

Risicomanagement in de farmacozorgketen

Praktijkonderzoek helpt rol en waarde apotheek belichten

Henk Buurma
Toine Egberts
Bert Leufkens
Peter de Smet

Risicomanagement in de zorgketen is een antwoord op vermijdbare geneesmiddelgerelateerde problemen. De apotheek is hierin een onmisbare schakel. Over de uitkomsten van interventies in de apotheek is echter maar weinig bekend.

Risicomanagement in de gezondheidszorg is *bot*. Terecht, want de samenleving wordt in toenemende mate geconfronteerd met een onacceptabel aantal fouten, bijwerkingen en andere problemen. Zowel nationaal als internationaal groeit het besef dat de inspanningen om de patiëntveiligheid te verbeteren moeten worden opgevoerd. Risicomanagement biedt een aanpak om dit integraal en systematisch te realiseren. Bij een systeemaanpak wordt ook wel de analogie met Zwitserse kaas gehanteerd: in elke fase van een systeem zitten gaten, maar een slimme combinatie van barrières biedt voldoende garantie dat er niets doorheen glipt. Fouten ontstaan immers niet zozeer vanwege individuele onverantwoordelijkheid, maar door systematische zwaktes in het hele systeem van de gezondheidszorg of de geneesmiddelenvoorziening. Fouten zijn tot op zekere hoogte onvermijdbaar, maar goed risicomanagement kan veel fouten voorkomen of vroegtijdig identificeren, of negatieve uitkomsten ervan minimaliseren.

Geneesmiddelgerelateerde risico's

Problemen met geneesmiddelen zullen altijd bestaan. Werkzame stoffen hebben immers verschillende farmacologische eigenschappen die tot schadelijke neveneffecten kunnen leiden. Het systeem van de geneesmiddelenvoorziening kan ook risico's geven. Vaak zijn deze problemen te voorkomen, bijvoorbeeld in het geval van medicatiefouten als doseringsfouten, dubbelmedicaties, geneesmiddeleninteracties, contra-indicaties en intoleranties.

Geneesmiddelgerelateerde problemen ontstaan niet alleen bij de voorschrijver, maar kunnen zich ook voordoen tijdens de distributiefase in de apotheek en tijdens het gebruik door de patiënt. De kans op geneesmiddelgerelateerde problemen is tegenwoordig groot, onder andere vanwege polyfarmacie. Een overzichtartikel laat zien dat 8 tot 22 % van de thuiswonende ouderen meer dan vier geneesmiddelen gebruikt. Bij patiënten in verpleeg- en verzorgingstehuizen is dat percentage ongeveer 40 [1].

De farmacozorgketen

In de farmacozorgketen is een groot aantal partijen betrokken: huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen, doktersassistenten, apothekers, apothekersassistenten en niet te vergeten de patiënt zelf. De apotheek, mét een apotheker en een team van assistenten, is in de farmacozorgketen onmisbaar. Niet omdat anderen in de keten hun werk niet goed doen, maar omdat de huidige, sterkwerkzame medicijnen aanzienlijke risico's kennen: over- of onderdosering, interacties en bijzondere omstandigheden als zwangerschap of een verminderde nierfunctie. Geneesmiddelen kunnen hierdoor voor een individuele patiënt minder geschikt zijn. Onderzoeken in binnen- en buitenland laten één gemeenschappelijk resultaat zien: rondom medicijngebruik – zeker bij chronisch zieken – is continu bijhouden, beoordelen en zonodig aanpassen van de medicatie van levensbelang. Communicatie tussen zorgverleners is erg belangrijk in dit proces, maar ook de patiënt moet eventuele risico's kunnen begrijpen en zonodig maatregelen kunnen nemen, bijvoorbeeld door contact op te nemen met de arts of de apotheker.

