

Medicatieveiligheid flink verbeterd
in herbeoordeelde instellingen
langdurige zorg en zorg thuis

Alle bestuurders aan zet

Utrecht, september 2011

Inhoud

Voorwoord — 5

Samenvatting — 7

1 Inleiding — 9

- 1.1 Aanleiding en belang — 9
- 1.2 Onderzoeksvragen — 9
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader — 9

2 Conclusies — 13

- 2.1 Hoge risico's beoordeelde instellingen met ruim 80% gedaald — 13
- 2.2 Diverse oorzaken voor vertraging van verbeteringen binnen context acceptabel — 13
- 2.3 Medicatieoverzichten en -deellijsten vanuit apotheek grootste winst — 14
- 2.4 Acties op aanbevelingen van inspectie beloftevol — 14
- 2.4.1 Cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties samen aan de slag — 14
- 2.4.2 VWS en Zorgverzekeraars verwijzen naar prestatiebeschrijvingen — 15

3 Handhaving — 17

- 3.1 Inleiding: Raden van Bestuur verantwoordelijk voor uitvoering maatregelen — 17
- 3.2 Maatregelen voor alle *care*-instellingen — 17
- 3.3 Aanbevelingen voor alle sectoren aan de beroeps- en brancheorganisaties — 18
- 3.4 Vervolgacties inspectie — 18

4 Resultaten — 21

- 4.1 Risico's gedaald van 94% naar 27% — 21
- 4.2 Hoge risico's verpleeghuizen met 84% afgenomen — 21
- 4.3 Verzorgingshuizen 89% minder hoge risico's — 24
- 4.4 Gehandicaptenzorg intramuraal daling risico's met 80% — 26
- 4.5 Gehandicaptenzorg semimuraal 87% minder hoge risico's — 28
- 4.6 87% minder hoge en zeer hoge risico's bij thuiszorg — 30
- 4.7 Aanbevelingen inspectie opgepakt in *Task Force* Medicatieveiligheid — 32
- 4.7.1 Aanbevelingen voor alle sectoren aan de beroeps- en brancheorganisaties — 32
- 4.7.2 Aanbevelingen aan de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) — 33
- 4.7.3 Aanbevelingen aan cliëntenorganisaties (LOC, NPCF, Platform VG) — 35
- 4.7.4 Aanbevelingen aan branche- en beroepsorganisaties verpleeghuizen (o.a. ActiZ, Verenso, V&VN, Sting) — 36
- 4.7.5 Aanbevelingen aan branche- en beroepsorganisaties verzorgingshuizen (o.a. ActiZ, Verenso, KNMP, LHV en NHG) — 37
- 4.7.6 Aanbevelingen aan branche- en beroepsorganisaties gehandicaptenzorg (o.a. VGN, NVAVG, LHV) — 37
- 4.7.7 Aanbevelingen aan branche- en beroepsorganisaties thuiszorginstellingen (o.a. ActiZ, V&VN, Sting, BTN, KNMP, LHV en NHG) — 38
- 4.7.8 Aanbevelingen aan ministerie van VWS en Zorgverzekeraars — 39

5 Summary — 41

Literatuurlijst — 43

- Bijlage 1 Bij toezicht op medicatieveiligheid gebruikte veldnormen — 45
- Bijlage 2 Handhavingsplan Medicatieveiligheid op basis van IGZ handhavingskader — 46
- Bijlage 3 Brief *Task Force* Medicatieveiligheid — 49
- Bijlage 4 Lijst met afkortingen — 56

Voorwoord

Afhankelijk zijn van een ander is niet makkelijk. Zeker niet wanneer het de zorg betreft. Voor veel cliënten in de langdurige zorg en zorg thuis is dit toch de werkelijkheid van alledag. Door hun (chronische) aandoening(en) zijn ze voor de kwaliteit en veiligheid van hun bestaan sterk afhankelijk van zorgmedewerkers en dat maakt hen kwetsbaar. De zorg moet goed zijn en veilig. Toch bleek uit ons eerder onderzoek naar medicatieveiligheid dat dit niet altijd het geval is. De inspectie trof twee jaar geleden bij bijna 200 instellingen in de langdurige zorg en zorg thuis hoge tot zeer hoge risico's bij medicatie aan. De inspectie vond het belangrijk haar bevindingen zo breed mogelijk te delen en heeft daarom haar rapport waarin die risico's en de maatregelen en aanbevelingen van de inspectie staan beschreven naar alle zorginstellingen in de langdurige zorg en zorg thuis en aan alle apothekers in Nederland gestuurd. De brede verspreiding had en heeft tot doel dat alle instellingen kennis kunnen nemen van de maatregelen van de inspectie zodat zij deze kunnen opvolgen.

Dit vervolgonderzoek van de inspectie bewijst dat instellingen binnen één jaar tijd forse verbeteringen kunnen bereiken. Ik ben daarom van mening dat met de huidige kennis en ondersteuning fouten met medicatie zoveel als mogelijk voorkomen kunnen en moeten worden. Het veld moet de kwetsbare cliënten die aan hun zorg toevertrouwd zijn beschermen tegen onnodige fouten.

Ik meen daarom dat alle instellingen moeten regelen dat de medicatieveiligheid op orde is. De risico's rond medicatieveiligheid zijn in het veld bekend en cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties hebben in oktober 2010 de handen ineen geslagen om de randvoorwaarden te creëren die de risico's in de *care*sector verder kunnen doen afnemen.

De verantwoordelijkheid voor deze verbeterslag in de zorginstellingen ligt primair bij de Raden van Bestuur. De inspectie kijkt de komende jaren of Raden van Bestuur hun bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid nemen. Zij doet dat met behulp van het in april gepubliceerde 2011 *Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid*. Hiermee maakt de inspectie haar toezichthoudende taak op het terrein van bestuurlijke verantwoordelijkheid transparant en voorspelbaar.

De verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur ontslaat de zorgmedewerkers zeker niet van de verplichting om ook zelf te werken aan de verbetering van medicatieveiligheid. Kwaliteit en veiligheid van zorg is een gedeelde verantwoordelijkheid. Medewerkers moeten verantwoorde zorg leveren en wanneer nodig collega's en het bestuur betrekken bij knelpunten die zij ervaren bij de zorgverlening.

Onveilige medicatie leidt tot onnodige gezondheidsschade en overlijden. Daarom toetst de inspectie de productie van geneesmiddelen, het voorschrijven door artsen, het bewaken door apothekers en het toedienen ervan. Ik roep apothekers, (huis)artsen, verpleegkundigen en verzorgenden op om zorgvuldig en volgens de risicobeperkende richtlijnen te werken. Dat spaart levens.

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

Samenvatting

In dit rapport geeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg de resultaten weer van het vervolgonderzoek naar de medicatieveiligheid in instellingen voor langdurige zorg en zorg thuis.

In september 2010 publiceerde de inspectie een rapport over medicatieveiligheid in de langdurige zorg en zorg thuis. In dat rapport beschrijft de inspectie de resultaten van thematisch toezicht medicatieveiligheid in de periode van mei 2009 tot maart 2010 bij 208 instellingen. De medicatieveiligheid was toen in de 46 bezochte verpleeghuizen en 47 verzorgingshuizen bij de meeste onderwerpen redelijk op orde. In bijna alle 66 bezochte instellingen/locaties voor mensen met een verstandelijke beperking trof de inspectie een groot aantal hoge risico's rond de farmaceutische zorg aan. De medicatieveiligheid was bij de bezochte 49 instellingen voor thuiszorg slecht gewaarborgd.

In de periode april 2010 tot april 2011 beoordeelde de inspectie 196 van de 208 instellingen voor de langdurige zorg en zorg thuis opnieuw omdat zij tijdens het thematisch toezicht 2009/2010 bij één of meer van de 11 of 12 beoordeelde onderwerpen hoog of zeer hoog risico scoorden. De inspectie beoordeelde 12 instellingen niet opnieuw omdat zij tijdens het onderzoek in 2009/2010 geen hoge of zeer hoge risico's scoorden. In alle sectoren was het aantal hoge en zeer hoge risico's met 80% of meer afgenomen (verpleeghuizen 84%, verzorgingshuizen 89%, gehandicaptenzorg intra- en semimuraal 80% respectievelijk 87% en thuiszorg 87%). Het percentage van de 208 instellingen dat bij één of meer onderwerpen hoog of zeer hoog risico scoorde, daalde van 94% naar 27%. Een forse vergroting van de medicatieveiligheid. De inspectie volgde de instellingen die nog niet voldoende resultaten konden laten zien totdat de medicatieveiligheid voldoende gewaarborgd was. Bij drie instellingen heeft de inspectie de maatregel van verscherpt toezicht moeten nemen.

In dit rapport geeft de inspectie ook weer wat de cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties evenals het ministerie van VWS en de zorgverzekeraars hebben gedaan met de aanbevelingen van de inspectie uit 2010. Vanaf september 2010 hebben cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties de handen ineen geslagen om de randvoorwaarden te creëren die de risico's in de *caresector* verder kunnen doen afnemen. Zij hebben een *Task Force* Medicatieveiligheid in het leven geroepen die de aanbevelingen van de inspectie bespreekt en waar mogelijk omzet in concrete afspraken gericht op vergroting van de medicatieveiligheid. De *Task Force* Medicatieveiligheid verwacht in het najaar van 2011 resultaten te kunnen presenteren. Implementatie en borging in de zorginstellingen moeten daarna nog volgen.

De inspectie benadrukt in dit rapport dat de bestuurders van alle zorginstellingen in de langdurige zorg en zorg thuis moeten nagaan of de medicatieveiligheid in hun organisatie op orde is. Zij kunnen daarbij gebruikmaken van het inspectierapport van september 2010 en van de vele handreikingen die de cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties ontwikkelden. De inspectie zal krachtig handhaven als na alle inspectierapporten en handreikingen de medicatieveiligheid nog steeds niet op orde is.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

In september 2010 publiceerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg het rapport *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*.¹

In dat rapport beschrijft de inspectie de resultaten van het thematisch toezicht op de medicatieveiligheid in de periode mei 2009 tot maart 2010 in 208 instellingen voor langdurige zorg en zorg thuis. De naleving van wet- en regelgeving en veldnormen rond medicatieveiligheid was in de 46 bezochte verpleeghuizen op de meeste van de 11 of 12 onderwerpen redelijk gewaarborgd. Ook in de bezochte 47 verzorgingshuizen was de farmaceutische zorg op de meeste onderwerpen redelijk op orde. Bijna alle 66 bezochte instellingen/locaties voor mensen met een verstandelijke beperking voldeden op een groot aantal onderwerpen rond medicatieveiligheid niet aan de eisen. Bij de 49 bezochte thuiszorginstellingen was de naleving van de wet- en regelgeving en veldnormen slecht gewaarborgd.

Met een vervolgonderzoek^a heeft de inspectie zich ongeveer een jaar na het thematisch toezicht medicatieveiligheid een beeld willen vormen van de medicatieveiligheid in de instellingen die bij het eerste onderzoek hoge en/of zeer hoge risico's scoorden. De inspectie onderzocht of deze instellingen de maatregelen van de inspectie hebben uitgevoerd en of dat heeft geleid tot het opheffen van de risico's.

De inspectie deed in haar rapport van september 2010 ook aanbevelingen aan cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties en aan zorgverzekeraars en het ministerie van VWS. De inspectie heeft bij dit vervolgonderzoek ook zicht willen krijgen op wat deze organisaties met die aanbevelingen hebben gedaan.

1.2 Onderzoeksvragen

Centrale vraagstelling van het thematisch toezicht 2009/2010

- 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?

Vragen voor het vervolgonderzoek

- In hoeverre zijn de risico's opgeheven bij de instellingen voor langdurige zorg en zorg thuis die bij het thematisch toezicht medicatieveiligheid in 2009/2010 zijn bezocht en die op één of meer onderwerpen hoge of zeer hoge risico's scoorden?
- Welke acties zijn naar aanleiding van de aanbevelingen van de inspectie door de cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties, het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars ondernomen?

1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

De medicatieveiligheid was in de periode van mei 2009 tot maart 2010 in het merendeel van de bezochte instellingen voor de langdurige zorg en zorg thuis niet in orde.

a Bij de instellingsrapporten is de term Follow-up rapport gebruikt. In dit rapport geeft de inspectie de voorkeur aan de termen vervolgrapport en vervolgonderzoek.

De inspectie onderzocht daarom welke resultaten de maatregelen hebben opgeleverd die instellingen met één of meer hoge of zeer hoge risico's hebben genomen.

De inspectie beoordeelde 196 instellingen (38 verpleeghuizen, 46 verzorgingshuizen, 65 instellingen/locaties voor gehandicaptenzorg en 47 instellingen voor thuiszorg) opnieuw in de periode april 2010 tot april 2011. Deze herbeoordeling richtte zich alleen op dat deel van de 11 of 12 onderwerpen dat bij deze instellingen risicovol was tijdens het thematisch toezicht medicatieveiligheid van 2009/2010. Voor meer informatie over de onderwerpen verwijst de inspectie naar het rapport over het thematisch toezicht medicatieveiligheid van september 2010.

Dit vervolgrapport geeft de resultaten weer op basis van de gegevens die op 8 april 2011 bij de inspectie bekend waren; dat is ongeveer een jaar na het laatste inspectiebezoek in het kader van het thematisch toezicht medicatieveiligheid 2009/2010.

Van 7 van de 196 instellingen waren op die datum nog geen gegevens van het vervolgonderzoek beschikbaar. Bij de presentatie van de resultaten in hoofdstuk 4 zijn voor deze instellingen de risicoscores van het thematisch toezicht 2009/2010 blijven staan.

De inspectie beoordeelde 12 instellingen niet opnieuw omdat zij tijdens het onderzoek in 2009/2010 geen hoge of zeer hoge risico's scoorden. Van deze instellingen is het aantal 'geen risico' en 'gering risico' uit het thematisch toezicht 2009/2010 in de figuren van hoofdstuk 4 opgenomen.

Plan van aanpak en voortgangsrapportage

Alle instellingen die tijdens het thematisch toezicht medicatieveiligheid 2009/2010 bij één of meer onderwerpen hoog en/of zeer hoog risico scoorden, hebben aan de inspectie een plan van aanpak moeten voorleggen. De inspectie beoordeelde die plannen van aanpak en verzocht waar nodig om aanpassing. Over de uitvoering van de verbeterplannen zijn voortgangsrapportages gevraagd. Voor de onderwerpen die gering risico scoorden, hoefde de instelling het plan van aanpak niet op te sturen; hier voldeed informatie over de verbetermaatregelen binnen 6 maanden (zie bijlage 2).

Rapporten met of zonder inspectiebezoek

In de periode van april 2010 tot april 2011 beoordeelde de inspectie alle instellingen die op één of meer onderwerpen hoog en/of zeer hoog risico scoorden opnieuw. Waar mogelijk is dit gebeurd op basis van schriftelijke informatie (n=42); waar nodig is een inspectiebezoek gebracht (n=154). Tijdens het bezoek voerde de inspectie afhankelijk van het risico-onderwerp gesprekken, zag stukken en dossiers in en maakte een rondgang door het gebouw. Bij inspecties bij instellingen met zeer hoge risico's vergezelde een inspecteur-apotheker de bezoekende inspecteur. Voor alle beoordeelde instellingen stelde de inspectie een rapport op. In 5 gevallen was een tweede vervolfbezoek of een tweede vervolgbeoordeling op later datum noodzakelijk.

De inspectie volgt ook na april 2011 de instellingen die nog niet voldoende resultaten konden laten zien totdat de medicatieveiligheid voldoende gewaarborgd is.

Het toetsingskader

Het toetsingskader van het vervolgonderzoek medicatieveiligheid is gelijk aan het toetsingskader van het thematisch toezicht medicatieveiligheid.

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.

Bij de beoordelingen maakte de inspectie gebruik van dezelfde instrumenten, veldnormen (bijlage 1) en beoordelingskaders^b als bij het thematisch toezicht medicatieveiligheid 2009/2010. De inspectie gebruikte de belangrijke 'Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens'² in het vervolgonderzoek nog niet. Deze richtlijn handhaaft de inspectie volgens afspraak vanaf 1 januari 2011. Aangezien het thematisch toezicht medicatieveiligheid al in 2009 met de op dat moment geldende veldnormen van start is gegaan, is bij vervolfbezoeken na 1 januari 2011 nog niet volgens deze nieuwe richtlijn getoetst.

De inspectie handhaafde op basis van een vooraf vastgesteld handhavingplan (bijlage 2).

Alle instellingsrapporten zijn vóór 1 juli 2011 vastgesteld. Zij zijn te vinden op de website van de inspectie^b. Op die website staat ook een overzicht van de beoordeelde instellingen met de risicoscores per onderwerp voor alle inspectieonderzoeken in het kader van het thematisch toezicht medicatieveiligheid.

Aanschrijven alle cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties

In het rapport over medicatieveiligheid in de *care*sector van september 2010 vermeldt de inspectie niet alleen maatregelen voor de instellingen in de langdurige zorg en zorg thuis, maar ook aanbevelingen aan cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties en aan het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars.

Om in dit vervolgrapport te kunnen weergeven wat deze organisaties met die aanbevelingen van de inspectie hebben gedaan, benaderde de inspectie alle cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties half maart 2011 schriftelijk met de vraag om vóór half april 2011 aan te geven welke acties zij naar aanleiding van de aanbevelingen van de inspectie hebben ondernomen. Het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland kregen dezelfde vraag ruim een maand later.

In dit vervolgrapport vermeldt de inspectie per aanbeveling welke acties genoemde organisaties als antwoord op de uitnodiging van de inspectie hebben aangegeven. De formuleringen zijn zoveel mogelijk letterlijk overgenomen.

