


KNMP-richtlijn

Patiëntendossier

Geautoriseerd 26 januari 2024





De KNMP-richtlijn Patiëntendossier is opgesteld met goede farmaceutische zorg specifiek voor de ogen en is van toepassing op alle patiënten. Het patiëntendossier is de basis voor het verlenen van goede farmaceutische zorg door de openbaar apotheker, zoals beschreven in de andere KNMP-richtlijnen van de Professionele Standaard Farmaceutische Zorg.

Kernaanbevelingen

Aanbevelingen voor het inrichten van een patiëntendossier en het vastleggen van gegevens

- Leg patiëntgegevens gecodeerd vast in het patiëntendossier (2.0 Aanbevelingen voor het inrichten van een patiëntendossier en het vastleggen van gegevens).
- Leg administratieve patiëntgegevens vast in de administratieve rubrieken van het patiëntendossier (2.1 Administratieve rubrieken).
- Leg zorginhoudelijke patiëntgegevens vast in de zorginhoudelijke rubrieken van het patiëntendossier (2.2 Zorginhoudelijke rubrieken):
 - a. Patiëntkenmerken;
 - b. Ter hand gestelde geneesmiddelen / en andere zorgproducten;
 - c. Geleverde farmaceutische patiëntenzorg;
 - d. Individueel patiëntgebonden factoren.
- Wissel de gegevens van de basisset medicatiegegevens (als onderdeel van het patiëntendossier) uit met andere bij de patiënt betrokken zorgverleners (2.3 Patiëntendossier en de basisset medicatiegegevens).
- Vraag aan een patiënt die nieuw is in de apotheek en aan een patiënt die geen vaste apotheek heeft of u zijn vaste apotheker kan zijn (2.4 Keuze patiënt voor een vaste apotheek).

Aanbevelingen voor het beheer van het patiëntendossier

- Ga voor iedere patiënt met een zorgvraag na of van deze patiënt een patiëntendossier is aangelegd (3.0 Beheer van het patiëntendossier, 3.1 Aanleg van het patiëntendossier).
- Leg een patiëntendossier aan voor de nieuwe patiënt waarmee u een vaste zorgrelatie aangaat en bespreek wat de patiënt mag verwachten van het beheer van het patiëntendossier (3.1.1 Aanleg van het patiëntendossier voor nieuwe, vaste patiënten).
- Leg een patiëntendossier aan voor de nieuwe, incidentele patiënt (geen vaste zorgrelatie). Dit ten behoeve van het behandelen van een op zichzelf staande zorgvraag (3.1.2 Aanleg van het patiëntendossier voor nieuwe, incidentele patiënten) en bespreek wat de patiënt mag verwachten van het beheer van het patiëntendossier.
- Houd het patiëntendossier bij en actueel voor uw patiënten en motiveer de patiënt voor de behandeling noodzakelijke patiëntgegevens met u te delen (3.2 Onderhoud van het patiëntendossier).
- Leg de geleverde farmaceutische zorg vast in het patiëntendossier (3.3 Onderhoud van het patiëntendossier in een vaste zorgrelatie met de patiënt).
- Gebruik en onderhoud het patiëntendossier in de vaste zorgrelatie met de patiënt. Vervul vanuit deze verantwoordelijkheid de rol als aanspreekpunt voor de farmaceutische zorg voor de patiënt en andere bij de patiënt betrokken zorgverleners (3.3 Onderhoud van het patiëntendossier).
- Draag de basisset medicatiegegevens van de incidentele patiënt over aan de vaste apotheek van de patiënt (3.4 Beheer van het patiëntendossier voor incidentele patiënten).
- Indien de patiënt met meerdere apothekers een vaste zorgrelatie heeft, verdient het de aanbeveling om in deze situatie de patiënt te vragen om een keuze te maken voor een vaste apotheker. Indien mogelijk maken de betrokken apothekers afspraken over het beheer van het patiëntendossier (3.5 Farmaceutische behandeling door meerdere apothekers en het patiëntendossier).

Aanbevelingen voor praktijkvoering

- Stel een beleid op voor het inrichten van een patiëntendossier, het vastleggen van patiëntgegevens en het beheer van het patiëntendossier (4.1 *Beleid (interne organisatie)*).
- Delegeer taken rondom het inrichten van een patiëntendossier, het vastleggen van patiëntgegevens en het beheer van het patiëntendossier aan tweede apothekers, farmaceutisch consulenten en apothekersassistenten (4.1.1 *Taakdelegatie*).
- Borg de toegang tot patiëntgegevens (4.1.2 *Randvoorwaardelijke organisatie*).
- Maak samenwerkingsafspraken met lokale en regionale zorgverleners over het uitwisselen van de basisset medicatiegegevens en over uw rol als aanspreekpunt m.b.t. de farmaceutische zorg voor patiënten met wie u een vaste zorgrelatie heeft (4.2 *Samenwerking (externe organisatie)*).

Inhoudsopgave

Kernaanbevelingen	3
1. Inleiding	6
1.1 Reikwijdte	6
1.2 Zorgvraag en patiëntendossier	6
1.3 Continuïteit van zorg	6
1.4 Kengetallen	7
2. Aanbevelingen voor het inrichten van een patiëntendossier en het vastleggen van gegevens	8
2.1 Administratieve rubrieken	8
2.2 Zorginhoudelijke rubrieken	9
2.3 Patiëntendossier en de basisset medicatiegegevens	11
2.4 Keuze patiënt voor een vaste apotheek	11
3. Beheer van het patiëntendossier	12
3.1 Aanleg van het patiëntendossier	12
3.1.1 Aanleg van het patiëntendossier voor nieuwe, vaste patiënten	12
3.1.2 Aanleg van het patiëntendossier voor nieuwe, incidentele patiënten	13
3.2 Onderhoud van het patiëntendossier	13
3.3 Gebruik van het patiëntendossier in een vaste zorgrelatie met de patiënt	13
3.4 Beheer van het patiëntendossier voor incidentele patiënten	15
3.5 Farmaceutische behandeling door meerdere apothekers en het patiëntendossier	15
4. Praktijkvoering	16
4.1 Beleid (interne organisatie)	16
4.1.1 Taakdelegatie	16
4.1.2 Randvoorwaardelijke organisatie	16
4.2 Samenwerking (externe organisatie)	16
5. Totstandkoming	17
6. Referenties	19
7. Geraadpleegde wetten en richtlijnen	23
8. Noten	24
9. Implementatie addendum beheer patiëntendossier	40

1. Inleiding

Het patiëntendossier is een basisvoorwaarde voor het verlenen van goede farmaceutische zorg door de openbaar apotheker, zoals beschreven in de andere KNMP-richtlijnen van de Professionele Standaard Farmaceutische Zorg.

1.1 Reikwijdte

In de KNMP-richtlijn Patiëntendossier staan aanbevelingen voor de openbaar apotheker¹ over de aanleg, vorming en het gebruik van het patiëntendossier. De apotheker gebruikt het patiëntendossier voor elke patiënt die zich met een zorgvraag tot hem wendt (zie 1.2). Het patiëntendossier bestaat uit voor een patiënt vastgelegde zorg- en medicatiegegevens, in deze richtlijn geduid als patiëntgegevens (zie hoofdstuk 2).

In de richtlijn zijn de juridische en formele aspecten die van toepassing zijn op het patiëntendossier verwerkt. Hieronder vallen de privacy van patiëntgegevens en de toegang tot patiëntgegevens. Aan de richtlijn is een addendum voor het beheer van het patiëntendossier toegevoegd, waarin adviezen voor implementatie in het algemeen als ook adviezen voor ICT-implementatie zijn opgenomen.

De volgende onderwerpen hebben betrekking op het patiëntendossier en uitwisseling van patiëntgegevens, maar vallen buiten de reikwijdte van deze richtlijn:

- De kwaliteit en het beheer van het apotheekinformatiesysteem (AIS) (zie KNMP-richtlijn Praktijkvoering);
- De informatiebeveiliging en logging (zie KNMP-richtlijn Praktijkvoering, NEN 7510 en NEN 7513);
- Het declaratieverkeer van de ter hand gestelde geneesmiddelen en verleende zorg.

1.2 Zorgvraag en patiëntendossier

Patiënten hebben zorgvragen, waarmee ze zich tot de apotheker wenden [NICE 2023; Nivel 2016]. Deze zorgvragen zullen inhoudelijk telkens verschillen afhankelijk van de patiënt en zijn situatie. Het stellen van een zorgvraag door de patiënt is daarmee aanleiding tot het aangaan, continueren of stoppen van een geneeskundige behandelovereenkomst met de apotheker [WGBO]. Volgens de bepalingen van de geneeskundige behandelovereenkomst legt de apotheker altijd een patiëntendossier aan. Het patiëntendossier is daarmee een onmisbaar instrument voor de apotheker om zorgvragen van de patiënt te kunnen beantwoorden [Noot 15 Patiëntenperspectief].

1.3 Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg is alleen mogelijk door goede overdracht van zorg- en medicatiegegevens (patiëntgegevens) [Noot 11 Farmaceutische zorg bij opname en ontslag]. Daarbij is goede vastlegging van de juiste patiëntgegevens in het patiëntendossier een vereiste [Noot 11 Farmaceutische zorg bij opname en ontslag] [FloorSchreudering 2009]. Continuïteit van zorg betreft zowel de overdracht van patiëntgegevens

¹ Deze richtlijn bevat aanbevelingen voor de (openbaar) apotheker. De gevestigd (openbaar) apotheker kan een aantal zorghandelingen, zoals beschreven in deze richtlijn delegeren. Daar waar (openbaar) apotheker staat, kan ook worden gelezen: tweede apotheker, farmaceutisch consulent en apothekersassistent.

binnen de apotheekorganisatie als ook de overdracht van patiëntgegevens van en naar andere bij de patiënt betrokken zorgverleners.

