



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

Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende

Verpleeghuizen en verzorgingshuizen moeten nog
punten verbeteren; gehandicaptenzorg en thuiszorg
moeten snel veiliger

Den Haag, september 2010

Inhoud

Voorwoord – 7

Samenvatting – 9

1 Inleiding – 11

- 1.1 Aanleiding en belang – 11
- 1.1.1 HARM-studie – 11
- 1.1.2 Eerder onderzoek door de inspectie – 11
- 1.1.3 Belang van het onderzoek – 12
- 1.2 Onderzoeksvragen – 12
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader – 12

2 Conclusies – 15

- 2.1 Medicatieveiligheid in alle sectoren onvoldoende: wel verschillen per sector – 15
- 2.1.1 Medicatieveiligheid bij driekwart verpleeghuizen (n=46) onvoldoende – 15
- 2.1.2 Medicatieveiligheid bij bijna alle verzorgingshuizen (n=47) onvoldoende – 16
- 2.1.3 Medicatieveiligheid bij bijna alle instellingen voor gehandicaptenzorg (n=66) fors onvoldoende – 17
- 2.1.4 Medicatieveiligheid bij thuiszorgorganisaties (n=49) over volle breedte zorgwekkend – 19
- 2.2 Risico's medicatieproces niet goed in kaart – 20
- 2.3 Maatregelen tegen risico's vaak onvoldoende – 20
- 2.4 Medicatieoverzichten komen nog niet overeen met conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens' – 20
- 2.5 Tot slot: verbetering door navolging van veldnormen en betere samenwerking – 20

3 Handhaving – 21

- 3.1 Maatregelen voor de bezochte instellingen waar de inspectie één of meer risico's constateerde – 21
- 3.2 Maatregelen en aanbevelingen voor alle instellingen in de langdurige zorg en zorg thuis – 21
- 3.2.1 Maatregelen voor de caresector: alle verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg en thuiszorg – 22
- 3.2.2 Aanbevelingen voor alle sectoren aan de beroeps- en brancheorganisaties – 22
- 3.2.3 Aanbevelingen aan de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) – 22
- 3.2.4 Aanbevelingen aan cliëntenorganisaties (LOC, NPCF, Platform VG) – 23
- 3.2.5 Aanbeveling aan ministerie van VWS en Zorgverzekeraars – 23

4 Verpleeghuizen – 27

- 4.1 Conclusie: Verpleeghuizen hebben medicatieproces redelijk in beeld – 27
- 4.2 Handhaving verpleeghuizen – 28
- 4.2.1 Maatregelen voor verpleeghuizen – 28
- 4.2.2 Aanbevelingen aan branche- en beroepsorganisaties verpleeghuizen (o.a. Actiz, Verenso, V&VN, Sting) – 28
- 4.3 Resultaten inspectiebezoeken aan verpleeghuizen – 28
- 4.3.1 Algemeen: bij een derde van bezochte verpleeghuizen 4 of meer onderwerpen hoog risico – 29
- 4.3.2 Bij ruim driekwart van verpleeghuizen medicatieoverdracht geen risico – 30
- 4.3.3 Medicatieopdracht verpleeghuizen meestal geen risico, één op tien echter hoog risico – 30

- 4.3.4 Medicatieoverzicht bij een vijfde van verpleeghuizen hoog risico — 31
- 4.3.5 Bij ruim een derde van verpleeghuizen hoog risico bij medicatiebewaking — 31
- 4.3.6 Geneesmiddelenformularium meestal geen risico; bij één op zes echter hoog risico — 32
- 4.3.7 Geen risico's bij beschikbaarheid van medicatie in verpleeghuizen — 32
- 4.3.8 In ruim helft van verpleeghuizen grote risico's bij bewaring geneesmiddelen — 32
- 4.3.9 Uitzetten van geneesmiddelen bij helft verpleeghuizen geen risico; 20% hoog risico — 33
- 4.3.10 Toedienen bij ruim 3 op 4 verpleeghuizen weinig risico; 20% hoog risico — 33
- 4.3.11 80% van verpleeghuizen weinig risico op bekwaamheid en bijscholing — 34
- 4.3.12 Kwaliteitssysteem bij ruim 3 op 4 verpleeghuizen geen risico; 20% hoog risico door ontbreken geneesmiddelencommissie — 35
- 4.3.13 Driekwart van de verpleeghuizen geen risico's bij omgaan met fouten; kwart hoog risico — 35
- 4.3.14 Depotheken aangetroffen; risico's hoog door onvoldoende medicatiebewaking — 36
- 4.3.15 Medicatieoverzichten verpleeghuizen nog niet volgens richtlijn — 36

- 5 Verzorgingshuizen — 41**
- 5.1 Conclusie: Verzorgingshuizen gebruiken de deskundige inbreng van apothekers onvoldoende — 41
- 5.2 Handhaving verzorgingshuizen — 42
- 5.2.1 Maatregelen voor verzorgingshuizen — 42
- 5.2.2 Aanbevelingen aan branche- en beroepsorganisaties verzorgingshuizen (o.a. Actiz, Verenso, KNMP, LHV en NHG) — 42
- 5.3 Resultaten inspectiebezoeken aan verzorgingshuizen — 42
- 5.3.1 Algemeen: een derde van bezochte verzorgingshuizen op 4 of meer onderwerpen hoog risico — 43
- 5.3.2 Medicatieoverdracht bij driekwart verzorgingshuizen geen risico; bij ruim één op de vijf hoog risico — 44
- 5.3.3 Weinig risico's bij medicatieopdracht verzorgingshuizen; één op de zes echter hoog risico — 44
- 5.3.4 Bij één op de drie verzorgingshuizen medicatieoverzicht onvoldoende geregeld — 45
- 5.3.5 Bij helft van verzorgingshuizen hoog risico bij medicatiebewaking — 45
- 5.3.6 Vrijwel geen risico's rond beschikbaarheid medicatie — 46
- 5.3.7 Medicijnen niet zorgvuldig bewaard bij helft van verzorgingshuizen — 46
- 5.3.8 Uitzetten van geneesmiddelen bij ruim één op de drie verzorgingshuizen risicovol — 47
- 5.3.9 Weinig risico's bij het toedienen van geneesmiddelen in ruim driekwart van verzorgingshuizen; één op de vijf liep hoge risico's — 47
- 5.3.10 Bekwaamheid en bijscholing bij ruim helft van verzorgingshuizen goed geregeld; bij ruim 40% echter hoge risico's — 48
- 5.3.11 Bij 40% van verzorgingshuizen kwaliteitssysteem farmaceutische zorg onvoldoende geregeld — 48
- 5.3.12 Omgaan met fouten in twee derde van verzorgingshuizen weinig risicovol; bij één op de drie echter problemen — 49
- 5.3.13 Medicatieoverzichten verzorgingshuizen nog niet volgens richtlijn — 50

- 6 Gehandicaptenzorg — 53**
- 6.1 Conclusie: Instellingen voor gehandicaptenzorg werken weinig samen met apothekers en huisartsen — 53
- 6.2 Handhaving gehandicaptenzorg — 54
- 6.2.1 Maatregelen voor instellingen voor gehandicaptenzorg — 54
- 6.2.2 Aanbevelingen aan branche- en beroepsorganisaties gehandicaptenzorg (o.a. VGN, NVAVG, LHV) — 54

- 6.3 Resultaten inspectiebezoeken aan instellingen/locaties voor mensen met een verstandelijke beperking (intramuraal) – 55
- 6.3.1 Algemeen: bij ruim driekwart van bezochte instellingen voor intramurale gehandicaptenzorg 4 of meer onderwerpen hoog risico – 55
- 6.3.2 Hoge risico's bij medicatieoverdracht: in kwart van instellingen niet binnen 24 uur duidelijk welke medicatie cliënt gebruikte – 56
- 6.3.3 Gering risico bij medicatieopdracht; één op de tien echter hoog risico – 57
- 6.3.4 Medicatieoverzicht hoog risico bij 2 op de 3 instellingen – 57
- 6.3.5 Medicatiebewaking in ruim driekwart van instellingen zeer risicovol – 58
- 6.3.6 Geneesmiddelenformularium meestal niet aanwezig – 58
- 6.3.7 Beschikbaarheid van geneesmiddelen geen risico – 59
- 6.3.8 Bewaring in 2 op de 3 instellingen risicovol door onzorgvuldige opslag – 59
- 6.3.9 Bij ruim een derde instellingen hoge risico's bij uitzetten medicatie – 59
- 6.3.10 Toedienen van geneesmiddelen hoog risico bij één op de drie instellingen – 60
- 6.3.11 Bij ruim helft van instellingen bekwaamheid en bijscholing niet goed geregeld – 60
- 6.3.12 Kwaliteitssysteem voor farmaceutische zorg in helft niet op orde – 61
- 6.3.13 Ruim helft van instellingen leerde onvoldoende van medicatiefouten – 61
- 6.3.14 Risico's bij aangetroffen depotheken hoog – 62
- 6.3.15 Medicatieoverzichten gehandicaptenzorg nog niet volgens richtlijn – 63
- 6.4 Resultaten: inspectiebezoeken aan instellingen/locaties voor mensen met een verstandelijke beperking (semimuraal) – 63
- 6.4.1 Algemeen: bij ruim driekwart van bezochte instellingen voor semimurale gehandicaptenzorg 4 of meer onderwerpen hoog risico – 64
- 6.4.2 Voor de helft vormde medicatieoverdracht geen risico; bij één op de drie was niet binnen 24 uur duidelijk welke medicatie cliënt gebruikte. – 65
- 6.4.3 Medicatieopdracht bij driekwart van instellingen zonder risico; één op de zes echter hoog risico – 66
- 6.4.4 Bij 2 op de 3 instellingen hoog risico op medicatieoverzicht – 66
- 6.4.5 Medicatiebewaking bij ruim driekwart hoog risico – 67
- 6.4.6 Meestal geen geneesmiddelenformularium aanwezig – 67
- 6.4.7 Geen risico's rond beschikbaarheid van medicatie – 68
- 6.4.8 Bewaring geneesmiddelen bij ruim één op de drie instellingen niet zorgvuldig; ruim helft geen of gering risico – 68
- 6.4.9 Uitzetten van medicatie bij ruim helft van instellingen goed geregeld; ruim 40% groot risico – 68
- 6.4.10 Toedienen medicatie bij één op de drie instellingen hoog risico – 69
- 6.4.11 Bekwaamheid en bijscholing bij twee derde van instellingen niet goed geregeld – 69
- 6.4.12 Kwaliteitssysteem farmaceutische zorg bij ruim 2 op de 3 instellingen hoog risico – 70
- 6.4.13 Ruim helft van instellingen leerde onvoldoende van medicatiefouten – 71
- 6.4.14 Medicatieoverzichten gehandicaptenzorg nog niet conform richtlijn – 71
- 7 Thuiszorg – 75**
- 7.1 Conclusie: Instellingen voor thuiszorg hebben geen degelijke basis voor verantwoorde hulp bij medicatie thuis – 75
- 7.2 Handhaving thuiszorg – 76
- 7.2.1 Maatregelen voor thuiszorginstellingen – 76
- 7.2.2 Aanbevelingen aan branche- en beroepsorganisaties thuiszorginstellingen (o.a. Actiz, V&VN, Sting, BTN, KNMP, LHV en NHG) – 76
- 7.3 Resultaten inspectiebezoek aan instellingen voor thuiszorg – 77
- 7.3.1 Algemeen: bij 9 van de 10 bezochte thuiszorginstellingen 4 of meer onderwerpen hoog risico – 77
- 7.3.2 Bij ruim de helft thuiszorginstellingen medicatieoverdracht geen of gering risico; bijna helft echter hoog risico – 78
- 7.3.3 Hoog risico medicatieopdracht: bij ruim één op de drie instellingen wijzigde medewerker medicatie zonder opdracht arts – 79

- 7.3.4 Medicatieoverzicht hoog risico bij ruim driekwart thuiszorginstellingen – 79
- 7.3.5 Ruim twee derde van thuiszorginstellingen gering risico bij medicatiebewaking/begeleiding – 80
- 7.3.6 Protocollen bij meeste thuiszorginstellingen geen of gering risico; één op de vijf hoog risico – 80
- 7.3.7 Bewaring geneesmiddelen voor ruim 2 op de 3 instellingen hoog risico door meenemen retourmedicatie – 81
- 7.3.8 Uitzetten medicatie bij bijna alle thuiszorginstellingen zeer risicovol – 81
- 7.3.9 Toedienen medicatie bij driekwart instellingen groot risico – 82
- 7.3.10 Bekwaamheid en bijscholing bij ruim één op de drie instellingen hoog risico – 82
- 7.3.11 Kwaliteitssysteem bij helft thuiszorginstellingen niet op orde – 83
- 7.3.12 In ruim helft van thuiszorginstellingen 'omgaan met fouten' hoog risico – 83
- 7.3.13 Risico's bij enkele instellingen door centrale opslag geneesmiddelen op kantoor – 83
- 7.3.14 Medicatieoverzichten thuiszorg nog niet volgens richtlijn – 84

Literatuurlijst – 89

- Bijlage 1 Veldnormen – 89
- Bijlage 2 Handhavingsplan – 92
- Bijlage 3 Enige kenmerken van bezochte instellingen – 95
- Bijlage 4 Acties van beroeps-, branche- en cliëntenorganisaties vóór publicatie van het rapport – 97
- Bijlage 5 Lijst met afkortingen – 100

Voorwoord

Medicatieveiligheid staat al enkele jaren hoog op de prioriteitenagenda van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Met optimale medicatieveiligheid zijn immers ongeveer 16.000 acute ziekenhuisopnames per jaar te vermijden. Om de medicatieveiligheid te verhogen nam de inspectie enkele jaren geleden onder meer het initiatief tot de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'. Met het voorliggende onderzoek naar de medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis combineert de inspectie de aandacht voor patiëntveiligheid met aandacht voor kwetsbare groepen.

De medicatieveiligheid in de langdurige zorg en zorg thuis verschilde tussen de beoordeelde instellingen fors en was in een groot aantal gevallen niet goed gewaarborgd.

Omdat ouderen en gehandicapten steeds meer in kleinschalige voorzieningen in de wijk wonen, is voor medicatieveiligheid de samenwerking van zorginstellingen met plaatselijke huisartsen en apothekers steeds belangrijker geworden. Alle betrokken partijen moeten zich daarom inzetten om die samenwerking rond de farmaceutische zorg goed vorm te geven.

Medicatieveiligheid staat of valt met de juiste gegevens over de cliënt en de medicatie die hij gebruikt, dus met een compleet en actueel medicatieoverzicht. Zorginstellingen, huisartsen en apothekers moeten er daarom zorg voor dragen dat de medicatieoverdracht goed geregeld is en dat actuele en complete medicatiegegevens vastliggen in een door de apotheker opgesteld medicatieoverzicht.

Als vervolgens de apothekers medicatiedeellijsten volgens een uniforme lay-out produceren en de medicatie zoveel mogelijk in individuele doseerverpakking afleveren, dan kan de verpleging/verzorging op verantwoorde wijze de medicatie uitzetten (waar dit nog nodig is) en toedienen.

Een jaarlijkse medicatiebeoordeling, voldoende deskundigheid en scholing en een, in een kwaliteitssysteem geborgd, medicatiebeleid vormen daarna de aanvullende voorwaarden voor medicatieveiligheid.

De gevolgen van onvoldoende waarborgen van medicatieveiligheid worden vaak pas geconstateerd in het ziekenhuis, bijvoorbeeld na acute opname, zoals blijkt uit de studie *Hospital Admissions Related to Medication* uit 2006. In diezelfde studie staat ook dat het terugdringen van het aantal ziekenhuisopnames door fouten met geneesmiddelen kan bijdragen aan een forse kostenreductie. In deze tijd van bezuiniging is deze constatering niet te negeren.

De inspectie adviseert daarom de bewindslieden en de zorgverzekeraars om zorg te dragen voor een adequate financiering van veiliger maar vaak duurdere procedures rond geneesmiddelen voor de langdurige zorg en zorg thuis. Investeren in vergroting van de medicatieveiligheid in deze zorgsectoren leidt niet alleen tot vermindering van schade en menselijk leed, maar ook tot het terugdringen van kosten in de gezondheidszorg.

Prof. dr. G. van der Wal,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

De directe aanleiding voor het thematisch toezicht op de medicatieveiligheid in de langdurige zorg en zorg thuis vormde de studie *Hospital Admissions Related to Medication* (HARM) uit 2006. In deze studie staat dat er in Nederland per jaar 16.000, mogelijk vermijdbare, acute ziekenhuisopnames zijn die te maken hadden met geneesmiddelen. Een groot deel van de in deze studie beschreven risicofactoren voor de ziekenhuisopnames treffen we aan bij ouderen en gehandicapten die zorg krijgen in een instelling of thuis. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft zich daarom met het thematisch toezicht medicatieveiligheid een actueel beeld willen vormen van de belangrijkste risico's rond farmaceutische zorg in instellingen voor langdurige zorg en zorg thuis. Door de rapportage over dit toezicht en de bijbehorende handhaving wil de inspectie ook bewerkstelligen dat het aantal medicatiefouten binnen de zorg vermindert waardoor voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis de veiligheid verbetert.

In de periode van mei 2009 tot maart 2010 heeft de inspectie in totaal 208 instellingen voor langdurige zorg en zorg thuis bezocht (46 verpleeghuizen, 47 verzorgingshuizen, 66 instellingen/locaties voor gehandicaptenzorg en 49 instellingen voor thuiszorg). De inspectie toetste per instelling 11 of 12 onderwerpen rond medicatieveiligheid. In dit rapport geeft de inspectie de resultaten daarvan weer. Deze resultaten zijn niet automatisch van toepassing op alle instellingen voor langdurige zorg en zorg thuis.

De centrale vraagstelling - in welke mate de bezochte *care*-instellingen voldoen aan wet- en regelgeving en veldnormen op het gebied van de farmaceutische zorg - levert per sector en per onderwerp een verschillend antwoord op. De onvolledige naleving leidt tot vermijdbare risico's op meer of minder ernstige patiëntschade.

De medicatieveiligheid was in de bezochte verpleeghuizen (n=46) op de meeste onderwerpen redelijk gewaarborgd. Toch was in ruim driekwart van de bezochte verpleeghuizen verbetering van de farmaceutische zorg op één of meer punten noodzakelijk. Dit was vooral op het terrein van:

- Een actueel medicatieoverzicht per cliënt.
- Opslag en toegankelijkheid van geneesmiddelen.
- Uitvoeren van medicatiebeoordeling per cliënt.
- Proces en controle bij uitzetten en toedienen van geneesmiddelen.
- Instellen van een geneesmiddelencommissie die het geneesmiddelenbeleid bepaalt en onderhoudt.

Technologische ontwikkelingen rond voorschrijven en verstrekken van medicatie moeten beter benut worden in het belang van veiligheid. Actualisatie van de veldnorm voor verpleeghuizen uit 1998 zal zeker ook bijdragen aan snelle verhoging van de medicatieveiligheid.

De medicatieveiligheid was ook in de bezochte verzorgingshuizen (n=47) op de meeste onderwerpen redelijk op orde. In bijna alle verzorgingshuizen was verbetering in de farmaceutische zorg noodzakelijk op één of meer punten zoals die ook genoemd zijn bij de verpleeghuizen met toevoeging van het onderwerp:

- (Bij)scholing over geneesmiddelen.

Bij de verzorgingshuizen kunnen apothekers een belangrijke bijdrage leveren aan de verhoging van kwaliteit en veiligheid van de farmaceutische zorg. Actualisatie van de veldnorm voor verzorgingshuizen uit 2004 raadt de inspectie aan.

In bijna alle bezochte instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking (n=66) trof de inspectie een groot aantal hoge risico's rond de farmaceutische zorg aan. Vooral de volgende punten maken snelle verbetering noodzakelijk:

- Een actueel medicatieoverzicht per cliënt.
- Afhandeling van medicatiebewakingsignalen.
- Jaarlijkse medicatiebeoordeling.
- Opslag en toegankelijkheid van geneesmiddelen.
- Kennis bij medewerkers over uitzetten en toedienen van geneesmiddelen.
- Bevoegdheid en bekwaamheid voor voorbehouden en risicovolle handelingen.
- Instellen van een geneesmiddelencommissie.
- Betrokkenheid van (huis)arts en apotheker.

Hoewel de 'Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg' uit 2006 zeker heeft bijgedragen aan verhoging van de medicatieveiligheid moesten bijna alle door de inspectie bezochte instellingen/locaties maatregelen nemen om de medicatieveiligheid te vergroten. Goede samenwerking met huisartsen en apothekers, met gebruikmaking van de ICT-mogelijkheden van de apothekers, kan een grotere medicatieveiligheid sneller binnen bereik brengen.

De medicatieveiligheid was bij de bezochte thuiszorginstellingen (n=49) slecht gewaarborgd. Bij bijna alle instellingen constateerde de inspectie op 4 of meer onderwerpen hoog risico. Bij een derde van de instellingen op één of meer onderwerpen ook nog zeer hoge risico's.

Een selectie uit de belangrijkste verbeterpunten:

- Een actueel en compleet medicatieoverzicht vanuit de apotheek.
- Toedienen aftekenen op een medicatiedeellijst vanuit de apotheek.
- Controle bij zelf klaarmaken van medicatie.
- Beschrijven van de procedure farmaceutische zorg.
- (Bij)scholing over geneesmiddelen.
- Samenwerking met artsen en apothekers verbeteren en formaliseren.

Voor de thuiszorg als sector zijn nog nauwelijks handreikingen of veldnormen beschikbaar. De sector moet met spoed beschrijven waaraan verantwoorde hulp bij medicatie in de thuissituatie moet voldoen. Ook hier is goede samenwerking met huisartsen en apothekers noodzakelijk om de gewenste vergroting van de veiligheid snel te bereiken.

De inspectie volgt alle bezochte instellingen met hoge of zeer hoge risico's volgens een vooraf vastgesteld handhavingsplan dat gebaseerd is op het IGZ-handhavingskader.

De inspectie trekt als belangrijkste conclusie dat de medicatieveiligheid in instellingen voor langdurige zorg en zorg thuis fors kan verbeteren als:

- Zorginstellingen de vele goede veldnormen die beroeps- en brancheorganisaties opstellen naleven en in hun kwaliteits- en veiligheidssysteem borgen.
- Duidelijke veldnormen beschikbaar komen over het benodigde deskundigheidsniveau en over periodieke (bij)scholing voor het verantwoord kunnen uitzetten en toedienen van geneesmiddelen.
- Zorginstellingen met huisartsen en apothekers schriftelijke afspraken maken over samenwerking rond farmaceutische zorg voor de cliënt.

1 Inleiding

In dit rapport beschrijft de Inspectie voor de Gezondheidszorg de stand van zaken over de medicatieveiligheid in verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg en thuiszorg in de periode van mei 2009 tot maart 2010. Zij signaleert daarbij de risico's, beschrijft de maatregelen die instellingen moeten nemen en adviseert de minister, beroeps- en brancheorganisaties en cliëntenorganisaties.

1.1 Aanleiding en belang

De aanleiding tot het thematisch toezicht medicatieveiligheid is tweeledig: enerzijds de studie *Hospital Admissions Related to Medication* uit 2006 en anderzijds eerdere resultaten van de inspectie bij onderzoek naar farmaceutische zorg^a in care^b-instellingen.

1.1.1 HARM-studie

In 2006 publiceerde het 'Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences' een belangrijke studie naar de medicatieveiligheid in Nederland, genaamd *Hospital Admissions Related to Medication* (HARM)¹. Deze HARM-studie laat zien dat 5,6% van alle acute opnames in ziekenhuizen te maken heeft met geneesmiddelen. Hiervan is 46% potentieel vermijdbaar. Dit komt neer op 16.000 opnames per jaar in Nederland die mogelijk te voorkomen waren. De belangrijkste onafhankelijke risicofactoren zijn polyfarmacie, therapieontrouw, verminderde cognitie, meerdere aandoeningen in de medische voorgeschiedenis, verminderde nierfunctie en het niet zelfstandig wonen. Een groot deel van deze risicofactoren komt voor bij de ouderen en gehandicapten die zorg krijgen in een instelling of thuis.

1.1.2 Eerder onderzoek door de inspectie

Verpleeg- en verzorgingshuizen

De inspectie deed in het verleden al eens onderzoek naar de farmaceutische zorg in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Het onderzoek van de inspectie naar de geneesmiddelendistributie in verpleeghuizen in 1997² heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van de veldnorm 'Farmaceutische zorg in verpleeghuizen' van 1998. Later zijn de aanbevelingen uit het inspectieonderzoek naar de farmaceutische zorg in verzorgingshuizen van 2002 door de brancheorganisatie Arcares (nu Actiz^c) samen met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) gebruikt bij het opstellen van de veldnorm 'Farmaceutische zorg in het verzorgingshuis. Handreiking voor het management'³ in 2004.

In de 'Staat van de Gezondheidszorg 2004. Patiëntveiligheid: de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in zorginstellingen en thuis'⁴ concludeert de inspectie dat in de verpleeghuizen vooral de deskundigheidsbevordering van het personeel op het gebied van farmaceutische zorg nog te wensen overlaat en dat in de verzorgingshuizen de geneesmiddelenvoorziening weliswaar verbeterd is, maar nog steeds niet voldoet.

a Farmaceutische zorg is het geheel van zorgverleningsactiviteiten dat de patiënt nodig heeft om op het juiste moment over het juiste geneesmiddel in de juiste toedieningsvorm en dosering te beschikken voorzien van de juiste begeleiding en informatie. NZa; 2009.

b care staat gelijk aan langdurige zorg en zorg thuis.

c Actiz Organisatie voor zorgondernemers.

Gehandicaptenzorg

In 2004 heeft de inspectie onderzoek gedaan in gezinsvervangende tehuizen voor verstandelijk gehandicapten. In het rapport 'Controle op geneesmiddelen in gezinsvervangende tehuizen schiet tekort'⁵ concludeert de inspectie dat in deze zorginstellingen de farmaceutische zorg onvoldoende is en dat kwaliteitsverbetering te langzaam gaat. Het inspectierapport is voor de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) aanleiding geweest om in 2006 de 'Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg'⁶ te publiceren.

Thuiszorg

In 2009 publiceerde de inspectie een onderzoek naar niet-jaardocumentplichtige thuiszorgorganisaties 'Grote zorgen over 'nieuwe' toetreders op de thuiszorgmarkt'⁷. De inspectie schrijft samenvattend: "Medicatieveiligheid vormde een hoog risico. Er was weinig geregeld om te zorgen voor een veilig medicatiebeleid".

1.1.3 *Belang van het onderzoek*

De inspectie heeft zich met dit thematisch toezicht medicatieveiligheid een actueel beeld gevormd van de belangrijkste risico's rond de farmaceutische zorg bij ouderen en gehandicapten die zorg krijgen in een instelling of thuis. De inspectie heeft daarnaast vastgesteld of de handreikingen die de beroeps- en brancheorganisaties de afgelopen jaren aan de instellingen hebben geboden, ondertussen hebben geleid tot voldoende verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de farmaceutische zorg in deze zorgsector. Door de rapportage over dit thematisch toezicht en de bijbehorende handhaving wil de inspectie bewerkstelligen dat het aantal medicatiefouten binnen de zorg voor ouderen en gehandicapten in instellingen of thuis vermindert.

1.2 **Onderzoeksvragen**

Centrale vraagstelling

In welke mate voldoen instellingen voor langdurige zorg en zorg thuis (*care*-instellingen) aan wet- en regelgeving en veldnormen op het gebied van farmaceutische zorg?

Deelvragen

- In hoeverre hebben zorginstellingen de risico's van het medicatieproces in kaart?
- In hoeverre nemen zorginstellingen maatregelen ter vermindering van die risico's?
- Op welke punten en op welke wijze kan de medicatieveiligheid in zorginstellingen verbeteren?

1.3 **Onderzoeksmethode en toetsingskader**

Aselecte steekproef

Om een goed beeld te krijgen, heeft de inspectie bij haar onderzoek gebruikgemaakt van een gestratificeerde aselecte steekproef van steeds 50 instellingen van de verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking^d en instellingen voor thuiszorg. Ondanks deze aselecte steekproef mogen de resultaten van dit thematisch toezicht niet gegeneraliseerd worden omdat de aantallen te klein zijn en omdat de omvang van de zorginstellingen te wisselend is.

Om diverse redenen zijn er bij de verpleeg- en verzorgingshuizen enkele instellingen afgevallen, waardoor het aantal instellingen waarover de inspectie rapporteert, komt op 46 verpleeghuizen en 47 verzorgingshuizen. Bij de gehandicaptenzorg zijn van

^d In dit rapport verkort ook 'instellingen voor gehandicaptenzorg' genoemd.

de geselecteerde instellingen zowel intramurale (verblijf met behandeling) als ook een aantal semimurale (verblijf met begeleiding) locaties bezocht, waardoor het aantal beoordeelde instellingen/locaties op 66 komt. Bij de thuiszorg bezocht de inspectie 49 instellingen.

Vooraf schriftelijke informatie opgevraagd

Als start heeft de inspectie ongeveer een half jaar voor het inspectiebezoek aan alle instellingen gevraagd om de 'DGV^e Quick-scan medicatieproces' in te vullen in een team van betrokken disciplines, bestaande uit: (huis)arts, apotheker, apothekers-assistente (indien van toepassing), twee zorgmedewerkers en één direct verantwoordelijke voor het medicatieproces van de locatie. Ook heeft de inspectie bij de instellingen documenten opgevraagd om die voorafgaand aan het inspectiebezoek te beoordelen. De uitkomsten van de 'DGV Quick-scan medicatieproces' en de beoordeling van de documenten zijn per onderwerp verwerkt in het inspectierapport per instelling.

Inspectiebezoek en rapportage

In de periode mei 2009 tot maart 2010 bezocht de inspectie de geselecteerde 208 zorginstellingen/-locaties. De inspectie beoordeelde 11 of 12 vooraf vastgestelde onderwerpen en maakte per sector gebruik van een semigestructureerd 'instrument medicatieveiligheid'. De inspectie sprak in de instellingen met een arts^f, een apotheker, een manager en een aantal zorgmedewerkers. Ook beoordeelde zij tijdens een rondleiding ruimten en kasten waarin geneesmiddelen bewaard werden. Bij elke instelling nam de inspectie kopieën van geanonimiseerde medicatie-(overzicht)lijsten uit vijf klaargelegde patiëntendossiers mee. Per instelling schreef de inspectie een rapport waarin ze de geconstateerde risico's per onderwerp aangaf.

Analyse gegevens over instellingen

De gegevens die de 'DGV Quick-scan medicatieproces', de documenten en de inspectiebezoeken opleverden, zijn in SPSS^g ingevoerd en geanalyseerd.

Buiten beschouwing gelaten

Om het thematisch onderzoek uit te kunnen voeren zonder al te grote extra belasting voor de instellingen heeft de inspectie besloten om de betrokken apotheek en de farmacotherapie op cliëntniveau buiten beschouwing te laten. Hoewel de inspectie wel naar de kwaliteit van medicatieoverdrachten heeft gekeken, is er niet gehandhaafd vanuit de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'⁸. Met de veldpartijen is afgesproken dat dit niet vóór 2011 zal gebeuren om de instellingen de tijd en gelegenheid te geven om de richtlijn te implementeren.

Het toetsingskader

De wettelijke basis waarop het inspectieonderzoek naar medicatieveiligheid gebaseerd is, staat in de volgende wetten:

- Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
- Geneesmiddelenwet en besluit geneesmiddelenwet.
- Opiumwet en Opiumwetbesluit.

e DGV heet inmiddels Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM).

f Specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten en/of huisarts.

g Statistical Package for the Social Sciences.

Naast deze wetten heeft de inspectie gebruikgemaakt van een groot aantal veldnormen (bijlage 1). Deze veldnormen zijn geselecteerd op basis van de te beoordelen onderwerpen en risicoaspecten.

Bij de beoordeling maakte de inspectie gebruik van een vooraf opgesteld beoordelingskader (zie website van de inspectie: www.igz.nl) om de variatie tussen beoordelaars zo klein mogelijk te maken. Om dezelfde reden zijn alle rapporten vóór vaststelling beoordeeld door bij het project betrokken inspecteurs/apothekers. Als de inspectie met argumenten van het beoordelingskader afweek, dan staat dat in het instellingsrapport beschreven.

De inspectie heeft, uitgaande van een vooraf vastgesteld handhavingsplan (bijlage 2) aan de instellingen aangegeven welke maatregelen zij binnen welk tijdpad moeten nemen om de risico's terug te dringen. Alle instellingsrapporten zijn vóór 1 juni 2010 vastgesteld. Zij zijn te vinden op www.igz.nl. Op deze website staat ook een overzicht van de bezochte instellingen met de risicoscores per onderwerp. In 2010 brengt de inspectie vervolfbezoeken aan instellingen die zeer hoog en/of hoog risico scoorden. Ook die rapporten komen na vaststelling op www.igz.nl. De nieuwe risicoscores uit die rapporten voegt de inspectie aan het overzicht van bezochte instellingen toe.

