

**Faculteit Farmaceutische, Biomedische
en Diergeneeskundige Wetenschappen**

Departement Farmaceutische Wetenschappen

**Onderzoek naar de implementatie van
medicatiereviews type 3 in de context van
reumatoïde artritis**

Fysiofarmacologie

Promotor: Prof. Dr. Guido R.Y. DE MEYER

Copromotor: Prof. Dr. Hans DE LOOF

Begeleider: Apr. Anneleen ROBBERECHTS

Eindverhandeling ingediend

tot het behalen van het diploma van

Master in de Farmaceutische Zorg

door Kaat STAS

Antwerpen 2021

**Faculteit Farmaceutische, Biomedische
en Diergeneeskundige Wetenschappen**

Departement Farmaceutische Wetenschappen

**Onderzoek naar de implementatie van
medicatiereviews type 3 in de context van
reumatoïde artritis**

Fysiofarmacologie

Promotor: Prof. Dr. Guido R.Y. DE MEYER

Copromotor: Prof. Dr. Hans DE LOOF

Begeleider: Apr. Anneleen ROBBERECHTS

Eindverhandeling ingediend
tot het behalen van het diploma van
Master in de Farmaceutische Zorg
door Kaat STAS

Antwerpen 2021

AUTEURSRECHT

“De auteur en de promotor(en) geven de toelating deze eindverhandeling voor consultatie beschikbaar te stellen en delen ervan te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting uitdrukkelijk de bron te vermelden bij het aanhalen van de resultaten uit deze eindverhandeling.”

DANKWOORD

Graag zou ik iedereen willen bedanken die heeft bijgedragen om deze eindverhandeling te verwezenlijken.

Mijn oprechte dank gaat uit naar Prof. Dr. Guido R.Y. De Meyer, mijn promotor, en Prof. Dr. Hans De Loof. Zij stonden steeds klaar voor feedback, een heldere blik en deskundig advies. Ook wil ik hen bedanken voor de raad bij het verwerken van de resultaten en de tijd die ze steeds vrijmaakten voor tussentijdse contactmomenten.

In het bijzonder wil ik Apr. Anneleen Robberechts bedanken voor haar onschatbare hulp. Mijn masterproef zou onmogelijk zijn geweest zonder haar deskundig advies en tips. Ook heeft ze me betrokken bij het project en me in contact gebracht met de apothekers.

Ik dank ook alle apothekers die met heel veel enthousiasme hebben meegewerkt aan het onderzoek van KAVA en de UAntwerpen. Dankzij hun respons kon mijn onderzoek gerealiseerd worden.

Daarnaast zou ik heel graag mijn stagebegeleider Apr. Tinny Breugelmans en mijn nonkel/peter Apr. Dieter Stas bedanken voor het nalezen van de thesis en het eindeloos advies.

Graag bedank ik ook Jarne Peetermans, een goede vriend, voor de hulp bij het maken van de grafieken.

Als laatste bedank ik mijn ouders, broer, zussen en vrienden voor hun steun tijdens deze spannende periode. In het bijzonder wil ik mijn mama bedanken voor het ontelbaar keer nalezen van deze eindverhandeling.

INHOUDSOPGAVE

1.	INLEIDING	1
1.1.	DEFINITIE MEDICATIERVERVIEW	3
1.2.	MEDICATIERVERVIEW, VERSCHILLENDE TYPES	7
1.3.	HET PROCES VAN EEN MEDICATIERVERVIEW TYPE 3	9
2.	DOELSTELLINGEN.....	11
3.	LITERATUURSTUDIE	13
3.1.	DE KWALITEIT VAN MEDICATIERVERVIEWS	13
3.2.	MEDICATIERVERVIEW BIJ REUMATOÏDE ARTRITIS.....	14
4.	EIGEN ONDERZOEK.....	17
4.1.	METHODE.....	17
4.1.1.	Score medicatiereviews type 3.....	17
4.1.2.	Telefoongesprek.....	19
4.2.	RESULTATEN	19
4.2.1.	Score medicatiereviews type 3.....	19
4.2.2.	Telefoongesprek.....	29
4.3.	BESPREKING.....	30
4.3.1.	Score medicatiereviews type 3.....	30
4.3.2.	Telefoongesprek.....	34
5.	BESLUIT.....	37
6.	SAMENVATTING	39
7.	ENGELSTALIGE SAMENVATTING	43
8.	TOEKOMSTPERSPECTIEVEN	45
9.	KORTE SAMENVATTING VOOR HET BREDE PUBLIEK	47
10.	LITERATUURLIJST	49
11.	BIJLAGEN	53
11.1.	SCORETABEL KWALITEITSCRITERIA.....	53

11.2. BIJKOMENDE INFORMATIE VOOR DEELNEMENDE APOTHEKERS	54
11.2.1. Stappenplan medicatiereview type 3	54
11.2.2. Stappenplan farmacotherapeutische analyse	56
11.2.3. Tabel berekening therapietrouw.....	58
11.2.4. Modelbrief arts	59
11.2.5. Informatiebrief patiënt	61
11.2.6. Informed consent patiënt.....	62
11.2.7. Sjabloon verslag medicatiereview type 3: Word	64
11.2.8. Sjabloon verslag medicatiereview type 3: Google formulier.....	67
11.3. INZENDING ABSTRACT PRISMA – SYMPOSIUM 2021	72

LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN

BJCP	British Journal of Clinical Pharmacology, Brits tijdschrift over klinische farmacologie
DMARDs	Disease – modifying anti – rheumatic drugs, ziektemodificerende antireumatische geneesmiddelen
csDMARDs	Classic synthetic DMARDs, klassieke synthetische DMARDs
bDMARDs	Biologic DMARDs, biologische DMARDs
tsDMARDs	Targeted synthetic DMARDs, doelgerichte synthetische DMARDs
EULAR	The European League Against Rheumatism, de Europese liga tegen reuma
GGP	Geneesmiddelgebonden problemen
KAVA	Koninklijke Apothekersvereniging Van Antwerpen
KNMP	De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
NICE	National Institute for Health and Care Excellence, nationaal instituut voor gezondheid en zorgexcellentie
MGP	Medicatiegerelateerde problemen
MR	Medication review, medicatiereview
MR3	Medication review type 3, medicatiereview type 3
PCNE	Pharmaceutical Care Network Europe, farmaceutisch zorgnetwerk Europa
PREMs	Patient Reported Experience Measures, patient-gerapporteerde ervaringen
PROMs	Patient Reported Outcome Measures, patient-gerapporteerde uitkomsten
PSA	Pharmaceutical Society of Australia
RA	Reumatoïde artritis
UAntwerpen	Universiteit Antwerpen

1. INLEIDING

Reumatoïde artritis (RA) is een systemische, chronische, inflammatoire auto-immuunziekte waarvan de oorzaak nog niet volledig achterhaald is. De pathologie ontwikkelt zich wellicht bij genetisch voorbestemde individuen in combinatie met triggers uit de omgeving. RA treft twee tot drie keer meer vrouwen dan mannen bij een gemiddelde leeftijd van 40-60 jaar.^{1, 2} De auto-immunreactie van het lichaam uit zich in een inflammatie van het synoviale membraan, synovitis. Hierdoor ontstaat er een hoog risico op totale destructie van de gewrichten, maar ook een mogelijke aantasting van organen. De aandoening is geassocieerd met een significante morbiditeit en een verhoogde mortaliteit.¹

De behandeling van RA is de laatste decennia enorm geëvolueerd en veranderd, wat tot positieve klinische resultaten heeft geleid. De medicamenteuze therapie bij reumapatiënten heeft als doel een remissie of een lage ziekteactiviteit te bereiken. Het bereiken van dit doel in het ziekteverloop van een patiënt met RA wordt gedaan door het behandelen met disease – modifying anti – rheumatic drugs (DMARDs). Vroegtijdige diagnose speelt hierin een belangrijke rol.²⁻⁴

Tot op heden bestaan er drie verschillende groepen DMARDs. Eerst en vooral zijn er de klassieke synthetische csDMARDs zoals methotrexaat, leflunomide, sulfasalazine en hydroxychloroquine. Methotrexaat wordt gezien als de basis van de behandeling.^{2, 3, 5} Indien nodig wordt dit gecombineerd met glucocorticoiden om de ziekteactiviteit sneller onder controle te krijgen.³ Wanneer deze behandeling niet effectief genoeg is, kan er een andere csDMARD toegediend worden. Wanneer er echter ongunstige prognostische factoren aanwezig zijn, wordt er gekozen voor één van de nieuwere antireumatische geneesmiddelen, de biologische bDMARDs. Het zijn eiwitsubstanties zoals monoklonale antilichamen die als doelwit specifieke cytokines of merkers van T- of B-cellen van de inflammatoire cascade hebben. Deze biotechnologische eiwitproducten zijn groot en kunnen daarom enkel via injecties of een infuus worden toegediend aan de patiënt. In Tabel 1.1 worden de verschillende bDMARDs weergegeven.⁵ De Janus kinase (JAK) inhibitoren baricitinib en tofacitinib zijn de laatste ziektemodificerende antireumatische geneesmiddelen, beter gekend als gerichte synthetische tsDMARDs. Uit recent onderzoek blijkt de doeltreffendheid van de twee laatste groepen vergelijkbaar.⁴

Tabel 1.1: Biologische ziektemodificerende antireumatische geneesmiddelen, bDMARDs. Een overzicht van de acht beschikbare biologicals met een weergave van de verschillende structuren, toedieningsmethoden en -frequenties, halfwaardetijden in het menselijk lichaam en doelwitten. Uit: ABC of Rheumatology, 2018, 5, 77 – 80.

	Infliximab	Etanercept	Adalimumab	Certolizumab	Golimumab	Rituximab	Tocilizumab	Abatacept
Structure	Monoclonal antibody	P75TNFR/Fc fusion	Monoclonal antibody	Pegylated monoclonal antibody	Monoclonal antibody	Monoclonal antibody	Monoclonal antibody	CFLA-4/Fc
Dosing method	IV	SC	SC	SC	SC	IV	IV or SC	IV or SC
Dosing frequency	8 weeks	Weekly	2 weeks	2 weeks	Monthly	Dependent on response	4 weeks (IV), weekly (SC)	4 weeks (IV), weekly (SC)
Half-life in humans (days)	9.5	3	14	14	12	22	12	13
Target (s)	TNF	TNF and lymphotoxin	TNF	TNF	TNF	CD20	IL-6 receptor	CD80 & CD86

IL, interleukin; IV, intravenous; SC, subcutaneous; TNF, tumour necrosis factor.

Ondanks de grote progressie in de behandeling van RA, moet in de medische praktijk toch vooral focus gelegd worden op het bereiken van het therapeutisch doel van de individuele patiënt. De doeltreffendheid en de ongewenste effecten van een DMARD of een combinatie van DMARDs is voor elke patiënt anders.³ RA gaat vaak gepaard met comorbiditeiten en daaruit volgende polyfarmacie en geneesmiddelgebonden problemen (GGP). Dit alles in combinatie met een gemiddelde leeftijd van 40-60 jaar vraagt een aanpak gebaseerd op de kwaliteit en meerwaarde van de farmaceutische zorg.^{6,7}

Eind 2017 werd er door de Koninklijke Apothekersvereniging Van Antwerpen (KAVA) een pilootproject opgestart voor de implementatie van medicatiereview type 3 (MR3). Hierbij werden opleidingen gegeven aan apothekers over het uitvoeren van MR3's. Type 3 is een uitgebreide vorm van een medicatiereview (MR) die een apotheker kan uitvoeren in samenspraak met de patiënt. Er wordt kritisch gekeken naar de medicatiehistoriek (voorschriftplichtige en over-the-counter producten), mogelijke interacties tussen geneesmiddelen of geneesmiddelen en voeding, ongewenste effecten, therapietrouw, indicaties die niet behandeld worden of overbodige geneesmiddelen. De (huis)arts van de patiënt wordt gecontacteerd om klinische gegevens te bezorgen aan de apotheker en nadien om eventuele aanpassingen te bespreken, uit te voeren en mee op te volgen. Dit gebeurt uiteraard met toestemming van de patiënt. Daarnaast wordt er een patiënteninterview uitgevoerd op maat van de patiënt.⁸⁻¹⁰

In 2020 werden apothekers, die eerder een opleiding rond MR3 volgden, uitgenodigd door de Universiteit Antwerpen (UAntwerpen) en KAVA om dit te implementeren in de praktijk bij patiënten die lijden aan RA. Zestien apothekers gingen in op dit voorstel. Er werd een vergoeding voorzien voor 50 MR's. Uit voorgaande projecten is gebleken dat het vergoeden van apothekers voor hun bijdrage een positief effect had op de motivatie en inzet. RA is een selectieve pathologie en werd daarom geselecteerd voor dit project. Recente aanbevelingen van The European League Against Rheumatism (EULAR) geven aan dat de educatie van de patiënt over zijn/haar ziekte en de bijhorende behandeling zeer positieve effecten heeft.^{11, 12} Het zou de algemene tevredenheid over de zorg, klinische resultaten en aspecten van de zelfzorg en -effectiviteit van de patiënt verbeteren.¹² Bovendien zou de therapietrouw sterk bevorderd worden wanneer de patiënt begrijpt waar het therapeutisch doel ligt en waarom.¹³ Tot slot blijkt uit onderzoek dat het merendeel van de patiënten graag betrokken wordt bij de discussie over de behandeling van zijn of haar ziekte.¹⁴ Bovenstaande bevindingen bevestigen de meerwaarde van een MR3 bij RA.

Vorig jaar werd er aan de UAntwerpen een masterproef geschreven 'Kwaliteitsbewaking van een medication review type 3: wat zijn de belangrijkste elementen om de kwaliteit te beoordelen?'.¹⁰ De kwaliteit en de bevindingen van de MR's bij reumapatiënten die verkregen werden via de 16 apothekers zullen in deze eindverhandeling beschreven worden a.d.h.v. deze masterproef en gegevens uit de literatuur.

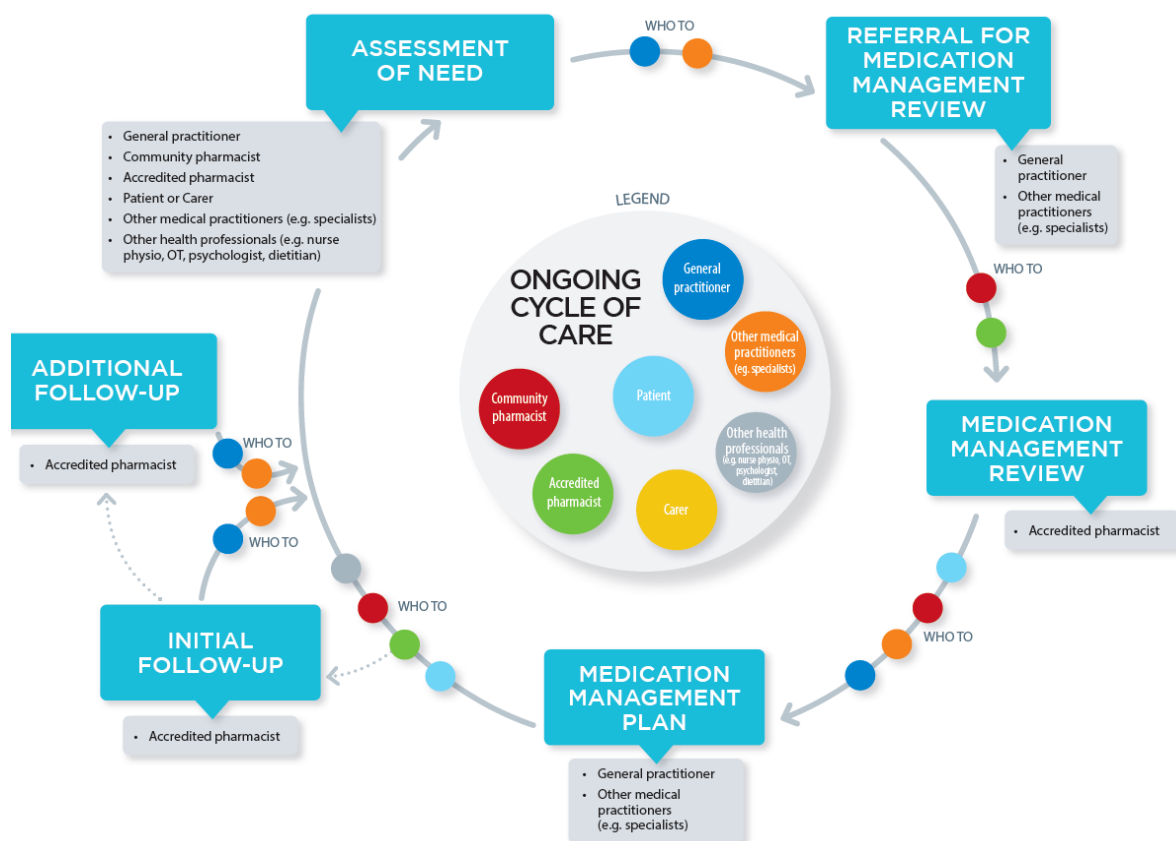
De kwaliteit van een MR3 is uitermate belangrijk. Daarom zou dit van in het begin meegenomen moeten worden in de implementatie van medicatiereviews in de farmaceutische zorg in Vlaanderen.

1.1. DEFINITIE MEDICATIEREVIEW

Wat is een medicatiereview en welke aspecten omvat het? In de literatuur zijn er heel wat beschrijvingen, benamingen, interpretaties en definities van een MR te vinden. Een globale overeenstemming over het begrip 'medicatiereview' bestaat tot op heden niet.

Australië is koploper wanneer het gaat over de implementatie van MR's. De apotheker die de MR uitvoert, moet hiervoor opleidingen hebben gevolgd en krijgt zo een accreditatie toegewezen. De Pharmaceutical Society of Australia (PSA) publiceerde in maart 2020

richtlijnen voor uitgebreide medicatiebeheer reviews (comprehensive Medication Management Reviews, MMR).¹⁵ Zij definiëren MMR als volgt: “MMR heeft als doel het identificeren, oplossen en voorkomen van geneesmiddelgerelateerde problemen, en het optimaliseren van het geneesmiddelgebruik in partnerschap van artsen en patiënten. Dit proces vindt plaats in overleg met de patiënt en in samenwerking met artsen en andere zorgverleners, met als doel het optimaliseren van de geneesmiddelenervaring en klinische uitkomst van elke individuele patiënt” (p. 4). De richtlijnen in Australië zijn vooruitstrevend. De samenwerking tussen de verschillende zorgverleners wordt gezien als de basis van een MR, zie Figuur 1.1.¹⁵



Figuur 1.1: Medication review cycle of care. Een weergave van de coöperatie van de verschillende zorgverleners in Australië bij medicatiereviews. De patiënt kan door artsen worden doorverwezen naar een geaccrediteerde apotheker. Er wordt een plan opgesteld, teruggekoppeld naar de artsen en verder opgevolgd. Uit: Guidelines for comprehensive medication management reviews, 2020, Pharmaceutical Society of Australia.

