



Handleiding bij het uitvoeren van een medicatienazicht met de GheOP³S-tool

(Ghent Older People's Prescriptions community Pharmacy Screening tool)

Ontwikkeld door de Eenheid Farmaceutische Zorg van de Universiteit Gent

Apr. Eline Tommelein

Dr. Apr. Els Mehuys

Prof. Dr. Apr. Annemie Somers

Prof. Dr. Apr. Koen Boussey

en de Dienst Geriatrie van het Universitair Ziekenhuis Gent

Prof. Dr. Mirko Petrovic

Voor meer informatie: Eline.Tommelein@UGent.be

Inhoud

1/ Inleiding.....	3
a. Problematiek	3
b. Voorkomen van mGGPs en de rol van de officina-apotheker.....	4
2/ De GheOP ³ S-tool	5
a. Ontwikkeling van de GheOP ³ S-tool	5
b. Inhoud van de GheOP ³ S-tool.....	6
c. Op wie is de GheOP ³ S-tool toepasbaar?	6
d. Hoe lang duurt een screening met de GheOP ³ S-tool?	6
e. Toepassingen met de GheOP ³ S-tool	7
3/ Mogelijke structuur van een Medicatienazicht	8
a. Farmacotherapeutische Anamnese	8
b. Farmacotherapeutische Analyse	9
B 1/ Voorbereiding: verzamelen & ordenen beschikbare gegevens.....	9
B 2/ Screening met de GheOP ³ S-tool	10
c. Overleg arts / apotheker: opstellen van een <i>voorlopig</i> actieplan.....	10
d. Overleg met de patiënt: vastleggen van een <i>effectief</i> actieplan.....	11
e. Follow-up en monitoring	11

1/ Inleiding

a. Problematiek

De populatie oudere patiënten (≥ 70 jaar) stijgt in de meeste Europese landen. Naarmate mensen ouder worden, nemen ze meer en langer geneesmiddelen in. Omwille van fysiologische veranderingen, polypathologie en polyfarmacie, hebben ouderen een hoger risico op bijwerkingen van de geneesmiddelen die ze nemen. Voor sommige patiënten worden de voordelen van hun medicatie niet bereikt, of treedt er zelfs een verhoogde (kans op) morbiditeit en mortaliteit op. We spreken in dergelijk geval van een Geneesmiddel Gebonden Probleem (GGP). Dergelijk probleem kan zich op verschillende niveaus voordoen: tijdens het voorschrijven, afleveren of opvolgen.

Verschuillende internationale studies, waaronder de Nederlandse HARM-studie, toonden aan dat 5 tot 20% van de hospitalisaties geassocieerd zijn met een mogelijks geneesmiddelen gebonden probleem (mGGP). De helft van deze mGGPs bleken bovendien vermijdbaar. mGGPs omvatten meerdere aspecten: het voorschrijven van medicatie waar geen indicatie (meer) voor bestaat, het niet-voorschrijven van medicatie waar wel een indicatie voor bestaat, aanwezigheid van geneesmiddelinteracties etc. (zie Tabel 1).

