs van elektronisch voorschrift meekrijgt met hierop een barcode die de apotheker toegang geeft tot het echte elektronische voorschrift, zal dit in de toekomst allemaal met de identiteitskaart van de patiënt gebeuren. [22]

Dat er aan onze interventie, hoe deze in dit praktijkverbeterend project werd ingevoerd, nog werkpunten zijn, werd reeds aangehaald. Ook ons literatuuronderzoek bevat enkele zwaktes.
In de literatuur werden geen gelijkaardige studies gevonden, zo werd voornamelijk de rol van de klinisch apotheker in het opsporen van DRPs reeds onderzocht. Daarnaast is het vakgebied van de klinische farmacie, is in heel wat Europese landen, Canada en de VS niet weg te denken uit de transmurale zorg, in België daarentegen staat deze implementatie nog in zijn

kinderschoenen. Betrouwbare conclusies trekken uit onze data en deze statistisch analyseren streeft het doel van dit praktijkverbeterend project voorbij. Bovendien gaan de gegevens over patiënten die uit ziekenhuizen uit de buurt ontslagen werden. Mogelijke locoregionale verschillen tussen ziekenhuizen, kunnen een grote invloed hebben op het onstaan van DRPs, wat maakt dat we deze gegevens ook niet kunnen extrapoleren naar België. Onder de artikels die in het literatuuronderzoek geïncludeerd werden, was er een sterke heterogeniteit. Ook methodologisch was niet iedere studie even sterk. Zo waren de gebruikte eindpunten vaak verschillend of bestonden de studies vaak uit kleine patiëntenaantallen.

De verscheidenheid aan onderzoeken en projecten die rond dit onderwerp reeds liepen, tonen aan dat er heel wat interesse is om de kwaliteit van transmurale zorg op vlak van medicatie te verbeteren. Toch is het door de heterogeniteit van studies moeilijk om conclusies te trekken en algemene aanbevelingen te doen. Door de complexiteit van dit hele proces, en de verschillende actoren die hierin een rol spelen en elk hun gedeelde verantwoordelijkheid hebben, is het dan ook bijzonder moeilijk om hier onderzoek naar te doen. Een grootschalige studie, bij voorkeur volgens het MRC-framework, kan kwalitatief belangrijke gegevens opleveren.

8 Besluit

DRPs na ontslag uit het ziekenhuis bij ouderen zijn nog steeds een groot probleem, ondanks enkele initiatieven die de laatste jaren in ons land werden ingevoerd. Door de complexiteit van het hele proces van transmurale medicamenteuze zorg voor de patiënt, is het niet eenvoudig om oplossingen te vinden die DRPs doen verdwijnen. Met dit praktijkverbeterend project hebben we geprobeerd om te screenen naar DRPs na ontslag uit het ziekenhuis bij patiënten van 65 jaar en ouder. Door dit screenen zo snel mogelijk na ontslag van de patiënt te laten gebeuren, kunnen eventuele DRPs door de huisarts meteen opgelost worden, reeds voordat zij de gezondheid van de patiënt schade kunnen toebrengen. Op die manier kan de transmurale medicamenteuze zorg voor de patiënt verbeterd worden. Mits enkele aanpassingen aan onze interventie, kan deze geïmplementeerd worden in onze praktijk.

9 Bronnenlijst:

1. Blix H, Viktil K, Moger T et al. Characteristics of drug related problems, discussed by hospital pharmacists in multidisciplinary teams. Pharm World Sci 2006; 28: 152-158.

2. Spinewine A, Foulon V, Claeys C, Delepeleire J, Chevalier P, Desplenter F, De Winter S, Dumont C, Lacour V, Simoens S, Dubois C, Paulus D. Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis. Health Services Research (HSR). Brussel:Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 131A. D/2010/10.273/37. Internet site Federale Overheidsdienst, Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu 2011. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_131a_continu%C3%AFteit_van_de_medicamenteuze_behandeling_0.pdf. Laatst geraadpleegd op 2017 maart 19.

3. Daenen E. 2011. Geneesmiddelenproblematiek na ontslag uit het ziekenhuis bij personen van 65 jaar en ouder. Niet gepubliceerde mastherproef huisartsgeneeskunde, VUB, 75p.

4. Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min SJ. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. Arch Intern Med 2005; 165:1842-1847

5. Lancaster R, Marek KD, Bub LD, Stetzer F. Medication regimens of frail older adults after discharge from home health care. Home healthc nurse 2014 oct; 32:536-542

6. Ensing HT, Koster ES, van Berkel PI, van Dooren AA, Bouvy ML. Problems with continuity of care identified by community pharmacists post-discharge. J Clin Pharm Ther 2016 Dec10 doi: 10.1111/jcpt.12488. [Epub ahead of print]

7. Pasina L, Brucato AL, Falcone C, Cucchi E, Bresciani A, Sottocorno M, Taddei GC, Casati M, Franchi C, Djade CD, Nobili A. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. Drugs Aging 2014 apr; 31(4):283-289.

8. Mansur N, Weiss A, Hoffman A, Gruendewald T, Beloosesky Y. Continuity and adherence to long-term drug treatment by geriatric patients after hospital discharge: a prospective cohort study. Drugs Aging 2008;25(10):861-870

9. Osorio SN, Abramson E, Pfoh ER, Edwards A, Schottel H, Kaushal R. Risk factors for unexplained medication discrepancies during transitions in care.Fam Med. 2014 Sep; 46(8):587-596

10. Munday A, Kelly B, Forrester JW, Timoney A, Mcgovern E. Do general practitioners and community pharmacists want information on the reasons for drug therapy changes implemented by secondary care? Br J Gen Pract 1997 sep; 47 (422): 463-566

11. Braet A, Weltens C, Serneus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. JBI Database System Implement Rep 2013 feb; 14(2):106-173

12. Knight DA, Thompson D, Mathie E, Dickinson A. 'Seamless care? Just a list would have helped!' Older people and their carer's experiences of support with medication on discharge home from hospital. Health Expect 2013 sep; 16(3): 277-291

13. Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E, Manfrin M. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. J Clin Nurs 2009 Sep; 18(18):2539-2546

14. Jayakody A, Bryant J, Carey M, Hobden B, Dodd N, Sanson-Fisher R. Effectiveness of interventions utilising telephone follow up in reducing hospital readmission within 30 days for individuals with chronic disease: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2016; 16: 403.

15. Weisman DS, Bashir L, Mehta A, Bhatia L, Levine SM, Mete M, Padmore JS. A medical resident post-discharge phone call study. Hosp Pract (1995). 2012 Apr;40(2):138-46. doi: 10.3810/hp.2012.04.979.

16. Gardella JE, Cardwell TB, Nnadi M. Improving medication safety with accurate preadmission medication lists and postdischarge education. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2012 Oct;38(10):452-8.

17. Moro Agud M, Menendez Colino R, Mauleon Ladrero Mdel C, Ruano Encinar M, Diez Sebastien J, Villamanan Bueno E, Herrero Ambrosio A, Gonzalez Montalvo J. Analysis of an electronic medication reconciliation and information at discharge programme for frail elderly patients. Int J Clin Pharm. 2016 Aug;38(4)996-1001.

18. Ensing HT, Stuijt CC, van den Bemt BJ, van Dooren AA, Karapinar-Çarkit F, Koster ES, Bouvy ML. Identifying the Optimal Role for Pharmacists in Care Transitions: A Systematic Review. J Manag Care Spec Pharm.2015Aug;21(8):641-636.

19. Mekennon AB, McLachlan AJ, Brien JA. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2016 Feb 23;6(2):e010003. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010003.

20. Rijksinstituut voor verzekering en invaliditeit. 2017. Een minimumpercentage goedkope geneesmiddelen voorschrijven. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/minimumpercentage-goedkope-geneesmiddelen-voorschrijven-antwoorden-meest-gestelde-vragen-(FAQ).aspx#.WOqaGfnyiM8. Laatst geraadpleegd op 2017 maart 20.

21. Rijksinstituut voor verzekering en invaliditeit. 2017. Sumehr-premie. huisartsgeneeskunde.Beschikbaarvia:http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/Paginas/sumehr-premie-huisartsgeneeskunde.aspx#.WOD3TvnyiM9. Laatst geraadpleegd op 2017 maart 20.

