

# HANDLEIDING BIJ HET UITVOEREN VAN EEN MEDICATIENZAICHT MET DE GHEOP<sup>3</sup>S-TOOL

(GHENT OLDER PEOPLE'S PRESCRIPTIONS COMMUNITY PHARMACY  
SCREENING TOOL)

Ontwikkeld door de Eenheid Farmaceutische Zorg van de Universiteit Gent en de Dienst Geriatrie van het  
Universitair Ziekenhuis Gent

Voor meer informatie: [Koen. Bousery@UGent.be](mailto:Koen.Bousery@UGent.be)



## INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	3
1.1	Problematiek	3
1.2	Hoe mGGP's te voorkomen en de rol van de officina-apotheker	3
2	De GheOP <sup>3</sup> S-tool	4
2.1	Ontwikkeling van de GheOP <sup>3</sup> S-tool	5
2.2	Inhoud van de GheOP <sup>3</sup> S-tool	5
2.3	Op wie is de GheOP <sup>3</sup> S-tool toepasbaar?	6
2.4	Hoe lang duurt een screening met de GheOP <sup>3</sup> S-tool?	6
2.5	Toepassingen met de GheOP <sup>3</sup> S-tool	6
3	Mogelijke structuur van een Medicatienazicht	7
3.1	Farmacotherapeutische Anamnese	7
3.2	Farmacotherapeutische Analyse	8
3.2.1	Vorbereiding: verzamelen & ordenen beschikbare gegevens	8
3.2.2	Screening met de GheOP <sup>3</sup> S-tool	9
3.3	Overleg arts / apotheker: opstellen van een voorlopig actieplan	10
3.4	Overleg met de patiënt: vastleggen van een effectief actieplan	11
3.5	Follow-up en monitoring	11
4	Referenties	12

# 1 INLEIDING

## 1.1 Problematiek

De populatie oudere patiënten ( $\geq 65$  jaar) stijgt in de meeste Europese landen.<sup>[1]</sup> Naarmate mensen ouder worden, nemen ze meer en langer geneesmiddelen in. Omwille van fysiologische veranderingen, mogelijke polypathologie en polyfarmacie, hebben ouderen een hoger risico op bijwerkingen van de geneesmiddelen die ze innemen.<sup>[2]</sup> Voor sommige patiënten worden de voordelen van hun medicatie niet bereikt, of treedt er zelfs een verhoogde (kans op) morbiditeit en mortaliteit op. Hierbij wordt gesproken van een Geneesmiddel Gebonden Probleem (GGP).<sup>[3]</sup> Dergelijk probleem kan zich op verschillende niveaus voordoen: tijdens het voorschrijven, afleveren of opvolgen.

Verschillende internationale studies, waaronder de Nederlandse HARM-studie, toonden aan dat 5 tot 20% van de ziekenhuisopnames geassocieerd zijn met een mogelijk GGP (mGGP).<sup>[4]</sup> De helft van deze mGGPs bleken bovendien vermijdbaar.<sup>[4]</sup> mGGPs omvatten meerdere aspecten zoals het voorschrijven van medicatie waar geen indicatie (meer) voor bestaat, het niet-voorschrijven van medicatie waar wel een indicatie voor bestaat of de aanwezigheid van geneesmiddelinteracties (zie Tabel 1).

## 1.2 Hoe mGGP's te voorkomen en de rol van de officina-apotheker

Wanneer mGGPs vroegtijdig opgespoord worden, zouden heel wat bijwerkingen vermeden kunnen worden.

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

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

Via deze interventies kan de officina-apotheker een doeltreffende, veilige en betaalbare farmacotherapie voor ouderen stimuleren. Dit document bespreekt de *Ghent Older People's Prescriptions community Pharmacy Screening tool* (GheOP<sup>3</sup>S-tool), een praktische methode om een medicatienazicht systematisch en haalbaar uit te voeren in de officina-apotheek. Alsook worden een voorbeeldcasus aangereikt die als leidraad bij dit proces kan dienen.

