



*In beginsel moet bij ziekenhuisopname de vaste medicatie gewoon mee met de pyjama en de tandenborstel.*

Omzetting van thuismedicatie naar ziekenhuisassortiment bij opname

## Is het nog rationeel?

P.D. Knoester

P.M.L.A. van den Bemt

Weegt substitutie, van veelal chronische therapie, voor een relatief korte periode, op tegen het verstoren van een mogelijk moeizaam bereikt evenwicht? Een pleidooi van Knoester en Van den Bemt voor het gebruik van thuismedicatie in het ziekenhuis.

**D**e bekostiging van ziekenhuiszorg volgt een budgetstructuur en op basis van een groot aantal parameters wordt het jaarlijkse budget van ziekenhuizen vastgesteld. Dit ziekenhuisbudget dient voor de bekostiging van alle in het ziekenhuis geleverde zorg, dus ook de geneesmiddelen. Deze structuur leidt ertoe dat, bij migratie van een patiënt tussen de eerste en de tweede lijn, de ziekenhuisapotheek alle medicatie van de patiënt moet leveren teneinde een economisch delict te voorkomen. Dit heeft tot gevolg dat in ziekenhuizen de thuismedicatie voor de duur van de opname wordt gesubstitueerd door een alternatief uit het ziekenhuisapotheekassortiment. Afhankelijk van dit assortiment kan er sprake zijn van generieke of therapeutische substitutie. De vraag is of het overnemen van de thuismedicatie door de ziekenhuisapotheek en het eventueel substitueren ervan rationeel en doelmatig is.

### Opnameduur

De opnameduur in ziekenhuizen is de afgelopen jaren sterk teruggelopen en er is een duidelijke verschuiving waarneembaar naar poliklinische behandelingen, dagbehandelingen en *short stay*-behandelingen. De substitutie van thuismedicatie moet dus voor een steeds kortere periode georganiseerd worden en de vraag rijst of het nog rationeel is om voor een steeds korter wordende opname-

duur de thuismedicatie om te zetten. Weegt substitutie, van veelal chronische therapie, voor een relatief korte periode, op tegen het verstoren van een mogelijk moeizaam bereikt evenwicht?

### Medicatieveiligheid

Het omzetten van thuismedicatie kan leiden tot verwarring en ergernis bij de patiënt en de behandelende arts, maar onduidelijk is of substitutie ook een (negatieve) rol speelt binnen medicatieveiligheid. Een negatieve rol is mogelijk wanneer de patiënt niet duidelijk voorgelicht wordt omtrent de thuis door te gebruiken geneesmiddelen. Zo blijkt het in Tilburg regelmatig voor te komen dat bij heropname een patiënt zowel het gesubstitueerde geneesmiddel als het substituuat gebruikt (bijvoorbeeld tamsulosine samen met alfuzosine). Er bestaan wel onderzoeken die laten zien dat ziekenhuisopnames leiden tot discontinuïteit in het geneesmiddelengebruik, maar in hoeverre dit aanleiding geeft tot schade bij de patiënt is onduidelijk [1-3].

Andersom is ook een positieve invloed op de medicatieveiligheid tijdens opname mogelijk: door een beperkt assortiment kan daarmee meer ervaring opgebouwd worden en dit kan leiden tot minder fouten en schade. Ook om dit voordeel te staven is echter geen bewijs beschikbaar. →