^b Zie www.igz.nl

2 Conclusies

In de onderstaande paragrafen staan de belangrijkste conclusies uit het vervolgonderzoek medicatieveiligheid van 2010/2011 beschreven.

2.1 **Hoge risico's beoordeelde instellingen met ruim 80% gedaald**

De inspectie heeft zich bij het vervolgonderzoek medicatieveiligheid in de periode april 2010 tot april 2011 afgevraagd:

'In hoeverre zijn de risico's opgeheven bij de instellingen voor langdurige zorg en zorg thuis die bij het thematisch toezicht medicatieveiligheid in 2009/2010 zijn bezocht en die op één of meer onderwerpen hoge of zeer hoge risico's scoorden?'

Bij de 38 verpleeghuizen die de inspectie opnieuw beoordeelde, bleken de hoge en zeer hoge risico's met 84% te zijn afgenomen. Bij de 46 verzorgingshuizen was de daling 89%. In de gehandicaptenzorg was de afname voor de 35 intramurale instellingen/locaties 80% en voor de 30 semimurale instellingen/locaties 87%. De beoordeelde thuiszorginstellingen scoorden een daling in de hoge en zeer hoge risico's van 87%. Eén^c instelling is wegens onvoldoende verbetering van de medicatieveiligheid onder verscherpt toezicht gesteld. Bij 7 instellingen had de inspectie op 8 april het vervolgonderzoek nog niet afgerond met een rapport.

De inspectie concludeert dat heel veel hoge en zeer hoge risico's bij de beoordeelde instellingen zijn verdwenen. Doordat de instellingen veel tijd en energie hebben geïnvesteerd in de vergroting van de medicatieveiligheid konden zij dit resultaat binnen één jaar bereiken.

De inspectie is hoopvol gestemd over de behaalde resultaten, maar realiseert zich ook dat deze resultaten betrekking hebben op de 208 instellingen uit de steekproef.

2.2 **Diverse oorzaken voor vertraging van verbeteringen binnen context acceptabel**

Dat nog niet alle risico's in april 2011 waren opgeheven, had een aantal redenen.

Sommige zorgorganisaties met veel locaties hadden binnen één jaar nog niet alle hoge en zeer hoge risico's opgeheven. Dat kwam omdat zij ervoor hadden gekozen om de verbeteringen niet alleen voor de door de inspectie bezochte locatie door te voeren maar ook meteen voor alle overige locaties. Breed implementeren van veranderingen vraagt meer tijd.

Als de inspectie voldoende vorderingen constateerde, gaf zij zorgorganisaties meer tijd als die tijd nodig was om verbeteringen door te voeren op meer locaties. De inspectie juicht het toe dat verbetermaatregelen niet alleen voor de bezochte locatie worden uitgewerkt maar voor alle locaties van een zorgorganisatie.

Bij andere instellingen liet een deel van de kwaliteitsverbeteringen op zich wachten, doordat een aantal resultaten alleen bereikt kon worden in goede samenwerking met huisartsen en apothekers. Het vormgeven van samenwerking met een aantal externe partijen kost vaak veel tijd maar draagt sterk bij aan structurele vergroting van de medicatieveiligheid.

Bij verzorgingshuizen, instellingen/locaties voor gehandicaptenzorg en zorg thuis is veel winst geboekt doordat de samenwerking met huisartsen en apothekers is verbeterd en geformaliseerd. Door goede afspraken is duidelijker geworden hoe de verantwoordelijkheden rond de medicatieverstrekking in de keten liggen.

c In de periode april t/m juli 2011 zijn nog twee instellingen onder verscherpt toezicht gesteld.

Ook wanneer de inspectie constateerde dat overleg tussen diverse partijen nodig was om verbeteringen te bereiken, gaf de inspectie vaak meer tijd. De zorginstellingen waren wel verantwoordelijk voor het initiatief om de samenwerking te verbeteren maar konden niet als enige verantwoordelijk gesteld worden voor het resultaat en voor het tempo waarin dat bereikt werd.

Bij de thuiszorg was het percentage instellingen dat in april 2011 nog één of meer hoge of zeer hoge risico's niet had opgeheven opvallend hoger dan bij de andere sectoren. De inspectie realiseert zich dat de thuiszorgorganisaties bij het thematisch toezicht medicatieveiligheid 2009/2010 op een later tijdstip bezoek van de inspectie gehad hebben dan de meeste organisaties in de andere sectoren. Daardoor hebben zij tot april 2011 verhoudingsgewijs minder tijd gehad om de risico's op te heffen. Het aantal risico's was bij de start van het verbetertraject bovendien veel hoger dan bij de andere sectoren. Daarnaast konden de thuiszorgorganisaties niet beschikken over een handreiking medicatieveiligheid van een brancheorganisatie; zij moesten veel zelf ontwikkelen. Tot slot waren zij bij de opheffing van een aantal risico's aangewezen op samenwerking met huisartsen en apothekers. Een aantal thuiszorgorganisaties signaleerde dat sommige huisartsen hun patiënten adviseerden om naar een ander thuiszorgorganisatie over te stappen. Zij vonden het te lastig om te voldoen aan de terechte vraag van de thuiszorgorganisatie om voor voorbehouden handelingen een uitvoeringsverzoek te schrijven. Ook bij de thuiszorgorganisatie accepteerde de inspectie dat extra overleg tot later opleverde resultaten leidde.

Hoewel de inspectie vertragingen binnen een bepaalde context acceptabel vindt, blijft zij toezien op deze organisaties totdat de verbeteringen zijn gerealiseerd.

2.3 **Medicatieoverzichten en -deellijsten vanuit apotheek grootste winst**

De grootste winst voor de medicatieveiligheid was in alle zorgsectoren het beschikbaar komen van medicatieoverzichten en -deellijsten vanuit de apotheek. Er is al veel veiligheid gewonnen als de verzorging de medicatieoverzichten niet meer zelf maakt op basis van de aanwezige medicijnendoosjes, maar kan beschikken over door de apotheek geprinte lijsten vanuit een actueel digitaal bestand. De verdere doorvoering van de 'Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens' moet bijdragen aan een grotere compleetheid en betrouwbaarheid van deze door de apotheker geleverde overzichten.

De inspectie kreeg van een aantal zorgaanbieders echter het signaal dat apothekers vinden dat de extra werkzaamheden voor het vervaardigen van medicatieoverzichten en -deellijsten onvoldoende in de prestatiebeschrijvingen en bijbehorende financiering zijn meegenomen.

2.4 **Acties op aanbevelingen van inspectie beloftevol**

De tweede vraag die de inspectie zich gesteld heeft bij dit vervolgonderzoek is: *'Welke acties zijn naar aanleiding van de aanbevelingen van de inspectie door de cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties en het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars ondernomen?'*

2.4.1 *Cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties samen aan de slag*

De cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties bundelden kort na de publicatie van het inspectierapport over medicatieveiligheid in september 2010 hun krachten en stelden een *Task Force* Medicatieveiligheid in. In deze *Task Force* Medicatieveiligheid zijn vertegenwoordigd: ActiZ, BTN, LHV, LOC, KNMP, NHG, NPCF, NVAVG, NVZA, Verenso, VGN, V&VN, in 2011 aangevuld met GGZ^d Nederland.

d Voor verklaring van de afkortingen zie bijlage 4.

Een half jaar na het verschijnen van het inspectierapport over medicatieveiligheid blijkt dat de *Task Force* Medicatieveiligheid veel heeft opgepakt. Vanuit deze groep zijn bijna alle aanbevelingen van de inspectie vertaald naar een uitgebreid plan van aanpak met bijbehorende taakverdeling en tijdpad. De *Task Force* Medicatieveiligheid verwacht dat zij in het najaar van 2011 de resultaten kan presenteren. Implementatie en borging zijn daarna de taak van de zorginstellingen.

2.4.2

VWS en Zorgverzekeraars verwijzen naar prestatiebeschrijvingen

Het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland verwijzen voor adequate financiering van de veiliger maar vaak duurdere procedures rond geneesmiddelen in de langdurige zorg en zorg thuis naar regionale afspraken tussen zorgverzekeraars enerzijds en apothekers en/of zorgaanbieders anderzijds op basis van prestatiebeschrijvingen³.

3 Handhaving

3.1 Inleiding: Raden van Bestuur verantwoordelijk voor uitvoering maatregelen

De Raden van Bestuur van alle *care-instellingen* ontvingen in september 2010 het inspectierapport over medicatieveiligheid voor de langdurige zorg en zorg thuis. Alle maatregelen en aanbevelingen die in dat rapport van toepassing zijn voor hun sector zijn uiteraard ook van toepassing voor hun instelling. De Raden van Bestuur zijn verantwoordelijk voor het invoeren en borgen van alle maatregelen en alle richtlijnen.

In dit vervolgrapport staat beschreven dat de meeste instellingen binnen één jaar de medicatieveiligheid binnen hun organisatie op orde kunnen hebben. Als een Raad van Bestuur op basis van het inspectierapport over medicatieveiligheid van september 2010 heeft moeten constateren dat de medicatieveiligheid in zijn organisatie niet op orde was dan moeten bij het verschijnen van dit vervolgrapport, één jaar later, alle onveilige situaties zijn opgeheven.

Ook de acties van de cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties die eind 2011 uitmonden in nieuwe handreikingen en veldnormen moeten leiden tot voortvarend handelen door de Raden van Bestuur. De cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties hebben hun verantwoordelijkheid genomen. De Raden van Bestuur moeten op hun beurt nu hún verantwoordelijkheid waar maken.

3.2 Maatregelen voor alle *care-instellingen*

De inspectie wil een aantal maatregelen uit het rapport over het thematisch toezicht medicatieveiligheid 2009/2010 benadrukken. Reacties uit het veld hebben daarnaast geleid tot aanscherping van formuleringen.

Voor het totale overzicht van maatregelen en aanbevelingen verwijst de inspectie naar het inspectierapport van september 2010.

Maatregelen voor de care-instellingen: alle verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg en thuiszorg

Zorg zo spoedig mogelijk maar in ieder geval vóór 1 januari 2012:

- dat door de apotheek vervaardigde medicatieoverzichten en -deellijsten worden gebruikt, volg daarbij de 'Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens';
- dat bij het toedienen van medicatie die niet in een GDS^e-verpakking zit controle door een tweede bekwame persoon gebeurt tenzij de medicatie naar het oordeel van de apotheker een acceptabel gering risico vormt bij verkeerde dosering;
- dat bij alle cliënten (niet alleen bij polyfarmacie) minimaal 1 maal per jaar een medicatiebeoordeling wordt gehouden door arts, apotheker, verzorging en de cliënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger; evalueer daarnaast de medicatie bij elke (multidisciplinaire) bespreking van het zorg(leef)plan;
- dat alle retourmedicatie zó wordt opgeslagen dat deze niet toegankelijk is voor onbevoegden.

Zorg vóór 1 januari 2012:

- dat de 'Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen'⁴ is ingevoerd.

^e Geautomatiseerd geneesmiddelendistributiesysteem.

3.3 Aanbevelingen aan de beroeps- en brancheorganisaties van alle sectoren

- Leg vóór 1 januari 2012 in de nieuwe handreikingen vast dat de huisarts een belangrijke rol heeft bij de medicatieveiligheid in de thuiszorg, de gehandicaptenzorg en in verzorgingshuizen. Samenwerkingsafspraken met huisartsen moeten daarom schriftelijk vastgelegd worden.
- Specialisten Ouderengeneeskunde en Kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde^f kunnen door de huisarts te adviseren een belangrijk bijdrage leveren aan de medicatieveiligheid voor ouderen die in verzorgingshuizen of in kleinschalige voorzieningen in de wijk wonen. Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten kunnen dat voor cliënten met een verstandelijke beperking die in kleinschalige voorzieningen in de wijk wonen.
- Leg vóór 1 januari 2012 in de nieuwe handreikingen vast dat zorgmedewerkers die een rol hebben bij de medicatie, periodiek geschoold moeten worden over voorbehouden en risicovolle handelingen, geneesmiddelen (werking en bijwerkingen) en farmaceutische zorg.
- Ontwikkel vóór 1 januari 2012 samen met andere betrokken partijen in de zorg een veldnorm voor een minimaal kwalificatieniveau en bekwaamheid van medewerkers die betrokken zijn bij de farmaceutische zorg in de instellingen voor langdurige zorg en zorg thuis.

3.4 Vervolgacties inspectie

De inspectie zal in de *caresector* de komende jaren bij het risicoindicatorentoezicht en bij incidententoezicht waarbij medicatie een rol speelt, beoordelen of de Raden van Bestuur hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de farmaceutische zorg hebben genomen. De inspectie zal aan de Raden van Bestuur vragen wat zij binnen hun organisatie met de beide inspectierapporten over medicatieveiligheid hebben gedaan; hebben zij verbeterplannen opgesteld en uitgevoerd? De inspectie zal krachtig handhaven als na alle rapporten en handreikingen de medicatieveiligheid nog steeds niet op orde is.

In verband met de geconstateerde grote risico's rond medicatieveiligheid bij thuiszorginstellingen heeft de inspectie besloten om bij alle inspectiebezoeken in de thuiszorg in 2011 de medicatieveiligheid te beoordelen.

In alle sectoren van de zorg startte de inspectie vanaf januari 2011 met het toezicht op het nakomen van de 'Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens'. Toepassing van die richtlijn kan bijdragen aan forse vergroting van de medicatieveiligheid.

^f <http://nhg.artsennet.nl/expertgroepen/laego.htm>

**Verbetertraject medicatieveiligheid
beschreven door 'De Zijlen'
oktober 2009 t/m juli 2011**



In oktober 2009 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg 'De Zijlen' bezocht in het kader van het thematisch toezicht medicatieveiligheid. De Zijlen scoorde op 11 onderwerpen hoog of zeer hoog risico.

De inspectie kwam tot de conclusie dat het binnen 'De Zijlen' ontbrak aan een goed beschreven en samenhangend medicatieproces. Er werd te veel gewerkt op basis van vertrouwen. Bij de medewerkers waren de beschreven protocollen/instructies niet voldoende bekend en/of ze werden niet nageleefd. De implementatie en borging schoten tekort.

Het verbetertraject

'De Zijlen' heeft naar aanleiding van het rapport van de inspectie een plan van aanpak opgesteld om de onderwerpen met een gering, een hoog en een zeer hoog risico te verbeteren. Bij de uitvoering is samenwerking/afstemming tussen medische dienst en de leidinggevenden/teams op de locatie, met ieder een eigen verantwoordelijkheid, van groot belang. De uitvoering is gestart op de (grote, intramurale) locatie waar het thematisch toezicht van de inspectie plaatsvond. Vervolgens is het Zijlenbreed geïmplementeerd.

Er is een nieuw beleid medicatieveiligheid, inclusief protocollen en een medicatiemap, vastgesteld. Beleid en protocollen zijn behandeld in de scholing voor alle teamleden die plaatsvond vanaf de tweede helft 2010. Bij de scholing/implementatie is de medische dienst direct betrokken.

In de maanden augustus en september 2010 heeft de medische dienst in alle regio-overleggen (regiomanager en locatiehoofden) het beleid medicatieveiligheid toegelicht.

Daarna werd in de regio's gestart met de Zijlenbrede implementatie. Voor die implementatie en borging van het beleid is een geneesmiddelencommissie ingesteld waarin onder andere een arts en een apotheker zitting hebben. Dit traject kostte veel tijd en overleg met veel partijen, zowel intern als extern.

Extern kostte met name het overleg tussen locatiehoofden en apothekers veel tijd en inspanning, vooral omdat door gedecentraliseerde ligging van locaties met veel verschillende apothekers wordt samengewerkt.

Intern bleek dat voor het opzetten van een Zijlenbreed digitaal Huisartsen Informatie Systeem (HIS) meer tijd nodig was, omdat 'De Zijlen' samenwerkt met veel regionale huisartsen in de provincie. Al deze huisartsen gebruiken helaas niet één HIS. In september 2011 start een interne projectgroep met de uitvoering van een optimale oplossing; in december 2011 zal het HIS in werking zijn. Voor de juiste opslag van medicijnen moesten voor alle locaties nieuwe, afsluitbare (koel)kasten worden aangeschaft.

In de praktijk bleek dat niet alle medicatie gebaxterd kon worden aangeleverd. Voor teams kostte het soms wat moeite om hiermee even zorgvuldig om te gaan als met gebaxterde medicatie. De medewerkers van de voormalige depottheek hebben hierin een belangrijke ondersteunende functie gehad.

Vanaf medio 2011 wordt het beleid geëvalueerd middels interne audits die in de praktijk zullen toetsen of de nieuwe werkwijze voldoende is geïmplementeerd.

Huidige situatie

Er is in korte tijd enorm veel werk verzet, zowel door de medische dienst als door de leidinggevenden en teams op de locaties. We zijn trots op het resultaat. Het verbetertraject heeft 'De Zijlen' veel opgeleverd. Vrijwel alle teamleden zijn geschoold op het gebied van medicatieveiligheid en dit wordt periodiek herhaald, zodat de kennis geborgd is. Er is Zijlenbreed meer duidelijkheid over medicatieveiligheid en de informatie is voor iedereen digitaal beschikbaar. Medicatietaken zijn waar mogelijk belegd bij de apotheken: zij zetten nu de medicatie uit en leveren deze per cliënt gebaxterd aan samen met medicatieoverzichten en -toedienlijsten. Vrijwel alle locaties hebben een aandachtsfunctionaris medicatieveiligheid aangesteld. De depottheek van 'De Zijlen' is per januari 2011 volledig afgebouwd. De medewerkers van de voormalige depottheek hebben een rol bij de implementatie van de nieuwe werkwijze en bij de interne audits. Op deze manier wordt het beleid geborgd en waar nodig bijgesteld.

