Medicatieregistratie bij rusthuispatiënten: Waar loopt het fout en hoe kan het bijhouden van medicatieschema's in het EMD van rusthuispatiënten geoptimaliseerd worden? Een exploratief onderzoek.

Christoph Goossens, UGent

Promotor: Pauline Boeckxstaens

Co-promotor: Ellis Van Daele

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar 2023 – 2024

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

DANKWOORD

Graag wil ik van deze gelegenheid gebruik maken om mijn oprechte dank uit te spreken aan de personen die hebben bijgedragen aan het tot stand komen van deze thesis en bij uitbreiding mij hebben helpen ontplooien tot de huisarts die ik vandaag (bijna) ben.

Allereerst bedank ik graag mijn promotor Pauline Boeckxstaens en mijn co-promotor Ellis Van Daele. Jullie ideeën en vermogen om orde te scheppen in de chaos hebben voor structuur gezorgd in de totstandkoming van dit werk.

Daarnaast wil ik mijn praktijkopleiders en collega's, Laure Carnol, Lieve Gijssels en Jolien Van Varenbergh van Huisartsen Pollare bedanken voor hun steun en flexibiliteit de afgelopen weken.

Tenslotte wil ik mijn partner, Louise De Clerck, ontzettend bedanken voor haar voortdurende steun en geduld gedurende mijn gehele opleiding. Wat zijn die jaren uiteindelijk gevlogen.

Zonder hen zou dit werk niet mogelijk zijn geweest.

ABSTRACT

INLEIDING

Rusthuisbewoners zijn een belangrijke en kwetsbare groep binnen de huisartsgeneeskunde. Er is vaak sprake van multimorbiditeit en polyfarmacie. Een correct medicatiebeleid is dan ook noodzakelijk om het risico op medicatiefouten en andere complicaties te verminderen. De rol van zorgverleners zoals huisartsen, apothekers en verpleegkundigen is cruciaal in het bewaken van het medicatiebeleid. Dit exploratief onderzoek kijkt hoe medicatieregistratie bij patiënten in het woonzorgcentrum (WZC) verloopt en op welke manier dit verbeterd kan worden in mijn huidige huisartsenpraktijk.

ONDERZOEKSVRAGEN

- Is er een verschil tussen het medicatieschema in het WZC en het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) van de huisarts in Huisartsenpraktijk Pollare en zijn deze verschillen relevant?
- Hoe denken huisartsen en andere zorgverleners betrokken bij het WZC over correcte medicatieschema's en hoe trachten ze deze bij rusthuispatiënten te bereiken?
- Hoe ver staat het met de implementering van gedeelde medicatieschema's tussen huisartsen en WZC?

METHODE

Voor dit exploratief onderzoek werd gebruik gemaakt van een mixed methods methode. In het kwantitatieve deel werden bij 25 patiënten verspreid over 3 WZC verbonden aan mijn huidige praktijk de medicatieschema's in het WZC en het EMD vergeleken. De resultaten werden subjectief geanalyseerd op klinische relevantie. Aan de hand van deze resultaten werd in het kwalitatieve deel middels semigestructureerde interviews samen met 7 hoofdverpleegkundigen, 2 apothekers en 3 huisartsen dieper ingegaan op hun rol bij medicatieregistratie in het WZC en het gebruik van een digitaal gedeeld medicatieschema.

RESULTATEN

Geen enkel medicatieschema kwam perfect overeen tussen het WZC en het EMD. Op het medicatieschema worden gemiddeld 12.16 medicamenten geregistreerd. Bij 4/25 (16%) patiënten stond > 50% van de medicatie die in het WZC gegeven wordt, ook correct in het EMD geregistreerd. Bij 8/25 (32%) patiënten was > 50% van de medicatie van het rusthuisschema niet aanwezig in het EMD. Op heden gebeurt het beheer van dossiers van rusthuispatiënten zowel op papier als digitaal. Uit interviews met betrokken zorgverleners bleek medicatieregistratie in het WZC een complex proces. Moeizame communicatie, versnippering van digitale (gedeelde) zorgdossiers en tijdgebrek verhogen de kans op slechte medicatieregistratie. Dit heeft invloed op telefonische communicatie tussen huisarts en het WZC en verwijzing naar 2de lijn, verhoogt de drempel tot het doen van een medicatiereview en verhoogt de kans op medicatiefouten.

DISCUSSIE

Gezien het medicatieschema in het WZC beheerd wordt, is correcte medicatieregistratie in het EMD in de praktijk minder belangrijk dan gedacht. Men kan het medicatieschema in het rusthuis raadplegen, bij telefonische contacten kan de verpleegkundige het schema overlopen en bij verwijzing naar het ziekenhuis wordt een kopie van in het WZC meegegeven. Inzetten op interdisciplinaire samenwerking en het inbouwen van regelmatig multidisciplinair overleg kan zorgen voor een goede basis voor het uitvoeren van een medicatiereview. Dit gebeurt in de betrokken WZC vaak nog niet gestructureerd. Een gedeeld digitaal medicatieschema zoals Vitalink, waarbij het schema uit het dossier in het WZC wordt geüpload, zou het EMD en het rusthuisdossier dichter naar elkaar toe kunnen brengen. Het uitgebreide aanbod aan softwareleveranciers en programma's staat integratie en implementatie van Vitalink in het WZC echter nog in de weg.

INHOUD

Dankwoord 3
Abstract 4
Inleiding 4
Onderzoeksvragen 4
Methode 4
Resultaten 4
Discussie 4
Inleiding 7
Vergrijzing 7
Multimorbiditeit en polyfarmacie 7
Rol van Vitalink 7
Impact op de huisarts 8
Onderzoeksvragen 8
Methode 9
1. Literatuurstudie 9
2. Kwantitatief onderzoek: Medicatieschema's 9
3. Kwalitatief onderzoek: Interviews met zorgverleners 10
Resultaten 10
Patiëntenpopulatie 10
Medicatieschema's 10
Vitalink 11
Interviews met zorgverleners 12
Dossierbeheer 12
Communicatie tussen zorgverleners 13
Medicatieveiligheid 14
Tweede lijn 15
Gedeelde patiëntendossiers 15
Discussie 16
Studiepopulatie 16
Relevantie medicatieregistratie in het EMD van de huisarts 16
Interdisciplinaire samenwerking 17
Digitale vooruitgang 17
Sterktes en zwaktes van de studie 18
Besluit 18
Referenties 19

Bijlagen 20
Bijlage 1: Gunstig advies Ethisch Comité 20
Bijlage 2: Informatie- en toestemmingsformulier 21
Bijlage 3: Interviewgids 23

INLEIDING

VERGRIJZING

Op 1 januari 2022 was 9,2% van de Belgische bevolking ouder dan 75 jaar. (1) Volgens een artikel door STATBEL telde in 2018 één 67-plusser voor 4 personen tussen 18 en 66 jaar. Die verhouding zou sterk toenemen tot 2040 en zich nadien stabiliseren op 1 voor 2,6 personen. (2)

Een betrekkelijk aandeel van deze populatie verblijft in een woonzorgcentrum (WZC). In 2007 woonde ongeveer 8% van de Belgische 65-plussers en 42% van de 85-plussers in een WZC. (3) In 2021 verbleef 13% van de mannelijke en 25% van de vrouwelijke bevolking van 85 jaar of ouder in een WZC. Deze aandelen zouden sinds 2010 aan het dalen zijn. (4)

