

## 'Er is geen goede gegevens-overdracht tussen de eerste en tweede lijn'

indicaties en dosering luisteren nauw, omdat een verstoorde nierfunctie van invloed is op de werking van geneesmiddelen. Bij een te hoge dosering kan de patiënt meer last hebben van bijwerkingen en kan zelfs een vergifiging optreden. 'Het kan op allerlei manieren fout gaan, en in de praktijk gebeurt dit ook,' zegt Hagen. 'Recent nog: een man met een stoma en medicatie voor een verhoogde bloeddruk krijgt diarree. Door de bloeddrukmedicatie en een tekort aan vocht door de diarree kan medicatie om nierschade te voorkomen juist schade opleveren. Deze man heeft vijf dagen in het ziekenhuis gelegen omdat zijn nieren ineens niet meer functioneerden. Het is goed gekomen, maar mogelijk wel met enige restschade.'

### Kwestbare situatie

De kern van het probleem is volgens Bart 'dat de patiënt de enige constante factor in het verhaal is'. Hagen beaamt: 'Dit maakt het kwetsbaar. Natuurlijk vraag ik de patiënt altijd zijn actuele medicatie-overzicht of eventueel alle medicatie die hij gebruikt, mee te nemen naar de spreekkamer. Maar een patiënt kan wat vergeten en zolang de digitale gegevens-overdracht onvolkomen is, heb ik geen zekerheid.' Dus moet wat worden gedaan om de bewijsvoering van de patiënt te verbeteren, vindt Van Geffen. 'Voorschrijvers en apothekers moeten bij patiënten benadrukken dat het in hun eigen belang is om toestemming te geven aan behandelars om medicatie-overzichten te delen en aan apothekers om de uitslagen van nierfunctietests op te vragen,' zegt ze. 'Zorgaanbieders in de eerste lijn vinden patiënten met nierschade complex. Het gaat vaak om mensen met diabetes, een hoge bloeddruk of hart- en vaatziekten bij wie die nierfunctie van belang is. En de behandelars in de eerste lijn zijn geneigd op dat primaire probleem te focussen en dus te kijken naar cholesterol en glucose en niet naar nierfunctie.'

### Knelpunt wet- en regelgeving

De techniek is geen onderdeel van het probleem, volgens Lies van Gemmp, directeur van Nictiz. 'Software is van oudsher sectorspecifiek ontwikkeld, zonder na te denken over compatibiliteit

MEDICATIEGEGEVENS NIERPATIËNT MOETEN WORDEN GEDEELD

# Pijnlijke gevolgen

Beschikbaarheid van een up-to-date medicatieoverzicht voor alle zorgverleners en apothekers is bij patiënten met nierschade van bijzonder belang. *Het betreft grote groepen mensen, zoals diabetespatiënten en patiënten met hart- en vaatziekten of hoge bloeddruk.*

tekst Frank van Wijk beeld AdobeStock

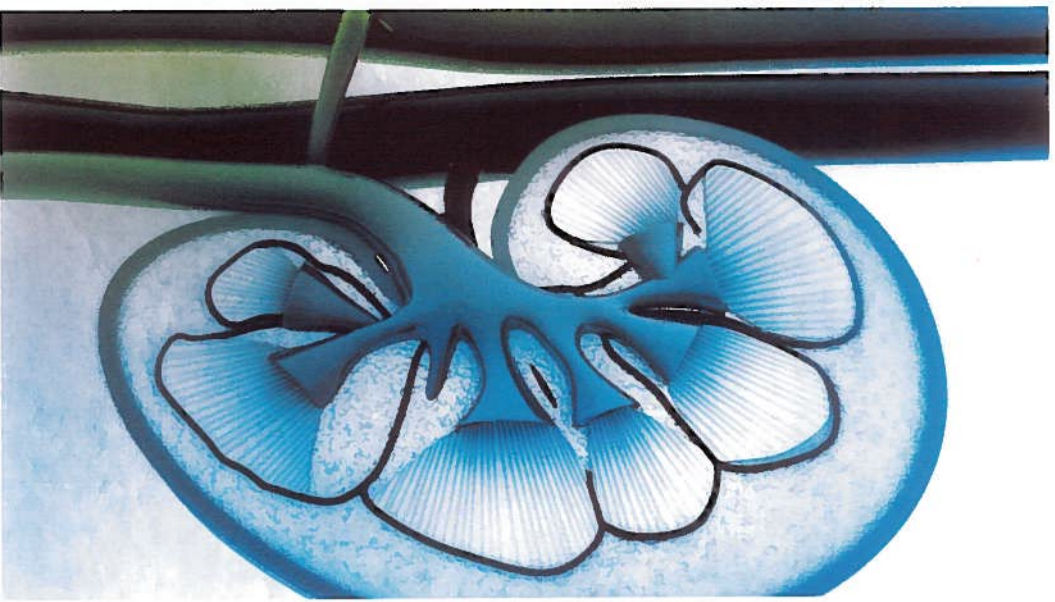
**D**AT BIJ HET OUDER worden de nierfunctie vermindert, is een natuurlijk proces. Maar medicatie kan dit proces onbedoeld versnellen. Patiënten kunnen nierschade oplopen als behandelars onjuiste of onvolledige gegevens over hen hebben en daardoor de verkeerde medicatie of onjuiste doseringen voorschrijven. 'De huisarts weet niet altijd wat ik aan een patiënt voorschrijf en ik krijg niet altijd door wat een andere arts verandert in de medicatie van de patiënt,' vertelt Chris Hagen, nefroloog in Meander Medisch Centrum. 'Er is geen goede gegevensoverdracht tussen de eerste en tweede lijn.' Dit terwijl medische bewaking juist voor nierpatiënten van cruciaal belang is. Bijwerkingen, contra-