De uitkomsten van de eerste interne audits zullen aantonen hoe de nieuwe werkwijze in de praktijk functioneert.

4 Resultaten

4.1 **Risico's gedaald van 94% naar 27%**

Bij het vervolgonderzoek in 2010/2011 naar de medicatieveiligheid in de langdurige zorg en zorg thuis beoordeelde de inspectie 196 van de 208 instellingen/locaties opnieuw. Het percentage van de 208 instellingen dat op één of meer onderwerpen hoog of zeer hoog risico scoorde, daalde van 94% naar 27%.

De inspectie beoordeelde 12 instellingen niet opnieuw omdat zij tijdens het onderzoek in 2009/2010 geen hoge of zeer hoge risico's scoorden. Van deze instellingen is het aantal 'geen risico' en 'gering risico' uit het thematisch toezicht 2009/2010 in de figuren opgenomen.

In de paragrafen 4.1 tot en met 4.5 staan de resultaten per sector volgens de gegevens waarover de inspectie op 8 april 2011 beschikte. Van 7 instellingen waren op die datum nog geen gegevens van het vervolgonderzoek beschikbaar. Bij de presentatie van de resultaten zijn voor deze instellingen de risicoscores van het thematisch toezicht blijven staan. De inspectie zette het vervolgonderzoek bij deze instellingen na april 2011 voort totdat er voldoende resultaat was bereikt.

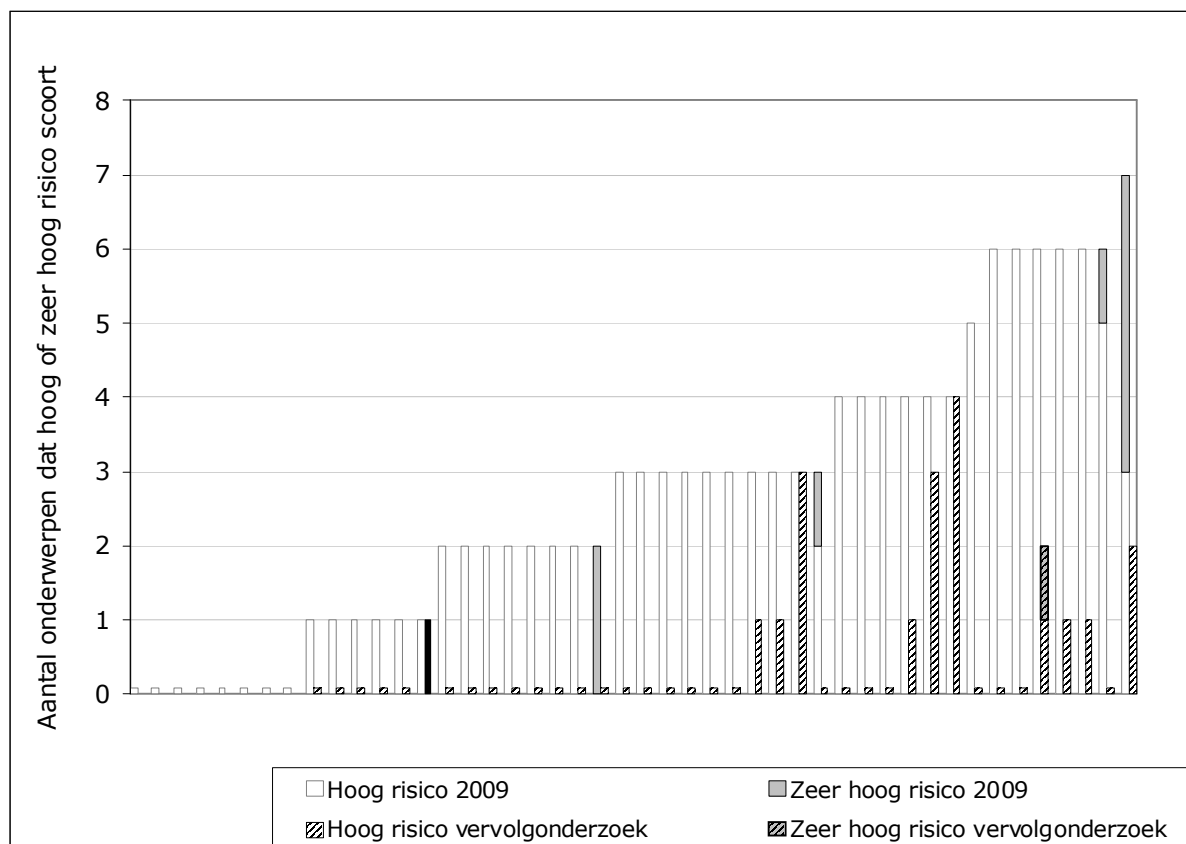
Sommige zorgorganisaties met veel locaties hadden binnen één jaar nog niet alle hoge en zeer hoge risico's opgeheven. Dat kwam omdat zij ervoor hadden gekozen om de verbeteringen niet alleen voor de door de inspectie bezochte locatie door te voeren maar ook meteen voor alle overige locaties.

Bij andere instellingen liet een deel van de kwaliteitsverbeteringen op zich wachten, doordat een aantal resultaten alleen bereikt kon worden in goede samenwerking met huisartsen en apothekers.

In haar rapport over het thematisch toezicht medicatieveiligheid van september 2010 doet de inspectie een groot aantal aanbevelingen aan cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties. In de paragrafen 4.6.1 tot en met 4.6.7 staat wat deze organisaties tot half april 2011 met de aanbevelingen gedaan hebben. In paragraaf 4.7 staat beschreven hoe het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland de aanbevelingen van de inspectie hebben opgepakt.

4.2 **Hoge risico's verpleeghuizen met 84% afgenomen**

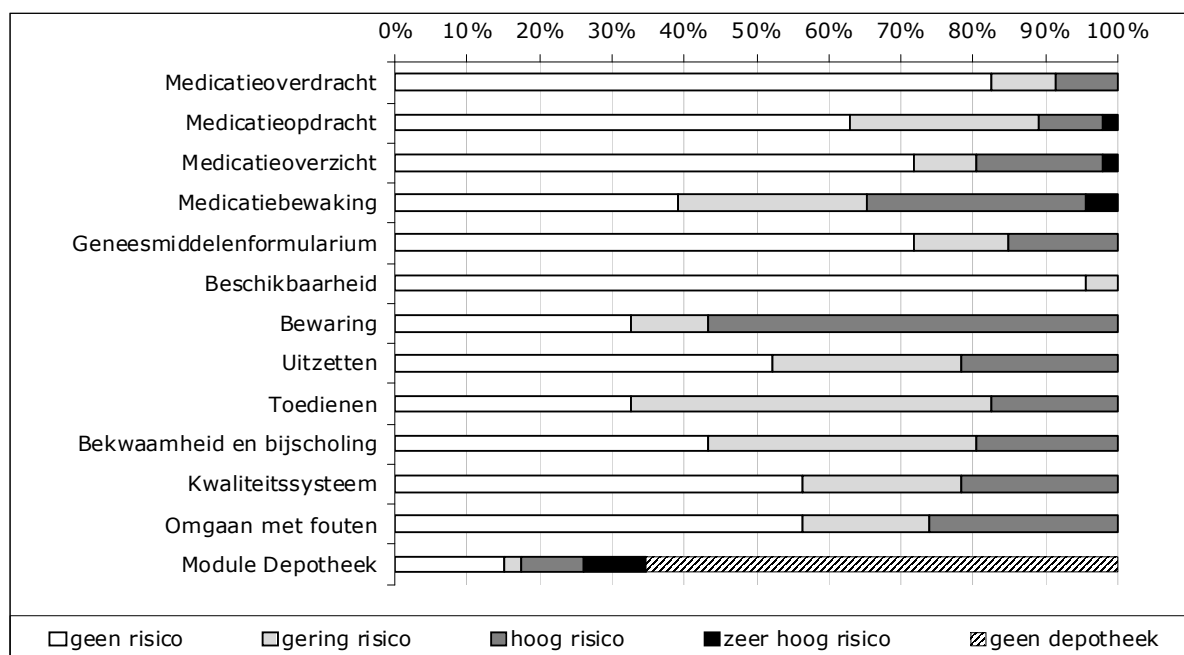
Het aantal hoge en zeer hoge risico's nam bij de verpleeghuizen van 124 in 2009/2010 af naar 20 in 2010/2011; dat is een afname van 84%.



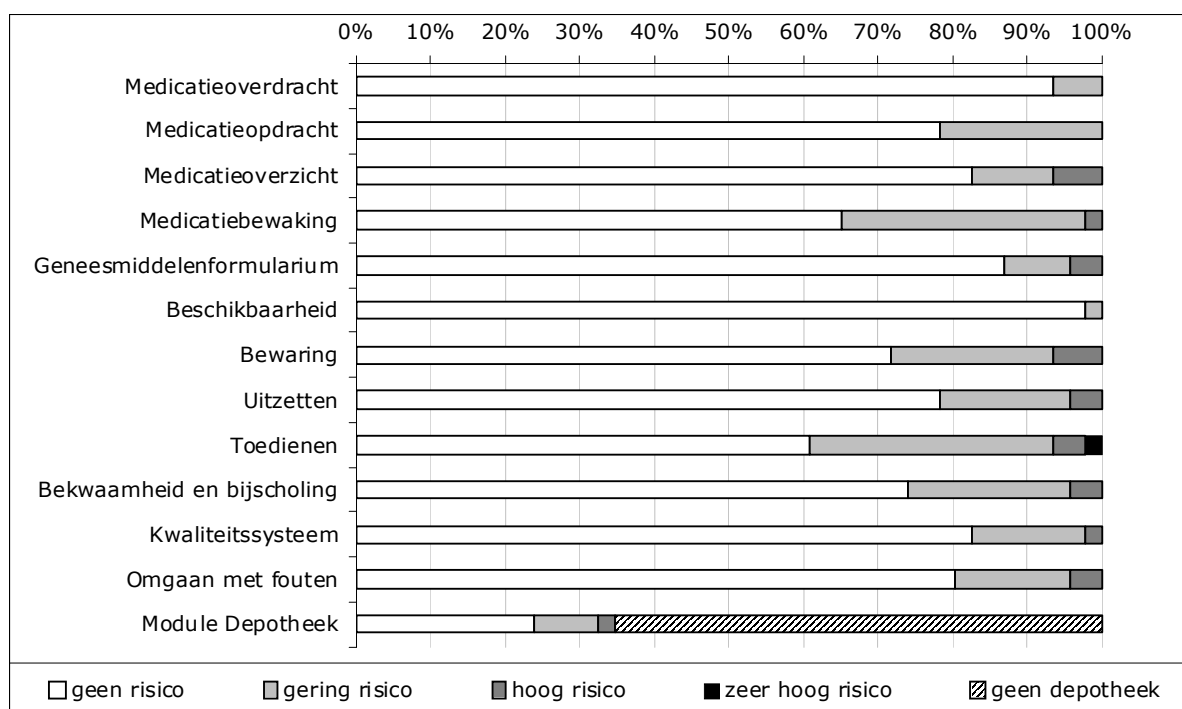
Figuur 1: Verpleeghuizen (n=46); het aantal onderwerpen dat per bezocht verpleeghuis tijdens het eerste inspectiebezoek en tijdens het vervolgonderzoek hoog of zeer hoog risico scoorde.

Bij 8 van de 46 verpleeghuizen was geen vervolgonderzoek door de inspectie noodzakelijk omdat deze instellingen tijdens het thematisch toezicht medicatieveiligheid 2009/2010 geen hoge of zeer hoge risico's scoorden. Geconstateerde geringe risico's moesten door de Raad van Bestuur van de organisaties aangepakt worden.

Van de 38 verpleeghuizen die de inspectie tijdens het vervolgonderzoek beoordeelde, scoorden nog 9 instellingen bij één tot vier onderwerpen hoog risico. Bij 1 van deze instellingen is bij de vervolgbeoordeling één onderwerp in plaats van hoog nu als zeer hoog risico beoordeeld. Van 2 instellingen (zwart gearceerd in figuur 1) waren de onderzoeksresultaten bij de start van de gegevensanalyse op 8 april 2011 nog niet beschikbaar. Van deze instellingen zijn de scores van het thematisch toezicht 2009/2010 blijven staan. Van de 38 herbeoordeelde verpleeghuizen had 26% op de peildatum van 8 april 2011 nog één of meer hoge en/of zeer hoge risico's niet opgeheven.



Figuur 2a: Verpleeghuizen (n=46); verdeling van de risico's per onderwerp tijdens het eerste inspectiebezoek 2009/2010



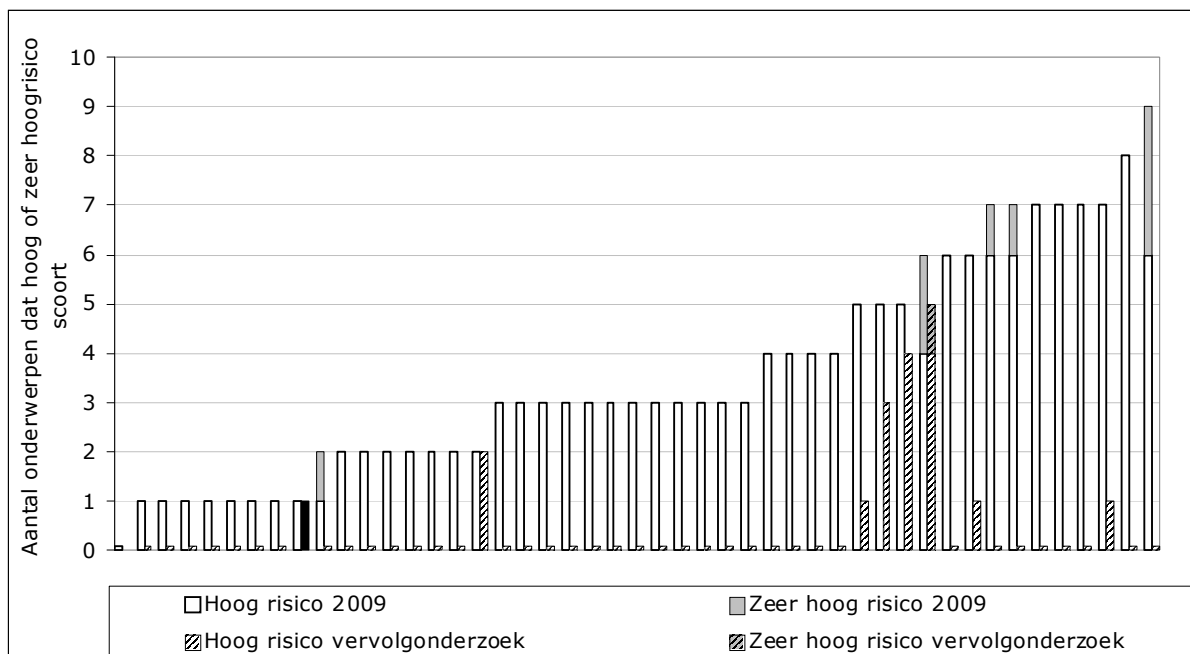
Figuur 2b: Verpleeghuizen (n=46); verdeling van de risico's per onderwerp tijdens het vervolgonderzoek 2010/2011

De nog niet opgegeven hoge en zeer hoge risico's waren verdeeld over bijna alle onderwerpen. Alleen de onderwerpen medicatieoverdracht⁹, medicatieopdracht en beschikbaarheid scoorden geen hoog of zeer hoog risico bij het vervolgonderzoek.

⁹ Definitie nog niet volgens Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens.

4.3 Verzorgingshuizen 89% minder hoge risico's

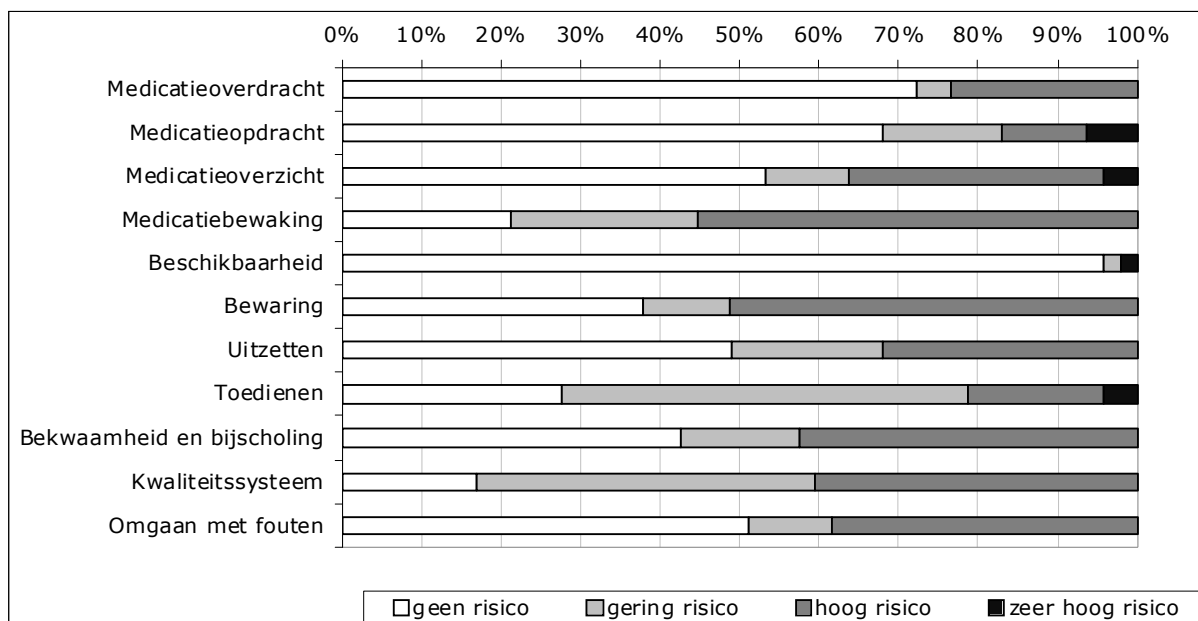
Het aantal hoge en zeer hoge risico's nam bij de verzorgingshuizen van 168 in 2009/2010 af naar 18 in 2010/2011; dat is een afname van 89%.