Tabel 1: Overzicht van de bestaande types Geneesmiddel Gebonden Problemen (GGPs)	
Onoordeelkundig voorschrijven	
Overgebruik	Therapie voor een indicatie die er niet (meer) is Combinatietherapie waar monotherapie volstaat Farmacotherapie ter behandeling van bijwerkingen van andere GM ('prescribing cascade')
Ondergebruik	Niet behandelen van aanwezige medische indicatie Ontbreken van profylactische therapie
Foutief gebruik	Foutieve keuze van geneesmiddel(vorm) <ul style="list-style-type: none">- <i>Meer effectief geneesmiddel of GM met lager risico beschikbaar</i>- <i>Functionele capaciteit van de patiënt laat gebruik medicatie niet toe</i>- <i>Suboptimale geneesmiddelen vorm</i> Doseringsprobleem <ul style="list-style-type: none">- <i>Over- of onderdosering</i>- <i>Suboptimaal doseringsschema</i> Aanwezigheid van of verhoogd risico op ongewenste effecten <ul style="list-style-type: none">- <i>Bijwerkingen (type 1 of 2)</i>- <i>Gecontra-indiceerde klinische toestand of 'Drug-Disease Interaction' (DDIs)</i>- <i>Interactie met andere geneesmiddelen of 'Drug-Drug Interaction' (DDI)</i>- <i>Interactie met voedsel</i>
Onoordeelkundig afleveren	
Foutief GM verstrekt	Onvoldoende of foutieve informatie verstrekt bij aflevering Overzien van praktische problemen (<i>problemen met openen verpakking, slikproblemen e.d.</i>)
Onoordeelkundig patiëntgedrag	
Niet volgen van gebruiksinstructies	Onvoldoende therapietrouw
Onoordeelkundige monitoring en rapportering	
Niet of onvoldoende opvolgen van de therapietrouw	Niet of onvoldoende opvolgen van bloedwaarden/kliniek e.d. na opstart van bepaalde GM Niet bespreken of rapporteren van bijwerkingen aan de behandelenden arts & instanties
DDI: Drug-Drug-Interaction; DDIs: Drug-Disease Interaction; GM: Geneesmiddel	

b. Voorkomen van mGGPs en de rol van de officina-apotheker

Wanneer mGGPs vroegtijdig opgespoord worden, zouden heel wat bijwerkingen vermeden kunnen worden. Ondanks stijgend besef betreffende mGGPs, blijft de problematiek echter zeer frequent.

Vanuit de officina-apotheek bestaan momenteel weinig mogelijkheden om artsen te ondersteunen in het voorkomen van mGGPs. Nochtans is de officina-apotheker de laatste zorgprofessional waarmee de patiënt in contact komt in het voorschrijf- en afleverproces. Een officina-apotheker zou op twee manieren actief kunnen bijdragen tot het voorkomen van mGGPs.

- Een goed geprotocolleerde finale check bij aflevering van geneesmiddelen aan risicopatiënten.
- Een op regelmatige basis uitgevoerd medicatienazicht bij risicopatiënten.

Via deze interventies kan de officina-apotheker een doeltreffende, veilige en betaalbare farmacotherapie voor ouderen stimuleren. Dit document bespreekt de *Ghent Older People's Prescriptions community Pharmacy Screening tool* (GheOP³S-tool), een praktische methode om een medicatienazicht systematisch en haalbaar uit te voeren in de apotheek. Alsook worden enkele voorbeeldcasussen aangereikt die als leidraad bij dit proces kunnen dienen.

2/ De GheOP³S-tool

Het uitvoeren van een volledige “medication review” vereist kennis over klinische parameters & diagnoses. Momenteel is dit in de Belgische setting van officina-apotheken nauwelijks mogelijk. Daarom werd aan de UGent een screening tool ontwikkeld, specifiek afgestemd op de Belgische officina-apotheek setting: de GheOP³S-tool (zie Bijlage 1), wat staat voor *Ghent Older People’s Prescriptions community Pharmacy Screening tool*.

a. Ontwikkeling van de GheOP³S-tool

De GheOP³S-tool werd ontwikkeld in 3 stappen. Deze bestonden uit (1) een literatuur review, (2) een Delphi proces (twee rondes) om die items te selecteren waarvoor het nuttig is dat de officina-apotheker erop screent en (3) een Delphi proces (twee rondes) om die items te selecteren waarvoor het momenteel haalbaar is dat de officina-apotheker erop screent.

In de literatuurreview werden alle bestaande expliciete lijsten (o.a. Beers lijst, START/STOPP-lijst) samengevat. Elk item werd ondergebracht in één van de onderstaande vooraf vastgelegde categorieën:

- 1/** Mogelijks ongeschikte medicatie voor oudere patiënten, onafhankelijk van onderliggende diagnoses
- 2/** Mogelijks ongeschikte medicatie voor oudere patiënten, afhankelijk van onderliggende diagnoses
- 3/** Mogelijke voorschrijfkorten bij oudere patiënten
- 4/** Geneesmiddeleninteracties met specifieke relevantie voor oudere patiënten
- 5/** Algemene zorg-gerelateerde items voor oudere patiënten

In de tweede stap, het eerste Delphi proces, werden die items uit de samenvatting geselecteerd waarvan de experts het klinisch relevant vonden dat een officina-apotheker hierop zou controleren. Er werd in deze eerste ronde geen rekening gehouden met praktische beperkingen. Het deelnemende panel bestond uit geriateren, huisartsen, klinische apothekers en officina-apothekers met expertise in dit vakgebied¹.

