



Handreiking
Medicatiebeleid
Gehandicaptenzorg
Mei 2024

Inhoudsopgave

(Klik op het betreffende (tussen)kopje om snel naar de juiste pagina te gaan)

1 Inleiding	3
1.1 Waaronder deze handreiking	3
1.2 Uitgangspunt en doelstelling van de handreiking	3
1.3 Voor wie is deze handreiking bedoeld	4
1.4 Samenvatting wettelijk kader	4
2 Medicatiebeleid	6
2.1 Inleiding	6
2.2 Medicatiebeleid	6
2.3 Kwaliteitsbeleid	7
2.4 Personeelsbeleid	7
2.5 Multidisciplinaire samenwerking	7
2.6 Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden	7
3 Het medicatieproces voor de zorgmedewerker	12
3.1 Start zorg en dienstverlening	12
3.2 Voorschrijven	13
3.3 Medicijnen ontvangen van apothek of (wettelijk) vertegenwoordiger	13
3.4 Klaarzetten, aanreiken, toedienen en aftekenen	14
3.5 Opslag en voorraadbeheer	15
3.6 Evaluatie	16
Literatuur	17
Appendix Wettelijk kader	18
Bijlage 1 Begrippenlijst	23
Bijlage 2 Historie	27
Colofon	28

1 Inleiding

1.1 Waarom deze handreiking

Cliënten in de gehandicaptensector kunnen net als ieder ander persoon medicatie gebruiken. Dit vraagt om een zorgvuldig georganiseerd medicatieproces. Door systematisch met risicosituaties om te gaan, is de veilige medicatietoediening geborgd en zijn de risico's voor de cliënt geminimaliseerd.

Deze handreiking biedt daarvoor de basis en sluit aan op de Veilige principes in de medicatieketen¹.

Wat is er gewijzigd?

Komende jaren gaan zorgverleners medicatiegegevens steeds vaker digitaal overdragen. De belangrijkste wijzigingen in deze handreiking gaan hierover. We beschrijven de taken die de zorgorganisatie, arts, apotheker en cliënt² hierin hebben. Hiermee sluit deze handreiking aan op de Veilige Principes in de medicatieketen, die deze transitie naar digitale uitwisseling van medicatiegegevens beschrijft in een recente update.

Verwachte transitiefase: 2022-2026.

Enkele termen zijn gewijzigd.

In plaats van 'arts' schrijven we nu vaak 'voorschrijver' omdat ook anderen een voorschrijfbevoegdheid hebben, zoals een verpleegkundig specialist en een Physician Assistant (PA). De AVG heet nu Arts VG.

Toedieninformatie is steeds vaker elektronisch beschikbaar. Daarom spreken we nu van een '(elektronische) toedienlijst'.

Toegevoegd zijn een wettelijk kader en een begrippenlijst. Tot slot, in het hoofdstuk 'Literatuur' zijn de bronnen bijgewerkt.

1.2 Uitgangspunt en doelstelling van de handreiking

Centrale doelstelling is dat de juiste cliënt de juiste medicatie gebruikt in de juiste dosering, op het juiste tijdstip, op de juiste wijze en met de juiste registratie en evaluatie.

In principe is de cliënt zelf verantwoordelijk voor zijn medicatiegebruik en -beheer, tenzij er redenen zijn om dit anders te regelen. Als iemand wilsonbekwaam is (ten aanzien van zijn medicatie) dan dient dit altijd in het dossier te worden opgenomen.

Met deze handreiking wil de VGN aan zorgaanbieders voor mensen met een beperking een hulpmiddel bieden om het proces van voorschrijven tot verstrekking van geneesmiddelen op de verschillende niveaus van de organisatie te structureren en de kwaliteit hiervan te bewaken. Daarbij zijn van belang:

- Zeker stellen van vroegtijdige afstemming tussen intern en extern betrokken disciplines.
- Inbedding van het medicatiebeleid in het beleid van de zorgaanbieder.
- Heldere toewijzing van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.
- Een cultuur die veilig melden van incidenten ondersteunt.
- Deskundigheidsbevordering.
- Blijvende aandacht voor een verdere verbetering van het medicatiebeleid.
- Duidelijke procedures.
- Zichtbaarheid van deze randvoorwaarden op de werkvloer.
- Zorgvuldigheid bij medicijngebruik en -beheer.
- Bewaking van en systematisch omgaan met risicosituaties.

¹ Veilige principes in de medicatieketen Platform Medicatieveiligheid, 2012 – 2016 – 2022. Zie www.zorgvoorbeter.nl.

² Met 'cliënt' bedoelen we de 'cliënt en/of diens (wettelijk) vertegenwoordiger'

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd toetst gehandicaptenzorgorganisaties op bestaande wetten en regels, veldnormen en richtlijnen, waaronder deze handreiking³.

1.3 Voor wie is deze handreiking bedoeld

Deze handreiking is bedoeld voor alle organisaties in de gehandicaptensector. Iedere organisatie kan naar de aard, omvang en cliëntenpopulatie een vertaling maken naar de eigen praktijk.

Bij een goed medicatiebeleid zijn alle niveaus in de organisatie betrokken. Het algemeen management is verantwoordelijk voor beleid en algemene richtlijnen; het operationeel management op de locatie is verantwoordelijk voor de toepassing van het beleid en de richtlijnen, het toesnijden op de eigen situatie en het toezicht.

Voorschrijvers en zorgmedewerkers tenslotte, zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het medicatiebeleid. Waar we 'hij' schrijven, bedoelen we 'hij' of 'zij'.

Zorgorganisaties kunnen deze handreiking gebruiken om een medicatiebeleid op te zetten, het bestaande beleid te toetsen, fouten en leemtes op te sporen en om hun beleid verder te ontwikkelen en te verbeteren. Dat vraagt om organisatie van het medicatiebeleid op alle niveaus in de organisatie. De samenvatting van het wettelijk kader vindt u direct na deze inleiding.

Benieuwd naar de historie van deze handreiking? Die beschrijven we in bijlage 1.

1.4 Samenvatting wettelijk kader

Ten aanzien van het medicatiebeleid betekent de Wkkgz het volgende:

→ Het bestuur van de zorginstelling is eindverantwoordelijk voor een zorgvuldige uitvoering van het medicatiebeleid. In het medicatiebeleid moeten de taken, verdeling van verantwoordelijkheden en onderlinge afstemming van bij het medicatieproces betrokken zorgmedewerkers helder zijn vastgelegd, zodat de juiste medicatie, op de juiste tijd en wijze aan de juiste cliënt verstrekt wordt. Het management bepaalt

verder welke structurele afspraken met ketenpartners zoals apothekers en (huis)artsen gemaakt worden.
→ De zorginstelling moet een register hebben waarin zorgmedewerkers mogelijke medicatiefouten veilig kunnen melden ten behoeve van verbetering van medicatieveiligheid.

Ten aanzien van het medicatiebeleid betekent de Wgbo het volgende:

→ Uitgangspunt is dat iedere cliënt (of, bij wils- onbekwaamheid ter zake: zijn vertegenwoordiger) zelf verantwoordelijk is voor zijn medicatiegebruik en -beheer, tenzij er redenen zijn om dit anders te regelen.
→ Het doel van de zorgverlening op het gebied van medicatie is dat de cliënt de juiste medicatie gebruikt in de juiste dosering, op het juiste tijdstip, op de juiste wijze. Met de juiste registratie in het cliëntdossier en evaluatie wordt de kans op medicatiefouten verkleind.
→ De zorgverlener die medicatie verstrekt, handelt daarbij als een 'goed zorgverlener'. Hij werkt volgens de werkwijzen over medicatieveiligheid van zijn beroepsvereniging en eigen zorginstelling. Daarnaast respecteert hij de rechten van de cliënt, bijvoorbeeld door het verstrekken van inzage in medicatiegegevens uit het dossier van de cliënt als deze daarom vraagt.
→ De zorgverlener verstrekt alleen medicatie aan een cliënt als hij of zij en/of zijn vertegenwoordiger hier geïnformeerd toestemming voor geeft.

Ten aanzien van het medicatiebeleid betekent de Wet BIG het volgende:

→ Op grond van taakherschikking mag iemand anders dan de arts medicijnen voorschrijven. Tandartsen, verloskundigen, physician assistants, verpleegkundig specialisten algemene gezondheidszorg en verpleegkundig specialisten geestelijke gezondheidszorg mogen dat ook, maar alleen binnen hun deskundigheidsgebied en conform landelijke richtlijnen en standaarden en daarvan afgeleide protocollen.
→ Het toedienen van medicijnen is geen voorbehouden handeling. De zorgverlener die medicatie aan een cliënt toedient, moet hierbij zorg verlenen op basis van zijn professionele standaard en handelen als een goed zorgverlener. Zie hiervoor het kopje Wgbo. Bepaalde toedieningswijzen kunnen wel een voorbehouden handeling zijn, bijvoorbeeld injecteren. Hiervoor gelden dan de regels uit de Wet BIG.

³ Toetsingskader medicatieveiligheid, IGJ, Utrecht, november 2023

Ten aanzien van het medicatiebeleid betekent de Wzd het volgende:

→ Eén van de vormen van onvrijwillige zorg is het toedienen van medicijnen waar de cliënt zich tegen verzet. Dit kan alleen als de cliënt onder de bescherming van de Wzd valt, er geen ander alternatief is waar cliënt mee instemt en er een aanzienlijk risico is op ernstig nadeel voor de cliënt of een ander persoon bij het niet innemen van de medicatie. Voordat de medicatie kan worden toegediend, moet eerst - onder regie van de zorgverantwoordelijke - het stappenplan uit de Wzd worden doorlopen en gezamenlijk naar alternatieven worden gezocht, tenzij er sprake is van een spoedeisende situatie.

Ten aanzien van het medicatiebeleid betekent de Wegiz het volgende:

→ Hoe mogen gegevens worden uitgewisseld? De komende jaren wordt in stappen steeds meer elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgverleners verplicht gesteld. Het doel hiervan is het verminderen van fouten bij medicatieoverdracht en het terugdringen van bureaucratie.

→ Mag informatie worden uitgewisseld, en zo ja, met wie? De Wegiz regelt niet of er informatie mag worden gedeeld.

→ Hiervoor gelden de regels uit de Wgbo en (U)AVG. Er zijn drie hoofdregels:

1. Er is uitdrukkelijke toestemming van de cliënt nodig voor het elektronisch ter beschikking stellen van medicatiegegevens door zorgaanbieders aan zorgaanbieders.
2. Voor niet-elektronische gegevensuitwisseling is geen toestemming vereist voor het beschikbaar stellen van medicatiegegevens aan zorgverleners die rechtstreeks bij de uitvoering van de zorgovereenkomst betrokken zijn.
3. Voor uitwisseling met zorgverleners die niet rechtstreeks bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst betrokken zijn is toestemming vereist.

→ Welke gegevens mogen worden uitgewisseld? De Wegiz regelt niet welke gegevens mogen worden uitgewisseld. Dat staat namelijk in de kwaliteitsstandaarden die worden opgesteld door het zorgveld. Zo vormt de kwaliteitsstandaard 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' de basis voor goede farmaceutische patiëntenzorg. In deze kwaliteitsstandaard zijn de verantwoordelijk-

heden van artsen, apothekers, verpleegkundigen en patiënten beschreven en is de benodigde basisset van medicatiegegevens opgenomen. De kwaliteitsstandaard is recent uitgebreid met een informatieparagraaf die is ingeschreven in het Register bij het Zorginstituut. In deze informatieparagraaf is verder uitgewerkt welke informatie uit de basisset van medicatiegegevens, door welke zorgverlener tijdens het zorgproces wordt gegenereerd, vastgelegd, gebruikt en/of overgedragen. Tevens wordt de verbinding gelegd met de bouwstenen uit de informatiestandaard, die nodig zijn voor de uitwisseling van de medicatiegegevens.