## Generieke substitutie

Onder generieke substitutie wordt normaliter verstaan het vervangen van een specialité door een generiek preparaat met dezelfde werkzame stof. Deze substitutie is in Nederland breed geaccepteerd en onderdeel van het succesvolle convenant dat in 2004 door VWS, KNMP, Bogin en ZN gesloten is [4]. In het ziekenhuis kan, als gevolg van het verplicht moeten leveren vanuit de ziekenhuisapotheek, echter ook sprake zijn van *resubstitutie* door specialité. Door het vermeende uitstralings-effect van specialistische receptuur op het voorschrijven door de huisarts zijn immers veel fabrikanten van specialités bereid grote kortingen te geven. Dit leidt er bijvoorbeeld in het Erasmus MC toe dat thuismedicatie omeprazol wordt omgezet naar het specialité Nexium voor de duur van de opname. Jaarlijks worden 125.000 tabletten Nexium verstrekt en deze resubstitutie ontlast het geneesmiddelenbudget van het Erasmus MC aanzienlijk. Na ontslag van de patiënt is het echter mogelijk dat omeprazol blijvend is vervangen door Nexium. Dit kan macro-economisch gezien resulteren in een kostenstijging, aangezien het hier een geneesmiddel betreft dat veelal chronisch wordt gebruikt.

## Therapeutische substitutie

Bij therapeutische substitutie wordt een geneesmiddel vervangen door een ander geneesmiddel binnen dezelfde farmacotherapeutische klasse. Bij therapeutische substitutie wordt impliciet uitgegaan van het bestaan van een klasse-effect; het bewezen gunstige effect van een geneesmiddel kan worden geëxtrapoleerd naar andere geneesmiddelen binnen dezelfde klasse [5]. Therapeutische substitutie wordt in ziekenhuizen regelmatig toegepast, bijvoorbeeld voor de klassen van protonpompremmers, cholesterolverlagers en antihypertensiva. De voordelen lijken evident: therapeutische substitutie helpt het assortiment van de ziekenhuisapotheek te beperken en zodoende kunnen extra inkoopvoordelen voor het ziekenhuis behaald worden. Bovendien beperkt deze handelwijze het aantal uit te voeren logistieke handelingen, waardoor het proces doelmatiger wordt. Door gebruik te maken van geaccordeerde substitutielijsten kan vanuit de apotheek de substitutie efficiënt gecoördineerd worden.

Toch zijn bij therapeutische substitutie kanttekeningen te plaatsen. Veelal ontbreekt het aan directe vergelijkingen tussen geneesmiddelen van dezelfde klasse, of is er sprake van een probleem bij het vinden van een equipotente dosis. De grote verschillen in effectiviteit van diverse ACE-remmers op de mortaliteit bij patiënten met hartfalen na een doorgemaakt myocardinfarct, illustreren dit [5]. Ook binnen de groep van NSAID's bestaat onvoldoende bewijslast voor therapeutische substitutie bij specifieke aandoeningen als heterotopie ossificatie of polyposis coli [6]. Tevens dient men zich te realiseren dat er verschillen kunnen zijn binnen de geneesmiddelen van een therapeutische klasse op het niveau van klassegebonden bijwerkingen (cave cervastatine), zeldzame geneesmiddel-specifieke bijwerkingen en interactieprofiel (cave CYP2C-remming door omeprazol). Daarnaast treedt er, formeel gezien, een beperking op als de diverse geneesmiddelen binnen een klasse verschillende geregistreerde indicaties kennen.

Los van een discussie of de uitbreiding van geregistreerde indicaties een marketinginstrument is of niet, zullen artsen en apothekers zich de vraag moeten stellen of er voldoende verantwoord gehandeld kan worden bij therapeutische substitutie richting een product dat voor de desbetreffende indicatie niet geregistreerd is [6, 7]. Bijkomend probleem is dat de indicatie veelal niet bekend is bij de ziekenhuisapotheek en dit dus niet eenvoudig te ondervangen is door substitutielijsten.

## Oplossingsrichtingen

Ziekenhuisapothekers kunnen als beleid voeren thuismedicatie niet om te zetten en de benodigde medicatie vanuit hun apotheek te leveren. Dit houdt in dat de ziekenhuisapotheek een zeer breed assortiment moet aanhouden, maar voorkomt wel de dilemma's die hierboven beschreven zijn.