Risicomanagement door apothekers

De transitie waarin het beroep van apotheker zich sinds de jaren vijftig bevindt, is nog lang niet voltooid, maar heeft het denken inmiddels wel veranderd: van geneesmiddelgericht naar therapiegericht en zelfs patiëntgericht. Een recent artikel in het *Pharmaceutisch Weekblad* maakt maar al te duidelijk in welke overgang we zitten [2]. Naast medicatiebewaking noemen de auteurs onder andere farmaco-epidemiologische searches, bevorderen van therapietrouw, bevorderen van continuïteit van zorg, medicatiereviews bij polyfarmaciepatiënten, systematische begeleiding bij eerste-, tweede- en vervolgitgift van geneesmiddelen en zorgdossiering.

Bij een kwaliteitssysteem als risicomanagement is evaluatie van groot belang. Hoe ziet risicomanagement eruit in de dagelijkse praktijk van de apotheek, wat is de kwaliteit ervan, en levert het datgene op wat we beogen? Want hoewel we ervan uitgaan dat de apotheek een essentiële rol speelt, is er nog maar betrekkelijk weinig bekend over →

de bijdrage van apothekers. Met de opkomst van het farmaceutisch praktijkonderzoek in Nederland komen steeds meer gegevens beschikbaar. Deze gegevens geven inzicht in de rol van de apotheek qua aard, omvang en waarde, maar bieden ook de mogelijkheid het systeem van risicomangement aan te passen als dat nodig is.

Veel farmaceutisch praktijkonderzoek gaat over de gemiddelde Nederlandse apotheek. Een terrein dat in de naaste toekomst meer aandacht zal krijgen, is de kwaliteit van het risicomangement van de *individuele* apotheek. Belangstelling hiervoor is in de samenleving aanwezig, zoals een recent artikel in de *Gezondgids* van de Consumentenbond laat zien [3]. Dit soort onderzoek zal het beeld van de kwaliteit van de farmacie completer maken. Hiervoor zijn al methoden ontwikkeld of in ontwikkeling, zoals *mystery shopping* en onderzoek met kwaliteitsindicatoren [4].

Prioriteiten stellen

Bovengenoemde ontwikkelingen in de zorgmogelijkheden doen menig apotheker wellicht de moed in de schoenen zakken. Waar moet hij de tijd, de kennis en opleiding, het personeel en andere randvoorwaarden vandaan halen? Deskundigen hebben allang beschreven dat je niet alles tegelijk kunt aanpakken. Een belangrijk thema in het systeem van risicomangement is dan ook: prioritering [5]. Er moeten keuzes worden gemaakt. Lang niet iedereen realiseert zich dat in farmacieland bepaalde problemen al jaren centraal worden beoordeeld en geprioriteerd. Commissies bij het WINAp en de Stichting Health Base bepalen welke interacties of contra-indicaties worden bewaakt en geven de richtlijnen voor de afhandeling hiervan.

Voorlichtingsprotocollen bij eerste en tweede uitgifte zijn andere min of meer centraal tot stand gekomen interventies. Ook hier heeft de opsteller problemen onderkend en de interventie voor bepaalde geneesmiddelen groepen vastgesteld. De bewijslast voor geneesmiddeleninteractiesignalering mag stevig zijn, voor eerste- en tweede-uitgifteprotocollen is dat veel minder het geval.

Er bestaat dus een groot verschil in het gewicht dat wordt toegekend aan interventies om geneesmiddelgerelateerde risico's terug te dringen. Prioritering tussen deelgebieden is nodig om andere geneesmiddelgerelateerde problemen, en daarmee andere vormen van apothekerszorg, een kans te geven. Momenteel krijgen geneesmiddeleninteracties bijvoorbeeld veel meer aandacht dan discontinuïteit van zorg.

Ook binnen deelgebieden van risicomangement is prioritering belangrijk. De gemiddelde apotheek bewaakt ongeveer 300 interacties en genereert daarmee bij 6% van alle voorschriften een interactiesignaal. Diverse van deze signalen hebben een lage relevantie of zijn een herhaling van een eerder signaal [6]. Men mag zich afvragen of deze uitgebreidheid bijdraagt aan een optimaal risicomangement in de apotheek.