indicaties en dosering luisteren nauw, omdat een verstoorde nierfunctie van invloed is op de werking van geneesmiddelen. Bij een te hoge dosering kan de patiënt meer last hebben van bijwerkingen en kan zelfs een vergifiging optreden. 'Het kan op allerlei manieren fout gaan, en in de praktijk gebeurt dit ook,' zegt Hagen. 'Recent nog: een man met een stoma en medicatie voor een verhoogde bloeddruk krijgt diarree. Door de bloeddrukmedicatie en een tekort aan vocht door de diarree kan medicatie om nierschade te voorkomen juist schade opleveren. Deze man heeft vijf dagen in het ziekenhuis gelegen omdat zijn nieren ineens niet meer functioneerden. Het is goed gekomen, maar mogelijk wel met enige restschade.'

### Toename vernijdbare opnames

Medicatieproblemen die tot potentiële nierschade leiden, komen veel te vaak voor, vindt ook Hugo van der Kuy, klinisch farmacoloog in het Zuyderland Medisch Centrum. 'In de ontslagbrief van een patiënt staat bijvoorbeeld neigjes vermeld dat bepaalde medicatie moet worden verstrekt en later wordt ontdekt dat de patiënt die nooit heeft gekregen. Of een huisarts switcht medicatie bij een patiënt omdat de eerder voorgeschreven medicatie bijwerkingen gaf, maar communiceert dit niet naar de behandelaar in het ziekenhuis. Bij opname van die patiënt kan dit tot forse problemen leiden. Wij gaan inmiddels bij patiënten die acuut zijn opgenomen, binnen 24 uur de medicatie langs. Hierbij ontdekken we geregeld dat medicatie niet goed in het systeem staat, dat de dosering niet klopt of dat geneesmiddelen die de patiënt wel gebruikt, ontbreken in het overzicht.'

De Nierstichting kent het probleem maar al te goed. 'Mannager zorg en innovatie' Kajsa van Geffen. 'Het aantal vernijdbare ziekenhuisopnamen door verkeerde medicatie stijgt,' Hans Bart, directeur Nierpatiënten Vereniging Nederland, voegt daaraan toe: 'Het is niet voor niets dat het probleem van bijwerkingen van medicatie bij ons boven aan op de



## 'Het systeem voor toestemming moet worden omgedraaid van opt-in naar opt-out'

met software van andere gebruikers. Juist daarom hebben wij samen met de veldpartijen en de icf-leveranciers informatie-uitwisseling op basis van internationale standaarden mogelijk gemaakt. Maar daarin moeten wel de rechten van de patiënt worden gerespecteerd. In de Nederlandse wet is geregeld dat zorgpro-

fessionals alleen inzage krijgen in gegevens als de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven: de *opt-in*. Op het punt van de nierfunctie leidt dit tot een probleem, want de patiënt komt nooit in het laboratorium waar die nierfunctie wordt bepaald. Het laboratorium heeft dus niet de gelegenheid om de opt-in van de patiënt te vragen. Daardoor mogen laboratoriumgegevens niet worden gedeeld met de apotheker. Dit is natuurlijk niet in het belang van medicatieveiligheid en dus niet in het belang van de patiënt. Dát probleem moeten we oplossen.'