In de finale stap, het tweede Delphi proces, werd door een panel van officina-apothekers beslist op welke items, weerhouden in het eerste Delphi proces, momenteel gescreend kan worden in de officina-apotheek. Bij deze selectie werd specifiek gevraagd alle praktische of limiterende aspecten in beschouwing te nemen. Dit panel bestond uitsluitend uit officina-apothekers².

Tijdens beide Delphi processen konden de deelnemers items toevoegen waarvan zij vonden dat het een meerwaarde zou bieden dat hierop gescreend zou worden in de officina-apotheek. Deze toegevoegde items werden dan tijdens de tweede ronde van het Delphi proces voorgelegd aan het volledige panel.

¹ Deelnemers waren: Prof. Mirko Petrovic (geriater en klinisch farmacoloog), Prof. Tischa van der Cammen (geriater), Prof. Thierry van Hees (klinisch apotheker), Prof. Thierry Christiaens (huisarts en klinisch farmacoloog), Prof. Koen Boussery (docent farmaceutische zorg), Prof. Peter De Paepe (urgentie-arts en klinisch farmacoloog), Prof. Anne Spinewine (klinisch apotheker), Dr. Apr. Olivia Dalleur (klinisch apotheker), Prof. Annemie Somers (klinisch apotheker), Dr. Apr. Leen De Bolle (officina-apotheker), Dr. Jean-Pierre Sturtewagen (huisarts), Dr. Apr. Patricia Van Den Bemt (klinisch apotheker)

² Deelnemers waren: Apr. Annelies Van Tieghem, Dr. Apr. Leen De Bolle, Apr. Leen Claes, Apr. Etienne Poppe, Prof. Hans De Loof en Dr. Apr. Charlotte Verrue.

b. Inhoud van de GheOP³S-tool

De uiteindelijke GheOP³S-tool is een opsomming van expliciete criteria die mogelijks problematisch kunnen zijn voor de oudere patiënt. Het screeningsinstrument bestaat uit dezelfde 5 vooropgestelde onderdelen die elk specifieke mGGPs aankaarten:

Deel 1: Mogelijks ongeschikte medicatie voor oudere patiënten, onafhankelijk van onderliggende diagnoses (= overgebruik & foutief gebruik)

Deel 2: Mogelijks ongeschikte medicatie voor oudere patiënten, afhankelijk van onderliggende diagnoses (= contra-indicaties)

Deel 3: Mogelijke voorschrijfttekorten bij oudere patiënten

Deel 4: Geneesmiddeleninteracties met specifieke relevantie voor oudere patiënten

Deel 5: Algemene zorg-gerelateerde items voor oudere patiënten

De GheOP³S-tool stelt voor elk mGGP ook een mogelijk alternatief voor, wat de apotheker op weg kan helpen een alternatief te bieden aan de arts of patiënt. Daarnaast werkte de eenheid Farmaceutische zorg een uitgebreid begeleidend document uit waarin rationale van de problematiek, afhandelingsvoorstellen en aanvullende wetenschappelijke informatie beschreven staan. Voor wat betreft de afhandeling van interacties verwijzen we naar het naslagwerk "Commentaren Medicatiebewaking" (Stichting HealthBase).

c. Op wie is de GheOP³S-tool toepasbaar?

