



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

**Inventarisatie initiatieven  
medicatieveiligheid**

*Relatie met HARM-Wrestling aanbevelingen*

RIVM briefrapport 360200001/2012  
M.S. Lambooj



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

## **Inventarisatie initiatieven medicatieveiligheid**

Relatie met HARM-Wrestling aanbevelingen

RIVM briefrapport 360200001/2012  
M.S. Lamboij et al.

## Colofon

© RIVM 2013

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Mattijs Lambooij, RIVM  
Claudia Molema, RIVM  
Wien Limburg, RIVM  
Marjolein Weda, RIVM

Contact:  
Marjolein Weda  
Centrum voor Gezondheidsbescherming (GZB)  
[marjolein.weda@rivm.nl](mailto:marjolein.weda@rivm.nl)

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, in het kader van Programma Toezichtsondersteuning Geneesmiddelen en Medische Technologie.

## Rapport in het kort

### **Huisartsen en apothekers actief bezig met medicatieveiligheid**

Huisartsen en apothekers nemen sinds enkele jaren diverse initiatieven om veilig gebruik van medicatie in de eerstelijnszorg verder te verbeteren. Deze maatregelen zijn in algemene zin gericht op processen, communicatie en samenwerking, maar ook inhoudelijk over het gebruik van bepaalde typen medicijnen. Het is nog niet duidelijk of de initiatieven daadwerkelijk tot een veiliger gebruik van medicijnen hebben geleid. Effecten worden niet structureel gemeten. Volgens experts is het nog te vroeg om effecten te zien op bijvoorbeeld ziekenhuisopnames die gerelateerd zijn aan verkeerd gebruik van medicijnen.

Er blijken in de praktijk hindernissen te zijn bij de invoering van maatregelen. Het gaat hierbij om de overdracht van medicatiegegevens en de jaarlijkse medicatiebeoordeling van patiënten die meer dan vijf geneesmiddelen gebruiken. Zo ontbreekt soms adequate financiering voor deze medicatiebeoordelingen door artsen en apothekers, kan informatie niet elektronisch worden uitgewisseld en is de samenwerking tussen de diverse zorgverleners niet altijd optimaal.

Dit blijkt uit onderzoek van het RIVM naar de mate waarin initiatieven zijn genomen en of zij aansluiten bij de 40 aanbevelingen die experts in 2008 hebben opgesteld in het zogeheten HARM-Wrestling rapport. Deze aanbevelingen zijn destijds gedaan naar aanleiding van een onderzoek naar Hospital Admissions Related to Medication (HARM). Bij de ondernomen maatregelen wordt vaak gerefereerd aan dat rapport, maar het is niet altijd duidelijk of het de aanleiding was.

Huisartsen en apothekers hebben op basis van de algemene aanbevelingen uit het HARM-Wrestling-rapport protocollen, toolkits en richtlijnen gemaakt, bijvoorbeeld voor de overdracht van medicatiegegevens tussen zorgverleners van de patiënt. Daarnaast zijn de medicatie-specifieke aanbevelingen uit het rapport verwerkt, bijvoorbeeld in beroepsrichtlijnen en in 'medicatiebewakingssystemen'. Dit laatste is een ICT-instrument dat bij het verstrekken van een geneesmiddel een waarschuwing geeft als dit middel niet veilig gebruikt kan worden in combinatie met andere medicijnen. De bedoeling is om dit systeem in de toekomst nog geavanceerder te maken door meerdere factoren te combineren die op risico's bij het gebruik van medicijnen kunnen duiden. Voorbeelden zijn gewicht, genetische kenmerken en verminderde werking van de nieren van een patiënt.

#### Trefwoorden:

medicatieveiligheid, HARM-Wrestling, initiatieven, eerstelijnszorg, implementatie

## Abstract

General practitioners and pharmacists are actively engaged in medication safety

General practitioners and (hospital) pharmacists have been taking several initiatives to improve medication safety in primary care, but the implementation of guidelines for medication reconciliation and medication review meets with obstacles.

The 2009 HARM-Wrestling report by the Expert group Medication safety formulates 40 recommendations to improve medication safety in primary care. The first six recommendations are general in nature (focusing on general principles, such as information transfer, rather than specific medicines), followed by 34 specific medication recommendations (focusing on a specific medicine or medicine group). RIVM made an inventory of primary care initiatives in the field of medication safety, indicating whether these initiatives fit in with the recommendations from the HARM-Wrestling report. The inventory took place between January 2008 and September 2012.

Internet searches yielded 56 medicine initiatives, most of which were related to the general recommendations. The initiatives included protocols, checklists, toolkits and guidelines. The initiatives often referred to the HARM-Wrestling report, but it was not always clear whether this report was the reason for the initiative.

Interviews with experts in the field showed that the medication specific recommendations made in the report had been picked up by the field, e.g. by including the recommendations in professional guidelines, medication review systems and algorithms for more advanced medication reviews ('clinical rules' and 'medical-pharmaceutical decision rules').

Little is known about the effects of medication safety initiatives. These effects are not structurally measured. According to experts interviewed, it is still too early to detect any effect on, for example, drug-related hospitalizations of guidelines on medication reconciliation and medication review. Moreover, the implementation of these guidelines was hampered by ICT, cooperation, and funding barriers.

Keywords: medication safety, HARM-Wrestling, initiatives, primary health care, implementation

## Inhoud

Kernboodschappen—7

### **1 Inleiding—9**

### **2 Methoden—10**

2.1 Doorzoeken van internet—10

2.1.1 Afbakening zoekstrategie—10

2.1.2 Gegevensverzameling—11

2.1.3 Interpretatie: relatie met HARM-Wrestling—12

2.1.4 Interpretatie: verwachte impact op zorgproces en medicatieveiligheid—12

2.1.5 Weergave van verzamelde informatie—13

2.2 Interviews met experts—13

### **3 Resultaten en discussie—15**

3.1 Initiatieven uit internetonderzoek—15

3.1.1 Karakteristieken van de initiatieven—15

3.1.2 Relatie met HARM-Wrestling aanbevelingen—18

3.1.3 Verwachte impact—19

3.2 Initiatieven uit interviews—21

3.3 Experts over medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling: implementatie, verwachte effecten en relatie met HARM-Wrestling—22

3.3.1 Implementatie—22

3.3.2 Effecten op medicatieveiligheid—24

3.3.3 Relatie met HARM-Wrestling aanbevelingen—24

### **4 Conclusie—25**

Literatuur—26

Afkortingen—28

Bijlage 1 Geraadpleegde websites—29

Bijlage 2 Informatiesheets medicatieveiligheidsinitiatieven—30

Bijlage 3 Overzicht van HARM-Wrestling aanbevelingen met medicatieveiligheidsinitiatieven—143

Bijlage 4 Interviewvragen—165

Bijlage 5 Geïnterviewde experts—168



## Kernboodschappen

### *Werkveld actief bezig met medicatieveiligheid*

In het HARM-Wrestling rapport uit 2009 zijn 40 aanbevelingen opgenomen om de medicatieveiligheid in de extramurale zorg te verbeteren. De eerste zes aanbevelingen zijn algemeen (niet gericht op bepaalde geneesmiddelen, maar op algemene principes zoals informatieoverdracht), gevolgd door 34 medicatiespecifieke aanbevelingen (gericht op een bepaald geneesmiddel of een geneesmiddelgroep). Dit RIVM-rapport beschrijft welke initiatieven er in de eerste lijn van de Nederlandse gezondheidszorg op het terrein van medicatieveiligheid zijn genomen en welke van deze initiatieven aansluiten op de aanbevelingen in het HARM-Wrestling rapport. Doorzoeken van het internet leverde 56 initiatieven van het werkveld op, genomen in de periode januari 2008 tot september 2012, die tot doel hebben de medicatieveiligheid voor patiënten in de eerstelijnszorg te verbeteren.

### *Relatie met aanbevelingen uit HARM-Wrestling rapport niet altijd duidelijk*

In de op het internet gevonden initiatieven wordt vaak gerefereerd aan het HARM-Wrestling rapport. Het is echter niet altijd duidelijk of dit rapport ook daadwerkelijk de directe aanleiding is geweest voor het initiatief.

### *Veel initiatieven gericht op de algemene aanbevelingen*

Ongeveer 70% van de gevonden initiatieven heeft betrekking op de algemene aanbevelingen in het HARM-Wrestling rapport. Ruim de helft van alle initiatieven heeft betrekking op communicatie, risicobewustzijn en verantwoordelijkheidsverdeling. Circa 70% van alle gevonden initiatieven richt zich op het verbeteren van het medicatieproces, met name uitwisseling van medicatieinformatie, door middel van scholing en praktische hulpmiddelen, zoals protocollen, checklists, toolkits en leidraden.

### *Ook medicatiespecifieke aanbevelingen krijgen aandacht*

Uit interviews met experts blijkt dat recent ook een aantal medicatiespecifieke aanbevelingen uit het HARM-Wrestling rapport door het werkveld zijn opgepakt. Beroepsrichtlijnen van huisartsen en apothekers en medicatiebewakingsystemen van apotheken zijn aangepast naar aanleiding van het HARM-Wrestling rapport. Daarnaast zijn er in ziekenhuizen algoritmes ('clinical rules'/medisch-farmaceutische beslisregels) ontwikkeld en geïmplementeerd die het mogelijk maken om aanbevelingen met meer dan twee te combineren factoren, bijvoorbeeld geneesmiddel, nierfunctie en leeftijd, op te volgen. Ten behoeve van apotheekinformatiesystemen zijn vergelijkbare algoritmes ontwikkeld voor de eerstelijnszorg.

### *Medicatieoverdracht en -beoordeling: implementatie kent belemmeringen*

In de interviews werden diverse regionale initiatieven genoemd op het terrein van medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling. Daarbij worden diverse belemmeringen ondervonden, vooral op het terrein van informatie-uitwisseling (ICT-infrastructuur, elektronische beschikbaarheid van data), bekostiging en samenwerking (communicatie en afspraken over verantwoordelijkheidsverdeling).

### *Effecten op medicatieveiligheid grotendeels onbekend*

Er is weinig bekend over de effecten van de initiatieven op medicatieveiligheid. Deze effecten worden niet structureel gemeten. Voor de richtlijnen met betrekking tot medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling is het volgens



geïnterviewde experts nog te vroeg om meetbare effecten te zien op bijvoorbeeld geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames.

## 1 Inleiding

Patiëntveiligheid (waaronder medicatieveiligheid) is een belangrijk thema dat al geruime tijd onder de aandacht is van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).<sup>1</sup> In 2002 bleek uit een meta-analyse van buitenlandse, observationele studies naar ziekenhuisopnames ten gevolge van geneesmiddelbijwerkingen dat een belangrijk deel van deze ziekenhuisopnames kan worden voorkómen.<sup>2</sup> Deze analyse was de aanleiding voor twee onderzoeken naar de Nederlandse situatie: een observationele studie op basis van de 'Integrated Primary Care Information' (IPCI) database en een onderzoek naar 'Hospital Admissions Related to Medication' (HARM). Beide onderzoeken bevestigden dat geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames ook in Nederland voor een belangrijk deel vermijdbaar zijn.<sup>3,4</sup> Mede naar aanleiding van het HARM-onderzoek stelde de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2007 het Actieplan Veilige Zorg op, waarin verschillende acties werden aangekondigd om de patiëntveiligheid en medicatieveiligheid te verbeteren.<sup>5</sup> Op basis van het actieplan werd in datzelfde jaar de multidisciplinaire Expertgroep Medicatieveiligheid gevormd. Deze expertgroep kreeg als opdracht om voor het gebruik van geneesmiddelen in de extramurale setting aanbevelingen te doen over concrete interventies die op korte termijn realiseerbaar zouden zijn en een meetbare verbetering van de medicatieveiligheid zouden kunnen bewerkstelligen (het zogenaamde 'laaghangend fruit'). Dit heeft in 2009 geresulteerd in het HARM-Wrestling rapport waarin de expertgroep 6 algemene en 34 medicatiespecifieke aanbevelingen doet.<sup>6</sup>

In vervolg op het HARM-Wrestling rapport heeft de IGZ aan het RIVM gevraagd te inventariseren welke initiatieven op het terrein van medicatieveiligheid er in de eerstelijnszorg zijn genomen en of, en zo ja waar, deze initiatieven aansluiten op de aanbevelingen in het HARM-Wrestling rapport. Deze inventarisatie zal voor de IGZ als hulpmiddel dienen om vast te stellen welke aanbevelingen door het werkveld zijn of worden opgepakt en welke aanbevelingen nadere aandacht verdienen.

In dit briefrapport wordt verslag gedaan van deze inventarisatie. Het geeft antwoord op de vraag 'Welke initiatieven zijn er in de eerste lijn van de Nederlandse gezondheidszorg op het terrein van medicatieveiligheid en waar sluiten deze initiatieven aan op de aanbevelingen in het HARM-Wrestling rapport?'

Opgemerkt wordt dat dit briefrapport geen formele evaluatie/monitoring betreft van de aanbevelingen in het HARM-Wrestling rapport, noch van het opvolgen van die aanbevelingen. In 2013 is onderzoek van het Erasmus Medisch Centrum, in opdracht van het Ministerie van VWS, afgerond waarin indicatoren zijn ontwikkeld om inzicht te krijgen in de mate waarin huisartsen en apothekers de HARM-Wrestling aanbevelingen opvolgen.<sup>7</sup> Aangezien er slechts meetgegevens van een beperkte periode na publicatie van het HARM-Wrestling rapport beschikbaar waren, kon (nog) geen uitspraak worden gedaan over (het effect van) opvolging van de HARM-Wrestling aanbevelingen.

## 2 Methoden

### 2.1 Doorzoeken van internet

#### 2.1.1 Afbakening zoekstrategie

Het internet werd doorzocht op initiatieven die ten doel hebben de medicatieveiligheid in de Nederlandse zorg te verbeteren. Er zijn veel organisaties, instanties, instituten en beroepsgroepen van uiteenlopende aard die initiatieven op het gebied van medicatieveiligheid zouden kunnen ontwikkelen. Er is om die reden geen complete lijst van alle initiatieven nagestreefd, maar een inventarisatie die een beeld geeft van welke aanbevelingen uit het HARM-Wrestling rapport wél en vooral welke niet zijn opgepakt door het veld. Aanbevelingen die niet of niet volledig zijn opgepakt verdienen mogelijk nadere aandacht, maar daarvoor is wellicht aanvullend onderzoek nodig om een volledig(er) beeld te krijgen. Dergelijk aanvullend onderzoek valt buiten het bestek van de huidige opdracht.

Om het zoekproces in te perken werden inclusie- en exclusiecriteria geformuleerd. Uitgangspunten voor de inclusiecriteria waren het jaar van publicatie (2009; maar de concept aanbevelingen zijn reeds in februari 2008 naar buiten gebracht) en de focus (extramuraal toegepaste geneesmiddelen) van het HARM-Wrestling rapport.

Inclusiecriteria:

- initiatieven die betrekking hebben op het verbeteren van de medicatieveiligheid vanaf januari 2008 t/m september 2012;
- initiatieven die betrekking hebben op de eerste lijn (behalve daar waar de eerste en tweede lijn elkaar raken, zoals bij medicatieoverdracht),
- initiatieven die nog lopen of al afgerond zijn;
- initiatieven die uitkomsten opleveren met impact op patiëntniveau;
- initiatieven op organisatieniveau (dus geen initiatieven van individuen).

Daarnaast werden er inclusiecriteria vastgesteld voor het type initiatieven. Deze inclusiecriteria kwamen tot stand na een eerste verkennende internet search. Het uitgangspunt was dat er sprake moet zijn van een praktische toepassing met als doel het veranderen van attitudes en/of gedragingen van zorgverleners, op een dusdanige manier dat de medicatieveiligheid verbeterd wordt.

Inclusiecriteria voor het type initiatieven:

- beroepsrichtlijn, norm, standaard en afspraak;
- protocol, checklist, toolkit en leidraad;
- nascholing, cursus en workshop;
- dienst;
- communicatietool;
- register en database;
- IT-applicatie.

Protocollen, checklists, toolkits en leidraden geven stap voor stap aan hoe een specifieke actie uitgevoerd kan worden en werden om die reden apart gescoord van beroepsrichtlijnen, normen, standaarden en afspraken (waar doorgaans alleen in grote lijnen aanbevelingen voor acties worden gedaan). Voor een dienst geldt dat er sprake is van interactie tussen aanbieder en gebruiker van de

dienst. Communicatietools zijn gericht op het informeren en/of activeren van patiënten. Onder ICT-applicaties vallen (specificaties voor) programma's, of delen daarvan, die gebruikt worden in informatiesystemen (bv. een apotheekinformatiesysteem of een elektronisch voorschrijfsysteem).

Standpunten van beroepsgroepen over medicatieveiligheid werden geëxcludeerd, omdat daarin doorgaans geen aanwijzingen zijn opgenomen voor de wijze waarop medicatieveiligheid kan worden verbeterd. Dit geldt ook voor indicatoren (bv. voor voorschrijfgedrag) en meetinstrumenten voor medicatieveiligheid. Dergelijke indicatoren en meetinstrumenten zijn uiteraard wél van belang voor een formele evaluatie/monitoring van de opvolging van de HARM-Wrestling aanbevelingen, maar een dergelijke evaluatie valt buiten het bestek van de huidige opdracht (zie ook Inleiding). De ontwikkeling/ aanpassing van veiligheidsmanagementsystemen (VMS'en) viel eveneens buiten deze inventarisatie. De reden daarvoor is dat een VMS betrekking heeft op de tweedelijnszorg en een bredere focus heeft dan medicatieveiligheid (nl. patiëntveiligheid). Initiatieven gerelateerd aan VMS'en en rakend aan de eerstelijnszorg, zoals medicatieverificatie bij opname en ontslag, werden wél meegenomen. Hieronder wordt een volledig overzicht gegeven van de exclusiecriteria.

Exclusiecriteria:

- standpunten ten aanzien van medicatieveiligheid;
- initiatieven die betrekking hebben op de ontwikkeling van indicatoren of meetinstrumenten voor medicatieveiligheid;
- richtlijnen gericht op de behandeling van een aandoening, waarvan medicatie een onderdeel is;
- initiatieven die betrekking hebben op de ontwikkeling en aanpassing van VMS'en (behalve daar waar de eerste en tweede lijn elkaar raken, zoals bij medicatieoverdracht).

Voor het zoekproces werd een lijst opgesteld van kennisinstituten, universiteiten en beroepsorganisaties die mogelijk initiatieven hebben ontplooid op het gebied van medicatieveiligheid. Op de websites van deze instituten/organisaties werd gezocht naar beschrijvingen en/of rapportages van initiatieven die voldoen aan de bovengenoemde inclusiecriteria. Indien de zoekresultaten daar aanleiding toe gaven, werd deze lijst uitgebreid met andere kennisinstituten, universiteiten of beroepsorganisaties. In Bijlage 1 is de volledige lijst weergegeven.

### 2.1.2 *Gegevensverzameling*

Voor elk gevonden initiatief werd een standaardlijst van gegevens ingevuld. De gegevens werden gekozen met als doel de initiatieven te kunnen identificeren, de betrokken partijen te benoemen, en de duur, doelgroep en doelstelling van de initiatieven aan te geven. Daarnaast werd gekeken naar de rationale achter het initiatief: waarom men verwacht dat het initiatief bijdraagt aan de medicatieveiligheid en waarop deze verwachting is gebaseerd. Tenslotte werd bekeken of het initiatief voorziet in borging door middel van vervolprojecten of een implementatietraject. Daarbij werd, voor zover mogelijk, de letterlijke tekst van de informatiebron overgenomen. Als deze tekst te lang was voor de informatiesheet, is een samenvatting gemaakt. Voor elk initiatief werden de volgende elementen ingevuld:

- titel of naam van het initiatief;
- type initiatief;
- initiatiefnemer(s);
- startdatum – einddatum;

- peildatum;
- status op peildatum;
- doelgroep (type zorgverleners);
- type medicatie (in ATC-terminologie);
- doel van het initiatief;
- implementatietraject;
- geplande vervolgprojecten;
- evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid;
- herkomst van bovengenoemde informatie.

### 2.1.3 *Interpretatie: relatie met HARM-Wrestling*

Op basis van de inhoudelijke beschrijving van het initiatief werd door het RIVM ingeschat of, en zo ja, in hoeverre er een relatie bestaat met de HARM-Wrestling aanbevelingen. Daarbij werd de volgende indeling gehanteerd:

- Directe en volledige relatie; hiervan is slechts sprake als alle punten die genoemd worden in een HARM-Wrestling aanbeveling aan de orde komen in het initiatief.
- Directe, maar gedeeltelijke relatie; hiervan is sprake als niet alle punten genoemd in een HARM-Wrestling aanbeveling aan de orde komen in het initiatief, maar wel een deel daarvan.
- Indirecte relatie; hiervan is sprake als geen enkel punt genoemd in een HARM-Wrestling aanbeveling aan de orde komt in het initiatief, maar het initiatief in theorie wel zou kunnen bijdragen aan het opvolgen van de betreffende aanbeveling.

De interpretatie werd uitgevoerd door één persoon en vervolgens beoordeeld door een tweede persoon, beide lid van het RIVM-projectteam. Bij afwijkende bevindingen vond discussie plaats met de projectleider en de twee teamleden en werd een besluit over de interpretatie genomen op basis van consensus.

### 2.1.4 *Interpretatie: verwachte impact op zorgproces en medicatieveiligheid*

Op basis van de gegevensverzameling werd door het RIVM een interpretatie gegeven ten aanzien van de verwachte impact op het zorgproces en op de medicatieveiligheid. Voor de impact op het zorgproces werd onderscheid gemaakt tussen de volgende kernaspecten waarop een verbetering verwacht kan worden:

- gebruik van ICT;
- communicatie:
  - zorgverlener-patiënt
  - zorgverlener-zorgverlener;
- Medicatieoverdracht;
- regie;
- verantwoordelijkheidsverdeling;
- voorschrijfgedrag/richtlijnavolging;
- medicatiebewaking;
- medicatiebeoordeling;
- therapietrouw;
- toepassing monitoring/laboratoriumbepaling;
- richtlijnontwikkeling;
- inventarisatie van risico's;
- risicobewustzijn.

Dit onderscheid kwam tot stand door voor de HARM-Wrestling aanbevelingen gemeenschappelijke elementen te benoemen die in diverse aanbevelingen terugkomen en de kern van een aanbeveling op een hoger aggregatieniveau (dan het detail van de aanbeveling) weergeven: de kernaspecten (zie Bijlage 3 voor de kernaspecten per aanbeveling). Onder communicatie valt alle informatie-uitwisseling over medicatie (inclusief medicatieoverdracht). Regie en verantwoordelijkheidsverdeling werden apart benoemd, omdat bij

verantwoordelijkheidsverdeling niet altijd de regiefunctie wordt ingevuld. Richtlijnontwikkeling betreft ontwikkeling van beroepsrichtlijnen, normen, standaarden of afspraken. Voor de verwachte impact op het zorgproces werd steeds per medicatieveiligheidsinitiatief aangegeven op welke kernaspecten een verbetering wordt verwacht ten gevolge van het initiatief.

De verwachte impact op de medicatieveiligheid werd per initiatief verwoord. Daar waar initiatieven naar verwachting eenzelfde impact hebben, werd voor dezelfde bewoording gekozen.

De interpretatie van de verwachte impact op het zorgproces en op de medicatieveiligheid werd uitgevoerd door één persoon en vervolgens beoordeeld door een tweede persoon, beide lid van het RIVM-projectteam. Bij afwijkende bevindingen vond discussie plaats met de projectleider en de twee teamleden en werd een besluit over de interpretatie genomen op basis van consensus.

### 2.1.5 *Weergave van verzamelde informatie*

De gegevensverzameling en de interpretaties werden per medicatieveiligheidsinitiatief weergegeven op een informatiesheet. Na het invullen van deze informatiesheets werden de karakteristieken van de initiatieven geïnterpreteerd op het aantal initiatieven per type initiatief, de initiatiefnemers/actoren die betrokken waren bij het maken/vormgeven, de doelgroepen en de aard van de medicatie waar de initiatieven betrekking op hebben. Vervolgens werd een overzicht gemaakt van de relatie tussen de initiatieven en de HARM-Wrestling aanbevelingen: voor elke HARM-Wrestling aanbeveling werden de gerelateerde initiatieven vermeld. Tot slot werd een overzicht gemaakt van de verwachte impact op de kernaspecten van het zorgproces en op de medicatieveiligheid.

## 2.2 Interviews met experts

1. Om een breder beeld van de medicatieveiligheidsinitiatieven te krijgen dan mogelijk is op basis van openbare bronnen, werden 11 experts geïnterviewd (in 9 interviews). Het doel van deze interviews was tweeledig: Voor de breedst gedragen initiatieven ( $\geq 4$  actoren) die gevonden zijn in het internetonderzoek nagaan welke stappen er worden ondernomen om de initiatieven te implementeren, wie daarin de regie voert, of daarbij zowel partijen uit de eerste- als tweedelijnszorg worden betrokken, welke randvoorwaarden er zijn voor implementatie, wat de (verwachte) succes- en faalfactoren voor implementatie zijn, wat de verwachtingen zijn ten aanzien van het effect op medicatieveiligheid en of dit al gemeten kan of gaat worden (meetinstrumenten/ indicatoren).
2. Het achterhalen van initiatieven die niet in het internetonderzoek zijn gevonden, maar wél van belang zijn voor de HARM-Wrestling aanbevelingen.

Voor de (semigestructureerde) interviews werd gebruik gemaakt van een vragenlijst (zie Bijlage 4). Deze vragenlijst bestond uit 12 open vragen en behandelde de volgende thema's (met subthema's):

#### *Doel 1:*

- Implementatie (implementatiestatus, randvoorwaarden voor implementatie, verantwoordelijkheidsverdeling, rol van overheidspartijen, 'best practices');
- Effect op medicatieveiligheid (verwachte impact, indicatoren);
- Relatie met HARM-Wrestling aanbevelingen.

*Doel 2:*

- Andere, aanvullende initiatieven (implementatiestatus, relatie met HARM-Wrestling aanbevelingen);
- Effect op medicatieveiligheid (verwachte impact, indicatoren).

Alle interviews werden door twee onderzoekers samen uitgevoerd (5 interviews door een RIVM-onderzoeker en IGZ-inspecteur en 4 interviews door twee RIVM-onderzoekers). De interviews werden opgenomen met een digitale recorder en uitgewerkt tot een verslag. Deze verslagen zijn, op basis van consensus tussen beide interviewers, samengevat voor wat betreft resultaten met betrekking tot de bovengenoemde thema's.