**Tabel 1:** Overzicht van de bestaande types Geneesmiddel Gebonden Problemen (GGPs), niet limitatief <sup>[3,5-8]</sup>

<b>Onoordeelkundig voorschrijven</b>
<b>Overgebruik</b>
Therapie voor een indicatie die er niet (meer) is Combinatietherapie waar monotherapie volstaat Duplicatie Farmacotherapie ter behandeling van bijwerkingen van andere GM ('prescribing cascade')
<b>Ondergebruik</b>
Niet behandelen van aanwezige medische indicatie Ontbreken van profylactische therapie
<b>Foutief gebruik</b>
Foutieve keuze van geneesmiddel(vorm) <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Meer effectief geneesmiddel of GM met lager risico beschikbaar</i></li><li>- <i>Functionele capaciteit van de patiënt laat gebruik medicatie niet toe</i></li><li>- <i>Suboptimale geneesmiddelvorm</i></li><li>- <i>Suboptimale toedieningsroute</i></li></ul> Doseringsprobleem <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Over- of onderdosering</i></li><li>- <i>Suboptimaal doseringsschema</i></li><li>- <i>Suboptimale instructies m.b.t. dosering</i></li></ul> Suboptimale therapieduur (te kort/lang) Geen rekening houden met de kenmerken van de patiënt bij voorschrijven <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>De beperkingen van de patiënt (bv. fysiek/functioneel, cognitie, gehoor, visueel)</i></li><li>- <i>De voorkeur van de patiënt</i></li></ul> Aanwezigheid van of verhoogd risico op ongewenste effecten <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Bijwerkingen (type 1 of 2)</i></li><li>- <i>Gecontra-indiceerde klinische toestand of 'Drug-Disease Interaction' (DDIs)</i></li><li>- <i>Interactie met andere geneesmiddelen of 'Drug-Drug Interaction' (DDI)</i></li><li>- <i>Interactie met voedsel</i></li></ul>
<b>Onoordeelkundig afleveren</b>
Foutief GM verstrekt Onvoldoende of foutieve informatie verstrekt bij aflevering Overzien van praktische problemen (bv. problemen met openen verpakking, slikproblemen)
<b>Onoordeelkundig patiëntgedrag</b>
Niet volgen van gebruiksinstructies (al dan niet doelbewust) Onvoldoende therapietrouw
<b>Onoordeelkundige monitoring en rapportering</b>
Niet of onvoldoende opvolgen van de therapietrouw Niet of onvoldoende opvolgen van bloedwaarden/kliniek e.d. na opstart van bepaalde GM Niet bespreken of rapporteren van bijwerkingen aan de behandelende arts & instanties
<i>DDI: Drug-Drug-Interaction; DDIs: Drug-Disease Interaction; GM: Geneesmiddel</i>

## 2 DE GHEOP<sup>3</sup>S-TOOL

Het uitvoeren van een volledige "*medication review*" vereist kennis over klinische parameters & diagnoses. Momenteel is dit in de Belgische setting van officina-apotheken nauwelijks mogelijk. Daarom werd aan de UGent een screening tool ontwikkeld, specifiek afgestemd op de Belgische officina-apotheek setting: de GHEOP<sup>3</sup>S-tool (zie Bijlage 1).

## 2.1 Ontwikkeling van de GheOP<sup>3</sup>S-tool

De GheOP<sup>3</sup>S-tool werd ontwikkeld in 3 stappen. Deze bestonden uit (1) een literatuurstudie, (2) een Delphi proces (twee rondes) om die items te selecteren waarvoor het klinisch relevant is dat de officina-apotheker erop screent en (3) een Delphi proces (twee rondes) om die items te selecteren waarvoor het momenteel haalbaar is dat de officina-apotheker erop screent.<sup>[9]</sup>

In de literatuurstudie werden alle bestaande expliciete lijsten (o.a. Beers lijst, START/STOPP-lijst) samengevat. In de tweede stap, het eerste Delphi proces, werden die items uit de samenvatting geselecteerd waarvan de experts het klinisch relevant vonden dat een officina-apotheker hierop zou controleren. Er werd in deze eerste ronde geen rekening gehouden met praktische beperkingen. Het deelnemende panel bestond uit geriateren, huisartsen, klinische apothekers en officina- apothekers met expertise in dit vakgebied.<sup>[9]</sup>