MULTIMORBIDITEIT EN POLYFARMACIE

Ouderen hebben vaak meerdere chronische ziekten. Hierdoor nemen ze meestal meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd. We spreken van polyfarmacie wanneer iemand (chronisch) 5 of meer medicamenten inneemt. (5) Een andere definitie is 'het nemen van meer medicatie dan klinisch geïndiceerd'. (6) Polyfarmacie verhoogt het risico op bijwerkingen, fouten, interacties. Hierdoor verhoogt het risico op mortaliteit en stijgt de kans op ziekenhuisopname. (7, 8) Er zijn 3 manieren waarop medicatie verkeerd voorgeschreven kan worden: 'overprescribing', waarbij een medicament zonder indicatie wordt voorgeschreven; 'misprescribing', waarbij een medicament verkeerd wordt voorgeschreven ondanks een terechte indicatie; en 'underprescribing', waarbij medicatie, hoewel geïndiceerd, niet voorgeschreven wordt. (9)

Ouderen die in een WZC verblijven zijn vaak kwetsbaar. Ze zijn des te gevoeliger voor de risico's van polyfarmacie door leeftijdsgebonden farmacokinetische en -dynamische veranderingen. Daarnaast is een groot deel cognitief beperkter, waardoor ze medicatie-gerelateerde klachten moeilijker kunnen aangeven. (10) Er zijn verschillende tools ontwikkeld om het medicatiegebruik bij ouderen te evalueren. Zo zijn er de BEERS en de STOPP-START criteria. (9) Een belangrijke voorwaarde om deze tools te kunnen gebruiken is een correct medicatieschema.

ROL VAN VITALINK

Vitalink is een elektronische kluis ontwikkeld door de Vlaamse overheid. Via deze kluis kunnen zorgverleners digitale gegevens van hun patiënten eenvoudig met elkaar delen. Ze bevat vaccinaties, het medicatieschema, info rond bevolkingsonderzoeken, kinddossiers en een samenvatting van het patiëntendossier (Sumehr). (11) De gegevens kunnen bekeken en aangepast worden door verschillende types zorgverleners. Tabel 1 toont een overzicht van wie welke gegevens kan raadplegen en/of aanpassen. (12)

In de 'Nota: Het multidisciplinair medicatieschema' wordt toelichting gegeven rond welke rol al deze zorgverleners kunnen spelen. De belangrijkste zijn de huisarts en de (huis)apotheek, beiden kunnen het medicatieschema aanpassen. Ze spelen meestal allebei een belangrijke rol in het medicatiebeleid van de patiënt. Dit vraagt goede communicatie tussen deze zorgverleners om een correct medicatieschema te waarborgen. (13)

Ook WZC kunnen gebruik maken van Vitalink om het medicatieschema van een patiënt te raadplegen. Als we echter kijken naar welke organisaties op dit moment gebruik maken van Vitalink, zien we dat slechts 3 WZC-groepen er reeds gebruik van maken. (12) Hoe de samenwerking tussen de eerste lijn en WZC via Vitalink juist moet verlopen, wordt nog verder uitgewerkt. (13)

	Medicatieschema	Vaccinatieschema	Beknopt medisch dossier (Sumehr)	Bevolkings-onderzoeken	Kinddossier
Patiënt	alleen lezen	alleen lezen	alleen lezen	alleen lezen	alleen lezen
Arts	lezen en schrijven	alleen lezen	lezen en schrijven	alleen lezen	alleen lezen
Tandarts	lezen en schrijven	alleen lezen	geen toegang	geen toegang	geen toegang
Vroedvrouwen	lezen en schrijven	alleen lezen	geen toegang	geen toegang	geen toegang
Apotheker	lezen en schrijven	alleen lezen	geen toegang	geen toegang	geen toegang
Thuisverpleegkundige	alleen lezen	alleen lezen	alleen lezen	geen toegang	geen toegang
Thuisverzorgende	alleen lezen	alleen lezen	alleen lezen	geen toegang	geen toegang

TABEL 1: TOEGANGSMATRIX VITALINK: WELKE ZORGVERLENER HEEFT WELKE TOEGANGSRECHTEN TOT VITALINK

IMPACT OP DE HUISARTS

Hoewel het absolute aantal WZC-patiënten lijkt te dalen, blijven ze voor de meeste huisartsen een arbeidsintensieve patiëntengroep. Consultaties kunnen enkel op verplaatsing en gebeuren in kader van chronische zorg vaak op regelmatige basis. Daarnaast zijn er gezien de multimorbiditeit en polyfarmacie sporadisch ook nog acute problemen. Om hierop vanuit de huisartsenpraktijk snel te kunnen inspelen, is het belangrijk dat de medicatieschema's in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) correct zijn. Toch worden er geen studies gevonden waarin onderzocht werd wat bij rusthuispatiënten de relevantie van het medicatieschema in het EMD is.

Verschillende HAIO's schreven hun thesis rond het thema polyfarmacie, medicatieschema's en medicatiereviews. Zo vergeleek Eva Peperstraete bij thuiswonende patiënten het medicatieschema uit het EMD met deze bij de apotheker. Bij 58 van de 66 patiënten werd minstens 1 verschil gezien, met een gemiddelde van 4 verschillen. Ze besloot dat zowel de huisarts als de apotheker een belangrijke rol spelen in het omgaan met polyfarmacie. Verder haalde ze ook het belang aan van een volledig medicatieschema, inclusief fytotherapie en over-the-counter middelen. (14) An-Sofie Vandenbulcke onderzocht de accuraatheid van medicatieschema's bij thuisgebonden patiënten. Ook zij merkte nog een grote foutmarge tussen de medicatieschema's aanwezig bij de patiënt en deze in het EMD. (15)

ONDERZOEKSVRAGEN

Het mag duidelijk zijn dat medicatiegebruik bij ouderen en meer specifiek bij ouderen in een WZC een uitdagend deel van het takenpakket van de huisarts is. Doorheen mijn eerste jaar huisartsenopleiding, kwam ik hier reeds mee in aanraking. Uitgebreide medicatieschema's, onduidelijkheid over indicaties, medicatie die verkeerd gestart of te laat gestopt wordt, geen zicht op actuele medicatie en interacties bij opstarten van nieuwe medicatie, … De basis van deze problematiek ligt bij medicatieregistratie. De huisarts is verantwoordelijk voor het correct bijhouden van het actuele medicatieschema van zijn patiënt. Toch is deze té vaak niet correct bijgehouden in het EMD van de patiënt.

In dit exploratief onderzoek wordt onderzocht hoe accuraat de medicatieschema's van rusthuispatiënten in het EMD van de huidige huisartsenpraktijk in Ninove zijn en hoe zorgverleners omgaan met medicatieregistratie bij rusthuispatiënten. Dit leidt tot volgende onderzoeksvragen:

Is er een verschil tussen het medicatieschema in het WZC en het EMD van de huisarts in Huisartsenpraktijk Pollare en zijn deze verschillen relevant? Hoe denken huisartsen en andere zorgverleners betrokken bij het WZC over correcte medicatieschema's en hoe trachten ze deze bij rusthuispatiënten te bereiken? Hoe ver staat het met de implementering van gedeelde medicatieschema's tussen huisartsen en WZC?