2 Conclusies

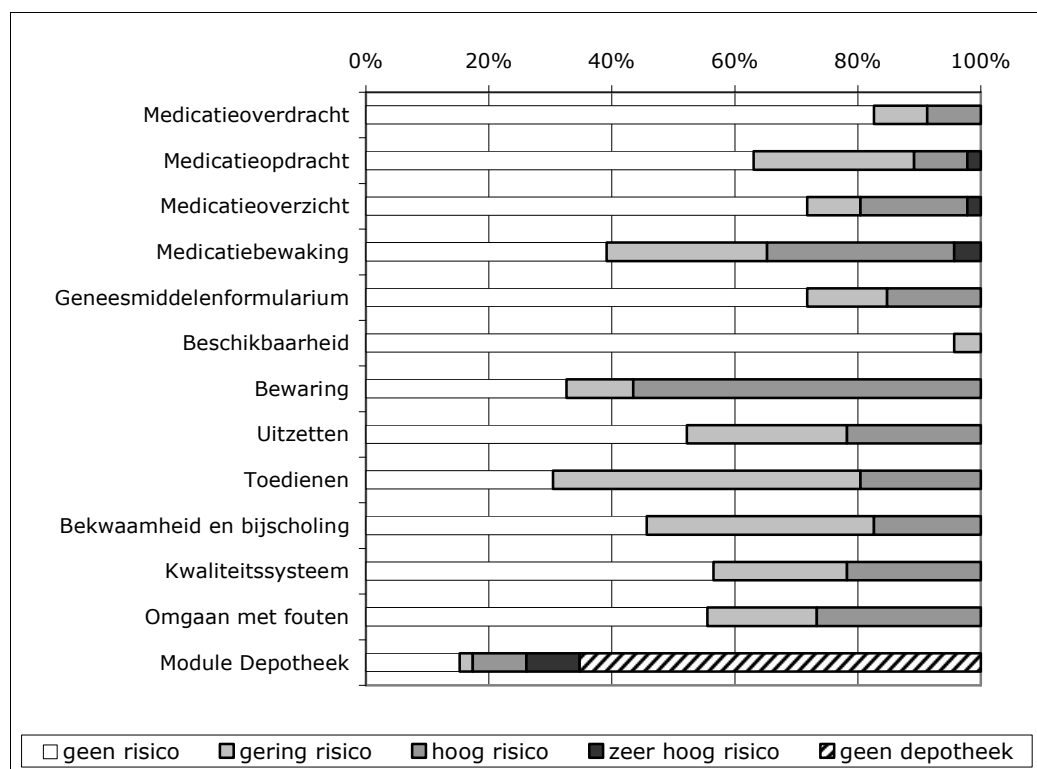
In dit hoofdstuk beschrijft de Inspectie voor de Gezondheidszorg in paragraaf 2.1 het antwoord op de centrale vraagstelling en in de paragrafen 2.2 tot en met 2.4 de antwoorden op de deelvragen. In de hoofdstukken 4 tot en met 7 staan de conclusies, alsook de handhaving en resultaten, voor de vier sectoren meer uitgebreid beschreven.

2.1 Medicatieveiligheid in alle sectoren onvoldoende: wel verschillen per sector

De centrale vraagstelling - in welke mate de bezochte *care*-instellingen voldoen aan wet- en regelgeving en veldnormen op het gebied van de farmaceutische zorg - levert per sector en per onderwerp een verschillend antwoord op. De onvoldedige naleving leidt tot vermijdbare risico's op meer of minder ernstige patiëntschaade. Als een instelling op een onderwerp niet voldoet aan de wet- en regelgeving en/of veldnormen beoordeelt de inspectie, afhankelijk van de ernst van de afwijking, dat sprake is van een gering, hoog of zeer hoog risico (bijlage 2).

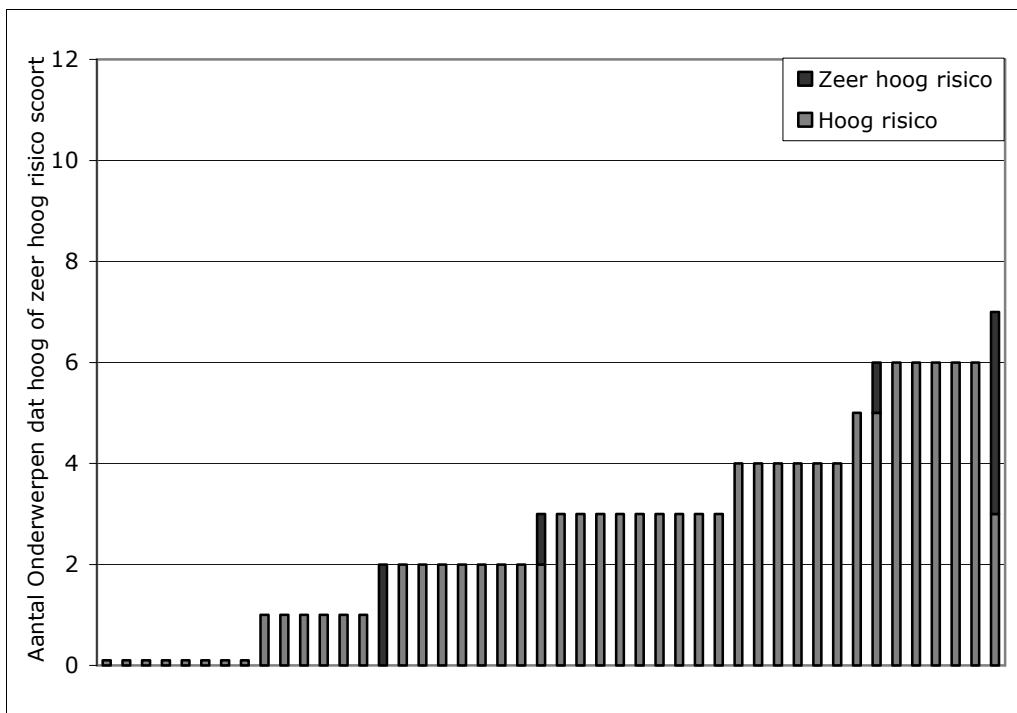
2.1.1 Medicatieveiligheid bij driekwart verpleeghuizen (n=46) onvoldoende

De inspectie beoordeelde 46 verpleeghuizen aan de hand van 12 onderwerpen. Per onderwerp scoorde ongeveer een kwart van de verpleeghuizen hoog of zeer hoog risico doordat zij niet voldeden aan de wet- en regelgeving en/of veldnormen.



Figuur 1 Verpleeghuizen (n=46); verdeling van de risico's per onderwerp

Door de grote spreiding van de geconstateerde risicovolle onderwerpen over de bezochte verpleeghuizen oordeelde de inspectie dat driekwart van de instellingen wegens één of meer onderwerpen met hoge of soms zeer hoge risico's verbeteringen moest doorvoeren.

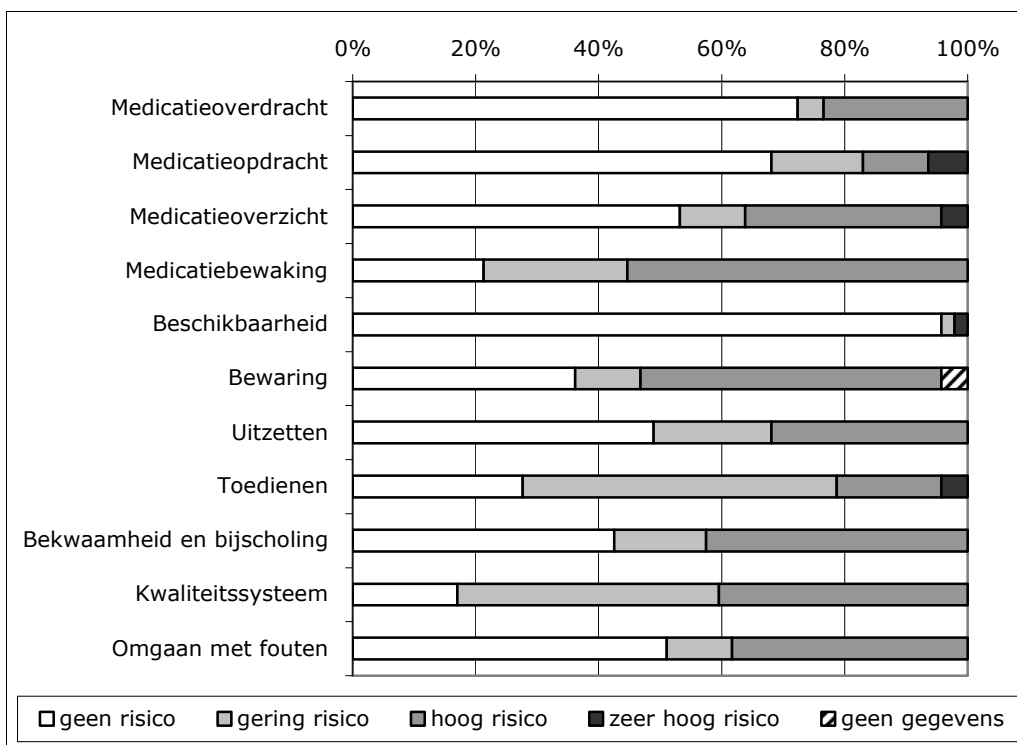


Figuur 2 Verpleeghuizen (n= 46); het aantal onderwerpen dat per bezocht verpleeghuis hoog of zeer hoog risico scoorde

2.1.2

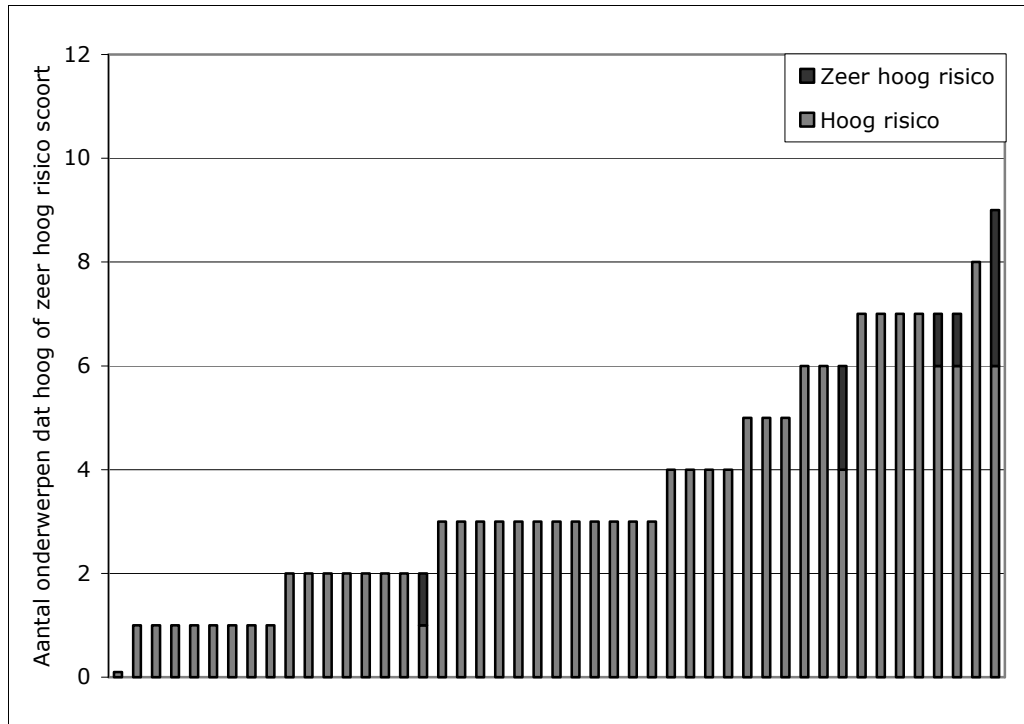
Medicatieveiligheid bij bijna alle verzorgingshuizen (n=47) onvoldoende

De inspectie beoordeelde 47 verzorgingshuizen aan de hand van 11 onderwerpen. Per onderwerp scoorde ongeveer een derde van de verzorgingshuizen hoog of zeer hoog risico doordat zij niet voldeden aan de wet- en regelgeving en/of veldnormen.



Figuur 3 Verzorgingshuizen (n= 47); verdeling van de risico's per onderwerp

De inspectie moest door de grote spreiding van de geconstateerde risicovolle onderwerpen over bijna alle bezochte verzorgingshuizen concluderen dat op twee na alle instellingen wegens één of meer onderwerpen met hoog tot zeer hoog risico verbeteringen moesten aanbrengen.

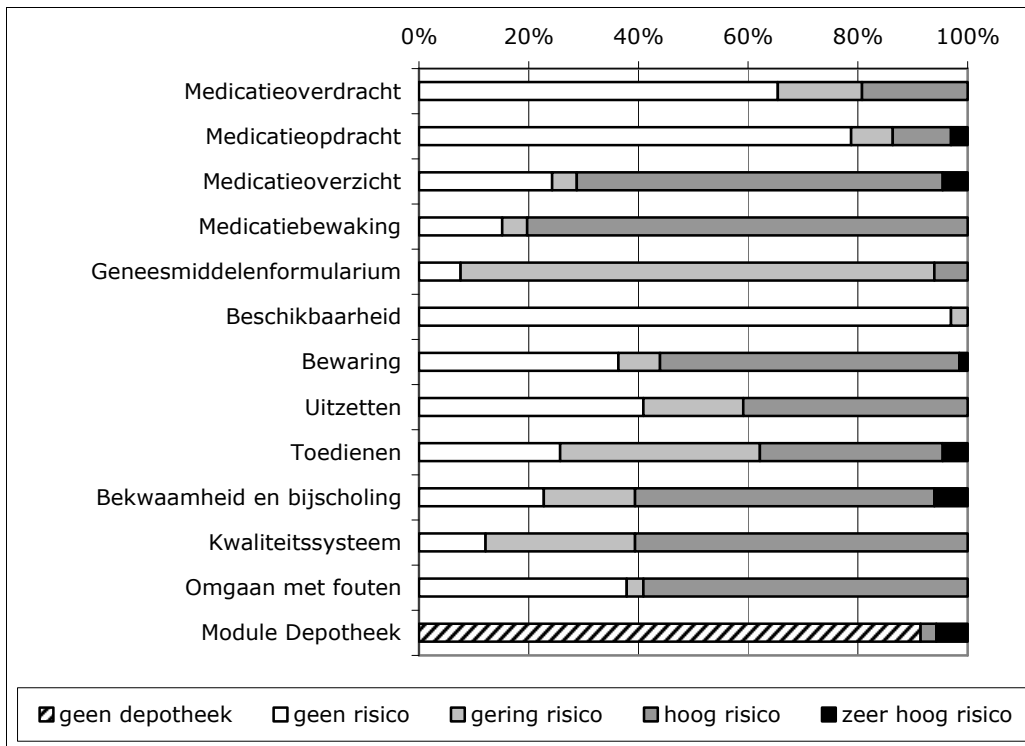


Figuur 4 Verzorgingshuizen (n= 47); het aantal onderwerpen dat per bezocht verzorgingshuis hoog of zeer hoog risico scoorde

2.1.3 Medicatieveiligheid bij bijna alle instellingen voor gehandicaptenzorg (n=66) fors onvoldoende

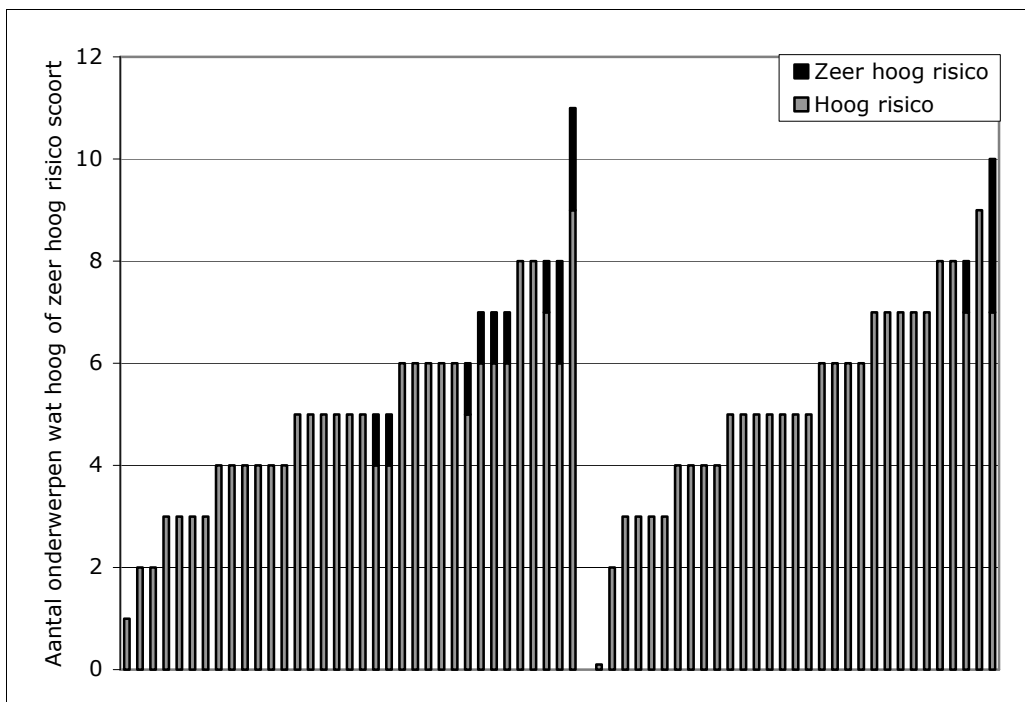
De inspectie beoordeelde 66 instellingen/locaties voor mensen met een verstandelijke beperking aan de hand van 12 onderwerpen.

Per onderwerp varieerden de risicoscores fors. Op de meeste onderwerpen scoorde de helft tot driekwart van de instellingen hoog tot zeer hoog risico doordat zij niet voldeden aan de wet- en regelgeving en/of veldnormen.



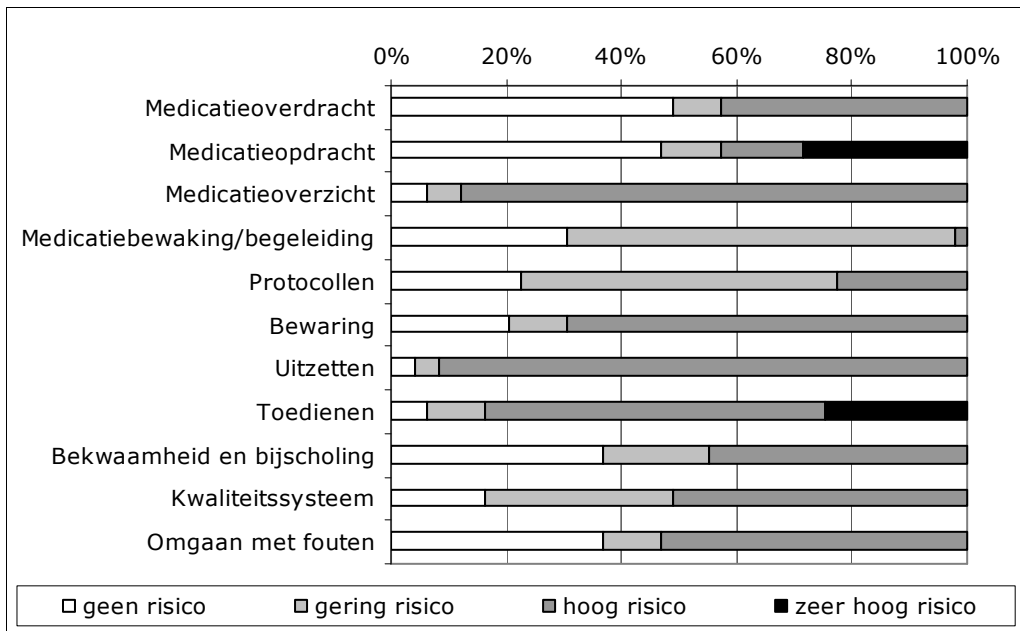
Figuur 5 Instellingen voor gehandicaptenzorg (n=66); verdeling van de risico's per onderwerp

De inspectie concludeerde dat op één na alle instellingen maatregelen moesten nemen in verband met één of meer onderwerpen met hoog en/of zeer hoog risico.



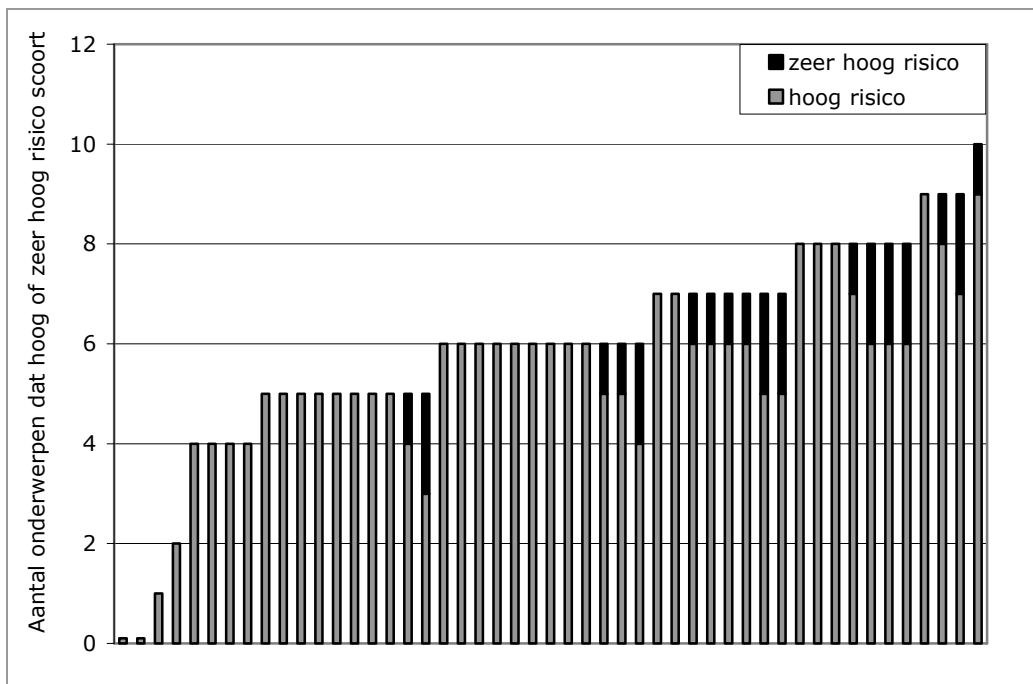
Figuur 6 Instellingen voor gehandicaptenzorg (n=66); het aantal onderwerpen dat per bezochte instelling/locatie hoog of zeer hoog risico scoorde

2.1.4 *Medicatieveiligheid bij thuiszorgorganisaties (n=49) over volle breedte zorgwekkend*
 De inspectie beoordeelde 49 thuiszorgorganisaties aan de hand van 11 onderwerpen.
 Op de meeste onderwerpen scoorde de helft tot ruim driekwart van de instellingen hoog tot zeer hoog risico doordat zij niet voldeden aan de wet- en regelgeving en/of veldnormen.



Figuur 7 Thuiszorg (n=49); verdeling van de risico's per onderwerp

De inspectie oordeelde dat op twee na alle thuiszorgorganisaties maatregelen moesten nemen wegens één of meer onderwerpen met hoog en/of zeer hoog risico.



Figuur 8 Thuiszorg (n=49); het aantal onderwerpen dat per bezochte instelling voor thuiszorg hoog of zeer hoog risico scoorde

2.2 Risico's medicatieproces niet goed in kaart

De verpleeghuizen die de inspectie beoordeelde hadden de meeste risico's van het medicatieproces wel redelijk in kaart. De verzorgingshuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg waren zich niet altijd bewust van alle risico's. De thuiszorgorganisaties waren zich heel vaak niet bewust van de risico's.

2.3 Maatregelen tegen risico's vaak onvoldoende

De bezochte verpleeghuizen hadden van de vier *caresectoren* de meeste maatregelen genomen ter vermindering van de risico's rond de farmaceutische zorg. De verzorgingshuizen volgden direct. Beide sectoren maken al jaren gebruik van handreikingen die de branche- en beroepsorganisaties in 1998 respectievelijk 2004 hebben opgesteld ter verhoging van de veiligheid van de farmaceutische zorg. De gehandicaptenzorg en de thuiszorg namen onvoldoende maatregelen conform de wet- en regelgeving en veldnormen, waardoor voor hun cliënten de risico's het hoogst waren. De instellingen voor gehandicaptenzorg kunnen pas vanaf 2006 gebruikmaken van een handreiking over de farmaceutische zorg. De thuiszorgorganisaties hebben nog geen houvast aan een handreiking bij het nemen van de juiste maatregelen ter vermindering van de risico's.

2.4 Medicatieoverzichten komen nog niet overeen met conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'

De ruim duizend medicatieoverzichten uit de vier *caresectoren* die de inspectie beoordeelde, kwamen meestal niet overeen met de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'. De meeste instellingen waren helaas nog niet op de hoogte van deze richtlijn. De inspectie heeft op dit punt geen maatregelen getroffen omdat met de veldpartijen is afgesproken dat dit niet vóór 2011 zal gebeuren om de instellingen de tijd en gelegenheid te geven om de richtlijn te implementeren.

De resultaten over het naleven van richtlijnen bij het voorschrijven van geneesmiddelen zal de inspectie bespreken met de beroeps- en brancheorganisaties.

2.5 Tot slot: verbetering door navolging van veldnormen en betere samenwerking

De medicatieveiligheid in zorginstellingen kan enorm verbeteren als alle instellingen zich houden aan de wet- en regelgeving en vooral ook aan de veldnormen. Als er volledige naleving was geweest dan had de inspectie dit enthousiast gemeld en zich in dit rapport vervolgens kunnen beperken tot het signaleren van nieuwe risico's. Veldnormen moeten wel voor alle sectoren, ook voor de thuiszorg, beschikbaar zijn en door periodieke evaluatie en bijstelling blijven aansluiten bij voortdurend veranderende omstandigheden en technische mogelijkheden.

De zorginstellingen zijn nu aan zet. Zij moeten de vele goede veldnormen die beroeps- en brancheorganisaties opstellen (bijlage 1 en 4) naleven en in hun kwaliteits- en veiligheidssysteem borgen.

Over het benodigde deskundigheidsniveau en periodieke (bij)scholing voor het verantwoord kunnen uitzetten en toedienen van geneesmiddelen in de *care* zijn weinig veldnormen beschikbaar. Als hier duidelijke veldnormen voor beschikbaar komen, zal dat veel bijdragen aan de veiligheid van de farmaceutische zorg in alle vier de *caresectoren*.

Verhoging van medicatieveiligheid kan verder bereikt worden door goede samenwerking tussen zorginstelling, huisarts en apotheker. Door de toenemende verschuiving van de zorg naar kleinschalige voorzieningen in de wijk zijn schriftelijke afspraken over die samenwerking rond de cliënt in de langdurige zorg en zorg thuis hard nodig.

3 Handhaving

In dit hoofdstuk beschrijft de inspectie de handhaving die geldt voor alle *care*-sectoren. In de hoofdstukken 4 tot en met 7 staan de aanvullende punten van handhaving alsook de conclusies en resultaten voor de sectoren apart benoemd. In paragraaf 3.1. staat beschreven welke type maatregelen de inspectie in het kader van handhaving aan individuele instellingen oplegde. Deze maatregelen zijn gebaseerd op een vooraf vastgesteld handhavingsplan (bijlage 2) op basis van het IGZ-handhavingskader^h.

In paragraaf 3.2. benoemt de inspectie de maatregelen die alle, ook niet bezochte, instellingen moeten nemen. Ook doet zij aanbevelingen aan de bewindslieden en aan beroeps- en brancheorganisaties en aan cliëntenorganisaties.

In bijlage 4 staan de acties benoemd die de beroeps-, branche- en cliëntenorganisaties vóór publicatie van dit inspectierapport al in gang gezet hebben.

3.1 Maatregelen voor de bezochte instellingen waar de inspectie één of meer risico's constateerde

Van elk bezoek dat de inspectie in het kader van het thematisch toezicht medicatieveiligheid bracht, stelde de inspectie een rapport op met de geconstateerde risico's. In 2010 volgt de inspectie alle instellingen die op één of meer onderwerpen hoog of zeer hoog risico scoorden, actief.

Van de instellingen waarbij de inspectie bij één of meer onderwerpen een zeer hoog risico constateerde, eiste de inspectie directe actie. De inspectie gaf gericht aan welke verbetermaatregelen direct genomen moesten worden. Afgestemd op het onderwerp dat zeer hoog risico scoorde, stelde de inspectie termijnen vast. Aan alle instellingen die zeer hoog risico scoorden, brengt de inspectie in 2010 een vervolfbezoek ter toetsing. Als een instelling niet op tijd voldoende maatregelen neemt, volgt verscherpt toezicht of een andere handhavingsmaatregel.

Van instellingen met hoog risico bij één of meer onderwerpen vroeg de inspectie om binnen zes weken een plan van aanpak ter verbetering van de medicatieveiligheid op te stellen en aan de inspectie ter beoordeling toe te sturen. Na goedkeuring van het plan van aanpak vroeg de inspectie voortgangsrapportage na drie maanden. Waar nodig brengt de inspectie in 2010 een vervolfbezoek ter toetsing.

Bij gering risico vroeg de inspectie aan de instelling om een plan van aanpak ter verbetering van de medicatieveiligheid op te stellen en uit te voeren. Binnen zes maanden moest de zorgaanbieder de inspectie op de hoogte brengen van de resultaten van die verbetermaatregelen.

3.2 Maatregelen en aanbevelingen voor alle instellingen in de langdurige zorg en zorg thuis

Voor de onderwerpen die tijdens de inspectiebezoeken risicovol bleken te zijn, maar al goed in veldnormen staan beschreven, geldt de belangrijkste maatregel voor alle instellingen: houdt u aan de wet- en regelgeving en de veldnormen.

De inspectie zal de resultaten, maatregelen en aanbevelingen uit dit rapport inbrengen bij besprekingen over kwaliteitsindicatoren in de stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging, Verzorging en Zorg thuis en de stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Gehandicaptenzorg.

^h Zie www.igz.nl

- 3.2.1 *Maatregelen voor de caresector: alle verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg en thuiszorg*
- Houdt u aan de wet- en regelgeving en de veldnormen.
 - Implementeer vóór 2011, samen met de zorgpartners in de regio (ziekenhuizen, huisartsen en apothekers etc.) de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'⁶, zodat compleetheid en actualiteit van medicatieoverdrachten gewaarborgd zijn.
 - Richt vóór 2012 het farmaceutisch proces zo in dat er alleen gebruikgemaakt wordt van door de apotheek vervaardigde medicatieoverzichten en medicatiedeellijsten. Regel dat bij mutaties nog dezelfde dag (bij voorkeur ook in het weekend) nieuwe lijsten geleverd worden.
 - Regel vóór 2012 dat alle medicatie per medicament en per deeltijd (ook bij Geautomatiseerde Distributie Systemen) afgetekend wordt op een door de apotheek geproduceerde medicatiedeellijst die overeenkomt met het actuele medicatieoverzicht.
 - Gebruik vanaf 1 januari 2012, waar toepasbaar, voor geneesmiddelen verpakkingen die identificatie van elk individueel geneesmiddel tot het moment van inname mogelijk maken.
 - Zorg vanaf 1 januari 2011 dat medewerkers niet alleen in het kader van de Wet BIG (voorbehouden handelingen) geschoold zijn, maar ook op het gebied van risicovolle handelingen, geneesmiddelen en farmaceutische zorg.
 - Breng vóór 2012 volgens de geneesmiddelenwet van 2007, de 'niet-op-naam-gestelde geneesmiddelen' terug tot 'de dokterstas, een werkvoorraad geneesmiddelen voor acute situaties' onder verantwoordelijkheid van een arts.
- 3.2.2 *Aanbevelingen voor alle sectoren aan de beroeps- en brancheorganisaties*
- Stel, in overleg met andere branche- en beroepsorganisaties, vóór 2012 een veldnorm op over de bewaartermijn van medicatieoverzichten en medicatiedeellijsten.
 - Ontwikkel, samen met andere betrokken partijen in de zorg, een veldnorm voor de deskundigheid van medewerkers die betrokken zijn bij de farmaceutische zorg.
- 3.2.3 *Aanbevelingen aan de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)*
- Normeer, vóór 2012, dat voor geneesmiddelen gebruikgemaakt wordt van zodanige verpakkingen dat identificatie van elk individueel geneesmiddel tot het moment van inname mogelijk is.
 - Ontwerp, vóór 2012, een uniforme vormgeving voor medicatieoverzichten en medicatiedeellijsten zodat de lijsten voor alle medewerkers in de zorg duidelijk en overzichtelijk zijn, waar zij ook werken.
 - Normeer, vóór 2012, dat retourmedicatie, waar nodig, door de apotheek thuis opgehaald kan worden.
 - Zorg, vóór 2011, dat ook bij medicatie in verdeeldozen of verpakt via een geautomatiseerd distributiesysteem (GDS) altijd bij aanvang van de zorg een bijsluiter wordt afgeleverd.
 - Ontwerp, vóór 2012, een technische mogelijkheid zodat GDS-medicatie gemakkelijk uit de verpakking te halen is. Ouderen en cliënten met motorische beperkingen kunnen dan zelfstandig hun medicatie innemen.
 - Lever, vanaf 1 januari 2012, bij verdeeldozen of geneesmiddelen die verpakt zijn via een geautomatiseerd distributiesysteem een deellijst waarop de medicatie per medicament kan worden afgetekend.
 - Normeer dat artsen en apothekers vanaf 1 januari 2011 gezamenlijk bij elke cliënt in de caresector minimaal één maal per jaar een medicatiebeoordeling met verzorging/cliënt houden.

