

Bouwen aan een gerechtvaardigd vertrouwen in **een veilige medicatieoverdracht**

SUCCESVOLLE INITIATIEVEN UIT DE PRAKTIJK

Medicatiefouten komen zo vaak voor dat iedere zorgverlener eigenlijk een gerechtvaardigd wantrouwen moet hebben ten aanzien van het actueel medicatiegebruik van zijn patiënt. Maar helaas is dat wantrouwen er nog onvoldoende en leidt het zeker niet altijd tot individueel leiderschap in het voorkomen van fouten. Individueel leiderschap betekent dan dat iedere zorgverlener altijd als vanzelfsprekend het medicatiegebruik goed verifieert en actief op zoek gaat naar waar het misging. Waarbij 'speak up', het aanspreken van vakgenoten in de keten, normaal is en leidt tot goede afspraken rondom medicatieoverdracht. Met die houding kan worden gebouwd aan een gerechtvaardigd vertrouwen in een veilige medicatieoverdracht.

Door: H.C. van de Steeg en Y. Salfischberger



Mona van de Steeg

De richtlijn 'Medicatieoverdracht in de keten' ondersteunt zorgverleners bij de inrichting van een veilige medicatieoverdracht. In de praktijk blijkt dat echter niet eenvoudig. Toch zijn er al veel initiatieven uitgewerkt en met succes toegepast in het veld. Een aantal wordt in dit artikel uitgelicht. De initiatiefnemers schetsen hun aanpak en daarnaast delen ze hun geleerde lessen en geven concrete adviezen om morgen mee aan de slag te gaan.

De volgende schakel is afhankelijk van jou

Lia Donkers, directeur van de Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland, heeft in de Goudse regio een uitgebreide ketensamenwerking opgezet. 'De organisatie van partijen in deze regio rond ketenafspraken is *going concern* voor een transmuraal netwerk. Wij initieerden multidisciplinaire werkaafspraken tussen organisaties, geïntegreerd teamwerk of nieuwe transmurale voorzieningen. Op die manier draagt het netwerk bij aan samenhang in de zorg voor de inwoners van Midden-Holland', aldus Lia. 'Wanneer die samenhang er eenmaal is, kan je in

feite ieder onderwerp, dus ook medicatieoverdracht, oppakken via dit netwerk.' Het proces kende ook belangrijke hobbels: 'Niet alle bestuurders van zorgorganisaties waren gemotiveerd om aan de slag te gaan. We hebben informatie gegeven en opties besproken. Een regionaal EPD zou ideaal zijn. Helaas moest deze regio daar op last van het CBP mee stoppen. Met het laten beheren van het medicatiedossier door de patiënt was te weinig ervaring. Dus is begonnen met het coördineren van (bilaterale) afspraken tussen bijvoorbeeld ziekenhuis- en openbare apothekers over overdrachtsituaties via regionale bijeenkomsten. Voor ketenpartijen zijn twee regiobijeenkomsten georganiseerd over dit thema die ons geleerd hebben dat er voornamelijk behoefte is aan informatie en voorlichting om betrokkenen op de hoogte te brengen van de richtlijn. Openbare apothekers treden nu het meest op als centrale beheerder van het medicatieoverzicht.' 'We organiseren inmiddels ook lokale bijeenkomsten in de 15 gemeenten en wijken, waarbij we onder leiding van de lokale apotheker



Yvonne Salfischberger

overdrachtsafspraken maken met de huisarts, thuiszorg, zorgcentrum en andere zorginstellingen. Expertise van elders en eerstelijns ondersteuningsgelden worden hiervoor benut. Bij medicatieoverdracht benadrukken we de rol van de patiënt. Zij kijken bijvoorbeeld mee naar foldermateriaal en helpen mee verspreiden. We zijn gelukkig met de samenwerking met de ouderenbonden. Per huisartsenpraktijk worden ouderen uitgenodigd voor een medicatie-informatieavond verzorgd door huisarts en apotheker samen.'

De geleerde les is volgens Lia: 'Zet in op het informeren en committeren van professionals en help hen tot het inzicht te komen dat het ook henzelf betreft: iedereen gebruikt medicatie of heeft een bepaalde overgevoeligheid. Zorg is bovendien complex en medicatie verandert vaak. Het is teamwerk, als professional moet je het gewoon goed willen regelen en niet alleen voor je eigen domein: je moet begrijpen dat de volgende schakel afhankelijk is van jou. Het zogenaamde *Next Step Thinking*. Een transmuraal netwerk in de regio is essentieel voor de implementatie.'