Overkoepeling

In Nederland, en vermoedelijk ook elders, is men nog niet of nauwelijks toegekomen aan een overkoepelende structuur die naar de relatie tussen de verschillende deel-



gebieden kijkt. Beoordeling en toekenning van prioriteiten vinden slechts plaats binnen de deelgebieden en in aparte commissies van deskundigen. Bovendien is het formele circuit verder verdund door een commissie in te richten bij het WINAp én een bij de Stichting Health Base. Een overkoepelende commissie zou ook nieuw ontwikkelde en soms al stevig in de praktijk gesettelde interventies bij haar afwegingen kunnen betrekken. Zo kunnen lokale of regionale probleeminterventies uitgroeien tot onderdelen van het nationale zorgpakket van de apotheker, en krijgt risicomangement op gestructureerde wijze vorm.

Het is van belang reeds bestaande interventies onder de loep te nemen. Kunnen problemen die met bepaalde SFK-searches opgespoord worden bijvoorbeeld niet beter met dagelijkse signalen op het computerscherm of op het dagrapport aandacht krijgen? De geavanceerde automatisering in de apotheek kan voor veel meer geneesmiddelgerelateerde problemen signalen genereren.

Bijvoorbeeld chronisch sympathicomimetica gebruik zonder inhalatiecorticosteroiden, chronisch prednisolon-gebruik (> 7,5 mg) zonder osteoporosepreventie en de anticonceptiepil boven de 50 jaar.

Een ander voorbeeld van een bestaande interventie is de geprotocolleerde voorlichting bij eerste uitgiften. De vraag is of op het moment van invoering voldoende *evidence* bestond en of op dit moment voldoende bewijslast is verzameld. Continue evaluatie van de zorg en daarmee praktijkonderzoek kunnen deze vragen beantwoorden.

De tijd is bovendien rijp om op gestructureerde wijze na te denken over, en invulling te geven aan, het risicomanagement in de apotheek. Jarenlang kon de beroepsgroep zelf grotendeels vorm geven aan zijn inhoudelijke ontwikkeling. Naar verwachting zullen derden, zoals zorgverzekeraars, hier steeds meer invloed op krijgen. Het modulaire vergoedingssysteem stelt verzekeraars daartoe vermoedelijk des te meer in staat.

Praktijkonderzoek

Deze ontwikkeling hoeft niet nadelig te zijn voor de rol van apothekers in het systeem van risicomanagement. In nader af te spreken modules kunnen nieuwe vormen van risicomanagement een kans krijgen. De randvoorwaarden, in termen van financiering bijvoorbeeld, worden immers uitgebreid: men krijgt ervoor betaald.

Apothekers moeten de kans grijpen in die situaties onderzoek te doen. Onderzoek naar de uitvoerbaarheid van de nieuwe zorginterventie, de uitkomsten en de waarde ervan. Bij uitgebreide zorginterventies zijn verzekeraars wellicht bereid als sponsor te fungeren, temeer omdat ze graag willen weten of deze vorm van zorg waar voor hun geld geeft. Ook zij zullen willen prioriteren.

De rol van praktijkonderzoek kan hierdoor belangrijker worden. Nadenken over de wijze van onderzoek is hierbij van belang. Vooral bij intensieve interventies zou men moeten beoordelen of een experimentele gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeksopzet mogelijk is. In de Nederlandse apotheken zijn weinig voorbeelden van onderzoek met een dergelijke opzet bekend. Dit geldt overigens ook voor gezondheidszorgonderzoek elders. Er is dus maar weinig aandacht voor uitkomsten van nieuwe interventies [7]. Men moet zich realiseren dat eenmaal geïntroduceerde interventies niet meer in deze – door epidemiologen als beste beschouwde – vorm van onderzoek geëvalueerd kunnen worden.