In de finale stap, het tweede Delphi proces, werd door een panel van officina-apothekers beslist op welke items, weerhouden in het eerste Delphi proces, momenteel gescreend kan worden in de officina-apotheek. Bij deze selectie werd specifiek gevraagd alle praktische of limiterende aspecten in beschouwing te nemen. Dit panel bestond uitsluitend uit officina-apothekers.<sup>[9]</sup>

Tijdens beide Delphi processen konden de deelnemers items toevoegen waarvan zij vonden dat het een meerwaarde zou bieden dat hierop gescreend zou worden in de officina-apotheek. Deze toegevoegde items werden dan tijdens de tweede ronde van het Delphi proces voorgelegd aan het volledige panel.<sup>[9]</sup>

In 2021 werd de GheOP<sup>3</sup>S-tool aan een update onderworpen volgens dezelfde methodologische principes. Er werden criteria toegevoegd, aangepast of uit het oorspronkelijke instrument geschrapt. Aan de update werd eveneens een addendum toegevoegd met *Medicatie die vermeden dient te worden of met voorzichtigheid gebruikt moet worden (nood aan reductie in dosis of doseringsfrequentie) bij oudere personen met een verminderde nierfunctie.*<sup>[88]</sup>

## 2.2 Inhoud van de GheOP<sup>3</sup>S-tool

De GheOP<sup>3</sup>S-tool is een opsomming van expliciete criteria die mogelijk problematisch kunnen zijn voor de oudere patiënt. Het screeningsinstrument bestaat uit 5 lijsten die elk specifieke mGGPs aankaarten:

- Lijst 1: Potentieel ongeschikte medicatie voor oudere patiënten, onafhankelijk van onderliggende diagnoses (= overgebruik & foutief gebruik)
- Lijst 2: Potentieel ongeschikte medicatie voor oudere patiënten, afhankelijk van onderliggende diagnoses (= contra-indicaties)
- Lijst 3: Potentieel ontbrekende medicatie voor oudere patiënten (= ondergebruik)
- Lijst 4: Geneesmiddeleninteracties met specifieke relevantie voor oudere patiënten
- Lijst 5: Farmaceutische zorggerelateerde criteria voor oudere personen
- Addendum: Medicatie die vermeden dient te worden of met voorzichtigheid gebruikt moet worden (nood aan reductie in dosis of doseringsfrequentie) bij oudere personen met een verminderde nierfunctie.

De GheOP<sup>3</sup>S-tool stelt voor elk mGGP ook een mogelijke afhandeling voor, wat de apotheker op weg kan helpen een alternatief te bieden aan de arts of patiënt. Daarnaast werkte de Eenheid Farmaceutische Zorg

een uitgebreid begeleidend document uit waarin de rationale van de problematiek, de afhandelingsvoorstellen en de aanvullende wetenschappelijke informatie beschreven staan. Voor wat betreft de afhandeling van interacties wordt verwezen naar het naslagwerk “Commentaren Medicatiebewaking” (Stichting Health Base®).

## 2.3 Op wie is de GheOP<sup>3</sup>S-tool toepasbaar?

Het is moeilijk haalbaar de GheOP<sup>3</sup>S-tool toe te passen op alle patiënten die in de apotheek komen. De apotheker kan echter een inschatting maken voor welke patiënten dit zinvol is. Dit kan op basis van enkele risicofactoren (Tabel 2) en/of na overleg met de behandelende arts op basis van diens professionele deskundigheid. Hierbij worden preferentieel die patiënten geselecteerd met een hoog risico op GGPs en met een verhoogd risico op geneesmiddelgebonden ziekenhuisopnames.