22. Rijksinstituut voor verzekering en invaliditeit. 2017. Het elektronisch voorschrift: wijzigingen op 01.01.2017.Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/geneesmiddel-voorschrijven/Paginas/elektronisch-voorschrift-wijzigingen-20170101.aspx#.WOEIE_nyiM8. Laatst geraadpleegd op 2017 maart 26.

10 Bijlagen

Bijlage 1: informatieformulier

Vrije Universiteit Brussel

Beste patiënt,

Ik ben Dr. Karen Leeten en ben op dit moment werkzaam als huisarts in opleiding in huisartsenpraktijk 'De Berm' te Paal. In het kader van deze opleiding doe ik een onderzoek naar de geneesmiddelenproblematiek na ontslag uit het ziekenhuis.

Het correct innemen van medicatie is natuurlijk erg belangrijk. Toch toont onderzoek aan dat er zich na ontslag uit het ziekenhuis problemen rond geneesmiddelen voordoen.
Door middel van dit onderzoek willen wij in onze praktijk nagaan of, en welke geneesmiddelenproblemen zich voordoen na uw ontslag uit het ziekenhuis. Daarom zal uw huisarts na uw ontslag een vragenlijst invullen over uw medicatie. Op die manier hopen wij meer inzicht te krijgen in mogelijke problemen en hun ontstaan. Zo kunnen wij zoeken naar oplossingen om deze problemen te voorkomen. Dit alles met het oog op het bieden van een nog betere zorg voor u als patiënt!
Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Indien u wenst mee te werken aan dit onderzoek, gelieve dan voor deelname uw schriftelijke toestemming te geven via bijgevoegd formulier.
Wij garanderen u natuurlijk een anonieme verwerking van de resultaten.

Bij vragen kan u steeds opnemen met Dr. Karen Leeten via: karen.leeten@student.kuleuven.be. Dringende vragen kunnen beantwoord worden op volgend nummer: 0477/969673

Bedankt om mee te werken aan ons onderzoek.

Prof. Dr. Jan Vandevoorde, Dr. Jan Behets, Dr. Karen Leeten

Bijlage 2: enquêteformulier

Geneesmiddelenproblematiek na ontslag uit het ziekenhuis, bij personen van 65 jaar en ouder

Inclusie	
Patiënten ouder dan 65 jaar die ontslagen werden uit het ziekenhuis. ***Exclusie-criteria*** **Daghospitalisatie (geen overnachting).** **Patiënten die na ontslag uit het ziekenhuis eerst in een revalidatie-centrum verbleven.**	
Patiëntgegevens	
Leeftijd patiënt	
geslacht (M/V)	
Leefsituatie patiënt	
Thuiswonend alleen	
Thuiswonend met partner	
Bij ouders of kinderen	
Rusthoord/RVT	
Andere:	
Omkadering patiënt	
Mantelzorger	
Kinderen	
Thuisverpleegkundige	
Vrienden/kennissen	
Andere:.....	
Wordt medicatie klaargezet? (J/N)	
Zo ja, door wie?	
Patiënt zelf	
Familie	
Thuiszorg	
Andere:.....	
Gegevens ivm ziekenhuisopname	
Datum opname in het ziekenhuis	. . / . . / 20 . .
Datum ontslag uit het ziekenhuis	. . / . . / 20 . .
Datum eerste contact tussen patiënt en huisarts (na ontslag)	. . / . . / 20 . .
Reden van het eerste arts-patiëntcontact na ontslag? *(Meerdere antwoorden zijn mogelijk.)*	
Controle na hospitalisatie	
Gewone geplande vervolgraadpleging bij de huisarts	
Medicatievoorschrift	
Medisch probleem gerelateerd aan de hospitalisatie	
Medisch probleem niet gerelateerd aan de hospitalisatie	
Verwijderen hechtingsmateriaal	
Andere:	
Had patiënt bij opname accurate medicatielijst mee? (J/N)	
Gegevens ivm geneesmiddelen (GM) na ontslag	
Heeft de patiënt medicatie meegekregen uit het ziekenhuis? (J/N/?)	
Indien ja, voor hoeveel dagen?	
Heeft de patiënt geneesmiddelenvoorschriften meegekregen uit het ziekenhuis? (J/N/?)	
Heeft u al een ontslagbrief ontvangen op het moment van het eerste contact met de patiënt? (J/N/?)	
Indien ja — Meegegeven aan de patiënt	
Gestuurd via de post	
Gestuurd via elektronische weg	
Bevat de ontslagbrief informatie over de ontslagmedicatie (J/N/?)	
Indien ja — Informatie is correct en volledig	
Informatie is niet correct, onvolledig of onleesbaar	
Heeft de patiënt een medicatieschema meegekregen uit het ziekenhuis? (J/N/?)	
Heeft de patiënt het advies gekregen de huisarts te contacteren na ontslag uit het ziekenhuis? (J/N/?)	