De richtlijn Patiëntendossier sluit aan bij de multidisciplinaire richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' waarin 'de apotheek waar de patiënt doorgaans komt' is benoemd [MDR Medicatieoverdracht]. De apotheker van deze apotheek houdt het patiëntendossier voor zijn patiënten bij. Hiermee voorziet hij met het patiëntendossier in de continuïteit van farmaceutische zorg, waardoor hij in staat is gezondheid van patiënten te optimaliseren en risico's op farmacotherapeutische problemen te minimaliseren [Noot 1 Apotheek waar de patiënt doorgaans komt]. De apotheker van 'de apotheek waar de patiënt doorgaans komt', is daarbij ook het aanspreekpunt voor zijn patiënten en andere zorgverleners voor farmaceutische zorg. In hoofdstuk 3 van deze richtlijn staan aanbevelingen behorend bij deze verantwoordelijkheid.

De verantwoordelijkheid van de apotheker ten aanzien van het beheer van het patiëntendossier voor vaste patiënten is voor veel patiënten grotendeels staande praktijk. Daarnaast zijn er mogelijkheden voor farmaceutische zorg die voortvloeien uit het beheer van het patiëntendossier voor vaste patiënten, zoals beschreven in het implementatie addendum bij deze richtlijn.

1.4 Kengetallen

In 2022 zijn in Nederland voor 13 miljoen unieke patiënten de uitgifte van ten minste een receptgeneesmiddel of een niet-geneesmiddel dat wel in het verzekerde pakket zit (bijv. indifferente crèmes en zalven) in een patiëntdossier vastgelegd. Voor deze patiënten zijn in totaal ruim 16 miljoen patiëntendossiers bijgehouden. Dit aantal patiëntendossiers ligt hoger dan het aantal dossiers voor unieke patiënten, omdat patiënten hun geneesmiddelen in meerdere apotheken ophalen. Per apotheek komt het neer op het vastleggen van gegevens in gemiddeld 8100 patiëntendossiers (totale aantal patiënten) per jaar [SFK 2023].

Bij een gemiddelde apotheekpopulatie werden in 2022 per inwoner ongeveer 12,9 geneesmiddelen ter hand gesteld (dit kan van één geneesmiddel of van verschillende geneesmiddelen zijn) en in een patiëntendossier vastgelegd [SFK 2023][Noot 2 Kengetallen].

2. Aanbevelingen voor het inrichten van een patiëntendossier en het vastleggen van gegevens

Het patiëntendossier is ingericht met vaste rubrieken. De apotheker legt patiëntgegevens zo mogelijk gecodeerd vast in de rubrieken van het patiëntendossier. De opbouw van de rubrieken kan variëren tussen de verschillende apotheekinformatiesystemen. Naast het patiëntendossier in het apotheekinformatiesysteem kan een deel van de patiëntgegevens worden vastgelegd in zogenaamde schilprogramma's of met andere zorgverleners gedeelde informatiesystemen. Indien gecodeerd vastleggen niet mogelijk is, legt de apotheker patiëntgegevens op niet-gecodeerde wijze vast in velden voor vrije tekst. Niet-gecodeerd vastleggen moet worden gezien als een uitzondering.

Het patiëntendossier bestaat uit administratieve rubrieken en zorginhoudelijke rubrieken (zie hoofdstuk 2.1 en 2.2).

2.1 Administratieve rubrieken

De apotheker legt administratieve patiëntgegevens vast in de administratieve rubrieken van het patiëntendossier, namelijk:

- naam;
- burgerservicenummer (BSN);
- geboortedatum;
- geslacht;
- adres;
- (mobiele) telefoonnummer;
- e-mailadres;
- contactgegevens (wettelijk) vertegenwoordiger (indien van toepassing);
- verzekeringsgegevens patiënt;
- huisarts;
- wijkverpleging;
- andere betrokken zorg- en hulpverleners (ook mantelzorg / aanspreekpunt patiënt);
- datum aanvang (en eventueel beëindiging dossierbeheer);
- toestemming.

Ten tijde van het schrijven van deze richtlijn is het niet mogelijk de vaste apotheek van de patiënt te registreren in het patiëntendossier. Dit is wel nodig voor het verlenen van goede farmaceutische zorg. De apotheker legt administratieve patiëntgegevens vast met als doel de patiënt te identificeren, om zich ervan te vergewissen dat de farmaceutische zorg aan de juiste persoon wordt geleverd.

Daarnaast is identificatie van de patiënt noodzakelijk voor communicatie met de patiënt zelf of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger, als ook voor intercollegiaal overleg met andere bij de patiënt betrokken zorgverleners. Administratieve gegevens, zoals geboortedatum en geslacht kunnen als uitgangspunt voor zorgverlening

worden gebruik, bijvoorbeeld bij proactieve screening. Het geslacht en de leeftijd van de patiënt zijn relevant voor de werkzaamheid en bijwerkingen van medicatie.

Toestemming van de patiënt is vereist voor het delen van patiëntgegevens met andere bij de patiënt betrokken zorgverleners.

2.2 Zorginhoudelijke rubrieken

De apotheker legt zorginhoudelijke gegevens zo mogelijk gecodeerd vast in de zorginhoudelijke rubrieken van het patiëntendossier. Indien gecodeerd vastleggen niet mogelijk is legt de apotheker overige gegevens over de situatie van de patiënt op niet-gecodeerde wijze vast in velden voor vrije tekst. Niet-gecodeerd vastleggen moet worden gezien als een uitzondering, namelijk:

- a. Patiëntkenmerken;
- b. Ter hand gestelde geneesmiddelen en andere (farmaceutische) zorgproducten;
- c. Geleverde farmaceutische patiëntenzorg;
- d. Individueel patiëntgebonden factoren.

Persoonlijke werkaantekeningen zijn geen onderdeel van het patiëntendossier
[Noot 14 Persoonlijke werkaantekeningen].

a. Patiëntkenmerken

De apotheker legt patiëntkenmerken gecodeerd vast in het patiëntendossier om farmaceutische zorg aan de patiënt te ondersteunen, zoals het ter hand stellen van geneesmiddelen, medicatiebewaking, consult met de patiënt, categorale farmaceutische zorg, medicatiebeoordelingen en screening op geneesmiddel gerelateerde problemen.

De patiëntkenmerken zijn:

1. Contra-indicaties en overgevoeligheden

Contra-indicaties zijn kenmerken, aandoeningen of ziektebeelden van een patiënt welke niet (absolute contra-indicatie) of onder bepaalde voorwaarden (relatieve contra-indicatie) verenigbaar zijn met het gebruik van bepaalde geneesmiddelen. De apotheker bewaakt hierop (zie ook KNMP-richtlijn Medicatiebewaking) [NCI-lijst]. De apotheker legt contra-indicaties veelal vast op basis van afgeleide contra-indicaties en verifieert deze zo mogelijk bij de voorschrijver of patiënt. Afgeleide contra-indicaties leiden tot veel 'vervuiling' in het patiëntendossier, maar doordat het uitwisselen van contra-indicaties tussen voorschrijver en apotheker nog niet overal goed is georganiseerd worden afgeleide contra-indicaties in de huidige praktijk toegepast. De apotheker legt ook overgevoeligheden en intoleranties, (bewezen) allergieën en bijwerkingen vast in het patiëntendossier. Ook in clusterverband worden contra-indicaties veelal door de huisarts vastgelegd (zie KNMP-richtlijn Medicatiebewaking) [Noot 3 Contra-indicaties en overgevoeligheden].

2. Indicatie en reden van voorschrijven

De apotheker kan, indien bekend, de reden van voorschrijven van een geneesmiddel of de reden van stoppen van een geneesmiddel in het patiëntendossier registreren. De apotheker legt van geneesmiddelen met verplichte indicatie op recept (kleine therapeutische breedte of mogelijk ernstige bijwerkingen die voor meerdere indicaties in uiteenlopende dosering kunnen worden voorgeschreven) de indicatie vast

in het patiëntendossier [MDR Medicatieoverdracht][Noot 4 Indicatie en reden van voorschrijven]. Indien de indicatie niet bekend is, kan de apotheker situationeel een (voorlopige) afgeleide indicatie vastleggen in het patiëntendossier. De apotheker gebruikt vastgelegde informatie over klachten, ziekten en aandoeningen in de begeleiding van de patiënt [Noot 5 Kenmerken ziekte-toestand bij specifieke aandoeningen].

3. Laboratoriumwaarden

De apotheker legt voor de farmacotherapeutische behandeling relevante laboratoriumwaarden waarover hij beschikt of redelijkerwijs kan beschikken vast in het patiëntendossier, waaronder creatinineklaring, natrium, kalium, PT-INR, farmacogenetische parameters en geneesmiddelconcentraties in het lichaam van de patiënt [Noot 6 Laboratoriumwaarden][Lab uitwisseling].

4. Overige patiëntkenmerken

Overige kenmerken van de patiënt die van belang zijn voor de farmacotherapeutische behandeling zijn onder andere kenmerk GDV-patiënt, kenmerk deelnemer proactieve herhaalmedicatie, gewicht en lengte voor het berekenen van doseringen bij kinderen en ouderen. Verder ook fysieke beperkingen, zoals blindheid of doofheid. Ook roken en het gebruik van alcohol of drugs zijn relevante kenmerken voor medicatiebewaking.

b. Ter hand gestelde geneesmiddelen en andere (farmaceutische) zorgproducten

De apotheker legt de terhandstelling van UR- en UA-geneesmiddelen vast in het patiëntendossier [Noot 7 Geneesmiddelen en andere (farmaceutische) zorgproducten]. Dit geldt ook voor elders ter hand gestelde geneesmiddelen als waarneemreceptuur voor de medicatiebewaking (zie KNMP-richtlijn Medicatiebewaking). Daarnaast registreert de apotheker gestopte UR- en UA-geneesmiddelen met stopdatum en zo mogelijk met reden van stoppen, in het patiëntendossier.

Voor wat betreft AV- en UAD- geneesmiddelen en uitgifte van andere zorgproducten geldt dat de apotheker deze op basis van risico-inschatting vastlegt [KNMP-richtlijn Medicatiebewaking] [Rogovik 2010] [Van Leeuwen 2011]. Bijvoorbeeld het vastleggen van NSAID's en Sint-Janskruid vanwege de mogelijke farmacotherapeutische problemen [Izzo 2009][Hersch 2007]. Indien de patiënt geen toestemming verleent voor het vastleggen van UA-geneesmiddelen in het patiëntendossier, bespreekt de apotheker de risico's voor medicatieveiligheid met de patiënt.

c. Geleverde farmaceutische patiëntenzorg

De apotheker legt gegevens over de geleverde farmaceutische patiëntenzorg op gestructureerde en indien mogelijk (zie implementatie addendum) op gecodeerde wijze vast in het patiëntendossier. De aanleiding voor de geleverde farmaceutische patiëntenzorg is veelal de zorgvraag van de patiënt (zie 1.2 en 3.1). Bijvoorbeeld medicatiebewaking/MFB's en de afhandeling van medicatiebewakingssignalen naar aanleiding van een terhandstelling (zie KNMP-richtlijn Medicatiebewaking).

