

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Veilig voorschrijven moet beter

Een gezamenlijke zorgbrede verantwoordelijkheid

December 2016



- 1 Inleiding**
 - 1.1 Aanleiding en belang
 - 1.2 Onderzoeksvragen
 - 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader
- 2 Conclusies**
 - 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
 - 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
 - 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
 - 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling
- 3 Handhaving**
 - 3.3 Vervolgacties inspectie
 - 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
 - 3.3 Vervolgacties inspectie
- 4 Resultaten**
 - 4.1 EVS
 - 4.2 Medicatieoverdracht
 - 4.3 Medicatiebeoordeling
 - 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
 - 4.5 Het patiëntenperspectief
- 5 Beschouwing**

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Voorwaarden voor Veilig Voorschrijven

Bijna iedereen gebruikt wel eens medicijnen.

Vaak gaat dit goed, maar niet altijd.

Waarom toetste de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie)?

Veilig medicijngebruik begint bij goed voorschrijven. Veilig voorschrijven gaat over veel meer dan afzonderlijke zorggebieden. Het gaat om het veiliger maken van de hele zorg. Juist de samenhang is van belang.

Waar toetste de inspectie?

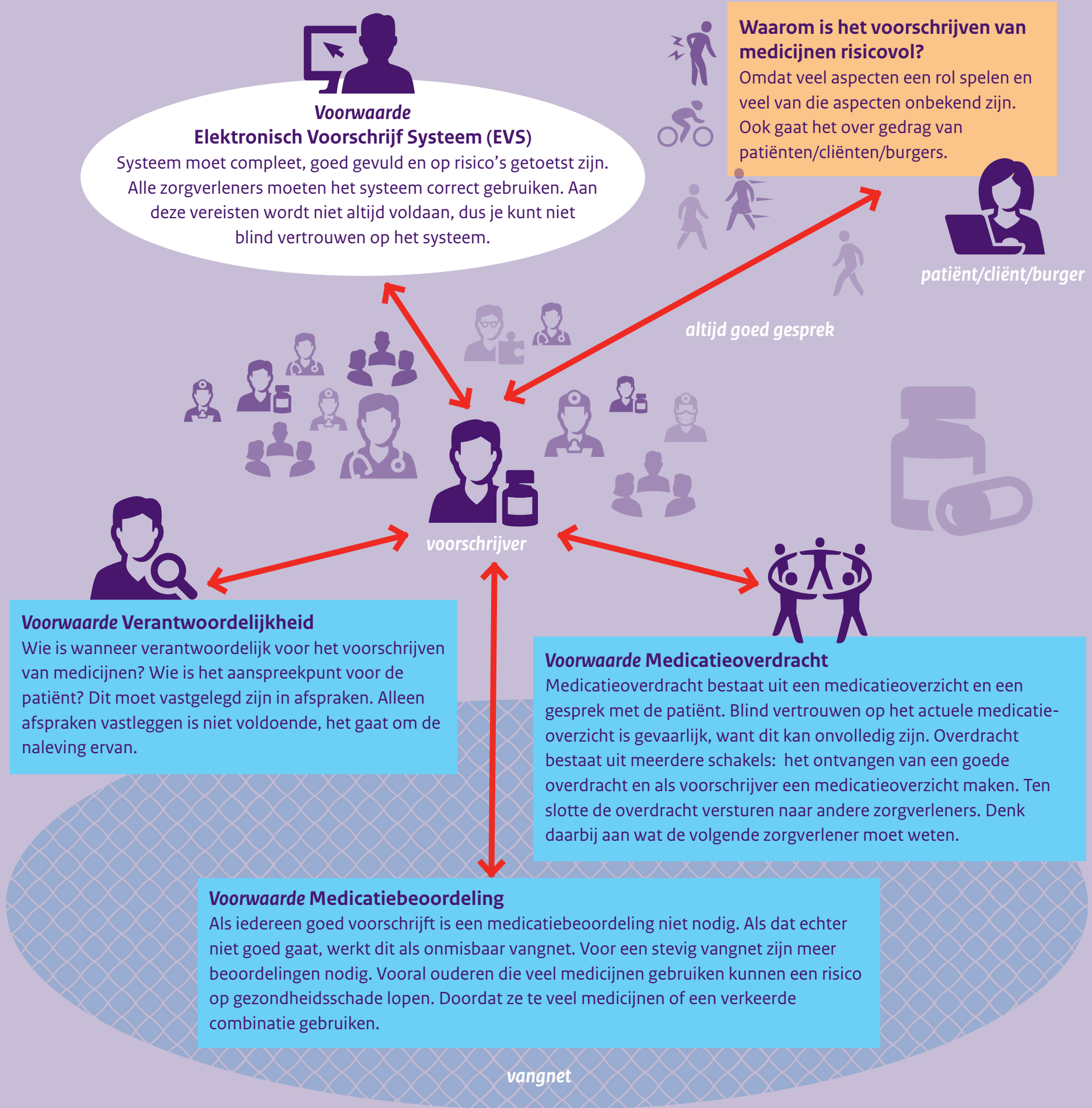
Bij zorgverleners en instellingen in alle zorggebieden waar patiënten/cliënten medicijnen voorgeschreven krijgen.

De Inspectie toetste

of aan de onderstaande vier voorwaarden voor veilig voorschrijven werd voldaan.

Voorschrijven

Een zorgverlener besluit welk medicijn het meest geschikt is om klachten te behandelen, vervolgens schrijft hij een recept uit.



Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Waarom is het voorschrijven van medicijnen risicovol?

Omdat niet altijd:

- een patiënt de vragen begrijpt van een arts over medicijnen die hij gebruikt.
- een patiënt goed antwoord geeft op de vragen van de arts.
- bekend is welke medicijnen een patiënt ook echt slikt.
- bekend is welke medicijnen een patiënt vroeger geslikt heeft.
- alle effecten van een medicijn bekend zijn.
- medicijnen zonder gevaar gecombineerd kunnen worden.
- de patiënt de voorschriften voor het gebruik van een medicijn volgt.
- de vele verschillende rollen van een patiënt bekend zijn (variërend van auto-bestuurder tot moeder), die beïnvloed kunnen worden door het gebruik van medicijnen.

Waarom toetste de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie)?

Veilig medicijngebruik begint bij verstandig voorschrijven. Veilig voorschrijven gaat over veel meer dan afzonderlijke zorggebieden. Het gaat om het veiliger maken van de hele zorg. Juist de samenhang is van belang.

Waar toetste de inspectie?

In 2015 en 2016 heeft de inspectie dan ook instellingen bezocht in de forensisch-psychiatrische zorg (bijvoorbeeld Tbs-klinieken), geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, huisartsenzorg, verpleeghuizen, en ziekenhuizen/medisch specialistische zorg.

Wat toetste de inspectie?

De inspectie toetste of aan de onderstaande vier voorwaarden voor veilig voorschrijven werd voldaan.

- 1 Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS)
- 2 Medicatieoverdracht

- 3 Verantwoordelijkheid
- 4 Medicatiebeoordeling bij ouderen die veel medicijnen gebruiken

Voorwaarde Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS)

Wat is getoetst? Raadpleegt de zorgverlener een computersysteem bij voorschrijven om te checken of geen onveilige situaties ontstaan?

Wat is gezien? Vrijwel alle zorgverleners gebruiken een computersysteem.

Wat moet er gebeuren? Blind vertrouwen op het systeem is een risico. De informatie in het systeem kan door vele oorzaken onvolledig zijn. Hiervoor is aandacht nodig van zowel zorgverleners als zorginstellingen. Een risicoanalyse voor het in gebruik nemen van een elektronisch systeem hoort daarbij.

Voorwaarde Medicatieoverdracht

Wat is getoetst? Geeft de zorgverlener de medicatiegegevens van een patiënt goed door aan andere zorgverleners?

Wat is gezien? Dit is de zwakste schakel van het systeem. Blind vertrouwen op het actuele medicatieoverzicht is gevaarlijk, want dit kan onvolledig zijn. Ook is het niet zeker of de patiënt daadwerkelijk alles zo gebruikt.

Wat moet er gebeuren? Medicatieoverdracht vraagt oplettendheid van zorgverleners. Het bestaat uit een medicatieoverzicht en een gesprek met de patiënt. Overdracht bestaat uit meerdere schakels: het ontvangen van een goede overdracht en als voorschrijver een medicatieoverzicht maken. Ten slotte de overdracht versturen naar andere zorgverleners. Denk daarbij aan wat de volgende zorgverlener moet weten. Niet alle zorgverleners gebruiken hetzelfde voorschrijfsysteem. Daarom is de informatieoverdracht pas klaar als de informatie beschikbaar is tijdens het voorschrijven, dus in het voorschrijfsysteem van de ontvangende zorgverlener.

Voorwaarde Verantwoordelijkheid

Wat is getoetst? Is het voor een patiënt en zorgverleners altijd duidelijk wie eind-verantwoordelijk is voor het voorschrijven van medicijnen?

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.1 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Wat is gezien? Bij een simpelere organisatie is het gemakkelijker om te weten wie wat doet, terwijl bij complexere zorginstellingen strakkere afspraken nodig zijn.

Wat moet er gebeuren? De dichtstbijzijnde zorgverlener krijgt de vragen van de patiënt. Hier moeten zorgverleners op voorbereid zijn. Wie verantwoordelijk is voor voorschrijven moet vastgelegd zijn in afspraken. Alleen afspraken vastleggen is niet voldoende, het gaat om de naleving ervan.

Voorwaarde Medicatiebeoordeling bij ouderen die veel medicijnen gebruiken

Wat is getoetst? Beoordeelt een zorgverlener bij ouderen die veel medicijnen gebruiken regelmatig of hun medicijngebruik nog klopt?

Wat is gezien? Medicatiebeoordelingen gebeuren nu alleen bij oudere patiënten die verschillende medicijnen gebruiken. Dit is ook conform de afgesproken richtlijnen.

Wat moet er gebeuren? Als alle zorgverleners goed voor zouden schrijven, zou een medicatiebeoordeling niet nodig zijn. Een correct werkend elektronisch voorschrijfsysteem zou daarbij helpen. Als het voorschrijven echter niet goed gaat, werkt de medicatiebeoordeling als onmisbaar vangnet. Medicatiebeoordelingen zouden moeten plaatsvinden bij alle patiënten die veel medicijnen gebruiken en niet alleen bij ouderen.

Wat kan de voorschrijver doen:

- Wees zeker dat er altijd een goed gesprek over medicijngebruik is geweest tussen een zorgverlener en jouw patiënt/cliënt.
- Zorg dat je het voorschrijven zelf goed op orde hebt. Ken bijvoorbeeld jouw risico's bij gebruik van een Elektronisch Voorschrijf Systeem.
- Vraag en geef feedback over de medicatieoverdracht.

Wat moet je als burger zelf doen?

- Realiseer je dat jijzelf de enige bent die weet wat je echt slikt.
- Zorg dat je zelf op een rijtje hebt welke medicijnen je echt gebruikt.
- Zorg dat je voorschrijver weet welke medicijnen je gebruikt.
- Een medicatieoverzicht van jouw apotheker kan jou en je zorgverlener daarbij helpen.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Voorwoord

Elke Nederlander krijgt in zijn leven wel een keer te maken met het gebruik van medicijnen. Het gebruik van medicijnen levert gezondheidswinst op maar kan ook zorgen voor schade, bijvoorbeeld door bijwerkingen. Vooral kwetsbare ouderen, die vaak veel aandoeningen hebben met medicijnen die door verschillende artsen zijn voorgeschreven, lopen een risico. Deze zogenaamde medicatie gerelateerde schade is voor een groot deel te voorkómen. Om dit te realiseren staat het thema medicatieveiligheid de laatste jaren op de agenda van de beroepsgroepen van artsen, apothekers, thuiszorgorganisaties, patiëntenorganisaties, (zorgverzekeraars) en overheidsinstanties. De beroepsgroepen hebben verschillende richtlijnen opgesteld die ervoor moeten zorgen dat de medicatieveiligheid van patiënten in Nederland verder verbetert. Ondanks deze initiatieven gaat het nog te vaak onnodig mis. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft daarom vanaf 2014 zorgbreed de focus op het veilig voorschrijven gelegd.

In het voorliggende rapport staan de resultaten van het toezicht op deze vier voorwaarden voor veilig voorschrijven, te weten het elektronisch voorschrijven en de medicatiebewaking; de medicatieoverdracht, de medicatiebeoordeling en de verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Specifiek gaat het om de sectoren huisartsen, ziekenhuizen, verpleeghuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg instellingen in Nederland.

De resultaten laten zien dat aandacht voor medicatieveiligheid nodig blijft. Maar de inspectie ziet wel verbetering. Anno 2016 schrijven Nederlandse artsen elektronisch voor. Dat is winst. Dit elektronisch voorschrijven leidt echter tot nieuwe risico's als zorgverleners te veel vertrouwen op het systeem. De inspectie zal daar dus ook op toezien. Zorgverleners besteden ook veel tijd aan het verzamelen van informatie bij de patiënt en uit overdrachten. Zij gebruiken dit om het voorschrijfsysteem goed te kunnen vullen. Het voorschrijven begint hier. Zonder goed overzicht geen goed voorschrift. Het toezicht moet daar dus ook beginnen. Dat voorschrift moet goed bijgehouden worden. Helaas besteden zorgverleners daarna te weinig aandacht aan het zelf overdragen van de eigen medicatie-informatie aan anderen

terwijl dit in het veranderend zorglandschap juist van belang is. Dit leidt tot risico's en is inefficiënt.

Een wijdverbreid misverstand is het idee dat risico's rondom het voorschrijven weg zijn als de ICT eenmaal goed werkt. Dan zou er niet meer met de patiënt gesproken hoeven te worden. De patiënt heeft onvervangbare informatie en zijn rol moet belangrijker juist worden. Medicatiebeoordelingen door huisartsen worden uitgevoerd, maar zijn nog te klein in aantal om de veiligheid voldoende te waarborgen. Er zijn onvoldoende dekkende afspraken over wie, waarvoor verantwoordelijk is. De inspectie ziet echte voortgang, maar er moet op alle gebieden nog veel gebeuren. Het veilig voorschrijven omvat vele kleine stappen. De aanpak vraagt een systematische verbetering van alle stappen, in de juiste volgorde. Dat vraagt een vaste koers, een helder doel en een lange adem.

dr. J.A.A.M. van Diemen,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Samenvatting

Medicijngebruik leidt nog steeds tot veel vermijdbare gezondheidsschade. Vooral wanneer kwetsbare patienten (ouderen) medicatie gebruiken die door verschillende zorgverleners werd voorgeschreven, kunnen risico's ontstaan. Vandaar dat het onderwerp medicatieveiligheid ook op de agenda's van de beroepsgroepen van artsen, apothekers, thuiszorgorganisaties, patiëntenorganisaties, (zorgverzekeraars) en overheidsinstanties staat.

Voor het veilig gebruiken van medicatie is goed voorschrijven essentieel. Om de medicatieveiligheid verder te verbeteren heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg vanaf 2014 zorgbreed de focus op het veilig voorschrijven gelegd. Op basis van wet- en regelgeving en richtlijnen stelde zij een toetsingskader op dat vier voorwaarden voor veilig voorschrijven omvat(te): elektronisch voorschrijven, medicatiebeoordeling, medicatieoverdracht en verantwoordelijkheidsverdeling. De inspectie onderzocht hoe deze voorwaarden werden ingevuld door bezoeken te brengen bij verschillende zorgaanbieders: huisartsen, ziekenhuizen, verpleeghuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg instellingen. De bezoeken werden in 2015 en 2016 afgelegd. Per sector werd een sectorrapportage gemaakt, het nu voorliggende rapport bevat het geaggregeerde beeld over de sectoren heen.

De resultaten laten zien dat aandacht voor medicatieveiligheid nodig blijft. In veel gevallen is sprake van een goed werkend elektronisch voorschrijfsysteem, maar zijn de risico's die gepaard gaan met het gebruik van dit systeem minder goed in beeld. Het verkrijgen van een compleet en actueel medicatieoverzicht is nog steeds een uitdaging: het overdragen van medische en farmaceutische gegevens van de ene naar de andere zorgverleners/ aanbieder is namelijk nog niet goed geregeld in Nederland. De medicatiebeoordeling is in veel gevallen nog geen onderdeel van de farmacotherapeutische zorg aan kwetsbare ouderen. Bovendien ziet de inspectie dat er ook andere kwetsbare groepen zijn waar een medicatiebeoordeling meerwaarde heeft. Voor wat betreft de onderlinge samenwerking constateerde de inspectie dat de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg in de praktijk lastig te toetsen is. Zo zijn de verschillende taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het gebied van samenwerking niet duidelijk in de richtlijn uitgewerkt.

Dit terwijl zorgverleners onderkennen dat samenwerking cruciaal is. De inspectie heeft bij de bezochte zorgverleners om verbetermaatregelen gevraagd waar nodig. Zij ziet dat het veld al veel verbetering in gang heeft gezet, maar er moeten nog veel stappen gezet worden. Daar spreekt zij de zorgaanbieders en de beroepsgroepen op aan.

De inspectie blijft toezien op het veilig voorschrijven. Zij verwacht dat de beroepsgroepen de aspecten samenwerking met de patient en elkaar helder en praktisch zullen vastleggen in hun (herziene) richtlijnen. Zodat elke Nederlander ook in het veranderend zorglandschap met meer kwetsbare ouderen die langer thuiswonen kan vertrouwen op veilig voorgeschreven medicatie.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Waarom is veilig voorschrijven zo belangrijk en moeilijk?

Het gebruik van medicijnen is voor veel patiënten noodzakelijk om zo gezond mogelijk te blijven. Aan het gebruik van medicijnen zijn echter ook risico's verbonden, zeker wanneer de gebruiker vanwege leeftijd en/of het ziektebeeld kwetsbaar is. Het gebruik van meerdere medicijnen kan daarnaast risico's met zich meebrengen: bij het voorschrijven van medicatie moet dan rekening gehouden worden met mogelijke interacties. Uit onderzoek blijkt dat het voorkomen van deze risico's en de daaruit volgende gezondheidsschade nog niet voldoende plaatsvindt.^[1] (1)(1, 2, 3, 4, 5) *

Het is niet eenvoudig om deze risico's terug te dringen, omdat veel verschillende aspecten samen tot een risico leiden. Deze aspecten zijn niet altijd bekend, maar voor veilig medicatiegebruik moet daar wel rekening mee worden gehouden. Het gaat dan bijvoorbeeld om aspecten als de patiënt zelf, de voorschrijver en de omgeving van de patiënt. De risico's van medicatiegebruik zijn bijvoorbeeld dat de gebruiker van medicatie verschillende rollen kan hebben (variërend van autobestuurder tot moeder) die beïnvloed kunnen worden door het medicatiegebruik. Ook kan de gebruiker naast de door de zorgverlener voorgeschreven medicatie, ook medicatie gebruiken die niet is voorgeschreven. De gebruiker begrijpt bovendien niet altijd de informatie en vragen die de arts stelt over de medicatie. Ook is niet altijd bekend welke medicatie de patiënt nu allemaal gebruikt of gebruikt heeft. Bovendien kan medicatie een verschillende werking hebben bij verschillende patiënten. Patiënten kunnen wisselend op dezelfde medicatie reageren, waarbij bijvoorbeeld de ene patiënt een allergie ontwikkelt en de ander niet. En patiënten houden zich niet altijd aan de gebruiksvorschriften die zij meekrijgen.

[1] Uit studies (HARM (2006), IPCI (2006), Harm-Wrestling (2009) blijkt dat geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames een reëel probleem vormen, waarvan bijna de helft (44%) potentieel voorkomen kan worden.

* De oranje cijfers verwijzen naar de literatuur (Bijlage 3, pagina 28).

Het besluit welk medicijn het meest geschikt is om de klachten van een patiënt te behandelen en daar een recept voor uitschrijven heet voorschrijven. Goed en veilig voorschrijven speelt een belangrijke rol bij het voorkomen van schade door medicatie. Veilig voorschrijven kent vele aspecten: het 'evidence-based' voorschrijven op basis van de zorgvraag van de patiënt, het bijhouden van het patiëntdossier (inclusief patiëntkarakteristieken én het actuele medicatieoverzicht), het gebruiken van actuele farmacotherapeutische behandelrichtlijnen van de beroepsgroep of het kiezen van medicijnen uit het aanwezige formularium. Iedere patiënt heeft recht op een optimaal voorschrijfbeleid en een veilige uitvoering van dat beleid door alle betrokken zorgverleners.

Het zorgveld en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) hebben de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan het thema medicatieveiligheid. Deze aandacht heeft geresulteerd in verschillende 'multidisciplinaire' richtlijnen en handreikingen. In alle gebieden van de gezondheidszorg is er de afgelopen jaren vooruitgang geboekt op het gebied van medicatieveiligheid maar er liggen nog steeds grote uitdagingen.

Bij veilig medicatiegebruik zijn verschillende aspecten van belang: het voorschrijven, ter hand stellen, de opslag/ beheer van medicatie, het toedienen en de ontwikkeling/ productie. De inspectie besteedt in haar toezicht op medicatieveiligheid naast de voorwaarden voor veilig voorschrijven onder andere ook aandacht aan de rol van de apotheker, aan het toezicht op fabrikanten van geneesmiddelen en aan de veiligheid van toediening.

De inspectie heeft besloten om zich bij haar toezicht op medicatieveiligheid in eerste instantie specifiek te gaan richten op het voorschrijven. Fouten bij het voorschrijven van medicatie werken immers door in het hele zorgproces. Daarbij moet de zorg voldoen aan de (rand)voorwaarden voor veilig voorschrijven. Uit onderzoek(1, 2, 3, 4, 5) en ervaringen in het toezicht blijkt dat die voorwaarden voor veilig voorschrijven niet (overal) en niet altijd geïmplementeerd zijn in de praktijk, waardoor er vermijdbare schade ontstaat.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

1.2 Onderzoeksvragen

Met dit onderzoek toetst de inspectie zorgbreed of volgens de beschikbare richtlijnen/veldnormen:

- 1 Het voorschrijven en de bewaking van medicatie met een EVS plaatsvindt;
- 2 De goede medicatiegegevens compleet en tijdig worden overgedragen naar de volgende zorgverlener;
- 3 Bij oudere kwetsbare patiënten die veel medicatie gebruiken een medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd;
- 4 De verantwoordelijkheden voor het veilig voorschrijven gedefinieerd en belegd zijn.

De inspectie toetste deze de vier 'voorwaarden voor veilig voorschrijven'. Het toezicht op de voorwaarden voor veilig voorschrijven moet eraan bijdragen dat de patiënt zo min mogelijk nadelige gevolgen ondervindt van het gebruik van geneesmiddelen.

1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

Methode

De inspectie heeft de voorwaarden voor veilig voorschrijven zorgbreed onderzocht, aangezien 1) het voorschrijven van medicatie in alle sectoren van de zorg gebeurt; en 2) patiënten 'bewegen' door de zorgketen, zeker de kwetsbare patiënten die veel medicatie gebruiken zien voorschrijvers in verschillende sectoren.

De inspectie onderzocht in hoeverre de voorwaarden voor veilig voorschrijven aanwezig waren in de volgende zes sectoren:

- Eerstelijnsgezondheidszorg (hierna: ELZ), de huisartsen;
- Medisch specialistische zorg (hierna: MSZ), de ziekenhuizen;
- Verpleging en verzorgingzorg (hierna: V&V);
- Gehandicaptenzorg (hierna: GZ), de intramurale GZ voorzieningen;
- Geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ), specialistische (voornamelijk ambulante) GGZ instellingen;
- Forensische zorg (hierna: FZ), de forensische psychiatrische centra (hierna: de FPC's).

Binnen elke sector maakte de inspectie op basis van gegevens over specifieke risico's in die sector een selectie van te onderzoeken instellingen of voorschrijvers^[2]. In de rapporten van de deelonderzoeken staat een verantwoording van deze selectieprocedure. De inspectie toetste de voorwaarden tijdens bezoeken aan de praktijken/instellingen.

In de deelonderzoeken is meestal een toezichtpopulatie gekozen die niet representatief is voor de gehele sector. Dit komt omdat de inspectie een selectie op basis van risico's maakte. De resultaten geven een beeld en laten zien waar de specifieke risico's en aandachtspunten voor de sector zitten.

Naast de inspectiebezoeken bij instellingen in de zes sectoren, is ook nadrukkelijk naar het patiëntenperspectief gekeken. De inspectie vindt het van belang de rol en het perspectief van de patiënt mee te nemen in haar toezicht. Het RIVM onderzocht in opdracht van de inspectie het patiëntenperspectief bij de voorwaarden voor veilig voorschrijven. Hiertoe werden de patiëntenorganisaties bevroegd en zijn focusgroepinterviews gehouden met oudere patiënten met diverse chronische aandoeningen(II). Het Nivel heeft op verzoek van de inspectie het patiëntenperspectief onderzocht binnen de eerstelijnszorg voor de voorwaarden verantwoordelijkheidsverdeling en de medicatiebeoordeling(III).

Toetsingskader

Het proces rondom voorschrijven is omschreven in verschillende documenten. Veel daarvan gaan over de juiste keuze van medicatie bij een aandoening. De Wet Kwaliteit Klachten en geschillen zorg (de WKKGZ), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Geneesmiddelenwet vormen het wettelijk kader. De vier voorwaarden zijn gebaseerd op de volgende richtlijnen en handreikingen:

- 1 Richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' (2008) en 'nadere toelichting' (2015) (IV) (7)
- 2 Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010)(V) (8)

[2] Daar waar instellingen staat, kan ook voorschrijvers gelezen worden.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

- 3 Multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij Ouderen' (2012) (VI) (9)
- 4 Veilige principes in de medicatieketen (2012) en addendum (2014) (VII) (10)
- 5 Richtlijn 'Elektronisch voorschrijven' (2013) (VIII) (11)

Onderzoeksperiode

De bezoeken werden uitgevoerd in 2015 en de eerste drie maanden van 2016. De onderzochte instellingen ontvingen een individueel conceptrapport, die zij op feitelijke onjuistheden konden corrigeren. Vervolgens stelde de inspectie dit rapport vast, inclusief bijbehorende maatregelen voor de instelling.

Leeswijzer

De paragrafen uit hoofdstuk 2 Conclusie geven antwoord op de onderzoeksvragen per voorwaarde. In hoofdstuk 3 Handhaving staat welke maatregelen de inspectie oplegde en welke aanbevelingen zij doet. Hoofdstuk 4 Resultaten bevat een samenvatting van de resultaten per voorwaarde. In hoofdstuk 5 is een beschouwing opgenomen. De bouwstenen voor deze hoofdstukken komen voort uit resultaten en conclusies van de deelonderzoeken per sector. In de bijlagen A -F zijn de rapportages van de onderzoeken per sector opgenomen. De specifieke resultaten, conclusies, maatregelen en handhaving per sector staan in de deelrapportages. De Hoofdstukken 2 tot en met 5 bevatten de rode draad hiervan.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

2 Conclusies

2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig

Waarom is veilig voorschrijven zo belangrijk en moeilijk?

Vrijwel alle zorgprofessionals die dat volgens de norm zouden moeten doen gebruiken een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS). Dit is winst aangezien hiermee de medicatiebewaking voor de patiënt wordt gefaciliteerd en de kans op medicatiefouten afneemt. Ondanks dat het EVS vrij breed ingevoerd is, zijn zowel de instellingen als de voorschrijvers zich door het ontbreken van een risicoanalyse onvoldoende bewust van de mogelijk risico's bij het (in) gebruik (nemen) van een EVS. Dit is aan de orde wanneer de voorschrijver teveel focust op de signaalfuncties en minder op andere risico's waarop geen signaalfunctie bestaat in een EVS, zoals fouten in het handmatig overtypen van gegevens^[3]. De voorschrijver dient zich hiervan bewust te zijn. Ook bij herhaalrecepten is het van belang eventuele signalen te controleren. Dit kan tot een misplaatst gevoel van veiligheid leiden. De inspectie constateerde in haar onderzoek dat er in de verschillende sectoren meer aandacht nodig is voor dit nieuwe risico. Een ander risico is dat het EVS een relatief statisch systeem is waarin wijzigingen niet snel door te voeren zijn. Bovendien moet de gebruiker van het EVS zicht realiseren dat onderhoud, updates en de koppeling aan het elektronisch patiëntendossier (EPD) ook (doorlopend) aandacht vragen.

Dit zijn aspecten die de (prospectieve) risicoanalyse van belang maken.

De inspectie oordeelt dat de instellingen en de voorschrijvers meer maatregelen dienen te nemen door eerst een inschatting van deze risico's te maken.

Daarnaast blijft het gebruik van het EVS in sommige sectoren een aandachtspunt.

[3] In het toetsingskader zijn deze risico's, gebaseerd op de KNMG richtlijn elektronisch voorschrijven uit 2013, beschreven.

2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij

Bij de start van de zorg in een instelling moet zo snel mogelijk een goed overzicht gemaakt worden van de actuele medicatie. Daarbij moet de uit andere instellingen verkregen informatie geverifieerd en aangevuld worden bij en door de patiënt. Bij veel van de onderzochte instellingen is dit redelijk tot goed geregeld. De inspectie vindt dit van belang, omdat veilig voorschrijven zonder dit overzicht niet mogelijk is. Dan heeft de instelling zelf de informatie niet die later moet worden overgedragen.

De inspectie constateert dat voor alle sectoren en de verschillende zorgketens het vastleggen en overdragen van het actueel medicatiegebruik van de patiënt onvoldoende is gegarandeerd. Er gaat nog veel tijd verloren door het niet volledig overdragen van informatie of niet op elkaar aansluitende systemen. Dit is onacceptabel gezien de risico's die hierdoor kunnen ontstaan. Zowel in het gebruik van technische oplossingen, als het verifiëren van informatie bij de patiënt is nog verbetering nodig. De overdracht is op het punt tijdigheid licht verbeterd, ten opzichte van het inspectierapport uit 2015^[4] (6) Ondanks dat de onderzoeksmethoden verschilden, was wel zichtbaar dat de tijdigheid van de overdracht veel meer aandacht had gekregen vanuit de instellingen. Sommige onderdelen krijgen nog onvoldoende aandacht (bijvoorbeeld het vermelden van de indicatie voor de '23 medicamenten' op het recept en het doorgeven van afwijkende uitslagen van door de overdrager uitgevoerde onderzoeken naar de nierfunctie).

Het verbeteren van de overdracht van informatie over het actuele voorschrift en gebruik van medicatie tussen voorschrijvers heeft prioriteit. Gezien de inspanningen die zorginstellingen en zorgverleners moeten verrichten om overgedragen informatie te corrigeren en aan te vullen, zou een betere overdracht niet alleen de zorgverlening veiliger en beter maken, maar zou dit ook tot een aanzienlijke efficiëntiewinst moeten leiden.

[3] Continuïteit van zorg voor kwetsbaar ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd, juni 2015. Referentie

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Daarnaast is de rol van de patiënt bij een veilige overdracht belangrijk. Zorgverleners zouden zich vooral moeten richten op het ondersteunen van de patiënt bij het overdragen van informatie. Een belangrijk deel van de informatie over het medicatiegebruik is alleen bij de patiënt bekend en kan daarom niet vervangen worden door een (elektronische) overdracht tussen zorgverleners.

2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen

De inspectie constateert dat er een start gemaakt is met het uitvoeren van de medicatiebeoordeling, maar de multidisciplinaire ‘Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen’ (2012) wordt nog onvoldoende zorgbreed nageleefd. Zo is er nog te weinig aandacht voor het betrekken van de patiënt/vertegenwoordiger bij de beoordeling en worden patiënten die in aanmerking komen voor een beoordeling nog onvoldoende volgens de geldende criteria geselecteerd. Huisartsen zijn gestart met het uitvoeren van medicatiebeoordelingen. Huisartsen die gestart waren met medicatiebeoordelingen voldeden aan die minimumnorm^[5]. Om het veilig voorschrijven van geneesmiddelen aan de grote groep thuiswonende kwetsbare ouderen met polyfarmacie te verbeteren, is het belangrijk dat een versnelling van het aantal medicatiebeoordelingen plaatsvindt de komende jaren. Het groeiemodel uit de norm vormt hierbij de minimumnorm^[6]. Gezien de vergrijzing stijgt het aantal kwetsbare ouderen met polyfarmacie de komende jaren, en deze ouderen zullen gezien het veranderend zorglandschap vaker en langer thuis blijven wonen. De rol voor de huisarts en de apothekers in de eerste lijn zal dus groeien voor de medicatiebeoordeling.

Aangezien de meeste kwetsbare ouderen thuis wonen is door het uitvoeren van medicatiebeoordelingen in de eerste lijn naar verwachting de meeste gezondheidswinst te behalen.

Het is essentieel dat er een groei plaats vindt van het aantal medicatiebeoordelingen waarbij de patiëntselectie criteria verruimd worden. De inspectie ziet ook andere kwetsbare doelgroepen die veel medicatie gebruiken, zoals chronische gebruikers van antipsychotica en cardiologische medicatie, voor wie de beoordeling een meerwaarde heeft.

[5] Voor 2015 was de minimumnorm vijf medicatiebeoordelingen per huisartspraktijk.

[6] De minimumnorm is gerelateerd aan de praktijkgrootte.

2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

De inspectie constateert onvoldoende naleving van de afspraken en normen zoals die staan beschreven in de handreiking verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg, toegespitst op de voorwaarden voor veilig voorschrijven van medicatie. Instellingen kunnen en moeten duidelijker afspraken maken over wie voor welk deel van het proces rondom het voorschrijven verantwoordelijk is, vooruitlopend op aanscherping van landelijke afspraken. Hierdoor moet het ook voor de patiënt duidelijker worden wie het aanspreekpunt is voor vragen over de voorgeschreven medicatie.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.1 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

3 Handhaving

3.1 Maatregelen voor de onderzochte instellingen

De onderzochte instellingen kregen bij hun definitieve rapport ook de benodigde verbetermaatregelen. Afhankelijk van de ernst en de aard van de maatregel kreeg de ontvanger van het rapport tussen een en zes maanden de tijd om de maatregel uit te voeren. Bij een acuut risico voor de patiëntveiligheid werd direct een maatregel opgelegd, maar dit is niet nodig geweest. De bezochte instellingen hebben inmiddels al veel verbeteringen in gang gezet en gerealiseerd. De afzonderlijke rapporten en de opvolging daarvan zijn op de website van de inspectie te vinden.

Daarnaast blijft het gebruik van het EVS in sommige sectoren een aandachtspunt.

3.2 Aanbevelingen per voorwaarde

EVS

Het EVS faciliteert de medicatiebewaking. Hiervoor is het volgende nodig:

- Alle voorschrijvers die nog geen EVS gebruiken, maar die dit volgens de norm wel moeten doen, moeten dit zo snel als verantwoord is gaan doen.
- Alle instellingen die volgens de norm een EVS beschikbaar zouden moeten stellen aan voorschrijvers, moeten dat nadat een goede risicoanalyse is uitgevoerd, doen.
- Alle instellingen moeten een actuele risicoanalyse beschikbaar hebben van hun eigen EVS en moeten aantoonbaar acties ondernomen hebben op basis van de geconstateerde knelpunten.
- Voorschrijvers moeten op de hoogte zijn van de beperkingen van 'hun' EVS. Blind vertrouwen in het systeem is gevaarlijk en dus ongewenst. Dit moet ook onderdeel worden van de opleiding die voorschrijvers krijgen.
- Instellingen moeten voorschrijvers trainen in het omgaan met de risico's van elektronisch voorschrijven.

Medicatieoverdracht

De overdracht moet op een zodanige wijze worden georganiseerd dat:

- Alle nieuwe voorschriften en wijzigingen in voorschriften ook daadwerkelijk in het EVS worden ingebracht.
- Zorgverleners betrokken bij het medicatieproces (dit is breder dan de voorschrijvers) zich vergewissen van de juistheid en het actueel zijn van het voorschrift en de uit te reiken medicatie,
- de overdracht van informatie voor goede patiëntenzorg gewaarborgd is.
- de naadloze aansluiting tussen overdragende en ontvangende voorschrijver wordt bevorderd.
- de centrale rol van de patiënt bij de overdracht van informatie wordt ondersteund en versterkt.
- de informatie overdracht rond/ over de patiënt dient als één gezien te worden. Medische-, verpleegkundige- en medicatieoverdracht moeten samen een complete overdracht vormen, zonder doublures en lacunes.
- leveranciers van software dienen producten te leveren die een goed overdracht- en het voorschrijfproces mogelijk maken. Het is daarbij niet voldoende om te volstaan met het voldoen aan de letter van de wettelijke minimumverplichtingen.