- Stimuleer, vanuit het oogpunt van verantwoorde zorg voor medicatie, dat vóór 2012 het aantal apothekers in verzorgingshuizen, voor die cliënten waarvoor het verzorgingshuis het medicatiebeheer geheel of gedeeltelijk heeft overgenomen, beperkt wordt.

3.2.4 *Aanbevelingen aan cliëntenorganisaties (LOC, NPCF, Platform VG)*

Het is erg belangrijk dat cliënten en hun mantelzorgers zich ervan bewust zijn dat zij een grote bijdrage kunnen leveren aan de verhoging van medicatieveiligheid.

De inspectie adviseert daarom aan cliëntenorganisaties om:

- cliënten en hun mantelzorgers te helpen er zich meer bewust van te worden dat zij als constante factor in hun eigen zorgproces risico's kunnen helpen voorkomen. Zij kunnen bijvoorbeeld bij elke medicatiewijziging aan de voorschrijver of de apotheker vragen naar een actueel medicatieoverzicht.

3.2.5 *Aanbeveling aan ministerie van VWS en Zorgverzekeraars*

Om zo groot mogelijke medicatieveiligheid te waarborgen is een veel grotere inzet van apothekers bij de geneesmiddelendistributie in *care*-instellingen noodzakelijk.

Zo moeten apothekers een rol spelen bij:

- Het aanleveren van geneesmiddelen in individuele doseerverpakkingen (zoals GDS).
- Het, indien nodig, tussentijds wijzigen van medicatie in die verpakking.
- Het leveren en bezorgen van geneesmiddelen zeven dagen per week en 24 uur per dag.
- Het verstrekken van betrouwbare medicatieoverzichten en medicatiedeellijsten.
- Het samen met de arts en de cliënt en/of verzorging uitvoeren van minimaal één keer per jaar een medicatiebeoordeling.

Al deze extra activiteiten van de apothekers moeten bij de verpleeghuizen en de intramurale gehandicaptenzorg betaald worden uit het AWBZ-budget van de instelling. Bij de verzorgingshuizen, de semimurale gehandicaptenzorg en de thuiszorg vallen deze activiteiten onder de Zorgverzekeringswet.

De inspectie adviseert daarom aan de bewindslieden en de zorgverzekeraars om zorg te dragen voor een adequate financiering van deze veiliger, maar vaak duurdere procedures rond geneesmiddelen in de langdurige zorg en zorg thuis. De prestatiebeschrijvingen zoals die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgesteld bieden de mogelijkheid om op basis van concrete prestaties afspraken te maken over financiering.

Ook adviseert de inspectie om voor de gehandicaptenzorg en de thuiszorg een systeem ter beoordeling en evaluatie van de zelfstandigheid van de cliënt te laten ontwikkelen, zoals de Beoordeling Eigen beheer van Medicatie (BEM) voor de verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

VERPLEEGHUIZEN

Goed voorbeeld: verpleeghuizen

Verpleeghuis A. is een instelling voor somatische, psychogeriatrische en revalidatiezorg. De snelle groei die de organisatie heeft doorgemaakt is aanleiding geweest om het medicatiebeheer efficiënter te organiseren met waarborg van veiligheid.

Het onderwerp is in al zijn facetten projectmatig uitgewerkt aan de hand van de invoering van een geautomatiseerd distributiesysteem. Het project is zorgvuldig en gecontroleerd uitgevoerd. Alle partijen die een rol spelen in de totale keten van het medicatiebeheer, zoals verpleging/verzorging, apotheker, artsen, management en facilitaire dienst, waren bij het project betrokken. Het in kaart brengen van het medicatieproces met alle transactiemomenten heeft geleid tot kwaliteitsbewustzijn in alle lagen van de instelling. Ook het uitvoeren van interne audits draagt hieraan bij. De verschillende taken, verantwoordelijkheden en communicatielijnen zijn opnieuw uitgewerkt en in gezamenlijkheid in praktijk gebracht.

De instelling is nu bezig om het medicatiebeheer uit te werken voor de revalidatieafdeling. De revalidatiezorg heeft qua mutaties en voorschrijfgedrag andere kenmerken dan de langdurende zorg en vraagt om een eigen, passende werkwijze.

4 Verpleeghuizen

4.1 **Conclusie: Verpleeghuizen hebben medicatieproces redelijk in beeld**

De verpleeghuizen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft beoordeeld, hadden de meeste risico's van het medicatieproces wel redelijk in beeld. Dit komt mogelijk omdat de verpleeghuizen sinds 1998 werken met een norm voor 'Farmaceutische zorg in het verpleeghuis'. Toch was in ruim driekwart van de bezochte verpleeghuizen verbetering van de veiligheid van de farmaceutische zorg op één of meer punten noodzakelijk.

De 'DGV *Quick-scan* medicatieproces' die de inspectie een halfjaar voor het inspectiebezoek liet uitvoeren leidde bij de instellingen veelal tot meer inzicht in de risico's. Dit gold niet alleen voor verpleeghuizen maar ook voor de betrokken apothekers en specialisten ouderengeneeskunde. Veel verpleeghuizen gingen daardoor samen met de apothekers voortvarend met de uitkomst van die 'DGV *Quick-scan*' aan de slag. Sommige instellingen gebruikten de 'DGV *Quick-scan*' ook voor andere locaties, waardoor een uitwaaiend effect ontstond. Tijdens het inspectiebezoek kwamen regelmatig plannen van aanpak ter sprake die al geheel of gedeeltelijk uitgevoerd waren.

De belangrijkste thema's/onderwerpen waarop verbeterd moest worden, waren: medicatieoverzicht, medicatiebewaring, medicatiebewaking, uitzetten/toedienen en kwaliteitszorg.

De belangrijkste conclusies voor deze onderwerpen zijn:

- De specialist ouderengeneeskunde en de verzorging hebben niet altijd een compleet en actueel overzicht van alle voorgeschreven geneesmiddelen die een cliënt gebruikt.
- Geneesmiddelen zijn onzorgvuldig opgeslagen en toegankelijk voor onbevoegden.
- De arts, apotheker en verzorging/cliënt voeren niet twee maal per jaar voor elke cliënt een medicatiebeoordeling uit. Voor het malen van medicatie is niet altijd vooraf goedkeuring gevraagd bij arts of apotheker.
- Uitzetten en toedienen zijn risicovol omdat vaak nog handmatig wordt uitgezet zonder controle. Geneesmiddelen zijn soms na uitzetten niet meer identificeerbaar. Controle op de juistheid van het geneesmiddel bij toedienen is daardoor moeilijk.
- Vaak is er geen commissie die het geneesmiddelenbeleid bepaalt en onderhoudt. Procedures en protocollen worden mede daardoor onvoldoende geëvalueerd.

Op basis van de beoordeling van de medicatieoverzichten concludeert de inspectie:

- De medicatieoverzichten voldoen meestal niet aan de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'.
- De medicatievoorschriften voldoen meestal aan de huidige normen en richtlijnen wat betreft de dosering van digoxineⁱ en temazepam^j en wat betreft het gebruik van maagprotectie bij pijnstillers van het NSAID-type^k.

i Hartmedicatie.

j Slaapmedicatie.

k Pijnstiller: Non-steroidal anti-inflammatory drug.

4.2 Handhaving verpleeghuizen

In deze paragraaf benoemt de inspectie de maatregelen die verpleeghuizen moeten nemen. Ook doet zij aanbevelingen aan beroeps- en brancheorganisaties. Over onderwerpen die tijdens de inspectiebezoeken risicovol bleken te zijn, maar al goed in veldnormen staan beschreven, zijn over het algemeen geen maatregelen of aanbevelingen opgenomen.

4.2.1 Maatregelen voor verpleeghuizen

- Regel dat vanaf 2011 per cliënt minimaal twee maal per jaar een medicatiebeoordeling wordt gehouden met apotheker, specialist ouderengeneeskunde en verzorging/cliënt.

4.2.2 Aanbevelingen aan branche- en beroepsorganisaties verpleeghuizen (o.a. Actiz, Verenso, V&VN, Sting)

- Actualiseer vóór 2012, samen met andere betrokken partijen in de zorg, de norm 'Farmaceutische zorg in verpleeghuizen'⁹ van 1998. Leg vast wanneer deze veldnorm weer geëvalueerd en bijgesteld moet worden.
- Stimuleer dat de specialisten ouderengeneeskunde en de apothekers vanaf 2011 gezamenlijk per cliënt minimaal twee maal per jaar een medicatiebeoordeling met verzorging/cliënt houden.
- Stimuleer dat de specialisten ouderengeneeskunde met de apotheker afspreken dat deze vanaf 2011 de voorschriften die afwijken van het geneesmiddelen-formularium inbrengt tijdens de medicatiebeoordeling en het Farmaco-Therapeutisch Overleg (FTO) zodat gemotiveerd afwijken, leidt tot kwaliteitsverbetering.

De medicatieveiligheid in verpleeghuizen kan verbeteren door meer gebruik te maken van technologische mogelijkheden, zoals elektronisch voorschrijven, geautomatiseerde distributiesystemen, uniform vervaardigde medicatieoverzichten en medicatiedeellijsten.

De farmaceutische zorg met al haar onderdelen moet opgenomen zijn in het kwaliteitssysteem en het veiligheidmanagementsysteem (VMS) van de instelling. Via interne audits kan de kwaliteit en veiligheid geborgd worden.

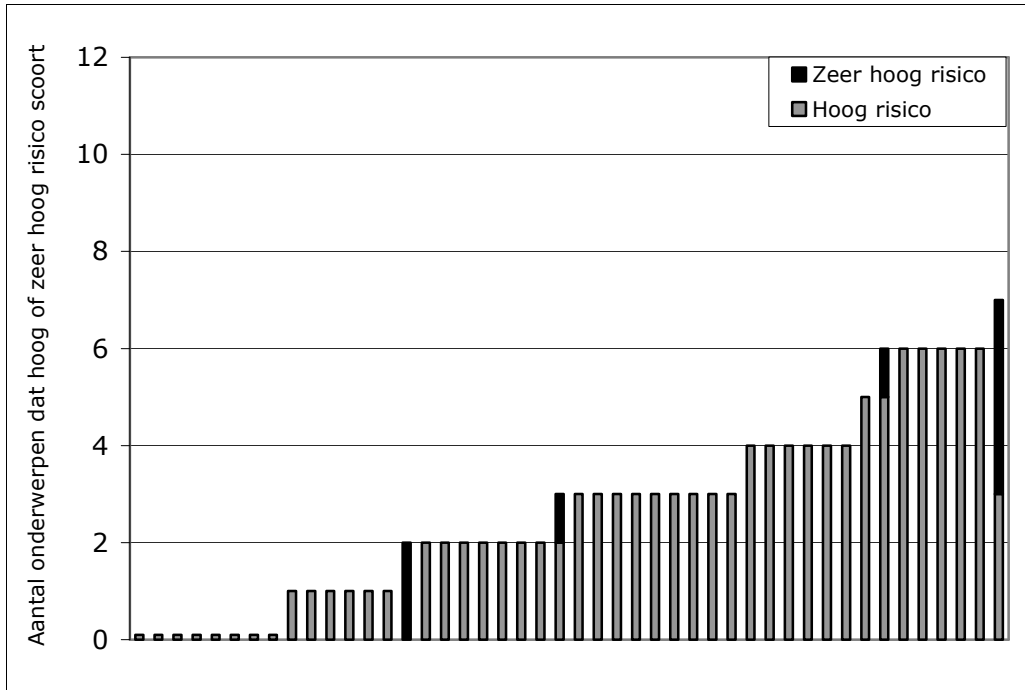
De specialisten ouderengeneeskunde en de apothekers kunnen en moeten hierbij een belangrijke rol spelen.

4.3 Resultaten inspectiebezoeken aan verpleeghuizen

Deze paragraaf bevat een samenvatting van de resultaten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg met betrekking tot medicatieveiligheid in de 46 bezochte verpleeghuizen. Hoewel het hier gaat om een aselechte steekproef uit alle bij de inspectie bekende verpleeghuizen mag het resultaat niet gegeneraliseerd worden. Het aantal bezochte instellingen is hiervoor te klein en de omvang van de instellingen varieert te veel.

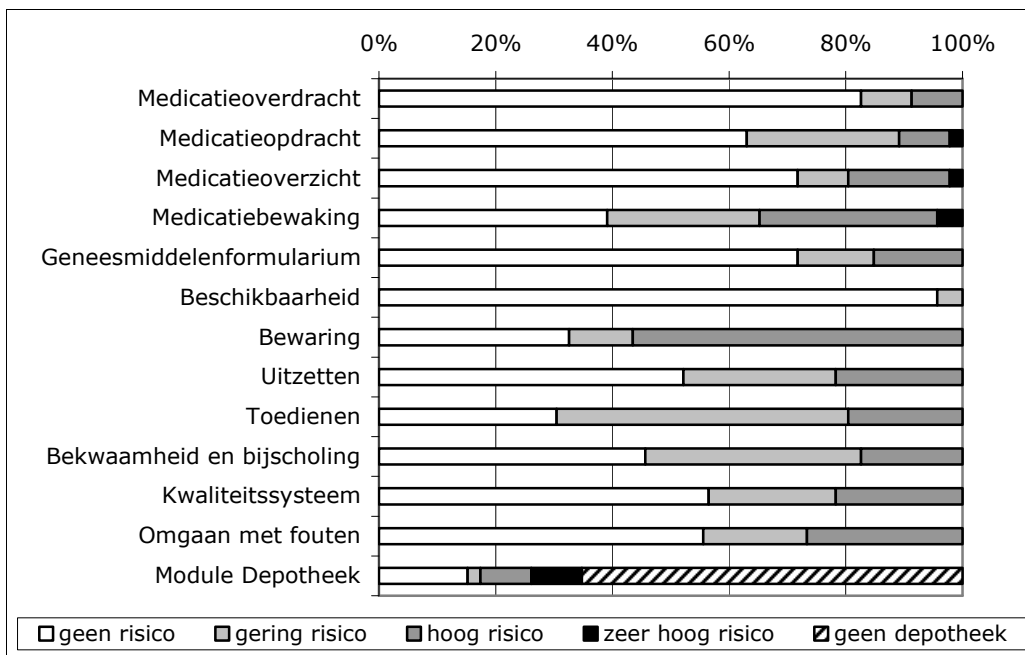
In de eerste subparagraaf staat het aantal hoge en zeer hoge risico's (bijlage 2) weergegeven dat de inspectie per instelling constateerde. In de daarop volgende subparagrafen staan eerst de risicoscores per onderwerp genoemd. Vervolgens staat aan de hand van de beoordeelde risicoaspecten toegelicht waaruit de risico's vooral bestonden.

4.3.1 Algemeen: bij een derde van bezochte verpleeghuizen vier of meer onderwerpen hoog risico



Figuur 9 Verpleeghuizen (n= 46); het aantal onderwerpen dat per bezocht verpleeghuis hoog of zeer hoog risico scoorde

Van de bezochte verpleeghuizen scoorden 8 instellingen op alle 12 onderwerpen geen of gering risico (figuur 9). 14 verpleeghuizen scoorden op 4 of meer onderwerpen en 7 instellingen op 6 of meer onderwerpen hoog en/of zeer hoog risico. 4 instellingen scoorden op één of meer onderwerpen zeer hoog risico.



Figuur 10 Verpleeghuizen (n=46); verdeling van de risico's per onderwerp

De meeste bezochte verpleeghuizen scoorden geen of gering risico op de onderwerpen: medicatieoverdracht, geneesmiddelenformularium en beschikbaarheid (figuur 10). Ongeveer een vijfde van de verpleeghuizen scoorde op de volgende onderwerpen hoog en/of zeer hoog risico: medicatieoverzicht, medicatiebewaking, bewaring, uitzetten, toedienen, kwaliteitssysteem en omgaan met fouten.

4.3.2

Bij ruim driekwart van verpleeghuizen medicatieoverdracht^l geen risico

38 van de bezochte verpleeghuizen scoorden op het onderwerp medicatieoverdracht geen risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=46) waar dit risico is vastgesteld
a Bij opname is niet zo snel als nodig is voor verantwoorde zorg en ook niet binnen 24 uur duidelijk welke geneesmiddelen een cliënt gebruikt.	6
b Voor de hulpverlener/instelling waar een cliënt naar verwezen wordt is niet duidelijk welke medicatie een cliënt gebruikt.	4

Bij 6 verpleeghuizen was niet zo snel als nodig was voor verantwoorde zorg en ook niet binnen 24 uur na opname duidelijk welke medicatie een cliënt gebruikte. Daarmee was echter niet zeker dat in de andere verpleeghuizen de verkregen of opgestelde medicatielijst actueel en compleet was. Bijna alle verpleeghuizen (42) gaven bij verwijzing of overplaatsing een kopie van de aanwezige medicatie(deel-)lijst mee.

Op basis van deze resultaten kon de inspectie geen uitspraken doen over de stand van zaken met betrekking tot de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'⁶. De inspecteurs hadden de ervaring, dat weinig instellingen op de hoogte waren van de conceptrichtlijn en de daarin door de veldpartijen overeengekomen vereisten voor het medicatieoverzicht.

4.3.3

Medicatieopdracht^m verpleeghuizen meestal geen risico, één op tien echter hoog risico

41 van de bezochte verpleeghuizen scoorden op het onderwerp medicatieopdracht geen risico. In 5 van de bezochte instellingen oordeelde de inspectie hoog tot zeer hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=46) waar dit risico is vastgesteld
a De voorgeschreven medicatie wordt gewijzigd zonder een door een arts geautoriseerde medicatieopdracht.	5
b Medicatieopdrachten worden niet altijd schriftelijk of via een elektronisch voorschrijfsysteem gedaan.	13
c De medicatieopdrachten zijn incompleet.	8

In 13 van de bezochte verpleeghuizen kwam het voor dat de arts medicatieopdrachten niet altijd schriftelijk of via een elektronisch voorschrijfsysteem gaf.

^l Op het onderwerp medicatieoverdracht heeft de inspectie niet gehandhaafd, omdat de veldpartijen tot 1 januari 2011 de gelegenheid gekregen hebben om de richtlijn medicatieoverdracht te implementeren.

^m Een mondelinge of schriftelijke aanwijzing van een arts, op basis waarvan actuele medicatie wordt stopgezet, gewijzigd of op basis waarvan een apotheker geneesmiddelen ter hand stelt en/of een verzorgende geneesmiddelen toedient. Een dergelijke aanwijzing behoeft dus niet te voldoen aan de begripsbepaling 'recept' zoals opgenomen in de Geneesmiddelenwet.

De inspectie constateerde bij 8 verpleeghuizen dat de medicatieopdrachten niet altijd compleet waren en bij 5 dat de verzorging de medicatie wijzigde zonder geautoriseerde opdracht van een arts. Dit laatste kwam bijvoorbeeld voor als een specialist aan de cliënt alleen mondeling adviseerde om de dosering van medicatie aan te passen.

4.3.4 *Medicatieoverzichtⁿ bij een vijfde van verpleeghuizen hoog risico*

9 verpleeghuizen scoorden hoog of zeer hoog risico op het onderwerp medicatieoverzicht.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=46) waar dit risico is vastgesteld
a De specialist ouderengeneeskunde heeft geen compleet en actueel overzicht van alle voorgeschreven geneesmiddelen die een cliënt gebruikt.	7
b De verzorging heeft geen compleet en actueel overzicht van alle voorgeschreven geneesmiddelen die een cliënt gebruikt.	7
c Er zijn verschillende overzichtlijsten betreffende één cliënt.	11
d De overzichtlijsten zijn onduidelijk	9
e Het is bij de verzorging niet bekend welke cliënten hun medicatie in eigen beheer hebben.	2

In 11 instellingen bestonden verschillende medicatie(deel)lijsten van één cliënt naast elkaar. De specialist ouderengeneeskunde en/of de verzorging hadden in 7 instellingen niet altijd een compleet en actueel overzicht van alle voorgeschreven geneesmiddelen die een cliënt gebruikte. In 9 instellingen waren medicatie(deel-)lijsten niet altijd duidelijk (volledig, overzichtelijk en leesbaar). De verzorging wist meestal (44) welke cliënten hun medicatie in eigen beheer hadden.

4.3.5 *Bij ruim een derde van verpleeghuizen hoog risico bij medicatiebewaking*

Bij 16 van de bezochte verpleeghuizen constateerde de inspectie op het onderwerp medicatiebewaking een hoog of zeer hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=46) waar dit risico is vastgesteld
a De medicatiebewakingsignalen (apotheek) worden niet binnen een termijn die noodzakelijk is voor veilige toepassing van het geneesmiddel of uiterlijk binnen 24 uur na aflevering, door de apotheker beoordeeld en afgehandeld.	9
b Bijwerkingen worden door de verzorging niet gemeld aan de voorschrijver.	6
c De medicatie wordt niet ten minste 2 x per jaar beoordeeld door een specialist ouderengeneeskunde en een apotheker, waarbij de mening van cliënt en verzorging wordt mee genomen.	15
d De medicatie wordt door de verpleging/verzorging gemalen zonder opdracht van de arts.	13

n Een actueel en compleet overzicht van de medicatie, inclusief naam van het geneesmiddel, sterkte, toedieningsvorm en dosering. Deze registratie per cliënt van alle geneesmiddelen die worden gebruikt, behoeft dus niet te voldoen aan de definitie van 'medicatieoverzicht' zoals opgenomen in de Conceptrichtlijn Overdracht van medicatiegegevens.

In 13 van de bezochte verpleeghuizen maalde het verzorgend personeel geneesmiddelen zonder akkoord van een arts. 15 verpleeghuizen beoordeelden de arts en de apotheker niet minimaal twee maal per jaar de medicatie. Bij 9 bezochte instellingen handelde de apotheker de medicatiebewakingsignalen niet altijd af binnen een termijn die noodzakelijk is voor veilige toepassing van het geneesmiddel of uiterlijk binnen 24 uur. De verzorging meldde in 6 instellingen bijwerkingen niet aan de voorschrijver.

- 4.3.6 *Geneesmiddelenformularium meestal geen risico; bij één op zes echter hoog risico*
In 33 van de bezochte verpleeghuizen constateerde de inspectie op het onderwerp geneesmiddelenformularium geen risico. In 7 instellingen was sprake van hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=46) waar dit risico is vastgesteld
a Er is geen standaard assortiment (formularium) specifiek voor deze instelling.	6
b Het geneesmiddelenformularium wordt niet periodiek geëvalueerd en niet zo nodig bijgesteld.	7
c Het geneesmiddelenformularium is niet toegespitst op het verpleeghuis.	3
d Naleving van het geneesmiddelenformularium wordt niet gecontroleerd.	8

40 verpleeghuizen hadden een geneesmiddelenformularium. Dit formularium was in 3 verpleeghuizen niet toegespitst op het eigen verpleeghuis. 7 verpleeghuizen evalueerden het geneesmiddelenformularium niet periodiek en stelden het niet zo nodig bij. 8 instellingen controleerden naleving van het formularium niet.

- 4.3.7 *Geen risico's bij beschikbaarheid van medicatie in verpleeghuizen*
Het onderwerp tijdige beschikbaarheid van medicatie vormde in geen van de bezochte verpleeghuizen een hoog of zeer hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=46) waar dit risico is vastgesteld
a De cliënt kan niet goed behandeld worden omdat het geneesmiddel niet tijdig beschikbaar is.	0

In alle instellingen konden de cliënten altijd goed behandeld worden omdat de voorgeschreven geneesmiddelen tijdig beschikbaar waren.

- 4.3.8 *In ruim helft van verpleeghuizen grote risico's bij bewaring geneesmiddelen*
In 26 verpleeghuizen beoordeelde de inspectie de bewaring van geneesmiddelen als een hoog en/of een zeer hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=46) waar dit risico is vastgesteld
a Er worden geneesmiddelen aangetroffen waarvan de vervaldatum is verstreken.	7
b De kwaliteit en de identiteit van geneesmiddelen zijn onbetrouwbaar door onzorgvuldige opslag.	15
c De geneesmiddelen zijn toegankelijk voor 'onbevoegden'.	17

In 17 instellingen waren geneesmiddelen toegankelijk voor onbevoegden, bijvoorbeeld door een niet-afgesloten kast of retourbox. In 15 instellingen was de kwaliteit en identiteit van de geneesmiddelen onbetrouwbaar door onzorgvuldige opslag (bewaarcondities, ontbreken etiket op de primaire verpakking). In 7 instellingen trof de inspectie geneesmiddelen aan waarvan de vervaldatum verstreken was.

4.3.9

Uitzetten van geneesmiddelen bij helft verpleeghuizen geen risico; 20% hoog risico
In 36 verpleeghuizen signaleerde de inspectie op het onderwerp uitzetten geen risico. Bij 10 verpleeghuizen vormde het onderwerp uitzetten reden tot het oordeel hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=46) waar dit risico is vastgesteld
a De geneesmiddelen worden niet in op-naam-gestelde individuele doseerverpakking door de apotheek aangeleverd.	9
b Na het moment van uitzetten is het geneesmiddel niet meer te identificeren.	5
c Er worden door de verzorging fouten gemaakt bij het uitzetten van op-naam-gestelde geneesmiddelen.	8

9 verpleeghuizen werkten niet met, door een apotheek aangeleverde, op-naam-gestelde individuele doseerverpakkingen (zoals verdeel dozen of een verpakking via een geautomatiseerd distributiesysteem). Zij zetten binnen de instelling alle medicatie uit; een handeling met hoog risico op fouten, vooral als dit door niet specifiek voor dit werk geschoold personeel wordt gedaan. Na het uitzetten was het geneesmiddel bij 5 verpleeghuizen niet meer te identificeren waardoor bij het toedienen niet meer te controleren was of het juiste geneesmiddel aan de juiste cliënt werd verstrekt. Bij 8 verpleeghuizen constateerde de inspectie dat de verzorging bij het uitzetten fouten maakte.

4.3.10

Toedienen bij ruim 3 op 4 verpleeghuizen weinig risico; 20% hoog risico
Bij 37 van de bezochte verpleeghuizen scoorde het onderwerp toedienen geen of gering risico. Bij 9 verpleeghuizen vormde het toedienen van geneesmiddelen een hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=46) waar dit risico is vastgesteld
a De cliënt krijgt foute medicatie toegediend omdat er niet door ten minste twee bevoegde en bekwame personen is gecontroleerd dat de medicatie overeenkomt met de medicatieopdracht.	17
b Er vindt verwisseling van medicatie plaats omdat er niet tot op het moment van toedienen identificeerbaar is welk geneesmiddel het betreft.	5
c Er ontstaan fouten omdat tijdens het toedienen niet ongestoord gewerkt kan worden.	15
d Er is onduidelijkheid of een geneesmiddel verstrekt/toegediend is.	8

In 15 verpleeghuizen gaf de verzorging aan dat zij niet ongestoord konden werken. In 17 verpleeghuizen controleerde bij toedienen, van bijvoorbeeld insuline, niet een tweede medewerker of de medicatie overeenkwam met de opdracht. Daarnaast leidde in 8 verpleeghuizen het niet aftekenen na het toedienen van het geneesmiddel tot onduidelijkheid of het geneesmiddel verstrekt/toegediend was. Bij 5 verpleeghuizen waren geneesmiddelen niet identificeerbaar tot het moment van toedienen.

4.3.11

80% van verpleeghuizen weinig risico op bekwaamheid en bijscholing

Bij 38 bezochte verpleeghuizen scoorde bekwaamheid en bijscholing geen of gering risico; bij 8 instellingen scoorde het onderwerp hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=46) waar dit risico is vastgesteld
a Onvoldoende actuele kennis bij de arts ouderengeneeskunde.	1
b Onvoldoende kennis bij de verzorging en eventueel apothekersassistent voor het goed uit kunnen zetten.	8
c Onvoldoende kennis en ervaring bij de verzorging voor het goed kunnen toedienen van geneesmiddelen met een bijzondere toedieningsvorm.	9
d Er worden geneesmiddelen toegediend door personen die noch bevoegd noch bekwaam zijn omdat er geen afspraken over gemaakt en vastgelegd zijn.	2
e Achteruitgang van kennis en vaardigheid over geneesmiddelen bij de specialist ouderengeneeskunde en de verzorging.	10
f Het niet (meer) voldoen van medewerkers aan de vereisten voor het verrichten van voorbehouden en risicovolle handelingen.	3

In 8 instellingen beschikten zorgmedewerkers over onvoldoende kennis en ervaring voor het goed kunnen uitzetten van geneesmiddelen en in 9 verpleeghuizen voor het toedienen van geneesmiddelen met een bijzondere toedieningsvorm. Uit de documentenbeoordeling bleek dat de meeste verpleeghuizen niet minimaal één maal in de twee jaar scholing aanboden om wel aanwezige kennis te onderhouden en te actualiseren. Over het algemeen waren medewerkers wel bevoegd en/of bekwaam om de voorbehouden (Wet BIG) en risicovolle handelingen uit te

voeren. Er was in een enkel geval een aanwijzing dat de kennis bij de specialisten ouderengeneeskunde onvoldoende was.

- 4.3.12 *Kwaliteitssysteem bij ruim 3 op 4 verpleeghuizen geen risico; 20% hoog risico door ontbreken geneesmiddelencommissie*
Van de bezochte verpleeghuizen scoorden er 36 geen of gering risico op het onderwerp kwaliteitssysteem. 10 van de bezochte instellingen scoorden hoog risico op dit onderwerp.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=46) waar dit risico is vastgesteld
a Er is geen geneesmiddelencommissie die het geneesmiddelenbeleid bepaalt en onderhoudt.	9
b Er is geen beschrijving van de procedure farmaceutische zorg.	5
c De procedures/protocollen rond het medicatieproces worden niet of sporadisch met de betrokken zorgverleners (apotheker, specialist ouderenzorg, verzorging) geëvalueerd.	10
d De apotheker is niet of nauwelijks betrokken bij het medicatieproces binnen het verpleeghuis.	6

In 9 van de bezochte verpleeghuizen was geen geneesmiddelencommissie die het geneesmiddelenbeleid bepaalt en onderhoudt. 10 instellingen evalueerden de procedures/protocollen rond het medicatieproces niet of sporadisch met de betrokken zorgverleners (apotheker, specialist ouderengeneeskunde en verzorging). Bij 6 van de verpleeghuizen was de apotheker niet of nauwelijks betrokken bij het medicatieproces binnen het verpleeghuis. Bij 5 instellingen trof de inspectie geen beschrijving van de procedure farmaceutische zorg aan.

- 4.3.13 *Driekwart van de verpleeghuizen geen risico's bij omgaan met fouten; kwart hoog risico*
33 van de bezochte verpleeghuizen scoorden geen of gering risico op het onderwerp 'omgaan met fouten'; 12 scoorden hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=46) waar dit risico is vastgesteld
a Er bestaat een kans dat medicatiefouten zich blijven herhalen omdat fouten niet gemeld worden.	6
b Van gemaakte medicatiefouten wordt niet geleerd omdat ze niet besproken en geanalyseerd worden in een daartoe opgerichte commissie.	4
c Er is geen verbetering van de veiligheid bij het omgaan met geneesmiddelen omdat acties/verbeteringen n.a.v. de gemaakte medicatiefouten uitblijven.	8
d Er vindt geen terugkoppeling plaats naar de melder over de afhandeling van de MIC ^o melding.	9

Bij 9 instellingen vond geen terugkoppeling plaats naar de melder over de afhandeling van de MIC-melding. Bij 6 verpleeghuizen werden medicatiefouten niet consequent gemeld en bij 8 werden geen acties ondernomen naar aanleiding van

^o Meldingen Incidenten Cliëntenzorg.

gemaakte fouten. Bij 4 verpleeghuizen werd niet van gemaakte medicatiefouten geleerd omdat fouten niet besproken en geanalyseerd werden in een daartoe opgerichte commissie.