Andere voorbeelden van geleverde farmaceutische patiëntenzorg zijn farmaceutische consulten met de patiënt over diens zorgvragen (zoals zorgvragen over knelpunten, farmacotherapeutische problemen, medicatiegebruik, bijwerkingen etcetera), medicatie-evaluatie van de herhaalmedicatie, proactieve medicatiebewaking (zoals suboptimaal medicatiegebruik, geneesmiddel gerelateerde risico's, aandoeningsgerichte farmaceutische patiëntenzorg, jaarlijkse medicatie-evaluatie, medicatiebeoordeling, consult start geïndividualiseerde distributievormen, farmacotherapeutisch consult bij minderen en stoppen van medicatie).

d. Individueel patiëntgebonden factoren.

De apotheker legt, indien bekend, gegevens over individueel patiëntgebonden factoren van de patiënt vast in het patiëntendossier. De apotheker maakt een inschatting van de relevantie van deze gegevens voor de farmaceutische behandeling. De apotheker gebruikt deze gegevens om de farmaceutische zorg af te stemmen op de persoonlijke situatie van de patiënt, bijvoorbeeld in de consulten met de patiënt. Bijvoorbeeld patiëntgegevens over gezondheidsvaardigheden, lees- reken- en digitale vaardigheden, beroep, taal/ beheersing Nederlands en de cognitie van de patiënt [MDR Medicatieoverdracht].

Deze voor farmaceutische zorg relevante gegevens kunnen zijn:

- psychosociale aspecten/life-events, zoals rouw, scheiding, verhuizing of geboorte;
- levensovertuiging welke van invloed is op de farmaceutische zorg, zoals Ramadan, geen bloed(producten), hand schudden;
- thuissituatie van de patiënt, zoals leven in woongroep, zorginstelling (aard, duur);
- ziekenhuisopname/ontslag;
- bezorgen (ook bij burens).

2.3 Patiëntendossier en de basisset medicatiegegevens (BMG)

In de multidisciplinaire richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' is de basisset medicatiegegevens (BMG) benoemd. De BMG wordt vastgelegd in de administratieve en zorginhoudelijke rubrieken van het patiëntendossier. De BMG omvat de zorg- en medicatiegegevens die worden uitgewisseld tussen andere bij de patiënt betrokken zorgverleners [Noot 8 Basisset medicatiegegevens en het patiëntendossier] [MDR Medicatieoverdracht].

2.4 Keuze patiënt voor een vaste apotheek

De apotheker vraagt aan een patiënt die voor de eerste keer in de apotheek komt of aan een patiënt die geen vaste apotheek heeft of hij voornemens is vaker te komen en zijn vaste apotheker kan zijn. De apotheker legt hierbij uit wat deze keuze inhoudt en welke mogelijkheden voor farmaceutische zorg er zijn gedurende de continue zorgrelatie (zie hoofdstuk 3). De keuze van de patiënt voor de apotheek waar hij doorgaans komt, een vaste apotheek, betekent dat de apotheker en de patiënt een verdergaande vaste zorgrelatie aangaan. In de huidige praktijk is deze keuze veelal impliciet gemaakt en komt de patiënt bij een vaste apotheek [Buurma 2008].

Voor volwassen patiënten die wilsonbekwaam zijn, maakt de apotheker afspraken met diens vertegenwoordiger over het beheer van het patiëntendossier. Voor patiënten jonger dan 12 jaar maakt de apotheker afspraken over het beheer van het patiëntendossier met de ouders of voogdvan het kind. Voor nieuwe patiënten van 12 tot en met 15 jaar maakt de apotheker gezamenlijk afspraken met het kind en met de ouders of voogd (dubbele toestemming). Voor nieuwe patiënten van 16 of 17 jaar maakt de apotheker afspraken met het kind zelf [Noot 10 wettelijk vertegenwoordigers / leeftijd patiënt].

3. Beheer van het patiëntendossier

In dit hoofdstuk staan aanbevelingen voor de apotheker over het beheer van het patiëntendossier voor alle patiënten die zich met een zorgvraag tot de apotheker wenden. Onder beheer wordt verstaan de aanleg, vorming en het gebruik van het patiëntendossier.

3.1 Aanleg van het patiëntendossier

De apotheker gaat voor iedere patiënt die zich met een zorgvraag tot hem wendt na of van deze patiënt een patiëntendossier beschikbaar is. De volgende twee situaties kunnen worden onderscheiden:

Een patiëntendossier is aangelegd:

Als er een patiëntendossier is aangelegd heeft de patiënt eerder zorg in deze apotheek ontvangen. Deze zorg kan door de patiënt ontvangen zijn in de hoedanigheid van vaste patiënt of van incidentele patiënt (zie 3.3 en 3.4).

Een patiëntendossier is niet aangelegd:

De apotheker heeft dan te maken een nieuwe, in de apotheek nog onbekende patiënt. De apotheker vraagt of de patiënt met een eenmalige, op zichzelf staande zorgvraag (incidentele patiënt) komt of voornemens is vaker te komen en een vaste zorgrelatie aan wenst te gaan (vaste patiënt) (zie KNMP-richtlijn Ter hand stellen) De apotheker legt vanuit de beantwoording van de zorgvraag een patiëntendossier aan (zie 3.1.1 en 3.1.2).

3.1.1 Aanleg van het patiëntendossier voor nieuwe, vaste patiënten

De apotheker legt een patiëntendossier aan voor een nieuwe patiënt waarmee hij een vaste zorgrelatie aangaat en bespreekt met de patiënt wat de patiënt kan verwachten van het beheer van het patiëntendossier. De apotheker en patiënt bespreken de administratieve patiëntgegevens, waarbij de apotheker deze gegevens vastlegt (zie 2.2). Dit wordt veelal ondersteund door een (online) inschrijfformulier. Ook vraagt de apotheker toestemming voor het vastleggen van patiëntgegevens, het opvragen en delen van de basisset medicatiegegevens met andere bij de patiënt betrokken zorgverleners [MDR Medicatieoverdracht][Noot 9 Toestemming] .

De apotheker bespreekt eveneens de zorginhoudelijke gegevens met de patiënt en legt deze vast in het patiëntendossier, waaronder patiëntkenmerken, elders ter hand gestelde geneesmiddelen of andere zorgproducten en het gebruik hiervan, ontvangen farmaceutische zorg en gegevens over de situatie van de patiënt (zie 2.3). In dit gesprek kunnen patiëntenrechten aan bod komen [Noot 12 Bewaartermijnen][Noot 13 Patiëntenrechten]. De apotheker motiveert de patiënt voor de behandeling noodzakelijke patiëntgegevens te delen. De patiënt zelf heeft een eigen verantwoordelijkheid in het delen van relevante zorg- en medicatiegegevens met de apotheker, bijvoorbeeld gegevens over gestopte medicatie of gegevens over het gebruik van elders verkregen zelfzorgmiddelen [MDR Medicatieoverdracht]. Daarnaast vraagt de apotheker voor de behandeling benodigde aanvullende patiëntgegevens op bij de andere betrokken zorgverleners. Dit is afhankelijk van de patiënt, zijn aandoening en zijn geneesmiddelen, zoals bijvoorbeeld bij categorale zorg, zoals bij astma of diabetes.

3.1.2 Aanleg van het patiëntendossier voor nieuwe, incidentele patiënten

De apotheker legt een patiëntendossier aan voor de nieuwe, incidentele patiënt ten behoeve van het

behandelen van een zorgvraag. De apotheker bespreekt met de patiënt de administratieve patiëntgegevens en de voor de zorgvraag relevante zorginhoudelijke gegevens en legt deze vast in het patiëntendossier. Ook vraagt de apotheker toestemming voor het vastleggen van patiëntgegevens in het patiëntendossier en het opvragen van de basisset medicatiegegevens bij andere bij de patiënt betrokken zorgverleners, bijvoorbeeld een apotheker waarmee de patiënt een vaste zorgrelatie heeft [Noot 9 Toestemming].

3.2 Onderhoud van het patiëntendossier

De apotheker spant zich in om het dossier compleet en actueel te houden. De apotheker registreert de medicatiegegevens, waarover hij kan beschikken, en nodig zijn voor de behandeling van de patiënt. De apotheker verifieert het medicatiegebruik regelmatig, bijvoorbeeld tijdens een ter hand stelling of tijdens een ander consult met de patiënt, en legt de hieruit voortkomende patiëntgegevens vast in het patiëntendossier (zie KNMP-richtlijn Ter Hand Stellen en KNMP-richtlijn Consultvoering).

3.3 Gebruik van het patiëntendossier in een vaste zorgrelatie met de patiënt

De apotheker gebruikt het patiëntendossier in de vaste zorgrelatie met de patiënt. Naarmate binnen de vaste zorgrelatie meer zorgvragen worden beantwoord zal het patiëntendossier zich verder vullen met patiëntgegevens en zich zo verder vormen. Dit kunnen bijvoorbeeld zorggegevens zijn naar aanleiding van terhandstellingen maar ook aandoeningsgerichte zorg, geïndividualiseerde distributie vormen (GDV) en medicatiebeoordeling (MBO) [Richtlijnen Professionele Standaard Farmaceutische Zorg][NICE 2023].

Deze vorming van het patiëntendossier, gedurende de zorgrelatie met de vaste patiënt, is in de regel gekoppeld aan het ziektebeloop van de patiënt. Met een aldus gevuld dossier heeft de apotheker een basis om beter te kunnen aansluiten bij de zorgvragen van de vaste patiënt. In de multidisciplinaire richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' is de rol van deze vaste apotheek benoemd. In tabel 1 staan de zorghandelingen voor patiënten met wie de apotheker een vaste zorgrelatie heeft, passend bij de verantwoordelijkheid van een vaste zorgrelatie. In deze tabel staat ook hoe dit zich verhoudt tot de zorghandelingen voor incidentele patiënten.