**Tabel 2:** Factoren die leiden tot een verhoogd risico op GGPs<sup>[2]</sup>

Factoren die het meest geassocieerd worden met verhoogd risico op GGPs

*Polyfarmacie (5 of meer chronische geneesmiddelen) / multimorbiditeit*  
*Oudere leeftijd (>70 jaar)*

Factoren die een additioneel risico geven op GGPs

*Institutionalisatie*

*Signalen van verminderde cognitie*

*Psychische problemen*

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

*Signalen van niet-therapietrouw*

## 2.4 Hoe lang duurt een screening met de GheOP<sup>3</sup>S-tool?

In ieder geval zal het uitvoeren van een medicatienazicht in het begin wat tijd vergen. Echter, hoe vaker de screening uitgevoerd wordt, hoe beter de apotheker de inhoud van de GheOP<sup>3</sup>S-tool gaat beheersen en hoe behendiger de apotheker wordt om de verschillende stappen uit te voeren. Louter het screenen op de mGGPs kan – indien enige beheersing van de inhoud van de tool – binnen de 5 minuten.

## 2.5 Toepassingen met de GheOP<sup>3</sup>S-tool

Het kan voor meerdere patiënten nuttig zijn dat een medicatienazicht uitgevoerd wordt. Naast de inschatting van de apotheker op basis van gekende risicofactoren voor mGGPs (zie “2.3 Op wie is de GheOP<sup>3</sup>S-tool toepasbaar?”), kunnen ook welbepaalde situaties een aanleiding zijn om een medicatienazicht uit te voeren.

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

Daarnaast kan de GheOP<sup>3</sup>S-tool goed gebruikt worden als basis voor een Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO). Hierbij kunnen gedetecteerde problemen bij voorbeeldcasussen multidisciplinair besproken worden.

### 3 MOGELIJKE STRUCTUUR VAN EEN MEDICATIENZAICHT

Een medicatienazicht is een “periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische, farmaceutische, en gebruiksinformatie van de farmacotherapie, waar zowel de patiënt, de arts en de apotheker in betrokken zijn”.<sup>[11]</sup> In samenspraak met de patiënt en zijn behandelende arts spoort de apotheker tijdens deze periodieke evaluatie mGGP's op en formuleert passende verbetervoorstellen. De stappen van een medicatienazicht bestaan uit 1) de farmacotherapeutische anamnese, 2) de farmacotherapeutische analyse, 3) het arts/apotheker overleg, 4) het patiëntoverleg en 5) de follow-up en monitoring.<sup>[11]</sup>

#### 3.1 Farmacotherapeutische Anamnese

In een gestructureerd 'face-to-face' gesprek bevaart de apotheker bij de patiënt het daadwerkelijk geneesmiddelgebruik, eventuele problemen met het geneesmiddelgebruik, de effectiviteit van de farmacotherapeutische behandeling en eventuele bijwerkingen. Ook wordt het gebruik van zelfzorgmiddelen in kaart gebracht. Het doel hierbij is een up-to-date medicatieschema te bekomen, een essentieel element voor het uitvoeren van een medicatienazicht. Daarnaast kan de apotheker vragen naar zorgen, verwachtingen en wensen van de patiënt rondom geneesmiddelgebruik. Een niet-limitatieve lijst van mogelijke vragen die de apotheker kunnen helpen de anamnese uit te voeren, is opgenomen in Tabel 3. De patiënt kan ook, als voorbereiding op het gesprek met de apotheker, thuis een vragenlijst invullen waarin gepeild wordt naar onder meer zorgen en verwachtingen. Deze vragenlijst kan een leidraad zijn voor de apotheker in het gesprek.

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

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

## 3.2 Farmacotherapeutische Analyse

Na de anamnese analyseert de apotheker de verzamelde gegevens, door middel van een gestructureerde methode waarbij (m)GGPs worden geïdentificeerd.