De geïnterviewde experts vertegenwoordigden verschillende beroepsgroepen en bekleedden de volgende functies:

- Huisarts, werkzaam in een huisartsenpraktijk, hoofd van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Onderzoek bij het Nederlands Huisartsen Genootschap;
- Apotheker, hoogleraar Farmaceutische Patiëntenzorg, betrokken bij het opstellen van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012;
- Apotheker, stafadviseur bij het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM), betrokken bij het opstellen van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012;
- Apotheker, programmaleider Medicatieveiligheid bij de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), betrokken bij de opzet van Centrale Medicatie-incidenten Registratie;
- Ziekenhuisapotheker en klinisch farmacoloog, hoogleraar Kwaliteit Farmaceutische Patiëntenzorg, lid van Expertgroep Medicatieveiligheid t.b.v. HARM-Wrestling rapport, werkzaam bij de KNMP;
- Ziekenhuisapotheker en klinisch farmacoloog, betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van 'clinical rules';
- Apotheker, promovendus, onderzoeker op het terrein van effectiviteit en kosteneffectiviteit van 'clinical rules';
- Ziekenhuisapotheker en klinisch farmacoloog, met aandachtsgebied medicatieveiligheid, implementatie van verificatie van opname- en ontslagmedicatie, betrokken bij het HARM-onderzoek;
- Consultant en projectmanager van diverse implementatieprojecten op het terrein van medicatieoverdracht, betrokken bij het opstellen van de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten;
- HBO-verpleegkundige en juriste, voorzitter van het Platform Medicatieveiligheid Care, werkzaam voor ActiZ ten behoeve van zaken met betrekking tot medicatieveiligheid;
- Instituutsdirecteur Verpleegkundige Studies Hogeschool Utrecht, onderzoeker op het terrein van medicatie-gerelateerde problemen in de Care-sector ('medicatie achter de voordeur').

De lijst met namen van de geïnterviewde experts staat in Bijlage 5.

## 3 Resultaten en discussie

In totaal werden 56 medicatieveiligheidsinitiatieven gevonden. In Bijlage 2 is voor elk van deze initiatieven een informatiesheet opgenomen met de karakteristieken van het initiatief, de relatie met HARM-Wrestling aanbevelingen en de verwachte impact van het initiatief op het zorgproces en de medicatieveiligheid.

### 3.1 Initiatieven uit internetonderzoek

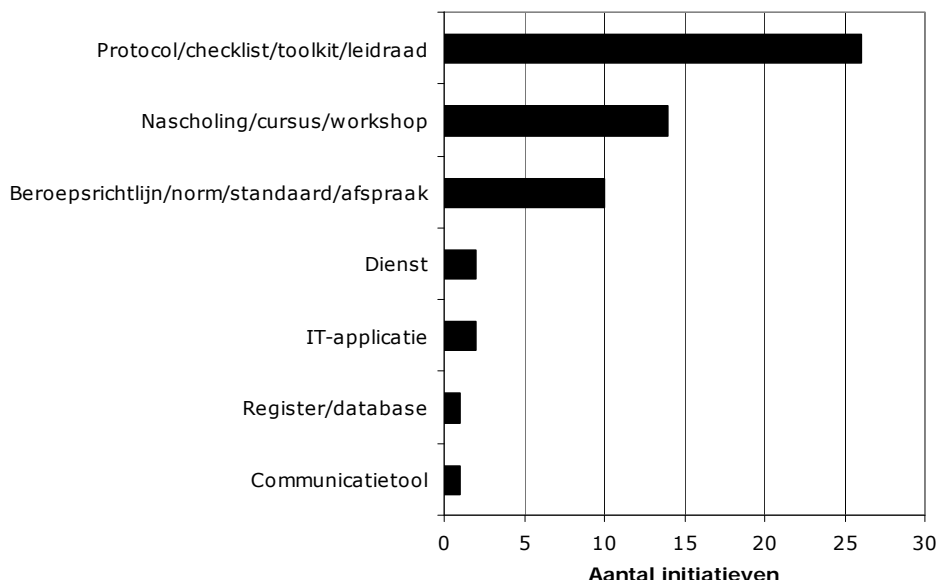
#### 3.1.1 Karakteristieken van de initiatieven

In Figuur 1 staat het aantal initiatieven per type initiatief. In Figuur 2 wordt een overzicht gegeven van de initiatiefnemers/actoren die betrokken waren bij het vormgeven van het initiatief. In Figuur 3 worden de doelgroepen weergegeven en in Tabel 1 het type medicatie waar de initiatieven betrekking op hebben.

#### Type initiatieven

Voor het type initiatieven geldt dat de nadruk ligt op praktische hulpmiddelen, zoals protocollen en checklists (zie Figuur 1). Daarnaast worden veel cursussen of andere manieren van scholingen aangeboden om de medicatieveiligheid te verbeteren. Ook zijn diverse beroepsrichtlijnen, normen, standaarden en (multidisciplinaire) afspraken aangetroffen.

**Figuur 1 Type initiatieven**



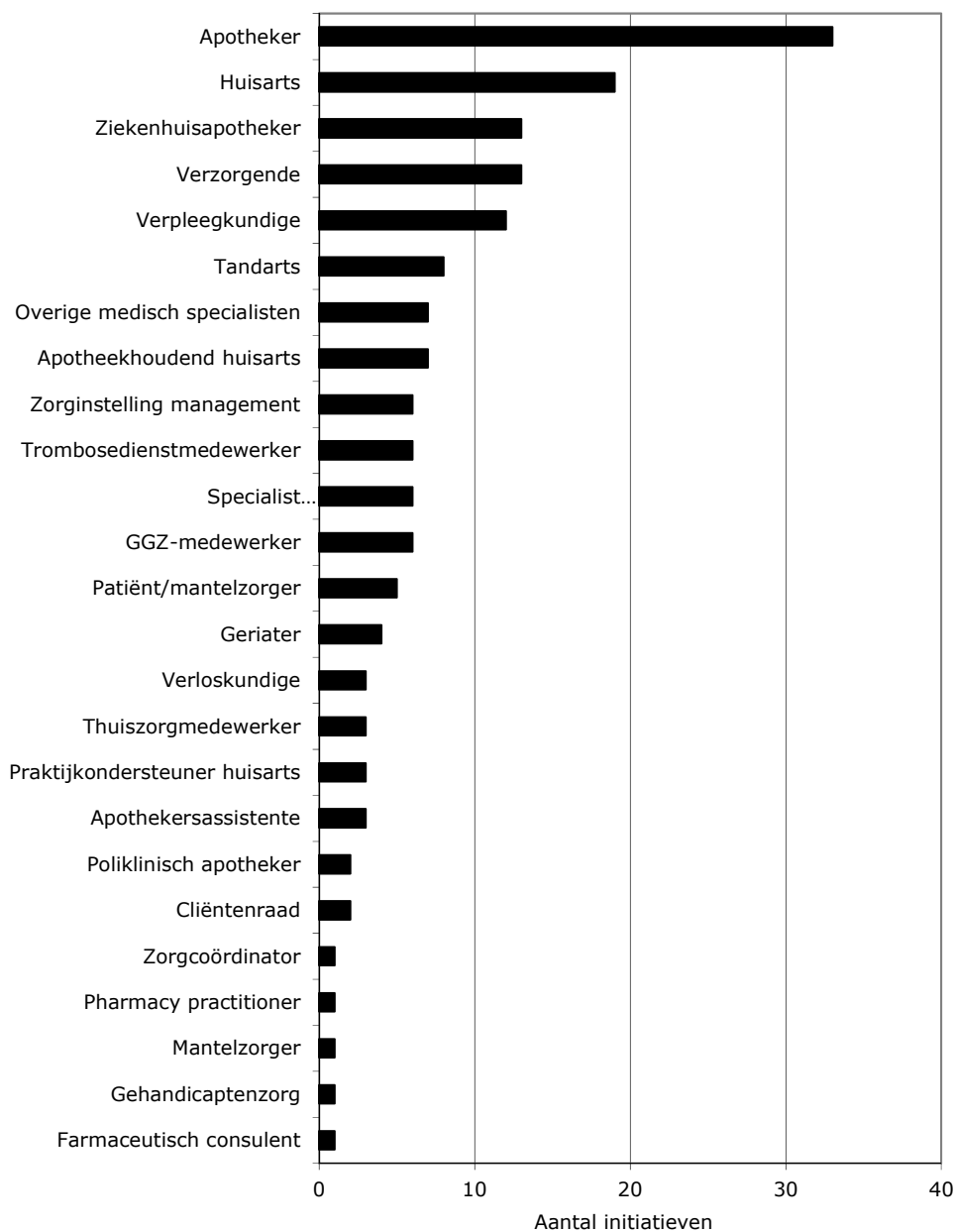
#### Initiatiefnemers

De beroepsorganisatie van apothekers (KNMP) is de meest frequent betrokken partij bij de ontwikkeling van beroepsrichtlijnen, normen, standaarden en (multidisciplinaire) afspraken: zij participeerde bij 90% van deze documenten. Daarnaast is een belangrijk deel van de initiatieven (circa 45%) ontwikkeld door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM), in opdracht van, en soms



in samenwerking met, andere partijen. In totaal zijn er 39 initiatiefnemers/actoren gevonden (zie Figuur 2).

**Figuur 2 Initiatiefnemers/actoren, naar aantal initiatieven waarbij men betrokken is<sup>1</sup>**



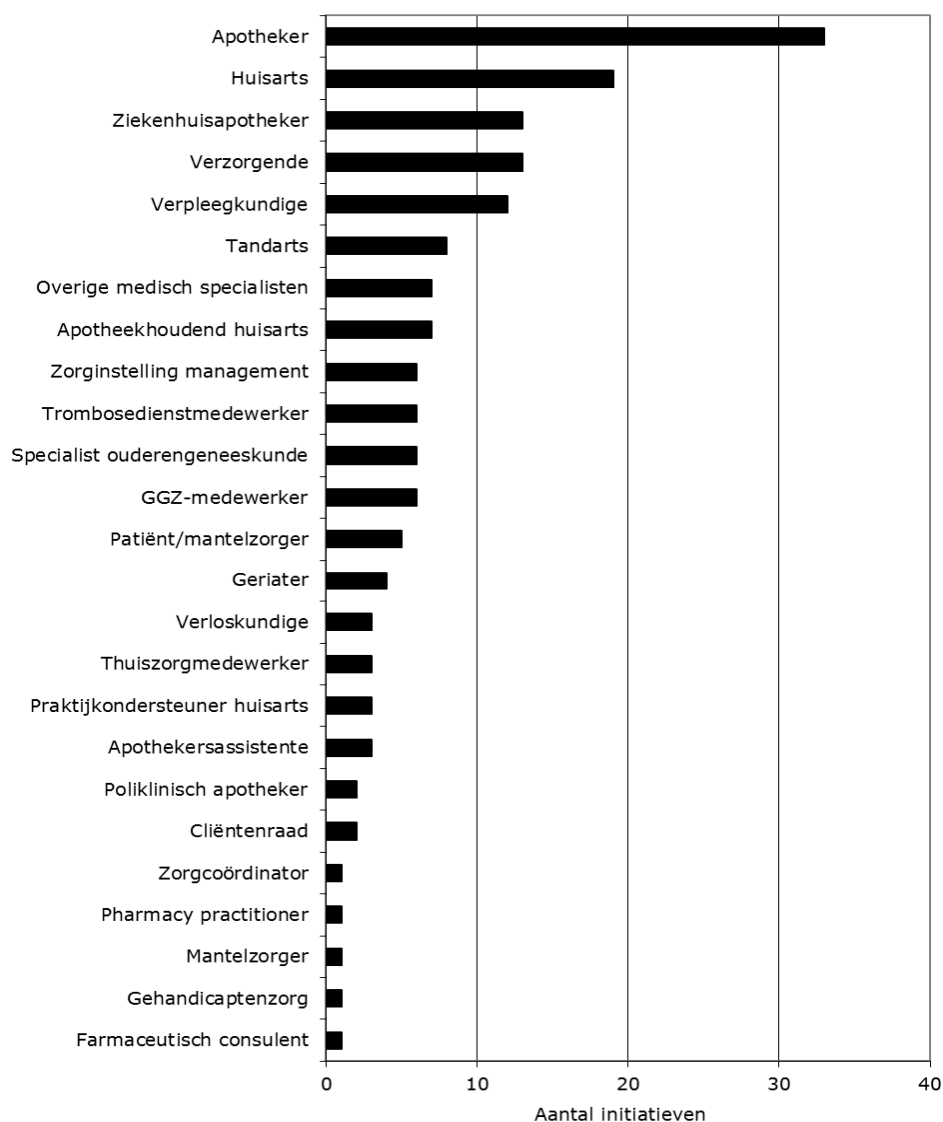
### Doelgroepen

Aangezien de inventarisatie zich richtte op de eerstelijnszorg is het logisch dat een belangrijk deel van de initiatiefnemers, betrokken actoren en doelgroepen

<sup>1</sup> Voor betekenis van de afkortingen: zie 'Afkortingen', na hoofdstuk 4 en de literatuurreferenties.

bestaat uit apothekers, huisartsen, verzorgenden en hun beroepsorganisaties (zie Figuur 3). Het feit dat ook diverse zorgverleners en hun beroepsorganisaties uit de tweedelijnszorg in de initiatieven worden genoemd, duidt er op dat een aantal initiatieven zowel de eerste als de tweede lijn beslaan. Het betreft hier circa 15% van alle initiatieven. Als gevolg van de focus van dit onderzoek, biedt de inventarisatie voor deze partijen uiteraard geen volwaardig beeld wat betreft hun activiteiten op het terrein van medicatieveiligheid.

**Figuur 3 Doelgroepen van de initiatieven**



### Aard van de medicatie

In het HARM-Wrestling rapport worden zes aanbevelingen gedaan die betrekking hebben op medicatie in het algemeen (niet medicatie-specifiek). De andere aanbevelingen zijn gericht op specifieke (groepen) geneesmiddelen, zoals antistollingsmedicatie, NSAID's, diuretica, RAS-remmers en bloedglucoseverlagende middelen. Het overgrote deel van de initiatieven die in deze inventarisatie zijn opgenomen heeft betrekking op niet-specifieke medicatie (zie Tabel 1). In hoofdstuk 3.1.2 wordt hier verder op ingegaan. Daarnaast

hebben relatief veel initiatieven betrekking op polyfarmacie, terwijl dit aspect slechts in twee aanbevelingen expliciet wordt genoemd (aanbevelingen 3 en 4; zie Bijlage 3). Aandacht voor polyfarmacie is echter wél in lijn met de bevinding van het HARM-onderzoek dat polyfarmacie een risicofactor is gebleken voor vermijdbare, geneesmiddelen gerelateerde ziekenhuisopnames.<sup>8</sup>

**Tabel 1 Aard van de medicatie**

Aard van de medicatie	Aantal keren genoemd
Niet specifiek	50
Polyfarmacie	12
Antitrombotica	6
NSAID's	2
Middelen bij ulcus pepticum en gastro-oesofageale reflux	1
Bloedglucoseverlagende middelen	1
Digoxine	1
Sotalol	1
Complexe thuiszorgmiddelen	1

Over de evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid van de initiatieven is weinig bekend: bij een minderheid (circa 5%) van de initiatieven wordt vermeld dat het initiatief is gebaseerd op empirische en/of wetenschappelijke gegevens. Bij een gering aantal initiatieven is beschreven op welke manier het initiatief vervolg dient te krijgen: in circa 80% van alle initiatieven wordt niets over de implementatie of een vervolgtraject gezegd.

### 3.1.2 *Relatie met HARM-Wrestling aanbevelingen*

In het HARM-Wrestling rapport worden de aanbevelingen in verschillende groepen opgesplitst. Een overzicht van het aantal initiatieven voor deze groepen van aanbevelingen wordt weergegeven in Tabel 2. Een initiatief kan betrekking hebben op meerdere aanbevelingen. Om die reden is het aantal initiatieven in Tabel 2 groter dan 56. Het volledige overzicht is te vinden in Bijlage 3.

**Tabel 2 Aantal initiatieven per groep van HARM-Wrestling aanbevelingen**

Groep van aanbevelingen	HARM-Wrestling aanbevelingen	Aantal initiatieven
Algemeen	1-6	102
Bloedingen, algemeen	7	4
Bloedingen t.g.v. orale anticoagulantia	8-12	19
Bloedingen t.g.v. acetylsalicylzuur/carbasalaat en NSAID's	13-21	11
Electrolytstoornissen, algemeen	22	0
Hyponatriëmie t.g.v. thiazidediuretica	23	0
Hypokaliëmie/dehydrate t.g.v. kaliumverliezende diuretica	24	0
Hyperkaliëmie t.g.v. RAS-remmers en kaliumsparende diuretica	25-26	0
Nierinsufficiëntie t.g.v. RAS-remmers	27-28	4
Nierinsufficiëntie/hartfalen t.g.v. NSAID's	29	2
Fracturen t.g.v. valincidenten	30-33	0
Fracturen t.g.v. glucocorticoïden	34	0
Ontregeling van diabetes t.g.v. bloedglucoseverlagende middelen	35-36	1
Ontregeling/uitlokking van diabetes t.g.v. glucocorticoïden	37-38	0
Bradycardie t.g.v. digoxine en/of sotalol	39	1
Ernstige constipatie t.g.v. opioïden	40	0

De meeste initiatieven hebben betrekking op aanbevelingen 4, 5, 6 (algemene aanbevelingen) en 10 (aanbevelingen over bloedingen t.g.v. orale anticoagulantia) uit het HARM-Wrestling rapport (zie Bijlage 3 voor de tekst van deze aanbevelingen). Voor aanbevelingen 4, 5 en 6 betreffen de initiatieven vrijwel uitsluitend medicatieoverdracht, medicatieoverzicht en polyfarmacie/medicatiebeoordeling. Dit geldt ook voor aanbeveling 10, hoewel deze aanbeveling betrekking heeft op specifieke geneesmiddelen, namelijk antistollingsmedicatie. Het is niet altijd duidelijk of het HARM-Wrestling rapport ook daadwerkelijk de aanleiding is geweest voor de initiatieven. Het feit dat nagenoeg alle initiatieven slechts delen van aanbevelingen adresseren, en niet de gehele aanbeveling, doet vermoeden dat ze (mede) genomen zijn naar aanleiding van andere ontwikkelingen dan het HARM-Wrestling rapport, zoals de Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de Keten (ontwikkeld in de periode 2006 - april 2008).<sup>9</sup>

Via het internetonderzoek werden vooral initiatieven voor de algemene aanbevelingen (1-6) gevonden. Dit kan verklaard worden door het feit dat een groot deel van de medicatiespecifieke aanbevelingen acties vereist die liggen op het vlak van voorschrijfgedrag en richtlijnavolging, en medicatiebewaking. Initiatieven op dat vlak zijn niet goed vindbaar via de geraadpleegde websites (zie Bijlage 1), maar mogelijk wél in de praktijk gebracht. Ten einde na te gaan of deze medicatiespecifieke aanbevelingen aandacht krijgen in de praktijk zijn interviews afgenomen in het werkveld (zie hoofdstuk 3.2).

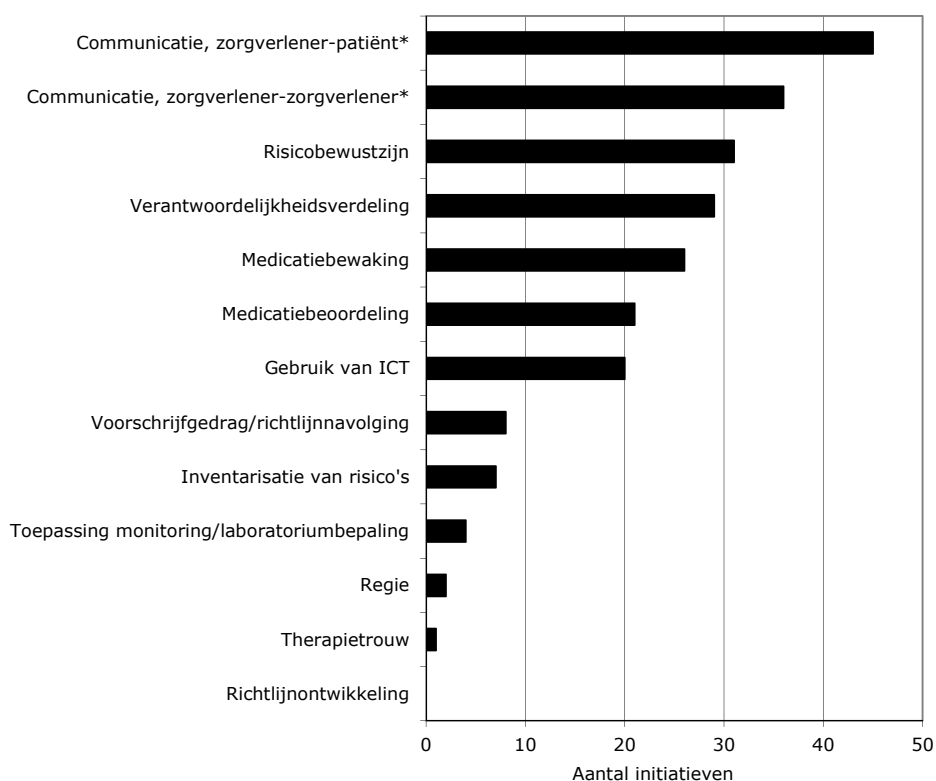
### 3.1.3 *Verwachte impact*

In Figuur 4 staan de kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting en inschatting, verbeterd worden bij implementatie van het initiatief. Aangezien een

initiatief op meerdere kernaspecten invloed kan hebben, is het totaal aantal initiatieven in deze figuur groter dan 56.

Het blijkt dat de meeste initiatieven betrekking hebben op communicatie, risicobewustzijn en verantwoordelijkheidsverdeling. Relatief minder aandacht wordt besteed aan regie. Bij geen enkel initiatief is een inschatting gemaakt van de invloed op richtlijnontwikkeling. Dit valt te verklaren doordat de initiatieven eerder het gevolg lijken te zijn van ontwikkelde richtlijnen dan een aanleiding voor richtlijnontwikkeling.

**Figuur 4 Kernaspecten van initiatieven**



\*Anders dan medicatieoverdracht.

Ieder initiatief wordt genomen met de verwachting van de initiatiefnemers dat het een positieve invloed heeft op de medicatieveiligheid. Tabel 3 toont het aantal initiatieven voor elk type van ingeschatte impact. Het betreft hier een door het RIVM ingeschatte impact die soms ook (in vergelijkbare bewoordingen) in het initiatief is aangegeven. Uit Tabel 3 blijkt dat voor verbetering van de medicatieveiligheid het veld zijn pijlen vooral richt op medicatieoverdracht, medicatiebeoordeling (bij polyfarmacie), risicobewustzijn en medicatie-incidenten.

**Tabel 3 Ingeschatte, verwachte impact op medicatieveiligheid**

Ingeschatte impact	Aantal
Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).	16
Verbetering begeleiding van polyfarmaciepatiënten, zodat een meer optimale farmacotherapie wordt bewerkstelligd, met minder kans op ziekenhuisopnames.	8
Verhoogde medicatieveiligheid doordat zorgverleners beter op de hoogte zijn van de belangrijkste risico's met betrekking tot geneesmiddelengebruik en beter gevaarlijke situaties kunnen herkennen, wordt de medicatieveiligheid verhoogd.	7
Vermindering aantal medicatie gerelateerde incidenten.	6
Verbetering kwaliteit van farmaceutische zorg, inclusief het voorkomen van medicatiefouten, interacties, contra-indicaties, dubbelmedicatie, et cetera.	4
Verbetering kwaliteit en volledigheid van medicatiegegevens en andere gegevens in het patiëntendossier. Dit zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijfproces).	2
Verbetering afstemming tussen diverse zorgverleners zal het risico op vermijdbare complicaties ten gevolge van antistolling verlagen en daarmee potentieel het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames.	3
Verhoogde medicatieveiligheid door het signaleren van en anticiperen op medicatie-incidenten zal de medicatieveiligheid worden verbeterd.	2
Verbetering van medicatieveiligheid door gebruik te maken van ervaring uit het veld.	2
Ondersteuning zelfmanagement van de patiënt zodat het risico op verkeerde medicatie of niet innemen wordt verminderd.	1
Door het houden van opname- en ontslaggesprekken zal beter in kaart worden gebracht welke medicatie de patiënt gebruikt (bij opname) of moet gebruiken (bij ontslag). Dit zal de medicatieveiligheid verhogen (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).	1
Door het opleiden van leidinggevenden en kwaliteitsfunctionarissen kunnen verbetertrajecten om de medicatieveiligheid in instellingen te vergroten gestart worden. Op deze manier zal het aantal medicatiefouten teruggedrongen kunnen worden.	1
Geen.	3

### 3.2 Initiatieven uit interviews

Het doorzoeken van internet leverde vooral initiatieven op die betrekking hadden op de eerste zes (algemene) aanbevelingen van het HARM-Wrestling rapport. Uit de interviews blijkt dat er ook voor de medicatiespecifieke HARM-Wrestling aanbevelingen (7 t/m 40) verschillende initiatieven door het veld zijn genomen. Zowel vanuit de beroepsgroepen van apothekers als huisartsen blijken de betreffende aanbevelingen te zijn beoordeeld op de mogelijkheid tot opname als medicatiebewakingssignaal en de noodzaak tot opname in beroepsstandaarden. Voor sommige aanbevelingen geldt dat er meer dan twee factoren moeten worden meegewogen voor een goede en efficiënte medicatiebewaking. In dergelijke gevallen is het noodzakelijk om algoritmes te maken (zogenaamde medisch-farmaceutische beslisregels of 'clinical rules'). Dit bevindt zich voor de openbare apotheken nog in een ontwikkelingsstadium,

terwijl in sommige ziekenhuisapotheken al een groot aantal 'clinical rules' is ingevoerd. Voor de 'clinical rules' geldt dat de implementatie vooral regionaal of in samenwerking met een cluster van ziekenhuizen geschiedt.

De volgende initiatieven/activiteiten werden genoemd:

- Verwerking als medicatiebewakingssignaal in medicatiebewakings-systemen van zowel de openbare apotheek als de ziekenhuisapotheek (bv. gebruik van nitraten zonder antistollingsmedicatie, NSAID-gebruik bij patiënten ouder dan 70 jaar, gebruik van opioïden zonder laxans);
- Verwerking als medisch-farmaceutische beslisregel/'clinical rule' in medicatiebewakingssystemen van respectievelijk de openbare apotheek en de ziekenhuisapotheek (bv. doseringsadviezen na koppeling van laboratoriumuitslagen, diagnose en medicatie);
- Verwerking in beroepsrichtlijnen (CBO-richtlijnen, NHG-standaarden, NHG-farmacotherapeutische richtlijnen, formularia) en daarmee koppeling aan huisartseninformatiesystemen ter ondersteuning van farmacotherapeutische beslissingen (bv. koppeling van de NHG-standaard Maagklachten via de tool NHGDoc)<sup>10</sup>;
- Vertaling naar signalen voor medicatie gerelateerde problemen, die door thuiszorgmedewerkers bij patiënten thuis kunnen worden waargenomen en gerapporteerd (bv. de 'Rode vlaggenlijst voor medicatiegebruik in de thuiszorg')<sup>11</sup>;
- Verwerking in de zogenaamde START-STOPP criteria, gebruikt als hulpmiddel bij medicatiebeoordeling op basis van de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012<sup>12</sup>.