4.3.14

Depotheken aangetroffen; risico's hoog door onvoldoende medicatiebewaking

Er kan volgens de Geneesmiddelenwet van juli 2007 alleen sprake zijn van een geneesmiddelenvoorraad in een apotheek met een gevestigd apotheker. De wet kent het begrip toezichthoudend apotheker niet meer. Wel bestaat de mogelijkheid van een dokterstas waarin geneesmiddelen zitten die aan de arts ter hand gesteld zijn voor noodsituaties.

Aangezien er op het moment van toezicht nog geen veldnormen waren ontwikkeld op basis van de Geneesmiddelenwet van 2007, heeft de inspectie alleen op dit onderwerp gesignaleerd en nog niet gehandhaafd. De inspectie heeft wel gehandhaafd op veilig en verantwoord werken, zoals verwoord in onderstaande risico-aspecten.

Van de bezochte verpleeghuizen hadden er 16 een depotheek of een grote voorraad niet-op-naam-gestelde geneesmiddelen.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=46) waar dit risico is vastgesteld
a De medicatiebewaking vindt niet plaats vóór toediening van de geneesmiddelen en/of medicatiebewaking wordt niet ondersteund door ICT en/of bij de beoordeling en afhandeling van signalen is geen apotheker betrokken.	6
b Er worden geneesmiddelen aangetroffen waarvan de vervaldatum is verstreken.	2
c De kwaliteit en de identiteit van geneesmiddelen zijn onbetrouwbaar door onzorgvuldige opslag.	2
d De cliënt kan niet op tijd behandeld worden omdat een geneesmiddel niet voldoende snel beschikbaar is.	0
e De depotheek is toegankelijk voor 'onbevoegden'.	3
f Het op naam stellen/uitzetten van geneesmiddelen vindt niet plaats door een apothekersassistente of apotheker en/of wordt niet door een tweede persoon gecontroleerd.	2

Bij 4 van de depotheken/voorraden signaleerde de inspectie een hoog en in eveneens 4 een zeer hoog risico. In instellingen waar de inspectie ten aanzien van de depotheek geen risico scoorde, stelden de apotheker of apothekersassistenten medicatie op naam.

4.3.15

Medicatieoverzichten verpleeghuizen nog niet volgens richtlijn

De inspectie nam 229 geanonimiseerde medicatieoverzichten mee van de bezochte verpleeghuizen. Ondanks het feit dat vooraf schriftelijk was gevraagd om medicatieoverzichten^p volgens de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens' voldeden slechts 34 lijsten aan de richtlijn.

^p Een registratie per patiënt van alle geneesmiddelen (al dan niet op recept) en relevante gegevens over het gebruik daarvan in een periode van ten minste drie maanden voorafgaand aan het moment van aanmaak en gebruik van dat medicatieoverzicht of zolang als nodig is voor verantwoorde zorg. Inclusief de reden van voorschrijven en inclusief allergieën, intoleranties en contra-indicaties. Een medicatiedeellijst is dus niet hetzelfde als een medicatieoverzichtlijst.

Van de lijsten was in 91 gevallen sprake van medicatiedeellijsten. 87 lijsten waren door het verpleeghuis zelf opgestelde medicatieoverzichten en/of medicatiedeellijsten. De overige lijsten waren door een apotheek gemaakt en geleverd. Bij 133 lijsten was er weliswaar sprake van een overzicht van medicatie, maar deze voldeed meestal niet aan de conceptrichtlijn. Bij 125 lijsten ontbrak een medicatiehistorie van minimaal drie maanden. Op 44 lijsten stonden wel contra-indicaties opgenomen en bij 64 wel geneesmiddelenallergieën. Bij ontbreken van deze gegevens was niet altijd duidelijk of er geen contra-indicaties of allergieën waren of dat deze niet waren ingevuld.

De inspectie ging na of cliënten in verpleeghuizen die ouder waren dan zeventig jaar, bij gebruik van een pijnstiller van het NSAID-type^k ook een middel ter bescherming van de maag kregen, in verband met het risico op maagperforatie en/of maagbloedingen. Bij 27 lijsten trof de inspectie het gebruik van een NSAID aan. In alle gevallen was tevens maagbeschermende medicatie voorgeschreven.

De inspectie bekeek of verpleeghuiscliënten, ouder dan zeventig jaar, volgens de Beerscriteria¹⁰ te hoge doseringen kregen van digoxineⁱ en/of het benzodiazepine, temazepam^j.

Op 16 medicatieoverzichten stond digoxine. De dosering van digoxine was op alle lijsten in overeenstemming met de Beerscriteria. Op 46 lijsten stond temazepam. De dosering van temazepam was in een derde van de gevallen te hoog.

VERZORGINGSHUIZEN

Goed voorbeeld verzorgingshuizen

In verzorgingshuis X is rond de farmaceutische zorg veel goed geregeld. Zo wijzigt de verzorging de medicatie alleen na een door een arts geautoriseerde medicatieopdracht. Daarvoor heeft het verzorgingshuis formulieren in gebruik. De arts geeft de medicatieopdrachten altijd schriftelijk of via een elektronisch voorschrijfsysteem. De verzorging weigert een opdracht tot medicatiewijziging, bijvoorbeeld door de doktersdienst, in het algemeen als die niet schriftelijk of per fax is bevestigd.

De verzorging maakt medicatie niet zonder dat er per geneesmiddel een schriftelijke instemming is van de arts. De apotheek heeft daarnaast een lijst opgesteld waarop staat aangegeven of het geneesmiddel gemalen mag worden dan wel of andere bijzondere toedieningwijzen mogelijk of onwenselijk zijn.

Scholing over de geneesmiddelendistributie is opgenomen in het periodieke scholingsprogramma. Wie welke voorbehouden of risicovolle handeling, waaronder medicatie delen, mag uitvoeren, ligt vast. Bevoegdheid en bekwaamheid worden regelmatig getoetst.

Er is voor de hele stichting een geneesmiddelencommissie die het geneesmiddelenbeleid bepaalt en onderhoudt. Er is geen beschrijving van de procedure farmaceutische zorg. De geneesmiddelencommissie evalueert regelmatig de procedures/protocollen rond het medicatieproces.

Er bestaat binnen het verzorgingshuis een grote bereidheid tot melden. Meldingen worden besproken in de MIC-commissie. Waar mogelijk geeft de commissie adviezen ter verbetering. Incidenten worden, indien zinvol, via de PRISMA^q-methode onderzocht. De registratie van incidenten is overzichtelijk en duidelijk.

q Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis.

5 Verzorgingshuizen

5.1 **Conclusie: Verzorgingshuizen gebruiken de deskundige inbreng van apothekers onvoldoende**

De verzorgingshuizen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft beoordeeld, waren zich niet altijd bewust van alle risico's rond het medicatieproces. De DGV *Quick-scan* die de inspectie een half jaar voor het inspectiebezoek liet uitvoeren, leidde bij de instellingen veelal tot meer inzicht. Dit gold niet alleen voor verzorgingshuizen maar ook voor de betrokken apothekers en huisartsen. Veel verzorgingshuizen gingen daardoor samen met apothekers, huisartsen en soms ook specialisten ouderengeneeskunde voortvarend met de uitkomst van die DGV *Quick-scan* aan de slag. Tijdens het inspectiebezoek kwamen regelmatig plannen van aanpak ter sprake die al geheel of gedeeltelijk uitgevoerd waren. Een aantal verzorgingshuizen was bijvoorbeeld bezig met de overschakeling naar, door de apotheek aangeleverde, individuele doseerverpakkingen (bijvoorbeeld via een GDS^r).

Een deel van de verzorgingshuizen had een groot aantal van de onderwerpen die de inspectie toetste, redelijk op orde. Mogelijk komt dit omdat de verzorgingshuizen sinds 2004 aan de vergroting van de medicatieveiligheid kunnen werken met behulp van de handreiking voor het management 'Farmaceutische zorg in het verzorgingshuis'.⁹ Ook de toenemende samenwerking tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen kan hieraan bijgedragen hebben.

In alle bezochte verzorgingshuizen, op twee na, was echter verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de farmaceutische zorg noodzakelijk. De belangrijkste thema's/onderwerpen waarop verzorgingshuizen moesten verbeteren, waren: medicatieoverzicht, medicatiebewaking, medicatiebewaring, uitzetten en toedienen, bekwaamheid/bijscholing en kwaliteitszorg.

De belangrijkste conclusies voor deze onderwerpen zijn:

- De huisarts en de verzorging hebben niet altijd een compleet en actueel overzicht van alle voorgeschreven geneesmiddelen die een cliënt gebruikt. Ook is niet altijd bij de verzorging bekend hoe zelfstandig een cliënt is in medicatiegebruik en/of -beheer.
- Medicatiebewakingsignalen zijn niet altijd tijdig afgehandeld. Medicatiebeoordelingen worden niet minimaal één maal per jaar uitgevoerd. Verzorging maakt geneesmiddelen zonder vooraf akkoord door arts of apotheker.
- Geneesmiddelen zijn onzorgvuldig opgeslagen en toegankelijk voor onbevoegden.
- Uitzetten en toedienen zijn vooral risicovol als alle medicatie nog handmatig wordt uitgezet zonder controle. Geneesmiddelen zijn na uitzetten niet meer identificeerbaar. Controle op de juistheid van het geneesmiddel bij toedienen is daardoor moeilijk.
- Er is voor de verzorging onvoldoende bijscholing over geneesmiddelen.
- Vaak is er geen commissie die het geneesmiddelenbeleid bepaalt en onderhoudt. Procedures en protocollen worden mede daardoor onvoldoende geëvalueerd. Er is vaak geen coördinator farmaceutische zorg. Huisarts en apotheker zijn niet of nauwelijks betrokken bij het medicatieproces.

^r Geautomatiseerd distributiesysteem.

Op basis van de beoordeling van de medicatieoverzichten concludeert de inspectie:

- De medicatieoverzichten voldoen meestal niet aan de conceptrichtlijn ‘Overdracht van medicatiegegevens’.
- De medicatievoorschriften voldoen niet altijd aan de huidige normen en richtlijnen wat betreft de dosering van digoxine en temazepam en wat betreft het gebruik van maagprotectie bij pijnstillers van het NSAID^k-type. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt niet primair bij het verzorgingshuis. Als er jaarlijks een medicatiebeoordeling wordt gehouden, kunnen arts en apotheker deze afwijking tijdig corrigeren.

5.2 Handhaving verzorgingshuizen

In deze paragraaf benoemt de inspectie de maatregelen die instellingen moeten nemen. Ook doet zij aanbevelingen aan beroeps- en brancheorganisaties. Over onderwerpen die tijdens de inspectiebezoeken risicovol bleken te zijn, maar al goed in veldnormen staan beschreven, zijn geen maatregelen of aanbevelingen opgenomen.

5.2.1 Maatregelen voor verzorgingshuizen

- Maak vóór 2012 met de huisartsen en apothekers schriftelijke afspraken over de farmaceutische zorg voor de cliënten. Spreek daarbij af dat voor alle cliënten (niet alleen bij polyfarmacie) jaarlijks een medicatiebeoordeling wordt gehouden met apotheker, huisarts, verzorging en de cliënt of zijn vertegenwoordiger.
- Neem vanaf 2011 periodieke bijscholing voor de verpleging/verzorging over geneesmiddelen en farmaceutische zorg structureel op in het scholingsplan.

5.2.2 Aanbevelingen aan branche- en beroepsorganisaties verzorgingshuizen (o.a. Actiz, Verenso, KNMP, LHV en NHG)

- Stimuleer, vanuit het oogpunt van verantwoorde zorg voor medicatie, dat vóór 2012 het aantal huisartsen en apothekers in verzorgingshuizen, voor die cliënten waarvoor het verzorgingshuis het medicatiebeheer geheel of gedeeltelijk heeft overgenomen, beperkt wordt.

Ook bij de verzorgingshuizen kunnen apothekers een belangrijke bijdrage leveren aan de verhoging van kwaliteit en veiligheid van de farmaceutische zorg. Als zij instellingen adviseren bij de overschakeling naar een door de apotheek aan-geleverde individuele doseerverpakking, wordt het risicovolle uitzetten door de verzorging teruggedrongen. Ook kunnen apothekers uniforme medicatieoverzichten en medicatiedeellijsten produceren.

De farmaceutische zorg met al haar onderdelen moet in het kwaliteitssysteem en het veiligheidmanagementsysteem (VMS) van de instelling opgenomen zijn.

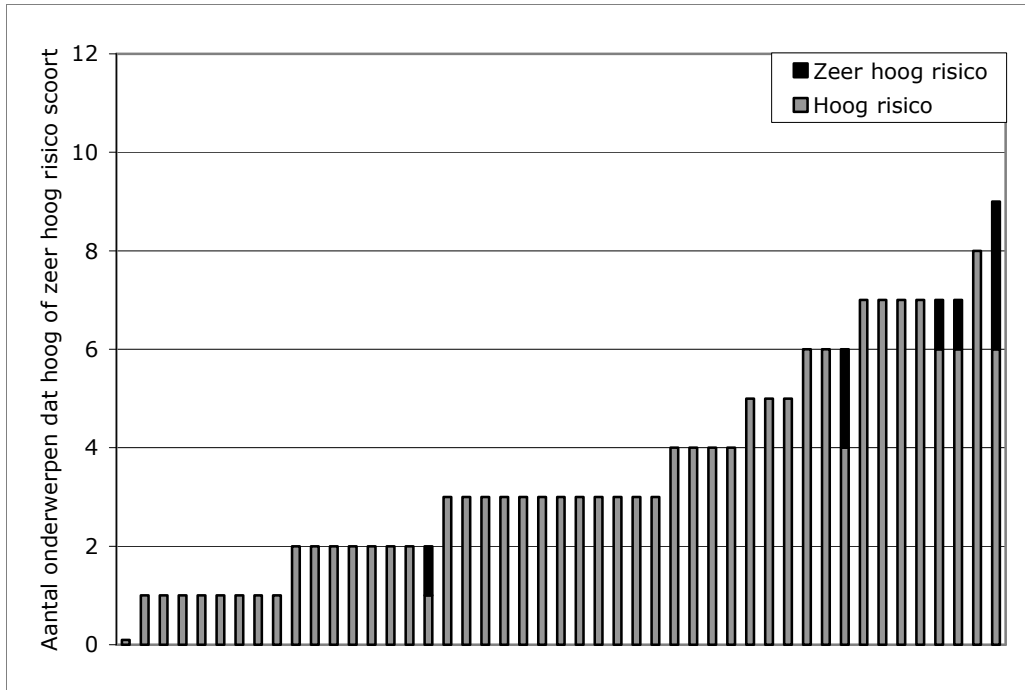
Via interne audits kan de kwaliteit en veiligheid geborgd worden.

5.3 Resultaten inspectiebezoeken aan verzorgingshuizen

Deze paragraaf bevat een samenvatting van de resultaten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over medicatieveiligheid in de 47 bezochte verzorgingshuizen. Hoewel het hier gaat om een aselechte steekproef uit alle bij de inspectie bekende verzorgingshuizen, mag het resultaat niet gegeneraliseerd worden. Het aantal bezochte instellingen is hiervoor te klein en de omvang van de instellingen varieert te veel.

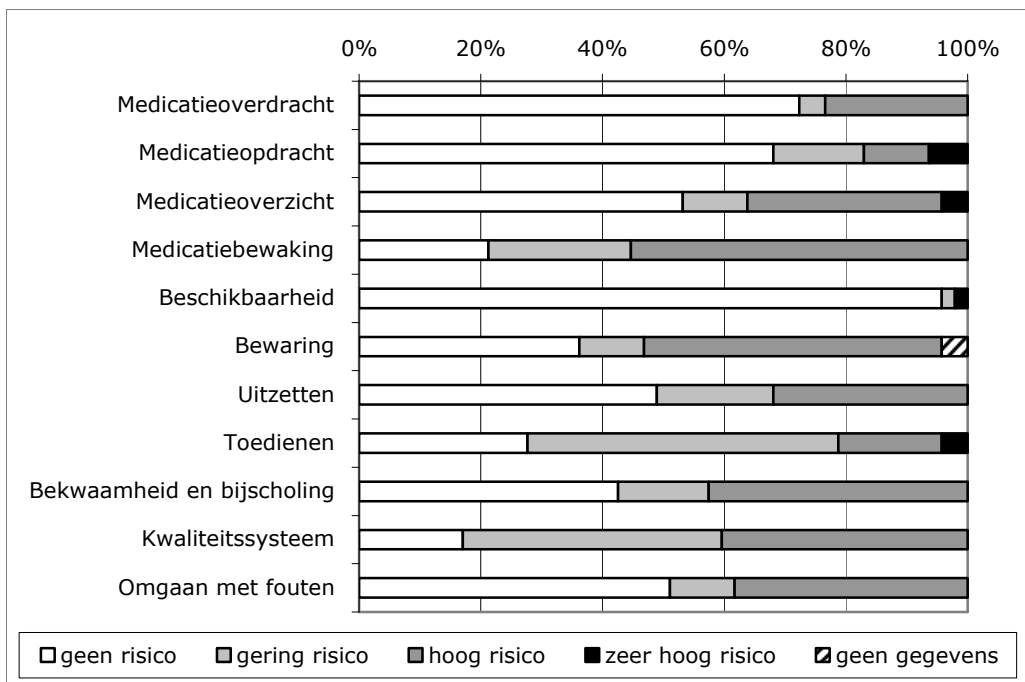
De eerste subparagraaf geeft het aantal hoge en zeer hoge risico's (bijlage 2) weer dat de inspectie per instelling constateerde. De daarop volgende subparagrafen benoemen eerst de risicoscores per onderwerp. Vervolgens staat aan de hand van de beoordeelde risicoaspecten toegelicht waaruit de risico's vooral bestonden.

5.3.1 Algemeen: een derde van bezochte verzorgingshuizen op vier of meer onderwerpen hoog risico



Figuur 11 Verzorgingshuizen (n= 47); het aantal onderwerpen dat per bezocht verzorgingshuis hoog of zeer hoog risico scoorde

Van de bezochte verzorgingshuizen scoorde één instelling op alle 11 onderwerpen geen of gering risico (figuur 11). 18 instellingen scoorden op 4 of meer onderwerpen en 11 op 6 of meer onderwerpen hoog en/of zeer hoog risico. 5 instellingen scoorden op één of meer onderwerpen zeer hoog risico.



Figuur 12 Verzorgingshuizen (n= 47); verdeling van de risico's per onderwerp

De meeste bezochte verzorgingshuizen (n=47) scoorden geen of gering risico op het onderwerp: beschikbaarheid (figuur 12). Ongeveer een derde van de verzorgingshuizen scoorde op de volgende onderwerpen hoog en/of zeer hoog risico: medicatie-overzicht, medicatiebewaking, bewaring, uitzetten, toedienen, bekwaamheid/-bijscholing, kwaliteitssysteem en omgaan met fouten.

5.3.2 *Medicatieoverdracht^s bij driekwart verzorgingshuizen geen risico; bij ruim één op de vijf hoog risico*

36 van de bezochte verzorgingshuizen scoorden geen of gering risico op het onderwerp medicatieoverdracht. 11 bezochte verzorgingshuizen scoorden hoog risico op dit onderwerp.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=47) waar dit risico is vastgesteld
a Bij opname is niet zo snel als nodig is voor verantwoorde zorg en ook niet binnen 24 uur duidelijk welke geneesmiddelen een cliënt gebruikt.	12
b Voor de hulpverlener/instelling waar een cliënt naar verwezen wordt is niet duidelijk welke medicatie een cliënt gebruikt.	3

Bij 12 verzorgingshuizen was niet zo snel als nodig is voor verantwoorde zorg en ook niet binnen 24 uur na opname duidelijk welke medicatie een cliënt gebruikte. Bij de overige 35 instellingen was dit wel snel duidelijk. De inspectie kon echter niet vaststellen of de verkregen of opgestelde medicatie(deel)lijst actueel en compleet was. Bijna alle verzorgingshuizen gaven bij verwijzing of overplaatsing een kopie van de aanwezige medicatie(deel)lijst mee.

Het inspectieonderzoek was er niet op gericht om een oordeel te geven over de stand van zaken met betrekking tot de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'. De inspecteurs hadden echter de ervaring dat weinig verzorgingshuizen op de hoogte waren van de conceptrichtlijn.

5.3.3 *Weinig risico's bij medicatieopdracht^t verzorgingshuizen; één op de zes echter hoog risico*

39 verzorgingshuizen scoorden op het onderwerp medicatieopdracht geen of gering risico. Bij 8 scoorde het onderwerp hoog of zeer hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=47) waar dit risico is vastgesteld
a De voorgeschreven medicatie wordt gewijzigd zonder een door een arts geautoriseerde medicatieopdracht.	5
b Medicatieopdrachten worden niet altijd schriftelijk of via een elektronisch voorschrijfsysteem gedaan.	6
c De medicatieopdrachten zijn incompleet en/of slecht leesbaar.	1
d De medicatie is niet up-to-date doordat de aanlevering van medicatieopdrachten aan de apotheek niet goed verloopt.	1

s Op het onderwerp medicatieoverdracht heeft de inspectie niet gehandhaafd, omdat de veldpartijen tot 1 januari 2011 de gelegenheid gekregen hebben om de richtlijn medicatieoverdracht te implementeren.

t Een mondelinge of schriftelijke aanwijzing van een arts, op basis waarvan actuele medicatie wordt stopgezet, gewijzigd of op basis waarvan een apotheker geneesmiddelen ter hand stelt en/of een verzorgende geneesmiddelen toedient. Een dergelijke aanwijzing behoeft dus niet te voldoen aan de begripsbepaling 'recept' zoals opgenomen in de Geneesmiddelenwet.

6 verzorgingshuizen kregen medicatieopdrachten niet altijd schriftelijk of via een elektronisch voorschrijfsysteem. In 5 instellingen wijzigde de verzorging de medicatie zonder geautoriseerde opdracht van een arts (bijvoorbeeld op basis van een mondeling advies van een specialist aan de cliënt om de dosering aan te passen). Bij een enkele instellingen constateerde de inspectie dat medicatieopdrachten niet compleet waren of dat recepten niet goed aan de apotheker aangeleverd werden.

5.3.4 *Bij één op de drie verzorgingshuizen medicatieoverzicht^u onvoldoende geregeld*
30 van de bezochte verzorgingshuizen scoorden op het onderwerp medicatieoverzicht geen of gering risico. 17 verzorgingshuizen scoorden hoog of zeer hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=47) waar dit risico is vastgesteld
a De huisarts heeft geen compleet en actueel overzicht van alle voorgeschreven geneesmiddelen die een cliënt gebruikt.	7
b De verzorging heeft geen compleet en actueel overzicht in het zorgdossier van alle voorgeschreven geneesmiddelen die een cliënt gebruikt.	9
c Er zijn medicatieoverzichtlijsten betreffende één cliënt in omloop die van elkaar verschillen.	4
d De overzichtlijsten zijn onduidelijk	3
e Het is bij de verzorging niet bekend welke cliënten hun medicatie in eigen beheer hebben.	1
f Het is bij de verzorging niet bekend hoe zelfstandig de cliënt is t.a.v. het medicatiegebruik en/of beheer	8

In 9 verzorgingshuizen had de verzorging geen compleet en actueel beeld van alle voorgeschreven medicatie die een cliënt gebruikte. In 7 verzorgingshuizen had de huisarts dat ook niet. De medicatie(overzicht)lijsten waren in bijna alle verzorgingshuizen duidelijk. Bij bijna alle verzorgingshuizen wist de verzorging welke cliënten de medicatie wel en niet zelf in beheer hadden. Bij 8 instellingen wist de verzorging niet hoe zelfstandig die cliënten waren ten opzicht van het medicatiegebruik en -beheer.

5.3.5 *Bij helft van verzorgingshuizen hoog risico bij medicatiebewaking*
26 verzorgingshuizen scoorden op het onderwerp medicatiebewaking een hoog of zeer hoog risico.

^u Een actueel en compleet overzicht van de medicatie, inclusief naam van het geneesmiddel, sterkte, toedieningsvorm en dosering. Deze registratie per cliënt van alle geneesmiddelen die worden gebruikt, behoeft dus niet te voldoen aan de definitie van 'medicatieoverzicht' zoals opgenomen in de Conceptrichtlijn Overdracht van medicatiegegevens.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=47) waar dit risico is vastgesteld
a De medicatiebewakingsignalen (apotheek) worden niet binnen een termijn die noodzakelijk is voor veilige toepassing van het geneesmiddel of uiterlijk binnen 24 uur na aflevering, door de apotheker beoordeeld en afgehandeld.	1
b Bijwerkingen worden door de verzorging niet gemeld aan de voorschrijver.	6
c De medicatie wordt niet ten minste 1x per jaar beoordeeld door de huisarts en een apotheker, waarbij mening van cliënt en verzorging wordt mee genomen.	26
d De medicatie wordt door de verpleging/verzorging gemalen zonder dat er per geneesmiddel een schriftelijke instemming is van de arts.	12

Bij één verzorgingshuis beoordeelde de apotheker bewakingsignalen niet binnen een termijn die noodzakelijk is voor veilige toepassing van het geneesmiddel of uiterlijk binnen 24 uur na aflevering. Bij 26 verzorgingshuizen hielden huisarts en apotheker niet ten minste één maal per jaar een medicatiebeoordeling. In 12 verzorgingshuizen maalde de verzorging medicatie zonder akkoord van arts en/of apotheker. Bij 6 instellingen meldde de verzorging bijwerkingen niet aan de voorschrijver.

5.3.6 *Vrijwel geen risico's rond beschikbaarheid medicatie*

Tijdige beschikbaarheid van medicatie vormde in bij één van de bezochte verzorgingshuizen een risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=47) waar dit risico is vastgesteld
a De cliënt kan niet goed behandeld worden omdat het geneesmiddel niet tijdig beschikbaar is.	1

Bij op één na alle instellingen konden de cliënten altijd goed behandeld worden omdat de voorgeschreven geneesmiddelen tijdig beschikbaar waren.

5.3.7 *Medicijnen niet zorgvuldig bewaard bij helft van verzorgingshuizen*

De bewaring van geneesmiddelen bracht in 23 van de bezochte verzorgingshuizen risico's met zich mee.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=47) waar dit risico is vastgesteld
a Er worden geneesmiddelen aangetroffen waarvan de vervaldatum is verstreken.	6
b De kwaliteit en de identiteit van geneesmiddelen zijn onbetrouwbaar door onzorgvuldige opslag.	11
c De geneesmiddelen zijn toegankelijk voor 'onbevoegden'.	12

Bij 12 verzorgingshuizen waren geneesmiddelen toegankelijk voor 'onbevoegden' (bijvoorbeeld door een niet afgesloten kast of retourbox). Bij 11 was de kwaliteit en identiteit van geneesmiddelen onbetrouwbaar door onzorgvuldige opslag. Bij 6

instellingen trof de inspectie geneesmiddelen aan waarvan de vervaldatum was verstreken.

5.3.8 *Uitzetten van geneesmiddelen bij ruim één op de drie verzorgingshuizen risicovol*
Bij 15 van de bezochte verzorgingshuizen vormde het onderwerp uitzetten een hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=47) waar dit risico is vastgesteld
a De geneesmiddelen worden niet in op-naam-gestelde individuele doseerverpakking door de apotheek aangeleverd.	1
b Na het moment van uitzetten is het geneesmiddel niet meer te identificeren.	9
c Er worden door de verzorging fouten gemaakt bij het uitzetten van op-naam-gestelde geneesmiddelen.	10

Bijna alle verzorgingshuizen werkten met door de apotheek aangeleverde op-naam-gestelde individuele doseerverpakkingen (zoals verdeeldozen of een verpakking via een Geautomatiseerde Distributie Systeem). In verzorgingshuizen die nog geen door de apotheek aangeleverde individuele doseerverpakking gebruikten, zette de verzorging de medicatie uit of verstreekte deze direct vanuit de primaire verpakking. In alle verzorgingshuizen werd medicatie die niet geschikt was voor een individuele doseerverpakking door de verzorging uitgezet of direct vanuit de primaire verpakking verstrekt. Bij 9 verzorgingshuizen was na het uitzetten het geneesmiddel niet meer te identificeren, waardoor bij het toedienen niet meer te controleren was of het juiste geneesmiddel aan de juiste patiënt werd verstrekt. Bij 10 verzorgingshuizen constateerde de inspectie dat de verzorging bij het uitzetten fouten maakte.

5.3.9 *Weinig risico's bij het toedienen van geneesmiddelen in ruim driekwart van verzorgingshuizen; één op de vijf liep hoge risico's*
Bij 37 verzorgingshuizen scoorde het onderwerp toedienen geen of gering risico. Bij 10 instellingen scoorde het onderwerp hoog of zeer hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=47) waar dit risico is vastgesteld
a De cliënt krijgt foute medicatie toegediend omdat er niet door ten minste twee bevoegde en bekwame personen is gecontroleerd dat de medicatie overeenkomt met de deellijst.	12
b Er vindt verwisseling van medicatie plaats omdat er niet tot op het moment van toedienen identificeerbaar is welk geneesmiddel het betreft en /of omdat niet gecontroleerd wordt of het geneesmiddel aan de juiste persoon wordt toegediend.	7
c Er ontstaan fouten omdat tijdens het toedienen niet ongestoord gewerkt kan worden.	13
d Er is onduidelijkheid of een geneesmiddel verstrekt/toegediend is.	13

Bij 13 van de bezochte verzorgingshuizen was niet altijd duidelijk of een geneesmiddel verstrekt/toegediend was doordat er niet altijd was afgetekend na het toedienen van het geneesmiddel. In 13 verzorgingshuizen gaf de verzorging aan dat zij fouten maakten omdat zij niet ongestoord konden werken. In 12 verzorgings-

huizen was er bij het toedienen, van bijvoorbeeld insuline, geen controle door een tweede bekwame persoon of de medicatie overeenkwam met de medicatieopdracht. Bij 7 instellingen waren geneesmiddelen niet tot het moment van toedienen identificeerbaar.

5.3.10 *Bekwaamheid en bijscholing bij ruim helft van verzorgingshuizen goed geregeld; bij ruim 40% echter hoge risico's*

Bij 27 van de bezochte verzorgingshuizen scoorde het onderwerp bekwaamheid en bijscholing geen of gering risico. Bij 20 instellingen scoorde het onderwerp een hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=47) waar dit risico is vastgesteld
a Onvoldoende kennis bij de verzorging en eventueel apothekersassistent voor het goed uit kunnen zetten.	5
b Onvoldoende kennis en ervaring bij de verzorging voor het goed kunnen toedienen van geneesmiddelen met een bijzondere toedieningsvorm.	3
c Er worden geneesmiddelen toegediend door personen die noch bevoegd noch bekwaam zijn omdat er geen afspraken over gemaakt en vastgelegd zijn.	2
d Onvoldoende bijscholing over geneesmiddelen bij de verzorging.	23
e Het niet (meer) voldoen van medewerkers aan de vereisten voor het verrichten van voorbehouden en risicovolle handelingen.	2

Er was bij 23 instellingen onvoldoende aandacht voor (bij)scholing aan de zorgverlenende medewerkers over geneesmiddelen en farmaceutische zorg. Uit de documentbeoordeling bleek dat over het algemeen er wel structureel scholingen plaats vonden met betrekking tot de voorbehouden (Wet BIG) en risicovolle handelingen die in het verzorgingshuis voorkomen. In 5 instellingen was er onvoldoende kennis bij de verzorging om geneesmiddelen goed te kunnen uitzetten en bij drie verzorgingshuizen om geneesmiddelen met een bijzondere toedieningsvorm goed te kunnen toedienen.

5.3.11 *Bij 40% van verzorgingshuizen kwaliteitssysteem farmaceutische zorg onvoldoende geregeld*

Bij 19 verzorgingshuizen beoordeelde de inspectie het kwaliteitssysteem rond farmaceutische zorg als een hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=47) waar dit risico is vastgesteld
a Er is geen geneesmiddelencommissie die het geneesmiddelenbeleid bepaalt en onderhoudt.	25
b Er is geen beschrijving van de procedure farmaceutische zorg.	10
c De procedures/protocollen rond het medicatieproces worden niet of sporadisch met de betrokken zorgverleners (apotheker, huisarts, verzorging) geëvalueerd.	17
d Er is geen coördinator farmaceutische zorg.	15
e De apotheker(s) is/zijn niet of nauwelijks betrokken bij het medicatieproces binnen het verzorgingshuis.	13
f De huisarts(en) is/zijn niet of nauwelijks betrokken bij het medicatieproces binnen het verzorgingshuis.	16

In 25 verzorgingshuizen was er geen geneesmiddelencommissie die het geneesmiddelenbeleid bepaalt en onderhoudt. In 10 instellingen was de procedure farmaceutische zorg niet beschreven. 17 van de bezochte verzorgingshuizen evalueerden de procedures/protocollen rond het medicatieproces niet of sporadisch. In 15 instellingen was er geen coördinator farmaceutische zorg als vast aanspreekpunt voor medewerkers, huisartsen en apothekers. Bij 13 verzorgingshuizen waren apothekers en in 16 verzorgingshuizen waren huisartsen niet betrokken bij het medicatieproces van het verzorgingshuis.

