SLIMME MEDICATIEBEWAKING

Minder meldingen met medisch farmaceutische beslisregels

Zo, nog even een recept maken. Diclofenac-natriumtablet msr 25 mg 3x per dag. Omeprazol heeft ze al, dus dat hoeft er niet bij. Klaar. 'Mevrouw, het recept is naar de apotheek gestuurd. Ik wens u veel beterschap toe, en tot ziens.' Wat heeft het voorgaande met medisch farmaceutische beslisregels te maken? Alles, want de check die op de achtergrond heeft plaatsgevonden, heeft dankzij verbeteringen van die check nu juist géén signaal opgeleverd.

LEONORA GRANDIA
LEONORA.GRANDIA@Z-INDEX.NL

Het is een dagelijks terugkerend fenomeen, de meldingen op het scherm bij het voorschrijven van medicatie. Het is de medicatiebewaking die zijn werk doet, gebaseerd op de G-Standaard. De afgelopen jaren is aan de verbetering van deze medicatiebewaking gewerkt door de medicatiebewaking slimmer te maken met medisch farmaceutische beslisregels (MFB's). U hebt daar al eerder over kunnen lezen in *SynthesHis* en in dit artikel krijgt u een update. Ook leest u hoe dit in de praktijk werkt, want daar gaat het uiteindelijk om.

MFB'S GEVEN EEN INHOUDELIJKE VERBETERING VAN DE SIGNALERING

De laatste ontwikkelingen

MFB's zijn een vernieuwing van de medicatiebewaking. Die vernieuwing bestaat eruit dat allerhande patiëntgegevens bij de medicatiebewaking betrokken kunnen worden, waardoor de signalering specifieker op de patiënt wordt toegesneden. Zo kunnen bijvoorbeeld de leeftijd, labwaarden, indicaties en de aan- of afwezigheid van comedicatie bij de signalering worden betrokken. Het doel hiervan is tweeledig. Enerzijds om overbodige signalen te kunnen wegvangen, zodat er alleen signalen overblijven die er echt toe doen. En anderzijds om risicosituaties te kunnen detecteren waar dat in de klassieke bewaking niet mogelijk was.
Waar staan we nu met deze ontwikkeling? Welke verbeteringen zitten al daadwerkelijk in de G-Standaard, en wanneer krijgt u wat in uw HIS?

Verbeteringen

In tabel 1 kunt u zien welk soort MFB's er momenteel in de G-Standaard zijn opgenomen. Twee belangrijke verbeteringen zijn de bewaking op verminderde nierfunctie en de maagbescherming.
Zo is de bewaking op verminderde nierfunctie verbeterd doordat deze nu op de e-GFR is gebaseerd in plaats van op de contra-indicatie, met adviezen uitgesplitst per klaringsrange. Als de nierfunctie niet

