



# De klinisch apotheker als partner in de zorg voor een beter geneesmiddelengebruik in het ziekenhuis en voor de continuïteit tussen ziekenhuis en eerste lijn: een pleidooi

Anne Spinewine, Université catholique de Louvain, (a) Louvain Drug Research Institute, Clinical Pharmacy Research Group, (b) CHU UCL Namur, site Godinne, service de pharmacie clinique

Klinische farmacie streeft naar een optimaal en veilig geneesmiddelengebruik om het welzijn van de patiënt en de zorgkwaliteit te verhogen. De optimalisatie geldt zowel voor het geneesmiddelengebruik tijdens een ziekenhuisopname als voor de transfer van thuissituatie naar ziekenhuis en omgekeerd. In 2006 voerde de Belgische overheid een forfaitaire geneesmiddelenfinanciering in voor de ziekenhuizen. Samen met enkele beloftevolle lokale Belgische experimenten was dit voor de overheid in 2007 de aanleiding om nationale pilootprojecten te lanceren. De pilootprojecten vonden in een eerste periode plaats in 28 ziekenhuizen en werden nadien uitgebreid tot 54 ziekenhuizen. De resultaten waren globaal gezien zeer gunstig (1). Sinds 2014 voorziet de Belgische overheid een structurele financiering van de klinische farmacie (0,25 voltijds equivalent ziekenhuisapotheker per begonnen schijf van 200 erkende bedden voor de acute ziekenhuizen) en in 2014 werd de beleidsnota 'Klinische farmacie in de Belgische ziekenhuizen' gepubliceerd (2).

Een van de pilootprojecten was het onderzoek van Heselmans et al. (3). In dit onderzoek maakten klinisch apothekers een medicatiehistoriek op bij de overdracht van patiënten van intensieve zorgen naar een internistische, chirurgische of geriatrie verpleegafdeling. Deze prospectieve, quasigerandomiseerde studie vond plaats in 3 Antwerpse ziekenhuizen van december 2010 tot januari 2012 en includeerde 600 patiënten. De klinisch apotheker maakte zowel voor de interventie- als voor de controlegroep een medicatiehistoriek op en formuleerde bij ieder geneesmiddelgerelateerd probleem aanbevelingen voor aanpassingen van de medicatie. Deze aanbevelingen werden onmiddellijk gecommuniceerd aan de afdelingsarts in de interventiegroep, maar waren niet zichtbaar voor de artsen in de controlegroep. Op basis van de medicatiehistoriek door een klinisch apotheker vonden de onderzoekers 743 geneesmiddelgerelateerde problemen bij 60% van de patiënten. De belangrijkste evaluatie van deze studie was de vergelijking in implementatie van de aanbevelingen voor medicatie-aanpassing tussen de interventie- en de controlegroep. In de interventiegroep werd 54,1% van de geneesmiddelgerelateerde problemen aangepast volgens de aanbevelingen van de klinisch apotheker versus 12,8% in de controlegroep (OR 10,1; 95% BI van 6,3 tot 16,1).

De pilootprojecten waren dus een zeer goede aanleiding om een gelijkaardige gecontroleerde studie uit te voeren, die multicenter was en relatief veel patiënten includeerde. De belangrijkste uitkomstmaat was de implementatie van de aanbevelingen van de klinisch apotheker, een intermediair eindpunt dat volledig afhankelijk is van de werkwijze van de klinisch apotheker. Dat is de belangrijkste beperking van de studie. Toch stellen we vast dat de interventie van de apotheker een meerwaarde heeft voor de optimalisatie van de medicamenteuze behandeling. Hieraan willen we nog enkele reflecties en vragen toevoegen.

Bij het lezen van het artikel kunnen we ons moeilijk een exact beeld vormen van de interventie door de apotheker. Daarom contacteerden we een van de auteurs. Uit deze supplementaire informatie blijkt dat de interventie vooral neerkwam op medicatiereconciliatie (opsporen van discrepanties tussen thuismedicatie, medicatie op intensieve zorgen en medicatie op een zorgafdeling, en voorstellen tot oplossing) en minder op medicatiebeoordeling (evaluatie of een voorgeschreven geneesmiddel wel aangewezen is). De interventie vond ook niet plaats in een reële interdisciplinaire context. Dat verklaart zeer waarschijnlijk waarom het aantal artsen dat de interventie aanvaardbaar vond, lager was (ongeveer 50%) dan in andere Belgische studies. En bovendien was dit

waarschijnlijk ook de reden waarom een groep internisten de meeste aanbevelingen bestempelde als mineur of zonder klinische impact, in tegenstelling tot andere Belgische studies (4-7).

De meeste geneesmiddelgerelateerde problemen betreffen de overgang van intraveneuze naar orale toediening. Andere tools zoals elektronische ondersteuning van reconciliatie et regelmatige sensibilisatie van artsen zouden hiervoor nuttig kunnen zijn. Voor klinisch apothekers zou er op die manier meer tijd vrijkomen voor klinische taken met een belangrijke toegevoegde waarde en dat in nauwe samenwerking met artsen, verpleegkundigen en patiënten.

### **Wat houdt een implementatie op ruime schaal tegen?**

#### *\* Onderzoek*

Dit onderzoek is een van de vele wetenschappelijke studies over het effect van klinische farmacie in België (5-13). Er is al heel wat onderzoek verricht bij verschillende doelpopulaties zoals geriatrische patiënten, patiënten op een spoeddienst of op een intensieve zorgafdeling. De inhoud van de interventies behelzen verscheidene farmaceutische activiteiten waarvan sommige direct contact vereisen met de patiënt en de arts zoals bij medicatiebeoordeling, medicatiereconciliatie bij opname, transfer en ontslag, en communicatie met de eerste lijn. Deze gegevens zijn in lijn met de internationale literatuur en bevestigen dat klinisch apothekers de kwaliteit van het geneesmiddelengebruik in ziekenhuizen kunnen verbeteren, een adequater voorschrijfgedrag kunnen bevorderen, een veiliger transfer van de zorg kunnen verzekeren en in zekere mate een farmaco-economisch voordeel kunnen bieden voor de maatschappij (14). Het effect op harde uitkomstmaten zoals heropname moet nog bevestigd worden (14,15). Er is wel aangetoond dat het risico van incidenten met geneesmiddelen in ziekenhuizen onder meer verminderd kan worden door interventies van apothekers (16).

De overheid en ziekenhuisbeheerders vragen naar meer onderbouwd bewijs om beter de prioriteiten te kunnen bepalen en de activiteiten te kunnen standaardiseren. De teams moeten echter ook de nodige financiële middelen krijgen om dit soort onderzoek uit te voeren. We moeten vaststellen dat deze middelen vrij beperkt zijn in België. Op Europees niveau lopen er enkele onderzoeksprojecten waarbij klinisch apothekers betrokken zijn, onder andere het OPERAM-project (Optimising therapy to prevent avoidable hospital admissions in the multimorbid elderly) waaraan ook een Belgisch ziekenhuis meewerkt (17).

#### *\* Opleiding*

Sinds de aanvang van de pilootprojecten is de opleiding van de apotheker sterk veranderd. Momenteel hebben enkele apothekers met een zeer beperkte voorafgaande opleiding deze projecten opgestart. Sindsdien werd de masteropleiding in ziekenhuisfarmacie uitgebreid met 2 jaar en dat garandeert een belangrijke theoretische en praktische opleiding in klinische farmacie. Ook de verplichte continue navorming is een pluspunt voor het bijsturen van kennis en het ontwikkelen van competenties op het vlak van klinische farmacie.

#### *\* Financiering*

Ziekenhuisapothekers zijn hier klaar voor en de meeste ziekenhuisartsen en ook sommige huisartsen zijn zeer enthousiast. Er is een structurele financiering voorzien, maar deze volstaat momenteel zeker niet (ongeveer 20 maal lager dan de internationale standaarden). Ziekenhuizen moeten hun financieel evenwicht in stand houden en van hen kunnen we dus moeilijk een belangrijke investering verwachten. De overheid wil meer interdisciplinaire samenwerking, een betere zorgkwaliteit en continuïteit met de eerste lijn, en wil overconsumptie tegengaan. Daarom durven we, ongeacht de precieze modaliteiten, dromen van een betere erkenning en financiering van de klinische farmacie.

**Referenties:** zie website