Het is moeilijk haalbaar de GheOP³S-tool toe te passen op alle patiënten die in de apotheek komen. De apotheker kan echter een inschatting maken voor welke patiënten dit zinvol is. Dit kan op basis van enkele risicofactoren (Tabel 2) en/of na overleg met de behandelende arts op basis van diens professionele deskundigheid. We willen namelijk die patiënten selecteren met een hoog risico op GGPs en die patiënten met een verhoogd risico op geneesmiddelgebonden ziekenhuisnames.

Tabel 2: Factoren die leiden tot een verhoogd risico op GGPs

Factoren die het meest geassocieerd worden met verhoogd risico op GGPs

Polyfarmacie (5 of meer chronische geneesmiddelen) / multimorbiditeit

Oudere leeftijd (>70 jaar)

Factoren die een additioneel risico geven op GGPs

Institutionalisatie

Signalen van verminderde cognitie

Psychische problemen

Verhoogd valrisico (≥1 maal gevallen in de afgelopen 12 maanden)

Signalen van niet-therapietrouw

d. Hoe lang duurt een screening met de GheOP³S-tool?

In ieder geval zal het uitvoeren van een medicatienazicht in het begin wat tijd vergen. Echter, hoe vaker de screening uitgevoerd wordt, hoe beter de apotheker de inhoud van de GheOP³S-tool gaat beheersen en hoe behendiger de apotheker wordt om de verschillende stappen uit te voeren. Louter het screenen op de mGGPs kan – indien enige beheersing van de inhoud van de tool – binnen de 5 minuten.

Het volledige proces van een medicatienazicht met de GheOP³S-tool werd beoordeeld door de stagiairs farmacie van de Universiteit Gent en Luik. Ongeveer de helft van alle nazichten, inclusief het afhandelen van de mGGPs werd uitgevoerd binnen het halfuur. Vierentachtig procent werd volledig afgewerkt binnen het uur.

e. Toepassingen met de GheOP³S-tool

Het kan voor meerdere patiënten nuttig zijn dat een medicatienazicht uitgevoerd worden. Naast de inschatting van de apotheker op basis van gekende risicofactoren voor mGGPs (zie “c. Op Wie is de GheOP³S-tool toepasbaar?”), kunnen ook welbepaalde situaties een aanleiding zijn om een medicatienazicht uit te voeren.

1. Aanmaken van een medicatieschema
2. Opname in een woonzorgcentrum
3. Een recente hospitalisatie

Daarnaast kan de GheOP³S-tool goed gebruikt worden als basis voor een Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO). Hierbij kunnen gedetecteerde problemen bij voorbeeldcasussen multidisciplinair besproken worden.

3/ Mogelijke structuur van een Medicatienazicht

Een medicatienazicht is een “*periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische, farmaceutische, en gebruiksinformatie van de farmacotherapie, waar zowel de patiënt, de arts en de apotheker in betrokken zijn*”. In samenspraak met de patiënt en zijn behandelende arts spoort de apotheker tijdens deze periodieke evaluatie mogelijke verbeterpunten op. De stappen van een medicatienazicht bestaan uit 1/ de farmacotherapeutische anamnese, 2/ de farmacotherapeutische analyse, 3/ het arts/apotheker overleg en 4/ het patiëntoverleg.

a. Farmacotherapeutische Anamnese

In een gestructureerd ‘face-to-face’ gesprek vraagt de apotheker de patiënt naar daadwerkelijk geneesmiddelgebruik, problemen rond gebruik, de effectiviteit van de farmacotherapeutische behandeling en eventuele bijwerkingen. Ook wordt het gebruik van zelfzorgmiddelen in kaart gebracht. Daarnaast kan de apotheker vragen naar zorgen, verwachtingen en wensen van de patiënt rondom geneesmiddelgebruik. Een niet-limitatieve lijst van mogelijke vragen die de apotheker kunnen helpen de anamnese uit te voeren zijn opgenomen in Tabel 3.