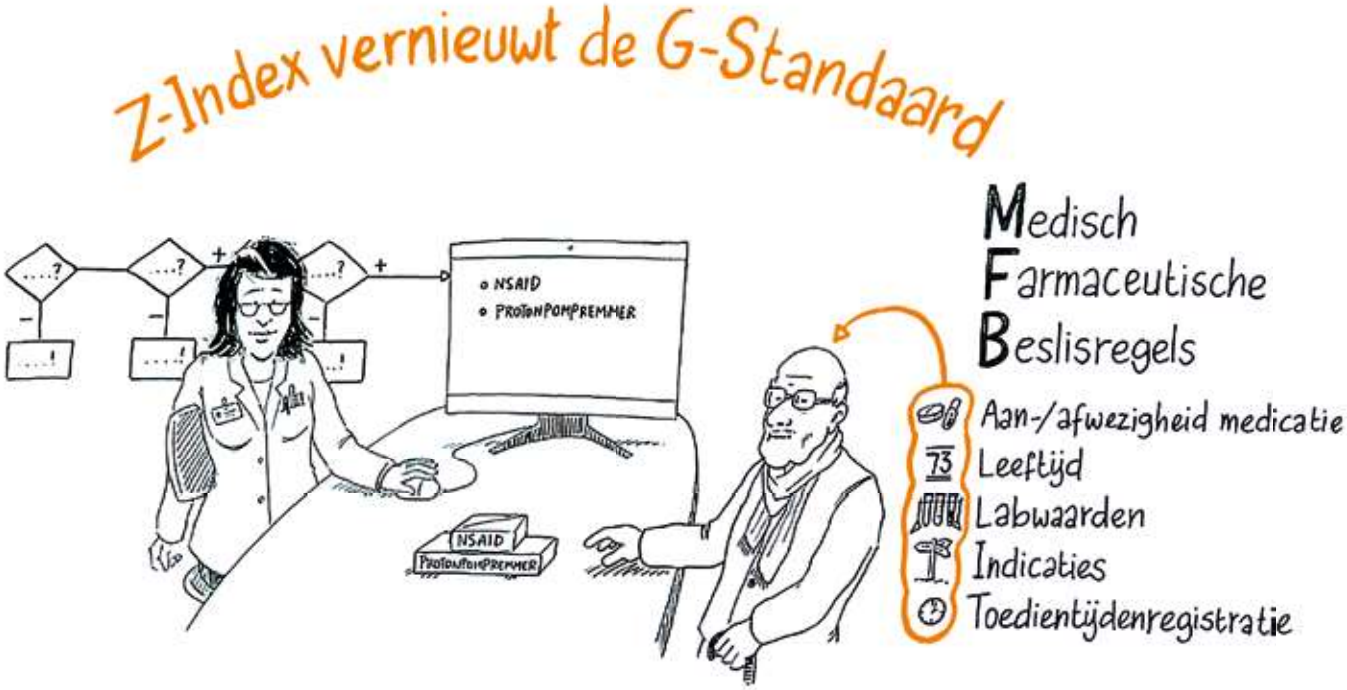
MFB	Aantal (als >1)
Klassieke bewaking, al dan niet verbeterd:	
Volledige nierfunctiebewaking, volledig verbeterd *(verbetering: bewaking op basis van e-GFR, leeftijd en polyfarmacie)*	270
Volledige IA-bewaking, grotendeels nog 1:1 met klassieke situatie *(verbeteringen: geen melding als maagbescherming wordt gegeven; geen melding bij juiste tijdsinterval tussen de middelen; bij RAAS-remmer/diureticum: geen melding als diureticum wordt toegevoegd; QT-interactie toegespitst op dosering)*	1000
Volledige CI-bewaking, 1:1 met klassieke situatie	4000
Nieuwe bewaking:	
Maagbescherming, inclusief de relevante interacties	
Osteoporoseprofylaxe bij corticosteroïdgebruik	
Opioïdlaxans	
Kaliumcontrole bij RAAS-remmers/diuretica	
Ongeveer tien MFB's over diverse onderwerpen	

Tabel 1. Overzicht van MFB's in de G-Standaard

bekend is wordt rekening gehouden met de leeftijd en met het feit of de patiënt chronisch vijf of meer middelen gebruikt, zoals de NHG-Standaard Chronische Nierschade adviseert.
De MFB Maagbescherming controleert overeenkomstig de NHG-Behandelrichtlijn Preventie van maagcomplicaties door geneesmiddelgebruik of iemand bij gebruik van een middel dat de maag- of darmwand aantast in aanmerking komt voor maagbescherming op basis van leeftijd of andere risicofactoren. En of dit er al bij wordt gegeven of niet, want juist dát betekent dat onnodige signalering achterwege blijft. Enkele interacties die over maagbescherming gaan, zijn in deze MFB opgenomen.
MFB's vormen niet alleen een inhoudelijke verbetering van de signalering, maar brengen ook andere vernieuwingen met zich mee.
In de MFB's wordt aangegeven op welk moment dat de MFB moet worden doorlopen. Bijvoorbeeld bij het *staken* van een middel, als het staken van het ene middel effect heeft op een ander middel dat de patiënt gebruikt. In dit geval is in de MFB aangegeven dat deze bij het staken van het relevante middel doorlopen moet worden. Dit sluit ook heel mooi aan bij het medicatieproces, dat voorziet in het kunnen vastleggen van een stop-medicatieafspraak.
Ook kan het van belang zijn om een MFB opnieuw te doorlopen *als er wat in de situatie van de patiënt is veranderd*. Bijvoorbeeld op het moment dat u een contra-indicatie vastlegt, want misschien gebruikt de patiënt medicatie die niet of niet met de standaarddosering gebruikt mag worden.
Als MFB's gebruikmaken van patiëntgegevens, is het natuurlijk ook de vraag hoe de koppeling is tussen de MFB en deze patiëntgegevens. Voor de contra-indicaties is dat niet anders dan zoals het altijd was: de MFB linkt naar de vastgelegde contra-indicatie, en de contra-indicatie kan vastgelegd worden met behulp van een koppeltabel met de ICPC-code.
Voor het gebruik van labwaarden of indicaties is een koppeling opgenomen tussen de zogenaamde 'bouwsteen' van de MFB voor zo'n gegeven en de NHG-labcodetabel c.q. de ICPC-code. Deze koppeling wordt in samenwerking met het NHG onderhouden.