De echte oplossingsrichting is dat de meegebrachte thuismedicatie in het ziekenhuis gecontinueerd kan worden. Uiteraard vindt hierbij altijd toetsing plaats of het een rationele continuering betreft, medicatie die gerelateerd kan zijn aan de reden van ziekenhuisopname dient bijvoorbeeld gestopt te worden [8]. De ziekenhuisapotheker richt zich, in deze oplossingsrichting, op de therapie die in het ziekenhuis geïnitieerd wordt; hieronder valt ook het aspect van de interactiebewaking tussen de thuismedicatie en de ziekenhuismedicatie. Randvoorwaarde voor het doorgebruiken van thuismedicatie is dat de verpakking past in het geneesmiddeldistributiesysteem van het ziekenhuis. De verpakking moet (bij voorkeur) geschikt zijn voor aflevering per eenheid (EAG-verpakking) en voorzien zijn van een barcode voor adequate toedieningsregistratie. Continuering van thuismedicatie kan juist die schaal-grootte realiseren die nodig is om samen met de farmaceutische industrie te komen tot een verruiming van het assortiment gebarcodeerde EAG-verpakkingen.

Het continueren van thuismedicatie vraagt natuurlijk dat de ziekenhuisapotheker over adequate informatie beschikt omtrent welke geneesmiddelen daadwerkelijk in de thuissituatie worden gebruikt. Dit probleem wordt veelvuldig in het *Pharmaceutisch Weekblad* belicht en valt buiten de context van deze discussie.

Het is niet rationeel bij ziekenhuisopname van de patiënt de thuismedicatie, om budgettechnische redenen, te stoppen en levering vanuit de ziekenhuisapotheek op te starten. Gestreefd moet worden naar een hybride model waarin thuismedicatie wordt doorgebruikt en de ziekenhuisapotheek de medicatie levert die tijdens de opname geïnitieerd wordt. Farmaceutische zorg moet naadloos geleverd worden in zowel eerste als tweede lijn door openbare én ziekenhuisapothekers. De (macro-economische) voordelen op het gebied van medicatieveiligheid en van duidelijkheid voor patiënt en arts zouden nog wel eens groter kunnen zijn dan de huidige budgettaire (micro-economische) voordelen voor het ziekenhuis ●

## VERANTWOORDING

P.D. Knoester is sectorziekenhuisapotheker in het Erasmus MC te Rotterdam.

P.M.L.A. van den Bemt is ziekenhuisapotheker in de Ziekenhuisapotheek Midden-Brabant te Tilburg.

## LITERATUUR

Zie voor de literatuurreferenties de digitale versie van dit artikel op [pw.nl](http://pw.nl)

**LITERATUUR**

- 1 Himmel W, Tabache M, Kochen M. What happens to long-term medication when general practice patients are referred to hospital? *Eur J Clin Pharmacol.* 1996;50(4):253-7.
- 2 Himmel W, Lonker B, Kochen M. Nonformulary drug requests at an academic hospital in Germany. The role of general practitioners' long-term medication. *Eur J Clin Pharmacol.* 1998;54(1):41-6.
- 3 Stuffed R, Van Hulten R, Heerdink E, et al. The impact of hospitalisation on the initiation and long-term use of benzodiazepines. *Eur J Clin Pharmacol.* 2005;61(4):291-5.
- 4 Tent M, van Haarlem N. Iedereen tevreden. Minister Hoogervorst ondertekent convenant. *Pharm Weekbl.* 2004;139:252-3.
- 5 Kramers C. Therapeutische substitutie. *Geneesmiddelenbulletin.* 2004;38:61-3.
- 6 Brouwers JRB, van Luin M. Elk middel heeft zijn plek. Off-label-gebruik en verwisselbaarheid van NSAID's. *Pharm Weekbl.* 2004;139:910-1.
- 7 Kien NUN. Prescriptie en vergoeding van dure geneesmiddelen en goedkope off-label-alternatieven. *Pharm Weekbl.* 2005;140:965.
- 8 De Koning GHP, Egberts ACG, Lenderink AW. Hoe vaak en in welke mate. Medicatiebreuken bij overgang van intra- naar extramurale gezondheidszorg. *Pharm Weekbl.* 2000;135:1071-5.