Op Europees niveau is er een consensus bekomen door een werkgroep van experts van Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) in 2018. PCNE is er in geslaagd om een internationale en toepasbare definitie van een MR te publiceren.⁹ “Een medicatiereview is een gestructureerde evaluatie van de geneesmiddelen van een patiënt met als doel het optimaliseren

van het geneesmiddelgebruik en het verbeteren van de gezondheidsresultaten. Dit houdt het opsporen van geneesmiddelgerelateerde problemen en het aanbevelen van interventies in” (p. 1205). ‘Gestructureerd’ wijst volgens deze definitie op de nood aan een standaardprocedure zodat de kwaliteit bewaakt wordt.⁸

De British Journal of Clinical Pharmacology (BJCP) publiceerde in 2012 een samenvattend artikel over MR’s. Hierin wordt het doel van een MR gezien als een verbetering van de kwaliteit, veiligheid en correct gebruik van geneesmiddelen. Hiertoe behoren interventies van de voorschrijvers zelf of advies van andere zorgverleners, meestal de apotheker. Deze interventies moeten problemen identificeren, patiënten opleiden over de kennis van hun ziekte en de therapietrouw ondersteunen.¹⁶

Een andere Britse organisatie, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), ontwikkelde een stroomdiagram in het kader van geneesmiddelenoptimalisatie. Zij splitsen medicatiereview op in een geneesmiddelenreview en het uitvoeren van een gestructureerde medicatiereview. Deze twee aspecten worden nadien gebundeld en gecommuniceerd met andere zorgverleners waarbij het delen van medische gegevens van de patiënt uitermate belangrijk is. Dit laatste krijgt de term ‘communicatie tijdens een zorgoverdracht’.¹⁷

Bij het eerste deel, de geneesmiddelen review, wordt de nadruk gelegd op de behandeling van de patiënt. De kennis, het begrip en de zorgen van de patiënt over zijn/haar geneesmiddelen staan centraal. Is de patiënt tevreden over de focus van de behandeling? Hoe ervaart hij/zij het effect van de verschillende geneesmiddelen? Hierbij is een overzicht van de geneesmiddelen een sterk aanbevolen hulpmiddel.¹⁷

Het tweede deel, uitvoeren van de gestructureerde medicatiereview, draait voornamelijk om de samenwerking en terugkoppeling tussen de verschillende zorgverleners. Ook gaat de aandacht naar de selectie van de patiënt en het inhoudelijke aspect van de review zoals de veiligheid van de geneesmiddelen.¹⁷

Dit stroomdiagram vormt een beknopte beschrijving van wat een medicatiereview moet bevatten en kan betekenen voor de patiënt.

In Nederland wordt de term ‘medicatiebeoordeling’ gehanteerd. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) stelde een richtlijn op in 2013. Hierin wordt medicatiebeoordeling gedefinieerd als: “*een beoordeling van de farmacotherapie door*

patiënt, arts en apotheker op basis van een periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische-, farmaceutische-, en gebruiksinformatie. Een maatstaf bij de beoordeling is de individuele behoeften van een patiënt ten aanzien van zijn of haar geneesmiddelengebruik. In samenspraak met de patiënt en diens arts spoort de apotheker tijdens deze periodieke evaluatie van de farmacotherapie mogelijke verbeterpunten op. ... Een beoogd gevolg is dat het zelfmanagement van de patiënt van zijn eigen geneesmiddelengebruik wordt bevorderd. De betrokken arts is meestal de huisarts, maar kan ook een specialist ouderengeneeskunde en/of een andere medisch specialist zijn” (p. 4).¹⁸

Het Farmaceutische Tijdschrift voor België publiceerde in 2016 een artikel over MR, of zoals vermeld in het artikel, medicatienazicht. De uiteenzetting geeft aan dat de officina-apotheker de perfecte persoon is voor het uitvoeren van deze taak en waarom medicatienazichten zo belangrijk zijn. Een medicatienazicht wordt door hen omschreven als: *“een periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische, farmaceutische en gebruiksinformatie van de farmacotherapie, waarbij de patiënt, huisarts en officina-apotheker betrokken zijn”* (p. 7).⁶

Er werd een brede waaier aan definities van een MR in de literatuur teruggevonden. PCNE geeft een zeer ruime definitie, waar vooral nadruk wordt gelegd op de evaluatie van het geneesmiddelengebruik en de interventies die daarbij horen. Meer integratie van de patiënt kan worden teruggevonden in de beschrijving BJCP. NICE, KNMP en het Farmaceutische Tijdschrift voor België geven het begrip MR een meer allesomvattende betekenis. Tenslotte kan gesteld worden dat de richtlijnen van Pharmaceutical Society Australië vooruitstrevend zijn op elk niveau.

1.2. MEDICATIEREVIEW, VERSCHILLENDE TYPES









PCNE classificeert MR's in drie verschillende types afhankelijk van het niveau en de beschikbare informatie.⁹ Tabel 1.2 geeft een overzichtelijke weergave van deze typologie. De beschikbare informatie, de zorgverleners en hun netwerk, maar ook de aandoeningen, zorgnood, medicatiegebruik... van de patiënt bepalen welk type MR er gekozen wordt.^{9, 19}

Medicatiereview type 1 (MR1) is de eenvoudige versie van een MR waarbij enkel de medicatiehistoriek (zowel voorschriftplichtige geneesmiddelen als over-the-counter producten) van de patiënt beschikbaar is. Aan de hand daarvan kunnen volgende zaken onderzocht worden door de apotheker: geneesmiddeleninteracties, eventuele ongewenste effecten, gebruikte dosissen en de therapietrouw.¹⁹

De intermediaire vorm van een medicatiereview wordt opgesplitst in **medicatiereview type 2a (MR2a) en 2b (MR2b)**. Elke actie ondernomen in een MR1 wordt hier wederom uitgevoerd. Een interview met de patiënt is de extra troef van een **MR2a**. Er kan dieper worden ingegaan op de informatie die hierdoor verkregen wordt. Interacties tussen voeding en geneesmiddelen, de effectiviteit van de behandeling, problemen met over-the-counter producten en een kijk op de ongewenste effecten vanuit het standpunt van de patiënt worden ook onderzocht. Bij een **MR2b** worden de medische gegevens van de patiënt geïncorporeerd. Extra focus wordt gelegd op indicaties die niet behandeld worden of behandelingen zonder indicatie. Maar ook de dosis kan geïncorporeerd worden a.d.h.v. de medische gegevens.¹⁹

De meest allesomvattende en gevorderde vorm van een MR die een apotheker kan uitvoeren is een **medicatiereview type 3 (MR3)**. Dit type is gebaseerd op de medicatiehistoriek, interview met de patiënt en de medische gegevens.¹⁹ Bij het project van KAVA en UAntwerpen werden er medicatiereviews type 3 uitgevoerd door apothekers bij patiënten met reumatoïde artritis. In deze eindverhandeling zal de klemtoon dan ook op dit laatste type MR liggen.

Tabel 1.2: Indeling van de verschillende medicatiereview-types volgens PCNE. Naar: Griese-Mammen N, et al. PCNE definition of medication review: reaching agreement. International Journal of Clinical Pharmacy. 2018;40(5):1199-1208.

Type MR		Beschikbare informatie			Icoon
		Medicatie-historiek	Interview met patiënt	Medische gegevens	
Eenvoudig	Type 1	+			
Intermediair	Type 2a	+	+		 
	Type 2b	+		+	 
Gevorderd	Type 3	+	+	+	  

Een andere gehanteerde typologie in de literatuur wordt weergegeven in Tabel 1.3.^{20, 21} In deze tabel krijgt elke soort review een beschrijving en een specifiek doel. Type 2 adherence en compliance^{i 22} wordt hier niet opgesplitst zoals bij de definitie van PCNE⁹. Er is steeds een interview met de patiënt bij dit tweede type review, maar de toegang tot de medische gegevens wordt niet altijd gegarandeerd. Ondanks de kleine verschillen in weergave en typologie zijn de twee tabellen zeer gelijkend. De type 3 medicatiereviews zijn nagenoeg identiek.

Tabel 1.3: Medicatiereview ingedeeld in verschillende types en hun eigenschappen. Elk type krijgt een beschrijving van het doel en een bepaalde focus. Naar: W. Clyne et al, A Guide to Medication Review, 2008, 7-22.

Type MR	Doel	Focus review	Interview patiënt	Toegang tot medische gegevens
Type 1 voorschrift review	Technische problemen oplossen met betrekking tot voorschrift	Geneesmiddelen	Neen	Soms
Type 2 adherence en compliance review	Problemen oplossen met betrekking tot het gedrag van de patiënt bij het innemen van geneesmiddelen	Geneesmiddelengebruik	Ja	Soms
Type 3 klinische medicatie review	Problemen oplossen met betrekking tot het geneesmiddelengebruik van de patiënt met oog op hun klinische aandoeningen	Geneesmiddelen en aandoeningen	Ja	Altijd

ⁱ Adherence = de mate waarin het gedrag van de patiënt overeenkomt met de aanbevelingen van de voorschrijver die met de patiënt zijn afgesproken.

Compliance = de mate waarin de patiënt de aanbevelingen van de voorschrijver opvolgt. In deze situatie vertelt de zorgverlener de patiënt wat hij zou moeten doen.

1.3. HET PROCES VAN EEN MEDICATIERVERVIEW TYPE 3

Belgische en Nederlandse literatuur spreken voornamelijk over een 5-stappenplan.^{6, 18} Dit is gebaseerd op de STRIP – methode (Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing).²³ In sommige richtlijnen wordt de voorbereiding ook gezien als een aparte, zesde stap. Het zesvoudig proces, zie Figuur 1.2, van een MR3 werd ook toegepast bij het project van KAVA en UAntwerpen bij patiënten met reumatoïde artritis.



Figuur 1.2: Grafische weergave zesvoudig stappenplan van een medicatiereview type 3.

De **voorbereiding** van een MR3 impliceert het verzamelen van gegevens. Eerst en vooral wordt een patiënt geselecteerd a.d.h.v. volgende criteria: 65 jaar of ouder, polyfarmacie (\geq vijf geneesmiddelen) en bij voorkeur minstens één risicofactor. De risicofactoren zijn een verminderde nierfunctie, verhoogd valrisico, signalen van verminderde therapietrouw, verminderde cognitie, niet-zelfstandig wonend en een recente acute ziekenhuisopname. Deze richtlijnen zijn niet gelimiteerd. Afstemming tussen arts en apotheker kan als conclusie opleveren dat een patiënt toch baat kan hebben bij een MR3 zonder te voldoen aan bovenstaande criteria. Na de selectie van de patiënt is er een overzicht nodig van alle afgeleverde farmaceutische producten van een bepaalde periode. Daarnaast zijn medische gegevens zoals labowaarden, medische voorgeschiedenis, allergieën en intoleranties, belangrijke informatie bij een MR3. Dit wordt bekomen worden door contact op te nemen met de (huis)arts. Al de verzamelde informatie zal geïnterpreteerd en bestudeerd worden door de apotheker als voorbereiding op het gesprek met de patiënt. Hiervoor wordt een afspraak gemaakt met de patiënt, na het verkrijgen van zijn/haar toestemming.

Een volgende stap is de **farmacotherapeutische anamnese** of het gesprek met de patiënt. Dit gesprek kan plaatsvinden in de apotheek of bij de patiënt thuis. Uit onderzoek blijkt dat deze laatste keuze kan leiden tot het opsporen van meer GGP dan een gesprek in de officina.^{10, 24, 25} Tijdens dit overlegmoment wordt het geneesmiddelengebruik alsook de ondervonden problemen, nevenwerkingen, zorgen en de verwachtingen van de behandeling besproken met de patiënt.

De derde stap van dit proces is de **farmacotherapeutische analyse**. Met de beschikbare informatie kan de apotheker een analyse uitvoeren en mogelijke farmacotherapeutische problemen identificeren. Gevalideerde screeningstools kunnen hierbij gehanteerd worden. Ook wordt er rekening gehouden met de noden en wensen van de patiënt die bij de anamnese ter sprake kwamen.

Nadien volgt er een interprofessioneel **overleg tussen de apotheker en de arts**. Hierbij worden de problemen, verkregen bij de analyse van de apotheker, besproken. Aan de hand daarvan wordt er een voorlopig behandelplan met actiepunten opgesteld. De prioriteit van elke interventie wordt besproken en er wordt afgesproken wie welke interventie en de bespreking ervan met de patiënt zal uitvoeren.

Tijdens het **overleg met de patiënt** wordt het voorlopige behandelplan voorgelegd door de verantwoordelijke zorgverlener. Deze zorgverlener beargumenteert de actie(s) en de patiënt krijgt de kans om hierover vragen te stellen en zijn/haar mening te vormen. De conclusies van dit gesprek worden gecommuniceerd naar de andere zorgverlener.

De **follow-up en monitoring** van het overeengekomen behandelplan en de acties zijn de laatste stap in dit proces. De arts en apotheker zijn beiden verantwoordelijk voor het tijdig uitvoeren en evalueren van de besproken interventies.

2. DOELSTELLINGEN

Het uitvoeren van MR3's door apothekers bij patiënten met RA, is een beloftevolle stap richting de implementatie van MR3 in de farmaceutische praktijk. Hierbij wordt gestreefd naar een optimale medicamenteuze behandeling van de patiënt. Vooraleer MR3 een volwaardige plaats kan krijgen binnen de farmaceutische zorg in Vlaanderen is het van groot belang dat er mechanismen zijn die de kwaliteit van deze reviews zullen waarborgen.

Kwaliteitscriteria van een MR3 worden beschreven in de masterproef van Apr. M. Michielsen: "Kwaliteitsbewaking van een medication review type 3: wat zijn de belangrijkste elementen om de kwaliteit te beoordelen?" (2020). Apr. M Michielsen onderzocht elementen die in de literatuur beschreven worden, maar er werden ook apothekers, student-apothekers, academici en onderzoekers bevraagd over wat zij kwalitatief belangrijk vinden bij een MR3.

In deze eindverhandeling zal de kwaliteit van de verkregen MR3's onderzocht en beschreven worden aan de hand van een tool. Dit is een scoretabel die gebaseerd is op de kwaliteitscriteria uit bovenstaande masterproef. Het doel van deze masterproef is om na te gaan wat de kwaliteit is van de verslagen van de MR3's. Welke elementen scoren goed? Hoe kwaliteitsvol zijn MR3's al op dit moment? Op welke manier kan dit nog geoptimaliseerd worden?

3. LITERATUURSTUDIE

3.1. DE KWALITEIT VAN MEDICATIETREVIEWS

In 2020 werd er aan de UAntwerpen een masterproef geschreven door M. Michielsens.¹⁰ In deze eindverhandeling werd op zoek gegaan naar belangrijke elementen die de kwaliteit kunnen bewaken van een MR3. Deze werden bestudeerd aan de hand van de geringe literatuur over dit onderwerp. Daarnaast vond er een onderzoek plaats waarbij apothekers, apotheker-studenten en academici bevroegd werden naar wat zij belangrijk vinden. De vragenlijst bestond uit 57 stellingen/kwaliteitsvragen verdeeld in 8 categorieën. De respondenten konden per categorie de vragen rangschikken van essentieel naar minder essentieel. Een gering aantal van deze bevindingen worden weergegeven in Tabel 3.1.¹⁰

Tabel 3.1: Enkele kwaliteitscriteria onderverdeeld naar rangschikking van respondenten. Er werd ook gekeken naar verschillende groepen respondenten zoals Vlaamse officina-apothekers. Naar: Apr. M. Michielsens et al, Kwaliteitsbewaking van een medication review type 3: wat zijn de belangrijkste elementen om de kwaliteit te beoordelen, 2020, 43-49.

Zeer belangrijk (alle deelnemers)
<ul style="list-style-type: none"> - Er werd met de patiënt gesproken over het nut en doel van een MR. - De apotheker heeft erop gelet of de patiënt de medicatie kan slikken. - Er is met de patiënt overlopen welk geneesmiddel voor welke aandoening gebruikt wordt. - Er werd een recent en overzichtelijk medicatieschema aangemaakt en besproken met de patiënt. - De apotheker heeft gelet of alle geneesmiddelenindicaties nog actueel zijn.
Zeer belangrijk (Vlaamse officina-apothekers)
<ul style="list-style-type: none"> - Er werd gebruik gemaakt van betrouwbare tools voor het uitvoeren van een MR. (GheOP³S, START/STOPP-criteria, MAI, etc.) - Het gedetailleerd verslag bevat onderbouwde argumenten per aanbevolen aanpassing en werd schriftelijk gerapporteerd aan de arts. - Er werd gecontroleerd op relevante geneesmiddel-geneesmiddel-interacties tussen alle chronische en tijdelijke medicatie en gezocht naar een concrete oplossing.
Minder belangrijk (alle deelnemers)
<ul style="list-style-type: none"> - De beschikbaarheid van goedkopere alternatieven voor de patiënt/of RIZIV werd bekeken. - Er werd aandacht besteed aan het communiceren van niet-farmacologisch advies. - Er werd rekening gehouden met het risico op verslaving. - Er werd rekening gehouden met hoe de patiënt tegenover injecties staat. - De apotheker heeft erop gelet dat de patiënt weet wanneer de vervaldatum van zijn/haar geneesmiddelen overschreden wordt. - De vaccinatiestatus van de patiënt. - Er werd gelet op het afbouwen van de geneesmiddelen.