In het toezicht op instellingen en softwareleveranciers zal de inspectie prioriteit geven aan het realiseren van deze aanbevelingen.

Medicatiebeoordeling

Huisartsen en apothekers die medicatiebeoordelingen uitvoeren voor thuiswonende kwetsbare ouderen moeten:

- samenwerkingsafspraken vastleggen
- het aantal medicatiebeoordelingen opvoeren
- medicatiebeoordelingen uitvoeren volgens de beschreven methode
- de resultaten van de beoordeling vastleggen in het behandelplan
- de patiënt of diens vertegenwoordiger directer betrekken bij de medicatiebeoordeling
- de resultaten van de beoordeling bespreken met andere voorschrijvers.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Zorgverleners moeten medicatiebeoordelingen uitvoeren, volgens de richtlijn, bij alle kwetsbare groepen die veel medicatie gebruiken.

Verantwoordelijkheidsverdeling

Instellingen moeten afspraken rond verantwoordelijkheidsverdeling maken en invoeren die:

- duidelijk vastgelegd zijn,
- goed voorschrijven mogelijk maken,
- passen bij de organisatorische complexiteit van de instelling,
- toegankelijk / of beschikbaar zijn voor patiënt/ vertegenwoordiger en andere zorgverleners.

De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg moet zorgbreed gebruikt kunnen worden. Dit betekent dat een doorontwikkeling nodig is zodat taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de samenwerkende zorgverleners in ieder geval op het gebied van de medicatie duidelijk worden beschreven en vastgelegd, en wel zodanig dat dit voor zorgverleners onderling en de patient duidelijk is én dat ook toetsing en handhaving mogelijk is.

3.3 Vervolgacties inspectie

De inspectie bespreekt de bevindingen van dit onderzoek tijdens een invitational conference met de veldpartijen. Daarbij worden de aanbevelingen voor het veld met hen besproken en worden afspraken gemaakt over hoe de benodigde verbeteringen gerealiseerd kunnen worden.

De inspectie blijft de komende jaren in haar toezicht expliciet aandacht houden voor het onderwerp en zal in een vervolgonderzoek toetsen of de voorwaarden voor veilig voorschrijven voldoende geborgd worden en dit zonodig met handhaving afdwingen.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staan de geaggregeerde resultaten vanuit alle sectoren. Meer specifieke informatie per sector staat in de sectorhoofdstukken, zie bijlagen A t/m F.

4.1 EVS

4.1.1 Een elektronisch voorschrijfsysteem wordt door het merendeel van de voorschrijvende zorgverleners gebruikt

Uit het onderzoek bleek dat het overgrote merendeel van alle instellingen en praktijken in de vijf sectoren een EVS gebruikt. Van de GZ is geen informatie beschikbaar omdat de voorwaarde EVS daar niet onderzocht is.

Alle onderzochte huisartsenpraktijken en alle bezochte ziekenhuizen op één na, gebruikten een EVS. Het juiste gebruik van een EVS als voorwaarde voor veilig voorschrijven was minder vaak bij instellingen van de GGZ, GZ, FZ en V&V gerealiseerd.

Wanneer zorgverleners elektronisch voorschreven dan gebruikten zij een EVS eveneens voor de medicatiebewaking.

In een kleine minderheid van de bezochte instellingen bleek dat het gebruik van een EVS niet aan de vereisten voldeed. Zo werden de medicatieoverzichten incompleet ingevoerd en vond er onvoldoende controle van signalen plaats. Niet alle mogelijkheden van een EVS, bleken te zijn geïnstalleerd en vaak hadden gebruikers onvoldoende kennis en kunde om optimaal van de functionaliteiten van een EVS gebruik te maken. Ook de noodzakelijke koppeling van een EVS aan een elektronisch patiëntendossier, om zo bijvoorbeeld tot eenduidige medicatieoverzichten te komen en deze bij te houden, bleken niet overal goed te werken. De overdracht van medicatiegerelateerde gegevens, gebruikmakend van een EVS naar andere zorgverleners en instellingen was onvoldoende op orde en behoeft aandacht.

4.1.2 De prospectieve risicoanalyse werd vaak niet uitgevoerd

Een prospectieve risicoanalyse (hierna: PRI) voorafgaand aan de invoering van een EVS werd door het overgrote merendeel van de instellingen niet uitgevoerd. Huisartspraktijken hadden nooit een PRI uitgevoerd (0/18) voorafgaand aan het invoeren van een EVS. Wel waren diverse gebruikersgroepen vanuit de NHG actief om de kwaliteit

en toepasbaarheid van de systemen te bewaken. In de MSZ had iets minder dan de helft (8/20) van de ziekenhuizen een PRI op een EVS uitgevoerd. De ziekenhuizen die geen PRI hadden uitgevoerd gaven aan dat ten tijde van de aanschaf van een EVS wel (bepaalde) risico's in kaart waren gebracht en zijn meegenomen in de pakketten van eisen. In de sectoren GGZ (3/21) en FZ (2/7) had een klein aantal zorginstellingen een PRI uitgevoerd. In de sectoren ELZ, MSZ, GGZ en FZ werd aangegeven dat het risico denken in de vorm van PRI's nog geen gemeengoed was ten tijde van de aanschaf van een EVS. In sommige gevallen werd alsnog na aanschaf en ingebruikneming van een EVS-module een retrospectieve risicoanalyse uitgevoerd. Binnen de V&V en GZ werd deze norm niet uitgevraagd.

4.2 Medicatieoverdracht

Een essentiële voorwaarde voor het goed voorschrijven van medicatie is een goede medicatieoverdracht. Op het eerste moment van voorschrijven moet de juiste^[7] informatie over gebruik van medicatie overgedragen zijn.

4.2.1 Overdracht naar zorgverlener of instelling

Bij de ELZ, MSZ, GGZ en FZ is de informatie over de voorwaarde medicatieoverdracht voldoende specifiek, om de verschillende normen afzonderlijk te kunnen beoordelen.

4.2.2 De overgedragen informatie is onvoldoende voor de opbouw van een actueel medicatieoverzicht in een EVS. De informatie is vaak niet geschikt voor opname in een EVS van de ontvangende instelling.

In alle sectoren is een proces georganiseerd voor het ontvangen van medicatie-informatie. De informatie is altijd afkomstig uit verschillende bronnen (medicatieoverzicht vanuit de apotheek, overdrachtsbrief, etc.). De informatie uit deze bronnen was niet altijd consistent en moest aangevuld worden met informatie van de patiënt zelf.

[7] Onder juiste verstaat de inspectie in deze context de volledige informatie noodzakelijk voor het op goede moment voorschrijven van medicatie. Andere essentiële functies van de medicatieoverdracht zijn o.a. het voortzetten van eerder voorgeschreven medicatie in de nieuwe setting.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Instellingen gaven tijdens inspectiebezoeken frequent aan dat overname van de informatie in een EVS een complex en arbeidsintensief proces is. Zorgverleners gaven nooit aan dat zij bij overdracht informatie krijgen die zonder bewerking geschikt was om opgenomen te worden in een EVS. ICT-systemen sloten niet naadloos op elkaar aan.

4.2.3 De overgedragen informatie moet aangevuld worden door de patiënt

Het was geen onderdeel van de getoetste voorwaarde dat de overgedragen informatie gecontroleerd werd in een gesprek met de patiënt. Daarom zijn er geen exacte resultaten van de toetsing bekend in alle sectoren, maar alle intramurale instellingen gaven aan dat controle van de overdrachtsinformatie met de patiënt voor hen noodzakelijk was. Zij vatten dit op als een veldnorm. Het medicatie-verificatiegesprek was bijvoorbeeld in alle bezochte ziekenhuizen ingevoerd. Dit gesprek werd vaak gevoerd door een apart opgeleide zorgverlener, die zelf niet voorschrijft. Ook het onderzoek bij de huisartsen laat zien dat dit gesprek noodzakelijk is, maar dat dit niet in alle gevallen gebeurde. Van de onderzochte huisartsenpraktijken verifieerde ruim de helft (12/18) het medicatieoverzicht met de patiënt. Bij herhaalmedicatie gebeurt dit maar bij 3 van de 18 huisartspraktijken.

4.2.4 Het medicatieoverzicht in het EVS is actueel op het moment van voorschrijven, maar alleen als alle voorschriften via het EVS worden opgesteld of in het EVS worden ingevoerd

Volgens de norm gebruikt de voorschrijver een actueel medicatieoverzicht bij het voorschrijven. In alle sectoren was deze norm goed geïmplementeerd via een EVS, zeker als de patiënt opgenomen is. Bij de inspectiebezoeken bij huisartsen bleek dat huisartsen voorgeschreven medicatie door anderen in de helft van de gevallen (9/18) overnamen en het overzicht in 12/18 gevallen verifieerden alvorens zelf nieuwe medicatie voor te schrijven.

4.2.5 Resultaten voor de verpleeg(huis)zorg en de gehandicaptenzorg vergelijkbaar met de andere sectoren

De resultaten van het toezicht binnen de V&V en GZ zijn niet één op één te vergelijken met die uit de andere vier sectoren. In deze sectoren vormen De Veilige Principes in de medicatieketen(IX). (10) het uitgangspunt. Aspecten daarvan zijn vergelijkbaar met

het toetsingskader, maar deze zijn vaak op een andere manier getoetst. Hoewel het systeem van toetsing anders is, zijn de conclusies over de voorwaarde vergelijkbaar met de andere sectoren. Een EVS staat centraal bij het voorschrijven en het proces van medicatieoverdracht kent dus ook dezelfde structuur gericht op het veilig overdragen van gegevens over de medicatie. De rol van patiënten bij het aanvullen van overgedragen informatie is in de V&V en GZ niet onderzocht.

4.2.6 Overdracht van medicatie-informatie aan andere zorgverleners voldoet vaak niet aan de normen binnen de voorwaarde

Overdracht van informatie aan andere zorgverleners blijft één van de grote aandachtspunten voor de gehele zorg. De normen vallen uiteen in twee groepen: het overdragen van het actueel medicatieoverzicht en het overdragen van additionele informatie zoals nierfunctie en de indicatie voor specifieke medicatie.

Wanneer er in het onderzoek specifiek naar gevraagd werd, bleek er vrijwel altijd verschil in beschikbaarheid van informatie voor eigen gebruik en het gebruik van informatie voor overdracht. Daar zijn goede redenen voor. In de eerste plaats verandert de patiënt bij overdracht van omgeving. Voor de overdracht van een ziekenhuis naar bijvoorbeeld de thuissituatie moet medicatie worden gestopt die thuis niet gebruikt kan/ mag worden en kunnen toedieningsvormen van medicatie veranderen. Huisartsen melden dat zij bepaalde wijzigingen niet altijd doorvoeren in het medicatieoverzicht (medicatie voorgeschreven door anderen (9/18) en bijvoorbeeld stopopdrachten door derden (16/18)). Dat wil zeggen dat de beschikbaarheid en betrouwbaarheid van het actueel medicatieoverzicht voor overdracht een probleem is.

4.2.7 Een medicatieoverzicht is in de meerderheid van de gevallen beschikbaar voor overdracht, maar dit is niet altijd actueel.

De beschikbaarheid voor overdracht is alleen getoetst bij de huisartsen en de medisch specialistische zorg. Bij de huisartsen is het medicatieoverzicht altijd beschikbaar (18/18) in het zogenoemde 'ZorgDomein', maar dit overzicht blijkt niet altijd actueel. Het overzicht is dan niet altijd getoetst bij de patiënt, is niet altijd volledig op het moment van verwijzing en de voorgeschreven medicatie kan na verwijzing zijn veranderd. Het medicatieoverzicht bij ontslag uit de ziekenhuizen is in 12 van de 20 ziekenhuizen beschikbaar binnen 24 uur en is dan altijd getoetst in een ontslaggesprek. Bij

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

de overige zorgvormen is geen aparte toets van de norm uitgevoerd.

Bij 23 geneesmiddelen moet de indicatie voor het voorschrijven op het recept vermeld worden. Dit werd echter niet standaard gedaan binnen de MSZ, GGZ en FZ. Binnen deze sectoren is dit bij ongeveer de helft van de instellingen geregeld. Positieve uitzondering hierop zijn de huisartsen waar vrijwel alle huisartsen dit goed hadden geregeld (16/18). Dit laatste wordt waarschijnlijk mede gerealiseerd door het automatisch opnemen van deze informatie in het communicatiesysteem.

4.2.8 Overdracht van informatie over de indicatie via het recept vaak technisch niet mogelijk.

Door het automatiseren van het berichtenverkeer is de afhankelijkheid van ICT voorzieningen toegenomen. Verschillende instellingen gaven aan dat het niet was gelukt om informatie over de indicatie in het elektronisch medicatiebericht op te nemen, waardoor deze overdracht technisch onmogelijk is geworden. In het onderzoek is ook gevraagd of voorschrijvers bekend waren met de verplichting tot overdracht van de indicatie. Dit laatste bleek evenwel vaak niet het geval.

Overdracht van informatie over de nierfunctie in alle sectoren onvoldoende
De overdracht van specifieke informatie over afwijkende nierfunctiewaarden, indien de voorschrijver hier nader onderzoek heeft laten uitvoeren, is vaak onvoldoende in alle onderzochte sectoren. Ongeveer de helft van de instellingen draagt dit over, hoewel binnen de GGZ slechts één van de onderzochte instellingen hieraan voldeed. Het kan echter ook zijn dat de voorschrijver geen opdracht heeft gegeven voor het bepalen van de nierfunctie. Dit kan de reden zijn dat die informatie niet overgedragen kon worden. Bij de huisartsen is apart uitgevraagd of de patiënt toestemming wordt gevraagd voor de overdracht van deze specifieke informatie en of dit wordt vastgelegd. Dit is bij 2 van de 18 praktijken het geval. Inmiddels hebben de ziekenhuisapothekers verenigd in de NVZA aandacht gevraagd voor vergelijkbare problemen rond de overdracht van leverfunctiestoringen.⁽⁵⁾ Het is verstandig dit probleem mee te nemen bij het aanpassen van een ICT systeem en niet af te wachten tot er een norm is vastgesteld.

4.3 Medicatiebeoordeling

Het uitvoeren van een medicatiebeoordeling is een voorwaarde voor het veilig voorschrijven van geneesmiddelen aan kwetsbare ouderen met polyfarmacie^[8]. Het structureel uitvoeren van medicatiebeoordelingen^[9] beoogt het geneesmiddelgebruik bij kwetsbare ouderen te verbeteren, en het risico op schade te verminderen. De multidisciplinaire richtlijn ‘Polyfarmacie bij ouderen’ (NHG 2012) is van toepassing op alle sectoren, met uitzondering van de medisch specialistische zorg in ziekenhuizen^[10]. Het uitgangspunt is dat alle kwetsbare ouderen met polyfarmacie een gestructureerde en systematische beoordeling van aan hen voorgeschreven medicatie moeten ontvangen.

4.3.1 Veel zorgverleners op wie de richtlijn van toepassing is voeren medicatiebeoordelingen uit bij kwetsbare oudere patiënten

Het merendeel van de instellingen in de ELZ (12/18) en het merendeel van de specialisten oudergeneeskunde (27/ 35; 13 niet beoordeeld^[11]) voerden medicatiebeoordelingen uit. In de onderzochte instellingen voor GZ, GGZ en FZ werden medicatiebeoordelingen uitgevoerd bij kwetsbare ouderen maar ook bij andere kwetsbare groepen^[12]. In deze instellingen werden maar weinig kwetsbare ouderen met polyfarmacie behandeld (GZ: 4/8; 4 niet beoordeeld 4; GGZ: 3/21; FZ: 2/7). In MSZ is deze voorwaarde niet onderzocht.

[8] De richtlijn ‘Polyfarmacie bij ouderen’ (NHG 2012) geeft een specifieke definitie van de kwetsbare ouderen, waarbij de diverse criteria opgesomd worden.

[9] De richtlijn ‘Polyfarmacie bij ouderen’ definieert een medicatiebeoordeling als een systematische beoordeling van het geneesmiddelgebruik van een individuele patiënt door de voorschrijver, apotheker en patiënt (en/of mantelzorger) op basis van een periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische, -, farmaceutische- en gebruiksinformatie.

[10] Het uitvoeren van medicatiebeoordelingen volgens de richtlijn is nog niet van toepassing op medisch specialisten in ziekenhuizen. Hun rol komt in een addendum van de richtlijn voor de tweede lijn.

[11] Het onderzoek is uitgevoerd bij 48 verpleeghuizen en 12 instellingen voor gehandicaptenzorg; waarbij niet alle normen bij alle verpleeghuizen / instellingen zijn getoetst. Naast de norm voor medicatiebeoordeling is in een deel van de verpleeghuizen ook beoordeeld of zorgverleners speciale aandacht hebben voor patiënten met polyfarmacie en in de gehandicaptenzorg voor patiënten met polyfarmacie en psychofarmaca.

[12] In de gehandicaptenzorg en de PG ouderenzorg wordt waar patiënt/ cliënt staat ook de mentor/curator nl. de wettelijk vertegenwoordiger bedoeld.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

4.3.2 Het aantal jaarlijks uitgevoerde medicatiebeoordelingen varieert tussen de zorgverleners

Vooral in V&V is veel aandacht voor het gestructureerd bespreken van het geneesmiddelengebruik van kwetsbare ouderen met polyfarmacie. In het overgrote deel van de verpleeghuizen vonden jaarlijkse medicatiebeoordelingen plaats bij alle patiënten/ cliënten, ongeacht leeftijd of indicatie (27/35; 13 niet beoordeeld). Hierbij gaven de specialist ouderengeneeskunde en de apotheker in bijna alle instellingen aan dat zij speciale aandacht hebben voor polyfarmacie (30/32; 16 niet beoordeeld). Ook in de instellingen voor gehandicaptenzorg werden jaarlijks medicatiebeoordelingen uitgevoerd door arts en apotheker (4/7; 5 niet beoordeeld) waarbij speciale aandacht was voor patiënten met polyfarmacie en psychofarmaca. Dit gebeurde bijvoorbeeld in een arts - apothekers overleg dat niet specifiek gericht is op de individuele patiënt. Van de GGZ instellingen die medicatiebeoordelingen uitvoerden (3/21) werd dit slechts in één instelling jaarlijks gedaan, voor de FPC's gebeurde dit in één van de twee instellingen waar een medicatiebeoordeling werd uitgevoerd. De huisartsenpraktijken die medicatiebeoordelingen uitvoerden (12/18) voldeden bijna allemaal aan de minimumnorm (10/12; 6 voeren geen beoordeling uit). Dit betekent dat ze in 2015 minimaal 5 medicatiebeoordelingen uitvoerden.

4.3.3 Een minderheid van de zorgverleners selecteert patiënten op basis van de criteria uit de richtlijn

In de onderzochte huisartspraktijken die medicatiebeoordelingen uitvoeren werd in ruim de helft van de gevallen gewerkt met de afgesproken selectiecriteria (7/12; 6 voeren geen beoordeling uit). De betrokken apotheker selecteert vaak de patiënten. In de verpleeghuiszorg is het uitgangspunt dat alle patiënten jaarlijks een medicatiebeoordeling ontvangen. Hierdoor was het geneesmiddelengebruik van alle kwetsbare patiënten goed in beeld gebracht. In de GZ, de GGZ en de FZ lag de focus vooral op de risico- geneesmiddelen; de psychofarmaca die door veel patiënten in deze sectoren gebruikt worden en niet zozeer op de criteria uit de richtlijn. In twee van de bezochte instellingen voor forensische zorg (FPC's; 2/7) waren oudere patiënten aanwezig en werden medicatiebeoordelingen uitgevoerd; in één van deze instellingen werden daarvoor ook de patiënt- selectiecriteria uit de norm gebruikt.

4.3.4 Meer aandacht voor het betrekken van de patiënt bij medicatiebeoordelingen nodig

Volgens de richtlijn moeten zorgverleners op een systematische en gestructureerde manier medicatiebeoordelingen uitvoeren, waarbij het betrekken van de patiënt cruciaal is. Het zijn vooral de voorschrijvers, huisartsen, in de eerste lijn die volgens de richtlijn werken. Ook de voorschrijvers in de drie GGZ instellingen die medicatiebeoordelingen uitvoerden werkten volgens dit onderdeel van de richtlijn, maar: In beide gevallen werd de medicatiebeoordeling door voorschrijver en apotheker(s) zonder de patiënt of mantelzorger te betrekken uitgevoerd. In de eerste lijn werd het geneesmiddelengebruik met de patiënt veelal besproken door de apotheker, de uitkomsten van de medicatiebeoordeling en wijzigingen in het farmacotherapeutisch behandelplan werden door de huisarts vastgelegd in het patiëntendossier en besproken met de patiënt. In de instellingen voor verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg en de GGZ is de rol van de patiënt of diens mantelzorger niet onderzocht. In de verpleeghuiszorg is niet expliciet naar de wijze van het uitvoeren van de medicatiebeoordeling gevraagd.

4.3.5 De samenwerkingsafspraken zijn nog onder de maat

Een medicatiebeoordeling dient gedaan te worden door de voorschrijver en de apotheker in samenspraak met de patiënt of diens vertegenwoordiger/ mantelzorger en andere voorschrijvers. Zorgverleners moeten hiervoor samenwerkingsafspraken maken en vastleggen. In de praktijk zag de inspectie in alle vijf sectoren dat voorschrijvers samenwerkten met apothekers, maar nauwelijks samenwerkten met voorschrijvers in de andere sectoren. Er waren vrijwel alleen mondelinge samenwerkingsafspraken. Het schriftelijk vastleggen van samenwerkingsafspraken gebeurde alleen door een deel van de huisartspraktijken (6/18) en door één FPC. In de verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg en GGZ gebeurde dit niet. De GGZ instellingen die medicatiebeoordelingen uitvoerden zagen wel het belang van het vastleggen van samenwerkingsafspraken in.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling

Om medicatie goed te kunnen voorschrijven, moet het duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor het voorschrijven van medicatie. De voorwaarde bevat vier normen, waarvan drie gericht zijn op het patiëntenperspectief op verantwoordelijkheidsverdeling en één op het maken van afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling met betrokkenen binnen en buiten de instelling.

De inspectie onderzocht of het voor de patiënt duidelijk was:

- 1 Wie het aanspreekpunt voor medicatie is voor de patiënt;
- 2 Wie inhoudelijk verantwoordelijk is voor het voorschrijfbeleid;
- 3 Wie de coördinator van de zorg is op het gebied van medicatie (de zorgcoördinator).

Deze begrippen overlappen: punt 2 richt zich op het deel van het voorschrijvend proces, punt 3 op de brede coördinatie van de zorg, waaronder de medicatie. Beide taken kunnen bij dezelfde persoon belegd zijn.

Ook keek de inspectie naar welke afspraken tussen zorgverleners onderling gemaakt werden:

Afspraken in samenwerkingsverbanden over taken en verantwoordelijkheid op het gebied van medicatie. Tijdens het onderzoek werd dit vaak gesplitst in:

- Afspraken binnen de instelling
- Afspraken tussen samenwerkende instellingen

4.4.1 Het aanspreekpunt voor de patiënt voor vragen over medicatie is niet altijd duidelijk

Het verschilt per sector in hoeverre het voor de patiënt/diens vertegenwoordiger duidelijk is wie het aanspreekpunt is voor medicatie. Niet in elke sector werden patiënten/vertegenwoordigers in het onderzoek gesproken. Het NIVEL^[13] (12) onderzoek liet zien dat in de huisartsenzorg 99% van de ondervraagde patiënten aangaf te weten dat de huisarts een van de verantwoordelijken is voor het voorschrijven van de

medicatie. De inspectie toetste binnen langdurige zorg settings zoals verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg niet of het aanspreekpunt voor de patiënt bekend was, omdat zij dit binnen die settings als vanzelfsprekend zag. Inmiddels blijkt, doordat er nu andere zorgverleners met voorschrijfbevoegdheid binnen de maatschappelijke zorg werkzaam zijn, dat het ook binnen deze sectoren een aandachtspunt is. In complexe organisaties geven patiënten aan dat het voor hen vaak onduidelijk is wie eindverantwoordelijk is voor het totale pakket aan voorgeschreven medicijnen dat zij gebruiken.

4.4.2 Invulling van verantwoordelijkheidsverdeling wordt bepaald door de organisatorische complexiteit van de instellingen in de sector

De invulling van de verantwoordelijkheidsverdeling is sterk afhankelijk van hoe de zorgverlening georganiseerd is. De organisatorische complexiteit van de instelling en van de rollen binnen die instelling bepalen hoe de verantwoordelijkheidsverdeling is ingevuld. Een complexe instelling als een ziekenhuis heeft een andere manier van organiseren van de verantwoordelijkheid nodig dan een eenvoudiger georganiseerde instelling als een huisartspraktijk.

In de ambulante zorg heeft de patiënt contact met een klein aantal zorgverleners met een duidelijke functie (huisarts, praktijkassistente, GGZ). De verantwoordelijkheidsverdeling is daar eenduidig en zorgverleners geven aan dat er weinig kans is op misverstanden. De verdeling van de verantwoordelijkheden is daar goed belegd. Ook binnen de V&V en GZ lijken de interne verantwoordelijkheden over het algemeen duidelijk belegd.

In de ziekenhuissetting hebben patiënten veel kortdurende intensieve contacten met een groot team, werkend in diensten. Dat is bij uitstek een complexe organisatie. De inspectie constateerde dat veel ziekenhuizen het begrip coördinator niet hadden onderscheiden van hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke. Ander onderzoek laat zien dat patiënten te vaak niet weten waarom zij bepaalde medicatie gebruiken^[14]. (13)

[13] Zie factsheet NIVEL titel opnemen en datum.

[14] NTVG online 16-08-2016: Wat weten ouderen met? Donna Bosch-Lenders, Denny W.H.A. Maessen, H.E.J.H. (Jelle) Stoffers, J. André Knottnerus, Bjorn Winkens en Marjan van den Akker polyfarmacie van hun pillen.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

4.4.3 Afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling zijn nog onvoldoende aanwezig, maar binnen de instelling zijn de afspraken vaker aanwezig naarmate de zorg organisatie complexer is

De uitwerking van de verantwoordelijkheidsverdeling in vastgelegde afspraken was ten dele gerealiseerd. Hoewel de eerste stap, het bepalen van de verantwoordelijkheidsverdeling, noodzakelijk is, is vervolgens het maken, vastleggen en implementeren van afspraken net zo belangrijk. Dit gaat om afspraken zowel binnen de eigen organisatie (intern), als om afspraken met andere organisaties (extern).

De inspectie constateerde dat in meerdere sectoren er geen duidelijke afspraken op schrift waren, wanneer er meer dan één verantwoordelijke was voor het voorschrijven van medicatie. De inspectie constateerde dat afspraken die er waren, zowel intern als extern, niet voldoende duidelijk waren en/of niet voldoende nagekomen werden. Zowel binnen de sector als sector overstijgend bleken geen duidelijke externe afspraken over de eindverantwoordelijkheid te bestaan, wanneer er meer dan één verantwoordelijke voor het voorschrijven van medicatie was in de keten. Ook de regie over de verantwoordelijken was niet goed belegd.

Binnen de instelling zijn wel vaker afspraken over verantwoordelijkheidsverdeling dan dat er afspraken met externe instellingen zijn. Complexe instellingen hadden vaker afspraken op schrift dan eenvoudiger organisaties. Binnen de huisartsenpraktijken werden relatief weinig interne afspraken aangetroffen, maar hier is de complexiteit binnen de organisatie ook het laagst.

4.5 Het patiëntenperspectief

De resultaten van het Nivel⁽¹²⁾ en RIVM⁽¹⁴⁾ onderzoek zijn apart gepubliceerd. De resultaten van deze onderzoeken sluiten goed aan bij de resultaten vanuit het IGZ toezicht.

Het RIVM stelt dat de medicatiebewaking in de ogen van de meeste patiënten afdoende is. Voor de medicatieoverdracht ervaren patiënten dat de communicatie en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners niet optimaal is. Dit betreft zowel de tijdigheid van de overdracht vanuit het ziekenhuis naar de huisarts, als de volledigheid en juistheid. Ook de overdracht tussen ziekenhuisafdelingen verloopt niet altijd goed. Het medicatieoverzicht wordt lang niet altijd met patiënten doorgenomen.

Patiënten weten in het algemeen niet of de nierfunctie is doorgegeven. Slechts enkele patiënten hebben al eens een medicatiebeoordeling gehad. Mensen zijn vaak niet op de hoogte van het bestaan en het nut van medicatiebeoordelingen.

Het is voor patiënten niet altijd duidelijk wie nu eindverantwoordelijk is voor het behouden van een totaaloverzicht over hun medicatie. Bij ontslag uit het ziekenhuis wordt vaak niet aangegeven wie het aanspreekpunt is bij vragen over of problemen met het geneesmiddelengebruik. Men ziet doorgaans de huisarts of apotheker als eerste aanspreekpunt. Dit kwam ook naar voren uit het NIVEL onderzoek in de eerste lijn.

Daarnaast bleek dat:

- patiënten graag zouden zien dat er een eenduidig beleid is over het wel of niet meenemen en gebruiken van de eigen medicatie tijdens een ziekenhuisopname. Momenteel wisselt dit per ziekenhuis en soms zelfs per ziekenhuisafdeling. patiënten vinden dat de communicatie en informatie over in het ziekenhuis verstrekte geneesmiddelen beter kunnen. patiënten het niet altijd waarderen dat zij zelf een medicatieoverzicht op moeten gaan halen bij de eigen apotheek
- Ook blijken patiënten moeite te hebben met het preferentiebeleid. Men verliest het overzicht over de medicatie, omdat verpakkingen en pillen steeds veranderen, of men heeft naar eigen zeggen last van bijwerkingen door andere hulpstoffen. Men zou graag zien dat dit beleid wordt aangepast voor mensen met polyfarmacie.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

5 Beschouwing

5.1.1 Onderhoud en updates van een EVS, koppeling aan EPD vragen aandacht

Wanneer een voorschrijver wijzigingen wil doorvoeren in de functionaliteiten van het voorschrijfsysteem is dit minder makkelijk te realiseren. In uitzonderingsgevallen waarbij aan een patiënt een geneesmiddel niet vanuit een EVS kan worden voorgeschreven, ontstaat er een nieuw risico want de bewaking verloopt dan niet door een EVS. Dit zijn aspecten die de (prospectieve) risicoanalyse van belang maken.

Voor alle gebruikers van een EVS is het bovendien van belang zich te realiseren dat het systeem onderhouden moet worden. Wanneer het systeem niet aangepast wordt naar de laatste inzichten die er zijn op de functionaliteiten van het EVS en het al dan niet gekoppelde EPD kunnen er nieuwe risico's ontstaan. Ook dit moet onderdeel zijn van de risicoanalyse.

5.1.2 ICT voorzieningen zijn belangrijk voor veilig voorschrijven. Zowel instelling als leverancier hebben een verantwoordelijkheid bij het ondersteunen van zorgverleners.

Omdat in vrijwel alle gevallen het invoeren van een veilige medicatiebewaking en overdracht vraagt om aanpassingen in ICT voorzieningen, ligt het voor de hand om die regeling in één stap in te voeren. Het is de verantwoordelijkheid van de instelling om de zorgverlener hierbij te ondersteunen. Het is de verantwoordelijkheid van de softwareleverancier om de ICT voorzieningen zo in te richten dat goede^[15] zorg mogelijk is. Een aantal zorgverleners vroeg tijdens het onderzoek aandacht voor de onwil van leveranciers om essentiële onderdelen van de software aan te passen of het gebrek aan prioriteit voor de aanpassing.

5.1.3 Instellingen en zorgverleners besteden veel aandacht aan het gereed maken van overgedragen medicatie-informatie voor gebruik bij het voorschrijven, maar er is nog winst te behalen bij het beter op elkaar aan laten sluiten van systemen.

Het overdragen van informatie tussen instellingen is een complex proces, met kans op fouten. Vrijwel alle onderzochte instellingen zijn zich daar voldoende van bewust

[15] Ten tijde van het onderzoek heette dit 'verantwoorde zorg'. Deze term is gekozen om aan te geven dat het hier een fundamentele verplichting betreft dan alleen het voldoen aan wettelijke minimumnormen.

en hebben daarom waarborgen in het proces ingebouwd, vooral bij het ontvangen van informatie bij opnames. Een voorbeeld daarvan zijn de medicatieverificatie-gesprekken die breed zijn ingevoerd in ziekenhuizen Een ziekenhuisapotheker gaf aan dat meer dan de helft van de beschikbare informatie van de apotheek werd ingezet voor gesprekken voor medicatieverificatie. Deels werd dit veroorzaakt doordat de vorm waarin informatie wordt overgedragen niet goed aansluit^[16].⁽¹⁵⁾ Vaak wordt ook vermeld dat deze inspanning kleiner zal worden wanneer informatiesystemen beter op elkaar aansluiten. Hoe goed de overdrachten op elkaar aansluiten was geen onderdeel van het huidige toezichtonderzoek, maar de indruk is dat daar nog wel veel winst te behalen is. Alle huisartsen melden dat hun medicatieoverzicht bij verwijzing klaar gezet wordt in 'Zorgdomein'. Geen van de onderzochte ziekenhuizen gaf aan 'Zorgdomein' als bron van medicatie-informatie te gebruiken. Ziekenhuizen benoemen wel regelmatig als probleem dat patiënten aan alle verstrekkers van informatie via het LSP^[17] toestemming moeten geven voor een volledige overdracht.

5.1.4 Blind vertrouwen in het actueel medicatieoverzicht na de overdracht is gevaarlijk

Vanuit de ziekenhuizen is gewaarschuwd dat artsen stoppen met het nakijken van een medicatieoverzicht na de invoering van het medicatieverificatiegesprek. Gecombineerd met het risico van blind vertrouwen in de waarschuwingen uit het EVS, ontstaan nieuwe risico's waarvan de ernst nu niet is in te schatten. Opvallend is dat de Nederlandse Orthopedische Vereniging en de Nederlandse Vereniging van Urologie in gesprekken met de inspectie onafhankelijk van elkaar dit een van de belangrijkste nieuwe risico's in hun vakgebied noemen. Waakzaamheid is en blijft dan ook geboden.

[16] Dit werd zeer recent geïllustreerd in de berichtgeving vanuit het NICTIZ over de problemen die apothekers ervaren in de overdracht van informatie uit: 'eHealth de apotheker is er klaar voor juni 2016 Nictiz'. Het algemene probleem daarbij is dat alle partijen goed inzicht hebben in de eigen inspanningen, maar weinig inzicht hebben in de inspanningen van de andere partijen betrokken bij de zorg voor een patiënt.

[17] Landelijk Service Punt, LSP

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

5.1.5 Overdracht van informatie vanuit de instelling of zorgverlener blijft een punt van zorg. De ICT ondersteuning hiervan is belangrijk

Op basis van de bevindingen van informatieoverdracht, werd gevonden dat vrijwel altijd verbeteringen noodzakelijk zijn. De overdracht lijkt verbeterd ten opzichte van het inspectierapport uit 2015^[18] (6). Ondanks dat de onderzoeksmethoden verschilden, was wel zichtbaar dat de tijdigheid van de overdracht veel meer aandacht had gekregen vanuit de instellingen. Sommige onderdelen krijgen nog onvoldoende aandacht. Bijvoorbeeld het vermelden van de indicatie voor de ‘23 medicamenten’ op het recept en het doorgeven van afwijkende uitslagen van door de overdrager uitgevoerde onderzoeken naar de nierfunctie). De NVZA^[19] vraagt in een gesprek met de inspectie aandacht voor een goede overdracht van leverfunctiestoornissen.

5.1.6 Veranderingen in het zorglandschap versterken het belang van medicatiebeoordeling in de eerste lijn

Gezien de vergrijzing stijgt het aantal kwetsbare ouderen met polyfarmacie de komende jaren, en deze ouderen zullen gezien het veranderend zorglandschap vaker en langer thuis blijven wonen. De rol voor de huisarts en de apothekers in de eerste lijn zal dus groeien voor de medicatiebeoordeling.

Aangezien de meeste kwetsbare ouderen thuis wonen is door het uitvoeren van medicatiebeoordelingen in de eerste lijn naar verwachting de meeste gezondheidswinst te behalen. Het is hierbij essentieel dat de uitwisseling van patiënt- en medicatiegegevens in de zorgketen rond de patiënt en met de patiënt/mantelzorg goed geregeld is. Het is tevens essentieel dat er een groei plaatsvindt van het aantal medicatiebeoordelingen waarbij de patiëntselectie criteria verruimd worden en tegelijkertijd aandacht is voor die patiënten die het meest gebaat zijn bij de zorg.