METHODE

Voor het exploratief onderzoek werd gekozen voor een mixed methods methode, het onderzoek bestaat uit drie delen:

1. LITERATUURSTUDIE

In PubMed werd gezocht naar relevante artikels. De zoektermen die gebruikt werden, waren: medication registration, nursing home, errors, polypharmacy, Belgian, causes, risk factors, prescribing. Een eerste selectie gebeurde op basis van de titel, als deze relevant leek, werd het abstract gelezen. De artikels met een relevant abstract waarvan de volledige tekst toegankelijk was, werden weerhouden. In de referentielijsten van deze artikels werd op zoek gegaan naar nog andere relevante artikels. Later werd dan nog specifieker gezocht om enkele hiaten in de informatie op te vullen. Verder werd via de 'Databank masterproeven' zoekmodule van ICHO gezocht naar relevante eerder geschreven masterproeven, volgende zoektermen werden gebruikt: medicatieregistratie, medicatieschema, rusthuis, WZC.

2. KWANTITATIEF ONDERZOEK: MEDICATIESCHEMA'S

Alle rusthuispatiënten van de praktijk werden opgelijst. Middels een uniek patiëntennummer werden deze pseudo-geanonimiseerd. Van deze patiënten werden tussen de periode van oktober 2023-januari 2024 de medicatieschema's uit het WZC en het EMD bij de huisarts verzameld.

Gezien de onderzoeker ook behandelend arts is van de patiënten en er geen rechtstreekse impact is op de patiënt, valt het observeren en vergelijken van de medicatieschema's en zorgelementen in het dossier in het WZC en in de praktijk onder 'usual care'. Een informed consent van de patiënt was hierdoor niet nodig. Onduidelijkheden en twijfels bij medicatieschema's werden besproken met de behandelende arts en de 'coördinerend en raadgevend arts' (CRA) van het betreffende WZC om zodoende de zorg te optimaliseren.

Een beschrijvende vergelijking tussen beide medicatieschema's werd uitgevoerd. Er werd per patiënt gekeken in welke mate het medicatieschema in het WZC met deze in het EMD bij de huisarts overeenkomt. Hiervoor werden de lijsten per patiënt manueel gecodeerd en vergeleken. De medicatie werd gecategoriseerd volgens correctheid: 'perfect overeenkomend', 'verschillende dosis of posologie' en 'niet aanwezig op beide lijsten'.

Vanuit mijn rol als clinicus-onderzoeker werden de resultaten geanalyseerd en gecategoriseerd als klinisch relevant of klinisch niet relevant. Hiervoor werd per patiënt gekeken naar de aanwezige zorgelementen in het EMD van de huisarts. Daarnaast werd ingeschat of de patiënt een 'actief' of 'stil' dossier heeft: Wordt er actief in het EMD genoteerd? Wordt de patiënt nog opgevolgd in de 2de lijn? Ten slotte werd nagekeken of het medicatieschema vanuit het EMD met Vitalink gesynchroniseerd wordt.

3. KWALITATIEF ONDERZOEK: INTERVIEWS MET ZORGVERLENERS

Tussen 01-10-2023 en 01-02-2024 werden interviews afgelegd met verschillende zorgverleners. Naar 25 huisartsen, 4 WZC en 2 apothekers uit regio Ninove werd via mail een informatiebrief en uitnodiging tot deelname aan het onderzoek verstuurd. Aan de hand van een exploratief semigestructureerd diepte-interview werden huisartsen uit de regio en zorgverleners verbonden aan de WZC (CRA's, hoofdverpleegkundigen en apothekers) bevraagd over wat hun idee rond het belang van correcte medicatieregistratie is, wat hun rol hierbij is en op welke manier zij dit aanpakken. Daarnaast werd nagegaan op welke manier Vitalink of andere digitale tools een rol kunnen spelen in het synchroniseren van medicatieschema's tussen het EMD en de verschillende deelnemende WZC.
Met de bevindingen uit het kwantitatieve deel, werd een interviewgids met relevante vragen opgesteld. Deze vragenlijst was niet limitatief, waardoor afhankelijk van het gesprek bijvragen gesteld konden worden. Voor elk interview werd een informed consent besproken en getekend. Elk interview gebeurde ter plaatse of via 'Microsoft Teams' en werd opgenomen. De audio-opnames werden nadien manueel getranscribeerd naar tekst.

RESULTATEN

PATIËNTENPOPULATIE

25 rusthuispatiënten werden geanalyseerd. Het betreft 19 vrouwen en 6 mannen. De gemiddelde leeftijd is 87.5 jaar (range 65-96). 1 patiënt overleed tijdens het analyseren van de medicatieschema's, gezien dit geen invloed had op de reeds verzamelde gegevens, werd deze patiënt geïncludeerd in de analyse. 3/25 patiënten verbleven in WZC 1, 19/25 patiënten in WZC 2 en 2/25 patiënten in WZC 3. 19/25 (76%) van de patiënten verblijft in een OCMW-woonzorgcentrum, de overige patiënten 6/25 (24%) verblijven in een privéwoonzorgcentrum.

Nota's in het EMD zijn voornamelijk telefonische contacten (11/25 patiënten), afgewerkte taken binnen het EMD (16/25 patiënten) of het voorschrijven van medicatie (12/25 patiënten), bij geen enkele patiënt worden op regelmatige basis de rusthuisbezoeken in het EMD genoteerd. 7/25 (28%) patiënten krijgen nog 1 of meer keer per jaar controle in het ziekenhuis. Het gaat dan om een cardiale controle, een pacemaker controle, diabetes controle, maligne huidletsel controle of nierdialyse. 2/25 (8%) patiënten werden in 2023 opgenomen op een spoeddienst.

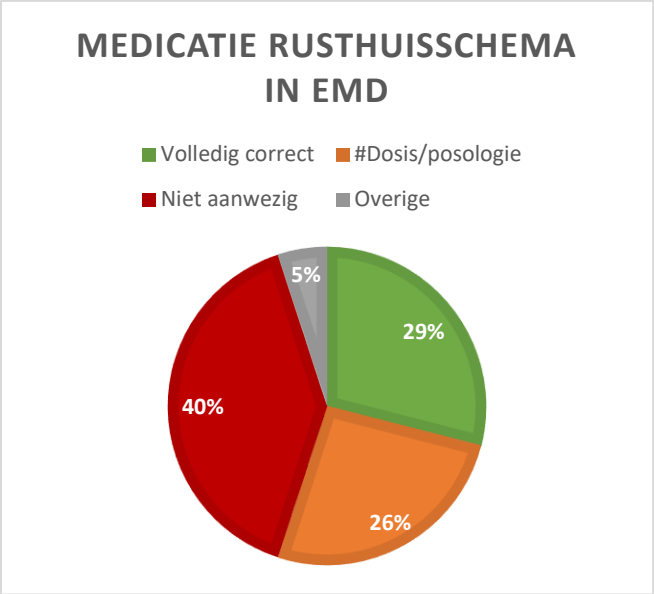
MEDICATIESCHEMA'S

Bij de rusthuispatiënten worden op het medicatieschema in het WZC gemiddeld 12,16 (5-21) medicamenten geregistreerd, dit omvat chronische, acute en 'indien nodig' medicatie. Bij geen enkele patiënt komen de beide medicatieschema's perfect overeen. Er werden geen relevante verschillen tussen het OCMW-woonzorgcentrum en de privéwoonzorgcentra. Bij 4/25 (16%) patiënten staat >50% van de medicatie die in het WZC gegeven wordt, ook correct in het EMD geregistreerd. Bij alle overige is dit <50%. Het hoogste percentage aan medicatie van een rusthuisschema dat correct in het EMD geregistreerd staat, is 66,5%, het laagste 0%. Bij één patiënt staat er geen medicatieschema in het EMD geregistreerd.