Naast deze stellingen zijn er nog veel stellingen die door de respondenten niet op de uiterste plaatsen, zeer belangrijk of minder belangrijk, werden gerangschikt. Ook die stellingen hebben zeker een groot belang bij de beoordeling van de kwaliteit van een MR3. Dit verkennend onderzoek vormt een sterke basis om de kwaliteitsbewaking van MR's type 3 te kunnen garanderen. Zoals de auteur ook aanhaalt, is er nood aan een peer review in een praktische setting.¹⁰

In het Verenigd Koninkrijk is er onderzoek gedaan naar kwaliteitsbewaking van MR's door het uitvoeren van peer reviews.²⁶ Officina-apothekers uit Cornwall werden gevraagd om een enquête in te vullen. Het ging om 50 respondenten. Uit het artikel blijkt dat MR's in het Verenigd Koninkrijk een duidelijk en erkend kwaliteitskader misten. Peer review werd hier door de respondenten gezien als een mogelijke manier om de kwaliteit te waarborgen. Er zou wel nood zijn aan het ontwikkelen van een forum om praktijkervaring en kennis te delen tussen apothekers.²⁶

Een ander artikel over kwaliteitsbewaking bij de implementatie van MR's werd gepubliceerd in Brazilië.²⁷ Hier werden structuurindicatoren, zoals opleiding van het personeel, een rustige ruimte in de apotheek, computerbenodigdheden, patiëntendossiers...etc. bestudeerd. Dit zijn zeer belangrijke aspecten. In België wordt dit wellicht eerder gezien als iets evident.

Literatuur en onderzoek over criteria of een tool die de kwaliteitsbewaking faciliteren bij de implementatie van MR3 werden niet teruggevonden.

3.2. MEDICATIETREVIEW BIJ REUMATOÏDE ARTRITIS

De gevonden wetenschappelijke artikels over dit onderwerp zijn beperkt of nagenoeg onvindbaar. Artikels over therapietrouw, medicatiegerelateerde problemen en farmaceutische interventies bij reumapatiënten of patiënten met chronische inflammatoire aandoeningen werden wel teruggevonden. Vaak gaat het over gehospitaliseerde patiënten.²⁸⁻³¹

In 2018 werd er een Frans, gerelateerd onderzoek gepubliceerd.²⁹ Hierbij werd de klinische relevantie van farmaceutische interventies tijdens MR's op een reumatologieafdeling van een Frans ziekenhuis bestudeerd. Het ging om MR2b's, zonder inspraak van de patiënt. Er werd vooral gekeken naar voorschriften en het medisch dossier van de patiënt.

Geneesmiddelgebonden problemen (GGP) werden opgespoord door apothekers, farmaceutische interventies werden voorgesteld aan de behandelende arts en door hen al dan niet geaccepteerd. Ook werd nagegaan wat de klinische relevantie was van deze farmaceutische interventies volgens zowel apothekers als artsen. 90% van de interventies werden gelijk geëvalueerd door de twee disciplines. Over het algemeen vonden apothekers de farmaceutische interventies meer relevant.

De gedetecteerde GGP gingen voornamelijk over problemen met de toedieningsroute, dosering en ongerechtvaardigd gebruik van geneesmiddelen. De geïncludeerde patiënten waren gehospitaliseerd, hierdoor ging het voornamelijk over geneesmiddelen in acute situaties die behoren tot het formularium van het ziekenhuis. Wel zette de studie de noodzaak van MR's nog eens in de schijnwerpers. Er werd een groot aantal GGP gedetecteerd met een significante klinische relevantie. Efficiënte samenwerking tussen apothekers en artsen resulteerde in het uitvoeren van noodzakelijke farmaceutische interventies.²⁹

Een ander onderzoek vond plaats aan de farmacieschool en het medisch centrum van de University of California San Francisco, in samenwerking met de apotheekketen Walgreens.³⁰ De nadruk bij deze studie lag op medicatiegerelateerde problemen bij patiënten die 'specialty medications' innemen voor chronische inflammatoire aandoeningen. Specialty medications is een onbegrensd begrip voor geneesmiddelen die typisch een hoge kost dragen. Het zijn complexe farmaceutische producten met unieke ongewenste effecten, bewaringsvereisten en/of toedieningsroutes, gebruikt voor ernstige chronische pathologieën. Als er specifiek naar geneesmiddelen voor RA gekeken wordt, gaat dit hoogstwaarschijnlijk om de bDMARDs en tsDMARDs.

Er werd gekozen voor het concept medicatiegerelateerde problemen (MGP), dit heeft een breder draagvlak. De 4 categorieën waren voorschriftverwerking, verzekering, medicatiegebruik en ongewenste effecten. Deze MGP werden opgespoord aan de hand van twee bronnen: de medicatiehistoriek aangeleverd door de apotheekketen en het elektronisch medisch dossier (patiëntprofiel, inschatting therapietrouw, communicatie met de patiënt, diepgaande zorgdossiers...). Ook hier kwamen heel wat MGP aan het licht, specifiek bij de reumapatiënten ging het om MGP bij 25% van de patiënten. Doordat er ook rekening werd gehouden met de gegevens uit het zeer breed elektronische medisch dossier, kon ook de reden van therapieontrouw of moeilijkheden van de patiënt achterhaald worden.

De onderzoekers gaven ook aan dat er na het opsporen van deze MGP nood is aan communicatie over het geneesmiddelengebruik naar de patiënt. Een echt gesprek of interview tussen de patiënt en de apotheker is ook in dit artikel niet aanwezig.³⁰

Een derde interessant artikel werd gepubliceerd in het Brits tijdschrift *Rheumatology*.³¹ Er werd onderzoek gedaan naar de overtuigingen over geneesmiddelen van mensen met RA. Welke factoren hieraan verbonden zijn, maar ook of het de therapietrouw beïnvloedt. Dit werd gedaan aan de hand van een vragenlijst voor reumapatiënten. 344 patiënten vulden de vragenlijst in. Uit dit onderzoek bleek dat drie op de vier patiënten overtuigd is van de noodzaak van hun medicatie. Wel blijven patiënten bezorgd over ongewenste effecten, ook op lange termijn. Angst voor afhankelijkheid werd ook regelmatig gemeld. Patiënten waarbij therapieontrouw werd vastgesteld, hadden ook de meeste bezorgdheden. Dit onderzoek toont aan dat er gewerkt kan worden aan dat praten met patiënten over hun overtuigingen en bezorgdheden de therapietrouw kan verbeteren.³¹

Er werden geen artikels gevonden van gelijkaardige studies in officina-apotheken, uitgevoerd door officina-apothekers en huisartsen. Het concept MR was in bovenstaande artikels soms wel terug te vinden, maar ook beperkt en geen type 3.

4. EIGEN ONDERZOEK

4.1. METHODE

De deelnemende apothekers volgden allemaal een opleiding bij KAVA over het uitvoeren van medicatiereviews. Bij de start van het project van KAVA en UAntwerpen over MR3 bij patiënten met RA werd aan hen bijkomende informatie bezorgd: een stappenplan, een tabel voor de berekening van de therapietrouw, modelbrieven voor arts en patiënt, een sjabloon van het informed consent van de patiënt en een sjabloon voor het verslag van de review (bijlage 11.2). Tevens kregen ze nog een aantal specifieke opleidingen en werden ze ondersteund en opgevolgd gedurende dit project. Het richtgetal was vijf MR3's per apotheek of apotheker.

Er werd aan de apothekers gevraagd om volgende, geanonimiseerde documenten aan te leveren naarmate het traject vorderde:

- medicatiehistoriek
- medicatieschema
- tabel therapietrouw
- labowaarden (en eventueel verslag van de arts)
- verslag patiëntengesprek: via het sjabloon in Word of een google formulier
- feedback van de arts

Aan het begin van het project werd er gebotst op de beperkingen van het geanonimiseerd delen van patiëntengegevens. Het was vaak een omslachtig proces om digitaal klinische gegevens door te sturen naar de onderzoekers. Apotheeksoftware, (huis)artsensoftware, het gedeeld farmaceutisch dossier... beschikken namelijk niet over gemakkelijke, toepasbare functies. Er is dringend nood aan oplossingen en uniformiteit in dit domein.

4.1.1. Score medicatiereviews type 3

In deze eindverhandeling werd gekeken hoe deze MR3's verliepen bij patiënten met RA. De kwaliteit van de verkregen MR3's werd onderzocht en beschreven aan de hand van een scoretabel (bijlage 11). De scoretabel is gebaseerd op 46 kwaliteitscriteria verkregen uit voorgaand onderzoek aan de UAntwerpen: "Kwaliteitsbewaking van een medication review type 3: wat zijn de belangrijkste elementen om de kwaliteit te beoordelen?" (2020)¹⁰. Zo goed als alle stellingen van dit onderzoek werden geïncludeerd in de tabel met kwaliteitscriteria. Wel werden enkele elementen samengevoegd tot één criterium, een aantal voorbeelden:

- geneesmiddelen uit blister halen
 - vloeistof nauwkeurig afmeten
 - geneesmiddelen in pillendoosje krijgen
 - houding t.o.v. injecties
 - medicatie openen en sluiten
 - medicatie slikken
- Comfortabele/gebruiksvriendelijke toedieningsvorm
- bewaarcondities
 - patiënt weet wanneer vervaldatum overschreden wordt
- Controle bewaring geneesmiddelen
- controle nierfunctie GM en dosis
 - controle QT GM en dosis
- Controle dosis

Elk verslag evenals de andere aangeleverde documenten van de MR3 bij een patiënt met RA werden bekeken en beschreven aan de hand van deze scoretabel. De kwaliteitscriteria in de scoretabel werden ingedeeld in zes thema's: algemeen, geneesmiddelen, behandeling, overleg met (huis)arts, onderzoekwerk en reumatoïde artritis. Er werd gebruikgemaakt van een scoresysteem met plussen en minnen (++ , + , - , --). Om de resultaten nadien grafisch weer te kunnen geven, werd er gebruik gemaakt van getallen. Dit wordt weergegeven in Figuur 4.1.

3 Zeer goed
2 Goed
1 Onvoldoende
0 Niet aanwezig

Figuur 4.1: Legende scoretabel.

Tot slot zullen de totaalscores per review worden berekend. Dit is de optelsom van de scores van alle stellingen die beoordeeld kunnen worden. Wanneer er aan elk criterium de hoogste score van drie wordt toegekend is de maximale totaalscore 84. Het overzicht van de totaalscores kan een breder beeld geven van de kwaliteit van de reviews per apotheker en de hele groep respondenten.

4.1.2. Telefoongesprek

In de loop van maart en april 2021 werden de apothekers die op dat moment al minstens één review hadden aangeleverd, opgebeld. In totaal ging dit over 7 apothekers. Het opzet van het telefoongesprek was om de apothekers te ondersteunen tijdens dit project, een implementatiefase van MR3. Ook werden ze nog eens herinnerd aan ontbrekende gegevens en werden er wat algemene vragen gesteld:

- Wat is uw algemene indruk van dit project?
- Heeft u het sjabloon voor het verslag in Word gebruikt of het Google formulier?
- Kunnen we u ergens bij helpen/ Heeft u vragen voor ons?
- Welke feedback heeft u al gekregen van de (huis)arts?
- Hoeveel tijd heeft u gespendeerd aan:
 - o het voorbereiden van het patiëntengesprek?
 - o het patiëntengesprek zelf?
 - o het verwerken van de verzamelde gegevens/opstellen van brief naar arts?

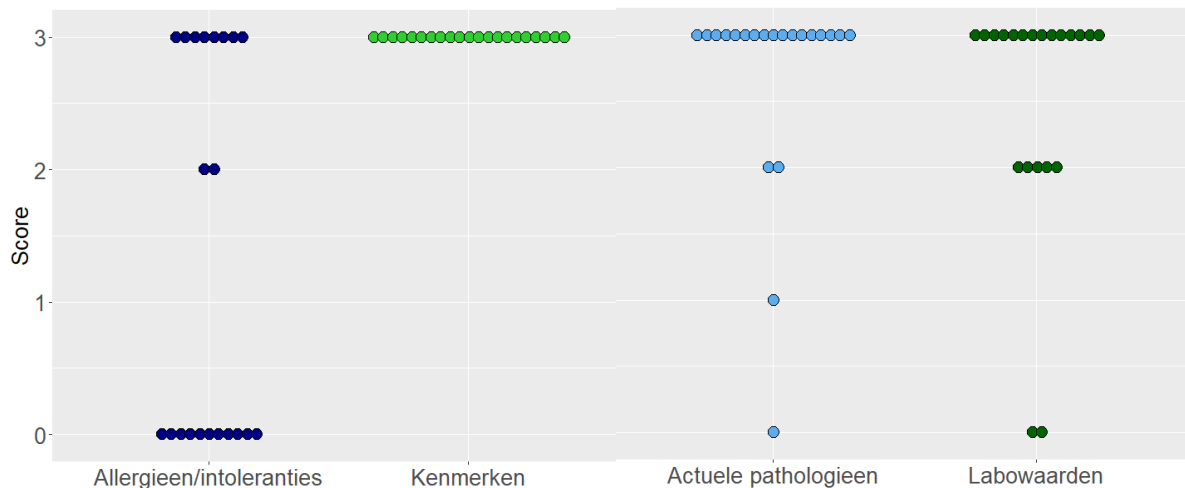
4.2. RESULTATEN

In dit hoofdstuk zullen de verkregen resultaten weergegeven worden. In totaal hebben er 9 apothekers uit 8 verschillende apotheken minstens één MR3 uitgevoerd. Eenentwintig MR3's werden verkregen via de respondenten. In dit onderzoek werd de kwaliteit hiervan beschreven en bekeken a.d.h.v. de scoretabel (**zie bijlage 11**). De scoretabel werd opgedeeld in zes thema's, deze structuur wordt ook in dit hoofdstuk gehanteerd. Ook de distributie van de totaalscore en de resultaten van de telefoongesprekken met 7 apothekers worden hier besproken.

4.2.1. Score medicatiereviews type 3

4.2.1.1. Algemeen

In dit thema zijn er drie kwaliteitscriteria die niet beschreven zijn met de scoretabel: het **nut/doel van een MR3** werd uitgelegd aan de patiënt, de apotheker hanteerde **eenvoudige en begrijpbare taal** tijdens het gesprek en dit vond plaats in **vertrouwde en rustige omgeving**.



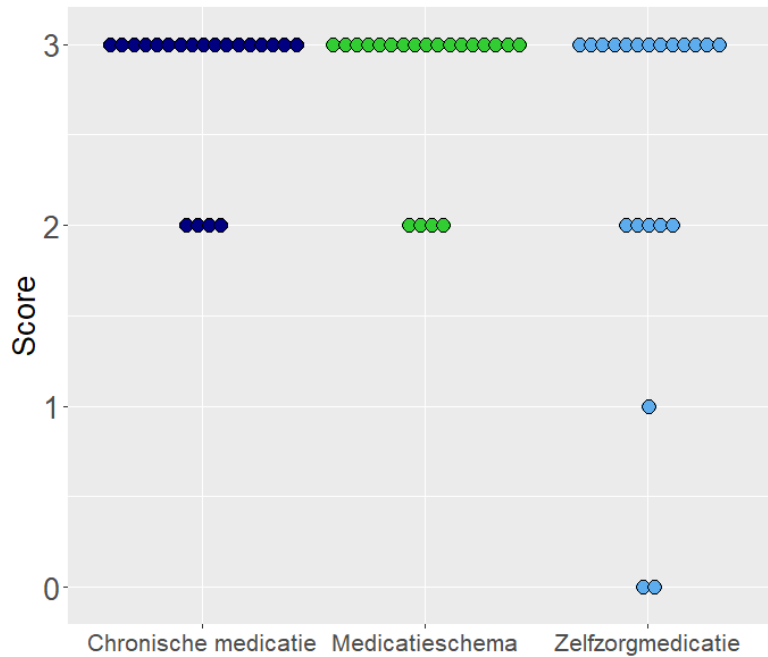
Figuur 4.2: Grafiek met de scores van de kwaliteitscriteria (allergieën/intoleranties, algemene kenmerken van de patiënt (geboortedatum, geslacht), actuele pathologieën en labowaarden) van het thema ‘algemeen’.

De vier andere elementen van dit thema kregen wel een kwaliteitsscore, weergegeven in Figuur 4.2. Het vragen naar **allergieën of intoleranties** was bij het grootste deel van de verslagen niet aanwezig. Bij acht MR3's kreeg dit element de hoogste score en werd dit wel teruggevonden. Het rapporteren van de algemene **kenmerken** van de patiënt (geboortedatum, geslacht...) werd door alle apothekers gedaan en kreeg overal een score van drie. Het verzamelen van gegevens zoals **labowaarden** en **actuele pathologieën** van de patiënt leverden vergelijkbare resultaten op. Bij het overgrote deel van de verslagen werd dit als ‘zeer goed’ beschreven. Bij een kleiner aantal MR3 werden deze elementen vergeten of ontbraken er gegevens over deze elementen.

4.2.1.2. Geneesmiddelen

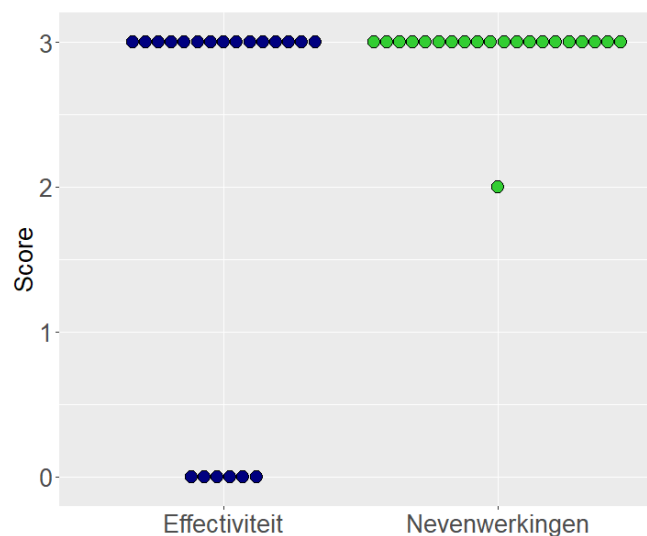
Ook bij dit thema zijn er kwaliteitscriteria die niet beschreven werden met de scoretabel. Deze elementen zijn: nagaan of **de indicatie van elk geneesmiddel gekend** is door de patiënt, of de **geneesmiddelindicaties nog actueel** zijn, of er **geneesmiddelen zijn die nevenwerkingen behandelen** en de **controle van de vervaldata**.

In Figuur 4.3 worden de eerste drie kwaliteitscriteria van dit thema weergegeven. Een **overzicht van de chronische medicatie** en het verwerken van deze gegevens in een **medicatieschema** waren elementen die overal aanwezig waren. Bij een viertal MR3 waren deze elementen niet helemaal volledig en deze kregen een score twee, ‘goed’. De scores bij het creëren van een **overzicht van de zelfzorgmedicatie, voedingssupplementen en homeopathie** zijn meer uiteenlopend maar overwegend positief.