5.1.7 Ook andere risicogroepen hebben baat bij medicatiebeoordeling

De inspectie benadrukt dat er naast kwetsbare ouderen ook andere groepen patiënten zijn die én kwetsbaar zijn én veel geneesmiddelen gebruiken en om die redenen

gebaat zijn bij een medicatiebeoordeling. In de gehandicaptenzorg zijn patiënten kwetsbaar op een relatief jonge leeftijd vanwege hun mentale – en somatische aandoeningen waarvoor zij veel geneesmiddelen gebruiken. In de forensische zorginstellingen en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg gebruiken veel patiënten langdurig psychofarmaca. Ook deze patiënten zijn gebaat bij een medicatiebeoordeling.

Daarbij geldt:

- De huisarts is de hoofdbehandelaar en heeft de regie over de zorg voor kwetsbare patiënten met polyfarmacie.
- De huisarts en samenwerkende apotheker signaleren welke kwetsbare patiënten in hun praktijk een medicatiebeoordeling nodig hebben
- De huisarts neemt de medicatiebeoordeling mee in gesprekken met de patiënt/mantelzorg over ‘shared decision making’^[20] (16) en ‘advanced care planning’.
- In de eerste lijn zijn huisarts en openbaar apotheker samen verantwoordelijk voor de medicatiebeoordeling eventueel met betrekken van andere voorschrijvers (zoals arts verstandelijk gehandicaptenzorg en psychiater).
- De huisarts en openbare apothekers hebben hun samenwerkingsafspraken vastgelegd.

5.1.8 De handreiking verantwoordelijkheidsverdeling werd onvoldoende toegepast en bleek ook onvoldoende duidelijk omschreven om handhaafbaar te zijn

Tijdens het onderzoek bleek dat de handreiking verantwoordelijkheidsverdeling onvoldoende toegepast werd. Ook bleek dat de handreiking onvoldoende helder was om handhaving mogelijk te maken. Dit vraagt om een verdere vertaling/ doorontwikkeling van de handreiking zodat deze beter aansluit op de zorgpraktijk, waardoor deze ook beter handhaafbaar wordt.

Opleidingssituaties vroegen daarnaast specifieke aandacht. Met name arts-assistenten werkzaam in snijdende vakken konden op het gebied van medicatie gesuperviseerd worden door andere specialisten dan de hoofdbehandelaar^[21].

[18] Continuïteit van zorg voor kwetsbaar ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd, juni 2015.

[19] NVZA, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Apothekers.

[20] https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_Shared_DecisionMaking_en_Zelfmanagement.pdf

[21] Er werden in verschillende ziekenhuizen verschillende termen genoemd, zoals supervisor, eindverantwoordelijke, hoofdbehandelaar, opleider.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.1 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

De hoofdbehandelaar kon hier dan ook zeker niet de functie van aanspreekpunt/ eindverantwoordelijke /zorgcoördinator invullen, terwijl dat volgens de aanwezige afspraken wel diens verantwoordelijkheid was. Als reden voor het ontbreken van afspraken met alle externe partijen werd door sommige zorgverleners aangegeven dat het grote aantal externe partijen waarmee samengewerkt moest worden, het maken van deze afspraken belemmert. Het is echter juist daarom van belang dat deze afspraken wel gemaakt worden. De inspectie vindt het bovendien niet voldoende dat alleen de processen in de eigen instelling vast gelegd worden, dat moet een wederkerige activiteit zijn. De inspectie ziet voor alle sectoren twee gewenste ontwikkelingsrichtingen: het aantal instellingen dat afspraken met elkaar maakt moet worden uitgebreid en het aantal partijen waarmee afspraken wordt gemaakt moet uitgebreid worden, als er afspraken zijn.

De inspectie doet geen uitspraken over hoe de verantwoordelijkheidsverdeling eruit moet zien. De inspectie vraagt de verschillende sectoren samen de verantwoordelijkheidsverdeling zodanig vast te stellen dat de zorgverleners zich hieraan kunnen conformeren. Daarmee is ook voor de patiënten duidelijk wie zij over de medicatie kunnen aanspreken.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.1 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Bijlage 1

Afkortingen

| | |
|------|---|
| ELZ | Eerstelijns zorg |
| EPD | Elektronisch Patiënten Dossier |
| EVS | Elektronisch Voorschrijf Systeem |
| FPZ | Forensisch Psychiatrische Zorg |
| GGZ | Geestelijke Gezondheidszorg |
| GZ | Gehandicaptenzorg |
| ICT | Informatie en Communicatie Technologie |
| LSP | Landelijk SchakelPunt |
| MSZ | Medisch Specialistische Zorg |
| NVZA | Nederlandse Vereniging van ZiekenhuisApothekers |
| PRI | Prospectieve RisicoInventarisatie |
| RIVM | Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu |
| V&V | verpleging en verzorging |

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Bijlage 2

Toetsingskader

Toetsingskader: De vier voorwaarden voor verantwoord voorschrijven

Normen

Medicatieoverdracht

- 1 De voorschrijver gebruikt op moment van voorschrijven een actueel medicatie-overzicht.
- 2 Het actueel medicatieoverzicht moet z.s.m. maar zeker binnen 24 uur beschikbaar zijn voor zowel voorschrijvers als andere zorgverleners in verband met de overdracht naar de volgende schakel.
- 3 Als de voorschrijver nieuwe medicatie voorschrijft, medicatie aanpast of medicatie stopt dan zal de voorschrijver dit moeten registreren op het actueel medicatie-overzicht, zodanig dat het medicatieoverzicht compleet en actueel blijft.
- 4 De voorschrijver geeft reden voorschrijven mee op recept (bij de lijst van 23 werkzame stoffen waarvoor dat in de geneesmiddelenwet art. 6.11 is vastgelegd).
- 5 Indien een zorgverlener (voorschrijver) bij een patiënt nader onderzoek heeft laten uitvoeren naar de nierfunctie, deelt hij afwijkende nierfunctiewaarden mee aan de daartoe door de patiënt aangewezen apotheker (conform geneesmiddelenwet art. 6.10).

Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS)

- 1 De voorschrijver voert medicatiebewaking uit tijdens het voorschrijven met behulp van een EVS (waarbij het EVS voldoet aan de actuele eisen met betrekking tot functionaliteit uit de richtlijn EVS).
- 2 Er is een prospectieve risico-analyse aanwezig waarmee inzichtelijk is gemaakt welke risico's het EVS heeft en hoe deze beheerst worden:
 - a.** Het actueel medicatieoverzicht is niet elektronisch beschikbaar.
 - b.** Informatie bevat fouten als gevolg van handmatig overtypen van gegevens.
 - c.** Verschillende interpretatie van termen (bv. dosering verschillend gecodeerd).
 - d.** Schijnveiligheid,

fenomeen: “het systeem voert de medicatiebewaking uit dus het is waar”. **e.** Onkundig gebruik: voorschrijver weet niet hoe het systeem werkt. **f.** Onvoldoende of onbetrouwbare koppeling met laboratoria die bloedspiegelbepalingen uitvoeren. **g.** Onvoldoende ‘finetuning’ van het systeem op de doelgroep waardoor gebruikers te veel of te weinig signalen krijgen. **h.** Er is onvoldoende/ geen visie op inzet van ICT in zorgproces. Er is geen informatiebeleid. **i.** Onduidelijkheid over de manier waarop validatie van systeem plaatsvindt.

Medicatiebeoordeling bij kwetsbare polyfarmacie patiënten

- 1 Samenwerkingsafspraken over medicatiebeoordeling tussen voorschrijvers en apothekers zijn vastgelegd.
- 2 Voorschrijvers en apothekers voeren medicatiebeoordelingen uit bij patiënten die voldoen aan de selectiecriteria op basis van de richtlijn ‘Polyfarmacie bij ouderen’. In ieder geval alle patiënten van 75 jaar en ouder, die 7 of meer geneesmiddelen chronisch gebruiken en een verminderde nierfunctie [eGFR < 50 ml/min/1,73m²] hebben krijgen een medicatiebeoordeling.
- 3 Zorgverleners voeren systematisch en aantoonbaar medicatiebeoordelingen uit.
- 4 Het minimum aantal medicatiebeoordelingen dat zorgverleners jaarlijks uitvoeren is gebaseerd op het gedefinieerde groeimodel voor de jaren 2015-2017.

Verantwoordelijkheidsverdeling

- 1 Het is voor de patiënt/client of diens vertegenwoordiger duidelijk wie op het gebied van de medicatie het aanspreekpunt is.
- 2 Het is voor de patiënt/cliënt of diens vertegenwoordiger duidelijk wie op het gebied van de medicatie de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft.
- 3 Het is voor de patiënt/cliënt of diens vertegenwoordiger duidelijk wie op het gebied van de medicatie belast is met de coördinatie (zorgcoördinator).
- 4 Er zijn in aanwezig(e) samenwerkingsverband(en) afspraken over taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de medicatie.

Een aantal uitgangspunten voor het gebruik van het toetsingskader vraagt voor de verschillende sectoren een toelichting. Deze staat hieronder. Verderop is het toetsingskader opgenomen.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

In de GGZ en FZ werden alle normen uit het toetsingskader getoetst tijdens bezoeken. De voorwaarde medicatiebeoordeling is niet getoetst in MSZ, aangezien de richtlijn niet geschikt is voor toepassing in ziekenhuizen en pas eind 2016 wordt uitgebreid naar deze sector^[22].

De onderdelen van de voorwaarde verantwoordelijkheidsverdeling over de patiënt-gerelateerde normen in ELZ werden onderzocht met het consumentenpanel van het NIVEL.

In de sectoren V&V en GZ werd een standaard bezoekinstrument gebruikt, het zogenoemde Kerninstrument Care versie 1.2 (hierna: KIC).

In de verpleegzorg en gehandicaptenzorg zijn niet alle normen uitgevraagd. In de verpleegzorg worden wel alle vier de voorwaarden voor veilig voorschrijven getoetst, waarbij 9 van de 15 normen werden uitgevraagd.

In de GZ wordt de voorwaarde EVS niet getoetst en de andere 3 voorwaarden op basis van 4 van de RFT normen. Een deel van het algemene toetsingskader kwam overeen met de onderwerpen uit het thema medicatieveiligheid van het KIC. In deze sectoren werd de informatie uit de in 2015 afgelegde bezoeken achteraf aan de hand van het toetsingskader beoordeeld. De handhaving op basis van het KIC is niet uitsluitend gericht op RFT, maar op de integrale risico-thema's zoals getoetst in het KIC instrument, waaronder medicatieveiligheid

[22] Op het moment van het opstellen van het rapport zijn de koepels een uitwerking, addendum, voor de MSZ aan het opstellen. Dat verschijnt naar verwachting in het najaar van 2016.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Generiek toetsingskader Voorwaarden Veilig voorschrijven en de relatie met KIC 1.2

| | Voorwaarden veilig voorschrijven normen | Kerninstrument care versie 1.2 normen |
|----|--|--|
| | Medicatieoverdracht | |
| O1 | De voorschrijver gebruikt op moment van voorschrijven een actueel medicatieoverzicht | Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheker(inclusief de arts) Medewerkers beschikken voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek. |
| O2 | Het actueel medicatieoverzicht moet z.s.m. maar zeker binnen 24 uur beschikbaar zijn voor zowel voorschrijvers als andere zorgverleners in verband met de overdracht naar de volgende schakel. | Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheker. Medewerkers beschikken binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht. |
| | EVS | |
| E1 | De voorschrijver voert medicatiebewaking uit tijdens het voorschrijven met behulp van een EVS (waarbij het EVS voldoet aan de actuele eisen met betrekking tot functionaliteit uit de richtlijn EVS). | Het voorschrijven van medicatie gebeurt met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem. |
| | Medicatiebeoordeling | |
| M2 | Voorschrijvers en apothekers voeren medicatiebeoordelingen uit bij patiënten die voldoen aan de selectiecriteria op basis van de richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen'. In ieder geval alle patiënten van 75 jaar en ouder, die 7 of meer geneesmiddelen gebruiken en een verminderde nierfunctie [eGFR < 50 ml/min/1,73m ²] hebben krijgen een medicatiebeoordeling. | De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten. De arts en de apotheker die de medicatiebeoordeling verrichten hebben speciale aandacht voor patiënten met polyfarmacie en psychofarmaca gebruik. |
| M3 | Zorgverleners voeren systematisch en aantoonbaar medicatiebeoordelingen uit. | De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten. De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten. |
| M4 | Het minimum aantal medicatiebeoordelingen dat zorgverleners jaarlijks uitvoeren. | De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten. De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker is aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten. |

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Voorwaarden veilig voorschrijven normen

Kerninstrument care versie 1.2 normen

| Verantwoordelijkheid | | |
|----------------------|---|---|
| V1 | Het is voor de patiënt/cliënt of diens vertegenwoordiger duidelijk wie op het gebied van de medicatie het aanspreekpunt is. | Specialist ouderengeneeskunde is per definitie en impliciet het aanspreekpunt. |
| V2 | Het is voor de patiënt/cliënt of diens vertegenwoordiger duidelijk wie op het gebied van de medicatie de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft. | Specialist ouderengeneeskunde is per definitie en impliciet eindverantwoordelijk. |
| V4 | Er zijn in aanwezig(e) samenwerkingsverband(en) afspraken over taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de medicatie. | De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven. De zorgaanbieder heeft een procedure farmaceutische zorg die voldoet aan de eisen van de Veilige principes in de medicatieketen. In de procedure farmaceutische zorg zijn de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen beschreven |

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Bijlage 3

Literatuur

- 1 Van den Bemt P, Egberts A, Leendertse A. Hospital Admissions Related to Medication (HARM). Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Eindrapport. Utrecht: Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, 2006.
- 2 Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, van den Bemt PM, Group HS. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. Arch Intern Med. 2008;168(17):1890-6.
- 3 Sturkenboom M.J.C.M. and J.P. Dieleman. Ziekenhuisopnames door bijwerkingen van geneesmiddelen – een inventarisatie. Eindrapport. Rotterdam: Erasmus MC, 2006.
- 4 Van der Hooft C.S. et al. Adverse drug reaction-related hospitalisations: a population based cohort study. Pharmacoepidemiol. Drug Saf. 2008;17(4): 365-371.
- 5 HARM-WRESTLING. Een voorstel van de expert groep medicatieveiligheid m.b.t. concrete interventies die de extramurale medicatieveiligheid op korte termijn kunnen verbeteren. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 2009.
- 6 Continuïteit van zorg voor kwetsbaar ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Utrecht, juni 2015.
- 7 Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten 2008. Available from: <https://www.medicatieoverdracht.nl/de-richtlijn>. Nadere toelichting Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten. 2015.
- 8 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht: KNMG; 2010.
- 9 Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG; 2012.
- 10 Veilige principes in de medicatieketen (2012), via: <https://www.knmp.nl/downloads/brochure-veiligheid-in-de-medicatieketen.pdf> en addendum (2014)
- 11 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Richtlijn Elektronisch Voorschrijven. Utrecht: KNMG; 2013.
- 12 Hoefman RJ, Verleun A, Brabers AEM, de Jong JD. Veel patiënten ontvangen informatie over medicijnen van hun zorgverlener, maar niet iedereen gebruikt deze informatie. Utrecht: NIVEL, 2016.
- 13 Bosch-Lenders D, A. MDWH, Stoffers H E J H, Knottnerus J A, Winkens B, van den Akker M. Wat weten ouderen met polyfarmacie van hun pillen? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2016;160(D736).
- 14 Lemmens LC, Weda M. Patiëntenperspectief op veilige zorg rondom medicijnen. Bilthoven: RIVM, 2016.
- 15 eHealth de apotheker is er klaar voor. Nictiz, Den Haag, juni 2016. Via: <https://www.nictiz.nl/publicaties/infographics/infographic-ehealth-de-apotheker-is-er-klaar-voor>
- 16 via: https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_Shared_Decision_Making_en_Zelfmanagement.pdf
- I HARM-onderzoek(HARM (2006), IPCI (2006), Harm-Wrestling (2009)
- II RIVM onderzoek
- III Nivel onderzoek
- IV Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten' (2008) en 'nadere toelichting' (2015)
- IV Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010)
- VI Multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij Ouderen' (2012)
- VII Veilige principes in de medicatieketen (2012) en addendum (2014) Veilige principes in de medicatieketen (2012) en addendum (2014)
- VIII Richtlijn 'Elektronisch voorschrijven' (2013)
- IX <https://www.knmp.nl/downloads/brochure-veiligheid-in-de-medicatieketen.pdf>

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.1 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

A Huisartsenzorg

Methode

- Selectie van 18 huisartsenpraktijken op basis van eerdere contacten met inspectie en niet representatief voor het landelijke beeld.
- Bezoekinstrument en toetsingskader op basis van inschatting wat betreft implementatiestatus van de vier voorwaarden voor verantwoord voorschrijven.

Conclusie

Verantwoordelijkheidsverdeling

- Sluitende werkafspraken herhaalrecepten nodig voor zowel medewerker-huisartsenpraktijk als met apotheken.

Medicatieoverdracht

- Voldoende kennis nodig van (on)mogelijkheden huisartseninformatiesysteem (HIS) wat betreft compleetheid medicatiedossiers.
- Uitvoering geven aan artikel 6.10 en 6.11 regeling Geneesmiddelenwet.
- Verificatiegesprek met patiënt nodig voor compleet en actueel medicatieoverzicht.
- Bewustwording nodig 'ontvangende' zorgverlener actualiteit medicatieoverzicht.
- Beleid opstellen voor risicoafweging gebruik medicatieoverzicht bij (spoed)-zorg passanten.

Medicatiebeoordelingen

- Medicatiebeoordelingen uitvoeren volgens richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen'.
- Vastleggen samenwerkingsafspraken tussen huisartsenpraktijken en apotheken nodig.
- Patiënten blijven betrekken in medicatiebeoordeling.

Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS)

- Uitvoeren prospectieve risicoanalyse bij niet gevalideerd EVS noodzakelijk.
- Bij autorisatie (herhaal)recepten ook beoordeling medicatiebewakingsignalen uitvoeren.

Kernboodschap

- Huisartsen wees bewust van het feit dat het medicatiedossier veelal niet compleet is en handel hiernaar.
- Medicatiebeoordeling is gestart, continuïteit noodzakelijk.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

A Huisartsenzorg

Aanpak, doelgroep

Het onderzoek heeft zich binnen de eerste lijn gericht op de voorwaarden om veilig geneesmiddelen voor te schrijven in de huisartsenpraktijk.

Bijna iedereen in Nederland is ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. Er zijn in Nederland ongeveer 5500 huisartsenpraktijken en circa 400 apotheekhoudende huisartsenpraktijken. De huisartsenpraktijken variëren onder meer in grootte, in het aantal huisartsen en organisatievorm. Zo kunnen huisartsen werkzaam zijn als solist, in een maatschap, binnen een gezondheidscentrum, een HOED-constructie (huisartsen onder één dak) of als apotheekhoudende.

Huisartsen hebben een belangrijke rol bij het voorschrijven van medicatie in de eerste lijn. Het voorschrijven betreft niet alleen een eerste voorschrift op basis van een door de huisarts gestelde diagnose, maar ook herhaalrecepten van eerder voorgeschreven geneesmiddelen door zowel huisarts als andere voorschrijvers, zoals bijvoorbeeld medisch specialisten.

De samenwerking met de (nabijgelegen) apotheek kan op verschillende manieren ingevuld zijn, waarbij het van belang is om altijd over een compleet en actueel medicatiedossier van de patiënt te beschikken. Dit is vooral van belang omdat patiënten recht hebben op een vrije apothekerskeuze en steeds meer apotheeklocaties beschikbaar zijn om geneesmiddelen te betrekken. Ook zelfzorgmedicatie is een punt van aandacht. Zelfzorgmedicatie is naast de apotheek ook bij drogisterijen en grootwinkelbedrijven verkrijgbaar.

Dit onderzoek in de eerstelijnszorg richt zich op het voorschrijfbeleid in huisartsenpraktijken.

Methode

Bij de selectie van huisartsenpraktijken is gekozen om 18 huisartsenpraktijken te benaderen die reeds eerder in contact zijn geweest met de inspectie. Hierbij is expliciet niet gekeken naar de aard en omvang van het eerdere contact met de inspectie. De geselecteerde huisartsenpraktijken variëren van organisatievorm (solist, maatschap, HOED, etc.) en zijn verspreid in Nederland. Binnen de geselecteerde huisartsenpraktijken zijn geen apotheekhoudende huisartsen betrokken. Verder zijn andere zorgverleners in de eerste lijn die medicatie voorschrijven, zoals de verpleegkundig specialist, uitgesloten.

Gezien de grootte van de selectie en het totale aantal huisartsenpraktijken in Nederland is het resultaat van dit onderzoek nadrukkelijk niet representatief voor de huisartsenzorg als geheel.

Toetsingskader

Binnen het inspectiebrede toezichtproject Voorwaarden voor Verantwoord Voorschrijven werden (en worden) normen getoetst op naleving. Deze normen zijn inspectiebreed geformuleerd en worden onderverdeeld in vier voorwaarden: verantwoordelijkheidsverdeling, medicatieoverdracht, elektronisch voorschrijven en medicatiebeoordeling^[1].

Het bezoekinstrument bij de inspectiebezoeken aan de huisartsenpraktijk is afgeleid van het toetsingskader dat binnen het inspectiebrede toezichtproject Voorwaarden voor Verantwoord Voorschrijven is ontwikkeld. Het toetsingskader bevat de criteria waar de inspectie zijn oordeel over de huisartsenpraktijk op baseert en bepaalt dan ook waar een inspecteur tijdens een bezoek naar kijkt.

[1] Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010), richtlijn Overdacht van medicatiegegevens in de keten (2008) en de Nadere Toelichting (2015), de richtlijn Elektronisch voorschrijven (2013) en de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen (2012).

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Daarnaast is bij het ontwikkelen van het bezoekinstrument en toetsingskader voor de huisartsenpraktijken een inschatting gemaakt van de implementatiestatus van de richtlijnen behorende bij de vier voorwaarden voor verantwoord voorschrijven (zie verderop). Deze inschatting is gebruikt om accenten en verdieping in het toezicht te leggen. Voor de huisartsenzorg betekent dit dat met name aandacht is besteed aan medicatieoverdracht en medicatiebeoordelingen. Hieronder volgt een korte weergave van de inschatting van de inspectie wat betreft de implementatiestatus van de vier voorwaarden voor verantwoord voorschrijven.

Verantwoordelijkheidsverdeling

Gezien de huidige rol en positie van de huisarts in de eerstelijns gezondheidszorg heeft de inspectie aangenomen dat het voor de patiënt duidelijk is dat de huisarts voorschrijft en de apotheek ter hand stelt. Daarom heeft de inspectie er voor gekozen om – met betrekking tot deze voorwaarde – zich vooral te richten op de organisatie van de huisartsenpraktijk en de rol van de huisarts bij het proces van voorschrijven van geneesmiddelen: wie doet wat binnen de huisartsenpraktijk in dit proces en op welke wijze is de verantwoordelijkheid belegd.

Wel heeft de inspectie gemeend dat – mede ter toetsing van haar aanname – het zinvol is om de kennis en rol van de patiënt in dit verband te (laten) onderzoeken. Op verzoek van de inspectie is de kennis en de rol van de patiënt onderzocht binnen het Consumentenpanel gezondheidzorg (COPA) van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). De resultaten van dit onderzoek ondersteunen de aanname van de inspectie^[2].

Medicatieoverdracht

Binnen de eerste lijn kan bij medicatieoverdracht onder meer onderscheid gemaakt worden in de communicatie tussen huisarts en (preferente) apotheek en tussen huisarts en overige zorgverleners, zoals bijvoorbeeld een medisch specialist. Sinds 2008 is de richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten beschikbaar. Uit onder-

[2] Hoefman, R.J., Verleun, A., Brabers, A.E.M., Jong, J.D. Veel patiënten ontvangen informatie over medicijnen van hun zorgverlener, maar niet iedereen gebruikt deze informatie. Utrecht: NIVEL, 2016.

zoek blijkt dat ca 55% van de huisartsen bekend is met deze richtlijn^[3]. Elektronische overdracht van informatie is nog volop in ontwikkeling. Dat geldt onder andere voor de aansluiting op het Landelijk Schakelpunt (LSP). De communicatie tussen huisarts en overige zorgverleners loopt regionaal uiteen. Wel blijkt in de praktijk dat de uitwisseling van medicatiegegevens tussen apotheek en huisarts veelal buiten het LSP is geregeld en verloopt via een elektronische koppeling van de geautomatiseerde systemen, bijvoorbeeld edifact berichten of een gezamenlijk bronbestand met medicatiegegevens.

Elektronisch voorschrijven

Binnen de huisartsengeneeskunde is het werken met een elektronisch voorschrijf systeem (EVS) breed geïmplementeerd.^[4] Om optimaal gebruik te kunnen maken van een EVS dient deze niet alleen goed ingesteld te zijn (filter e.d.), maar ook gevuld te zijn met de juiste informatie (o.a. welke medicatie gebruikt een patiënt daadwerkelijk, contra-indicaties, diagnoses en allergieën). Een (prospectieve) risico analyse helpt gebruikers om zicht te krijgen op (potentiële) risico's en adequate actie daarop te ondernemen.

Medicatiebeoordeling bij kwetsbare ouderen met polyfarmacie

Uit onderzoek in 2013/2014, ruim een jaar na het uitbrengen van de multidisciplinaire richtlijn 'polyfarmacie bij ouderen' is gebleken dat ongeveer 70% van de huisartsen kennis heeft van deze richtlijn en zo'n 24% van de huisartsen al geschoold is. Destijds is echter ook gebleken dat slechts een klein deel van de huisartsen een medicatiebeoordeling uitvoert bij kwetsbare ouderen volgens deze richtlijn^[3]. Binnen de eerste lijn zijn echter wel veel initiatieven op het vlak van medicatiebeoordelingen. Veelal is dit afhankelijk van de preferente zorgverzekeraar in de regio. De kwaliteit van de medicatiebeoordelingen loopt uiteen.

In het veld, waaronder inbegrepen de koepelorganisaties, was discussie over de verdere implementatie van deze richtlijn. De discussie was met name gericht op de

[3] http://www.igz.nl/actueel/nieuws/Kwaliteit_farmacotherapeutische_zorg_kwetsbare_ouderen_met_polyfarmacie_moet_beter.aspx

[4] Landelijke Huisartsen Vereniging: Onderzoek naar HIS 2016.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

selectie van die patiënten, die het meest baat hebben bij een medicatiebeoordeling, en daarmee samenhangend de kwantiteit. De inspectie en de koepels hebben hierover overleg gehad. Naar aanleiding hiervan hebben de koepels aangescherpte selectiecriteria opgesteld. De inspectie heeft vervolgens de minimaal te behalen aantallen medicatiebeoordelingen vastgesteld voor de komende jaren^[5].

Inspectiebezoeken

De inspectiebezoeken in het kader van het toezichtproject Voorwaarden voor verantwoord Voorschrijven hebben merendeels plaatsgevonden in de periode november – december 2015. Getracht is om de toezichtlast voor de betreffende huisartsenpraktijk te beperken. Er is daarom gekozen om korte toezichtbezoeken te doen (circa anderhalf uur). Bij de toezichtbezoeken is gebruik gemaakt van een bezoek-instrument. In het bezoekinstrument ligt, als boven beschreven, het zwaartepunt op het uitvoeren van medicatiebeoordelingen en de medicatieoverdracht.

Tijdens de ontwikkelfase van het instrument zijn twee pilotbezoeken uitgevoerd. In die fase zijn ook de apotheken bezocht waarmee de huisartsenpraktijk nauw samenwerkt. De informatie uit de bezoeken aan de apotheken zijn eveneens verwerkt in het uiteindelijke bezoekinstrument.

Rapportage en Handhaving

Elke bezochte huisartsenpraktijk heeft een conceptrapport van het inspectiebezoek ontvangen met de mogelijkheid om te reageren op feitelijke onjuistheden. Daarna is het rapport definitief vastgesteld en met conclusies en handhaving aan de betreffende zorgverlener toegestuurd. Indien van toepassing, zullen controlebezoeken worden gebracht.

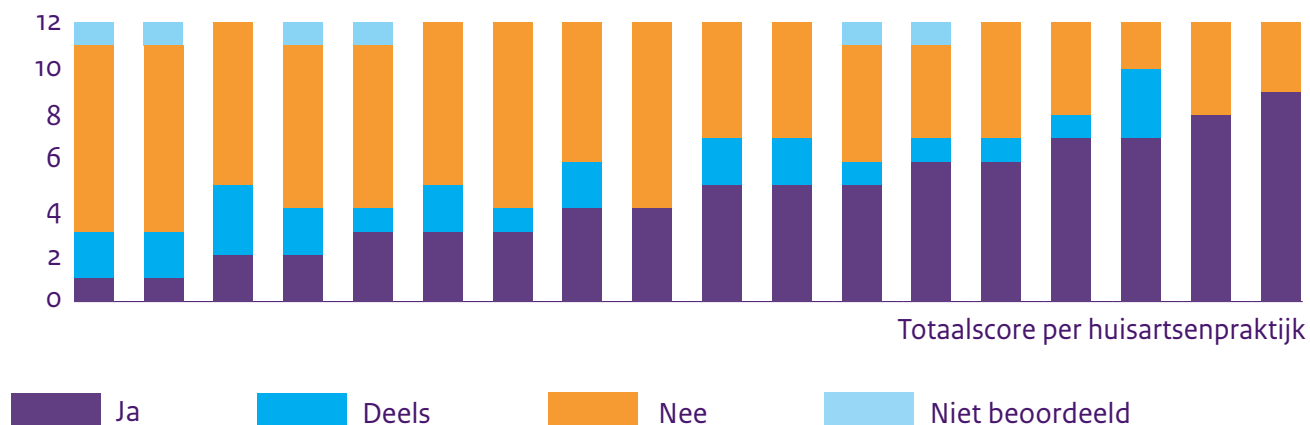
Vraagstelling

De uitgangsvraag is in hoeverre de huisartsenpraktijken voldoen aan de normen voor Verantwoord Voorschrijven.

[5] [de%20Normen%20Medicatiebeoordeling_tcm294-366341.pdf](#)

Resultaten

Figuur 1: Totaal score per huisartsenpraktijk



In figuur 1: ‘Totaal score per huisartsenpraktijk’ zijn de resultaten van alle bezoeken weergegeven in één overzicht. De resultaten van de toetsing op 12 normen varieert tussen de huisartsenpraktijken^[6]. Geen van de huisartsenpraktijken voldoet aan alle normen.

Hieronder volgt een toelichting op de scores in de 18 bezochte huisartspraktijken per voorwaarde voor verantwoord voorschrijven. Per voorwaarde staan voor de getoetste normen de resultaten in een figuur opgenomen, waarna onder de figuur een toelichting volgt op de resultaten. Voor de leesbaarheid zijn de conclusies als kopteksten opgenomen.

[6] De inspectie heeft voor de 4 voorwaarden voor verantwoord voorschrijven op basis van richtlijnen en veldnormen 15 generieke normen opgesteld ter toetsing (zie bijlage generieke toetsingskader). In de eerste lijn zijn 12 van deze 15 normen getoetst ten tijde van de toezichtbezoeken (zie bijlage bezoekinstrument eerste lijn). Drie van deze normen, behorende bij de voorwaarde verantwoordelijkheidsverdeling zijn getoetst in het onderzoek van het Consumentenpanel door het NIVEL.



1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Verantwoordelijkheidsverdeling

Afspraken voorschrijven herhaalmedicatie meestal niet schriftelijk vastgelegd

Figuur 2: Naleving normen verantwoordelijkheidsverdeling



Binnen het proces van het voorschrijven van herhaalrecepten zijn in de dagelijkse huisartsenpraktijk ook andere praktijkmedewerkers, zoals de doktersassistente, betrokken. Ook is het mogelijk dat er met (nabijgelegen) apotheken afspraken zijn gemaakt over (herhaal)medicatie.

Tijdens de inspectiebezoeken wordt dit beeld bevestigd en zijn er in de bezochte huisartsenpraktijken afspraken rondom (herhaal)medicatie. Bij 10 van de 18 praktijken zijn deze afspraken rondom het proces van (herhaal)medicatie niet schriftelijk vastgelegd in een protocol of werkinstructie. Wat betreft de afspraken met zorgverleners buiten de huisartsenpraktijk, zoals met nabijgelegen apothekers over onder meer het klaarmaken van herhaalmedicatie, bijvoorbeeld via een proactieve herhaalservice of ten behoeve van medicatierollen, blijkt dat 5 van de 18 bezochte huisartsenpraktijken hierover schriftelijke afspraken hebben gemaakt.

Medicatieoverdracht

Overdracht van medicatiegegevens altijd tijdig, maar niet steeds aandacht voor een compleet en actueel medicatiedossier

Figuur 3: Naleving normen aandacht compleetheid en actualiteit medicatiedossiers



Geneesmiddelen die in de huisartsenpraktijk worden voorgeschreven, worden meestal voorgeschreven aan vaste patiënten. Van deze patiënten is, indien van toepassing, een elektronisch medicatiedossier aanwezig. Onderzoek van onder meer de Consumentenbond heeft echter aangetoond dat het medisch dossier in veel gevallen niet compleet of onjuist is^[7]. Verificatie bij de patiënt is derhalve nodig om een compleet en actueel dossier te verkrijgen, inclusief inzage in het gebruik van zelfzorgmedicatie en eventuele wijzigingen die door een andere voorschrijver of de patiënt zelf zijn geïnitieerd.

Bij de bezochte huisartsenpraktijken verifieert 6 van de 18 huisartsen het medicatieoverzicht niet met de patiënt. Bij wijzigen van medicatie blijkt dat 7 van de 18 huisartsen dit niet doet.

In het proces van de herhaalmedicatie blijkt dat 15 van de 18 huisartsenpraktijken het medicatieoverzicht niet verifiëren met de patiënt.

[7] 2014 Consumentenbond: 'Medisch dossiers gatenkaas'.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

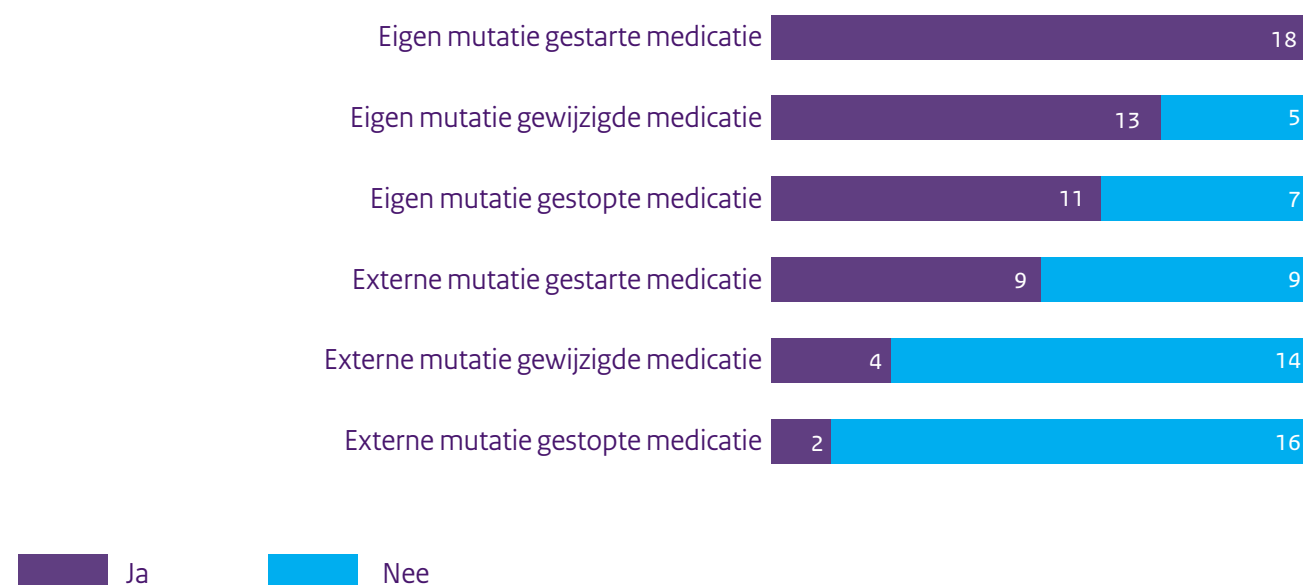
Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Bij het overdragen van medicatiegegevens bij verwijzing door de huisarts blijkt dat de overdracht bij alle bezochte huisartsenpraktijken tijdig plaatsvindt. Dat betekent dat binnen 24 uur de gegevens beschikbaar zijn voor de opvolgende zorgverlener. Alle bezochte praktijken maken daarbij gebruik van zorgdomein. Elektronische overdracht van medicatiegegevens via LSP vindt nauwelijks plaats binnen de bezochte praktijken. Daarbij hebben 10 van de 18 huisartsenpraktijken toestemming gevraagd aan hun patiënten om gegevens beschikbaar te mogen stellen. 8 huisartsenpraktijken hebben deze toestemming ook schriftelijk vastgelegd in het HIS. Tijdens de inspectiebezoeken is niet expliciet gevraagd naar het verifiëren van het actuele medicatie overzicht (bij de patiënt) alvorens deze over te dragen. Het vermoeden bestaat dat ook in deze situatie het medicatieoverzicht niet wordt geverifieerd bij de patiënt. Dit op grond van de bezoeken en de gevonden resultaten met betrekking tot verificatie ten tijde van voorschrijven. Hierdoor bestaat het risico dat de verzonden medicatieoverzichten niet compleet en actueel zijn.