### **3.3 Experts over medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling: implementatie, verwachte effecten en relatie met HARM-Wrestling**

#### *3.3.1 Implementatie*

##### Implementatiestatus

Volgens de geïnterviewden wordt er op landelijk niveau (nog) geen regie gevoerd op de implementatie van richtlijnen voor medicatieoverdracht en medicatie-beoordelingen. Er zijn wél diverse regionale initiatieven. Implementatie komt vooral van de grond door de inzet van een individuele zorgverlener ('trekker') of een kleine groep welwillende zorgverleners. Daarnaast hebben acties van de IGZ (bijvoorbeeld ondertoezichtstelling) en accreditatieprogramma's een stimulerend effect. Tot slot leveren zorgverzekeraars soms een positieve bijdrage aan implementatie. Als voorbeeld werd genoemd de 'Ouderenmodule', ontwikkeld voor huisartsen, waarin medicatiebeoordeling is opgenomen als één van de onderdelen om de zorg voor ouderen te verbeteren.

##### Randvoorwaarden voor implementatie

Tijdens de interviews werden diverse randvoorwaarden genoemd die momenteel nog onvoldoende zijn ingevuld en implementatie belemmeren (→ genoemd voor medicatieoverdracht en/of medicatiebeoordeling):

- ICT-infrastructuur is nog onvoldoende faciliterend (→ medicatie-overdracht en medicatiebeoordeling);
- Vertraagde inbouw van verbetermaatregelen in softwarepakketten voor informatiesystemen (→ medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling);

- Tijdige uitwisseling van de juiste en volledige informatie, zodat dossiergegevens volledig en correct zijn (→ medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling);
- Bekostiging (→ medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling);
- Tijd/capaciteit (→ medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling);
- Kennis en opleiding van zorgverleners (→ medicatiebeoordeling);
- Samenwerking binnen de eerstelijnszorg, maar vooral ook tussen zorgverleners in de eerste en tweede lijn (→ medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling);
- Patiënten worden nog onvoldoende geïnformeerd en betrokken (→ medicatiebeoordeling).

Dezelfde knelpunten werden genoemd in interviews met experts op het terrein van polyfarmacie en ouderen (zie RIVM-rapport 'Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen: inventarisatie van risico's en mogelijke interventiestrategieën'<sup>13</sup>). Tot slot is enkele malen aangegeven, dat bij het opstellen van richtlijnen veel beter gekeken moet worden naar de haalbaarheid van implementatie.

#### Verantwoordelijkheidsverdeling

Volgens de geïnterviewden ligt de verantwoordelijkheid voor implementatie van de richtlijnen met betrekking tot medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling bij het werkveld. Zorgverleners moeten hun verantwoordelijkheid nemen en daadwerkelijk afspraken met elkaar maken. Daarbij werd verwezen naar de KNMG Handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010)' en naar de 'Veilige principes in de medicatieketen (2012)' van de Task Force medicatieveiligheid care.<sup>14,15</sup> Daarnaast werd de mogelijkheid van een signalerende rol voor thuiszorgmedewerkers genoemd, waarbij het maken van afspraken tussen thuiszorgorganisaties en apothekers/huisartsen noodzakelijk is. Ook kwam de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf aan de orde, waarbij opgemerkt werd dat patiënten nog onvoldoende geïnformeerd zijn om op goede wijze medeverantwoordelijkheid te kunnen dragen. Tot slot hebben ook de zorgverzekeraars een verantwoordelijkheid bij de contractering van zorg, zodat de implementatie van richtlijnen (bijvoorbeeld m.b.t. medicatiebeoordeling) niet belemmerd wordt door gebrek aan financiering.

#### Rol van overheidspartijen

Volgens de geïnterviewden zouden overheidspartijen een rol kunnen spelen bij de volgende knelpunten bij implementatie:

- Het op orde krijgen van bepaalde randvoorwaarden, waaronder de ICT-infrastructuur;
- Het prioriteren en op elkaar afstemmen van te implementeren zaken, in samenspraak met het werkveld; dit naar aanleiding van de constatering dat er veel maatregelen zijn die de aandacht eisen van zorgverleners;
- Toezicht op vermelding/doorgeven van laboratoriumwaarden aan apotheken;
- Toezicht op redenen van voorschrijven van het geneesmiddel op recept (voor welke aandoening wordt het geneesmiddel voorgeschreven); vooral voor risicovolle geneesmiddelen;
- Toezicht op, en het stimuleren van, samenwerking tussen zorgverleners, op basis van verantwoordelijkheden die beroepsbeoefenaren dragen;
- Het definiëren van hoogrisico-groepen (patiënten/geneesmiddelen/processen), mede op basis van de resultaten van het vervolgonderzoek dat in 2013 is gerapporteerd;<sup>7</sup>
- Bekostiging (bv. ontschotting van financiering voor diverse zorgsectoren, zoals thuiszorg, huisartsenzorg en farmaceutische zorg).



'Best practices'

Er werden door de geïnterviewden diverse 'best practices' genoemd, zowel voor medicatieoverdracht (bv. medicatieverificatie bij opname en ontslag, uitwisseling van laboratoriumgegevens, convenanten over medicatieoverdracht) als medicatiebeoordeling (bv. vroegsignalering van problemen door de thuiszorg, opname van medicatiebeoordeling in ouderenzorgmodule van verzekeraar), maar er is nog geen goed overzicht op alle (regionale) initiatieven die op dit terrein lopen en welke daadwerkelijk als 'best practices' kunnen dienen.

3.3.2 *Effecten op medicatieveiligheid*Verwachte impact

De effecten van initiatieven op medicatieveiligheid worden niet structureel gemeten. Het effect op parameters zoals kwaliteit van leven en geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames is lastig om te meten. Door de vele factoren die invloed kunnen hebben, is moeilijk vast te stellen of het effect op ziekenhuisopnames ook daadwerkelijk door het betreffende initiatief is bewerkstelligd. Soms wordt gekeken naar parameters die eenvoudiger zijn te meten, zoals farmacotherapiegerelateerde problemen (bv. bijwerkingen, dubbelmedicatie, onder/overbehandeling, interacties, contra-indicaties) of naar het aantal interventies in het geneesmiddelengebruik (bv. starten, stoppen, wijziging dosering, ophelderen discrepanties). Voor sommige initiatieven kunnen klinische eindpunten van toepassing zijn om het effect op medicatieveiligheid te meten (bv. bij de evaluatie van 'clinical rules'). De geïnterviewden verwachten dat het nog te vroeg is om meetbare effecten te zien op bv. geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames. Naast een direct effect op de medicatieveiligheid werd tevens gewezen op de bijdrage van initiatieven aan risicobewustzijn (en zo op een indirect effect op medicatieveiligheid).

Indicatoren

Er zijn nog niet veel indicatoren die het effect van initiatieven op medicatieveiligheid kunnen meten. Sommige HARM-Wrestling aanbevelingen zijn recent omgezet in indicatoren.<sup>7</sup> Verder zijn er bijvoorbeeld prescriptie-indicatoren die aantonen of er verbeteringen zijn in voorschrijfgedrag. Echter, indicatoren zijn lang niet altijd goed te meten, bijvoorbeeld ten gevolge van ongeschikte registraties van gegevens. In de MDR Polyfarmacie bij ouderen 2012 is een aantal meetbare indicatoren opgenomen, maar gezien de datum van gereedkomen van deze richtlijn zijn nog geen meetgegevens beschikbaar.

3.3.3 *Relatie met HARM-Wrestling aanbevelingen*

Uit de interviews kwam naar voren dat het HARM-Wrestling rapport niet altijd de directe aanleiding is geweest voor diverse initiatieven op het terrein van medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling. Dit bevestigt de bevindingen uit het internetonderzoek beschreven in hoofdstuk 3.1. Voor sommige initiatieven is er een indirecte relatie (bv. Veilige principes in de medicatieketen zijn opgesteld n.a.v. het IGZ-rapport 'Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende' waarvoor het HARM-Wrestling rapport de aanleiding was <sup>15,16</sup>).

## 4 Conclusie

Deze inventarisatie had tot doel om na te gaan welke initiatieven er op het terrein van medicatieveiligheid in de eerstelijnszorg door het werkveld zijn genomen en of, en zo ja waar, deze initiatieven aansluiten op de aanbevelingen in het HARM-Wrestling rapport. Doorzoeken van het internet leverde 56 medicatieveiligheidsinitiatieven op. De nadruk van deze initiatieven ligt op protocollen, checklists, toolkits en leidraden. Er werden vooral initiatieven voor de algemene aanbevelingen, niet-medicatiespecifieke HARM-Wrestling aanbevelingen (1 t/m 6) gevonden. Uit de interviews met experts uit het veld kwamen echter ook diverse initiatieven aan het licht die de medicatiespecifieke aanbevelingen (7 t/m 40) adresseren.

In de initiatieven gevonden via internet werd regelmatig gerefereerd aan het HARM-Wrestling rapport. Het is echter niet altijd duidelijk of dit rapport ook daadwerkelijk de aanleiding is geweest voor het initiatief. Uit de interviews is gebleken dat dit voor sommige initiatieven wél het geval is. Voor circa 80% van de via internet gevonden initiatieven geldt dat niets wordt gemeld over de implementatie of een vervolgtraject. Er is ook weinig bekend over de effecten van de initiatieven op medicatieveiligheid. Deze effecten worden (nog) niet structureel gemeten. De geïnterviewden waren van mening dat het nog te vroeg is om meetbare effecten te zien op bijvoorbeeld geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames. De geïnterviewde wezen daarnaast op initiatieven om effecten te meten die wel al mogelijk zichtbare effecten opleveren, in de vorm van procesparameters zoals discrepanties bij medicatieverificatie, het aantal veranderingen in medicatie of patiënttevredenheid. Deze initiatieven sluiten aan bij een aantal doelen van de in dit onderzoek gevonden initiatieven (Tabel 3).

Voor de breed gedragen initiatieven op het terrein van medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling bleek uit de interviews dat implementatie vaak regionaal plaatsvindt. Daarbij worden diverse belemmeringen ondervonden, vooral op het terrein van informatie-uitwisseling (ICT-infrastructuur, elektronische beschikbaarheid), bekostiging en samenwerking (communicatie en afspraken over verantwoordelijkheidsverdeling).

Samenvattend: er zijn en worden diverse initiatieven genomen die deels of geheel een relatie hebben met de HARM-Wrestling aanbevelingen. Alle 40 aanbevelingen lijken de aandacht te hebben van de diverse beroepsgroepen. Het stadium waarin de initiatieven zich bevinden verschilt echter sterk en loopt uiteen van 'volledig geïmplementeerd' tot 'in ontwikkeling'. Gezien de belemmeringen die bij implementatie worden ondervonden, verdienen de benodigde randvoorwaarden voor implementatie nadere aandacht, waarbij tevens moet worden gezien welke rol het werkveld en welke rol de IGZ daarbij hebben. Om beter inzicht te krijgen in de mate van opvolging van de HARM-Wrestling aanbevelingen, kan een herhaalde meting van de recent ontwikkelde indicatoren uit het, in oktober 2012, opgestelde rapport voor het ministerie van VWS worden overwogen.<sup>7</sup>

## Literatuur

1. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2004. Patiëntveiligheid: de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in zorginstellingen en thuis. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag, 2004.
2. Beijer HJ, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta- analysis of observational studies, *Pharm World Sci*, 2002;24(2):46-54.
3. Sturkenboom MCJM, Dieleman JP. Ziekenhuisopnames door bijwerkingen van geneesmiddelen – een inventarisatie. Eindrapport, ErasmusMC, Rotterdam, 2006.
4. Hospital Admissions Related to Medication (HARM); een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames; eindrapport HARM-onderzoek. Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, november 2006.
5. Klink A, Bussemaker J. Overzicht en tijdspad patiëntveiligheid. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten- Generaal.: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 2007.
6. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. HARM-Wrestling. Een voorstel van de Expertgroep Medicatieveiligheid m.b.t. concrete interventies die de extramurale medicatieveiligheid op korte termijn kunnen verbeteren. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 2009.
7. Acute ziekenhuisopnames die mogelijk zijn gerelateerd aan geneesmiddelbijwerkingen. Rapport opgesteld voor het Ministerie van VWS vanuit een samenwerkingsverband tussen het Erasmus MC (Rotterdam), de Radboud Universiteit Nijmegen, het PHARMO Instituut (Utrecht) en de Stichting Farmaceutische Kengetallen (Den Haag), oktober 2012.
8. Leendertse AJ, Egberts ACG, Stoker LJ, van den Bemt PLMA, for the HARM Study Group. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med*, 2008;168(17):1890-1896.
9. Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, 25 april 2008. Opstellers: ActiZ, GGZ Nederland, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS en ZN. Initiatiefnemers: IGZ en VWS. Later aangesloten: FNT, NMT en VGN.
10. Samenvattingskaart M36 Maagklachten, Nederlands Huisartsen Genootschap, januari 2013, <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/maagklachten>, geraadpleegd op 31 mei 2013.
11. Rode vlaggenlijst voor medicatiegebruik in de thuiszorg – wat heb jij gezien?, Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening, Hogeschool Utrecht.
12. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 2012.
13. Lemmens LC, Weda M. Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen; inventarisatie van risico's en mogelijke interventiestrategieën. RIVM briefrapport 080027001/2013, RIVM, Bilthoven, 2013.
14. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, januari 2010. Opstellers: KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF.
15. Veilige principes in de medicatieketen; verpleging-verzorging-thuiszorg. Maart 2012. Opgesteld door de Task Force medicatieveiligheid care: ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN.
16. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag, 2010.



## Afkortingen

AHC	Apotheekhoudende Huisartsen Coöperatie
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland
CMR	Centrale Medicatie-incidenten Registratie
EPHOR	Expertisecentrum pharmacotherapie bij ouderen
FNT	Federatie van Nederlandse Trombosediensten
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HARM	Hospital Admissions Related to Medication
ICT	Informatie en Communicatie Technologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVM	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken
LEVU	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (opgegaan in V&VN)
LOC	LOC Zeggenschap in zorg
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MDR	Multidisciplinaire Richtlijn
NFN	Nederlandse Federatie voor Nefrologie
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIV	Nederlandse Internisten Vereniging
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NSAID's	non-steroidal anti-inflammatory drugs
NVKC	Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
NVPF	Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie
NVR	Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
NVVA	Beroepsvereniging van Verpleeghuisartsen en Sociaal Geriaters
NVVC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NVVP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVZA	Nederlandse vereniging van ziekenhuisapothekers
OMS	Orde van Medisch Specialisten
RAS	Renine-Angiotensine-Systeem
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
START	Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment
STOPP	Screening Tool of Older Peoples' Prescriptions
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VMS	Veiligheidsmanagement Systeem
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

## Bijlage 1 Geraadpleegde websites

### *Geraadpleegde websites van onderzoeksinstituten, universiteiten en overige organisaties:*

- ZonMw
- NIVEL
- Ephor
- RGO
- ZN
- CBO
- CVZ
- VILANS
- IVM
- IQ Healthcare
- RUG
- UU
- UM
- VUMC/EMGO
- AMC
- Erasmus MC
- UU/Julius Centrum
- Nictiz

### *Geraadpleegde websites van beroepsorganisaties:*

- KNMP (apothekers)
- NVZA (ziekenhuisapothekers)
- CMR (apothekers/ziekenhuisapothekers)
- AHC (apotheekhoudende huisartsen)
- NHG (huisartsen)
- LHV (huisartsen)
- KNMG (artsen)
- OMS (medisch specialisten)
- NVKG (geriatrie)
- NVVA (verpleeghuisartsen)
- NVKC (klinische chemie)
- FNT (trombosediensten)
- NVVC (cardiologie)
- NVN (neurologie)
- NVR (reumatologie)
- NIV (internisten)
- NFN (nefrologen)
- NVVP (psychiatrie)
- KNMT (tandartsen)
- V&VN (verpleging en verzorgenden)
- Medicatieoverdracht.nl

## Bijlage 2 Informatiesheets medicatieveiligheidsinitiatieven

De initiatieven (die na het doorzoeken van internet zijn gevonden) zijn grofweg geordend op de volgende onderwerpen:

- Polyfarmacie (001 t/m 011)
- Medicatieoverdracht (012 t/m 030)
- Medicatie-incidenten (031 t/m 042)
- Verbetering van processen en bewustzijn (043 t/m 053)
- Incidenten melden (054 t/m 056)

Voor sommige initiatieven geldt dat deze onder meerdere onderwerpen geplaatst zouden kunnen worden. Onder 'Verbetering van processen en bewustzijn' staan die initiatieven die niet onder de andere onderwerpen geplaatst konden worden.

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 001****Feitenverzameling:****Titel/naam:** Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012**Type initiatief:** Beroepsrichtlijn**Initiatiefnemer(s):** NHG, NVKG, OMS**Startdatum-einddatum:** Februari 2010-mei 2012**Peildatum:** 14 september 2012**Status op peildatum:** Gereed**Doelgroep (type zorgverleners):** Huisarts, praktijkondersteuner van de huisarts, apotheker, apothekemedewerker, specialist ouderengeneeskunde, verzorgende, verpleegkundige, ziekenhuisapotheker, geriater en andere medisch specialisten (zoals cardioloog, internist, longarts, maag-darm-leverarts, nefroloog, neuroloog, psychiater en reumatoloog).**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek; polyfarmacie**Doel:**

- Het doel van de richtlijn is een veilige en effectieve farmacotherapeutische zorg door een multidisciplinair afgestemde behandeling en begeleiding van ouderen met polyfarmacie.
- In deze richtlijn staat medicatiebeoordeling centraal.

**Implementatietraject:**

- Niet aangegeven. Wél wordt een overzicht gegeven van potentiële implementatieproblemen.

**Geplande vervolgprojecten:**

- Niet aangegeven. Wél wordt een overzicht gegeven van kennislacunes.

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- Nog niet bekend. Het is ook niet duidelijk of dit gemeten zal worden.

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- [http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_richtlijnen/Multidisciplinaire-Richtlijnen.htm](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/Multidisciplinaire-Richtlijnen.htm)



**Nummer: 001 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie:
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Medicatiebeoordeling
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Verbeterde begeleiding van polyfarmaciepatiënten, zodat een meer optimale farmacotherapie wordt bewerkstelligd, met minder kans op ziekenhuisopnamen.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 3 (communicatie zorgverlener-patiënt en zorgverlener-zorgverlener), 4 (communicatie zorgverlener-zorgverlener, medicatiebeoordeling, risicobewustzijn), 6 (medicatiebewaking)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 002****Feitenverzameling:**

- Titel/naam:** KNMP Richtlijn Medicatiebeoordeling
- Type initiatief:** Beroepsrichtlijn
- Initiatiefnemer(s):** KNMP
- Startdatum-einddatum:** Juni 2012 geactualiseerd
- Peildatum:** 14 september 2012
- Status op peildatum:** Richtlijn versie 1.1 (01-07-12) heeft nog commentaar, referentie en autorisatie van de Wetenschappelijke Sectie Openbaar apothekers (WSO) van de KNMP.
- Doelgroep (type zorgverleners):** Openbaar apotheker
- Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek; polyfarmacie
- Doel:**
- Het doel van medicatiebeoordeling is optimalisatie van de bestaande farmacotherapeutische behandeling van een individuele patiënt om daarmee verergering van aandoeningen of complicaties door farmacotherapeutische behandelingen te voorkomen en zelfmanagement van de patiënt te bevorderen.
- Implementatietraject:**
- Niet aangegeven
- Geplande vervolgprojecten:**
- Niet aangegeven
- Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**
- Niet aangegeven
- Herkomst van bovengenoemde informatie:**
- <http://www.knmp.nl/organisatie-regelgeving/normen-en-richtlijnen/richtlijnen/richtlijn-medicatiebeoordeling>

**Nummer: 002 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie:
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebeoordeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Verbeterde begeleiding van polyfarmaciepatiënten, zodat een meer optimale farmacotherapie wordt bewerkstelligd, met minder kans op ziekenhuisopnamen.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 3 (communicatie zorgverlener-patiënt en zorgverlener-zorgverlener), 4 (communicatie zorgverlener-zorgverlener, medicatiebeoordeling), 6 (medicatiebewaking)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 003****Feitenverzameling:**

**Titel/naam:** Met de KNMP projectondersteuning: medicijngesprekken op weg naar een medication review

**Type initiatief:** Dienst

**Initiatiefnemer(s):** KNMP, SFK

**Startdatum-einddatum:** Februari 2011 geactualiseerd

**Peildatum:** 27 april 2012

**Status op peildatum:** Gereed

**Doelgroep (type zorgverleners):** Openbaar apothekers

**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek

**Doel:**

- Het verbeteren van de doelmatigheid en veiligheid van de medicatie van polyfarmaciepatiënten en het verbeteren van de zichtbaarheid van het zorgverlenerschap van de apotheker. De aandacht gaat daarbij uit naar HARM-risico's:
  - risico op maagschade bij patiënten boven 60 jaar
  - risico op obstipatie bij gebruik van opioïden
  - risico op osteoporose bij langdurig gebruik van corticosteroiden
  - risico op hypoglycemie bij patiënten boven 70 jaar
  - het stoppen van medicatie
  - hyperkaliëmie
- Een verbeterde farmacotherapie zal aansluiten bij de behoefte van de patiënt en verder bijdragen aan de medicatieveiligheid, het goede geneesmiddel gebruik, de doelmatigheid en het verhelpen van mogelijke onderbehandeling.

**Implementatietraject:**

- N.v.t.

**Geplande vervolprojecten:**

- Niet aangegeven

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

Folder

- [http://www.knmp.nl/downloads/medicijnen-zorgverlening/patientenbegeleiding/kaartmedicijngesprekken\\_def.pdf](http://www.knmp.nl/downloads/medicijnen-zorgverlening/patientenbegeleiding/kaartmedicijngesprekken_def.pdf)

SFK module

- <http://www.sfk.nl/webrapportage/helpdesk/medicijn-gesprekken>

**Nummer: 003 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie:
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Medicatiebeoordeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Verbeterde begeleiding van polyfarmaciepatiënten, zodat een meer optimale farmacotherapie wordt bewerkstelligd, met minder kans op ziekenhuisopnamen. Medicijn Gesprekken vormt een eerste aanzet voor een volwaardige medicatiebeoordeling.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 3 (communicatie zorgverlener-patiënt en zorgverlener-zorgverlener), 4 (communicatie zorgverlener-zorgverlener, risicobewustzijn)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 004****Feitenverzameling:****Titel/naam:** Polyfarmacie, hoe voorkomen we problemen?**Type initiatief:** Cursus**Initiatiefnemer(s):** NHG**Startdatum-einddatum:** Publicatiedatum: 27 juni 2010**Peildatum:** 14 september 2012**Status op peildatum:** Gereed**Doelgroep (type zorgverleners):** Huisartsen**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek; polyfarmacie**Doel:**

- o Het opstellen van polyfarmaciebeleid in de eigen praktijk.

**Implementatietraject:**

- o N.v.t.

**Geplande vervolgprojecten:**

- o Niet aangegeven

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- o Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- o <http://nhg.artsennet.nl/Vervolgcurssussen-EKC/Polyfarmacie-1.htm>

**Nummer: 004 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Geen: het doel is het opstellen van beleid voor polyfarmaciepatiënten. Dit beleid zal uiteindelijk de impact bepalen.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 2 (risicobewustzijn), 4 (risicobewustzijn)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven**

Nummer: 005

**Feitenverzameling:****Titel/naam:** Nascholing Medicatiebeoordeling**Type initiatief:** Nascholing**Initiatiefnemer(s):** IVM**Startdatum-einddatum:** Niet aangegeven**Peildatum:** 1-6-2012**Status op peildatum:** Cursus kan gevolgd worden**Doelgroep (type zorgverleners):** Openbare apotheker, apotheekhoudende huisarts**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek**Doel:**

- o Kennisvergroting op het gebied van medicatieveiligheid/polyfarmacie en het aanleren een goede medicatiebeoordeling, inclusief communicatie met de voorschrijver en patiënt.

**Implementatietraject:**

- o Niet aangegeven

**Geplande vervolprojecten:**

Niet aangegeven

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- o <http://www.medicijngebruik.nl/nl/nascholing-medicatiebeoordeling>



**Nummer: 005 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Medicatiebeoordeling
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Verbeterde begeleiding van polyfarmaciepatiënten, zodat een meer optimale farmacotherapie wordt bewerkstelligd, met minder kans op ziekenhuisopnamen.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 3 (communicatie zorgverlener-patiënt en zorgverlener-zorgverlener), 4 (communicatie zorgverlener-zorgverlener, medicatiebeoordeling, risicobewustzijn)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 006</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Nascholing Medicatieanalyse
<b>Type initiatief:</b>	Cursus
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	IVM
<b>Startdatum-einddatum:</b>	Aangepast: 16 juli 2012
<b>Peildatum:</b>	14 september 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Huisarts, apotheekhoudende huisarts, praktijkondersteuner van de huisarts, apotheker en ziekenhuisapotheker
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek; polyfarmacie
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Het aanleren van een goede medicatieanalyse en het vergroten van de kennis over geneesmiddelgerelateerde problemen.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ N.v.t.</li></ul>
<b>Geplande vervolprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.medicijngebruik.nl/nl/nascholing-medicatieanalyse">http://www.medicijngebruik.nl/nl/nascholing-medicatieanalyse</a></li></ul>

**Nummer: 006 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Medicatiebeoordeling
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Verbeterde begeleiding van polyfarmaciepatiënten, zodat een meer optimale farmacotherapie wordt bewerkstelligd, met minder kans op ziekenhuisopnamen.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 2 (risicobewustzijn), 4 (medicatiebeoordeling, risicobewustzijn)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 007</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Handreiking periodieke medicatiebeoordeling voor zorginstellingen
<b>Type initiatief:</b>	Protocol/checklist
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	IVM
<b>Startdatum-einddatum:</b>	Publicatiedatum: december 2009
<b>Peildatum:</b>	14 september 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Zorginstellingen die - in samenwerking met apothekers en artsen - periodieke medicatiebeoordeling gaan implementeren als onderdeel van de reguliere zorg. Daarnaast kunnen ook besturen, managers, kwaliteitsfunctionarissen en andere medewerkers van zorginstellingen en zorgkoepels gebruik maken van deze handreiking.
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek; polyfarmacie
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Het doel van deze handreiking is het implementeren van periodieke medicatiebeoordeling, door samenwerking van artsen, apothekers en de zorginstelling.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.vilansprojecten.nl/documents/0086%20Handreiking%20PMB%20zorginstellingen.pdf">http://www.vilansprojecten.nl/documents/0086%20Handreiking%20PMB%20zorginstellingen.pdf</a></li></ul>

**Nummer: 007 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie:
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Medicatiebeoordeling
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Deze handreiking heeft geen directe invloed op de medicatieveiligheid: het doel van de handreiking is projectmatige implementatie van medicatiebeoordeling in zorginstellingen. Na implementatie kan de medicatieveiligheid echter wél verbeteren.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 4 (communicatie zorgverlener-zorgverlener, medicatiebeoordeling, risicobewustzijn), 6 (medicatiebewaking)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven**

Nummer: 008

**Feitenverzameling:**

**Titel/naam:** Periodieke medicatiebeoordeling in verzorgingshuizen, werkboek

**Type initiatief:** Protocol/checklist

**Initiatiefnemer(s):** IVM

**Startdatum-einddatum:** april 2009 uitgegeven

**Peildatum:** 1 juni 2012

**Status op peildatum:** Gereed

**Doelgroep (type zorgverleners):** Huisartsen en apothekers

**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek; polyfarmacie

**Doel:**

- o Het ondersteunen van de implementatie van periodieke medicatiebeoordelingen bij bewoners met polyfarmacie in verzorgingshuizen.