5.3.12 *Omgaan met fouten in twee derde van verzorgingshuizen weinig risicovol; bij één op de drie echter problemen*

Bij 29 verzorgingshuizen gaf de inspectie over het onderwerp omgaan met fouten het oordeel geen of gering risico. Bij 18 vormde het onderwerp een hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=47) waar dit risico is vastgesteld
a Er bestaat een kans dat medicatiefouten zich blijven herhalen omdat fouten niet gemeld worden.	10
b Van gemaakte medicatiefouten wordt niet geleerd omdat ze niet besproken en geanalyseerd worden in een daartoe opgerichte commissie.	15
c Er is geen verbetering van de veiligheid bij het omgaan met geneesmiddelen omdat acties/verbeteringen n.a.v. de gemaakte medicatiefouten uitblijven.	12
d Er vindt geen terugkoppeling plaats naar de melder over de afhandeling van de MIC melding	14

Bij 10 verzorgingshuizen werden medicatiefouten niet consequent gemeld en bij 12 instellingen werden geen acties ondernomen naar aanleiding van gemaakte fouten. Ook vond er bij 14 instellingen geen terugkoppeling plaats naar de melder. Bij 15 instellingen werden fouten niet besproken en geanalyseerd in een MIC-commissie.

5.3.13

Medicatieoverzichten verzorgingshuizen nog niet volgens richtlijn

De inspectie nam 238 geanonimiseerde medicatieoverzichten mee van de bezochte verzorgingshuizen. Ondanks het feit dat vooraf schriftelijk was gevraagd om medicatieoverzichten^v volgens de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens', was dit slechts 24 keer het geval. 159 lijsten waren medicatiedeellijsten. Bij slechts 10 lijsten was sprake van een door het verzorgingshuis zelf opgesteld medicatieoverzicht en/of deellijst. Bijna alle lijsten waren door een apotheek gemaakt en geleverd. Bij 64 lijsten was weliswaar sprake van een overzicht van medicatie, maar deze voldeed meestal niet aan de conceptrichtlijn. Bij 79 lijsten ontbrak een medicatiehistorie van minimaal drie maanden. Op 79 lijsten stonden wel contra-indicaties opgenomen en bij 45 wel geneesmiddelenallergieën. Bij het ontbreken van deze gegevens was niet altijd duidelijk of er geen contra-indicaties of allergieën waren of dat deze niet waren ingevuld.

De inspectie ging na of cliënten in verzorgingshuizen die ouder waren dan zeventig jaar, bij gebruik van een pijnstillers van het NSAID-type^k ook een middel ter bescherming van de maag kregen, in verband met het risico op maagperforatie en/of maagbloedingen. Bij 23 lijsten trof de inspectie het gebruik van een NSAID aan. In 5 gevallen was geen maagbeschermende medicatie voorgeschreven.

De inspectie bekeek of verzorgingshuiscliënten, ouder dan zeventig jaar, volgens de Beers-criteria te hoge doseringen kregen van digoxine^l en/of het benzodiazepine, temazepamj. Op 41 medicatieoverzichten van de verzorgingshuizen stond digoxine. De dosering van digoxine was in 5 gevallen volgens de Beerscriteria¹¹ te hoog. Op 46 lijsten stond temazepam. De dosering van temazepam was in de verzorgingshuizen in 14 gevallen te hoog.

v Een registratie per patiënt van alle geneesmiddelen (al dan niet op recept) en relevante gegevens over het gebruik daarvan in een periode van ten minste drie maanden voorafgaand aan het moment van aanmaak en gebruik van dat medicatieoverzicht of zolang als nodig is voor verantwoorde zorg. Inclusief de reden van voorschrijven en inclusief allergieën, intoleranties en contra-indicaties. Een medicatiedeellijst is dus niet hetzelfde als een medicatieoverzichtlijst.

GEHANDICAPTENZORG

Goed voorbeeld gehandicaptenzorg 1

Een instelling voor gehandicaptenzorg heeft op basis van de resultaten van de inspectie heel voortvarend gehandeld. In zeer korte tijd is in nauw overleg met de apotheker de depotheek 'ontmanteld'. De medewerkers die zich voorheen bezighielden met het uitzetten van geneesmiddelen zijn nu ingezet om als auditteam de wijzigingen in het medicatiebeleid binnen de organisatie te begeleiden. Zij blijven dit doen tot de implementatie is afgerond en de nieuwe werkwijze is geborgd.

Goed voorbeeld gehandicaptenzorg 2

De afdeling Opleiding en Ontwikkeling van een instelling voor gehandicaptenzorg biedt een breed scala van cursussen aan in het kader van voorbehouden, risicovolle en verpleegtechnische handelingen. In de opleidingsmap is opgenomen wat het beleid is ten aanzien van verpleegtechnische handelingen; welke functies mogen welke handelingen met betrekking tot geneesmiddelen verrichten.

Nieuwe medewerkers volgen de basiscursus medicijnen. Verpleegkundigen met opleidingsbevoegdheden verzorgen de opleiding. De basiscursus bestaat uit drie dagdelen en omvat naast basiskennis over medicijnen (hoofdgroepen, verschillende toedieningsvormen, werking, bijwerkingen) ook de relevante wetgeving en beleidstukken en protocollen van de instelling. De scholing wordt afgesloten met een theoretische toets en een praktijkopdracht. De opleider tekent voor de bekwaamheid. Er is eveneens een cursus waarin een aandachtsfunctionaris medicatie wordt opgeleid tot gedelegeerd toetser.

6 Gehandicaptenzorg

6.1 **Conclusie: Instellingen voor gehandicaptenzorg werken weinig samen met apothekers en huisartsen**

Tijdens het thematisch toezicht medicatieveiligheid bleek dat de instellingen voor gehandicaptenzorg die de Inspectie voor de Gezondheidszorg beoordeelde, zich niet altijd bewust waren van de risico's rond het medicatieproces. Dit is opvallend omdat de instellingen voor gehandicaptenzorg die lid zijn van VGN vanaf 2006 hun farmaceutische zorg konden verbeteren met behulp van de Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg¹⁰.

De 'DGV *Quick-scan* medicatieproces' die de inspectie een half jaar voor het inspectiebezoek liet uitvoeren, leidde bij de instellingen veelal tot meer inzicht. Een aantal instellingen ging met de uitkomst van die DGV *Quick-scan* aan de slag. De DGV *Quick-scan* werd regelmatig ook op andere locaties van de instelling gebruikt om verbeterpunten op het spoor te komen.

Op één na alle instellingen scoorden op één of meer onderwerpen hoog of zeer hoog risico. Ruim 10 instellingen scoorden op één of twee onderwerpen zeer hoog risico. Er waren geringe verschillen tussen instellingen/locaties met verblijf en behandeling (intramuraal) ten opzichte van instellingen/locaties met verblijf met begeleiding (semimuraal). Aan die verschillen kon de inspectie geen conclusies verbinden.

Op de onderwerpen die de inspectie toetste, scoorden de instellingen zeer wisselend. De onderwerpen beschikbaarheid en geneesmiddelenformularium vormden over het algemeen geen of gering risico. Bij minder dan de helft van de instellingen vormden medicatieoverdracht, medicatieopdracht, uitzetten/toedienen een hoog of zeer hoog risico.

Bij ruim de helft van de instellingen waren de scores ongunstig op de volgende onderwerpen: medicatieoverzicht, medicatiebewaking, medicatiebewaring, bekwaamheid/bijscholing en kwaliteitszorg.

De belangrijkste conclusies voor deze onderwerpen zijn:

- In veel instellingen bestaan verschillende medicatie(overzicht)lijsten van één cliënt. Voorschrijvend arts en persoonlijke begeleiders hebben vaak geen compleet en actueel beeld van alle voorgeschreven medicatie die een cliënt gebruikte.
- Medicatiebewakingsignalen zijn niet altijd tijdig afgehandeld. Medicatiebeoordelingen worden niet één maal per jaar uitgevoerd.
- Geneesmiddelen zijn vaak onzorgvuldig opgeslagen en toegankelijk voor onbevoegden.
- De kennis bij persoonlijke begeleiders voor het goed kunnen uitzetten en toedienen van geneesmiddelen is onvoldoende. Er is voor de persoonlijke begeleiders onvoldoende bijscholing over geneesmiddelen. Er worden geneesmiddelen toegediend door personen die noch bevoegd, noch bekwaam zijn, omdat er geen afspraken over gemaakt en vastgelegd zijn.
- Vaak is er geen commissie die het geneesmiddelenbeleid bepaalt en onderhoudt. Procedures en protocollen worden mede daardoor onvoldoende geëvalueerd. Er is vaak geen coördinator farmaceutische zorg. Huisarts en/of Arts voor Verstandelijke Gehandicaptten (AVG) en apotheker zijn niet of nauwelijks betrokken bij het medicatieproces.

Op basis van de beoordeling van de medicatieoverzichten concludeert de inspectie:

- De medicatieoverzichten voldoen niet aan de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'.
- Instellingen maken vaak zelf, al dan niet handmatig, medicatiedeellijsten.
- De medicatievoorschriften voldoen niet altijd aan de voor gehandicapten geldende normen en richtlijnen. Als er jaarlijks een medicatiebeoordeling wordt gehouden, kunnen arts en apotheker deze afwijking tijdig corrigeren.

6.2 Handhaving gehandicaptenzorg

In deze paragraaf benoemt de inspectie de maatregelen die instellingen moeten nemen. Ook doet zij aanbevelingen aan beroeps- en brancheorganisaties. Over onderwerpen die tijdens de inspectiebezoeken risicovol bleken te zijn, maar al goed in veldnormen staan beschreven, zijn geen maatregelen of aanbevelingen opgenomen.

6.2.1 Maatregelen voor instellingen voor gehandicaptenzorg

- Regel dat vanaf 2011 per cliënt minimaal één maal per jaar een medicatiebeoordeling wordt gehouden met apotheker, huisarts/AVG, persoonlijk begeleider en cliënt of zijn vertegenwoordiger.
- Neem vanaf 2011 periodieke bijscholing voor de persoonlijke begeleiders over geneesmiddelen en farmaceutische zorg structureel op in het scholingsplan.

6.2.2 Aanbevelingen aan branche- en beroepsorganisaties gehandicaptenzorg (o.a. VGN, NVAVG, LHV)

- Regel dat vanaf 2012 in alle instellingen een (geneesmiddelen)commissie functioneert die zorg draagt voor het beschrijven, vaststellen, evalueren en bijstellen van de procedure farmaceutische zorg. Zorg dat er altijd een apotheker deel uit maakt van die commissie.
- Stimuleer dat de huisarts/AVG en de apothekers vanaf 2011 gezamenlijk per cliënt minimaal één maal per jaar een medicatiebeoordeling houden met persoonlijk begeleider en de cliënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger.
- Stimuleer dat de artsen (AVG) met de apotheker afspreken dat deze vanaf 2011 de voorschriften die afwijken van het geneesmiddelenformularium inbrengt tijdens de medicatiebeoordelingen en FarmacoTherapeutisch Overleggen (FTO), zodat gemotiveerd afwijken, leidt tot kwaliteitsverbetering.

Bij de kleinschalige, verspreid liggende, locaties in de gehandicaptenzorg is goede samenwerking met de apothekers noodzakelijk om een verhoging van de medicatieveiligheid te bereiken. Een betrouwbaar en compleet medicatieoverzicht en een goede, door de apotheek vervaardigde, medicatiedeellijst vormen de basis voor verantwoorde zorg rond medicatie voor gehandicapten. Ook goede scholing rond geneesmiddelen is voor de veelal agogisch opgeleide persoonlijke begeleiders noodzakelijk om hun rol in het medicatieproces goed te kunnen vervullen.

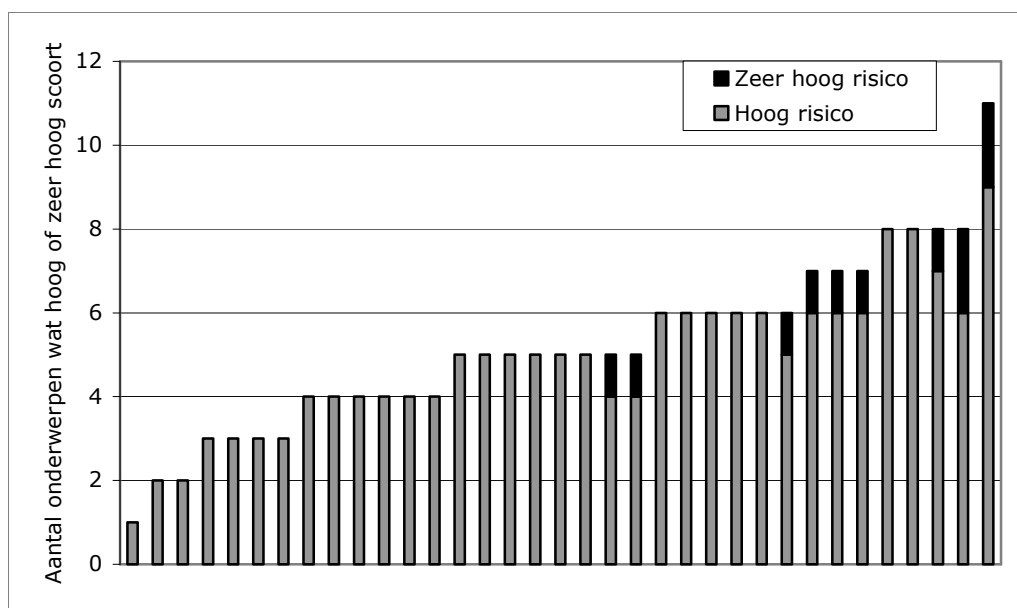
De medicatieveiligheid bij instellingen voor gehandicaptenzorg kan het beste systematisch verbeterd worden door de farmaceutische zorg met al haar onderdelen op te nemen in het kwaliteitssysteem en het Veiligheid Management Systeem (VMS) van de instelling. Een centrale commissie die zorg draagt voor het beschrijven, vaststellen, implementeren, evalueren en bijstellen van de procedure farmaceutische zorg is daarbij een belangrijke spil. Per locatie kan een coördinator farmaceutische zorg het beleid van de commissie vertalen naar de locatie. Via interne audits kan de kwaliteit en veiligheid geborgd worden.

6.3 Resultaten inspectiebezoeken aan instellingen/locaties voor mensen met een verstandelijke beperking (intramuraal)

Deze paragraaf bevat een samenvatting van de resultaten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg met betrekking tot medicatieveiligheid in de 35 bezochte instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking die verblijf en behandeling nodig hebben. Hoewel het hier gaat om een aselechte steekproef uit alle bij de inspectie bekende instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, mag het resultaat niet gegeneraliseerd worden. Het aantal bezochte instellingen is hiervoor te klein en de omvang van de instellingen/locaties varieert te veel.

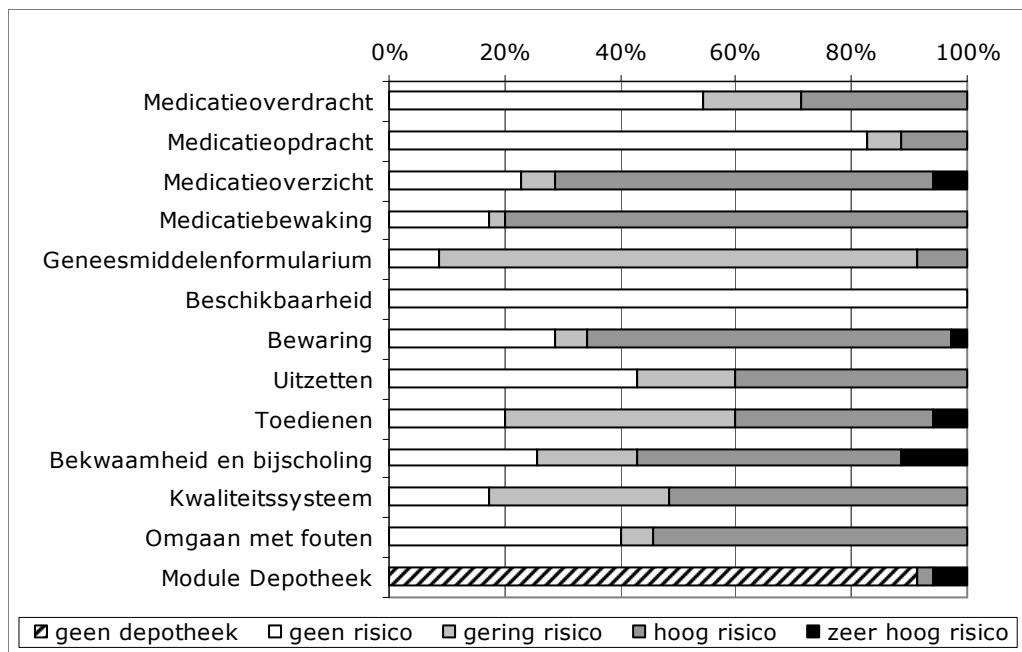
De eerste subparagraaf geeft het aantal hoge en zeer hoge risico's weer dat de inspectie per instelling constateerde (bijlage 2). De daarop volgende subparagrafen benoemen eerst de risicoscores per onderwerp. Vervolgens staat aan de hand van de beoordeelde risicoaspecten toegelicht waaruit de risico's vooral bestonden.

6.3.1 Algemeen: bij ruim driekwart van bezochte instellingen voor intramurale gehandicaptenzorg vier of meer onderwerpen hoog risico



Figuur 13 Gehandicaptenzorg intramuraal (n=35); het aantal onderwerpen dat per bezochte instelling/locatie hoog of zeer hoog risico scoorde

Van de bezochte instellingen voor intramurale gehandicaptenzorg (n=35) scoorde geen enkele instelling op alle 12 onderwerpen geen of gering risico (figuur 13). 28 instellingen scoorden op 4 of meer onderwerpen en 14 instellingen op 6 of meer onderwerpen hoog en/of zeer hoog risico. 9 instellingen scoorden op één of meer onderwerpen zeer hoog risico.



Figuur 14 Gehandicaptenzorg intramuraal (n=35); verdeling van de risico's per onderwerp

De meeste instellingen voor intramurale gehandicaptenzorg (n=35) scoorden geen of gering risico op de volgende onderwerpen: medicatieopdracht, geneesmiddelenformularium en beschikbaarheid (figuur 14). Ongeveer de helft van de intramurale instellingen voor gehandicaptenzorg scoorde hoog en/of zeer hoog risico op de onderwerpen: medicatieoverzicht, medicatiebewaking, bewaring, uitzetten, toedienen, bekwaamheid/bijscholing, kwaliteitssysteem en omgaan met fouten.

6.3.2 Hoge risico's bij medicatieoverdracht: in kwart van instellingen niet binnen 24 uur duidelijk welke medicatie cliënt gebruikte^w

De inspectie beoordeelde het onderwerp medicatieoverdracht bij 10 instellingen voor intramurale gehandicaptenzorg als een hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=35) waar dit risico is vastgesteld
a Bij opname is niet zo snel als nodig is voor verantwoorde zorg en ook niet binnen 24 uur duidelijk welke geneesmiddelen een cliënt gebruikt.	9
b Voor de hulpverlener/instelling waar een cliënt naar verwezen wordt is niet duidelijk welke medicatie een cliënt gebruikt.	2
c De cliënt krijgt tijdens activiteiten buiten de woonvorm niet de juiste medicatie.	2

In 9 instellingen was niet zo snel als nodig was voor verantwoorde zorg en ook niet binnen 24 uur na opname duidelijk welke medicatie een cliënt gebruikte. Bijna alle instellingen gaven bij verwijzing of overplaatsing naar een andere zorgverlener een kopie van de (later wel) aanwezige medicatie(deel)lijst mee. De cliënten kregen tijdens activiteiten buiten de woonvorm meestal de juiste medicatie.

Het inspectieonderzoek was er niet op gericht om een oordeel te geven over de stand van zaken met betrekking tot de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatie-

^w Op het onderwerp medicatieoverdracht heeft de inspectie niet gehandhaafd, omdat de veldpartijen tot 1 januari 2011 de gelegenheid gekregen hebben om de richtlijn medicatieoverdracht te implementeren.

gegevens'. De inspecteurs hadden echter de ervaring dat weinig instellingen voor gehandicaptenzorg op de hoogte waren van de conceptrichtlijn.

- 6.3.3 *Gering risico bij medicatieopdracht^x; één op de tien echter hoog risico*
In 31 instellingen vormde het onderwerp medicatieopdracht geen of gering risico. Bij 4 instellingen boordeelde de inspectie het risico als hoog.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=35) waar dit risico is vastgesteld
a De voorgeschreven medicatie wordt gewijzigd zonder een door een arts geautoriseerde medicatieopdracht.	3
b Medicatieopdrachten worden niet altijd schriftelijk of via een elektronisch voorschrijfsysteem gedaan.	4
c De medicatieopdrachten zijn incompleet en/of slecht leesbaar.	0
d De medicatie is niet up-to-date doordat de aanlevering van medicatieopdrachten aan de apotheek niet goed verloopt.	1

Bij 4 instellingen was sprake van hoog risico. Dit kwam of doordat persoonlijke begeleiders medicatie wijzigden zonder schriftelijke autorisatie door een arts (bijvoorbeeld op basis van een mondeling advies van een specialist aan de cliënt om de dosering aan te passen) en/of doordat medicatieopdrachten niet altijd schriftelijke werden gegeven.

- 6.3.4 *Medicatieoverzicht^y hoog risico bij 2 op de 3 instellingen*
Het onderwerp medicatieoverzicht scoorde in 25 instellingen hoog of zeer hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=35) waar dit risico is vastgesteld
a De huisarts en/of AVG heeft geen compleet en actueel overzicht van alle voorgeschreven geneesmiddelen die een cliënt gebruikt.	5
b De (persoonlijk) begeleiders hebben geen compleet en actueel overzicht van alle voorgeschreven geneesmiddelen die een cliënt gebruikt.	9
c Er zijn medicatieoverzichtlijsten betreffende één cliënt in omloop die van elkaar verschillen.	16
d De overzichtlijsten zijn onduidelijk.	9
e Het is bij de (persoonlijk) begeleiders niet bekend welke cliënten hun medicatie in eigen beheer hebben.	0
f Het is bij (persoonlijk) begeleiders niet bekend hoe zelfstandig de cliënt is t.a.v. het medicatiegebruik en/of beheer.	2

x Een mondelinge of schriftelijke aanwijzing van een arts, op basis waarvan actuele medicatie wordt stopgezet, gewijzigd of op basis waarvan een apotheker geneesmiddelen ter hand stelt en/of een verzorgende geneesmiddelen toedient. Een dergelijke aanwijzing hoeft dus niet te voldoen aan de begripsbepaling 'recept' zoals opgenomen in de Geneesmiddelenwet.

y Een actueel en compleet overzicht van de medicatie, inclusief naam van het geneesmiddel, sterkte, toedieningsvorm en dosering. Deze registratie per cliënt van alle geneesmiddelen die worden gebruikt, behoeft dus niet te voldoen aan de definitie van 'medicatieoverzicht' zoals opgenomen in de Conceptrichtlijn Overdracht van medicatiegegevens.

In 16 instellingen bestonden verschillende medicatieoverzichten of -deellijsten van één cliënt naast elkaar. In een 5 instellingen hadden de voorschrijvende artsen en in 9n gevallen de persoonlijk begeleiders geen compleet en actueel beeld van alle voorgeschreven medicatie die een cliënt gebruikte. In 9 instellingen waren de overzichtlijsten onduidelijk.

6.3.5 *Medicatiebewaking in ruim driekwart van instellingen zeer risicovol*

De inspectie beoordeelde de medicatiebewaking in 28 van de bezochte instellingen voor intramurale gehandicaptenzorg als hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=35) waar dit risico is vastgesteld
a De medicatiebewakingsignalen (apothek) worden niet binnen een termijn die noodzakelijk is voor veilige toepassing van het geneesmiddel of uiterlijk binnen 24 uur na aflevering, door de apotheker beoordeeld en afgehandeld.	3
b Bijwerkingen worden door de (persoonlijk) begeleiders niet gemeld aan de voorschrijver.	3
c De medicatie wordt niet ten minste 1 x per jaar beoordeeld door de huisarts/AVG en een apotheker, waarbij mening van cliënt en (persoonlijk) begeleider wordt mee genomen.	23
d De medicatie wordt door de (persoonlijk) begeleiders gemalen zonder dat er per geneesmiddel een schriftelijke instemming is van de arts.	4

Bij 23 instellingen organiseerden huisarts/AVG, apotheker en zorg niet één maal per jaar een medicatiebeoordeling. Dit geschiedde ook niet bij cliënten met poly-farmacie. Bij 3 van de bezochte instellingen beoordeelde de apotheker niet altijd binnen 24 uur na verstrekking van de medicatie de medicatiebewakingsignalen. Het ging hier bijvoorbeeld om medicatie die werd gestart vanuit eigen voorraad of depotheek zonder aansluiting op een digitaal medicatiebewakingsstelsel van een apothek.

6.3.6 *Geneesmiddelenformularium meestal niet aanwezig*

25 instellingen voor intramurale gehandicaptenzorg hadden geen standaard assortiment (formularium) specifiek voor de instelling. De inspectie kon het al dan niet hebben van een geneesmiddelenformularium niet toetsen aan een veldnorm, daarom beoordeelde de inspectie de afwezigheid van een formularium als een gering risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=35) waar dit risico is vastgesteld
a Er is geen standaard assortiment (formularium) specifiek voor deze instelling.	25
b Het geneesmiddelenformularium wordt niet periodiek geëvalueerd en niet zo nodig bijgesteld.	8
c Het geneesmiddelenformularium is niet toegespitst op de doelgroep.	12
d Naleving van het geneesmiddelenformularium wordt niet gecontroleerd.	7

Als er wel een formularium was, dan was dit in 12 gevallen niet toegespitst op de eigen instelling. Het formularium werd bij 8 instellingen die wel een formularium hadden, niet altijd periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. In 7 instellingen werd de naleving niet gecontroleerd.

6.3.7 *Beschikbaarheid van geneesmiddelen geen risico*

De tijdige beschikbaarheid van geneesmiddelen vormde bij geen enkele intramurale instelling voor gehandicaptenzorg een risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=35) waar dit risico is vastgesteld
a De cliënt kan niet goed behandeld worden omdat het geneesmiddel niet tijdig beschikbaar is	0

Bij alle instellingen konden de cliënten altijd goed behandeld worden omdat de voorgeschreven geneesmiddelen tijdig beschikbaar waren.

6.3.8 *Bewaring in 2 op de 3 instellingen risicovol door onzorgvuldige opslag*

Het onderwerp bewaring scoorde in 23 van de bezochte instellingen voor gehandicaptenzorg een hoog of zeer hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=35) waar dit risico is vastgesteld
a Er worden geneesmiddelen aangetroffen waarvan de vervaldatum is verstreken.	6
b De kwaliteit en de identiteit van geneesmiddelen zijn onbetrouwbaar door onzorgvuldige opslag.	19
c De geneesmiddelen zijn toegankelijk voor 'onbevoegden'.	14

De oorzaak van dit risico lag 19 keer in onzorgvuldige opslag waardoor kwaliteit en de identiteit van geneesmiddelen onbetrouwbaar waren. In 14 instellingen waren de geneesmiddelen toegankelijk voor onbevoegden (bijvoorbeeld door een niet-afgesloten kast of retourbox). Bij 6 instellingen trof de inspectie geneesmiddelen aan waarvan de vervaldatum verstreken was.

6.3.9 *Bij ruim een derde instellingen hoge risico's bij uitzetten medicatie*

Het onderwerp 'uitzetten' scoorde bij 14 van de bezochte instellingen hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=35) waar dit risico is vastgesteld
a De geneesmiddelen worden niet in op-naam-gestelde individuele doseerverpakking door de apotheek aangeleverd.	7
b Na het moment van uitzetten is het geneesmiddel niet meer te identificeren.	16
c Er worden door de (persoonlijk) begeleiders fouten gemaakt bij het uitzetten van op-naam-gestelde geneesmiddelen.	0

7 instellingen werkten niet met door de apotheek aangeleverde op-naam-gestelde individuele doseerverpakkingen (zoals verdeeldozen of verpakkingen via een geautomatiseerd distributiesysteem). Zij zetten binnen de instelling alle medicatie uit; een handeling met hoog risico op fouten, vooral als dit door niet specifiek voor

dit werk geschoold personeel wordt gedaan. Na het uitzetten was het geneesmiddel in 16 instellingen niet meer te identificeren waardoor bij het toedienen niet te controleren was of het juiste geneesmiddel aan de juiste patiënt werd verstrekt.

6.3.10 *Toedienen van geneesmiddelen hoog risico bij één op de drie instellingen*
Bij 14 van de bezochte instellingen vormde het onderwerp toedienen van geneesmiddelen een hoog of zeer hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=35) waar dit risico is vastgesteld
a De cliënt krijgt foute medicatie toegediend omdat er niet door ten minste twee bevoegde en bekwame personen is gecontroleerd dat de medicatie overeenkomt met de deellijst.	12
b Er vindt verwisseling van medicatie plaats omdat er niet tot op het moment van toedienen identificeerbaar is welk geneesmiddel het betreft en /of omdat niet gecontroleerd wordt of het geneesmiddel aan de juiste persoon wordt toegediend.	13
c Er ontstaan fouten omdat tijdens het toedienen niet ongestoord gewerkt kan worden.	4
d Er is onduidelijkheid of een geneesmiddel verstrekt/toegediend is.	12

Bij 12 instellingen controleerde bij het toedienen, van bijvoorbeeld insuline, niet een tweede bekwame persoon of de medicatie overeenkwam met de opdracht. In 13 instellingen was het een hoog risico dat geneesmiddelen niet tot het toedienen identificeerbaar waren. Bij 12 kon niet vastgesteld worden of een geneesmiddel was toegediend, omdat niet werd afgetekend.

6.3.11 *Bij ruim helft van instellingen bekwaamheid en bijscholing niet goed geregeld*
Bij 20 van de bezochte instellingen scoorde bekwaamheid en bijscholing een hoog of zeer hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=35) waar dit risico is vastgesteld
a Onvoldoende actuele kennis over farmaceutische zorg bij de AVG (indien AVG aanwezig).	2
b Onvoldoende kennis bij de (persoonlijk) begeleiders voor het goed uit kunnen zetten.	13
c Onvoldoende kennis en ervaring bij de verzorging voor het goed kunnen toedienen van geneesmiddelen met een bijzondere toedieningsvorm.	8
d Er worden geneesmiddelen toegediend door personen die noch bevoegd noch bekwaam zijn omdat er geen afspraken over gemaakt en vastgelegd zijn.	10
e Onvoldoende bijscholing over geneesmiddelen bij de AVG en de (persoonlijk) begeleiders.	20
f Het niet (meer) voldoen van medewerkers aan de vereisten voor het verrichten van voorbehouden en risicovolle handelingen.	7

Bij 13 instellingen was de kennis bij persoonlijke begeleiders onvoldoende om goed geneesmiddelen te kunnen uitzetten. Bij 8 instellingen hadden zorgmedewerkers

niet voldoende kennis en ervaring voor het toedienen van geneesmiddelen met bijzonder toedieningsvorm. 20 instellingen gaven onvoldoende bijscholing voor de persoonlijk begeleiders voor verantwoorde farmaceutische zorg. Ook was er onvoldoende scholingsaanbod om wel aanwezige kennis te onderhouden en te actualiseren. In 10 instellingen waren medewerkers niet altijd bevoegd en bekwaam voor het toedienen van geneesmiddelen.

6.3.12 *Kwaliteitssysteem voor farmaceutische zorg in helft niet op orde*

De inspectie beoordeelde het kwaliteitssysteem rond medicatie bij 18 intramurale instellingen voor cliënten met een verstandelijke beperking als een hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=35) waar dit risico is vastgesteld
a Er is geen geneesmiddelencommissie die het geneesmiddelenbeleid bepaalt en onderhoudt.	25
b Er is geen beschrijving van de procedure farmaceutische zorg.	6
c De procedures/protocollen rond het medicatieproces worden niet of sporadisch met de betrokken zorgverleners (apotheker, huisarts, verzorging) geëvalueerd.	16
d Er is geen aandachtsfunctionaris farmaceutische zorg (beheerder).	8
e De apotheker(s) is/zijn niet of nauwelijks betrokken bij het medicatieproces binnen de zorginstelling voor cliënten met een verstandelijke beperking/woonvorm.	16
f De huisarts(en) is/zijn niet of nauwelijks betrokken bij het medicatieproces binnen de zorginstelling voor cliënten met een verstandelijke beperking/woonvorm.	10

25 instellingen hadden geen geneesmiddelencommissie die het geneesmiddelenbeleid bepaalt, bewaakt en onderhoudt. De meeste instellingen hadden wel een procedure farmaceutische zorg. 16 van de bezochte instellingen evalueerden procedures/-protocollen rond het medicatieproces niet of sporadisch met apotheek, arts en zorgmedewerkers. Bij 16 instellingen was geen apotheker betrokken bij het medicatieproces en bij 10 geen huisarts.