Wisselend Beeld Inzichtelijkheid wijzigingen in het medicatiedossier

Figuur 4: Naleving normen mutaties medicatiedossier



Bij de bezochte huisartsenpraktijken is er een wisselend beeld in de mate waarop mutaties in medicatiedossier van patiënten zichtbaar zijn. Met betrekking tot de eigen mutaties blijken bij 5 van de 18 huisartsenpraktijken wijzigingen in medicatie niet zichtbaar. Tevens is bij 7 van de 18 huisartsenpraktijk niet zichtbaar dat een medicijn is gestopt. Ook bij de externe mutaties is een wisselend beeld te zien. Zo is bij 9 van de 18 praktijken een gestart medicijn niet zichtbaar, bij 14 van de 18 een wijziging niet zichtbaar en bij 16 van de 18 het stoppen van een medicijn niet zichtbaar. De gevonden verschillen lijken deels te verklaren door de wijze en mate van koppeling aan de terhandstellende apotheken. Terhandstelling door aangesloten apotheken worden veelal geautomatiseerd teruggekoppeld en opgenomen in het HIS van de huisarts. Wijzigingen en stopopdrachten zijn vaak ook niet bij de apotheek bekend of kunnen niet geautomatiseerd worden doorgegeven en/of in het HIS worden opgenomen.

Incidentele patiënten: medicatieoverzicht en beleid voor risicoafweging ontbreekt veelal

Figuur 5: Naleving normen AMO en beleid incidentele patienten



Een huisartsenpraktijk heeft naast vaste, ingeschreven, patiënten ook te maken met incidentele patiënten ('passanten'). Deze patiënten zijn in/nabij hun eigen woonplaats ingeschreven, maar hebben op een bepaald moment elders huisartsgeneeskundige zorg nodig. Elke huisarts heeft met dergelijke incidentele patiënten te maken. Het aantal contacten varieert echter per praktijk. Zo zullen huisartsen(praktijken) in vakantiegebieden meer zorg leveren aan incidentele patiënten.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

In alle 18 bezochte huisartspraktijken is er geen schriftelijk beleid opgesteld en vastgelegd op basis waarvan een risicoafweging wordt gemaakt voor het gebruik van een actueel medicatieoverzicht bij incidentele patiënten. Slechts bij 2 van de 18 bezochte huisartspraktijken is er een compleet en actueel medicatieoverzicht van incidentele patiënten.

Niet altijd wordt voldaan aan artikel 6.10/6.11 van de Regeling Geneesmiddelenwet wat betreft indicatie op recept en actief doorgeven van afwijkende nierfunctiewaarden

Figuur 6: Naleving normen Regeling Geneesmiddelenwet



Artikel 6.10 van de Regeling Geneesmiddelenwet is geïntroduceerd om de voorschrijver te verplichten om bij risicovolle geneesmiddelen met meerdere indicaties, de reden van voorschrijven op het recept te vermelden. De apotheker kan hiermee adequate medicatiebewaking uitvoeren.

Het blijkt dat bij 2 van de 18 bezochte huisartspraktijken het HuisartsenInformatie-Systemen (HIS) deze indicatie, opgenomen als ICPC-code, niet daadwerkelijk op het voorschrift print dan wel elektronisch naar de apotheek zendt. Overigens blijkt ten tijde van de bezoeken dat een klein deel van de voorschrijvers niet bekend is met deze verplichting.

Artikel 6.11 van de Regeling Geneesmiddelenwet is geïntroduceerd om de voor-

schrijver te verplichten om afwijkende nierfunctiewaarden actief door te geven aan een door de patiënt aangewezen apotheker. De apotheker kan hiermee adequate medicatiebewaking uitvoeren.

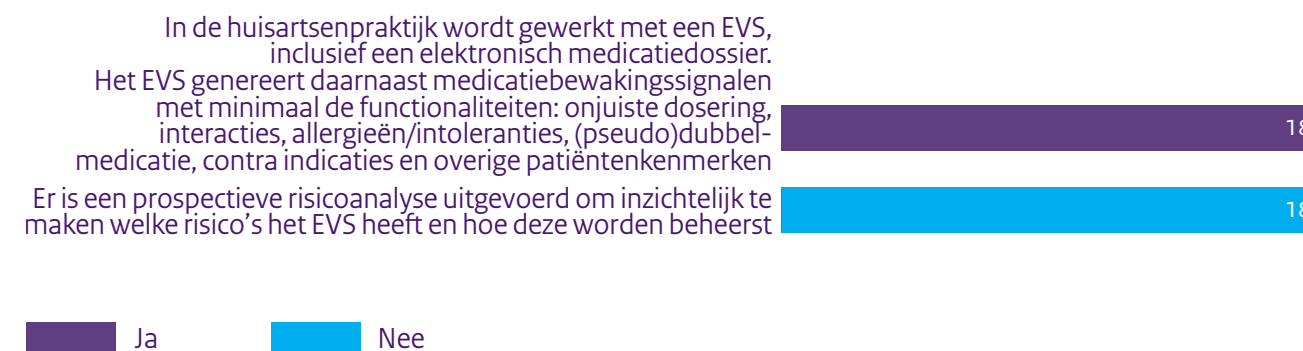
Het blijkt dat bij 8 van de 16 huisartspraktijken dit is geborgd. 2 huisartspraktijken zijn niet beoordeeld op dit item. Daarnaast blijkt dat 2 van de 17 huisartspraktijken toestemming hebben gevraagd aan de patiënt om dit door te geven. 1 huisartspraktijk is niet beoordeeld op dit item. Overigens blijkt ten tijde van de bezoeken dat een klein deel van de voorschrijvers niet bekend is met deze verplichting.

Voorts blijkt uit de bezoeken dat bij een aantal huisartspraktijken er elektronische koppelingen bestaan tussen het huisarts- en apotheekinformatiesysteem, waardoor een deel van de informatieoverdracht geautomatiseerd is geregeld. Ook is door enkele praktijken aangegeven dat er regionale afspraken zijn gemaakt over het actief doorgeven van afwijkende nierfunctiewaarden, bijvoorbeeld middels een koppeling met het laboratorium. Deze afspraken zijn niet toetsbaar ten tijde van het inspectiebezoek in de betreffende huisartspraktijk en hebben geleid tot de score 'niet beoordeeld'.

Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS)

Alle bezochte huisartspraktijken schrijven voor met EVS, een prospectieve risicoanalyse is echter bij geen van de huisartspraktijken uitgevoerd.

Figuur 7: Naleving normen EVS



Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

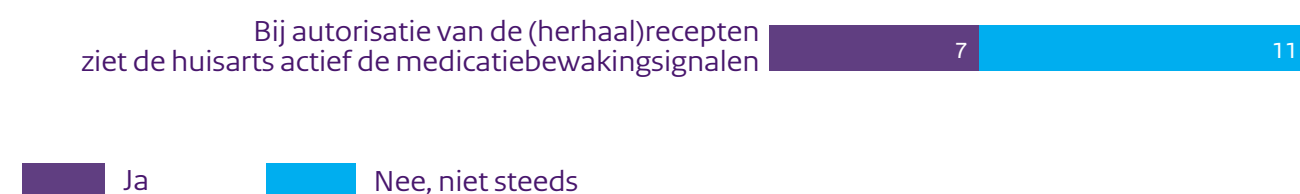
Het gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) is sinds lange tijd gemeengoed in huisartsenpraktijken. Bij de introductie en gedurende het gebruik van deze systemen zijn geen prospectieve risicoanalyses uitgevoerd om inzichtelijk te maken welke risico's het EVS heeft en hoe deze worden beheerst. Wel zijn de diverse gebruikersverenigingen actief om de kwaliteit en toepasbaarheid van de systemen te bewaken. De functionaliteit van het EVS wordt overigens mede bepaald door de aanwezigheid van een compleet en actueel medicatiedossier (zie 2.2.1).

In alle bezochte huisartsenpraktijken wordt gewerkt met een EVS, waarbij tijdens het voorschrijven medicatiebewakingsignalen worden gegenereerd. Hierbij is gekeken naar de functies om te bewaken op onjuiste dosering, interacties, allergieën/intoleranties, (pseudo)dubbelmedicatie, contra-indicaties en andere patiëntkenmerken. Vanuit het EVS wordt in alle bezochte huisartsenpraktijken een actueel, elektronisch medicatiedossier bijgehouden.

Geen van de bezochte huisartsenpraktijken heeft een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd rondom het gebruik van het EVS in de huisartsenpraktijk.

Autorisatie van herhaalrecepten: In de bezochte praktijken ziet de huisarts niet steeds medicatiebewakingsignalen

Figuur 8: Autorisatie herhaalrecepten



Wettelijk gezien dienen herhaalrecepten geautoriseerd te worden door de huisarts. De huisarts dient op dat moment na te gaan of het verantwoord is voor de patiënt om het medicament te (blijven) gebruiken. Een van de beoordelingsaspecten die de huisarts daarbij moet meenemen zijn de medicatiebewakingsignalen vanuit het EVS.

Bij de bezochte huisartsenpraktijken blijkt dat 11 van de 18 huisartsen de medicatiebewakingsignalen met betrekking tot herhaalrecepten niet actief ziet. De huisarts kan in het autorisatiescherm zien dat het betreffende voorschrift een signaal heeft gegenereerd, maar het voorschrift/autorisatieregels wordt niet aangeklikt om het signaal te kunnen zien en beoordelen. Bij 3 van deze 11 huisartsenpraktijken blijkt dat de herhaalrecepten, die door de doktersassistente of praktijkondersteuner werden aangemaakt, rechtstreeks worden doorgestuurd naar de apotheek. Deze recepten zijn echter niet rechtsgeldig omdat ze niet door een huisarts zijn geautoriseerd. De betrokken huisartsenpraktijken werken daarmee in strijd met de Geneesmiddelenwet.

Medicatiebeoordelingen

De meeste huisartsenpraktijken op bezoekdatum gestart met medicatiebeoordelingen

Figuur 9: Naleving normen aantal uitgevoerde medicatiebeoordelingen



De inspectiebezoeken hebben merendeels plaatsgevonden in de periode november – december 2015. Het blijkt dat 12 van de 18 huisartsenpraktijken reeds is gestart met medicatiebeoordelingen. 10 van de 12 gestarte huisartsenpraktijken heeft reeds het minimaal aantal te behalen medicatiebeoordelingen uitgevoerd.^[8] De overige praktijken hebben naar aanleiding van het inspectiebezoek aangegeven aanleiding te zien alsnog te starten met de medicatiebeoordeling en/of het vastgestelde aantal van vijf beoordelingen alsnog in 2015 te behalen.

[8] Verwijzing naar brief over de normen voor medicatiebeoordeling inclusief groeimodel en onderbouwing (www.igz.nl/medicatieveiligheid). Zie voetnoot 5



1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

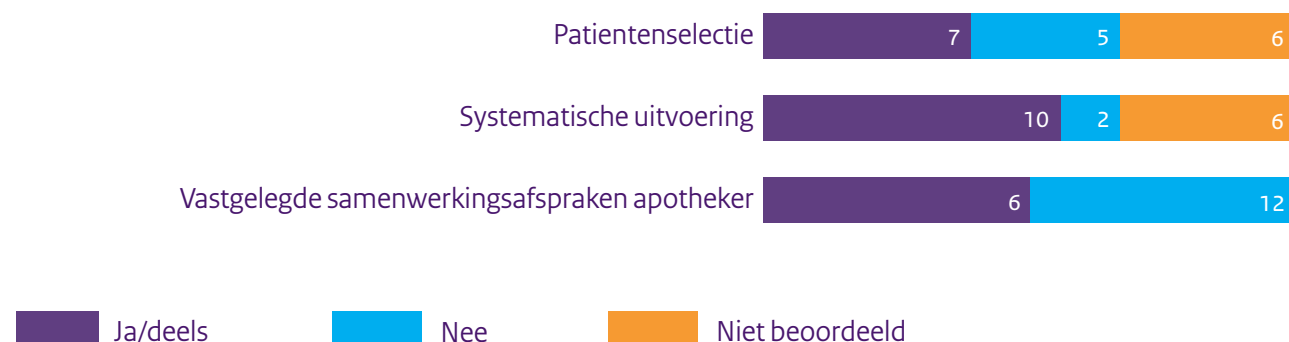
- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Wel gestart met medicatiebeoordelingen, dan meestal volgens de richtlijn

Figuur 10: Naleving normen uitvoeren van medicatiebeoordelingen



10 van de 12 huisartsenpraktijken die op bezoekdatum reeds gestart zijn met medicatiebeoordelingen voeren deze uit overeenkomstig de richtlijn ‘Polyfarmacie bij ouderen’. Ook blijkt dat 7 van de 12 praktijken de patiëntselectie reeds op basis van de aangescherpte selectiecriteria heeft gedaan. In de praktijk blijkt dat de apotheker van de nabijgelegen apotheek vaak nauw betrokken is geweest bij het selecteren van patiënten.

Bij 6 van de 18 huisartsenpraktijken zijn de samenwerkingsafspraken met deze apotheker vastgelegd in een samenwerkingsprotocol.

Bij de 6 huisartsenpraktijken die nog niet waren gestart met medicatiebeoordelingen, zijn geen verdere vragen gesteld met betrekking tot de patiëntselectie en uitvoering van medicatiebeoordelingen. Dit heeft geleid tot de score ‘niet beoordeeld’. De 6 huisartspraktijken die een samenwerkingsprotocol hebben met vastgelegde afspraken doen dat dan ook volledig volgens de in de richtlijn opgenomen items.

Conclusies, handhaving en aanbevelingen

Algemene conclusie: belangrijk signaal

Gezien de omvang van het veld en het beperkte aantal bezochte huisartsen- (praktijken) is het niet mogelijk om een representatief beeld van de huisartsen- praktijken in Nederland te krijgen wat betreft de vraag in hoeverre zij voldoen aan de relevante normen voor verantwoord voorschrijven. De bezochte huisartsenpraktijken voldeden niet (volledig) aan de getoetste normen ten tijde van het toezichtbezoek en daarmee niet aan de Voorwaarden voor Verantwoord voorschrijven. Dit geeft risico op gezondheidsschade voor de patiënt. Om de risico's te beperken moeten er verbeteringen worden gerealiseerd.

Handhaving

De bezochte huisartsenpraktijken dienen adequate maatregelen te nemen, zodat op korte termijn wordt voldaan aan de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven. In een eerder stadium heeft de inspectie dit reeds gecommuniceerd met de bezochte praktijken. De drie huisartsenpraktijken waar geen rechtsgeldige recepten worden doorgezonden naar de terhandstellende apotheek worden actief gevolgd.

Indien bij een volgend (onaangekondigde) inspectiebezoek aan een bezochte huisartsenpraktijk blijkt dat er geen adequate verbetermaatregelen zijn gerealiseerd, treft de inspectie passende handhavende maatregelen.

Aanbevelingen per voorwaarde voor verantwoord voorschrijven

Ondanks het feit dat de bezochte huisartsenpraktijken niet representatief zijn voor het gehele toezichtsveld, zullen hieronder voor de vier voorwaarden voor verantwoord voorschrijven aanbevelingen worden geformuleerd voor voorschrijvers in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Verantwoordelijkheidsverdeling

Sluitende werkafspraken herhaalrecepten nodig voor zowel medewerkers huisartsenpraktijk als met apotheken

Bij het voorschrijven van herhaalrecepten zijn meestal praktijkondersteuners- en

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.1 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

assistenten van de huisarts betrokken. De gemaakte afspraken over welke geneesmiddelen en in welke situaties door de betreffende medewerkers mogen worden herhaald en “klaargezet” ter autorisatie door de huisarts, moeten eenduidig worden vastgelegd in een protocol of werkinstructie. Ook afspraken met nabijgelegen apothekers met betrekking tot het klaarmaken van herhaalmedicatie, bijvoorbeeld via een proactieve herhaalservice of ten behoeve van medicatierollen, moeten schriftelijk worden vastgelegd.

Het protocol ‘Voorschrijven en herhalen van nieuwe, actuele of recente medicatie’ dat het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hiervoor heeft ontwikkeld biedt hier handvatten voor.

Medicatieoverdracht

Voldoende kennis van (on)mogelijkheden huisartseninformatiesysteem (HIS) wat betreft compleetheid medicatiedossiers

Bij het voorschrijven van geneesmiddelen moet in de huisartsenpraktijk rekening worden gehouden met het feit dat de, in het HIS, aanwezige medicatiedossiers mogelijk niet compleet en actueel zijn.

Wat betreft de overdracht van medicatiegegevens is het van belang dat de huisarts inzicht heeft in de medicatiegegevens die daadwerkelijk worden gedeeld via de elektronisch gekoppelde apotheken. Zo blijkt dat terhandstellingen door andere apotheken dan de eigen apotheek weliswaar worden meegedeeld aan de eigen apotheek en daardoor opgenomen in het medicatiedossier van het Apotheek Informatie Systeem (AIS) van de eigen apotheek als “elders geleverd” of “dienst-recept”. Maar – zo blijkt uit de praktijk – dat deze “dienstrecepten” veelal niet automatisch word gedeeld met de gekoppelde huisartsen. Zo kan het voorkomen dat terhandstellingen door de poliklinische apotheek, die door de patiënt is bezocht na een bezoek aan de polikliniek, niet bekend zijn bij de huisartsenpraktijk en dus niet worden meegenomen in de medicatiebewaking in het EVS.

Verificatiegesprek met patiënt nodig voor compleet en actueel medicatieoverzicht

Het is noodzakelijk dat een huisarts op het moment van voorschrijven en overdracht het medicatiedossier compleet en actueel maakt door een verificatiegesprek met de

patiënt. Dit is niet alleen omwille van de eerder geschetste (on)mogelijkheden van het HIS, maar ook vanwege andere essentiële informatie. Te denken valt onder andere aan zelfzorgmedicatie. In verlengde hiervan is het ook noodzakelijk een dergelijke verificatie te doen indien de patiënt niet in de spreekkamer van de voorschrijver aanwezig is, zoals bijvoorbeeld bij herhaalrecepten.

Bewustwording ‘ontvangende’ zorgverlener actualiteit medicatieoverzicht

Er is een algemeen aandachtspunt bij de verwijzing van patiënten door de huisarts. Zeker indien dit verloopt via elektronische kanalen zoals Zorgdomein. Gezien de periode die verstrijkt tussen verwijzing en het daadwerkelijke bezoek aan de zorgverlener waarnaar is verwezen kunnen er tussentijds wijzigingen zijn geweest in het medicatiegebruik van de patiënt. De ‘ontvangend’ zorgverlener dient zich hier bewust van te zijn en een verificatiegesprek met de patiënt te voeren.

Beleid opstellen voor risicoafweging gebruik medicatieoverzicht bij (spoed)zorg passanten

Binnen de huisartsenpraktijken dient er beleid te zijn opgesteld en vastgelegd op basis waarvan een risicoafweging wordt gemaakt voor het gebruik van een actueel medicatieoverzicht bij het voorschrijven van geneesmiddelen bij incidentele patiënten. Bij medische (spoed)zorg aan passanten is het niet altijd noodzakelijk dat er een compleet en actueel medicatieoverzicht is.

Medicatiebeoordelingen

Medicatiebeoordelingen volgens richtlijn ‘Polyfarmacie bij ouderen’ uitvoeren

Overeenkomstig de richtlijn ‘Polyfarmacie bij ouderen’ en de aanwijzingen van de inspectie moeten huisartsen reeds gestart zijn met het uitvoeren van medicatiebeoordelingen.^[9] Voor 2016 moet elke huisartspraktijk tenminste 15 medicatiebeoordelingen hebben uitgevoerd (gerelateerd aan de normpraktijk). Uit de reacties van huisartsen op de concept rapporten is gebleken dat enkele praktijken in het inspectiebezoek aanleiding hebben gezien om alsnog te starten met medicatiebeoordelingen.

[9] De inspectie heeft voor de 4 voorwaarden voor verantwoord voorschrijven op basis van richtlijnen en veldnormen 15 generieke normen opgesteld ter toetsing (zie bijlage generieke toetsingskader). In de eerste lijn zijn 12 van deze 15 normen getoetst ten tijde van de toezichtbezoeken (zie bijlage bezoekinstrument eerste lijn). Drie van deze normen, behorende bij de voorwaarde verantwoordelijkheidsverdeling zijn getoetst in het onderzoek van het Consumentenpanel door het NIVEL.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Vastleggen samenwerkingsafspraken tussen huisartsenpraktijken en apotheken

De eerdergenoemde richtlijn geeft handvatten voor de daadwerkelijke uitvoering van de medicatiebeoordelingen. Samenwerking tussen voorschrijver en apotheker zijn hierbij van essentieel belang en dient te worden vastgelegd in samenwerkingsafspraken.

Patiënten blijven betrekken in medicatiebeoordeling

Ook wat betreft de betrokkenheid van de patiënt geeft de richtlijn handvatten. Het is en blijft noodzakelijk dat patiënten actief worden betrokken in de medicatiebeoordeling. Zorgverleners dienen patiënten die naar verwachting het meest gebaat zullen zijn bij een medicatiebeoordeling uit te nodigen voor deze zorg – waarbij zij vanzelfsprekend uitgaan van de richtlijn en normen.

De inspectie blijft de uitvoering van medicatiebeoordelingen overeenkomstig de eerder genoemde richtlijn en aanwijzingen in de komende jaren volgen.

Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS)

Uitvoeren prospectieve risicoanalyse bij niet gevalideerd EVS noodzakelijk

Het is van belang dat huisartsen(praktijken) voldoende bekend zijn met de (on)mogelijkheden van het Elektronisch Voorschrijf Systeem. Een belangrijk onderdeel hiervan is het uitvoeren van een prospectieve risicoanalyse en zou, bij gebrek aan gevalideerde systemen, door alle praktijken met regelmaat moeten worden uitgevoerd. Praktisch gezien is het echter voorstelbaar dat de betreffende koepels, maar ook HIS leveranciers, hierbij een actieve rol gaan spelen en handvatten ontwikkelen.

Bij autorisatie (herhaal)recepten ook beoordeling medicatiebewakingsignalen uitvoeren

Een opvallende bevinding ten tijde van de toezichtbezoeken heeft betrekking op het autoriseren van de herhaalrecepten door de huisarts ('receptenbuffer'). Het blijkt dat een aantal huisarts niet bekend is op welke wijze medicatiebewakingsignalen zichtbaar zijn in deze receptenbuffer, noch de wijze waarop deze eventueel zijn in te zien of op te roepen. Het is de vraag of de betreffende huisartsen de gegenereerde medicatiebewakingsignalen daadwerkelijk zien, beoordelen en – indien van toepassing – afhandelen. Andere huisartsen zijn wel bekend met deze mogelijkheid, maar maken er geen gebruik van.

Het is van belang dat de beroepsgroep huisartsen (en apothekers) zich bewust is van de potentiële risico's die bovenstaande met zich meebrengt. De koepels en HIS/AIS leveranciers kunnen hier een rol spelen. Daarnaast kunnen de HIS/AIS leveranciers – in overleg met het veld – hun systemen aanpassen om bovenstaande risico's te minimaliseren.

Uitvoering geven aan artikel 6.10 en 6.11 regeling Geneesmiddelenwet

Artikel 6.10 van de Regeling Geneesmiddelenwet is geïntroduceerd om de voorschrijver te verplichten om bij risicovolle geneesmiddelen met meerdere indicaties, de reden van voorschrijven op het recept te vermelden. Artikel 6.11 van de Regeling Geneesmiddelenwet is geïntroduceerd om de voorschrijver te verplichten om afwijkende nierfunctiewaarden actief door te geven aan een door de patiënt aangewezen apotheker. Voorschrijvers dienen op de hoogte te zijn van deze verplichtingen en daaraan te voldoen.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

B Medisch specialistische zorg

Methode

Onderzoeksvraag

In hoeverre voldoen de bezochte ziekenhuizen aan de relevante voorwaarden voor verantwoord voorschrijven?

- Getoetste normen (13) onderverdeeld in voorwaarden verantwoordelijkheidsverdeling (5); medicatieoverdracht (6); elektronisch voorschrijven (2).
- Risicoselectie op basis van indicatoren medicatieveiligheid, calamiteiten en informatie accounthouder.
- Inspectiebezoeken aan twintig ziekenhuizen waarvan twee in pilot fase.
- Gesprekken met raad van bestuur, apotheker en twee voorschrijvend artsen; inzage in tien patiëntendossiers; onaangekondigd bezoek aan SEH en twee verpleegafdelingen; gesprekken met patiënten.

Conclusie

- Ziekenhuizen voldoen in het algemeen aan voorwaarden voor veilig voorschrijven bij klinisch opgenomen patiënten.
- Overdracht van medicatiegerelateerde gegevens naar volgende schakels is onvoldoende op orde en heeft aandacht.

Verantwoordelijkheidsverdeling

- Onvoldoende ingevoerd; met name externe samenwerkingsafspraken ontbreken.
- Geen aanwijzingen dat gevonden verschillen tussen ziekenhuizen leiden tot verschillen in kwaliteit van zorg.
- Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling blijkt in praktijk onduidelijk en in huidige vorm niet handhaafbaar. Herformulering is wenselijk.

Medicatieoverdracht en elektronisch voorschrijven

- Aan de normen om binnen ziekenhuizen veilig voor te schrijven is bijna altijd voldaan, mede door hoge implementatiegraad van EVS voor klinische patiënten.
- Ziekenhuizen zonder PRI hadden vaak al een EVS voor invoering PRI systematiek.
- Goede criteria voor de beoordeling van PRI's ontbreken. Het opstellen hiervan is wenselijk.
- Kwaliteit en tijdigheid van overdracht van medicatie-informatie bij ontslag is onvoldoende.
- Vaak ontbreken procedurele en technische voorzieningen om aan de wettelijke verplichtingen bij overdracht te voldoen.

Kernboodschap

Ziekenhuizen voldoen intern aan de voorwaarden voor veilig voorschrijven bij klinisch opgenomen patiënten. De overdracht van medicatiegerelateerde gegevens naar andere zorgverleners van de patiënt bij ontslag is onvoldoende en heeft aandacht!

Het inrichten van een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling en het maken van externe samenwerkingsafspraken is noodzakelijk voor risicoreductie binnen de keten.

- 1 Inleiding**
 - 1.1 Aanleiding en belang
 - 1.2 Onderzoeksvragen
 - 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader
- 2 Conclusies**
 - 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
 - 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
 - 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
 - 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling
- 3 Handhaving**
 - 3.1 Vervolgacties inspectie
 - 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
 - 3.3 Vervolgacties inspectie
- 4 Resultaten**
 - 4.1 EVS
 - 4.2 Medicatieoverdracht
 - 4.3 Medicatiebeoordeling
 - 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
 - 4.5 Het patiëntenperspectief
- 5 Beschouwing**

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

B Medisch specialistische zorg

Aanpak

Populatie

Het onderzoek richtte zich op veilige voorwaarden voor voorschrijven tijdens de klinische opname

Nederland heeft 93 ziekenhuizen, verdeeld over acht academische ziekenhuizen en ongeveer 85 algemene ziekenhuizen. Dit laatste aantal neemt af door fusies. Ziekenhuizen en de daarin werkzame medisch specialisten hebben een belangrijke rol bij het voorschrijven van medicatie. Medicatie waarvoor specialistische kennis noodzakelijk is heeft in het algemeen een hoger risico op bijwerkingen. Patiënten worden binnen een ziekenhuis vaak behandeld voor meerdere aandoeningen, vanuit verschillende medisch specialistische disciplines. Zij kunnen medicatie voorgeschreven krijgen tijdens een bezoek aan de polikliniek, een dagbehandeling of tijdens een klinische opname. Doordat klinische opnames steeds korter worden, moeten zorgverleners onderling en met de patiënt, intensiever afstemmen om de farmacotherapie optimaal te houden. Het meest intensieve medicatiegebruik door patiënten is tijdens de klinische opname. Dit stelt eisen aan de veiligheid van de werkmethoden. Dit inspectieonderzoek richtte zich op het voorschrijfproces tijdens acute en geplande klinische opnames.

Methode

Risicoselectie: Selectie van ziekenhuizen op basis van indicatoren met een verhoogde kans op problemen bij medicatieveiligheid. Onderzoekresultaten niet volledig representatief voor de Nederlandse situatie

Bij de selectie van ziekenhuizen is een weging gemaakt uit vier factoren: twee indicatoren gericht op verantwoordelijkheidsverdeling bij kwetsbare ouderen^[10], een analyse van calamiteitmeldingen binnen het incidententoezicht en de reactie op een verzoek aan de accounthouders^[11] van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

(hierna: de inspectie) om bepaalde ziekenhuizen te benoemen voor een bezoek op het thema medicatieveiligheid. Zij betrokken hierbij de meldingen over medicatieveiligheid. De twintig ziekenhuizen met de laagste score op de indicatoren in combinatie met een vermelding van een accounthouder zijn geselecteerd. Het doel van de selectie was het identificeren van ziekenhuizen waarbij de kans het grootst was dat een inspectiebezoek een positieve bijdrage zou leveren aan de medicatieveiligheid en dus de patiëntveiligheid^[12]. Het resultaat van dit onderzoek is daarom nadrukkelijk niet representatief voor de ziekenhuiszorg als geheel. In de loop van 2016 komt informatie uit de Basisset Kwaliteitsindicatoren Ziekenhuizen 2015 beschikbaar, met landelijke uitkomsten op de onderwerpen medicatieverificatie, elektronisch voorschrijven en verantwoordelijkheidsverdeling. Deze resultaten kunnen helpen om de onderzochte groep ziekenhuizen in de complete groep te plaatsen.

Getoetste normen voor voorwaarden voor veilig voorschrijven

Binnen het inspectie brede toezichtproject RFT werden (en worden) normen getoetst op naleving. De normen zijn onderverdeeld in vier voorwaarden: verantwoordelijkheidsverdeling, medicatieoverdracht, elektronisch voorschrijven en polyfarmacie. De multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen is ingericht voor de eerstelijnszorg en daarom niet getoetst in de medisch specialistische zorg.

Het toetsingskader voor medisch specialistische (ziekenhuis)zorg is afgeleid van het toetsingskader dat binnen het inspectiebrede toezichtproject RFT is ontwikkeld. Het toetsingskader bevat de criteria waar de inspectie haar oordeel over het ziekenhuis op baseert en bepaalt dan ook waar een inspecteur tijdens een bezoek naar kijkt. Voor het onderdeel verantwoordelijkheidsverdeling werd het toetsingskader een aantal keren aangepast op basis van verschillende interpretatieproblemen van waarnemingen tijdens de inspectiebezoeken. Na het opstellen van elk conceptrapport

[10] Basisset Kwaliteitsindicatoren Ziekenhuizen 2014: indicator 1.2.2 Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur; indicator 10.2.2 Beoordeling bij kwetsbaarheid (colon-chirurgie bij ouderen)

[11] Accounthouder: de inspecteur die als eerste aanspreekpunt voor de raad van bestuur van het ziekenhuis fungeert en het toezicht op dit ziekenhuis coördineert.

[12] Veilig voorschrijven is een onderdeel van medicatieveiligheid, medicatieveiligheid is een onderdeel van patiëntveiligheid.

Voorwoord

Samenvatting

- 1 Inleiding**
 - 1.1 Aanleiding en belang
 - 1.2 Onderzoeksvragen
 - 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader
- 2 Conclusies**
 - 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
 - 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
 - 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
 - 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling
- 3 Handhaving**
 - 3.1 Vervolgacties inspectie
 - 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
 - 3.3 Vervolgacties inspectie
- 4 Resultaten**
 - 4.1 EVS
 - 4.2 Medicatieoverdracht
 - 4.3 Medicatiebeoordeling
 - 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
 - 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

werd de interpretatie van de waarnemingen besproken in de projectgroep. Dit had tot doel de interpretatie van de waarnemingen tussen de bezoekteams te standaardiseren.

Op basis van het toetsingskader medisch specialistische zorg ontwikkelde de projectgroep een handhavingskader medisch specialistische zorg. Dit handhavingskader geeft per norm aan welke maatregel het ziekenhuis zou moeten nemen om te kunnen voldoen aan die norm.

De uitgangsvraag van het onderzoek is in hoeverre voldoen de bezochte ziekenhuizen aan de relevante voorwaarden voor verantwoord voorschrijven.

Focus

Binnen het klinische proces keek de inspectie naar het zorgpad ‘COPD’ en ‘Heup (totale heup vervanging)’. Het zorgpad ‘COPD’ omvatte met name spoedeisende zorg en het zorgpad ‘Heup’ met name de electieve zorg.

Door dit onderscheid in patiëntenpopulatie te maken was het mogelijk beter inzicht te krijgen in de medicatieoverdracht bij spoed- en geplande opnames van patiënten.

Inspectiebezoeken

De inspectie heeft een topklinisch ziekenhuis en een algemeen ziekenhuis als pilot bezocht. Het doel van deze pilots was het testen van het toetsingskader. Het toetsingskader is aangepast naar aanleiding van de bevindingen. Daarna zijn de overige achttien ziekenhuizen bezocht. De bezoeken zijn uitgevoerd in de periode van mei tot november 2015. De resultaten van alle bezochte ziekenhuizen zijn opgenomen in dit rapport.

Inhoud bezoeken

Voorafgaand aan het bezoek aan een ziekenhuis vroeg de inspectie schriftelijk de volgende documentatie op:

- de uitkomst van een prospectieve risicoanalyse (PRI) met betrekking tot het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS);
- procedures met betrekking tot medicatieverificatie en medicatieoverdracht;
- regionaal samenwerkingsprotocol inzake medicatieoverdracht.

Het inspectiebezoek bestond uit vier afzonderlijke gesprekken, namelijk met de raad van bestuur, de apotheker en een apothekersassistent, een voorschrijvend longarts en een voorschrijvend orthopeed. Daarna zijn van beide specialismenvijf patiëntendossiers bestudeerd, met ondersteuning vanuit de betreffende afdelingen.

Aansluitend vonden onaangekondigde bezoeken plaats aan de Spoedeisende Hulp (SEH), de verpleegafdeling longgeneeskunde en de verpleegafdeling orthopedie. Op beide verpleegafdelingen sprak de inspectie met patiënten over de verantwoordelijkheidsverdeling op het gebied van de medicatie. Elk bezocht ziekenhuis ontving een individueel conceptrapport met het verzoek om feitelijke onjuistheden te corrigeren. Vervolgens werd het definitieve rapport, inclusief beoordeling en te nemen maatregelen opgesteld en verstuurd.

In de individuele rapportages van de ziekenhuizen zijn de normen gescoord volgens de schaal: ‘afwezig’, ‘aanwezig’, ‘operationeel’ of ‘geborgd’.

Om minimaal te voldoen aan een bepaalde norm moet een instelling op die norm operationeel of geborgd scoren. Wanneer een instelling op een bepaalde norm afwezig of aanwezig scoort dan voldoet de instelling niet aan die bepaalde norm.