Tabel 3: Voorbeeldvragen voor tijdens de farmacotherapeutische anamnese (*niet limitatief*)

1. Daadwerkelijk geneesmiddelengebruik
 - Welke geneesmiddelen neemt u?
 - Zijn er geneesmiddelen die je eigenlijk niet meer moet nemen, die je toch nog gebruikt?
 - Gebruikt u geneesmiddelen voor specifieke klachten alleen maar indien dat nodig is?
 - Gebruikt u nog andere zelfzorg- of kruidengeneesmiddelen die u buiten de apotheek aankoopt? Welke?
2. Problemen rond geneesmiddelengebruik
 - Ervaart u praktische problemen bij het gebruik van uw medicatie? (Stem af op specifieke patiënt)
 - o Openen blisters en/of potten/flessen
 - o Puffers
 - o Oogdruppels
 - o Slikproblemen
 - o Splitsen of pletten van tabletten
 - o Insputingen plaatsen
 - Hoe volgt u de verschillende gebruiksadviezen op?
 - Waarom wijkt u af van het geadviseerde gebruik?
 - Vergeet u soms eens een geneesmiddel in te nemen? Wat doet u dan?
 - Gebruikt u een pillendoos? Wie vult deze doos op?
3. Effectiviteit van de farmacotherapeutische behandeling
 - Heeft u het gevoel dat uw medicatie u helpt? (Overloop hierbij alle geneesmiddelen apart)
 - Heeft u nog klachten waarvan u vindt dat ze nog niet of onvoldoende behandeld worden? Welke?
 - Wat verwacht u van uw medicatie?
 - Wat vindt u van uw medicatie?
 - Wat zijn uw ervaringen met de huidige medicatie en eerder gebruikte medicatie?
4. Eventuele bijwerkingen
 - Heeft u soms last van bijwerkingen? Welke?
 - Bent u in het afgelopen jaar gevallen?
 - Bent u in het afgelopen jaar gehospitaliseerd? (Ga na of er een farmacotherapeutische oorzaak was)

b. Farmacotherapeutische Analyse

Na de anamnese analyseert de apotheker de verzamelde gegevens, door middel van een gestructureerde methode waarbij (mogelijke) GGP's worden geïdentificeerd.

B 1/ Voorbereiding: verzamelen & ordenen beschikbare gegevens

De apotheker verzamelt gegevens over de afgeleverde producten in het afgelopen jaar. Daarbij vertrekt de apotheker van de afleverhistoriek maar kijkt tevens naar het patiëntendossier om kenmerken van de patiënt op te zoeken (contra-indicaties, eerder geleverde farmaceutische zorg, allergieën en overgevoeligheden) en neemt hij informatie mee in beschouwing uit de farmaceutische anamnese. De apotheker gaat ook de startdata van bepaalde geneesmiddelen na, aangezien de behandelingsduur voor deze medicatie best beperkt wordt in tijd (Tabel 4). Een voorbeeldcasus waarbij alle gegevens samengevat zijn, is weergegeven in Tabel 5a.

Tabel 4: Geneesmiddelen waarvan de behandelingsduur beperkt wordt in de tijd of een impact heeft op de farmacotherapie van de patiënt (limitatieve lijst in het kader van de GheOP³S-tool)

Behandelingsduur beperkt

- *Nasale vasoconstrictoren*
- *Benzodiazepines & Z-producten*
- *Antidepressiva*
- *Antipsychotica*
- *PPI's*

Lange behandelingsduur impliceert additionele farmacotherapie

- *Orale corticoïdbehandeling*
- *NSAIDs*

NSAID: Niet-Steroidaal Anti-Inflammatoir Geneesmiddel; **PPI:** Proton Pump Inhibitor