De vaste apotheker is vanuit deze verantwoordelijkheid vanzelfsprekend aanspreekpunt voor de farmaceutische zorg, niet alleen voor de patiënt maar ook voor de andere bij de patiënt betrokken zorgverleners [MDR Medicatieoverdracht]. Deze verantwoordelijkheid is bij het vaststellen van deze richtlijn voor het grootste deel van de patiënten staande praktijk (zie 1.3). Daarnaast is te verwachten dat in te toekomst meer therapeutische gegevens overgedragen worden [MDR Medicatieoverdracht]. Dit betekent dat er in de toekomst meer mogelijkheden zijn voor farmaceutische zorg aan patiënten met wie de apotheker een vaste zorgrelatie heeft. Deze mogelijkheden en adviezen voor implementatie staan beschreven in het implementatie addendum.

Tabel 1. Zorghandelingen voor patiënten met wie de apotheker een vaste zorgrelatie heeft en incidentele patiënten in relatie tot het beheer van het patiëntendossier door de apotheker.

Zorghandelingen apotheker in relatie tot beheer van het patiëntendossier	Beheer patiëntendossier voor patiënten met wie de apotheker een vaste zorgrelatie heeft. *	Beheer patiëntendossier incidentele patiënten in afstemming met de vaste apotheek.** waar de patiënt doorgaans komt.
De apotheker legt de relevante patiëntgegevens vast en voert medicatiebewaking en -begeleiding uit als onderdeel van het ter hand stellen van geneesmiddelen.	Medicatiebewaking en farmaceutische zorg op basis van patiëntendossier.	Medicatiebewaking en farmaceutische zorg op basis van opgevraagde gegevens.
De apotheker levert aandoeningsgerichte farmaceutische patiëntenzorg (monitoring van medicatie, medicatie optimalisatie) en registreert dit in het patiëntendossier.	Aandoeningsgerichte zorg gekoppeld aan het gehele ziektebeloop (rondom ter hand stellen + los van ter hand stellen) (zie aandoeningsgericht KNMP-richtlijnen).	Aandoeningsgerichte zorg rondom moment van ter hand stellen.
De apotheker voert (proactieve) medicatiebewaking uit en legt dit vast in het patiëntendossier.	Zorg rondom ter hand stellen + los van ter hand stellen, bijv. bij verandering in therapeutische gegevens (zie KNMP-richtlijn Medicatiebewaking).	Zorg rondom ter hand stellen.
De apotheker voert tussentijdse medicatie-evaluaties uit van chronische medicatie en voert de hiermee samenhangende farmaceutische consulten met de patiënt en legt dit vast in het patiëntendossier. [MDR Polyfarmacie bij Ouderen: 'andere vormen van medicatie-evaluatie' naast medicatiebeoordeling].	Veelal op basis van gegevens en aandoeningsgerichte zorg aan de hand van het gedurende de zorgrelatie gevormde patiëntendossier, inclusief ziektebeloop.	Veelal op basis van gegevens en aandoeningsgerichte zorg rondom ter hand stellen.
De apotheker voert medicatiebeoordelingen uit en legt deze vast in het patiëntendossier.	Aan de hand van het gedurende de zorgrelatie gevormde patiëntendossier, inclusief ziektebeloop.	Aan de hand van opgevraagde basisset medicatiegegevens rondom een incidentele zorgvraag.
De apotheker levert farmaceutische zorg bij geïndividualiseerde distributievormen (GDV) en legt dit vast in het patiëntendossier.	Aan de hand van het gedurende de zorgrelatie gevormde patiëntendossier.	Bijv. in de ANW-uren. Afstemming met de vaste apotheek waar de patiënt doorgaans komt over de farmaceutische zorg bij GDV.
De apotheker levert farmaceutische zorg bij heropname van de patiënt in de eerstelijns en registreert dit in het patiëntendossier [Noot 11 Farmaceutische zorg bij opname en ontslag].	Op basis van de bestaande zorgrelatie en aan de hand van het gedurende de zorgrelatie gevormde patiëntendossier.	Op basis van een incidentele zorgvraag en aan de hand van opgevraagde basisset medicatiegegevens.
De apotheker levert farmaceutische zorg bij verandering van patiëntkenmerken (los van verzoek om ter hand stellen) en legt dit vast in het patiëntendossier.*	Aan de hand van het gedurende de zorgrelatie gevormde patiëntendossier.	Aan de hand van opgevraagde basisset medicatiegegevens op basis van een incidentele zorgvraag.

* Zie ook implementatie addendum voor uitgebreide beschrijving van de mogelijkheden voor farmaceutische zorg aan vaste patiënten van wie de apotheker het patiëntendossier beheert.

** Met afstemming wordt bedoeld overdracht van basisset medicatiegegevens van en naar de vaste apotheek van de patiënt als ook het opvragen van basisset medicatiegegevens. Daarnaast wordt bedoeld de afstemming over de farmaceutische zorg.

3.4 Beheer van het patiëntendossier voor incidentele patiënten

Het beheer van het patiëntendossier voor incidentele patiënten is veelal op basis van een incidentele zorgvraag en in de regel in afstemming met de vaste apotheek van de patiënt door uitwisseling van basisset medicatiegegevens (zie 3.3). Voor de vorming van het patiëntendossier vraagt de apotheker de relevante zorg- en medicatiegegevens op, legt deze vast in het dossier en voert medicatiebewaking en –begeleiding uit als onderdelen van het ter hand stellen van geneesmiddelen en/of van zorg die voortvloeit uit een incidentele zorgvraag (zie ook KNMP-richtlijn Ter hand stellen). De apotheker draagt de basisset medicatiegegevens over naar de apotheker met wie de patiënt een vaste zorgrelatie heeft (zie KNMP-richtlijn Ter Hand Stellen) [MDR Medicatieoverdracht]. Zo kan de vaste apotheek de gegevens opnemen in het patiëntendossier en het dossier hierdoor actueel houden.

3.5 Farmaceutische behandeling door meerdere apothekers en het patiëntendossier

In de huidige praktijk komen de meeste patiënten bij één vaste apotheek, waarmee de patiënt veelal een langdurige vaste zorgrelatie heeft [SFK]. Het is ook mogelijk dat de patiënt met meerdere apothekers een langdurige zorgrelatie heeft. Denk bijvoorbeeld aan de situatie waarin de patiënt voor zijn (chronische) aandoeningen naast de zorg van de apotheker in de eerste lijn ook een deel van de farmaceutische zorg ontvangt van een andere apotheker, zoals een apotheker van een poliklinische apotheek of een apotheker van een apotheek gespecialiseerd in bijvoorbeeld hiv-medicatie. In deze situatie heeft de patiënt met twee apothekers een vaste zorgrelatie. Het verdient de aanbeveling om in deze situatie de patiënt te vragen om een keuze te maken voor een vaste apotheker (zie 2.4). Indien mogelijk maken de betrokken apothekers afspraken over het beheer van het patiëntendossier. In de huidige praktijk wisselen deze apothekers patiëntgegevens uit en leggen deze gegevens vast in de patiëntendossiers.

4. Praktijkvoering

4.1 Beleid (interne organisatie)

De gevestigd apotheker stelt een beleid op voor het beheer van het patiëntendossier in de apotheek (zie KNMP-richtlijn Praktijkvoering). Hij bespreekt het belang van het patiëntendossier ten aanzien van continuïteit en kwaliteit van farmaceutische zorg voor de patiënt met het apotheekteam.

4.1.1 Taakdelegatie

De gevestigd apotheker is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde farmaceutische zorg. De gevestigd apotheker kan een aantal zorghandelingen, zoals het begeleiden van de patiënt bij zijn keuze voor een vaste apotheek, het aanleggen van het patiëntendossier en het gebruik van het patiëntendossier delegeren aan tweede apothekers, farmaceutisch consulenten en apothekersassistenten. De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van alle leden van het apotheekteam zijn helder gedefinieerd en de apotheker beoordeelt welke zorghandelingen hij uit deze richtlijn kan delegeren aan de verschillende leden van het apotheekteam. De gevestigd apotheker is verantwoordelijk voor deze taakdelegatie.

4.1.2 Randvoorwaardelijke organisatie

De apotheker beheert het patiëntendossier binnen een randvoorwaardelijke organisatie en draagt zorg voor de toegang tot patiëntegegevens. Hierbij is de apotheker afhankelijk van de informatie die de patiënt en andere zorgverleners met hem deelt en de toestemming die de patiënt heeft gegeven voor het opvragen van de basisset medicatiegegevens bij andere zorgverleners [Noot 9 Toestemming]. Bovendien is de apotheker afhankelijk van de mogelijkheden, de kwaliteit en het beheer van het apotheekinformatiesysteem (AIS). Voor zover voor deze onderdelen richtlijnen of normen ontwikkeld zijn, handelt de apotheker hiernaar.

4.2 Samenwerking (externe organisatie)

De apotheker maakt samenwerkingsafspraken met andere lokale zorgverleners, zoals huisartsenpraktijken, wijkverpleging of zorginstellingen ten aanzien van het uitwisselen van de basisset medicatiegegevens [LESA chronische medicatie]. Bijvoorbeeld bij het voorschrijven van medicatie, of het delen van opnieuw bepaalde labwaarden van de patiënt. Deze afspraken zijn nodig voor het beheer van het patiëntendossier, met name van belang bij patiënten met chronische medicatie en patiënten met een grote zorgbehoefte, zoals kwetsbare patiënten en patiënten met veel en/of complexe medicatie.

Daarnaast maakt de apotheker samenwerkingsafspraken met regionale zorgverleners of instellingen over het uitwisselen van de basisset medicatiegegevens, zoals dienstapotheken en poliklinische apotheken, met ziekenhuizen of (poli-)klinieken, laboratoria en trombosedienst. Bijvoorbeeld over het uitwisselen van zorg- en medicatiegegevens bij ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis (zie ook 3.5).