Opmerkingen:

.....

.....

.....

Gegevens ivm geneesmiddelenproblematiek (DRP = drug related problem)	
Heeft u DRPs vastgesteld? (J/N)	
Indien ja, welke DRPs? *(meerdere antwoorden zijn mogelijk.)*	
Op het niveau van de patiënt (de patiënt is de oorzaak van DRPs)	
De patiënt neemt de voorgeschreven medicatie niet in.	
Wegens te duur	
Wegens neveneffecten/intolerantie	
Wil het niet nemen, gelooft er niet in	
Andere reden:	
Thuismedicatie die door de ziekenhuisarts gestopt werd, wordt door de patiënt toch nog ingenomen.	
De patiënt neemt een andere dosis dan die, voorgeschreven in het ziekenhuis, terwijl de ziekenhuisarts wel de juiste dosis heeft voorgeschreven.	
De patiënt neemt de medicatie op het verkeerde tijdstip, terwijl de ziekenhuisarts wel het juiste tijdstip heeft voorgeschreven.	
Op het niveau van de instelling/ziekenhuisarts (de instelling/ziekenhuisarts is de oorzaak van DRPs)	
Thuismedicatie die de patiënt dient verder te nemen, staat niet in de ontslagbrief/het ontslagschema.	
Medicatie is voorgeschreven ondanks contra-indicaties, allergieën of intoleranties.	
Medicatie is voorgeschreven ondanks interacties (bvb. met de thuismedicatie).	
De voorgeschreven dosis is niet correct.	
Het voorgeschreven tijdstip van inname is niet correct.	
Dubbelmedicatie is voorgeschreven *(bvb. merkproduct + generiek van hetzelfde geneesmiddel of meerdere geneesmiddelen van eenzelfde klasse zonder duidelijke rationale).*	
Voorgeschreven medicatie is uit de handel genomen.	
Het medicatieschema van de patiënt komt niet overeen met de medicatie vermeld in de ontslagbrief.	
Er werden geen voorschriften meegegeven aan de patiënt.	
De voorschriften meegegeven in het ziekenhuis komen niet overeen met de medicatie vermeld in de ontslagbrief en/of het medicatieschema van de patiënt.	
De meegegeven medicatie in het ziekenhuis komt niet overeen met de medicatie vermeld in de ontslagbrief, het medicatieschema en/of de voorschriften van de patiënt.	
Bf-attesten zijn niet in orde.	
Er is onvoldoende rekening gehouden met de cognitieve dysfuncties van de patiënt.	
Er is onvoldoende rekening gehouden met visus- of motorische problemen van de patiënt.	
Er is onvoldoende rekening gehouden met een taalprobleem tussen de patiënt en de zorgverstrekker in het ziekenhuis.	
Er is geen duidelijke informatie gegeven door de zorgverstrekker in het ziekenhuis.	
Heeft u nog andere DRPs vastgesteld? (J/N)	
Indien ja, welke?	
Hoe schat u zelf de ernst van de belangrijkste DRP in?	
Banaal	
Potentieel gevaarlijk	
Levensbedreigend	
Welke actie(s) werden ondernomen?	
Geen enkele	
U hebt zelf contact opgenomen met het ziekenhuis	
U hebt de patiënt aangeraden contact op te nemen met het ziekenhuis	
U hebt zelf informatie ingewonnen bij de apotheker	
U hebt de patiënt aangeraden informatie in te winnen bij de apotheker	
U hebt zelf een oplossing gezocht voor de Bf-attesten die niet in orde zijn	
U hebt wijzigingen aangebracht in de medicatie	
De patiënt heeft zelf het probleem opgelost	
U hebt de patiënt opnieuw laten opnemen in het ziekenhuis owv DRP	
Andere:	