### 3.2.1 Voorbereiding: verzamelen & ordenen beschikbare gegevens

De apotheker verzamelt gegevens over de afgeleverde producten in het afgelopen jaar. Daarbij vertrekt de apotheker van de afleverhistoriek maar kijkt tevens naar het patiëntendossier om kenmerken van de patiënt op te zoeken (contra-indicaties, eerder geleverde farmaceutische zorg, allergieën en overgevoeligheden) en wordt de informatie uit de farmacotherapeutische anamnese in beschouwing genomen. De apotheker gaat ook de startdata van bepaalde geneesmiddelen na, aangezien de behandelingsduur voor deze medicatie best beperkt wordt in tijd (Tabel 4). Een voorbeeldcasus van Anna, een dame van 81 jaar, is weergegeven in Tabel 5a.

**Tabel 4:** Geneesmiddelen waarvan de behandelingsduur beperkt wordt in de tijd of een impact heeft op de farmacotherapie van de patiënt (limitatieve lijst in het kader van de GheOP<sup>3S</sup>-tool)

#### Behandelingsduur beperkt

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

#### Lange behandelingsduur impliceert additionele farmacotherapie

- NSAIDs
- Orale corticosteroiden
- Osteoporose therapie (bv. bisfosfonaten, denosumab, selectieve oestrogeenreceptor-modulatoren, teriparatide)

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

**Tabel 5a:** Verzamelen van informatie, voorbeeldcasus

#### Verzamelen van gegevens

Geregistreerde diagnoses	Afgeleverde medicatie in het afgelopen jaar		Dosering
In computersysteem:	Apidra®	Insuline glulisine (ultrasnelwerkend)	3X/d, voor eten
Diabetes	Asaflow® 80 mg	Acetylsalicylzuur	1X/d, avond
Hypercholesterolemie	D-cure® ampullen	Vitamine D	1X/w
Chronische nierinsufficiëntie	Hyabak®	Bevochtigende oogdruppels	6X/d
Uit gesprek met patiënt:	Indapamide 2,5 mg		1X/d, ochtend
Droge ogen door cataractoperatie	Influvac®	Griepvaccinatie	1X/j
Hypertensie	Lantus®	Insuline glargine (langwerkend)	1X/d, avond
	Moxonidine 0,4 mg		1X/d, ochtend
	Pantoprazol 20 mg (sinds 3m)		1X/d, voor eten
	Sevikar® 40/10 mg	Olmesartan + amlodipine	1X/d, ochtend
	Totalip® 80 mg	Atorvastatine	1X/d, avond
	Temesta® 1 mg (sinds 3,5j)	Lorazepam	1X/d, avond

De actuele aandoeningen en problemen worden vervolgens gekoppeld aan de voorgeschreven actuele medicatie (zie voorbeeld Tabel 5b). Na het voltooien van de ordening kan de apotheker het farmaceutisch dossier van de patiënt zo goed mogelijk optimaliseren. De apotheker kan o.a. contra-indicaties/diagnoses die



ondubbelzinnig uit de medicatie kunnen afgeleid worden, toevoegen aan het farmaceutisch dossier van de patiënt. Ook relevante start- en stopdata worden toegevoegd.

Ordening van de gegevens		
Geregistreerde diagnoses	Afgeleverde medicatie in het afgelopen jaar	Dosering
Hypertensie	Indapamide	1X/d, ochtend
	Moxonidine	1X/d, ochtend
	Olmesartan + Amlodipine	1X/d, ochtend
Diabetes	Insuline kortwerkend	3X/d, voor eten
	Insuline langwerkend	1X/d, avond
Hypercholesterolemie	Atorvastatine	1X/d, avond
(Droge ogen door) cataractoperatie	Hyabak®	6X/d
Chronische nierinsufficiëntie	/	
Osteoporoserisico	Vitamine D	1X/w
Insomnie	Lorazepam 1mg (sinds 3,5j)	1X/d, avond
Niet gekoppeld	Acetylsalicylzuur	1X/d, avond
	Influvac®	1X/j
	Pantoprazol 20 mg (sinds 3m)	1X/d, voor eten

### 3.2.2 Screening met de GheOP<sup>3</sup>S-tool

Voor de screening wordt de GheOP<sup>3</sup>S-tool naast de medicatie gelegd en wordt voor elk item nagegaan of dit voor deze patiënt van toepassing is. Items die gedetecteerd worden m.b.v. de GheOP<sup>3</sup>S-tool, worden beschouwd als “laaghangend fruit”: het zijn relevant voorkomende mGGP's die door de officina-apotheker in de eerste lijn zeker gedetecteerd zouden moeten worden. Deze mGGP's zijn niet per definitie van toepassing op elke individuele patiënt. Een gesprek met de arts is noodzakelijk om de relevantie te bepalen.