Alle samenwerkingsafspraken worden gemaakt in lijn met de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'

5. Totstandkoming

De KNMP-richtlijn Patiëntendossier is opgesteld onder verantwoordelijkheid van de Wetenschappelijke Sectie Openbaar Apothekers (WSO) van de KNMP. Het doel van de richtlijn is het verschaffen van duidelijkheid over welke zorg de patiënt van de apotheker kan verwachten, het verkleinen van de praktijkvariatie en het verhogen van de kwaliteit van de farmaceutische zorgverlening. De ontwikkeling van deze richtlijn is gefinancierd door de KNMP. De richtlijn is ontwikkeld volgens de WSO-procedure “Ontwikkeling KNMP-richtlijnen voor de openbaar apotheker”.

Als start van de ontwikkeling van de richtlijn is in een panelbijeenkomst een knelpuntenanalyse gehouden met openbaar apothekers uit de praktijk.

Gedurende het gehele traject van ontwikkeling van deze richtlijn is de Klankbordgroep Medicatieoverdracht, bestaande uit twaalf (openbaar) apothekers frequent adviserend geweest.

De onderbouwing van de richtlijn Patiëntendossier is vooral gebaseerd op *practice based evidence*. Hiervoor is uitgebreid gesproken met apothekers in de praktijk en stakeholders (zie verderop). In de voorbereiding op de gesprekken zijn de beroepsrichtlijnen ten aanzien van het patiëntendossier van andere beroepsgroepen geraadpleegd [NHG richtlijn Dossiervorming] [KNMT richtlijn Patiëntendossier]. Noot 11 is gebaseerd op eerder literatuuronderzoek met betrekking tot de conceptringrichtlijn Farmaceutische Zorg bij Ontslag (on hold sinds 2015). Hiervoor is destijds gezocht in Pubmed voor de periode 2003 – 2015. Noot 11 is vooral ter illustratie van mogelijke farmacotherapeutische problemen in de zorgtransities, daarom is ervoor gekozen geen nieuw literatuuronderzoek te doen.

In het voorjaar van 2023 is de conceptringrichtlijn voorgelegd aan circa 100 (openbaar) apothekers, leden van de KNMP, tijdens de reguliere klankbordgroepvergaderingen als zijnde praktijktoets. Hier is de haalbaarheid van de aanbevelingen in de apotheekpraktijk getoetst en zijn de apothekers bevraagd naar de verwachte impact van de richtlijn op de apotheekorganisatie en op zichzelf als zorgprofessional. Tevens is gevraagd naar de volledigheid van de richtlijn en is gevraagd om adviezen voor implementatie. De adviezen uit de bijeenkomsten zijn verwerkt in deze richtlijn en implementatie addendum.

Om te toetsen of de aanbevelingen in de richtlijn aansluiten bij het perspectief van patiënten is de richtlijn in het voorjaar 2023 in concept voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland, waaruit het patiëntenperspectief is opgesteld. Verbeterpunten die hieruit naar voren kwamen zijn doorgevoerd in de richtlijn.

Ten tijde van ontwikkeling van de richtlijn hebben gesprekken plaatsgevonden over de rol van de ‘apotheek waar de patiënt doorgaans komt’ en het beheer van het patiëntendossier met stakeholders betrokken bij Programma Medicatieoverdracht. Onder andere met beleidsmedewerkers en zorgprofessionals van de LHV, NHG, MIND, Patiëntenfederatie Nederland en organisaties van wijkverpleging. Deze stakeholders kunnen zich vinden in de inhoudelijke ontwikkeling van deze richtlijn. De kernaanbevelingen van deze richtlijn sluiten grotendeels aan bij de staande apotheekpraktijk. Hierom is ervoor gekozen om voorafgaand aan de autorisatie van de richtlijn geen business-impactanalyse uit te voeren.

De (toekomstige) mogelijkheden voor farmaceutische zorg die voortvloeien uit het beheer van het patiëntendossier zijn geschetst in het Implementatie addendum. Om de impact van deze mogelijkheden beter te kunnen bepalen is op termijn wel een impactanalyse nodig.

De richtlijn is opgesteld door C.S. Blind, MSc, E.C.M. Wong-Go, MSc, beiden apothekers en werkzaam bij de KNMP. De juridische onderdelen van de richtlijn zijn geschreven door F. Moss, juridisch adviseur en werkzaam bij de KNMP. Voor enkele noten is I. Stollman, openbaar apotheker geraadpleegd. De penvoerders zijn met regelmaat geadviseerd door B.J.G. Daemen, apotheker en werkzaam bij de KNMP.

Het implementatie addendum bevat adviezen die betrekking hebben op de ontwikkeling van ICT. Deze adviezen zijn in samenwerking met de Advies Commissie Informatie Beleid (ACIB) tot stand gekomen.

De leden van de werkgroep hebben een belangenverklaring afgelegd conform de KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling.

Deze richtlijn is in concept ter becommentariëring voorgelegd aan de leden van de KNMP.

Daarnaast is de richtlijn voorgelegd aan de NVZA, de LHV – afdeling apotheekhoudende huisartsen en de NHG. Dit betekent niet dat voorgenoemde verenigingen deze richtlijn op alle onderdelen onderschrijven. Hoewel bij het verzamelen en verwerken van gegevens uiterste zorgvuldigheid is betracht, kan de KNMP geen enkele aansprakelijkheid aanvaarden voor schade die zou kunnen voortvloeien uit drukfouten of andere onjuistheden.

De richtlijn is geautoriseerd door de autorisatiecommissie van de KNMP op 26 januari 2024. Deze autorisatie is vijf jaar geldig. Na autorisatie ziet de WSO erop toe dat de richtlijn blijft voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Herziening (op onderdelen) vindt plaats zo vaak als nodig. Vragen, aanvullingen, commentaren en kennislacunes kunnen worden gestuurd naar richtlijnen@knmp.nl.

6. Referenties

- Ahmad 2010 Ahmad A., Mast MR, Nijpels G., Elders PJM, Dekker, JM, Hugtenburg JG. Identification of drug-related problems of elderly patients discharged from hospital. Patient preference and adherence 2014;8 b155-165.
- Bell 2011 Bell CM, Brener SS, Gunraj N et al. Association of ICU or hospital admission with unintentional discontinuation of medications for Chronic diseases. JAMA. 2011 Aug 24;306(8):840-7. Doi:10.1001/jama.2011.1206.
- BMC 2010 BMC Health Services Research 2010 10:39.
- Buurma 2008 Buurma H, Bouvy ML, De Smet PA, Floor-Schreudering A, Leufkens HG, Egberts AC. Prevalence and determinants of pharmacy shopping behaviour. J Clin Pharm Ther 2008;33:17-23.
- CMR alert MTX Methotrexaat_1x_per_dag_ipv_1x_per_week_toegediend, CMR alert apotheekkennisbank.nl, geraadpleegd 3 januari 2024.
- Cornish 2005 Cornish PL et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. 2005;165(4):424-9 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/39>.
- Ellit 2010 Ellit GR, Engblom E, Aslani P, Westerlund T, Chen TF. DRP's after discharge from an Australian teaching hospital. Pharm World Sci. 2010;32:622-630.
- Ensing 2015 Ensing HT, Stuijt CM, van den Bemt BJF, van Dooren AA, Karapinar-Çarkit, Koster E.S. Identifying the optimal role of pharmacists in care transitions J Manag Care Spec Pharm. 2015 Aug;21(8):61436.doi:10.18553/jmcp.2015.21.8.614.
- Floor-Schreudering 2009 Floor-Schreudering A, De Smet PAGM, Buurma H, Egberts ACG, Bouvy ML. Documentation Quality in Community Pharmacy: Completeness of Electronic Patient Records After Patients' First Visits. Ann Pharmacother 2009;43:1787-1794.
- Frydenberg 2012 Frydenberg K, Brekke M, Poor communication on patients' medication across healthcare levels leads to potentially harmful medication errors. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2012; 30:234-240.
- Geerts 2009 Geerts AF, De Koning FH, De Smet PA, Van Solinge WW, Egberts TC. Laboratory tests in the clinical risk management of potential drug-drug interactions: a cross-sectional study using drug-dispensing data from 100 Dutch community pharmacies. Drug Saf 2009;32:1189-1197.

Geurts 2013	Geurts M. et al Medication reconciliation to solve discrepancies in discharge documents after discharge from the hospital; <i>Int J Clin Pharm</i> 2013; 35:600-607.
Glintborg 2007	Glintborg B, Andersen SE, Dalhoff K. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care. <i>Qual Saf. Healthcare</i> 2007;16:34-9.
Harm 2006	Bemt PMLA van den, Egberts ACG. Eindrapport HARM-onderzoek. Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, november 2006.
Hersch 2007	Hersh EV, Pinto A, Moore PA. Adverse drug interactions involving common prescription and over-the-counter analgesic agents. <i>Clin Ther</i> 2007; 29 Suppl:2477- 2497.
Het 10-stappenplan	Samen voor Medicatieoverdracht, samenvoormedicatieoverdracht.nl , geraadpleegd oktober 2023.
Izzo 2009	Izzo AA, Ernst E. Interactions between herbal medicines and prescribed drugs: an updated systematic review. <i>Drugs</i> 2009; 69:1777-1798.
Janssen 2014	Janssen MJA, Borgsteede SD, van Breukelen BRL et al, Volledigheid van medicatiehistories van patiënten, na ontslag uit het ziekenhuis, bij openbare apotheken valt tegen. <i>WP</i> 2014;8:A1438.
Joosten 2013	Joosten H, Drion I, Boogerd KJ, van der Pijl EV, Slingerland RJ, Slaets JP, et al. Optimising drug prescribing and dispensing in subjects at risk for drug errors due to renal impairment: improving drug safety in primary healthcare by low eGFR alerts. <i>BMJ Open</i> . 2013;3(1).
Kanaan 2013	Kanaan AO et al. Adverse drug events after hospital discharge in older adults: types, severity and involvement of Beers Criteria Medications. <i>J Am Geriatr Soc</i> . 2013; 61:1894-9.
Karapinar 2009	Karapinar-Carkit F, Borgsteede SD, Zoer J, Smit HJ, Egberts ACG, van den Bemt PMLA. Effect of medication reconciliation with and without patient counseling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital. <i>Ann Pharmacother</i> . 2009;43(6):1001-10 .
Kessels 2003	Kessels RPC. Patients' memory for medical information. <i>J R Soc Med</i> . 2003;96(5):219-22.
KNMG meldcode	knmg-meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-20-11-23.pdf .
Koster 2016	Koster ES, Philbert D, Noordam M, Winters NA, Blom L, Bouvy ML. Availability of information on renal function in Dutch community pharmacies. <i>Int J Clin Pharm</i> . 2016;38(4):797-801].