Bij 4/25 (16%) patiënten is bij >50% van de medicatie de stofnaam of merknaam wel correct geregistreerd, maar klopt de dosis of posologie niet. Hierbij gaat het over een verschil in dosis, aantal giften per dag of toedieningsmoment.

Bij 8/25 (32%) patiënten is >50% van de medicatie van het rusthuisschema niet aanwezig in het EMD.

Gemiddeld gezien is 29% van de geregistreerde medicatie in het medicatieschema in het WZC volledig overeenkomstig met het EMD, 26% komt overeen qua stofnaam, maar niet qua dosis of posologie en 40% van de medicatie in het rusthuisschema is niet geregistreerd in het EMD. (Figuur 1)



FIGUUR 1: TAARTDIAGRAM: OVERZICHT GEMIDDELDE MATE VAN OVEREENKOMST SCHEMA IN HET EMD T.O.V. HET SCHEMA IN HET WZC

Op enkele medicatieschema's in het EMD verschijnt bij de medicatie nu als posologie: 'Gekend in het schema van het woonzorgcentrum'. Dit komt door een relatief recente tool 'Mediris'. Deze tool is geïntegreerd in het softwarepakket van het WZC en de huisarts. Op deze manier bezorgt de apotheker digitaal aan de arts de te ondertekenen voorschriften. Wanneer de arts op deze manier de gevraagde voorschriften voorschrijft, kan hij kiezen om deze medicatie te integreren in het medicatieschema van de patiënt. De reeds geregistreerde medicatie wordt echter niet aangepast waardoor er dubbele registratie ontstaat. Daarnaast ziet de arts op deze manier de effectieve posologie niet in het EMD.

Er werden verschillen gezien in alle medicatieklasses. Het grootste deel van de verschillen bestaat uit OTC (Over-the-counter, vrij verkrijgbare) medicatie (supplementen zoals vitamine D en calcium, laxativa zoals macrogol). Daarnaast werden er ook verschillen in pijnmedicatie, slaapmedicatie, diuretica, anticoagulantia of psychofarmaca gezien.

VITALINK

Bij geen enkele patiënt wordt Vitalink gebruikt. Volgens de collega's in de praktijk is dit voornamelijk omdat om te synchroniseren het medicatieschema in de eerste plaats moet kloppen. Verder komt bij een poging tot synchroniseren de melding dat alle posologieën moeten kloppen en komt sommige medicatie dubbel geregistreerd in het EMD.

INTERVIEWS MET ZORGVERLENERS

Van de 25 huisartsen reageerde 1 huisarts na de eerste mail. Na een tweede herhalingsmail reageerden nog 2 artsen, waarvan 1 CRA-arts verbonden aan een betrokken WZC. Hierbij werd een lage respons van 12% behaald. Er werd contact genomen met 4 WZC verbonden aan de praktijk. 3/4 WZC gaven respons. Op deze manier werd met 7 hoofdverpleegkundigen verspreid over de 3 WZC een interview afgenomen. Deze 3 WZC werkten samen met 2 apothekers, ze stemden beiden toe tot een interview.

DOSSIERBEHEER

Hoe schat u de correctheid van de medicatieschema's van rusthuispatiënten in uw EMD in?

Alle geïnterviewde huisartsen geven aan dat de medicatieschema's van rusthuispatiënten in het EMD voor het grootste deel incorrect zijn. Dit komt volgens hen voornamelijk door tijdgebrek en het vermijden van dubbel werk gezien het schema ook in het rusthuisdossier wordt beheerd.

"Idealiter zouden de medicatieschema's ook mooi in ons dossier moeten staan, maar het is niet dat ik er al problemen mee heb gehad dat het niet zo goed in ons dossier staat." - Huisarts 1

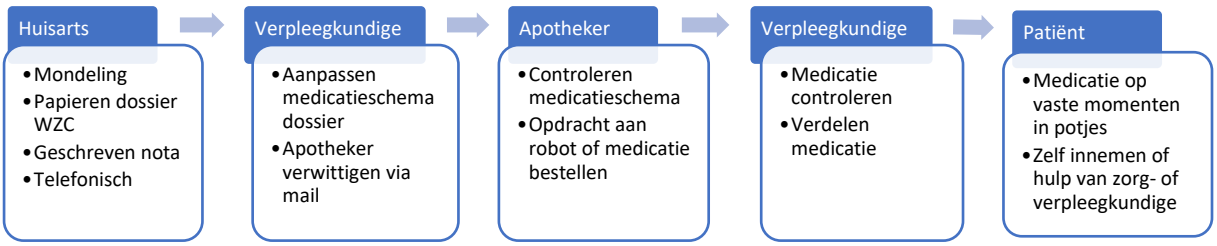
De artsen vinden dat dit goede patiëntzorg niet in de weg staat gezien medicatiewijzigingen meestal in het WZC gebeuren waar het medicatieschema via een verpleegkundige beschikbaar is. Twee artsen namen hun laptop niet mee naar het WZC, maar schrijven hun bevindingen gestructureerd op in het papieren dossier, één arts neemt zijn laptop wel mee en schrijft slechts het minimale op in het papieren dossier.

Bij één van de artsen werkt sinds één jaar een praktijkverpleegkundige. Deze houdt bij hoelang het geleden is dat de arts een rusthuispatiënt bezocht heeft. De arts tracht minstens één keer per drie maanden bij de patiënt langs te gaan. Het bijhouden van de medicatieschema's van de rusthuispatiënten is een taak die mogelijks in de toekomst door haar zal uitgevoerd worden. Op dit moment is dit echter geen prioriteit in het takenpakket.

Hoe verlopen medicatiewijzigingen bij rusthuispatiënten?

In de drie betrokken WZC is er telkens een digitaal verpleegkundig dossier én een papieren artsendossier aanwezig. Het digitale dossier bevat o.a. de patiëntengegevens, allergieën, DNR-beleid indien aanwezig, nota's van betrokken zorgverleners in het WZC en het actuele medicatieschema. Het papieren dossier bevat de patiëntgegevens, verslagen, laboresultaten en nota's van huisartsbezoeken.

Wanneer de huisarts een medicatiewijziging wil doorvoeren, geeft hij deze door aan een zorgkundige of verpleegkundige in het WZC. Hierop registreert de verpleegkundige de wijziging in het digitale medicatieschema van de patiënt en verwittigt de apotheker. De apotheker kijkt de wijziging na en valideert ze in zijn medicatiesysteem. De medicatie wordt door een robot per patiënt in zakjes verdeeld volgens innamemoment. De volgende dag worden deze rollen met zakjes aan het WZC geleverd en door de verpleegkundige bedeeld aan de patiënt.



FIGUUR 2: FLOW MEDICATIEWIJZIGING IN HET WZC

Er is geen vast protocol voor het registreren van een medicatiewijziging door de verpleegkundige in het elektronisch dossier. Ook tussen verdiepingen binnen dezelfde WZC zijn er verschillen in hoe een medicatieaanpassing wordt doorgevoerd. In één van de WZC past enkel de hoofdverpleegkundige medicatie aan in de computer. In een ander WZC kan zowel een hoofdverpleegkundige als een verpleegkundige de aanpassing doorvoeren.