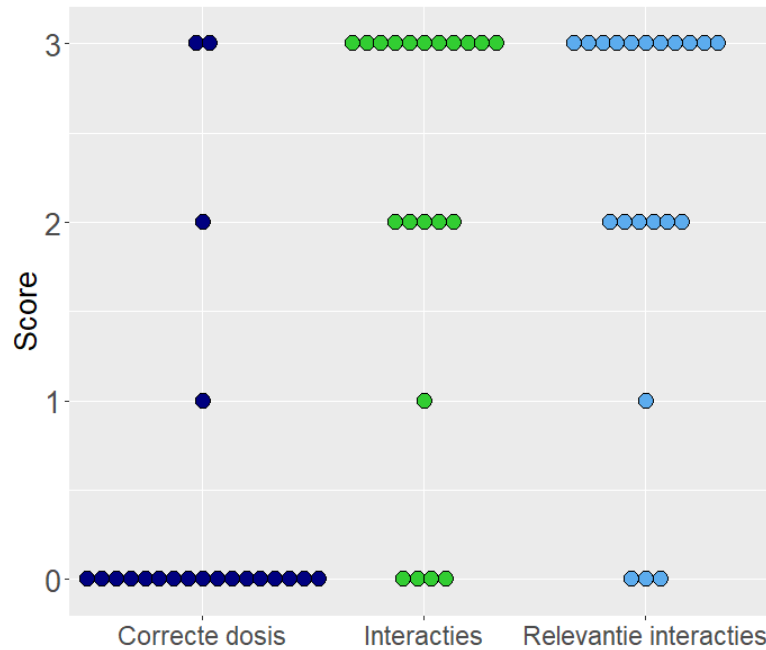
Figuur 4.3: Grafiek met de scores van de kwaliteitscriteria (overzicht chronische medicatie, overzicht zelfzorgmedicatie/voedingssupplementen/homeopathie en medicatieschema recent & overzichtelijk) van het thema ‘geneesmiddelen’.

De volgende twee elementen over de effecten van het geneesmiddelgebruik worden weergegeven in Figuur 4.4. Het rapporteren van de **effectiviteit** werd in zes MR3 vergeten. De overige 15 verslagen gaven dit wel weer en kregen hiervoor de hoogste score. Het ondervragen van de **nevenwerkingen** was terug te vinden in alle MR3. Eén review kreeg hiervoor de op één na hoogste score, de anderen kregen een score van drie.



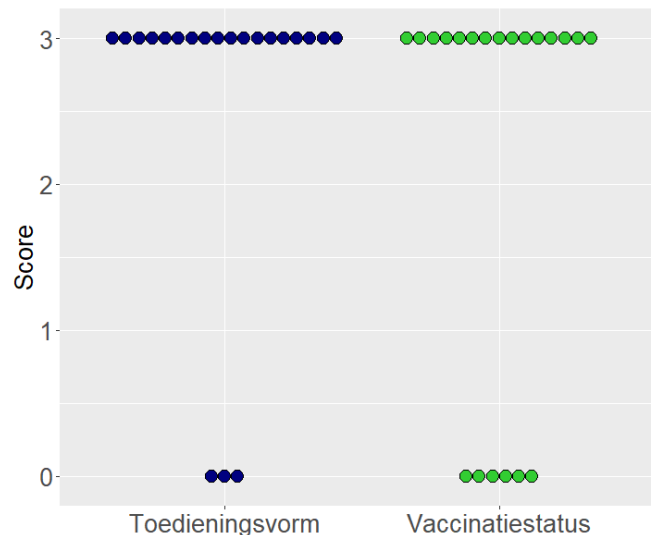
Figuur 4.4: Grafiek met de scores van de kwaliteitscriteria (effectiviteit en nevenwerkingen) van het thema ‘geneesmiddelen’.

Het nakijken van de **dosis** van de geneesmiddelen die de patiënt inneemt, werd niet vaak gerapporteerd. Zeventien MR3 kregen hiervoor dan ook de laagste score. Dit kwaliteitscriterium was in drie verslagen voldoende terug te vinden. **Interacties** bekijken en ook bepalen of deze **relevant** zijn voor de patiënt zijn twee elementen die overwegend een positieve score van twee of drie kregen. Bij een klein aantal MR3 ontbraken er gegevens of werd dit aspect vergeten. Deze resultaten zijn terug te vinden in Figuur 4.5.



Figuur 4.5: Grafiek met de scores van de kwaliteitscriteria (correcte dosis, interacties met geneesmiddelen of voeding en inschatting relevantie interacties) van het thema ‘geneesmiddelen’.

In de laatste grafiek van dit thema, Figuur 4.6, werd er een score gegeven aan volgende elementen: nagaan of de **toedieningsvorm van de geneesmiddelen comfortabel en gebruiksvriendelijk** is voor de patiënt en ook of **de vaccinatiestatus** werd nagekeken. Deze twee kwaliteitscriteria scoren ‘zeer goed’ bij het grootste deel van de MR3’s. Het eerste element was afwezig in drie rapporteringen en de vaccinatiestatus bij zes.

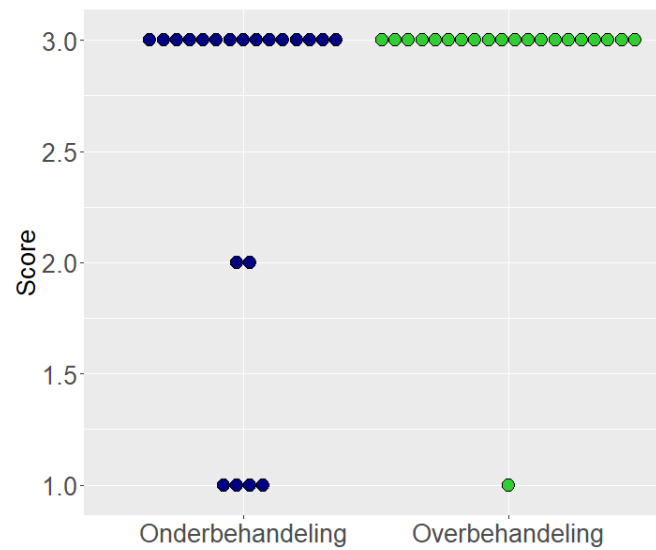


Figuur 4.6: Grafiek met de scores van de kwaliteitscriteria (comfortabele/gebruiksvriendelijke toedieningsvorm en vaccinatiestatus) van het thema ‘geneesmiddelen’.

4.2.1.3. Behandeling

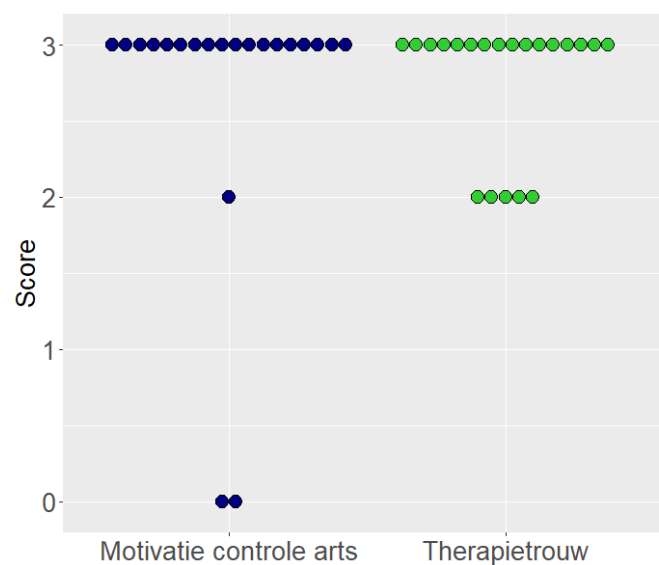
De kwaliteitscriteria **logische therapiekeuze in functie van comorbiditeiten, niet-medicamenteuze maatregelen** en **verslavingsrisico**, konden niet beoordeeld worden aan de hand van de gegevens die bezorgd werden door de apothekers. Er waren in dit thema een aantal kwaliteitscriteria die maar bij een klein aantal MR3's werden teruggevonden. Het nagaan van een **logische therapieopbouw** of de mogelijkheid tot **afbouwen van medicatie** was bij vijf verslagen aanwezig. **Plotse medicatiewijzigingen en motivatie** in de behandeling van de patiënt, was bij twaalf MR3's terug te vinden.

Onderbehandeling en overbehandeling zijn elementen die bij elke review terug te vinden waren. In Figuur 4.7 worden de scores hiervan weergegeven. De score nul werd nergens toegekend en is niet zichtbaar in de grafiek. **Onderbehandeling** werd bij vier MR3's als onvoldoende gerekend, al de andere kregen minstens een score van twee, ‘goed’. **Overbehandeling** scoorde tot op één na overal ‘zeer goed’.



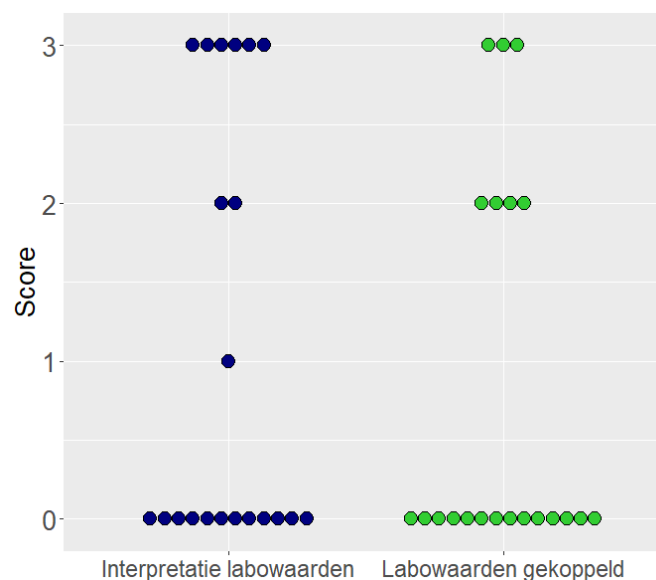
Figuur 4.7: Grafiek met de scores van de kwaliteitscriteria (onderbehandeling (calcium, vitamine D, foliumzuur...) en overbehandeling) van het thema 'behandeling'.

Twee andere goed scorende elementen zijn therapietrouw en motivatie voor regelmatige controle bij de huisarts, reumatoloog en/of andere artsen. De **motivatie om regelmatig naar de arts te gaan** werd bij twee verslagen vergeten. Negentien verslagen scoorden hier 'goed' of 'zeer goed'. Het nagaan van de **therapietrouw** van de patiënt werd bij elk verslag teruggevonden. Scores onder de twee werden hier niet teruggevonden. Deze resultaten zijn terug te vinden in Figuur 4.8.



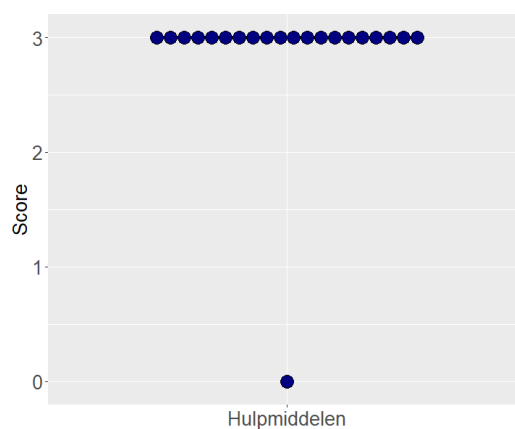
Figuur 4.8: Grafiek met de scores van de kwaliteitscriteria (motivatie regelmatige controle huisarts, reumatoloog & andere artsen en therapietrouw) van het thema 'behandeling'.

Figuur 4.9 geeft twee kwaliteitscriteria weer die bij het grootste deel van de verslagen afwezig waren. De **interpretatie van de labowaarden** scoorde iets beter, daarbij hebben acht MR3's de tweede hoogste en hoogste score toegekend gekregen. Bij het **koppelen van de labowaarden aan de pathologieën of geneesmiddelen** waren dat er zeven.



Figuur 4.9: Grafiek met de scores van de kwaliteitscriteria (labowaarden correcte interpretatie en labowaarden gekoppeld aan geneesmiddelen/pathologieën) van het thema 'behandeling'.

Het bevragen van **hulpmiddelen** zoals medicatieschema, pillensnijder, pillendoosje... werd door alle apothekers gedaan bij alle reviews behalve bij één. Dit wordt weergegeven in Figuur 4.10.



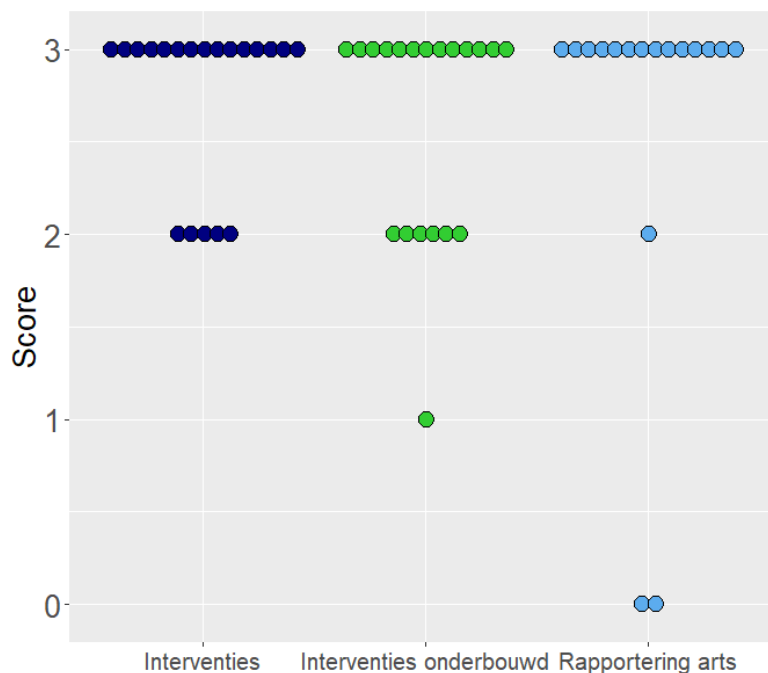
Figuur 4.10: Grafiek met de scores van een kwaliteitscriterium (hulpmiddelen) van het thema 'behandeling'.

4.2.1.4. Overleg met (huis)arts

De kwaliteitscriteria **interventieplan opgesteld in samenspraak met patiënt, acties ondernomen na overleg met arts** en **opvolggesprek met patiënt**, konden niet worden beoordeeld met de scoretabel. Er waren niet genoeg gegevens beschikbaar uit de rapportering van de apothekers.

Acties ondernomen zonder overleg met arts ‘niet-medicamenteus’ was een element dat maar bij negen MR3's terug te vinden was. Het werd negen keer beoordeeld met de hoogste score.

In onderstaande grafiek, Figuur 4.11, worden de scores van de kwaliteitscriteria weergegeven die te maken hebben met interventies of actiepunten over de behandeling van de patiënt. Het element **interventies** kreeg steeds een goede score: vijf keer een score van drie en 15 keer een score van twee. Bij één MR3 ontbraken deze gegevens nog. De **onderbouwing en beargumentering van diezelfde interventies** scoorden gelijkaardig. Ook hier ontbraken deze gegevens nog bij één MR3. De **rapportering naar de arts** werd over het algemeen ook goed beoordeeld. Bij twee volledig afgewerkte verslagen was dit criterium niet aanwezig. Maar ook dit element ontbreekt nog bij vier MR3's.

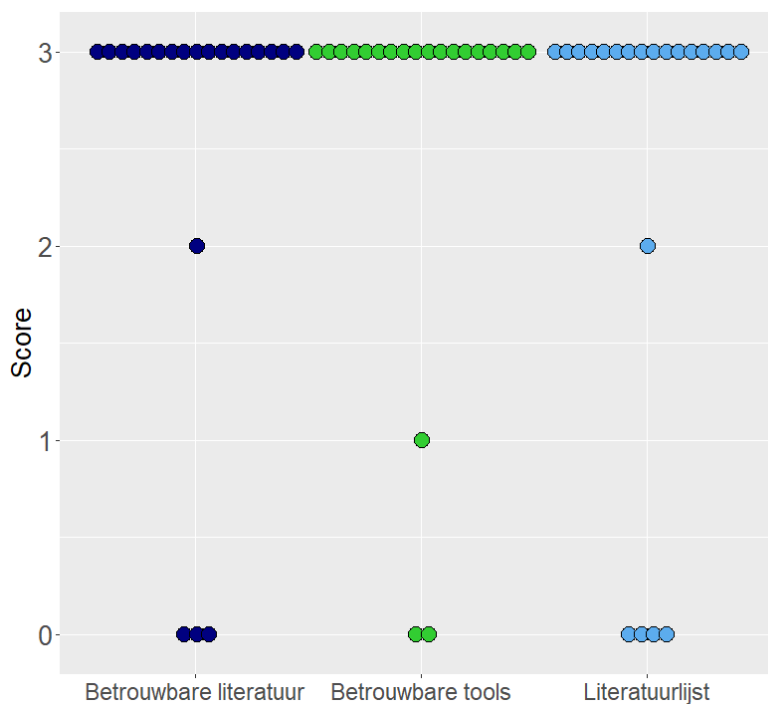


Figuur 4.11: Grafiek met de scores van de kwaliteitscriteria (specifiek uitgewerkte interventies, interventies voldoende onderbouwd/beargumenteerd en rapportering naar arts) van het thema ‘overleg met (huis)arts’.

4.2.1.5. Opzoekwerk

In dit thema werd er één kwaliteitscriterium niet beoordeeld, **beschikbaarheid van goedkopere alternatieven**. Dit element werd maar in één verslag teruggevonden en kon dus geen score toegewezen krijgen.

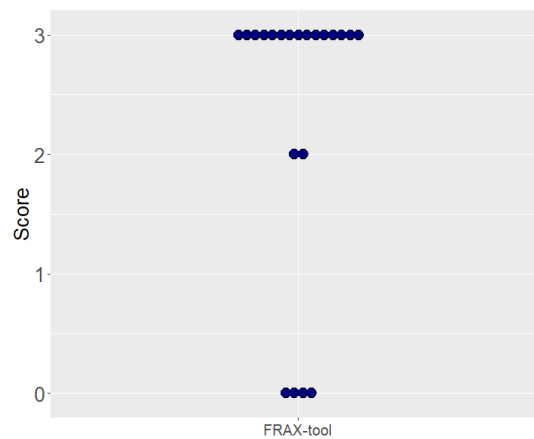
Ook de gebruikte bronnen werden beschreven aan de hand van de scoretabel. Volgende kwaliteitscriteria werden beschreven: **gebruik van betrouwbare tools, literatuurlijst en betrouwbare literatuur**. Bij een aantal verslagen werden hier geen gegevens over teruggevonden, deze kregen de score nul toegediend. Het overgrote deel behaalde hier een score van drie. Een enkel verslag kreeg een score één of twee. Deze resultaten zijn weergegeven in Figuur 4.12.