**Implementatietraject:**

- o Niet aangegeven

**Geplande vervolgprojecten:**

- o Niet aangegeven

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- o Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- o [http://www.medicijngebruik.nl/sites/default/files/werkb\\_uit\\_per\\_medicatiebeoordeling\\_v\\_erzh\\_20100128\\_s.pdf](http://www.medicijngebruik.nl/sites/default/files/werkb_uit_per_medicatiebeoordeling_v_erzh_20100128_s.pdf)

**Nummer: 008 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie:
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Medicatiebeoordeling
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Dit werkboek heeft geen directe invloed op de medicatieveiligheid: doel van het werkboek is projectmatige implementatie van medicatiebeoordeling in verzorgingshuizen. Na implementatie kan de medicatieveiligheid echter wél verbeteren.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 4 (communicatie zorgverlener-zorgverlener, medicatiebeoordeling, risicobewustzijn), 6 (medicatiebewaking)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 009****Feitenverzameling:**

- Titel/naam:** Periodieke Individuele Analyse Farmacotherapie (PIAF); "nieuwe stijl".
- Type initiatief:** Cursus
- Initiatiefnemer(s):** PAOfarmacie
- Startdatum-einddatum:** oktober 2012 - februari 2013
- Peildatum:** 29 september 2012
- Status op peildatum:** Gereed
- Doelgroep (type zorgverleners):** Openbaar apotheker en poliklinisch apotheker
- Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek; polyfarmacie
- Doel:**
- Kennisvergroting op het gebied van medicatieveiligheid/polyfarmacie en het aanleren een goede medicatiebeoordeling, inclusief communicatie met de voorschrijver en patiënt.
- Implementatietraject:**
- Niet aangegeven
- Geplande vervolgprojecten:**
- Niet aangegeven
- Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**
- Niet aangegeven
- Herkomst van bovengenoemde informatie:**
- PIAF opleiding nieuwe stijl | PAOfarmacie



**Nummer: 009 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Medicatiebeoordeling
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Verbeterde begeleiding van polyfarmaciepatiënten, zodat een meer optimale farmacotherapie wordt bewerkstelligd, met minder kans op ziekenhuisopnamen.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 3 (communicatie zorgverlener-patiënt en zorgverlener-zorgverlener), 4 (communicatie zorgverlener-zorgverlener, medicatiebeoordeling, risicobewustzijn)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 010</b>
<b>Titel/naam:</b>	Zicht op medicatie; medicatieveiligheid en polyfarmacie.
<b>Type initiatief:</b>	Protocol
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	Vilans en IVM, n.a.v. Zorg voor Beter, Verbetertraject Medicatieveiligheid
<b>Startdatum-einddatum:</b>	Niet aangegeven.
<b>Peildatum:</b>	5 april 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Medwerkers in de verpleging en verzorging, thuiszorg, gehandicaptenzorg en GGZ, artsen, apothekers.
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek; polyfarmacie
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Reduceren van het aantal geneesmiddelgerelateerde problemen bij polyfarmaciepatiënten d.m.v. periodieke medicatiebeoordeling.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Niet beschreven</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Vilans en IVM hebben materialen ontwikkeld en bieden begeleiding bij de implementatie van medicatiebeoordelingen in zorginstellingen.</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Ja, hoewel niet onderbouwd: anekdotisch, aan de hand van verhalen van deelnemers (31 teams van 19 zorginstellingen hebben aan een implementatietraject deelgenomen; er wordt verslag gedaan van 7 projecten).</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o <a href="http://www.vilans.nl/docs/producten/ZichtopmedicatieWEB.pdf">http://www.vilans.nl/docs/producten/ZichtopmedicatieWEB.pdf</a></li></ul>

**Nummer: 010 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Medicatiebeoordeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Verbeterde begeleiding van polyfarmaciepatiënten, zodat een meer optimale farmacotherapie wordt bewerkstelligd, met minder kans op ziekenhuisopnamen.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 4 (communicatie zorgverlener-zorgverlener en zorgverlener-patiënt, medicatiebeoordeling, risicobewustzijn)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 011</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Polyfarmacie Optimalisatie Methode (POM).
<b>Type initiatief:</b>	Protocol
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	Ephor
<b>Startdatum-einddatum:</b>	Publicatie: februari 2011
<b>Peildatum:</b>	26 april 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Huisarts, geriater, praktijkondersteuner van de huisarts, apotheker
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek; polyfarmacie
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ POM is een stappenplan dat gebruikt kan worden om op een gestructureerde wijze ingewikkelde polyfarmacie te optimaliseren.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Geplande vervolprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet bekend. Wél wordt aangegeven dat het percentage juiste beslissingen (in vergelijking met de beslissingen van een expert panel) significant steeg van 34,7% in casuïstiek waarbij de POM niet werd gebruikt, naar 48,1% in casuïstiek waar de POM wel gebruikt werd.</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://ephor.artsennet.nl/web/file?uuid=10f9722f-1eea-4d8f-b01f-ce977fcdc5f4&amp;owner=aadd72bc-182e-4ef6-af42-ae4290a9d425">http://ephor.artsennet.nl/web/file?uuid=10f9722f-1eea-4d8f-b01f-ce977fcdc5f4&amp;owner=aadd72bc-182e-4ef6-af42-ae4290a9d425</a></li></ul>

**Nummer: 011 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
- Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging
- Toepassing monitoring/laboratoriumbepaling
- Risicobewustzijn
- Medicatiebeoordeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Verbeterde begeleiding van polyfarmaciepatiënten, zodat een meer optimale farmacotherapie wordt bewerkstelligd, met minder kans op ziekenhuisopnamen.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 4 (medicatiebeoordeling, risicobewustzijn)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 012</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten
<b>Type initiatief:</b>	Beroepsrichtlijn
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	Initiatiefnemers: IGZ en VWS. Opstellers: ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, Nictiz, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, Verenso en ZN. Later aangesloten: FNT, NMT en de VGN.
<b>Startdatum-einddatum:</b>	2006-april 2008
<b>Peildatum:</b>	3 april 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Van kracht. IGZ-toetsing in 1 <sup>e</sup> lijn vanaf 1 januari 2011 en in ziekenhuizen vanaf 1 januari 2013.
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Alle zorgverleners van aangesloten beroepsgroepen, brancheorganisaties en kennisinstellingen. Patiënt heeft een expliciete rol.
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Het voorkomen van fouten bij overdracht van medicatiegegevens en het vergroten van de patiëntveiligheid doordat zorgprofessionals in de samenwerkende keten altijd over een actueel medicatieoverzicht beschikken.</li> </ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<p>Met het oog op de implementatie is het van belang dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ alle zorgverleners en hun softwareleveranciers zich conformeren aan het format medicatieoverzicht, zoals dat 10 november 2010 is opgesteld en zich committeren dat dit zo snel mogelijk wordt uitgerold. Ditzelfde zal gelden voor het landelijk format voor een toedienlijst dat thans wordt opgesteld;</li> <li>○ alle zorgverleners zich conformeren aan het door de stuurgroep vastgestelde juridische kader en eventuele afgeleide juridische protocollen voor de overdracht van medicatiegegevens;</li> <li>○ alle aangesloten partijen de landelijke instrumenten voor ondersteuning van de implementatie uitwisselen c.q. aanbieden aan de andere partijen aan tafel ten behoeve van ketenafstemming;</li> <li>○ alle aangesloten partijen een ICT-plan opstellen waarin gefaseerd staat aangegeven wanneer de door hun zorgverleners gebruikte software voldoet aan de beide formats en de uitwisseling.</li> </ul> <p>Implementatie: Via LESA's en Handreikingen.</p>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ De aangesloten beroepsgroepen, brancheorganisaties en kennisinstellingen hebben zitting in de stuurgroep 'Overdracht van Medicatiegegevens'. Deze stuurgroep is verantwoordelijk voor de vaststelling van de richtlijn, het beheer en eventuele herziening van de richtlijn. De stuurgroep komt jaarlijks bij elkaar onder voorzitterschap van het ministerie van VWS.</li> </ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niet aangegeven</li> </ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="http://medicatieoverdracht.nl/artikelen/raadplegen.asp?display=2&amp;atoom=9008&amp;atoomsrt=2&amp;actie=2&amp;menuitem=189/">http://medicatieoverdracht.nl/artikelen/raadplegen.asp?display=2&amp;atoom=9008&amp;atoomsrt=2&amp;actie=2&amp;menuitem=189/</a></li> </ul>

**Nummer: 012 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Verantwoordelijkheidsverdeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 5 (gebruik van ICT), 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT), 10 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 013****Feitenverzameling:**

- Titel/naam:** LESA Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn
- Type initiatief:** Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA)
- Initiatiefnemer(s):** NHG, KNMP, FNT, NMT, Verenso, ActiVite (op initiatief van IGZ+VWS)
- Startdatum-einddatum:** juni 2009-juli 2010
- Peildatum:** 30 maart 2012
- Status op peildatum:** 1 januari 2011 van kracht. IGZ toetst op naleven afspraak.
- Doelgroep (type zorgverleners):** Huisartsen, apothekers, thuiszorg verpleegkundige of verzorgende, mantelzorger, trombosedienst, specialist oudergeneeskunde, poliklinische voorschrijvers, tandartsen, zorgverleners GGZ, verloskundigen, ziekenhuisapothekers
- Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek.
- Doel:**
- o Doel van de afspraak is te komen tot onderlinge afstemming van verantwoordelijkheden en taken tussen de diverse zorgverleners in de eerste lijn om de samenwerking te verbeteren en om te komen tot invoering van afspraken in de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'.
  - o Het vastleggen van een eenduidig begrippenkader.
- Implementatietraject:**
- o Niet aangegeven
- Geplande vervolgprojecten:**
- o Huisartsen en apothekers worden aangeraden in het FTO en/of regionaal samen met de andere zorgverleners in de eerste lijn de aanbevelingen in de LESA te bespreken, met elkaar werkafspraken te maken en deze vast te leggen in een gezamenlijk protocol. Hiertoe is een checklist en FTO-materiaal ontwikkeld.
- Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**
- o Niet aangegeven
- Herkomst van bovengenoemde informatie:**
- o [http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_richtlijnen/k\\_samenwerking/k\\_lesas.htm/](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_samenwerking/k_lesas.htm/)  
Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn



**Nummer: 013 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-zorgverlener
  - o Zorgverlener-patient
- Medicatiebewaking
- Regie
- Verantwoordelijkheidsverdeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct maar gedeeltelijk: 3 ( Regie, Communicatie zorgverlener-zorgverlener en zorgverlener-patient, gebruik van ICT), 5 (gebruik van ICT, medicatiebewaking), 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener en zorgverlener-patiënt, gebruik van ICT), 7 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener), 9 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener), 10 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 014**

<b>Titel/naam:</b>	Handreikingen voor zes overdrachtssituaties. Bijlage bij de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten.
<b>Type initiatief:</b>	Leidraad
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	Actiz, IGZ, GGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, Nictiz, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, OMS, V&VN, VWS en ZN.
<b>Startdatum-einddatum:</b>	onbekend
<b>Peildatum:</b>	27 april 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Openbaar apotheker, huisarts, medisch specialist, apotheker in zorginstelling, ziekenhuisapotheker
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek.
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ondersteuning van implementatie van de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten door beschrijving van verantwoordelijkheden in zes overdrachtsituaties: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Thuis wonend, met thuiszorg, of wonend in een verzorgingshuis – indien de cliënt de regie over zijn medicatiegebruik geheel of gedeeltelijk heeft overgedragen aan de thuiszorg of het verzorgingshuis</li> <li>2. Consult in de eerste lijn</li> <li>3. Aanmelding/opname in zorginstelling, toegelaten voor de functie behandeling</li> <li>4. Interne overdracht in een zorginstelling</li> <li>5. Ontslag uit instelling naar huis of naar de volgende instelling</li> <li>6. Ambulante behandeling/polikliniek</li> </ol> </li> </ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ N.v.t.</li> </ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niet aangegeven</li> </ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niet aangegeven</li> </ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="http://www.knmp.nl/downloads/organisatie-regelgeving/organisatie-regelgeving-normen-en-richtlijnen/handreikingenvoorzoesoverdrachtssituaties.pdf">http://www.knmp.nl/downloads/organisatie-regelgeving/organisatie-regelgeving-normen-en-richtlijnen/handreikingenvoorzoesoverdrachtssituaties.pdf</a></li> </ul>

**Nummer: 014 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Verantwoordelijkheidsverdeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener en zorgverlener-patiënt)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 015****Feitenverzameling:**

**Titel/naam:** Tandheelkundige medewerkers en de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens, aanbevelingen (concept).

**Type initiatief:** Leidraad

**Initiatiefnemer(s):** NMT

**Startdatum-einddatum:** augustus 2009-?

**Peildatum:** 3 mei 2012

**Status op peildatum:** Niet aangegeven.

**Doelgroep (type zorgverleners):** Tandarts

**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek.

**Doel:**

- o Beschrijving van de verplichtingen die tandartsen hebben in het kader van de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, met aanbevelingen op welke wijze aan deze verplichten kan worden voldaan.

**Implementatietraject:**

- o Niet aangegeven

**Geplande vervolgprojecten:**

- o Niet aangegeven

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- o Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- o <http://www.medicatieoverdracht.nl/artikelen/raadplegen.asp?display=2&atoom=9571&atoomsrt=2&actie=2>

**Nummer: 015 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Verantwoordelijkheidsverdeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Door gebruik te maken van een actueel medicatieoverzicht kunnen problemen tijdens/na de tandheelkundige behandeling worden voorkomen (bv. lang nabloeden, dubbel voorschrijven, voorkomen van zwelling, etcetera). Dit reduceert het aantal medicatiegerelateerde incidenten.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 5 (gebruik van ICT), 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT)
- o Indirect:

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 016****Feitenverzameling:****Titel/naam:** LESA Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis**Type initiatief:** Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak.**Initiatiefnemer(s):** NHG, KNMP/WINAp (op initiatief van IGZ+VWS)**Startdatum-einddatum:** oktober 2007-december 2008**Peildatum:** 30 maart 2012**Status op peildatum:** Per 1 januari 2011 van kracht. IGZ toetst op naleving.**Doelgroep (type zorgverleners):** Huisartsen, apotheken.**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek; polyfarmacie**Doel:**

- Kans op fouten bij de medicatieoverdracht zo klein mogelijk te maken
- Overeenstemming te bereiken over de onderlinge verdeling van verantwoordelijkheden en taken tussen huisarts en apotheker bij de medicatieoverdracht na ontslag uit het ziekenhuis, de samenwerking te verbeteren en zo te komen tot optimale zorg voor de patiënt.
- Het vastleggen van een eenduidig begrippenkader.

**Implementatietraject:**

- Niet aangegeven

**Geplande vervolgprojecten:**

- Huisartsen en apothekers worden aangeraden in het FTO en/of regionaal de aanbevelingen in de LESA te bespreken en met elkaar werkafspraken te maken. Hiertoe is een checklist ontwikkeld die in de LESA is opgenomen.

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- [http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_richtlijnen/k\\_samenwerking/k\\_lesas.htm/](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_samenwerking/k_lesas.htm/)

**Nummer: 016 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-zorgverlener
  - o Zorgverlener-patiënt
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Medicatiebeoordeling
- Medicatiebewaking

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct maar gedeeltelijk: 4 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, medicatiebeoordeling), 5 (gebruik van ICT), 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener en zorgverlener-patiënt, gebruik van ICT, medicatiebewaking)
- o Indirect:-

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 017</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Medicatieoverzicht in de keten
<b>Type initiatief:</b>	IT-applicatie
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	KNMP, ORIA, NVZA
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?-september 2011
<b>Peildatum:</b>	6 april 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Openbaar apotheker, ziekenhuisapotheker, apotheekhoudend huisarts
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek.
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vermijden van medicatiefouten en incidenten door gebruik van een gestandaardiseerd medicatieoverzicht. Met dit gestandaardiseerde medicatieoverzicht kan invulling gegeven worden aan de eis van IGZ dat per 1 januari 2011 zorgprofessionals in de samenwerkende keten altijd over een actueel medicatieoverzicht moeten beschikken.</li> </ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Er wordt aangegeven dat er een implementatieplanning is opgenomen: alle leveranciers van (ziekenhuis)apothekinformatiesystemen werken aan implementatie van het medicatieoverzicht (verwachting gereed: na zomer 2012).</li> </ul>
<b>Geplande vervolprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niet aangegeven</li> </ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niet aangegeven</li> </ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="http://www.oria.nl/Diensten/Dossier%20Medicatieoverzicht/MO%20in%20de%20keten.pdf/view?searchterm=de%20vries">http://www.oria.nl/Diensten/Dossier%20Medicatieoverzicht/MO%20in%20de%20keten.pdf/view?searchterm=de%20vries</a></li> </ul>



**Nummer: 017 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Medicatiebeoordeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 3 (gebruik van ICT), 5 (gebruik van ICT), 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT), 10 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 018****Feitenverzameling:****Titel/naam:** User Requirements Specification Medicatieoverzicht**Type initiatief:** IT-applicatie**Initiatiefnemer(s):** ORIA, KNMP, NVZA**Startdatum-einddatum:** november 2010-april 2011**Peildatum:** 28 april 2012**Status op peildatum:** Gereed**Doelgroep (type zorgverleners):** Openbare apotheken, ziekenhuisapotheken en apotheekhoudende huisartsen**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek.**Doel:**

- Dit document beschrijft de URS voor een uniform en eenduidig medicatieoverzicht, zowel voor inhoud als lay-out, waarmee openbare apothekers en ziekenhuisapothekers dezelfde set van medicatiegegevens met elkaar kunnen uitwisselen.
- De doelstelling is dat in elk apotheekstelsel de functionaliteit wordt ingebouwd om het format te ondersteunen en uitwisseling van de betreffende informatie onderling mogelijk te maken.

**Implementatietraject:**

- De URS wordt ter beschikking gesteld aan openbaar, poli- en ziekenhuis-apothekers en apotheekhoudende huisartsen. Zij dienen dit document te beoordelen en uiteindelijk als branche goed te keuren.
- De URS wordt ter beschikking gesteld aan alle betrokken ICT-leveranciers.

**Geplande vervolgprojecten:**

- Niet aangegeven

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- [http://www.oria.nl/Diensten/Dossier%20Medicatieoverzicht/URS\\_MO\\_april%202011.pdf/view](http://www.oria.nl/Diensten/Dossier%20Medicatieoverzicht/URS_MO_april%202011.pdf/view)
- Bijlage MO\_april 2011 — ORIA

**Nummer: 018 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Medicatiebeoordeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 3 (gebruik van ICT), 5 (gebruik van ICT), 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT), 10 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 019</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Handleiding medicatieoverzicht (MO). Samenvatting op basis van URS MO.
<b>Type initiatief:</b>	Toolkit
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	ORIA.
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?-september 2011
<b>Peildatum:</b>	27 april 2012.
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Openbaar apotheker, ziekenhuisapotheker, apotheekhoudend huisarts
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek.
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Handleiding voor de wijze van vastleggen en het tonen van gegevens in het gestandaardiseerd medicatieoverzicht (op basis van User Requirements Specification Medicatieoverzicht; URS MO).</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ N.v.t.</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven.</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.oria.nl/Diensten/Dossier%20Medicatieoverzicht/Handleiding%20voor%20gebruik%20MO.pdf/view?searchterm=Handleiding+voor">http://www.oria.nl/Diensten/Dossier%20Medicatieoverzicht/Handleiding%20voor%20gebruik%20MO.pdf/view?searchterm=Handleiding+voor</a></li></ul>

**Nummer: 019 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Medicatiebeoordeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 3 (gebruik van ICT), 5 (gebruik van ICT), 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT), 10 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 020</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Praktische handreiking voor gebruik van actueel Medicatieoverzicht
<b>Type initiatief:</b>	Leidraad
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	ORIA
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?-september 2011
<b>Peildatum:</b>	27 april 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Openbare apotheek.
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek.
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ondersteunend t.b.v. werken met actueel medicatieoverzicht (verwerking gegevens en interpretatie gegevens).</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ N.v.t.</li></ul>
<b>Geplande vervolprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.knmp.nl/downloads/medicijnen-zorgverlening/medicatieveiligheid/medicatieoverdracht/PraktischehandreikingMO.pdf">http://www.knmp.nl/downloads/medicijnen-zorgverlening/medicatieveiligheid/medicatieoverdracht/PraktischehandreikingMO.pdf</a></li></ul>

**Nummer: 020 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Medicatiebeoordeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 3 (gebruik van ICT), 5 (gebruik van ICT), 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT), 10 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 021****Feitenverzameling:****Titel/naam:** Protocol Overdracht van medicatiegegevens**Type initiatief:** Protocol**Initiatiefnemer(s):** KNMP**Startdatum-einddatum:** ?-september 2011**Peildatum:** 27 april 2012**Status op peildatum:** Gereed**Doelgroep (type zorgverleners):** Openbare apotheker**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek.**Doel:**

- Ondersteuning van implementatie van de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten. Het protocol is bedoeld voor de niet-elektronische overdracht van medicatiegegevens.

**Implementatietraject:**

- Niet aangegeven

**Geplande vervolgprojecten:**

- Niet aangegeven

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- <http://www.knmp.nl/downloads/medicijnen-zorgverlening/medicatieveiligheid/medicatieoverdracht/KNMPProtocolbijoverdrachtgegevens.pdf>



**Nummer: 021 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Verantwoordelijkheidsverdeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener), 10 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 022****Feitenverzameling:**

**Titel/naam:** Toolkit 'medicatieoverdracht in de openbare apotheek'  
Van intake van een nieuwe patiënt tot na ontslag uit het ziekenhuis: altijd een actueel medicatieoverzicht

**Type initiatief:** Protocol

**Initiatiefnemer(s):** KNMP

**Startdatum-einddatum:** ?-september 2010 (concept versie)

**Peildatum:** 27 april 2012

**Status op peildatum:** Concept

**Doelgroep (type zorgverleners):** Openbaar apotheker

**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek.

**Doel:**

- o Handreiking voor openbare apotheekteams voor de implementatie van de richtlijn Overdracht medicatiegegevens in de keten.

**Implementatietraject:**

Apothekers gaan gefaseerd aan de slag om deze processen te optimaliseren en nemen de nieuwe protocollen op in het kwaliteitstelsel:

1. 1e kwartaal 2010: Start met het verbeteren van de medicatieoverdracht in de apotheek: kies welk proces u als 1e oppakt en voor welke risicopatiënten u dit gaat doen. Neem dit op in uw jaarplan. Bijvoorbeeld de intake.
2. 1e kwartaal 2011: uitvoering van uw aanpak om het 1e proces te implementeren. Voorbereiden van de aanpak voor het 2e proces. Bijvoorbeeld het meegeven van het medicatieoverzicht aan patiënten die een recept komen halen.
3. 2e kwartaal 2011: uitvoering van uw aanpak voor het 2e proces. Voorbereiding van het 3e proces.
4. 3e kwartaal 2011: uitvoering van uw aanpak om ook het 3e proces te implementeren, voorbereiding van het 4e proces.
5. 4e kwartaal: uitvoering van alle processen te gelijk.

**Geplande vervolgprojecten:**

- o Overleg met software-leveranciers over ontwikkeling software medicatieoverzicht.
- o De toolkit staat online op de KNMP site en zal continue worden aangevuld. Met en door opmerkingen en goede voorbeelden van gebruikers.

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- o Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

Concept

- o <http://www.knmp.nl/downloads/medicijnen-zorgverlening/medicatieveiligheid/medicatieoverdracht/toolkitMedicatieoverdracht.pdf>

Samenvatting

- o [http://www.knmp.nl/downloads/medicijnen-zorgverlening/medicatieveiligheid/copy2\\_of\\_ToolkitMedicatieoverdracht.pdf](http://www.knmp.nl/downloads/medicijnen-zorgverlening/medicatieveiligheid/copy2_of_ToolkitMedicatieoverdracht.pdf)

**Nummer: 022 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 5 (gebruik van ICT), 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT), 10 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 023****Feitenverzameling:**

**Titel/naam:** Zorg voor Veilig Module 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'

**Type initiatief:** Protocol/checklist

**Initiatiefnemer(s):** IVM in samenwerking met het landelijke NEO/LVG patiëntveiligheidsprogramma 'Zorg voor Veilig'

**Startdatum-einddatum:** ?-november 2010

**Peildatum:** 5 april 2012

**Status op peildatum:** Gereed

**Doelgroep (type zorgverleners):** Alle zorgaanbieders in de eerste lijn die te maken hebben met voorschrijven, afleveren of toedienen van geneesmiddelen.

**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek.

**Doel:**

- o Het belangrijkste doel van deze module is het reduceren van fouten bij de overdracht van medicatiegegevens en daarmee het vergroten van de patiëntveiligheid.

Met deze module wil men daaraan bijdragen door:

- o het vergroten van de bekendheid van de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten,
- o het optimaliseren van de overdracht van medicatiegegevens in de keten van zorgaanbieders door middel van het maken van duidelijke en bindende afspraken.

**Implementatietraject:**

- o Niet aangegeven.