6.3.13 *Ruim helft van instellingen leerde onvoldoende van medicatiefouten*

Bij 19 van de bezochte instellingen voor gehandicaptenzorg scoorde het onderwerp 'omgaan met fouten' hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=35) waar dit risico is vastgesteld
a Er bestaat een kans dat medicatiefouten zich blijven herhalen omdat fouten niet gemeld worden.	5
b Van gemaakte medicatiefouten wordt niet geleerd omdat ze niet besproken en geanalyseerd worden in een daartoe opgerichte commissie.	16
c Er is geen verbetering van de veiligheid bij het omgaan met geneesmiddelen omdat acties/verbeteringen n.a.v. de gemaakte medicatiefouten uitblijven.	10
d Er vindt geen terugkoppeling plaats naar de melder over de afhandeling van de MIC melding.	5

Bij 16 instellingen werd niet geleerd van gemaakte medicatiefouten omdat de fouten niet besproken en geanalyseerd werden in een daartoe opgerichte commissie. Bij 10 instellingen trad geen verbetering van de veiligheid bij het omgaan met geneesmiddelen op omdat acties/verbeteringen naar aanleiding van de gemaakte medicatiefouten uitbleven. Bij 5 instellingen werden fouten niet gemeld en bij 5 andere instellingen vond geen terugkoppeling naar de melder plaats.

6.3.14 *Risico's bij aangetroffen depotheken hoog*

Er kan volgens de Geneesmiddelenwet van juli 2007 alleen sprake zijn van een geneesmiddelenvoorraad in een apotheek met een gevestigd apotheker. De wet kent het begrip toezichthoudend apotheker niet meer. Wel bestaat de mogelijkheid van een dokterstas waarin geneesmiddelen zitten die aan de arts ter hand gesteld zijn voor noodsituaties.

Aangezien er op het moment van toezicht nog geen veldnormen waren ontwikkeld op basis van de geneesmiddelenwet van 2007, heeft de inspectie alleen op dit onderwerp gesignaleerd en nog niet gehandhaafd. De inspectie heeft wel gehandhaafd op veilig en verantwoord werken, zoals verwoord in onderstaande risicoaspecten.

De inspectie trof drie depotheken aan die alle drie hoog tot zeer hoog risico scoorden.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=35) waar dit risico is vastgesteld
a De medicatiebewaking vindt niet plaats vóór toediening van de geneesmiddelen en/of medicatiebewaking wordt niet ondersteund door ICT en/of bij de beoordeling en afhandeling van signalen is geen apotheker betrokken.	0
b Er worden geneesmiddelen aangetroffen waarvan de vervaldatum is verstreken.	0
c De kwaliteit en de identiteit van geneesmiddelen zijn onbetrouwbaar door onzorgvuldige opslag.	2
d De cliënt kan niet op tijd behandeld worden omdat een geneesmiddel niet voldoende snel beschikbaar is.	0
e De depotheek is toegankelijk voor 'onbevoegden'.	2
f Het op naam stellen/uitzetten van geneesmiddelen vindt niet plaats door een apothekersassistente of apotheker en/of wordt niet door een tweede persoon gecontroleerd.	3

Bij alle 3 de instellingen geschiedde het op naam stellen/uitzetten van geneesmiddelen niet door een apothekersassistente of apotheker. Er vond geen controle plaats door een tweede persoon. Bij twee depotheken was de kwaliteit en de identiteit van geneesmiddelen onbetrouwbaar door onzorgvuldige opslag; 2 depotheken waren toegankelijk voor onbevoegden.

6.3.15

Medicatieoverzichten gehandicaptenzorg nog niet volgens richtlijn

De inspectie nam 252 geanonimiseerde medicatieoverzichten mee van alle bezochte instellingen voor gehandicaptenzorg (verblijf en behandeling als ook verblijf en begeleiding). Ondanks het feit dat vooraf schriftelijk was gevraagd om medicatieoverzichten^z, was dit slechts 12 keer het geval.

134 lijsten waren medicatiedeellijsten. Bij 139 lijsten was er sprake van een door de instelling zelf opgesteld medicatieoverzicht en/of deellijst. De overige lijsten waren door een apotheek gemaakt en geleverd. Bij 113 lijsten was er weliswaar sprake van een overzicht van medicatie, maar deze voldeed meestal niet aan de concept-richtlijn. Bij 212 lijsten ontbrak een medicatiehistorie van minimaal drie maanden. Bij 21 lijsten stonden contra-indicaties wel opgenomen en bij 12 geneesmiddelen-allergieën. Bij het ontbreken van deze gegevens was niet altijd duidelijk of er geen contra-indicaties of allergieën waren of dat deze niet waren ingevuld.

De inspectie ging na of er in de meegenomen lijsten stond vermeld dat er meer dan twee anti-epileptica werden gebruikt. Volgens de 'richtlijn epilepsie'¹¹ van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie is het *good practice* om één of ten hoogste twee verschillende middelen te gebruiken. Bij 23 lijsten werd vastgesteld dat er meer dan twee anti-epileptica waren voorgeschreven.

De inspectie keek naar het aantal cliënten dat volgens de lijsten gedragsbeïnvloedende middelen gebruikte. Van de 252 lijsten vermeldden 118 lijsten één of twee gedragsbeïnvloedende geneesmiddelen. Op 31 lijsten stonden drie of vier middelen en op 2 lijsten meer dan vijf gedragsbeïnvloedende middelen.

6.4

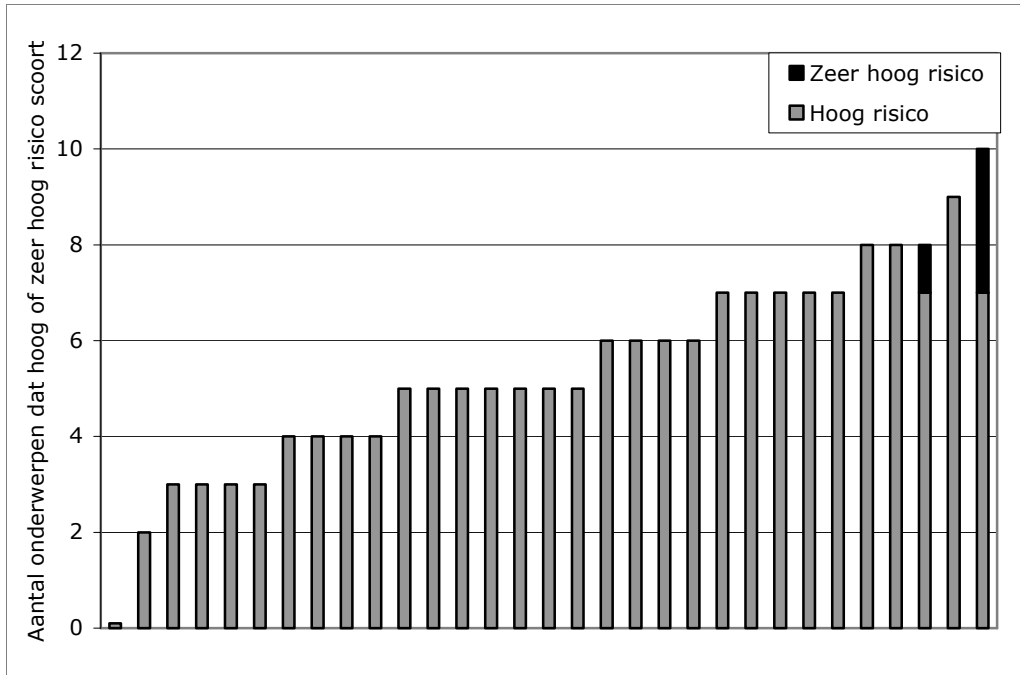
Resultaten: inspectiebezoeken aan instellingen/locaties voor mensen met een verstandelijke beperking (semimuraal)

Deze paragraaf bevat een samenvatting van de resultaten van de inspectie met betrekking tot medicatieveiligheid in de 31 bezochte instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking die verblijf en begeleiding nodig hebben. Hoewel het hier gaat om een aselechte steekproef uit alle bij de inspectie bekende instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, mag het resultaat niet gegeneraliseerd worden. Het aantal bezochte instellingen is hiervoor te klein en de omvang van de instellingen/locaties varieert te veel.

De eerste subparagraaf geeft het aantal hoge en zeer hoge risico's weer dat de inspectie per instelling constateerde (bijlage 2). De daarop volgende subparagrafen benoemen eerst de risicoscores per onderwerp. Vervolgens staat aan de hand van de beoordeelde risicoaspecten toegelicht waaruit de risico's vooral bestonden.

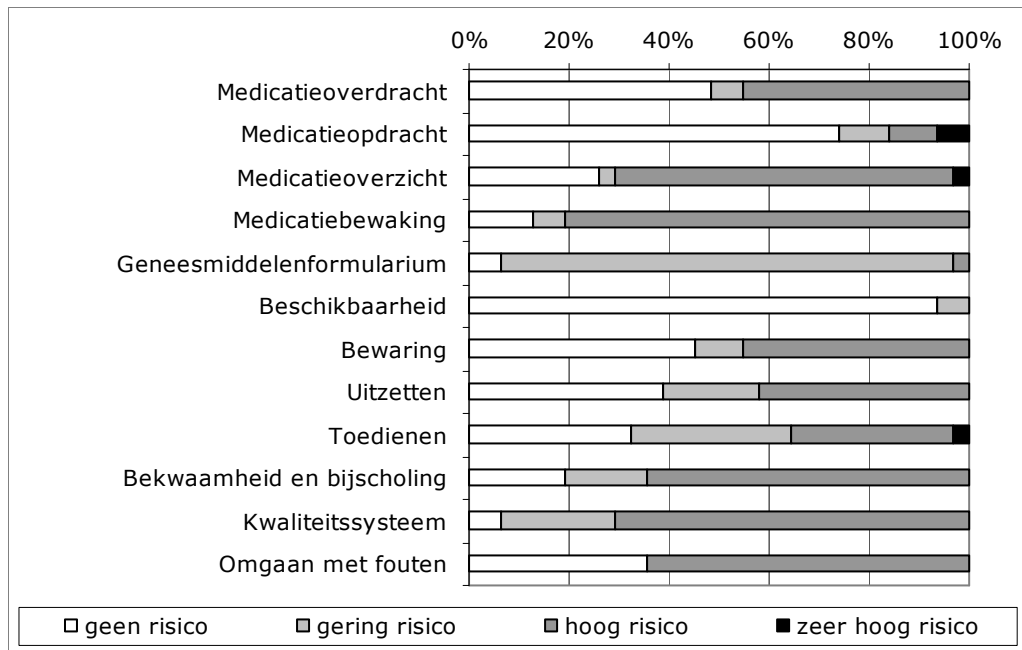
z Onder een overzichtlijst verstaat de inspectie een registratie per patiënt van alle geneesmiddelen (al dan niet op recept) en relevante gegevens over het gebruik daarvan in een periode van ten minste drie maanden voorafgaand aan het moment van aanmaak en gebruik van dat medicatieoverzicht of zolang als nodig is voor verantwoorde zorg. Inclusief de reden van voorschrijven en inclusief allergieën, intoleranties en contra-indicaties. Een medicatietoedieningslijst is dus niet hetzelfde als een medicatieoverzichtlijst.

6.4.1 *Algemeen: bij ruim driekwart van bezochte instellingen voor semimurale gehandicaptenzorg vier of meer onderwerpen hoog risico*



Figuur 15 Gehandicaptenzorg semimuraal (n=31); het aantal onderwerpen dat per bezochte instelling/locatie hoog of zeer hoog risico scoorde

Op een na alle bezochte locaties/instellingen die semimurale zorg verlenen aan cliënten met een verstandelijke beperking scoorden op één of meer onderwerpen hoog risico of zeer hoog risico (figuur 15). 25 van de bezochte instellingen scoorden op 4 of meer onderwerpen hoog of zeer hoog risico. 14 instellingen scoorden op 6 of meer onderwerpen hoog of zeer hoog risico. De instellingen die op één of meer onderwerpen zeer hoog risico scoorden, hadden daarnaast voor 7 onderwerpen hoog risico.



Figuur 16 Gehandicaptenzorg semimuraal (n=31); verdeling van de risico's per onderwerp

De meeste instellingen voor semimurale gehandicaptenzorg (n=31) scoorden geen of gering risico op de volgende onderwerpen: geneesmiddelenformulierium en beschikbaarheid (figuur 16). De helft of meer van de locaties/instellingen scoorde op de volgende onderwerpen hoog en/of zeer hoog risico: medicatieoverdracht, medicatieoverzicht, medicatiebewaking, bewaring, uitzetten, bekwaamheid/-bijscholing, kwaliteitssysteem en omgaan met fouten.

6.4.2

Voor de helft vormde medicatieoverdracht geen risico; bij één op de drie was niet binnen 24 uur duidelijk welke medicatie cliënt gebruikte.^{aa}

Bij 17 van de semimurale locaties/instellingen voor gehandicaptenzorg vormde het onderwerp medicatieoverdracht geen of gering risico. Bij 14 een hoog of zeer hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=31) waar dit risico is vastgesteld
a Bij opname is niet zo snel als nodig is voor verantwoorde zorg en ook niet binnen 24 uur duidelijk welke geneesmiddelen een cliënt gebruikt.	12
b Voor de hulpverlener/instelling waar een cliënt naar verwezen wordt is niet duidelijk welke medicatie een cliënt gebruikt.	3
c De cliënt krijgt tijdens activiteiten buiten de woonvorm niet de juiste medicatie.	3

In 12 instellingen was niet zo snel als nodig was en ook niet binnen 24 uur na opname duidelijk welke medicatie een cliënt gebruikt. Bijna alle instellingen gaven bij verwijzing of overplaatsing naar een andere zorgverlener een kopie van de (later wel) aanwezige medicatie(deel)lijst mee. De cliënten kregen tijdens activiteiten buiten de woonvorm meestal wel de juiste medicatie.

aa Op het onderwerp medicatieoverdracht heeft de inspectie niet gehandhaafd, omdat de veldpartijen tot 1 januari 2011 de gelegenheid gekregen hebben om de richtlijn medicatieoverdracht te implementeren.

Het inspectieonderzoek was er niet op gericht om een oordeel te geven over de stand van zaken met betrekking tot de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'. De inspecteurs hadden echter de ervaring dat weinig instellingen voor gehandicaptenzorg op de hoogte waren van de conceptrichtlijn.

6.4.3 *Medicatieopdracht^{bb} bij driekwart van instellingen zonder risico; één op de zes echter hoog risico*

In 26 van de semimurale locaties/instellingen voor gehandicaptenzorg vormde het onderwerp medicatieopdracht geen risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=31) waar dit risico is vastgesteld
a De voorgeschreven medicatie wordt gewijzigd zonder een door een arts geautoriseerde medicatieopdracht.	5
b Medicatieopdrachten worden niet altijd schriftelijk of via een elektronisch voorschrijfsysteem gedaan.	6
c De medicatieopdrachten zijn incompleet en/of slecht leesbaar.	0
d De medicatie is niet up-to-date doordat de aanlevering van medicatieopdrachten aan de apotheek niet goed verloopt.	1

Bij 5 instellingen wijzigden persoonlijke begeleiders medicatie zonder schriftelijke autorisatie door een arts (bijvoorbeeld op basis van een mondeling advies van een specialist aan de cliënt om de dosering aan te passen). Bij 6 instellingen werd de medicatieopdracht niet altijd schriftelijk of via een elektronisch voorschrijfsysteem gegeven. De aanlevering van recepten aan de apotheek ging meestal wel goed.

6.4.4 *Bij 2 op de 3 instellingen hoog risico op medicatieoverzicht^{cc}*

22 van de bezochte locaties/instellingen voor semimurale gehandicaptenzorg scoorden hoog of zeer hoog risico op het onderwerp medicatieoverzicht.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=31) waar dit risico is vastgesteld
a De huisarts en/of AVG heeft geen compleet en actueel overzicht van alle voorgeschreven geneesmiddelen die een cliënt gebruikt.	4
b De (persoonlijk) begeleiders hebben geen compleet en actueel overzicht van alle voorgeschreven geneesmiddelen die een cliënt gebruikt.	8
c Er zijn medicatieoverzichtlijsten betreffende één cliënt in omloop die van elkaar verschillen.	19
d De overzichtlijsten zijn onduidelijk.	9
e Het is bij de (persoonlijk) begeleiders niet bekend welke cliënten hun medicatie in eigen beheer hebben.	2
f Het is bij (persoonlijk) begeleiders niet bekend hoe zelfstandig de cliënt is t.a.v. het medicatiegebruik en/of beheer.	2

bb Een mondelinge of schriftelijke aanwijzing van een arts, op basis waarvan actuele medicatie wordt stopgezet, gewijzigd of op basis waarvan een apotheker geneesmiddelen ter hand stelt en/of een verzorgende geneesmiddelen toedient. Een dergelijke aanwijzing behoeft dus niet te voldoen aan de begripsbepaling 'recept' zoals opgenomen in de Geneesmiddelenwet.

cc Een actueel en compleet overzicht van de medicatie, inclusief naam van het geneesmiddel, sterkte, toedieningsvorm en dosering. Deze registratie per cliënt van alle geneesmiddelen die worden gebruikt, behoeft dus niet te voldoen aan de definitie van 'medicatieoverzicht' zoals opgenomen in de Conceptrichtlijn Overdracht van medicatiegegevens.

In 19 instellingen bestonden verschillende medicatie(deel)lijsten van één cliënt naast elkaar. In 8 van de bezochte instellingen hadden de persoonlijk begeleiders geen compleet en actueel beeld van alle voorgeschreven medicatie die een cliënt gebruikte. In 4 instellingen gold dit ook voor de voorschrijvende arts. In 9 instellingen waren de medicatieoverzichten of -deellijsten onduidelijk.

6.4.5

Medicatiebewaking bij ruim driekwart hoog risico

25 van de bezochte locaties/instellingen voor semimurale gehandicaptenzorg scoorden hoog of zeer hoog risico op het onderwerp medicatiebewaking.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=31) waar dit risico is vastgesteld
a De medicatiebewakingsignalen (apothek) worden niet binnen een termijn die noodzakelijk is voor veilige toepassing van het geneesmiddel of uiterlijk binnen 24 uur na aflevering, door de apotheker beoordeeld en afgehandeld.	0
b Bijwerkingen worden door de verzorging niet gemeld aan de voorschrijver.	4
c De medicatie wordt niet ten minste 1x per jaar beoordeeld door de huisarts/AVG en een apotheker, waarbij mening van cliënt en verzorging wordt mee genomen.	28
d De medicatie wordt door de (persoonlijk) begeleiders gemalen zonder dat er per geneesmiddel een schriftelijke instemming is van de arts.	1

Bij 28 van de 31 instellingen hielden huisarts/AVG, apotheker en verzorgend personeel niet één maal per jaar een medicatiebeoordeling. Ook niet bij cliënten met polyfarmacie. In 4 instellingen meldden zorgmedewerkers bijwerkingen niet altijd aan de voorschrijver. Soms maalden de medewerkers medicatie zonder akkoord van arts. De apotheker beoordeelde medicatiebewakingsignalen bij alle bezochte instellingen altijd binnen 24 uur na verstrekking van de medicatie.

6.4.6

Meestal geen geneesmiddelenformularium aanwezig

25 locaties/instellingen voor gehandicaptenzorg hadden geen geneesmiddelenformularium. De inspectie kon het al dan niet hebben van een geneesmiddelenformularium niet toetsen aan een veldnorm, daarom beoordeelde de inspectie de afwezigheid van een formularium als een gering risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=31) waar dit risico is vastgesteld
a Er is geen standaard assortiment (formularium) specifiek voor deze instelling.	25
b Het geneesmiddelenformularium wordt niet periodiek geëvalueerd en niet zo nodig bijgesteld.	6
c Het geneesmiddelenformularium is niet toegespitst op de doelgroep.	9
d Naleving van het geneesmiddelenformularium wordt niet gecontroleerd.	6

Als er wel een formularium was, dan was dit in 9 gevallen niet toegespitst op de eigen instelling. Hierdoor werd het kwaliteitseffect van een formularium niet ten volle benut. 6 instellingen die wel een formularium hadden, evalueerden het niet

altijd periodiek, stelden het niet zo nodig bij, noch controleerden op de naleving ervan.

6.4.7 *Geen risico's rond beschikbaarheid van medicatie*

De tijdige beschikbaarheid van geneesmiddelen vormde bij geen enkele semimurale instelling voor gehandicaptenzorg een risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=31) waar dit risico is vastgesteld
a De cliënt kan niet goed behandeld worden omdat het geneesmiddel niet tijdig beschikbaar is.	1

Bij op één na alle instellingen konden de cliënten altijd goed behandeld worden omdat de voorgeschreven geneesmiddelen tijdig beschikbaar waren.

6.4.8 *Bewaring geneesmiddelen bij ruim één op de drie instellingen niet zorgvuldig; ruim helft geen of gering risico*

Op het onderwerp bewaring scoorden 17 van de semimurale instellingen geen of gering risico. 14 scoorden het hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=31) waar dit risico is vastgesteld
a Er worden geneesmiddelen aangetroffen waarvan de vervaldatum is verstreken.	5
b De kwaliteit en de identiteit van geneesmiddelen zijn onbetrouwbaar door onzorgvuldige opslag.	12
c De geneesmiddelen zijn toegankelijk voor 'onbevoegden'.	8

De oorzaak van dit hoge risico lag bij 12 van de instellingen in onzorgvuldige opslag en bij 8 in toegankelijkheid voor onbevoegden (bijvoorbeeld door een niet-afgesloten kast of retourbox). Onvoldoende controle op vervaldata kwam in 5 instellingen voor.

6.4.9 *Uitzetten van medicatie bij ruim helft van instellingen goed geregeld; ruim 40% groot risico*

Het onderwerp 'uitzetten' scoorde bij 18 van de bezochte semimurale instellingen geen of gering risico. Bij 13 was sprake van hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=31) waar dit risico is vastgesteld
a De geneesmiddelen worden niet in op-naam-gestelde individuele doseerverpakking door de apotheek aangeleverd.	7
b Na het moment van uitzetten is het geneesmiddel niet meer te identificeren.	14
c Er worden door de (persoonlijk) begeleiders fouten gemaakt bij het uitzetten van op-naam-gestelde geneesmiddelen.	2

14 instellingen werkten niet met door een apotheek aangeleverde op-naam-gestelde individuele doseerverpakkingen (zoals verdeel dozen of verpakkingen via een geautomatiseerd distributiesysteem). Zij zetten binnen de instelling alle medicatie uit; een handeling met hoog risico op fouten, vooral als dit door niet specifiek voor dit werk geschoold personeel wordt gedaan. Na het uitzetten was het geneesmiddel

bij zeven instellingen niet meer te identificeren, waardoor bij het toedienen niet te controleren was of het juiste geneesmiddel aan de juiste cliënt werd verstrekt.

6.4.10

Toedienen medicatie bij één op de drie instellingen hoog risico

Bij 20 van de semimurale instellingen beoordeelde de inspectie het onderwerp toedienen als geen of gering risico. Bij 11 van de bezochte instellingen vormde het onderwerp een hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=31) waar dit risico is vastgesteld
a De cliënt krijgt foute medicatie toegediend omdat er niet door ten minste twee bevoegde en bekwame personen is gecontroleerd dat de medicatie overeenkomt met de deellijst.	11
b Er vindt verwisseling van medicatie plaats omdat er niet tot op het moment van toedienen identificeerbaar is welk geneesmiddel het betreft en /of omdat niet gecontroleerd wordt of het geneesmiddel aan de juiste persoon wordt toegediend.	10
c Er ontstaan fouten omdat tijdens het toedienen niet ongestoord gewerkt kan worden.	6
d Er is onduidelijkheid of een geneesmiddel verstrekt/toegediend is.	11

Bij 11 instellingen controleerde bij toedienen, van bijvoorbeeld insuline, niet een tweede bekwame persoon of de medicatie overeenkwam met de medicatieopdracht. Bij 10 instellingen waren geneesmiddelen niet altijd tot het toedienen identificeerbaar. Bij 11 instellingen was niet altijd duidelijk of het geneesmiddel verstrekt/toegediend was, omdat er niet was afgetekend. In 6 instellingen gaven de persoonlijke begeleiders aan dat zij niet ongestoord konden werken.

6.4.11

Bekwaamheid en bijscholing bij twee derde van instellingen niet goed geregeld

Ruim de helft van de bezochte locaties/instellingen voor semimurale gehandicaptenzorg scoorde hoog of zeer hoog risico op het onderwerp bekwaamheid en bijscholing.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=31) waar dit risico is vastgesteld
a Onvoldoende actuele kennis over farmaceutische zorg bij de AVG (indien AVG aanwezig).	1
b Onvoldoende kennis bij de (persoonlijk) begeleiders voor het goed uit kunnen zetten.	13
c Onvoldoende kennis en ervaring bij de verzorging voor het goed kunnen toedienen van geneesmiddelen met een bijzondere toedieningsvorm.	9
d Er worden geneesmiddelen toegediend door personen die noch bevoegd noch bekwaam zijn omdat er geen afspraken over gemaakt en vastgelegd zijn.	14
e Onvoldoende bijscholing over geneesmiddelen bij de AVG en de (persoonlijk) begeleiders.	22
f Het niet (meer) voldoen van medewerkers aan de vereisten voor het verrichten van voorbehouden en risicovolle handelingen.	5

Bij 13 van de semimurale instellingen was de kennis bij persoonlijk begeleiders onvoldoende om op verantwoorde wijze geneesmiddelen te kunnen uitzetten. Bij 9 instellingen was niet voldoende kennis en ervaring voor het toedienen van geneesmiddelen met bijzonder toedieningsvorm. Bij 14 instellingen dienden medewerkers die noch bevoegd noch bekwaam waren, geneesmiddelen toe. Er was bij 22 instellingen onvoldoende bijscholingsaanbod voor de persoonlijk begeleiders voor verantwoorde farmaceutische zorg. Er was onvoldoende scholing om wel aanwezige kennis te onderhouden en te actualiseren. Bij 5 instellingen voldeden medewerkers niet aan de vereisten om voorbehouden en risicovolle handelingen te verrichten.

6.4.12 *Kwaliteitssysteem farmaceutische zorg bij ruim 2 op de 3 instellingen hoog risico*
22 van de bezochte locaties/instellingen voor semimurale gehandicaptenzorg scoorden hoog of zeer hoog risico op het onderwerp kwaliteitszorg.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=31) waar dit risico is vastgesteld
a Er is geen geneesmiddelencommissie die het geneesmiddelenbeleid bepaalt en onderhoudt.	21
b Er is geen beschrijving van de procedure farmaceutische zorg.	7
c De procedures/protocollen rond het medicatieproces worden niet of sporadisch met de betrokken zorgverleners (apotheker, huisarts, verzorging) geëvalueerd.	20
d Er is geen aandachtsfunctionaris farmaceutische zorg (beheerder).	6
e De apotheker(s) is/zijn niet of nauwelijks betrokken bij het medicatieproces binnen de zorginstelling voor cliënten met een verstandelijke beperking/woonvorm.	16
f De huisarts(en) is/zijn niet of nauwelijks betrokken bij het medicatieproces binnen de zorginstelling voor cliënten met een verstandelijke beperking/woonvorm.	18

21 instellingen hadden geen geneesmiddelencommissie die het geneesmiddelenbeleid bepaalt, bewaakt en onderhoudt. 7 instellingen had geen procedure farmaceutische zorg. 20 van de bezochte instellingen evalueerden de procedures/-protocollen rond het medicatieproces niet of sporadisch met apotheker, arts en zorgmedewerkers.

Bij 16 instellingen was geen apotheker betrokken bij het medicatieproces en bij 18 geen huisarts.

6.4.13

Ruim helft van instellingen leerde onvoldoende van medicatiefouten

20 instellingen scoorden hoog risico op het onderwerp omgaan met fouten.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=31) waar dit risico is vastgesteld
a Er bestaat een kans dat medicatiefouten zich blijven herhalen omdat fouten niet gemeld worden.	4
b Van gemaakte medicatiefouten wordt niet geleerd omdat ze niet besproken en geanalyseerd worden in een daartoe opgerichte commissie.	16
c Er is geen verbetering van de veiligheid bij het omgaan met geneesmiddelen omdat acties/verbeteringen n.a.v. de gemaakte medicatiefouten uitblijven.	11
d Er vindt geen terugkoppeling plaats naar de melder over de afhandeling van de MIC melding.	7

16 instellingen leerden niet van gemaakte medicatiefouten omdat de fouten niet besproken en geanalyseerd werden in een daartoe opgerichte commissie. Bij 11 instellingen trad geen verbetering van de veiligheid bij het omgaan met geneesmiddelen op omdat acties/verbeteringen naar aanleiding van de gemaakte medicatiefouten uitbleven. Bij 7 instellingen vond geen terugkoppeling naar de melder plaats. Bij 4 instellingen werden fouten niet gemeld.

6.4.14

Medicatieoverzichten gehandicaptenzorg nog niet conform richtlijn

De inspectie nam 252 geanonimiseerde medicatieoverzichten mee van alle bezochte instellingen voor gehandicaptenzorg (verblijf en behandeling als ook verblijf en begeleiding). Ondanks het feit dat vooraf schriftelijk was gevraagd om medicatieoverzichten^{dd}, was dit slechts 12 keer het geval.

134 lijsten waren medicatiedeellijsten. Bij 139 lijsten was er sprake van een door de instelling zelf opgesteld medicatieoverzicht en/of deellijst. De overige lijsten waren door een apotheek gemaakt en geleverd. Bij 113 lijsten was er weliswaar sprake van een overzicht van medicatie, maar deze voldeed meestal niet aan de concept-richtlijn. Bij 212 lijsten ontbrak een medicatiehistorie van minimaal drie maanden. Bij 21 lijsten stonden contra-indicaties wel opgenomen en bij 12 geneesmiddelen-allergieën. Bij het ontbreken van deze gegevens was niet altijd duidelijk of er geen contra-indicaties of allergieën waren of dat deze niet waren ingevuld.

De inspectie ging na of er in de meegenomen lijsten stond vermeld dat er meer dan twee anti-epileptica werden gebruikt. Volgens de 'richtlijn epilepsie'¹¹ van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie is het *good practice* om één of ten hoogste twee verschillende middelen te gebruiken. Bij 23 lijsten werd vastgesteld dat er meer dan twee anti-epileptica waren voorgeschreven.

De inspectie keek naar het aantal cliënten dat volgens de lijsten gedragsbeïnvloedende middelen gebruikte. Van de 252 lijsten vermeldden 118 lijsten één of twee gedragsbeïnvloedende geneesmiddelen. Op 31 lijsten stonden drie of vier middelen en op 2 lijsten meer dan vijf gedragsbeïnvloedende middelen.

^{dd} Onder een overzichtlijst verstaat de inspectie een registratie per patiënt van alle geneesmiddelen (al dan niet op recept) en relevante gegevens over het gebruik daarvan in een periode van ten minste drie maanden voorafgaand aan het moment van aanmaak en gebruik van dat medicatieoverzicht of zolang als nodig is voor verantwoorde zorg. Inclusief de reden van voorschrijven en inclusief allergieën, intoleranties en contra-indicaties. Een medicatiedeellijst is dus niet hetzelfde als een medicatieoverzichtlijst.

THUISZORG

Goed voorbeeld thuiszorg 1

Een thuiszorgorganisatie heeft veel energie gestoken in de verbetering van de farmaceutische zorg. In samenwerking met de apotheken in het verzorgingsgebied is een handboek farmaceutische zorg opgesteld. Bestaande werkwijzen op het gebied van de farmaceutische zorg zijn flink gewijzigd.

De thuiszorgorganisatie is ten eerste gestopt met het zelf opstellen van medicatieoverzichten; de apotheken leveren voortaan medicatieoverzichten en aftekenlijsten voor het verstrekken van geneesmiddelen. Ten tweede is de thuiszorgorganisatie gestopt met het uitzetten van medicatie; de apotheken leveren voortaan de geneesmiddelen (voor zover mogelijk) per cliënt in individuele doseerverpakkingen. De geneesmiddelen zijn hierdoor tot het moment van toedienen te identificeren. Na verstrekking kan de thuiszorgmedewerker per tijdstip per medicament aftekenen op de daarvoor bestemde lijst.

Goed voorbeeld thuiszorg 2

Een verpleegkundige werkzaam bij een thuiszorgorganisatie heeft een spel ontwikkeld om de kennis over geneesmiddelen, bijwerkingen en andere aspecten van de farmaceutische zorg spelenderwijs op te frissen.