Figuur 4.12: Grafiek met de scores van de kwaliteitscriteria (gebruik betrouwbare tools, literatuurlijst en betrouwbare literatuur) van het thema 'opzoekwerk'.

4.2.1.6. Reumatoïde artritis

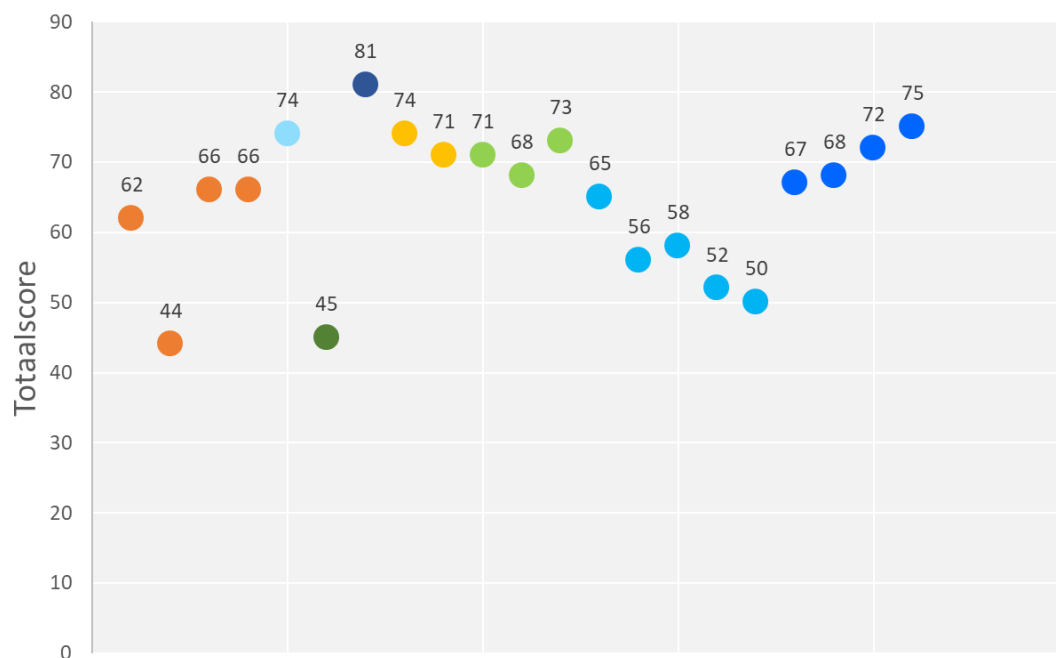
In Figuur 4.13 wordt de grafiek weergegeven met de scores van **fractuurrisico en interpretatie FRAX-tool**. Bij vier MR3's werd het gebruik hiervan niet gerapporteerd. De overige 17 verslagen hebben wel de FRAX-tool gehanteerd en kregen een score twee of drie.



Figuur 4.13: Grafiek met de scores van de kwaliteitscriteria (fractuurrisico en interpretatie FRAX-tool) van het thema ‘reumatoïde artritis’.

4.2.1.7. Distributie totaalscore per review

De distributie van de totaalscores van de reviews van de verschillende apothekers wordt weergegeven in Figuur 4.14. Er is variabiliteit op te merken tussen de reviews, maar ook in de reviews van eenzelfde apotheek. De gemiddelde totaalscore bedraagt 65. Een lichte schommeling kan worden waargenomen bij het grootste deel van de totaalscores. Ook zijn er drie opvallende uitschieters te zien met een score van 44, 45 en 81.



Figuur 4.14: Grafiek met de totaalscores per review. De MR3's uitgevoerd door hetzelfde apotheeksteam worden weergegeven in één kleur.

4.2.2. Telefoongesprek

4.2.2.1. Wat is uw algemene indruk van dit project?

Het antwoord op deze vraag was over het algemeen zeer positief. Twee apothekers gaven aan dat het verzamelen van de gegevens bij de huisarts niet altijd even vlot ging. Tevens verliep het contacteren of uitnodigen van de patiënt bij twee apothekers moeizaam. Eén apotheker vermeldde dat de modelbrief voor de arts een heel handig hulpmiddel is als inleiding van het project. Het werken met één thema, reumatoïde artritis, werd eveneens als een pluspunt ervaren. Dit maakte het uitvoeren van meerdere MR3's efficiënt. Een intensieve voorbereiding en dat een MR3 tijdrovend is, kwam ook een aantal keer aan bod in de gesprekken. Tot slot zien de apothekers een grote meerwaarde voor de patiënten.

4.2.2.2. Heeft u het sjabloon voor het verslag in Word gebruikt of het google formulier?

Een lichte voorkeur ging uit naar het verslag via het Google formulier. Vijf apothekers maakten hier gebruik van. In Google kan je het verslag op elk moment verder aanvullen, dit vonden ze gemakkelijk. Wel zijn het medicatieschema, de labowaarden en de tabel van therapietrouw hier complexer in te geven. Twee apothekers kozen voor het verslag in Word.

4.2.2.3. Kunnen we u ergens bij helpen/ Heeft u vragen voor ons?

Driemaal werd er een vraag gesteld over de interpretatie van de labowaarden. Wat ze juist met de labowaarden moesten doen, was voor deze apothekers niet altijd even duidelijk. Eén apotheker vroeg om de modelbrieven voor de arts en patiënt nog iets concreter te maken. Een kort verslag om achteraf met de patiënt mee te geven, werd ook als suggestie gegeven. Tot slot kwam de vraag om de deadline van het project uit te stellen ook een aantal keer aanbod.

4.2.2.4. Welke feedback heeft u al gekregen van de (huis)arts?

In grote lijnen werd de samenwerking met de arts als positief ervaren. Een enthousiaste feedback van de arts naar de apotheker kwam meermaals ter sprake in het telefoongesprek. Een enkele huisarts begreep het concept eerst niet goed, maar was nadien ook helemaal mee. Het bespreken van de interventies verliep over het algemeen goed, al bleven sommige huisartsen zeer abstract of wazig over bepaalde interventies.

4.2.2.5. Hoeveel tijd heeft u gespendeerd aan de voorbereiding, het patiëntengesprek en het verwerken van de gegevens?

De antwoorden op deze vragen waren uiteenlopend. De tijd die gespendeerd werd aan de voorbereiding varieert van een half uur tot 15 uur. Het patiëntengesprek zelf nam doorgaans evenveel tijd in beslag en duurde tussen een half uur en anderhalf uur. Het opzoekwerk achteraf en het formuleren van een verslag kon gaan van één uur tot 8 uur. De apothekers dachten wel dat de volgende review wat sneller zou gaan.

4.3. BESPREKING

4.3.1. Score medicatiereviews type 3

Tijdens het bekijken van de MR's aan de hand van de scoretabel werd al snel duidelijk dat er 18 kwaliteitscriteria **niet of moeilijk beschreven** konden worden:

- Er werd met de patiënt gesproken over het nut en doel van een MR.
- De apotheker gebruikt eenvoudige en begrijpbare taal bij het gesprek met patiënt.
- Het gesprek met de patiënt vond plaats in een vertrouwde en rustige omgeving.
- Er werd nagegaan of de geneesmiddelindicatie gekend is door de patiënt
- De apotheker heeft gelet of alle geneesmiddelindicaties nog actueel zijn.

Deze vijf onderdelen werden door de masterproef van kwaliteitsbewaking¹⁰, uit bevraging van apothekers en academici, zeer belangrijk bevonden. Het zijn elementen die in de praktijk waarschijnlijk wel uitgevoerd werden tijdens het gesprek met de patiënt of bij het voorbereiden van de MR, maar niet gerapporteerd zijn.

- Er werd gekeken naar geneesmiddelen die nevenwerkingen behandelen.
- Er werd gekeken naar een logische therapieopbouw.
- Er werd gelet op plotse medicatiewijzigingen in de historiek en de motivatie daarvan.
- De apotheker heeft de therapiekeuze in functie van de comorbiditeiten nagekeken.
- Er werd een interventieplan opgesteld in samenspraak met de patiënt.
- Er werden acties ondernomen zonder overleg met de arts, 'niet-medicamenteus'.
- Er werden acties ondernomen na overleg met de arts.
- Er was een opvolggesprek met de patiënt.

De vorige acht stellingen werden door de respondenten van het voorgaand onderzoek¹⁰ als belangrijk ondervonden. De eerste vier criteria zijn zaken die in de voorbereiding van de

apotheker wel aanwezig zouden kunnen zijn, maar niet in het verslag. De laatste vier criteria uit deze opsomming waren hoogstwaarschijnlijk nog niet afgerond wanneer de deadline voor dit project plaatsvond. In het telefonisch gesprek werd de COVID-19-crisis vaak als oorzaak gegeven voor de vertraging van de MR. Zowel huisartsen als apothekers werden ingeschakeld in de vaccinatiecentra in Vlaanderen. Een andere mogelijke oorzaak is dat de apothekers dit niet meer gerapporteerd hebben. Het opstellen van de interventies en een verslag van het overleg met de huisarts waren de laatste documenten die ze officieel moesten inleveren.

- De apotheker heeft ook gevraagd naar niet-medicamenteuze maatregelen in de behandeling.
- Er werd gelet op het afbouwen van medicatie.
- Er werd gelet op het verslavingsrisico van geneesmiddelen.
- De apotheker heeft nagekeken of er goedkopere alternatieven waren voor de geneesmiddelen van de patiënt.
- De apotheker heeft gelet op de controle van de bewaring van de geneesmiddelen.

De laatste stellingen die moeilijk of niet beschreven konden worden, werden uit het onderzoek over kwaliteitsbewaking als minder belangrijk geklasseerd.

Niet elke stelling is toepasbaar voor elke patiënt of elke behandeling. Bijvoorbeeld verslavingsrisico, plotse medicatiewijzigingen, afbouwen van medicatie, niet-medicamenteuze maatregelen... etc. zijn zeer patiëntafhankelijk. Daarnaast werden ook niet al deze bovenstaande stellingen over kwaliteitsbewaking expliciet bevraagd in de sjablonen voor het verslag in Google of Word. Dit zou voor sommige stellingen nog een mogelijke oorzaak kunnen zijn voor het ontbreken van deze gegevens in de verslagen en andere documenten die de apothekers moesten inleveren.

De overige 26 elementen konden wel beschreven worden aan de hand van de scoretabel.

Er waren enkele kwaliteitscriteria die **heel goed scoorden** bij de MR3's uitgevoerd in dit opvolgtraject:

- De algemene kenmerken van de patiënt werden bevraagd.
- Er werd gelet op nevenwerkingen.
- Er werd gelet op overbehandeling.
- De apotheker maakte een overzicht van de chronische medicatie.

- Er werd een recent en overzichtelijke medicatieschema toegevoegd.
- De therapietrouw van de patiënt werd nagekeken door de apotheker.
(Hiervoor verkreeg de apotheker een tabel om de berekeningen te maken, het was een ‘aan te leveren’ document.)
- Het gebruik van hulpmiddelen (medicatieschema, pillendoosje, pillensnijder) werd bevraagd.
- Er werden mogelijke interventies opgesteld door de apotheker.

Deze stellingen zijn allemaal als zeer belangrijk of belangrijk onderverdeeld in de studie over kwaliteitsbewaking¹⁰. Het zijn elementen die voor een apotheker zeer veel informatie bieden over de patiënt en zijn of haar behandeling. Dit maakt het uitvoeren van de MR3 gemakkelijker. Ze werden ook allemaal bevraagd in de sjablonen van het verslag in Word of Google.

In de verslagen van de MR zijn er ook elementen die **minder goed scoorden** door onvolledigheid of ontbrekende gegevens bij een aantal verslagen:

- Er werd gelet op allergieën en intoleranties.
- De dosis van de verschillende geneesmiddelen werd gecontroleerd.
- De labowaarden/klinische gegevens werden correct geïnterpreteerd door de apotheker.
- De labowaarden werden gekoppeld aan de pathologieën en de geneesmiddelen.

Bovenstaande stellingen werden als belangrijk geclassificeerd. De dosis controleren door ook rekening te houden met QT-interactiesⁱⁱ of de nierfunctie werd vaker vergeten. De nierfunctie kan worden gelinkt aan de interpretatie van de labowaarden die tevens moeizaam verliep. Bij de telefonische bevraging werd dit aspect ook een drietal keer aangehaald. De apothekers vonden dit moeilijk. De stelling over de allergieën en intoleranties werd bevraagd in het Word-sjabloon, maar niet in het verslag in Google. Dit is ook een mogelijke verklaring voor de minder goede score voor dit criterium bij het grootste deel van de MR3's

De stellingen of kwaliteitscriteria uit de scoretabel die in dit deel van de eindverhandeling niet expliciet vermeld worden, kregen allemaal een **gemiddelde score**. Hiermee wordt bedoeld dat ze voornamelijk een positieve score van twee of drie toegediend kregen. Maar er waren enkele uitschieters met een nul of één als score.

ⁱⁱ Het QT-interval is een onderdeel van het electrocardiogram. Dit kan verlengd worden door sommige geneesmiddelen en potentiële aritmieën veroorzaken zoals torsade de pointes.

De **totaalscores** per review geven een duidelijk overzicht van de kwaliteit van de MR3's van dit opvolgtraject. In deze scores werden de 'moeilijk te beoordelen' criteria niet geïncludeerd. Sommige apothekersteams blijken positief te evolueren naarmate het traject vorderde, andere lijken een beetje achteruit te gaan. Het evolueren kan gekoppeld worden aan het creëren van een stramien bij de uitvoering en de toenemende ervaring met de pathologie. Verschillende apothekers binnen één team en de complexiteit van MR3 zouden verklaringen kunnen zijn voor de achteruitgang van de scores binnen één team. Er zijn ook een aantal uitschieters. In de toekomst kan een gelijkaardig overzicht gebruikt worden binnen de kwaliteitsbewaking van de MR3's om de vooruitgang in kaart te brengen.

Het opvolgtraject voor MR3 bij patiënten met RA leverde een heel goede aanzet voor een kwaliteitsvolle implementatie ervan in Vlaanderen. Desalniettemin zijn er nog enkele denksporen opgedoken. Bij het interpreteren van de resultaten van het onderzoek kwam aan het licht dat het sjabloon voor het verslag niet leidt tot de meest kwaliteitsvolle vorm van een MR3. Er ontbreken een aantal elementen waardoor deze ook vergeten worden door de apotheker. Het sjabloon voor het verslag moet de basis vormen voor een MR3 in zijn beste vorm waarin de kwaliteit bewaakt wordt. Een optimalisatie is dus aangewezen.

Verder moet er een manier gezocht worden om ook de kwaliteit bloot te leggen van de stellingen die niet via het verslag te achterhalen waren. Het grootste deel van de 18 'niet of moeilijk te beschrijven' kwaliteitscriteria werden door voorgaand onderzoek als (zeer) belangrijk geklasseerd. Ze mogen in het onderzoek naar de kwaliteit van uitgevoerde MR3's dus niet vergeten worden. Hiervoor zouden patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROMs) en patiënt-gerapporteerde ervaringen (PREMs) gebruikt kunnen worden.³² Dit is een initiatief dat ingeschakeld wordt voor kwaliteitsverbetering binnen de gezondheidszorg. In België is dit voornamelijk terug te vinden in hospitaalniveau. Het betreft een vragenlijst (op papier of elektronisch) die door de patiënt wordt ingevuld en rechtstreeks aan de onderzoekers wordt bezorgd.³² In deze context zouden PROMs kunnen gaan over de uitkomsten na de MR3: was er een opvolgesprek, vonden de interventies plaats in overleg met de patiënt, hebben de interventies bijgedragen tot een verbetering van de ziekteactiviteit...etc. PREMs zijn vragen over de ervaring van de patiënt, zoals: was het doel en het nut van de MR3 duidelijk, hanteerde de apotheker verstaanbare en duidelijke taal, vond het gesprek plaats in een rustgevende

ruimte...etc. Door dit toe te passen wordt ook duidelijk wat voor de patiënt echt belangrijk is, een noodzaak bij kwaliteitsonderzoek in de gezondheidszorg.

4.3.2. Telefoongesprek

De telefoongesprekken met de 7 apothekers die in de periode van maart en april 2021 al minstens één MR3 doorstuurde, vormden een aangename aanvulling op het onderzoek. Ze waren allemaal heel positief en enthousiast over het project.

Het verzamelen van de klinische gegevens van de patiënt of het overleg over de mogelijke interventies met de arts, verliep niet altijd even vlot. De COVID-19-crisis werd een aantal keer als oorzaak vermeld door de apothekers. Apothekers en huisartsen werden ook ingeschakeld in de vaccinatiecentra in Vlaanderen. De MR3's werden voor dit onderzoek enkel uitgevoerd bij patiënten met RA. De apothekers ervaarden dit als een pluspunt. Ze konden zich inwerken in een thema en de reviews verliepen na en tijdje efficiënter. Wel zorgde dit voor een beperkte keuze in patiënt en arts. Het samenwerken met een minder vertrouwde arts of patiënt kan ook zorgen voor minder vlotte communicatie.

Er werd ook een vraag gesteld aan de respondenten over het gebruik van de sjablonen in Google of Word. Hier waren de reacties verdeeld. Er waren geen sterke argumenten voor een bepaald verslag. Beiden werden als gebruiksvriendelijk ervaren.

Vragen die werden gesteld door de apothekers zelf gingen voornamelijk over de interpretatie van de labowaarden. In de basisopleiding voor MR3 werd hier ook aandacht aan besteed, het was dus niet de eerste keer dat ze dit moesten toepassen. Het blijft wel een nieuwer aspect voor de apothekers. Zeker de apothekers met meer ervaring zagen dit hoogstwaarschijnlijk niet tijdens hun opleiding. In een volgend opleidingsmoment voor dit project werd hier extra aandacht aan besteed. Een andere vraag die vaker terugkwam, ging over de deadline voor het indienen van de verslagen en andere gegevens. De apothekers hadden graag nog wat extra tijd gehad, dit was echter niet mogelijk door de deadline van deze eindverhandeling.