2 Medicatiebeleid

2.1 Inleiding

Medicatiebeleid is een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid van een organisatie. De Raad van Bestuur van een organisatie is eindverantwoordelijk voor het bieden van goede zorg, waaronder een goed medicatiebeleid in de organisatie. Ze zorgt ervoor dat dit volgens wettelijke regels en normen wordt uitgevoerd, op basis van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Bij de uitvoering van het medicatiebeleid zullen taken en verantwoordelijkheden per soort voorziening en per onderdeel van het medicatieproces verschillen

Het medicatieproces is een van de meest risicovolle processen in de gezondheidszorg in het algemeen, ook in de gehandicaptensector⁴. Het is de taak van het management om te zorgen dat er in de organisatie een goed medicatiebeleid is, met bijbehorende faciliteiten, en dat dit wordt geïmplementeerd. Het management zal vaak ook bepalen welke structurele afspraken gemaakt worden met ketenpartners zoals apothekers en (huis)artsen.

Naast condities op het gebied van beleid, overeenkomsten en materiële voorzieningen zijn de cultuur en het klimaat in de organisatie, waaronder zelforganisatie, van groot belang. Het beleid zal beter uitgevoerd worden als er een klimaat heerst dat de medicatieverstrekking serieus neemt en gericht is op openlijk bespreken en gericht evalueren van fouten en incidenten. Uitgangspunt is dat waar mensen werken altijd fouten gemaakt kunnen worden. In een cultuur waarin fouten en incidenten worden gezien als mogelijkheden en uitdagingen om het medicatiebeleid en het handelen daarnaar te verbeteren zal de kans op fouten en incidenten blijvend worden

verlaagd. In de volgende paragrafen zijn de voorwaarden en aandachtspunten voor het medicatiebeleid verder uitgewerkt.

2.2 Medicatiebeleid

In medicatiebeleid van de organisatie zijn de volgende onderdelen opgenomen: visie, beleid, structuur, taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden, commissies en afspraken omtrent het gehele medicatieproces. Dit beleid is ook afgestemd met de cliëntenraad (volgens de vereisten van de WMCZ⁵) en waar mogelijk met de ketenpartners: de (huis)artsen en apothekers. Door de Raad van Bestuur is een geneesmiddelen- (of medicatie-) commissie ingesteld die verantwoordelijk is voor het medicatiebeleid. In deze commissie hebben minimaal een arts, apotheker en zorgmedewerker of manager zitting. De verantwoordelijkheid van deze commissie houdt in: medicatiebeleid ontwikkelen en toetsen, noodzakelijke procedures, protocollen, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden beschrijven, zorg dragen voor regelmatige afstemming met de apothekers en huisartsen, zorg dragen voor toepassing van richtlijnen en handreikingen, beleid bewaken door middel van een incidentregistratie en analyse, beleid evalueren en zo nodig het management adviseren over bijstelling van het beleid of de uitvoering daarvan.

Aanbevolen wordt per afdeling/unit/locatie één persoon de rol van aandachtfunctionaris medicatiebeleid te geven. Deze persoon is kartrekker van de uitvoering van het beleid op de locatie. De cultuur van een organisatie is gericht op het serieus nemen van medicatieverstrekking. Dit houdt in: systematisch controleren en evalueren van het medicatiebeleid, zorgen voor veilig melden zonder dat dit consequenties heeft voor de melder, analyse van

4 HARM-rapport, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, Utrecht, 2006

5 De cliëntenraad heeft verzwaaard adviesrecht op het algemeen beleid van de zorgorganisatie op het gebied van medicatieveiligheid. Zie de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 (WMCZ) op www.wetten.overheid.nl

foutmeldingen en systematisch aanbrengen van verbeteringen⁶ De algemene boodschap is in ieder geval: leren van fouten of incidenten staat centraal.

2.3 Kwaliteitsbeleid

Het medicatiebeleid vormt een onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de organisatie. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, procedures en werkinstructies zijn vastgelegd in het kwaliteitssysteem. Over de kwaliteit van het medicatiebeleid kan worden gerapporteerd in het Kwaliteitsbeeld van de eigen organisatie in het kader van het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg.

Er is een registratiesysteem van fouten en incidenten (ook wel MIC-, MIP-, FONA- of FOBO-meldingen genoemd). Fouten en incidenten op het gebied van medicatie worden systematisch geregistreerd en geanalyseerd en omgezet in aanbevelingen voor verbetering. Er wordt gewerkt volgens een kwaliteitsverbetercyclus.

Iedere zorgaanbieder heeft een klachtenregeling. Klachten over het medicatiebeleid worden serieus genomen en worden mede gebruikt om verbeteringen in het medicatiebeleid aan te brengen. Er is regelmatig, tenminste een maal per jaar, aandacht voor het identificeren van risicomomenten en foutenbronnen in het medicatieproces in de eigen organisatie en in de relatie met de betrokken ketenpartners. De zorgorganisatie maakt afspraken met de betrokken arts en apotheker over de jaarlijkse medicatiebeoordeling.

De voorschrijvend arts en de apotheker zijn ervoor verantwoordelijk dat de evaluatie plaatsvindt. Ze betrekken diegenen bij de evaluatie van de medicatie die hierbij een rol vervullen. Naast de cliënt en/of diens vertegenwoordiger kan dit bijvoorbeeld de zorgmedewerker zijn. De zorgorganisatie doet datgene wat in haar vermogen ligt om de vereiste evaluatie in de omschreven samenstelling te doen laten plaatsvinden. Artsen, apothekers en zorgmedewerkers houden zich aan de professionele richtlijnen en zijn betrokken in het medicatieproces.

De zorgaanbieder zorgt voor een veilige toepassing (waaronder scholing) en evaluatie van de ICT-hulpmiddelen die zij in het medicatieproces gebruikt.

2.4 Personeelsbeleid

Er zijn gekwalificeerde zorgmedewerkers voor het uitvoeren van het medicatiebeleid. Er is systematische deskundigheidsbevordering op het gebied van medicatie.

Waar sprake is van voorbehouden en risicovolle handelingen in het kader van de wet BIG zijn zorgmedewerkers bevoegd en bekwaam. Er is sprake van een beleid van veilig melden zonder dat dit consequenties heeft voor de melder, dat zich uit in een veilige arbeidscultuur voor zorgmedewerkers.

2.5 Multidisciplinaire samenwerking

Cliënten wonen langer thuis en de zorgvraag wordt complexer. Voor cliënten met een complexe zorgvraag is het belangrijk dat zorgprofessionals van diverse disciplines goed samenwerken, ook als het gaat om de medicatie van de cliënt. Denk hierbij naast de voorschrijver⁷ aan de gedragskundige en bijvoorbeeld de logopedist. Van belang is dat de taken en verantwoordelijkheden daarbij helder zijn.

2.6 Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

In het medicatiebeleid en -proces zijn verschillende verantwoordelijkheden te onderscheiden. Bij de concrete uitvoering zullen de taken, bevoegdheden en de bijbehorende verantwoordelijkheden in de verschillende zorgsituaties verschillen. In een Professioneel statuut kan de zorgorganisatie de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgprofessionals binnen en buiten de organisatie vormgeven.⁸ In iedere zorgvorm is van belang dat de juiste gegevens aanwezig zijn om medicatie correct te kunnen toedienen. We geven een overzicht van de belangrijkste verantwoordelijkheden van de hoofdrolspelers bij het medicatieproces. Allen handelen volgens de richtlijnen en handreikingen van de eigen beroepsorganisatie.

⁶ Conform Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), zie www.wetten.overheid.nl

⁷ Met 'voorschrijver' bedoelen we iedereen met voorschrijfbevoegdheid. Met name de arts, verpleegkundig specialist en physician assistant.

⁸ Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de gehandicaptenzorg 2024 (update), zie www.vgn.nl

2.6.1 Overzicht taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in het algemeen

Directie, Raad van Bestuur

- is eindverantwoordelijk voor het hebben en het zorgvuldig uitvoeren van het medicatiebeleid;
- voorziet in de nodige voorwaarden op het gebied van personeelsbeleid over medicatie waaronder scholing en toetsing van deskundigheid van zorgmedewerkers;
- stelt een verantwoordelijke Geneesmiddelen- of Medicatiecommissie aan;
- stelt desgewenst per afdeling/unit/locatie een persoon als aandachtsfunctionaris medicatiebeleid aan;
- sluit samenwerkingsovereenkomsten met ketenpartners (zoals apothekers, huisartsen en specialisten) met inachtneming van deze handreiking. Deze handreiking vormt één van de uitgangspunten bij het sluiten van deze overeenkomsten. Sluit waar mogelijk aan bij bestaande convenanten in de regio;
- zorgt voor de randvoorwaarden voor (digitale) overdracht van medicatiegegevens in de keten en voor de aansluiting van de zorgorganisatie op de (digitale) infrastructuur⁹;
- zorgt voor een klimaat gericht op het serieus nemen van medicatieproces en een beleid van veilig melden van fouten en incidenten zonder dat dit consequenties heeft voor de melder.

Client

- geeft aan de zorgaanbieder de gegevens door van de huisarts, apotheek en - indien van toepassing - trombosedienst;
- geeft uitdrukkelijke toestemming voor het (elektronisch) uitwisselen van (medicatie)gegevens. Zo niet, dan zorgt de cliënt bij iedere medicatiewijziging zelf voor de meest actuele basisset medicatiegegevens. Deze is op te vragen bij de apotheek;
- informeert voorschrijvers over het daadwerkelijke medicijngebruik inclusief zelfzorgmedicijnen, over ervaringen met het gebruik en over eventuele bijwerkingen;
- vraagt externe voorschrijvers om de medicatieafspraak (recept) waar mogelijk te sturen naar de apotheek waar de cliënt doorgaans komt en haalt medicatieafspraken (recepten) waar mogelijk af bij die apotheek. Hierdoor is de medicatiebewaking optimaal en is de (elektronische) toedienlijst zo compleet mogelijk;

- indien er nog geen sprake is van elektronische uitwisseling van medicatiegegevens: neemt de cliënt – indien aanwezig – de Basisset Medicatiegegevens (BMG)¹⁰ en/of toedienlijst mee bij bezoek aan een behandelaar buiten de organisatie waar hij¹¹ zorg ontvangt.

Huisarts

- vergewist zich bij het voorschrijven van medicatie van de aanwezigheid van een Basisset Medicatiegegevens per cliënt en levert hiervoor bij kwetsbare cliënten¹² waar nodig een extra inspanning;
- betreft de cliënt bij medicatiewijzigingen;
- registreert de gestarte/gewijzigde/gestopte medicatieopdrachten en de reden ervan (indicatie) in het elektronisch voorschrijfsysteem en in het cliënten-dossier;
- signaleert waar mogelijk de zelfredzaamheid van de cliënt ten aanzien van medicijngebruik;
- zorgt voor elektronische medicatieafspraken (recepten) naar de apotheek;
- maakt, indien hij verantwoordelijk is voor het voorschrijven van medicatie in het kader van behandeling, afspraken over de jaarlijkse evaluatie en beoordeling van medicijngebruik van cliënten. Dit doet hij waar mogelijk in samenwerking met de arts VG en diegenen die in het medicatieproces een rol spelen. Naast de cliënt en/of diens vertegenwoordiger kunnen dit de zorgmedewerker en bij voorkeur de apotheker zijn;
- legt de uitkomsten van deze medicatiebeoordeling vast in het behandelplan;
- zorgt waar nodig voor (digitale) overdracht van medicatiegegevens in de keten en voor de aansluiting van de huisartsenpraktijk op de benodigde (digitale) infrastructuur.