**Geplande vervolgprojecten:**

- o Niet aangegeven.

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- o Niet aangegeven. Wel wordt de stap "Evaluatie en borging" genoemd: 'Het is zinvol om zowel een procesevaluatie als een effectevaluatie uit te voeren aan het eind van het verbetertraject.'

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- o Module 'Overdracht medicatiegegevens' | Zorg voor Veilig

**Nummer: 023 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Verantwoordelijkheidsverdeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 5 (gebruik van ICT), 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT), 10 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 024</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	KNMP Richtlijn farmaceutische zorg bij ontslag uit het Ziekenhuis. Samenvattingkaart
<b>Type initiatief:</b>	Beroepsrichtlijn
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	KNMP
<b>Startdatum-einddatum:</b>	Mei 2011 geactualiseerd
<b>Peildatum:</b>	4 april 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Richtlijn versie 1.0 (31/12/2012) heeft nog commentaar, referentie en autorisatie van de Wetenschappelijke Sectie Openbaar apothekers (WSO) van de KNMP.
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Openbaar apotheker
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Zorg dragen voor veilige en effectieve overgang van de farmaceutische zorg van een patiënt bij ontslag uit het ziekenhuis of een andere zorginstelling naar de thuissituatie.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven.</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven.</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven.</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.knmp.nl/organisatie-regelgeving/normen-en-richtlijnen/richtlijnen/farmaceutische-zorg-bij-ontslag-uit-het-ziekenhuis">http://www.knmp.nl/organisatie-regelgeving/normen-en-richtlijnen/richtlijnen/farmaceutische-zorg-bij-ontslag-uit-het-ziekenhuis</a></li></ul>

**Nummer: 024 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Medicatiebeoordeling
- Verantwoordelijkheidsverdeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 6 (Gebruik van ICT, Communicatie zorgverlener-zorgverlener en zorgverlener-patiënt, Medicatiebewaking)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 025</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	KNMP richtlijn Patiëntendossier
<b>Type initiatief:</b>	Beroepsrichtlijn
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	KNMP
<b>Startdatum-einddatum:</b>	Juli 2012 geactualiseerd
<b>Peildatum:</b>	24 september 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Richtlijn versie juli 2012 heeft nog referentie en autorisatie van de Wetenschappelijke Sectie Openbaar apothekers (WSO) van de KNMP.
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Openbaar apotheker
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Om farmaceutische zorgvragen op een veilige en verantwoorde wijze af te handelen heeft de apotheker voor iedere individuele patiënt een patiëntendossier nodig. Zonder dit dossier is het niet mogelijk gestructureerde zorg- en preventietaken uit te voeren.</li><li>○ Daarnaast is het vastleggen van patiëntengegevens in het patiëntendossier van belang voor andere zorgtaken van de apotheker en activiteiten binnen de apotheekorganisatie.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven.</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven.</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven.</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Richtlijn patientendossier-juli2012 — knmp.nl</li></ul>



**Nummer: 025 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Medicatiebeoordeling
- Toepassing monitoring/laboratoriumbepaling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Verbeteren van de kwaliteit en volledigheid van medicatiegegevens en andere gegevens in het patiëntendossier. Door duidelijke aanwijzingen voor de opbouw en op te nemen gegevens in het farmaceutische patiëntendossier, kunnen belangrijke zorgprocessen, zoals ter handstellen, medicatiebewaking, patiëntbegeleiding, aandoeningspecifieke zorg, medicatiebeoordelingen, palliatieve zorg of periodieke screening op geneesmiddelgerelateerde problemen worden verbeterd. Daarmee wordt naar verwachting tevens de medicatieveiligheid verbeterd.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 5 (Gebruik van ICT, Medicatiebewaking), 6 (Gebruik van ICT, Medicatiebewaking)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 026****Feitenverzameling:**

**Titel/naam:** Richtlijn Zorg voor patiënten met geneesmiddelen die extra begeleiding bij de toediening thuis vragen

**Type initiatief:** Beroepsrichtlijn

**Initiatiefnemer(s):** KNMP, NVZA, NVPF

**Startdatum-einddatum:** Mei 2011 geactualiseerd.

**Peildatum:** 4 april 2012

**Status op peildatum:** Richtlijn versie 1.0 (31/12/2012) heeft nog commentaar, referentie en autorisatie van de Wetenschappelijke Sectie Openbaar apothekers (WSO) van de KNMP. Het document wordt nog verder ontwikkeld (notenstelsel) en afgestemd met de V&VN op het gebied van de verpleegkundige handelingen.

**Doelgroep (type zorgverleners):** Openbaar apotheker

**Type medicatie (in ATC-terminologie):**

- o Geneesmiddelen die in de thuissituatie worden gebruikt en extra begeleiding thuis vergen (met name parenteralia).

**Doel:**

- o In de richtlijn 'Zorg voor patiënten met geneesmiddelen die extra begeleiding bij de toediening thuis vragen' staat wat de farmaceutische zorgverlening van de apotheker inhoudt voor mensen die geneesmiddelen gebruiken waarbij de toediening thuis extra aandacht vraagt. De richtlijn beschrijft de handelingen die de apotheker uitvoert opdat deze patiëntengroep met deze zorgvraag goede farmaceutische zorg ontvangt

**Implementatietraject:**

- o Niet aangegeven.

**Geplande vervolgprojecten:**

- o Niet aangegeven.

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- o Niet aangegeven.

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- o <http://www.knmp.nl/downloads/organisatie-regelgeving/organisatie-regelgeving-normen-en-richtlijnen/rl-begeleiding-thuistoediening-beschrijving>

**Nummer: 026 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Verantwoordelijkheidsverdeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Verbetering kwaliteit van farmaceutische zorg, inclusief het voorkomen van medicatiefouten, interacties, contraindicaties, dubbelmedicatie, etcetera.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 6 (Gebruik van ICT, Communicatie zorgverlener-zorgverlener en zorgverlener-patiënt, Medicatiebewaking)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 027****Feitenverzameling:**

<b>Titel/naam:</b>	Spoorboekje voor medicatieoverdracht
<b>Type initiatief:</b>	Checklist
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	Initiatiefnemers: IGZ en VWS. Opstellers: ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, Nictiz, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, Verenso en ZN. Later aangesloten: FNT, NMT en de VGN.
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?-november 2009
<b>Peildatum:</b>	26 april 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	huisarts, medisch specialist, openbaar apotheker, ziekenhuisapotheker, tandarts, verloskundige, specialist ouderengeneeskunde, psychiater, apotheekhoudend huisarts, trombosedienst, verpleging/verzorging
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Het aanreiken van handvatten voor implementatie van de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten.</li> </ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ N.v.t.</li> </ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niet aangegeven.</li> </ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niet aangegeven.</li> </ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="http://www.zorgvoorveilig.nl/FTP_NHG/3/Spoorboekje%20medicatieoverdracht.pdf">http://www.zorgvoorveilig.nl/FTP_NHG/3/Spoorboekje%20medicatieoverdracht.pdf</a></li> </ul>

**Nummer: 027 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Verantwoordelijkheidsverdeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 5 (gebruik van ICT), 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT), 10 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT)
- o Indirect: -

Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven	Nummer: 028
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Medicatieverificatie bij opname en ontslag
<b>Type initiatief:</b>	Protocol/checklist
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	OMS, V&VN, NFU en NVZ
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?-januari 2008
<b>Peildatum:</b>	27 april 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Ziekenhuisapotheker, apothekersassistente, verpleegkundige, verzorgende, farmaceutisch consulent, pharmacy practitioner (in het ziekenhuis)
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Het zetten van een succesvolle in de richting van de doelstelling om '50% reductie van vermijdbare onbedoelde schade' te bereiken.</li> </ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Naast deze gids worden de aanbevelingen van de expertgroep gepresenteerd en toegelicht tijdens drie landelijke conferenties.</li> <li>o Er worden stappen en tips gegeven voor implementatie van de interventie in het ziekenhuis.</li> </ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Niet aangegeven.</li> </ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Niet aangegeven.</li> <li>o Onderdeel van de interventie is het registreren en meten van het naleven van de interventie. Deze informatie dient elk kwartaal te worden aangeleverd aan het landelijk Veiligheidsprogramma. Echter, het VMS Veiligheidsprogramma is per 1 januari 2012 gestopt met de Themamonitor.</li> </ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o <a href="http://www.vmszorg.nl/Documents/Tools_Extras/Thema's/Medicatieverificatie/web_2008.0101_praktijkgids_medverificatie.pdf">http://www.vmszorg.nl/Documents/Tools_Extras/Thema's/Medicatieverificatie/web_2008.0101_praktijkgids_medverificatie.pdf</a></li> </ul>

**Nummer: 028 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Verantwoordelijkheidsverdeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 5 (gebruik van ICT), 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT), 10 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, gebruik van ICT)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 029</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Workshop Farmaceutische opname- en ontslaggesprekken
<b>Type initiatief:</b>	Workshop
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	De Bode
<b>Startdatum-einddatum:</b>	22 maart, 6 juni en 1 november 2012
<b>Peildatum:</b>	28 september 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Ziekenhuisapothekersassistenten
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Doelstelling is het professionaliseren van farmaceutische intakegesprekken door de apothekersassistenten door in een workshop de communicatie tussen apothekersassistent en patiënt te verbeteren.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ N.v.t.</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ De Bode Nascholingen • Trainingen op maat, gegeven met passie - W3 Workshop Farmaceutische opname- en ontslaggesprekken</li></ul>



**Nummer: 029 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Door het houden van opname- en ontslaggesprekken zal beter in kaart worden gebracht welke medicatie de patiënt gebruikt (bij opname) of moet gebruiken (bij ontslag). Dit zal de medicatieveiligheid verhogen (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 6 (Communicatie zorgverlener-patiënt)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 030****Feitenverzameling:**

**Titel/naam:** Handreiking Overdracht van medicatiegegevens in de praktijk

**Type initiatief:** Checklist

**Initiatiefnemer(s):** · IVM

**Startdatum-einddatum:** ?- januari 2011

**Peildatum:** 28 september 2012

**Status op peildatum:** Gereed

**Doelgroep (type zorgverleners):** Zorgcoördinatoren in verpleeg-/verzorgingshuizen en thuiszorg

**Type medicatie (in ATC-terminologie):** · Niet specifiek

**Doel:**

- Deze handreiking biedt duidelijkheid over met name de taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen en verzorgenden bij de overdracht van medicatiegegevens in de praktijk. In samenwerking met artsen, apothekers en andere zorgverleners kan op deze manier worden gewerkt aan een optimale situatie bij de overdracht van medicatiegegevens.

**Implementatietraject:**

- Niet aangegeven

**Geplande vervolgprojecten:**

- Niet aangegeven

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- Overdracht van medicatiegegevens in de praktijk, 2011 - Verpleging, verzorging en thuiszorg - Werkmaterialen - Webshop IVM

**Nummer: 030 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-zorgverlener
  - o Zorgverlener-patiënt
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten bij overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener en zorgverlener-patiënt)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 031</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	E-learning: Duidelijkheid over medicijngebruik
<b>Type initiatief:</b>	Cursus
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	IVM
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?-24 augustus 2012
<b>Peildatum:</b>	28 september 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Begeleider werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, voor sociaal maatschappelijk dienstverlener, verzorgenden of medewerker maatschappelijke zorg
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Zorgverleners kunnen beter gevaarlijke situaties herkennen en medicijngebruik van de cliënten beter laten verlopen. Hiermee kan een bijdrage geleverd worden aan het voorkomen van fouten met medicijnen.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ N.v.t.</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.medicijngebruik.nl/nl/elo-duidelijkheid-medicijngebruik">http://www.medicijngebruik.nl/nl/elo-duidelijkheid-medicijngebruik</a></li></ul>

**Nummer: 031 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Doordat zorgverleners beter op de hoogte zijn van de belangrijkste risico's met betrekking tot geneesmiddelengebruik en beter gevaarlijke situaties kunnen herkennen, wordt de medicatieveiligheid verhoogd.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1d (Risicobewustzijn), 1e (Risicobewustzijn), 2 (Risicobewustzijn)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 032****Feitenverzameling:****Titel/naam:** E-learning: Zelfzorgmedicijnen**Type initiatief:** Cursus**Initiatiefnemer(s):** IVM**Startdatum-einddatum:** 24 augustus 2012**Peildatum:** 28 september 2012**Status op peildatum:** Gereed**Doelgroep (type zorgverleners):** Verzorgenden en verpleegkundigen in verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek**Doel:**

- De zorgverlener leert problemen met zelfzorggeneesmiddelen die specifiek bij ouderen frequent voorkomen te vermijden.

**Implementatietraject:**

- N.v.t.

**Geplande vervolprojecten:**

- Niet aangegeven

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- <http://www.medicijngebruik.nl/nl/elo-zelfzorgmedicijnen>

**Nummer: 032 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Doordat zorgverleners beter op de hoogte zijn van zelfzorgmedicijnen en hun verantwoordelijkheid kennen kunnen ze beter signaleren wanneer risico's ontstaan bij het gebruik van zelfzorgmedicijnen. Hierdoor zal de medicatieveiligheid verhogen.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1d (Risicobewustzijn), 1e (Risicobewustzijn), 2 (Risicobewustzijn)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 033</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Patiëntveiligheidskaarten
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Veilig medicijngebruik: tips voor cliënt &amp; tips voor verzorgende(n).</li> <li>2. Help mee aan veilig medicijngebruik bij de trombosedienst</li> <li>3. Zorg voor een actueel medicatieoverzicht.</li> <li>4. Naar het ziekenhuis? Neem altijd uw medicatieoverzicht mee!</li> <li>5. Naar een GGZ-instelling? Neem altijd uw medicatieoverzicht mee!</li> </ol>
<b>Type initiatief:</b>	Checklist
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	NPCF
<b>Startdatum-einddatum:</b>	2010 - ?
<b>Peildatum:</b>	25 april 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Patiënt/mantelzorger en verzorgenden
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek; acenocoumarol en fenprocoumon (B01AA; patiëntkaart 2)
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Verminderen van medicijnincidenten.</li> </ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Niet aangegeven</li> </ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Er worden nog steeds kaarten, vooral ziektespecifieke kaarten, ontwikkeld.</li> </ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<p>Evaluatie in 2009:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Uit een onderzoek uitgevoerd door NPCF, Isala Klinieken, UMC Utrecht, LEVV en OMS is gebleken dat patiënten van mening zijn dat de kaart effect heeft. Het is echter vrijwel onmogelijk om het effect van de kaart te scheiden van het effect van andere interventies. Anecdotisch bewijs wordt geleverd door verpleegkundigen die opmerken dat bij het uitdelen van medicijnen patiënten eerder navraag doen.</li> <li>o Naast het effect op de patiënt wordt uit diverse bronnen vernomen dat de kaart ook effect heeft op de medewerkers. Vaak is de kaart mede ingevoerd vanwege dit effect. Sommige instellingen brengen de kaart via diverse kanalen (posters, artikelen in personeelsblad, placemats in personeelsrestaurant) en op verschillende momenten onder de aandacht.</li> </ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o <a href="http://www.mijnzorgveilig.nl/kaart/medicatie/index.php">http://www.mijnzorgveilig.nl/kaart/medicatie/index.php</a></li> <li>o <a href="http://www.mijnzorgveilig.nl/links/documents/PatVeiligheidskaartEvalverslag0909klein.pdf">http://www.mijnzorgveilig.nl/links/documents/PatVeiligheidskaartEvalverslag0909klein.pdf</a></li> </ul>



**Nummer: 033 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Vermindering aantal medicatie gerelateerde incidenten.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1d (Risicobewustzijn)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 034</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Naar het ziekenhuis? Neem altijd uw medicatieoverzicht mee!
<b>Type initiatief:</b>	Communicatietool
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	NVZ, NVZA, KNMP en FNT in samenwerking met de NPCF
<b>Startdatum-einddatum:</b>	14-18 november 2011
<b>Peildatum:</b>	24 mei 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Afgerond
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Poliklinische patiënten
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Deze campagne had als doel poliklinische patiënten te stimuleren om zelf verantwoordelijkheid te nemen en actief een medicatieoverzicht te halen bij hun openbare apotheek als ze naar het ziekenhuis gaan.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 1e lijns zorgverleners en ziekenhuizen hingen een poster op in publieksruimtes en deelden de patiëntveiligheidskaart 'Veilig het ziekenhuis in en uit' uit.</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.vumc.nl/zorg/nieuws/6722980/">http://www.vumc.nl/zorg/nieuws/6722980/</a></li><li>○ <a href="http://www.vmszorg.nl/Actueel/111027-Landelijke-publiekscampagne-medicatieoverzicht">http://www.vmszorg.nl/Actueel/111027-Landelijke-publiekscampagne-medicatieoverzicht</a></li></ul>

**Nummer: 034 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Vermindering aantal medicatie gerelateerde incidenten.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1d (Risicobewustzijn)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 035</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Bewaarkaart medicijnen en gezondheid
<b>Type initiatief:</b>	Checklist
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	IVM i.s.m. LOC Zeggenschap in zorg
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?-oktober 2011
<b>Peildatum:</b>	1 juni 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Cliëntenraden van organisaties in de verzorging, verpleging en thuiszorg
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Bewustwording en empowerment van patiënten rond medicatieveiligheid.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.medicijngebruik.nl/sites/default/files/loc-bewaarkaartmedicijnen-def.pdf">http://www.medicijngebruik.nl/sites/default/files/loc-bewaarkaartmedicijnen-def.pdf</a></li></ul>

**Nummer: 035 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Vermindering aantal medicatie gerelateerde incidenten.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1d (Risicobewustzijn)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 036</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Handboek medicijnen en gezondheid
<b>Type initiatief:</b>	Checklist
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	IVM i.s.m. LOC Zeggenschap in zorg
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?-oktober 2011
<b>Peildatum:</b>	28 september 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Cliëntenraden van organisaties in de verzorging, verpleging en thuiszorg
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Bewustwording en empowerment van patiënten rond medicatieveiligheid.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.medicijngebruik.nl/sites/default/files/loc-sec-handboekmedicijnen-def.pdf">http://www.medicijngebruik.nl/sites/default/files/loc-sec-handboekmedicijnen-def.pdf</a></li></ul>

**Nummer: 036 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Vermindering aantal medicatie gerelateerde incidenten.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1d (Risicobewustzijn)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 037</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	LESA Antistolling
<b>Type initiatief:</b>	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA)
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	KNMP, NHG, FNT, NMT
<b>Startdatum-einddatum:</b>	mei 2009-oktober 2010
<b>Peildatum:</b>	30 maart 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Huisarts, apotheker, trombosedienst, tandarts en eventueel zorgverleners in de 2 <sup>e</sup> lijn.
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Antitrombotica (B01A)
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Het doel is handvatten te geven voor de samenwerking en onderlinge verdeling van verantwoordelijkheden en taken tussen huisarts, apotheker, trombosedienst en tandarts bij antistollingsbehandeling om vermijdbare bloedingen en trombose te voorkomen.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_samenwerking/k_lesas.htm">http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_samenwerking/k_lesas.htm</a> Antistolling</li></ul>



**Nummer: 037 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Voorschrijfgedrag
- Toepassing monitoring/laboratoriumbepaling
- Verantwoordelijkheidsverdeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Een grondige afstemming tussen diverse zorgverleners zal het risico op vermijdbare complicaties ten gevolge van antistolling verlagen en daarmee potentieel het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: 8 (Voorschrijfgedrag, Risicobewustzijn)
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 7 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener en zorgverlener-patiënt, Medicatiebewaking), 9 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener), 10 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, Medicatiebewaking), 13 (Voorschrijfgedrag, Medicatiebewaking), 14 (Voorschrijfgedrag, Medicatiebewaking), 15 (Voorschrijfgedrag, Medicatiebewaking), 16 (Medicatiebewaking)
- o Indirect:-

**Opmerking:**

De LESA bevat een checklist voor het maken van onderlinge afspraken. Onderdelen van de LESA (los uitgegeven) zijn:

- Kennisdocument bij LESA Antistolling
- Taken en verantwoordelijkheid Trombosedienststartsen
- Taken en verantwoordelijkheden Apotheker
- Taken en verantwoordelijkheden Tandarts

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 038</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Zorg voor Veilig Module Antistolling in de keten
<b>Type initiatief:</b>	Checklist
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	IVM in samenwerking met het landelijke NEO/LVG patiëntveiligheidsprogramma 'Zorg voor Veilig'.
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?-november 2010
<b>Peildatum:</b>	5 april 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Apotheker, huisarts, tandarts, trombosedienst, verpleging en verzorging in thuiszorg en verzorgingshuizen; eventueel andere betrokkenen, zoals medisch specialisten en specialisten ouderenzorg.
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Antitrombotica (B01A)
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ De kans op problemen bij patiënten met antistollingsmedicatie verlagen door goede samenwerking, goede communicatie en het maken van afspraken met andere relevante zorgverleners.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.zorgvoorveilig.nl/sites/default/files/mod_antistolling_in_de_keten_20110718_s.pdf">http://www.zorgvoorveilig.nl/sites/default/files/mod_antistolling_in_de_keten_20110718_s.pdf</a></li></ul>

**Nummer: 038 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Voorschrijfgedrag
- Toepassing monitoring/laboratoriumbepaling
- Verantwoordelijkheidsverdeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

Een grondige afstemming tussen diverse zorgverleners zal het risico op vermijdbare complicaties ten gevolge van antistolling verlagen en daarmee potentieel het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 7 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener en zorgverlener-patiënt), 9 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener), 10 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, Medicatiebewaking), 13 (Voorschrijfgedrag, Medicatiebewaking), 14 (Voorschrijfgedrag, Medicatiebewaking), 15 (Voorschrijfgedrag, Medicatiebewaking), 16 (Medicatiebewaking)
- o Indirect:-

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>		<b>Nummer: 039</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>		
<b>Titel/naam:</b>	Behandelaarschap = Meesterschap = Vakmanschap + Samenwerking. Rollen en verantwoordelijkheden bij de behandeling met Vitamine K-antagonisten.	
<b>Type initiatief:</b>	Leidraad	
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	FNT en de Stuurgroep Keten Antistollingsbehandeling	
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?-mei 2011	
<b>Peildatum:</b>	25 maart 2012	
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed	
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Huisarts, internist, apotheker, ziekenhuisapotheker, cardioloog, anesthesioloog, kinderarts, trombosedienst, tandarts, geriater	
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Vitamine K-antagonisten (VKA; B01AA)	
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Doel is het begrip behandelaarschap in de antistollingsketen duidelijk te definiëren en duidelijkheid te creëren over de vraag wie in bepaalde situaties de regie heeft rondom de antistollingsbehandeling. Het document beoogt duidelijkheid te creëren over zowel de vormgeving van de continue hoofdrol, de voorwaarden voor de incidentele nevenrol en de integratie van beide rollen tot één groot begrip behandelaarschap.</li> </ul>	
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Niet aangegeven</li> </ul>	
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Niet aangegeven</li> </ul>	
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Niet aangegeven</li> </ul>	
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o <a href="http://www.fnt.nl/media/docs/documenten/behandelbaarschap_mei2011.pdf">http://www.fnt.nl/media/docs/documenten/behandelbaarschap_mei2011.pdf</a></li> </ul>	

**Nummer: 039 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Regie
- Verantwoordelijkheidsverdeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Een grondige afstemming tussen diverse zorgverleners zal het risico op vermijdbare complicaties ten gevolge van antistolling verlagen en daarmee potentieel het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 4 (Verantwoordelijkheidsverdeling), 7 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener), 9 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener), 10 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 040</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Zorg voor Veilig Module 'Maagprotectie'
<b>Type initiatief:</b>	Protocol/checklist
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	IVM in samenwerking met het landelijke NEO/LVG patiëntveiligheidsprogramma 'Zorg voor Veilig'.
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?- april 2010
<b>Peildatum:</b>	5 april 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Huisarts en apotheker
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Middelen bij ulcus pepticum en gastro-oesofageale reflux (A02B), NSAIDs (M01A) en trombocytenuitstroomremmers (B01AC)
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Deze Zorg voor Veilig module 'Maagprotectie' beschrijft een FTO-aanpak voor het signaleren en voorkomen van maagschade als gevolg van NSAID's en trombocytenuitstroomremmers in de praktijk.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Niet aangegeven</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o <a href="http://www.zorgvoorveilig.nl/sites/default/files/Zorg voor Veilig module Maagprotectie.pdf">http://www.zorgvoorveilig.nl/sites/default/files/Zorg voor Veilig module Maagprotectie.pdf</a></li></ul>

**Nummer: 040 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Voorschrijfgedrag
- Medicatiebewaking
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Het voorkómen van maagschade als gevolg van NSAID's en trombocytenuitstroomremmers kan in potentie leiden tot minder geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 14 (Voorschrijfgedrag, Medicatiebewaking, Risicobewustzijn), 15 (Voorschrijfgedrag, Medicatiebewaking, Risicobewustzijn)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 041</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Implementatie medicatieveiligheid bij verminderde nierfunctie
<b>Type initiatief:</b>	Cursus
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	PAOfarmacie
<b>Startdatum-einddatum:</b>	5 juni - 22 november 2012
<b>Peildatum:</b>	2 mei 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Openbaar apotheker
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Het aanreiken van handvatten voor de praktische implementatie van het verbeteren van de medicatieveiligheid bij verminderde nierfunctie in de openbare apotheek.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Geplande vervolprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.paofarmacie.nl/uploads/files/folder_NierFunctie_def[1].pdf">http://www.paofarmacie.nl/uploads/files/folder_NierFunctie_def[1].pdf</a></li></ul>



**Nummer: 041 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Voorschrijfgedrag
- Medicatiebewaking
- Risicobewustzijn
- Verantwoordelijkheidsverdeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Een verbeterde medicatiebewaking op nierfunctie zal een gunstige invloed hebben op medicatieveiligheid.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 27 (Medicatiebewaking), 28 (Medicatiebewaking, Risicobewustzijn), 29 (Medicatiebewaking, Risicobewustzijn)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 042****Feitenverzameling:**

**Titel/naam:** KNMP richtlijn Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm.

**Type initiatief:** Beroepsrichtlijn

**Initiatiefnemer(s):** KNMP

**Startdatum-einddatum:** ?-juli 2012

**Peildatum:** 30 september 2012

**Status op peildatum:** Gereed

**Doelgroep (type zorgverleners):** Openbaar apotheker

**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek

**Doel:**

- Oplossingen bieden voor patiënten die hun geneesmiddelen door inadequaat zelfmanagement niet (meer) goed gebruiken.