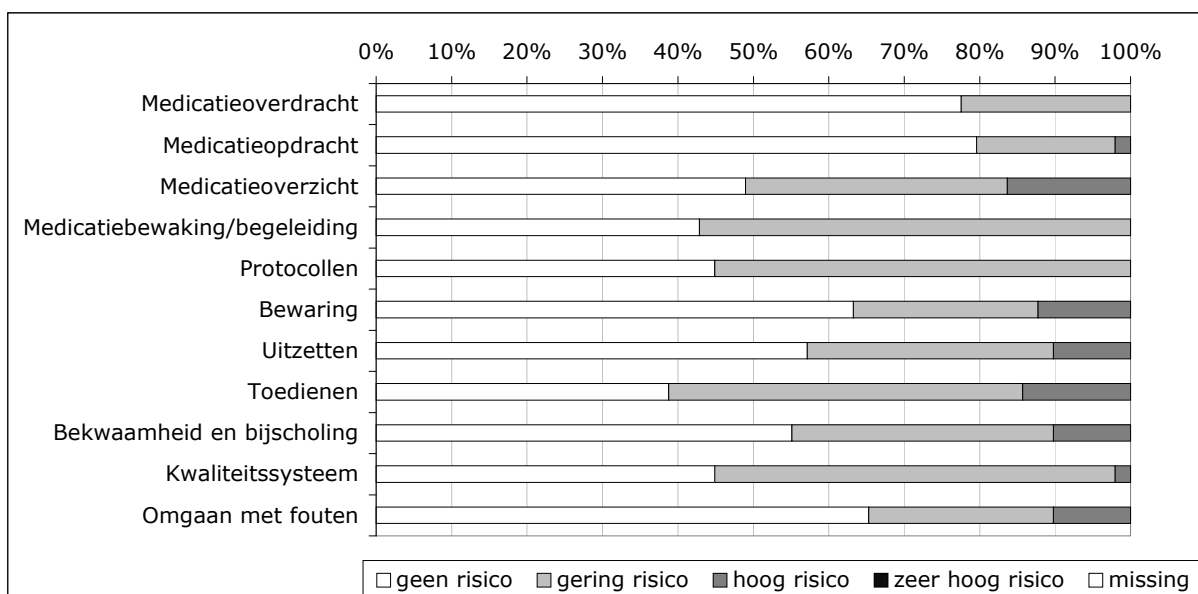
Figuur 3: Verzorgingshuizen (n=47); het aantal onderwerpen dat per bezocht verzorgingshuis tijdens het eerste inspectiebezoek en tijdens het vervolgonderzoek hoog of zeer hoog risico scoorde.

Bij 1 van de 47 verzorgingshuizen was geen vervolgonderzoek door de inspectie nodig omdat deze instelling tijdens het thematisch toezicht medicatieveiligheid 2009/2010 geen hoge of zeer hoge risico's scoorde. Geconstateerde geringe risico's moesten door de Raad van Bestuur van deze organisatie aangepakt worden.

Van de 46 verzorgingshuizen die de inspectie tijdens het vervolgonderzoek beoordeelde, scoorden 7 instellingen bij één tot vier onderwerpen hoog risico. Van deze instellingen had 1 instelling bij één onderwerp ook een zeer hoog risico. Van 1 instelling (zwart gearceerd in figuur 3) waren de onderzoeksresultaten bij de start van de gegevensanalyse op 8 april 2011 nog niet beschikbaar. Van deze instelling zijn de scores van het thematisch toezicht 2009/2010 blijven staan. Van de 46 herbeoordeelde verzorgingshuizen had 17% op de peildatum van 8 april 2011 nog één of meer hoge en/of zeer hoge risico niet opgeheven.



Figuur 4a: Verzorgingshuizen (n=47); verdeling van de risico's per onderwerp tijdens het inspectiebezoek 2009/2010

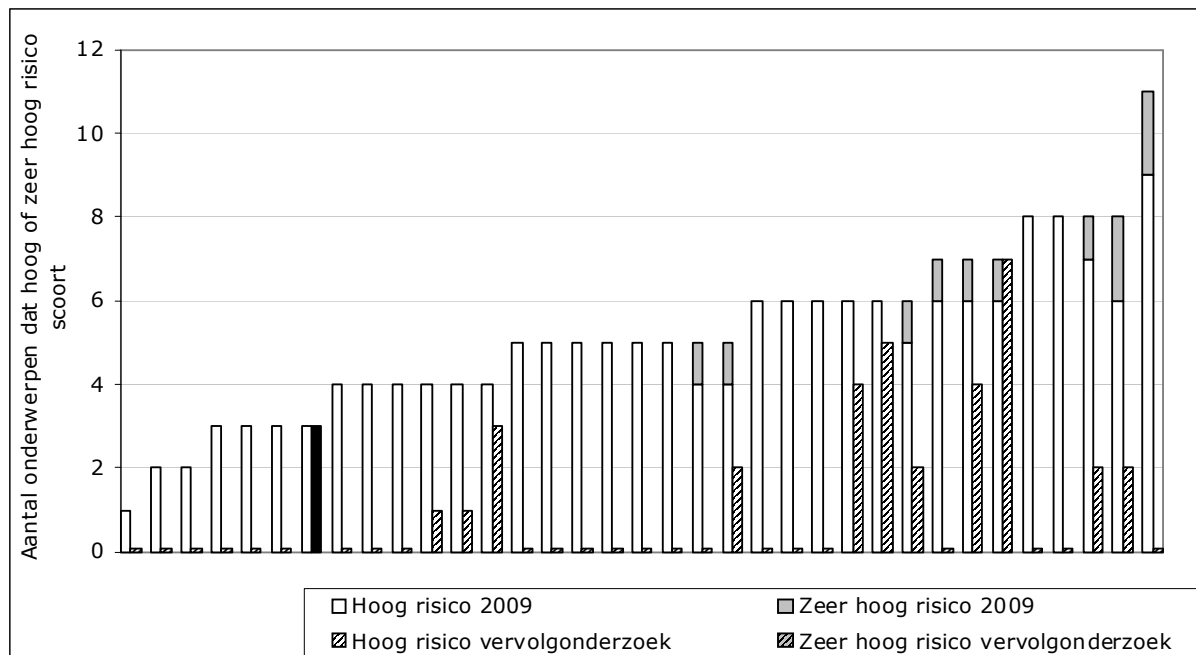


Figuur 4b: Verzorgingshuizen (n=47); verdeling van de risico's per onderwerp tijdens het vervolgonderzoek 2010/2011

De nog niet opgegeven hoge en zeer hoge risico's waren verdeeld over bijna alle onderwerpen. Alleen de onderwerpen medicatieopdracht en beschikbaarheid scoorden geen hoog of zeer hoog risico bij het vervolgonderzoek.

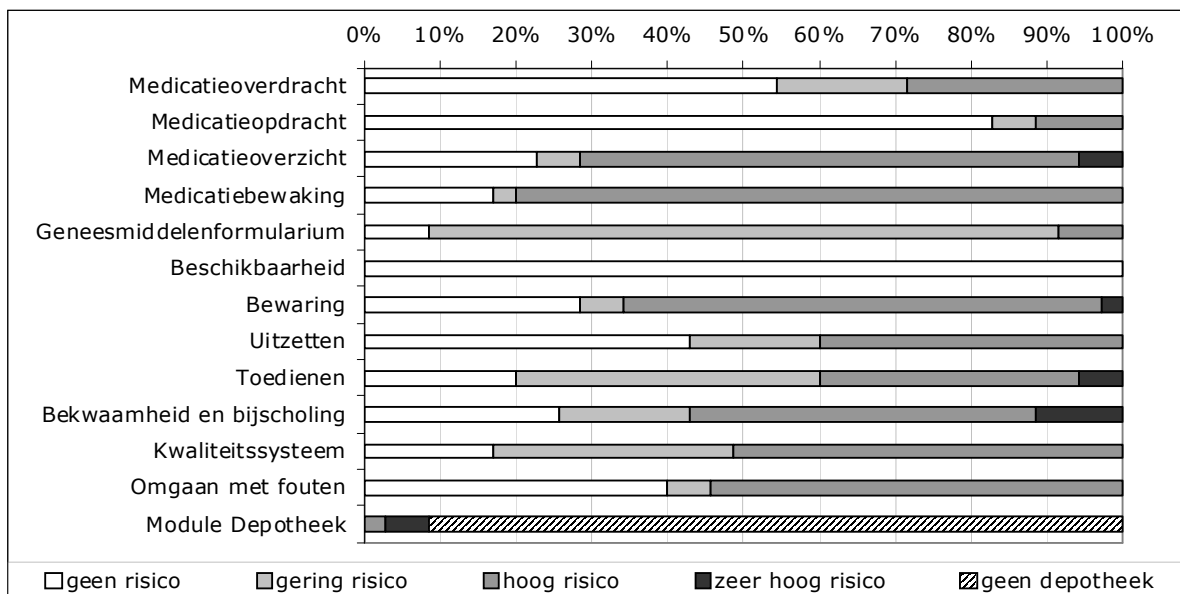
4.4 Gehandicaptenzorg intramuraal daling risico's met 80%

Het aantal hoge en zeer hoge risico's nam bij de instellingen/locaties voor gehandicaptenzorg intramuraal van 181 in 2009/2010 af naar 36 in 2010/2011; dat is een afname van 80%.

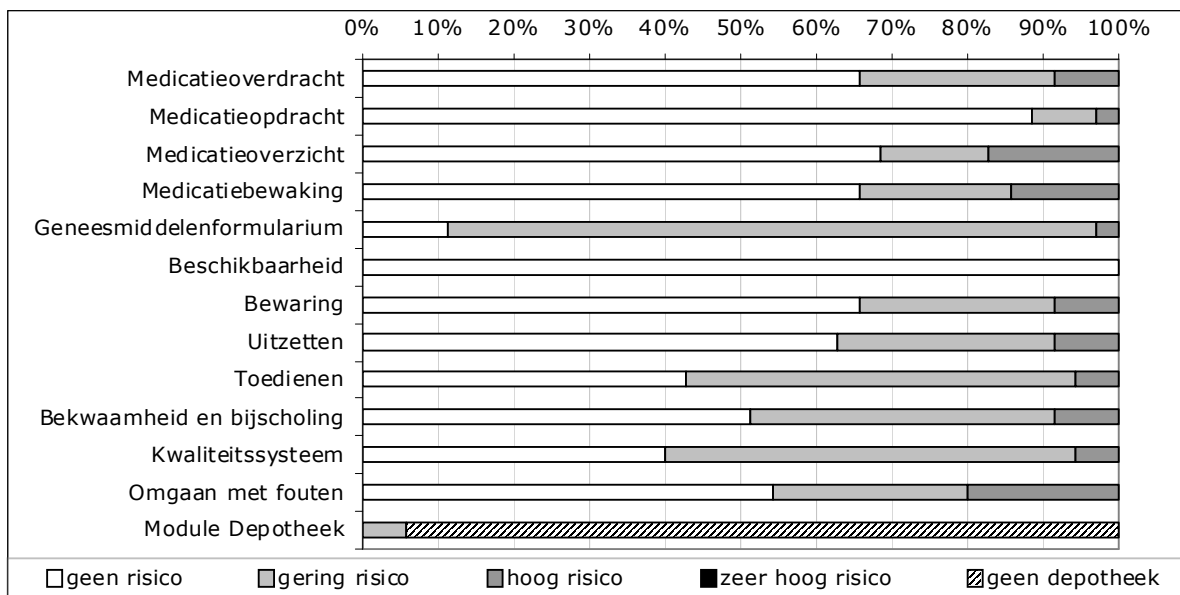


Figuur 5: Gehandicaptenzorg intramuraal (n=35); het aantal onderwerpen dat per bezochte instelling locatie tijdens het eerste inspectiebezoek en tijdens het vervolgonderzoek hoog of zeer hoog risico scoorde.

Bij alle 35 instellingen/locaties voor gehandicaptenzorg intramuraal was vervolgonderzoek door de inspectie noodzakelijk. Van de 35 instellingen/locaties die de inspectie tijdens het vervolgonderzoek beoordeelde, scoorde geen enkele instelling nog zeer hoog risico; 11 instellingen scoorden bij één tot zeven onderwerpen hoog risico. Van 1 instelling/locatie (zwart gearceerd in figuur 5) voor gehandicaptenzorg intramuraal waren de onderzoeksresultaten bij de start van de gegevensanalyse op 8 april 2011 nog niet beschikbaar. Van deze instelling zijn de scores van het thematisch toezicht 2009/2010 blijven staan. Van de 35 herbeoordeelde instellingen/locaties voor gehandicaptenzorg intramuraal had 31% op de peildatum van 8 april 2011 nog één of meer hoog risico's niet opgeheven.



Figuur 6a: Gehandicaptenzorg intramuraal (n=35); verdeling van de risico's per onderwerp tijdens het inspectiebezoek 2009/2010



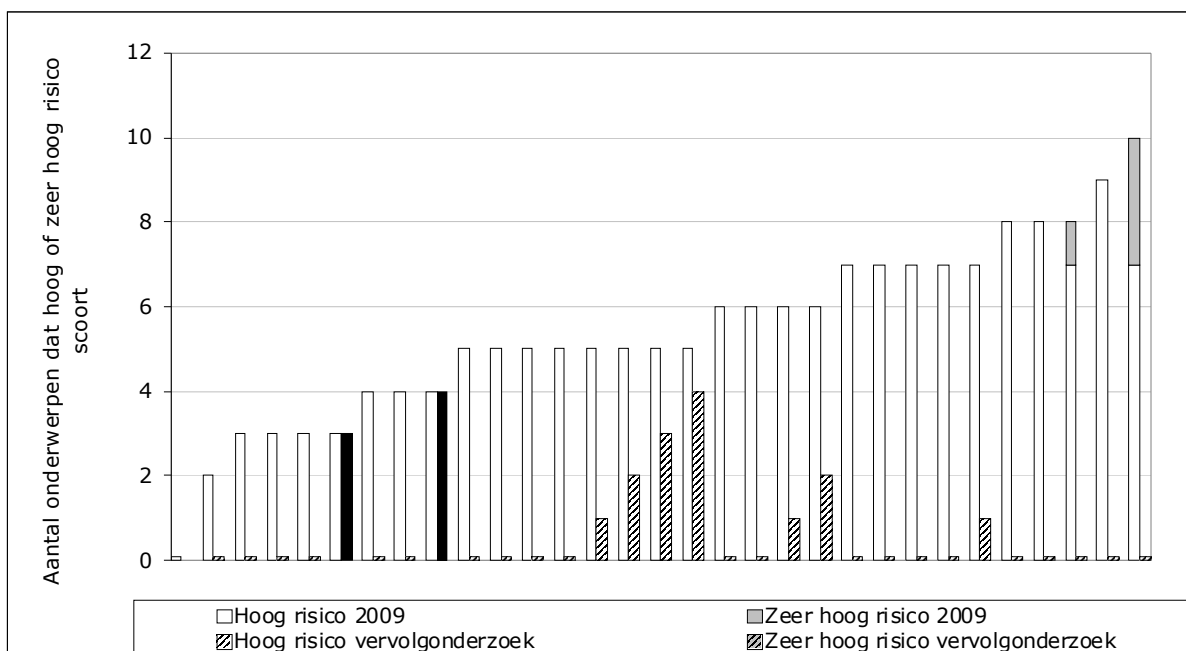
Figuur 6b: Gehandicaptenzorg intramuraal (n=35); verdeling van de risico's per onderwerp tijdens het vervolgonderzoek 2010/2011

De nog niet opgeheven hoge en zeer hoge risico's waren verdeeld over alle onderwerpen behalve beschikbaarheid.