Arts Verstandelijk Gehandicapten (arts VG)

- geeft gevraagd en ongevraagd advies aan zorgprofessionals en directie over het medicatiebeleid en de uitvoering van het medicatieproces;
- betreft de cliënt bij medicatiewijzigingen;
- schrijft voor in een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS);
- vergewist zich bij het voorschrijven van medicatie van de aanwezigheid van een actuele en complete Basisset Medicatiegegevens per cliënt;
- registreert de gestarte/gewijzigde/ gestopte medicatieafspraken (recepten) en de reden ervan (indicatie) in het elektronisch voorschrijfsysteem en in het cliëntendossier;

⁹ Veilige principes in de medicatieketen Platform Medicatieveiligheid, 2012 – 2016 - 2022. Zie www.zorgvoorbeter.nl.

¹⁰ In de herziene richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' spreekt men van een Basisset Medicatiegegevens (BMG) als vervanging van het Actueel Medicatieoverzicht (AMO). Zolang de informatiesystemen de gegevens uit de BMG nog niet volledig over kunnen dragen, werken zorgaanbieders en zorgverleners met de wel beschikbare gegevens.

¹¹ Met 'hij' bedoelen we 'hij of zij'

¹² Een cliënt waarbij sprake is van een combinatie van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, waardoor er een grotere kans is op gezondheidsproblemen.

- zorgt waar nodig voor (digitale) overdracht van medicatiegegevens in de keten; en voor de aansluiting van de zorgorganisatie op de benodigde (digitale) infrastructuur;
- signaleert en legt in overleg met de cliënt, persoonlijk begeleider en desgewenst de gedragskundige in het ondersteuningsplan¹³ de mate van zelfredzaamheid van cliënten vast wat betreft medicijngebruik;
- zorgt voor elektronische medicatieafspraken (recepten) bij de apotheek (eventueel door adviseren van de behandelend voorschrijver);
- maakt, indien hij verantwoordelijk is voor het voorschrijven van medicatie in het kader van behandeling, afspraken over de jaarlijkse evaluatie en beoordeling van medicijngebruik van cliënten. Dit doet hij in samenwerking met diegenen die in het medicatieproces een rol spelen;
- legt de uitkomsten van deze medicatiebeoordeling vast in het behandelplan;
- heeft een signalerende functie met betrekking tot deskundigheid van zorgmedewerkers;
- ontwikkelt mede procedures en voorschriften.

Andere voorschrijvers

Ook anderen schrijven medicatie voor aan de cliënt. Denk aan specialisten, zoals de neuroloog, psychiater, cardioloog en revalidatiearts. En aan voorschrijvers zoals de verpleegkundig specialist, de physician assistant (PA) en de tandarts.

De voorschrijver:

- schrijft voor in een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS);
- vergewist zich van het actueel medicijngebruik van cliënt alvorens voor te schrijven en levert hiervoor bij kwetsbare cliënten waar nodig een extra inspanning;
- zorgt waar nodig voor (digitale) overdracht van medicatiegegevens in de keten en voor de aansluiting op de benodigde (digitale) infrastructuur.

Apotheker

- geeft de zorgorganisatie gevraagd en ongevraagd advies over het medicatiebeleid en de uitvoering van het medicatieproces;
- levert aangevraagde medicatie op juiste wijze aan, met de daarbij behorende (elektronische) bijsluiters. Zorgt ervoor dat alle op naam voorgeschreven medicatie identificeerbaar is;
- zorgt – zolang er nog geen goede digitale uitwisseling is – voor een Basisset Medicatiegegevens en een

(elektronische) toedienlijst en levert hiervoor bij kwetsbare cliënten waar nodig een extra inspanning. Bij mutaties worden deze (bij voorkeur ook in het weekend) dezelfde dag aangeleverd;

- zorgt waar nodig voor (digitale) overdracht van medicatiegegevens in de keten en voor de aansluiting van de apotheek op de benodigde (digitale) infrastructuur;
- maakt afspraken over de jaarlijkse medicatiebeoordeling van cliënten. Dit in samenwerking met de voorschrijver en diegenen die in het medicatieproces een rol spelen. Dit kunnen naast de cliënt/vertegenwoordiger ook de niet voorschrijvende arts VG of huisarts en zorgmedewerkers zijn;
- brengt bij medicatiebeoordeling en farmacotherapie-overleg (FTO) de voorschriften in die afwijken van het geneesmiddelenformularium;
- indien van toepassing: controleert werkvoorraad;
- desgevraagd: zorgt voor scholing van deskundigheid van zorgmedewerkers;
- indien van toepassing: ontwikkelt mede procedures en voorschriften;
- ziet in zijn algemeenheid toe op het medicatieproces en meldt tekortkomingen daarin aan de zorgaanbieder.

Lijnverantwoordelijke

- faciliteert (zelforganiserende) teams bij het organiseren van het medicatieproces en ziet toe op uitvoering en borging.

Zorgmedewerker

- werkt volgens het medicatiebeleid van de zorgorganisatie;
- is bevoegd en acht zich bekwaam;
- signaleert en legt, eventueel in overleg met de arts, de mate van zelfredzaamheid van cliënten vast wat betreft medicijngebruik;
- dient medicatie toe (controleert, dient toe, tekent af);
- signaleert bij cliënten reactie op medicatiegebruik: effect en bijwerkingen en signaleert de wijze van medicijngebruik: gebruik, niet gebruik, verkeerd gebruik). Rapporteert deze signalen en koppelt ze terug aan de arts;
- levert een bijdrage aan de periodieke evaluatie van het medicijngebruik;
- zorgt – wanneer er nog geen digitale overdracht van medicatiegegevens is – voor een goede overdracht van medicatiegegevens bij ziekenhuisopname of bezoek aan een behandelaar buiten de organisatie.

¹³ VGN heeft een handreiking Ondersteuningsplannen uitgebracht. Zie https://www.vgn.nl/system/files/2023-05/Handreiking%20ondersteuningsplannen_DEF.pdf

- heeft een signalerende functie met betrekking tot deskundigheid van andere zorgmedewerkers;
- houdt eigen deskundigheid op peil;
- registreert in het zorgdossier de vaste zorgaanbieders van de cliënt, zoals de huisarts en de apotheek waar de cliënt doorgaans komt.

Aandachtsfunctionaris op locatieniveau

Indien binnen de zorgorganisatie tot deze werkwijze is besloten, heeft deze naast de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de zorgmedewerker, ook onderstaande taken:

- bewaakt de uitvoering van het medicatieproces en bespreekt de aandachtspunten met de locatiemanager;
- toetst de werkbaarheid van ontwikkelde procedures en voorschriften aan de praktijk;
- controleert de voorraad van op naam gestelde geneesmiddelen.

2.6.2 Eigen beheer medicatie

In principe is de cliënt zelf verantwoordelijk voor zijn medicatiebeheer en -gebruik, tenzij er redenen zijn om dit anders te regelen. De mogelijkheden tot het dragen van eigen verantwoordelijkheid op het gebied van medicatiebeheer en -gebruik kunnen immers van cliënt tot cliënt verschillen.

Het beoordelen van de wilsbekwaamheid van de cliënt ten aanzien van eigen beheer van medicatie vindt plaats volgens het protocol beoordeling wils(on)bekwaamheid van de zorgorganisatie. Met elke cliënt en bij wilsonbekwaamheid ter zake met de (wettelijk) vertegenwoordiger worden duidelijke afspraken gemaakt over het beheer van de medicatie. Deze afspraken worden vastgelegd in het onderdeel ondersteuningsplan van het cliëntdossier en periodiek geëvalueerd.¹⁴ Indien een zorgorganisatie ergens in de keten betrokken is bij onderdelen van het medicatieproces aan een cliënt, heeft men de verantwoordelijkheid voor het maken van duidelijke afspraken over het medicatiebeleid. De gemaakte afspraken hierover zijn schriftelijk vastgelegd in het ondersteuningsplan van het cliëntdossier. Elke zorgprofessional die binnen de keten van het medicatieproces een handeling verricht, is verantwoordelijk voor het eigen professioneel handelen.

2.6.3 Zelfstandig wonen

Cliënten die zelfstandig wonen¹⁵, hebben een eigen huisarts en apotheker. Deze huisarts en apotheker zijn primair verantwoordelijk voor de medische en farmaceutische zorg die zij verlenen aan de cliënt. De cliënt onderhoudt de relatie met de apotheker en huisarts in beginsel zelf.

Als de cliënt niet in staat is zelf voor zijn medicatie te zorgen, en er is geen hulp van de omgeving mogelijk, dan kan dit geheel of gedeeltelijk worden overgedragen aan de zorgorganisatie. De organisatie krijgt dan een ondersteunende, coördinerende en bewakende taak (onder andere medicatie geven, reactie op medicatie, evaluatie medicijngebruik). De afspraken hierover worden vastgelegd in het ondersteuningsplan. Het verdient aanbeveling dat de zorgorganisatie werkafspraken over het medicatieproces maakt met huisarts en apotheker en deze periodiek evalueert. Denk bijvoorbeeld aan de aanwezigheid van een (elektronische) toedienlijst en de wijze van bestellen.

2.6.4 Verblijf zonder behandeling

Cliënten met een woonplek verblijf zonder behandeling, hebben een eigen huisarts en apotheker. Deze huisarts en apotheker zijn primair verantwoordelijk voor de medische en farmaceutische zorg die zij verlenen aan de cliënt. De zorgorganisatie maakt afspraken met de cliënt over de gewenste ondersteuning bij beheer en gebruik van de medicatie. Deze afspraken worden periodiek geëvalueerd. Daarnaast heeft de zorgmedewerker een signalerende rol ten aanzien van het medicijngebruik van de cliënt.

Het heeft de voorkeur dat cliënten van een locatie dezelfde huisarts en dezelfde apotheker hebben. De cliënt heeft een individuele behandelrelatie met de huisarts en apotheker. De zorgorganisatie onderhoudt in deze situatie de relatie met de (huis)arts en apotheker ten aanzien van het medicatieproces. De locatie maakt algemene samenwerkingsafspraken met de huisarts en de apotheker over het medicatieproces en evalueert deze periodiek

¹⁴ Veel gehandicaptenzorgorganisaties gebruiken hiervoor het instrument BEM-VG, zie www.medicijngebruik.nl.

¹⁵ Inclusief Volledig Pakket Thuis (VPT) en Modulair Pakket Thuis (MPT)

2.6.5 Verblijf met behandeling

Cliënten die een woonplek verblijf met behandeling hebben, maken gebruik van de huisarts en arts VG van de zorgorganisatie. Ook maken ze gebruik van de apotheek die de zorgorganisatie belevt. De huisarts en apotheker hebben een contract met de zorgorganisatie. Daarin zijn afspraken vastgelegd over de verdeling van taken en daarbij behorende verantwoordelijkheden en procedures rondom het medicatiebeleid voor de cliënten van de zorgaanbieder.

Bij het maken van deze afspraken maakt de zorgorganisatie gebruik van actuele richtlijnen en handreikingen.

2.6.6 Dagcentra en logeervoorzieningen

Het medicatieproces op de dagcentra en logeervoorzieningen voldoet aan dezelfde eisen als het medicatieproces van een woonlocatie of ambulante hulp, zie paragraaf 3.1 tot en met 3.6. De medicatie wordt waar mogelijk door de cliënt meegenomen en de toedienlijst gaat waar mogelijk mee heen en weer met de cliënt.

