



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

Patiëntenperspectief op veilige zorg rondom medicijnen

RIVM Briefrapport 2016-0078
L.C. Lemmens | M. Weda



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

Patiëntenperspectief op veilige zorg rondom medicijnen

RIVM Briefrapport 2016-0078
L.C. Lemmens | M. Weda

Colofon

© RIVM 2016

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

L.C. Lemmens, RIVM
M. Weda, RIVM

Contact:
Marjolein Weda
marjolein.weda@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van Inspectie voor de Gezondheidszorg, in het kader van het programma TGM, kennisvraag Rationele Farmacotherapie.

Dit is een uitgave van:
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Patiëntenperspectief op veilige zorg rondom medicijnen

Naar eigen zeggen krijgen patiënten niet altijd voldoende informatie over de medicijnen die ze krijgen voorgeschreven en waarom daarvoor is gekozen. Ook worden zij van tevoren niet altijd goed ingelicht over mogelijke bijwerkingen. Dit maakt het voor hen lastig om mee te beslissen welke medicijnen zij het beste kunnen gebruiken als daarvoor meerdere mogelijkheden bestaan. Verder blijkt dat aanpassingen van de medicatie in het ziekenhuis niet altijd snel en goed aan de huisarts worden doorgegeven. Wél zijn patiënten tevreden over de manier waarop er vanuit openbare apotheken wordt toegezien of medicijnen met elkaar kunnen worden gecombineerd.

Dit blijkt uit onderzoek van het RIVM, uitgevoerd in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Hiervoor zijn patiënten die veel geneesmiddelen gebruiken geïnterviewd.

Patiënten geven ook aan dat het voor hen vaak onduidelijk is wie eindverantwoordelijk is voor het totale pakket aan voorgeschreven medicijnen. Als zij de medicijnen door een specialist voorgeschreven krijgen, wordt er vaak niet bij verteld bij wie zij terecht kunnen bij problemen of vragen. Ze gaan daarvoor dan bij voorkeur naar hun huisarts of apotheker.

Een deel van de patiënten die al langer veel medicijnen gebruiken, wil meebeslissen over het medicijngebruik. Een ander deel wil dat juist niet en laat het liever aan de artsen over. Degenen die vanwege hun lange ervaring met de medicijnen willen meebeslissen, geven aan dat zij graag de mogelijkheid zouden hebben om in samenspraak met de arts het medicijngebruik te kunnen aanpassen. Dat betreft bijvoorbeeld de dosering of het moment van inname. Een zogeheten medicatiebeoordeling biedt daarvoor gelegenheid, maar patiënten weten niet altijd dat deze mogelijkheid bestaat.

Patiënten willen verder graag duidelijkheid of ze hun eigen medicijnen van thuis tijdens een ziekenhuisopname mogen meenemen en gebruiken. Momenteel verschilt per ziekenhuis, en soms zelfs per ziekenhuisafdeling, of dit mag.

Kernwoorden: medicatieveiligheid, kwetsbare ouderen, polyfarmacie, verantwoord voorschrijven

Synopsis

Patient perspective on safe care around medicines

Patients express that they do not always receive sufficient information about the medicines prescribed for them and why these are chosen. In addition, they are not fully informed about possible side effects in advance. This makes it difficult for them to share in decision-making on which medicines they can use the best in case various options exist. Further, it appears that adjustments to their medication in the hospital are not always communicated quickly and accurately to the general practitioner (GP). However, patients are satisfied about the way in which community pharmacies are monitoring whether medicines can be combined.

These are the findings of a study of the Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), commissioned by the Dutch Health Care Inspectorate. Patients taking many medicines were interviewed for this purpose.

Patients also indicate that it is often unclear to them who is ultimately responsible for the overall package of prescribed medicines. When they get the medicines prescribed by a specialist, they are often not told who to approach in case of any problems or questions. They prefer to go to their GP or pharmacist for this.

A part of the patients using many medicines already for a longer period, want to make a shared decision about their medication. Another part however does not, and rather leave this to the physicians. Those who want to have a say because of their long experience with the medication, indicate that they would like to have the ability to customize the use of their medication in consultation with the physician. This concerns, for example, the dosage or the moment of intake. A so-called medication review would provide this opportunity, but patients do not always know that this possibility exists.

Patients would also like clarification on whether they are allowed to bring and use their own medicines from home during hospitalization. Currently it varies by hospital, and even by hospital ward, whether this is allowed or not.

Keywords: medication safety, frail elderly, polypharmacy, rational pharmacotherapy

Inhoudsopgave

Kernboodschappen — 9

1 Inleiding — 11

- 1.1 Achtergrond — 11
- 1.2 Doelstelling onderzoek — 11

2 Methoden — 13

- 2.1 Schema domein-overstijgende zorgketen — 13
- 2.2 Interviews patiënten/cliëntenorganisaties — 13
- 2.3 Focusgroepinterviews patiënten — 14
 - 2.3.1 Keuze van de groepen — 14
 - 2.3.2 Wervingskanalen — 15
 - 2.3.3 Itemlijst — 16
- 2.4 Analyses — 16

3 Resultaten — 17

- 3.1 Domein-overstijgende farmaceutische zorgketen — 17
- 3.2 Prioriteiten volgens patiënten/cliëntenorganisaties — 19
- 3.3 Patiëntenperspectief op veilige zorg rondom medicijnen — 20
 - 3.3.1 Respons en patiëntkarakteristieken — 20
 - 3.3.2 Ervaringen met het proces van medicatiebewaking, medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling — 20
 - 3.3.3 Ervaringen met de verantwoordelijkheidsverdeling/regie — 23
 - 3.3.4 Mogelijke verbeterpunten in het farmaceutisch zorgproces — 23
 - 3.3.5 Rol en verantwoordelijkheden patiënt — 24

4 Beschouwing — 27

Dankbetuiging — 31

5 Bijlagen — 33

- 5.1 Interview leidraad patiënten/ cliëntenorganisaties — 33
- 5.2 Samenstelling focusgroepen — 34
- 5.3 Normen — 36
- 5.4 Itemlijst focusgroepen — 37
- 5.5 Schriftelijke vragenlijst deelnemers focusgroepen — 39
- 5.6 Overzicht van de ingevulde, schriftelijke vragenlijst — 42

6 Literatuur — 45

Kernboodschappen

Medicatieveiligheid: ervaringen en wensen van patiënten

Medicatiebewaking, en de communicatie daarover, is in de ogen van patiënten wel afdoende, waarbij men vooral verwijst naar de rol van de openbare apotheek. Voor het ziekenhuis geldt dat medicatiebewaking mogelijk aandacht vraagt, omdat patiënten aangeven, al dan niet met medeweten van de arts, medicatie van thuis mee te nemen en te gebruiken.

Communicatie en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners wordt door patiënten als niet optimaal ervaren. Dit betreft zowel de tijdigheid van de *medicatieoverdracht* vanuit het ziekenhuis naar de huisarts, als de volledigheid en juistheid daarvan. Ook de overdracht tussen ziekenhuisafdelingen verloopt niet altijd goed. Verder geven patiënten aan het niet prettig te vinden om zelf een actueel medicatieoverzicht te moeten meenemen of om informatie over nieuwe medicatie zelf te moeten doorgeven aan de huisarts. Ook blijkt dat het meegenomen actueel medicatieoverzicht niet altijd met de patiënt wordt doorgenomen door de zorgverleners.

Het is voor patiënten niet duidelijk wie *eindverantwoordelijk* is voor het behouden van een totaaloverzicht over hun voorgeschreven medicatie. Ook wordt hen naar eigen zeggen vaak niet verteld wie het *aanspreekpunt* is bij vragen over en problemen met hun medicijnen. Als gewenst aanspreekpunt bij problemen noemen patiënten zelf vaak de huisarts en apotheker.

Patiënten zien het als hun *eigen rol* om alert en kritisch te zijn als hun medicatie wordt aangepast. Zij geven hierbij echter aan dat niet iedere patiënt hiertoe in staat zal zijn. Verder heeft een deel van de patiënten de behoefte om mee te beslissen over de medicatie indien er keuzemogelijkheden zijn, maar een deel ook juist niet. Per situatie zal de voorschrijver de patiënt van voldoende informatie over de medicatie moeten voorzien en moeten nagaan in hoeverre de patiënt wil en kan meebeslissen.

Patiënten geven aan dat zij jarenlange ervaring hebben met het gebruik van bepaalde medicatie en dat zij graag in samenspraak met de arts daar wijzigingen in aanbrengen. Dat betreft bijvoorbeeld de dosering of het moment van inname. De ervaringsdeskundigheid van de patiënt zou dus meer geïntegreerd moeten worden in het farmaceutisch zorgproces. Dit zou in ieder geval gerealiseerd kunnen worden tijdens het uitvoeren van medicatiebeoordelingen.

Patiënten met polyfarmacie (zowel 65-plussers als 50-64 jarigen) blijken niet op de hoogte te zijn van de mogelijkheid voor een (periodieke) *medicatiebeoordeling*. Na kennisname van deze optie, gaven patiënten (zowel 65-plussers als 50-64 jarigen) aan wel behoefte te hebben aan een dergelijke medicijncheck.

Overige wensen van patiënten

Patiënten zouden graag zien dat er een eenduidig beleid is over het wel of niet meenemen en gebruiken van de eigen medicatie tijdens een ziekenhuisopname. Momenteel wisselt dit per ziekenhuis en soms zelfs per ziekenhuisafdeling. Verder zou volgens patiënten de communicatie en informatie over in het ziekenhuis verstrekte geneesmiddelen beter kunnen.

Ook blijken patiënten moeite te hebben met het preferentiebeleid. Men verliest het overzicht over de medicatie, omdat verpakkingen en pillen steeds veranderen, of men heeft naar eigen zeggen last van bijwerkingen door andere hulpstoffen. Men zou graag zien dat dit beleid wordt aangepast voor mensen met polyfarmacie.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Kwetsbare ouderen en mensen die behandeld worden in de Geestelijke Gezondheidszorg, bij wie sprake is van polyfarmacie¹ en die te maken hebben met zowel huisarts als specialist, lopen een hoger risico op medicatie-gerelateerde problemen [1, 2]. Deze kwetsbare groepen vormen dan ook een aandachtsgebied van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) binnen het risicothema 'Medicatieveiligheid' in de meerjarenbeleidsplannen van 2012-2015 en 2016-2019 [3, 4]. Patiënten moeten kunnen vertrouwen op veilig voorgeschreven medicatie, daarom richt de IGZ zich zorgbreed op de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven [5].

De IGZ heeft het toezicht op de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven in 2016 verder vormgegeven. In dit toezicht toetst de IGZ of de voorwaarden om verantwoord voor te kunnen schrijven voldoende bij de zorgverlener zijn ingericht, waarbij de focus ligt op risicopatiënten. Het gaat hierbij om: duidelijkheid voor de patiënt over regie en verantwoordelijkheid, het actueel medicatieoverzicht, de medicatiebeoordeling en de elektronische medicatiebewaking (met behulp van het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS)). De IGZ heeft voor toezicht op verantwoord voorschrijven gekozen omdat fouten die bij het voorschrijven worden gemaakt, vervolgens doorwerken in de hele keten [5].

De inspectie gebruikt bij het toezicht in ieder geval de volgende richtlijnen en handreikingen die door het zorgveld zelf zijn ontwikkeld:

- Richtlijn 'Elektronisch voorschrijven' (2013)
- Richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' (2008) en 'nadere toelichting' (2015)
- Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010)
- Multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij Ouderen' (2012)
- Veilige principes in de medicatieketen (2012) en addendum (2014)

Met haar toezicht op de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven wil de IGZ de medicatieveiligheid verbeteren en daarmee de patiëntveiligheid verhogen. Het toezicht richt zich op de zorgverleners en met name op de voorschrijvers. De IGZ vindt het echter essentieel om ook het patiëntperspectief in haar toezicht te betrekken en verwachtingen van patiëntengroepen te spiegelen aan die van zorgverleners.

1.2 Doelstelling onderzoek

Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in het patiëntenperspectief op, en de rol die de patiënt kan spelen bij,

¹ In het onderzoek beschreven in dit rapport zijn patiënten betrokken die 7 of meer geneesmiddelen gebruiken.

medicatieveiligheid in het farmaceutisch zorgproces. Dit inzicht kan de IGZ gebruiken bij het verder ontwikkelen van het risico-gestuurde toezicht op de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven.

Voor het onderzoek is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Wat is het patiëntperspectief op, c.q. de rol van de patiënt bij, medicatieveiligheid in het domeinoverstijgende farmaceutische zorgproces (i.e. in ketens met overgangen tussen verpleging/verzorging, 1^e-lijnszorg, 2^e-lijnszorg en/of GGZ)?

2 Methoden

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden werd deze opgesplitst in vier deelvragen:

Deelvragen:

- I. Hoe ervaart de patiënt het proces van medicatiebewaking, medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling?
- II. Hoe ervaart de patiënt de verantwoordelijkheidsverdeling/regie en communicatie rondom deze drie processen, met name bij transitie tussen de 1^e-lijnszorg, 2^e-lijnszorg, verpleging/verzorging en/of GGZ?
- III. Wat zijn vanuit patiëntperspectief punten die verbeterd kunnen worden en welke punten hebben daarbij de hoogste prioriteit?
- IV. Op welke wijze zouden patiënten kunnen en willen bijdragen aan verdere verbetering van deze drie processen? Wat zien zij daarbij als hun eigen verantwoordelijkheid c.q. rol?

Voor het beantwoorden van deze vragen werd een schema gemaakt van de domein-overstijgende farmaceutische zorgketen. Daarnaast is een aantal interviews met patiënten/cliëntenorganisaties gehouden. Tot slot zijn focusgroepen met patiënten gehouden. De verschillende onderzoeksmethoden worden hieronder verder toegelicht.

2.1 Schema domein-overstijgende zorgketen

Ter voorbereiding op de (groeps-)interviews is een schema gemaakt waarin diverse routes zijn opgenomen die patiënten zorgbreed kunnen doorlopen. In dit schema zijn verschillende woonsituaties en zorgsettings opgenomen. Het doel van het schema was om inzichtelijk te maken welke patiënten- en informatiestromen binnen het farmaceutisch zorgproces plaatsvinden. Hierdoor wordt ook inzichtelijk waar voorschrijf, overdrachts- en aflevermomenten zitten. Het schema is gebaseerd op de verschillende richtlijnen waarop de IGZ haar risico-gestuurde toezicht op baseert en op in eerder onderzoek verzamelde literatuur [2, 5, 6].

2.2 Interviews patiënten/cliëntenorganisaties

Om een goed beeld te kunnen krijgen van het patiëntperspectief werd eerst een aantal patiënten- en cliëntenorganisaties geïnterviewd. Aan hen werd gevraagd welke signalen over knelpunten en risico's zij vanuit hun achterban ontvangen en welke kwetsbare groepen volgens hen het beste benaderd konden worden voor de focusgroepsinterviews. In totaal werd met vijf organisaties een semigestructureerd interview gehouden. Deze organisaties betroffen De Hart&Vaaggroep (DHV), het Longfonds, de Diabetesvereniging Nederland (DVN), het Landelijk Platform GGZ en de Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie (NPCF). De interviewleidraad is te vinden in Bijlage 5.1.

2.3 Focusgroepinterviews patiënten

2.3.1 Keuze van de groepen

Op basis van de interviews met de patiënten- en cliëntenorganisaties werden vier groepen patiënten gekozen voor de focusgroepsinterviews. Dit waren ouderen met diabetes, ouderen met COPD, ouderen met een hartvaatziekte en volwassenen die antipsychotica gebruiken². De geïnterviewde patiënten- en cliëntenorganisaties hadden aangegeven dat deze subpopulaties binnen hun achterban de meeste kans hebben op multimorbiditeit, polyfarmacie en overgangsmomenten binnen de zorg.

Mensen met dementie zijn buiten beschouwing gelaten in dit onderzoek ondanks dat zij ook een heel kwetsbare en risicovolle groep vormen wat betreft medicatie. Voor deze groep is een focusgroepinterview geen geschikte methode. Bovendien zullen degenen die in een verpleeghuis wonen ook minder te maken hebben met overgangen tussen zorgsettings, terwijl juist tijdens die overgangen zaken fout kunnen gaan op de thema's/richtlijnen waarop de IGZ gaat toetsen.

Wat betreft de drie groepen met *kwetsbare ouderen* werden de volgende criteria in de wervingstekst opgenomen:

65-plussers:

- met diabetes, COPD, hartfalen of een doorgemaakt hartinfarct;
- die naast hun aandoening nog een andere ziekte hebben;
- die zeven of meer verschillende medicijnen per dag gebruiken;
- die eventueel (geen vereiste) in 2015 of 2014 in het ziekenhuis hebben gelegen.

In eerste instantie was het streven om drie homogene groepen ouderen te interviewen, op basis van hun indexziekte. Hiervoor werd gekozen om de interactie tussen de deelnemers te vergemakkelijken: mensen met dezelfde aandoening begrijpen beter van elkaar wat men meemaakt rondom hun ziekte en volgen vergelijkbare routes in de zorgketen. De eerste focusgroep betrof diabetespatiënten. Deze mensen bleken echter ook vaak een hartvaatziekte te hebben en sommigen ook COPD. Bovendien waren ondanks de verschillende combinaties van ziektes hun ervaringen met het farmaceutisch zorgproces grotendeels vergelijkbaar en was er hierdoor voldoende interactie. Doordat de werving van de overige twee groepen lastiger bleek dan voorzien is uiteindelijk gekozen om minder strikt vast te houden aan homogene groepen. De tweede groep betrof uiteindelijk grotendeels COPD patiënten die vaak ook weer diabetes en/ of een hartvaatziekte hadden. De derde groep bestond uit mensen met diabetes en/of een hartvaatziekte. Daarnaast is voor de derde focusgroep de leeftijdsgrens van 65 naar 50 verlaagd. In totaal deden 21 mensen mee aan de groepsinterviews (zie Bijlage 5.2). Ondanks dat het beoogde aantal van 24 respondenten, door een aantal afzeggingen op het laatste moment, niet werd gehaald trad er wel datasaturatie op. Dat wil zeggen dat er geen nieuwe informatie meer werd verkregen in het derde groepsinterview. Ook is geprobeerd een groep *mensen die antipsychotica gebruiken* te werven. Voor deze mensen golden de volgende criteria:

² Voor deze groep bleek het uiteindelijk niet mogelijk om een groepsinterview te organiseren.

Mensen:

- die antipsychotica gebruiken;
- die nog een andere ziekte hebben (bijv. suikerziekte, reuma, COPD of hart/vaatziekte);
- die minimaal 5, maar bij voorkeur 7, of meer verschillende medicijnen per dag gebruiken;
- die eventueel (geen vereiste) in 2015 of 2014 tijdelijk opgenomen zijn geweest in een ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis of GGZ-instelling.

Omdat de werving van deze laatste groep heel moeizaam ging, werd besloten om ook naastbetrokkenen en mantelzorgers te werven. Ofwel mensen die een naaste hadden die voldeed aan de bovengenoemde criteria en die ook voldoende zicht hadden op de geboden zorg rondom de medicatie van hun naaste. Ook werd, mede op advies van deskundigen op dit gebied, besloten om voor deze patiënten geen groepsinterview te organiseren, maar individuele interviews. Echter deze aanpassingen leidden niet tot het beoogde aantal patiënten (n=8) dat wilde deelnemen. Uiteindelijk is besloten om deze groep verder buiten beschouwing te laten in dit onderzoek.

2.3.2

Wervingskanalen

Er is zoveel mogelijk geworven via patiënten- en cliëntenorganisaties. Enerzijds omdat daar al contacten lagen vanwege de interviews en anderzijds omdat dan de meest succesvolle werving werd verwacht. Hierbij waren we ons ervan bewust dat dit kan leiden tot een selectiebias, omdat mensen die lid zijn van een patiënten- en cliëntenorganisatie mogelijk intensiever met hun ziekte bezig zijn dan niet-leden en kritischer staan t.o.v. de ontvangen zorg. Ook zullen dit vaak de wat mondigere patiënten zijn. Echter, dit is inherent aan het type onderzoek. Het zullen toch altijd de meer geëngageerde en wellicht wat hoger opgeleide mensen zijn die reageren op een oproep voor een focusgroepinterview, ongeacht via welke kanalen geworven wordt.

Getracht is de wervingstekst zo neutraal mogelijk op te stellen. Er werd gesproken van het delen van ervaringen in het algemeen en niet van het delen van negatieve ervaringen of problemen. De oproep voor de focusgroepinterviews werd vervolgens op verschillende manieren verspreid, namelijk via:

- Nationale websites van DHV, de Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB), UniekBO en Ypsilon;
- Websites van regionale afdelingen van het Longfonds, UniekBO en ANBO;
- Internetfora van de DVN, Longfonds en Hartpatiënten Nederland;
- Speciale uitgave van Diabc van de DVN;
- Facebookpagina van Hartpatiënten Nederland en DVN
- Advertentie in plaatselijke krant Bilthoven e.o.;
- E-mail aan leden van twee ANBO-afdelingen;
- E-mail aan zusterorganisaties van Landelijk Platform GGZ;
- Patiëntcontacten van praktijkondersteuner huisarts;
- Ledencontacten via Anoiksis;
- Oproep op de website van GGZ-organisatie;
- Oproep via een drietal grote GGZ-instellingen;
- Flyer en lichtkrant in apotheek in gezondheidscentrum in Utrecht;

- Flyer in apotheek in gezondheidscentrum in Arnhem;
- Flyer in diverse fysiotherapiepraktijken;
- Mededelingenbord in diverse woonzorgcomplexen;
- Mededelingenbord in diverse serviceflats.

2.3.3 *Itemlijst*

Het groepsinterview werd uitgevoerd door de twee onderzoekers. De een was gespreksleider en de ander was observant. Voor het groepsinterview werd een vragenlijst met te bespreken items gemaakt. Deze werd gebaseerd op deelonderzoeksvragen en de knelpunten/risico's die uit de gesprekken met patiënten- en cliëntenorganisaties naar voren kwamen en de normen die de IGZ in haar toezicht hanteert op basis van de vier richtlijnen genoemd in de Inleiding van dit rapport [7]. Per norm werd bekeken welke onderdelen relevant waren om uit te vragen in die zin dat patiënten er iets van zouden kunnen merken in het farmaceutisch zorgproces en er dus iets over zouden kunnen zeggen (zie Bijlage 5.3).

De itemlijst is te vinden in Bijlage 5.4. De vragen werden zoveel mogelijk in open vorm gesteld, startend met het eerste item uit de lijst als openingsvraag van het gesprek. Gedurende het gesprek werd bewaakt dat ook de andere items/vragen aan de orde kwamen. Omdat niet alle vragen voortkomend uit de gesprekken met patiënten- en cliëntenorganisaties en de normen van de IGZ zich leenden voor het focusgroepinterview werd ook een korte schriftelijke vragenlijst gemaakt. Deze werd aan het einde van de focusgroepinterviews uitgedeeld met de vraag of men deze nog ter plekke of thuis wilde invullen (zie Bijlage 5.5).

2.4 **Analyses**

De interviews met de patiënten- en cliëntenorganisaties werden puntsgewijs samengevat. Deze samenvattingen werden vervolgens voorgelegd aan de geïnterviewde personen met de vraag of zij akkoord gingen en of ze nog eventuele aanpassingen of aanvullingen hadden.

De drie groepsinterviews werden getranscribeerd. Twee onderzoekers vatten per transcript puntsgewijs samen wat in hun ogen de belangrijkste punten per item/vraag waren. Deze samenvattingen werden geïntegreerd tot één samenvatting. Indien er geen overeenstemming was over bepaalde punten, werd consensus bereikt door onderlinge uitleg en discussie.

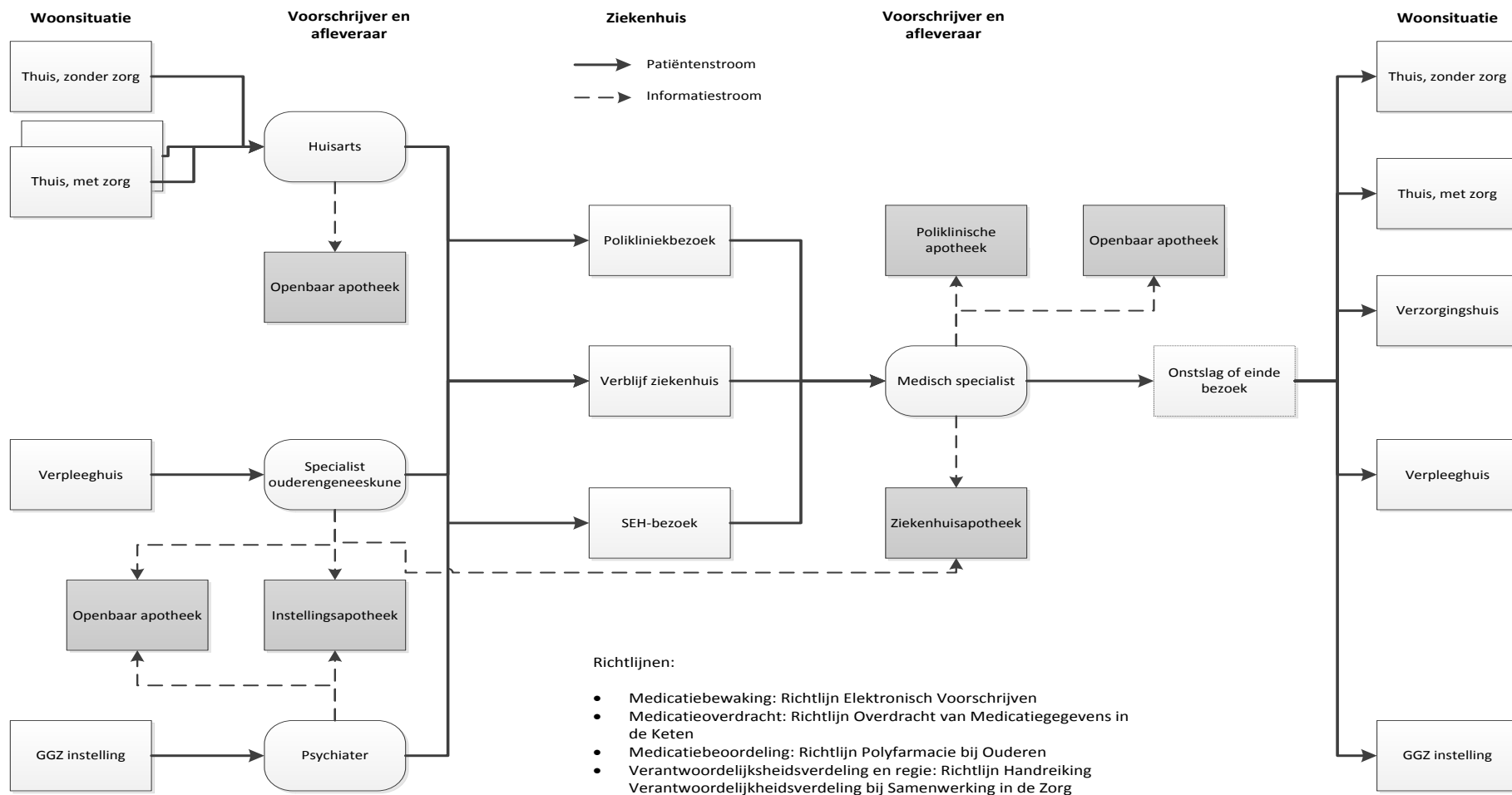
De antwoorden op de schriftelijke vragenlijst werden weergegeven in tabellen (zie Bijlage 5.6).

3 Resultaten

3.1 Domein-overstijgende farmaceutische zorgketen

Op basis van eerder verzamelde literatuur en richtlijnen werd een schema gemaakt van de routes die patiënten mogelijk kunnen doorlopen vanuit verschillende woonsituaties, via de primaire voorschrijvers en afleveraars, naar het ziekenhuis en weer terug (zie figuur 3.1.1). Hierbij dient opgemerkt te worden dat dit schema een vereenvoudigde weergave van mogelijke overgangsmomenten betreft en niet uitputtend is. Getracht is om zowel de patiënt- als informatiestromen inzichtelijk te maken. In dit onderzoek hebben we ons beperkt tot de groep patiënten die *thuiswonend* zijn, waardoor een deel van het schema buiten beschouwing blijft.

Dit schema laat globaal zien welke patiënten- en informatiestromen er mogelijk zijn vanuit verschillende woonsituaties:



Figuur 3.1.1 Domein-overstijgende farmaceutische zorgketen

3.2 Prioriteiten volgens patiënten/cliëntenorganisaties

Uit de interviews met patiënten- en cliëntenorganisaties kwamen unaniem dezelfde vijf knelpunten naar voren. Elk van deze punten werd door één of meerdere organisaties als het meest urgente knelpunt gezien dat prioriteit zou moeten krijgen bij verbeteracties.

1. Ten eerste werd *onvoldoende communicatie en afstemming* tussen zorgverlener en patiënt en tussen zorgverleners onderling genoemd. Zo wordt niet altijd naar de patiënt gecommuniceerd waar deze terecht kan met vragen over de medicatie. Of vindt er beperkte communicatie tussen tweede en eerstelijns zorgverleners plaats na een ziekenhuisopname. Ook zijn er niet altijd duidelijke afspraken tussen de verschillende zorgverleners over wie nu verantwoordelijk is voor welk onderdeel van het farmaceutisch zorgproces.

2. Ten tweede sprak men van *ontoereikende informatievoorziening*. Patiënten wordt bijvoorbeeld niet verteld wat de werking of bijwerkingen van medicatie zijn of hoe zij de medicijnen op de juiste manier kunnen gebruiken. In dit verband wordt het geven van instructies over het gebruik van een inhalator genoemd. Ook komt het voor dat een zorgverlener de medicatie wijzigt, bijvoorbeeld vanwege het preferentiebeleid, maar dit niet doorgeeft aan de patiënt of zijn andere zorgverleners. Verder werd gemeld dat zorgverleners niet voldoende de tijd hebben of nemen om de patiënt van voldoende informatie te voorzien tijdens het consult of de uitgifte.

3. Ten derde werd de nu nog beperkte *rol van de patiënt* in het farmaceutisch zorgproces genoemd: de patiënt neemt zelf nog onvoldoende verantwoordelijkheid om zich goed te laten informeren over hun medicijnen door de zorgverleners. De rol van de patiënt moet volgens de respondenten versterkt worden. Zij zien dat enerzijds als een taak van hun eigen organisatie en anderzijds mogen patiënten zich ook meer bewust tonen van hun eigen rol en alerter en kritischer zijn als het om hun medicatie gaat.

4. Ten vierde werd het *gebrek aan gedeelde besluitvorming* genoemd. Zorgverleners betrekken patiënten nog onvoldoende bij besluiten die genomen worden rondom medicatie en er worden onvoldoende afspraken gemaakt over zelfmanagement. In dit kader werd genoemd dat mensen bijvoorbeeld geen keuze tussen medicijnen wordt voorgelegd terwijl die er wel is. Ook werd het ontbreken van afspraken rond zelfmanagement bij ziekenhuisopname genoemd, dit betreft vooral mensen met diabetes.

5. Tot slot werd het *gebrek aan monitoring* van de medicatie door zorgverleners aangekaart. Het wordt belangrijk gevonden dat nieuw gestarte of gewijzigde medicatie opvolging krijgt om eventuele problemen in gebruik of bijwerkingen te signaleren. Ook is men van mening dat er nog onvoldoende medicatiebeoordelingen plaatsvinden en dat signalering van medicatie-gerelateerde problemen door middel van ICT achter blijft.

3.3 Patiëntenperspectief op veilige zorg rondom medicijnen

3.3.1 *Respons en patiëntkarakteristieken*

Het eerste groepsinterview werd gehouden in november 2015 en betrof tien ouderen met de indexziekte diabetes. Het tweede interview werd gehouden in januari 2016 en betrof zes ouderen met de indexziekte COPD of een hartvaatziekte. Het derde groepsinterview betrof vijf mensen vanaf 50 jaar met als indexziekte diabetes of hartvaatziekte en werd gehouden in maart 2016. Over de drie groepen heen was de jongste deelnemer 50 en de oudste 89 jaar. Er deden elf mannen en tien vrouwen mee. De gemiddelde leeftijd was 69 jaar. Mensen kwamen uit zes verschillende provincies en zowel uit dorpen als steden. Het hoogst afgeronde opleidingsniveau varieerde van lager onderwijs tot universiteit. De exacte samenstelling van de groepen is te vinden in Bijlage 5.2. In totaal hebben negentien mensen de additionele schriftelijke vragenlijst ingevuld (zie bijlage 5.6).

3.3.2 *Ervaringen met het proces van medicatiebewaking, medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling*

Medicatiebewaking

Volgens de norm voert de voorschrijver medicatiebewaking uit tijdens het voorschrijven met behulp van een EVS (zie bijlage 5.3 voor een beschrijving van alle normen en de onderdelen die relevant zijn voor patiënten). In de groepsinterviews is de patiënten gevraagd wie in de gaten houdt of alles goed gaat met de medicatie. Het blijkt dat men de ervaring heeft dat vooral de apotheker dit in de gaten houdt en dat deze de medicatie ook voldoende bewaakt.

“Wat wel mijn ervaring is, is dat als eens een keer iets wordt voorgeschreven wat ruziet met een ander middel, dat dan de alarmbellen bij de apotheek gaan rinkelen.”

Bij slechts een klein aantal patiënten worden naar eigen zeggen problemen of bijwerkingen bij de medicatie actief uitgevraagd of besproken door de zorgverleners (bv. oncoloog, apotheker). Verder geeft een groot deel van de patiënten aan altijd goed de bijsluiter te lezen en zelf alert te zijn op bijwerkingen. Uit de schriftelijke vragenlijst blijkt dat bijna alle respondenten weleens van hun zorgverlener (arts of apotheker) hebben gehoord dat ze bepaalde medicijnen niet kunnen gebruiken bijvoorbeeld vanwege interacties of allergieën.

Ten aanzien van medicatiebewaking bij ziekenhuisopname geeft een aantal mensen aan dat zij de verstrekte medicatie controleren omdat dat in het verleden weleens fout is gegaan. Verder is het weleens bij iemand voorgekomen dat niet was verteld dat bloedverdunners gestaakt moesten worden. Dit werd vervolgens pas vlak voor de operatie ontdekt. Tot slot werd gemeld dat bij ziekenhuisopname weleens problemen met de medicatie voorkomen die niet direct met medicatiebewaking te maken hebben, zoals het niet voorradig zijn van geneesmiddelen die men normaliter thuis gebruikt.

Medicatieoverdracht

In de norm voor medicatieoverdracht komen de volgende onderdelen aan de orde die binnen het gezichtsveld van de patiënt kunnen vallen:

de voorschrijver gebruikt bij voorschrijven een actueel medicatieoverzicht en verifieert dit bij de patiënt;

- als nieuwe medicatie wordt voorgeschreven, of medicatie gewijzigd of gestopt wordt dan moet dit geregistreerd worden in het actueel medicatieoverzicht;
- het actueel medicatieoverzicht moet binnen 24 uur beschikbaar zijn voor andere zorgverleners;
- indien een zorgverlener de nierfunctie heeft laten onderzoeken dan deelt hij afwijkende waarden mee aan de betreffende apotheker.

Zowel uit de groepsinterviews als uit de vragenlijst blijkt dat patiënten vaak zelf een medicatieoverzicht bij zich hebben als zij een zorgverlener bezoeken of als zij opgenomen worden in het ziekenhuis. Dit overzicht is in de meeste gevallen zelf gemaakt of door de apotheek verstrekt (bijv. bij de Baxterrol). Uit de schriftelijke vragenlijst blijkt echter dat dit medicatieoverzicht bij meer dan de helft van de respondenten nooit of slechts soms met de patiënt wordt doorgenomen door de zorgverlener. Uit de interviews komt naar voren dat bij polikliniekbezoek soms het overzicht van gebruikte medicijnen digitaal beschikbaar is.

Verder blijkt dat patiënten het idee hebben dat artsen niet met elkaar over de medicatie communiceren. Soms weet de ene arts bijvoorbeeld niet dat de andere arts nieuwe medicatie heeft voorgeschreven. Hierbij refereert men zowel aan de informatie-uitwisseling tussen medisch specialisten in het ziekenhuis als die tussen medisch specialist en huisarts. Sommige andere patiënten geven in het groepsinterview aan erop te vertrouwen dat informatie over medicatie digitaal wordt uitgewisseld tussen zorgverleners. Uit de schriftelijke vragenlijst blijkt dat een deel van de respondenten überhaupt niet weet of hun zorgverlener aan andere zorgverleners heeft doorgegeven dat nieuwe medicatie is voorgeschreven of dat de medicatie is aangepast. Verder blijkt bij de helft van de respondenten toestemming te zijn gevraagd voor het doorgeven van informatie over aangepaste medicatie.

Nou ja, meestal als de specialist iets verandert, ik zit dan regelmatig in een academisch ziekenhuis zoals Leiden of Amsterdam, het AMC, de communicatielijn van specialist naar huisarts vind ik erg traag en langdurig. Het duurt meestal maanden voordat mijn huisarts iets binnenkrijgt en ik heb het dan meestal al de volgende dag doorgebeld of via een afspraak geregeld, dat hij heel snel weet hoe of wat en dan duurt het meestal nog heel erg lang, soms zelfs tot twee maanden, totdat hij die schriftelijke informatie daarover binnenkrijgt. Dat vind ik wel jammer.

Ook blijkt uit de schriftelijke vragenlijst dat respondenten, als hun medicatie is gewijzigd, doorgaans wel van hun zorgverlener te horen krijgen voor welke ziekte of aandoening zij die medicatie moeten gaan gebruiken. In dit kader wordt tijdens de groepsinterviews ook door patiënten aangekaart dat als medicatie wordt gewisseld in verband met het preferentiebeleid dit doorgaans wel gemeld wordt door de apotheek. Men geeft echter ook aan het hier niet altijd mee eens te zijn, mede omdat andere pillen soms bijwerkingen geven doordat er andere hulpstoffen inzitten. Tevens geeft men aan dat het verwarrend is als pillen en verpakkingen er steeds anders uit zien, vooral omdat men ook

nog eens veel verschillende pillen gebruikt. Het is dan moeilijk bij te houden welke medicijnen voor welke aandoening wordt gebruikt. Men raakt hierdoor het overzicht op het dagelijkse medicatieschema kwijt.

Uit de groepsinterviews komt daarnaast naar voren dat ingeval van ziekenhuisopname patiënten de ervaring hebben dat niet alle medicatie die ze moeten gebruiken op voorraad is in het ziekenhuis. Ook geeft men aan dat het per ziekenhuis en afdeling verschilt of men de eigen medicatie mag meenemen en gebruiken. Een aantal patiënten geeft aan voor de zekerheid ook altijd hun eigen medicatie mee te nemen. Bij diabetespatiënten speelt verder dat het personeel op de verpleegafdeling niet altijd weet hoe men met diabetes om moet gaan met als gevolg dat mensen te hoog of te laag komen te zitten met hun bloedsuikerwaarde.

Verder wordt bij ontslag niet altijd aan patiënten verteld dat en welke nieuwe medicatie gebruikt moet gaan worden. Soms komt men daar pas achter als de bezorgdienst van de apotheek onverwacht op de stoep staat of als men voor een herhaalrecept in de apotheek is en daar nog niet afgehaalde recepten blijken te liggen.

Wat betreft de nierfunctie blijkt dat, indien deze onderzocht is, de meeste van deze respondenten van de schriftelijke vragenlijst niet meer weten of deze is doorgegeven aan de apotheek. Wel zegt een klein aantal van deze mensen dat zij hiervoor in ieder geval nog nooit toestemming hebben gegeven. De enkeling die nog wel weet dat het is doorgegeven aan de apotheek stelt dat hier toen wel toestemming voor is gevraagd.

Medicatiebeoordeling

In de norm voor medicatiebeoordelingen komen de volgende onderdelen aan de orde die binnen het gezichtsveld van de patiënt kunnen vallen:

- samenwerkingsafspraken over medicatiebeoordeling tussen voorschrijvers en apothekers zijn vastgelegd;
- medicatiebeoordelingen worden uitgevoerd bij patiënten die voldoen aan de selectiecriteria op basis van de multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen'. In ieder geval alle patiënten van 75 jaar en ouder, die 7 of meer geneesmiddelen chronisch gebruiken en een verminderde nierfunctie hebben, krijgen een medicatiebeoordeling;
- zorgverleners voeren systematisch en aantoonbaar medicatiebeoordelingen uit.

Tijdens het groepsinterview is, in verschillende bewoordingen, gevraagd bij wie er weleens een medicatiebeoordeling is uitgevoerd. Uiteindelijk stelde een klein aantal mensen deze inderdaad gehad te hebben. Meestal gebeurde dit op eigen verzoek door huisarts en/ of apotheker en men was er over het algemeen positief over. Eén patiënt gaf aan dat hij binnenkort bij de geriater een medicatiebeoordeling zou krijgen. Verder gaven enkele mensen met diabetes aan dat de praktijkverpleegkundige of diabetesverpleegkundige met hen periodiek alle medicatie doorneemt. Bij problemen wordt dan vervolgens naar de arts doorverwezen.

“Nou ja, ik heb een consult gehad van de huisarts, een half uur. Nou, alleen met de huisarts,, die seint het weer door naar de apotheek als er iets moet wijzigen.”

Verder geven mensen aan dat ze vinden dat er tijdens een standaardconsult bij de arts (in de huisartsenpraktijk en polikliniek) te weinig tijd is om de medicatie te bespreken, terwijl ze daar wel behoefte aan hebben. Ook heeft een klein aantal patiënten naar eigen zeggen weleens aan hun arts gevraagd of er met medicijnen geminderd of gestopt kon worden.

3.3.3 *Ervaringen met de verantwoordelijkheidsverdeling/regie*

Volgens de norm Verantwoordelijkheidsverdeling is het:

- voor de patiënt/cliënt of diens vertegenwoordiger duidelijk wie op het gebied van de medicatie het aanspreekpunt is;
- voor de patiënt/cliënt of diens vertegenwoordiger duidelijk wie op het gebied van de medicatie de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft;
- de patiënt/cliënt of diens vertegenwoordiger duidelijk wie op het gebied van de medicatie belast is met de coördinatie (zorgcoördinator).

In het groepsinterview gaven patiënten aan niet precies te weten wie er (eind)verantwoordelijk voor hun medicatie is, omdat er verschillende artsen/specialisten zijn die medicijnen aan hen voorschrijven. Zij voerden vervolgens onderling discussie of dit de specialist of de huisarts of apotheker zou moeten zijn. Daarbij kwam naar voren dat mensen soms tegenstrijdige informatie ontvangen over hun medicatie van verschillende artsen. Bijvoorbeeld dat de ene specialist wel zegt om te stoppen met een bepaald medicijn en de andere niet.

Op de vraag wie men de meest aangewezen persoon vindt om het totaaloverzicht van de medicatie te hebben, noemden sommigen de huisarts en anderen de apotheker. Een enkeling geeft aan dat dit de rol is van de drie-eenheid patiënt-apotheker-huisarts.

Door een aantal mensen wordt aangegeven, dat zij hun huisarts of apotheker als eerste aanspreekpunt zien bij vragen over of problemen met hun medicatie.

“Nou, wat hier volgens mij op de tafel komt is het probleem wat je in de medische wereld steeds tegenaan loopt is dat ieder specialisme in zijn vakje zit en grensoverschrijdend verkeer komt er amper aan voor. Als patiënt heb je vaak meerdere dingen bij mij komt steeds de vraag: ‘Wie maakt nou eigenlijk het eindoordeel?’”

3.3.4 *Mogelijke verbeterpunten in het farmaceutisch zorgproces*

Aan de respondenten is ook nog gevraagd wat zij al belangrijkste verbeterpunten zien.

Degenen die het nog niet hebben gehad, zien wel wat in een medicatiebeoordeling nadat tijdens het groepsinterview is uitgelegd wat deze inhoudt.

“Nou, ik denk het wel. Ik denk op een gegeven moment, de medicijnen die gebruikt worden door de patiënten, dat die dus gewoon één keer in het jaar, bij wijze van spreken, of één keer in de twee jaar gecontroleerd worden of het wel goed is, ja of nee.”

Verder zouden patiënten graag zien dat de communicatie en informatie-uitwisseling over hun medicijnen tussen zorgverleners verbeterd wordt. Patiënten ervaren het als onprettig dat zij zelf een medicatieoverzicht moeten meenemen of dat zij zelf aangepaste medicatie moeten doorgeven. Alle zorgverleners zouden alle informatie over de medicatie moeten hebben zodat patiënten dit niet zelf hoeven over te dragen. Ook werd aangegeven dat het fijn zou zijn als het medicatiebeleid in ziekenhuizen eenduidig is wat betreft de mogelijkheid om wel of niet eigen medicatie mee te nemen en in eigen beheer te hebben. Daarnaast zou men graag zien dat het belang van de patiënt voorop staat bij de keuze van medicatie en niet het belang van de zorgverzekeraar, overheid of farmaceutische industrie. Men refereert hierbij vooral aan het preferentiebeleid.

3.3.5 *Rol en verantwoordelijkheden patiënt*

Volgens de ‘Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010)’ wordt de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in relatie tot het zorgproces zoveel mogelijk gestimuleerd. In de MDR Polyfarmacie bij ouderen (2012) staat dat het een belangrijk aspect van medicatiebeoordeling is om samen met de patiënt te komen tot de keuze van het juiste middel (veilig, effectief en passend bij de dagelijkse routine, het begripsniveau en de fysieke vaardigheden van de patiënt).

In het groepsinterview is gevraagd wat patiënten als hun eigen rol zien. Sommige respondenten vinden dat je ook zelf alert moet zijn en vragen moet stellen als het gaat om de medicatie. Tegelijkertijd geeft men aan dat niet iedereen even mondig is als zijzelf en in staat is om dit te doen. Daarnaast is een aantal mensen met diabetes van mening dat zij zelf het beste weten hoeveel insuline ze wanneer moeten spuiten op basis van jarenlange ervaringskennis. Ook geeft een enkeling aan op eigen initiatief te zijn gestopt met statines vanwege bijwerkingen en dit vervolgens aan hun zorgverlener te hebben doorgegeven.

“Dus ik zeg: ‘Ik stop ermee.’ En dat heb ik ook inderdaad tegen mijn cardioloog gezegd hoor.”

“..... insuline. Daar ben je vaak jarenlang mee bezig. ... op een gegeven moment, durf ik te zeggen dat je deskundig wordt. Je weet een hele hoop en dan kan je volledig meedenken. Maar als het weer iets nieuws is dan moet je even afwachten.”

Een aantal mensen geeft aan een keuzemogelijkheid te hebben gehad als er nieuwe medicatie werd voorgeschreven. Ook geeft een aantal mensen aan geen keuzemogelijkheid te hebben gehad. Hierbij geeft men aan dat als er wat te kiezen valt men graag meebeslist. Daarnaast zeggen enkele mensen geen behoefte te hebben aan meebeslissen, die gaan er vanuit dat de arts het toch het beste weet.

"Jawel, echt overleggen met de arts en die vraagt van: 'Wat denk je daarvan?' of 'zullen we dat proberen?' Die je dan laat kiezen."

Nou ja, de patiënt staat weer eens een keer niet centraal, dat is al sowieso jammer. En inderdaad, de communicatie naar de patiënt toe ook over de bijwerkingen is soms..... Er wordt alleen gekeken van 'wat heb je en wat hebben we daarvoor als medicatie?' en er wordt niet specifiek gekeken 'ja, dit zijn de bijwerkingen, heeft u ergens een probleem mee?'

4 Beschouwing

Dit onderzoek geeft op basis van verschillende bronnen een overzicht van het patiëntenperspectief op, c.q. de rol van de patiënt bij, medicatieveiligheid in het domein-overstijgende farmaceutische zorgproces. Verder geeft het inzicht in waar verbeterpunten liggen wat betreft de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven.

Patiëntenperspectief op medicatiebewaking, -overdracht en -beoordeling

De *medicatiebewaking* is in de ogen van de meeste patiënten wel afdoende, waarbij men vooral refereert aan de 'alarmsystemen' bij de openbare apotheek. Als het gaat om medicatiebewaking in het ziekenhuis, dan zijn mensen meer geneigd om zelf te controleren of het wel klopt wat ze krijgen. Ook komt het voor dat patiënten al dan niet met toestemming van de afdeling en medeweten van de specialist medicatie van thuis meenemen en gebruiken tijdens een opname.

- Het toezicht op het naleven van de norm met betrekking tot de medicatiebewaking in het ziekenhuis zou aan het licht moeten brengen wat het beleid is ten aanzien van medicatie die patiënten van thuis meenemen en al dan niet met toestemming blijven gebruiken.

Wat betreft *medicatieoverdracht* ervaren patiënten dat de communicatie en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners niet optimaal is. Dit betreft zowel de tijdigheid van de overdracht vanuit het ziekenhuis naar de huisarts, als de volledigheid en juistheid. Ook de overdracht tussen ziekenhuisafdelingen verloopt niet altijd goed. De richtlijn m.b.t. overdracht van medicatiegegevens is helder over de termijn waarbinnen een actueel medicatieoverzicht beschikbaar moet zijn bij overdracht naar de volgende schakel (nl. binnen 24 uur). Sommige patiënten geven op eigen initiatief zelf de wijzigingen door aan de huisarts na bezoek aan, of ontslag uit, het ziekenhuis. Een aantal patiënten vertrouwt en rekent erop dat de overdracht via digitale systemen geregeld is.

- Het toezicht op het naleven van de 24-uurs termijn voor medicatieoverdracht vergt, op basis van de ervaringen van patiënten, nog meer aandacht en zal aan het licht moeten brengen hoe wordt gewaarborgd dat aangepaste medicatie tijdig, volledig en juist wordt uitgewisseld met de betrokken/relevante zorgverleners.

Patiënten hebben doorgaans zelf een medicatieoverzicht bij zich, maar dit wordt lang niet altijd met ze doorgenomen door de zorgverleners in het ziekenhuis. Dit lijkt niet in lijn te zijn met de richtlijn. De voorschrijver zou op het moment van voorschrijven het medicatieoverzicht met de patiënt/cliënt of diens vertegenwoordiger besproken moeten hebben om de juistheid en volledigheid te controleren. Verder blijkt het voor patiënten niet altijd duidelijk te zijn of hun nierfunctie is doorgegeven aan hun apotheek.

- Het toezicht op het naleven van de richtlijn m.b.t. medicatieoverdracht zal aan het licht moeten brengen of de zorgverlener bij het aanpassen van de medicatie samen met de patiënt/ cliënt of diens vertegenwoordiger altijd het actueel medicatieoverzicht verifieert. Ook is in het toezicht aandacht nodig voor de waarborgen rondom het doorgeven van afwijkende nierfunctiewaarden aan de apotheek.

Slechts enkele patiënten hebben naar eigen zeggen al eens *medicatiebeoordeling* gehad. Mensen zijn vaak ook niet op de hoogte van wat deze inhoudt en dat een medicatiebeoordeling voor hen van belang kan zijn. Na kennisname van deze optie in de groepsinterviews, geven patiënten (zowel 65-plussers als 50-64 jarigen) aan wel behoefte te hebben aan een medicatiebeoordeling, vooral omdat er tijdens een standaardconsult te weinig tijd is om de medicatie te bespreken. Bij een aantal diabetespatiënten neemt de praktijk- of diabetesverpleegkundige periodiek alle medicatie door en bespreekt eventuele problemen met de arts. Sommige patiënten zijn op eigen initiatief gestopt met bepaalde medicijnen vanwege ervaren bijwerkingen. Mogelijk had dit voorkomen kunnen worden, of meer afgewogen kunnen gebeuren, door de medicatie met de patiënt te bespreken.

- Patiënten met polyfarmacie zouden beter geïnformeerd moeten worden dat een medicijncheck voor hen van belang kan zijn, bv. via de huisartsenpraktijk of apotheek. Hier ligt een rol voor het zorgveld. Ook bij patiënten jonger dan 65 jaar die veel geneesmiddelen gebruiken, bestaat behoefte aan een (jaarlijkse) check. Hiervoor is aandacht nodig vanuit de zorgverleners.
- Het toezicht op naleving van de norm met betrekking tot medicatiebeoordelingen zou aan het licht moeten brengen welke criteria worden gehanteerd om tot een selectie van patiënten te komen die het eerst in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling. Ook zou bekeken moeten worden of dit, gegeven de populatie van de betreffende zorgverlener, de meest relevante kwetsbare groepen zijn.

Patiëntenperspectief op verantwoordelijkheidsverdeling/regie en communicatie

Het is voor patiënten niet altijd duidelijk wie nu *eindverantwoordelijk* is voor het behouden van een totaaloverzicht over hun medicatie. Hier maakt men zich ook wel zorgen over. De meningen lopen uiteen of dit de huisarts, apotheker of de specialist moet zijn. Ook wordt bij ontslag uit het ziekenhuis vaak niet aangegeven wie het *aanspreekpunt* is bij vragen over of problemen met het geneesmiddelengebruik. Men ziet doorgaans de huisarts of apotheker als eerste *aanspreekpunt*.

- Het toezicht op naleving van de norm met betrekking tot verantwoordelijkheidsverdeling zal duidelijk moeten maken in hoeverre zorgverleners hebben vastgelegd wie eindverantwoordelijk is en wie het aanspreekpunt voor de patiënt, en hoe zij dit communiceren richting patiënt.

- Gezien de verschillen in voorkeuren van de patiënten, zouden zorgverleners hun patiënt moeten vragen naar zijn/haar wensen wat betreft aanspreekpunt. Deze wens zal namelijk mede afhangen van de relatie die de patiënt heeft met de betreffende zorgverlener.

Met name in het ziekenhuis ervaren patiënten gebrek aan communicatie over de geneesmiddelen die men krijgt tijdens een opname, maar ook bij ontslag. Soms is onduidelijk waarom bepaalde medicijnen verstrekt worden. En soms krijgt men tegenstrijdige informatie van verschillende zorgverleners. Ook voelt men zich lang niet altijd gehoord wat betreft problemen of bijwerkingen, wat soms leidt tot het zelfstandig stoppen van geneesmiddelgebruik en dus verminderde therapietrouw.

- Het toezicht op naleving van de vier normen rondom medicatieveiligheid zal duidelijk moeten maken in hoeverre zorgverleners patiënten van voldoende informatie voorzien, het gesprek aangaan over de medicatie en de patiënten dus voldoende toerusten om mee te kunnen beslissen over hun medicatie (indien de patiënt dit wenst).

Verbeterpunten vanuit patiëntenperspectief

Uit de interviews komen geen punten naar voren die niet in een norm zijn opgenomen of die niet als onderdeel van gebruikelijke/verantwoorde zorg kunnen worden beschouwd. Wel zijn er enkele punten die volgens patiënten verbeterd kunnen worden:

- Patiënten zouden graag zien dat er een eenduidig beleid is over het wel of niet meenemen en gebruiken van de eigen medicatie tijdens een ziekenhuisopname. Momenteel wisselt dit per ziekenhuis en soms zelfs per ziekenhuisafdeling.
- Ook zouden patiënten graag zien dat er een einde komt aan het preferentiebeleid voor mensen met polyfarmacie. Zij ervaren bijwerkingen door andere hulpstoffen of verliezen het overzicht op de medicatie, omdat verpakkingen en pillen er steeds anders uit zien. Het verliezen van overzicht kan invloed hebben op medicatieveiligheid.

Rol van de patiënt

De patiënten die hebben meegedaan aan het groepsinterview zijn naar eigen zeggen alert als hun medicatie wordt aangepast en stellen kritische vragen als zij dat nodig vinden. Zij zien dat ook als hun *rol*. Verder zijn patiënten van mening dat de jarenlange ervaring die zij hebben opgedaan met hun medicatie meer erkend moet worden door de zorgverleners. Dit betreft vooral mensen met diabetes. Men realiseert zich echter ook dat niet iedere patiënt mondig genoeg is om zijn mening in te brengen over de medicatie. Ook zal niet iedereen de benodigde basisvaardigheden ('health literacy') hebben om deze rol te vervullen. Dit wordt in de praktijk deels ondervangen door mantelzorgers of andere personen uit de omgeving van de patiënt, die meekijken/meedenken. Verder heeft ook niet iedere patiënt de behoefte om mee te beslissen over de medicatie indien er keuzemogelijkheden zijn. Per situatie zal de voorschrijver moeten nagaan in hoeverre de patiënt wil en kan meebeslissen.

Enkele kanttekeningen

In dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode in de vorm van focusgroepinterviews. Dit is enerzijds gedaan om de diversiteit aan perspectieven van patiënten in beeld te kunnen brengen en anderzijds om door interactie tussen de deelnemers zoveel mogelijk verhalen en ervaringen boven tafel te krijgen. Deze keuze brengt echter ook enkele beperkingen met zich mee. De resultaten kunnen niet worden geëxtrapoleerd en gegeneraliseerd naar de totale populatie van kwetsbare personen met multimorbiditeit en polyfarmacie³, maar geven verhalend inzicht in het scala aan ervaringen en wensen van patiënten met betrekking tot de zorg rondom medicatie. De steekproef van personen is bovendien niet representatief voor zeer kwetsbare personen, omdat de wijze van (passieve) werving en de noodzaak tot reizen van de deelnemers met zich meebrengt dat vooral meer mondige en mobiele personen op een oproep reageren. Ook zeggen de resultaten niets over de mate waarin al dan niet aan de vier in de inleiding genoemde normen wordt voldaan (hetgeen ook buiten het doel van dit onderzoek viel).

Het is niet gelukt om voldoende mensen die zowel antipsychotica als medicatie voor een somatische aandoening gebruiken te werven, waardoor deze groep buiten beschouwing is gelaten binnen dit onderzoek. Dit neemt echter niet weg dat dit een belangrijke groep is als het gaat om toezicht op de voorwaarden voor verantwoord voorschrijven. Ook voor deze groep is bekend dat zij een hoger risico lopen op medicatie-gerelateerde problemen [2]. Bij vervolgonderzoek dient deze groep zeker meegenomen te worden, waarbij goed nagedacht moet worden over een effectieve manier van werven.

Tot slot hebben we ons in dit onderzoek beperkt tot de groep patiënten die thuiswonend zijn. Samen met het ontbreken van patiënten vanuit de GGZ, is daardoor een deel van het schema van de domein-overstijgende farmaceutische zorgketen buiten beschouwing gebleven.

Ondanks deze beperkingen van het onderzoek bieden de resultaten inzicht in zaken die de deelnemende patiënten ervaren hebben in de zorg rondom hun medicatie en van belang vinden voor veilige zorg.

³ Van de 65-74-jarigen hebben 427.000 personen (30%) twee of meer aandoeningen. Dit geldt voor 579.000 (50%) van de 75-plussers (Bron: LINH, berekend door het NIVEL, 2013). Van de 65-74-jarigen gebruikt circa 22-30% chronisch 5 of meer geneesmiddelen. Voor 75-plussers is dit 39%. In deze laatste groep gebruikt 23% zelfs 7 of meer geneesmiddelen (Bron: SFK; 25 juni 2015, Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 150 Nr 26).

Dankbetuiging

Wij bedanken de patiënten- en cliëntenorganisaties en alle deelnemers aan de focusgroepinterviews van harte voor hun medewerking aan dit onderzoek. Ook alle personen en organisaties die ons geholpen hebben met de werving van deelnemers voor de groepsinterviews willen wij bedanken voor hun inspanningen.

5 Bijlagen

5.1 Interview leidraad patiënten/ cliëntenorganisaties

Algemene vraag

1. Kunt u allereerst kort iets vertellen over uw achtergrond en de werkzaamheden die u uitvoert voor de organisatie?
2. Op welke manier houdt uw organisatie zich bezig met medicatieveiligheid?

Vragen over gesignaleerde knelpunten en oplossingen

3. Krijgt u vanuit uw achterban signalen over knelpunten met betrekking tot medicatie? Zo ja, welke knelpunten?
 - a. M.b.t. medicatiebewaking
 - b. M.b.t. medicatieoverdracht
 - c. M.b.t. medicatiebeoordeling
 - d. M.b.t. andere knelpunten
4. In hoeverre hebben deze knelpunten te maken met verantwoordelijkheidsverdeling (is het voor de patiënt duidelijk wie aanspreekpunt/contactpersoon is en wie inhoudelijk verantwoordelijk is) of regie (is het voor de patiënt duidelijk wie de zorg coördineert)?
5. In hoeverre hebben deze knelpunten te maken met communicatie tussen zorgverleners onderling en communicatie met de cliënt/patiënt?
6. In hoeverre hebben deze knelpunten te maken met transities in de zorg?
7. Welke groep cliënten/ patiënten loopt volgens u de meeste kans op problemen met de medicatie?
8. Wat zijn volgens u de meest urgente knelpunten in het farmaceutisch zorgproces die het eerst opgelost zouden moeten worden?
9. En hoe denkt u dat deze knelpunten opgelost kunnen worden en door wie?
 - a. Eigen organisatie
 - b. Zorgverleners
 - c. Overheid (VWS/ IGZ)
 - d. Cliënten/patiënten
10. Welke rol en verantwoordelijkheid kan bij de cliënt/ patiënt neergelegd worden wat betreft:
 - a. het overzicht houden over zijn/haar eigen medicatie en de verantwoordelijke voorschrijvers? Waarom wel/niet?
 - b. medicatieveiligheid in het algemeen? Waarom wel/niet?

11. Hoe kan uw organisatie de cliënt/ patiënt hierin ondersteunen?

- a. Bewustwording
- b. Scholing
- c. ?

5.2 Samenstelling focusgroepen

Tabel deelnemers groepsinterviews

#	Groep	Aandoeningen	M/V	Leeftijd	Opleidingsniveau	Provincie
1	1	Diabetes, COPD, jicht, hartvaatziekte, TIA, PDS	m	63	Hoger beroepsonderwijs	Zuid Holland
2	1	Diabetes, ziekte van Lyme, fibromyalgie, atrose/arthritis, neuropathie, hartinfarct	v	72	Middelbaar beroepsonderwijs	Noord Brabant
3	1	Diabetes, hartvaatziekte	m	77	Wetenschappelijk onderwijs	Utrecht
4	1	Diabetes, hartvaatziekte	m	65	Middelbaar beroepsonderwijs	Gelderland
5	1	Diabetes, CVA	v	74	Hoger beroepsonderwijs	Friesland
6	1	Diabetes, COPD	m	76	Hoger beroepsonderwijs	Utrecht
7	1	Diabetes, hartvaatziekte	m	66	Hoger beroepsonderwijs	Noord Holland
8	1	Diabetes, harvaatziekte, nierproblemen	m	70	Middelbaar beroepsonderwijs	Utrecht
9	1	Diabetes, hartvaatziekte, TIA	v	68	Lager beroepsonderwijs	Overijssel
10	1	Diabetes, hartvaatziekte	v	73	Lager beroepsonderwijs	Zuid Holland
11	2	COPD, huidkanker	m	65+	?	Utrecht
12	2	COPD, diabetes	v	66	Lager onderwijs	Utrecht
13	2	COPD, darmkanker, uitzaaiingen lever	v	74	Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	Utrecht
14	2	COPD, hartinfarct, diabetes	m	67	Lager beroepsonderwijs	Utrecht
15	2	Hartvaatziekte, kapotte heup	m	89	Hoger beroepsonderwijs	Utrecht
16	2	COPD, hartvaatziekte	v	65	Lager onderwijs	Noord Holland
17	3	Hartvaatziekte, diabetes, traag werkende	m	67	Middelbaar beroepsonderwijs	Noord Holland

#	Groep	Aandoeningen	M/V	Leeftijd	Opleidingsniveau	Provincie
		schildklier, ziekte van Addison, glaucoom				
18	3	Diabetes, fibromyalgie, artrose	v	75	Middelbaar beroepsonderwijs	Utrecht
19	3	Hartvaatziekte hartritmestoornis, diabetes, borstkanker,	v	61	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	Noord Holland
20	3	Hartvaatziekte, diabetes, retinopathie, traag werkende schildklier, ziekte van Ménière, tinnitus, status na CVA en apneu	v	58	Hoger beroepsonderwijs	Noord Holland
21	3	Aangeboren hartafwijking, diabetes, aangeboren beenafwijking	m	50	Middelbaar beroepsonderwijs	Utrecht

Tabel afzeggers*

#	Groep	Aandoeningen	M/V	Leeftijd	Reden afvallen	Provincie
A1	2 en 3	Myastenia gravis, hartvaatziekte, schildklieraandoening, tinitus	v	65+	Ziek en oproep polikliniek	Utrecht
A2	2	Hartvaatziekte	m	65+	Uitvaart	Utrecht
A3	3	Diabetes, hartvaatziekte (3 bypasses), maag- en leverproblemen	m	53	Familieomstandigheden	Gelderland

* Deze mensen hadden wel toegezegd voor de betreffende datum van het groepsinterview, maar op het laatste moment afgezegd.

5.3 Normen

Normen die relevant zijn voor patiënten zijn grijs gearceerd.

V Norm Verantwoordelijkheid
V1: Het is voor de patiënt/cliënt of diens vertegenwoordiger duidelijk wie op het gebied van de medicatie het aanspreekpunt is
V2: Het is voor de patiënt/cliënt of diens vertegenwoordiger duidelijk wie op het gebied van de medicatie de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft.
V3: Het is voor de patiënt/cliënt of diens vertegenwoordiger duidelijk wie op het gebied van de medicatie belast is met de coördinatie (zorgcoördinator).
V4: Er zijn in aanwezig(e) samenwerkingsverband(en) afspraken over taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de medicatie. <i>Niet zichtbaar voor patiënten; deze norm is alleen gericht op zorgverleners.</i>

O Norm Medicatieoverdracht
O1: De voorschrijver gebruikt op moment van voorschrijven een actueel medicatieoverzicht
O2: Het actueel medicatieoverzicht moet z.s.m. maar zeker binnen 24 uur beschikbaar zijn voor zowel voorschrijvers als andere zorgverleners in verband met de overdracht naar de volgende schakel.
O3: Als de voorschrijver nieuwe medicatie voorschrijft, medicatie aanpast of medicatie stopt dan zal de voorschrijver dit moeten registreren op het actueel medicatieoverzicht, zodanig dat het medicatieoverzicht compleet en actueel blijft.
O4: De voorschrijver geeft reden voorschrijven mee op recept (bij de lijst van 23 werkzame stoffen waarvoor dat in de geneesmiddelenwet art. 6.11 is vastgelegd). <i>Niet zichtbaar en/of herkenbaar voor patiënten; deze norm is alleen gericht op zorgverleners.</i>
O5: Indien een zorgverlener (voorschrijver) bij een patiënt nader onderzoek heeft laten uitvoeren naar de nierfunctie, deelt hij afwijkende nierfunctiewaarden mee aan de daartoe door de patiënt aangewezen apotheker (conform geneesmiddelenwet art. 6.10).

E Norm Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS)
E1: De voorschrijver voert medicatiebewaking uit tijdens het voorschrijven met behulp van een EVS (waarbij het EVS voldoet aan de actuele eisen met betrekking tot functionaliteit uit de richtlijn EVS).
E2: Er is een prospectieve risicoanalyse aanwezig waarmee inzichtelijk is gemaakt welke risico's het EVS heeft en hoe deze beheerst worden. <i>Niet zichtbaar voor patiënten; deze norm is alleen gericht op zorgverleners.</i>

M Norm Medicatiebeoordeling
M1: Samenwerkingsafspraken over medicatiebeoordeling tussen voorschrijvers en apothekers zijn vastgelegd.

M2: Voorschrijvers en apothekers voeren medicatiebeoordelingen uit bij patiënten die voldoen aan de selectiecriteria op basis van de richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen'. In ieder geval alle patiënten van 75 jaar en ouder, die 7 of meer geneesmiddelen chronisch gebruiken en een verminderde nierfunctie [eGFR < 50 ml/min/ 1,73m ²] hebben krijgen een medicatiebeoordeling.
M3: Zorgverleners voeren systematisch en aantoonbaar medicatiebeoordelingen uit.
M4: Het minimum aantal medicatiebeoordelingen dat zorgverleners jaarlijks uitvoeren is gebaseerd op het gedefinieerde groei-model voor de jaren 2015-2017 (zie toelichting). <i>Niet zichtbaar voor patiënten; deze norm is alleen gericht op zorgverleners.</i>

De toetsnormen zijn gebaseerd op de volgende richtlijnen:

- Richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' [2008]; ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, OMS, V&VN, Later ook: de FNT, NMT, VGN
- Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg [2010]; KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF
- Multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij Ouderen' [2012]; NHG, NVKG, OMS, IVM, KNMP, V&VN, Verenso, CG-Raad, Ephor, NIV, NVALT, NVMDL, NVvPO, NVVC, NVR, NVvP, UniekBO, V&VN, Achmea
- Veilige principes in de medicatieketen [2012] + addendum [2014]; ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF, V&VN
- Richtlijn 'Elektronisch voorschrijven' [2013]; GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, KNOV, LHV, NHG, NPCF, NVAVG, NVZ, NVZA, OMS, V&VN, Verenso, VGN, VHN

5.4 Itemlijst focusgroepen

Eerste ronde vragen

Toelichting: De dikgedrukte vragen zijn de hoofdvragen. De vragen daar onder zijn onderwerpen die bij voldoende tijd aan de orde kunnen komen in geval deze onderwerpen niet ter sprake zijn gekomen bij het beantwoorden van de hoofdvragen.

Communicatie/ informatie (25 minuten)

1. **a) Hebt u wel eens nieuwe medicijnen voorgeschreven gekregen van een specialist of een huisarts, of zijn uw medicijnen wel eens veranderd?**
b) Hebt u hierover toen een gesprek gehad, en met wie en wanneer? Hoe ging dat?
 - Weet u of aan uw huisarts of apotheker doorgegeven is dat u nieuwe of veranderde medicijnen kreeg?
 - Wat zou er volgens u verbeterd kunnen worden?
2. **a) Toen u de laatste keer opgenomen werd in het ziekenhuis (of GGZ-instelling), is er toen aan u gevraagd welke medicijnen u gebruikt?**
b) En is er gevraagd of u problemen had met uw

medicijnen, bv. bijwerkingen of problemen bij het innemen?

c) En toen u weer naar huis mocht: is er toen aan u uitgelegd welke medicijnen u thuis moest gaan gebruiken?

d) Was het voor u duidelijk of er iets veranderd was met uw medicijnen? Zo ja, is aan u ook uitgelegd waarom?

- Is aan u verteld bij wie u na ontslag terecht kon met uw vragen over uw medicijnen? Zo ja, bij wie dan?
- Voelde u zich gehoord/voldoende geïnformeerd m.b.t. uw medicatie? Hoe kwam dat?
- Weet u wie uiteindelijk besluit of uw behandeling met medicijnen moet worden aangepast als er problemen zijn na uw ontslag (bv. huisarts, specialist)?
- Wat zou er volgens u verbeterd kunnen worden als het gaat over de informatie die u kreeg?

Monitoring (25 minuten)

3. a) Hebt u wel eens met uw apotheker of huisarts besproken of u al uw medicijnen nog wel nodig hebt en of ze nog goed werken (een zogenaamde medicatiebeoordeling of medicijncheck)?

b) Wie waren er bij dat gesprek? Hoe ging dat dan?

- Wie heeft u gevraagd om al uw medicijnen met u door te nemen?
- Is aan u toen ook gevraagd of u geneesmiddelen van de drogist gebruikt?
- Zijn er toen medicijnen veranderd of stopgezet? Zo ja, is aan u ook uitgelegd waarom en door wie is dit uitgelegd (huisarts of apotheker of iemand anders)?
- Hoe vaak heeft u zo'n medicatiecheck gehad in de afgelopen 3 jaar? Was dat voor u voldoende?
- Hoe heeft u een dergelijk gesprek ervaren?
- Wat zou er volgens u verbeterd kunnen worden bij een medicijncheck?

4. a) Als uw medicijnen zijn veranderd, wie houdt dan in de gaten of het goed met u gaat?

b) Moet u dan weer terugkomen bij de huisarts?

c) En wat vindt u dat u zelf kunt doen als het niet goed gaat?

- Wat zou er volgens u verbeterd kunnen worden als het gaat om het voorkomen van problemen met uw medicijnen?

Pauze (10-15 minuten)

Tweede ronde vragen

Rol patiënt/ shared decision-making (20 minuten)

5. a) Heeft uw specialist, arts of apotheker u wel eens gevraagd om mee te beslissen over de medicijnen die u gebruikt? Is er bv. uitgelegd uit welke medicijnen u kunt kiezen?

b) En zijn voordelen en nadelen van bepaalde medicijnen uitgelegd?

- Vindt u het belangrijk om mee te beslissen? Waarom?

- 6. a) Hoe vindt u het om met de zorgverlener over eventuele problemen met uw medicatie te praten?**
b) Vindt u het makkelijk of moeilijk om mee te beslissen over de medicatie? (10 minuten)
- Wie of wat zou u kunnen helpen?

Afsluitende vraag (15 minuten)

- 7. Als u naar het ziekenhuis (of GGZ-instelling) gaat en vervolgens weer naar huis, wat vindt u dan het belangrijkste punt dat beter gedaan moet worden door specialisten, artsen of apothekers als het gaat om uw medicijnen?**
- Wie zou dit moeten veranderen? Hoe zou dit moeten veranderen? En wat zou u zelf kunnen doen?

Einde

5.5 Schriftelijke vragenlijst deelnemers focusgroepen

Hieronder staan nog enkele vragen, die gezien de beschikbare tijd niet aan de orde zijn gekomen in het groepsinterview. Het invullen van deze vragenlijst kost u ongeveer 10-15 minuten. Met de antwoorden krijgen wij inzicht in de samenstelling van de groep. Daarnaast kan de kwaliteit van de zorg rondom medicijnen verder verbeterd worden door uw antwoorden. U kunt de vragenlijst ter plekke invullen of u krijgt van ons een antwoordenvelop zodat u hem thuis kunt invullen. Wij danken u alvast hartelijk voor uw medewerking.

1. Bent u een man of een vrouw?

- Man
 Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

3. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met een diploma of een getuigschrift)

- Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
 Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
 Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
 Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
 Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)

- Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders namelijk:
(a.u.b. in blokletters)

4. **Wat is/was uw beroep?:** _____

5. **Als u bv. een huisarts/specialist bezoekt, heeft u dan een actueel overzicht bij u van alle medicijnen die u gebruikt?**

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd

a. **Hebt u dit overzicht via de apotheek gekregen of zelf gemaakt?**

- Zelf gemaakt of door een familielid/kennis laten maken
 Van de apotheek gekregen
 Ik heb nooit een actueel overzicht van al mijn medicijnen bij me als ik een zorgverlener bezoek

b. **Neemt de huisarts/specialist dit overzicht nog met u door?**

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd
 Ik heb nooit een actueel overzicht van al mijn medicijnen bij me als ik een zorgverlener bezoek

c. **Als u nooit een actueel overzicht van al uw medicijnen bij u hebt: Vraagt de huisarts/specialist welke medicijnen u allemaal gebruikt (ook die u bij de drogist heeft gekocht)?**

- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd

6. **Als u nieuwe medicijnen krijgt of als de medicijnen worden veranderd:**

a. **Heeft de huisarts/specialist doorgegeven aan andere zorgverleners (bv. apotheker, huisarts, specialist, geriater) dat u deze nieuwe of veranderde medicijnen moet gaan gebruiken?**

- Nooit
 Soms
 Meestal

- Altijd
- Dat weet ik niet

b. Heeft de huisarts/specialist u toestemming gevraagd om dit door te geven?

- Ja
- Nee, nog nooit
- Dat weet ik niet meer

7. Als u nieuwe medicijnen krijgt of als de medicijnen worden veranderd:

a. Is aan u verteld voor welke ziekte/aandoening u deze (andere) medicijnen moest gaan gebruiken?

- Ja, altijd
- Soms, maar niet altijd
- Nee, nog nooit

b. Hebt u weleens gehoord van de apotheker/huisarts/specialist dat u bepaalde medicijnen niet kunt gebruiken, bv. vanwege een allergie of vanwege het feit dat ze niet samen met uw andere medicijnen gebruikt kunnen worden?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

8. Is uw nierfunctie weleens onderzocht?

- Ja
- Nee, nog nooit
- Dat weet ik niet

a. Indien ja, en heeft de huisarts/specialist dit toen doorgegeven aan de apotheker?

- Ja
- Nee, nog nooit
- Dat weet ik niet

b. Indien ja, is aan u hiervoor uw toestemming gevraagd?

- Ja
- Nee, nog nooit
- Dat weet ik niet meer

Hartelijk dank voor het invullen

Als u de vragenlijst thuis heeft ingevuld dan kunt u de envelop met postzegel gebruiken om hem terug te sturen.

5.6

Overzicht van de ingevulde, schriftelijke vragenlijst

Als u bv. een huisarts/specialist/psychiater bezoekt, heeft u dan een actueel overzicht bij u van alle medicijnen die u gebruikt?

	Frequentie	Percentage
Nooit	1	5,3
Soms	3	15,8
Meestal	3	15,8
Altijd	12	63,2
Totaal	19	100,0

Hebt u dit overzicht via de apotheek gekregen of zelf gemaakt?

	Frequentie	Percentage
Zelf gemaakt of door een familielid/kennis laten maken	8	42,1
Van de apotheek gekregen	10	52,6
Ik heb nooit een actueel overzicht van al mijn medicijnen bij me als ik een zorgverlener bezoek	1	5,3
Totaal	19	100,0

Neemt de huisarts/specialist/psychiater dit overzicht nog met u door?

	Frequentie	Percentage
Nooit	2	10,5
Soms	9	47,4
Meestal	3	15,8
Altijd	4	21,1
Ik heb nooit een actueel overzicht van al mijn medicijnen bij me als ik een zorgverlener bezoek	1	5,3
Totaal	19	100,0

Als u nooit een actueel overzicht van al uw medicijnen bij u hebt: vraagt de huisarts/specialist/psychiater welke medicijnen u allemaal gebruikt (ook die u bij de drogist heeft gekocht)?

	Frequentie	Percentage
Nooit	1	5,3
Nvt	18	94,7
Totaal	19	100,0

Heeft de huisarts/specialist/psychiater doorgegeven aan andere zorgverleners (bv. apotheker, huisarts, specialist, geriater) dat u deze nieuwe of veranderde medicijnen moet gaan gebruiken

	Frequentie	Percentage
Soms	5	26,3
Meestal	2	10,5
Altijd	4	21,1
Dat weet ik niet	8	42,1
Totaal	19	100,0

Als u nieuwe medicijnen krijgt of als de medicijnen worden veranderd:

Heeft de huisarts/specialist/psychiater u toestemming gevraagd om dit door te geven?

	Frequentie	Percentage
Ja	10	52,6
Nee, nog nooit	5	26,3
Dat weet ik niet meer	4	21,1
Totaal	19	100,0

Als u nieuwe medicijnen krijgt of als de medicijnen worden veranderd:

Is aan u verteld voor welke ziekte/aandoening u deze (andere) medicijnen moest gaan gebruiken?

	Frequentie	Percentage
Ja, altijd	14	73,7
Soms, maar niet altijd	5	26,3
Totaal	19	100,0

Hebt u dan wel eens gehoord van de apotheker/huisarts/specialist/psychiater dat u bepaalde medicijnen niet kunt gebruiken, bv. vanwege een allergie of vanwege het feit dat ze niet samen met uw andere medicijnen gebruikt kunnen worden?

	Frequentie	Percentage
Nooit	2	10,5
Soms	8	42,1
Meestal	3	15,8
Altijd	6	31,6
Totaal	19	100,0

Is uw nierfunctie weleens onderzocht?

	Frequentie	Percentage
Ja	16	84,2
Nee, nog nooit	3	15,8
Totaal	19	100,0

Indien ja, en heeft de huisarts/specialist dit toen doorgegeven aan de apotheker?

	Frequentie	Percentage
Ja	2	10,5
Dat weet ik niet meer	14	73,7
Totaal	16	84,2
Nvt	3	15,8
Totaal	19	100,0

Indien ja, is aan u hiervoor uw toestemming gevraagd?

	Frequentie	Percentage
Ja	2	10,5
Nee, nog nooit	4	21,1
Dat weet ik niet meer	5	26,3
Totaal	11	57,9
Missing	8	42,1
Totaal	19	100,0

6 Literatuur

1. Lemmens, L.C., et al., *Farmacotherapeutische zorg voor kwetsbare groepen met polyfarmacie moet beter*. Tijdschr Gerontol Geriatr, 2015. **46**(4): p. 189-95.
2. Lemmens, L.C. and M. Weda, *Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen : Risico's rondom overgangen tussen eerste en tweedelijnszorg*. 2015, RIVM: Bilthoven.
3. Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Meerjarenbeleidsplan 2012-2015: voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg (II)*. 2011, IGZ: Utrecht.
4. Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Meerjarenbeleidsplan 2016-2019: Gezond vertrouwen*. 2016, IGZ: Utrecht.
5. Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Medicatieveiligheid: Focus op verantwoord voorschrijven*. 2016; Available from: http://www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/medicatieveiligheid/focus_op_verantwoord_voorschrijven/.
6. Lemmens, L.C. and M. Weda, *Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen : Inventarisatie van risico's en mogelijke interventiestrategieën*. 2013, RIVM: Bilthoven.
7. Inspectie voor de Gezondheidszorg, *BIJLAGE A: Generieke toetsingskader RFT: toetsnormen*. 2015, IGZ: Utrecht.

RIVM

De zorg voor morgen begint vandaag