4.5

Gehandicaptenzorg semimuraal 87% minder hoge risico's

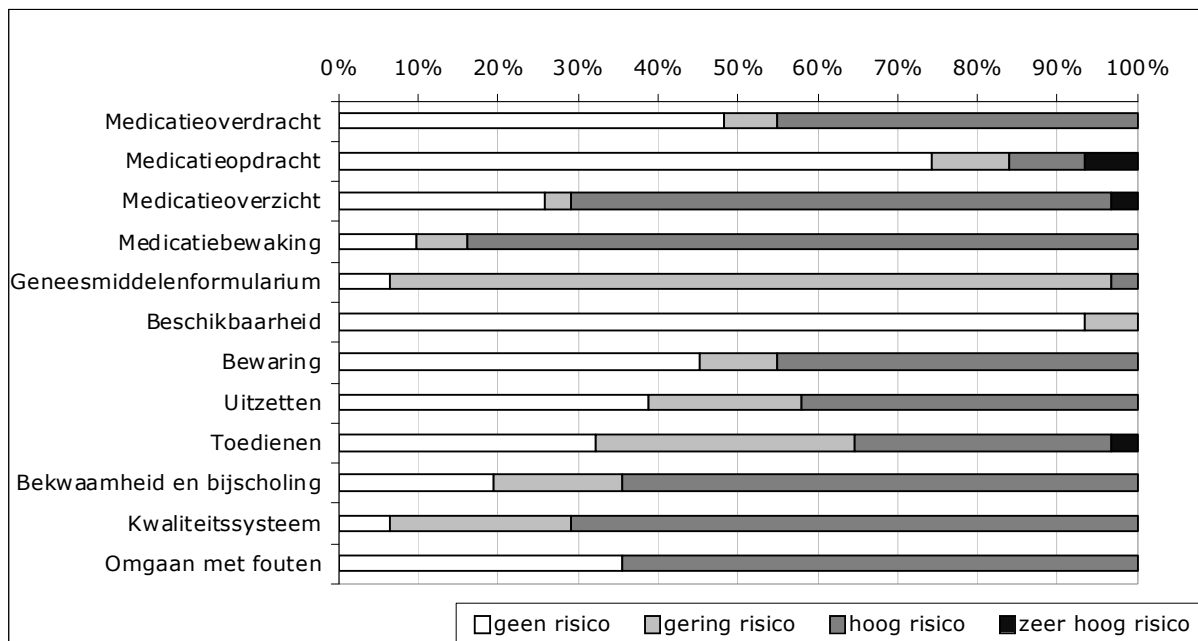
Het aantal hoge en zeer hoge risico's nam bij de instellingen/locaties voor gehandicaptenzorg semimuraal van 161 in 2009/2010 af naar 21 in 2010/2011; dat is een afname van 87%.



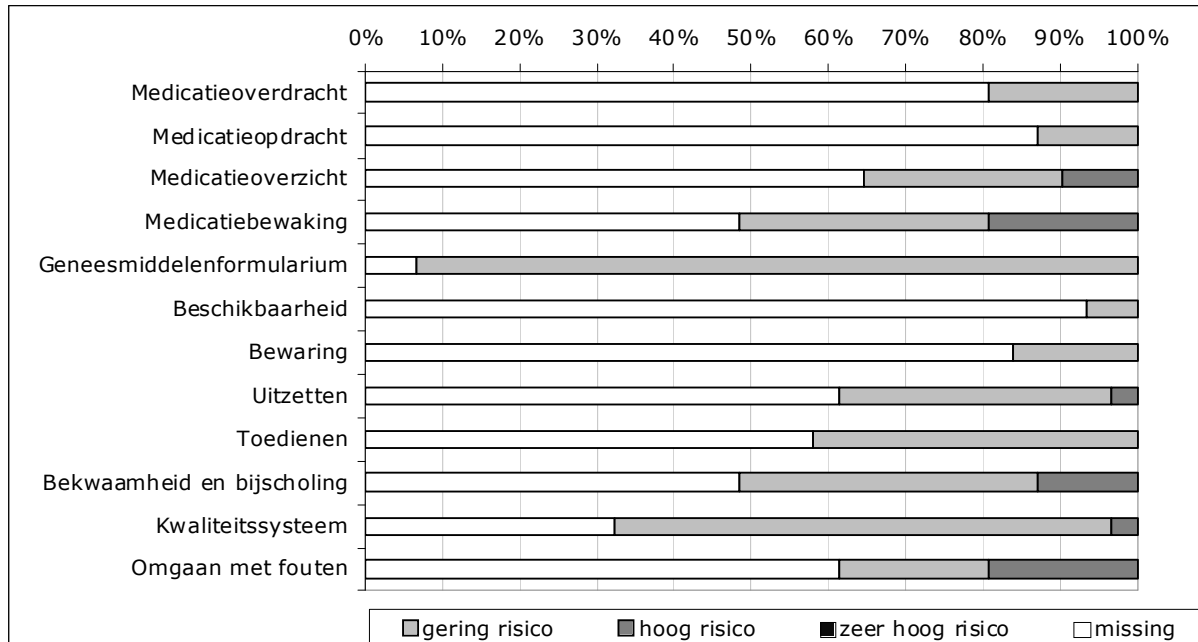
Figuur 7: Gehandicaptenzorg semimuraal (n=31); het aantal onderwerpen dat per bezochte instelling/locatie tijdens het eerste inspectiebezoek en tijdens het vervolgonderzoek hoog of zeer hoog risico scoorde.

Bij 1 van de 31 instellingen/locaties voor gehandicaptenzorg semimuraal was geen vervolgonderzoek door de inspectie noodzakelijk omdat deze instelling/locatie tijdens het thematisch toezicht medicatieveiligheid 2009/2010 geen hoge of zeer hoge risico's scoorde. Eventuele geringe risico's moesten door de Raad van Bestuur van de instelling/locatie aangepakt worden.

Van de 30 instellingen/locaties die de inspectie tijdens het vervolgonderzoek beoordeelde, scoorde geen enkele instelling nog zeer hoog risico; 7 instellingen scoorden bij één tot vier onderwerpen hoog risico. Van 2 instellingen (zwart gearceerd in figuur 7) waren de onderzoeksresultaten bij de start van de gegevensanalyse op 8 april 2011 nog niet beschikbaar. Van deze instellingen zijn de scores van het thematisch toezicht 2009/2010 blijven staan. Van de 30 herbeoordeelde instellingen/locaties voor gehandicaptenzorg semimuraal had 23% op de peildatum van 8 april 2011 nog één of meer hoge risico's niet opgegeven.



Figuur 8a: Gehandicaptenzorg semimuraal (n=31); verdeling van de risico's per onderwerp tijdens het inspectiebezoek 2009/2010

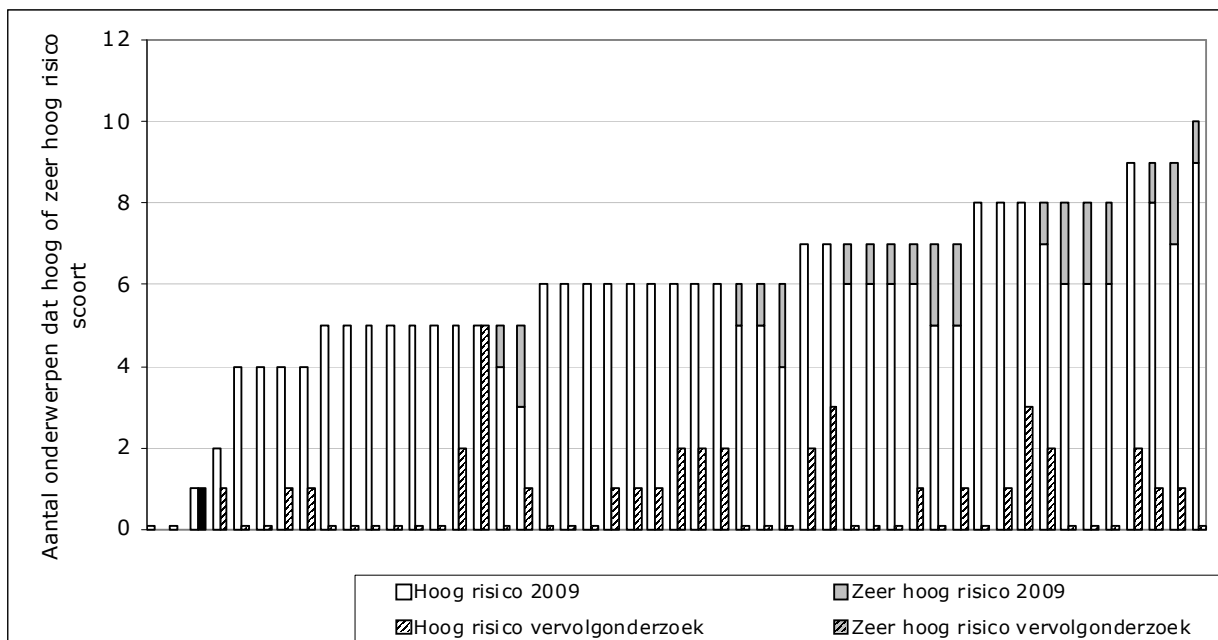


Figuur 8b: Gehandicaptenzorg semimuraal (n=31); verdeling van de risico's per onderwerp tijdens het vervolgonderzoek 2010/2011

De nog niet opgegeven hoge risico's waren verdeeld over de volgende onderwerpen: medicatieoverzicht, medicatiebewaking, uitzetten, bekwaamheid en (bij)scholing, kwaliteitssysteem en omgaan met fouten.

4.6 87% minder hoge en zeer hoge risico's bij thuiszorg

Het aantal hoge en zeer hoge risico's bij de 49 instellingen voor thuiszorg nam van 290 in 2009/2010 af naar 38 in 2010/2011; dat is een afname van 87%.

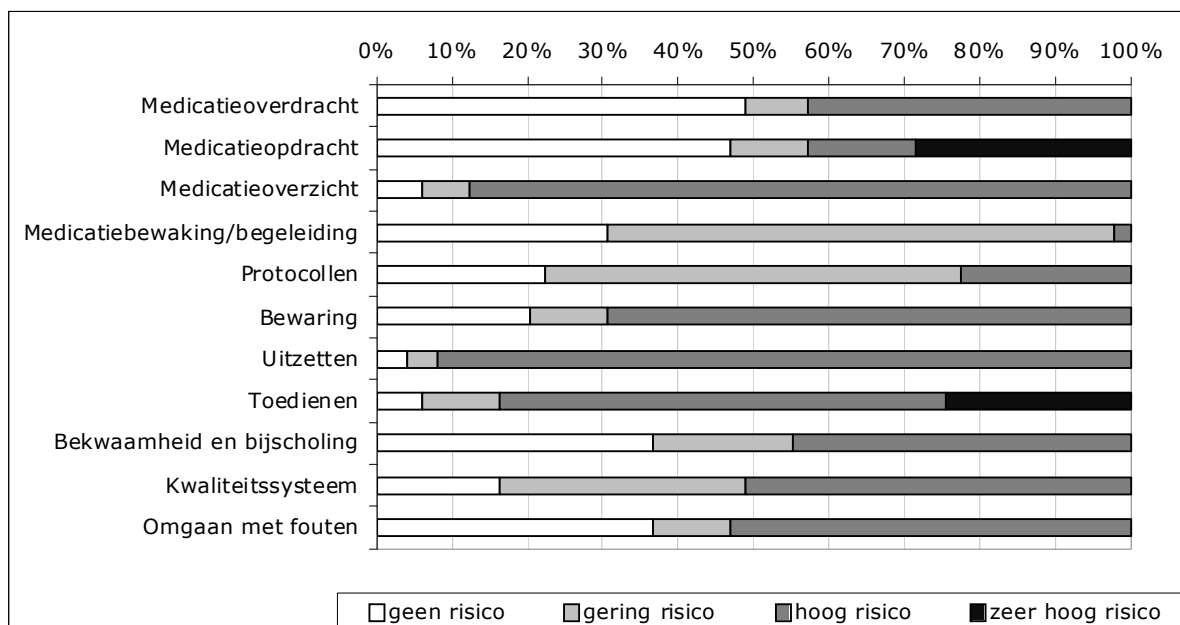


Figuur 9: Thuiszorg (n=49); het aantal onderwerpen dat per bezochte instelling voor thuiszorg tijdens het eerste inspectiebezoek en tijdens het vervolgonderzoek hoog of zeer hoog risico scoorde.

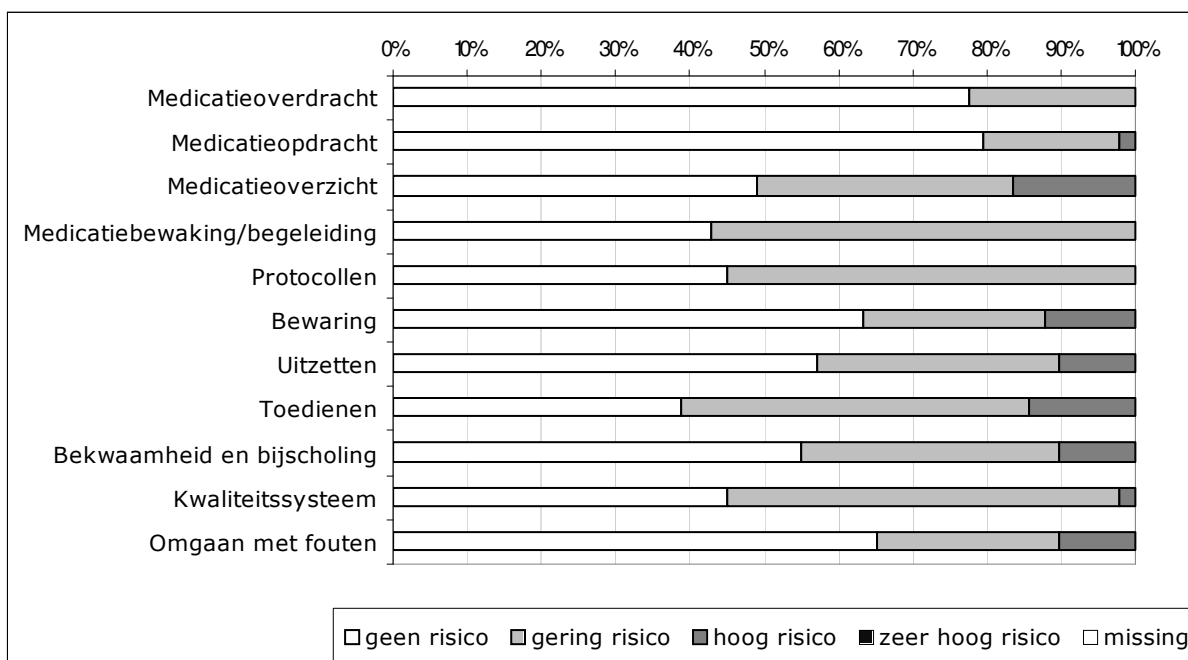
Bij 2 van de 49 thuiszorginstellingen was geen vervolgonderzoek door de inspectie noodzakelijk omdat deze instellingen tijdens het thematisch toezicht medicatieveiligheid 2009/2010 geen hoge of zeer hoge risico's scoorden. Eventuele geringe risico's moesten door de Raad van Bestuur van de organisaties aangepakt worden.

Van de 47 instellingen voor thuiszorg die de inspectie tijdens het vervolgonderzoek beoordeelde, scoorde geen enkele instelling nog zeer hoog risico; 22 instellingen scoorden bij één tot vijf onderwerpen hoog risico. Van 1 instelling (zwart gearceerd in figuur 9) waren de onderzoeksresultaten bij de start van de gegevensanalyse op 8 april 2011 nog niet beschikbaar. Van deze instelling zijn de scores van het thematisch toezicht 2009/2010 blijven staan. Van de 47 herbeoordeelde thuiszorginstellingen had 47% op 8 april 2011 nog 1 of meer hoge risico's niet opgegeven.

Bij de thuiszorg was het percentage instellingen dat in april 2011 nog één of meer hoge of zeer hoge risico's niet had opgegeven opvallend hoger dan bij de andere sectoren. Als oorzaak van de trage verbeteringen brachten thuiszorgorganisaties naar voren dat zij niet konden beschikken over een handreiking medicatieveiligheid van een brancheorganisatie; zij moesten veel zelf ontwikkelen. Verder gaven zij aan dat zij bij de opheffing van een aantal risico's aangewezen waren op samenwerking met huisartsen en apothekers. Een aantal thuiszorgorganisaties signaleerde dat sommige huisartsen hun patiënten adviseerden om naar een ander thuiszorgorganisatie over te stappen. Zij vonden het te lastig om te voldoen aan de terechte vraag van de thuiszorgorganisatie om voor voorbehouden handelingen een uitvoeringsverzoek te schrijven.



Figuur 10a: Thuiszorg (n=49); verdeling van de risico's per onderwerp tijdens het inspectie-bezoek 2009/2010



Figuur 10b: Thuiszorg (n=49); verdeling van de risico's per tijdens het vervolgonderzoek 2010/2011

De nog niet opgeheven hoge risico's waren verdeeld over bijna alle onderwerpen. Alleen de onderwerpen medicatieoverdracht^h, bewaking/begeleiding en protocollen scoorden geen hoog of zeer hoog risico bij het vervolgonderzoek.

^h Definitie nog niet volgens Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens.

4.7 **Aanbevelingen inspectie opgepakt in *Task Force* Medicatieveiligheid**

De inspectie heeft op haar verzoek van verschillende cliënten, beroeps- en brancheorganisaties reacties gekregen op de aanbevelingen in het rapport 'Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende' van september 2010. In de volgende paragrafen staan de belangrijkste reacties geciteerd. De meeste organisaties kozen ervoor om alleen via de *Task Force* Medicatieveiligheid te reageren (bijlage 4). Enkele reageerden ook afzonderlijk.

4.7.1 *Aanbevelingen voor alle sectoren aan de beroeps- en brancheorganisaties*

Aanbeveling inspectie:

"Stel, in overleg met andere branche- en beroepsorganisaties, vóór 2012 een veldnorm op over de bewaartermijn van medicatieoverzichten en medicatiedeellijsten."

Reactie *Task Force* Medicatieveiligheid:

"De juridische aspecten met betrekking tot de bewaartermijnen worden uitgezocht. Hierover vindt ook overleg plaats met VWS en KNMG. Vervolgens wordt nagegaan of en zo ja, tot welke afspraak kan worden gekomen."

Aanbeveling inspectie:

"Ontwikkel, samen met andere betrokken partijen in de zorg, een veldnorm voor de deskundigheid van medewerkers die betrokken zijn bij de farmaceutische zorg."

Reactie *Task Force* Medicatieveiligheid:

"In de VGN-Handreiking medicatiebeleid⁵ is aangegeven dat medewerkers die betrokkenheid hebben bij het medicatieproces daartoe voldoende deskundigheid moeten hebben. Uitwerking van criteria ten aanzien van deskundigheid vindt plaats op instellingsniveau."