Voor cliënten die zowel bij een zorgorganisatie wonen als een dagcentrum¹⁶ bezoeken, stemt de zorgmedewerker van de woonvoorziening met de collega van het dagcentrum af. De zorgmedewerker doet dit in overleg met de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger.

Cliënten die gebruikmaken van de dagcentra kunnen zelfstandig wonend zijn of op een locatie wonen voor 24-uurs verblijfszorg (met of zonder behandeling). Als de cliënt thuis woont, dan is de cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger verantwoordelijk voor de contacten met de apotheek. Ook is de cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger verantwoordelijk voor het meenemen dan wel meegeven van de medicatie, inclusief toedienlijst van de apotheek. Immers, dat deel van het medicatiebeheer ligt bij de cliënt of wettelijk vertegenwoordiger.

¹⁶ Met 'dagcentrum' bedoelen we ook een activiteitscentrum (AC) en kinderdagcentrum (KDC)

3 Het medicatieproces voor de zorgmedewerker

Hoofdstuk twee richt zich op het medicatiebeleid van de zorgorganisatie. Dit hoofdstuk is gericht op jou als zorgmedewerker. We schetsen wat je rol als zorgmedewerker is in het medicatieproces en wat je van de ketenpartners – zoals de arts en apotheker – mag verwachten. Je kunt dit hoofdstuk gebruiken voor je eigen deskundigheidsbevordering en voor scholing in je team. We beschrijven je rol aan de hand van de volgende zes stappen in het medicatieproces:

1. Start zorg en dienstverlening
2. Voorschrijven
3. Medicijnen ontvangen van apothekers of (wettelijk) vertegenwoordiger
4. Klaarzetten, aanreiken, toedienen en aftekenen
5. Opslag en voorraadbeheer
6. Evaluatie

3.1 Start zorg en dienstverlening

- Uitgangspunt is dat de cliënt zelf verantwoordelijk is voor zijn medicijngebruik en –beheer. Je bepaalt bij start van de dienstverlening de wilsbekwaamheid van de cliënt ten aanzien van het eigen beheer van de medicatie volgens het beleid van je zorgorganisatie. Je legt de uitkomst vast in het cliëntendossier en evalueert dit regelmatig. Als een cliënt de verantwoordelijkheid voor het zelf beheren van de medicatie niet kan waarmaken, maak je als zorgmedewerker met hem en indien ter zake wilsonbekwaam met de (wettelijk) vertegenwoordiger afspraken over het beheer en gebruik en leg je deze vast in het zorgdossier.
- Voor veel thuiswonende cliënten geldt dat de (wettelijk) vertegenwoordigers de verantwoordelijkheid voor het medicijngebruik en –beheer dragen.
- Bij cliënten in een dagcentrum of logeerverzorging die in een andere zorgorganisatie wonen zijn de cliënt en/of diens (wettelijk) vertegenwoordiger of de andere zorgorganisatie het eerste aanspreekpunt voor het medicijngebruik en –beheer.
- Ga voor het maken van afspraken over medicijngebruik en –beheer in een gesprek met de cliënt eerst na welke medicijnen de cliënt daadwerkelijk gebruikt, inclusief zelfzorgmedicatie. Zorg dat hierbij een basisset medicatiegegevens van de apotheker (elektronisch) beschikbaar is.¹⁷ Dit overzicht is leidend, maar het medicijngebruik kan in de tussentijd gewijzigd zijn. Bespreek eventuele verschillen met de verantwoordelijke voorschrijver. In een dagcentrum of logeerverzorging bespreek je het medicijngebruik met de cliënt en/of diens (wettelijk) vertegenwoordiger of – in overleg met de cliënt – met de zorgorganisatie waar de cliënt woont.
- Stimuleer en ondersteun als zorgmedewerker een cliënt die zelfzorgmiddelen gebruikt om dit met de voorschrijver te bespreken. Of geef dit – in overleg met de cliënt – door aan de voorschrijver en apotheker¹⁸. Gebruikt een cliënt van een dagcentrum of logeerverzorging zelfzorgmiddelen, ga dan in overleg met de cliënt of – in overleg met de cliënt – met de andere zorgorganisatie (de woonlocatie).
- Bespreek samen met cliënt of deze zijn medicatie zelf beheert en gebruikt. En of deze het eigen gebruik en beheer wil aanleren. Schakel indien nodig de deskundigheid in van andere disciplines, zoals de arts of gedragskundige. Beoordeel ook of het eigen beheer verantwoord is voor de omgeving van de cliënt¹⁹. Indien nodig neem je – in overleg met de cliënt – contact op met de voorschrijver of andere verantwoordelijke.
- Voor je het beheer overneemt kun je met elkaar over handige oplossingen voor de cliënt nadenken en deze in overleg met cliënt, apotheker en voorschrijver doorvoeren. De arts of apotheker kunnen soms het innameschema eenvoudiger maken. Bijvoorbeeld door

¹⁷ Zie Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten voor gestelde eisen aan een Basisset Medicatiegegevens

¹⁸ Uiteraard geldt dit ook voor cliënten die hun medicatie geheel zelfstandig beheren en gebruiken.

¹⁹ Gebruik hiervoor eventueel het instrument BEM-VG, zie www.medicijngebruik.nl.

- van drie naar twee inname momenten te gaan. Ook kan de apotheker de medicatie in een medicijnrol²⁰ leveren, zodat de cliënt zijn medicijnen zelfstandig in kan nemen. Soms is een medicijn dispenser een oplossing.
- Als je cliënt een dagcentrum of logeervoorziening bezoekt, zorg je dat ook daar – in overleg met de cliënt – het eigen gebruik en – beheer bekend is.
 - Spreek in de organisatie af hoe je op een gestructureerde manier in kaart brengt of een cliënt zijn medicatie zelfstandig kan beheren en/of gebruiken. Gebruik liefst verschillende categorieën van zelfstandigheid²¹.
 - Leg in het zorgdossier vast welke afspraken je met de cliënt hebt gemaakt; welke aspecten van het medicijngebruik en -beheer zijn overgenomen.
 - Breng de arts en de apotheker ervan op de hoogte dat het medicatiebeheer helemaal of deels is overgenomen. Of laat de cliënt dit doen. De apotheker levert dan toedienlijsten. Bij een cliënt van een dagcentrum of logeervoorziening is dit de verantwoordelijkheid van de cliënt, diens (wettelijk) vertegenwoordiger of de andere zorgorganisatie.
 - Evalueer jaarlijks het eigen beheer door de cliënt. Voer indien nodig opnieuw een medicijn gesprek en leg eventuele wijzigingen vast in het zorgdossier. Vooral na een ziekenhuisopname of na langdurig verlof kan de behoefte aan ondersteuning veranderd zijn. Ook de medicatie kan veranderd zijn.
 - Als je een cliënt begeleidt in het weer zelfstandig uitvoeren van het medicatiebeheer- en gebruik is het mogelijk dat de medicijnen niet in een medicijnrol worden geleverd. Ook is het mogelijk dat je als zorgmedewerker de inname momenten niet aftekent op een toedienlijst. Leg de afspraken met de cliënt over het medicatiebeheer en over jouw rol daarbij steeds goed vast in het dossier.

3.2 Voorschrijven

- De arts, verpleegkundig specialist en physician assistant (PA) zijn verantwoordelijk voor het voorschrijven van de medicatie. Ze doen dit op basis van een actuele en complete basisset medicatiegegevens. Waar nodig stemmen ze af met andere disciplines.

- De voorschrijver schrijft voor iedere wijziging in de medicatie een elektronische medicatieafspraken (recept). De apotheek verwerkt deze medicatieafspraken. De gewijzigde medicatie komt dan op de toedienlijst te staan. En als er een medicijnrol is, wordt deze aangepast. Ook als (wettelijk) vertegenwoordiger contact heeft met voorschrijvers en dat leidt tot een medicatiewijziging schrijft de voorschrijver hiervoor altijd een medicatieafspraken (recept).
- De voorschrijver geeft voorlichting over de medicatie aan de cliënt. Daarbij wordt in ieder geval informatie gegeven over het gebruik en de (bij)werkingen. Als je (een deel van) het medicijngebruik en beheer van de cliënt hebt overgenomen, geeft de voorschrijver ook jou deze informatie. Bij cliënten in een dagcentrum of logeerhuis ontvang je de benodigde informatie van de cliënt, diens (wettelijk) vertegenwoordiger of de andere zorgorganisatie.
- De voorschrijver geeft tijdig een bij voorkeur digitaal of schriftelijk uitvoeringsverzoek als er een voorbehouden handeling nodig is.²² Bijvoorbeeld het injecteren van insuline. Zonder dit uitvoeringsverzoek kun je de handeling niet uitvoeren. Zorgorganisaties hebben vaak afspraken gemaakt met voorschrijvers hoe dit geregeld wordt in de praktijk. Deze staan dan in het beleid van de zorgorganisatie. Soms schakelt een zorgorganisatie de thuiszorg in om voorbehouden handelingen uit te voeren.

3.3 Medicijnen ontvangen van apotheek of (wettelijk) vertegenwoordiger²³

- De apotheker is verantwoordelijk voor de medicatiebewaking en het afleveren van medicijnen op basis van de medicatieafspraken (recepten) van de voorschrijver. Deze medicijnen zijn voorzien van de volgende gegevens: naam cliënt, naam geneesmiddel, sterkte, aantal, dosering, toedieningsvorm, gebruik, toedienwijze en vervaldatum. Waar nodig staat ook de periode van gebruik aangegeven.
- Als de zorgorganisatie het medicatiebeheer en – gebruik (gedeeltelijk) van de cliënt heeft overgenomen, is het belangrijk dat:
 - de apotheek de medicatie waar mogelijk in een medicijnrol aanlevert. De medicatie is daarmee door de apotheek gecontroleerd en uitgezet per dag en per toedientijdstip. En de medicatie is herkenbaar

20 Andere termen voor een medicijnrol zijn medicatierol, baxterrol of GDS-medicatie. GDS staat daarbij voor Geneesmiddelen Distributie Systeem.

21 De BEM-VG beschrijft categorieën van zelfstandigheid.

22 In de Handleiding 'Voorbehouden handelingen bij verpleging, verzorging en thuiszorg', voorjaar 2019, is omschreven wat onder een uitvoeringsverzoek wordt verstaan.

23 In de Geneesmiddelenwet gebruikt men voor afleveren door de apotheek de term 'ter hand stellen'.

(identificeerbaar) tot het moment van inname. Hierdoor worden eventuele uitzetfouten door de zorgorganisatie voorkómen. Ook hoeft een tweede persoon van de zorgorganisatie dan niet te controleren of er juist is uitgezet. In het zeldzame geval dat een medicijnrol echt niet mogelijk is, kun je de apotheek vragen of deze de medicatie uit wil zetten in week (of maand-) doseerdozen.