"Medicatieaanpassing worden meestal wel in het WZC gedaan, enkel medicatie voor blaasontstekingen en voor INR aanpassingen, worden wel bijna altijd telefonisch gedaan." – Huisarts 1

Telefonische contacten, bijvoorbeeld in geval van een urineweginfectie, het aanpassen van anticoagulantia of een overleg met de 2de-lijn, zijn situaties waarin een correct medicatieschema in het EMD wel gewenst is. Toch geven de artsen aan dat dit nu vlot telefonisch verloopt en het medicatieschema zo nodig mondeling overlopen wordt met de verpleegkundige.

COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS

Hoe verloopt de communicatie tussen de verpleegkundige en de huisarts?

Een correct medicatiebeleid in het WZC vraagt een goede samenwerking tussen de huisarts, verpleegkundige, zorgkundige en apotheker. Uit de interviews lijkt er vooral rechtstreeks contact te zijn tussen de huisarts en verpleegkundige en tussen de verpleegkundige en de apotheker.

"Een keer dat je de verpleging vasthebt is het oké, dan gebeurt alles heel vlot en wordt alles snel aangepast. Ik vind het wel fijn als de verpleegster haar mening ook zegt tegen mij." – Huisarts 1

Twee huisartsen vinden dat het contact met de verpleegkundigen goed verloopt. Ze ervaren dat er voldoende kennis is van de patiënt en ze erkennen de belangrijke rol die de verpleegkundige speelt in het signaleren van problemen bij de patiënt. Ook het mee nadenken over beleid en behandeling wordt gewaardeerd. De drie huisartsen geven echter ook aan dat de communicatie met verpleegkundigen soms bemoeilijkt wordt doordat ze niet aanwezig zijn in de verpleegpost. Deze is vergrendeld waardoor men dan ook niet aan het dossier van de patiënt kan. Hierdoor verliest men tijd door het zoeken naar een verpleegkundige en kunnen dokters niet altijd hun bevindingen rechtstreeks met een verpleegkundige bespreken. Ze vertrekken zonder iets te zeggen of laten een briefje met instructies achter in de verpleegpost.

Volgens de hoofdverpleegkundigen geeft een rechtstreeks contact met een verpleegkundige nochtans het minste kans op fouten bij een medicatieaanpassing. Telefonische contacten, overdracht via een briefje of mondelinge overdracht tussen verschillende zorgverleners binnen het WZC verhogen de kans op registratiefouten.

Hoe verloopt de communicatie met de apotheker?

Apothekers nemen minder snel contact op met de huisarts. Indien er vragen zijn bij een bepaalde medicatiewijziging zullen ze deze eerder via de verpleging aan de huisarts laten stellen om de arts niet te storen. Het contact met de verpleging loopt voornamelijk telefonisch en voor beide apothekers zeer vlot. Voor twee hoofdverplegers zorgde hun goede contact met de apotheker voor vertrouwen in het opmerken van fouten bij medicatieregistratie.

MEDICATIEVEILIGHEID

Worden er op een gestructureerde manier medicatiereviews gedaan?

De hoofdverpleegkundigen merken dat een groot deel van de rusthuispatiënten naar hun gevoel te veel medicatie neemt. Ze vinden dat er te weinig aandacht wordt besteed aan het stoppen van medicatie. Een apotheker verbonden aan één van de WZC gaf aan dat er vaak geen stopdatum wordt opgegeven bij het opstarten van medicatie. Dit wordt vaak gezien bij laxativa (Macrogol), mucolytica (Acetylcysteïne), oogdruppels of antibiotica. Hierdoor blijft dergelijke medicatie soms onnodig lang gegeven worden. Tenzij er dan door één van de betrokken zorgverleners een medicatiereview gedaan wordt, zal de medicatie niet gestopt worden.

"De meeste dokters weten wel dat ze maandelijks een medicatiefiche op papier moeten handtekenen. Maar dat gebeurt niet altijd. Dat is dan even handtekenen, ze overlopen die niet echt." – Hoofdverpleegkundige WZC 1

Om er voor te zorgen dat huisartsen stilstaan bij het medicatieschema, worden deze in twee van de drie WZC afgedrukt en in een arts-specifiek bakje klaargelegd. Het is de bedoeling dat de arts deze bekijkt en voor akkoord aftekent. Zowel de verpleegkundigen als de artsen geven aan dat er niet altijd aan gedacht wordt om deze schema's effectief te bekijken. Er zijn artsen die dit wel consequent doen en op dat moment een spontane review doen. Er zijn ook artsen die de lijst aftekenen, zonder ze effectief te bekijken.

"Wij zouden graag als apotheek, als we de ruimte hebben, want je moet personeel hebben, meer willen inzetten om farmaceutische zorg en toch systematisch om de drie maanden een review van de schema's doen." – Apotheker 1

Zowel de geïnterviewde huisartsen en de CRA-arts, als de apothekers en hoofdverpleegkundigen gaven aan geen structureel ingeplande medicatiereview te doen. Zowel de huisartsen als de apothekers bekijken de schema's af en toe eens diagonaal. Echter gebeurt dit niet met behulp van een impliciete of expliciete tool. Voor een huisarts was tijdgebrek een belangrijke factor waardoor er geen gestructureerde medicatiereviews worden gedaan. Gezien de schema's in het EMD niet correct zijn zou een review in het WZC moeten gebeuren of de medicatieschema's zouden op papier of via mail mee naar de praktijk moeten gaan, wat het nogal omslachtig maakt.

"Een echte medicatiereview ligt moeilijk omdat je CRA bent, je bent raadgevend arts voor uw verpleegkundigen, voor uw kwaliteitscoördinator, voor de directeur, maar je kan je niet echt gaan moeien met het beleid van de collega die dan de huisarts is ter zake." – CRA-arts WZC 2

In één van de WZC wordt sinds 2023 voor elke patiënt wel een multidisciplinair overleg (MDO) gehouden. Hierbij zitten zoveel mogelijk betrokken hulpverleners samen om de woonzorgcentrumbewoner te bespreken. Naast het algemene welzijn van de bewoner wordt ook het medicatiebeleid nagekeken. De apotheker of CRA doet hierbij een beknopte medicatiereview waarop een advies aan de huisarts gegeven wordt. Dit advies wordt vaak niet rechtstreeks aan de arts gegeven, maar verloopt via de verpleegkundigen. Zowel de geïnterviewde CRA, apotheker als verpleegkundigen gaven aan dat de reactie van de betrokken huisarts wisselend kan zijn. Sommigen staan open voor het advies, anderen doen er niets mee. Een apotheker zou in de toekomst graag meer aandacht willen besteden aan farmaceutische zorg. Men zou bijvoorbeeld driemaandelijkse een medicatiereview willen inplannen. Door de werkdruk en personeelstekort is dit echter op dit moment nog niet mogelijk.

TWEEDE LIJN

Hoe verloopt medicatieoverdracht tussen het ziekenhuis en het WZC?

Ook rusthuispatiënten komen nog in contact met de 2de-lijn. Ze moeten op controle bij de cardioloog of pneumoloog, worden met spoed opgenomen of blijven enkele weken in revalidatie na een heupfractuur. Bij een geplande afspraak of opname wordt het medicatieschema vanuit het WZC op papier meegegeven. Op deze manier is de arts in het ziekenhuis op de hoogte van de actuele medicatie.