In dit rapport zijn de scores afwezig en aanwezig samen genomen in de score ‘voldoet niet’. De scores ‘operationeel’ en ‘geborgd’ zijn samengevoegd in de score ‘voldoet wel’.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

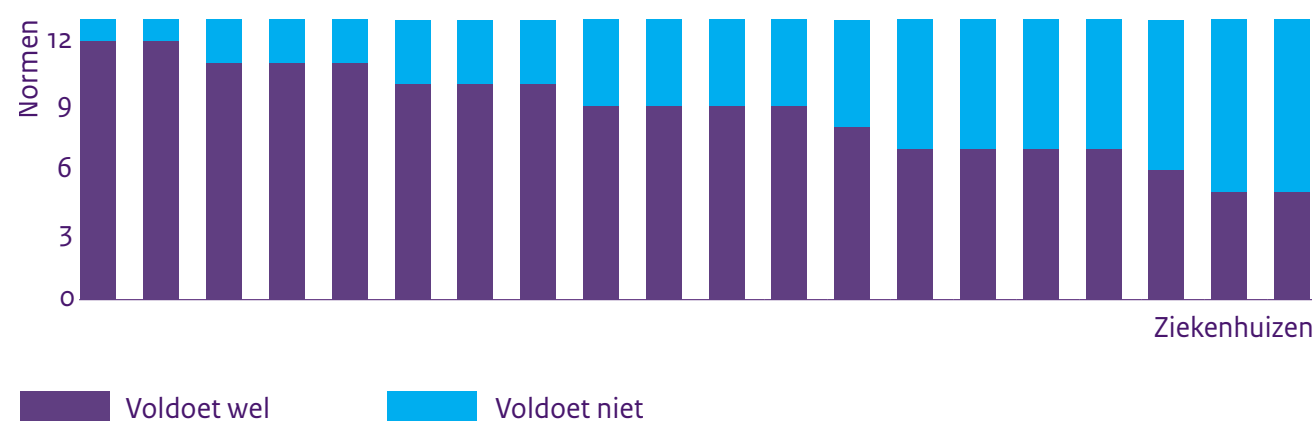
- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Resultaten

Figuur 1: Totaal score per ziekenhuis

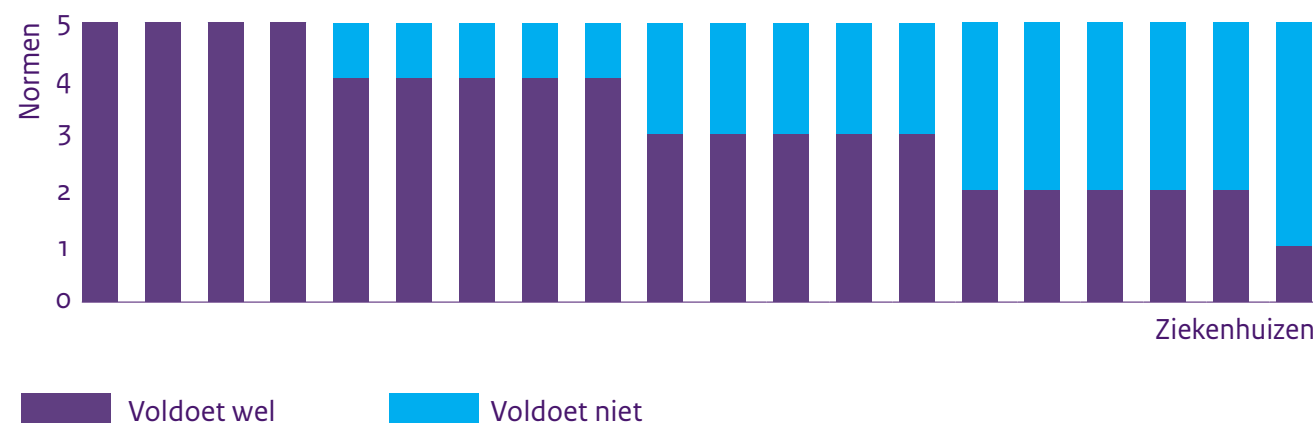


Figuur 1 toont aan dat de resultaten van de toetsing op de dertien normen sterk varieert tussen de ziekenhuizen.

Geen van de 20 ziekenhuizen voldoet aan alle getoetste normen. Er zijn vier ziekenhuizen (4/20) die aan zes of minder normen voldoen. De twee ziekenhuizen die het slechtst scoren voldoen aan vijf van de dertien normen.

Voorwaarde verantwoordelijkheidsverdeling

Figuur 2: Naleving normen verantwoordelijkheidsverdeling

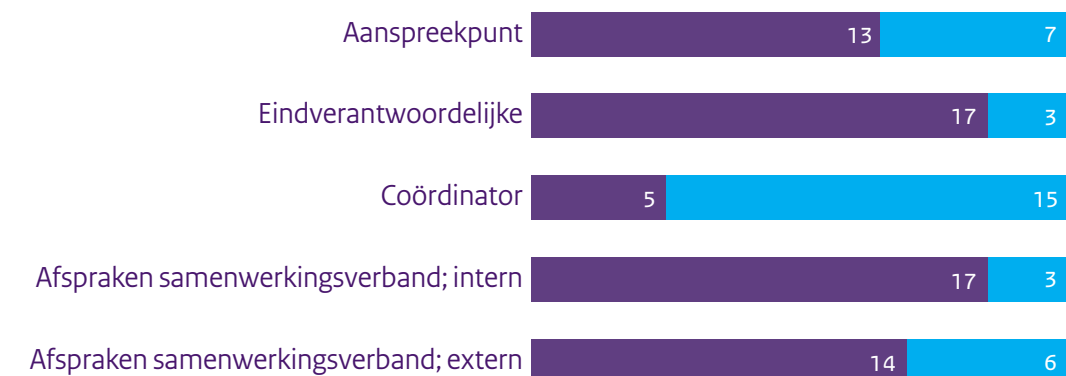


De mate van voldoen aan de randvoorwaarden voor een goede verantwoordelijkheidsverdeling varieert sterk

In figuur 2 wordt inzichtelijk dat de resultaten op de voorwaarde verantwoordelijkheidsverdeling sterk variëren per ziekenhuis. Vier ziekenhuizen voldoen aan alle normen (5/5), één ziekenhuis voldoet aan één van de vijf normen (1/5). De resultaten worden beïnvloed door drie factoren. Ten eerste zijn de ziekenhuizen geselecteerd (zie methoden, selectiecriteria) vanwege hun lage score op de indicatoren die bedoeld zijn om inzicht te geven in de verantwoordelijkheidsverdeling. Ten tweede bleek het moeilijk om de normteksten te vertalen naar eenduidig toetsbare elementen. Bij de toetsvraag “is het voor de patiënt duidelijk wie eindverantwoordelijk is voor de zorg rond medicatie” kwam het voor dat de patiënt aan gaf dat de operateur voor hem eindverantwoordelijk was. Uit het gesprek met de betrokken orthopeed bleek dat deze zich niet bemoeide met het voorschrijven van medicatie en dat de uitvoering was belegd bij een arts-assistent of consulent. Daarmee voldeed het ziekenhuis wel aan de letter, maar niet aan de geest van die normtekst. Ten derde bleken er binnen ziekenhuizen grote verschillen te bestaan in inzicht hoe de normen van de voorwaarde verantwoordelijkheidsverdeling vertaald moeten worden naar de dagelijkse praktijk.

De resultaten tonen dan ook een grote variatie in de interpretatie en de omgang met de van de handreiking verantwoordelijkheidsverdeling afgeleide normen.

Figuur 3: Score per norm binnen voorwaarde Verantwoordelijkheidsverdeling



1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

De relatie tussen het begrip eindverantwoordelijke, hoofdbehandelaar, aanspreekpunt en coördinator niet duidelijk

Binnen ziekenhuizen bestond verwarring over het begrip hoofdbehandelaar als eindverantwoordelijke voor de zorg voor een patiënt. Hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijke zijn op dit moment (nog) synoniem. Het was voor de patiënt vaak (13/20) duidelijk wie aangesproken moest worden en dat bleek vaak niet de eindverantwoordelijke voor de behandeling te zijn. Het begrip coördinator en aanspreekpunt was vaak niet bekend in de ziekenhuizen.

2.1.3 *Interne afspraken (norm 4a) zijn vrijwel altijd aanwezig*

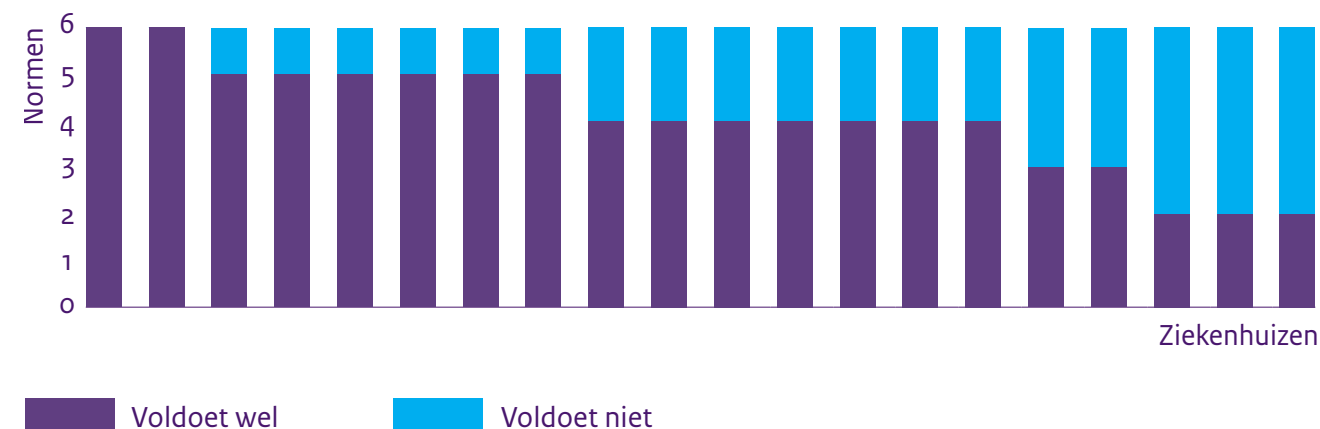
De norm voor afspraken over het interne samenwerkingsverband geeft aan waar een eindverantwoordelijke, een coördinator en een aanspreekpunt aan moet voldoen. Het merendeel (17/20) van de ziekenhuizen heeft deze afspraken.

2.1.4 *Externe afspraken (norm 4b) zijn minder vaak aanwezig en het is niet altijd duidelijk of alle partijen geïncorporeerd worden*

Samenwerkingsafspraken met externe partijen richten zich vooral op de overdracht van informatie. Het blijkt voor ziekenhuizen ingewikkeld om met alle relevante partijen, gezien het grote aantal en de diversiteit aan organisaties, afspraken te maken over wie wanneer welke taak heeft in het medicatieproces. Een norm die omschrijft met welke partijen afspraken moeten worden gemaakt bestaat niet. Tijdens de gesprekken gaven veel ziekenhuizen aan bezig te zijn met het maken van samenwerkingsafspraken.

Voorwaarde medicatieoverdracht

Figuur 4: Naleving normen voorwaarde medicatieoverdracht



De naleving van de voorwaarde medicatieoverdracht

De naam ‘medicatieoverdracht’ voor deze verzameling van normen kan tot misverstanden leiden. De voorwaarde bestaat namelijk uit twee delen: normen voor ziekenhuisintern veilig voorschrijven (1,2a, en 3) en de normen voor de overdracht van informatie naar de ziekenhuisapotheker (4) en naar de volgende schakel in de keten (2b, 4 en 5).

Normen om binnen het ziekenhuis (intern) verantwoord voor te schrijven vrijwel altijd gerealiseerd

Eind 2015 was een systeem om een actueel medicatieoverzicht op te stellen, te verifiëren en actueel te houden actief in achttien van de twintig ziekenhuizen. Bij zestien van de twintig ziekenhuizen lukte dat ook in spoedsituaties. Het vraagt meerdere stappen om te komen tot een voldoende adequaat overzicht om het elektronisch voorschrijfsysteem te vullen. Informatie wordt daartoe overgedragen vanuit praktijken van andere (verwijzende) zorgverleners. Deze moet worden opgenomen in het eigen informatiesysteem en geverifieerd in een gesprek tussen een deskundig zorgverlener en de betrokken patiënt. Elke stap in dit proces heeft zijn eigen risico's.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

De informatie over de thuismedicatie van de patiënt vanuit verwijzers is niet altijd volledig. Patiënten kunnen het medicatieoverzicht zelf meenemen, maar dan is het zelden in een vorm die direct bruikbaar is. In geval van een papieren document moeten gegevens worden overgetypt in het elektronisch patiënten dossier. Hierbij bestaat de kans op fouten, bovendien levert het proces vertraging op.

Informatie wordt via het Landelijk Schakel Punt (LSP) digitaal tussen zorgverleners uitgewisseld. Tijdens de inspectiebezoeken vroegen verschillende ziekenhuizen aandacht voor de toestemmingsprocedure voor het delen van informatie via het LSP. Patiënten moeten elke afzonderlijke zorgverlener toestemming geven voor het delen van informatie. Volgens de ziekenhuizen is dit niet voor elke patiënt duidelijk.

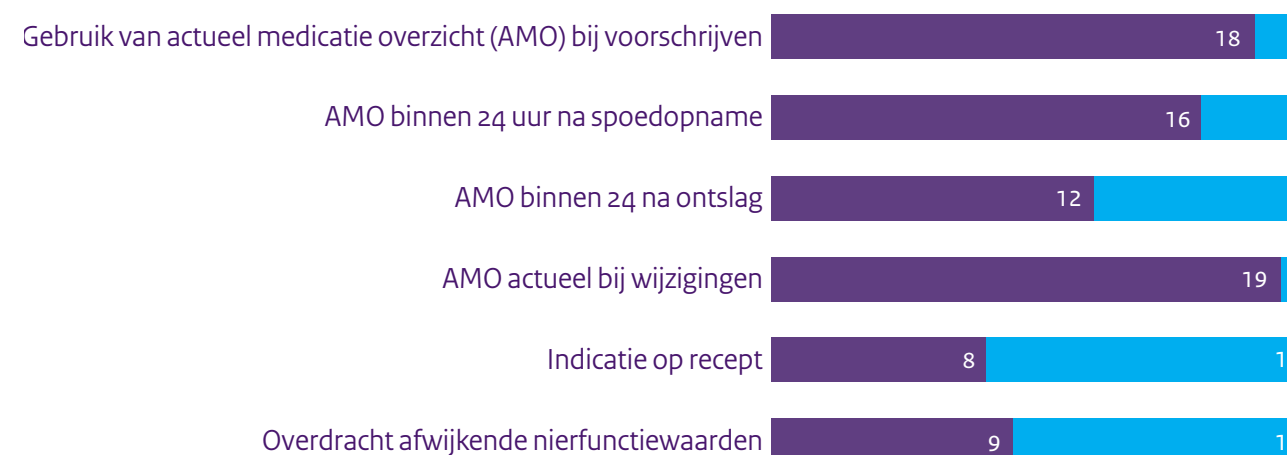
Vrijwel alle ziekenhuizen hadden een vorm van medicatieverificatiegesprek ingevoerd.

Het medicatieverificatiegesprek dient als waarborg van de correctheid van de gegevens. In dit gesprek wordt de beschikbare informatie doorgenomen en aangevuld met informatie van de patiënt, zodat tevens een controle op therapietrouw kan plaatsvinden. De zorgverleners die deze gesprekken uitvoeren zijn hier meestal speciaal voor getraind. Ziekenhuizen geven aan dat het inzetten en trainen van apothekersassistenten voor deze taak een grote meerwaarde heeft. Het percentage patiënten waarmee een verificatiegesprek wordt gehouden is een indicator in de Basisset Kwaliteitsindicatoren Ziekenhuizen 2015. Deze gegevens komen in de loop van 2016 beschikbaar.

Vaak nog niet voldaan aan normen voor medicatieoverdracht bij ontslag

De onderdelen van de voorwaarde medicatieoverdracht die direct gericht zijn op medicatieoverdracht naar de volgende schakel (2b, 4 en 5) zijn minder goed geregeld. De meerderheid van de ziekenhuizen (12/20) zorgt ervoor dat een actueel medicatieoverzicht binnen 24 uur bij de opvolgende zorgverlener is. Bij een minderheid (8/20) is de overdracht van afwijkende nierfunctiewaarden naar de openbare apotheek goed geregeld. Dit geldt ook (8/20) voor de vermelding van de indicaties op het recept voor 23 geneesmiddelen waarvoor dat wettelijk verplicht is.

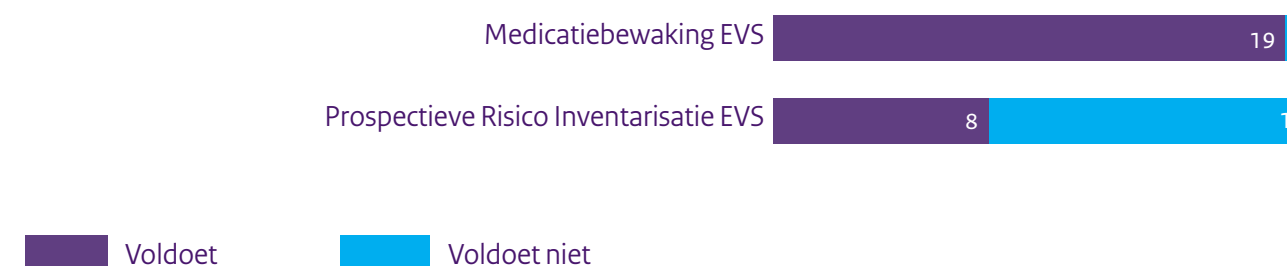
Figuur 5: Score per norm binnen voorwaarde Medicatieoverdracht



Voorwaarde elektronisch voorschrijven

Elektronisch voorschrijfsysteem is breed ingevoerd

Figuur 6: Naleving normen voorwaarde elektronisch voorschrijfsysteem



Figuur 6 toont aan dat vrijwel alle ziekenhuizen (19/20) klinische medicatie voorschrijven met een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS). Vanuit het EVS wordt het medicatieoverzicht bijgehouden. In het toetsingskader is een onderverdeling gemaakt tussen situaties waarbij het voorschrijfproces regelmatig aan een audit wordt

Voorwoord

Samenvatting

- 1 Inleiding**
 - 1.1 Aanleiding en belang
 - 1.2 Onderzoeksvragen
 - 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader
- 2 Conclusies**
 - 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
 - 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
 - 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
 - 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling
- 3 Handhaving**
 - 3.3 Vervolgacties inspectie
 - 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
 - 3.3 Vervolgacties inspectie
- 4 Resultaten**
 - 4.1 EVS
 - 4.2 Medicatieoverdracht
 - 4.3 Medicatiebeoordeling
 - 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
 - 4.5 Het patiëntenperspectief
- 5 Beschouwing**
- Bijlagen**
 - 1 Afkortingen
 - 2 Toetsingskader
 - 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

onderworpen (dan is het proces geborgd) en instellingen die geen audit konden laten zien over de veiligheid van het proces (dan is het systeem ‘operationeel’). Er zijn vooral verschillen tussen ziekenhuizen in de mate waarbij dit proces met audits wordt bewaakt. Bij acht ziekenhuizen voldoet dit proces.

Doordat binnen de kliniek het EVS breed geïmplementeerd is, wordt het medicatie-overzicht automatisch geactualiseerd. Dit verklaart de hoge score op de normen voor ziekenhuisintern verantwoord voorschrijven.

Onbrekende PRI's worden vooral aangetroffen bij ziekenhuizen die een EVS voor 2007 hebben geïmplementeerd.

Een minderheid (8/20) van de ziekenhuizen heeft een prospectieve risicoanalyse (meestal PRI genoemd) uitgevoerd vóór invoering van het EVS. Dit komt volgens de geïnterviewde ziekenhuizen met name doordat de PRI systematiek pas de laatste jaren is ingevoerd. Ziekenhuizen die een EVS hadden ingevoerd vóór de PRI systematiek, konden deze PRI niet meer prospectief doen. Het bleek moeilijk om PRI's inhoudelijk te beoordelen, omdat dit niet is uitgewerkt in de richtlijn Elektronisch voorschrijven.

Het proces medicatieoverdracht bij klinische opnames vaak op orde; overdracht van het ziekenhuis naar de apotheek en naar de huisarts vaak niet op orde.

Medicatieoverdracht is een proces waarbij informatie met betrekking tot medicatie wordt overgedragen tussen verschillende zorgverleners. Dit proces rond een klinische opname bestaat uit drie verschillende processtappen: 1) de intake^[13], inclusief het voorschrijven en toepassen van medicatie tijdens de opname, en de afzonderlijke overdrachten naar de eerstelijnsvoorzieningen: 2) apotheek en 3) huisarts. Op elke processtap is een combinatie van verschillende normen van toepassing,

[13] Intake beschrijft hier de activiteit waarbij informatie over en van de patiënt wordt verzameld om een goede opname mogelijk te maken. Deze periode wordt ook vaak opname genoemd, als in dit rapport opname wordt gebruikt betekent dat de gehele verblijfsperiode in het ziekenhuis.

samengesteld uit de voorwaarde verantwoordelijkheidsverdelingen, de voorwaarde medicatieoverdracht en de voorwaarde elektronisch voorschrijven. Tabel 1 geeft per stap weer of een ziekenhuis voldoet aan de combinatie van de verschillende normen.

Drie processtappen binnen medicatieoverdracht

Tabel 1: Processtappen binnen medicatieoverdracht

| | Intake | Apotheek | Huisarts |
|--|--------|----------|----------|
| St. Lucas Andreas ziekenhuis | ✓ | ✓ | ✓ |
| Zuwe Hofpoort ziekenhuis | ✓ | ✓ | ✓ |
| IJsselland ziekenhuis | ✓ | ✓ | ✓ |
| Zaans Medisch Centrum | ✓ | ✓ | ✓ |
| St. Antonius ziekenhuis | ✓ | ✓ | ✓ |
| Treant, locatie Refaja | ✓ | ✓ | ✓ |
| Ommerlander ziekenhuis | ✓ | ✓ | ✓ |
| Amphia ziekenhuis, locatie Molengracht | ✓ | ✓ | ✓ |
| Flevoziekenhuis | ✓ | ✓ | ✓ |
| Vumc | ✓ | ✓ | ✓ |
| ADRZ | ✓ | ✓ | ✓ |
| West Fries gasthuis Hoorn | ✓ | ✓ | ✓ |
| Wilhelmina ziekenhuis | ✓ | ✓ | ✓ |
| Zuyderland MC, locatie Heerlen | ✓ | ✓ | ✓ |
| Maasstad ziekenhuis | ✓ | ✓ | ✓ |
| Waterland ziekenhuis | ✓ | ✓ | ✓ |
| Nij Smellinghe | ✓ | ✓ | ✓ |
| t Lange Land ziekenhuis | ✓ | ✓ | ✓ |
| Ziekenhuis Bernhoven | ✓ | ✓ | ✓ |
| Meander Medisch Centrum | ✓ | ✓ | ✓ |

Twee ziekenhuizen voldoen aan alle normen binnen de drie processtappen. Vijf (5/20) ziekenhuizen voldoen aan geen van de gecombineerde normen over de drie processtappen.



Voorwoord

Samenvatting

- 1 Inleiding
 - 1.1 Aanleiding en belang
 - 1.2 Onderzoeksvragen
 - 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader
- 2 Conclusies
 - 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
 - 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
 - 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
 - 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling
- 3 Handhaving
 - 3.1 Vervolgacties inspectie
 - 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
 - 3.3 Vervolgacties inspectie
- 4 Resultaten
 - 4.1 EVS
 - 4.2 Medicatieoverdracht
 - 4.3 Medicatiebeoordeling
 - 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
 - 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

De processtap intake voor opname^[14] voldoet bij vijftien ziekenhuizen. De processtap overdracht naar apotheek^[15] voldoet bij twee ziekenhuizen en de processtap overdracht naar huisarts^[16] voldoet bij vier ziekenhuizen.

2.4.1 Bij vijf ziekenhuizen zijn de normen die ten grondslag liggen aan deze processtappen onvoldoende veilig

Voor de processtap overdracht naar de eerstelijnsapotheek voldoen twee ziekenhuizen volledig aan de normen binnen deze processtap. Achttien van de twintig ziekenhuizen voldoen niet aan één of meerdere normen voor deze processtap.

Voor de processtap overdracht naar de huisarts voldoen vier ziekenhuizen aan alle normen binnen deze processtap. Ook in deze processtap voldoet meer dan de helft van de ziekenhuizen (16/20) niet aan alle normen binnen deze processtap.

Het medicatieoverzicht is dus in het merendeel van de ziekenhuizen aanwezig en er vindt overdracht van het medicatieoverzicht plaats naar de eerste lijn, maar niet altijd binnen 24 uur en/of niet altijd compleet. Nierfunctiewaarden moeten worden overgedragen aan de eerstelijnsapotheek indien zij afwijkend zijn. Voor 23 geneesmiddelen moet de indicatie vermeld worden op het recept. Tijdens de bezoeken werden regelmatig situaties aangetroffen waarin elektronische systemen deze mogelijkheid niet ondersteunden. De ziekenhuizen gaven aan moeite te hebben met het aanpassen van de ICT systemen om te voldoen aan deze twee wettelijke verplichtingen.

Conclusies

De uitgangsvraag van het onderzoek is in hoeverre voldoen de bezochte ziekenhuizen aan de relevante voorwaarden voor verantwoord voorschrijven.

- [14] Processtap Intake bestaat uit de volgende normen: gebruik van actueel medicatie overzicht (AMO) bij voorschrijven, een AMO binnen 24 uur na spoedopname en Medicatiebewaking door middel van EVS
- [15] Processtap overdracht naar apotheek bestaat uit de volgende normen: afspraken samenwerkingsverband; extern, AMO binnen 24 na ontslag, AMO actueel bij wijzigingen, indicatie op recept, overdracht afwijkende nierfunctiewaarden en medicatiebewaking EVS.
- [16] Processtap overdracht naar huisarts bestaat uit de volgende normen: afspraken samenwerkingsverband; extern, AMO binnen 24 na ontslag, AMO actueel bij wijzigingen, overdracht afwijkende nierfunctiewaarden en medicatiebewaking EVS.

De inspectie concludeert dat:

- Ziekenhuizen voldoen in het algemeen aan de voorwaarden voor veilig voorschrijven bij klinisch opgenomen patiënten.
- De overdracht naar andere zorgverleners en instellingen van medicatiegerelateerde gegevens is onvoldoende op orde en behoeft aandacht.

Hieronder volgt een gedetailleerde conclusie per voorwaarde.

Voorwaarde verantwoordelijkheidsverdeling

De voorwaarde verantwoordelijkheidsverdeling was ten tijde van het onderzoek door ziekenhuizen niet voldoende ingevoerd in de onderzochte zorgpaden. Begrippen als coördinator, eindverantwoordelijke en aanspreekpunt waren door de ziekenhuizen onvoldoende uitgewerkt. Daarnaast was er sprake van een grote variatie tussen ziekenhuizen in de wijze van uitvoering. Dat wil zeggen dat het voor patiënten en samenwerkingpartners van ziekenhuizen niet voorspelbaar is wie de feitelijke verantwoordelijkheid heeft. Een hoofdbehandelaar kan volgens de afspraken verantwoordelijk zijn voor het medicatiebeleid, zonder deze verantwoordelijkheid daadwerkelijk te (kunnen) dragen. De operationele verantwoordelijkheid voor medicatie kan gescheiden zijn van de eindverantwoordelijkheid voor de gehele patiëntenzorg.

Voor de inspectie bleek dat de voorwaarde verantwoordelijkheidsverdeling niet zodanig uit te werken was dat eenduidige handhaving mogelijk was. Hierdoor ontstond de vraag of normen, die door de inspectie niet te handhaven zijn, wel eenduidig in te voeren en te gebruiken zijn door ziekenhuizen.

De inspectie concludeert dat dit deel van de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling niet alleen niet te handhaven is, maar ook niet goed is ingevoerd. Of de normen uit de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling ook niet goed en eenduidig ingevoerd kunnen worden is op basis van het toezicht niet met zekerheid te bepalen. Eén ziekenhuis heeft de drie begrippen op papier goed uitgewerkt, al bleek tijdens het onderzoek dat een uitwerking niet hoeft te betekenen dat het ook volledig is geïmplementeerd.

Voorwoord

Samenvatting

- 1 Inleiding**
 - 1.1 Aanleiding en belang
 - 1.2 Onderzoeksvragen
 - 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader
- 2 Conclusies**
 - 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
 - 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
 - 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
 - 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling
- 3 Handhaving**
 - 3.1 Vervolgacties inspectie
 - 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
 - 3.3 Vervolgacties inspectie
- 4 Resultaten**
 - 4.1 EVS
 - 4.2 Medicatieoverdracht
 - 4.3 Medicatiebeoordeling
 - 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
 - 4.5 Het patiëntenperspectief
- 5 Beschouwing**

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

De resultaten van het onderzoek leiden ten aanzien van de voorwaarde verantwoordelijkheidsverdeling tot de volgende conclusies:

- De wijze waarop de taakverdeling binnen de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling is georganiseerd is binnen dit project niet te beoordelen.
- De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling is nu niet handhaafbaar en moet indien handhaving wenselijk is worden hergeformuleerd.
- Er zijn geen aanwijzingen dat de nu gevonden verschillen tussen de ziekenhuizen voor verantwoordelijkheidsverdeling leiden tot verschillen in de kwaliteit van zorg.
- Ziekenhuizen die binnen dit onderzoek aan de normen voldoen, moeten aandacht blijven besteden aan de verantwoordelijkheidsverdeling.

Voorwaarden medicatieoverdracht en elektronisch voorschrijven

De resultaten van het onderzoek ten aanzien van deze twee voorwaarden leiden tot conclusies met betrekking tot het ziekenhuisintern veilig voorschrijven en het veilig voorschrijven gericht op de overdracht van informatie naar de volgende schakel in de keten.

De conclusies wat betreft het ziekenhuisintern veilig voorschrijven:

- Aan de normen om ziekenhuisintern verantwoord voor te kunnen schrijven wordt vrijwel altijd voldaan, mede doordat het EVS vrijwel volledig is ingevoerd voor klinische patiënten.
- De inspectie gaat niet handhaven bij het ontbreken van een PRI voor het EVS, omdat de meeste ziekenhuizen al een EVS hadden voordat de PRI systematiek gebruikt werd.
- Goede criteria voor het beoordeling van de volledigheid van een prospectieve risicoanalyse ontbraken. Het opstellen van goede criteria voor een (prospectieve) risicoanalyse is wenselijk.

De conclusies wat betreft de overdracht van informatie naar de volgende schakel in de keten:

- Er is specifieke aandacht nodig voor de kwaliteit van de overdracht van medicatie-informatie.

- Procedurele en technische voorzieningen ontbreken vaak om aan wettelijke verplichtingen bij de overdracht te voldoen.

Maatregelen

Bezochte ziekenhuizen

Alle bezochte ziekenhuizen moesten drie maanden na ontvangst van het definitieve rapport de gevonden tekortkomingen zo aangepast hebben dat zij ten minste voldoen aan de normen. Bij alle ziekenhuizen kon (en kan) een onaangekondigd bezoek deel uitmaken van de handhaving. Dit geldt overigens ook voor ziekenhuizen die niet bezocht zijn. Naarmate een ziekenhuis aan meer normen niet voldeed, zal de kans groter zijn op een onaangekondigd bezoek.

Verantwoordelijkheidsverdeling

Opstellers van richtlijnen relevant voor de verantwoordelijkheidsverdeling zullen op de hoogte gesteld worden van de bevindingen van het onderzoek. De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling blijkt in de praktijk onduidelijk en is in de huidige vorm niet handhaafbaar. De inspectie kan op dit punt zelf geen normen formuleren en zal dan ook aan de KNMG verzoeken na te gaan of het wenselijk en mogelijk is om de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling zo te herformuleren dat implementatie en handhaving beter mogelijk is^[17].

[17] De vraag of een norm voor verantwoordelijkheidsverdeling (en toekenning) noodzakelijk is voor de zorg als geheel kan binnen dit project niet worden beantwoord. De vraag of een norm voor verantwoordelijkheidsverdeling essentieel is voor veilig voorschrijven valt wel binnen de scope van het onderzoek. Eén hypothese is dat met de volledige implementatie van het elektronisch voorschrijfsystemen (EVS) het probleem van conflicterende medicatievoorschriften en slechte communicatie rond medicatie binnen een instelling aangepakt (en mogelijk opgelost) wordt via het creëren van een elektronisch systeem en niet via een set van afspraken waarin een eindverantwoordelijke wordt aangewezen voor de totale behandeling. Er zijn echter ook signalen dat die oplossing risico's heeft. Dit blijkt ook uit bronnen buiten het onderzoek. De inspectie spreekt alle wetenschappelijke verenigingen twee keer per jaar over inhoudelijke onderwerpen die kunnen leiden tot een indicator. Tijdens de gesprekken met de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), de Nederlandse vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) werden door alle drie onafhankelijk van elkaar benadrukt dat het belangrijk is om een goed geverifieerd medicatieoverzicht te maken, maar dat het zeker zo belangrijk was dat een voorschrijver kennis neemt van het volledige medicatieoverzicht alvorens voor te schrijven. Alle drie verenigingen maakten zich zorgen over het verlies van overzicht dat zij waarnamen bij voorschrijvende artsen door het direct invoeren van recepten in een EVS, zonder overzicht over het geheel.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Medicatieoverdracht

4.4.1 *Geen actieve handhaving noodzakelijk op normen voor ziekenhuisintern verantwoord voorschrijven*

Onaangekondigde bezoeken zullen deel uitmaken van de handhaving op dit gebied. In 2016 ontvangt de inspectie van alle ziekenhuizen de uitkomsten op de indicatoren van het onderwerp ‘medicatieverificatie bij kwetsbare groepen’ uit de Basisset Kwaliteitsindicatoren Ziekenhuizen 2015. Mochten hier risico's uit naar voren komen, dan kan de urgentie voor een nader onderzoek op dit onderwerp toenemen.

4.4.2 *Inspectietoezicht op medicatieoverdracht bij ontslag nog steeds noodzakelijk*

Een goede overdracht van medicatie en gerelateerde gegevens vindt door veel ziekenhuizen onvoldoende plaats. Op dit gebied zijn risico's. Inzet van de inspectie op dit onderwerp is onverminderd noodzakelijk.

Elektronisch voorschrijven

4.5.1 *Geen actieve handhaving noodzakelijk op gebruik van een EVS in de klinische praktijk*

Directe inzet van de inspectie op handhaving van het gebruik van een EVS in de klinische praktijk, is gezien de hoge score, niet nodig. In 2016 ontvangt de inspectie van alle ziekenhuizen de uitkomsten op de indicator ‘elektronisch voorschrijven’ uit de Basisset Kwaliteitsindicatoren Ziekenhuizen 2015. Het gebruik van een EVS op de poliklinieken is onderdeel van de indicator.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg: de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

C Forensische zorg

Methode

Risicoselectie

De zeven over het land verspreide Forensisch Psychiatrische Centra werden alle bezocht. In deze FPC's verblijven in totaal ongeveer 1400 patiënten.

Werkwijze

Van alle 7 FPC's werd één locatie bezocht, patiënten werden gesproken en documenten op het gebied van medicatie- verificatie, - overdracht en voorschrijven en een aantal patiëntendossiers werden ingezien. Er werd telkens afzonderlijk gesproken met de – voor de medicatieveiligheid verantwoordelijke – managers en directies en met relevante voorschrijvers.

Voorwaarden:

De volgende voorwaarden voor verantwoord voorschrijven werden IGZ breed geformuleerd:

- De verantwoordelijkheden zijn goed belegd.
- Het actuele medicatieoverzicht is beschikbaar en medicatieoverdracht voldoet.
- Er vindt tijdens het voorschrijven (elektronische) medicatiebewaking plaats.
- Er vindt een medicatiebeoordeling plaats bij risicovolle (polyfarmacie) patiënten.

Toetsingskader

voor de vier voorwaarden voor verantwoord voorschrijven zijn op basis van wet- en regelgeving in totaal 15 te toetsen normen vastgesteld. Met betrekking tot de voorwaarde 'medicatiebeoordeling' is de oorspronkelijke leeftijdsnorm van 65 jaar uit de richtlijn uit 2012 gehanteerd, gezien het gering aantal ouderen dat in FPC's verblijft.

Conclusie

De risico's met betrekking tot de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven zijn door de gemiddeld kleine groep bekende patiënten, die lang binnen de specifiek gecontroleerde FPC's verblijven en door het beperkte aantal voorschrijvers bij gebruik van de EPD- en EVS-systemen gering.

Conclusie/aanbevelingen per voorwaarde:

- Verantwoordelijk voorschrijver en hoofdbehandelaar zijn bij de patiënten bekend. Bij 3 FPC's dienen de (afspraken over) verantwoordelijkheden rond het farmacotherapeutisch proces beter te worden vastgelegd en gehanteerd.
- EVS: Op onderdelen zijn verbeteringen noodzakelijk. In een aantal FPC's zijn dossiersystemen (EPD en EVS) gefragmenteerd en sluiten deze niet goed op elkaar aan. Actieve betrokkenheid van de apotheker en de systeembeheerder bij de vormgeving en gebruik van het EPD/EVS is van belang.
- Risicoanalyses in aanschaf en gebruik van de systemen verdienen meer aandacht.
- Medicatie- overdracht en - overzichten over het algemeen goed geborgd, alleen de Geneesmiddelenwet artikelen 6.10 en 6.11 (bepaalde nierfunctie en reden van voorschrijven op recept) verdienen nog aandacht.
- Medicatie beoordeling polyfarmacie bij ouderen in FPC's meestal niet van toepassing.