Met elkaar in gesprek gaan

Rolien de Jong is projectleider Patiëntveiligheid bij de Stichting Transmurale Zorg Den Haag. Ze vertelt enthousiast hoe ze in de regio de transmurale implementatie van de richtlijn Medicatieoverdracht aanpakken. 'Bij aanvang was de inspanning gericht op het betrekken van zo veel mogelijk zorgdisciplines in de regio en het vragen van veel aandacht voor dit thema. In de aanpak werden eerst twee kenniscarroussels georganiseerd. Doel was het ontwikkelen van een regionale richtlijn voor Medicatieoverdracht. Er werd een gezamenlijk toetsingskader geformuleerd voor de transmurale overdracht dat alle partijen meenamen in hun traject:

- de huisapothek is de buddy van de zorgvrager;
- de zorgvrager wordt aangesproken op zijn rol;
- één Actueel Medicatie Overzicht (AMO) in alle systemen;
- de A,B,C kwaliteit zichtbaar in het AMO;
- toewerken naar een 'schitterend vergezicht', uitgaande van de dag van vandaag.

In de tweede kenniscarroussel werd afgesproken de drie meest kritische knelpunten aan te pakken, namelijk organisatie van het ontslag, poliklinisch beschikbaar zijn van een EVS en regelen van de stoprecepten. Ieder ging voor zichzelf én in de transmurale keten aan de slag met deze punten.'

Trots is Rolien dat ze het vanuit de regio voor el-



kaar hebben gekregen om in samenwerking met Oria te komen tot een landelijk AMO: 'Inmiddels heeft de invoering van het AMO veelbelovende resultaten. Voorbeelden hiervan zijn: Ziekenhuizen vragen nu standaard om een AMO bij de apotheek waardoor dit formulier breder wordt geïmplementeerd. De ontslagmedicatie wordt overzichtelijker gepresenteerd. Zorgvragers weten steeds meer over het AMO. En de rol van de patiënt is duidelijker voor het voetlicht gekomen.' Rolien wil als geleerde les vooral het volgende overdragen: 'Het is de kunst om de verschillende disciplines in de regio met elkaar in gesprek te brengen. Meestal kennen ze elkaar niet eens. De kenniscarroussels hebben een enorme boost gegeven aan die dialoog. Mijn motto is dan ook: je moet elkaar eerst ontmoeten om verder te kunnen gaan.'

Wees proactief

In de richtlijn staat beschreven dat bij elk voorschrijfmoment er een actueel medicatieoverzicht moet zijn. Joris Arts, ziekenhuisapotheker en hoofd van de afdeling Klinische Farmacie in het Antonius Ziekenhuis Sneek en Emmeloord, vertelt hoe zij binnen hun ziekenhuis en met apothekers, huisartsen, apotheekhoudende huisartsen, thuiszorg, trombosedienst, GGZ en verpleeghuizen in de regio afspraken hebben gemaakt over de implementatie van de richtlijn. 'Stephen Covey's eerste eigenschap "Wees proactief" was voor ons een leidend principe. Het was belangrijk om gewoon te beginnen', aldus Arts. 'Niet allerlei redenen bedenken waarom het niet kan. We begonnen in het ziekenhuis met pilots voor zogenaamde opname- en ontslaggesprekken volgens de gouden standaard: een gesprek door een apothekersassistente via een medicatieoverzicht van de thuisapothek van de patiënt. Apothekersassistenten kunnen dit beter dan verpleegkundigen, omdat zij voor 100% focussen op geneesmiddelen. Het zichtbaar maken van de reductie in fouten en onduidelijkheden was een succesfactor om in het ziekenhuis de kwaliteitswinst duidelijk te maken van deze nieuwe werkwijze. Het is geëvolueerd naar Apothekersassis-

tente 2.0: een fulltime apothekersassistente op de afdeling, die alle opname- en ontslaggesprekken doet en fungeert als hulp bij vragen rondom medicatie, bij het klaarmaken van infusen en als ogen en oren van de apotheek op de afdeling. Vier maanden na de eerste afdeling met een Apothekersassistente 2.0, zijn de afdelingen interne geneeskunde, longgeneeskunde, neurologie, orthopedie, urologie en chirurgie al gevolgd. Daarvoor is nu ongeveer 4,5 fte beschikbaar. In de regio zuidwest Friesland hebben de ketenpartners transmurale protocollen opgesteld voor een achttal veelvoorkomende overdrachtsmomenten. De protocollen verduidelijken de verantwoordelijkheden voor de verschillende betrokkenen inclusief de patiënt, die een sleutelrol gaat spelen in het optimaal borgen van de richtlijn. We proberen patiënten een tool te geven voor deze rol in de vorm van de iPhone-app ontwikkeld door ReShape in Nijmegen. We zijn op dit moment met de voorbereidingen bezig. De patiënt realiseert zich op die manier zijn verantwoordelijkheid én heeft direct de kans om daar iets mee te doen en zijn medicatiegebruik actueel te maken of houden. Het onvoorwaardelijk delen van kennis is een absolute voorwaarde om verder te komen in de gezondheidszorg. Wij delen protocollen en de resultaten van onze pilots en de businesscases op websites (bijvoorbeeld www.apotheeksneek.nl) en op bijeenkomsten. Mijn advies om de richtlijn in uw regio te implementeren is: stap naar uw ketenpartners toe en ga om tafel om de overdracht van medicatiegegevens in kaart te brengen. Onze protocollen kunnen helpen. ICT is belangrijk, maar is uiteindelijk slechts ondersteunend. Goede afspraken met uw ketenpartners en een check zijn nog altijd nodig.'