Reactie Verenso;

"Verenso onderneemt actie om de deskundigheid bij medewerkers die betrokken zijn bij de farmaceutische zorg te verhogen. In samenwerking met ActiZ en V&VN wordt gewerkt aan het positioneren van een HBO-opgeleide verpleegkundige in de geriatrie en gerontologie. Door het niveau van medewerkers te verhogen, wordt de deskundigheid van medewerkers die betrokken zijn bij de farmaceutische zorg verhoogd."

Reactie ActiZ:

"In de *Task Force* komt het farmaceutische proces aan de orde: aansluitend daarop is van belang dat duidelijk is welke deskundigheid zorgmedewerkers moeten hebben. Deskundigheid is gekoppeld aan bekwaam- en bevoegdheid conform de Wet BIG. Belangrijk is dat medewerkers daadwerkelijk over deskundigheid beschikken en zo nodig worden (bij)geschoold. In de nieuwe Handreiking zal deskundigheid een thema zijn."

4.8 **Aanbevelingen aan de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)**

Aanbeveling inspectie:

"Normeer, vóór 2012, dat voor geneesmiddelen gebruikgemaakt wordt van zodanige verpakkingen dat identificatie van elk individueel geneesmiddel tot het moment van inname mogelijk is."

Reactie KNMP:

"Deze aanbeveling is meegenomen in de herziening van de Norm voor Geautomatiseerde geneesmiddeldistributiesystemen (GDS)⁶. Momenteel overlegt de KNMP hierover met het GDS-Platform. We verwachten dat deze herzieningsronde zomer 2011 af is. Het document zal te zijner tijd via www.knmp.nl benaderbaar zijn."

Aanbeveling inspectie:

"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."

Reactie KNMP:

"In het landelijk project Medicatieoverdracht is een ontwerp gemaakt voor een uniform medicatieoverzicht. Met softwarehuizen worden nu afspraken gemaakt dit medicatieoverzicht in hun (Z)AIS-systeem in te bouwen. In de werkgroep Medicatieoverdracht van de *Task Force* zal een ontwerp voor een uniforme medicatiedeellijst worden ontwikkeld, welke in lijn is met dit uniforme medicatieoverzicht.

Bovendien is deze aanbeveling meegenomen in de herziening van de Norm voor Geautomatiseerde geneesmiddeldistributiesystemen (GDS). Momenteel overlegt de KNMP hierover met het GDS-Platform.

We verwachten dat deze herzieningsronde zomer 2011 af is. Het document zal te zijner tijd via www.knmp.nl benaderbaar zijn."

Aanbeveling inspectie:

"Normeer, vóór 2012, dat retourmedicatie, waar nodig, door de apotheek thuis opgehaald kan worden."

Reactie KNMP:

"In de NAN 7 is opgenomen dat de apotheker desgevraagd retourgeneesmiddelen afvoert. In de volgende conceptrichtlijnen is beschreven dat de apotheker actief geneesmiddelen ophaalt:

- Richtlijn 'Zorg voor mensen met geneesmiddelen in geïndividualiseerde distributievorm'.⁸
- Richtlijn 'Farmaceutische zorg bij ontslag uit het ziekenhuis'.⁹

Daarnaast zullen in dit kader duidelijke afspraken moeten worden gemaakt met verpleeg- en verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en thuiszorg. Dit punt zal worden meegenomen in de werkgroep Farmaceutische zorg van de *Task Force*."

Aanbeveling inspectie:

"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."

Reactie KNMP:

"Standpunt van de KNMP is dat dit bij elke eerste uitgifte patiënteninformatie moet worden meegeleverd. Daarnaast adviseert de KNMP om tenminste eens per jaar een nieuw exemplaar te overhandigen aan de patiënt of diens verzorger."

Deze aanbeveling is meegenomen in de herziening van de Norm voor Geautomatiseerde geneesmiddeldistributiesystemen (GDS). Momenteel overlegt de KNMP hierover met het GDS-Platform. We verwachten dat deze herzieningsronde zomer 2011 af is. Het document zal te zijner tijd via www.knmp.nl benaderbaar zijn."

Aanbeveling inspectie:

"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."

Reactie KNMP:

"Deze aanbeveling is meegenomen in de herziening van de Norm voor Geautomatiseerde geneesmiddeldistributiesystemen (GDS). Momenteel overlegt de KNMP hierover met het GDS-Platform. We verwachten dat deze herzieningsronde zomer 2011 af is. Het document zal te zijner tijd via www.knmp.nl benaderbaar zijn."

Aanbeveling inspectie:

"Lever, vanaf 1 januari 2012, bij verdeeldozen of geneesmiddelen die verpakt zijn via een Geautomatiseerd Distributie Systeem een deellijst waarop de medicatie per medicament kan worden afgetekend."

Reactie KNMP:

"Deze aanbeveling is meegenomen in de herziening van de Norm voor Geautomatiseerde geneesmiddeldistributiesystemen (GDS). Momenteel overlegt de KNMP hierover met het GDS-Platform. We verwachten dat deze herzieningsronde zomer 2011 af is. Het document zal te zijner tijd via www.knmp.nl benaderbaar zijn."

Verder wordt dit punt ook opgepakt in de werkgroep Farmaceutische Zorg van de *Task Force*.

Uit de Richtlijn overdracht van medicatiegegevens vloeit verder voort dat er bij andere vormen van verpakkingen ook altijd een medicatieoverzicht moet worden meegeleverd."

Aanbeveling inspectie:

"Normeer dat artsen en apothekers vanaf 1 januari 2011 gezamenlijk bij elke cliënt in de *care*sector minimaal één maal per jaar een medicatiebeoordeling met verzorging/cliënt houden."

Reactie KNMP:

"De KNMP is warm voorstander van deze aanbeveling. Medicatiebeoordeling is meegenomen in de concept prestatiebeschrijvingen."

Aanbeveling inspectie:

"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."

Reactie KNMP:

"Vanuit het oogpunt van verantwoorde zorg is goede samenwerking van belang tussen apothekers en verzorgingshuis. De keuzevrijheid van de cliënt dient hierbij gerespecteerd te worden. Indien de instelling het medicatiebeheer heeft overgenomen van de cliënt en zij dit vanuit organisatorisch oogpunt afsprekt, ligt de verantwoordelijkheid hiervoor bij de instelling."

4.8.1

Aanbevelingen aan cliëntenorganisaties (LOC, NPCF, Platform VG)

Aanbeveling inspectie:

"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."

Reactie *Task Force* Medicatieveiligheid:

"Vanuit de cliëntenorganisaties wordt de mogelijke rol en verantwoordelijkheid van de cliënt (en mantelzorger) continu benadrukt. Dit is ook ingebracht in de procesbeschrijving en activiteiten en producten.

- Patiëntveiligheidskaarten: NPCF heeft een patiëntveiligheidskaart ontwikkeld over het actuele medicatieoverzicht en een *flyer* van deze kaart met achtergrondinformatie voor zorgverleners. Momenteel werkt de NPCF samen met andere organisaties aan het toepasbaar maken van deze patiëntveiligheidskaart voor de *care*. Via www.mijnzorgveilig.nl kunnen zorgverleners gratis Patiëntveiligheidskaarten downloaden. Alleen samen met de patiënt kunnen zorgverleners en apothekers het medicatieoverzicht actueel houden. Het gaat tenslotte om de patiënt zelf en hij of zij is de enige constante factor in het hele medicatieproces.
- IVM en LOC voeren op dit moment een project uit: 'Medicatieveiligheid, Kauwen en Bewegen'. De cliëntenraden krijgen een handvat om het thema medicatieveiligheid te bespreken met de bestuurder. Tevens wordt de huidige handreiking voor cliëntenraden herzien. In 2010 zijn er bijeenkomsten rondom dit thema georganiseerd. De nieuwe handreiking zal tijdens bijeenkomsten in 2011 aan de orde komen.
- Ook wordt gedacht aan andere communicatiemiddelen, zoals posters om zowel zorgverleners als cliënten (en hun mantelzorgers) bewust te maken van de rol die patiënten kunnen spelen."

4.8.2 *Aanbevelingen aan branche- en beroepsorganisaties verpleeghuizen (o.a. ActiZ, Verenso, V&VN, Sting)*

Aanbeveling inspectie:

"Actualiseer vóór 2012, samen met andere betrokken partijen in de zorg, de norm 'Farmaceutische zorg in verpleeghuizen' van 1998¹¹. Leg vast wanneer deze veldnorm weer geëvalueerd en bijgesteld moet worden."

Reactie *Task Force* Medicatieveiligheid:

"Bedoeld is de deels verouderde handreikingen voor de verpleeghuizen en verzorgingshuizen te herzien, en te voorzien in een handreiking voor de thuiszorg, die op dit moment nog ontbreekt. (We gebruiken vooralsnog de term 'handreiking', maar er wordt nog nagedacht over de vorm. Wellicht is een andere vorm effectiever.)"

Reactie Verenso:

"De norm 'Farmaceutische zorg in verpleeghuizen' wordt in samenwerking met ActiZ in 2011 geactualiseerd. Daarbij zal worden vastgelegd wanneer deze veldnorm wordt geëvalueerd en bijgesteld."

Reactie ActiZ:

".....actualiseren van de norm 'Farmaceutische zorg in verpleeghuizen' is opgepakt in het kader van de *Task Force* voor wat betreft de ketenaspecten (farmaceutisch proces). ActiZ zal tegelijkertijd uitwerking geven aan de interne aspecten voor de zorgorganisatie (nieuwe 'Handreiking' opstellen)."

Aanbeveling inspectie:

"Stimuleer dat de specialisten ouderengeneeskunde en de apothekers vanaf 2011 gezamenlijk per cliënt minimaal twee maal per jaar een medicatiebeoordeling met verzorging/cliënt houden."

Reactie Verenso:

"In de continue systematische langdurige en multidisciplinaire zorg is het noodzakelijk om periodiek te overleggen. Periodiek houdt minimaal twee keer per jaar in. In deze periodieke overleggen wordt de medicatiebeoordeling besproken. Deze overleggen vinden al plaats."

Aanbeveling inspectie:

"Stimuleer dat de specialisten ouderengeneeskunde met de apotheker afspreken dat deze vanaf 2011 de voorschriften die afwijken van het geneesmiddelenformulier inbrengt tijdens de medicatiebeoordeling en het farmacotherapeutisch overleg (FTO) zodat gemotiveerd afwijken, leidt tot kwaliteitsverbetering."

"Specialisten ouderengeneeskunde nemen deel aan de onderzoeken die door het Expertisecentrum Pharmacotherapie bij Ouderen worden uitgevoerd. In dit gremium participeren apothekers, klinisch geriaters, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Het doel is om het geneesmiddelenformulier aan te passen voor de kwetsbare ouderen. Daarmee treedt een grote kwaliteitsverbetering op."

4.8.3 *Aanbevelingen aan branche- en beroepsorganisaties verzorgingshuizen (o.a. ActiZ, Verenso, KNMP, LHV en NHG)*

Aanbeveling inspectie:

"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."

Reactie Task Force Medicatieveiligheid

"....dat goede samenwerking tussen betrokken partijen (artsen, apothekers en zorgorganisatie) en het maken van ketenafspraken cruciaal is voor de veiligheid in het medicatieproces. Een beperking van het aantal artsen en apothekers, zoals aanbevolen door de IGZ, is geen doel op zich, maar kan een manier zijn om die samenwerking en het maken van afspraken te bevorderen."

Reactie LHV:

"De Handreiking Complexe Ouderenzorg die de LHV in 2009¹² heeft ontwikkeld, voorziet in aanbevelingen om het aantal huisartsen in verzorgingshuizen te beperken. Er lopen in het land een aantal *pilots* waarbij dit verder ontwikkeld wordt (o.a. MOVIT). De LHV is bezig een toolkit Ouderenzorg te ontwikkelen waarbij bovenstaande problematiek ook verder uitwerking zal krijgen."

Reactie Verenso:

"In het kader van verantwoorde zorg in verzorgingshuizen wordt de specialist ouderengeneeskunde steeds vaker gevraagd om mee te kijken naar patiënten met complexe comorbiditeit. Onderdeel van deze consultatie is de medicatie. Door de specialist ouderengeneeskunde te laten meekijken, wordt een stimulans gegeven aan het beperken van het aantal huisartsen en daarmee apothekers. Verenso draagt bij aan het inzetten van de expertise van een specialist ouderengeneeskunde onafhankelijk van de verblijfssetting."

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

Aanbeveling inspectie:

"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 uitmaakt van die commissie."

Reactie Task Force Medicatieveiligheid

"De VGN-Handreiking medicatiebeleid gaat uit van het instellen van een geneesmiddelencommissie door de zorginstelling en deelname van een apotheker en huisarts in die commissie. De taakstelling van de geneesmiddelencommissie correspondeert met de aanbeveling van de IGZ."

Aanbeveling inspectie:

"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."

Reactie *Task Force* Medicatieveiligheid

"De VGN-Handreiking medicatiebeleid gaat ervan uit dat een zorginstelling minimaal één maal per jaar aandacht heeft voor risicomomenten en foutenbronnen in het eigen medicatieproces en in de relatie met (huis-)artsen en apothekers. Ook een evaluatie van het medicijngebruik van de cliënt vindt minimaal één maal per jaar plaats. De voorschrijvende arts is er voor verantwoordelijk dat de evaluatie plaatsvindt; de instelling spant zich in voor het doen laten plaatsvinden van de evaluatie."

Reactie LHV:

"De LHV onderschrijft het belang dat de inspectie hieraan hecht. In de Handreiking Complexe Ouderenzorg staat een stappenprotocol voor verbetering van de farmaceutische zorg in het verzorgingshuis. Hierin is ook de jaarlijkse medicatiebeoordeling opgenomen. De extra inzet van huisartsen voor verbetering van het farmaceutisch proces is onderdeel van de module 'Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis'."

Aanbeveling inspectie:

"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."

Reactie *Task Force* Medicatieveiligheid

"De VGN-Handreiking medicatiebeleid legt de verantwoordelijkheid hiervoor bij de apotheker. Minimaal eens per jaar vindt een medicatiereview plaats tussen voorschrijvend arts en apotheker. De artsen in de VG-sector maken medicatieafspraken in hun farmacotherapieoverleg."

4.8.5

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

Aanbeveling inspectie:

"Stel vóór 2012 samen met andere betrokken partijen een veldnorm/handreiking op over hulp bij medicatie in de thuissituatie."

Reactie *Task Force* Medicatieveiligheid

"Bedoeld is de deels verouderde handreikingen voor de verpleeghuizen en verzorgingshuizen te herzien, en te voorzien in een handreiking voor de thuiszorg, die op dit moment nog ontbreekt. (We gebruiken vooralsnog de term 'handreiking', maar er wordt nog nagedacht over de vorm. Wellicht is een andere vorm effectiever.)"

Reactie ActiZ:

"Is opgepakt in het kader van de *Task Force* voor wat betreft de ketenaspecten, met tegelijkertijd uitwerking naar de interne aspecten voor de zorgorganisatie (opstellen 'Handreiking thuiszorg')."

Reactie LHV:

De LHV benoemt in een aantal punten wat van de huisarts als bijdrage aan veilig medicatiegebruik thuis mag worden verwacht.

"De LHV streeft naar verdere optimalisatie van medicatieveiligheid in de thuis-situatie. Participatie in de *Task Force* zal bijdragen aan in het bijzonder de ontwikkeling van praktische handvaten voor de thuiszorg."

Aanbeveling inspectie:

"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."

Reactie BTN:

"Middels speciale uitgaven van onze Nieuwsbrief houdt BTN haar leden op de hoogte van de voortgang en heeft zij de leden geadviseerd de volgende stappen uit te voeren:

- Een medewerker van de organisatie de coördinatie van de farmaceutische zorg op zich te laten nemen.
- Indien er geen geschikte medewerker aanwezig is iemand aan te stellen om deze coördinatie op zich te nemen.
- Initiatieven ontplooiën voor het maken van afspraken met apothekers en huisartsen.
- Verdere afstemming zoeken met partijen over de lopende afspraken."

Reactie ActiZ:

"Is onderdeel van de nieuwe handreiking farmaceutische zorg thuis."

4.8.6

Aanbevelingen aan ministerie van VWS en Zorgverzekeraars

Aanbeveling inspectie:

"De inspectie adviseert daarom aan de bewindslieden en de zorgverzekeraars om zorg te dragen voor een adequate financiering van deze veiligere, 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."

Reactie ministerie van VWS:

"Wat betreft de eerste twee aanbevelingen is gestimuleerd dat apothekers met zorgverzekeraars afspraken kunnen maken over adequate financiering. Hieruit is voortgekomen dat er prestatiebeschrijvingen zijn gemaakt waarmee de apothekers gecontracteerd kunnen worden voor hun zorgverlening."

Reactie Zorgverzekeraars Nederland

"Ten aanzien van medicatieveiligheid is door verzekeraars geen centraal beleid gedefinieerd. Medicatieveiligheid wordt opgepakt in de regionale gesprekken die de

zorgkantoren voeren met de instellingen, waarbij ook gebruik wordt gemaakt van signalen van de inspectie. Tijdens de reguliere contactmomenten worden hier afspraken over gemaakt en worden deze afspraken geëvalueerd. Voor de financiering van dergelijke projecten worden diverse bronnen gebruikt. Mocht blijken dat de medicatieveiligheid niet gewaarborgd is dan wordt er met de instelling een traject ter verbetering afgesproken. In het uiterste geval kan tot ontbinding van het contract worden overgegaan.