Na screening met de GheOP<sup>3</sup>S-tool op de voorbeeldcasus worden volgende items gedetecteerd:

Gedetecteerde items:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Item 1: Centraal werkende antihypertensiva (bv. clonidine, guanfacine, methyl dopa, moxonidine)</li> <li>- Item 5: Protonpompinhibitoren &gt; 8 weken</li> <li>- Item 17: Benzodiazepines of Z- geneesmiddelen (zolpidem, zopiclon)</li> <li>- Item 39: Oudere persoon met een hoog risico op pneumokokkeninfectie (bv. belangrijke comorbiditeit of immunosuppressie) zonder pneumokokkenvaccinatie (dubbele vaccinatie met pneumokokkenconjugaatvaccin (PCV) 13 en pneumokokkenpolysaccharidevaccin (PPV) 23 volgens nationale richtlijnen) ten minste éénmaal na de leeftijd van 65 jaar</li> <li>- Item 52: Combinatie van valrisicoverhogende geneesmiddelen</li> <li>- Item 58: Het elektronisch patiëntendossier of medicatielijst is onvolledig of inaccuraat</li> <li>- Item 62: De nierfunctie van de patiënt werd niet in rekening gebracht tijdens het gebruik van renaal geklaarde medicatie</li> <li>- Item 63: De kwetsbare patiënt of patiënt met een verminderde cognitie/visus heeft problemen met zijn/haar medicatiemanagement of heeft zorgbehoeften die nog niet aangepakt zijn</li> <li>- Item 64: Bepaalde farmaceutische zorgaspecten werden onvoldoende gemanaged voor of door de patiënt (vooral belangrijk voor patiënten met polyfarmacie): b) Het medicatiegebruik van de patiënt is incorrect of suboptimaal (bv. onjuiste inhalator- of oogdruppeltechniek, suboptimale medicatie inname in relatie tot voedsel)</li> </ul>
----------------------	--

### 3.3 Overleg arts / apotheker: opstellen van een voorlopig actieplan

Om de (klinische) relevantie van de gedetecteerde mGGPs te bepalen, worden deze best face-to-face met de arts besproken en bijgestuurd. De arts kan namelijk gegronde redenen hebben om een GGP niet aan te pakken wanneer bijvoorbeeld de toestand van de patiënt geen interventie vereist.

Het is aan te raden dit gesprek goed voor te bereiden, en de mogelijke klinische relevantie van de gedetecteerde items duidelijk en wetenschappelijk te onderbouwen. Hiervoor kan de apotheker gebruik maken van het uitgebreid begeleidend document bij de GheOP<sup>3S</sup>-tool waarin de rationale van de problematiek, de afhandelingsvoorstellen en de aanvullende wetenschappelijke informatie beschreven staan. Eventueel kan de apotheker een aantal specifieke afhandelplannen voorzien mocht de arts hiernaar vragen. Tijdens het overleg wordt eveneens besproken welke problemen prioriteit hebben. Wanneer meerdere mGGPs van toepassing zijn, is het niet mogelijk alles tegelijk aan te pakken. De arts en apotheker dienen dus een inschatting te maken welke problemen eerst aangepakt zullen worden. Deze prioritering gebeurt meestal rekening houdend met de patiëntkenmerken, de levensverwachting, ervaringen, maar ook de wensen van de patiënt.