- de apotheek een toedienlijst levert waarop het mogelijk is per dag, per toedientijdstip en per geneesmiddel af te tekenen. En waarop beschreven staat wat het gebruik is. Waar nodig staat op de toedienlijst hoe moet worden gebruikt of toegediend. Bij losse risicovolle medicatie is er op de toedienlijst ruimte voor een tweede paraaf. Dit kan ook via elektronische toedienregistratie geregeld zijn.
 - de apotheek bij medicatiewijzigingen de medicatierol aanpast. Dit doet de apotheek ook als de medicatierol reeds geleverd is aan de cliënt van de zorgorganisatie²⁴. De apotheek levert bij elke medicatiewijziging een nieuwe toedienlijst. Bij elektronische toedienregistratie wordt de toedienlijst bij iedere medicatiewijziging (automatisch) aangepast.
 - de apotheek een Basisset Medicatiegegevens levert. Bij elke wijziging in de medicatie levert de apotheek een nieuwe Basisset Medicatiegegevens. Bij elektronische toedienregistratie wordt de BMG automatisch aangepast.
 - de apotheek voor elk geneesmiddel - ook in een medicijnrol - een (elektronische) bijsluiter²⁵ beschikbaar stelt.
 - de apotheek zorg draagt voor het transport van de medicatie naar de woonlocatie van de gehandicaptenorganisatie. Hetzelfde geldt voor de afvoer van de retourmedicatie. Het karakter van de gehandicaptenzorg is – in de setting van woonlocaties – echter dusdanig dat er situaties denkbaar zijn dat je als zorgmedewerker de medicatie voor de cliënt bij de apotheek haalt en retourmedicatie naar de apotheek brengt.
- Voor cliënten van een dagcentrum of logeervoorziening geldt dat de cliënt, diens (wettelijk) vertegenwoordiger of de andere zorgorganisatie de medicijnen op de juiste manier aanleveren. Wanneer je de cliënt ondersteunt bij de medicatie, ontvang je de toedienlijst van de apotheek via de (wettelijk) vertegenwoordiger of de andere zorgorganisatie.

→ Als zorgmedewerker controleer je bij nieuw geleverde medicatie of de juiste losse medicatie en de juiste medicijnrollen voor de juiste cliënten zijn geleverd.

3.4 Klaarzetten, aanreiken, toedienen en aftekenen

Onderstaande geldt voor de werkwijze van zorgmedewerkers bij cliënten waarvan de zorgorganisatie het medicatiebeheer (gedeeltelijk) heeft overgenomen.

→ Alleen als je bevoegd en bekwaam bent zet je geneesmiddelen klaar, reikt ze aan of dient ze toe.

Een begeleider die bekwaam is in medicatie geven, heeft conform de Leidraad 'Bekwaamheid bij medicatie geven in de langdurige zorg'²⁶:

1. voldoende kennis over de werking van medicijnen, het ziektebeeld van de zorgvrager, het medicatieproces en mogelijke medicatieproblemen, zoals bijwerkingen en complicaties
2. voldoende vaardigheden om medicatie in verschillende toedieningsvormen te geven, en problemen met medicijngebruik te signaleren en op te lossen of over te dragen
3. de juiste professionele houding (onder andere communicatievaardigheden) om medicatie te geven.

- Je werkt hygiënisch bij het klaarzetten, aanreiken en toedienen van medicatie.
- Je geeft medicatie aan de hand van de toedienlijst van de apotheek, of de elektronische toedienregistratie. Bij elke medicatiewijziging levert de apotheek met de medicatie een nieuwe toedienlijst. Bij elektronische toedienregistratie wordt de toedienlijst bij iedere medicatiewijziging (automatisch) aangepast.
- Je past de toedienlijst niet zelf aan. Bij cliënten van een dagcentrum of logeervoorziening ontvang je de toedienlijst van de apotheek via de (wettelijk) vertegenwoordiger of de andere zorgorganisatie.
- Je volgt de gebruiksvorschriften op zoals vermeld op de toedienlijst.
- Als er problemen zijn bij de inname van de medicatie en de cliënt is er zelf niet toe in staat, neem je – in overleg met de cliënt – contact op met de arts. In een dagcentrum of logeervoorziening neem je contact

24 Veilige principes in de medicatieketen Platform Medicatieveiligheid, 2012 – 2016 - 2022. Zie www.zorgvoorbeter.nl.

25 Belangrijk is dat deze goed toegankelijk is voor zowel cliënt als voor de medewerker, bijvoorbeeld via www.apotheek.nl.

26 Bron: Leidraad Bekwaamheid bij medicatie geven in de langdurige zorg, V&VN, december 2014

- op met de (wettelijk) vertegenwoordiger of andere zorgorganisatie.
- Je overlegt altijd met de arts voordat de keuze gemaakt wordt de medicatie te malen en/of op te lossen. De apotheker beoordeelt of er andere toedieningsvormen gekozen kunnen worden, zoals drank, bruistablet, kleinere tabletten. Ook kan de apotheker controleren of het medicijn wel gemalen mag worden. Wanneer voor malen wordt gekozen, vermeldt de apotheker dit op de (elektronische) toedienlijst, zodat het voor iedere zorgmedewerker duidelijk is²⁷. In een dagcentrum of logeervoorziening overleg je met de cliënt en/of diens (wettelijk) vertegenwoordiger of – in overleg met de cliënt – met de andere zorgorganisatie.
 - Je controleert bij medicijnzakjes of de medicijnnaam op het zakje gelijk is aan de medicatie op de toedienlijst.
 - Daarnaast controleer je of het aantal medicijnen in het zakje klopt²⁸.
 - Direct na toedienen en controleren, teken je per medicijn af.
 - Om fouten te voorkomen, haal je de medicatie pas net voor het klaarzetten, aanreiken of toedienen uit de verpakking of het zakje. Om verwisseling te voorkomen, rond je een handeling bij de cliënt eerst helemaal af, voordat je aan de medicijnverstrekking van de volgende cliënt begint. Hierbij hoort het controleren en per medicijn aftekenen.
 - De toedienlijsten blijven minimaal 2 maanden na einddatum bewaard, of langer bij bijzondere omstandigheden²⁹. Denk daarbij aan een incidentmelding.
 - Een deel van de medicatie is risicovol voor de cliënt. Bij medicatie die niet in de medicijnrol zit (druppels, dranken en 'zo nodig' medicatie) en die risicovol is, controleert een tweede persoon of de juiste medicatie gegeven wordt³⁰. Deze tweede persoon kan de cliënt of de mantelzorger zijn indien deze hiertoe in staat is. Anders doet een tweede medewerker de dubbele controle. Het is aan de zorgorganisatie om desgewenst beleid op te stellen ten aanzien van uitzonderings-situaties. Wanneer de risicovolle medicatie in een medicijnrol zit, is een tweede controle niet nodig; de apothek heeft immers de eerste controle gedaan. In de praktijk herken je losse risicovolle medicatie aan de ruimte voor een tweede paraaf op de toedienlijst.
 - Uitgangspunt is dat je alleen zelfzorgmiddelen aan een cliënt geeft als deze voorgeschreven of geaccordeerd zijn door een arts en door de apothek zijn (geleverd en) vermeld op de toedienlijst³¹.
 - Als je een voorbehouden handeling uitvoert, bijvoorbeeld een injectie geeft, doe je dat op basis van een – bij voorkeur schriftelijk – uitvoeringsverzoek van de arts³².

3.5 Opslag en voorraadbeheer

- De medicatie wordt volgens de bewaarvoorschriften bewaard, in een afgesloten ruimte;
- De medicatie wordt in de oorspronkelijke verpakking bewaard.
- De opslaglocaties zijn schoon.
- Alle medicatie wordt zo bewaard dat ze geen gevaar kan zijn voor de cliënt en/of diens omgeving.
- Alle medicatie is voorzien van de volgende gegevens: naam cliënt, naam medicijn, sterkte, aantal, dosering, toedieningsvormen, vervaldatum. Uitzondering hierop is de werkvoorraad³³. Deze medicijnen zijn niet op naam gesteld.
- Er is per locatie of team een aandachtsfunctionaris aangesteld die het beheer van de medicatievoorraad coördineert. Zowel de voorraad van medicijnen op naam (in de kar of in de kast) als de werkvoorraad.
- Het bestelsysteem is zo vormgegeven dat de kans op misgrijpen minimaal is.
- De aandachtsfunctionaris controleert regelmatig of er voldoende voorraad is van medicatie die niet in medicatiezakjes geleverd is, zoals dranken, druppels, insulinepennen en zalven.
- De aandachtsfunctionaris controleert de houdbaarheid van de voorraad (vervaldata) inclusief houdbaarheid na openen (van bijvoorbeeld oogdruppels, zalven en dranken), en registreert deze controle.
- Op de locatie of in de woongroep is er een sluitend voorraadbeheer wat betreft opiaten. Bij opiaten in

27 Voor meer informatie over malen van geneesmiddelen, zie handreiking Malen geneesmiddelen. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, januari 2011. Zie www.medicijngebruik.nl.

28 Veilige principes in de medicatieketen Platform Medicatieveiligheid, 2012 – 2016 – 2022. Zie www.zorgvoorbeter.nl.

29 Conform Herzien advies bewaartermijn toedienlijst 2017, <https://www.zorgvoorbeter.nl/nieuws/herzien-advies-bewaartermijn-toedienlijst>. IGJ hanteert een bewaartermijn van 2 jaar.

30 De KNMP heeft een lijst van geneesmiddelen opgesteld waarbij dubbele controle noodzakelijk wordt geacht: De dubbel paraferen lijst. Deze lijst is een onderdeel van de Veilige principes in de medicatieketen. <https://www.knmp.nl/downloads/dubbel-te-controleren-lijst.pdf/view>

31 Veilige principes in de medicatieketen, 2012 en 2016. Het heeft de voorkeur dat de zelfzorgmiddelen in de apothek worden gehaald

32 In de Handleiding 'Voorbehouden handelingen bij verpleging, verzorging en thuiszorg', voorjaar 2019, is omschreven wat onder een uitvoeringsverzoek wordt verstaan.

33 Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. ActiZ, GGZ Nederland, VGN, januari 2011. Zie www.ggznederland.nl.

medicatiezakjes is aftekenen op de (elektronische) toedienlijst voldoende. Bij opiaten buiten de medicatierol, zoals fentanylpleisters en 'zo nodig' medicatie, houd je als zorgmedewerker ook een opiaatregistratie bij conform afspraken met de apotheek. Daarmee is op elk moment van de dag inzichtelijk hoeveel van het opiaat aanwezig behoort te zijn. Je telt het aantal tabletten of capsules van het opiaat in de verpakking en controleert of dit overeenkomt met de registratie op de lijst. Je boekt vervolgens het aantal gegeven tabletten of capsules af en noteert het nieuwe totaal op de lijst, met paraaf en datum. Per opiaat (soms per doosje), is er een aparte registratie.

- Koel te bewaren medicatie wordt in een aparte koelkast bewaard. Bewaar het niet in de deur van de koelkast. In kleinschalige woonsituaties wordt medicatie per cliënt in een afgesloten (plastic) bak in een gewone koelkast bewaard.
- Als er medicatie in de koelkast ligt, is het nodig de temperatuur van de koelkast te controleren. Controleer minimaal wekelijks of de temperatuur in de koelkast tussen de twee en zeven graden Celsius ligt³⁴ en leg dit vast.
- Maak de koelkast bij verontreinigingen schoon en anders minimaal een keer per maand.
- Bij ambulante cliënten die een eigen koelkast hebben, geldt: signaleer tijdig als de koelkast niet goed lijkt te werken of niet schoon is en adviseer de cliënt om dit op te lossen.
- De lijnverantwoordelijke en het team maken duidelijke afspraken over wie toegang heeft tot de medicatie van de cliënt en leggen dit vast.
- Er zijn afspraken over wie toegang hebben tot de medicijnvoorraad, zowel voor de werkvoorraad als voor de voorraad die op naam van een cliënt staat. Dit staat beschreven in een sleutelprocedure of sleutelbeheer.
- De niet meer gebruikte medicatie is gescheiden van de voorraad bewaard en is niet toegankelijk voor derden. De apotheek haalt het volgens gemaakte afspraken op, bij voorkeur minimaal wekelijks.
- De apotheek houdt volgens gemaakte afspraken toezicht op het beheer van de medicatievoorraad en controleert daarbij de manier waarop dit georganiseerd is.
- Naast de opslag van medicijnen die op naam van de cliënt zijn voorgeschreven, kan de zorgorganisatie ook een werkvoorraad hebben. De receptgeneesmiddelen in de werkvoorraad zijn (nog) niet op naam van een cliënt voorgeschreven. Ze worden na het uitschrijven

van een medicatieafpraak (recept) als medicatie op naam gebruikt in avond-, nacht- en weekendsituaties. Het betreft dus geen zelfzorgmedicatie.