Toch geven twee hoofdverpleegkundigen uit twee WZC aan dat het medicatieschema ná een ziekenhuisopname soms niet gebaseerd is op het initieel meegegeven schema. Wanneer een medicatieschema op papier wordt meegegeven, moet deze in het ziekenhuis eerst manueel ingegeven worden in de computer. Dit gebeurt soms niet of foutief. Wanneer men geen actueel medicatieschema heeft, baseert men zich op verouderde gegevens uit het ziekenhuisdossier of op onjuist gesynchroniseerde schema's in Vitalink.

"Als we nadien vanuit de praktijk een patiënt willen doorverwijzen, hebben wij geen zicht op wat die neemt of niet neemt." – Huisarts 3

In sommige situaties neemt de ziekenhuisarts contact op met de huisarts om het medicatieschema door te nemen. Een huisarts merkt op dat een onjuist schema in het EMD op dergelijke momenten ervoor zorgt dat hij de ziekenhuisarts niet kan helpen, waarbij hij dan doorverwijst naar het WZC.

GEDEELDE PATIËNTENDOSSIERS

Kan het rusthuisdossier digitaal gesynchroniseerd worden met het EMD van de huisarts?

"Er is geen uniformiteit over de rusthuizen." – Huisarts 3

Er wordt door de betrokken zorgverleners en instellingen een heel scala aan verschillende software gebruikt voor het beheren van patiëntendossiers en medicatieschema's. Alle huisartsen vinden dat een gedeeld dossier een meerwaarde zou zijn. De medicatieschema's blijven up-to-date, men zou eenvoudig vanuit de praktijk het dossier kunnen nakijken en het kan interdisciplinaire communicatie eenvoudiger maken. Tussen het EMD van de huisarts en het dossier in het WZC is echter op dit moment bij geen enkele van de betrokken zorgverleners synchronisatie mogelijk. Dit is opmerkelijk gezien de software van de zorgverleners in enkele gevallen door dezelfde softwareleverancier ontwikkeld werd.

Wordt het medicatieschema digitaal gesynchroniseerd met het programma van de apotheker?

De medicatiemodule van het WZC is wel digitaal gesynchroniseerd met de software van de apotheker. Op deze manier ziet de apotheker welke medicatiewijzigingen er in het WZC gebeuren. Eén van de apothekers biedt aan de huisartsen een digitale module aan waarop de arts de actuele medicatieschema's van de patiënten in het betrokken WZC kan bekijken. De arts kan echter geen aanpassingen doorvoeren. Dit kan enkel door de verpleegkundige gebeuren.

"We willen de verpleegkundigen er niet vantussen laten. Logisch, want zij staan op het werkveld en zij staan continu bij de patiënt. Daarom hebben we altijd gezegd: de verpleegkundige blijft centraal staan." – Apotheker 1

Voor de apotheker hebben de verpleegkundigen een cruciale centrale rol in het zorgbeleid van de patiënt. Hoewel men deze module voorziet, wordt deze amper door huisartsen gebruikt. Enerzijds weten veel artsen niet dat het platform beschikbaar is, anderzijds is het nóg een extra platform met login waardoor artsen minder geneigd zijn er gebruik van te maken.

Wat weet u over Vitalink?

Vitalink wordt door geen enkele van de betrokken zorgverleners actief gebruikt bij rusthuispatiënten. De kennis over de mogelijke toepassingen binnen de woonzorgcentra is miniem.

DISCUSSIE

STUDIEPOPULATIE

Bij 25 rusthuispatiënten uit mijn huidige praktijk werd de medicatieregistratie in het EMD en het WZC nagekeken. De patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 87,5 jaar, 76% van hen zijn vrouwen. Dit komt overeen met een studie uitgevoerd in Belgische WZC waarbij 1410 bewoners werden geïncludeerd (87 jaar, 70% vrouwen) en het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) rond geneesmiddelengebruik in Belgische WZC (85 jaar, 77% vrouwen). De bewoners krijgen gemiddeld 12,16 geneesmiddelen toegediend in het WZC. Dit ligt hoger dan de gemiddeldes uit bovengenoemde studies (9 en 8,1 geneesmiddelen resp.). Deze gemiddelden omvatten telkens de chronische, acute en 'indien nodig' medicatie. (3,9)

Dat slechts 3 van de 25 (12%) uitgenodigde huisartsen na 2 uitnodigingsmails bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek, werpt vragen op over de prioriteit die huisartsen geven aan medicatieregistratie bij rusthuispatiënten in het EMD. Enerzijds kan de lage respons worden toegeschreven aan verschillende praktische redenen, zoals het niet lezen van uitnodigingsmails of een gebrek aan tijd. Anderzijds kunnen deze bevindingen suggereren dat er mogelijk een gebrek aan belangstelling is onder huisartsen voor dit aspect van zorgverlening.

RELEVANTIE MEDICATIEREGISTRATIE IN HET EMD VAN DE HUISARTS

Geen enkel medicatieschema in het EMD bij de huisarts was correct. Er werden geen gelijkaardige studies of masterproeven gevonden over rusthuispatiënten. In alle geraadpleegde studies werd bij het onderzoeken van mogelijke medicatiefouten telkens het medicatieschema in het WZC gebruikt. (3, 6,7,8,9,10) Enkele HAIO's voerden wel een gelijkaardige vergelijkende studie uit in andere settings. Zo bekeek An-Sofie Vandenbulcke dit bij patiënten waar op huisbezoek gegaan werd. Ook bij haar was geen enkel medicatieschema correct geregistreerd in het EMD. (15) Charlotte Van Hulle onderzocht hoe correct het medicatieschema was bij ambulante patiënten ouder dan 70 jaar. Ze stelde vast dat het schema bij 25,6% van haar geïncludeerde patiënten correct in het EMD stond. (16) Hoewel deze onderzoeken door hun kleine studiepopulatie niet te veralgemenen zijn, wijst het er toch op dat het correct bijhouden van de medicatieschema's in het EMD ook bij andere patiëntengroepen een uitdaging is voor huisartsen.

Zowel de drie collega's in de praktijk als de geïnterviewde artsen gaven aan dat vooral het vermijden van dubbel werk ervoor zorgt dat medicatie niet correct wordt geregistreerd. Gezien medicatiewijzigingen in de eerste plaats doorgegeven moeten worden in het WZC, vraagt het extra tijd en werk om deze daarnaast ook nog door te voeren in het eigen EMD.

Gezien medicatiereview niet de focus van deze thesis is, werd een grondige medicatiereview niet uitgevoerd. Wel werd vanuit een klinische huisartsenblik gekeken of er belangrijke verschillen tussen de twee lijsten waren. Voor OTC (Over-the-counter, vrij verkrijgbare) medicatie (supplementen zoals vitamine D en calcium, laxativa zoals macrogol) hoeft een arts geen voorschrift op te maken. Dit maakt dat de kans kleiner is dat een arts ook effectief deze medicatie registreert, gezien een mondelinge melding aan de verpleegkundige voldoende is om dergelijk product op te starten.

De verschillen tussen de schema's op vlak van pijnmedicatie, slaapmedicatie, diuretica, anticoagulantia of psychofarmaca kunnen als relevanter beschouwd worden met een grotere impact op de patiënt wanneer deze foutief gegeven worden. Hoewel bij deze medicatie een voorschrift vereist is, wordt dit niet telkens meteen elektronisch opgemaakt en op deze manier in het EMD geregistreerd. De apotheker krijgt via de verpleegkundige elektronisch de medicatiewijziging en voert deze door. Een voorschrift wordt nadien elektronisch aan de huisarts gevraagd. Bij elk WZC en haar apotheker is de werking rond het afleveren van digitale voorschriften anders, dit maakt het omslachtig voor de huisarts.

INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Een goed medicatiebeleid vraagt een samenwerking tussen de verschillende betrokken zorgverleners. **De verpleegkundigen** staan in voor de dagdagelijkse medische zorgen van de patiënt. Ze beheren het medicatieschema in het WZC en signaleren gezondheids- en medicatiegerelateerde problemen aan de behandelende huisarts. De mate van correct herkennen van deze problemen is opleidings- en ervaringsgebonden. **De huisarts** coördineert de zorg voor de patiënt en schrijft medicatie voor. Een huisarts kan kiezen om op regelmatige tijdstippen of enkel bij acute momenten de patiënt te bezoeken. **De apotheker** staat in voor de medicatiebedeling aan de rusthuizen en besteed mee aandacht aan eventuele interacties of fouten bij medicatiewijzigingen. De apotheker heeft echter geen kennis van de medische toestand van de patiënt.

Om de medicatieveiligheid bij rusthuispatiënten te verhogen, is regelmatige controle van de medicatieschema's nodig. Het beleid van woonzorgcentra hierrond is zeer wisselend. (3) In de drie betrokken rusthuizen worden de medicatieschema's maandelijks afgeprint en in het communicatiebakje van de arts gelegd. Het is de bedoeling dat de arts deze bij een bezoek nakijkt en ondertekend. Toch gebeurt dit niet altijd consequent. Een beperkt aantal studies tonen een positief effect op medicatieveiligheid dankzij het organiseren van een MDO. (9,17) Slechts in één betrokken rusthuis wordt sinds afgelopen jaar per patiënt een MDO gehouden. De huisarts wordt hier echter op dit moment nog niet voor uitgenodigd. Adviezen die gevormd worden, komen vaak ook niet bij de huisarts terecht waardoor het effect van een MDO beperkt is.

Bij één van de huisartsen ondersteunt een praktijkverpleegkundige de arts bij het opvolgen van de rusthuisbezoeken. Ook het up-to-date houden van het EMD, waaronder de medicatieschema's, is een taak die de verpleegkundige kan uitvoeren. Gezien het uitgebreide pakket aan taken dat een praktijkverpleegkundige kan uitvoeren, is het echter aan de arts en verpleegkundige om samen te kijken welke prioritair zijn. (18)

DIGITALE VOORUITGANG

Een gedeeld medicatieschema zou het EMD en het rusthuisdossier dichter naar elkaar toe kunnen brengen. Het schema vanuit de software in het WZC naar Vitalink uploaden, zorgt ervoor dat steeds de actuele medicatie raadpleegbaar is door andere zorgverleners. Het is aan de WZC en hun softwareleverancier om dit ook te implementeren in hun dagelijkse handelen. Een groot aanbod aan software en ontwikkelaars zorgen er echter voor dat dit vandaag nog onvoldoende gebruikt wordt.

STERKTES EN ZWAKTES VAN DE STUDIE

De resultaten in de praktijk tonen een belangrijke polyfarmacie bij de rusthuispatiënten. Met een gemiddelde van 12 geregistreerde medicamenten ligt dit aantal hoger dan in relevante studies uitgevoerd in Belgische WZC. Dit onderzoek kan de artsen in de praktijk ervan bewust maken en ze stimuleren om in de toekomst gestructureerde medicatiereviews te doen aan de hand van één van de beschikbare impliciete tools.

Gezien de relevantie van de medicatieschema's in EMD op het moment van de analyse nog niet gekend was, werden de schema's in het EMD niet gecorrigeerd. Indien men in de huidige praktijk een medicatiereview wil doen zal men deze moeten doen op basis van het schema in het WZC.

Om binnen de scope van het onderzoek te blijven, gebeurde het analyseren van de impact van de verschillen tussen de schema's niet op basis van impliciete of expliciete tools, maar vanuit de klinische ervaring van de onderzoeker. Deze is persoonlijk en kan dus fouten bevatten.

De resultaten zijn gebaseerd op een zeer beperkte studiepopulatie. Het kan zijn dat in andere woonzorgcentra in Vlaanderen wel een betere samenwerking is tussen WZC en huisartsen op vlak van medicatieveiligheid. Het kan interessant zijn om vanuit de lokale huisartsenkring de WZC en huisartsen uit de regio te stimuleren om meer aandacht te besteden aan correcte medicatieschema's.

Er was een zeer lage respons bij de huisartsen. Voor deze studie werden de contactgegevens opgevraagd bij de wachtkringverantwoordelijke, waarna door de onderzoeker zelf een uitnodigingsmail werd gestuurd. Een algemene mail van de wachtkringverantwoordelijke had mogelijk tot een betere respons geleid.

Huisartsen, hoofdverpleegkundigen en apothekers werden allen apart geïnterviewd. Het organiseren van een FOCUS groep per rusthuis kan dialoog tussen zorgverleners stimuleren en samenwerking met elkaar beter afstemmen. Langs de andere kant bestaat het risico dat niet iedereen zijn mening geeft.

BESLUIT

Rusthuisbewoners hebben vaak te maken met polyfarmacie, hiermee stijgt het risico op medicatiegerelateerde problemen. Om deze te voorkomen, is het belangrijk om stil te staan bij het medicatieschema. Gezien het medicatieschema in het WZC beheerd wordt, is correcte medicatieregistratie in het EMD in de praktijk minder belangrijk dan gedacht. Men kan het medicatieschema in het rusthuis raadplegen, bij telefonische contacten kan de verpleegkundige het schema overlopen en bij verwijzing naar het ziekenhuis wordt een kopie van in het WZC meegegeven. Inzetten op interdisciplinaire samenwerking en het inbouwen van regelmatig multidisciplinair overleg kan zorgen voor een goede basis voor het uitvoeren van een medicatiereview. Dit gebeurt in de betrokken WZC vaak nog niet gestructureerd. Een gedeeld digitaal medicatieschema zoals Vitalink, waarbij het schema uit het dossier in het WZC wordt geüpload, zou het EMD en het rusthuisdossier dichter naar elkaar toe kunnen brengen. Het uitgebreide aanbod aan softwareleveranciers en programma's staat integratie en implementatie van Vitalink in het WZC echter nog in de weg.