De tijdsbesteding voor het uitvoeren van één MR3 was zeer uiteenlopend. Dit houdt grotendeels verband met de ervaring van de apotheker. Bij sommige respondenten was vooral de voorbereiding intensief, anderen hadden meer tijd nodig voor het verwerken van de gegevens

tot een verslag voor de arts. De tweede reviews verliepen vlotter volgens de respondenten. Hierbij bracht het werken met één aandoening wellicht ook voordelen. Het patiëntengesprek verliep bij iedereen ongeveer even snel. Dit gesprek vond plaats tijdens de werkuren en aangezien de patiënt hiervoor ook tijd moet vrijmaken, waarborgt dit wellicht een stabielere tijdsbesteding.

Tot slot is de iets oudere arts af en toe een beetje terughoudend. Desalniettemin werd er vernomen, via de apothekers, dat het grootste deel van de artsen en patiënten enthousiast waren over deze dienst van de apotheker.

5. BESLUIT

In deze eindverhandeling over onderzoek naar de implementatie van MR3's in de context van reumatoïde artritis, werd aanvankelijk de literatuur over dit onderwerp bestudeerd. Een masterproef uit 2020 aan de UAntwerpen beschreef kwaliteitscriteria van MR3's. Ze werden bevraagd bij apothekers en academici en gerangschikt van minder belangrijk naar zeer belangrijk. De kwaliteitscriteria vormden een sterke basis voor een praktijkonderzoek en werden geïncorporeerd in de scoretabel van het onderzoek van deze eindverhandeling. Literatuuronderzoek naar MR's bij patiënten met RA leverde geringe resultaten op. De gevonden artikels beschreven voornamelijk onderzoek naar geneesmiddelgebonden problemen en interventies in ziekenhuismilieu. Studies in officina-apotheken, uitgevoerd door apothekers en huisartsen bij ambulante patiënten werden niet teruggevonden in de literatuur.

Naast het bestuderen van literatuur werd er ook onderzoek gevoerd naar de kwaliteit van verkregen MR3's bij patiënten met RA. De verslagen van de MR3's werden bestudeerd aan de hand van de scoretabel met kwaliteitscriteria. Het grootste deel van de stellingen kregen een zeer goede score: recent & overzichtelijk medicatieschema, overzicht chronische medicatie, therapietrouw, opgestelde interventies...etc. Enkele elementen werden minder goed beoordeeld: controle van dosissen, interpretatie van de labowaarden en allergieën & intoleranties. Andere kwaliteitscriteria kregen een gemiddelde score, voornamelijk positief. Gedurende het onderzoek werd ook gezien dat 18 van de 46 stellingen moeilijk of niet beoordeeld konden worden aan de hand van de gegevens verkregen via de apothekers. De sjablonen voor de verslagen, vormde waarschijnlijk niet de beste basis voor alle kwaliteitscriteria. Ook werd er een telefoongesprek gevoerd met de deelnemende apothekers. Hieruit volgden merendeels positieve reacties. Volgens apothekers vonden de patiënten de MR3 een meerwaarde en was het grootste aandeel van de huisartsen enthousiast. Het werken met één pathologie werd ook goed ervaren.

Uit dit onderzoek is gebleken dat de uitgevoerde MR3's reeds heel wat elementen bevatten die leiden tot goede scores in de kwaliteitstabel. Deze kwaliteitscriteria, een geoptimaliseerd verslag en het voortzetten van de opleiding voor apothekers zouden de kwaliteitsvolle implementatie van MR3's in de farmaceutische zorg in Vlaanderen moeten kunnen faciliteren.

6. SAMENVATTING

“Een medicatiereview is een gestructureerde evaluatie van de geneesmiddelen van een patiënt met als doel het optimaliseren van het geneesmiddelgebruik en het verbeteren van de gezondheidsresultaten. Dit houdt het opsporen van geneesmiddelgerelateerde problemen en het aanbevelen van interventies in.” (p. 1205).⁹ Deze definitie van een medicatiereview werd opgesteld in 2018 door een werkgroep van experts van Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE). Het is een duidelijke weergave van alle aspecten die een medicatienazicht moet bevatten. Een medicatiereview type 3 is de meest uitgebreide vorm van deze dienst. Er wordt een evaluatie gedaan van het medicatiegebruik van de patiënt waarbij de medicatiehistoriek en de klinische gegevens, verkregen via de huisarts, geïncludeerd worden. Tevens vindt er een gesprek tussen de apotheker en de patiënt plaats. Nadien wordt alles overlegd met de huisarts en eventuele interventies worden afgesproken. Dit wordt teruggekoppeld naar de patiënt en opgevolgd door de apotheker en/of arts.

Reumatoïde artritis is een systemische, chronische, inflammatoire auto-immuunziekte. De auto-immuunreactie leidt tot een inflammatie van het synoviale membraan, synovitis. Het voornaamste ziekterisico is destructie van de gewrichten, maar ook aantasting van organen is mogelijk. Er is grote progressie in de behandeling van reumatoïde artritis. Naast de klassieke synthetische disease – modifying anti – rheumatic drugs (DMARD’s), zijn er ook biologische en gerichte synthetische geneesmiddelen van deze groep ontwikkeld. Ondanks deze evolutie, is de aandoening ongeneeslijk en ligt de focus op het bereiken van een lage ziekteactiviteit of remissie. De pathologie gaat vaak gepaard met comorbiditeiten en daaruit volgende polyfarmacie en geneesmiddelgebonden problemen.

In deze eindverhandeling werd de kwaliteit van medicatiereviews type 3 onderzocht. De kwaliteit van een medicatiereview type 3 is uitermate belangrijk. Daarom moet dit van in het begin meegenomen worden in de implementatie van medicatiereviews in de farmaceutische zorg in Vlaanderen. Apothekers, die een vooropleiding over medicatiereviews volgden bij de Koninklijke Apothekervereniging van Antwerpen (KAVA), werden uitgenodigd voor een opvolgtraject. Zestien apothekers meldden zich vrijwillig aan voor dit project, het uitvoeren van medicatiereviews type 3 bij patiënten met reumatoïde artritis.

In de literatuur werden er enkele studies beschreven over onderzoek bij reumapatiënten naar: het uitvoeren van medicatiereviews, geneesmiddelgebonden problemen, interventies en de noodzaak van de overtuiging van de patiënt over zijn/haar medicatie. De voordelen of positieve aspecten hiervan werden bevestigd. Deze studies vonden voornamelijk plaats in ziekenhuizen met ziekenhuisapothekers, reumatologen, andere specialisten en enkel bij gehospitaliseerde patiënten.

In 2020 werd er aan de Universiteit van Antwerpen een masterproef geschreven: “Kwaliteitsbewaking van een medication review type 3: wat zijn de belangrijkste elementen om de kwaliteit te beoordelen?” (2020). De auteur, Apr. Michielsen onderzocht elementen uit de literatuur en deed een enquête bij apothekers en academici. Hieruit volgden heel wat stellingen die zeer belangrijk, belangrijk en minder belangrijk werden bevonden bij het uitvoeren van een medicatiereview type 3. Het grootste aandeel van deze kwaliteitscriteria werden in dit onderzoek samengevoegd tot een scoretabel (zie bijlage 11). Elke review, verkregen van de deelnemende apothekers, werd aan de hand van deze tabel onderzocht en beschreven in functie van de kwaliteit. Tijdens maart en april 2021 werden de apothekers die reeds een eerste review hadden ingeleverd, opgebeld. Het telefoongesprek diende als ondersteuning van de apothekers tijdens deze implementatiefase. Er werden ook een aantal vragen gesteld, onder andere: wat is uw algemene indruk van dit project? Kunnen wij u ergens bij helpen? Ook de tijdsbesteding werd ondervraagd.

In totaal werden er 21 medicatiereviews type 3 van reumapatiënten ontvangen via 9 verschillende apothekers. Een overzichtelijk & recent medicatieschema, de algemene kenmerken van de patiënt, het opstellen van interventies, het nagaan van de therapietrouw en een overzicht van de chronische medicatie zijn kwaliteitscriteria die een zeer goede score behaalden met weinig of geen negatieve uitschieters. Deze elementen werden door de masterproef over kwaliteitsbewaking als belangrijk of zeer belangrijk geklasseerd. Tevens waren er stellingen over kwaliteit die een minder goede score behaalden: allergieën & intoleranties nagaan, de dosis controleren, labowaarden interpreteren en koppelen aan geneesmiddelen & pathologieën. Deze elementen werden als belangrijk geklasseerd door het voorgaand onderzoek. Over de labowaarden werden er via het telefoongesprek ook vragen gesteld. Sommige apothekers wisten niet goed wat ze hiermee moesten doen of waren onzeker. Bij een volgend opleidingsmoment van dit traject werd hier aandacht aan besteed.

Tot slot waren er 18 kwaliteitscriteria die moeilijk of niet beschreven konden worden met de scoretabel. Bijvoorbeeld het nut/doel uitleggen van een medicatiereview type 3 aan de patiënt is een element dat hoogstwaarschijnlijk in de praktijk wel wordt uitgevoerd, maar moeilijk te achterhalen is als onderzoeker. De telefoongesprekken werden uitgevoerd bij 7 apothekers. De algemene indruk van de apothekers was positief. Heel wat apothekers kregen enthousiaste reacties van patiënten en huisartsen. Bij een drietal verliep het samenwerken met de huisarts niet altijd vlot. De klinische gegevens of een afspraak voor een overleg lieten op zich wachten. De COVID-19-crisis werd ook een paar keer aangehaald als oorzaak van tijdsgebrek bij zowel de artsen als apothekers. Tot slot werd ook de tijdsbesteding voor het uitvoeren van één medicatiereview bevraagd. Deze vraag werd zeer uiteenlopend beantwoord. Dit kon gaan van een aantal uren tot 15 uur. Wel dacht iedere apotheker dat een tweede review efficiënter zou gaan. Dat het om één aandoening gaat, reumatoïde artritis, speelt hier wellicht ook in het voordeel.

7. ENGELSTALIGE SAMENVATTING

RESEARCH INTO THE IMPLEMENTATION OF TYPE 3 MEDICATION REVIEWS IN THE CONTEXT OF RHEUMATOID ARTHRITIS

A medication review type 3 (MR3) is a patient-centered service that is provided mainly by pharmacists. This type of review aims to optimize medication use, taking into consideration the patient medication history and medical data, including lab tests. The pharmacist also interviews the patient and consults with the treating physician. In this study we determined the overall quality of MR3s, to aid with the further implementation in Flanders. This research was carried out in the context of rheumatoid arthritis (RA). Sixteen pharmacists, with prior training, participated in this project from the Royal Pharmacists Association of Antwerp (KAVA) and the University of Antwerp. The quality of the 21 MR3s was examined using a scoring table, based on the quality criteria developed in previous research. Additional information was also obtained during a telephone call.

A number of elements obtained a good score: a clear medication schedule, setting up interventions, checking patient compliance, discussing side effects and making an overview of the chronic medication (medication scheme). Some elements needed improvement: control of dosages and interpretation of lab values. Other quality criteria were more difficult to ascertain: discussing the exact purpose of an MR3 with the patient, checking the expiration dates of medicines and verifying whether the indication of the medicines was known. The telephone conversation also provided valuable information. The general impression of the pharmacists was very positive and they reported receiving enthusiastic feedback from the patients. However, a lack of time was also reported. Executing the MR3s, focused on patients with a specific disease such as RA, was generally considered to be an advantage.

This research demonstrates that the MR3s already contain qualitatively good elements. These data will be useful for the further training of pharmacists, to prepare them to implement high-quality MR3s in Flanders.

8. TOEKOMSTPERSPECTIEVEN

De tool ontwikkeld voor dit onderzoek, de scoretabel met kwaliteitscriteria, kan een meerwaarde bieden bij de uitvoering van een MR3. Wel moet er gewaakt worden over het doel van een medicatiereview, de farmaceutische zorg, en mag het geen ‘afvinklijst’ worden. Ook het sjabloon van het verslag, dat geoptimaliseerd moet worden, mag niet deze toepassing krijgen. Ze zouden als hulpmiddel voor een peer review of steekproef ingeschakeld kunnen worden.

Het ontwerpen van PREMs/PROMs kunnen bijdragen tot een meer volledige kwaliteitsbewaking van MR3's. Op deze manier worden de patiënt en de aspecten die moeilijk op te maken zijn uit de verslagen ook betrokken. In de praktijk zou dit kunnen worden uitgetest bij opvolgtrajecten. De uiteindelijke toepassing kan gebeuren als steekproef of bij een afwijkende score, bekomen met de kwaliteitstabel, als extra controle.

Tevens werd er een interessante suggestie gedaan door een apotheker: een kort verslag om mee te geven met de patiënt na het patiëntengesprek. De patiënt kan dit thuis dan nog eens herbekijken. De uitvoering hiervan moet goed bestudeerd worden. De patiënt moet de juiste informatie meekrijgen en ook dit moet in samenspraak met de arts gebeuren.

Tijdens dit onderzoek zijn er heel wat interessante gegevens verzameld over de aandoening RA en het medicatiegebruik van deze patiënten. De focus van deze masterproef lag vooral op de kwaliteitsvolle implementatie van MR3's in de officina-apotheek. RA werd hier gekozen als specifiek thema. In de zomer van 2021 wordt er alsnog een rapport geschreven over het geneesmiddelgebruik van patiënten met RA om ook deze gegevens ten volste te benutten.

Tot slot is het uitvoeren van gelijkaardige opvolgtrajecten van MR3's bij andere pathologieën een ideale voortzetting van het onderzoek. Dit zal een nog breder en meer gevarieerd beeld creëren van de huidige kwaliteit van MR3's. Het kan dan bijdragen tot verdere optimalisatie van de scoretabel en het verslag, het uittesten van PREMs/PROMs, ervaring en vertrouwen bieden aan apothekers, artsen en patiënten... In een fase die zich nog dichterbij de implementatie bevindt, zou het kwaliteitsonderzoek bijvoorbeeld met steekproeven of peer review kunnen plaatsvinden. Dit hele proces moet de kwaliteitsvolle implementatie van MR3's en de vergoeding ervan faciliteren.

9. KORTE SAMENVATTING VOOR HET BREDE PUBLIEK

Een medicatiereview type 3 (MR3) is een dienst die de apotheker kan verlenen aan de patiënt. Hierbij wordt er een nazicht gedaan van het medicatiegebruik waarbij de medicatiehistoriek en de medische gegevens van de patiënt, zoals resultaten van bloedonderzoek, betrokken worden. Ook zal de apotheker een gesprek voeren met de patiënt. Dit alles verloopt in overleg met de huisarts. Het doel van deze masterproef is om de kwaliteit van MR3's te onderzoeken. Zo kan MR3 kwaliteitsvol geïmplementeerd worden binnen de farmaceutische zorg in Vlaanderen. Er werd onderzoek gedaan naar hoe deze verlopen bij patiënten met reumatoïde artritis (RA). RA werd gekozen omdat het een zeer specifieke aandoening is. Zestien apothekers, met een vooropleiding over MR3, hebben aangeboden om mee te werken aan dit project van de Koninklijke Apothekersvereniging Van Antwerpen (KAVA) en de Universiteit van Antwerpen.

De kwaliteit van de verkregen MR3's werd onderzocht en beschreven aan de hand van een scoretabel gebaseerd op de kwaliteitscriteria uit voorgaand onderzoek. Een overzichtelijk medicatieschema, het nagaan van de therapietrouw en het opstellen van mogelijke interventies zijn elementen die goed scoorden. Andere kwaliteitscriteria waren echter moeilijker te beoordelen. Tijdsgebrek bij apothekers en beperkt enthousiasme van oudere huisartsen zijn reeds eerder geobserveerde barrières.

De combinatie van vooraf vastgelegde kwaliteitscriteria en het uitvoeren van MR3's binnen een bepaald ziektebeeld demonstreert de ambitie voor het kwaliteitsvol uitvoeren van MR in Vlaanderen. Dit zou de verdere implementatie ervan moeten kunnen faciliteren.

10. LITERATUURLIJST

1. Mohammed Akil RM. Rheumatoid Arthritis: Clinical Features and Diagnosis. In: Dr. Ade Adebajo DLD, editor. ABC of rheumatology. ABC series 5th ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons 2018. p. 73-76.
2. Riaz S, Kontzias A. Rheumatoid Arthritis. In: Efthimiou P, editor. Absolute Rheumatology Review. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 127-151.
3. O'Dell JR. Treatment of Rheumatoid Arthritis In: Firestein Gary S. GSE, McInnes Iain B., O'Dell James R., editor. Kelley and Firestein's textbook of rheumatology. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier 2017. p. 1187-1212.
4. Kerschbaumer A, Sepriano A, Smolen JS, van der Heijde D, Dougados M, van Vollenhoven R, et al. Efficacy of pharmacological treatment in rheumatoid arthritis: a systematic literature research informing the 2019 update of the EULAR recommendations for management of rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2020;79:744-759.
5. Edwin S. L. Chan AGW, Bruce N. Cronstein, . Treatment of Rheumatoid Arthritis. In: Dr. Ade Adebajo DLD, editor. ABC of Rheumatology. 5th ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons 2018. p. 77-80.
6. Tommelein E. Medicatienazicht door de officina-apotheker in België: Waarom, Hoe en Stand van Zaken. *Farmaceutisch Tijdschrift voor België*. 2016;96:4-13.
7. Treharne GJ, Douglas KM, Iwaszko J, Panoulas VF, Hale ED, Mitton DL, et al. Polypharmacy among people with rheumatoid arthritis: the role of age, disease duration and comorbidity. *Musculoskeletal Care*. 2007;5(4):175-190.
8. Hersberger KE, Griese-Mammen N, Kos M, Horvat N, Messerli M, van Mil FJW. PCNE Position Paper on Medication review: Pharmaceutical Care Network Europe; 2016 [updated April 2016. Available from: <https://www.pcne.org/working-groups/1/medication-review>].
9. Griese-Mammen N, Hersberger KE, Messerli M, Leikola S, Horvat N, van Mil JWF, et al. PCNE definition of medication review: reaching agreement 2018 [updated 2018/10/01. 1199-1208. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0696-7>].
10. M. Michielsen, Prof. Dr. G. De Meyer, Prof. Dr. H. De Loof, A. Robberechts. Kwaliteitsbewaking van een medication review type 3: wat zijn de belangrijkste elementen om de kwaliteit te beoordelen? . Antwerpen: Universiteit van Antwerpen 2020.