**Implementatietraject:**

- Niet aangegeven

**Geplande vervolgprojecten:**

- Niet aangegeven

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- <http://www.knmp.nl/organisatie-regelgeving/normen-en-richtlijnen/richtlijnen/richtlijn-geindividualiseerde-distributievormen>

**Nummer: 042 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Therapietrouw

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Het zelfmanagement van de patiënt wordt zo veel mogelijk in stand gehouden en het risico op verkeerde/niet innemen wordt voorkomen.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1c (Therapietrouw)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 043</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	HARM-Wrestling cyclus 2012
<b>Type initiatief:</b>	Cursus
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	PAOfarmacie
<b>Startdatum-einddatum:</b>	24 januari - 29 mei 2012
<b>Peildatum:</b>	2 mei 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Openbaar apotheker en ziekenhuisapotheker
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Trombocytenaggregatieremmers (B01AC), orale anticoagulantia (B01AA), NSAIDs (M01A), bloedglucoseverlagende middelen (A10), digoxine (C01AA05), sotalol (C07AA07)
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Kennisvergroting en risicobewustzijn: de cyclus gaat in op de meest voorkomende bijwerkingen die tot vermijdbare ziekenhuisopnamen kunnen leiden. Er wordt ingegaan op de farmacotherapeutische achtergronden en factoren die bijwerkingen kunnen uitlokken. Daarna worden aanbevelingen besproken om bijwerkingen te voorkomen.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.paofarmacie.nl/uploads/files/folder_HARM-Wrestling_cyclus_2012[1].pdf">http://www.paofarmacie.nl/uploads/files/folder_HARM-Wrestling_cyclus_2012[1].pdf</a></li></ul>

**Nummer: 043 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Voorschrijfgedrag
- Medicatiebewaking
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Voorkomen bijwerkingen. Verbetering kwaliteit van farmaceutische zorg, inclusief het voorkomen van medicatiefouten, interacties, contraindicaties, dubbelmedicatie, etcetera.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 10 (Medicatiebewaking), 13 (Medicatiebewaking), 27 (Medicatiebewaking), 28 (Medicatiebewaking, Risicobewustzijn), 29 (Medicatiebewaking, Risicobewustzijn), 36 (Communicatie zorgverlener-patiënt), 39 (Medicatiebewaking)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>		<b>Nummer: 044</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>		
<b>Titel/naam:</b>	Veilige principes in de medicatieketen verpleging – verzorging – thuiszorg.	
<b>Type initiatief:</b>	Checklist	
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	Task Force Medicatieveiligheid Care, bestaande uit vertegenwoordigers van ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF en V&VN.	
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?-maart 2012	
<b>Peildatum:</b>	6 april 2012	
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed	
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Huisarts, specialist ouderengeneeskunde, apotheker, thuiszorgorganisaties en medewerkers, zorgorganisaties V&V en medewerkers, cliënt/patiënt en zijn mantelzorger	
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek	
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ In de 'Veilige principes' is beschreven wat is wiens taak en verantwoordelijkheid, en wat is in beginsel veilig in het medicatieproces? De inzet is dat de 'Veilige principes' de zorgorganisaties, artsen en apothekers in de lokale situatie ondersteunen en inspireren om met elkaar afspraken te maken over een veilig medicatieproces.</li> </ul>	
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niet aangegeven</li> </ul>	
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ De 'veilige principes' zijn een ontwikkeltraject: gaandeweg kunnen zaken worden aangescherpt of aangevuld op basis van ervaringen in het veld. De Task Force Medicatieveiligheid vormt zich daartoe om tot een Platform Medicatieveiligheid. De landelijke partijen willen blijven samenwerken en het toepassen van de 'Veilige principes' stimuleren en blijven volgen.</li> </ul>	
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niet aangegeven</li> </ul>	
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="http://www.actiz.nl/website/onderwerpen/medicatieveiligheid">http://www.actiz.nl/website/onderwerpen/medicatieveiligheid</a></li> </ul>	

**Nummer: 044 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Richtlijnavolging
- Medicatiebeoordeling
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Reductie van fouten in de medicatieketen, bijvoorbeeld bij de overdracht van medicatiegegevens van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder. Deze reductie zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijf-, aflever- en toedienproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 3 (Verantwoordelijkheidsverdeling, Communicatie zorgverlener-patiënt en zorgverlener-zorgverlener, Gebruik van ICT), 4 (Medicatiebeoordeling), 5 (Gebruik van ICT), 6 (Communicatie zorgverlener-zorgverlener, Gebruik van ICT)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven**

Nummer: 045

**Feitenverzameling:****Titel/naam:** Toolkit Zorg zelf voor Betere Medicatieveiligheid**Type initiatief:** Toolkit**Initiatiefnemer(s):** Vilans**Startdatum-einddatum:** ? – juli 2011**Peildatum:** 29 september 2012**Status op peildatum:** Gereed**Doelgroep (type zorgverleners):** Zorgorganisaties**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek; polyfarmacie**Doel:**

- o Het voorkomen van schade aan cliënten ten gevolge van fouten in het medicatieproces. Het streven is om het aantal medicatie-incidenten in de betreffende organisatie omlaag te bengen met tenminste 30%.

**Implementatietraject:**

- o Gefaseerde aanpak met diverse modules:
  - Start: Hoe zet ik een verbetertraject Medicatieveiligheid op?
  - Hoe verbeter ik eigen beheer van medicatie?
  - Hoe verbeter ik het registreren en aftekenen van medicatie?
  - Hoe verminder ik het aantal storingen tijdens de medicatiedeelronde?
  - Hoe optimaliseer ik het medicatiegebruik van cliënten met polyfarmacie?
  - Hoe ga ik om met geautomatiseerde distributiesystemen?
  - Hoe vergroot ik de kennis van mijn medewerkers op het gebied van medicatieveiligheid?

**Geplande vervolprojecten:**

- o Niet aangegeven

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- o Organisaties die deelnamen aan verbetertrajecten medicatieveiligheid in het Zorg voor Beter programma hebben de volgende resultaten bereikt (anekdotisch):
  - De medicatie-incidenten zijn met ruim 50 % teruggebracht.
  - De medewerkers zijn meer incidenten gaan melden (waardoor meer inzicht in verbetermogelijkheden is verkregen).
  - Er is gewerkt aan een betere informatieverstrekking aan cliënten over het gebruik van hun medicijnen.
  - Er is meer bewustzijn ontstaan over de verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines in het gehele medicatieproces.
- o Bij aanvang van het verbetertraject wordt een nulmeting gedaan.

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- o Toolkit Zorg zelf voor Betere Medicatieveiligheid - Vilans



**Nummer: 045 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Medicatiebeoordeling
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o De impact is al aangetoond voor deelnemende organisaties: zie hierboven, onder Feitenverzameling.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1e (Risicobewustzijn), 2 (Risicobewustzijn), 4 (Medicatiebeoordeling, Risicobewustzijn)
- o Indirect: 1g (Veiligheidsmanagement: Inventarisatie van risico's)

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 046</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Werkplaats medicatieveiligheid
<b>Type initiatief:</b>	Workshop
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	Vilans
<b>Startdatum-einddatum:</b>	Niet aangegeven
<b>Peildatum:</b>	15 juni 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gestart
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Verzorgenden en verpleegkundigen in langdurige zorg
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Het vergroten van de medicatieveiligheid in de thuissituatie en het verzorgingshuis door ervaringen uit te wisselen met het werkveld en deze ervaring te schriftelijk bruikbaar te maken voor het veld.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ N.v.t.</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Opstarten van een kennisplein (website Zorg voor Beter Kennisplein VVT).</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.vilans.nl/Pub/Home/Over-Vilans/Over-Vilans-Nieuws/Nieuwsbrief-Nieuwsoverzicht/Gezocht!-Verzorgenden-en-verpleegkundigen-die-meedenken.html?highlight=medicatieveiligheid&amp;search=1">http://www.vilans.nl/Pub/Home/Over-Vilans/Over-Vilans-Nieuws/Nieuwsbrief-Nieuwsoverzicht/Gezocht!-Verzorgenden-en-verpleegkundigen-die-meedenken.html?highlight=medicatieveiligheid&amp;search=1</a></li></ul>

**Nummer: 046 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Inventarisatie risico's
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Verbetering van medicatieveiligheid door gebruik te maken van ervaring uit het veld.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 2 (Risicobewustzijn)
- o Indirect: -

**Opmerking:** De informatie over deze workshop is te summier om een volledige en betrouwbare interpretatie te geven.

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 047****Feitenverzameling:****Titel/naam:** Workshop 'Het medicatieproces veiliger maken'**Type initiatief:** Workshop**Initiatiefnemer(s):** Vilans**Startdatum-einddatum:** 30 oktober 2012**Peildatum:** 14 juni 2012**Status op peildatum:** Moet nog plaatsvinden**Doelgroep (type zorgverleners):** Leidinggevend en kwaliteitsfunctionarissen**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek**Doel:**

- o Leren herkennen van verbetermogelijkheden in de organisatie en een concreet verbetertraject starten om de medicatieveiligheid te vergroten.

**Implementatietraject:**

- o Niet aangegeven

**Geplande vervolgprojecten:**

- o Niet aangegeven

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- o Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- o <http://www.vilans.nl/Pub/Home/Ons-aanbod/Ons-aanbod-Evenementen/Ons-aanbod-Evenementen-Workshop-Het-medicatieproces-veiliger-maken.html?highlight=medicatieveiligheid&search=1>

**Nummer: 047 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Door het opleiden van leidinggevenden en kwaliteitsfunctionarissen kunnen verbetertrajecten om de medicatieveiligheid te vergroten gestart worden in instellingen. Op deze manier zal het aantal medicatiefouten teruggedrongen kunnen worden wanneer de betreffende personen hier daadwerkelijk mee aan de slag gaan in de praktijk.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1e (Risicobewustzijn), 2 (Risicobewustzijn).
- o Indirect: -

**Opmerking:** De informatie over deze workshop is te summier om een volledige en betrouwbare interpretatie te geven.

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 048</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Zorg voor Beter 4-daagse
<b>Type initiatief:</b>	Workshop
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	Vilans
<b>Startdatum-einddatum:</b>	11 juni tot en met 14 juni 2012
<b>Peildatum:</b>	15 juni 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Afgerond
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Verpleegkundige, verzorgende of begeleider uit de gehandicaptenzorg, verpleging, verzorging, thuiszorg of langdurige GGZ.
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Verspreiding van kennis over verschillende onderwerpen, waaronder medicatieveiligheid.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Geplande vervolprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.vilans.nl/Pub/Home/Ons-aanbod/Ons-aanbod-Evenementen/Ons-aanbod-Evenementen-Zorg-voor-Beter-4-daagse.html?highlight=medicatieveiligheid&amp;search=1">http://www.vilans.nl/Pub/Home/Ons-aanbod/Ons-aanbod-Evenementen/Ons-aanbod-Evenementen-Zorg-voor-Beter-4-daagse.html?highlight=medicatieveiligheid&amp;search=1</a></li></ul>

**Nummer: 048 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Waarschijnlijk zal deze dag voornamelijk het risicobewustzijn stimuleren over medicatieveiligheid. Verbetering van medicatieveiligheid door gebruik te maken van ervaring uit het veld.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 2 (Risicobewustzijn)
- o Indirect: -

**Opmerking:** De informatie over deze workshop is te summier om een volledige en betrouwbare interpretatie te geven.

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 049****Feitenverzameling:****Titel/naam:** Quick-scan medicatieproces**Type initiatief:** Checklist**Initiatiefnemer(s):** IVM**Startdatum-einddatum:** ?- juli 2010**Peildatum:** 12 juni 2012**Status op peildatum:** Gereed**Doelgroep (type zorgverleners):** Zorginstellingen**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek**Doel:**

- Op een snelle, efficiënte manier de knel- en verbeterpunten in het medicatieproces vaststellen, waardoor het eenvoudiger wordt om gericht een verbetertraject op te starten.

**Implementatietraject:**

- Niet aangegeven

**Geplande vervolgprojecten:**

- Ondersteuning in het implementeren van de adviezen is mogelijk. IVM kan een module medicatieveiligheid bieden waarmee een gestructureerd verbetertraject door de instelling kan worden uitgevoerd onder deskundige begeleiding.

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- [http://www.medicijngebruik.nl/sites/default/files/fs\\_quick\\_scan\\_medicatieproces\\_venv\\_20100726.pdf](http://www.medicijngebruik.nl/sites/default/files/fs_quick_scan_medicatieproces_venv_20100726.pdf)



**Nummer: 049 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Inventarisatie risico's
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Na het invullen van de vragenlijst en het uitvoeren van de scan worden praktische adviezen gegeven om de medicatieveiligheid te verhogen. Doordat zorgverleners beter op de hoogte zijn van de belangrijkste risico's met betrekking tot geneesmiddelengebruik en beter gevaarlijke situaties kunnen herkennen, wordt de medicatieveiligheid verhoogd.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1e (Risicobewustzijn)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 050</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Thermometer medicatieproces
<b>Type initiatief:</b>	Checklist
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	IVM
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?-januari 2012
<b>Peildatum:</b>	12 juni 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Zorginstellingen
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Structurele verbetering van de medicatieveiligheid.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Geplande vervolprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Dit instrument is toegepast in verpleeghuizen en zou daar goede resultaten opleveren. Deze goede resultaten zijn echter niet nader gespecificeerd.</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.medicijngebruik.nl/sites/default/files/fs_thermometer_medicatieproces_20120118_p.pdf">http://www.medicijngebruik.nl/sites/default/files/fs_thermometer_medicatieproces_20120118_p.pdf</a></li></ul>

**Nummer: 050 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Inventarisatie risico's
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Door de analyse van de huidige situatie en de rapportage daarna weet de zorginstelling aan welke aspecten van medicatieveiligheid gewerkt moet worden. De verwachting is dat wanneer ze daadwerkelijk verbetertrajecten in gaan zetten de medicatieveiligheid verhoogd wordt. Mede ook doordat de zorgverleners zich nu bewuster van de situatie zijn.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1e (Risicobewustzijn)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 051****Feitenverzameling:****Titel/naam:** EPD scan**Type initiatief:** Dienst**Initiatiefnemer(s):** NIVEL, NHG, IQ healthcare**Startdatum-einddatum:** ? - 20 maart 2012 gepubliceerd**Peildatum:** 24 mei 2012**Status op peildatum:** Gereed**Doelgroep (type zorgverleners):** Huisarts**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek**Doel:**

- Dossiervoering op orde brengen en op deze manier gevaarlijke situaties vermijden.

**Implementatietraject:**

- Niet aangegeven

**Geplande vervolprojecten:**

- Deelnemende huisartsen krijgen jaarlijks resultaten van de EPD-scan.

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- <http://www.nivel.nl/nieuws/de-epd-scan-meten-wat-je-niet-ziet>

**Nummer: 051 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Medicatiebewaking
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Verbeteren van de kwaliteit en volledigheid van medicatiegegevens en andere gegevens in het patiëntendossier. Dit zal een gunstige invloed hebben op de medicatieveiligheid (bv. door verbetering van de kwaliteit van beslissingen in het voorschrijfproces).

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: ...
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1d (Risicobewustzijn), 1e (Risicobewustzijn), 5 (Gebruik van ICT)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 052</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Zorg voor Veilig Module 'Medicatieveiligheid achter de Voordeur'
<b>Type initiatief:</b>	Checklist
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	IVM in samenwerking met het landelijke NEO/LVG patiëntveiligheidsprogramma 'Zorg voor Veilig'.
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?-juli 2010
<b>Peildatum:</b>	5 april 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Thuiszorgmedewerkers
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek; polyfarmacie
<b>Doel:</b>	Doel van de aanpak in deze module is het voorkomen van schade bij cliënten door: <ul style="list-style-type: none"><li>o signaleren van medicatieproblemen van thuiswonende cliënten;</li><li>o aankaarten, aanpakken en monitoren van medicatieproblemen binnen de thuiszorg waar het thuiszorgtaken betreft;</li><li>o aankaarten van medicatieproblemen bij relevante zorgverleners - zoals huisartsen, praktijkondersteuners (POH'ers) en apothekers - waar het taken van deze ketenpartners betreft en monitoren van deze problemen.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Niet aangegeven</li></ul>
<b>Geplande vervolprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o <a href="http://www.zorgvoorveilig.nl/sites/default/files/mod_medicatieveiligheid_voordeur_2010_1005_p.pdf">http://www.zorgvoorveilig.nl/sites/default/files/mod_medicatieveiligheid_voordeur_2010_1005_p.pdf</a></li></ul>

**Nummer: 052 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Inventarisatie risico's
- Medicatiebeoordeling

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Het voorkomen van schade bij cliënten door het signaleren, aankaarten en aanpakken/verbeteren van medicatieproblemen bij thuiswonende cliënten. Doordat zorgverleners beter op de hoogte zijn van de belangrijkste risico's met betrekking tot geneesmiddelengebruik en beter gevaarlijke situaties kunnen herkennen, wordt de medicatieveiligheid verhoogd.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 2 (Risicobewustzijn), 4 (Medicatiebeoordeling)
- o Indirect: -

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>		<b>Nummer: 053</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>		
<b>Titel/naam:</b>	Slik geen medicatiefouten	
<b>Type initiatief:</b>	Checklist	
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	Vilans	
<b>Startdatum-einddatum:</b>	2006-2009	
<b>Peildatum:</b>	6 april 2012	
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed	
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Organisaties in de ouderenzorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en de langdurende GGZ; cliënten hebben ook een rol.	
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek	
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Reduceren van het aantal medicatie-incidenten.</li></ul>	
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Niet aangegeven</li></ul>	
<b>Geplande vervolprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Niet aangegeven.</li></ul>	
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Organisaties die deelnamen aan verbetertrajecten medicatieveiligheid in het Zorg voor Beter programma hebben de volgende resultaten bereikt (anekdotisch):<ul style="list-style-type: none"><li>- De medicatie-incidenten zijn met ruim 50 % teruggebracht.</li><li>- Cliënten krijgen veel minder vaak verkeerd voorgeschreven of verkeerd toegediende medicijnen.</li><li>- Medewerkers letten beter op bijwerkingen of interacties tussen medicijnen.</li><li>- Medewerkers zijn zich veel bewuster van hun verantwoordelijkheid voor het medicijngebruik van cliënten.</li></ul></li></ul>	
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>o <a href="http://www.vilans.nl/docs/producten/Slik_geen_medicatiefouten.pdf">http://www.vilans.nl/docs/producten/Slik_geen_medicatiefouten.pdf</a></li></ul>	



**Nummer: 053 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Communicatie
  - o Zorgverlener-patiënt
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Medicatiebeoordeling
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o De impact is al aangetoond voor deelnemende organisaties: zie hierboven, onder Feitenverzameling.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1e (Risicobewustzijn), 2 (Risicobewustzijn), 4 (Medicatiebeoordeling, Risicobewustzijn)
- o Indirect: 1g (Veiligheidsmanagement: Inventarisatie van risico's)

**Opmerking:**

47 organisaties uit de ouderenzorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en de langdurende geestelijke gezondheidszorg hebben aan dit traject deelgenomen. Er wordt verslag gedaan van 10 projecten en er is een checklist opgenomen.

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 054****Feitenverzameling:**

<b>Titel/naam:</b>	Centrale Medicatie-incidenten Registratie (CMR)
<b>Type initiatief:</b>	Register/database
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	KNMP en NVZA
<b>Startdatum-einddatum:</b>	maart 2010-heden
<b>Peildatum:</b>	30 september 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Apotheker, ziekenhuisapotheker, andere zorgverleners
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek

**Doel:**

- o Het doel van de CMR is zorgaanbieders te ondersteunen bij het reduceren van risico's in het gehele zorgproces. Door incidenten niet alleen intern, maar ook landelijk te registreren worden grotere aantallen meldingen verkregen. Door deze meldingen op uniforme wijze te classificeren, wordt inzicht verkregen in de wijze waarop fouten ontstaan en hoe deze leiden tot schade.

**Implementatietraject:**

- o De CMR is in 2006 ontwikkeld door de NVZA (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers). Eind 2011 is het beheer en de exploitatie van de CMR overgenomen door de Stichting Patiënt- en Medicatieveiligheid/CMR. Na de lancering van de CMR voor ziekenhuizen is het systeem geschikt gemaakt voor openbare apotheken (project: REMEDIE). Er is bij het aanpassen van de CMR rekening gehouden met andere zorgverleners die zich kunnen aansluiten op de CMR, waaronder GGZ instellingen, huisartsen en apotheekhoudende huisartsen. Er zijn oriënterende gesprekken geweest met beroepsverenigingen voor fysiotherapie, logopedie, verloskunde, verpleging en verzorging, en huisartsen. In een later stadium worden de tandartsen nog betrokken. In het najaar 2011 is een pilot gestart met de fysiotherapeuten, logopedisten, verloskundigen, verpleging en verzorging, en huisartsen.

**Geplande vervolgprojecten:**

- o Voor de periode na het project REMEDIE is een stichting opgericht voor exploitatie en beheer van de CMR.

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- o Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- o [http://www.medicatieveiligheid.info/vhttp://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=cmr medicatieveiligheid&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http://www.medicatieveiligheid.info/view.cfm?page\\_id=7002&ei=MaxqUNbQO9Ds0gW2IIGgAQ&usg=AFQjCNHM9tHDj2BmbTQISD9\\_IYuIS7Ibow](http://www.medicatieveiligheid.info/vhttp://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=cmr%20medicatieveiligheid&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http://www.medicatieveiligheid.info/view.cfm?page_id=7002&ei=MaxqUNbQO9Ds0gW2IIGgAQ&usg=AFQjCNHM9tHDj2BmbTQISD9_IYuIS7Ibow)

**Nummer: 054 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Communicatie:
  - o Zorgverlener-zorgverlener
- Medicatiebewaking
- Verantwoordelijkheidsverdeling
- Inventarisatie van risico's
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Door het signaleren van, en anticiperen op, medicatie-incidenten zal de medicatieveiligheid worden verbeterd.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: 1g (Veiligheidsmanagement: inventarisatie van risico's)
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1e (Risicobewustzijn, Medicatiebewaking), 5 (gebruik van ICT)
- o Indirect: -

**Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven****Nummer: 055****Feitenverzameling:****Titel/naam:** Cursussen Veilig Incident Melden; start en verdieping**Type initiatief:** Cursus**Initiatiefnemer(s):** NHG**Startdatum-einddatum:** ?-heden**Peildatum:** 30 september 2012**Status op peildatum:** Gereed**Doelgroep (type zorgverleners):** Huisarts, Erkend Kwaliteitsconsulent in huisartsenpraktijk**Type medicatie (in ATC-terminologie):** Niet specifiek**Doel:**

- o Melding van incidenten is nuttig, omdat een vroegtijdige onderkenning van vermijdbare fouten grotere incidenten of zelfs calamiteiten kan voorkomen. Dit komt de patiëntveiligheid en daarmee het werkplezier ten goede.

**Implementatietraject:**

- o N.v.t.

**Geplande vervolgprojecten:**

- o Niet aangegeven

**Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:**

- o Niet aangegeven

**Herkomst van bovengenoemde informatie:**

- o <http://nhg.artsennet.nl/agenda/Agenda/Veilig-Incident-Melden-3.htm> en
- o <http://nhg.artsennet.nl/Vervolgcurssussen-EKC/Veilig-Incident-Melden.htm> en
- o <http://nhg.artsennet.nl/Scholing-7/StiP-Cursus-Starten-met-VIM.htm> en
- o <http://nhg.artsennet.nl/Scholing-7/StiP-Cursus-Verdieping-in-VIManalyse.htm>

**Nummer: 055 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Inventarisatie van risico's
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Door het signaleren van, en anticiperen op, medicatie-incidenten zal de medicatieveiligheid worden verbeterd.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1e (Risicobewustzijn), 5 (Gebruik van ICT)
- o Indirect: 1g (Veiligheidsmanagement: inventarisatie van risico's)

<b>Informatiesheet medicatieveiligheidsinitiatieven</b>	<b>Nummer: 056</b>
<b><u>Feitenverzameling:</u></b>	
<b>Titel/naam:</b>	Medicatiefouten gemeld, en dan?
<b>Type initiatief:</b>	Workshop
<b>Initiatiefnemer(s):</b>	Vilans
<b>Startdatum-einddatum:</b>	?-?
<b>Peildatum:</b>	14 juni 2012
<b>Status op peildatum:</b>	Gereed
<b>Doelgroep (type zorgverleners):</b>	Uitvoerend medewerkers in de langdurende zorg, meldingscommissies, kwaliteitsmedewerkers, managers
<b>Type medicatie (in ATC-terminologie):</b>	Niet specifiek
<b>Doel:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Zorgen dat medewerkers problemen binnen medicatieveiligheid kunnen identificeren en analyseren en knelpunten aanpakken. Daarnaast leren hoe verbeteringen een blijvend effect hebben.</li></ul>
<b>Implementatietraject:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ N.v.t.</li></ul>
<b>Geplande vervolgprojecten:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Evidentie voor toegenomen medicatieveiligheid:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Niet aangegeven</li></ul>
<b>Herkomst van bovengenoemde informatie:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <a href="http://www.vilans.nl/Pub/Home/Ons-aanbod/Diensten/Diensten-Medicatieveiligheid.html?highlight=medicatieveiligheid&amp;search=1">http://www.vilans.nl/Pub/Home/Ons-aanbod/Diensten/Diensten-Medicatieveiligheid.html?highlight=medicatieveiligheid&amp;search=1</a></li></ul>

**Nummer: 056 (vervolg)**

**Interpretatie RIVM:**

**Kernaspecten van het zorgproces die, naar verwachting, verbeterd worden:**

- Gebruik van ICT
- Inventarisatie van risico's
- Risicobewustzijn

**Verwachte impact op medicatieveiligheid:**

- o Medewerkers leren problemen binnen medicatieveiligheid te identificeren en te analyseren. Doordat ze ook leren hoe de verbeteringen blijvend effect kunnen hebben zal de medicatieveiligheid over een langdurige periode verbeteren.