REFERENTIES

1. Structuur van de bevolking 2022. Available from: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking.
2. Vanaf 2040 blijft de vergrijzing van de Belgische bevolking stabiel door de geleidelijke uitdoving van het babyboomeffect 2018. Available from: https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/vanaf-2040-blijft-de-vergrijzing-van-de-belgische-bevolking-stabiel-door-de-geleidelijke.
3. VANDER STICHELE RH VDVC, ELSEVIERS MM, VERRUE C, SOENEN K, SMET M, PETROVIC M,, CHEVALIER P DFT, MEHUYS E, SOMERS A, GOBERT M, DE FALLEUR M, BAUWENS M,, CHRISTIAENS TH SA, DEVRIESE S, RAMAEKERS D. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. 2006;47A.
4. Zorg en ondersteuning voor ouderen 2023. Available from: https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/zorg/zorg-en-ondersteuning-voor-ouderen.
5. huisartsengroep N. Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen2012.
6. Montamat SC, Cusack B. Overcoming problems with polypharmacy and drug misuse in the elderly. Clin Geriatr Med. 1992;8(1):143-58.
7. Cahir C, Fahey T, Teeling M, Teljeur C, Feely J, Bennett K. Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: a national population study. Br J Clin Pharmacol. 2010;69(5):543-52.
8. Nguyen JK, Fouts MM, Kotabe SE, Lo E. Polypharmacy as a risk factor for adverse drug reactions in geriatric nursing home residents. Am J Geriatr Pharmacother. 2006;4(1):36-41.
9. Anrys PMS, Strauven GC, Foulon V, Degryse JM, Henrard S, Spinewine A. Potentially Inappropriate Prescribing in Belgian Nursing Homes: Prevalence and Associated Factors. J Am Med Dir Assoc. 2018;19(10):884-90.
10. Alldred DP, Kennedy MC, Hughes C, Chen TF, Miller P. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2(2):Cd009095.
11. Vitalink. Available from: https://vitalink.be/.
12. Gegevens lezen, delen, toevoegen en wijzigen. Available from: https://vitalink.be/gegevens-lezen-delen-toevoegen-en-wijzigen.
13. NOTA HET MULTIDISCIPLINAIR GEDEELD MEDICATIESCHEMA: NAAR EEN VLOTTE SAMENWERKING. 2018.
14. Peperstraete E. Actueel geneesmiddelengebruik van chronische patiënten in kaart brengen.

Wat leren we wanneer we het elektronisch medisch dossier en het farmaceutisch dossier samenbrengen: een observationele studie in een Vlaams wijkgezondheidscentrum.: UGent; 2017.
15. Vandenbulcke A-S. Medicatieregistratie: Een administratieve uitdaging voor de huisarts: KU Leuven; 2015.
16. Van Hulle C. Hoe goed kennen huisarts en apotheker het medicatieschema van hun patiënt? : UGent; 2015.
17. Spinewine A, Evrard P, Hughes C. Interventions to optimize medication use in nursing homes: a narrative review. Eur Geriatr Med. 2021;12(3):551-67.
18. Kool E. Samenwerken met een praktijkverpleegkundige 2021. Available from: https://www.domusmedica.be/FAQpraktijkverpleegkundige.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Pauline Boeckxstaens
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
UGent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	datum	pagina
Christoph Goossens	02/10/2023	1/6
Onze referentie:	EudraCT-nr:	Belg. Regnr:
THE-2023-0232	NVT	B6702023000586

Betreft:

Medicatieregistratie bij rusthuispatiënten: Waar loopt het fout en hoe kan het bijhouden van medicatieschema's in het EMD van rusthuispatiënten geoptimaliseerd worden?
Een exploratief onderzoek.

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 29/08/2023.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.
EC geeft daarom op 26/09/2023 een gunstig advies over deze studie.
Na raadpleging van de Ethische Commissie van de andere deelnemende centra, geeft zij daarom op een gunstig advies over deze studie.

Voor de beoordeling van dit dossier is rekening gehouden met documenten/antwoorden ingediend op 18/09/2023.

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

BIJLAGE 2: INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER

Medicatieregistratie bij rusthuispatiënten: Waar loopt het fout en hoe kan het bijhouden van medicatieschema's in het EMD van rusthuispatiënten geoptimaliseerd worden?
Een exploratief onderzoek.

INFORMATIE VOOR DE DEELNEMER

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van mijn master-na-master opleiding huisartsgeneeskunde voer ik vanuit Huisartsenpraktijk Pollare een exploratief onderzoek naar de beste methode om het medicatieschema van rusthuispatiënten actueel te houden in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Dit onderzoek gebeurt in de periode van september 2023 tot en met september 2024, onder toezicht van de Universiteit Gent.

We willen nagaan in hoeverre de medicatielijst zowel in het woonzorgcentra (WZC) als in het EPD accuraat is. Het nemen van medicatie, in WZC vaak polyfarmacie, verhoogt het risico op medicatiegerelateerde gezondheidsproblemen. Zo kan er bij een foutieve medicatielijst over- of ondergedoseerd worden, kunnen medicatieoverdrachten (bv. tussen WZC, praktijk en ziekenhuis) foutief zijn of kunnen interacties over het hoofd gezien worden. Verder geeft het de mogelijkheid om vanuit de praktijk regelmatig na te gaan of er medicatie gestart dan wel gestopt kan worden door middel van een medicatiereview. Dit zijn enkele voorbeelden die ons het belang van een duidelijk overzicht van de gebruikte medicatie tonen.

Wij stellen u voor om aan deze studie deel te nemen omdat u als zorgverlener (huisarts, CRA, apotheker, hoofdverpleegkundige) betrokken bent bij één van de rusthuizen opgenomen in deze studie. Aan deze studie zullen ongeveer 20 zorgverleners deelnemen.

Middels een interview luister ik naar ideeën en ervaringen van zorgverleners betrokken bij het WZC rond medicatieregistratie. Dit interview zal een 30-tal minuten in beslag nemen.

Vooraf aan deze interviews worden de medicatieschema's in het rusthuis en deze in het EPD bij een 25-tal patiënten verspreid over een 4-5-tal rusthuizen vergeleken met elkaar. Er wordt gekeken of deze overeenkomen.

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal ik, Christoph Goossens, aan de hand van enkele vragen polsen naar uw ideeën rond medicatieregistratie bij rusthuispatiënten.

Aan de hand van de bevindingen wordt er binnen de praktijk gekeken of het beheren van de medicatielijst van rusthuispatiënten beter kan verlopen en op welke manier we dit kunnen doen.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u interesse hebt om deel te nemen aan deze studie mag u dit melden via antwoord op deze mail of uw akkoord tot deelname mailen naar christoph.goossens@ugent.be.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Christoph Goossens, in naam van Huisartsenpraktijk Pollare

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam deelnemer: …….

1. Ik bevestig dat Dr. Goossens Christoph mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd worden bewaard. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de deelnemer te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… **Handtekening……**

Datum……. Handtekening……. Informerende arts

BIJLAGE 3: INTERVIEWGIDS

Interviewgids

Medicatieregistratie

Waar denkt u aan als u het woord medicatieregistratie hoort?

Hecht u belang aan correct geregistreerde medicatieschema's?

Waarom vindt u dit wel of niet belangrijk?

Zo ja:

- Hoe tracht u dit in de praktijk te bekomen? Doet u dit gestructureerd?
- Hoe verloopt dit in uw praktijk bij rusthuispatiënten? Hoe verlopen medicatiewijzigingen?
- Hoe schat u de correctheid van de medicatieschema's van rusthuispatiënten in uw praktijk in?

Zo nee:

- Waarom hecht u hier geen belang aan?

Rusthuis

Welke rol speelt u (CRA, apotheker, hoofdverpleegkundige) hierin?

Hoe verloopt de communicatie tussen u en de huisarts?

Hoe verloopt de digitale medicatieregistratie in het rusthuis?

Is er een optie tot digitaal synchroniseren met de huisarts?

Systematische medicatiereviews?

Gedeelde medicatieschema's

Hebt u ervaring in het gebruik van gedeelde medicatieschema's? Wat weet u over Vitalink?

Hoe wordt dit in uw praktijk toegepast?

Waarom maakt u hier nog geen gebruik van?

Hoe staat u tegenover een Elektronisch Medisch Dossier dat door alle gezondheidsactoren (huisarts, ziekenhuis, verpleegkundige, apotheker, verpleegkundige) gebruikt kan worden?