De juiste plaats om dit te doen, is het Informatieberaad, een overlegorgaan van zorgcoöpeps, patiëntenfederaties en het ministerie van VWS. Van Gemrip: 'Medicatieveiligheid staat in het Informatieberaad al op de agenda. Partijen hebben afgesproken dat vanaf 1 januari 2019 recepten alleen nog worden uitgeleverd als er een met de patiënt geverifieerd actueel medicatieoverzicht is. Het is nu zaak daaraan toe te voegen dat de nierfunctie van de patiënt moet worden meegenomen.'

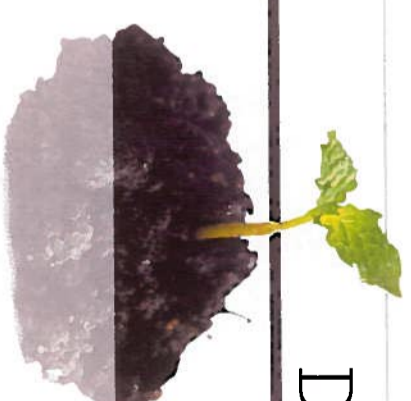
### Probleem zoekt eigenaar

Wat is nu de oplossing die waarborgt dat alle behandelars in alle fasen van de behandeling over de actuele medicatiegegevens van de patiënt beschikken, en dat de apotheker ook de nierfunctie kent? Van der Kuy denkt dat de ziekenhuisapotheker een regionale regiefunctie kan vervullen. 'Hij is weliswaar niet de probleemeigenaar, maar hij zit wel op een plaats waar hij in staat is met alle betrokken partijen te praten. Het feit dat een aantal ziekenhuisapotheken een concurrentiepositie heeft ten opzichte van de eerste lijn is hierbij wel een complicerende factor.' Bart stelt dat er niet één probleem eigenaar is, er is sprake van ketenverantwoordelijkheid. Dit zou ervoor pleiten de oplossing in handen van het Informatieberaad te leggen. 'Het Informatieberaad is er juist om sectoroversijgende afspraken te maken,' zegt Van Gemrip dan ook. En het kan hogen op richlijnontwikkeling voor informatieoverdracht tussen eerste en tweede lijn. 'De richtlijnen vanuit de eerste en tweede lijn zijn goed op elkaar afgestemd en worden nu vernieuwd,' zegt nefroloog Hagen. 'Het onderwerp staat

dus weer volop in de aandacht.' Daaraan draagt ook het concept Gezonde Nieren met het Find-dashboard in de regio's van Meander Medisch Centrum en het Jeeroen Bosch Ziekenhuis en Dialysecentrum Ravenstein bij. Het is opgezet om patiënten met nierschade in de eerste lijn op te sporen en de huisarts te adviseren hoe hij bij deze mensen volgens de richtlijn kan handelen. Als apotheken zich ook bij het netwerk aansluiten en het wordt landelijk opgeschaald, zou dat een oplossing kunnen zijn.'

### Opt-in of opt-out

De opt-in blijft een belemmering. Van der Kuy: 'Je zou laboratoria moeten verplichten hun data aan te leveren aan het landelijk schakelpunt voor toestemming. En het systeem voor toestemming moet worden omgedraaid van opt-in naar opt-out.' Bart is dit met hem eens, maar verbindt er twee voorwaarden aan. 'Ten eerste dat patiënten goed geïnformeerd worden over die verandering en de reden daarvoor. Ik denk dat chronische patiënten, want daarover hebben we het hier, heel goed begrijpen hoezeer de kwaliteit van hun zorg daarmee gebaat wordt. Ten tweede dat de patiënt zelf ook volledige inzage heeft in zijn actuele gegevens.' Een alternatief voor de opt-out is dat de apotheker toestemming krijgt om in specifieke situaties bloed te prikken. Service Apothek heeft hiermee een project gedaan, het percentage beschikbare nierfunctiewaarden in de betrokken apotheken is in korte tijd verdrievoudigd. Dit was voor een deel te danken aan de bewustwording bij huisartsen. Een project dat landelijke uitrol zou verdienen, vindt Van Geffen. Minister Schippers heeft laten weten daar niet negatief te generover te staan, gezien de toename van het aantal vernieuwbare ziekenhuisopnamen door medicatiefouten. ■