Conclusie

Het systeem van de geneesmiddelenvoorziening veroorzaakt allerhande problemen, die voor een belangrijk deel vermijdbaar zijn. Risicomanagement is een antwoord. De apotheek is daarin een onmisbare schakel, waarover door praktijkonderzoek steeds meer bekend wordt. Evaluaties zorgen voor kengetallen over de rol en de waarde van de apotheek, maar ook over de kwaliteit. Dat laatste is van belang voor de verdere ontwikkeling van die rol, ook waar het gaat om individuele apotheken. Prioritering in de zorg door apotheken wordt de aankomende jaren een belangrijk issue ●

Farmaceutisch praktijkonderzoek

Henk Buurma promoveerde 4 oktober 2006 aan de Universiteit Utrecht op het proefschrift *Clinical risk management in community pharmacy*. Enkele van de belangrijkste uitkomsten van zijn onderzoek:

- 1 Nederlandse apotheken wijzigden 4,3 % van de aangeboden recepten. Bij 22 % gaat het om correcties waarmee mogelijk klinisch relevante gevolgen voor de patiënt worden voorkomen. Een deskundig panel oordeelde dat 60 % daarvan, ongeveer anderhalf recept per apotheek per dag, belangrijk was voor de farmacotherapie van de patiënt.
- 2 Het medicatiebewakingssysteem in de apotheek genereert bij 6 % van alle WTG-recepten een interactiesignaal. Bij een kwart van deze signalen gaat de apotheek over tot externe actie. Vaak was het signaal al eerder afgehandeld en volgde dus geen externe actie.
- 3 De implementatie van richtlijnen behoeft aandacht. Apothekers handelen 70 % van de interactiesignalen af volgens de geldende richtlijnen, maar dit percentage varieert sterk tussen verschillende interacties (interacties met coumarinederivaten 90 %, interacties tussen digoxine en macroliden 9 % en interacties tussen remmers van fosfodiësterase type 5 en nitraten 3 %).
- 4 Bewaking van contra-indicaties is alleen mogelijk bij vastlegging van aandoeningen. Diabetes, astma/COPD en hypothyreoïdie worden goed gedocumenteerd in de elektronische patiëntenkaart. Van documentatie van goedaardige prostaatvergroting en hartfalen is echter beperkt sprake: in 56 % respectievelijk 29 % van de gevallen.

VERANTWOORDING

Henk Buurma is apotheker in Apotheek Stevenshof en onderzoeker bij het SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy.
Toine Egberts is ziekenhuisapotheker in het UMC Utrecht en hoogleraar klinische farmaco-epidemiologie bij de faculteit farmacie van de Universiteit Utrecht.
Bert Leufkens is hoogleraar farmaco-epidemiologie aan de faculteit farmacie van de Universiteit Utrecht.
Peter de Smet is hoofd Farmaceutische Patiëntenzorg van het WINAp en bijzonder hoogleraar farmaceutische patiëntenzorg te Nijmegen.

LITERATUUR

- 1 Heerdink ER. Polyfarmacie bij ouderen in Nederland. Een overzicht van beschikbare gegevens. *Pharm Weekbl.* 2002;137(36):1257-9.
- 2 De Smet PAGM, Van der Vaart FJ. De ontwikkeling van het beroep. *Pharm Weekbl.* 2006;40:1278.
Apothekers in de fout. *Gezondgids.* nov 2006.
- 3 Morris CJ, Cantrill JA, Hepler CD, et al. Preventing drug-related morbidity-determining valid indicators. *Int J Qual Health Care.* 2002;14:183-98.
- 4 Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA.* 2002;288:501-7.
- 5 Buurma H, De Smet PAGM, Egberts ACG. Clinical risk management in Dutch community pharmacies: the case of drug-drug interactions. *Drug Saf.* 2006;29:723-32.
- 6 Macintyre S. Evidence based policy making. *BMJ.* 2003;326:5-6.