Een werkvoorraad is een soort 'uitgebreide dokterstas'; er is altijd een arts in dienst van de zorgorganisatie verantwoordelijk voor. Voor meer informatie over opslag en beheer van een werkvoorraad zie de Handreiking werkvoorraad (2010, VGN, Actiz, GGZ Nederland).

3.6 Evaluatie

De cliënt

Er zijn vastgestelde momenten waarop je het medicijngebruik van de cliënt evalueert:

- Bij cliënten die hun medicijnen zelf beheren en gebruiken evalueer je jaarlijks samen met de cliënt of dit nog goed gaat. Je kijkt of de geboden ondersteuning nog klopt, of dat er andere ondersteuning nodig is. Je betreft daarbij waar nodig andere disciplines, zoals arts of gedragskundige.
- Als de arts of apotheker een medicatiebeoordeling uitvoeren, behoort de cliënt of diens (wettelijk) vertegenwoordiger hierbij betrokken te zijn. Als je (een deel van) de medicatiezorg hebt overgenomen, behoor je hier als zorgmedewerker eveneens bij betrokken te zijn.

Daarnaast houd je doorlopend in de gaten hoe het met het medicijngebruik van de cliënt gaat. Je bent alert op mogelijke bijwerkingen of op signalen dat de cliënt de medicatie niet goed zelfstandig kan gebruiken of beheren of juist beter dan voorheen.

De organisatie

Samen met je team evalueer je ook het medicatieproces in je organisatie. Dit kan zijn in de woning, op de afdeling of in het activiteitencentrum (AC), kinderdagcentrum (KDC) of logeershuis. Je kijkt daarbij naar de ervaringen in het team, naar incidentmeldingen³⁵ of uitkomsten van audits. Op basis daarvan pas je gezamenlijk de werkwijze aan, zodat het medicatieproces verbetert.

Jezelf

- Je neemt de nodige maatregelen om op de hoogte te blijven van de werking van de medicatie van aan jouw zorg toevertrouwde cliënten.
- Je zorgt dat je voldoende ervaring houdt in het toedienen van (risicovolle) medicatie.

³⁴ Het heeft de voorkeur als de thermometer vanaf de buitenzijde van de koelkast afleesbaar is. Er zijn koelkasten met automatische temperatuur- en luchtvochtigheidscontrole.

³⁵ Ook wel MIC-, MIP-, FONA- of FOBO-meldingen genoemd.

Literatuur

Dubbel te controleren-lijst, inclusief toelichting. KNMP.
Zie www.knmp.nl.

Handreiking ondersteuningsplannen. VGN, Utrecht, 2023
Zie www.vgn.nl.

Handleiding Voorbehouden handelingen bij verpleging,
verzorging en thuiszorg. ActiZ, ZorgthuisNL, LHV, Verenso,
Utrecht, voorjaar 2019.

Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samen-
werking in de gehandicaptenzorg, Utrecht. Verwacht
derde kwartaal 2024. Zie www.vgn.nl.

Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij
samenwerking in de zorg. KNMG en samenwerkings-
partners, Utrecht, januari 2022. Zie www.KNMG.nl.

Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij
samenwerking in de zorg – checklist met 12 concrete
aandachtspunten. KNMG en samenwerkingspartners,
Utrecht, januari 2022. Zie www.KNMG.nl.

Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen. ActiZ, GGZ
Nederland. VGN, januari 2011. Zie <https://www.igj.nl>

HARM rapport, Utrecht Institute for Pharmaceutical
Sciences, Utrecht, november 2006.

HARM-WRESTLING, Expertgroep Medicatieveiligheid, Den
Haag, feb 2008.

KNMP-richtlijn zorg: Zorg voor patiënten met
geneesmiddelen in een geïndividualiseerde
distributievorm. KNMP, Den Haag, 2022. Zie www.knmp.nl.

Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023–2028, VGN
2022. Zie www.vgn.nl

LESA, landelijke eerstelijns samenwerkingsafpraak
medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis Huisarts
& wetenschap, jrg. 52 (2009), nr. 4, p. s7 e.v.

Leidraad Bekwaamheid bij medicatie geven in de
langdurige zorg. V&VN, Utrecht, december 2014. Zie
www.venvn.nl.

Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de lang-
durende zorg en zorg thuis onvoldoende. IGZ, Den Haag,
september 2010.

Module Medicatiebeoordeling, onderdeel van de
multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, NHG,
KNMP en NVKG, sept 2019.

Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten,
Herziening 2018/2019, Utrecht, 28 november 2019.
Zie www.zorginzicht.nl.

Toetsingskader medicatieveiligheid, IGJ, Utrecht,
november 2023. Zie www.igj.nl.

Veilige principes in de medicatieketen, voor de sectoren
verpleging, verzorging en thuiszorg. Platform
Medicatieveiligheid (ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN,
LHV, NHG, LOC, PFN, V&VN), 2012 – 2016 - 2022. Zie
www.zorgvoorbeter.nl.

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), Zie
www.wetten.overheid.nl

Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018
(WMCZ 2018) Zie www.wetten.overheid.nl

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
(Wet Big), 1993. Zie www.wetten.overheid.nl.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
(WGBO), 1992. Zie www.wetten.overheid.nl.

Appendix: Wettelijk kader

1. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

De Raad van Bestuur van een zorginstelling is volgens de Wkkgz eindverantwoordelijk voor het bieden van goede zorg (= zorg van goede kwaliteit) aan de cliënt. Daarnaast staan in de Wkkgz ook regels voor zorginstellingen over de verdeling van verantwoordelijkheden bij samenwerking van zorgverleners en het hebben en bijhouden van een systeem ten behoeve van verbetering van de kwaliteit van de zorg. De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de nakoming van de Wkkgz.

Goede zorg

Artikel 2 Wkkgz verplicht de zorgaanbieder tot het bieden van goede zorg. Goede zorg definieert de Wkkgz als het bieden van zorg van goede kwaliteit en van goed niveau, die in ieder geval veilig, doelmatig, cliëntgericht en tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Daarnaast moet de zorgverlener de cliënt met respect behandelen en de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht nemen.

In artikel 2 Wkkgz staat ook de plicht van de zorgverlener dat hij daarbij handelt in overeenstemming met zijn professionele standaard. Dit komt overeen met *'handelen als een goed hulpverlener'* op grond van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). Zie het kopje onder 2 'Wgbo' voor een nadere uitwerking van de professionele standaard van de zorgverlener.

Organisatie van de zorg

De zorgaanbieder moet volgens artikel 3 Wkkgz de zorg zo organiseren dat de inzet van personeel en middelen (kwalitatief en kwantitatief) leidt tot het bieden van goede zorg aan de cliënt. De zorginstelling moet daarnaast werken met een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en afstemmings- en verantwoordingsplichten. De wijze waarop dit moet gebeuren wordt in de Wkkgz niet nader uitgewerkt: het is aan het management van de zorginstelling om samen met betrokken zorgverleners hier inhoud en vorm aan te geven.

Systematische bewaking van de kwaliteit van de zorg

Artikel 7 Wkkgz verplicht de zorgaanbieder tot het hebben en bijhouden van een systeem dat de kwaliteit van de zorg bewaakt. Op basis van de registraties in dit systeem kunnen verbeteringen worden doorgevoerd.

Ten aanzien van het medicatiebeleid betekent bovenstaande het volgende:

- Het bestuur van de zorginstelling is eindverantwoordelijk voor een zorgvuldige uitvoering van het medicatiebeleid. In het medicatiebeleid moeten de taken, verdeling van verantwoordelijkheden en onderlinge afstemming van bij het medicatieproces betrokken zorgmedewerkers helder zijn vastgelegd, zodat de juiste medicatie, op de juiste tijd en wijze, moment aan de juiste cliënt verstrekt wordt. Het management bepaalt verder welke structurele afspraken met ketenpartners zoals apothekers en (huis)artsen gemaakt worden.
- De zorginstelling moet een register hebben waarin zorgmedewerkers mogelijke medicatiefouten veilig kunnen melden t.b.v. verbetering van medicatieveiligheid.

2. De Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)

In de Wgbo zijn de rechten en plichten van de cliënt en de zorgverlener vastgelegd. Deze wet is ook van toepassing op de gehandicaptenzorg. In de richtlijn Wgbo van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) is afgesproken dat zorgverleners van de leden (zorgorganisaties) handelen in overeenstemming met de regels van de Wgbo bij het bieden van zorg aan hun cliënt met een verstandelijke beperking, tenzij een wet anders bepaalt. Hieronder staan de belangrijkste verplichtingen van een zorgverlener.

Goed hulpverlenerschap/professionele standaard

Eén van de belangrijkste plichten van de zorgverlener is om *'te handelen als een goed hulpverlener'*. De zorgverlener moet *'bij zijn werkzaamheden de werkzaamheden van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende professionele standaard'*. Bijna alle beroepsgroepen hebben uitgewerkt wat onder de professionele standaard van de beroepsbeoefenaar wordt verstaan.

De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, handreikingen, beroepscode of zorgstandaarden, gedragsregels, uitspraken van de (tucht)rechter en kwaliteits-indicatoren die betrekking hebben op het zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is vanuit het perspectief van de cliënt.

Iedere zorgverlener moet op de hoogte zijn van en handelen conform zijn of haar professionele standaard. Als het handelen van een goed zorgverlener dit vereist, mag van de professionele standaard worden afgeweken. De reden hiervoor moet de zorgverlener in het cliëntdossier toelichten. Het is aan te bevelen om deze afweging multidisciplinair te maken.

Geïnformeerde toestemming

Eén van de verplichtingen uit de Wgbo is dat alleen met zijn toestemming aan een cliënt zorg mag worden verleend. De toestemming wordt verleend op basis van de door de zorgverlener aan cliënt gegeven informatie en moet vrij (zonder dwang) worden gegeven. Informatie hierover moet worden afgestemd op het bevattingsniveau van de cliënt. Bovendien moet het voor de cliënt duidelijk zijn welke rol en verantwoordelijkheid de betrokken zorgverlener heeft, wie zijn of haar aanspreekpunt is en – bij complexe zorg – ook wie de zorg coördineert.

Dossierplicht

Het dossier heeft tot doel om de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening te bewaken. Iedere zorgverlener (waaronder de ambulant begeleider, begeleider dagbesteding/wonen, arts, apotheker, fysiotherapeut of apothekersassistent) is volgens de Wgbo verplicht om een dossier over zijn cliënt bij te houden. Al deze gegevens bij elkaar vormen het cliëntdossier, dat (niet noodzakelijk op één plek) bij elkaar bewaard of digitaal opgeslagen moet worden. De cliënt heeft recht op inzage en afschrift van het cliëntdossier, voor zover dit de privacy van een ander niet schaadt en in overeenstemming is met goed hulpverlenerschap.