## Complexe bekkentractuur sneller hersteld dankzij 3D

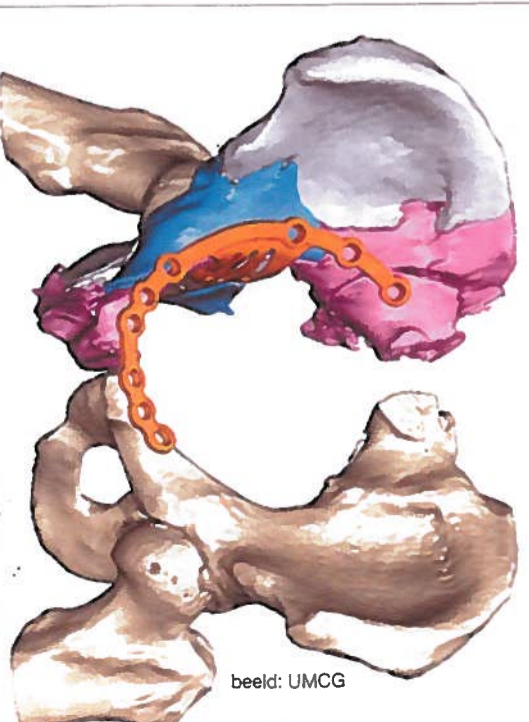
IN HET UMCG IS VOOR HET EERST EEN PATIËNT MET een ingewikkelde bekkentractuur geopereerd met voor de patiënt op maat gemaakte titaniumplaten en boornallen. Die platen en mallen zijn ontworpen op basis van virtuele 3D-modellen van het gebroken bekkens. Toch is dit niet het meest innovatieve aspect van de operatie. Dat is de tijd.

Het grootste voordeel van 3D is dat operatiemallen, hulpstukken of andere inplantbare materialen precies bij de patiënt en bij de breuk passen. 'Tijdens de operatie is het niet meer nodig de platen te buigen en aan te passen aan de vorm van het bekkens, en dat scheelt tijd,' vertelt traumachirurg Frank Ijzema. 'De operatie- en narcosetijd zijn dus korter. Deze ingrepen kunnen behoorlijk bloedertig zijn, dus het scheelt wellicht ook bloedverlies en kan leiden tot een vlotter herstel. Daarnaast helpen de platen mij bij het op de juiste plek terugbrengen van de beukdelen, juist omdat ze zo goed passen.'

### 'Dit is geen mooi spelletje voor de dokters'

Toch werd 3D niet eerder bij complexe bekkentracturen gebruikt omdat deze patiënten veelal binnen drie tot vijf dagen geopereerd worden. Dat het nu wel is gelukt, komt door een uitgekende workflow. Als een patiënt binnenkomt op de spoedeisende hulp wordt een CT-scan gemaakt. De scan wordt ingelezen op de computer, die vervolgens een 3D-model maakt van de breuk. Dat is een soort puzzel. Een multidisciplinair team van een traumachirurg, een technisch geneeskundige en een werktuigbouwkundige bekijken welk segment waar naartoe moet om de breuk te herstellen. Als de puzzel is gelegd en iedereen is akkoord, worden de plaat en de boornallen ontworpen en gemaakt door Witec, een bedrijf dat fijnmechanische delen produceert. De onderdelen gaan terug naar het UMCG, worden gesteriliseerd en direct naar de operatiekamer vervoerd.

Het idee voor deze operatie is ontstaan na een congres voor chirurgen over 3D in de kaakchirurgie, waar 3D al zo'n tien jaar wordt toegepast. Kaakchirurg Max Wijtes: 'Na de voortocht kwam Ijzema naar mij toe en vroeg of we konden nadenken over wat hij zou kunnen met deze



beeld: UMCG

technologie. Een paar dagen later kwamen we elkaar tegen in het restaurant na een late dienst. In twee uur tijd is het idee geboren. Van de provincie Groningen kregen de chirurgen subsidie. Voor de voorbereiding van bekkentracturen met behulp van 3D bestaat geen vergoeding vanuit de zorgverzekeraar. Technisch gecoördineerde Joep Kraeierna: 'Als je verzekeraars wilt overtuigen dat dit de toekomst is, zul je de meerwaarde moeten aantonen. Dat gaan we nu eerst doen.'

Meer onderzoek is dus nodig, maar het team heeft een goed gevoel overgehouden aan die eerste operatie. Wijtes: 'Ik heb het idee dat we hiermee echt wat kunnen betekenen voor patiënten. Dit is geen mooi spelletje voor de dokters.' Traumachirurg Ijzema valt aan: 'De mooiste beloning kwam na een paar weken toen ik de patiënt weer op de polikliniek zag. De revalidatie verloopt voorspoedig.'

(Suzanne Bernmers)

Heeft u een innovatief idee? Stuur het naar [ehndredactie@zorgvisie.nl](mailto:ehndredactie@zorgvisie.nl) o.v.v. rubriek De Innovatie