Kripalani 2007	Kripalani S, LeFevre F, Philips CO, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital base and primary care physicians implications of safety and continuity of care. JAMA 2007; 297:831-41 Lab uitwisselen Laboratoriumresultaten apothekers - Nictiz.
Leenen 2022	H.J.J. Leenen, Sjef Gevers, Johan Legemaate, Corrette Ploem Melita van der Mersch, Emke Plomp, Vivianne Dörenberg, E.J.C. de Jong Handboek Gezondheidsrecht, Boom, 2022.
Leendertse 2012	Leendertse AJ, van Dijk EA, De Smet PA, Egberts TC, van den Bemt PM. Contribution of renal impairment to potentially preventable medication-related hospital admissions. Ann Pharmacother. 2012;46(5):625-33.
Lewis 2009	Lewis P, Dornan T, Taylor D, Tully MP, Wass V, Ashcroft DM: Prevalence, incidence and nature of prescribing errors in hospital inpatients: a systematic review. Drug safety 2009, 32:379-389 MBO bij polyfarmacie Medicatiebeoordeling vooral bij polyfarmacie -SFK Website, 2021.
Medicatieveiligheid 2017	Vervolgonderzoek medicatieveiligheid: eindrapport. (nivel.nl).
Mulhelm 2013	Mulhelm et al, Adherence to Medications after Hospital Discharge in the Elderly international Journal of Family Medicine Volume 2013, Article ID 901845, 6 pages http://dx.doi.org/10.1155/2013/901845 .
NCI lijst	Nationale Contra-indicatielijst (nictiz.nl).
Nivel 2016	Van Dijk L, Hendriks M, Zwikker H, de Jong J, Vervloet M; Informatiebehoeften van patiënten over geneesmiddelen; Nivel 2016.
NTOCC	NTOCC National Transitions of Care Coalition. Available at www.ntocc.org (Accessed, October 2023)].
Paulino 2004	Paulino EL, Bouvy ML, Gastelurrutia MA, Guerreiro M, Buurma H. DRP's identified by European community pharmacists in patients discharged from hospital. Pharm Worlds Sci. 2004;26: 353-360.
Rogovik 2010	Rogovik AL, Vohra S, Goldman RD. Safety considerations and potential interactions of vitamins: should vitamins be considered drugs? Ann Pharmacother 2010;44:311- 324.
SFK 2023	Data en Feiten 2023, SFK: data-en-feiten-2023 (sfk.nl).

- Sluisveld 2012** Sluisveld N, Zegers M, Natsch S et al. Medication reconciliation at hospital admission and discharge: insufficient knowledge, unclear task reallocation and lack of collaboration as major barriers to medication safety. *BMC Health Serv Res.* 2012 Jun 21;12:170.doi: 10.1186/1472-6 6963-12-170.
- TAM 2005** Tam VC, Knowles SR, Cornish PL et al, Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ* 2005;173:510-5.
- Van der Linden 2010** Van der Linden CMJ , Jansen PAF, van Geerenstein EV, van Marum RJ, Grouls RJE, Egberts ACG, et al. Reasons for discontinuation of medication during hospitalization and documentation thereof: a descriptive study of 400 geriatric and internal medicine patients. *Arch Intern Med.* 2010; 170(12): 1085-7t.
- Van Dijk 2018** Dijk L van, Brabers A, Vervloet M. Farmaceutische zorg in de eerste lijn: ervaringen en meningen van burgers: kennisvraag. Utrecht, Nivel, 2018.
- Van Leeuwen 2011** Van Leeuwen RW, Swart EL, Boven E, Boom FA, Schuitenmaker MG, Hugtenburg JG. Potential drug interactions in cancer therapy: a prevalence study using an advanced screening method. *Ann Oncol* 2011;22:2334-2341.
- Van Luin 2010** Van Luin M, Maseland MHH, Kerkvliet CTM, Richter C. Klinische beslisregels: ervaringen met hyperkaliëmie, hyponatriëmie en doorgeschoten INR's. *PW Wetenschappelijk Platform* 2010;4(1):7-10.
- Viktill 2012** Vitkil K, Blix H S, Eek AK et al. How are drug regimen changes during hospitalisation handled after discharge; a cohort study. *BMJ Open.* 012 Nov 19;2(6). pii: e001461. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001461. Print 2012.
- Vira 2006** Vira T, Colquhoun M, Etchells E: Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care* 2006, 15(2):122-126.
- Voorschrijfreden colchicine** Voorschrijfreden meest vastgelegd bij colchicine — sfk.nl, geraadpleegd september 2023.
- Witherington 2008** Witherington EM, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 71-5.

7. Geraadpleegde wetten en richtlijnen

Wetten

WGBO	Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), Bepalingen over de geneeskundige behandelingsovereenkomst in boek 7 van het burgerlijk wetboek (BW)
WKKGZ	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ)
Geneesmiddelenwet	wetten.nl
AVG (uAVG)	Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en uitvoeringswet AVG
WABvpz	Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (artikel 15a lid 1 en 2) (WABvpz)
BW	Burgerlijke Wetboek, wetten.nl

Richtlijnen

NHG Richtlijn Adequate dossiervorming met het EPD	Richtlijn Adequate dossiervorming met het EPD (nhg.org), geraadpleegd januari 2023
KNMT richtlijn Patiëntendossier	20001a-herziene-richtlijn-patientendossier-2020.pdf (knmt.nl); geraadpleegd juni 2022
MDR Medicatieoverdracht	Kwaliteitsstandaard Overdracht van Medicatiegegevens in de keten Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten, 2018/2019
Polyfarmacie bij ouderen	Kwaliteitsstandaard Polyfarmacie bij ouderen, module Medicatiebeoordeling
Polyfarmacie bij ouderen	Kwaliteitsstandaard Polyfarmacie bij ouderen, module minderen en stoppen van medicatie
LESA chronische medicatie	Organisatie van zorg bij chronische medicatie, NHG, V&VN, KNMP 2020
NICE 2023	NICE Guidelines 2023; Community pharmacy: promoting health and wellbeing Evidence reviews for providing information on health and wellbeing NICE guideline NG102, August 2018; Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence Clinical guideline [CG76] Published: 28 January 2009.

8. Noten

- Noot 1. Apotheek waar de patiënt doorgaans komt
- Noot 2. Kengetallen
- Noot 3. Contra-indicaties en overgevoeligheden
- Noot 4. Indicatie en reden van voorschrijven
- Noot 5. Kenmerken ziekte/toestand bij specifieke aandoeningen
- Noot 6. Laboratoriumwaarden
- Noot 7. Geneesmiddelen en andere (farmaceutische) zorgproducten
- Noot 8. Basisset medicatiegegevens en het patiëntendossier
- Noot 9. Toestemming
- Noot 10. Wettelijk vertegenwoordigers/ leeftijd patiënt
- Noot 11. Farmaceutische zorg bij opname en ontslag
- Noot 12. Bewaartermijnen
- Noot 13. Patiëntenrechten
- Noot 14. Persoonlijke werkaantekeningen
- Noot 15. Patiëntenperspectief

Noot 1. Apotheek waar de patiënt doorgaans komt

De apotheek waar de patiënt doorgaans komt is benoemd in de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' [MDR]. Hiermee wordt de vaste apotheek van de patiënt bedoeld.

De patiënt wijst een apotheek aan die het eerste aanspreekpunt vormt voor zorgverleners voor farmaceutische zorg. De patiënt geeft aan elke zorgaanbieder door wie zijn apotheek is waar hij doorgaans komt en wie zijn huisarts is en indien van toepassing welke andere zorgverleners betrokken zijn. Zorgaanbieders registreren op aangeven van de patiënt wie de betrokken vaste zorgaanbieders van de patiënt zijn waaronder de apotheek waar de patiënt doorgaans komt [MDR Medicatieoverdracht]. Op deze manier kan de BMG worden overgedragen naar de apotheek waar de patiënt doorgaans komt.

Na een consult in een poliklinische setting, na een dagbehandeling, na een opname in een instelling, na een consult in spoedeisende situaties wordt de basisset medicatiegegevens (zie ook noot 8) overgedragen naar minimaal de huisarts en de apotheek waar de patiënt doorgaans komt. Deze overdracht dient plaats te vinden zo snel als vereist is voor de continuïteit van zorg [MDR Medicatieoverdracht].

Noot 2. Kengetallen

Ongeveer 16,3 miljoen Nederlanders maakten in 2022 gebruik van een openbare apotheek voor het verkrijgen van geneesmiddelen. Het andere deel van de bevolking maakt gebruik van apotheekhoudende huisartsen. De populatie van een openbare apotheek betreft het aantal personen dat in beginsel gebruik maakt van een openbare apotheek als zij een geneesmiddel nodig heeft. Dit is dus niet hetzelfde als het aantal personen aan wie daadwerkelijk geneesmiddelen zijn verstrekt via de openbare apotheek. Een deel van de personen maakt voor de farmaceutische zorg gebruik van de diensten van een apotheekhoudend huisarts. In 2022 werden in Nederland voor 13 miljoen unieke patiënten de uitgifte van ten minste een receptgeneesmiddel of een niet-geneesmiddel dat wel in het pakket zit (bijv. indifferente crèmes en zalven) in een patiëntdossier vastgelegd. Voor deze patiënten werden in totaal ruim 16 miljoen patiëntendossiers bijgehouden. Dit aantal patiëntendossiers ligt hoger dan het aantal dossiers voor unieke patiënten, omdat patiënten hun geneesmiddelen in meerdere apotheken ophalen. Per apotheek komt dit neer op het vastleggen van gegevens in gemiddeld 8100 patiëntendossiers (totale aantal patiënten) per jaar [SFK 2023].

Vastleggen terhandstellingen

In Nederland zijn in 2022 in totaal 211 miljoen geneesmiddelen op recept ter hand gesteld door openbare apotheken. In de gemiddelde apotheek werden 106.200 geneesmiddelen ter hand gesteld. Bij een gemiddelde apotheekpopulatie werden in 2022 per inwoner ongeveer 12,9 verstrekkingen ter hand gesteld (dit kan van 1 of verschillende geneesmiddelen zijn) en in een patiëntendossier vastgelegd [SFK 2023].