**Relatie met HARM-WRESTLING aanbeveling(-en):**

- o Direct en volledig: -
- o Direct, maar gedeeltelijk (met kernaspect): 1e (Risicobewustzijn), 5 (Gebruik van ICT)
- o Indirect: 1g (Veiligheidsmanagement: inventarisatie van risico's)

## Bijlage 3 Overzicht van HARM-Wrestling aanbevelingen met medicatieveiligheidsinitiatieven





	<b>Aanbeveling</b>	<b>Kernaspect(en)*</b>	<b>Nummer en titel/naam medicatieveiligheidsinitiatieven</b>
	<i>Algemeen</i>		
1	Het verdient aanbeveling om in het verlengde van deze rapportage een overleg te starten waarin wordt nagedacht over de verbetering van de medicatieveiligheid op de (middel)lange termijn. Onderwerpen die hierbij aan bod moeten komen zijn onder meer (a t/m e):	-	
1a	Het terugdringen van potentieel vermijdbare geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnamen die minder frequent vóórkomen.	-	
1b	Het terugdringen van potentieel vermijdbare bijwerkingen die niet tot ziekenhuisopnamen leiden.	-	
1c	Het voorkómen, opsporen en terugdringen van therapieontrouw en andere gebruiksgelateerde problemen die de medicatieveiligheid kunnen verminderen.	➤ Therapieontrouw	042 KNMP richtlijn Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm
1d	Het uitbouwen van de aandacht die deze rapportage geeft aan risicofactoren. De medicatiebewaking kan verder worden verbeterd door meer systematisch rekening te gaan houden met risicofactoren (en aan hun onderlinge wisselwerkingen).	➤ Risicobewustzijn ➤ Medicatiebewaking	031 IVM E-learning: Duidelijkheid over medicijn-gebruik 032 IVM E-learning: Zelfzorgmedicijnen 033 NPCF Patiëntveiligheidskaarten 034 NPCF Naar het ziekenhuis? Neem altijd uw medicatieoverzicht mee! 035 IVM Bewaar kaart medicijnen en gezondheid 036 IVM Handboek medicijnen en gezondheid 051 NIVEL EPD scan
1e	Het bevorderen van 'clinical risk management' door zorgprofessionals. Het is immers niet alleen belangrijk dat zij de goede dingen doen maar ook dat zij die dingen goed doen. Vragen die in dit kader beantwoord zullen moeten worden zijn bijvoorbeeld:	➤ Risicobewustzijn ➤ Medicatiebewaking	031 IVM E-learning: Duidelijkheid over medicijn-gebruik 032 IVM E-learning: Zelfzorgmedicijnen 045 Vilans Toolkit Zorg zelf voor Betere Medicatieveiligheid

	<b>Aanbeveling</b>	<b>Kernaspect(en) *</b>	<b>Nummer en titel/naam medicatieveiligheidsinitiatieven</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welke risicosituaties en risicoprocessen verdienen extra aandacht?</li> <li>- Zijn er behalve risicopatiënten, risicogeneesmiddelen en risicoprocessen ook risicozorgverleners?</li> <li>- Kan de prioritering van medicatiebewakingssignalen verder worden verbeterd?</li> <li>- Op welke wijze kan ieder risico het beste worden bewaakt?</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>047 Vilans Workshop 'Het medicatieproces veiliger maken'</li> <li>049 IVM Quick-scan medicatieproces</li> <li>050 IVM Thermometer medicatieproces</li> <li>051 NIVEL EPD scan</li> <li>053 Vilans Slik geen medicatiefouten</li> <li>054 KNMP Centrale Medicatie-incidenten Registratie (CMR)</li> <li>055 NHG Cursus Veilig Incident Melden</li> <li>056 Vilans Medicatiefouten gemeld, en dan?</li> </ul>
1f	Het benutten van nieuwe ICT mogelijkheden, zoals het raadplegen en toepassen van elektronische patiëntgegevens via koppelingen tussen de computersystemen van zorgprofessionals en zorginstellingen in de eerste en tweede lijn.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gebruik van ICT</li> </ul>	
1g	Het inrichten van een landelijk meldpunt waar medicatiefouten die extramuraal of transmuraal zijn gemaakt of bijna zijn gemaakt worden gemeld en geëvalueerd.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Veiligheidsmanagement: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inventarisatie van risico's</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>045 Vilans Toolkit Zorg zelf voor Betere Medicatieveiligheid</li> <li>053 Vilans Slik geen medicatiefouten</li> <li>054 KNMP Centrale Medicatie-incidenten Registratie (CMR)</li> <li>055 NHG Cursus Veilig Incident Melden</li> <li>056 Vilans Medicatiefouten gemeld, en dan?</li> </ul>
2	Zorgverleners zijn zich bewust van het feit dat een substantieel deel van alle potentieel vermijdbare geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnamen wordt veroorzaakt door een beperkt aantal farmacologisch voorspelbare bijwerkingen van een beperkt aantal 'oude' geneesmiddelgroepen. Zij implementeren juist voor deze geneesmiddelgroepen op korte termijn risicoreducerende strategieën.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Risicobewustzijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>004 NHG cursus Polyfarmacie, hoe voorkomen we problemen?</li> <li>006 IVM Nascholing Medicatieanalyse</li> <li>031 IVM E-learning: Duidelijkheid over medicijn-gebruik</li> <li>032 IVM E-learning: Zelfzorgmedicijnen</li> </ul>

	Aanbeveling	Kernaspect(en) *	Nummer en titel/naam medicatieveiligheidsinitiatieven
			045 Vilans Toolkit Zorg zelf voor Betere Medicatieveiligheid 046 Vilans Werkplaats medicatieveiligheid 047 Vilans Workshop 'Het medicatieproces veiliger maken' 048 Vilans Zorg voor Beter 4-daagse 052 IVM Zorg voor Veilig Module 'Medicatieveiligheid achter de voordeur' 053 Vilans Slik geen medicatiefouten
3	<p>Wanneer een oudere patiënt tenminste 5 geneesmiddelen chronisch gebruikt en deze geneesmiddelen door verschillende behandelaren worden voorgeschreven, spreken deze behandelaren onderling af wie als hoofdZorgverlener de regiefunctie over de farmacotherapie heeft. Zij leggen dit vast in hun computersysteem en communiceren dit naar degene(n) die de geneesmiddelen aflevert/afleveren.</p> <p>Voorschrijvers die geen solopraktijk voeren geven per risicogenees-middel aan wie de feitelijke voorschrijver is. Apothekers leggen deze informatie vast in hun computersysteem.</p> <p>Bij de start van een risicogeneesmiddel dat niet per definitie bestemd is voor jarenlang gebruik (te weten, een oraal anticoagulans, NSAID, corticosteroïde, opioïde, benzodiazepine, neurolepticum of antidepressivum) maakt de voorschrijver indien mogelijk duidelijk aan de patiënt, eventuele andere voorschrijvers en de apotheker wat de beoogde of verwachte therapieduur is. De voorschrijver en afleverende apotheker leggen de gewenste of verwachte therapieduur vast in het dossier van de patiënt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Regie</li> <li>➤ Communicatie:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zorgverlener-patiënt</li> <li>○ zorgverlener-zorgverlener</li> </ul> </li> <li>➤ Medicatieoverdracht</li> <li>➤ Gebruik van ICT</li> </ul>	001 Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012 002 KNMP Richtlijn Medicatiebeoordeling 003 KNMP Projectondersteuning: medicijngesprekken 005 IVM Nascholing Medicatiebeoordeling 009 PAOfarmacie Periodieke Individuele Analyse Farmacotherapie (PIAF); "nieuwe stijl" 013 LESA Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn 017 KNMP Medicatieoverzicht in de keten 018 ORIA User Requirements Specification Medicatieoverzicht 019 ORIA Handleiding medicatieoverzicht 020 ORIA Praktische handreiking voor gebruik van actueel Medicatieoverzicht 044 Taskforce Medicatieveiligheid Veilige principes in de medicatieketen verpleging - verzorging - thuiszorg

4	<p>Wanneer een medisch specialist een behandeling initieert, die vervolgens door de huisarts wordt voortgezet, stemmen deze zorgverleners onderling af wie verantwoordelijk is voor de periodieke controles, herevaluaties, herhaalmedicatie(s) en therapieduur en zij leggen dit vervolgens vast. Huisartsen die het uitschrijven van herhaalrecepten overnemen van een initiërende specialist kunnen zich er niet op beroepen dat de verantwoordelijkheid hiervoor nog steeds bij de specialist ligt, tenzij de specialist dit concreet heeft vastgelegd in zijn of haar ontslagbrief. Voorschrijvers en apothekers gaan bij ouderen op polyfarmacie gezamenlijk na d.m.v. periodieke medicatie reviews welke herhaalmedicatie nog steeds terecht wordt voorgeschreven en welke medicatie ten onrechte in het medicatieprofiel ontbreekt. Zij zijn zich ervan bewust dat zulke medicatie reviews het meest geschikt zijn voor het opsporen van problemen die geleidelijk ontstaan en minder effectief zijn voor het voorkómen van HARM's die binnen 1-2 weken na de start of aanpassing van een therapie manifest worden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Verantwoordelijkheidsverdeling</li> <li>➤ Communicatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ zorgverlener-zorgverlener</li> </ul> </li> <li>➤ Medicatiebeoordeling</li> <li>➤ Risicobewustzijn</li> </ul>	<p>001 Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012</p> <p>002 KNMP Richtlijn Medicatiebeoordeling</p> <p>003 KNMP Projectondersteuning: medicijngesprekken</p> <p>004 NHG cursus Polyfarmacie, hoe voorkomen we problemen?</p> <p>005 IVM Nascholing Medicatiebeoordeling</p> <p>006 IVM Nascholing Medicatieanalyse</p> <p>007 IVM Handreiking periodieke medicatiebeoordeling voor zorginstellingen</p> <p>008 IVM Periodieke medicatiebeoordeling in verzorgingshuizen – werkboek</p> <p>009 PAOfarmacie Periodieke Individuele Analyse Farmacotherapie (PIAF); “nieuwe stijl”</p> <p>010 Vilans-IVM Zicht op medicatie; medicatieveiligheid en polyfarmacie</p> <p>011 Ephor Polyfarmacie Optimalisatie Methode (POM)</p> <p>016 LESA Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis</p> <p>039 FNT Behandelaarschap = Meesterschap = Vakmanschap + Samenwerking</p> <p>044 Taskforce Medicatieveiligheid Veilige principes in de medicatieketen verpleging - verzorging – thuiszorg</p> <p>045 Vilans Toolkit Zorg zelf voor Betere Medicatieveiligheid</p> <p>052 IVM Zorg voor Veilig Module ‘Medicatieveiligheid achter de voordeur’</p> <p>053 Vilans Slik geen medicatiefouten</p>
---	---	--	--

5	<p>De computersystemen van voorschrijvers en apothekers gaan het uitvoeren van de aanbevelingen in deze rapportage zo goed mogelijk ondersteunen. Voor zover dat nu nog niet mogelijk is, worden de systemen hiervoor alsnog geschikt gemaakt. De expertgroep denkt hierbij aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het vastleggen van de hoofdZorgverlener en van de verantwoordelijkheden, indicatiestellingen en beoogde therapieduur m.b.t. risicogeneesmiddelen.</li> <li>- het vastleggen van laboratiumuitslagen (zoals creatinine, natrium, kalium) op een zodanige wijze dat deze geautomatiseerd kunnen worden toegepast bij de monitoring van patiënten op risicogeneesmiddelen en risicopatiënten in het algemeen.</li> <li>- het vastleggen van eerdere patiëntervaringen met bijwerkingen, een verminderde cognitie en andere risicofactoren op een zodanige wijze dat deze geautomatiseerd kunnen worden toegepast bij het identificeren en monitoren van risicopatiënten.</li> <li>- het signaleren van complexe risicopatiënten en het aanbevelen van acties die juist bij deze risicopatiënten wenselijk zijn.</li> </ul> <p>De computerondersteuning wordt zodanig opgezet dat kwaliteitstoetsen op het uitvoeren van de aanbevelingen relatief eenvoudig zijn uit te voeren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gebruik van ICT</li> <li>➤ Medicatieoverdracht</li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> </ul>	<p>012 Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten</p> <p>013 LESA Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn</p> <p>015 Tandheelkundige medewerkers en de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens, aanbevelingen (concept)</p> <p>016 LESA Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis</p> <p>017 KNMP Medicatieoverzicht in de keten</p> <p>018 ORIA User Requirements Specification Medicatieoverzicht</p> <p>019 ORIA Handleiding medicatieoverzicht</p> <p>020 ORIA Praktische handreiking voor gebruik van actueel Medicatieoverzicht</p> <p>022 KNMP Toolkit 'medicatieoverdracht in de openbare apotheek'</p> <p>023 Zorg voor Veilig Module 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'</p> <p>025 KNMP richtlijn Patiëntendossier</p> <p>027 Spoorboekje voor medicatieoverdracht</p> <p>044 Taskforce Medicatieveiligheid Veilige principes in de medicatieketen verpleging - verzorging – thuiszorg</p> <p>051 NIVEL EPD scan</p> <p>054 KNMP Centrale Medicatie-incidenten Registratie (CMR)</p> <p>055 NHG Cursus Veilig Incident Melden</p> <p>056 Vilans Medicatiefouten gemeld, en dan?</p>
---	--	---	---

6	<p>Wanneer een geneesmiddel vanwege een ernstige bijwerking wordt gestaakt, geeft de arts in kwestie (ongeacht of deze nu binnen of buiten het ziekenhuis werkzaam is) snel en adequaat informatie hierover aan de patiënt en aan iedere andere arts en apotheker, die rechtstreeks bij de zorg voor die patiënt is betrokken (huisarts, verpleeghuisarts, medisch specialist, openbaar apotheker, ziekenhuisapotheker). Dit gebeurt bij voorkeur via een stoprecept of farmaceutisch ontslagbericht, waarin niet alleen staat wanneer welk middel is gestopt, maar ook waarom dat is gebeurd en welk middel hiervoor eventueel in de plaats is gekomen. Iedere voorschrijver en apotheker verwerkt deze informatie zodanig in zijn computersysteem dat de patiënt geautomatiseerd wordt bewaakt op het risico dat het bewuste geneesmiddel (of een hieraan nauw verwant middel) per ongeluk toch weer wordt voorgeschreven en afgeleverd. Wanneer een geneesmiddel ondanks een ernstige bijwerking wordt gecontinueerd (wat bijvoorbeeld nodig kan zijn bij een oraal anticoagulans of trombocytenuitstroomremmer), geeft de voorschrijver dit eveneens snel en adequaat door aan de patiënt en aan iedere andere arts en apotheker, die rechtstreeks bij de zorg voor die patiënt is betrokken.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gebruik van ICT</li> <li>➤ Communicatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zorgverlener-patiënt</li> <li>○ zorgverlener-zorgverlener</li> </ul> </li> <li>➤ Medicatieoverdracht</li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> </ul>	<p>001 Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012</p> <p>002 KNMP Richtlijn Medicatiebeoordeling</p> <p>007 IVM Handreiking periodieke medicatiebeoordeling voor zorginstellingen</p> <p>008 IVM Periodieke medicatiebeoordeling in verzorgingshuizen – werkboek</p> <p>012 Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten</p> <p>013 LESA Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn</p> <p>014 Handreikingen voor zes overdrachtssituaties. Bijlage bij de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens</p> <p>015 Tandheelkundige medewerkers en de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens, aanbevelingen (concept)</p> <p>016 LESA Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis</p> <p>017 KNMP Medicatieoverzicht in de keten</p> <p>018 ORIA User Requirements Specification Medicatieoverzicht</p> <p>019 ORIA Handleiding medicatieoverzicht</p> <p>020 ORIA Praktische handreiking voor gebruik van actueel Medicatieoverzicht</p> <p>021 KNMP Protocol Overdracht van medicatiegegevens</p> <p>022 KNMP Toolkit 'medicatieoverdracht in de openbare apotheek'</p> <p>023 Zorg voor Veilig Module 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'</p>
---	---	---	--

			<p>024 KNMP Richtlijn farmaceutische zorg bij ontslag uit het Ziekenhuis</p> <p>025 KNMP richtlijn Patiëntendossier</p> <p>026 KNMP Richtlijn Zorg voor patiënten met geneesmiddelen die extra begeleiding bij de toediening thuis vragen</p> <p>027 Spoorboekje voor medicatieoverdracht</p> <p>029 Workshop Farmaceutische opname- en ontslaggesprekken</p> <p>030 Handreiking Overdracht van medicatiegegevens in de praktijk</p> <p>044 Taskforce Medicatieveiligheid Veilige principes in de medicatieketen verpleging - verzorging - thuiszorg</p>
	<i>Bloedingen, algemeen</i>		
7	<p>Antithrombotica worden uitsluitend op strikte indicatiestelling voorgeschreven. De Zorgverlener legt de indicatiestelling vast en geeft deze samen met de beoogde therapieduur door aan de patiënt en aan de andere zorgverleners die direct bij de zorg voor de desbetreffende patiënt zijn betrokken.</p> <p>Deze algemene aanbeveling geldt in het bijzonder als patiënten:</p> <p>(a) eerder tijdens het gebruik van een antithromboticum een bloeding hebben gekregen;</p> <p>(b) een OAC/TAR combinatie of TAR/TAR combinatie gaan gebruiken, aangezien deze een verhoogd risico op bloedingen geven.</p> <p>Het verdient aanbeveling dat de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie Tabellen 9 en 14 van deze rapportage verder uitwerken tot evidence-based standpunten over het al dan niet aanvaardbaar zijn van de verschillende indicaties voor combinatietherapieën en hierbij</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging</li> <li>➤ Communicatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zorgverlener-patiënt</li> <li>○ zorgverlener-zorgverlener</li> </ul> </li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> <li>➤ Richtlijnontwikkeling</li> </ul>	<p>013 LESA Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn</p> <p>037 LESA Antistolling</p> <p>038 IVM Zorg voor Veilig Module Antistolling in de keten</p> <p>039 FNT Behandelaarschap = Meesterschap = Vakmanschap + Samenwerking</p>



	specificeren hoe lang zo'n combinatiebehandeling mag worden voortgezet. Deze standpunten worden regelmatig aangepast aan de nieuwe inzichten die hierover in de literatuur verschijnen.		
	<i>Bloedingen t.g.v. orale anticoagulantia</i>		
8	De Zorgverlener weegt bij het starten van een OAC therapie mee, welke kans er bestaat op onregelmatig gebruik (bijv. bij verminderde cognitie of overmatig alcoholgebruik).	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging</li> <li>➤ Risicobewustzijn</li> </ul>	037 LESA Antistolling
9	OAC gebruikers die eerder een bloeding hebben gehad of bij wie de INR instabiel is met meerdere uitschieters naar boven worden extra zorgvuldig gemonitord op signalen van te sterke ontstolling. De arts die een ernstige bloeding constateert geeft dit rechtstreeks (dus niet via de patiënt) door aan de andere zorgverleners die bij de farmaceutische zorg voor de patiënt zijn betrokken (inclusief de trombosedienst). De arts geeft bovendien aan de trombosedienst door wanneer de comorbiditeit zodanig verandert dat extra controles van de INR wenselijk zijn (als diabetes ontregelt of hartfalen erger wordt). De trombosedienst licht op haar beurt de andere zorgverleners in wanneer de INR instabiel is en (on)regelmatig doorschiet naar waarden $\geq 6$ .	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toepassing monitoring/laboratoriumbepaling</li> <li>➤ Communicatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ zorgverlener-zorgverlener</li> </ul> </li> <li>➤ Medicatieoverdracht</li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> </ul>	013 LESA Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn 037 LESA Antistolling 038 IVM Zorg voor Veilig Module Antistolling in de keten 039 FNT Behandelaarschap = Meesterschap = Vakmanschap + Samenwerking
10	Wanneer een OAC gebruiker start met een geneesmiddel dat een farmacokinetische interactie met OAC's geeft (Tabel 7) meldt de apotheker dit rechtstreeks aan de trombosedienst en laat deze het doorgeven niet over aan de patiënt. Aangezien de combinatie van een OAC met co-trimoxazol tot een aanzienlijke INR stijging kan leiden en vervanging van co-trimoxazol door een ander antibacterieel middel bijna altijd mogelijk is, wordt co-trimoxazol voor meerdaags gebruik niet langer aan OAC gebruikers voorgeschreven en afgeleverd (N.B. deze aanbeveling geldt niet voor de toepassing van co-trimoxazol bij HIV-geïnfecteerde patiënten). Wanneer een voorschrijver bij een OAC gebruiker een geneesmiddel	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging</li> <li>➤ Communicatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ zorgverlener-zorgverlener</li> </ul> </li> <li>➤ Medicatieoverdracht</li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> </ul>	012 Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten 013 LESA Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn 017 KNMP Medicatieoverzicht in de keten 018 ORIA User Requirements Specification Medicatieoverzicht 019 ORIA Handleiding medicatieoverzicht 020 ORIA Praktische handreiking voor gebruik van actueel Medicatieoverzicht 021 KNMP Protocol Overdracht van medicatiegegevens 022 KNMP Toolkit 'medicatieoverdracht in de openbare

	<p>staakt dat een sterke farmacokinetische interactie geeft met het OAC (Tabel 7) geeft de voorschrijver dit via een stoprecept door aan de afleverende apotheker die op zijn beurt de trombosedienst hierover inlicht.</p> <p>Apotheeksystemen gaan stelselmatig signaleren wanneer een antibioticum wordt voorgeschreven aan een OAC gebruiker. De apotheker meldt dit rechtstreeks aan de trombosedienst en laat het doorgeven niet over aan de patiënt.</p>		<p>apotheek'</p> <p>023 Zorg voor Veilig Module 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'</p> <p>027 Spoorboekje voor medicatieoverdracht</p> <p>037 LESA Antistolling</p> <p>038 IVM Zorg voor Veilig Module Antistolling in de keten</p> <p>039 FNT Behandelaarschap = Meesterschap = Vakmanschap + Samenwerking</p> <p>043 PAOfarmacie HARM-Wrestling cyclus 2012</p>
11	<p>VKORC1 genotypering (en bij acenocoumarol ook CYP2C9 genotypering) kunnen als diagnostisch hulpmiddel worden overwogen, wanneer de INR-waarden bij een gebruikelijke dosering ongebruikelijk hoog zijn of wanneer de OAC dosering bij een individuele gebruiker ongebruikelijk laag uitvalt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toepassing monitoring/laboratoriumbepaling</li> </ul>	
12	<p>OAC gebruikers worden goed geïnformeerd over het omgaan met de risico's van intercurrente ziekten en veranderingen in leefstijl of voeding (Tabel 6). Patiënten met een verhoogd risico op gastrointestinale bloedingen worden mondeling en schriftelijk voorgelicht over de alarmsymptomen daarvan.</p> <p>Zelfmanagement door OAC gebruikers verdient aanbeveling bij die gebruikers, die na een zorgvuldige selectie, educatie en training in staat zijn om dit zelfmanagement naar behoren uit te voeren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Communicatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zorgverlener-patiënt</li> </ul> </li> </ul>	
	<i>Bloedingen t.g.v. acetylsalicylzuur/carbasalaat en NSAIDs</i>		
13	<p>NSAID's worden indien mogelijk vermeden en het voorschrijven van laag gedoseerd ASA of clopidogrel wordt extra zorgvuldig afgewogen als patiënten:</p> <p>(a) ouder dan 70 jaar zijn,</p> <p>(b) een peptisch ulcus, ulcuscomplicatie of hoge gastrointestinale bloeding in de anamnese hebben,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging</li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> </ul>	<p>037 LESA Antistolling</p> <p>038 IVM Zorg voor Veilig Module Antistolling in de keten</p> <p>043 PAOfarmacie HARM-Wrestling cyclus 2012</p>

	<p>(c) een diverticulaire aandoening hebben of een lage gastrointestinale bloeding in de anamnese hebben,</p> <p>(d) door toevoeging van het NSAID of ASA een hoge NSAID dosering, verschillende NSAID's naast elkaar of een NSAID plus laag-gedoseerd ASA zouden gaan gebruiken,</p> <p>(e) gelijktijdig worden behandeld met een oraal anticoagulans, selectieve COX-2 remmer, corticosteroïde, SSRI en/of spironolacton,</p> <p>(f) ernstige invaliderende reumatoïde artritis, hartfalen en diabetes hebben.</p>		
14	<p>Adequate maagbescherming is noodzakelijk bij NSAID-gebruikers die:</p> <p>(a) een peptisch ulcus of ulcuscomplicatie in de voorgeschiedenis hebben,</p> <p>(b) ouder zijn dan 70 jaar,</p> <p>(c) 60-70 jaar jaar zijn en bovendien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• langdurig een hoge NSAID dosering moeten gebruiken,</li> <li>• gelijktijdig een ander geneesmiddel gebruiken dat het risico op gastrointestinale complicaties vergroot (OAC, ASA, clopidogrelb, oraal corticosteroïd, SSRI, spironolacton),</li> <li>• ernstige comorbiditeit hebben (zoals invaliderende reuma, hartfalen en diabetes mellitus).</li> </ul> <p>Het verdient aanbeveling om de kosteneffectiviteit van bovenstaande maatregelen die op klinische gronden worden aanbevolen nader te analyseren.</p> <p>Men dient zich te realiseren dat lage gastrointestinale complicaties niet voorkomen kunnen worden door maagbescherming toe te voegen.</p> <p>Patiënten met een verhoogd risico op gastrointestinale bloedingen t.g.v. een NSAID worden mondeling en schriftelijk voorgelicht over de alarmsymptomen daarvan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavvolging</li> <li>➤ Communicatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zorgverlener-patiënt</li> </ul> </li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> <li>➤ Risicobewustzijn</li> </ul>	<p>037 LESA Antistolling</p> <p>038 IVM Zorg voor Veilig Module Antistolling in de keten</p> <p>040 IVM Zorg voor Veilig Module 'Maagprotectie'</p>

15	<p>Adequate maagbescherming is noodzakelijk bij ASA-gebruikers die:</p> <p>(a) 60 jaar of ouder zijn en een peptisch ulcus of ulcuscomplicatie in de voorgeschiedenis hebben,</p> <p>(b) 70 jaar of ouder zijn en gelijktijdig een ander geneesmiddel gebruiken dat het risico op gastrointestinale complicaties vergroot (OAC, clopidogrelb, NSAID, oraal corticosteroid, SSRI, spironolacton),</p> <p>(c) 80 jaar of ouder zijn.</p> <p>Het verdient aanbeveling om de kosteneffectiviteit van bovenstaande maatregelen (die op klinische gronden worden aanbevolen) nader te analyseren.</p> <p>Men dient zich te realiseren dat lage gastrointestinale complicaties en bloedingen buiten het maagdarmkanaal niet voorkomen kunnen worden door maagbescherming toe te voegen. Patiënten met een verhoogd risico op gastrointestinale bloedingen t.g.v. een TAR worden mondeling en schriftelijk voorgelicht over de alarmsymptomen daarvan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging</li> <li>➤ Communicatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zorgverlener-patiënt</li> </ul> </li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> <li>➤ Risicobewustzijn</li> </ul>	<p>037 LESA Antistolling</p> <p>038 IVM Zorg voor Veilig Module Antistolling in de keten</p> <p>040 IVM Zorg voor Veilig Module 'Maagprotectie'</p>
16	<p>Wanneer een maagbeschermend middel wordt toegevoegd om de kans op gastrointestinale complicaties van een NSAID of TAR te verminderen lichten de voorschrijver en de apotheker de patiënt voor over het belang van een goede therapietrouw.</p> <p>Wanneer het NSAID of TAR product wordt gestopt, wordt het maagbeschermend middel eveneens gestaakt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Medicatiebewaking</li> <li>➤ Communicatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zorgverlener-patiënt</li> </ul> </li> </ul>	<p>037 LESA Antistolling</p> <p>038 IVM Zorg voor Veilig Module Antistolling in de keten</p>
17	<p>Wanneer een NSAID of TAR wordt gestart bij patiënten met een doorgemaakt ulcuslijden (d.w.z. in combinatie met een PPI), worden deze zo spoedig mogelijk op Helicobacter getest en zo nodig behandeld, als zij niet eerder zijn getest en ook niet eerder eradicatietherapie hebben gekregen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging</li> <li>➤ Toepassing monitoring/laboratoriumbepaling</li> </ul>	