Doelgroep: verzorgenden

Het gaat om een bordspel met opdrachten in verschillende categorieën. De speler gooit met een dobbelsteen, verzet haar pion en komt uit op een kleur. Zij pakt een opdrachtkaartje van de overeenkomstige kleur en beantwoordt de vraag die op dat kaartje staat. De vragen gaan over herkennen van ziektebeelden, bijwerkingen van medicatie, herkenning van geneesmiddelen, het lezen van bijsluiters etc.

Het spel spreekt de verzorgenden erg aan. Nu eens geen PowerPoint-presentatie, maar spelend leren. Goede discussies over de onderwerpen zorgen dat de inhoud makkelijker blijft hangen.

7 Thuiszorg

7.1 **Conclusie: Instellingen voor thuiszorg hebben geen degelijke basis voor verantwoorde hulp bij medicatie thuis**

Tijdens het thematisch toezicht medicatieveiligheid bleek dat de thuiszorgorganisaties die de Inspectie voor de Gezondheidszorg beoordeelde, zich heel vaak niet bewust zijn van de risico's rond het medicatieproces. Dit komt mogelijk doordat de instellingen voor thuiszorg nog geen gebruik kunnen maken van een handreiking voor 'verantwoorde hulp bij medicatie thuis'. Er is wel een aantal veldnormen, dat op onderdelen duidelijkheid biedt (bijlage 1).

De 'DGV *Quick-scan* medicatieproces' die de inspectie een half jaar voor het inspectiebezoek liet uitvoeren, leidde bij de instellingen veelal tot meer inzicht. Een aantal thuiszorgorganisaties ging met de uitkomst van die 'DGV *Quick-scan*' aan de slag. De 'DGV *Quick-scan*' werd bij deze organisaties ook in andere regio's gebruikt om verbeterpunten op het spoor te komen. Tijdens het inspectiebezoek kwamen regelmatig plannen van aanpak ter sprake die al geheel of gedeeltelijk uitgevoerd waren.

Op vier na scoorden alle thuiszorgorganisaties op vier of meer van de 11 door de inspectie getoetste onderwerpen hoog of zeer hoog risico.

Bij net iets minder dan de helft van de instellingen vormden medicatieoverdracht, medicatieopdracht, en bekwaamheid/bijscholing een hoog of zeer hoog risico.

Bij ruim de helft van de instellingen waren de scores ongunstig op de volgende onderwerpen: medicatieoverzicht, medicatiebewaring, uitzetten/toedienen, kwaliteitszorg.

De belangrijkste conclusies voor deze onderwerpen zijn:

- Bij veel thuiszorginstellingen maken de thuiszorgmedewerkers zelf een medicatie(overzicht)lijst op basis van de bij de cliënt aanwezige medicatie. Deze overzichtlijsten zijn vaak incompleet en slecht leesbaar.
- Thuiszorgmedewerkers zijn niet geïnstrueerd over bewaarcondities van medicatie thuis. Ook nemen zij vaak retourmedicatie van cliënten mee, om deze bij de apotheek af te leveren. Een goed bedoelde handeling die kan leiden tot onveilige situaties, bijvoorbeeld als de retourmedicatie in de fietstas wordt meegenomen.
- Bij de meeste thuiszorgorganisaties wordt het thuis uitzetten van geneesmiddelen niet door een collega gecontroleerd. Dikwijls is onduidelijk of een geneesmiddel verstrekt/toegediend is, omdat thuiszorgmedewerkers niet aftekenen voor deze handeling.
- Vaak is er geen beschrijving van de procedure farmaceutische zorg en is er geen coördinator voor de farmaceutische zorg benoemd.

Er is onvoldoende samenwerking tussen voorschrijvers (meestal huisartsen), apothekers en thuiszorgorganisaties, die hulp bieden bij geneesmiddelengebruik. Dikwijls stellen thuiszorgmedewerkers handmatig medicatie(deel)lijsten op, terwijl medicatiedeellijsten vaak door de apotheker geleverd kunnen worden. Veelal weten de apothekers, en soms ook de huisartsen, niet dat de thuiszorg is ingeschakeld omdat de thuiszorgorganisaties de aanvang en de beëindiging van hun hulp bij de medicatie niet doorgeven.

Op basis van de beoordeling van de medicatieoverzichten concludeert de inspectie:

- De medicatieoverzichten voldoen meestal niet aan de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'.
- Thuiszorgorganisaties maken vaak zelf, al dan niet handmatig, medicatiedellijsten.
- De medicatievoorschriften voldoen niet altijd aan de huidige normen en richtlijnen wat betreft de dosering van digoxineⁱ en temazepam^j en wat betreft het gebruik van maagprotectie bij NSAID's^k. Als er jaarlijks een medicatiebeoordeling wordt gehouden, kunnen arts en apotheker deze afwijking tijdig corrigeren.

7.2 Handhaving thuiszorg

In deze paragraaf benoemt de inspectie de maatregelen die instellingen moeten nemen. Ook doet zij aanbevelingen aan beroeps- en brancheorganisaties. Over onderwerpen die tijdens de inspectiebezoeken risicovol bleken te zijn, maar al goed in veldnormen staan beschreven, zijn geen maatregelen of aanbevelingen opgenomen.

7.2.1 Maatregelen voor thuiszorginstellingen

- Maak vóór 2012 (zo nodig op regionaal niveau samen met andere thuiszorgorganisaties) met de huisartsen en apothekers schriftelijke afspraken over het farmaceutische proces.
- Vang zorg met betrekking tot medicatie, vanaf 2011, niet eerder aan dan dat er een actueel en compleet medicatieoverzicht is en, indien het gaat om voorbehouden handelingen, dan dat er een schriftelijk uitvoeringsverzoek is. Maak afspraken hierover met ketenpartners zoals ziekenhuizen, huisartsen en apothekers.
- Leg vanaf 2011 bij uitbesteding van voorbehouden handelingen (wet BIG) aan een andere thuiszorgorganisatie (onderaannemerschap) contractueel vast aan welke eisen voor kwaliteit en veiligheid die handelingen moeten voldoen.
- Leg zo spoedig mogelijk doch uiterlijk vanaf 2011 in een protocol vast dat thuiszorgmedewerkers geen retourmedicatie van cliënten mogen meenemen. Dit is een taak voor familie, mantelzorgers of de apotheek.

7.2.2 Aanbevelingen aan branche- en beroepsorganisaties thuiszorginstellingen (o.a. Actiz, V&VN, Sting, BTN, KNMP, LHV en NHG)

- Stel vóór 2012 samen met andere betrokken partijen een veldnorm/handreiking op over hulp bij medicatie in de thuissituatie.
- Regel dat instellingen zo spoedig mogelijk doch uiterlijk vanaf 2011 een coördinator farmaceutische zorg aanstellen, die onder andere zorg draagt voor afstemming en afspraken met apothekers en huisartsen. Het coördinatorschap kan ook een taak binnen een bestaande functie zijn.

Het is nodig dat regionaal samenwerking tot stand komt tussen huisartsen, thuiszorgorganisaties en apothekers.

Bijscholing voor de verpleging/verzorging over geneesmiddelen en farmaceutische zorg moet structureel in het scholingsplan opgenomen worden.

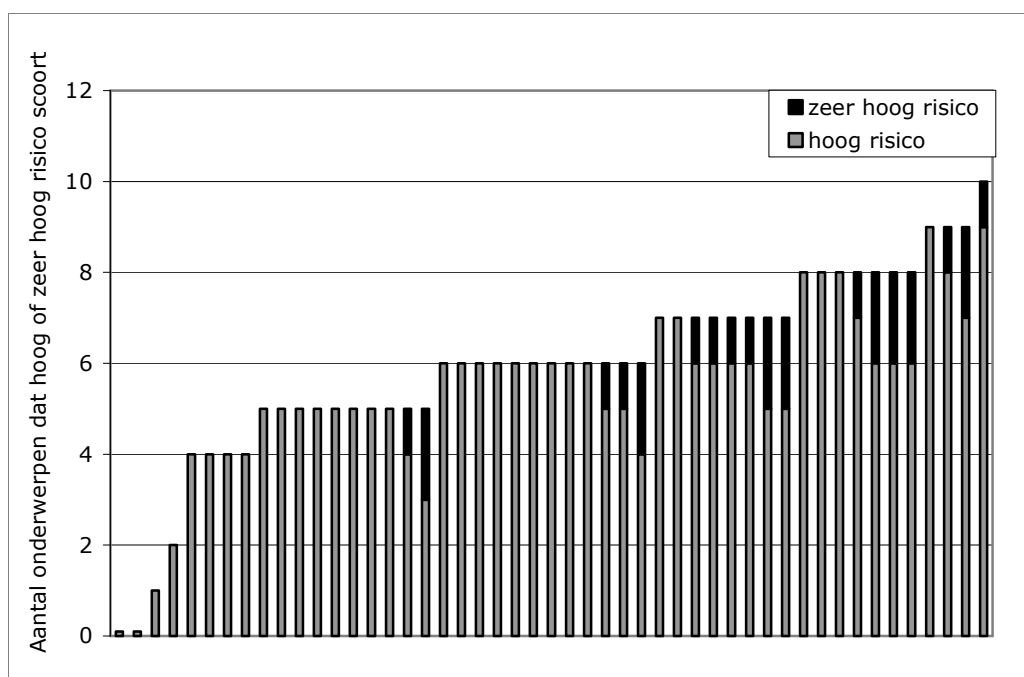
De brancheorganisatie Actiz kan samen met de KNMP de thuiszorgorganisaties faciliteren door een veldnorm 'verantwoorde hulp bij medicatie thuis' op te stellen, zodat deze als leidraad ter verbetering kan dienen. De LHV, NHG en NVVA (nu Verenso) hebben al een voorzet gegeven met de handreiking 'Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis' uit 2009¹².

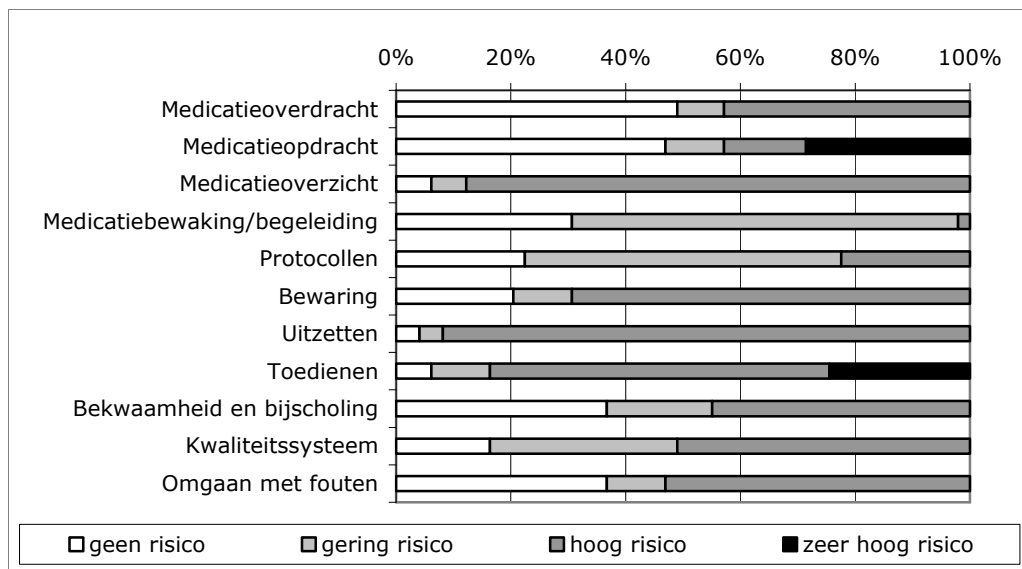
7.3 Resultaten inspectiebezoek aan instellingen voor thuiszorg

Deze paragraaf bevat een samenvatting van de resultaten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg met betrekking tot medicatieveiligheid in de 49 bezochte instellingen voor thuiszorg. Hoewel het hier gaat om een aselechte steekproef uit alle bij de inspectie bekende instellingen voor thuiszorg, mag het resultaat niet gegeneraliseerd worden. Het aantal bezochte instellingen is hiervoor te klein en de omvang van de instellingen varieert te veel.

De eerste subparagraaf geeft het aantal hoge en zeer hoge risico's weer dat de inspectie per instelling constateerde (bijlage 2). De daarop volgende subparagrafen benoemen eerst de risicoscores per onderwerp. Vervolgens staat aan de hand van de beoordeelde risicoaspecten toegelicht waaruit de risico's vooral bestonden.

7.3.1 Algemeen: bij 9 van de 10 bezochte thuiszorginstellingen 4 of meer onderwerpen hoog risico





Figuur 18 Thuiszorg (n=49); verdeling van de risico's per onderwerp

De meeste thuiszorginstellingen (n=49) scoorden geen of gering risico op het onderwerp medicatiebewaking en begeleiding (figuur 18). De helft of meer van de instellingen scoorde op de volgende onderwerpen hoog en/of zeer hoog risico: medicatieoverdracht, medicatieopdracht, medicatieoverzicht, bewaring, uitzetten, toedienen, bekwaamheid/bijscholing, kwaliteitssysteem en omgaan met fouten.

7.3.2 Bij ruim de helft thuiszorginstellingen medicatieoverdracht geen of gering risico; bijna helft echter hoog risico^{ee}

28 instellingen voor thuiszorg scoorden geen of gering risico op het onderwerp medicatieoverdracht. Bij 21 van de organisaties oordeelde de inspectie hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=49) waar dit risico is vastgesteld
a Bij de start van de zorg met betrekking tot medicatie is niet duidelijk welke geneesmiddelen een cliënt gebruikt.	17
b Voor de hulpverlener/instelling waar een cliënt naar verwezen wordt, is niet duidelijk welke medicatie een cliënt gebruikt.	13

Bij 17 van de instellingen voor thuiszorg was niet bij de start van de zorg met betrekking tot medicatie duidelijk welke medicatie een cliënt gebruikte. Bij 13 instellingen was niet geregeld dat bij verwijzing naar een andere hulpverlener/-instelling een medicatieoverdracht werd meegegeven.

Het inspectieonderzoek was niet op gericht om iets te zeggen over de stand van zaken met betrekking tot de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'. De inspecteurs hadden echter de ervaring, dat weinig instellingen op de hoogte waren van de conceptrichtlijn.

ee Op het onderwerp medicatieoverdracht heeft de inspectie niet gehandhaafd, omdat de veldpartijen tot 1 januari 2011 de gelegenheid gekregen hebben om de richtlijn medicatieoverdracht te implementeren.

- 7.3.3 *Hoog risico medicatieopdracht^{ff}: bij ruim één op de drie instellingen wijzigde medewerker medicatie zonder opdracht arts*
Het onderwerp medicatieopdracht vormde bij 21 van de thuiszorgorganisaties een hoog of zeer hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=49) waar dit risico is vastgesteld
a De (voorgeschreven) medicatie wordt door de thuiszorg-medewerker gewijzigd zonder een door een arts geautoriseerde medicatieopdracht.	21
b Er is bij het starten van een voorbehouden handeling met betrekking tot medicatie geen uitvoeringsverzoek van de voorschrijvende arts.	10

Bij 21 thuiszorginstellingen kwam het voor dat medicatie door de thuiszorg-medewerker werd gewijzigd zonder schriftelijke geautoriseerde opdracht van een arts. Dit gebeurde bijvoorbeeld als bij polikliniek bezoek de specialist aan de cliënt had aangegeven de dosering te wijzigen, zonder daar een recept voor uit te schrijven. Bij 10 instellingen voor thuiszorg was bij het starten van een voorbehouden handeling met betrekking tot medicatie niet altijd een uitvoeringsverzoek van de voorschrijvende arts aanwezig.

- 7.3.4 *Medicatieoverzicht^{gg} hoog risico bij ruim driekwart thuiszorginstellingen*
Het onderwerp medicatieoverzicht scoorde in 43 instellingen voor thuiszorg hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=49) waar dit risico is vastgesteld
a De thuiszorgmedewerker die hulp bij de medicatie biedt, heeft geen medicatieoverzichtlijst van de apotheker.	27
b De thuiszorgmedewerker die hulp bij de medicatie biedt, maakt zelf een medicatieoverzichtlijst op basis van de bij de cliënt aanwezige medicatie.	35
c De overzichtlijsten zijn incompleet en/of slecht leesbaar.	25
d Het is bij de thuiszorg (medewerker) niet bekend hoe zelfstandig de cliënt is t.a.v. het medicatiegebruik en/of beheer.	11

Bij 27 thuiszorgorganisaties had de thuiszorgmedewerker, die hulp bij de medicatie bood, geen medicatieoverzichtlijst (of -deellijst) van de apotheker. Bij 35 organisaties maakte de thuiszorgmedewerker zelf een medicatie(deel)lijst op basis van bij de cliënt aanwezige medicatie. De medicatie(deel)lijsten waren in 25 gevallen incompleet en/of slecht leesbaar. Bij 11 thuiszorginstellingen wist de medewerker niet hoe zelfstandig de cliënt was ten aanzien van het medicatiegebruik en/of – beheer.

ff Een mondelinge of schriftelijke aanwijzing van een arts, op basis waarvan actuele medicatie wordt stopgezet, gewijzigd of op basis waarvan een apotheker geneesmiddelen ter hand stelt en/of een verzorgende geneesmiddelen toedient. Een dergelijke aanwijzing hoeft dus niet te voldoen aan de begripsbepaling 'recept' zoals opgenomen in de Geneesmiddelenwet.

gg Een actueel en compleet overzicht van de medicatie, inclusief naam van het geneesmiddel, sterkte, toedieningsvorm en dosering. Deze registratie per cliënt van alle geneesmiddelen die worden gebruikt, behoeft dus niet te voldoen aan de definitie van 'medicatieoverzicht' zoals opgenomen in de Conceptrichtlijn Overdracht van medicatiegegevens.

- 7.3.5 *Ruim twee derde van thuiszorginstellingen gering risico bij medicatiebewaking/-begeleiding*
48 thuiszorgorganisaties scoorden geen of gering risico op het onderwerp medicatiebewaking/begeleiding.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=49) waar dit risico is vastgesteld
a De thuiszorgmedewerker koppelt relevante informatie over (problemen van) het geneesmiddelengebruik door de cliënt, zoals bijwerkingen, niet terug aan de voorschrijver en/of de apotheker.	5
b Er is geen schriftelijke informatie in het zorgdossier (bijvoorbeeld bijsluiters) over de medicatie die door de cliënt wordt gebruikt.	24
c De medicatie wordt door de thuiszorgmedewerkers die hulp bij de medicatie bieden, gemalen zonder dat er per geneesmiddel een schriftelijke instemming is van de arts.	15

Bij 24 thuiszorginstellingen was in het zorgdossier van cliënten die hulp bij de medicatie kregen, geen schriftelijke informatie (bijvoorbeeld bijsluiters) aanwezig over de medicatie die de cliënt gebruikte. In 15 instellingen maalden de thuiszorgmedewerker medicatie zonder dat er per geneesmiddel een schriftelijke instemming was van de arts. Meestal koppelde de thuiszorgmedewerker relevante informatie over het geneesmiddelengebruik door de cliënt aan de voorschrijver en/of apotheker terug.

- 7.3.6 *Protocolen bij meeste thuiszorginstellingen geen of gering risico; één op de vijf hoog risico*
Het Onderwerp 'Aanwezigheid, onderhoud en gebruik protocollen' vormde bij 38 thuiszorgorganisaties geen of gering risico. Bij 11 instellingen scoorde het onderwerp hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=49) waar dit risico is vastgesteld
a Er is geen protocol voor het toedienen en/ of instellen van insuline.	1
b Er is geen protocol voor pijnbestrijding door middel van pomp of injectie.	6
c De protocollen zijn niet op eenvoudige wijze beschikbaar voor thuiszorgmedewerkers.	5
d De naleving van de protocollen wordt niet regelmatig gecontroleerd.	34
e De protocollen worden niet periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.	7

34 instellingen voor thuiszorg controleerden de naleving van protocollen niet periodiek.

Indien de thuiszorgorganisatie voorbehouden en/of risicovolle handelingen in onderaanbesteding aan een andere thuiszorgorganisatie had overgedragen, dan had de hoofdaannemer meestal niet schriftelijk/contractueel vastgelegd aan welke eisen voor kwaliteit en veiligheid die handelingen moesten voldoen.

7.3.7 *Bewaring geneesmiddelen voor ruim 2 op de 3 instellingen hoog risico door meenemen retourmedicatie*

De bewaring van geneesmiddelen vormde in 34 van de bezochte thuiszorgorganisaties een hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=49) waar dit risico is vastgesteld
a De thuiszorgmedewerkers die hulp bij de medicatie bieden, zijn niet geïnstrueerd om op vervaldata te letten en hebben hier geen aandacht voor.	8
b De thuiszorgmedewerkers die hulp bij de medicatie bieden, zijn niet geïnstrueerd over de wijze waarop geneesmiddelen in de thuissituatie bewaard moeten worden.	22
c Bij cliënten en huisgenoten waar het niet verantwoord is dat zij zelf bij de geneesmiddelen kunnen, zijn geen voorzorgsmaatregelen genomen om dit te voorkomen.	2
d De thuiszorgmedewerker neemt retourmedicatie van cliënten mee.	33

Bij 33 thuiszorgorganisaties namen medewerkers retourmedicatie van cliënten mee met de bedoeling om deze bij de apotheek af te leveren. Deze goede intentie kan echter leiden tot onveilige situaties. Verder waren in 22 instellingen de medewerkers niet geïnstrueerd over de wijze waarop geneesmiddelen in de thuissituatie bewaard moesten worden.

7.3.8 *Uitzetten medicatie bij bijna alle thuiszorginstellingen zeer risicovol*

Het onderwerp 'uitzetten' scoorde bij 45 van de 49 bezochte thuiszorginstellingen hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=49) waar dit risico is vastgesteld
a De geneesmiddelen worden niet in op-naam-gestelde individuele doseerverpakking door de apotheek aangeleverd.	18
b Het uitzetten van medicatie door de thuiszorgmedewerker die hulp bij de medicatie biedt, wordt niet gecontroleerd door een andere thuiszorgmedewerker.	42
c Er treden fouten op omdat door de apotheek uitgezette medicatie (GDS of medicatieverdeeldoos) tussentijds door de thuiszorgmedewerker wordt aangepast (op voorschrift van de arts).	29

Bijna nooit werd het uitzetten van medicatie door een thuiszorgmedewerker gecontroleerd door een andere thuiszorgmedewerker. 18 thuiszorgorganisaties werkten niet met, door de apotheek aangeleverde, op-naam-gestelde individuele doseerverpakking (zoals verdeeldozen of verpakkingen via een geautomatiseerd distributiesysteem).

Bij 29 thuiszorgorganisaties die werkten met door de apotheek aangeleverde individuele doseerverpakkingen, wijzigden de thuiszorgmedewerkers deze medicatie in de verpakking als het voorschrift van de arts tussen de leveringen door veranderde.

7.3.9

Toedienen medicatie bij driekwart instellingen groot risico

Bij 41 van de bezochte instellingen voor thuiszorg vormde het toedienen van geneesmiddelen een hoog en/of zeer hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=49) waar dit risico is vastgesteld
a De cliënt krijgt foute medicatie toegediend omdat er niet door ten minste een tweede bekwame persoon is gecontroleerd dat de medicatie overeenkomt met de medicatiedeelijst.	35
b Bij het toedienen van geneesmiddelen via een infuus- of spuitpomp wordt er niet door een tweede bevoegde en bekwame persoon gecontroleerd of het juiste middel in de juiste dosering wordt gegeven.	24
c Er is onduidelijkheid of een geneesmiddel verstrekt/toegediend is.	31
d Door de standaard of juist wisselende bezoektijden van de thuiszorg krijgen cliënten medicatie op het verkeerde tijdstip.	1

In 31 instellingen was niet altijd duidelijk of een geneesmiddel verstrekt/toegediend was omdat er niet was afgetekend na het toedienen van het geneesmiddel. In 35 instellingen controleerde bij toedienen, van bijvoorbeeld insuline, niet een tweede bekwame persoon of de medicatie overeenkwam met de opdracht. Bij 24 instellingen controleerde bij het toedienen van geneesmiddelen via een infuus- of spuitpomp niet een tweede bevoegde en bekwame persoon of het juiste middel in de juiste dosering werd gegeven.

7.3.10

Bekwaamheid en bijscholing bij ruim één op de drie instellingen hoog risico

Bij 22 instellingen vormde het onderwerp bekwaamheid en bijscholing een hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=49) waar dit risico is vastgesteld
a De organisatie heeft geen registratie van de bevoegd- en bekwaamheden van medewerkers met betrekking tot handelingen rond geneesmiddelen.	9
b Onvoldoende kennis en bekwaamheid bij de thuiszorgmedewerkers, die hulp bij de medicatie bieden, voor het goed kunnen uitzetten en toedienen van geneesmiddelen <u>met</u> een bijzondere toedieningsvorm.	17
c Onvoldoende (bij)scholing over geneesmiddelen en voorbehouden en risicovolle handelingen bij de thuiszorgmedewerkers die hulp bij de medicatie bieden.	25

Er was bij 25 instellingen voor thuiszorg onvoldoende aandacht voor (bij)scholing over geneesmiddelen en voorbehouden en risicovolle handelingen aan de thuiszorgmedewerkers die hulp bij de medicatie bieden. Bij 17 instellingen was er onvoldoende kennis en bekwaamheid voor het goed kunnen uitzetten en toedienen van geneesmiddelen met een bijzondere toedieningsvorm (bijvoorbeeld inhalatie). 9 organisaties hadden geen registratie van de bevoegd- en bekwaamheden van hun medewerkers met betrekking tot handelingen rond geneesmiddelen.

7.3.11 *Kwaliteitssysteem bij helft thuiszorginstellingen niet op orde*
Het kwaliteitsbeleid rond farmaceutische zorg vormde bij 25 instellingen voor thuiszorg een hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=49) waar dit risico is vastgesteld
a Er is geen beschrijving van de procedure farmaceutische zorg.	20
b De procedures/protocollen rond het medicatieproces worden niet of sporadisch geëvalueerd.	9
c Er is geen coördinator farmaceutische zorg.	30
d Er is geen of nauwelijks initiatief bij de thuiszorgorganisatie voor samenwerking met de apothekers.	22
e Er is geen of nauwelijks initiatief bij de thuiszorgorganisatie voor samenwerking met de huisartsen.	20

In 20 instellingen was de procedure farmaceutische zorg niet beschreven. In 30 instellingen was er geen coördinator farmaceutische zorg als vast aanspreekpunt voor huisartsen en apothekers. 22 instellingen namen nauwelijks of geen initiatief tot samenwerking met apothekers. 20 instellingen spanden zich niet of nauwelijks in voor samenwerking met huisartsen. Procedures/protocollen rond het medicatieproces werden bij 9 instellingen niet of nauwelijks geëvalueerd.

7.3.12 *In ruim helft van thuiszorginstellingen 'omgaan met fouten' hoog risico*
Het onderwerp 'omgaan met fouten' scoorde 26 thuiszorgorganisaties hoog risico.

Risicoaspecten	Aantal instellingen (n=49) waar dit risico is vastgesteld
a Er bestaat een kans dat medicatiefouten zich blijven herhalen omdat fouten niet gemeld worden.	14
b Van gemaakte medicatiefouten wordt niet geleerd omdat ze niet besproken en geanalyseerd worden in een daartoe opgerichte commissie.	10
c Er is geen verbetering van de veiligheid bij het omgaan met geneesmiddelen omdat acties/verbeteringen n.a.v. de gemaakte medicatiefouten uitblijven.	17
d Er vindt geen terugkoppeling plaats naar de melder over de afhandeling van de MIC-melding.	27

Bij 14 instellingen voor thuiszorg werden medicatiefouten niet consequent door medewerkers gemeld. Bij 17 werden geen acties ondernomen naar aanleiding van gemaakte fouten. Ook vond er in 27 instellingen geen terugkoppeling plaats naar de melder. Bij 10 instellingen werden fouten niet besproken en geanalyseerd in een MIC-commissie.

7.3.13 *Risico's bij enkele instellingen door centrale opslag geneesmiddelen op kantoor*
3 thuiszorgorganisaties bewaarden geneesmiddelen van cliënten op een kantoorlocatie.

De instellingen bewaarden incidenteel geneesmiddelen, als het niet verantwoord leek te zijn om de medicatie bij de cliënt thuis te bewaren. Er was niet voldoende voorzien in goede opslag-, bewaar- en transportcondities.

7.3.14 *Medicatieoverzichten thuiszorg nog niet volgens richtlijn*

De inspectie nam 203 geanonimiseerde medicatieoverzichten mee van de bezochte thuiszorginstellingen. Ondanks het feit dat vooraf schriftelijk was gevraagd om medicatieoverzichten^{hh} volgens de conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens', was dit slechts 16 keer het geval.

104 lijsten waren medicatiedeellijsten. Bij 106 lijsten was er sprake van een door de instelling zelf opgesteld medicatieoverzicht en/of deellijst. De overige lijsten waren door een apotheek gemaakt en geleverd. Bij 17 lijsten was er weliswaar sprake van een overzicht van medicatie, maar deze voldeed niet aan de conceptrichtlijn. Bij 187 lijsten ontbrak een medicatiehistorie van minimaal drie maanden. Bij 27 lijsten stonden contra-indicaties wel opgenomen en bij 24 geneesmiddelenallergieën. Bij het ontbreken van deze gegevens was niet altijd duidelijk of er geen contra-indicaties of allergieën waren of dat deze niet waren ingevuld.

De inspectie ging na of cliënten van de thuiszorg die ouder waren dan zeventig jaar, bij gebruik van een pijnstillers van het NSAID-type^k ook een middel ter bescherming van de maag kregen, in verband met het risico op maagperforatie en/of maagbloedingen. Bij 30 lijsten trof de inspectie het gebruik van een NSAID aan. In 2 gevallen was geen maagbeschermende medicatie voorgeschreven. Dit is echter niet primair de verantwoordelijkheid van de thuiszorgorganisatie, maar van de voorschrijver.

De inspectie bekeek of cliënten van de thuiszorg, ouder dan zeventig jaar, volgens de Beerscriteria⁷ te hoge doseringen kregen van digoxineⁱ en/of het benzodiazepine, temazepam^j.

Op 27 medicatieoverzichten van de thuiszorg stond digoxine. De dosering van digoxine was in 4 gevallen te hoog volgens de Beerscriteria. Op 32 medicatieoverzichten van de thuiszorg stond temazepam. De dosering van temazepam was in de thuiszorg in 11 gevallen te hoog.

hh Onder een overzichtlijst verstaat de inspectie een registratie per patiënt van alle geneesmiddelen (al dan niet op recept) en relevante gegevens over het gebruik daarvan in een periode van ten minste drie maanden voorafgaand aan het moment van aanmaak en gebruik van dat medicatieoverzicht of zolang als nodig is voor verantwoorde zorg. Inclusief de reden van voorschrijven en inclusief allergieën, intoleranties en contra-indicaties. Een medicatietoedieninglijst is dus niet hetzelfde als een medicatieoverzichtlijst.

8 Summary

The Health Care Inspectorate has investigated medication safety for patients in long-term residential care and domiciliary care. It was prompted to do so by the report *Hospital Admissions Related to Medication* (HARM), published in 2006, which states that 16,000 acute hospital admissions are made in the Netherlands each year further to the use of prescription drugs. Many of these admissions may be avoidable.

Several of the risk factors for hospital admission described in the report are pertinent to facilities providing residential care for elderly or disabled patients, and to domiciliary care organizations. The Health Care Inspectorate therefore conducted its study to gain an up-to-date picture of the main risks associated with pharmaceutical care in institutions providing long-term residential or domiciliary care. The resulting report and further supervision activities are intended to bring about a marked decrease in the number of medication errors, thus enhancing the safety of the vulnerable groups in question.

Between May 2009 and March 2010, the Inspectorate visited a total of 208 institutions which provide long-term residential or domiciliary care: 46 nursing homes, 47 care homes, 66 institutions or locations providing care for the disabled, and 49 domiciliary care organizations. On each visit, the Inspectorate assessed 11 or 12 aspects of medication safety. The current report presents the findings of this investigation. (It should be noted that the results are not necessarily applicable to all institutions in these sectors.)

The study sought to establish the degree to which the care institutions visited comply with legislation and field norms governing pharmaceutical care. The findings vary according to sector with some aspects giving more cause for concern than others. Poor compliance invariably leads to avoidable risks and the potential of a greater or lesser degree of adverse impact on patients' health.

In the nursing homes visited (n=46) most aspects of medication safety were found to be satisfactory. Nevertheless, approximately one in four (75%) nursing homes must improve one or more aspects of their pharmaceutical care. In particular, attentions must be devoted to:

- A record of all medication prescribed to each patient.
- Storage and accessibility of pharmaceuticals.
- Ongoing assessment of the patient's pharmaceutical requirements.
- Process and control when dispensing and administering medication.
- The appointment of a Pharmaceutical Committee charged with establishing and maintaining the institution's pharmaceutical care policy.