Vastleggen zorg die voortvloeit uit het beheer van het patiëntendossier

Naast het vastleggen van terhandstellingen legt de apotheker ook zorg rondom terhandstellingen vast voor zover mogelijk. Niet alle geleverde zorg is vast te leggen in het patiëntendossier, vanwege ICT die in ontwikkeling is (zie implementatie addendum). Geleverde zorg die wel kan worden vastgelegd in het patiëntendossier betreft bijvoorbeeld: inhalatie-instructies en jaargesprekken of andere vormen van consultvoering rondom een terhandstelling (EUB, TUB vervolgbegeleidingsgesprekken), medicatiebewaking (regulier en pro-actief).

Ook wordt zorg aan specifieke patiëntenpopulaties vastgelegd. Van de 16,3 miljoen patiënten voor wie een patiëntendossier is aangelegd betreft het 1,5 miljoen patiënten met astma/COPD, 4,2 miljoen patiënten met

CVRM en 910.000 patiënten met diabetes waarvoor aandoeningsspecifieke farmaceutische zorg is vastgelegd in patiëntendossiers [SFK 2023]. Deze zorg hoeft niet direct gerelateerd te zijn aan een terhandstelling. Andere voorbeelden van vastgelegde zorg welke niet gerelateerd is aan een terhandstelling is de zorg rondom medicatiebeoordelingen en farmaceutische zorg bij ontslag.

Ook de farmaceutische zorg in de vorm van medicatiebeoordelingen wordt vastgelegd in het patiëntendossier. Medicatiebeoordelingen worden vooral uitgevoerd voor patiënten met intensieve farmaceutische zorg. Volgens de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen is een medicatiebeoordeling bewezen effectief bij hyperpolyfarmaciepatiënten (10 of meer geneesmiddelen) en/of kwetsbare patiënten (los van het aantal geneesmiddelen). Van alle patiënten waarbij een medicatiebeoordeling in het patiëntendossier is geregistreerd in 2021 gebruikt 83% vijf of meer geneesmiddelen. Gemiddeld zijn deze patiënten 76 jaar. Patiënten met een in het patiëntendossier geregistreerde geïndividualiseerde distributievorm (GDV) en 5 of meer geneesmiddelen vormen 55% van de medicatiebeoordelingen [MBO bij polyfarmacie].

In 2020 telde de SFK ruim 300.000 terhandstellingen, waarbij een reden van voorschrijven in het patiëntendossier was vastgelegd. In 49% van de gevallen betrof het een geneesmiddel buiten de lijst van 23 geneesmiddelen met een verplichte duiding van reden van voorschrijven [Geneesmiddelenwet][Noot 4 indicatie en reden van voorschrijven]. In 2018 en 2019 lag dit percentage lager, respectievelijk 42% en 18%. De meeste verstrekkingen buiten de regeling zijn voor het antibacteriële middel nitrofurantoïne met als meest vastgelegde reden van voorschrijven een blaas-/urinewegsinfectie.

51% van de verstrekkingen met vastgelegde reden in het patiëntendossier betreft een middel uit de 'lijst van 23'. Voor de onstekingsremmer colchicine is in 18,4% van de gevallen de reden van voorschrijven in het patiëntendossier vastgelegd. Jicht is met 89% de belangrijkste vastgelegde reden van voorschrijven. Daarna volgt fluconazol, bij 51% van de terhandstellingen wordt de reden van voorschrijven, vaginale candida-infectie, vastgelegd in het patiëntendossier [Voorschrijfreden colchicine].

Noot 3. Contra-indicaties en overgevoeligheden

Een contra-indicatie is een patiëntkenmerk dat niet (absolute contra-indicatie) of onder bepaalde voorwaarden (relatieve contra-indicatie) verenigbaar is met het gebruik van bepaalde geneesmiddelen (zie KNMP-richtlijn Medicatiebewaking). Om medicatiebewaking te kunnen uitvoeren en hiermee een medicatieveiligheid voor de patiënt te borgen, is het belangrijk dat contra-indicaties, als ook de ernst en het beloop van de ziekte van de patiënt in het patiëntendossier worden vastgelegd. In het Programma Medicatieoverdracht (kernteam Contra-indicaties en overgevoeligheden) zijn afspraken gemaakt over de uitwisseling van contra-indicaties en overgevoeligheden.

Naast contra-indicaties worden overgevoeligheden ook in het patiëntendossier vastgelegd. Een overgevoeligheid is een vastgestelde niet-dosisafhankelijke bijwerking bij de patiënt door een farmaceutisch product. Om medicatiebewaking te kunnen uitvoeren is het belangrijk dat overgevoeligheden in het patiëntendossier zijn vastgelegd, als dan niet op gestandaardiseerde wijze. Zo kan de apotheker in zijn analyse en beoordeling bepalen of de patiënt (opnieuw) aan het farmaceutisch product mag worden blootgesteld en welke alternatieven beschikbaar zijn welke passen bij de patiënt.

Hierbij dient rekening te worden gehouden met overgevoeligheden die niet bewezen zijn en wel in het patiëntendossier zijn geregistreerd of door andere zorgverleners worden overgedragen (zie ook KNMP-richtlijn

Medicatiebewaking).

De contra-indicaties waarvoor zorgverleners in Nederland medicatiebewaking kunnen uitvoeren is vastgelegd in De Nationale Classificatie Contra-Indicaties/voorzorgen lijst (NCI-lijst). De organisaties Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers* (NVZA), de Federatie Medisch Specialisten (FMS), Stichting Health Base (SHB), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en Nictiz beheren de NCI-lijst [NCI lijst].

In de huidige situatie bevatten de informatiesystemen veel vervuiling ten aanzien van de contra-indicaties en overgevoeligheden. De systemen bevatten nog veel afgeleide contra-indicaties en verouderde informatie over contra-indicaties en overgevoeligheden. Dit vormt een belemmering in de zorgverlening en vraagt om een oplossing voor in de toekomst.

Over de uitwisseling van de gegevens contra-indicaties en overgevoeligheden tussen zorgverleners onderling zijn afspraken gemaakt in de multidisciplinaire richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten [MDR Medicatieoverdracht].

Noot 4. Indicatie en reden van voorschrijven

Soms zijn er voor een geneesmiddel verschillende indicaties bekend die elk een verschillende normdosering hebben. Alleen als de apotheker bekend is met de indicatie, kan hij bij deze geneesmiddelen een afwijking van de standaarddosering of duur van de behandeling signaleren (zie KNMP-richtlijn Medicatiebewaking). Hierom is het belangrijk dat voorschrijvers en apothekers de indicatie en reden van voorschrijven uitwisselen en vastleggen in het patiëntendossier. Reden van voorschrijven is onderdeel van de Basisset Medicatiegegevens en voor de geneesmiddelen [MDR Medicatieoverdracht].

Per 2012 bevat de Geneesmiddelenwet de verplichting om ten aanzien van bepaalde geneesmiddelen (stoffen) de reden van voorschrijven op het recept te vermelden en om 6 soorten laboratoriumwaarden met de apotheker uit te wisselen. Uit het rapport Hospital Admissions Related to Medication [Harm 2006] kwam naar voren dat er jaarlijks 16.000 ziekenhuisopnames plaatsvinden die potentieel vermijdbaar zijn als gevolg van onjuist geneesmiddelengebruik [Harm 2006]. Dit is deels te wijten aan onvoldoende uitwisselen van zorg- en medicatiegegevens tussen zorgverleners en hierdoor onvoldoende beschikbare gegevens voor het verlenen van goede zorg, deels ook door het gebruik van zelfzorgmiddelen zoals NSAID's.

Overleg tussen Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Orde van Medisch Specialisten (OMS), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft geresulteerd in een lijst met criteria aan de hand waarvan kan worden bepaald voor welke geneesmiddelen de reden van voorschrijven bij het voorschrift moet worden vermeld [Geneesmiddelenwet].

Het is waarschijnlijk dat deze lijst in de toekomst wordt uitgebreid, met het beschikbaar komen van nieuwe geneesmiddelen die worden toegepast bij meerdere aandoeningen.

Het betreft geneesmiddelen met meerdere mogelijke indicaties en:

1. een smalle therapeutische breedte;
2. vermelding van ernstige bijwerkingen (toxiciteit) in het Informatorium Medicamentorum;
3. kans op overdosering;
4. relevante verschillen voor de medicatiebewaking op interacties en contra-indicaties;
5. verschil in cyclische behandelduur;
6. verschil in kuurduur/behandelduur;
7. verschil in startdosering;
8. verschil in relevante (gebruiks)informatie aan de patiënt.

Momenteel voldoen 23 geneesmiddelen met meerdere indicaties aan de criteria 'smalle therapeutische breedte' en 'vermelding van ernstige bijwerkingen' [Geneesmiddelenwet]. Deze 23 geneesmiddelen zijn per 1 augustus 2013 opgenomen in de bijlage van de Regeling Geneesmiddelenwet. Van deze geneesmiddelen dient de reden van het voorschrijven op het recept te worden vermeld.

Sommige geneesmiddelen kunnen bij meerdere indicaties worden voorgeschreven. De passende dosering van het geneesmiddel kan bij deze verschillende indicaties aanzienlijk verschillen. Een voorbeeld hiervan is methotrexaat wat voor oncologische indicaties of inflammatoire indicaties verschillende doseringen kent, namelijk volgens schema respectievelijk eenmaal per week. In het verleden heeft het toedienen van methotrexaat eenmaal per dag in plaats van eenmaal per week geleid tot ernstige medicatiefouten met dodelijke afloop [CMR alert MTX]. Dit onderstreept het belang van het registreren van de indicatie in het patiëntendossier ten behoeve van medicatieveiligheid.

Reden van voorschrijven is onderdeel van de Basisset Medicatiegegevens en voor de geneesmiddelen en zal in de nabije toekomst na toestemming van de patiënt standaard worden uitgewisseld door uitwisseling van de medicatieafspraken (recept) door de voorschrijver.