Kernboodschap

- De FPC's beheersen de risico's met betrekking tot de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven. De risico's zijn gezien de patiëntengroep (bekend en langdurig in zorg) en ontbreken van externe voorschrijvers ook beperkt.
- Risico's in het gebruik van het EVS moeten beter worden beschreven.
- Het integreren of koppelen van de verschillende dossiersystemen (EVS en EPD) verdient nog sectorbreed aandacht. De betrokkenheid van de apotheker daarbij is een belangrijke succesfactor.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra

Aanpak

Populatie, doelgroep

Om welke instellingen gaat het en welke rol spelen zij in het medicatieproces

Het onderzoek naar de voorwaarden voor veilig voorschrijven richtte zich binnen de sector Forensische Zorg op de klinische voorzieningen van alle zeven Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) in Nederland. Het betreft hier een bijzondere populatie of doelgroep. De patiëntenpopulatie die hier verblijft wordt behandeld in het kader van Ter Beschikking Stelling (TBS) met bevel tot dwangverpleging. De inspectie deed de laatste jaren geen thematisch toezicht (TT) naar de medicatieveiligheid binnen de FPC's. Daarom werd besloten deze instellingen op te nemen binnen dit inspectiebrede onderzoek.

De capaciteit van de bezochte FPC's tezamen ligt rond de 1400 plaatsen. De gemiddelde capaciteit van een FPC ligt rond de 200 plaatsen (spreiding 149-284)^[18]. Het bijzondere van deze doelgroep is dat de patiënten vaak lang binnen de klinieken verblijven (de gemiddelde behandelduur is 8 jaar^[19]), het aantal overdrachten naar ambulante zorgvormen is relatief beperkt maar wel in ontwikkeling. Binnen deze langdurige klinische behandel- en verblijfstrajecten worden vaak verschillende medicijnen voorgeschreven (zowel gedragsbeïnvloedende medicijnen als medicijnen voor lichamelijke aandoeningen). Vanwege de vrijheidsbeneming vereist het behandelen/verplegen, voorschrijven en toedienen van de medicijnen bijzondere waarborgen op het terrein van informed consent. De psychiaters (i.o) en de aan de instellingen verbonden (huis)artsen zijn de voorschrijvers. Het aantal voorschrijvers is afhankelijk van de grootte en werkwijze van de verschillende afdelingen binnen de FPC's.

[18] Uit Forensische zorg in getal 2010-2014, DJI, mei 2015;

[19] Uit Forensische zorg in getal 2010-2014, DJI, mei 2015;

Dit onderzoek richt zich op dus op de voorwaarden voor veilig voorschrijven binnen deze bijzondere klinische behandeling van zeer langdurig onvrijwillig verblijvende patiënten.

Methode, Werkwijze en Vraagstelling

Tussen de sectoren Forensische Zorg (FZ) en Geestelijke GezondheidsZorg (zie sectorrapport GGZ) werd bij het opstellen van het toetsingskader en het bezoekinstrument in een projectgroep samengewerkt. Ook de analyses werden gezamenlijk gedaan.

Risicoselectie

De zeven over het land verspreide Forensisch Psychiatrische Centra werden allen geïncludeerd.

Werkwijze, de bezoeken

Van alle 7 FPC's werd een locatie bezocht, patiënten werden gesproken en documenten op het gebied van medicatieverificatie, overdracht en voorschrijven werden ingezien, evenals een aantal patiëntendossiers. Er werd telkens afzonderlijk gesproken met de – voor de medicatieveiligheid verantwoordelijke – managers en directies en met relevante voorschrijvers. De bezoeken werden telkens afgelegd door twee (senior) inspecteurs.

Getoetste normen

Binnen het inspectiebrede toezichtonderzoek werden (en worden) normen getoetst op naleving. Deze normen zijn inspectiebreed geformuleerd en worden onderverdeeld in vier voorwaarden: verantwoordelijkheidsverdeling, medicatieoverdracht, elektronisch voorschrijven en polyfarmacie^[20].

[20] Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010), richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten (2008), de richtlijn Elektronisch voorschrijven (2013) en de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen (2012).

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg: de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Het gebruikte toetsingskader bij de bezoeken voor de GGZ en de FPC's is afgeleid van het toetsingskader dat binnen het inspectiebrede onderzoek is ontwikkeld. Het toetsingskader bevat de criteria waar de inspectie zijn oordeel over het FPC op baseert en bepaalt dan ook waar een inspecteur tijdens een bezoek naar kijkt.

De IGZ heeft bij het opstellen van de toetsingsnorm in overleg met veldpartijen gebruik gemaakt van aangescherpte patiëntselectie criteria (o.a. leeftijd 75 i.p.v. 65 jaar). Voor het onderzoek binnen de FPC's is de oorspronkelijke leeftijdsnorm van 65 jaar uit de richtlijn gehanteerd, gezien het gering aantal ouderen dat in FPC's verblijft.

Rapportage

Na het opstellen van alle concept instellingsrapporten werd de interpretatie van de waarnemingen besproken in de projectgroep GGZ/ FZ (zie ook 2.5). Dit had tot doel de interpretatie van de waarnemingen tussen de bezoekt teams te standaardiseren. Elk bezocht FPC heeft een eigen concept rapport ontvangen en heeft de gelegenheid gekregen feitelijke onjuistheden te corrigeren waarna een definitief rapport met het inspectieoordeel met te nemen maatregelen is toegestuurd.

Handhaving

Op basis van het toetsingskader GGZ/FZ werd het handhavingskader ontwikkeld. Na vaststelling van de definitieve rapporten werden indien nodig maatregelen en aanbevelingen per norm voor ieder FPC geformuleerd.

Vraagstelling

De uitgangsvraag is in hoeverre de FPC's voldoen aan de relevante voorwaarden voor veilig voorschrijven?

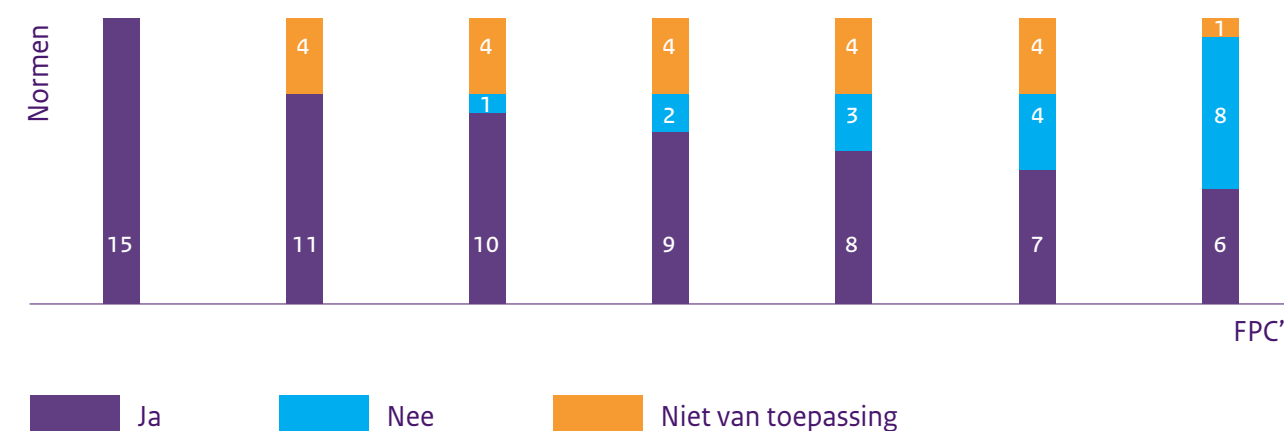
Resultaten

In onderstaande figuur en tabel zijn de resultaten van alle bezoeken weergegeven in één overzicht.

De resultaten van de toetsing op de 15 normen varieert tussen de FPC's. Eén FPC voldoet aan alle getoetste normen, één FPC voldoet aan alle 11 normen die voor dat FPC van toepassing waren. Daarentegen zijn er vijf FPC's (5/7) die niet aan alle normen voldoen. De medicatiebeoordeling was bij vijf FPC's (5/7) niet van toepassing omdat patiënten die binnen de doelgroep vielen (ouder dan 65 jaar) niet aanwezig waren. Het FPC dat het slechtst scoort, voldoet aan 6 van de 15 normen en 1 niet van toepassing.

In onderstaande schema's volgt een nadere toelichting op de scores.

Figuur 1: Totaalscore per forensisch psychiatrisch centrum



Voorwoord

Samenvatting

- 1 Inleiding**
 - 1.1 Aanleiding en belang
 - 1.2 Onderzoeksvragen
 - 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader
- 2 Conclusies**
 - 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
 - 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
 - 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
 - 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

- 3 Handhaving**
 - 3.3 Vervolgacties inspectie
 - 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
 - 3.3 Vervolgacties inspectie

- 4 Resultaten**
 - 4.1 EVS
 - 4.2 Medicatieoverdracht
 - 4.3 Medicatiebeoordeling
 - 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
 - 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

- Bijlagen**
 - 1 Afkortingen
 - 2 Toetsingskader
 - 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg: de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

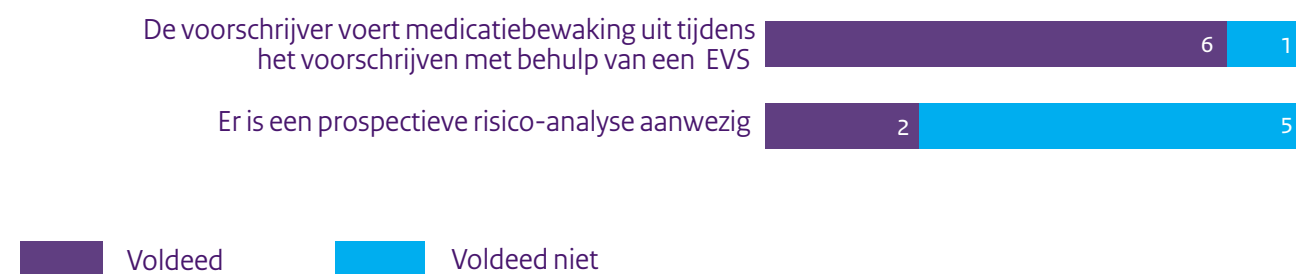
Tabel 1: Totaalscore normen voorwaarden per forensisch psychiatrisch centrum

| nr | EVS normen | | Medicatieoverdracht normen | | | | | Verantwoordelijkheid normen | | | | Medicatiebeoordeling normen | | | | Totaal | | |
|----|------------|-----|----------------------------|----|----|-----|-----|-----------------------------|----|----|-----|-----------------------------|-----|-----|-----|--------|-----|-----|
| | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | ja | nee | nvt |
| 1 | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | 15 | 0 | 0 |
| 3 | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | nvt | nvt | nvt | nvt | 11 | 0 | 4 |
| 5 | ja | nee | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | ja | nvt | nvt | nvt | nvt | 10 | 1 | 4 |
| 7 | ja | nee | ja | ja | ja | nee | ja | ja | ja | ja | ja | nvt | nvt | nvt | nvt | 9 | 2 | 4 |
| 6 | ja | nee | ja | ja | ja | ja | nee | ja | ja | ja | nee | nvt | nvt | nvt | nvt | 8 | 3 | 4 |
| 2 | ja | nee | ja | ja | ja | nee | nee | ja | ja | ja | nee | nvt | nvt | nvt | nvt | 7 | 4 | 4 |
| 4 | nee | nee | ja | ja | ja | nee | nee | ja | ja | ja | nee | nee | nee | nee | nvt | 6 | 8 | 1 |

Hieronder volgt een nadere toelichting op de scores per voorwaarde.

Voorwaarden Elektronisch voorschrijfsysteem

Figuur 2: Naleving normen elektronisch voorschrijfsysteem



EVS breed ingevoerd

Vrijwel alle FPC's (6/7) schrijven klinisch medicijnen voor met een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS). Er zijn verschillende systemen in gebruik: MicroHis, ChipSoft EZIS met geïntegreerde EVS module, User met daarnaast de EVS module Klinikom of de EVS module van ChipSoft en User met FarMedRx (gekoppeld). Vanuit het EVS wordt het actuele medicatieoverzicht bijgehouden. De koppeling tussen het elektronisch patiëntendossier (EPD) en het EVS blijkt wel vaak een probleem.

In één kliniek werd nog geen EVS gebruikt (alles verliep nog via papier), maar was hier al wel toe besloten. De implementatie van het EVS wordt in het eerste kwartaal 2016 verwacht.

Het merendeel van de FPC's liet geen prospectieve risico-analyse maken

In één FPC staat de analyse nog gepland. Daar waar een apotheker direct betrokken was bij het aanschaffen en implementeren van een EVS vond wel een prospectieve risico-analyse plaats.

In de handhaving is aan de klinieken die geen prospectieve risicoanalyse hadden gemaakt verzocht een risico-analyse te verrichten, ook als er al een EVS was geïmplementeerd.

Voorwaarden medicatieoverdracht

Figuur 3: Naleving normen medicatieoverdracht



De norm 'actueel medicatieoverzicht en medicatieoverdracht' wordt nageleefd: 'Er wordt gewerkt met een actueel medicatieoverzicht.'

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

De FPC's voldoen in grote mate aan de normen (29/35). Op een tweetal normen (over reden voorschrijven en nierfunctiewaarden) moeten vier FPC's hun beleid aanpassen.

De normen met betrekking tot de medicatieoverdracht bestaan uit twee delen. De eerste drie normen gaan in op de voorwaarden om als instelling zelf veilig voor te schrijven en het medicatieoverzicht actueel te houden. De laatste twee normen gaan in op het overdragen van het voorschrift en doorgeven van relevante informatie aan de andere betrokken voorschrijvers zoals (huis)artsen en aan de apotheker.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de FPC's zich met goed gevolg inspinnen om de medicatieoverzichten bij opname compleet en actueel te krijgen en te houden. Het actueel houden van medicatieoverzichten gebeurt bijvoorbeeld ook na een ziekenhuisbezoek (veelal zijn samenwerkingsafspraken geformaliseerd). De medicatieoverdracht bij ontslag werd niet getoetst aan de hand van de dossiers die zijn ingezien en de gesprekken met de patiënten, omdat het merendeel van de patiënten lang zijn opgenomen en er relatief beperkt wordt overgeplaatst naar andere algemene GGZ instellingen of de eerste lijn.

Aan de laatste twee normen: De voorschrijver geeft reden voorschrijven mee op recept (Geneesmiddelenwet art. 6.11 is vastgelegd) en deelt afwijkende nierfunctiewaarden mee aan de apotheker (conform Geneesmiddelenwet art. 6.10) wordt in vier (4/7) FPC's niet voldaan. In twee FPC's werden beide normen niet positief gescoord en in twee FPC's werd telkens aan één van de normen onvoldoende voldaan. Het EVS leek de mogelijkheid om de reden van voorschrijven te noteren niet altijd te ondersteunen en/ of de wettelijke regel bij de voorschrijver was niet bekend.

Voorwaarden verantwoordelijkheidsverdeling

Figuur 4: Naleving normen verantwoordelijkheidsverdeling



Op de y-as staan de normen aangegeven en op de x-as het aantal de FPC's dat op de normen voldoet.

Aan de randvoorwaarden voor een goede verantwoordelijkheidsverdeling binnen de FPC's wordt voldaan

Patiënten zijn goed op de hoogte wie voorschrijver en wie hoofdbehandelaar^[21] is en aan wie ze vragen over het voorschrijfbeleid moeten stellen. Over het algemeen weten de patiënten goed hoe ze met de verschillende behandelaren en voorschrijvers in contact kunnen komen.

De samenwerkingsverbanden beperken zich tot de samenwerking tussen de (huis)artsen, psychiaters en apothekers. In drie FPC's (3/7) was nog niet voldaan aan de norm met betrekking tot de samenwerkingsverbanden. Afspraken over de verdeling van taken en bevoegdheden waren onvoldoende beschreven en/of het ontbrak aan gestructureerd overleg tussen de (huis)artsen, psychiaters en apotheken.

[21] In de FPC's is de behandelcoördinator vaak (GZ-)psycholoog en de voorschrijver de psychiater of (huis)arts.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

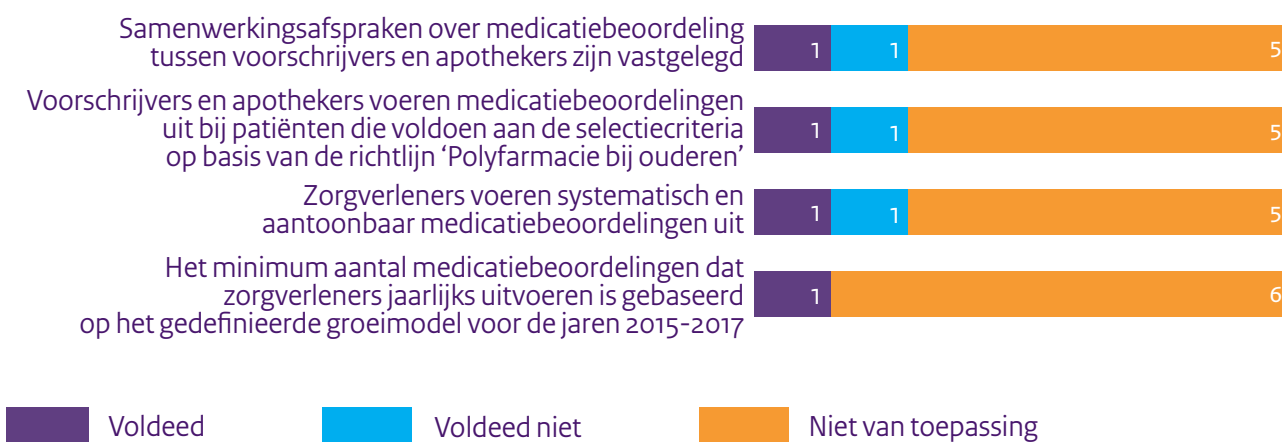
- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Voorwaarden medicatiebeoordeling bij kwetsbare polyfarmacie patiënten

Figuur 5: Naleving normen medicatiebeoordeling bij kwetsbare polyfarmacie patiënten



De multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen is gericht op de eerstelijnszorg en daarom slechts ten dele van toepassing gebleken binnen de FPC's.

Binnen slechts twee FPC's (2/7) werd een enkele patiënt boven de 65 jaar behandeld, waardoor deze norm getoetst kon worden. Niet van toepassing gold voor alle FPC's die geen patiënten boven de 65 in behandeling hadden.

NB. Ondanks het feit dat de richtlijn niet bij alle FPC's getoetst kon worden, werd er wel bij alle FPC's gekeken of er sprake was van samenwerking bij de beoordeling van het gebruik van psychofarmaca ongeacht leeftijd. Onderzocht werd of de voorschriften vanwege het gebruik van psychofarmaca, die jaarlijkse controle behoeven, ongeacht polyfarmacie van betrokken patiënten periodiek met de betrokken artsen en apotheker werden beoordeeld. Bij vijf FPC's (5/7) werd het medicijngebruik periodiek met de apotheker doorgenomen.

Conclusies

De risico's met betrekking tot de voorwaarden voor veilig voorschrijven zijn door de gemiddeld kleine groep bekende patiënten, die lang binnen de specifiek gecontroleerde FPC's verblijven en door het beperkte aantal voorschrijvers bij gebruik van de EPD- en EVS-systemen gering.

Voorwaarden verantwoordelijkheidsverdeling, medicatie- overdracht en medicatiebeoordeling over het algemeen geborgd

In de speciale setting van het FPC zijn de randvoorwaarden op het gebied van het actueel houden van het medicatieoverzicht en interne overdracht, de verantwoordelijkheidsverdeling en de medicatiebeoordeling over het algemeen goed geborgd. Drie van de FPC's hadden echter de afspraken over controle op taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden die met de medicatieveiligheid samenhangen, niet op orde. Verantwoordelijkheden rond het farmacotherapeutisch proces werden binnen deze FPC's onvoldoende opgepakt. Hierdoor ontstaan risico's op ontwikkeling van beleid, actueel houden van het medicatie overzicht (medicatiefouten) en de rol van de apotheker bij de medicatiebeoordeling (met name in verband met voorschrijven van psychofarmaca).

De inspectie kan geen uitspraken doen over de medicatieoverdracht aan derden na verblijf in FPC omdat dit niet werd onderzocht. De inspectie ontving tijdens het onderzoek wel signalen dat de tijd die men heeft om overdracht van informatie voor te bereiden bij deze doelgroep over het algemeen voldoende is. Veelal wordt een warme overdracht en dus ook de medicatieoverdracht bewerkstelligd.

Verbetering is nodig in gebruik van het EVS

Er zijn diverse dossiersystemen bij de FPC's in gebruik, die soms goed en vaker niet goed met elkaar communiceren. Het EVS en het EPD zijn bij de FPC's meestal niet geïntegreerd; Dit brengt t mogelijk risico's met zich mee. De FPC's die zowel het EVS hadden geïmplementeerd en een prospectieve risico-analyse hadden uitgevoerd werkten nauw samen met de apotheker waar het ging over de implementatie van

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.1 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

het EVS, het werken met het EVS en het opstellen van samenwerkingsafspraken. Uit de resultaten lijkt naar voren te komen dat een actieve betrokkenheid van de apotheker en de systeembeheerder bij de vormgeving van het EPD/EVS van belang is om de ICT systemen zo aan te passen dat aan de wettelijke verplichting met betrekking tot het juist informeren van de apotheker kan worden voldaan.

Bij de instelling die nog geen EVS had lag de oorzaak in de planning. Als onderdeel van een groter organisatorisch verband (samenwerkingsverband tussen FPC en een grote geïntegreerde instelling) bleek dit FPC als een van de laatste afdelingen in de planning van de implementatie van het EVS te zijn opgenomen. Vlak na het toezichtbezoek zou de implementatie van het EVS starten.

Prospectieve risico analyse

Het grootste deel van de FPC's voldeed niet aan de norm met betrekking tot het uitvoeren van een prospectieve risico-analyse (5/7). Meestal werden EVS modules aangeschaft en werd uitgegaan van de functievereisten en analyses van de leverancier. Twee keer was de apotheker betrokken bij de aanschaf en implementatie en was er een prospectieve analyse gedaan.

FPC's die hun EVS reeds hebben ingevoerd kunnen na deze implementatie de risico-analyse niet meer prospectief uitvoeren. Een dergelijke analyse blijft gewenst en noodzakelijk om eventuele risico's verbonden aan de systemen en wijze van voorschrijven te detecteren. Vandaar dat hier naar aanleiding van het onderzoek bij de maatregelen en handhaving richting de instellingen wel acties op worden gevraagd.

Medicatie beoordeling polyfarmacie bij ouderen vaak niet van toepassing

De inspectie kan in dit onderzoek weinig uitspraken doen en conclusies trekken over 'de medicatiebeoordeling bij ouderen met polyfarmacie'. Deze richtlijn is gericht op de eerstelijnszorg en is daarom slechts ten dele van toepassing gebleken binnen de FPC's, aangezien in de meeste FPC's de betreffende doelgroep niet aanwezig is. Wel blijken de meeste FPC's het medicijngebruik periodiek met de apotheker door te nemen. Omdat bij veel patiënten onder de 65 sprake is van polyfarmacie wordt aangegeven dat het belangrijk is om bij al hun patiënten met polyfarmacie periodiek en

multidisciplinair een medicatiebeoordeling uit te voeren. Bij 5 van de zeven FPC's gebeurde dat ook.

Maatregelen en handhaving

Er zijn tijdens de bezoeken geen acute risico's aangetroffen waar direct op moest worden gehandhaafd. Twee FPC's hadden alle normen waarop getoetst werd op orde. Vijf FPC's hadden nog niet alle normen op orde.

De meeste normen waar niet aan werd voldaan brengen beperkte risico's met zich mee. Bij vier van de zeven instellingen is hierdoor sprake van een laag risico. Deze instellingen zijn verzocht om binnen zes maanden verbeteringen door te voeren voor alle normen waar onvoldoende op is gescoord.

Het niet hebben van een EVS wordt gezien als een ernstiger risico, waardoor er bij één van de FPC's sprake is van een matig risico met betrekking tot het voldoen aan de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven. Deze instelling is verzocht om binnen drie maanden een EVS te implementeren en hierover aan de inspectie te rapporteren.

De twee FPC's die de inspectie over hun verbeterplan moesten informeren hebben inmiddels hun resultaatverslag over de te verbeteren punten aan de inspectie gestuurd. In één geval is een toezichtbezoek aan een FPC gebracht. De inspectie ziet op basis van de geconstateerde verbeteringen geen aanleiding om nadere maatregelen te treffen. De kwaliteit en veiligheid van het medicatiebeleid kan zo nodig tijdens regulier toezicht worden getoetst door middel van een aangekondigd of onaangekondigd inspectiebezoek.

Bij alle FPC's kon (en kan) een onaangekondigd bezoek deel uitmaken van de handhaving. Naarmate een FPC aan meer normen niet voldeed, zal de kans groter zijn op een onaangekondigd bezoek.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Aanbevelingen

EVS: Op onderdelen zijn verbeteringen noodzakelijk. Zo blijkt uit de onderzoeken dat er binnen verschillende instellingen sprake is van gefragmenteerde dossiersystemen (EPD en EVS) die niet allemaal even goed op elkaar zijn aangesloten. Dit beïnvloedt de betrouwbaarheid van de informatie-uitwisseling in negatieve zin. In dit onderzoek is niet nader ingegaan op het integreren van beide systemen, terwijl het niet communiceren van EVS met EPD mogelijk een risicofactor is.

De FPC's dienen zowel aan de functionaliteit van ieder onderdeel op zich als aan de integratie van de verschillende ICT, EPD en EVS systemen aandacht te besteden en een risicoanalyse bij de implementatie te laten verrichtten.

Betrokkenheid apotheker

De pro-actieve rol van de (gecontracteerde) apotheker^[22] lijkt een belangrijke succesfactor voor het beheersen van de risico's en het slagen van een goede integratie van de verschillende EPD en EVS systemen. Ook het werken met het EVS en het opstellen van samenwerkingsafspraken maken daarbij deel uit van de taak van de apotheker. De inspectie denkt dat het goed is als de FPC's apothekers een actieve rol geven in het farmaceutisch proces.

Kernboodschap

De FPC's beheersen de risico's met betrekking tot de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven goed.

Het integreren of koppelen van de verschillende dossiersystemen (EVS en EPD) verdient nog sectorbreed aandacht. De betrokkenheid van de apotheker daarbij is een belangrijke succesfactor. De kritiekpunten van de inspectie werden (her)erkend en ter hand genomen. Dat geeft vertrouwen dat directies in de komende maanden in staat zullen zijn om gesignaleerde (geringe) risico's in het farmaceutische proces verder te reduceren.

[22] Natuurlijk is de rol van de systeembeheerder naast die van de apotheker ook van groot belang bij de introductie en afstemming van systemen.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.1 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

D Gehandicaptenzorg

Methode

Risicoselectie

- 12 zorgaanbieders voldeden aan inclusiecriteria voor project.
- Behoren tot groep van 90 zorgaanbieders met een verhoogd risicoprofiel.
- Onderzoek niet alleen op het gebied van medicatieveiligheid, maar ook op de andere reguliere risicothema's.

Getoetste normen

- Onderzoek met regulier toezichtinstrument “Kerninstrument Care” (KIC).
- Normen over medicatieveiligheid, maar ook dossiervoering, vrijheidsbeperking, deskundigheid personeel en sturing op kwaliteit en veiligheid.
- Per zorgaanbieder wisselend aantal normen getoetst (totalen tellen op tot < 12).

Conclusie

- Meeste bza's beschikken over een procedure voor veilige en verantwoorde farmaceutische zorg.
- Bij bijna alle bza's beschikken medewerkers binnen 24 uur na start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht.
- Bewustzijn over risico's rondom het medicatieproces in de gehandicaptenzorg lijkt t.o.v. 2010 te zijn toegenomen.
- Bij slechts de helft van de bza's voeren de arts en de apotheker een jaarlijkse medicatiebeoordeling voor alle cliënten uit.
- Zij besteden slechts in beperkte mate speciale aandacht aan polyfarmacie.

Kernboodschap

- Bewustzijn over risico's rondom het medicatieproces lijkt sinds 2010 te zijn toegenomen.
- Zorgaanbieders dienen te waarborgen dat artsen en apothekers de jaarlijkse medicatiebeoordeling daadwerkelijk uitvoeren.
- Extra aandacht nodig voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca.
- Afbouw van psychofarmaca dient te worden bevorderd.
- De sector dient de veldnormen te actualiseren en te synchroniseren met andere zorgsectoren.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.1 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

D Gehandicaptenzorg

Aanpak

Populatie

Om welke zorgaanbieders gaat het en welke rol spelen zij in het medicatieproces. In Nederland maakten in 2012 ongeveer 187.000^[23] mensen gebruik van gehandicaptenzorg op basis van de AWBZ. Het ging daarbij om mensen met een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperking. Van hen ontvingen ongeveer 77.300 cliënten zorg met verblijf in een woonlocatie van een zorgaanbieder. Zij kregen de zorg en begeleiding daar. De overige 112.000 cliënten kregen zorg en begeleiding thuis. Vanaf 2015 vallen de intramurale cliënten onder de Wet langdurige zorg (Wlz).

De zorg wordt geleverd door 165 aanbieders die bij de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) zijn aangesloten. Daarnaast is er nog een groot aantal kleine, zelfstandige, maar ongeorganiseerde zorgaanbieders, ouderinitiatieven etc. In totaal gaat het om ongeveer 360 bij de inspectie bekende zorgaanbieders. In het derde kwartaal van 2015 bedroeg het aantal werknemers in de totale gehandicaptenzorg 156.190^[24].

Binnen de gehandicaptenzorg kunnen cliënten door verschillende behandelaars medicijnen voorgeschreven krijgen. Vaak door de eigen huisarts, die hetzij gevestigd is in de wijk waar zij wonen, hetzij in dienst is van de zorgaanbieder. Daarnaast kunnen AVG-ers (gespecialiseerde artsen voor mensen met een verstandelijke beperking), die in dienst zijn van de zorgaanbieders, medicatie voorschrijven. Verder kunnen cliënten medicatie voorgeschreven krijgen door medisch specialisten die werkzaam zijn bij andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld psychiaters of artsen met kennis van bijzondere syndromen).

[23] Brancherapport Gehandicaptenzorg (2012) en factsheet VGN 'Cliënten die gebruikmaken van AWBZ Gehandicaptenzorg' (2013).

[24] Ontwikkelingen Arbeidsmarkt GGZ en Gehandicaptenzorg 2016, uitgave Stichting Publicatie Jaarboeken

Methode

Risicoselectie: Geselecteerde zorgaanbieders zijn op basis van de selectie niet representatief voor het landelijke beeld ten aanzien van medicatieveiligheid in de gehandicaptenzorg.

De inspectie bepaalt aan de hand van een risicomodel de zorgaanbieders die in een bepaald jaar in de gehandicaptenzorg worden bezocht^[25]. De risicoselectie in de gehandicaptenzorg is gebaseerd op de risicoscores van vier pijlers: uitkomsten van het calamiteitentoezicht, uitkomsten van het risicotoezicht, gegevens over de bedrijfsvoering in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en Kwaliteitsindicatoren.

In 2010 is het thematisch toezicht 'Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis' (september 2010)^[26] uitgevoerd. Sindsdien worden de geïdentificeerde risico's door de inspecteurs tijdens vrijwel elk regulier inspectiebezoek in de gehandicaptenzorg beoordeeld. De inspectie kijkt in het bijzonder naar de randvoorwaarden voor medicatieveiligheid en verantwoord voorschrijven. Vanaf 2013 gebruikt de inspectie voor het toezicht in de langdurige zorg het zogenaamde Kerninstrument Care (KIC).

De 12 bezochte zorgaanbieders behoorden tot de door de inspectie geselecteerde groep van 90 zorgaanbieders met een verhoogd risico voor de cliëntveiligheid op het gebied van dossiervoering, vrijheidsbeperking, deskundigheid personeel, sturing op kwaliteit en medicatieveiligheid. Voor het toezichtsproject / onderzoek voorwaarden

[25] In 2015 leidde de risicoselectie tot een bezoekprioriteit voor 90 van de 360 zorgaanbieders. De inhoud en vorm van deze inspectiebezoeken varieert, afhankelijk van het te bereiken doel. Naast de inspectiebezoeken in de gehandicaptenzorg die uitgevoerd zijn met KIC1.2 zijn de meeste inspectiebezoeken dus uitgevoerd met andere toezichtinstrumenten (namelijk toetsing van individuele dwangbehandeling, quick-scans, bestuursgesprekken en KIC, versie 1.1), die niet of minder geschikt waren voor het toetsen van de normen voorwaarden voor veilig voorschrijven. In de periode april tot en met december 2015 zijn bovendien in totaal 14 herhalingsbezoeken met het KIC1.2 gebracht. Deze 14 bezoeken zijn bij de analyse buiten beschouwing gebleven, omdat zorgaanbieders na een eerste bezoek over het algemeen verbeteringen realiseren, waardoor bij een herhalingsbezoek betere scores worden behaald.

[26] Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende; Verpleeghuizen en verzorgingshuizen moeten nog punten verbeteren; gehandicaptenzorg en thuiszorg moeten snel veiliger (Den Haag, september 2010).

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

voor veilig voorschrijven is gebruik gemaakt van de risicoselectie die reeds voor 2015 was uitgevoerd. Op grond van het inspectiebeleid om risicogestuurd toezicht uit te voeren, kan voor dit project daarom niet gesproken worden van een representatief beeld voor de gehele gehandicaptenzorg. Integendeel, de bevindingen hebben alleen betrekking op zorgaanbieders met een ‘verhoogd risico-profiel’.

De inspectie heeft voor het onderzoek in de gehandicaptenzorg dus geen apart instrument ontwikkeld, maar gebruik gemaakt van de meest recente versie van het KIC 1.2. De belangrijkste reden hiervoor is dat het toezicht op deze manier aansluit op de bestaande veldnorm^[27] voor de gehandicaptenzorg. KIC1.2 bevat normen op het gebied van medicatieveiligheid, die vergelijkbaar zijn met het instrument dat gebruikt werd om de voorwaarden voor veilig voorschrijven te toetsen (zie bijlage toetsingskader).

De inspectiebezoeken bij de 12 zorgaanbieders zijn uitgevoerd in de periode 1 april 2015 tot en met 31 december 2015.

Getoetste normen

De normen uit het generieke toetsingskader zijn vertaald naar de gehandicaptenzorg, de normen zijn dus niet één op één hetzelfde. In de gehandicaptenzorg zijn 3 van de 4 voorwaarden getoetst op basis van een beperktere set van 4 normen voor voorwaarden voor veilig voorschrijven (zie bijlage voor het generieke toetsingskader en de relatie met het KIC instrument). De voorwaarde EVS is niet getoetst in de gehandicaptenzorg.

De redenen voor deze aanpak en vertaling van de normen in het KIC instrument zijn:

- De toepassing van alleen het generieke toetsingskader voor voorwaarden voor verantwoord voorschrijven in plaats van KIC1.2 zou een gedeeltelijke inperking van het toezicht op de medicatieveiligheid betekenen, hetgeen tot een ongewenst effect binnen de gehandicaptenzorg zou leiden;

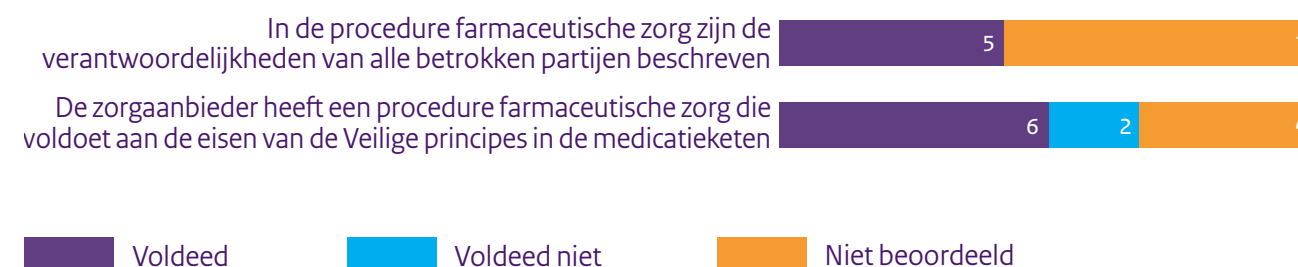
[27] Handreiking medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, VGN, mei 2011.