11. Zangi HA, Ndosi M, Adams J, Andersen L, Bode C, Boström C, et al. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2015;74:954-962.
12. Heiberg T, Klokkeud M, Moe TH, Kvien TK. Multidisciplinary nonpharmacologic approach to rheumatoid arthritis In: Hochberg MC, editor. *Rheumatology*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier, Inc.; 2019. p. 855-860.
13. Daniel Aletha JSS. Assessment of the patient with rheumatoid arthritis and the measurement of outcomes. In: Hochberg MC, editor. *Rheumatology* 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018.
14. Betty C, Carma LB, Bupendra S, Neeraj KA, Jennifer AG, Gregory M. Patient preferences for shared decisions: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2012;86(1):9-18.
15. Guidelines for comprehensive medication management reviews Australia, PO Box 42, Deakin West ACT 2600: Pharmaceutical Society of Australia; 2020 [Available from: <https://my.psa.org.au/s/article/guidelines-for-comprehensive-mmr>].
16. Blenkinsopp A, Bond C, Raynor DK. Medication reviews. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2012;74(4):573-580.
17. NICE. Medication Review. In: review Mom, editor.: National Institute for Health and Care Excellence 2020.
18. KNMP. Medicatiebeoordeling. Den Haag, Nederland: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie; 2013 28 november 2013.
19. PCNE. PCNE statement on medication review 2013 2013 [Available from: <https://www.pcne.org/working-groups/1/medication-review>].
20. Bulajeva A, Labberton L, Leikola S, Pohjanoksa-Mäntylä M, Geurts MME, de Gier JJ, et al. Medication review practices in European countries. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2014;10(5):731-740.
21. Clyne W, Blenkinsopp A, Seal R, Plus N. *A Guide to Medication Review* 2008. rn. 2008;500:9.
22. van Onzevoort HAW. Therapietrouw 2012 [49-55]. Available from: <https://www.gebu.nl/artikel/therapietrouw-2>].
23. Leendertse AJ, Drenth-van Maanen AC, Verduijn MM, Jansen PAF, van Marum RJ. STRIP [Available from: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/uitwerking_stappenplan.pdf].

24. L. Van Loon, Prof. Dr. F. Kiekens, Prof. Dr. H. De Loof, Apr. A. Robberechts. Medication review type 3: de ervaringen van de patiënt Universiteit van Antwerpen 2019.
25. Janssen L, Pieters L, De Loof H. Pilot Study on the Utility and Feasibility of a House-Call Checkup of the Medicine Cabinet. *Pharmacy*. 2018;6(3):74.
26. Harding G, Wilcock M. Community pharmacists' perceptions of medicines use reviews and quality assurance by peer review. *Pharmacy world & science*. 2010;32(3):381-385.
27. Santos-Junior GA, Marques TC, Silva RO, Silvestre CC, Lyra D, Silva FA. Quality indicators to medication review services: Evaluation of the structure. *Lat Am J Pharm*. 2015;34(6):1172-1179.
28. Joplin S, van der Zwan R, Joshua F, Wong PKK. Medication Adherence in Patients with Rheumatoid Arthritis: The Effect of Patient Education, Health Literacy, and Musculoskeletal Ultrasound. *BioMed Research International*. 2015;2015:150658.
29. Yailian A-L, Revel E, Tardy C, Fontana A, Estublier C, Decullier E, et al. Assessment of the clinical relevance of pharmacists' interventions performed during medication review in a rheumatology ward. *European Journal of Internal Medicine*. 2019;59:91-96.
30. Chang S, Stebbins M, Witt EA, Kirkham H, Santos T, Cocohoba J. Medication-related problems in chronic inflammatory conditions: a pharmacy claims and electronic health record analysis. *Journal of the American College of Clinical Pharmacy*.
31. Neame R, Hammond A. Beliefs about medications: a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2005;44(6):762-767.
32. Desomer A, Van den Heede K, Triemstra M, Paget J, De Boer D, Kohn L, et al. Het gebruik van patiëntuitkomsten en -ervaringen (PROMs/PREMs) voor klinische en beleidsdoeleinden [Health Services Research (HSR)]. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2018 [Available from: <http://kce.fgov.be/report/303A>].

11. BIJLAGEN

11.1. SCORETABEL KWALITEITSCRITEIA

KWALITEITSCRITEIA
ALGEMEEN
Uitleg nut/doel MR3
Algemene kenmerken patiënt (geboortedatum, geslacht)
Allergieën/intoleranties
Labowaarden
Actuele pathologiën
Eenvoudige en begrijpbare taal
Vertrouwde en rustige omgeving
GENEESMIDDELEN
Overzicht chronische medicatie
Overzicht zelfzorgmedicatie/voedingssupplementen/homeopathie
GM-indicatie gekend door patiënt
Medicatieschema recent & overzichtelijk
GM-indicatie nog actueel
Effectiviteit
Nevenwerkingen
GM die nevenwerkingen behandelen
Interacties met GM of voeding
Inschatting relevantie interacties
Correcte dosis (denk aan nierfunctie, QT...)
Vaccinatiestatus
Comfortabele/gebruiksvriendelijke toedieningsvorm
Controle bewaring geneesmiddelen
BEHANDELING
Logische therapieopbouw
Logische therapiekeuze ifv. comorbiditeiten
Plotse medicatiewijzigingen + motivatie
Niet-medicamenteuze maatregelen
Onderbehandeling (calcium, vit D, foliumzuur)
Overbehandeling
Afbouwen medicatie
Verslavingsrisico
Therapietrouw
Motivatie regelmatige controle huisarts, reumatoloog & andere artsen
Labowaarden correcte interpretatie
Labowaarden gekoppeld aan geneesmiddelen en pathologie
Hulpmiddelen: medicatieschema, pillendoosje, pillensnijder...
OVERLEG MET (HUIS)ARTS
Rapportering naar arts
Specifiek uitgewerkte interventies
Interventies voldoende onderbouwd en beargumenteerd
Interventieplan opgesteld in samenspraak met patiënt
Acties ondernomen zonder overleg arts 'niet-medicamenteus'
Acties ondernomen na overleg met arts
Opvolggesprek met patiënt
OPZOEKWERK
Beschikbaarheid goedkopere alternatieven
Gebruik betrouwbare tools
Literatuurlijst
Betrouwbare literatuur
REUMATOÏDE ARTRITIS
Osteoporose risico berekend (FRAX) + interpretatie

Score
++ Zeer goed
+ Goed
- Onvoldoende
-- Niet aanwezig

11.2. BIJKOMENDE INFORMATIE VOOR DEELNEMENDE APOTHEKERS

11.2.1. Stappenplan medicatiereview type 3



Medication review: alles op een rijtje

1. Voorbereiding

- Maak een **lijst van artsen** uit de buurt waarvan je denkt dat ze bereid zijn om mee te werken aan dit project.
- Maak eveneens een **lijst van patiënten** die mogelijk in aanmerking komen
 - o Criteria waaraan de patiënt moet voldoen:
 - RA patiënt
 - polyfarmacie (5 of meer geneesmiddelen)

Tip: Kies voor je eerste casus, een patiënt die zelf goed op de hoogte is van zijn medische voorgeschiedenis. Dit is in het voordeel van het verloop van het gesprek.

- **Contacteer een arts** waar je mee wil samenwerken. Contacteer hem/haar eventueel door gebruik te maken van de hiervoor opgestelde brief. Na een aantal dagen kan je hem/haar opbellen om concreet af te spreken. Maak duidelijke afspraken met de arts: bv. hoe de communicatie zal verlopen, hoe je patiënten wil selecteren, wat de arts doet indien hij een MR wil voorschrijven ...
- **Stel de geselecteerde patiënten voor** aan de arts en vraag om zijn mening.
- **Wacht met de patiënt** te contacteren tot dat de arts akkoord gaat met de patiëntselectie.
- **Contacteer de patiënt.** Leg het doel van de medication review uit en zeg dat je hem/haar na een paar dagen terug zal opbellen (zo wordt hij/zij niet onder druk gezet en kan hij/zij er thuis even over nadenken, maar heb je het toch zelf in de hand).
- Maak een **afpraak met de patiënt** (in apotheek of eventueel bij patiënt thuis).
- Indien de patiënt al een **medicatieschema** heeft, vraag hem/haar om ne te kijken of het nog up to date is. Dit kan je bv. ook even telefonisch overlopen als je hem opbelt. Zo bereid je niets voor dat bv. niet meer genomen wordt.
- Bereid het gesprek voor met behulp van het **stappenplan**. Zorg ervoor dat je van de huisarts zo veel mogelijk gegevens hebt gekregen (relevante labowaarden en medische voorgeschiedenis).

2. Farmacotherapeutische anamnese (ongeveer 30-40 minuten)

- Laat de **informed consent** tekenen!
- Leg duidelijk uit aan de patiënt wat je gaat doen, waarom dit gesprek nuttig is en hoelang het gesprek ongeveer zal duren.
- Gebruik het invulblad: overloop **PER GENEESMIDDEL**:
 - o Innamemoment: wanneer + haalbaar? (therapietrouw!)
 - o Nevenwerkingen?
 - o Hoelang wordt het geneesmiddel al genomen? Werd er vroeger iets anders genomen voor de aandoening? Om welke reden werd dit stopgezet?
 - o Ervaring van het geneesmiddel?
 - o Heeft het geneesmiddel het effect dat de patiënt ervan verwacht?
 - o Tip: vraag zeker ook naar voedingssupplementen/geneesmiddelen die hij niet in de apotheek gekocht heeft (bv. kruitvat, supermarkt, buitenland ...)

- Stel ook volgende **ALGEMENE vragen**:
 - o Woonsituatie?
 - o Levensstijl: actief? voeding? Roken?
 - o Functionele status: fysieke, motorische, cognitieve beperkingen?
 - o Valincidentie/hospitalisatie?
 - o Medische opvolging: artsen, diëtist, podoloog, kinesist, thuisverpleging?
 - o Bewaring geneesmiddelen?
 - o Inname geneesmiddelen: gebruik van medicatiedoos of ander hulpmiddel?
 - o Stoelgang ok?
 - o Plassen? (oa. 's nachts veel opstaan?)
 - o Jeuk?
 - o Duizelig?
 - o Slaapstoornis?
 - o Moe?
 - o Pijn? (spierpijn, hoofdpijn ...)
 - o Kortademig?
 - o Praktische problemen: slikproblemen, blisterproblemen, moeite met tablet te halveren ...
 - o Allergieën

- Communiceer op het einde van het gesprek goed met de patiënt wat de volgende stappen zijn en binnen welke termijn hij/zij op de hoogte wordt gebracht (bv. na overleg arts ...).

3. Farmacotherapeutische analyse

- **Order** alle gegevens.
- **Analyseer** het gesprek.
- Maak een **verslag** voor de huisarts (zie basisverslag) en maak een prioriteitenlijst van actiepunten die je kan meenemen naar het overleg met de arts. Documenteer dit met bronnen.

4. Overleg arts-apotheker

- Stel samen met de arts een farmacotherapeutisch **behandelplan** op (dit heb je in stap 3 al voorbereid) en vraag na bij de arts wat voor hem/haar prioriteiten zijn. Probeer niet teveel tegelijkertijd te veranderen, maar zie wat voor jullie en de patiënt het meest relevant is en start hiermee.
- Bespreek goed **wie** welke actie opvolgt en op welke termijn.
- **Evalueer** de samenwerking en contactmomenten.

5. Overleg patiënt

- **Communiceer de actiepunten** en ga na of de patiënt het goed begrijpt en hiermee akkoord is. Zet de op te volgen actiepunten ook in uw softwaresysteem zodat heel het team dit mee kan opvolgen: zet het bv. in de informatiefiche van patiënt.
- Geef de patiënt een **geüpdatet medicatieschema** mee.
- Dit laatste overleg kan je op drie verschillende manieren houden, afhankelijk van patiënt en aantal actiepunten:
 - o Telefonisch (bv. als er niet veel gewijzigd is)
 - o Bij het volgende apotheekbezoek (bv. als het niet dringend is)
 - o Op afspraak (bv. als er veel gewijzigd is)

6. Opvolging

Opvolging gebeurt afhankelijk van wat er afgesproken is met de huisarts. Zorg dat je de patiënt nauwkeurig opvolgt en verzekert hem/haar dat hij/zij steeds met al zijn vragen bij jou terecht kan.

11.2.2. Stappenplan farmacotherapeutische analyse



Stappenplan: opzoekwerk medication review

Stap 1: Gegevens verzamelen

- A. Apothekerssoftware:
 - a. Verzamel alle afgeleverde acute en chronische geneesmiddelen van het afgelopen jaar verzamelen, alsook de supplementen.
 - b. Check ook zeker of er een medicatieschema is en of het nog actueel is.
- B. Via de huisarts: vraag de laatste labwaarden en medische voorgeschiedenis op.

Stap 2: Gegevens koppelen

Koppel de geneesmiddelen en labwaarden aan de pathologie.

Stap 3: Opzoekwerk

Zoek een antwoord op volgende vragen aan de hand van onderstaande bronnen.

1. Check per geneesmiddel op
 - Correctheid indicatie (! op dit moment)
 - Correctheid dosis
 - Voornaamste nevenwerkingen
2. Therapieopbouw

Is de therapieopbouw logisch? Indien niet: wat werd overgeslagen en geef mogelijke reden.
Heb ook aandacht voor niet-medicamenteuze maatregelen.
Kijk hierbij naar de algemene richtlijn rond de pathologie.
3. Keuze van een bepaald geneesmiddel binnen een therapeutische klasse

Wat is de motivering, bekijk het geneesmiddel ook ten opzichte van de comediatie en comorbiditeiten: is het een verantwoorde keuze of niet?
4. Plotse medicatiewijzigingen

Wat zijn mogelijke redenen?
5. Zijn er geneesmiddelen om de nevenwerkingen van andere geneesmiddelen te behandelen?

Bespreek de noodzaak, zijn alternatieven (indien ja, welke?)
6. Check op overbodige geneesmiddelen.
7. Check op interacties tussen geneesmiddelen onderling of met de voeding.

Indien de tools niet genoeg informatie geven, kijk dan zeker ook eens in de SKP.
8. Doe een inschatting van de therapietrouw aan de hand van het Excel document 'inschatting therapietrouw'.

Gebruik volgende bronnen:

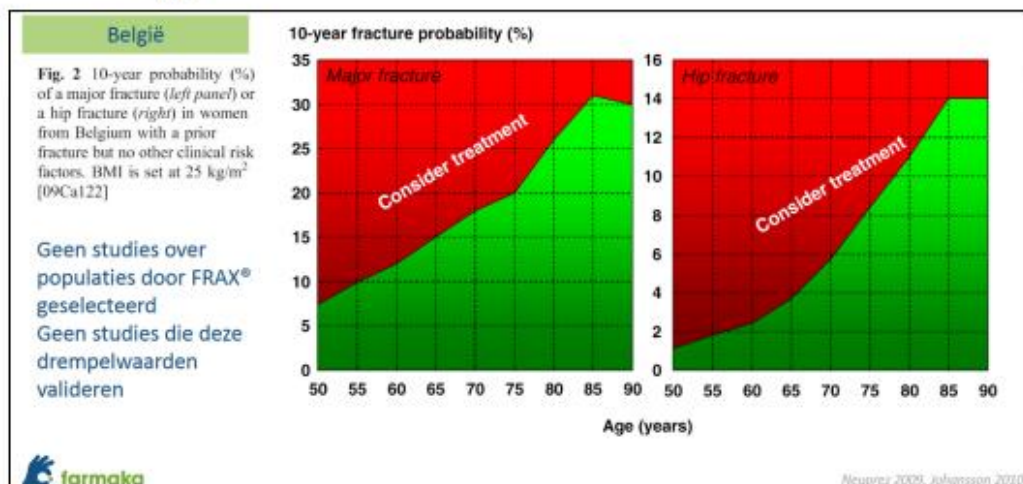
- BCFI
www.bcfi.be
- Farmacotherapeutisch Kompas
<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/>
- Formularium ouderenzorg
<https://www.farmaka.be/nl/formularium>
- Domus Medica
www.domusmedica.be
- RIZIV richtlijnen
https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/consensusvergaderingen-juryrapport.aspx#_ivWzyDOMm7rjq
- GIN richtlijnen
www.g-i-n.net
- Ebpracticenet
Via <https://www.cdih.be/nl>
- Dynamed plus
Via <https://www.cdih.be/nl>
- Pubmed
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- Interactiecheckers
<https://delphicare.apb.be/aspnet/InteractieAnalyse.aspx?lang=nl> of <http://reference.medscape.com/drug-interactionchecker> of boek Commentaren geneesmiddelenbewaking (HealthBase)
- Micromedex
Via <https://www.cdih.be/nl>

! Het kan zijn dat de richtlijn bewust niet gevolgd werd voor een bepaalde patiënt, en dat de patiënt slechter af is als de richtlijn wel gevolgd zou worden, wees dus voorzichtig met de formulering in je verslag.

Stap 4: Checklists

Gebruik volgende tools:

- Aandachtspuntjes uit de **START-STOPP** lijst: te vinden in het begin van het boekje "farmacotherapie voor de huisarts 2019" of via <https://www.nhg.org/downloads/start-en-stopp-criteria-bij-ouderen>.
- Evt. aandachtspunten van andere tools die gebruikt zijn bv. **GheOP³s-tool**, via <https://www.ugent.be/fw/nl/onderzoek/bioanalyse/farmzorg/tools/gheops.htm/gheops.nl.htm>
- Om de **FRAX-tool** te kunnen gebruiken: vraag naar gewicht, leeftijd, lengte, voorgeschiedenis van fracturen ... : via <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.jsp>
- Tip: zorg dat je de tool op **België** zet. Gebruik volgende figuur voor de interpretatie van de tool:



11.2.3. Tabel berekening therapietrouw

Inschatting van de therapietrouw

	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December
Geneesmiddel 1												
Geneesmiddel 2												
Geneesmiddel 3												
Geneesmiddel 4												
Geneesmiddel 5												
Geneesmiddel 6												
Geneesmiddel 7												
Geneesmiddel 8												
Geneesmiddel 9												
Geneesmiddel 10												

Schrijf het aantal dosissen* op dat de patiënt is komen halen in de juiste maand. Check zeker ook het GFD indien mogelijk.
 Op deze manier kan je nagaan hoe de therapietrouw is volgens je afleveringhistoriek.
 * bv in mei 56 en in juli 98 tabletten

11.2.4. Modelbrief arts



.../.../.....