Beroepsgeheim

Volgens het beroepsgeheim mag zonder toestemming van de cliënt geen informatie over de cliënt wordt gedeeld met derden. Onder het kopje 'privacy' staan de hoofdregels en een nadere toelichting.

Ten aanzien van het medicatiebeleid betekent bovenstaande het volgende:

- Uitgangspunt is dat iedere cliënt (zelf verantwoordelijk is voor zijn medicatiegebruik en -beheer, tenzij er redenen zijn om dit anders te regelen.
- Het doel van de zorgverlening op het gebied van medicatie is dat de cliënt de juiste medicatie gebruikt in de juiste dosering, op het juiste tijdstip, op de juiste wijze. Met de juiste registratie in het cliëntdossier en evaluatie wordt de kans op medicatiefouten verkleind.
- De zorgverlener die medicatie verstrekt, handelt daarbij als een 'goed zorgverlener'. Hij werkt volgens de werkwijzen over medicatieveiligheid van zijn beroepsvereniging en eigen zorginstelling. Daarnaast respecteert hij de rechten van de cliënt, bijvoorbeeld door het verstrekken van inzage in medicatiegegevens uit het dossier van de cliënt als deze daarom vraagt.
- De zorgverlener verstrekt alleen medicatie aan een cliënt als hij of zij hier geïnformeerd toestemming voor geeft.

3. De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

De Wet BIG is bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en bewaken, en tevens de cliënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners.

In de Wet BIG staan regels over titelbescherming, registratie, herregistratie, voorbehouden handelingen en het tuchtrecht. Alleen de behandelaar die in het BIG-register staat, mag een beschermde beroepstitel voeren en mag de bij het beroep horende voorbehouden handelingen¹ zelfstandig uitvoeren. Het voorschrijven van medicijnen op recept is een voorbeeld van een voorbehouden handeling.

Het BIG-register

Het BIG-register geeft duidelijkheid over de bevoegdheid van zorgverleners. Daarnaast kunnen in het BIG-geregistreerde zorgverleners maatregelen opgelegd krijgen door het (publiekrechtelijk) tuchtcollege of door de IGJ.

Bevoegd en bekwaam

Voor de bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen is, naast het voldoen aan de eisen voor registratie in het BIG-register en het deskundigheidsgebied, bekwaamheid voor het behoorlijk verrichten van die handelingen een vereiste. Wie niet bekwaam is, is ook niet bevoegd.

Taakherschikking

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Een voorbeeld van taakherschikking is het overnemen van taken van de arts VG door de Verpleegkundig Specialist (VS) in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De VS heeft een beperkte zelfstandige bevoegdheid voor het indiceren, uitvoeren en delegeren van bepaalde voorbehouden handelingen.

Ten aanzien van het medicatiebeleid betekent bovenstaande het volgende:

- Op grond van taakherschikking mag iemand anders dan de arts medicijnen voorschrijven. Tandartsen, verloskundigen, physician assistants, verpleegkundig specialisten algemene gezondheidszorg en verpleegkundig specialisten geestelijke

¹ Zie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voorbehouden-handelingen/vraag-en-antwoord/voorbehouden-medische-handelingen-welke-handelingen-dit-zijn>.

gezondheidszorg mogen dat ook, maar alleen binnen hun deskundigheidsgebied en conform landelijke richtlijnen en standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

→ Het toedienen van medicijnen is geen voorbehouden handeling. De zorgverlener die medicatie aan een cliënt toedient, moet hierbij zorg verlenen op basis van zijn professionele standaard en handelen als een goed zorgverlener. Zie hiervoor het kopje Wgbo (paragraaf 2). Bepaalde toedieningswijzen kunnen wel een voorbehouden handeling zijn, bijvoorbeeld injecteren. Hiervoor gelden dan de regels uit de Wet BIG.

4. De Wet zorg en dwang (Wzd)

De Wzd regelt de bescherming van de rechten van cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatric als bij hen onvrijwillige zorg wordt toegepast of zij gedwongen in een zorginstelling worden opgenomen.

Als het verlenen van onvrijwillige zorg bij een cliënt wordt overwogen, moet de zorgverantwoordelijke het Wzd-stappenplan (multidisciplinair besluitvormingsmodel) starten. Onvrijwillige zorg mag pas worden toegepast als er echt geen alternatief is waar de cliënt wel mee instemt en alleen ter afwending van (dreigend) ernstig nadeel voor de cliënt of een ander persoon. Bij sommige vormen van onvrijwillige zorg, moet altijd de bij de zorg aan de cliënt betrokken arts instemmen.

Ten aanzien van het medicatiebeleid betekent bovenstaande het volgende:

→ Eén van de vormen van onvrijwillige zorg is het toedienen van medicijnen waar de cliënt zich tegen verzet. Dit kan alleen als de cliënt onder de bescherming van de Wzd valt, er geen ander alternatief is waar cliënt mee instemt en er een aanzienlijk risico is op ernstig nadeel voor de cliënt of een ander persoon bij het niet innemen van de medicatie. Voordat de medicatie kan worden toegediend, moet eerst – onder regie van de zorgverantwoordelijke – het stappenplan uit de Wzd worden doorlopen en gezamenlijk naar alternatieven worden gezocht, tenzij er sprake is van een spoedeisende situatie.

5. De Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz²) en bescherming van de privacy

In de Wegiz (juli 2023) staat dat gegevensuitwisseling tussen zorgverleners bij voorkeur elektronisch moet verlopen. Volgens de wetgever gaat door elektronisch gegevens met elkaar uit te wisselen, de informatie die nodig is voor de zorg sneller en met minder kans op fouten. En dat maakt het ook voor de cliënt veiliger en makkelijker. Om goede zorg (waaronder veilige medicatiezorg) te kunnen leveren, is het cruciaal dat zorgverleners beschikken over complete en actuele gegevens van de cliënt. Dit kan alleen worden bereikt met een goede overdracht en beschikbaarheid van gegevens tussen zorgverleners, zowel binnen de eigen organisatie als daarbuiten. Het Ministerie van VWS heeft samen met het veld een Meerjarenagenda opgesteld waarin is bepaald welke gegevensuitwisselingen de komende jaren prioriteit hebben.

Kaderwet

De Wegiz is een kaderwet. Dit betekent dat de wet met aanvullende regels wordt uitgewerkt. Deze aanvullende regels bepalen welke gegevensuitwisselingen elektronisch moeten plaatsvinden en vanaf wanneer. Deze regels worden vastgelegd in Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB). De AMvB VRHT bestaat uit 2 delen, die zorgaanbieders verplichten tot:

→ het elektronisch versturen van het recept door de huisarts aan de terhandsteller (VRHT): deze verplichting treedt per 1 januari 2024 in werking;

² Zie voor meer informatie: <https://www.gegevensuitwisselingindezorg.nl/gegevensuitwisseling>.

→ het beschikbaar stellen van de medicatieafspraak (het recept) door de huisartspraktijk aan een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO): deze verplichting treedt op een later moment in werking, zodat de huisartspraktijken die nog geen PGO-aansluiting hebben (3%), voldoende tijd hebben om alsnog de PGO-aansluiting te realiseren.

Ten aanzien van het medicatiebeleid betekent bovenstaande het volgende:

→ Hoe mogen gegevens worden uitgewisseld?

De komende jaren wordt in stappen steeds meer elektronische gegevensuitwisseling³ tussen zorgverleners verplicht gesteld. Het doel hiervan is het verminderen van fouten bij medicatieoverdracht en het terugdringen van bureaucratie.

→ Mag informatie worden uitgewisseld, en zo ja, met wie?

De Wegiz regelt niet of er informatie mag worden gedeeld. Hiervoor gelden de regels uit de Wgbo en (U)AVG. Er zijn drie hoofdregels:

1. Er is uitdrukkelijke toestemming van de cliënt nodig voor het elektronisch beschikbaar stellen van medicatiegegevens door zorgaanbieders aan zorgaanbieders.
2. Voor niet-elektronische gegevensuitwisseling is geen toestemming vereist voor het beschikbaar stellen van medicatiegegevens aan zorgverleners die rechtstreeks bij de uitvoering van de zorgovereenkomst betrokken zijn
3. Voor uitwisseling met zorgverleners die niet rechtstreeks bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst betrokken zijn is toestemming vereist.

→ Welke gegevens mogen worden uitgewisseld?

De Wegiz regelt niet *welke* gegevens mogen worden uitgewisseld. Dat staat namelijk in de kwaliteitsstandaarden die worden opgesteld door het zorgveld.

Zo vormt de kwaliteitsstandaard '*Overdracht van medicatiegegevens in de keten*' de basis voor goede farmaceutische patiëntenzorg. In deze kwaliteitsstandaard zijn de verantwoordelijkheden van artsen, apothekers, verpleegkundigen en patiënten beschreven en is de benodigde basisset van medicatiegegevens opgenomen.

De kwaliteitsstandaard is recent uitgebreid met een informatieparagraaf die is ingeschreven in het Register bij het Zorginstituut. In deze informatieparagraaf is verder uitgewerkt welke informatie uit de basisset van medicatiegegevens, door welke zorgverlener tijdens het zorgproces wordt gegenereerd, vastgelegd, gebruikt en/of overgedragen. Tevens wordt de verbinding gelegd met de bouwstenen uit de informatiestandaard, die nodig zijn voor de uitwisseling van de medicatiegegevens.

³ Dit moet gebeuren via beveiligde elektronische verbindingen, bijvoorbeeld beveiligde mail als Zivver, of LSP: <https://www.aorta-lsp.nl/over-aorta-lsp/hoe-werkt-het-landelijk-schakelpunt>.

Bijlage 1 Begrippenlijst

Basisset medicatiegegevens/AMO

De Basisset medicatiegegevens (oude naam: actueel medicatieoverzicht) is de registratie per cliënt van alle medicijnen (al dan niet op recept) en relevante gegevens over het gebruik daarvan in een periode van tenminste drie maanden voorafgaand aan het moment van aanmaak en gebruik van dat medicatieoverzicht of zolang als nodig is voor verantwoorde zorg. Wanneer voorschrijvers en apotheek alle medicatiewijzigingen hebben verwerkt en de gebruikte medicatie met de cliënt/mantelzorger geverifieerd hebben, is sprake van een actueel medicatieoverzicht.

Bron: Leidraad Bekwaamheid bij medicatie geven in de langdurige zorg

Digitale overdracht van medicatiegegevens

Elektronisch (= digitaal) gestructureerde gegevensuitwisseling van het ene informatiesysteem naar het andere informatiesysteem. Dit gebeurt op basis van standaarden zoals gedefinieerd in de informatiestandaarden van de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'. De gegevensuitwisseling gebeurt los van de gekozen infrastructuur of methode van uitwisseling, bijvoorbeeld door gegevens actief beschikbaar te stellen (push) of actief op te vragen (pull).

Bron: Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten (2018/2019)

Dubbele controle

Voordat risicovolle, losse medicatie aan een cliënt wordt gegeven is het belangrijk om altijd twee mensen de 5 J's te laten controleren: Juiste cliënt, juiste medicijn, juiste dosering, juiste tijd, juiste vorm.

Bron: Zorg voor beter, Veilige principes in de medicatieketen 2012 - 2016 - 2022 Zie www.zorgvoorbeter.nl

Eigen beheer medicatie (BEM)

Het instrument BEM ('Beoordeling Eigen beheer van Medicatie') is een hulpmiddel om te beoordelen in hoeverre een cliënt zelf zijn medicijnen kan beheren. De BEM-categorie geeft de mate van eigen beheer van de cliënt aan.