18	Wanneer Helicobacter negatieve ASA-gebruikers eerder een gastrointestinale complicatie tijdens ASA therapie hebben ontwikkeld heeft de toevoeging van een protonpompremmer (PPI) de voorkeur boven de omzetting op clopidogrel zonder PPI.	➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging	
19	Wanneer een selectieve COX-2 remmer wordt gecombineerd met laag gedoseerd ASA, doet dit afbreuk aan de relatieve maagveiligheid van de COX-2 remmer. Voor het combineren van ASA met een COX-2 remmer gelden dan ook dezelfde aanbevelingen die voor het combineren van ASA met een niet-selectief NSAID gelden.	➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging ➤ Medicatiebewaking	
20	Gezien de risico's van NSAID's en ASA verdient het aanbeveling om de vrij verkrijgbare producten in deze geneesmiddelgroepen een 'Uitsluitend Apotheek' status te geven, zodat deze middelen voortaan in de apotheek op naam aan de gebruiker worden afgeleverd en stelselmatig in de medicatiebewaking van de apotheek worden meegenomen.	➤ Wet- en regelgeving ➤ Medicatiebewaking	
21	Selectieve COX-2 remmers worden niet meer voorgeschreven aan patiënten met een aangetoonde ischemische hartziekte, cerebrale aandoening en/of perifere arterieel vaatlijden. Bovendien moet hun toepassing bij patiënten met cardiovasculaire risicofactoren (zoals hypertensie, hyperlipidemie, diabetes en roken) zo kort en laag mogelijk worden gehouden. De toepassing van niet-selectieve NSAID's bij patiënten met een aangetoonde ischemische hartziekte, cerebrale aandoening en/of perifere arterieel vaatlijden moet eveneens zo veel mogelijk worden vermeden. Als een NSAID niet kan worden vermeden wordt de toepassing zo kort en de dosering zo laag mogelijk gehouden. Dit geldt ook voor de toepassing van niet-selectieve NSAID's bij patiënten met cardiovasculaire risicofactoren (zoals hypertensie, hyperlipidemie, diabetes en roken).	➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging	

	<i>Electrolytstoornissen, algemeen</i>		
22	<p>Patiënten met een verhoogd risico op een elektrolytstoornis (hyponatriëmie, hypokaliëmie, hyperkaliëmie) worden mondeling en schriftelijk voorgelicht over het risico dat zij lopen. Deze voorlichting gaat in op de (eerste) verschijnselen van de elektrolytstoornis en op de risicosituaties die extra vocht- en zoutverlies kunnen geven (zoals infectie, braken, diarree, grote inspanning, hoge omgevingstemperatuur). Kwetsbare ouderen worden indien nodig extra begeleid, wanneer zij tijdelijk meer risico lopen op vocht- en zoutverlies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Medicatiebewaking</li> <li>➤ Communicatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zorgverlener-patiënt</li> </ul> </li> </ul>	
	<i>Hyponatriëmie t.g.v. thiazidediuretica</i>		
23	<p>Bij het starten van een thiazidediureticum of bij het verhogen van een thiazidedosering wordt de natriumspiegel in de eerste 5-9 dagen gecontroleerd indien:</p> <p>(a) de patiënt <math>\geq 80</math> jaar is,  (b) de patiënt <math>\geq 70</math> jaar is en tevens een SSRI, venlafaxine of een verwant middel, NSAID, carbamazepine of lisdiureticum gebruikt.</p> <p>Bij thiazidegebruikers <math>\geq 70</math> jaar wordt de natriumspiegel in de eerste 5-9 dagen gecontroleerd indien wordt gestart met een interacterend geneesmiddel (SSRI, venlafaxine of een verwant middel, NSAID, carbamazepine of lisdiureticum) of indien de dosering van zo'n interacterend middel wordt verhoogd.</p> <p>Bij thiazidegebruikers <math>\geq 70</math> jaar is zorgvuldige observatie (zo nodig aangevuld met een controle van de natriumspiegel) noodzakelijk wanneer een intercurrente ziekte (zoals diarree, braken) het risico op elektrolytstoornissen verhoogt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toepassing monitoring/laboratoriumbepaling</li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> </ul>	

	<i>Hypokaliëmie/dehydrate t.g.v. kaliumverliezende diuretica</i>		
24	<p>Kalium- en creatininebepalingen worden in ieder geval uitgevoerd vóór de start van een kaliumverliezend diureticum indien:</p> <p>(a) de patiënt <math>\geq 70</math> jaar is,  (b) er sprake is van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• een combinatie van het kaliumverliezend diureticum met een kaliumsparend diureticum,</li> <li>• een verhoogd risico op hypokaliëmie of een verhoogd risico van hypokaliëmie (bijv. bij preëxistente hypokaliëmie, nierfunctiestoornis, ritmestoornis of coronaire hartziekte),</li> <li>• een combinatie van het kaliumverliezend diureticum met digoxine plus een bijkomende risicofactor (zoals een hoge diureticumdosering of gelijktijdig gebruik van een tweede kaliumverliezend diureticum).</li> </ul> <p>Kalium- en creatininebepalingen worden in ieder geval herhaald binnen 1-2 weken na de start van een kaliumverliezend diureticum en vervolgens ieder jaar alsook na iedere tussentijdse dosisverhoging indien er sprake is van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een combinatie van het kaliumverliezend diureticum met een kaliumsparend diureticum,</li> <li>- een verhoogd risico op hypokaliëmie of een verhoogd risico van hypokaliëmie (bijv. bij preëxistente hypokaliëmie, nierfunctiestoornis, ritmestoornis of coronaire hartziekte, leeftijd <math>\geq 80</math> jaar),</li> <li>- een combinatie van het kaliumverliezend diureticum met digoxine plus een bijkomende risicofactor (zoals een hoge diureticumdosering of gelijktijdig gebruik van een tweede kaliumverliezend diureticum).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toepassing monitoring/laboratoriumbepaling</li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> </ul>	

	<i>Hyperkaliëmie t.g.v. RAS-remmers en kaliumsparende diuretica</i>		
25	<p>Kalium- en creatininebepalingen worden in ieder geval uitgevoerd vóór de start van een RAS-remmer indien:</p> <p>(a) de patiënt <math>\geq</math> 70 jaar is,  (b) het risico op hyperkaliëmie of het risico van hyperkaliëmie is verhoogd (bijv. bij hartfalen, hartgeleidingsstoornis, diabetes, nierinsufficiëntie, gebruik van spironolacton, gelijktijdig gebruik van thiazide- en lisdiuretica).</p> <p>Kalium- en creatininebepalingen worden in ieder geval herhaald binnen 1-2 weken na de start van een RAS-remmer en vervolgens tenminste iedere 6 maanden alsook na iedere tussentijdse dosisverhoging, indien:</p> <p>(a) het risico op hyperkaliëmie of het risico van hyperkaliëmie is verhoogd (bijv. bij hartfalen, hartgeleidingsstoornis, diabetes, nierinsufficiëntie, gelijktijdig gebruik van thiazide- en lisdiuretica, leeftijd <math>\geq</math> 80 jaar),  (b) binnen 1-2 weken na de toevoeging van spironolacton aan een RAS-remmer en na iedere dosisverhoging van dit kaliumsparend diureticum.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toepassing monitoring/laboratoriumbepaling</li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> </ul>	
26	Bij RAS-remmer gebruikers met een verhoogd risico op hyperkaliëmie (Tabel 22) wordt het voorschrijven van NSAID's (incl. selectieve COX-2 remmers) indien enigszins mogelijk vermeden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging</li> </ul>	
	<i>Nierinsufficiëntie t.g.v. RAS-remmers</i>		
27	De toename van het risico op nierinsufficiëntie wordt bij het voorschrijven van een RAS-remmer zorgvuldig afgewogen tegen de verwachte voordelen en wordt m.b.v. creatininebepalingen gemonitord indien er sprake is van: <ul style="list-style-type: none"> <li>- preëxistente nierfunctiestoornis of nierarteriostenose (cave gegeneraliseerde atherosclerose),</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging</li> <li>➤ Toepassing monitoring/laboratoriumbepaling</li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> </ul>	<p>041 PAOfarmacie Implementatie medicatieveiligheid bij verminderde nierfunctie</p> <p>043 PAOfarmacie HARM-Wrestling cyclus 2012</p>



	<p>- verminderd effectief circulerend volume (cave hartfalen, intercurrente ziekten, ontoereikende vochtinname of agressieve diurese met een lisdiureticum),</p> <p>- sepsis,</p> <p>- gelijktijdig gebruik van een NSAID (incl. selectieve COX-2 remmer) of calcineurine remmer (ciclosporine, tacrolimus).</p>		
28	<p>Bij een bestaande verminderde nierfunctie wordt rekening gehouden met het risico dat de meeste ACE-remmers de nierfunctie via accumulatie van een actieve metabooliet verder kunnen compromitteren. Dosisaanpassing is niet nodig bij fosinopril en ook niet bij de meeste angiotensine-II-antagonisten (maar wel bij olmesartan).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging</li> <li>➤ Risicobewustzijn</li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> </ul>	<p>041 PAOfarmacie Implementatie medicatieveiligheid bij verminderde nierfunctie</p> <p>043 PAOfarmacie HARM-Wrestling cyclus 2012</p>
	<i>Nierinsufficiëntie/hartfalen t.g.v. NSAIDs</i>		
29	<p>Het voorschrijven van niet-selectieve NSAID's of selectieve COX-2 remmers wordt indien enigszins mogelijk vermeden bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cardiovasculaire risicopatiënten (sectie 3.4.4. sub c), inclusief patiënten met hartfalen en hypertensie,</li> <li>- een nieraandoening of jicht/hyperurikemie in de anamnese,</li> <li>- een afgenomen effectief circulerend volume (niet alleen bij hartfalen, maar bijv. ook bij levercirrose, chronische nierinsufficiëntie en dehydratie),</li> <li>- gelijktijdig gebruik van geneesmiddelen die de nierfunctie eveneens kunnen verminderen, zoals een RAS-remmer en/of diureticum (de combinatie van deze twee samen met een NSAID lijkt extra riskant).</li> </ul> <p>Indien een NSAID bij een risicopatiënt niet kan worden vermeden wordt het NSAID zo kort en laag mogelijk voorgeschreven en wordt de nierfunctie voorafgaand aan en 1 week na de start van het NSAID gecontroleerd.</p> <p>De patiënt krijgt mondelinge en schriftelijke uitleg hoe deze ook zelf kan monitoren of het goed gaat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging</li> <li>➤ Communicatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zorgverlener-patiënt</li> </ul> </li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> <li>➤ Toepassing monitoring/laboratoriumbepaling</li> <li>➤ Risicobewustzijn</li> </ul>	<p>041 PAOfarmacie Implementatie medicatieveiligheid bij verminderde nierfunctie</p> <p>043 PAOfarmacie HARM-Wrestling cyclus 2012</p>

	<i>Fracturen t.g.v. valincidenten</i>		
30	<p>Psychofarmaca (benzodiazepinederivaten en verwante stoffen, klassieke en atypische antipsychotica, tricyclische en niet-tricyclische antidepressiva) worden bij oudere patiënten alleen op strikte indicatie gestart (cave combinaties).</p> <p>Bij patiënten vanaf 70 jaar vraagt de voorschrijver naar valincidenten in het afgelopen jaar en schat de voorschrijver in (aan de hand van directe observatie en het medisch dossier) in hoeverre er sprake is van een mobiliteitstoornis. Als de patiënt hieruit naar voren komt als potentieel valgevaarlijk worden het valrisico en valletselrisico nader geanalyseerd (zie Figuur 1, sectie 5.1.5 (sub a)).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavvolging</li> <li>➤ Risicobewustzijn</li> </ul>	
31	<p>De Zorgverlener beoordeelt periodiek aan de hand van een persoonlijk consult met de patiënt, of het nog steeds noodzakelijk is om psychofarmaca en valgevaarlijke cardiovasculaire geneesmiddelen (antiarrhythmica type Ia, digoxine, diuretica) te continueren.</p> <p>Bij benzodiazepinen en antipsychotica vindt een eerste herevaluatie al plaats na 1-2 weken (d.w.z. vóór het eerste herhaalrecept wordt uitgeschreven), bij antidepressiva gebeurt dit na 4-6 weken.</p> <p>Indien langdurig gebruik niet kan worden vermeden, wordt het gebruik van alle valgevaarlijke geneesmiddelen tenminste eenmaal per jaar opnieuw geëvalueerd.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Medicatiebeoordeling</li> </ul>	
32	<p>Oudere patiënten die binnen een jaar meermalen vallen en/of in verband met een val spoedeisende hulp zoeken, komen in aanmerking voor een multifactoriële interventie, waarbij behalve het saneren van valgevaarlijke geneesmiddelen ook andere risicofactoren voldoende aandacht krijgen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Medicatiebeoordeling</li> </ul>	
33	<p>Bij chronisch gebruik van een benzodiazepine (of daaraan nauw verwante stof ) voor slapeloosheid of een angststoornis wordt tenminste één keer getracht om de gebruiker te laten stoppen m.b.v. een minimale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Medicatiebeoordeling</li> </ul>	

	interventiestrategie (zoals een stopbrief of hieruit afgeleide webapplicatie) of een geleidelijk afbouwprogramma. Indien de gebruiker volledig stoppen te moeilijk vindt, moet worden geprobeerd om de dosering te verlagen.		
	<i>Fracturen t.g.v. glucocorticoiden</i>		
34	<p>Wanneer een patiënt langer dan 3 maanden <math>\geq 7.5</math> mg prednison equivalenten per dag gaat gebruiken wordt in de volgende situaties een bisfosfonaat toegevoegd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- altijd bij doseringen <math>&gt; 15</math> mg per dag</li> <li>- bij doseringen van 7.5-15 mg per dag indien er sprake is van een postmenopauzale vrouw, een man <math>&gt; 70</math> jaar of een abnormaal verminderde botdichtheid.</li> </ul> <p>Zorg hierbij bovendien voor voldoende inname van calcium en vitamine D. Het bisfosfonaat wordt gecontinueerd zolang de behandeling met het corticosteroïde voortduurt met een maximum van vijf jaar. Na het stoppen van het corticosteroïde kan ook het bisfosfonaat worden gestaakt, tenzij er nog sprake is van een verhoogd risicoprofiel.</p> <p>Bij intermitterend gebruik van een hoge glucocorticoïde dosering (<math>\geq 15</math> mg prednison equivalenten per dag) wordt nadrukkelijk beschermende therapie overwogen, wanneer de totale cumulatieve blootstelling van de patiënt hoger is dan 1 g prednison equivalenten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavvolging</li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> </ul>	
	<i>Ontregeling van diabetes t.g.v. bloedglucoseverlagende middelen</i>		
35	Het gebruik van glibenclamide wordt zeker bij patiënten vanaf 75 jaar ontraden vanwege de relatief grote kans op hypoglykemieën en de mogelijke ernst ervan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavvolging</li> </ul>	
36	Gebruikers van orale bloedglucoseverlagende sulfonylureumderivaten worden voorgelicht over de risico's van ongewone lichamelijke belasting, onregelmatige voeding en verminderde voedselinname alsook over de wijze waarop zij het beste hiermee kunnen omgaan. Zeker wanneer zij een verhoogd risico op hypoglykemieën lopen (bijv. vanwege een	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Communicatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zorgverlener-patiënt</li> </ul> </li> </ul>	043 PAOfarmacie HARM-Wrestling cyclus 2012

	nierfunctiestoornis of potentiële geneesmiddelinteractie) worden zij mondeling en schriftelijk voorgelicht over de eerste symptomen daarvan.		
	<i>Ontregeling/uitlokking van diabetes t.g.v. glucocorticoiden</i>		
37	<p>Het initiëren van een glucocorticoïdetherapie vanaf 7.5mg prednison equivalenten (PE) per dag geschiedt onder controle van de glucosespiegel (tenzij het gaat om een eenmalige injectie). Zo nodig wordt op geleide van de uitslagen een bloedglucoseverlagende behandeling ingezet dan wel aangepast.</p> <p>Bij meer ernstige vormen van hyperglykemie heeft insuline de voorkeur boven orale bloedglucoseverlagende middelen.</p> <p>De patiënt krijgt het advies om alert te zijn op verschijnselen van hyperglykemie (dorst, droge mond, veel plassen, moeheid) en om zo nodig contact op te nemen met de voorschrijver.</p> <p>Wanneer de patiënt niet bekend staat als een diabetespatiënt wordt de glucosespiegel voorafgaand aan de start van de therapie en 3-7 dagen na de start gecontroleerd.</p> <p>Wanneer er sprake is van een risicofactor (zoals een nieraandoening of een hoge corticosteroïde dosering vanaf 15mg PE per dag), kunnen één of meer extra metingen worden overwogen.</p> <p>Heeft de patiënt wel diabetes of ontstaat er tijdens het glucocorticoïde gebruik hyperglykemie, dan is het raadzaam om de glucosespiegel frequenter te monitoren (bijv. elke 1-2 weken in het begin van de therapie).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging</li> <li>➤ Communicatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zorgverlener-patiënt</li> </ul> </li> <li>➤ Toepassing monitoring/laboratoriumbepaling</li> </ul>	
38	Indien naar aanleiding van een glucocorticoïde therapie een bloedglucoseverlagende behandeling is gestart dan wel aangepast en het corticosteroïde wordt vervolgens weer gestaakt is men bedacht op het risico dat hypoglykemie kan ontstaan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Risicobewustzijn</li> </ul>	
	<i>Bradycardie t.g.v. digoxine en/of sotalol</i>		
39	De voorschrijver en apotheker houden bij oudere gebruikers van digoxine	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavolging</li> <li>➤ Toepassing</li> </ul>	043 PAOfarmacie HARM-Wrestling cyclus 2012

	<p>en/of sotalol zorgvuldig rekening met factoren die de kans op bradycardie vergroten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De nierfunctie wordt vóór de start van de behandeling, vóór elke dosisverhoging en vervolgens minstens één maal per jaar gecontroleerd.</li> <li>- Combinaties met andere cardiovasculaire geneesmiddelen die de werking kunnen versterken (zoals verapamil en diltiazem) worden alleen op strikte indicatiestelling voorgeschreven en afgeleverd.</li> <li>- Combinaties van sotalol met andere beta-blokkers worden alleen op strikte indicatiestelling voorgeschreven en afgeleverd.</li> <li>- Bij digoxine wordt scherp bewaakt op potentiërende interacties met niet-cardiovasculaire geneesmiddelen (macroliden, itraconazol of ketoconazol).</li> <li>- Bij combinaties van digoxine met een kaliumverliezend diureticum zonder toevoeging van een kaliumsparend geneesmiddel (RAS-remmer, spironolacton) wordt de kaliumspiegel vóór de start van de behandeling, vóór elke dosisverhoging en vervolgens minstens één maal per jaar gecontroleerd.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ monitoring/laboratoriumbepaling</li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> </ul>	
	<i>Ernstige constipatie t.g.v. opioïden</i>		
40	<p>Iedere gebruiker van een opioïde wordt vanaf de start van de behandeling behandeld met een laxans, behalve wanneer er een duidelijke reden bestaat om hiervan af te zien (bijv. een gezamenlijk besluit van voorschrijver en patiënt om deze maatregel niet onmiddellijk te nemen). Deze reden wordt in voorkomende gevallen door de voorschrijver vastgelegd en periodiek geherevalueerd.</p> <p>Indien wordt gestart met een osmotisch werkend laxans (zoals lactulose of macrogol) als monotherapie wordt regelmatig nagevraagd of dit middel wel voldoet en wordt bij onvoldoende resultaat een contactlaxans (zoals sennosiden of bisacodyl) toegevoegd.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voorschrijfgedrag/richtlijnavvolging</li> <li>➤ Medicatiebeoordeling</li> <li>➤ Medicatiebewaking</li> </ul>	

\* Aspecten die, naar verwachting, verbeteren na opvolging van deze aanbeveling.

## Bijlage 4 Interviewvragen

### *Vragen m.b.t. doel 1*

Op het terrein van medicatieveiligheid zijn in de afgelopen 4 jaar enkele initiatieven ontwikkeld die tot stand zijn gekomen door de bijdrage van een groot aantal (veld-) partijen:

- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, 2008 (inclusief handreikingen voor zes overdrachtssituaties)
- Spoorboekje medicatieoverdracht, 2009
- LESA Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn, 2010
- Veilige principes in de medicatieketen verpleging-verzorging-thuiszorg, 2012
- Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, 2012

De eerste vier genoemde initiatieven hebben betrekking op medicatieoverdracht. De laatste genoemde betreft medicatiebeoordeling. De onderstaande vragen zullen voor beide onderwerpen worden gesteld.

### Implementatie

#### *Implementatiestatus*

1. a) Welke stappen zijn/worden ondernomen voor implementatie? Is er een implementatietraject beschreven? Zo ja, wordt dit traject door alle betrokken partijen gevolgd?  
b) Welke partijen zijn betrokken bij de implementatie (zowel 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> lijn?)?  
c) Wie voert de regie over de implementatie?  
d) Wat verwacht u van overheidspartijen, t.a.v. implementatietrajecten?

#### *Randvoorwaarden voor implementatie*

2. a) Aan welke randvoorwaarden moet volgens u worden voldaan om het initiatief te implementeren in de praktijk?  
b) Wat zijn volgens u de succes- en faalfactoren voor implementatie?  
c) Wat verwacht u van overheidspartijen, t.a.v. implementatietrajecten?

#### *Verantwoordelijkheidsverdeling*

3. a) Verantwoordelijkheidsverdeling is een belangrijk element in de initiatieven. Wordt deze verantwoordelijkheidsverdeling in de praktijk uitgewerkt (bv. d.m.v. regionale/lokale afspraken)?  
b) Zo ja, geldt dit dan voor alle betrokken partijen, of voor een deel?  
c) Zo nee, wat zijn volgens u de belemmeringen?  
d) Wat verwacht u van de IGZ, als overheidspartij, t.a.v. het daadwerkelijk implementeren van verantwoordelijkheidsverdeling in de praktijk?

#### *Best practice*

4. Wat is volgens u een voorbeeld van een initiatief dat op succesvolle wijze is, of momenteel wordt, geïmplementeerd in de praktijk ('best practice')?

### Effect op medicatieveiligheid

#### *Verwachte impact*

5. a) Is rondom de implementatie voorzien om het effect op medicatieveiligheid te meten? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?

- b) Wat zijn uw verwachtingen t.a.v. het effect op medicatieveiligheid?
- c) Denkt u dat het initiatief bijdraagt aan het risicobewustzijn van zorgverleners?

*Indicatoren*

- 6. a) Is rondom de implementatie van het initiatief voorzien om gebruik te maken van bestaande indicatoren, of zou dat mogelijk zijn? Zo ja, welke indicatoren?
- b) Zo nee, wat zou naar uw mening een zinvolle, nieuwe indicator zijn?

Relatie met HARM-Wrestling aanbevelingen

- 7. Zijn de initiatieven volgens u genomen n.a.v. het HARM-Wrestling rapport of was er een andere aanleiding? Of was er een andere aanleiding?

*Vragen m.b.t. doel 2*

In de onderstaande tabel staat het aantal medicatieveiligheidsinitiatieven per groep van HARM-Wrestling aanbevelingen dat uit openbare bronnen naar voren is gekomen.

Initiatieven die niet uit openbare bronnen naar voren zijn gekomen

*Initiatieven*

- 1. Kunt u aangeven of er voor de grijs gemarkeerde aanbevelingen momenteel belangwekkende initiatieven lopen of zijn opgestart, bv. 'clinical rules'/medisch-farmaceutische beslisregels?

*Implementatiestatus*

- 2. Weet u welke stappen er momenteel worden ondernomen voor de implementatie van deze initiatieven? Welke partijen zijn betrokken bij de implementatie? Wie voert regie?

*Relatie met HARM-Wrestling*

- 3. Hebben de door u onder 1. genoemde initiatieven een relatie met het HARM-Wrestling rapport: zijn deze initiatieven gestart naar aanleiding van dit rapport of was er een andere aanleiding?

Effect op medicatieveiligheid

*Verwachte impact*

- 4. Is er voor de door u onder 1. genoemde initiatieven informatie beschikbaar waaruit het effect op de medicatieveiligheid naar voren komt?

*Indicatoren*

- 5. Zijn er voor de door u onder 1. genoemde initiatieven indicatoren beschikbaar of in ontwikkeling?

Groep van aanbevelingen	HARM-Wrestling aanbevelingen	Aantal initiatieven
Algemeen	1-6	102
Bloedingen, algemeen	7	4
Bloedingen t.g.v. orale anticoagulantia	8-12	19
Bloedingen t.g.v. acetylsalicylzuur/carbasalaat en NSAID's	13-21	11
Electrolytstoornissen, algemeen	22	0
Hyponatriëmie t.g.v. thiazidediuretica	23	0
Hypokaliëmie/dehydrate t.g.v. kaliumverliezende diuretica	24	0
Hyperkaliëmie t.g.v. RAS-remmers en kaliumsparende diuretica	25-26	0
Nierinsufficiëntie t.g.v. RAS-remmers	27-28	4
Nierinsufficiëntie/hartfalen t.g.v. NSAIDs	29	2
Fracturen t.g.v. valincidenten	30-33	0
Fracturen t.g.v. glucocorticoïden	34	0
Ontregeling van diabetes t.g.v. bloedglucoseverlagende middelen	35-36	1
Ontregeling/uitlokking van diabetes t.g.v. glucocorticoïden	37-38	0
Bradycardie t.g.v. digoxine en/of sotalol	39	1
Ernstige constipatie t.g.v. opioïden	40	0



## Bijlage 5 Geïnterviewde experts

- Dr. J.S. Burgers
- Drs. A.M. de Roos
- Prof. dr. P.A.G.M. de Smet
- Dr. H.J.M.G. Nelissen-Vrancken
- Dr. R.J.E. Grouls
- Prof. dr. J.J. de Gier
- Mr. A.M.E. Bolscher, MPM
- Drs. B.A.D. van Soest-Segers
- Dr. C.G.M. Sino
- Drs. A.T.M. Wasylewicz
- Drs. C.H.M Kerskes

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)