- Tijdens een inspectiebezoek met KIC1.2 gaat de aandacht van de inspectie ook uit naar andere belangrijke thema's, zoals deskundigheid van het personeel en de kwaliteit van het zorgplan;
- Vergelijking met een eerder inspectiebezoek zou niet mogelijk zijn door een al te afwijkend aangepast KIC instrument.

Resultaten

Norm 4.1: De zorgaanbieder heeft een procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg

Figuur 1: Naleving normen verantwoordelijkheidsverdeling



Van de acht zorgaanbieders die onderzocht en beoordeeld zijn, hebben 6 van de 8 een procedure farmaceutische zorg. Zij voldoen op deze norm dus zowel aan de eisen van de ‘Veilige principes in de medicatieketen’, die vastgelegd zijn in de veldnorm die door de koepels in de gehandicaptenzorg is geaccepteerd, als aan norm verantwoordelijkheidsverdeling (V4; zie bijlage toetsingskader).

Norm 4.3: Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken over een actueel medicatie-overzicht en actuele toedienlijst van de apotheker

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

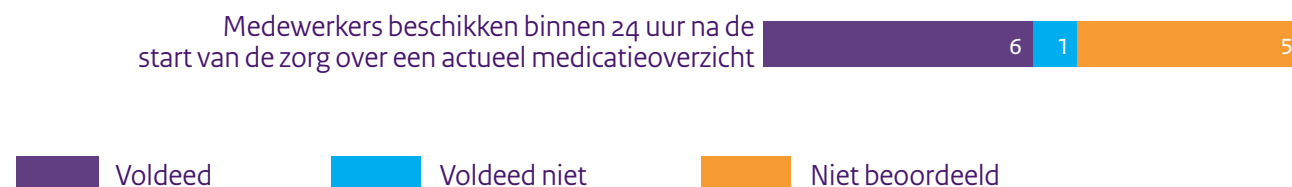
Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

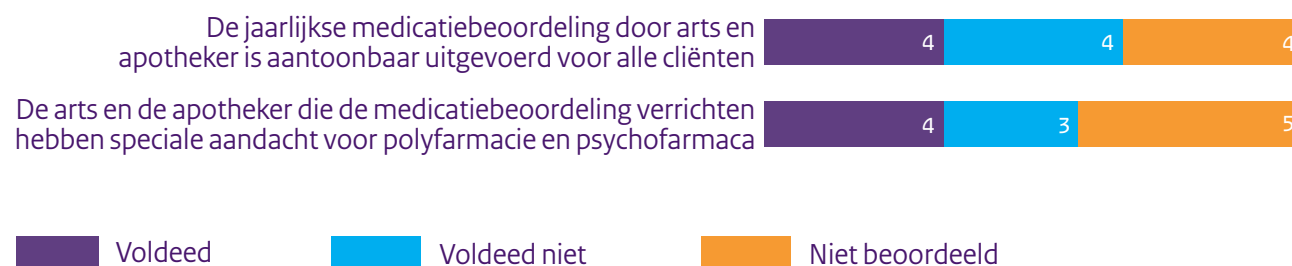
Figuur 2: Naleving normen medicatieoverdracht



Bij zes van de zeven zorgaanbieders die onderzocht en beoordeeld zijn, hebben medewerkers binnen 24 uur na de start van de zorg de beschikking over een actueel medicatieoverzicht. Zij voldoen dus op dit punt zowel aan de veldnorm als aan norm overdracht (O2).

Norm 4.11 De arts en de apotheker verrichten ten minste jaarlijks een medicatiebeoordeling voor alle cliënten

Figuur 3: Naleving normen medicatiebeoordeling



Bij iets meer dan de helft (4/7) van de acht zorgaanbieders die onderzocht en beoordeeld zijn, hebben de arts en de apotheker speciale aandacht voor polyfarmacie en psychofarmaca. De overigen (3/7) kunnen dit niet aantonen. Iets meer dan de helft van de beoordeelde zorgaanbieders voldoet op dit punt dus aan de veldnorm en aan norm medicatiebeoordeling (M4).

Bij de helft (4/8) van de acht zorgaanbieders die onderzocht en beoordeeld zijn, wordt de jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker uitgevoerd. De andere zorgaanbieders (4/8) kunnen dit niet aantonen. Slechts de helft van de beoordeelde zorgaanbieders voldoet op dit punt dus aan de veldnorm en aan norm Medicatiebeoordeling (M3).

In onderstaande tabel is weergegeven hoe vaak de genoemde KIC normen onderdeel zijn geweest van verbetermaatregelen op het gebied van medicatieveiligheid en welke norm voor voorwaarden voor veilig voorschrijven hier aan gekoppeld kan worden.

Tabel 2: Overzicht van de verbetermaatregelen per KIC norm

| KIC norm | 4.1 | 4.3 | 4.11 (2e subnorm) | 4.11 (1e subnorm) |
|--|-----|-----|----------------------|----------------------|
| Bijbehorende norm voorwaarden voor verantwoord voorschrijven | V4 | O2 | M2 | M3 |
| Aantal zorgaanbieders waarbij de betreffende KIC norm een onderdeel was van de verbetermaatregelen | 2 | 1 | 3 | 4 |

Handhaving en Maatregelen

Er zijn binnen KIC1.2 vier verschillende handhavingsscenario's (zie tabel). De handhaving is gebaseerd op een integraal oordeel op alle normen, dus niet alleen de medicatieveiligheidsnormen of normen voor voorwaarden voor verantwoord voorschrijven. Het instellen van Verscherpt Toezicht behoort niet tot één van de vier standaardscenario's, maar wordt ingesteld op andere, instellings specifieke gronden (zoals een zeer groot aantal normoverschrijdingen en/of een gebrek aan verbeterkracht bij de desbetreffende zorgaanbieder).

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Tabel 3: Handhavingsscenario's

| Scenario |
|--|
| Scenario 1 (afsluiten inspectiebezoek) |
| Scenario 2 (opvragen resultaatverslag) |
| Scenario 3 ((on)aangekondigd hertoetsbezoek) |
| Scenario 4 (aankondigen van (on) aangekondigd hertoetsbezoek in combinatie met opschalen naar de RvB/directie en/of RvT/ instellen verscherpt toezicht |

Na elke bezoek is er een handhavingsscenario ingezet. Zie in onderstaande tabel welke handhavingsscenario's zijn toegepast bij de 12 bezochte locaties.

Tabel 4: Resultaten veilig voorschrijven en handhaving

| Scenario | Aantal keren opgelegd bij zorgaanbieder |
|---|---|
| Scenario 1 (afsluiten inspectiebezoek) | 4 |
| Scenario 2 (opvragen resultaatverslag) | 8 |
| Scenario 3 ((on)aangekondigd hertoetsbezoek) | 1 |
| Scenario 4 (aankondigen van (on) aangekondigd hertoetsbezoek in combinatie met opschalen naar de RvB/directie en/of RvT instellen Verscherpt Toezicht | 2 |

Bij vier van de acht zorgaanbieders met scenario 2 is ook scenario 3 of 4 toegepast en/of is ook verscherpt toezicht ingesteld, waardoor de getallen in bovenstaande kolom niet optellen tot 12.

Conclusie

Het toezicht op de voorwaarden voor veilig voorschrijven in de gehandicaptenzorg heeft betrekking op een beperkt aantal zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders hadden bovendien een verhoogd risicoprofiel en zijn om die reden in 2015 bezocht. Om deze twee redenen mogen de gegevens in deze rapportage niet gegeneraliseerd worden naar de gehele sector voor gehandicaptenzorg.

Tijdens de inspectiebezoeken aan 12 zorgaanbieders is de medicatieveiligheid beoordeeld en als onderdeel daarvan is gekeken naar de normen voor voorwaarden voor veilig voorschrijven. Uit de beoordeling blijkt het volgende.

De meeste zorgaanbieders (6/8) die beoordeeld zijn, beschikken over een procedure voor veilige en verantwoorde farmaceutische zorg. De inspectie heeft daardoor de indruk dat het bewustzijn over de risico's rondom het medicatieproces in de gehandicaptenzorg in de afgelopen jaren is toegenomen. Dit lijkt een aanmerkelijke verbetering te zijn ten opzichte van 2010, toen dat bewustzijn nog te wensen over liet.

Bij bijna alle zorgaanbieders (6/7) die beoordeeld zijn, beschikken de medewerkers binnen 24 uur na de start van de zorg over een actueel medicatieoverzicht. In 2010 hadden veel zorgaanbieders nog verschillende medicatie(overzicht)lijsten per cliënt en ontbrak het bij de voorschrijvend arts en bij de persoonlijke begeleiders vaak aan een compleet en actueel beeld van alle voorgeschreven medicatie die een cliënt gebruikte.

Bij slechts ongeveer de helft (4/4) van de zorgaanbieders die beoordeeld zijn, voeren de arts en de apotheker een jaarlijkse medicatiebeoordeling voor alle cliënten uit en besteden zij ook maar in beperkte omvang speciale aandacht aan polyfarmacie en het gebruik van psychofarmaca. Deze situatie lijkt daarmee niet veel beter te zijn dan in 2010, toe de inspectie constateerde dat medicatiebeoordelingen niet éénmaal per jaar uitgevoerd worden.

De inspectie oordeelt dat er in de gehandicaptenzorg bij de bezochte zorgaanbieders met een verhoogd risicoprofiel in belangrijke mate wordt voldaan aan de voorwaarden voor veilig voorschrijven (voor wat betreft de getoetste normen), omdat het proces bij de meeste zorgaanbieders is vastgelegd in een procedure en de medewerkers binnen 24 uur de beschikking hebben over een actueel medicatieoverzicht.

De jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker wordt echter bij de onderzochte zorgaanbieders nog regelmatig niet uitgevoerd. Bovendien ontbreekt vaak speciale aandacht voor polyfarmacie en het gebruik (en de afbouw) van psychofarmaca. Op deze twee punten is nog veel winst te behalen.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.1 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Beschouwing

De resultaten zijn niet representatief voor de gehele gehandicapten sector; er zijn wel lessen te leren.

De inspectie heeft de indruk dat het bewustzijn over de risico's rondom het medicatieproces in de gehandicaptenzorg sinds 2010 lijkt te zijn toegenomen. De bezochte zorgaanbieders met een verhoogd risicoprofiel voldoen immers in belangrijke mate aan de voorwaarden voor veilig voorschrijven. De meeste zorgaanbieders beschikken namelijk over een procedure farmaceutische zorg en de medewerkers blijken bijna altijd binnen 24 uur te beschikken over een actueel medicatieoverzicht.

Een grote zorg is echter dat er zorgaanbieders zijn waar het jaarlijks overleg tussen arts en apotheker niet of niet gestructureerd plaats vindt. Enerzijds is dit een signaal dat de samenwerking tussen beiden niet goed georganiseerd is, anderzijds dat er sprake is van een daadwerkelijk risico voor de patiëntveiligheid. Door het ontbreken van het gestructureerde overleg voeren de artsen en apothekers geen gezamenlijke analyse uit van de mogelijke risico's die het gevolg kunnen zijn van polyfarmacie en het gebruik van psychofarmaca in het bijzonder. Ook bestaat het risico dat er te weinig aandacht is voor de mogelijkheden om het gebruik van psychofarmaca af te bouwen. Hieruit volgt er dat nog volop mogelijkheden zijn om de medicatieveiligheid verder te verbeteren. Het jaarlijkse overleg tussen arts en apotheker kan een belangrijke bijdrage leveren aan de medicatieveiligheid voor kwetsbare patiënten. Zorgaanbieders dienen de uitvoering daarvan in hun beleid te waarborgen, maar ook de daadwerkelijke uitvoering zelf te toetsen.

De veldnormen met betrekking tot de medicatieveiligheid zijn voor de gehandicaptenzorg in mei 2011 door de VGN vastgelegd in de 'Handreiking medicatiebeleid Gehandicaptenzorg'. Door het onderhavige onderzoek naar de naleving van de normen voor voorwaarden voor veilig voorschrijven is gebleken dat een aantal normen^[28] in de gehandicaptenzorg niet expliciet konden worden getoetst. Deze normen zijn

[28] Het betreft de normen V1, V2, E1, O1 en M4, zie tabel.

namelijk niet expliciet opgenomen in de bovengenoemde veldnorm voor de gehandicaptenzorg. In andere sectoren van de zorg is dat wel het geval.

Het is de inspectie bekend dat de zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg werken aan een veilig medicatiebeleid en de succesvolle uitvoering daarvan. Toch blijkt dat de medicatieveiligheid nog niet in alle opzichten voldoende op orde is. De sector zal zich daarom moeten blijven inspannen om de medicatieveiligheid verder te verbeteren. De inspectie acht het daarom noodzakelijk dat de veldnormen betreffende de medicatieveiligheid in de gehandicaptenzorg worden geactualiseerd en gesynchroniseerd met de andere zorgsectoren.

De inspectie verwacht daarom van de zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg dat zij er voor zorgen dat de jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker zal worden uitgevoerd. De inspectie verwacht ook van de zorgaanbieders dat zij extra aandacht besteden aan de risico's van polyfarmacie en het gebruik van psychofarmaca. Afbouw van psychofarmaca dienen zorgaanbieders actief te bevorderen.

De inspectie zal het toezicht op de medicatieveiligheid continueren.

Aanbevelingen

De zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg dienen

- te waarborgen dat artsen en apothekers de jaarlijkse medicatiebeoordeling daadwerkelijk uitvoeren;
- extra aandacht te besteden aan de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca;
- de afbouw van psychofarmaca te bevorderen;
- de veldnormen voor medicatieveiligheid te actualiseren en te synchroniseren met de andere zorgsectoren.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Kernboodschap

- Het bewustzijn over de risico's rondom het medicatieproces in de gehandicaptenzorg lijkt in de afgelopen jaren te zijn toegenomen.
- De zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg dienen te waarborgen dat artsen en apothekers de jaarlijkse medicatiebeoordeling daadwerkelijk uitvoeren.
- Extra aandacht is nodig voor de risico's van polyfarmacie en psychofarmaca en de afbouw van psychofarmaca dient te worden bevorderd.
- De veldnormen te actualiseren en te synchroniseren met andere zorgsectoren.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

E Geestelijke gezondheidszorg

Methode

Selectie instellingen

30 SGGZ instellingen zijn ad random gekozen uit 92 bij de inspectie bekende, relatief nieuwe, veelal commerciële aanbieders van specialistische ambulante GGZ of verslavingszorg. Van deze 30 instellingen zijn 21 bezocht.

Toetsingskader

Voor de vier voorwaarden voor verantwoord voorschrijven zijn op basis van wet- en regelgeving 15 te toetsen normen vastgesteld.

Werkwijze

Gesprekken met voorschrijvers en verantwoordelijken voor het medicatiebeleid. Demonstratie van het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) inclusief bewakingsfuncties, inzage in patiëntendossiers.

Rapportage

Raad van Bestuur/directie ontving een conceptraport en daarna een vastgesteld rapport.

Conclusie

Algemene conclusie

SGGZ instellingen voldoen grotendeels aan voorwaarden voor verantwoord voorschrijven van medicatie.

Conclusies voorwaarden RFT

- Voorwaarden Elektronisch voorschrijven veelal aanwezig.
- Medicatieoverzichten beschikbaar, voorwaarden medicatieoverdracht onder de maat.
- Aan voorwaarden verantwoordelijkheidsverdeling wordt voldaan.

- Voorwaarden medicatiebeoordeling bij oudere polyfarmacie patiënten onvoldoende ontwikkeld.

Handhaving

Bij geen SGGZ instelling was acuut ingrijpen door de inspectie noodzakelijk. Acht instellingen zijn verzocht binnen drie maanden verbetermaatregelen door te voeren. Deze hadden in het bijzonder betrekking op het implementeren van een EVS met volledige bewakingsfuncties en het daadwerkelijk gebruik van deze bewakingsfuncties.

De bestuurders/directies stellen de inspectie een overzicht ter beschikking van de verbetermaatregelen. Zo nodig vindt een onaangekondigd inspectiebezoek plaats.

Alle instellingen voeren binnen zes maanden verbeteringen door:

- Invoeren van de volledige medicatie van elke patiënt in het EVS.
- Uitvoeren van een risicoanalyse voor het EVS.
- Implementeren van beleid artikel 6.10 en 6.11 van de Geneesmiddelenwet.
- Samenwerkingsafspraken voor medicatiebeoordelingen bij oudere patiënten met polyfarmacie.
- Samenwerkingsafspraken met huisartsen en apotheken voor uitwisselen informatie.

Kernboodschap

- Voorschrijvers in (commerciële) SGGZ instellingen gebruiken een EVS, maar benutten onvoldoende de bewakingsfuncties van dit systeem.
- Risico's in het gebruik van dit systeem moeten beter worden beschreven.
- Actuele medicatieoverzichten worden gemaakt, maar meer aandacht is nodig voor wettelijke overdrachtsbepalingen en medicatiebeoordelingen bij ouderen met polyfarmacie.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

E Geestelijke Gezondheidszorg

Aanpak

Populatie, doelgroep

Om welke instellingen gaat het en welke rol spelen zij in het medicatieproces

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op ruim 400 GGZ instellingen, inclusief de verslavingszorg. Dit deel van het landelijke toezicht op voorwaarden voor veilig voorschrijven binnen de sector geestelijke gezondheidszorg (GGZ) richt zich op een groep relatief nieuwe zorgaanbieders. Deze nieuwe zorgorganisaties hebben zich sinds 2003, na de modernisering van de financiering van de GGZ, op de markt van de GGZ begeven. Zij bieden vaak Basis Generalistische GGZ en Specialistische GGZ aan. In dit onderzoek beperkt de inspectie zich tot de Specialistische GGZ (SGGZ) aanbieders, waaronder ook verslavingszorg. Deze SGGZ organisaties richten zich vooral op de ambulante GGZ en ontwikkelden zich naast de bekende voorzieningen voor ambulante GGZ (voormalig RIAGG), de grote geïntegreerde instellingen en de afdelingen psychiatrie van de (academische) ziekenhuizen. Een klein aantal van deze SGGZ- aanbieders bieden ook intra- of semi- murale behandeling. De grootste groep van nieuwe toetreders tot de SGGZ is relatief klein en biedt zorg aan enkele honderden tot een paar duizend patiënten per jaar. Sommige van deze organisaties werken inmiddels landelijk en behandelen tot vele duizenden patiënten per jaar. Voor de inspectie die zich in het verleden vooral richtte op de grotere geïntegreerde GGZ- en verslavingszorginstellingen en de (academische) ziekenhuizen met hun PAAZ'en en de RIAGG's zijn deze 'nieuwe SGGZ organisaties' relatief onbekend. Om die reden heeft de inspectie voor de sector GGZ er voor gekozen het onderzoek 'Voorwaarden voor Veilig Voorschrijven' te richten op deze groep 'nieuwe SGGZ organisaties'. Van deze groep zijn 92 instellingen bij de inspectie bekend. Bij al deze instellingen wordt medicatie voorgeschreven, meestal door psychiaters, maar ook door (verslavings)artsen en soms door verpleegkundig specialisten.

Methode, werkwijze en vraagstelling

Tussen de sectoren GGZ en Forensische Zorg (FZ, zie sectorrapport Forensisch Psychiatrische Centra) werd bij het opstellen van het toetsingskader en het bezoek-instrument samengewerkt in een projectgroep en ook de analyses werden gezamenlijk gedaan. Selectie van SGGZ instellingen: aselechte steekproef, waardoor redelijk representatief voor het landelijk beeld van de 'nieuwe SGGZ aanbieder'.

Uit de 92 bij de inspectie bekende 'nieuwe SGGZ organisaties' die vooral ambulante zorg aanbieden zijn 30 SGGZ instellingen *at random* geselecteerd. Twee van deze instellingen bleken al betrokken te zijn bij een ander inspectieonderzoek en zijn daarom niet bezocht. Twee SGGZ aanbieders bleken niet meer als zorginstelling te bestaan en vijf instellingen konden in het tijdsbestek van het inspectieonderzoek niet meer worden bezocht wegens organisatorische redenen (binnen de inspectie). Bij 21 zorgaanbieders werd een inspectiebezoek uitgevoerd.

Het betrof 18 geestelijke gezondheidszorginstellingen en drie instellingen die verslavingszorg boden (in de zin van specialistische GGZ zorg). Bij 16 van de 21 instellingen werden patiënten ambulante behandeld, drie instellingen hadden daarnaast ook een klinische voorziening en één instelling behandelde alleen klinisch. Alleen bij deze laatste instelling is de klinische zorg in het onderzoek betrokken. Bij de drie instellingen met tevens klinische zorg is alleen de ambulante zorg onderzocht.

Op de bezochte locaties werkte een beperkt aantal medicatievoorschrijvers (1-11) en de behandelcapaciteit varieerde van circa 400 tot circa 5500 afgesloten DBC's per jaar (2015). Het aantal FTE personeel varieerde van 14 tot circa 400. Een aantal (locaties van) instellingen boden ook SGGZ voor 'Kinderen en Jeugd' en/of voor 'Ouderen' aan.

Werkwijze, bezoeken

Bij één van de geselecteerde instellingen is een inspectiebezoek als pilot uitgevoerd. Het doel was het testen van het toetsingskader en de uitvoeringsprocedures. Het toetsingskader bleek geschikt en is niet aangepast. Daarna zijn de overige twintig SGGZ instellingen bezocht. De bezoeken vonden plaats in de periode oktober 2015 tot januari 2016.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Het inspectiebezoek bestond uit een gesprek met de functionaris die verantwoordelijk was voor het medicatiebeleid (psychiater, (verslavings)arts, eerste geneeskundige of geneesheer-directeur) en een gesprek met een voorschrijvend psychiater of arts, bij voorkeur betrokken bij de behandeling van ouderen met polyfarmacie. Tevens bestond de mogelijkheid tot een korte nabespreking en terugkoppeling van eerste resultaten met (een lid van) de Raad van Bestuur of directie. Dit kon in aanwezigheid van de eerder genoemde functionarissen.

Om de uitvoering van het medicatie(voorschrijf)beleid te toetsen zijn patiëntendossiers (beperkt) ingezien, waarbij het in het bijzonder ging om het elektronisch voorschrijfsysteem (veelal gekoppeld aan het elektronisch patiëntendossier) met de medicatiegegevens van de betreffende patiënt. Hiervoor is aan de raad van bestuur of directie gevraagd voorafgaand aan het inspectiebezoek zes patiëntendossiers te selecteren, bij voorkeur drie dossiers van patiënten ouder dan 65 jaar, waarbij sprake was van polyfarmacie en drie dossiers van patiënten die psychofarmaca gebruikten. Tevens verzocht de inspectie de instelling om vooraf aan de betreffende patiënten toestemming te vragen voor inzage in het dossier door de inspectie.

Daarnaast heeft de inspectie inzage gevraagd in de volgende documenten, indien beschikbaar:

- Procedures met betrekking tot medicatieverificatie en medicatieoverdracht;
- Het Regionaal samenwerkingsprotocol inzake medicatieoverdracht.

Vanwege de planning en de beperkter mogelijkheid om in de ambulante setting patiënten zelf te spreken is in dit deel van het onderzoek ‘voorwaarden voor veilig voorschrijven’ voor gekozen met instemming van de patiënten wel dossiers in te zien, maar hen zelf niet te bevragen naar hun ervaringen op het gebied van de medicatieveiligheid.

Getoetste normen

Binnen het inspectiebrede toezichtproject ‘voorwaarden voor veilig voorschrijven’ werden 15 normen geformuleerd, onderverdeeld in vier thema’s: verantwoordelijk-

heidsverdeling, medicatieoverdracht, elektronisch voorschrijven en medicatiebeoordeling (zie bijlage 1 toetsingskader).

Bij de inspectiebezoeken in de GGZ instellingen is dit toetsingskader gebruikt.

Voor het verantwoord voorschrijven van medicatie zijn minimaal de volgende voorwaarden noodzakelijk:

- de verantwoordelijkheden zijn goed belegd
- het actuele medicatieoverzicht is beschikbaar
- er vindt tijdens het voorschrijven (elektronische) medicatiebewaking plaats
- er vindt een medicatiebeoordeling plaats bij risicovolle (polyfarmacie) patiënten.

Bij elke instelling zijn deze 15 normen getoetst. Normen die niet van toepassing waren hadden in het bijzonder betrekking op de medicatiebeoordeling bij patiënten ouder dan 75 jaar met polyfarmacie. De meeste instellingen hadden deze groep patiënten namelijk niet in behandeling.

Rapportage

De raad van bestuur of directie ontving een conceptrapportage van de resultaten van het toezichtbezoek met het verzoek het rapport te controleren op feitelijke onjuistheden. Na eventuele correctie van onjuistheden werd het definitieve rapport voorzien van conclusies en te nemen maatregelen (handhaving).

Handhaving

Op basis van het toetsingskader GGZ werd het handhavingskader vastgesteld. Na vaststelling van de definitieve rapporten werden indien noodzakelijk maatregelen per norm voor de betreffende GGZ instelling geformuleerd.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

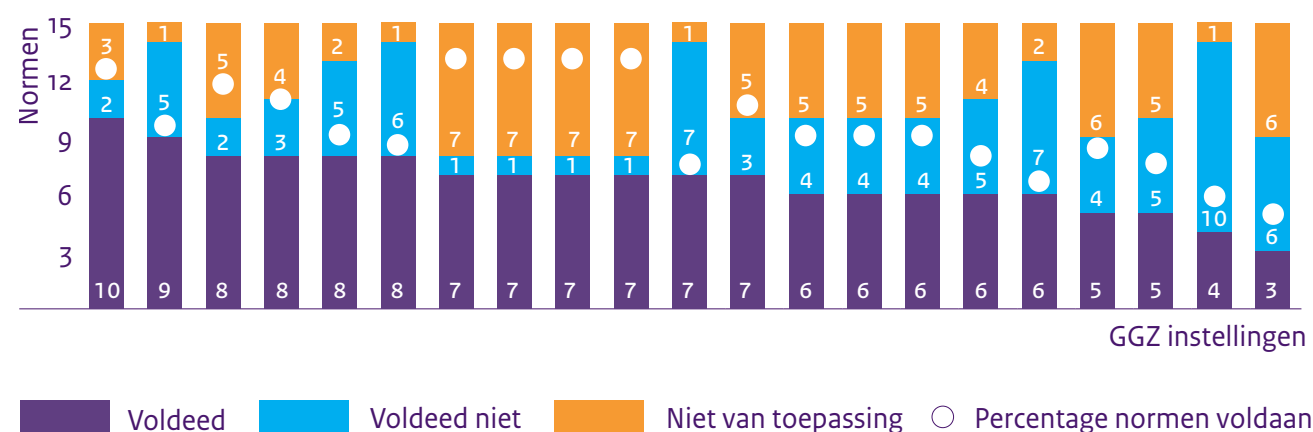
Vraagstelling

De vraagstelling was of binnen de bezochte GGZ instellingen werd voldaan aan de voorwaarden om veilig voor te kunnen schrijven.

Resultaten

2.1 Overzicht resultaten alle instellingen

Figuur 1: Totaalscore per GGZ instelling



Niet alle normen waren van toepassing bij alle instellingen. In de volgende paragrafen wordt dit verder toegelicht. Over het algemeen voldeden de meeste instellingen redelijk tot goed aan de getoetste normen. Vier instellingen scoorden 50% van de normen of minder. Het betrof één instelling waar een gedeeltelijk faillissement was uitgesproken en nog maar één voorschrijvend psychiater werkzaam was op een zeer beperkte patiëntenpopulatie. Twee van deze instellingen waren relatief grote aanbieders van ambulante zorg, hadden een operationeel medicatiesysteem, maar dit werd onvoldoende gebruikt. Eén – kleinschalige - instelling maakte geen gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem vanwege de komst van een nieuw systeem.

2.2 Voorwaarde verantwoordelijkheidsverdeling

Figuur 2: Naleving normen verantwoordelijkheidsverdeling



2.2.1 Verantwoordelijkheid lijkt goed geregeld

Een belangrijke restrictie hierbij is dat tijdens het inspectietoezicht geen patiënten zijn gesproken (wegens ambulante instellingen).

Volgens alle voorschrijvers is het voor patiënten duidelijk wie het aanspreekpunt is voor de medicatie en wie verantwoordelijk is voor het medicatiebeleid. Patiënten hebben in de regel maar te maken met één voorschrijvend psychiater/arts (alleen bij waarneming is dat anders). Vaak krijgen patiënten een afsprakenkaart voor een medicatieconsult met de naam van de voorschrijver en zijn zij in het bezit van hun behandelplan waarin meestal ook het medicatieplan is opgenomen.

2.2.2 Coördinatie van medicatiebeleid vaak niet aan de orde

Patiënten worden veelal ambulant behandeld en de behandelingen zijn meestal van korte duur. Hierdoor is het inzetten van coördinatie voor het medicatiebeleid nauwelijks aan de orde (15 instellingen). Indien dit wel het geval is (bij de grotere instellingen met langdurige ambulante of klinische zorg) wordt voldoende aandacht besteed aan de afstemming van het medicatiebeleid met andere ketenpartners. Dit

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patiënt daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

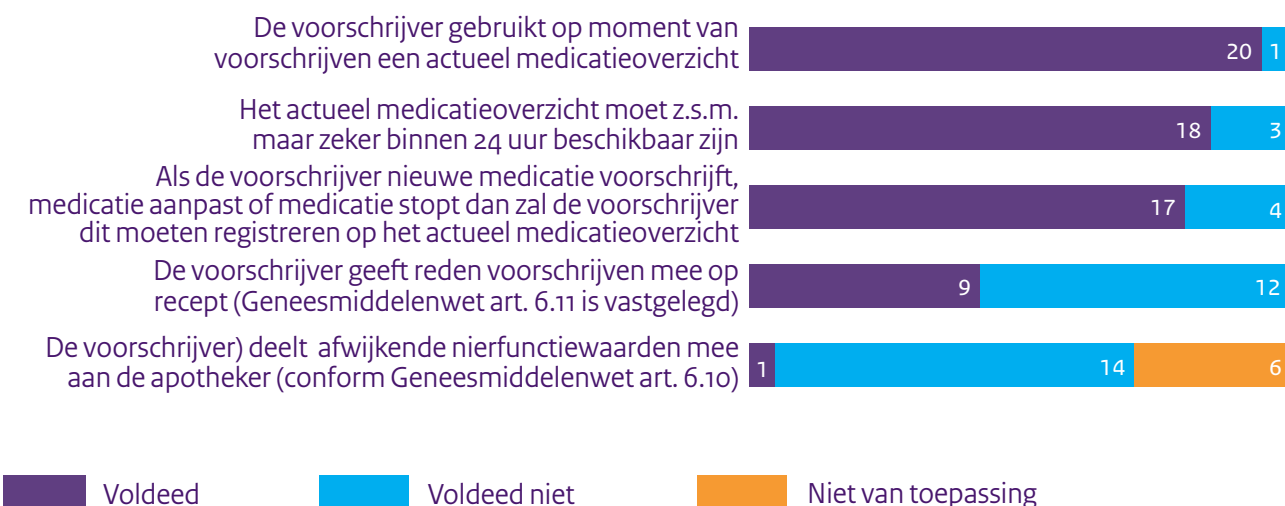
Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

resulteert niet in alle gevallen (7) in geformaliseerde samenwerkingsverbanden.

2.3 Voorwaarde medicatieoverdracht

Figuur 3: Naleving normen medicatieoverdracht



2.3.1 Veilig voorschrijven vrijwel altijd gerealiseerd

Voorschrijvers zijn steeds beter in staat tijdig een actueel medicatieoverzicht te genereren. Het EVS is hiervoor een belangrijke bron, maar het is nooit met zekerheid vast te stellen of de informatie in dit systeem volledig en voldoende betrouwbaar is. Andere belangrijke bronnen zijn de huisarts, de apotheker en de patiënt zelf. Verificatie van de medicatie die actueel wordt gebruikt vindt – als dit mogelijk is – altijd plaats in overleg met de patiënt en zo nodig met zijn of haar naasten. Het vullen van het EVS vergt over het algemeen veel tijd en soms is er een achterstand bij het zo actueel mogelijk houden van het EVS. Veelal wordt begonnen met de medicatie die zelf wordt voorgeschreven. De informatie uit de verwijsbrief van de huisarts is een belangrijke bron. Medicatieoverzichten van de apotheker worden altijd met toestemming van de patiënt opgevraagd of de patiënt wordt gevraagd een overzicht mee te nemen naar het intakegesprek. Het integreren van alle medicatie in het EVS gebeurt in de regel door de voorschrijvers zelf.

Recepten komen op verschillende manieren bij de apotheker: direct via een digitale link in het EVS; een geprint recept wordt aan de patiënt meegegeven; het recept wordt in papieren vorm gefaxt; het recept wordt digitaal ‘gefaxt’.

Digitale gegevensuitwisseling gebeurt nog maar in beperkte mate. De digitale omgeving ‘zorgdomein’ wordt het meest gebruikt, maar dat is in het bijzonder voor de communicatie met huisartsen. Via ‘zorgmail’ kunnen recepten digitaal naar de apotheker worden verstuurd. Het is echter een uitzondering als de communicatie van de apotheker naar de voorschrijver ook via ‘zorgmail’ verloopt. Bijna alle instellingen die zijn bezocht hebben te maken met een groot aantal huisartsen en vele apothekers. Dat maakt volgens de bestuurders/directies het organiseren van digitale uitwisseling van gegevens vaak niet doelmatig en haalbaar.

2.3.2 Wettelijk verplichte medicatieoverdracht vaak nog niet op orde

De wettelijke verplichtingen die voortkomen uit artikel 6.10 en 6.11 van de Geneesmiddelenwet waren nagenoeg onbekend bij de voorschrijvers. Nierfunctiewaarden moeten worden overgedragen aan de apotheek indien zij afwijkend zijn en bij 23 medicamenten moet de indicatie vermeld worden op het recept. Bij slechts één instelling was de overdracht van afwijkende nierfunctiewaarden naar de apotheek goed geregeld en bij minder dan de helft (9) van de instellingen vermeldden de voorschrijvers de indicaties op het recept voor 23 geneesmiddelen waarvoor dat wettelijk verplicht is. Bij zes instellingen deed de situatie zich voor dat de procedures (soms beperkt) bekend waren maar er geen patiënten waren waarbij nierfunctie bepalingen geïndiceerd waren of dat hierover afspraken waren gemaakt met de huisartsen (bij korte behandelcontacten).

Voorschrijvers hechten bij het doorgeven van de indicatie aan de apothekers veel belang aan de toestemming van de patiënt om deze gegevens het verstrekken. In een aantal EVS-en is het mogelijk aan te geven of de patiënt hier al dan niet mee instemt.

Voorwoord

Samenvatting

- 1 Inleiding**
 - 1.1 Aanleiding en belang
 - 1.2 Onderzoeksvragen
 - 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader
- 2 Conclusies**
 - 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
 - 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
 - 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
 - 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling
- 3 Handhaving**
 - 3.3 Vervolgacties inspectie
 - 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
 - 3.3 Vervolgacties inspectie
- 4 Resultaten**
 - 4.1 EVS
 - 4.2 Medicatieoverdracht
 - 4.3 Medicatiebeoordeling
 - 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
 - 4.5 Het patiëntenperspectief
- 5 Beschouwing**

Bijlagen

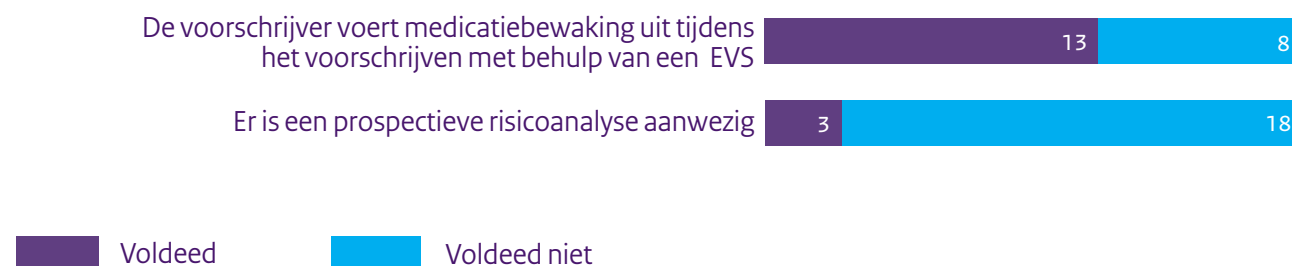
- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

2.4 Voorwaarde elektronisch voorschrijfsysteem

Figuur 4: Naleving normen elektronisch voorschrijfsysteem



2.4.1 Elektronisch voorschrijfsysteem breed ingevoerd, medicatiebewaking gebeurde echter niet altijd consequent via het EVS

Bij 13 van de 21 instellingen voerde de voorschrijver medicatiebewaking uit tijdens het voorschrijven met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS), waarbij het EVS voldeed aan de eisen met betrekking tot de medicatiebewaking. Eén instelling had geen EVS of een vergelijkbaar medicatievoorschrijfsysteem. De directie van deze instelling heeft een beroep gedaan op de uitzonderingsregel voor het gebruik van een EVS (art. 4 richtlijn Elektronisch voorschrijven, KNMG, 2013). De inspectie heeft verzocht dit aantoonbaar te maken door middel van het overleggen van het aantal recepten in 2015.