Bron: www.ivm.nl, trefwoord BEM

Elektronisch voorschrijfsysteem (EVS)

Systeem waarmee voorschrijven van medicijnen ten behoeve van de patiëntveiligheid gebeurt via een elektronisch systeem dat is voorzien van mogelijkheden om onveilige situaties te bewaken.

Bron: KNMG-richtlijn Elektronisch voorschrijven (2013)

Geneesmiddelendistributiesysteem (GDS)

Een systeem voor een individuele cliënt, met zakjes, containers, of een doos met vakjes, waarin medicijnen door een distributie- of verpakkingsmachine worden verpakt in eenheden per toedieningstijdstip.

Bron: KNMP – Norm voor geautomatiseerd geneesmiddelendistributiesysteem

Incident en medicatiefout

Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt. Een medicatiefout is elke fout in het proces van voorschrijven, ter hand stellen/afleveren, opslag/beheer, gereedmaken, toedienen/registreren en evalueren, ongeacht of er schade is opgetreden.

Bron: Wkkgz

Incident melding (MIC, MIP, FONA, FOBO)

Een melding van een incident of een bijna-incident in het incidentenmeldsysteem van de organisatie. Bekende systemen zijn MIC, MIP, FONA en FOBO. Het doel van een melding is leren van het (bijna-)incident om zo de zorg te verbeteren.

Bron: Zorg voor Beter

Ketenpartners

Andere instellingen en/of zorgaanbieders waarmee de eigen zorgorganisatie de activiteiten afstemt omdat zij een rol spelen in het traject rond dezelfde personen.

Bron: Wikipedia

Losse medicatie

Medicatie die niet door de apotheek is voorverpakt in een geneesmiddelendistributiesysteem (GDS). Bijvoorbeeld tabletten in een stripverpakking, oogdruppels of dranken in een fles, of zalven en crèmes in een tube.

Bron: IVM

Medicatiebeoordeling

De beoordeling van de farmacotherapie door arts, apotheker en cliënt of diens vertegenwoordiging op basis van een periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische-, farmaceutische-, en gebruiksinformatie.

Bron: KNMP, iets aangepast

Medicatieproces

De verzamelnaam voor de zes stappen die gezet moeten worden om een cliënt medicatie te laten gebruiken: voorschrijven, ter hand stellen/afleveren, opslag/beheer, gereed maken, toedienen/registreren, evalueren. Het medicatieproces ligt vast in het medicatiebeleid en de daarvan afgeleide protocollen en werkinstructies van de zorgorganisatie.

Bron: Veilige principes in de medicatieketen 2012 - 2016 - 2022. Zie www.zorgvoorbeter.nl

Medicijndispenser

Een apparaat dat medicatie op geplande momenten aanbiedt met een signaal. Het is bedoeld voor cliënten die hun medicijnen vergeten of niet op het juiste tijdstip innemen. De dispenser bevat een medicatierol die bestaat uit zakjes met de medicatie voor een bepaald tijdstip op de dag. Op het moment dat iemand medicijnen moet innemen, geeft de medicijndispenser ze vrij.

Bron: Vilans, en IVM

Receptgeneesmiddelen

Medicijnen die alleen door een medicatieopdracht van een voorschrijver kunnen worden verkregen.

Bron: zelf afgeleid van definitie Zelfzorgmedicijnen

Risicovolle medicatie

Middelen die al bij een kleine dosisverhoging giftig kunnen zijn. Bijvoorbeeld schildkliermiddelen, middelen tegen kanker en insulines.

Bron: Zorg voor beter/IVM

Toedieningsvorm

De vorm van het medicijn waarin het wordt toegediend, bijvoorbeeld tablet, capsule, oogdruppel, drankje of zetpil.

Bron: E-learningcursus Basis medicatiekennis, IVM

Toedienlijst

Door de apotheek afgegeven overzicht van de te geven medicatie aan de cliënt, met daarop de mogelijkheid voor zorgmedewerkers om voor deze handeling te paraferen (meestal voor een week). De toedienlijst bevat ook de gebruiksinstructie, instructie over al dan niet malen en extra vakjes voor aftekenen voor risicovolle medicatie. Andere gebruikte termen zijn toedienregistratie, aftekenlijst, deellijst en verantwoordingslijst.

Bron: V&VN: Leidraad Bekwaamheid bij medicatie geven in de langdurige zorg

Toedienlijst, elektronisch

Toedienlijst die afkomstig is uit een elektronisch toedienregistratiesysteem (eTDR). eTDR geeft aan de zorgmedewerker informatie over welke medicijnen de cliënt in welke hoeveelheid op welke tijd in welke vorm moet krijgen, met zo nodig aanvullende informatie voor het toedienen. De zorgmedewerker registreert of tekent elektronisch af nadat de medicatie is gegeven.

Bron: E-learningcursus Basis Medicatieproces 2023, IVM

Uitvoeringsverzoek

Een opdracht van een zelfstandig bevoegde zorgverlener aan een niet-zelfstandig bevoegde zorgverlener om een voorbehouden handeling te verrichten. Bijvoorbeeld een huisarts die een verzorgende via een uitvoeringsverzoek vraagt om insuline te injecteren.

Bron: PDF Uitvoeringsverzoek toelichting website van ActiZ en IVM

Voorschrijver

Beroepsbeoefenaar die op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) bevoegd is medicijnen voor te schrijven. Het gaat om artsen, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen, physician assistants en verpleegkundig specialisten.

Bron: Wet BIG

Werkvoorraad (Noodvoorraad)

In een instelling mogen alleen medicijnen-op-naam van een cliënt aanwezig zijn. Een uitzondering hierop is de werkvoorraad met medicijnen-niet-op-naam, ook wel 'een uitgebreide dokterstas' genoemd. Artsen die werkzaam zijn voor de instelling kunnen deze medicijnen voorschrijven voor spoedsituaties. Er is altijd een arts eindverantwoordelijk voor de werkvoorraad. De arts mag wel taken delegeren naar een zorgmedewerker.

Bron: www.zorgvoorbeter.nl, met aanvulling IVM.

Wils(on)bekwaam met betrekking tot medicatie

Uitgangspunt is dat iedere cliënt wilsbekwaam is ten aanzien van zijn medicatie totdat een zorgverlener volgens protocol van de zorginstelling of beroepsgroep de wilsbekwaamheid van de cliënt ter zake heeft vastgesteld. Dit wordt vastgelegd in het cliëntendossier. Als een cliënt ten aanzien van zijn medicatie als wilsbekwaam is beoordeeld, neemt zijn (wettelijk) vertegenwoordiger namens de cliënt de beslissingen. Hieronder staat om wie het gaat.

De (wettelijk) vertegenwoordiger

Situatie	Toestemming
Cliënt jonger dan 12 jaar	Ouder(s) met gezag of voogd(en)
Cliënt 12 tot en met 15 jaar en wilsbekwaam ter zake	Ouder(s) met gezag of voogd(en)
Cliënt 12 tot en met 15 en wilsbekwaam	Ouders(s) met gezag of voogd(en) én cliënt zelf
Cliënt 16 tot 18 jaar en wilsbekwaam ter zake	Ouder(s) met gezag of voogd(en)
Cliënt 16 jaar of ouder en wilsbekwaam	Cliënt zelf
Cliënt vanaf 18 jaar en wilsbekwaam ter zake	a) Curator of mentor of, als deze er niet is of niet wenst op te treden: b) de persoonlijk gemachtigde of als deze er niet is of niet wenst op te treden: c) de echtgenoot, de geregistreerd partner of de levensgezel als deze er niet is of niet wenst op te treden: d) een ouder, een kind, een broer, zuster, grootouder of kleinkind

Zelfzorgmedicijnen

Medicijnen die zonder tussenkomst van een voorschrijver verkregen kunnen worden.

Ze zijn verdeeld in drie categorieën, afhankelijk van de risico's bij gebruik:

→ UA: uitsluitend verkrijgbaar bij de apotheek

→ UAD: uitsluitend verkrijgbaar bij de apotheek en drogist

→ AV: ook verkrijgbaar bij andere verkooppunten.

Bron: CBG-Meb

'Zo nodig' medicatie

Medicijnen die je alleen in bepaalde situaties gebruikt. De voorschrijver hoort op de toedienlijst te zetten in welke situaties je het medicijn geeft.

Bron: E-learningcursus Basis Medicatieproces, IVM

Bijlage 2

Historie

In 2004 constateert de inspectie dat de waarborgen voor een veilig medicijngebruik in woonlocaties voor verbetering vatbaar zijn (IGJ, 2004). Dit vormde de aanleiding voor de ontwikkeling van een Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg die in 2006 verscheen. Nieuwe richtlijnen en rapporten leidden tot een actualisatie van de Handreiking in mei 2011.

In 2012 verschijnen de Veilige principes in de medicatieketen, die geactualiseerd zijn in 2016 (Platform medicatieveiligheid, 2016). Hierin staan de taken en verantwoordelijkheden van de ketenpartners in de zorg beschreven. Voor cliënt, voorschrijver, apotheker, zorgorganisatie en zorgmedewerker is aangegeven wat wel en niet tot hun verantwoordelijkheid behoort.

De in 2019 vernieuwde handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg sluit waar mogelijk aan bij de Veilige Principes en beschrijft waar nodig het eigen karakter van het medicatieproces in de gehandicaptensector. De actualisatie van deze handreiking vond plaats met de inbreng van een werkgroep Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptensector (Jos Hiel, Gemiva-SVG Groep, Jos Noordover, VGN, tot en met 2018, Elske ten Vergert, VGN vanaf december 2018, Danielle Peet, Daelzicht, NVAVG, Janny Visser, Ipse de Bruggen, Pauline van den Boogert, Frion, tot en met 2019, Gerda van Brummelen en Auktje Louwes, V&VN).

In 2020 verwerkten we de herziene richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' (2019) in deze handreiking.

In 2022 zijn ook de Veilige principes in de medicatieketen aangepast aan deze herziene richtlijn. Men beschrijft de afspraken over een digitale overdracht van medicatiegegevens in de keten. Men verwacht dat dit enige jaren duurt en hanteert een transitiefase van 2022 tot en met 2026. Er kunnen in die periode regionale verschillen zijn in de mate waarin de digitale overdracht is uitgevoerd. De Veilige Principes gaan nu nog niet uit van een volledige digitale overdracht.

De huidige versie van de handreiking sluit aan op de meest recente versie van de Veilige Principes. Alle actualisaties vonden plaats aan de hand van literatuur- en bronnenonderzoek.

Colofon

Uitvoering

Els Dik, Instituut Verantwoord Medicijngebruik
Greet de Wit, Gemiva-SVG Groep

Meelezers

Yvonne Beckers, Programma medicatieoverdracht in de keten
Han Huizinga, VGN
Betsy Korenblik, Programma medicatieoverdracht in de keten
Lily Wijnbergen, VGN
Monica de Visser, Scholings- en adviesbureau Smaragd

Juridische teksten

Monica de Visser, Scholings- en adviesbureau Smaragd
Lily Wijnbergen, VGN

Projectleider

Mara Spit, VGN (tot en met juli 2023)
Marion Kersten, VGN (vanaf augustus 2023)

Vormgeving

Mariël Lam

In opdracht van
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Oudlaan 4
Postbus 413
3500 AK Utrecht

Telefoon: 030-273 93 00
Mail: info@vgn.nl
www.vgn.nl

Mei 2024



Bezoekadres
Oudlaan 4
3515 GA Utrecht

Postadres
Postbus 413
3500 AK Utrecht

T 030-273 93 00
E info@vgn.nl