Bijlage 3: Goedkeuring ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. J. VANDEVOORDE
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissieethiek@uzbrussel.be

Brussel, 23-03-2016

Ons Kenmerk: 2016/101

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Geneesmiddelenproblematiek na ontslag uit het ziekenhuis bij personen van 65 jaar en ouder, een praktijkverbeterend project
B.U.N. 143201627972

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van **23 maart 2016**

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

Bijlage 4: Protocol thesis

Geneesmiddelenproblematiek na ontslag uit het ziekenhuis bij personen van 65 jaar en ouder, een praktijkverbeterend project.

Vraagstelling:

Met dit praktijkverbeterend project willen we achterhalen, of en welke problemen zich voordoen op vlak van medicatie na ontslag uit het ziekenhuis, bij patiënten in onze praktijk, ouder dan 65 jaar.

We proberen een antwoord te formuleren op volgende onderzoeksvragen:

- Wat is de aard en de frequentie van Drug Related Problems (DRPs) na ontslag uit het ziekenhuis in onze praktijk?
- Welke factoren hebben een invloed in het ontstaan van DRPs na ontslag uit het ziekenhuis?
- Wat kunnen we in onze praktijk verbeteren om het ontstaan van DRPs tegen te gaan?
- Heeftde samenwerking tussen ziekenhuis en de huisartsenpraktijk een invloed in het ontstaan van DRPs en hoe kan deze verbeterd worden?

Geplande methode:

Voor dit kwaliteitsbevorderend project zullen enquêtes afgenomen worden in onze praktijk. Enkele praktijken in de buurt waarmee samengewerkt wordt, zullen ook gecontacteerd worden met de vraag of zij mee willen participeren.

Door middel deze enquêtes zal tussen 01/06/2016 en 01/09/2016 gepeild worden naar Drug

related problems bij patiënten ouder dan 65 jaar na ontslag uit het ziekenhuis. Deze papieren enquête zal ingevuld worden door de huisarts die de patiënt de eerste maal ziet na ontslag uit het ziekenhuis.

Nadien worden alle data verzameld en zal een visgraatdiagram opgesteld worden om op die manier de factoren die een rol spelen in het ontstaan van deze DRPs te distilleren. Afhankelijk van deze resultaten wordt een interventie gekozen die een mogelijks positieve invloed heeft op het ontstaan van DRP's. Deze interventie zal, afhankelijk van de resultaten op praktijkgebied en/of ziekenhuisgebied plaatsvinden.

Hierna zal gekeken worden wat het effect is hiervan. Dit door dezelfde enquêtes opnieuw te laten invullen door huisartsen bij patiënten ouder dan 65 jaar na ontslag uit het ziekenhuis. Deze enquêtes zullen ingevuld worden van 01/10/2016 tot 01/01/2017.

Vervolgens zullen de verkregen resultaten vergeleken worden met de resultaten van voor de implementatie van de interventie.

1. <u>Inclusie/ exclusie</u>
   Alle patiënten ouder dan 65 jaar, die sinds ziekenhuisontslag, een eerste maal beroep doen op de huisarts kunnen deelnemen aan de studie, met uitz. van:
   - Daghospitalisatie (geen overnachting in het ziekenhuis)
   - Patiënten die na ontslag eerst in een revalidatiecentrum zijn opgenomen

   Er wordt duidelijk gesteld dat de huisarts de eerste arts moet zijn die door de patiënt wordt geraadpleegd na ziekenhuisontslag.

2. <u>Verwerking van de resultaten</u>
   De verwerking van de resultaten zal gebeuren met behulp van Excel en SPSS.