Tabel 5a: Verzamelen van informatie, voorbeeldcasus

Verzamelen van gegevens

Geregistreerde diagnoses	Afgeleverde medicatie in het afgelopen jaar		Dosering
In computersysteem:	Apidra	<i>Insuline glulisine (snelwerkend)</i>	3X/d, vr eten
<i>Hypertensie</i>	Asaflow 80 mg	<i>Acetylsalicylzuur</i>	1X/d, avond
<i>Diabetes</i>	D-cure ampulles	<i>Vitamine D</i>	1X/w
<i>Hypercholesterolemie</i>	Hyabak	<i>Bevochtigende oogdruppels</i>	6X/d
<i>Chronische nierinsufficiëntie</i>	Indapamide 2,5 mg	<i>Thiazidediureticum</i>	1X/d, ochtend
Uit gesprek met patiënt:	Influvac	<i>Griepvaccinatie</i>	1X/j
Lantus	<i>Insuline glargine (langwerkend)</i>		1X/d, avond
<i>Droge ogen door cataractoperatie</i>	Moxonidine 0,4 mg		1X/d, ochtend
	Omeprazole 20 mg (sinds 3m)		3X/w, on demand
Uit FRAX-tool	Plavix 75 mg	<i>Clopidogrel</i>	1X/d, ochtend
<i>Osteoporoserisico</i>	Sevikar 40/10 mg	<i>Olmesartan + amlodipine</i>	1X/d, ochtend
	Totalip 80 mg	<i>Atorvastatine</i>	1X/d, avond
	Temesta 1 mg (sinds 3,5j)	<i>Lorazepam</i>	1X/d, avond
	Terramycine, oogzalf	<i>oxytetracycline + polymyxine</i>	1X/d, vr slapen

De actuele aandoeningen en problemen worden vervolgens gekoppeld aan de voorgeschreven actuele medicatie (zie voorbeeld Tabel 5b). Na het voltooien van de ordening kan de apotheker het farmaceutisch dossier van de patiënt zo goed mogelijk optimaliseren. De apotheker kan o.a. alle contra-indicaties/diagnoses die ondubbelzinnig uit de medicatie kunnen afgeleid worden toevoegen aan het farmaceutisch dossier van de patiënt. Ook relevante start- en stopdata worden toegevoegd.

Tabel 5b: Ordenen van informatie, voorbeeldcasus

Ordening van de gegevens		
Geregistreeerde diagnoses	Afgeleverde medicatie in het afgelopen jaar	Dosering
Hypertensie	Indapamide	1X/d, ochtend
	Moxonidine	1X/d, ochtend
	Olmesartan + Amlodipine	1X/d, ochtend
Diabetes	Insuline Kortwerkend	3X/d, vr eten
	Insuline Langwerkend	1X/d, avond
Hypercholesterolemie	Atorvastatine	1X/d, avond
(Droge ogen door) cataractoperatie	Hyabak®	6X/d
	Terramycine®	1X/d, vr slapen
Chronische nierinsufficiëntie	/	
Osteoporoserisico	Vitamine D	1X/w
Niet gekoppeld	Acetylsalicylzuur	1X/d, avond
	Clopidogrel	1X/d, ochtend
	Influvac	
	Lorazepam 1mg (<i>sinds 3,5 j</i>)	1X/d, avond
	Omeprazole 20 mg (<i>sinds 3m</i>)	3X/w, on demand

B 2/ Screening met de GheOP³S-tool

Voor de screening wordt de GheOP³S-tool naast de medicatie gelegd en wordt voor elk item nagegaan of dit voor deze patiënt van toepassing is.

Na screening met de GheOP³S-tool op de voorbeeldcasus worden volgende items gedetecteerd:

Tabel 6: Resultaat van screening met de GheOP³S-tool

Gedetecteerde items:	<ul style="list-style-type: none"> - Item 4: gebruik van een middellangwerkend benzodiazepine voor langer dan 30 opeenvolgende dagen - Item 45: verhoogd osteoporoserisico wordt niet behandeld met zowel Calcium als Vitamine D - Item 81: Specifieke farmaceutische zorg: handeling insuline-inspuiting, handeling oogdruppels indruppelen - Item 83: De patiënt beschikt niet over een medicatieschema
-----------------------------	---

c. Overleg arts / apotheker: opstellen van een voorlopig actieplan

De gevonden mGGPs worden best face-to-face met de arts besproken en bijgestuurd. De arts kan namelijk gegronde redenen hebben om een mGGP niet aan te pakken. Het is aan te raden dit gesprek zeer goed voor te bereiden, en de mogelijke klinische relevantie van de gedetecteerde items duidelijk en wetenschappelijk te onderbouwen. Hiervoor kan de apotheker de uitgewerkte versie van de GheOP³S-tool gebruiken. Eventueel kan de apotheker een aantal specifieke afhandelplannen voorzien mocht de arts hiernaar vragen. Tijdens het overleg wordt onder andere ook besproken welke problemen prioriteit hebben. Wanneer namelijk meerdere mGGPs van toepassing zijn, is het niet mogelijk allen tegelijk aan te pakken. De arts en apotheker dienen dus een inschatting te maken welke problemen eerst aangepakt zullen worden. Deze prioritisering gebeurt meestal op basis van volgende items:

- 1/ Wat is momenteel nog een probleem voor de patiënt
- 2/ Waar komt de veiligheid van de patiënt het meest in het gedrang
- 3/ Welke aandoeningen kunnen effectiever/doelmatiger behandeld worden

Er wordt tijdens het gesprek ook vastgelegd wie de voorgestelde acties bespreekt met de patiënt, wie de acties evalueert en wanneer dit alles moet gebeuren. Leg de besluiten (ook wel het *voorlopig actieplan* genoemd) gedetailleerd en systematisch vast in het patiëntendossier. Zo worden herhalingen voorkomen wanneer dezelfde patiënt opnieuw gescreend wordt. Het is belangrijk deze conclusie ook rechtstreeks naar de arts te communiceren (via brief of beveiligde internetverbinding). Verwijs in deze brief naar het overleg en verduidelijk de gemaakte afspraken. Op deze manier wordt de arts betrokken bij het medicatienazicht en krijgt hij een goed zicht op wat je als apotheker doet. Bovendien wordt de arts op deze manier nog eens herinnerd aan eventuele door te voeren wijzigingen.

Tabel 7: Voorlopig actieplan

Prior	Gedetecteerde problemen	Opvolging
1	Item 81: Specifieke farmaceutische zorg: handeling insuline-inspuiting, handeling oogdruppels indruppelen Voorstel: nagaan correct gebruik, evt hulpmiddelen suggereren	Apo
2	Item 4: gebruik van een middellangwerkend benzodiazepine voor langer dan 30 opeenvolgende dagen Voorstel: Graduele dosisvermindering met 10 à 20% per week (schema van Ashton)	Arts
3	Item 83: De patiënt beschikt niet over een medicatieschema Voorstel: aanmaak door apotheker, delen op vitalink – goedkeuring arts	Apo
4	Item 45: verhoogd osteoporoserisico wordt niet behandeld met zowel Calcium als Vitamine D Voorstel: Calcium & Vitamine D suppletie – dosering 1000mg/800IE	Arts → -

d. Overleg met de patiënt: vastleggen van een *effectief* actieplan

De besluiten van het arts/apotheker overleg wordt door arts en/of apotheker met de patiënt besproken. Het doel hiervan is dat de patiënt de behandeldoelen en de interventies (of redenen om niet te interveniëren in de lopende behandeling) begrijpt alsook dat de apotheker/arts begrijpt waarom een interventie niet aanvaard wordt.

Bereid het overleg met de patiënt goed voor. Print het nieuwe medicatieschema voor de patiënt al vooraf uit en voorzie patiëntfolders en/of demotoestellen indien nodig. Maak ook op voorhand een overzicht van alle items die je met de patiënt wenst te bespreken.

Pas nadat alles besproken is met de patiënt en alle wijzigingen en/of interventies door beide partijen aanvaard worden, wordt gesproken van een *effectief actieplan*. Het kan echter wel voorkomen dat extra overleg tussen apotheker en arts noodzakelijk is vanwege de uitkomst van het overleg met de patiënt. Ook het effectieve behandelplan wordt gedocumenteerd.

e. Follow-up en monitoring

De afgesproken acties worden best binnen drie maanden na het vaststellen van het effectieve behandelplan met de patiënt geëvalueerd. Het zal regelmatig voorkomen dat het doorvoeren van alle veranderingen meer tijd kost dan 3 maanden en de evaluatie met de patiënt op een later tijdstip plaatsvindt.