Betreft: *Project Medication Review voor patiënten met reumatoïde artritis*

Beste huisarts,

Zoals u ongetwijfeld weet is er momenteel veel aan het bewegen in de eerste lijn. Er wordt sterk ingezet op samenwerking tussen huisarts en apotheker om geneesmiddelengebonden problemen te vermijden en ervoor te zorgen dat de patiënt zijn medicatie veilig en correct inneemt.

Om deze samenwerking tussen huisarts en apotheker te faciliteren en te verbeteren in Vlaanderen, is de apothekersvereniging KAVA in 2017 gestart met een haalbaarheidsstudie rond medication review die mee begeleid wordt door de Universiteit Antwerpen. De input van de eerste testgroep is verwerkt en wij nemen momenteel deel aan de tweede fase van de haalbaarheidsstudie. Ook Domus Medica is op de hoogte van dit project.

Natuurlijk vraagt medication review extra kennis, daarvoor werd ons apotheketeam opgeleid door verschillende ervaringsdeskundigen en farmacologische specialisten. Op dit moment zijn we klaar om deze kennis om te zetten naar de praktijk voor patiënten met reumatoïde artritis. We starten met het maken van een selectie van patiënten die baat zouden hebben bij een dergelijke opvolging. Mogelijk komt één van uw patiënten ook in aanmerking. Voordat we de patiënt selecteren, overleggen we dit graag met u. Daarom zouden we graag het project wat verder toelichten zodat eventuele onduidelijkheden verder kunnen uitgeklaard worden.

Contacteer ons gerust indien u alvast feedback zou hebben. We kijken alvast uit naar een aangename samenwerking waarbij de gezondheid van onze patiënten centraal staat. Volgende week bellen u we u graag op om het project verder toe te lichten.

Met vriendelijke groeten,

Het apotheketeam

Stempel apotheek

Hoe gaat het concreet in zijn werk:

1. In de apotheek worden de patiënten die in aanmerking komen geselecteerd (> 5 chronische geneesmiddelen; liefst een van volgende risicofactoren: verminderde nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico, signalen van verminderde therapietrouw, niet zelfstandig wonend, acute ziekenhuisopname)
2. De apotheker overlegt met de huisarts of de patiënt in het pilootproject geïncludeerd kan worden. Indien er een akkoord is, krijgt de apotheker de nodige informatie van de huisarts (labowaarden en medische voorgeschiedenis).
3. Na een goede voorbereiding vindt er een gesprek met de patiënt plaats in de apotheek. Hierbij wordt onder andere gekeken naar therapietrouw, juist gebruik van de geneesmiddelen, interacties ...
4. Na verwerkingen van de gegevens koppelt de apotheker de conclusies terug naar de huisarts en indien nodig wordt er samen een actieplan opgesteld, dat hierna gecommuniceerd wordt naar de patiënt.
5. De actiepunten worden nadien zowel door de huisarts als huisapotheker opgevolgd.

11.2.5. Informatiebrief patiënt



Gesprek over uw medicatie

Geachte (naam patiënt),

Graag willen wij u aan de hand van deze brief uitnodigen voor een gesprek over uw medicatie. Uit onderzoek weten we dat, indien u meerdere geneesmiddelen neemt, een gesprek met uw apotheker over uw medicatie gezondheidsproblemen kan voorkomen.

We stellen u graag een gesprek voor met onze collega waarbij we uw geneesmiddelen overlopen met u en er gepeild wordt naar uw persoonlijke ervaring. Dit is ook het ultieme moment om al uw vragen rond uw medicatie te stellen.

Het gesprek zal ongeveer een half uur in beslag nemen. Na het gesprek overleggen wij met uw arts over mogelijke verbeteringen op medicatiegebied. De bevindingen worden vervolgens zo spoedig mogelijk met u besproken.

Wij nemen volgende week graag telefonisch contact met u op met de vraag of u hierin geïnteresseerd bent.

Met vriendelijke groet,

Stempel apotheek

11.2.6. Informed consent patiënt



GESPREK OVER UW MEDICATIE MET UW APOTHEKER

Medication Review

Wat is medication review?

Het is van groot belang dat de medicatie die u neemt is afgestemd op uw noden. Om u nog beter te kunnen helpen, hebben onze apothekers van het apotheekteam een postuniversitaire opleiding gevolgd. Dankzij deze opleiding houden we naast uw medicatie nog meer rekening met uw bloedwaarden en aandoeningen. Met deze informatie in het achterhoofd wordt elk geneesmiddel dat u inneemt herbekeken.

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen nodigen we u graag uit voor een gesprek rond uw medicatie waar u ook al uw vragen rond medicatie en bijwerkingen kwijt kan. Het doel van een 'medication review' of ook wel een nazicht van uw medicatie, is dat u een optimale behandeling krijgt voor uw aandoeningen. Hierbij wordt er rekening gehouden dat u zo min mogelijk nevenwerkingen ondervindt, dat u goed weet waarom u de geneesmiddelen dient in te nemen en dat u zich hier goed bij voelt.

Wat houdt dit voor mij in?

We vragen u om één (of eventueel twee) keer gedurende een half uurtje een gesprek te houden met uw apotheker over uw medicatie. We vragen onder anderen naar uw ervaring, of u nevenwerkingen ervaart, wanneer u de medicatie inneemt, of het lukt om de medicatie steeds op het afgesproken tijdstip in te nemen, of u soms een pilletje vergeet of u nog geneesmiddelen en of u voedingssupplementen neemt die u niet in de apotheek aankoopt ... Voor ons is het belangrijk om een duidelijk beeld te krijgen van uw medicatie, vandaar proberen we een zo transparant mogelijk gesprek te houden.

Weet mijn huisarts hiervan?

Uw huisarts is betrokken bij dit project en bij de selectie van de patiënten. Wij bespreken onze opmerkingen over uw medicatie steeds met uw huisarts voordat er aanpassingen gebeuren. Hierna brengen wij u op de hoogte en zullen wij eventuele aanpassingen met u bespreken.

Waarom ben ik gekozen?

U werd geselecteerd omdat u meerdere (chronische) geneesmiddelen inneemt. Uit internationale studies weten we dat u baat kan hebben bij een 'medication review'. U kan op elk moment uit het project stappen indien u zich hier niet comfortabel bij voelt.

Wat kost dit mij?

Voor het gesprek en het nazicht van de medicatie hoeft u niet te betalen. Mocht het echter blijken uit onze analyse dat er nieuwe of andere geneesmiddelen moeten worden toegevoegd aan uw medicatieschema, dan zijn deze kosten uiteraard voor u.

Wie neemt dit gesprek af?

Het nazicht van uw medicatie zal gebeuren door een apotheker die hiervoor een speciale training heeft gevolgd. Hij/zij kan extra advies vragen aan experts van de universiteit indien er zaken onduidelijk zijn. Uiteraard worden uw identificatiegegevens nooit doorgegeven.

Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Er zullen medische gegevens uitgewisseld worden tussen uw huisapotheker en uw huisarts. Enkel de nodige gegevens worden uitgewisseld en deze worden zeer vertrouwelijk behandeld, dit kadert binnen het beroepsgeheim.

Vragen

Voor alle verdere vragen kan u terecht in onze apotheek.

TOESTEMMING VAN DE VRIJWILLIGER NA VOORAFGAANDE UITLEG

Naam patiënt:

Naam, adres en telefoon van uw huisarts:

Telefoonnummer:

.....

.....

.....

Datum:

Handtekening:

11.2.7. Sjabloon verslag medicatiereview type 3: Word



Verslag medicatiebeoordeling (initialen + datum)

Patiëntgegevens:	Man/vrouw:
Woonsituatie:	Geboortedatum:
Vertrouwenspersoon:	Telefoonnummer:
Huisarts: (+tel.nr)	Huisapotheker: (+tel.nr)

Medicatie	Indicatie	Relevante klinische gegevens (datum van de waarden)

In bijlage kan u het accurate medicatieschema vinden.

Allergieën:

Zorgtrajecten:

Aanleiding gesprek

Bezorgdheden van de patiënt

Therapietrouw

1. De therapietrouw van de patiënt, op basis van de afgeleverde medicatie is in het algemeen:

Nooit goed – soms goed – meestal goed – altijd goed

Opmerkingen:

2. De patiënt heeft problemen met de inname van volgende medicatie

Geneesmiddel a

Geneesmiddel b

Reden: blister openen, inspuitingen, te grote tablet, slechte smaak, angst, bijwerkingen, kent indicatie niet goed genoeg

3. In de apotheek hebben we reeds volgende gesprekken met de patiënt gehad

- GGG astma
- GGG diabetes
- Andere, namelijk:
- Geen van bovenstaande

4. De patiënt gebruikt volgende hulpmiddelen uit de apotheek:

- Medicatieschema
- IMV
- Pillendoos
- Andere, namelijk:

Relevante interactie

Interactie 1

- Geneesmiddelen:
Uitleg:

Interactie 2

- Geneesmiddelen:
Uitleg:

11.2.8. Sjabloon verslag medicatiereview type 3: Google formulier

Verslag Medication Review

! Let op: sluit de pagina nooit zonder het formulier door te sturen, anders ben je alles kwijt. Je kan na elke sectie het formulier doorsturen, dat je nadien nog kan bewerken. Om te bewerken werk je verder vanuit de mail die je ontvangt na het verzenden van het formulier.

Noteer bij e-mailadres het e-mailadres van de apotheek.

***Vereist**

1. E-mailadres *

Naamloze sectie

2. *Markeer slechts één ovaal.*

Optie 1

1. Algemene vragen over de patiënt

Noteer hier alle algemene gegevens van de patiënt. Let hierbij op dat je de privacy van de patiënt steeds respecteert.

3. Patiëntgegevens (unieke code: APBnr + initialen + geboortejaar) *

4. Geslacht patiënt

Markeer slechts één ovaal.

Man

Vrouw

Zeg ik liever niet

5. Geboortedatum patiënt

Voorbeeld: 7 januari 2019

6. Woonsituatie patiënt

Markeer slechts één ovaal.

Alleen

Met partner

Bij familie

Anders: _____

7. Medische voorgeschiedenis

8. Huidige chronische medicatie en supplementen (incl. posologie)

9. Huidige indien nodig medicatie en supplementen (incl. posologie)

10. Klinisch relevante gegevens (incl. datum van de bloedafname).

11. Extra algemene informatie (bv. vaccins, zorgtrajecten ...)

12. Opvolging patiënt: door welke zorgverleners wordt de patiënt opgevolgd en wat is de regelmaat hiervan.

13. Je bent klaar met het eerste deel. Wil je naar het einde gaan? *

Markeer slechts één ovaal.

- Ja Ga naar vraag 37
- Nee, ik vul het verslag verder in.

2. Gesprek met de patiënt

Noteer hier de belangrijkste bevindingen van het gesprek. Bespreek ook steeds wat een mogelijke oplossing zou kunnen zijn.

14. Waarom heb je aan deze patiënt voorgesteld om één MR uit te voeren? Welke selectiecriteria werden er voldaan?

15. Wat zijn de bezorgdheden van de patiënt die tijdens het gesprek naar voor kwamen?

16. Zijn er nevenwerkingen waar de patiënt last van heeft? Indien ja, welke?

17. Zijn er relevante interacties? Indien ja, welke?

18. Zijn er mogelijke overbehandelingen? Indien ja, welke?

19. Zijn er mogelijke onderbehandelingen? Indien ja, welke?

20. Je bent klaar met het tweede deel. Wil je naar het einde gaan?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja Ga naar vraag 37
- Nee, ik vul het verslag verder in.

3. Inschatting van de therapietrouw

Schat hier zijn therapietrouw in. Als hulpmiddel kan je hiervoor het excelbestand 'bereken de therapietrouw' gebruiken.

21. Laat hier je het excelbestand 'bereken de therapietrouw' op. Om dit te kunnen, moet je aangemeld zijn bij google. Indien dit niet lukt, mag je me het schema ook altijd mailen: anneleen.robberchts@kaya.be !!! Anonimiseerde de patiënten- en artsengegevens.

Verzonden bestanden:

22. Voor de chronische medicatie waar goede therapietrouw vereist is, is de therapietrouw:

Markeer slechts één ovaal.

- Nooit goed
- Soms goed
- Meestal goed
- Altijd goed

23. Voor welke geneesmiddelen is de therapietrouw ondermaats?

24. De patiënt heeft problemen met de inname van volgende medicatie (denk hierbij aan blister openen, inspuitingen, te grote tablet, slechte smaak, angst, bijwerkingen, kent indicatie niet goed genoeg)

25. De patiënt gebruikt volgende hulpmiddelen voor de inname van zijn geneesmiddelen:

Markeer slechts één ovaal.

- Pillendoos
 IVM
 Medicatieschema
 Anders: _____

26. In de apotheek hebben we reeds volgende gesprekken gehad met de patiënt:

Markeer slechts één ovaal.

- GGG astma
 GGG diabetes
 Geen van bovenstaande
 Anders: _____

27. Je bent klaar met het derde deel. Wil je naar het einde gaan?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja Ga naar vraag 37
 Nee, ik vul het verslag verder in.

4. Verdere afspraken met de behandelende arts

Noteer hier de afspraken die je gemaakt hebt met de behandelde arts.

28. Welk 'probleem/problemen' zullen aangepakt worden?

29. Noteer hier een prioriteitenlijstje van de aan te pakken 'problemen'? Noteer ook per 'probleem' hoe het aangepakt zal worden en wie het opvolgt.

30. Welk 'probleem/problemen' zullen pas later aangepakt worden? Wie volgt het op?

31. Je bent klaar met het vierde deel. Wil je naar het einde gaan?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja Ga naar vraag 37
 Nee, ik vul het verslag verder in.

5. Bronvermelding

Duid hier aan welke bronnen je gebruikt hebt tijdens het hele medication review proces.

32. Welke digitale bronnen heb je gebruikt?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- BCFI
- SKP of wetenschappelijke bijsluiter
- Farmacotherapeutisch Kompas
- Delphicare
- UpToDate
- Interactiecheckers
- Micromedex
- Richtlijnen Domus Medica
- NHG standaarden
- RIZIV richtlijnen
- GIN richtlijnen
- Ebpractinenet
- Dynamed plus
- Pubmed
- Formularium Ouderenzorg

Anders: _____

33. Welke handboeken heb je gebruikt?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- Commentaren medicatiebewaking
- Zelfzorgadviezen
- Farmacotherapie voor de huisarts
- Stockley Interactions
- Martindale
- Informatorium medicamentorum
- Cursussen van bijscholingen

Anders: _____

34. Welke screeningstools heb je gebruikt?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- START-STOPP lijst
- GheOP's-tool
- FRAX-tool
- Beers lijst

Anders: _____

35. Je bent klaar met het vijfde deel. Wil je naar het einde gaan?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja Ga naar vraag 37
- Nee, ik vul het verslag verder in.

6. Terugkoppeling naar de patiënt

Vergeet niet dat een goede en duidelijke terugkoppeling naar de patiënt essentieel is!

36. Laat hier je het aangepast medicatieschema op. Om dit te kunnen, moet je aangemeld zijn bij google. Indien dit niet lukt, mag je me het schema ook altijd mailen: anneleen.robberchts@kava.be !!! Anonimiseerde de patiënten- en artsgegevens.

Verzonden bestanden:

Einde

Heel hard bedankt voor het invullen van dit verslag. Jullie kunnen het verslag na bevestiging ook afdrukken! Bij vragen kan je altijd bij ons terecht: info@medica.be of anneleen.robberchts@kava.be

37. Ben je zeker dat je het formulier wilt doorsturen?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
- Nee, ga terug naar het begin

11.3. INZENDING ABSTRACT PRISMAⁱⁱⁱ – SYMPOSIUM 2021

HOE VERLOPEN TYPE 3 MEDICATION REVIEWS BIJ PATIËNTEN MET REUMATOÏDE ARTRITIS?

Stas Kaat (1), Robberechts Anneleen (1, 2), De Loof Hans (1), De Meyer Guido R.Y. (1)

(1) Laboratory of Physiopharmacology, University of Antwerp, Universiteitsplein 1, B-2610 Antwerp, Belgium, (2) Meduca, Koninklijke Apothekersvereniging van Antwerpen (KAVA), Consciencestraat 41, B-2018 Antwerp, Belgium.

ACHTERGROND

Voordat type 3 medication reviews (MR3's) een volwaardige plaats kunnen krijgen binnen de farmaceutische zorg in Vlaanderen is het van groot belang dat de kwaliteit ervan wordt gewaarborgd.

DOEL

Onderzoek van de kwaliteit van de verslagen van MR3's bij patiënten met reumatoïde artritis.

METHODE

In 2020 werden apothekers die een opleiding volgden van de Koninklijke Apothekersvereniging Antwerpen (KAVA) voor het uitvoeren van een MR3, uitgenodigd voor een vervolgtraject door de Universiteit Antwerpen en KAVA. Er werd gevraagd om MR3's te implementeren in de praktijk bij patiënten met reumatoïde artritis. Zestien apothekers gingen hierop in. De kwaliteit van de verkregen MR3's werd onderzocht en beschreven aan de hand van een scoretabel gebaseerd op de kwaliteitscriteria uit voorgaand onderzoek.

RESULTATEN

Hoewel de dataverzameling nog lopend is, leverden de reeds bekomen resultaten van 15 MR3's duidelijke inzichten op over de kwaliteit. Een overzichtelijk medicatieschema, het nagaan van de therapietrouw en het gebruik van betrouwbare tools zijn elementen die goed scoorden. Andere kwaliteitscriteria waren echter moeilijker te beoordelen. Tijdsgebrek bij apothekers en beperkt enthousiasme van oudere huisartsen zijn reeds eerder geobserveerde barrières. Een grote diversiteit in het uitvoeren van MR3's werd vastgesteld. Tijdens het symposium zal de analyse van een aantal MR3's besproken worden.

CONCLUSIE

De combinatie van vooraf vastgelegde kwaliteitscriteria en het uitvoeren van MR3's binnen een bepaald ziektebeeld demonstreert de ambitie voor het kwaliteitsvol uitvoeren van MR in Vlaanderen. Dit zou de verdere implementatie ervan moeten kunnen faciliteren.

ⁱⁱⁱ Praktijk Research In Samenwerking Met Apothekers