Extra verificatie van risicovolle medicatie

Stephanie van der Werken is Farmaceutisch Consulente bij apotheek Stevenshof in Leiden. Ze heeft daar geïntroduceerd dat de medicatiestatussen van coumarinegebruikers systematisch en periodiek worden geactualiseerd en overgedragen aan de trombosedienst. Coumarine als antistollingsmiddel behoort tot de top 5 van risicovolle geneesmiddelen (HARM, 2006). De volgende punten werden opgepakt:

- verificatie van een juiste medicatieoverdracht van hoofdbehandelaar naar trombosedienst;
- periodieke verificatie door de apotheek en trombosedienst of de medicatie nog wel klopt;
- betrekken van de patiënt bij het verifiëren van de medicatie.

Hoe werkt dat dan in de praktijk? 'De apotheek benadert ieder kwartaal de patiënt en verifieert samen met de patiënt de medicatie. Vervolgens voorziet de apotheek de trombosedienst van dit actuele overzicht. De trombosedienst beoordeelt dit overzicht, legt het vast in het eigen systeem en zorgt voor een terugkoppeling naar de apotheek. Het lijkt veel werk, maar het betekent per week 10 tot 15 verificaties voor een middelgrote apotheek met ongeveer 180 patiënten die coumarine gebruiken. Maar dat is het resultaat waard. Waar eerst maar 45% van de overzichten van trombosedienst en apotheek overeenkwam, is dat nu 78%. Deze nieuwe werkwijze is succesvol, echter de ambitie van de apotheek en de trombosedienst is natuurlijk om die laatste 22% discrepanties ook te elimineren. Ook belangrijk is dat patiënten het waarderen om bij de verificatie van hun medicijngebruik betrokken te zijn. Zij geven aan het belang te zien van een juiste overdracht. Het geeft hen meer verantwoordelijkheidsgevoel en het zet hen aan tot het beter informeren van hun arts over medicijngebruik.' De geleerde les volgens Stephanie: 'De richtlijn Medicatieoverdracht ziet er simpel uit, maar is in de praktijk niet altijd uitvoerbaar vanwege de verschillende computerprogramma's waarmee wordt gewerkt. Mijn advies is: probeer binnen je eigen mogelijkheden zo dicht mogelijk bij de uitvoering van de richtlijn te komen. Zoek daarvoor de samenwerking op en probeer die samenwerking voor de toekomst te consolideren in een structuur zoals het FTO (Farmaco Therapeutisch Overleg).'

De arts als coach voor richting en duidelijke instructie

Michael Rutgers, directeur van het Astmafonds, vertelt over medicatie bij longziekten: 'Ons

standpunt is dat er een centrale regisseur moet zijn met toegang tot en regie over de gehele keten. De interactie van longmedicatie met andere medicatie wordt nauwelijks besproken door de huisarts, de apotheker of de praktijkondersteuner. En weinig zorgverleners in de keten zijn echt goed in de inhalatie-instructie. De zorgstandaarden stellen dat een jaarlijkse check van medicatie en de inhalatie-instructie gewenst is. Maar het gebeurt vaak niet, zeker niet bij multimorbiditeit en bij de overgang van kinder- naar volwassenenzorg. Dit is een overdrachtsprobleem: Wie doet dat nu eigenlijk? Wie is daarvoor verantwoordelijk? Wie registreert dat?

Rutgers illustreert het probleem van een veilige medicatieoverdracht. 'De kennisoverdracht moet beter: 9 van de 10 zorgverleners kent niet alle 10 stappen van inhalatie-instructie. Als de instructeur de stappen niet kent, kent de ontvanger ze al helemaal niet. Zo gebruikte een 23-jarige student 17 keer per dag zijn 'rescue' medicatie en geen onderhoudsmedicatie. Daar is echt iets fout gegaan in de overdracht en de instructie. De zorgverlener moet daarbij rekening houden met verschillen tussen mensen, persoonlijke voorkeuren en de specifieke situatie: een zorgmijder vraagt een andere aanpak dan een proactieve, geïnformeerde patiënt. Complexe oplossingen werken niet voor de dokter en niet voor patiënten. Het moet overzichtelijk en snel. De *Brief Medication Questionnaire* – een korte vragenlijst die de noodzaak van en zorgen over medicatie meet – kan ordening aanbrengen en blijkt te werken in de praktijk, dus gebruik die dan.'