Twee instellingen zaten in een overgangsfase naar een nieuw EVS, één instelling had een EVS met onvoldoende medicatiebewakingsfuncties en vier instellingen hadden een EVS met bewakingsfuncties, maar deze werden in onvoldoende mate benut.

Alle voorschrijvers konden aantonen dat indien medicatiebewaking niet consistent met behulp van het EVS kon worden gedaan, tevens andere systemen werden gebruikt –zoals het farmacotherapeutisch kompas– om de medicatiebewaking uit te voeren. Dit werd door de voorschrijvers gezien als behorend bij hun professionele verantwoordelijkheid.

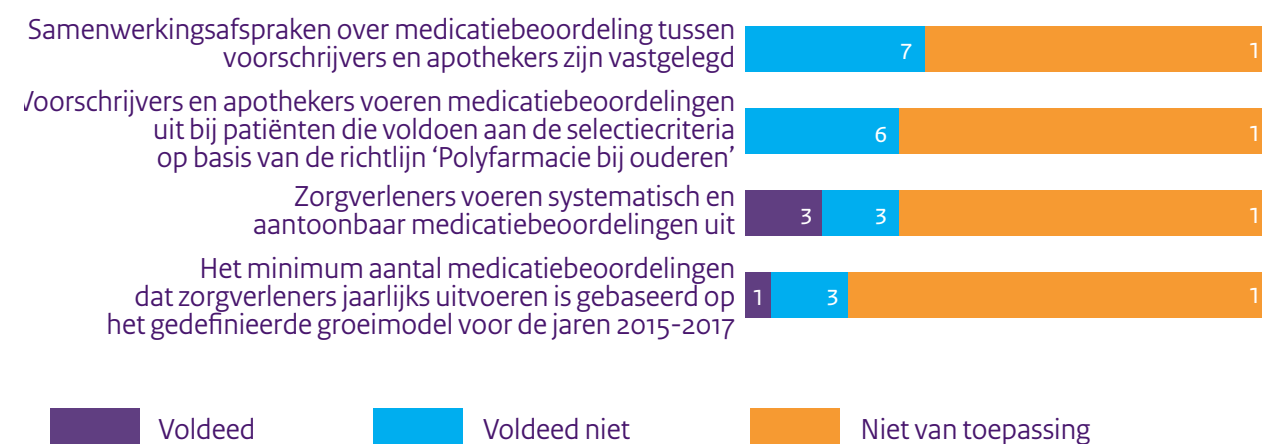
2.4.2 Prospectieve risicoanalyse nauwelijks uitgevoerd voor invoering EVS

Een meerderheid (18/21) van de instellingen heeft geen prospectieve risicoanalyse uitgevoerd vóór invoering van het EVS. Bestuurders en directies van instellingen waren veelal niet op de hoogte van de noodzaak een risicoanalyse uit te voeren. Ook de producenten van elektronische voorschrijfsystemen hebben het nut en de noodzaak van een risicoanalyse niet of nauwelijks onder de aandacht gebracht van de bestuurders en directies.

Bij één instelling is dit wel gebeurd en heeft de leverancier van het EVS een verklaring afgegeven dat aan de vereisten van een prospectieve risicoanalyse was voldaan. Bij deze instelling en bij een andere instelling wordt de risicoanalyse meegenomen bij het HKZ certificeringstraject. Een andere instelling voerde een beperkte prospectieve risicoanalyse uit, die een interne audit betrof met betrekking tot het actueel medicatieoverzicht en de risico's die daarmee samenhangen.

2.5 Voorwaarde medicatiebeoordeling

Figuur 5: Naleving normen medicatiebeoordeling



Toelichting bij de grafiek: het aantal instellingen dat kwetsbare oudere patiënten met polyfarmacie behandelt was beperkt. Zes van de 21 instellingen behandelden oudere patiënten met polyfarmacie, waarvan twee instellingen maar een klein aantal

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

behandelden. Eén instelling behandelde sinds kort ouderen (daar was medicatiebeoordeling nog niet aan de orde geweest).

2.5.1 *Geen geformaliseerde samenwerkingsafspraken over medicatiebeoordeling tussen voorschrijvers en apothekers*

Geen van de zeven instellingen waar oudere patiënten met polyfarmacie werden behandeld hadden een samenwerkingsprotocol of afspraak waarin de verantwoordelijkheden van voorschrijver en apotheker zijn opgenomen als het gaat om medicatiebeoordelingen bij kwetsbare polyfarmacie patiënten. De meeste ambulante instellingen hadden met meerdere apothekers te maken, hetgeen volgens de meeste bestuurders/directies het formaliseren van samenwerkingsafspraken gecompliceerd maakt en niet doelmatig. Het aantal zorgverleners (3) dat wel medicatiebeoordelingen uitvoerden zagen echter wel de noodzaak betere samenwerkingsafspraken te maken en hiervoor werden ook plannen ontwikkeld.

2.5.2 *Geen medicatiebeoordelingen uitgevoerd volgens de Multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen'*

Geen enkele voorschrijver/behandelaar voerde medicatiebeoordelingen uit volgens de richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' (indien sprake was van medicamenteuze behandeling van oudere patiënten). Medicatiebeoordelingen werden op indicatie wel gedaan bijvoorbeeld in overleg met een specialist ouderengeneeskunde of tijdens een farmacotherapeutisch overleg (FTO) waarbij tevens ketenpartners bij betrokken zijn (niet de apotheker). In algemene zin werd het van belang geacht dat bij de medicamenteuze behandeling van ambulante patiënten het voor alle zorgverleners duidelijk moet zijn wie bij welke omstandigheden de regie/verantwoordelijkheid heeft om medicatiebeoordelingen te organiseren en hiervoor beleid te bepalen.

Conclusies

3.1 *Algemene conclusie: SGGZ instellingen voldoen grotendeels aan voorwaarden voor veilig voorschrijven van medicatie*

Het merendeel van de specialistische GGZ instellingen (62%;n=13) voldeed grotendeels aan de voorwaarden om veilig medicatie te kunnen voorschrijven. Bij deze instellingen werd de medicatie voorgeschreven op basis van de indicatie, het actuele patiëntdossier en de zo nodig op basis van actuele farmacotherapeutische behandelrichtlijnen van de beroepsgroep. Bij deze instellingen ziet de inspectie geen tot gering risico's op onverantwoorde zorg en de medicatieveiligheid lijkt gewaarborgd voor de patiënt. De andere instellingen (38%; n=8) voldeden in mindere mate aan de voorwaarden om veilig medicatie voor te schrijven. Patiënten die bij deze instellingen worden behandeld liepen een matig risico op onverantwoorde zorg en de medicatieveiligheid was niet volledig gewaarborgd voor de patiënt.

3.2 *Voorwaarden Elektronisch voorschrijven veelal aanwezig*

Voorschrijvers in de SGGZ instellingen maakten gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem (bij 20 instellingen; 95%). De meeste systemen voldeden aan de eisen met betrekking tot de medicatiebewaking. In 8 instellingen (38%) maakten de voorschrijvers echter onvoldoende gebruik van deze functies.

Bij 18 instellingen (83%) was geen prospectieve risicoanalyse uitgevoerd om een EVS verantwoord in te zetten. Indien dit wel was gedaan, was het niet volledig.

3.3 *Medicatieoverzichten beschikbaar, voorwaarden medicatieoverdracht onder de maat*

Op het moment van voorschrijven was veelal van elke patiënt (bij 95% van de instellingen; n= 20) een actueel medicatieoverzicht beschikbaar. Hiervoor moesten – naast het EVS - echter vaak verschillende bronnen worden geraadpleegd om het overzicht zo actueel en volledig mogelijk te maken. De patiënt was hierbij een belangrijke bron voor informatie en verificatie.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

De wettelijke verplichtingen die voortkomen uit artikel 6.10 en 6.11 van de Geneesmiddelenwet waren bij ruim 60% van de instellingen nagenoeg onbekend bij de voorschrijvers (nierfunctiewaarden moeten worden overgedragen aan de apotheek indien zij afwijkend zijn en bij 23 medicamenten moet de indicatie vermeld worden op het recept).

Voor bijna alle instellingen was het niet te realiseren om alle medicatiegegevens elektronisch uit te wisselen met de apothekers en met huisartsen. Dat had in het bijzonder te maken met de vele partners in de medicatieketens.

3.4 Aan voorwaarden verantwoordelijkheidsverdeling wordt voldaan

In alle SGGZ instellingen was de regie en de verantwoordelijkheden wat betreft de verantwoordelijkheidverdeling ten aanzien van de medicatie goed belegd en (waarschijnlijk) duidelijk voor de patiënt. De restrictie hierbij is dat deze conclusie alleen is afgeleid van de informatie van de voorschrijvers, omdat er geen patiënten zijn gesproken.

(Keten)coördinatie van het medicatiebeleid was nauwelijks aan de orde (71%; n=15) wegens vaak kortdurende ambulante behandelingen.

3.5 Voorwaarden medicatiebeoordeling onvoldoende ontwikkeld

Het aantal oudere patiënten die voldeden aan de criteria voor medicatiebeoordeling was bij de onderzochte instellingen gering. Er was bij voorschrijvers/behandelaren weliswaar aandacht voor medicatiebeoordelingen bij ouderen patiënten met polyfarmacie (van toepassing bij zeven instellingen), maar er werd bij geen enkele instelling gewerkt volgens de Multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen'.

3.6 Handhaving

Bij geen enkele SGGZ instelling werd een zodanig hoog risico op een onverantwoord medicatievoorschrijfbeleid vastgesteld dat acuut ingrijpen door de inspectie noodzakelijk was.

De acht instellingen waarbij dit risico als matig werd beoordeeld zijn verzocht binnen drie maanden de noodzakelijke verbetermaatregelen door te voeren. De reden is dat een onvolledig operationeel elektronisch voorschrijfsysteem de kans vergroot op medicatiefouten en dientengevolge risicovol kan zijn voor patiënten. De belangrijkste maatregelen waren daarom het implementeren van een EVS met volledige bewakingsfuncties en het daadwerkelijk gebruik van deze bewakingsfuncties door de voorschrijvers.

De bestuurders en directies van deze instellingen is verzocht de inspectie na deze drie maanden een overzicht ter beschikking te stellen van de verbetermaatregelen die wel en die niet zijn gerealiseerd. Zes van de acht instellingen hebben voldaan aan het verzoek van de inspectie en hebben een overzicht van de gerealiseerde verbetermaatregelen ter beschikking gesteld. De inspectie ziet op basis van dit overzicht geen aanleiding om nadere maatregelen te treffen.

Twee instellingen voldeden tot op heden niet aan dit verzoek. De inspectie zal nadere maatregelen treffen om alsnog toe te zien op de geconstateerde risico's op het gebied van voorwaarden van veilig voorschrijven.

De 13 instellingen waarbij een gering risico op het gebied van de voorwaarden voor veilig voorschrijven werd geconstateerd zijn verzocht binnen zes maanden de noodzakelijke verbeteringen door te voeren. Dit gold ook voor de eerder genoemde acht instellingen met een matig risico. Dit betekent dat alle in het onderzoek betrokken instellingen (nadere) maatregelen moesten treffen. Deze hadden in het bijzonder betrekking op:

- Het invoeren van de volledige medicatie van elke patiënt in het EVS;
- Het uitvoeren van een risicoanalyse waarmee inzichtelijk wordt gemaakt welke risico's het EVS heeft en hoe deze risico's worden beheerst;
- Het formuleren en implementeren van beleid over het vermelden van de indicatie op het recept bij medicatie, zoals genoemd in artikel 6.11 van de Geneesmiddelenwet;
- Het formuleren en implementeren van beleid over het melden van afwijkende nierfuncties aan de apotheker conform artikel 6.10 van de Geneesmiddelenwet;

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

- Nagaan welke samenwerkingsafspraken kunnen worden gemaakt voor medicatiebeoordelingen bij oudere patiënten met polyfarmacie, indien meerdere ouderen met polyfarmacie in behandeling worden genomen;
- Nagaan welke samenwerkingsafspraken met huisartsen en apotheken mogelijk zijn om regionaal veilig elektronisch informatie uit te wisselen.

Bij de 13 instellingen met een gering risico op het gebied van de voorwaarden voor veilig voorschrijven heeft de inspectie geen nadere handhavingmaatregelen getroffen. Deze instellingen hoeven de inspectie niet nader te informeren over de verbeteringen die zijn doorgevoerd.

Bij alle instellingen kan de kwaliteit en de veiligheid van het medicatiebeleid en/of de implementatie van de verbetermaatregelen zo nodig worden getoetst tijdens regulier toezicht door middel van een aangekondigd of bij voorkeur door middel van een onaangekondigd inspectiebezoek.

De instellingsrapporten worden op de website van de inspectie openbaar gemaakt. Indien van toepassing worden ook de inspectieoordelen over de vervolgacties naar aanleiding van de implementatie van de verbetermaatregelen die in het achterliggende halfjaar door de instellingen zijn gerealiseerd openbaar gemaakt op de website.

Aanbevelingen

- Benut als voorschrijvers in (commerciële) SGGZ instellingen de bewakingsfuncties van het EVS systeem beter,
- Beschrijf als instellingen de risico's in het gebruik van het EVS,
- Besteed meer aandacht aan de wettelijke overdrachtsbepalingen en medicatiebeoordelingen bij ouderen met polyfarmacie.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.1 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

F Verpleegzorg

Methode

Risicoselectie

- 48 over het land verspreide intramurale (verpleeg)zorginstellingen.
- Behorend tot door inspectie geselecteerde groep van 150 verhoogd risico (verpleeg)zorginstellingen.

Getoetste normen

Met Kerninstrument Care (KIC), waarmee toetsing thema's dossiervoering, vrijheidsbeperking, deskundigheid personeel, sturing op kwaliteit én medicatieveiligheid. Keuze KIC instrument en niet RFT instrument op grond van lopende afspraken met en verwachtingen in het veld. Niet alle voorwaarden

Conclusie

- Een aantal zorginstellingen heeft geen procedure gebaseerd op de veldnormen 'veilige principes'. Hierdoor is onduidelijk wie welke bevoegdheden en verantwoordelijkheden heeft. Dit is een risico voor de patiëntveiligheid.
- Bij start zorg ontbreekt in 11% een actueel medicatieoverzicht.
- In loop van opname ontbreekt in 30% actueel medicatieoverzicht met een actuele deellijst!
- EVS in vrijwel alle zorginstellingen ingevoerd.
- Niet overal jaarlijks overleg tussen apotheker en arts (of meer indien nodig); symptoom van haperende samenwerking.

Kernboodschap

- Inspectie constateert nodige inspanningen door veld met positief resultaat.
- Medicatieveiligheid nog steeds niet overal geborgd.
- EVS cruciaal; kennis, deskundigheid, samenwerking voorschrijver en apotheker belangrijk voor maatwerk.
- Aanwezigheid actueel medicatieoverzicht/deellijst essentieel voor correcte overdracht.
- Duidelijkheid procedure over rol betrokkenen in medicatieketen belangrijke randvoorwaarde.
- Calamiteit veelal uitkomst optelsom meerdere tekortkomingen. Dit blijkt uit meldingen bij inspectie.
- Audits en kritische reflectie in (verpleeg) zorginstellingen noodzakelijk voor borging van veilig medicatiedistributiesysteem zowel binnen zorginstelling als daarbuiten(keten).
- Inspecties gaan onverminderd door, met focus op medicatieveiligheid en waar nodig zullen handhavende maatregelen toegepast worden.

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing**Bijlagen**

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

F Verpleegzorg

Aanpak

Populatie

Dagelijks zorgen 250.000 zorgverleners bij 700 zorgaanbieders voor 550.000 ouderen. Deze aantallen zijn in 2015 naar verwachting gewijzigd, door een stijging van cliënten in de thuisituatie door toename van het aantal ouderen en verschuivingen in het zorgaanbod.

Methode

Deze rapportage bevat de resultaten van de 48 zorginstellingen, die voor het eerst geïnspecteerd zijn met behulp van het zogenaamde Kern Instrument Care versie 1.2 (hierna KIC1.2, invoering per 1 april 2015). De instellingen werden eind 2015 – begin 2016 bezocht. De 48 bezochte intramurale (verpleeg)zorginstellingen liggen verspreid over het land en behoren tot door inspectie geselecteerde groep van 150 verhoogd risico (verpleeg)zorginstellingen. De geselecteerde intramurale zorginstellingen zijn door de selectie niet representatief voor het landelijke beeld ten aanzien van medicatieveiligheid.

Getoetste normen

In 2010 voerde de IGZ een onderzoek uit naar medicatieveiligheid in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) en constateerde daarbij een aantal risico's. Sinds dit onderzoek is het onderwerp medicatieveiligheid onderdeel in vrijwel elk regulier inspectiebezoek en bij de behandeling van meldingen die hierover gaan. Bij inspectiebezoeken wordt sinds 2013 gebruik gemaakt van het zogenaamde Kerninstrument Care (KIC). Dit is een toetsingsinstrument waarin de thema's dossiervoering, vrijheidsbeperking, deskundigheid personeel, sturing op kwaliteit en medicatieveiligheid worden getoetst op basis van normen die zijn gebaseerd op de richtlijnen en veldnormen van de beroepsgroep. In dit toezichtsproject zijn de resultaten voor de voorwaarden voor veilig voorschrijven gerapporteerd waarvoor normen uit het thema Medicatieveiligheid van het KIC instrument^[29] zijn getoetst.

De normen uit het generieke toetsingskader zijn vertaald naar de verpleeghuiszorg, de normen zijn dus niet één op één hetzelfde. Alle vier de voorwaarden zijn getoetst in de verpleeghuiszorg op basis van een beperktere set van negen normen uit het toetsingskader voor voorwaarden voor veilig voorschrijven (zie bijlage 1 voor het generieke toetsingskader en de relatie met het KIC instrument).

De redenen voor deze aanpak en vertaling van de normen voor voorwaarden voor veilig voorschrijven in het KIC instrument zijn:

- Toepassing van uitsluitend het generiek toetsingskader en niet het KIC instrument zou voor een deel inperking van het toezicht op de medicatieveiligheid betekenen, hetgeen een ongewenst effect binnen de sector verpleeghuiszorg zou inhouden. Tijdens een bezoek op basis van het KIC instrument gaat de aandacht van de inspectie namelijk ook uit naar de andere 4 belangrijke thema's. Vergelijking met een eerder inspectiebezoek is lastig als verschillende instrumenten gebruikt worden.
- In de verpleeghuiszorg is per definitie de specialist ouderengeneeskunde eindverantwoordelijk voor het voorschrijven van medicatie dit is verwerkt in de formulering van de normen. In de toekomst moet wel rekening gehouden worden met de komst van physician assistants en de verpleegkundig specialisten, die ook medicatie mogen voorschrijven binnen de daarvoor gestelde kaders en afspraken.

Niet bij alle 48 bezochte zorginstellingen zijn altijd alle KIC medicatieveiligheidsnormen getoetst. Dit omdat inspecteurs soms specifiek inzoomde op andere risicovolle thema's naar aanleiding van meldingen of bezoeken in het verleden. Of uit het inspectieonderzoek was gebleken dat bepaalde medicatieveiligheidsnormen reeds geborgd waren en daarom was dit geen onderwerp van toezicht meer tijdens het inspectiebezoek.

[29] Het betreft versie 1.2 van het KIC instrument, geldig vanaf 1 april 2015.

- 1 Inleiding
 - 1.1 Aanleiding en belang
 - 1.2 Onderzoeksvragen
 - 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader
- 2 Conclusies
 - 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
 - 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
 - 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
 - 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling
- 3 Handhaving
 - 3.1 Vervolgacties inspectie
 - 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
 - 3.3 Vervolgacties inspectie

- 4 Resultaten
 - 4.1 EVS
 - 4.2 Medicatieoverdracht
 - 4.3 Medicatiebeoordeling
 - 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
 - 4.5 Het patiëntenperspectief

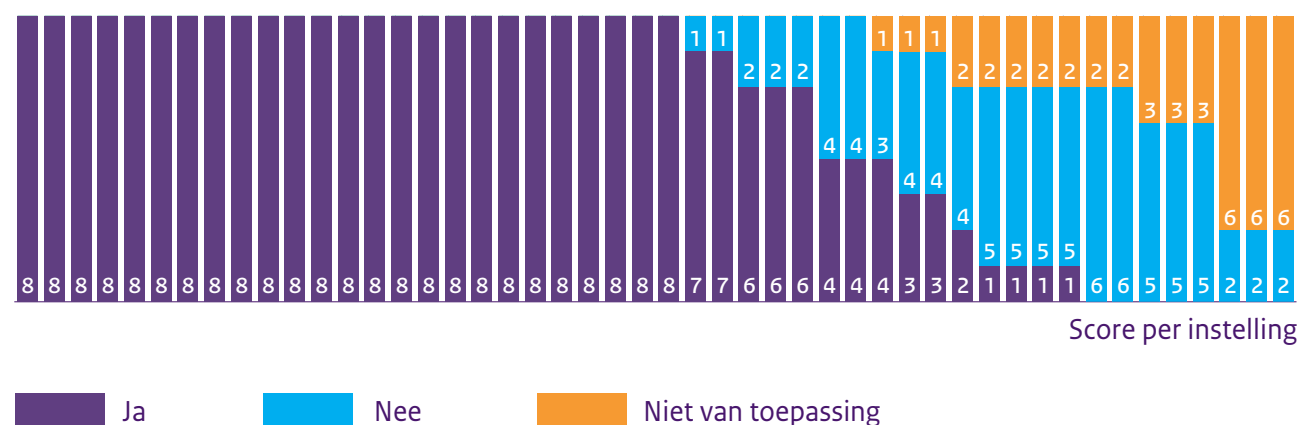
- Bijlagen
- 1 Afkortingen
 - 2 Toetsingskader
 - 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Resultaten

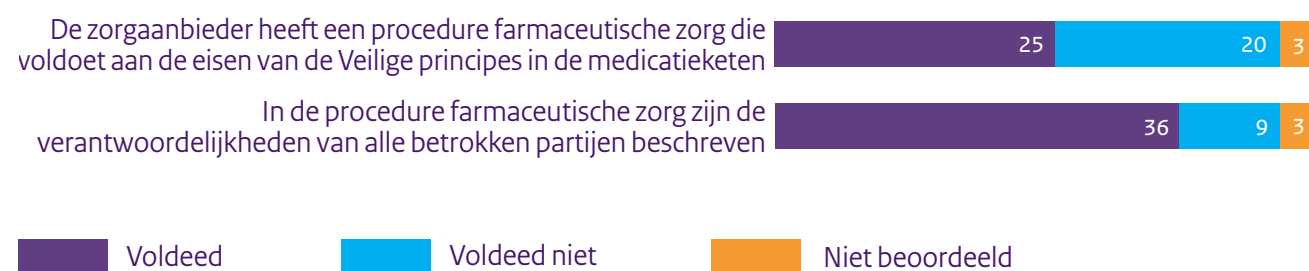
Figuur 1. Totalscore per verpleeginstelling op de 8 normen



Van de 48 zorginstellingen voldeden 25 van de zorginstellingen aan alle getoetste normen voor veilig voorschrijven. De overige instellingen voldeden niet aan alle normen, waarbij zoals eerder gemeld ook een aantal normen niet getoetst waren.

5.1 Voorwaarde verantwoordelijkheidsverdeling

Figuur 2: Naleving normen verantwoordelijkheidsverdeling



Aanzienlijk deel zorginstellingen heeft geen procedure rondom veilige en verantwoorde farmaceutische zorg beschreven conform de huidige veldnorm "veilige principes in de medicatieketen"

Van de 48 onderzochte zorginstellingen is bij 45 instellingen gekeken naar de aanwezigheid van een procedure farmaceutische zorg. Het overgrote deel van de instellingen had een procedure farmaceutische zorg. Bij 9 zorginstellingen waren de verantwoordelijkheden onvoldoende beschreven. Ongeveer 56 % van de onderzochte instellingen voldoen volledig aan de eisen van de huidige veldnorm. Deze veldnorm bestaat sedert 2012. De inspectie signaleert echter ook dat meerdere zorgaanbieders nog steeds niet bekend waren met deze norm en/of deze nog niet hadden overgenomen.

5.2 Voorwaarde medicatieoverdracht

Figuur 3: Naleving normen medicatieoverdracht



Medewerkers die hulp bieden bij de medicatie beschikken niet in alle gevallen over een actueel medicatieoverzicht en actuele toedienlijst van de apotheek

De aanwezigheid van een actueel medicatieoverzicht is van groot belang bij onder andere een spoedoverplaatsing naar een ziekenhuis.

Bij 89% van de bezochte zorginstellingen beschikken medewerkers over een actueel medicatieoverzicht (van de apotheek of van de verwijzende hulpverlener) bij de start van de zorg.

Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

Uit de resultaten blijkt verder dat bij 69% van de onderzochte zorginstellingen de medewerkers(inclusief de voorschrijvende arts) voor elke cliënt die medicatie gebruikt over een actueel medicatieoverzicht en een actuele toedienlijst van de apotheek beschikken.

Figuur 4: Naleving normen elektronisch voorschrijfsysteem

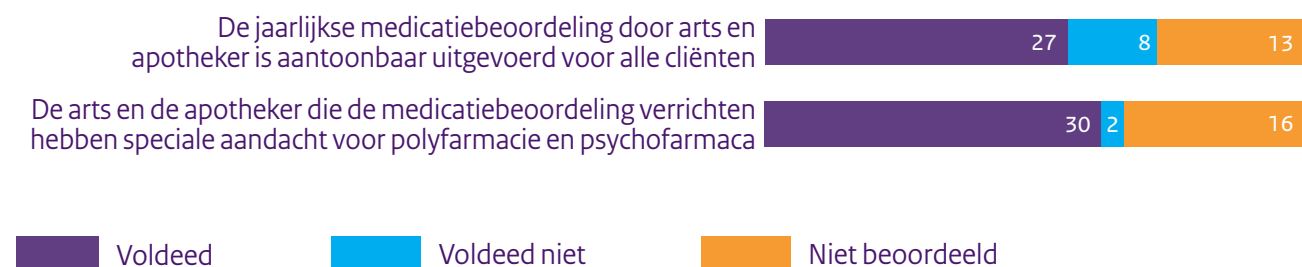


Het voorschrijven van medicatie met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem nog niet overal ingevoerd

Het gebruik van het Elektronisch VoorschrijfSysteem (EVS) is in 42 van de 48 zorginstellingen onderzocht. In 83% van de zorginstellingen wordt gebruik gemaakt van een EVS. Dit betekent dat 17% van de geïnspecteerde instellingen nog niet voldoen aan de EVS richtlijn, die per 1 januari 2015 van kracht is gegaan. Bij de afwezigheid van een EVS neemt het risico op fouten bij het voorschrijven toe en de kans op eventuele herstelacties neemt juist af.

5.4 Voorwaarden medicatiebeoordeling

Figuur 5: Naleving normen medicatiebeoordeling



Vereiste jaarlijkse medicatiebeoordeling voor alle cliënten door arts en apotheker niet overal het geval

Bij 35 instellingen is de medicatiebeoordeling onderzocht. Bij 77% van de op deze norm onderzochte zorginstellingen is de jaarlijkse medicatiebeoordeling door arts en apotheker aantoonbaar uitgevoerd voor alle cliënten ongeacht leeftijd of indicatie.

Bij 32 instellingen is gekeken naar de aandacht voor polyfarmacie. Bij 94% van de zorginstellingen hebben de arts en apotheker aangegeven dat zij speciale aandacht hadden voor polyfarmacie.

De reden dat hett percentage met betrekking tot aandacht voor polyfarmacie hoger uitpakt dan de jaarlijkse beoordeling is gelegen in het feit dat de evaluatie van polyfarmacie ook deel kan uitmaken van een artsen-apothekersoverleg in een groep en het overleg niet gericht is op de individuele patiënt. De medicatiebeoordeling werd in deze gevallen dus niet geheel volgens de methode in de richtlijn beschreven.

Handhaving en Maatregelen

Na elk bezoek is er een handhavingsscenario ingezet. Dit scenario is gebaseerd op een integraal oordeel van alle KIC 1.2 normen en dus niet alleen op basis van het oordeel ten aanzien van de medicatieveiligheidsnormen. Er zijn op basis van het KIC1.2 instrument 4 verschillende soorten handhavingsscenario's mogelijk (zie tabel).

Tabel 1. De verschillende handhavingsscenario's

| Scenario |
|--|
| Scenario 1 (afsluiten inspectiebezoek) |
| Scenario 2 (opvragen resultaatverslag) |
| Scenario 3 ((on)aangekondigd hertoetsbezoek) |
| Scenario 4 (aankondigen van (on) aangekondigd hertoetsbezoek in combinatie met opschalen naar de RvB/directie en/of RvT) |



Voorwoord

Samenvatting

- 1 Inleiding**
 - 1.1 Aanleiding en belang
 - 1.2 Onderzoeksvragen
 - 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader
- 2 Conclusies**
 - 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
 - 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
 - 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
 - 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

- 3 Handhaving**
 - 3.3 Vervolgacties inspectie
 - 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
 - 3.3 Vervolgacties inspectie

- 4 Resultaten**
 - 4.1 EVS
 - 4.2 Medicatieoverdracht
 - 4.3 Medicatiebeoordeling
 - 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
 - 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

- Bijlagen**
- 1 Afkortingen
 - 2 Toetsingskader
 - 3 Literatuur

- Sectorhoofdstukken**
- A Huisartsenzorg
 - B Medisch specialistische zorg
 - C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
 - D Gehandicaptenzorg
 - E Geestelijke Gezondheidszorg
 - F Verpleegzorg

Zoals eerder komen de KIC1.2 normen overeen met negen normen voor veilig voorschrijven (zie ook de bijlage toetsingskader). In onderstaande tabel is weergegeven hoe vaak de KIC normen onderdeel zijn van verbetermaatregelen op medicatieveiligheidsgebied.

Tabel 2. Verdeling van instellingen waarbij de KIC normen onderdeel waren van verbetermaatregelen op gebied van medicatieveiligheid.

| | Verantwoorde- lijkheid | EVS E1 | Overdracht O1/O2 | Medicatie- beoordeling M2/M3 |
|---|---------------------------|-----------|---------------------|------------------------------------|
| Aantal instellingen waarbij de gerelateerde KIC norm een onderdeel was van de verbetermaatregelen voor veilig voorschrijven | 18 | 6 | 20 | 10 |

Van de 48 geïnspecteerde zorginstellingen voldeden 25 instellingen aan de voorwaarden voor veilig voorschrijven, van de overige instellingen vormden de normen voor veilig voorschrijven substantieel deel uit van de verbetermaatregelen (zie tabel 2).

Naar aanleiding van de resultaten van de 48 inspectiebezoeken zijn in de onderstaande tabel de door de inspectie ingezette acties aangegeven. Het totaal aantal is in deze tabel groter dan 48, omdat bij 5 van de 37 instellingen met scenario 2 ook scenario 4 is toegepast na ontvangst van het resultaatverslag.

Tabel 3. Handhavingsscenario's

| Scenario | Aantal keer opgelegd bij een instelling |
|--|---|
| Scenario 1 (afsluiten inspectiebezoek) | 11 |
| Scenario 2 (opvragen resultaatverslag) | 37 |
| Scenario 3 ((on)aangekondigd hertoetsbezoek) | 0 |
| Scenario 4 (aankondigen van (on) aangekondigd hertoetsbezoek in combinatie met opschalen naar de RvB/directie en/of RVT) | 5 |

Beschouwing en Conclusies

De resultaten op basis van de 48 geselecteerde intramurale zorginstellingen zijn gebaseerd op de bezoeken die eind 2015-begin 2016 plaats vonden en zijn niet representatief voor het landelijke beeld ten aanzien van medicatieveiligheid. Dit laat onverlet dat het onderzoek laat zien dat er nog steeds zorginstellingen zijn, die niet over een procedure beschikken die geënt is op veldnormen van de veilige principes in de medicatieketen. Dat wil niet zeggen dat deze instellingen onverantwoorde zorg boden, maar risico's bestaan op het gebied van de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven en medicatieveiligheid.

Het ontbreken van een heldere procedure leidt tot onduidelijkheid in bevoegdheden en verantwoordelijkheden en kan een risico betekenen voor de patiëntveiligheid. Met de komst van verpleegkundig specialisten en physician assistants in zorginstellingen is het juist zaak om helder aan te geven wat hun rol, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn.

Medewerkers in zorginstellingen die medicijnen toedienen in zorginstellingen moeten daartoe bevoegd en bekwaam zijn.

Daarnaast constateert de inspectie dat bij de start van de zorg in 11 % van de onderzochte instellingen een actueel medicatieoverzicht ontbreekt. Deze bevinding sluit ondermeer aan bij het inspectieonderzoek uit 2014, waarbij in 10 regio's bleek dat de overdracht van kwetsbare patiënten vanuit het ziekenhuis naar een zorginstelling niet gewaarborgd was.



Voorwoord

Samenvatting

1 Inleiding

- 1.1 Aanleiding en belang
- 1.2 Onderzoeksvragen
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

2 Conclusies

- 2.1 EVS vrij breed ingevoerd, maar nog meer aandacht voor risico's nodig
- 2.2 Zorgbreed is verbetering nodig in de medicatieoverdracht en de rol van de patient daarbij
- 2.3 Medicatiebeoordeling nog in de kinderschoenen
- 2.4 Onduidelijkheid over afspraken en daarmee onvoldoende verantwoordelijkheidsverdeling

3 Handhaving

- 3.3 Vervolgacties inspectie
- 3.2 Aanbevelingen per voorwaarde
- 3.3 Vervolgacties inspectie

4 Resultaten

- 4.1 EVS
- 4.2 Medicatieoverdracht
- 4.3 Medicatiebeoordeling
- 4.4 Verantwoordelijkheidsverdeling
- 4.5 Het patiëntenperspectief

5 Beschouwing

Bijlagen

- 1 Afkortingen
- 2 Toetsingskader
- 3 Literatuur

Sectorhoofdstukken

- A Huisartsenzorg
- B Medisch specialistische zorg
- C Forensische zorg; de Forensisch Psychiatrische Centra
- D Gehandicaptenzorg
- E Geestelijke Gezondheidszorg
- F Verpleegzorg

In de loop van een opname ontbreekt in 30% van de onderzochte instellingen een actueel medicatieoverzicht en/of een actuele deellijst . Dit zijn verontrustende getallen gezien het risico op fouten bij de verstrekking en toediening van medicatie.

Dat een jaarlijks overleg tussen apotheker en arts nog steeds niet in alle zorginstellingen is ingevoerd blijft een zorgelijke constatering. Dit zegt iets over de samenwerking tussen apotheker en behandelend arts. De aanwezigheid van een elektronisch voorschrijfsysteem vormt weliswaar een belangrijke en veilige schakel, maar juist waar het aankomt op maatwerk bij een kwetsbare patiënt is contact tussen genoemde beroepsbeoefenaren gewenst (*een voorbeeld hiervan is het voorschrijven van een voor een oudere patiënt te hoge dosering van een medicijn zonder dat het EVS het risico aangeeft. Een snelle terugkoppeling door de apotheker is dan gewenst*).

De aanwezigheid van een actueel medicatieoverzicht is een absolute vereiste bij een veilige overdracht van cliënten. De afwezigheid in combinatie met de onbekendheid ten aanzien van de rol en verantwoordelijkheid van zowel de verwijzende als de ontvangende arts, zoals duidelijk beschreven in de “Veilige principes in de medicatieketen”, kan leiden tot een calamiteit.

Het is de inspectie bekend dat vele intramurale verpleeginstellingen werken aan een veilig medicatiebeleid en de succesvolle uitvoering daarvan. Toch laat dit onderzoek zien dat er nog veel te verbeteren valt. Het veld zal zich onverminderd moeten inspannen om met name te zorgen voor een veilige medicatieoverdracht. Bestuurders moeten in voorkomende gevallen de basisoorzaken van structurele tekortkomingen in beeld brengen en er intern op toezien (audits) dat verbeteringen daadwerkelijk plaatsvinden. De inspectie zal er onverminderd op toezien dat een zorginstelling zorgt voor de noodzakelijke randvoorwaarden.