The Inspectorate concludes that, in the interests of patient safety, more effective use must be made of (computer) technology which can support the processes of prescribing, dispensing and administering pharmaceuticals. A full revision of the current field norm for nursing homes, which dates from 1998, will do much to increase medication safety in the short term.

In the care homes visited (n=47), most aspects of medication safety were found to be satisfactory. The majority of care homes must nevertheless improve certain aspects of their pharmaceutical care as listed above, and additionally:

- staff training (and refresher training) in the use of pharmaceuticals.

The Inspectorate feels that pharmacists can play a significant part in raising the quality and safety of the pharmaceutical care provided by care homes. The Inspectorate further recommends the revision of the relevant field norm, the most recent version of which dates from 2004.

In almost all facilities offering care to patients with a serious cognitive disability (n=66), the Inspectorate noted several serious risk factors. In particular, the following aspects must be improved as a matter of urgency:

- A current record of medication prescribed to each patient.
- Formal procedures for monitoring medication usage and response.
- Annual reassessment of each patient's pharmaceutical requirements.
- Storage and accessibility of pharmaceuticals.
- Staff competence in dispensing and administering medication.
- Competence and authority to perform 'reserved' and risky interventions.
- The appointment of a Pharmaceutical Committee.
- Involvement of a qualified medical practitioner (GP) and pharmacist.

Although the document *Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg* ('Guidelines for Medication Policy in Care for the Disabled'), which dates from 2006, has indeed helped to enhance safety, almost all locations visited by the Inspectorate must implement further measures. Effective cooperation with GPs and pharmacists, making full use of the IT systems now available, will further enhance medication safety in the short term.

In the majority of domiciliary care organizations visited (n=49), arrangements to ensure medication safety fall significantly below the required standard. In almost all cases, the Inspectorate noted a 'high' degree of risk in four or more aspects. In approximately one third of the organizations, the Inspectorate noted an 'extremely high' degree of risk in at least one aspect.

Some of the most pressing points for improvement are:

- Maintenance of a complete and current record of all medication provided by the pharmacy.
- Medications to be 'signed off' on a list provided by the pharmacy when administered to patients.
- Proper supervision when medications are prepared or dispensed 'in house'.
- Formal procedures for pharmaceutical care.
- Adequate staff training (and refresher training) in the use of pharmaceuticals.
- Cooperation with doctors and pharmacists must be improved and formalized.

Few guidelines and field norms have been produced for the domiciliary care sector, which must therefore establish the minimum standards for responsible medication usage as a matter of urgency. Here too, effective cooperation with GPs and pharmacists is essential if the required improvements are to be achieved promptly.

The Inspectorate will continue to monitor all institutions in which 'high' or 'extremely high' risk factors were noted, doing so according to a pre-determined supervision plan based on the Inspectorate's standard enforcement framework.

The main conclusion to be drawn from this study is that medication safety in institutions providing long-term residential or domiciliary care will be greatly enhanced if the following action is taken:

- The institutions must comply with the many good field norms produced by the professional and sector organizations, and must incorporate those norms into their own quality and safety management systems.
- Further clear field norms must be produced to establish the required level of expertise and the (refresher) training needed to ensure the responsible dispensation and administration of pharmaceuticals by staff.
- Care institutions must make written agreements with GPs and pharmacists with regard to cooperation in providing pharmaceutical care to clients.

Literatuurlijst

- 1 Bemt PMLA van den, Egberts TCG. Eindrapport HARM-onderzoek. Afdeling Pharmacoepidemiologie en Pharmacotherapie. Utrecht: Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences; 2006.
- 2 Geneesmiddelendistributie in verpleeghuizen. Rijswijk: IGZ; 1997.
- 3 Farmaceutische zorg in het verzorgingshuis. Handreiking voor het management. Utrecht: Arcares, KNMP; 2004
- 4 Staat van de Gezondheidszorg 2004. Patiëntveiligheid: de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in zorginstellingen en thuis. Den Haag: IGZ; 2004
- 5 Controle op geneesmiddelen in gezinsvervangende tehuizen schiet tekort. Den Haag: IGZ; december 2004.
- 6 Kramer GJZ, Carlier JM. Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg. Utrecht: VGN; 2006.
- 7 Grote zorgen over 'nieuwe' toetreders op de thuiszorgmarkt. Den Haag: IGZ; 2009.
- 8 Concept richtlijn overdracht Medicatiegegevens. Projectgroep overdracht medicatiegegevens in de keten: Utrecht; 2008.
- 9 Farmaceutische zorg in verpleeghuizen. Utrecht: NVVz, KNMP, NVVA, NVZA; 1998.
- 10 Vingerhoets RW, Marumen RF van, Jansen PAF. De Beers-lijst als hulpmiddel om ernstige bijwerkingen bij ouderen te voorkomen. Ned Tijdschr Geneeskd. 2005;49:2099-103.
- 11 Epilepsie. Richtlijnvoor diagnostiek en behandeling, Utrecht: Nederlandse vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Liga tegen Epilepsie; 2006
- 12 Handreiking Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. LHV, KNMP, NHG, NVVA; 2009.

Bijlage 1 Veldnormen

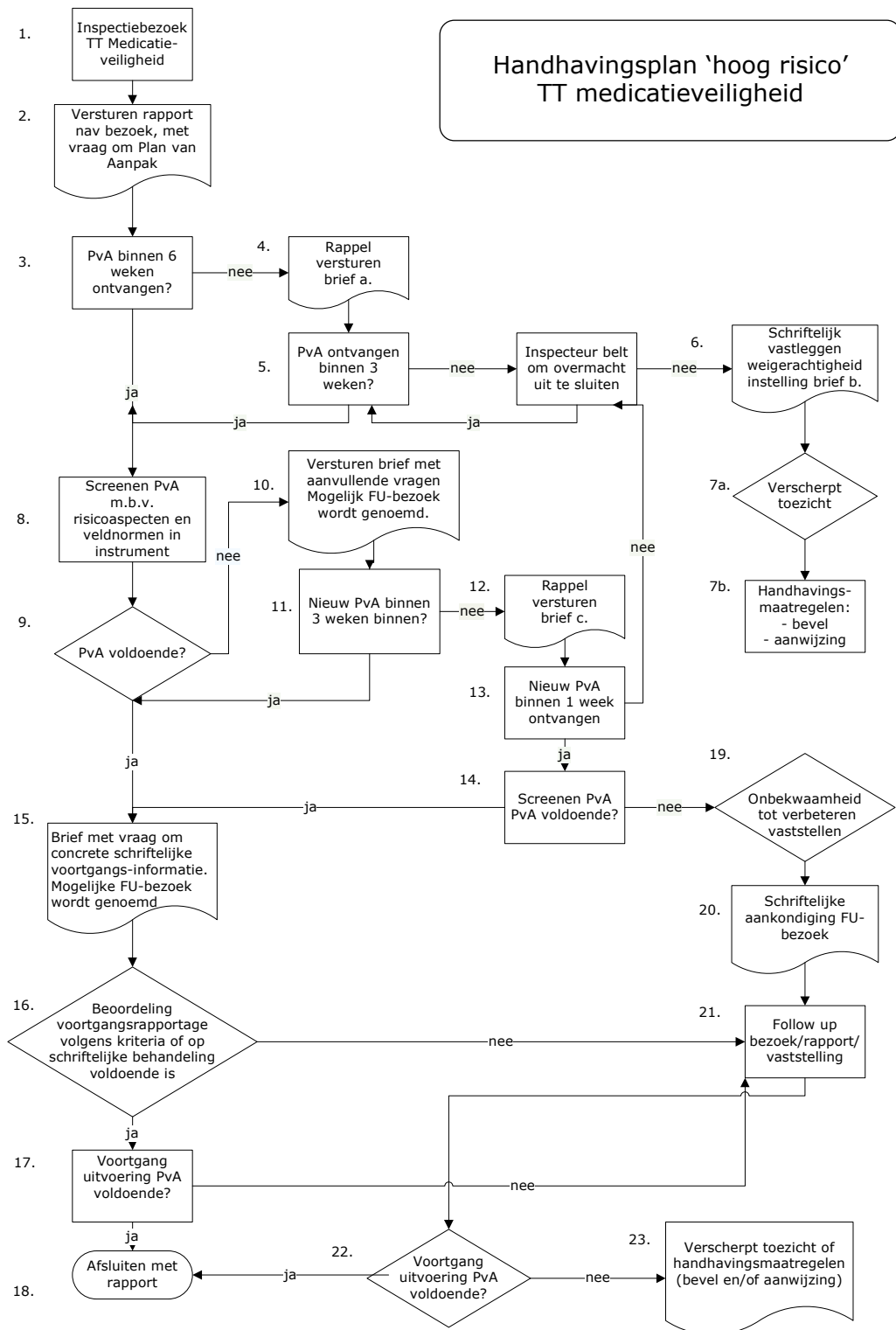
Bij het toezicht op medicatieveiligheid gebruikte veldnormen. Deze veldnormen zijn geselecteerd op basis van de te beoordelen onderwerpen en risicoaspecten.

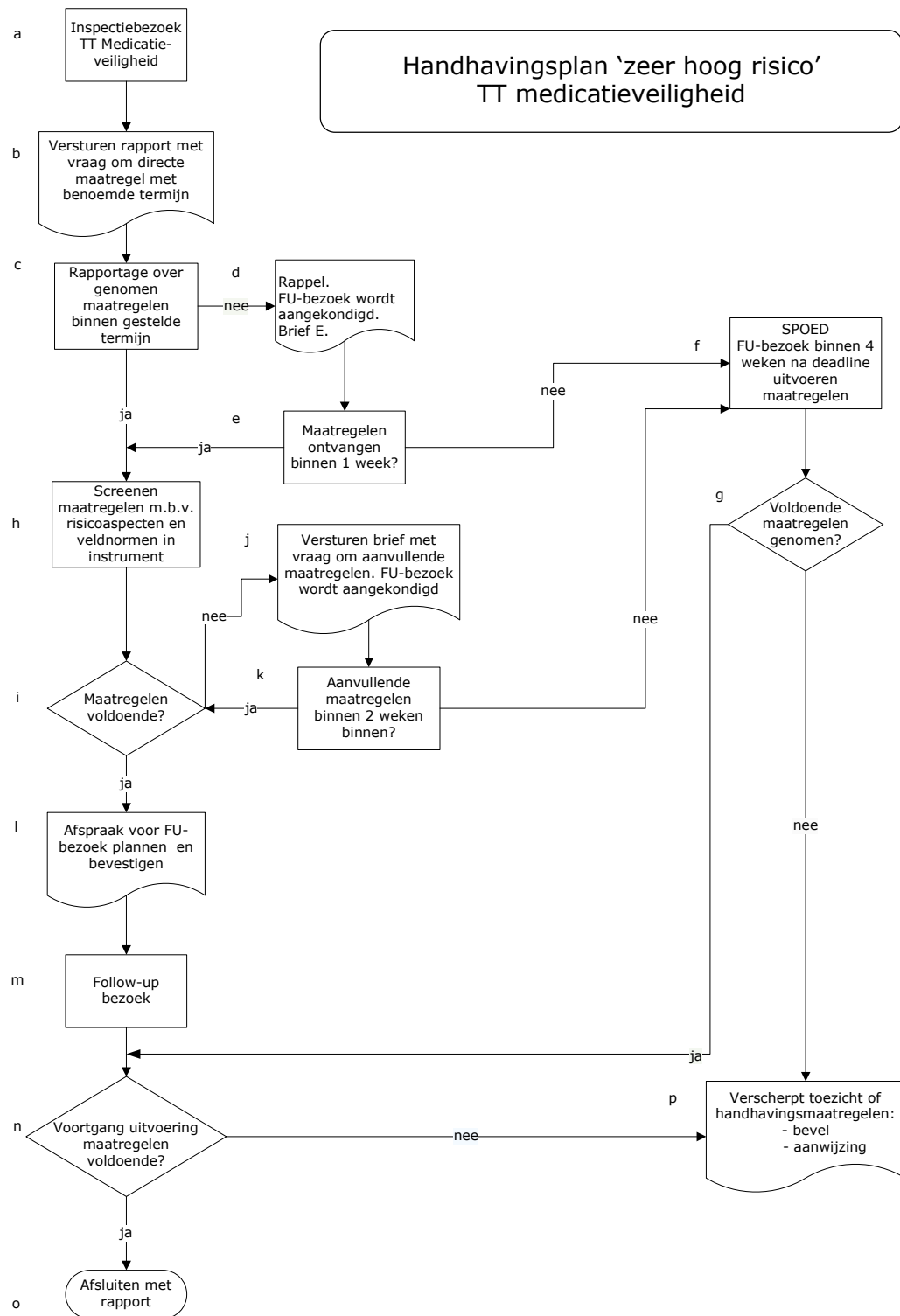
- Gekwalificeerd voor de Toekomst, Eindtermen voor verpleging en verzorging, Ministerie van VWS en Ministerie van OCW; 1996.
- Boomen IJHC van den, Vlaskamp AAC. Onder Voorbehoud. Informatie over de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen in de Wet BIG. Den Haag: VWS ;1996.
- Farmaceutische zorg in verpleeghuizen. Utrecht: NVVz, KNMP, NVVA, NVZA; 1998.
- Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriatr. Utrecht: NVVA; 2003
- Van de Rijdt- van de Ven AHJ. Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis. Utrecht: LHV; 2004.
- Beroepsdeelfprofiel van de MGZ verpleegkundige. Utrecht: AVVV; 2004
- MGZ verpleegkundige. Utrecht: Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen; 2004.
- Farmaceutische zorg in het verzorgingshuis. Handreiking voor het management. Utrecht: Arcares, KNMP; 2004.
- Op weg naar normen voor verantwoorde zorg. Stuurgroep Verantwoorde zorg; 2005.
- Kramer GJZ, Carlier JM. Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg. Utrecht: VGN; 2006.
- Normen voor Verantwoorde zorg thuis. Stuurgroep Verantwoorde Zorg; 2006
- Nederlandse Apotheeknorm (NAN). KNMP/WINAp; 2006.
- NAN-richtlijnen 2. Farmaceutische zorg en dienstverlening. KNMP/WINAp; 2007
- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg verpleging, Verzorging en Zorg Thuis. Stuurgroep Verantwoorde zorg; 2007.
- Conceptrichtlijn Overdracht van medicatiegegevens. Projectgroep overdracht medicatiegegevens in de keten; 2008.
- Handreikingen voor zes overdrachtssituaties, bijlage bij conceptrichtlijn Overdracht van medicatiegegevens. Projectgroep overdracht medicatiegegevens in de keten; 2008.
- Modelcontract instelling – apotheker. KNMP; 2009.
- Toediening van medicijnen in verpleeg-woon-en thuiszorg. Werkgroep Infectie Preventie; 2009.
- Landelijke instructie Voor Toediening Gereedmaken (VTGM) van medicatie in verpleeg- en verzorgingshuizen. V&VN; 2009.
- Van de Rijdt- van de Ven AHJ. Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. Handreiking, samenhangende zorg in de eerste lijn. LHV, KNMP, NHG, NVVA; 2009.

Bijlage 2 Handhavingsplan

Handhavingsplan Medicatieveiligheid op basis van IGZ handhavingskader

Oordeel	Definitie	Mogelijke consequenties	Acties
Zeer hoog risico	(Rand)voorwaarden, praktijken of processen die een ernstige bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Ernstige gezondheidsschade voor de cliënt is zeer reëel of heeft al plaatsgevonden.	Onmiddellijke actie van de zorgaanbieder is vereist. De inspectie (bezoekend inspecteur, inspecteur/-apotheker en jurist) verwacht dat er meteen verbetermaatregelen worden genomen. Afhankelijk van het onderwerp dat zeer hoog risico scoort, worden termijnen vastgesteld. Als de instelling zich niet aan de termijnen houdt, volgt verscherpt toezicht of andere handhavingsmaatregelen.
Hoog risico	(Rand)voorwaarden, praktijken of processen die een bedreiging kunnen vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Gezondheidsschade voor cliënt is reëel of heeft al plaatsgevonden.	De zorgaanbieder maakt een plan van aanpak ter verbetering van de medicatieveiligheid. Dit plan van aanpak wordt binnen 6 weken na ontvangst van de instellingsrapportage ter beoordeling aan de inspectie (accounthouder) gestuurd. De inspectie vraagt voortgangsrapportage na 3 maanden. Zo nodig wordt in 2010 een vervolfbezoek gebracht door de accounthouder.
Gering risico	(Rand)voorwaarden, praktijken of processen die weliswaar afwijken van de norm, maar die niet direct een bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Geen directe gezondheidsschade voor cliënt.	De zorgaanbieder maakt een plan van aanpak ter verbetering van de medicatieveiligheid. De zorgaanbieder stelt de inspectie binnen 6 maanden op de hoogte van de verbetermaatregelen.
Geen risico	De inspectie constateert geen (rand)voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm.	Er is vrijwel geen sprake van mogelijke gezondheidsschade voor de cliënt.	Geen actie nodig.





Bijlage 3 Enige kenmerken van bezochte instellingen

Onderstaande kenmerken van de bezochte instellingen zijn gebaseerd op de algemene gegevens die de instellingen bij aanvang van het thematisch toezicht aan de inspectie schriftelijk hebben aangeleverd.

1. Kenmerken van de bezochte verpleeghuizen (n=46)

Het gemiddelde aantal cliënten lag voor deze verpleeghuizen op circa 144 (range: 22 – 386). 44 verpleeghuizen maakten deel uit van een overkoepelende stichting. 32 instellingen boden revalidatie, somatische en psychogeriatrische zorg; 9 boden gecombineerde zorg zonder revalidatie en 4 alleen psychogeriatrische zorg. Bij 21 verpleeghuizen was de leverende apotheek een openbare apotheek en eveneens bij 21 instellingen was dat een ziekenhuisapotheek. In 4 instellingen was de apotheker in dienst van het verpleeghuis of van de overkoepelende stichting. Bij 24 instellingen leverde de apotheek de geneesmiddelen op cliëntniveau in individuele doseerverpakkingen (verdeeldozen of GDS-zakjes). De levering was in 29 instellingen, spoedbestellingen buiten beschouwing gelaten, wekelijks.

2. Kenmerken van de bezochte verzorgingshuizen (n=47)

Het gemiddelde aantal cliënten lag voor de bezochte verzorgingshuizen op circa 63 (range: 9 – 207). 22 verzorgingshuizen hadden te maken met meer dan 4 huisarts-(groeps)praktijken, waarvan 12 zelfs met meer dan 6. 17 verzorgingshuizen werkten samen met twee of drie huisarts(groeps)praktijken en 6 werkten samen met één praktijk. Gemiddeld hadden deze verzorgingshuizen te maken met ruim 9 huisartsen (mediaan = 7). Bij 35 verzorgingshuizen werd de medicatie geleverd door één openbare apotheek en bij 5 door meer dan één openbare apotheek. Bij 4 verzorgingshuizen waren dit één of meer apotheekhoudend huisartsen. Bij de overige 3 verzorgingshuizen waren de gegevens niet compleet of onduidelijk aangeleverd. In 22 instellingen leverde de apotheek de geneesmiddelen op cliëntniveau in individuele doseerverpakkingen (verdeeldozen of GDS-zakjes). De levering was bij 30 instellingen, spoedbestellingen buiten beschouwing gelaten, wekelijks.

3. Kenmerken van de bezochte instellingen voor gehandicaptenzorg met verblijf en behandeling (n=35)

Het gemiddelde aantal cliënten lag voor de bezochte instellingen voor gehandicaptenzorg (verblijf en behandeling) op circa 51 (range: 3- 389). Alle bezochte locaties maakten deel uit van een overkoepelende stichting. 13 locaties hadden met één Artsen Verstandelijk Gehandicaptenzorg (AVG) te maken 5 locaties met twee of meer AVG's. 9 locaties werkten (ook) met een huisarts in dienst van de instelling. 25 locaties hadden te maken met één tot vier verschillende huisartsen niet in dienst van de instellingen. Er was 1 uitschieter naar 8 huisartsen. Op 19 locaties werd samengewerkt met één huisartsen(groeps)praktijken; op 10 met twee tot drie huisartsen(groeps)praktijken. 10 instellingen had met alle huisartsen(groeps)praktijken schriftelijke afspraken gemaakt over de medische en farmaceutische zorg. 13 hadden geen schriftelijke afspraken. De overigen hadden gedeeltelijk afspraken of hadden (huis)artsen in dienst. 20 locaties kregen de medicatie geleverd via één openbare apotheek; 3 via meer dan één openbare apotheek; 3 door een apotheekhoudend huisarts; 3 via een ziekenhuisapotheek. 17 instellingen kreeg ook buiten kantoortijden geleverd via dezelfde apotheek.

20 instellingen hadden met alle apotheken schriftelijke afspraken; 5 met een gedeelte van de apotheken en 9 instellingen had geen schriftelijke afspraken met de apotheek over de farmaceutische zorg voor cliënten waarvan de farmaceutische zorg geheel of gedeeltelijk was overgenomen.

Bij 17 instellingen leverde de apotheek de geneesmiddelen, zo mogelijk, op cliëntniveau in individuele doseerverpakkingen (verdeeldozen of GDS-zakjes). De frequentie van levering was zeer wisselend van twee keer per week (incidenteel), via wekelijks (13) tot één keer per twee maanden (sporadisch).

4. Kenmerken van de bezochte instellingen voor gehandicaptenzorg met verblijf en begeleiding (n=31)

Het gemiddelde aantal cliënten lag voor de bezochte locaties/instellingen voor gehandicaptenzorg (verblijf en begeleiding) op circa 14 (range 4 - 37). Alle bezochte instellingen, op één na, maakten deel uit van een overkoepelende stichting.

9 locaties had met één of twee Artsen Verstandelijk Gehandicaptenzorg (AVG) te maken. 2 locaties werkten met een huisarts in dienst van de instelling. 11 locaties hadden te maken met één huisarts(groeps)praktijk. 19 met twee of meer huisarts(groeps)-praktijken. 23 instellingen hebben met de huisartsen(groeps)praktijken geen schriftelijke afspraken gemaakt over de medische en farmaceutische zorg.

24 locaties kregen de medicatie geleverd via één apotheek. Bij 20 locaties werd de medicatie buiten kantooruren door dezelfde apotheek geleverd. 7 instellingen hadden met alle apotheken en 21 instellingen hadden met geen apotheek schriftelijke afspraken over de farmaceutische zorg voor cliënten waarvan de farmaceutische zorg geheel of gedeeltelijk was overgenomen.

Bij 14 instellingen leverde de apotheek de geneesmiddelen, zo mogelijk, op cliëntniveau in individuele doseerverpakkingen (verdeeldozen of GDS-zakjes). De frequentie van levering was zeer wisselend van 'indien nodig', via wekelijks (12) tot een keer per maand (6).

5. Kenmerken van de bezochte locaties/instellingen voor thuiszorg(n=49)

28 van de bezochte thuiszorgorganisatie leverde ook thuiszorg in andere werkgebieden (regio's). 42 maakten deel uit van een overkoepelende organisatie die naast thuiszorg ook andere vormen van zorg leverde. Dat was in veel gevallen verpleeghuiszorg(30) en/of verzorgingshuiszorg (38). Op het moment van het inspectiebezoek leverden de thuiszorgorganisaties farmaceutische zorg (o.a. uitzetten en toedienen) aan gemiddeld circa 132 cliënten (range 3 - 1001 en mediaan 54). 25 thuiszorgorganisaties leverden specialistische thuiszorg, zoals pijnbestrijding met behulp van een pomp of parenterale voeding. 29 thuiszorgorganisaties hadden met 0 tot 25% van de apotheken in het werkgebied schriftelijke afspraken over de farmaceutische zorg gemaakt. 13 hadden met 75 tot 100% van de apotheken in het werkgebied afspraken gemaakt.

25 thuiszorgorganisaties hadden met 0 tot 25% van de huisartsenpraktijken in het werkgebied schriftelijke afspraken gemaakt over de farmaceutische zorg en de daaraan gerelateerde voorbehouden handelingen (raamovereenkomsten). 16 hadden die afspraken gemaakt met 75 tot 100 % van de huisartsenpraktijken. De medicatie werd volgens 43 thuiszorgorganisaties in het algemeen door de apotheker in individuele doseerverpakkingen (GDS-zakjes) aangeleverd. Aangezien daarnaast 29 thuiszorgorganisaties aangeven dat de apotheker in het algemeen aflevert in een verpakking waarin niet op toedieningstijdstip is uitgezet (doosje, tube, potje), bestonden zeer waarschijnlijk de verschillende afleveringvormen naast elkaar.

Bijlage 4 Acties van beroeps-, branche- en cliënten-organisaties vóór publicatie van het rapport

In de periode waarin de inspectie het thematisch toezicht medicatieveiligheid voorbereidde en uitvoerde zijn de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties ook met dit onderwerp bezig geweest. Zij meldden aan de inspectie dat zij de volgende acties ter vergroting van de medicatieveiligheid de afgelopen twee jaar uitgevoerd of in gang gezet hebben:

Actiz - organisatie van zorgondernemers:

- Vestigt via de 'Veiligheidsmanagement methode in de V&V' aandacht op kwaliteitssysteem en leren van fouten.
- Gaat de veldnorm rond farmaceutische zorg in verpleeghuizen (1998) op korte termijn actualiseren.
- Draagt actief de Beoordeling Eigen beheer van Medicatie (BEM) uit naar haar leden, onder andere via haar website.

Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN):

- Heeft begin 2010 door haar BTN College in samenwerking met het IVM een bijeenkomst voor haar leden georganiseerd waarin de nadruk is gelegd op de vormgeving van beleid, de risico's met betrekking tot medicatie, de samenwerking in de keten en de borging van het beleid in het kwaliteitssysteem.
- Is nauw betrokken bij de ontwikkeling van het Veiligheid Management Systeem (VMS) als onderdeel van het VVT- schema van HKZ. Alle BTN leden voldoen aan de HKZ-certificering als één van de lidmaatschapscriteria van BTN.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP):

- Heeft goed onderbouwde beslisregels m.b.t. risicogeneesmiddelen en risicopatiënten ontwikkeld en bereidt thans voor dat deze in 2011 in de apotheeksystemen kunnen worden geïmplementeerd:
 - Aanbevelingen geneesmiddelen bij nierfunctiestoornissen.
 - Aanbevelingen geneesmiddelen bij verhoogd risico op bijwerkingen.
 - Proefproject met Nederlandse Vereniging van Klinisch-Chemici over toegang apothekers tot relevante laboratoriumgegevens.
 - Voortouw Harm-Wrestling aanbevelingen.
 - Betrokken bij onderzoek van Erasmus Universiteit, Radboud Universiteit en Pharmo naar meetsysteem naleving Harm-Wrestling aanbevelingen.
 - Betrokken bij LESA Antistolling.
- Voert groot project uit om de implementatie van deze richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens' in de openbare apotheek te stimuleren.
 - Betrokken bij LESA actueel medicatieoverzicht.
- Voert samen met NVZA en Alliance Apotheek een groot project uit om melding van medicatiefouten door ziekenhuizen aan een landelijk meldpunt te verbeteren en uit te breiden met andere zorgsectoren waaronder de caresectoren.
- Heeft evenals NHG en NVVA (verpleeghuisartsen) meegewerkt aan een handreiking over 'Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis' die de LHV in 2009 heeft uitgebracht.

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF):

- Heeft een patiëntveiligheidskaart ontwikkeld over veilig medicatiegebruik. Deze kaart informeert de patiënt wat hij zelf kan doen aan een veilig geneesmiddelengebruik.
- Heeft in samenwerking met de Federatie van Nederlandse Trombosediensten (FNT) een speciale patiëntveiligheidskaart gemaakt voor patiënten die anti-stollingsmiddelen gebruiken.
- Heeft samen met het NIVEL voor een viertal chronische aandoeningen (depressie, COPD, hoge bloeddruk en verhoogd cholesterol) de folder 'Praten over medicijnen' ontwikkeld met aandachtspuntenlijsten voor arts en patiënt om de communicatie over geneesmiddelengebruik te bevorderen.

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG):

- Werkt samen met de VGN aan de actualisatie van de 'Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg' uit 2006.
- Heeft in het kwaliteitskader gehandicaptenzorg op laten nemen dat minimaal één maal per jaar voor elke cliënt een medicatiebeoordeling moet plaatsvinden.
- Heeft en onderhoudt een aantal richtlijnen waarin over specifieke onderwerpen is aangegeven welk medicatiebeleid gevolgd dient te worden (epilepsie en psychofarmaca).
- Stimuleert het gebruik van een Huisartsen Informatie Systeem (HIS) bij het voorschrijven.
- Stimuleert het instellen van geneesmiddelencommissies in instellingen voor gehandicaptenzorg

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG):

- Werkt mee aan een elektronisch voorschrijfsysteem gebaseerd op standaarden en farmacotherapeutische richtlijnen.
- Heeft diverse richtlijnen automatisering ontwikkeld, zoals:
 - Informatieuitwisseling huisarts-specialist bij verwijzing (HASP).
 - Gegevensuitwisseling huisarts-centrale huisartsenpost (CHP).
 - Informatieverstrekking tussen huisartsen bij overdracht van de behandelrelatie (Richtlijn Overdracht Patiëntgegevens).
- Biedt Programma's Individuele Nascholing aan: Therapietrouw en Polyfarmacie
- Biedt een webcast 'medicatiebeoordeling voor huisartsen en apothekers' aan
- Heeft samen met anderen de volgende Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken opgesteld:
 - Medicatieveiligheid na ontslag ziekenhuis.
 - Dementie.
 - Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn.
 - Antistolling (publicatie september 2010).
- Heeft in ontwikkeling:
 - Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen (publicatie 2011).
 - NHG-Standpunt. Gebruik acetylsalicylzuur bij tachtigplussers en de kans op hoge gastro-intestinale bloedingen.

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN):

- Publiceert eind 2010 een actualisatie van de 'Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg' (2006) met daarin ruim aandacht voor medicatieoverdracht en omgang met niet-op-naam-gestelde medicatie.
- Overlegt met het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) en TNO over ondersteuning van instellingen bij het implementeren van deze vernieuwde Handreiking.

- Realiseerde verbeteringen in (initiële) opleidingen waar het de medicatieveiligheid betreft en blijft zich daarvoor inzetten.

Vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde en sociaal gerieters (Verenso):

- Werkt samen met huisartsen, klinisch gerieters en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) aan een richtlijn polyfarmacie.
- Participeert in de Lesa Actueel Medicatieoverzicht Eerste Lijn (LAMEL) om te komen tot een veilige overdracht van medicatiegegevens.
- Participeert in de regiocarroussels 'Overdracht van medicatiegegevens' van het kwaliteitsinstituut CBOⁱⁱ.
- Is betrokken bij het ZonMw^{jj}-programma Medicatieveiligheid.
- Specialisten ouderengeneeskunde participeren in de Werkgroep Klinische GerontoFarmacologie (WKGF), onderdeel van het Expertisecentrum PHarmacologie voor OudeRen (Ephor).

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN):

- Biedt via de V&VN Academie 'Scholing Medicatieveiligheid' aan: scholing over medicatieveiligheid als onderdeel van patiëntveiligheid.
- Biedt via de V&VN Academie E-learning modules aan:
 - Medisch rekenen.
 - Toedienen van medicatie via veneuze toegangen.
- Heeft het volgende rapport gepubliceerd:
 - Landelijke instructies Voor Toediening Gereed Maken (VTGM) medicatie.
- Plaatst in september 2010 een 'vakdossier medicatie' op haar website. Hierin komen verschillende publicaties, projecten en lopende ontwikkelingen te staan.

ii Centraal BegeleidingsOrgaan. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg.

jj ZonMw Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

Bijlage 5 Lijst met afkortingen

Arcares	nu: Actiz
Actiz	Organisatie van zorgondernemers
AVG	Arts voor Verstandelijk Gehandicapten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BEM	Beoordeling Eigen beheer van Medicatie
BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DGV	nu: IVM
EAV	Eenheids AfleveringsVerpakking
Ephor	Expertisecentrum pharmacotherapie bij ouderen
FTO	FarmacoTherapeutisch Overleg
GDS	Geautomatiseerd distributiesysteem
HARM	Hospital Admissions Related to Medication
HIS	Huisartsen Informatie Systeem
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
ICT	Informatie en Communicatie Technologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVM	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
LAMEL	Les Actueel Medicatieoverzicht Eerste Lijn
LESA	Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LOC	LOC Zeggenschap in zorg. Landelijke cliëntenorganisatie in zorg en welzijn
MIC	Meldingen Incidenten Cliëntenzorg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NSAID	Non-steroidal anti-inflammatory drug
NVAVG	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
NVVA	nu: Verenso
NVZA	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Apothekers
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PRISMA	Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis
Sting	Landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten
TNO	TNO kennis voor zaken. Onafhankelijke kennisorganisatie
Verenso	Vereniging voor specialisten in ouderengeneeskunde en sociaal geriater
VG	Verstandelijk gehandicapten
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WKGf	Werkgroep Klinische GerontoFarmacologie
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie