

[1] TYPEN GDV

Er zijn verschillende typen GDV. De meeste bekende en gebruikte is de medicatierol. Dit is een rol bestaande uit zakjes met geneesmiddelen. In deze medicatierol zijn de geneesmiddelen per toedieningstijdstip verpakt. Er kan gekozen worden voor unit-dose (één geneesmiddel per zakje) of combi-dose (in elk zakje een of meer tabletten van hetzelfde medicijn) of multi-dose (in elk zakje alle geneesmiddelen die op een moment ingenomen moeten worden met een maximaal aantal tabletten per moment). Multi-dose wordt het meest gebruikt. Daarnaast bestaan er trays en cassettes uitgevuld per dag of per week. Dit zijn niet-geautomatiseerde uitzetsystemen met weekcassettes (in vele vormen en maten verkrijgbaar). De medewerkers in de apotheek vullen de weekcassettes handmatig. Sommige trays worden wel geautomatiseerd gereed gemaakt.

In onderstaande tabellen staan de voordelen (+) en nadelen (-) per type GDV vermeld [Zorggroep Almere 2004]. Voor de tray (Wiegand systeem) en de cassette is het handmatig gereed maken beoordeeld.

Beschikbaar via: http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-2/c/sumpc_guideline_rev2_en.pdf (geraadpleegd 17 februari 2015).

Expert 2013 Expertgroep Medisch Farmaceutische Beslisregels. Overzicht algemene afspraken voor toepassing MFB's. SHB/KNMP mei 2013.

Farmamagazine 2012 Betere farmacotherapie met GFZ van Mediq. Farmamagazine 9 dec 2012. Beschikbaar via: <http://farma-magazine.nl/betere-farmacotherapie-met-gfz-van-mediq/> (geraadpleegd op 27 februari 2014).

Zorggebonden criteria	Zakje	Tray	Cassette
Foutgevoeligheid bij uitvullen	+	-	-
Arbeidsintensief	+	-	-
Flexibiliteit bij wijzigingen	-	-	+
Tabletten identificeerbaar	+	-	-
Identificatie patiënt	+	+	-
Duurzaam	-	+	+

Zorggebonden criteria	Zakje	Tray	Cassette
Overzichtelijkheid	+	+	+
Vermelding toedientijden	+	+	+
Vermelding andere toedientijden mogelijk	-	+	-
Hygiënisch	+	+	+/-
Dosering op verpakking	+	+	-
Geschikt bij fysieke beperkingen	+/-	+	+
Uitzetten langer dan 1 week	+	-	-

[2] NAAMGEVING

GDV is een systeem voor een individuele patiënt in de vorm van zakjes, containers of een doos met vakjes, waarin geneesmiddelen worden verpakt in eenheden per toedieningstijdstip. [GDS-norm 2011] De naam geïndividualiseerde distributievorm is gekozen in plaats van de benaming weekaflevering, weekterhandstelling of weekdoseersysteem. Dit zijn geen correcte benamingen, aangezien dit of declaratie- of NZa-prestatietermen zijn. Bovendien wordt een GDV niet standaard per week geleverd, maar soms ook per dag of per twee weken of langer.

[3] MEDICATIE OP NAAM IN ZORGINSTELLING

Op 1 juli 2007 is de Geneesmiddelenwet in werking getreden en heeft de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) vervangen. In de Geneesmiddelenwet is opgenomen dat een apotheker de artsenijsbereidkunst slechts in één apotheek mag uitoefenen. Daardoor kwamen voor zorginstellingen de principes van toezichthoudend apotheker en de depotapotheek te vervallen. Zodoende moet nu de aanwezige medicatie in een zorginstelling zonder een apotheek op naam van de patiënt zijn gesteld. Deze op naam stelling van geneesmiddelen voor de patiënt gebeurt steeds vaker via GDV. De terhandstelling door middel van GDV geschiedt in instellingen dus niet alleen vanwege orderingsproblemen van de patiënt.

[4] EFFECT GDV OP THERAPIE(TROUW)

In een Cochrane-review waarin twaalf studies met in totaal 2196 deelnemers waren geïncludeerd is gekeken naar het effect van GDV op therapietrouw en op klinische uitkomsten vergeleken met medicatie in reguliere verpakkingen. Uit zes interventiegroepen uit vier studies met in totaal 772 patiënten bleek dat de therapietrouw (gemeten als percentage ingenomen geneesmiddelen ten opzichte van de uitgeschreven geneesmiddelen) door GDV gemiddeld met 11% toenam (95%BI 6-17%).

Uit twee studies met 339 patiënten bleek dat de therapietrouw (gemeten door middel van patiënt vindt zichzelf therapietrouw) bij GDV-gebruik niet significant verlaagd was met odds ratio van 0,89 (95%BI 0,56-1,40; P=0,61). Uit twee studies met in totaal 153 patiënten bleek dat bloeddrukverlagende geneesmiddelen in GDV voor een significante verlaging van de diastolische druk zorgde met gemiddeld 5,89 mm Hg (95%BI -6,70 tot -5,09 mmHg). Er werd geen significante afname gezien op de systolische druk (-1,01 mmHg, 95%BI -2,22 tot 0,2 mmHg). Uit twee studies met in totaal 148 patiënten bleek dat antidiabetica in GDV een significante verlaging van de HbA1c met 0,72% gaven (95% BI -0,83 tot -0,60). [Mahtani 2011]

In één studie met 159 patiënten werd het effect van de interventie GDV gecombineerd met gestandaardiseerde voorlichting en regelmatige follow-up door de apotheker op de therapietrouw en daaraan gerelateerde effecten op de bloeddruk en het LDL-cholesterol onderzocht. Na een nulmeting werd gedurende 6 maanden deze interventie uitgevoerd. Hieruit bleek dat de therapietrouw (gemeten als percentage ingenomen geneesmiddelen ten opzichte van de voorgeschreven geneesmiddelen) door de interventie significant verbeterde van 61,2% naar 96,9 %. Dit absolute verschil was een toename van 35,7% (95% BI 31,2% tot 38,5%). Dit resulteerde bovendien in een significante afname van de systolische druk van gemiddeld -3,3 mm Hg (95% BI -6,0 tot -0,6 mm Hg). De afname op de diastolische bloeddruk was niet significant namelijk -1,2 mm Hg (95% BI -3,7 tot 1,2 mm Hg). Naast de systolische bloeddruk nam ook het LDL-cholesterol significant af met -0,12 mmol/l (95% BI -0,20 tot -0,05 mmol/l).

Vervolgens werden deze 159 patiënten na deze fase gerandomiseerd voor zes maanden in twee groepen. Eén groep van 83 patiënten ging door met de interventiefase en 76 patiënten werden teruggezet op normale zorg, dus zonder GDV en voorlichting. Hieruit bleek dat na zes maanden de therapietrouw bij de mensen in de gecontinueerde interventiegroep 95,5% was en bij mensen in de groep met normale zorg daalde naar 69,1%. Dit resulteerde in de interventie groep in een significante afname van de systolische bloeddruk van gemiddeld -6,9 mm Hg (95% BI -10,7 tot -3,1 mm Hg) vergeleken met gemiddeld -1,0 mm Hg (95% BI -5,9 tot 3,9 mm Hg) in de normale zorg groep. Het LDL-cholesterol daalde niet verder in de interventiegroep en het LDL-cholesterol verschilde niet tussen beide groepen. [Lee 2006]

In een recente Nederlandse studie is de zelf-gerapporteerde therapietrouw en medicatiekennis van 119 oudere gebruikers van medicatierollen vergeleken met die van 96 oudere gebruikers van geneesmiddelen in reguliere verpakkingen. Het percentage patiënten dat zichzelf therapietrouw vond voor alle geneesmiddelen was hoger bij de gebruikers van medicatierollen (81%) dan bij de gebruikers van reguliere verpakkingen (58%). Dit verschil was onafhankelijk van medicatiekennis en cognitie. Het percentage patiënten met adequate medicatiekennis was lager voor de gebruikers van medicatierollen (40%) vergeleken met de gebruikers van reguliere verpakkingen (79%). Deze lagere medicatiekennis bij medicatierolgebruikers kan problemen geven bij wijzigingen in de medicatierol [Kwint 2013].

[5] KWALITEITSVERBETERINGEN DOOR INVOER GDV

Accuratesse gereedmaken

In Nederland is in 2004 onderzoek in een ziekenhuisapotheek uitgevoerd naar het verschil in accuratesse tussen het uitzetten van geneesmiddelen in medicatierollen (door Baxter ATC-212-systeem) en handmatig uitzetten in medicatiecassettes. Gedurende 1 week werd bij beide methodes een foutencontrole uitgevoerd van alle uitgezette medicatie.

Hieruit bleek dat bij de medicatierollen 30 van de 76.383 eenheden (0,039%) fout werden uitgevuld en dat bij handmatig gevulde medicatiecassettes 17 van de 46.590 eenheden (0,036%) fout werden uitgevuld. Het verschil tussen beide systemen was niet significant. Per foutencategorie werden wel significante verschillen gevonden. Bij het automatische systeem kwam verschuiving van een geneesmiddel naar een verkeerd toedienmoment veel vaker voor, terwijl bij het handmatig uitzetten vaker een verkeerd geneesmiddel werd uitgezet [Giessen, 2004]. In een ander Nederlands onderzoek uit 2004 in een ziekenhuisapothek werd het foutenpercentage van medicatierollen vastgesteld op 0,001%. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het aantal fouten werd gebaseerd op vrijwillige foutmeldingen van eindgebruikers in plaats van fouten bij de controle van alle uitgezet te medicatie [Verweij 2004].

Sinds 2004 is er veel verbeterd aan het proces van de medicatierollen en is de accuratesse flink verbeterd. Dit komt met name doordat een (geautomatiseerde) visuele controle is ingevoerd na het invullen van de medicatierollen. Gepubliceerd onderzoek over de verbeterde accuratesse na deze (geautomatiseerde) visuele controle ontbreekt om de aangenomen/uit de praktijk gesignaleerde verbeterde accuratesse te kunnen onderbouwen.

In Amerika zijn twee soortgelijk onderzoeken uitgevoerd. In één onderzoek werd wel een significant verschil gevonden tussen het handmatig uitzetten (92,62% goed) en uitzetten via het medicatierollen (99,98% goed) [Kratz 1992]. In het andere onderzoek werd een foutenpercentage gevonden van 0,84% voor het handmatig uitzetten en 0,65% voor het uitzetten bij medicatierollen [Klein 1994].

Veiligheid medicatieproces

In Noorwegen werd onderzocht of de implementatie van medicatierollen voor oudere, ambulante patiënten is geassocieerd met een verandering in het aantal discrepanties in de medicatiehistorie bij de huisarts en bij de thuiszorg. Hieruit bleek dat het aantal discrepanties significant werd gereduceerd van 203 naar 133 ($P < 0,001$) in 59 patiënten na implementatie van de medicatierol. Deze significante reductie gold voor zowel medicatie in de medicatierol (reductie van 39%) als medicatie niet in de medicatierol (reductie van 31%). Het leek erop dat dit positieve effect werd veroorzaakt door de verandering in routines en door meer focus op het medicatieproces dan door de medicatierol zelf [Wekre 2010].

In een Nederlands onderzoek werd de frequentie van medicatietoedieningsfouten uit een medicatierol en de daarbij behorende risico's onderzocht. In drie verpleeghuizen werden in totaal 2.025 medicatietoedieningen aan 127 patiënten geobserveerd en hierin werden 428 fouten gezien (21,2%). De meest voorkomende fouten waren verkeerde toedieningstechnieken (zoals verpulveren en geen supervisie bij de inname door de patiënt) en toediening op verkeerde tijdstip (een uur te vroeg of te laat). Dit kwam respectievelijk 312 (73%) en 428 (100%) voor. Uit deze studie blijkt dat de handelingen van de medicatie na verwijderen uit de medicatierol de grootste foutenbron zijn. Dit kan worden verbeterd door de zorgverleners goed te trainen en de werkdruk te verlagen [Bemt 2009].

[6] KENGETALLEN GDV

In 2011 kende Nederland 1988 apotheken waar 70 miljoen weekterhandstellingen werden gedeclareerd. Dit betekent dat in dat jaar een apotheek gemiddeld 35.200 GDV's verstrekke. In 2011 is bij ongeveer 360.000 mensen minimaal één keer een weekterhandstelling gedeclareerd. Dit zou resulteren in gemiddeld 181 mensen met een GDV per apotheek. Patiënten die een GDV ontvangen vallend onder de AWBZ zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. Daarnaast zijn er apotheken die in de regel geen GDV uitgeven aan hun patiënten, zoals dienstapotheken en poliklinische apotheken. Hierdoor zal per gewone openbare apotheek het gemiddelde aantal uitgegeven GDV en patiënten met GDV nog iets hoger liggen. In vergelijking met 2010 steeg in 2011 het aantal weekterhandstellingen met 22%. [SFK 2012] Deze opwaartse trend is in lijn met ontwikkelingen in het buitenland, met name in de Scandinavische landen. [Herborg 2008]

Epidemiologische gegevens over de kenmerken van de populaties van patiënten die een geïndividualiseerde distributievorm krijgen zijn beperkt. Van alle GDV die door de apotheker wordt geleverd, is 65% bestemd voor een vrouw en 35% voor een man. Van alle weekterhandstellingen is 80% bestemd voor mensen van 56 tot 89 jaar, 10% is voor mensen van 55 jaar en jonger en 10% is voor mensen die 90 jaar of ouder zijn. [SFK 2011a]. Gegevens over welke geneesmiddelen (relatief) vaak voorkomen in GDV zijn wel bekend. De top 10 van geneesmiddelen in de GDV zijn goed voor bijna 37% van alle weekterhandstellingen. Het geneesmiddel dat door de Nederlandse apotheken het vaakst in een GDV werd verstrekt is acetylsalicylzuur met 6,4% van alle weekleveringen.

Hieronder staat de top 10 van de meest geleverde geneesmiddelen in een GDV in percentages in het derde kwartaal van 2011:

1. Acetylsalicylzuur (6,4%)
2. Metoprolol (4,9%)
3. Simvastatine (4,4%)
4. Omeprazol (4,2%)
5. Furosemide (3,8%)
6. Metformine (3,6%)
7. Pantoprazol (3,4%)
8. Isosorbidemononitraat (2,0%)
9. Amlodipine (2,0%)
10. Hydrochloorthiazide (1,9%)

Hieronder staat de top 10 van geneesmiddelen die naar verhouding het meest als weekterhandstelling worden geleverd in percentages van het totaal ter handgestelde in het derde kwartaal van 2011:

1. Methadon (40,6%)
2. Galantamine (40,0%)
3. Bumetanide (30,6%)
4. Furosemide (27,0%)
5. Isosorbidemononitraat (24,3%)
6. Spironolacton (22,6%)
7. Ferrofumaraat (22,6%)
8. Paracetamol (21,6%)
9. Promethazine (21,3%)
10. Olanzapine (20,5%)

Uit deze gegevens blijkt dat GDV veel wordt toegepast in de psychiatrie en de geriatrie. [SFK 2011b] Methadon wordt veel gebruikt in een single-dose-verpakking bij specifieke verslavingsproblematiek.

[7] AFSTEMMING PATIËNT

Een goede multidisciplinaire beoordeling is nodig wanneer een GDV bij de patiënt wordt geïntroduceerd. Ook moet hierbij de mening van de nieuwe gebruiker zijn meegewogen en gerespecteerd. Dit bleek uit een studie uitgevoerd in Groot-Brittannië. Hier werd door middel van semi-gestructureerde interviews met 15 ambulante ouderen en met 17 gezondheidszorgprofessionals de houding ten opzichte van medicatiecassettes onderzocht. Het behouden van onafhankelijkheid was belangrijk voor alle ouderen en deze visie werd door de gezondheidsprofessionals ondersteund. Sommige ouderen zagen de therapietrouwondersteunende materialen als echte ondersteuning om onafhankelijk te blijven, anderen zagen dit als twijfel aan hun mate van autonomie en zelfredzaamheid. Deze materialen werden vaak zonder overleg bij de gebruiker toegepast. [Nunney 2011] Ook Larsen et al concludeerde dat de mening van de gebruiker over de medicatierol niet altijd overeenkomt met het perspectief van de zorgverlener. Zij adviseren dat de mening van de gebruiker mee moet worden genomen bij de ontwikkeling en de implementatie van toekomstige gezondheidstechnologieën [Larsen 2007].

[8] GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN

Met gezondheidsvaardigheden wordt de combinatie van cognitieve en sociale vaardigheden aangeduid die nodig is om adequaat met informatie over gezondheid, ziekte en zorg om te gaan. Om gezondheidsvaardig te zijn, is het nodig dat mensen aandacht hebben voor hun gezondheid en dat ze informatie daarover kunnen verzamelen, begrijpen en toepassen [Twickler 2009, Saan 2006].

[9] ZORGPLAN

Een zorgplan is een schriftelijk vastgelegd plan aangaande de zorg voor een patiënt [Regieraad1].

Bij het opstellen van het zorgplan gaat de apotheker in overleg met de patiënt de volgende vragen na:

1. Welke distributievorm is voor de patiënt het meest geschikt?
Denk hierbij aan de oog- en handfunctie van de patiënt en aan sterk wisselende farmacotherapie.
2. Welke geneesmiddelen kunnen in de GDV?
Indien mogelijk worden sommige farmaceutische vormen van geneesmiddelen aangepast, zodat zoveel mogelijk in de GDV wordt verpakt.
3. Welke innametijdstippen zijn gekozen bij de gebruikte geneesmiddelen?
Hierbij is aandacht besteed aan noodzakelijk afwijkende doseringsschema's, vanwege onder andere het levensritme van de patiënt of vanwege innametijdstippen, zoals bij de ziekte van Parkinson.
4. Wat zijn vereenvoudigingen van het regime, zodat er minder innametijdstippen en dus verpakkingen nodig zijn?
5. Welke geneesmiddelen worden naast de GDV gebruikt? Er zijn geneesmiddelen die niet of soms alleen onder voorwaarden worden opgenomen in de GDV. Denk hierbij onder andere aan:
 - a. Geneesmiddelen in toedieningsvormen die opname in een GDV niet toestaan, zoals oogdruppels, dermatica, dranken, inhalatoren, parenteralia, geneesmiddelen in sachet.
 - b. Geneesmiddelen die zo nodig gebruikt worden.
 - c. Sommige soorten tabletten met grote afmetingen of hygroscopische eigenschappen, zoals bruistabletten.
 - d. Geneesmiddelen voor antistolling worden gedoseerd op geleide van metingen en adviezen van de trombosedienst. Door de frequente wisseling van doseringen kan voor veel patiënten antistollingsmedicatie niet in alle GDV's worden verwerkt. Ga na of de patiënt antistollingsmedicatie zelf kan toepassen. Indien de patiënt dit niet kan overweeg dan een weekcassette.
 - e. Geneesmiddelen die vanuit arbeidsomstandigheden niet in GDV kunnen of die in hun primaire verpakking moeten worden opgenomen in de GDV.
 - f. Geneesmiddelen die acuut gebruikt moeten worden, zoals pijnstillers.
 - g. Zelfzorggeneesmiddelen.
 - h. Geneesmiddelen uit niet-reguliere geneeswijzen.
6. Op welke dag start de nieuwe wijze van distributie?
De apotheker schat de urgentie voor het starten in. In een urgente situatie is het nodig direct te starten. Dit kan door voor een paar dagen bijvoorbeeld een weekdoos met geneesmiddelen uit te geven tot de daadwerkelijke startdag van de GDV. Meestal is het starten van de geïndividualiseerde distributievorm niet urgent en kan starten bij de volgende geplande GDV-levering.
7. Is het inzetten van hulpmiddelen ter ondersteuning van goed gebruik, zoals een reminderinstrument van toegevoegde waarde?
8. Is er 'oude' medicatie om uit de thuissituatie van de patiënt retour te nemen naar de apotheek?
9. Welke evaluatiemomenten zijn nodig? Deze zijn afgestemd op de zorgbehoefte van patiënt en met de patiënt afgesproken. Vervolgens kan de apotheker een samenvatting van het zorgplan aan de patiënt verstrekken.

[10] CENTRALE VOORSCHRIJVER

De centrale voorschrijver van de verzamelrecepten voor de GDV is de arts die eindverantwoordelijk is voor de behandeling en begeleiding van de patiënt die aan zijn of haar zorg is toevertrouwd, oftewel de hoofdbehandelaar. Behalve voor het leveren van het eigen aandeel in de zorg, is hij of zij ook verantwoordelijk voor de coördinatie van zorg en ziet er op toe dat andere betrokken artsen erop kunnen vertrouwen dat zij het aan hen toebedeelde aandeel in de zorg kunnen leveren [Regieraad2].

[11] BORGING RECENTE BIJSLUITER

De patiënt krijgt bij de start van de GDV van alle medicatie in de GDV een recente bijsluiter mee. Dit wordt samen met het medicatieoverzicht en de instructie hoe om te gaan met de GDV geleverd. Zodra er een nieuw geneesmiddel aan de GDV wordt toegevoegd, ontvangt de patiënt ook hiervan een recente bijsluiter. Bovendien biedt de apotheker de patiënt de mogelijkheid aan om jaarlijks een nieuwe set bijsluiters te ontvangen. Een recente bijsluiter is van belang, omdat daarin de actuele informatie staat over het geneesmiddel.

Een GDV waarin handelspreparaten zijn gereedgemaakt is vergelijkbaar met een in de apotheek bereid geneesmiddel. De inhoud van de GDV komt namelijk niet overeen met enige fabrieksverpakking van een handelspreparaat. De verpakking van de fabrikant wordt verbroken en de geneesmiddelen worden samen met andere middelen in de GDV verpakt. Op de GDV wordt vermeld wat de inhoud is, maar niet alle benodigde gegevens kunnen hierop worden vermeld. Daarom moet er een bijsluiter zijn meegeleverd en dit mag een andere bijsluiter zijn dan de fabrikantenbijsluiter.

[12] LAAGGELETTERDHEID BIJ GDV

Analfabetisme is niet kunnen lezen en schrijven. Laaggeletterdheid is te veel moeite hebben met lezen en schrijven om voldoende te kunnen functioneren in het dagelijks leven. In Nederland zijn er ongeveer 1,5 miljoen mensen boven de 16 jaar die moeite hebben met lezen en schrijven. Ongeveer 250.000 mensen in Nederland zijn analfabeet en kunnen dus helemaal niet lezen of schrijven [Rijksoverheid]. Laaggeletterden zijn vaak niet vaardig in het begrijpen van informatie over gezondheid en zorg. Laaggeletterdheid heeft mede hierdoor een ongunstig effect op de gezondheidssuitkomsten van patiënten [Twickler 2009].

Voor deze groep mensen kan het gebruik van de GDV ook ingewikkeld zijn en tot onveilige en/of ineffectieve farmacotherapie lijden. De apotheker kan deze groep ondersteunen door coderingen, zoals kleurcoderingen of pictogrammen aan te brengen op de GDV [PW 2010].

[13] DOMOTICA

Domotica zijn woninggebonden technologische toepassingen ter ondersteuning van het langer zelfstandig blijven wonen van ouderen en gehandicapten [Regieraad3]. Voor medicatie bestaan domotica waarmee de mogelijkheid wordt geboden aan patiënten om zelfstandig medicijnen te gebruiken zonder dat de thuiszorg aan huis komt. Voor de medicatierol is een systeem ontwikkeld bestaande uit een apparaat waarin de medicatierol is geplaatst. Dit apparaat heeft een draadloze verbinding met een servicecentrum. Een voorbeeld is een dispenser met een medicatierol, die de medicatie op de juiste momenten aanreikt en de verpakking automatisch opent. Als het geneesmiddel niet tijdig uit de dispenser wordt gehaald, geeft de dispenser een signaal af aan het servicecentrum, dat hierop actie onderneemt.

[14] UNIFORME TOEDIENLIJST

Een toedienlijst is een door een AIS gemaakte lijst met alle geneesmiddelen die aan een patiënt moeten worden toegediend, behalve de zelfzorgmedicatie. De toedienlijst maakt onderscheid in GDV-medicatie en medicatie die niet in de GDV zit. Om het risico op incidenten bij het toedienen van medicatie door verzorgenden te reduceren, beval in 2010 de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan om een uniform format voor een toedienlijst te ontwikkelen voor alle zorgmedewerkers in de caresector [IGZ 2010]. Het platform Medicatieveiligheid Care sector heeft deze taak op zich genomen en een format beschreven voor een uniforme toedienlijst. Hierin zijn de functionele eisen beschreven die de caresector stelt aan de uniforme toedienlijst. AIS-leveranciers zullen op basis van dit document de haalbaarheid vaststellen [ORIA 2012].

[15] RISICOVOLLE MEDICATIE

Geneesmiddelen die niet in GDV zitten moeten in beginsel voor toediening dubbel gecontroleerd zijn. Om het werkbaar te houden, en omdat er verschil is in mate van risico, heeft IGZ gesteld dat dubbele controle nodig is, tenzij de medicatie naar het oordeel van de apotheker een acceptabel gering risico vormt bij verkeerde dosering. Het is dus van belang om te weten welke medicatie risicovol is bij verkeerde dosering. Dit noemen we risicovolle medicatie. De KNMP heeft een landelijke lijst met risicovolle medicatie samengesteld. In de 'Veilige principes in de medicatieketen' van de Task Force wordt verwezen naar deze lijst. Op de lijst staan geneesmiddelen met een nauwe therapeutische breedte, orale oncolytics en insulines. De aanbeveling is dat lokaal afspraken zijn gemaakt over hoe om te gaan met risicovolle medicatie [Taskforce 2012]

[16] VEILIGE PRINCIPES IN DE MEDICATIEKETEN

Voor een veilig medicatieproces is goede afstemming tussen alle betrokkenen belangrijk: de patiënt (en zijn mantelzorger), arts, apotheker, zorgorganisatie en zorgmedewerker. Daarom heeft de Task Force medicatieveiligheid de 'Veilige principes in de medicatieketen' opgesteld voor de sectoren Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT-sector). De veilige principes richten zich op de situatie dat de patiënt de verantwoordelijkheid voor het beheer van de medicatie (geheel of gedeeltelijk) heeft overgedragen aan een zorgorganisatie. Deelnemers in de Task Force voor de VVT-sector zijn: ActiZ, KNMP, NVZA, Verenso, BTN, LHV, LOC, NHG, NPCF en V&VN [Taskforce 2012].

De brancheorganisaties GGZ Nederland, ActiZ en VGN hebben de Handreiking Werkvoorraad Geneesmiddelen gepubliceerd. Deze handreiking sluit aan bij de Geneesmiddelenwet uit 2007 en beschrijft hoe instellingen om kunnen gaan met de samenstelling en beheer van een werkvoorraad niet op naam gestelde medicatie [ActiZ 2010].

[17] OVEREENKOMST MET GDS-APOTHEKER

Om het GDS-proces te waarborgen moet aan randvoorwaarden zijn voldaan.

De GDS-apotheker is wettelijk de ter hand stellende apotheker, omdat deze de geneesmiddelen uit anonieme voorraad op naam van de patiënt stelt. Het op naam stellen is maar één aspect van ter hand stellen en dus is de GDS-apotheker ook verantwoordelijk voor de medicatiebewaking en de patiëntenvoorlichting. Echter deze taken kunnen beter door de apotheker worden uitgevoerd. Daarom dient de verdeling van verantwoordelijkheden contractueel te zijn vastgelegd. De apotheker mag de recepten bewaren als dit contractueel is vastgelegd, maar deze moeten voor de GDS-apotheker toegankelijk zijn.