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

Tabel 7: Voorlopig actieplan

Prioriteit	Gedetecteerde GGP's + interventievoorstel	Opvolging
1	Item 64: handeling insuline-inspuiting, handeling oogdruppels toedienen Voorstel: Nagaan correct gebruik, demonstratie oogdruppeltechniek, evt. hulpmiddelen suggereren	Apotheker
2	Item 17: Benzodiazepines of Z- geneesmiddelen (zolpidem, zopiclon) Voorstel: Graduele dosisvermindering met 10 à 20% per week tot stop van de therapie	Arts
3	Item 58: De patiënt beschikt niet over een medicatieschema Voorstel: Aanmaak medicatieschema door apotheker, delen op vitalink – goedkeuring arts	Apotheker
4	Item 63: De patiënt heeft moeite met haar medicatiebeheer. Voorstel: Bespreek de nood aan aanvullende hulp van bv. een verpleegkundige	Apotheker
5	Item 62: Gebruik van indapamide bij chronische nierinsufficiëntie Voorstel: Navragen nierfunctie, controle van dosering i.f.v. nierfunctie	Arts
6	Item 1: Gebruik van moxonidine Voorstel: Substitutie naar veiliger antihypertensivum	Arts
7	Item 39: Pneumokokkenvaccinatie ontbreekt Voorstel: Motivatie tot vaccinatie door apotheker; arts zal vaccinatie uitvoeren	Apo → Arts
8	Item 52: Gelijktijdig gebruik van benzodiazepines, centraal werkende antihypertensiva, diuretica Voorstel: Evaluatie valrisico (afbouw tot stop van benzodiazepine en substitutie moxonidine reeds actiepunten)	Arts
9	Item 5: Gebruik van pantoprazol Voorstel: Indicatie nog aanwezig; geen actiepunten mogelijk	-

### **3.4 Overleg met de patiënt: vastleggen van een effectief actieplan**

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

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

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

### **3.5 Follow-up en monitoring**

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

## 4 REFERENTIES

1. Statistical Office of the European Communities. Population structure and ageing: The share of elderly people continues to increase. [Geraadpleegd op 3 mei 2022]. Beschikbaar via [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing).
2. UpToDate® Lexicomp. Drug prescribing for older adults. [Geraadpleegd op 11/11/2021]. Beschikbaar via: <https://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults>.
3. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation (PCNE). The PCNE Classification V9.1. 2020. [Geraadpleegd op 3 mei 2022]. Beschikbaar via [https://www.pcne.org/upload/files/417\\_PCNE\\_classification\\_V9-1\\_final.pdf](https://www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_classification_V9-1_final.pdf).
4. Leendertse, A. J., Egberts, A. C., Stoker, L. J., van den Bemt, P. M., & HARM Study Group (2008). Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Archives of internal medicine*, 168(17), 1890–1896. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.3>
5. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Dicp*. 1990;24(11):1093-1097.
6. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Lancet*. 2007;370(9582):173-184.
7. Mallet L, Spinewine A, Huang A. The challenge of managing drug interactions in elderly people. *Lancet*. 2007;370(9582):185-191.
8. Kaufmann CP, Tremp R, Hersberger KE, Lampert ML. Inappropriate prescribing: a systematic overview of published assessment tools. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014;70(1):1-11.
9. Tommelein, E., Petrovic, M., Somers, A., Mehuys, E., van der Cammen, T., & Boussey, K. (2016). Older patients' prescriptions screening in the community pharmacy: development of the Ghent Older People's Prescriptions community Pharmacy Screening (GheOP<sup>3</sup>S) tool. *Journal of public health (Oxford, England)*, 38(2), e158–e170. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv090>
10. Foubert, K., Capiiau, A., Mehuys, E., De Bolle, L., Somers, A., Petrovic, M., & Boussey, K. (2021). Ghent Older People's Prescriptions Community Pharmacy Screening (GheOP<sup>3</sup>S)-Tool Version 2: Update of a Tool to Detect Drug-Related Problems in Older People in Primary Care. *Drugs & aging*, 38(6), 523–533. <https://doi.org/10.1007/s40266-021-00862-6>
11. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie – Richtlijnen: Medicatiebeoordeling. [Geraadpleegd op 3 mei 2022]. Beschikbaar via <https://www.knmp.nl/richtlijnen/medicatiebeoordeling>.