Rutgers benadrukt het belang van afstemming tussen patiënt en zorgprofessional. Alleen samen met de cliënt kunnen zorgverleners en apothekers de medicatie en de informatie daarover actueel houden. 'De chronische patiënt kan vaak zelf verantwoordelijk zijn. De patiënt is verantwoordelijk voor zijn veiligheid door het juist innemen van medicijnen, door het opvolgen van instructies en het afmaken van medicatiekuren. En door informatie te geven over hun medicatiegebruik, alert te zijn op veranderingen en vragen te stellen als iets niet duidelijk is. Met de App MijnMedicatie uit Nijmegen, kan een patiënt zelf een lijst samenstellen (zelfs inscannen) van medicijnen die hij gebruikt en deze als informatiebron gebruiken bij de huisarts, apotheek, familie of in noodsituaties. Dit is een stap in de goede richting, maar slechts voor een bepaalde doelgroep geschikt. We moeten streven naar één plek waar de arts, andere zorgverleners en patiënt informatie kunnen brengen en halen. De toekomst is dat de chronische patiënt

zijn behandelend arts een paar momenten in het jaar ziet. De rest van de tijd moet hij het zelf zien te redden. Die momenten zijn wel belangrijk: dan is de arts meer een coach om richting en duidelijke instructie te geven.'

'Voor professionals zijn er momenteel verkeerde financiële prikkels. Voor medische handelingen wordt betaald. Niet op resultaat voor de patiënt. Dat is niet goed voor de implementatie van ketenzorg waaronder medicatieoverdracht. Verandering vraagt lef en leiderschap. Verzekeraars zijn op dit moment *in the lead* om hun rol te pakken om financiering anders te regelen. De roep om leiderschap geldt ook voor artsen die de eed van Hippocrates voorop moeten zetten als belangrijkste leidraad voor hun handelen en niet hun inkomen. Wat zou het mooi zijn als we met elkaar proberen van binnenuit de prikkel anders te leggen, zodat de motivatie anders wordt om het beter te doen. Dat zal een veilige overdracht van medicatiegegevens ten goede komen.'

Informatie over de auteurs

Drs. Mona van de Steeg en **drs. Yvonne Salfischberger** zijn als senior adviseurs werkzaam bij het CBO, ieder met specifieke aandachtsgebieden rondom kwaliteit en veiligheid in de zorg. Beiden waren, in opdracht van het ministerie van VWS, nauw betrokken bij de organisatie van de landelijke en regionale bijeenkomsten ten behoeve van de implementatie van de richtlijn Medicatieoverdracht in de keten.

Wat is bekend?

- Te veel zorgverleners hebben nog vertrouwen dat de medicatieoverdracht in de transmurale keten goed georganiseerd is. Dit vertrouwen is niet gerechtvaardigd.
- Individueel leiderschap van iedere zorgverlener is nodig om te komen tot een veilige medicatieoverdracht in de keten door de implementatie van de richtlijn Medicatieoverdracht in de keten.

Wat is nieuw?

- Essentieel voor die implementatie is het bestaan van een transmurale netwerk in de regio. Langs dit netwerk kun je veel eenvoudiger zaken als de richtlijn 'Medicatieoverdracht in de keten' implementeren.
- Zowel binnen het ziekenhuis als met de partners in de regio moeten afspraken worden gemaakt over 'Medicatieoverdracht in de keten'. De apotheker en apothekersassistente hebben daarbij een belangrijke spilfunctie; extern het protocolleren wat van wie mag worden verwacht. Het betreft transmurale afspraken met onder andere artsen, verpleeghuizen, apothekers, apotheekhoudende huisartsen, trombosedienst, ggz en thuiszorg.
- Voor risicovolle medicatie als coumarine is het effectief om periodiek een check uit te voeren door de apotheek in samenwerking met de patiënt en de trombosedienst.

Wat kun je ermee?

- De kunst is om de verschillende disciplines in de regio met elkaar in gesprek te brengen binnen het transmurale netwerk. Meestal kennen ze elkaar niet eens. Ze moeten elkaar eerst ontmoeten om verder te kunnen gaan.
- Menselijk gedrag is moeilijk stuurbaar, maar het moet wel worden gestuurd. Dit vraagt van de zorgverleners meer de rol van coach te nemen.