Naast het voeren van de individuele gesprekken maken zorgverzekeraars ook gebruik van de gegevens van de kwaliteitskaders waarin medicatieveiligheid is opgenomen als indicator. Deze gegevens worden gebruikt onder andere bij de inkoopgesprekken."

Aanbeveling inspectie:

"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."

Reactie ministerie van VWS:

"Wat betreft de laatste aanbeveling, zijn er contacten geweest met het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM), dat de huidige BEM voor verpleeg- en verzorgingshuizen aan het ombuigen is voor gebruik in de zorg thuis. Met name de training die gekoppeld is aan de werkwijze en het instrument wordt aangepast. Dit jaar wordt de thuiszorg actief benadert voor implementatie.

Voor de gehandicaptenzorg is het lastig om één BEM te ontwikkelen. Het IVM acht het wenselijk om een training/workshop 'signaleren juist medicatiegebruik' te ontwikkelen voor deze sector. Het signaleren/screenen van eigen gebruik zou hierin onderdeel zijn. Hiermee willen zij dit jaar nog starten."

5 Summary

In this report, the Health Care Inspectorate presents the results of a follow-up study examining medication safety in long-term residential care and domiciliary care services.

In September 2010, the Inspectorate published a report of its monitoring of medication safety in the long-term care sector, conducted between May 2009 and March 2010 among a total of 208 care providers. The report concluded that most aspects of medication safety were satisfactory among the 46 nursing homes and 47 care homes visited. However, the Inspectorate noted many serious risks to the safety of pharmaceutical care in almost all of the 66 locations providing care for persons with a mental disability. Similarly, many of the 49 domiciliary care organizations inspected had not taken adequate measures to ensure the required degree of medication safety.

Between April 2010 and April 2011, the Inspectorate subjected 196 of these 208 care providers to further assessment, being those in which 'high' or 'extremely high' risks had been noted in 11 or 12 of the aspects examined during the 2009/2010 study. (The follow-up investigation therefore excluded the twelve organizations in which no such risks had been found.)

In all sectors, there was a significant reduction in the number of organizations in which 'high' or 'extremely high' risks exist. Specifically, an 84% decrease was noted among the nursing homes, 89% for care homes, 80% and 87% for residential and semi-residential facilities for the disabled respectively, and 87% among domiciliary care organizations. The overall percentage of the 208 care providers which had shown 'high' or 'extremely high' risks in one or more aspects fell from 94% to just 27%. This clearly represents a major improvement in medication safety. The Inspectorate continued to monitor those organizations which had not yet shown adequate improvement until the required level of medication safety had been achieved. In three cases, the Inspectorate was constrained to implement a regime of enhanced supervision.

The current report also describes the action taken by the key stakeholders – client organizations, professional federations, sector organizations, the Ministry of Health and health insurers – further to the recommendations issued by the Inspectorate in 2010. In September 2010, various client and professional organizations joined forces to establish the preconditions for a further reduction of risks in the long-term care sector. They have formed the Medication Safety Taskforce which will discuss the Inspectorate's recommendations and, where possible, translate them into formal agreements intended to enhance medication safety. The Taskforce expects to be able to present its initial results during the latter half of 2011, whereupon the agreements can be implemented by the sector organizations.

In the current report, the Inspectorate emphasizes that it is the managers of the various organizations within the long-term care sector who are responsible for ensuring that medication safety is at the required level. To do so, they may draw upon the Inspectorate's report of September 2010 as well as the many guidelines and protocols developed by the client and professional organizations. Given the attention devoted to medication safety by the various inspection reports and guidelines, the Inspectorate will take affirmative action should any shortcomings be noted in future.

Literatuurlijst

- 1 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. Utrecht: IGZ 2010.
- 2 Toezichtkader. Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. Utrecht: IGZ 2011.
- 3 Richtlijn Overdracht medicatiegegevens in de keten. Projectgroep overdracht medicatiegegevens in de keten: Utrecht; 2008.
- 4 Beleidsregel BR/CU-5046. Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg. Van kracht per 1 januari 2012. NZa; 2011.
- 5 Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. ActiZ, VGN, GGZ Nederland; 2011
- 6 VGN-Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg. Actualisatie mei 2011. VGN; 2011
- 7 Kwaliteitsnorm Geautomatiseerde Geneesmiddeldistributie Systemen. KNMP; 2007
- 8 Nederlandse Apotheek Norm (NAN). KNMP/WINAp; 2006.
- 9 (Concept)Richtlijn Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in geïndividualiseerde distributievorm. KNMP-WSO; 2011.
- 10 Richtlijn Farmaceutische zorg bij ontslag uit het ziekenhuis. KNMP-WSO; 2011
- 11 Farmaceutische zorg in verpleeghuizen. Utrecht: NVVz, KNMP, NVVA, NVZA; 1998.
- 12 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.

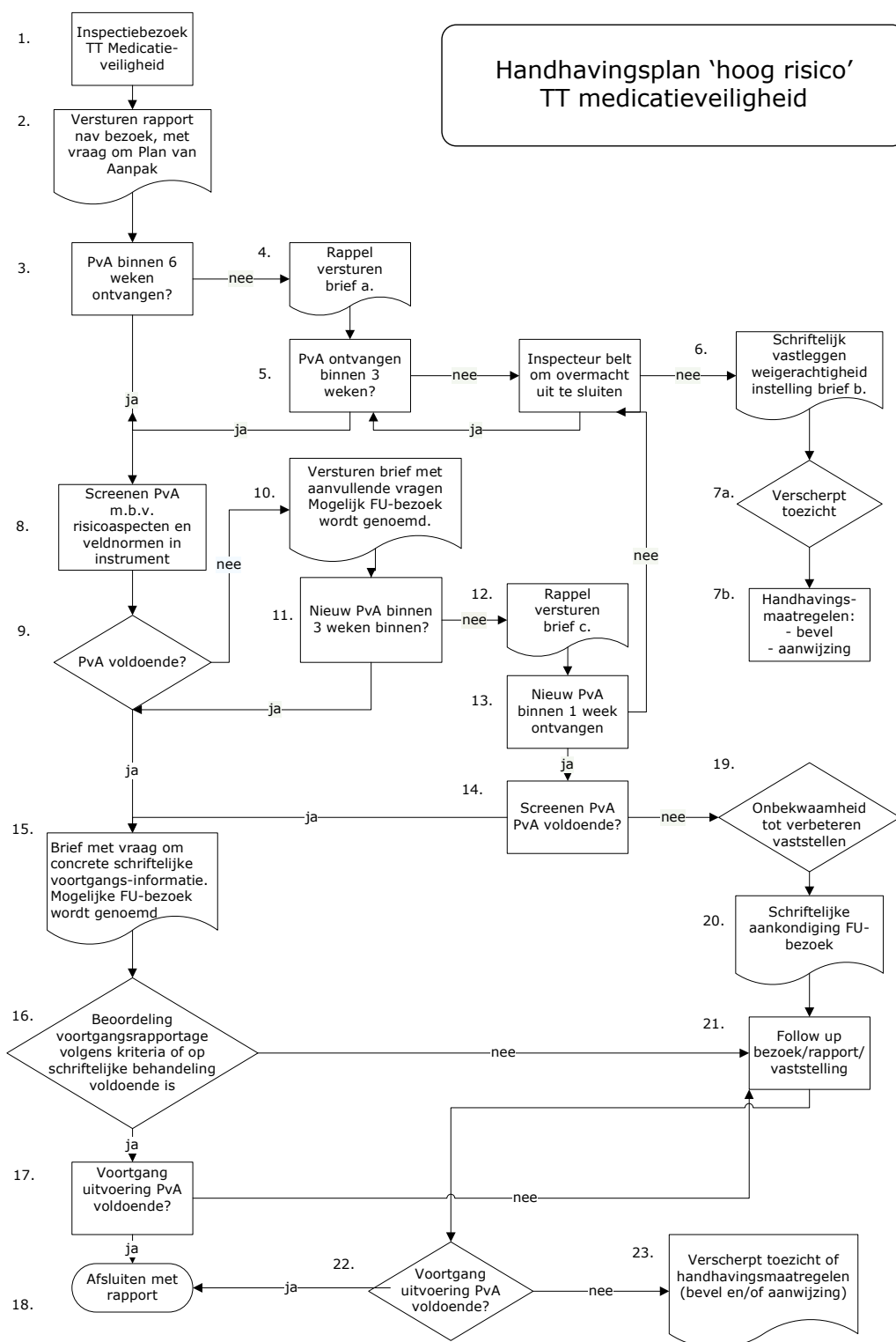
Bijlage 1 Bij toezicht op medicatieveiligheid gebruikte veldnormen

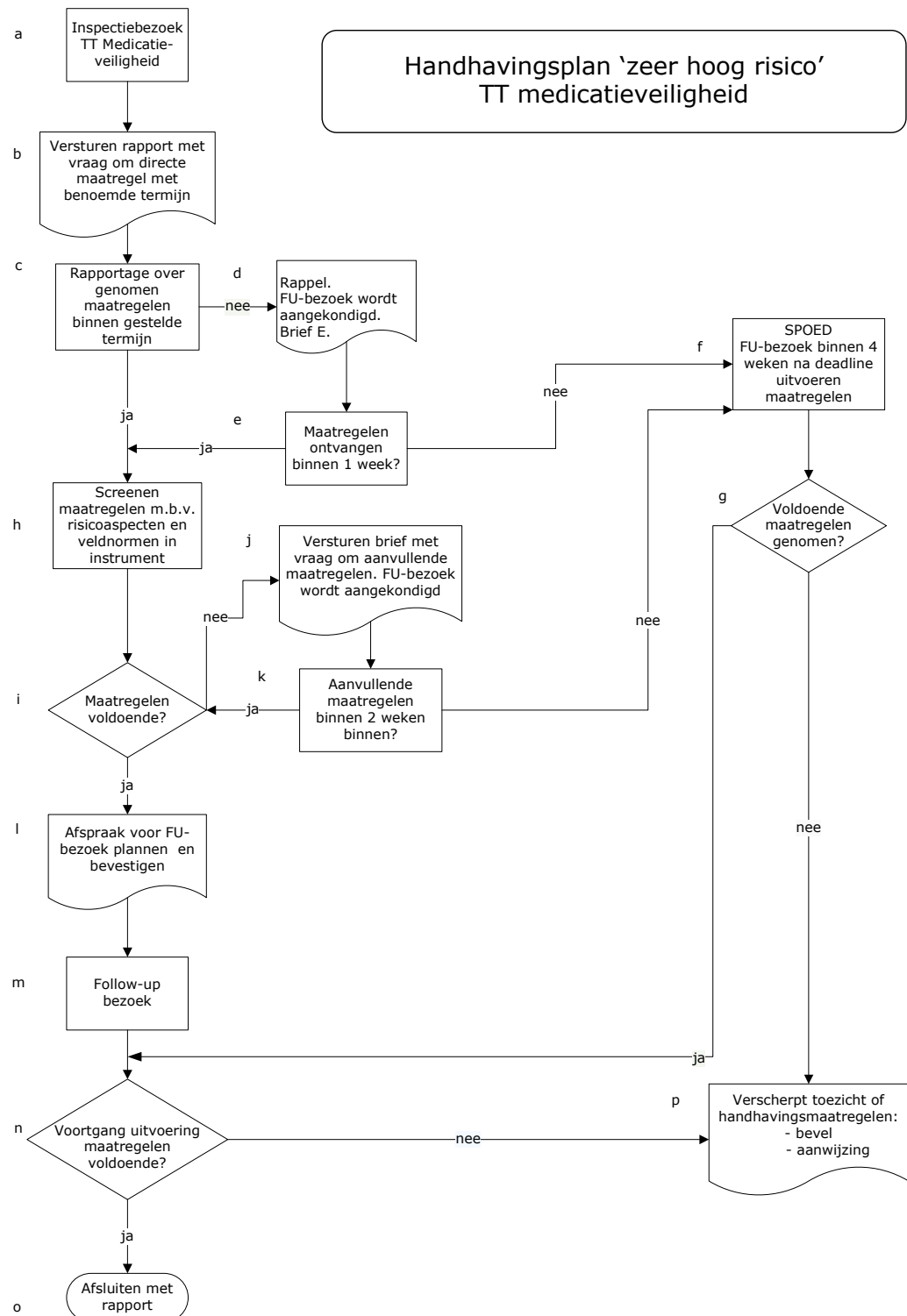
De veldnormen zijn geselecteerd op basis van de te beoordelen onderwerpen en risicoaspecten.

- 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 geriater. 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.
- Beroepsdeelprofiel 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 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 Brief Task Force Medicatieveiligheid



Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
T.a.v. mevrouw J.F. de Vries, Hoofdinspecteur
verpleging en chronische zorg
Postbus 2680
3500 GR UTRECHT

Onderwerp uw brief d.d. 16 maart 2011 m.b.t. aanbevelingen medicatieveiligheid

datum
11 april 2011

Geachte mevrouw De Vries,

ons kenmerk
AB/11u.0501

Het verbeteren van de medicatieveiligheid vraagt inzet van alle schakels in de keten: cliënten, artsen, apothekers, zorgmedewerkers, zorgorganisaties. Dat blijkt ook uit de aanbevelingen die de IGZ heeft gedaan in het rapport 'Medicatieveiligheid' d.d. 30 september 2010. De betrokken branche- en beroepsorganisaties in de langdurige zorg en zorg thuis hebben de handen ineen geslagen in de Task Force Medicatieveiligheid. Dit is een belangrijke stap om de medicatieveiligheid van de cliënt in de care te verbeteren.

in behandeling bij
Mw. A. Bolscher

doorkiesnummer
(030) 27 39 445

pagina
1/7

Op uw verzoek d.d. 16 maart 2011 om aan te geven wat organisaties hebben gedaan met de aanbevelingen van de IGZ, willen de partijen in de Task Force dan ook graag gezamenlijk reageren. Daarnaast zullen organisaties op specifieke aanbevelingen die de eigen sector betreffen, waar relevant ook afzonderlijk reageren. Hieruit moge blijken dat de partijen zich zowel gezamenlijk als ieder voor zich, verantwoordelijk voelen voor en werk maken van het verbeteren van de medicatieveiligheid.

Task Force

De Task Force Medicatieveiligheid is gericht op verbetering van de medicatieveiligheid in de langdurige zorg en zorg thuis (sectoren Verpleging, verzorging en thuiszorg en Verstandelijk gehandicaptenzorg). De volgende partijen nemen deel aan deze Task Force: ActiZ, BTN, LHV, LOC, KNMP, NHG, NPCF, NVAVG, NVZA, Verenso, VGN, V&VN (vooralsnog agendalid i.v.m. interne reorganisatie).

Een goede samenwerking in de keten is cruciaal voor de verbetering van de medicatieveiligheid en dit vergt een actieve inzet van al deze partijen. De IGZ heeft bijvoorbeeld geconstateerd dat er gewerkt wordt met handgeschreven – zeer foutgevoelige – medicatiedeellijsten in de zorgorganisaties. Dit kan worden opgelost door te werken met geprinte deellijsten die de apotheker beschikbaar stelt aan de zorgorganisatie. Deze verbetering is in de afgelopen maanden al op veel plaatsen ingevoerd in samenwerking tussen apothekers en zorgorganisaties.

De Task Force heeft zich ten doel gesteld om concrete verbeteringen in de medicatieveiligheid in het veld te faciliteren en stimuleren. Knelpunten betreffen nu met name:

- het inzicht in en bewustzijn van de risico's in het medicatieproces;
- de kennis van en randvoorwaarden voor veilig werken met medicatie;
- de implementatie van richtlijnen.

De Task Force heeft geconstateerd dat er op zich al veel regels, richtlijnen en normen beschikbaar zijn over wat veilig is in het medicatieproces. Ook zijn er veel hulpmiddelen en praktijkvoorbeelden beschikbaar, zodanig dat men in het veld soms 'door de bomen het bos niet meer ziet'. De beschikbare kennis wordt daarmee onvoldoende benut.

De Task Force wil daarom

- helder maken wat in het medicatieproces veilige principes zijn die breed in de keten gedragen worden;
- helder maken wat de verantwoordelijkheden in dit proces zijn van de verschillende partijen;
- helder maken welke richtlijnen en hulpmiddelen beschikbaar zijn om veilig te werken in het medicatieproces en de implementatie hiervan – die door het veld zelf moet gebeuren – stimuleren;
- en waar onduidelijkheden of hiaten in het proces zijn, ontwikkelingen bewerkstelligen.

De Task Force is hiermee gericht op de (verdere) bewustwording van medicatieveiligheid bij alle partijen, het daadwerkelijk nemen van verantwoordelijkheid bij de diverse betrokkenen om die veiligheid te realiseren, en het stimuleren en faciliteren van verbeteringen in de praktijk en implementatie van richtlijnen door het veld.

De focus van de Task Force richt zich daarbij op de ketenaspecten rondom medicatieveiligheid. Als eerste stap heeft de Task Force een schematische inventarisatie gemaakt van het medicatieproces, de verantwoordelijkheden van de ketenpartners hierin, de risicomomenten in de keten en benodigde acties om risico's te beperken. Daarbij zijn ook de aanbevelingen van de IGZ meegenomen. Op basis hiervan zijn de acties van de Task Force bepaald die nu in werkgroepen worden uitgevoerd.

Acties Task Force

De Task Force vindt het belangrijk om samenhang te bewaken in de verbeteracties, juist omdat bij medicatieveiligheid de doorwerking in de hele keten zo essentieel is. Daarom zijn verschillende actiepunten gebundeld. In deze acties komen ook verschillende aanbevelingen van de IGZ aan de orde. De meeste acties vergen de nodige doorlooptijd. Concrete resultaten zijn in de loop van 2011 te verwachten, met een doorloop naar 2012 van acties die meer tijd vergen. Waar relevant wordt in de acties onderscheid gemaakt naar de VVT-sector en de VG-sector.