Bouwstenen

Wat vergt het van de HISsen om MFB's te implementeren? Best veel. Om MFB's te kunnen gebruiken, moeten ze de vraag- en antwoordstructuur inbouwen. Dat is de grootste klus. En daarnaast is er voor



elk soort gegeven dat een MFB kan uitvragen, een zogenaamde 'bouwsteen' gemaakt. Een bouwsteen voor leeftijd, een bouwsteen voor e-GFR, een bouwsteen voor het zoeken in de actuele medicatie, enzovoort. Elk van deze bouwstenen vergt een aparte implementatie. Het implementeren hiervan betekent ontwikkeltijd.
Het bedenken van de bouwstenen en een goede aansluiting hiervan bij de softwaresystemen, vraagt een nauwe samenwerking tussen de bedenkers van de MFB's en de softwareleveranciers. Het afgelopen jaar is er op dit vlak hard gewerkt, en zijn gezamenlijk de exacte definities van de bouwstenen opgesteld. Ook is de set van bouwstenen vastgesteld die in MFB's gebruikt kunnen worden. Zodoende sluit de bedoeling van de MFB zo goed mogelijk aan bij de mogelijkheden van de software, wat de functionaliteit voor u in de praktijk weer ten goede komt.

De praktijk

Mooi verhaal, maar wat levert dit nu écht op voor de praktijk? Hanneke Tan, apotheekhoudend huisarts te Nieuwe Tonge vertelt daarover het volgende.
'Als Promedico VDF-gebruiker hadden we de luxe dat de MFB's al vroeg waren geïmplementeerd. Voordat we deze MFB's hadden, kregen we platte tekst waarin de diverse keuzen stonden. Met het Zorg Registratie Systeem (ZRS) kon de keuze vastgelegd worden. Maar de bewaking keek niet in het huisarts- of apotheeksysteem, dat moest de gebruiker zelf doen, maar werd er wel op attent gemaakt. Met de ingebruikname van de MFB's kijkt de bewaking wél in het systeem, en dat levert tijd op en veel minder ergernis.
Een voorbeeld hiervan is bij ouderen het voorschrijven van NSAID's. Dan wordt altijd gecheckt of er ter preventie een maagbeschermer moet worden voorgeschreven. In het ZRS kreeg je wel een melding, maar moest de gebruiker nog even checken of die er al was of nog voorgeschreven moest worden. De MFB checkt dit zelf. Als de voorschrijver een NSAID voorschrijft, dan wordt er in het systeem gecheckt of er al een maagbeschermer wordt gebruikt. Is deze al aanwezig, dan krijgt de gebruiker geen melding mee. Overigens zijn de MFB's wel in te zien. De gebruiker kan afgehandelde MFB's altijd inzien, maar hoeft geen nutteloze medicatiebewakingsmeldingen door. Te veel meldingen maakt de gebruiker onoplettender, dus is het goed dat deze medicatiebewakingssignalen niet meer afgehandeld moeten worden.' ■

OM MFB'S TE KUNNEN GEBRUIKEN, MOETEN HISSEN DE VRAAG- EN ANTWOORDSTRUCTUUR INBOUWEN