De acties van de Task Force betreffen:

- 1) Beschikbaarheid van een actueel medicatieoverzicht door de keten heen / het implementeren van de richtlijn overdracht medicatiegegevens. Hierbij wordt aangesloten bij het landelijke project Medicatieoverdracht.
- 2) Ontwikkelen van en vervolgens stimuleren van het implementeren van een uniform format deellijst (toedienlijst) afgestemd op het uniform medicatieoverzicht.
- 3) Afspraak maken over de bewaartermijn voor het medicatieoverzicht en de deellijst bij de zorgaanbieder.
- 4) Afspraken tussen zorgorganisaties, apothekers en artsen over ketenaspecten in het farmaceutisch proces.
- 5) Medicatie-incidenten registratie / leren van (bijna-) incidenten met medicatie.
- 6) Voor relevante intramurale instellingen: niet-op-naam gestelde medicatie terugbrengen tot een werkvoorraad, onder verantwoordelijkheid van een arts.

- 7) Verbeteren van de organisatie van het farmaceutisch proces, bijvoorbeeld wat betreft overleg en afstemming tussen zorgorganisatie, artsen en apothekers, in relevante care-organisaties (verzorgingshuizen, woonvormen VG) als randvoorwaarde voor het verbeteren van de medicatieveiligheid/ farmaceutisch proces (ad 4). Bijvoorbeeld door beperking van het aantal artsen / apothekers, met inachtneming van de keuzevrijheid cliënt.

De bijlage geeft een verdere toelichting op deze acties en de stand van zaken.

Tot slot

Hoewel de Task Force niet alle knelpunten kan oplossen, is met de inzet van de Task Force Medicatieveiligheid wel een belangrijke basis gelegd voor verbetering van de medicatieveiligheid in de keten. De betrokken partijen nemen gezamenlijk verantwoordelijkheid om de medicatieveiligheid in de keten te verbeteren. Zoals in deze brief beschreven, wordt gewerkt aan het vergroten van eenduidigheid en bewustwording en worden ketenpartners in het veld gefaciliteerd om verbetering daadwerkelijk te realiseren. De aanbevelingen van de IGZ, betrekking hebbend op de keten, zijn onderdeel van deze acties.

Wij vertrouwen erop u met de 'tussenstand' in deze brief voor dit moment voldoende te hebben geïnformeerd. Tot nadere toelichting zijn wij natuurlijk altijd bereid.

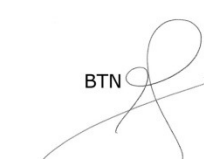
Met vriendelijke groeten,

ActiZ,



A. Koster

BTN



J. C. Verschuren

LHV



Mr. Drs. L. Henninck

LOC



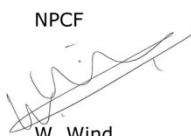
Y. van Gilse

KNMP



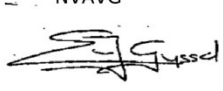
P. de Smet

NPCF



W. Wind

NVAVG



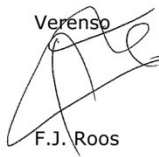
E.J. Bakker-van Gijssel

NVZA



A. van der Aart

Verenso



F.J. Roos

VGN



J. Schirmbeck

Bijlage

Acties en stand van zaken Task Force Medicatieveiligheid

Onderstaand beschrijven wij de acties van de Task Force en de stand van zaken. In deze acties komen de verschillende aanbevelingen van de IGZ aan de orde. De meeste acties vergen de nodige doorlooptijd, juist ook om de diverse aspecten in samenhang op te pakken. Wat de Task Force wil voorkomen is dat het veld overspoeld wordt met losse verbeteracties waardoor men door de bomen het bos niet meer ziet. Concrete resultaten zijn in de loop van 2011 te verwachten, met mogelijke doorloop naar 2012. Waar relevant wordt in de acties onderscheid gemaakt naar de VVT-sector en de VG-sector.

- 1) Medicatieoverzicht door de keten heen / implementeren richtlijn overdracht medicatiegegevens. Doel is dat er voor alle betrokken partijen een uniform actueel medicatieoverzicht beschikbaar is.
 - ➔ Stand van zaken:
Het uniform actueel medicatieoverzicht is in ontwikkeling. Diverse partijen zijn hierbij betrokken. Hierbij wordt aangesloten bij het landelijke project Medicatieoverdracht. Het ontwikkelde overzicht wordt nu getoetst. In overleg met de landelijke projectgroep wordt gekeken hoe en wat wordt gedaan t.b.v. de invoering van het medicatieoverzicht.
- 2) Ontwikkelen van en vervolgens stimuleren van het implementeren van een uniform format deellijst/ toedienlijst afgestemd op het uniform medicatieoverzicht.
 - ➔ Stand van zaken:
In aansluiting bij het medicatieoverzicht wordt nu ook een uniforme deellijst ontwikkeld, op basis van bestaande voorbeelden en gesprekken met mensen die met de deellijsten werken in de praktijk. Ambitie is om deze deellijst in de loop van 2011 beschikbaar te hebben.
- 3) Afspraak maken over de bewaartermijn voor het medicatieoverzicht en de deellijst bij de zorgaanbieder.
 - ➔ Stand van zaken:
De juridische aspecten m.b.t. de bewaartermijnen worden uitgezocht. Hierover vindt ook overleg plaats met VWS en KNMG. Vervolgens wordt nagegaan of en zo ja tot welke afspraak kan worden gekomen.
- 4) Afspraken tussen zorgorganisaties, apothekers en artsen over ketenaspecten in het farmaceutisch proces. Deze actie omvat meerdere aspecten:
 - a) Doel: Cliënten (en mantelzorgers) zijn zich bewust van hun eigen verantwoordelijkheid voor hun medicatie.
 - ➔ Stand van zaken:
 - Vanuit de cliëntenorganisaties wordt de mogelijke rol en verantwoordelijkheid van de cliënt (en mantelzorger) continu benadrukt. Dit is ook ingebracht in de procesbeschrijving en activiteiten en producten.
 - Patiëntveiligheidskaarten:
NPCF heeft een patiëntveiligheidskaart ontwikkeld over het actuele medicatieoverzicht en een flyer van deze kaart met achtergrondinformatie voor zorgverleners. Momenteel werkt de NPCF samen met andere organisaties aan het toepasbaar maken van deze patiëntveiligheidskaart voor de care. Via www.Mijnzorgveilig.nl kunnen zorgverleners gratis Patiëntveiligheids-kaarten downloaden. Alleen samen met de patiënt kunnen zorgverleners en apothekers het medicatieoverzicht actueel houden. Het gaat tenslotte om de patiënt zelf en hij of zij is de enige constante factor in het hele medicatieproces.

- IVM en LOC voeren op dit moment een project uit: 'Medicatieveiligheid, Kauwen en Bewegen'. De cliëntenraden krijgen een handvat om het thema medicatieveiligheid te bespreken met de bestuurder. Tevens wordt de huidige handreiking voor cliëntenraden herzien. In 2010 zijn er bijeenkomsten rondom dit thema georganiseerd. De nieuwe handreiking zal tijdens bijeenkomsten in 2011 aan de orde komen.
 - Ook wordt gedacht aan andere communicatiemiddelen, zoals posters om zowel zorgverleners als cliënten (en hun mantelzorgers) bewust te maken van de rol die patiënten kunnen spelen.
- b) Doel: Algemene uitgangspunten voor medicatieveiligheid in de werkwijze in de keten (arts – apotheker – zorgorganisatie) zijn beschreven en gelden voor de care-sectoren ('1 A4').
 - c) Doel: Verantwoordelijkheden voor het medicatieproces zijn helder omschreven, alsmede de principes omtrent wat veilig is. Het gaat hierbij bijv. gebruik maken van actueel medicatieoverzicht, omgaan met wijzigingen in de medicatie, afleveren van medicatie, veilig medicijnen uitzetten, delen en aftekenen op uniforme deellijst van de apotheek.
 - d) Doel: Duidelijk is welke deskundigheid zorgmedewerkers, die betrokken zijn bij het farmaceutisch proces, moeten hebben.
 - e) Doel: Periodiek wordt bij (nader te bepalen) cliënten beoordeeld of zij (nog) in staat zijn hun eigen medicijnen te beheren, of dat zij dit willen overdragen aan de zorgorganisatie.
 - f) Doel: Helderheid bestaat over de periodieke medicatiebeoordeling (medicatiereview) bij de relevante (nader te bepalen) cliënten.

→ Stand van zaken VVT-sector punten b t/m f:

In een werkgroep met alle betrokken partijen is het medicatieproces beschreven en wordt nu uitgewerkt wat wiens verantwoordelijkheden zijn, wat veilige principes zijn, welke ketenafspraken nodig zijn, mede gebaseerd op bestaande richtlijnen en hulpmiddelen. Bedoeling is dit te verwerken in een helder aansprekend overzicht voor de praktijk met achterliggende informatie voor de diverse professionals en geledingen / niveaus bij betrokken organisaties. Kern is dat hiermee één totaalplaatje van het medicatieproces in vereenvoudigde vorm wordt geschetst, met daarin aangegeven de aansluitende verantwoordelijkheden en de veilige principes die daarbij horen. Bijvoorbeeld: de apotheker levert een medicatie-deellijst aan, waarop de verzorgende de toegediende medicatie aftekent. Voor beide aspecten wordt beschreven wat de veilige principes zijn (bijv. waaraan moet het aftekenen voldoen).

Branche- en beroepsorganisaties zullen dit actief uitdragen naar hun leden. Komende tijd zal verder worden nagedacht over een goede vorm voor het stimuleren en ondersteunen van de implementatie in het veld.

Voor bepaalde onderdelen zullen nadere randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd, bijv. voor de periodieke medicatiebeoordeling.

Bedoeld is hiermee ook de deels verouderde handreikingen voor de verpleeghuizen en verzorgingshuizen te herzien, en te voorzien in een handreiking voor de thuiszorg, die op dit moment nog ontbreekt. (We gebruiken vooralsnog de term 'handreiking', maar er wordt nog nagedacht over de vorm. Wellicht is een andere vorm effectiever.)

→ Stand van zaken VG-sector:

In samenwerking met beroepsorganisaties van (ziekenhuis-)apothekers en artsen in de verstandelijk gehandicaptenzorg, het IVM en de IGZ actualiseerde de VGN de Handreiking medicatiebeleid uit 2006. Daarin zijn de Handreiking werkvoorraad niet op naam gestelde geneesmiddelen, de Richtlijn medicatieoverdracht en aanbevelingen uit onderhavig IGZ-rapport geïntegreerd. De nieuwe Handreiking

medicatiebeleid komt naar verwachting in april 2011 beschikbaar. Implementatie van de Handreiking is een belangrijke doelstelling van een project waarvoor VILANS, TNO, IVM en VGN in gezamenlijkheid een subsidieverzoek indienden bij ZonMW.

Wat betreft een aantal specifieke aanbevelingen van de IGZ in de gehandicaptenzorg:

- In de VGN-Handreiking medicatiebeleid is aangegeven dat medewerkers die betrokkenheid hebben bij het medicatieproces daartoe voldoende deskundigheid moeten hebben. Uitwerking van criteria t.a.v. deskundigheid vindt plaats op instellingsniveau.
- De VGN-Handreiking medicatiebeleid gaat uit van het instellen van een geneesmiddelencommissie door de zorginstelling en deelname van een apotheker en huisarts in die commissie. De taakstelling van de geneesmiddelencommissie correspondeert met de aanbeveling van de IGZ.
- De VGN-Handreiking medicatiebeleid gaat ervan uit dat een zorginstelling minimaal één maal per jaar aandacht heeft voor risicomomenten en foutenbronnen in het eigen medicatieproces en in de relatie met (huis-)artsen en apothekers. Ook een evaluatie van het medicijngebruik van de cliënt vindt minimaal één maal per jaar plaats. De voorschrijvend arts is ervoor verantwoordelijk dat de evaluatie plaatsvindt; de instelling spant zich in voor het doen laten plaatsvinden van de evaluatie.
- Inbreng afwijking geneesmiddelenformularium in FTO: de VGN-Handreiking medicatiebeleid legt de verantwoordelijkheid hiervoor bij de apotheker. Minimaal eens per jaar vindt een medicatie review plaats tussen voorschrijvend arts en apotheker. De artsen in de VG-sector maken medicatieafspraken in hun farmacotherapieoverleg.

Vanuit Zorg voor Beter start dit jaar een nieuw verbeterprogramma voor de gehandicaptenzorg rond tien inhoudelijke thema's. Medicatieveiligheid is één van deze tien thema's. In een leernetwerk zullen twintig organisaties worden ondersteund bij de implementatie van de *Handreiking Medicatieoverdracht Gehandicaptenzorg*. Met deze organisaties worden daarnaast in werkplaatsen instrumenten ontwikkeld die in de organisaties bij de implementatie behulpzaam kunnen zijn. Na afloop van dit traject worden de kennis, ervaringen en instrumenten die hiermee zijn opgedaan gedeeld met de hele sector. De VGN is inhoudelijk opdrachtgever van dit project.

- 5) Melden van (bijna-)incidenten mbt medicatie: nagaan welke velden van de Centrale Medicatie-incidenten Registratie (CMR) ook voor de caresector van belang en passend zijn en hoe dit kan worden uitgewerkt.

➔ Stand van zaken:

De CMR bevat een meldformulier welke kan worden aangepast aan de wensen van iedere sector in de gezondheidszorg. Een aantal vragen is van toepassing voor alle sectoren in de gezondheidszorg. Afhankelijk van de wensen van de sector kunnen bepaalde vragen worden toegevoegd.

Om na te gaan of en zo ja, hoe het meldformulier geschikt kan worden gemaakt voor de care sector wordt nu een werkgroep ingesteld, waar de verschillende partijen uit de Taskforce en de CMR organisatie aan deel zullen nemen.

- 6) Voor verpleeghuizen, VG-instellingen: niet-op-naam gestelde medicatie terugbrengen tot werkvoorraad, onder verantwoordelijkheid van arts.

➔ Stand van zaken VVT en VG-sector:

Eind 2010 resp. begin 2011 is de Handreiking werkvoorraad (opgesteld door ActiZ, GGZ-Nederland en VGN) vastgesteld. Rode draad van de Handreiking is dat eind 2011 geen voorraad 'medicatie niet-op-naam' meer in de instelling aanwezig mag

zijn. Alleen een beperkte hoeveelheid medicatie (dokterstas) blijft aanwezig in de zorginstellingen voor noodgevallen.

De Handreiking is met toelichting toegestuurd aan de leden en er is over bericht via de diverse nieuwsbrieven en websites. In de VG-sector maakt de Handreiking onderdeel van de geactualiseerde Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg, zie boven.

Afgesproken is dat in de loop van 2011 een evaluatie plaatsvindt van de Handreiking, waar ActiZ, GGZ-Nederland en VGN het voortouw in zullen nemen. Op basis hiervan vindt waar nodig bijstelling van de Handreiking plaats, in overleg met de IGZ.

- 7) Verbeteren van de organisatie van het farmaceutisch proces in relevante care-organisaties (verzorgingshuizen, woonvormen VG) als randvoorwaarde voor verbeteren van de medicatieveiligheid bijv. door beperking van het aantal artsen / apothekers.

➔ Stand van zaken:

Dit punt wordt meegenomen bij de uitwerking van punt 4. In de uitwerking van het medicatieproces komt naar voren dat goede samenwerking tussen betrokken partijen (artsen, apothekers en zorgorganisatie) en het maken van ketenafspraken cruciaal is voor de veiligheid in het medicatieproces. Een beperking van het aantal artsen en apothekers, zoals aanbevolen door de IGZ, is geen doel op zich, maar kan een manier zijn om die samenwerking en het maken van afspraken te bevorderen.

Bijlage 4

Lijst met afkortingen

Arcares	nu: ActiZ
ActiZ	Organisatie van zorgondernemers
AIS	Apotheek Informatie Systeem
AVG	Arts voor Verstandelijk Gehandicapten
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
BEM	Beoordeling Eigen beheer van Medicatie
BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland
EVS	Elektronisch Voorschijf Systeem
FTO	Farmacotherapeutisch overleg
GDS	Geautomatiseerd geneesmiddelendistributiesysteem
GGz Nederland	Brancheorganisatie voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Nederland
HIS	Huisartsen Informatie Systeem
ICT	Informatie en Communicatie Technologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVM	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KWZ	Kwaliteitswet zorginstellingen
Laego	Landelijke adviesgroep eerstelijns geneeskunde voor ouderen
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LOC	LOC Zeggenschap in zorg. Landelijke cliëntenorganisatie in zorg en welzijn
MDO	Multidisciplinair overleg
MOVIT	Nationaal Programma Ouderenzorg: optimalisering van de kwaliteit van de medische zorg in verzorgingshuizen: implementatie van een veelbelovend zorgmodel
MIC	Meldingen Incidenten Cliëntenzorg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVAVG	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
NVVA	nu: Verenso
NVZA	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Apothekers
Sting	Landelijke beroepsvereniging verzorging & zorgprojecten
Task Force Medicatieveiligheid	bestaat uit vertegenwoordigers van: ActiZ, BTN, LHV, LOC, KNMP, NHG, NPCF, NVAVG, NVZA, Verenso, VGN, V&VN
TNO	TNO kennis voor zaken. Onafhankelijke kennisorganisatie
TT	Thematisch toezicht
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
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
ZN	Zorgverzekeraars Nederland