Noot 5. Kenmerken ziekte-toestand bij specifieke aandoeningen

Om patiënten goed te kunnen begeleiden met hun farmaceutische zorg heeft de apotheker informatie nodig over de patiënt en zijn klachten, ziekten en aandoeningen [KNMP-richtlijnen Professionele Standaard Farmaceutische Zorg][Floor-Schreuderding 2009]. Bijvoorbeeld bij het ter hand stellen van geneesmiddelen, tussentijdse medicatie-evaluaties en medicatiebeoordeling (zie KNMP-richtlijn Medicatiebeoordeling). Deze informatie wordt veelal door de huisarts vastgelegd in het huisartseninformatiesysteem en indien relevant voor de behandeling van de patiënt wordt deze informatie gedeeld met de apotheker [MDR Medicatieoverdracht]. De apotheker kan de indicatie opnemen in het patiëntendossier indien deze naar hem wordt overgedragen, of vanuit met voorschrijver gedeeld informatiesysteem [Noot 4 Indicatie en reden van voorschrijven]. De apotheker gebruikt gegevens over de ziekte-toestand van de patiënt bij tussentijdse evaluaties van medicatie en medicatiebeoordeling. In de KNMP-richtlijnen die categorale farmaceutische zorg beschrijven, zoals diabetes en astma staat beschreven welke patiëntgegevens m.b.t. de ziekte-toestand van de patiënt (mogelijk) relevant zijn voor vastlegging [KNMP-richtlijnen Professionele Standaard Farmaceutische Zorg].

Noot 6. Laboratoriumwaarden

Een afwijkende labwaarde zegt iets over de gezondheidstoestand van de patiënt en betekent dat er mogelijk

risico is op schade en/of ongemak. Of het kan een signaal zijn dat het beoogde therapeutische effect van een geneesmiddel uitblijft doordat een labwaarde buiten het normale bereik ligt.

Oorzaak van een afwijkende labwaarde kan liggen in het starten, stoppen of dosiswijziging van een geneesmiddel met als gevolg dat de labwaarde buiten het normale bereik komt te liggen (zie KNMP-richtlijn Medicatiebewaking).

Sinds 1 januari 2012 mogen apothekers volgens de Geneesmiddelenwet klinisch-chemische laboratoriumwaarden vragen welke relevant zijn voor de behandeling van de patiënt [Geneesmiddelenwet]. De apotheker heeft toestemming van de patiënt nodig voor het opvragen en registreren van laboratoriumwaarden in het patiëntendossier. Daar waar uitwisseling van klinisch-chemische laboratoriumwaarden tussen huisartsenpraktijk, laboratorium en apotheek niet automatisch gaat, dient de apotheker de laboratoriumwaarden zelf actief op te vragen [Geneesmiddelenwet].

Apothekers hebben inzage in klinisch-chemische laboratoriumwaarden, zoals creatinine, natrium, kalium en PT-INR, nodig voor een adequate medicatiebewaking en monitoring van verandering in laboratoriumwaarden van de patiënt. Het HARM-onderzoek heeft uitgewezen dat bijna 14% van de vermijdbare ziekenhuisopnames het gevolg is van inadequate monitoring [Leendertse 2012].

Uit het onderzoek van Geerts et al. naar inzage in laboratoriumwaarden bij de afhandeling van potentiële geneesmiddeleninteracties in de openbare apotheek bleek dat bij 9% van de patiënten met twee of meer geneesmiddelen inzage door de apotheker in een laboratoriumwaarde noodzakelijk was voor de beoordeling van de klinische relevantie van de potentiële geneesmiddeleninteractie [Geerts 2009]. Bij 4% van de patiënten kon inzage in een laboratoriumwaarde een levensbedreigende situatie voorkomen. De meest noodzakelijke laboratoriumwaarden betroffen: nierfunctie (42%), elektrolyten (20%), protrombinetijd (13%), glucose (10%), leverfunctie (3%) en bloedspiegel van het geneesmiddel (8%) [Geerts 2009]. In een andere studie konden door het monitoren van hyponatriëmie en hyperkaliëmie door de apotheker bijwerkingen worden opgespoord en potentiële medicatiefouten worden voorkomen [Van Luin 2010][Lab uitwisselen].

Nierfunctie

Het is wettelijk vastgesteld dat een afwijkende nierfunctie (MDRD/eGFR) zonder toestemming van de patiënt wordt gedeeld met de apotheker. Dit is met name van belang voor patiënten met een beduidend risico op elektrolytstoornissen/nierinsufficiëntie, duizeligheid/ collaps/hypotensie/syncope, zeker wanneer bijkomende omstandigheden (braken, diarree, gastro-enteritis, dehydratie) daartoe aanleiding geven. Ook niet-afwijkende nierfuncties zijn van belang voor een adequate medicatiebewaking in de apotheek.

In de huidige praktijk zijn actuele nierfunctiewaarden nog vaak onbekend of worden niet uitgewisseld tussen zorgverleners. Uit onderzoek in 2016 naar de uitwisseling van nierfunctie tussen huisartsen en apothekers bleek dat slechts van 14,5% van de 1632 geïnccludeerde hoog risicopatiënten een nierfunctie bekend was in de apotheek. Na opvragen van de nierfunctiewaarden bij de huisarts was van 72% van de patiënten een recente nierfunctiewaarde beschikbaar gesteld. Hiervan had 18% een verminderde nierfunctie (MDRD < 50 ml/min) [Medicatieveiligheid 2017] [Koster 2016].

Nederlands onderzoek heeft uitgewezen dat openbaar apothekers een aanzienlijk aantal medicatiefouten opspoorden, wanneer zij informatie kregen over de nierfunctie van hun patiënten [Joosten 2013]. Bovendien is gebleken dat een nierfunctiestoornis bijdraagt aan 21% van alle potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames in

het oorspronkelijke HARM-onderzoek [Leendertse 2012]].

Noot 7. Geneesmiddelen en andere (farmaceutische) zorgproducten

De apotheker kan de volgende zorgproducten vastleggen in de rubriek ter hand gestelde geneesmiddelen en andere (farmaceutische) zorgproducten (zie KNMP-richtlijn Ter Hand Stellen):

- receptgeneesmiddelen: Uitsluitend Receptgeneesmiddelen (UR);
- zelfzorggeneesmiddelen zowel Uitsluitend Apotheek geneesmiddelen (UA), Uitsluitend in apotheek en Drogisterij verkrijgbare geneesmiddelen (UAD) en Algemeen Verkrijgbare geneesmiddelen (AV), zie Geneesmiddelenwet;
- medische hulpmiddelen, die direct noodzakelijk zijn om een geneesmiddel op de juiste wijze toe te kunnen dienen, zoals maatbekers, injectiematerialen of inhalatoren;
- medische hulpmiddelen, die indirect noodzakelijk zijn voor het juiste gebruik van een geneesmiddel, zoals teststrips of bloedglucosemeters;
- in-vitro diagnostica, zie besluit in-vitro diagnostica;
- overige medische hulpmiddelen, zoals verbandmiddelen en verzorgingsmiddelen (bijv. incontinentiemateriaal /stomamateriaal);
- farmaceutische grondstoffen die als zorgproduct gebruikt worden, biociden en desinfectantia;
- producten die vallen onder de bepalingen van de Warenwet, waarvoor het gezien de aard of de werking ervan logisch en gebruikelijk is dat patiënten/cliënten zich tot een apotheek wenden.

De apotheker legt per geneesmiddel de volgende gegevens vast in het patiëntendossier:

- naam, sterkte, toedieningsvorm, dosering, aantal van de geneesmiddelen;
- naam voorschrijver en AGB-code;
- datum van starten, wijzigen en/of stoppen van het geneesmiddel;
- reden van stoppen, de apotheker of de voorschrijver, legt bij het stoppen of wijzigen van een geneesmiddel bij voorkeur de reden vast.

Noot 8. Basisset medicatiegegevens en het patiëntendossier

De basisset medicatiegegevens, afgekort BMG, wordt vastgelegd in de administratieve en zorginhoudelijke rubrieken van het patiëntendossier. De BMG omvat de patiëntgegevens (zorg- en medicatiegegevens) die worden uitgewisseld tussen andere bij de patiënt betrokken zorgverleners. Voor de beschrijving van de basisset medicatiegegevens zie MDR Medicatieoverdracht. De BMG is een selectie van gegevens uit het patiëntendossier van de apotheek, waarover zorgverleners met elkaar hebben afgesproken deze uit te wisselen zodat iedere zorgverlener zelf kan bepalen welke patiëntgegevens hij gebruikt voor het verlenen van goede zorg. Voor een voorschrijver kunnen dit andere gegevens zijn dan voor een apotheker of toediener, daarnaast kan per patiënt en zijn persoonlijke situatie verschillen welke gegevens relevant zijn. Naast de BMG is er de 'aanvullende set medicatiegegevens', die afhankelijk van de risico-inschatting en wettelijke eisen van belang kan zijn voor het veilig voorschrijven of ter hand stellen van de medicatie welke onderdelen bevat zoals geneesmiddelconcentraties, gezondheidsvaardigheden en alcohol of drugs gebruik. Voor de beschrijving van de 'aanvullende set medicatiegegevens' zie MDR Medicatieoverdracht. Over de implementatie van de aanvullende set medicatiegegevens is nog' discussie.

Bijvoorbeeld, over de relevantie van het vastleggen van gezondheidsvaardigheden en het dynamische karakter van gezondheidsvaardigheden.

In het geval de apotheker andere gegevens nodig heeft voor het verlenen van goede farmaceutische zorg, anders dan de basisset en 'aanvullende set medicatiegegevens', bespreekt hij dit met de patiënt of met toestemming van de patiënt met andere betrokken zorgverleners.

De BMG bevat de zorg- en medicatiegegevens die (minimaal) nodig zijn om veilig en verantwoord medicatie te kunnen voorschrijven, wijzigen, stoppen, veilig ter hand te stellen en toe te dienen en voor goede zorg dienen te worden uitgewisseld. De administratieve en zorginhoudelijke onderdelen van het patiëntendossier bevatten meer gegevens dan alleen BMG. Deze gegevens blijven in de apotheek en zijn niet zonder meer toegankelijk voor andere zorgverleners. Bijvoorbeeld geleverde farmaceutische zorg, individueel patiëntgebonden factoren, welke hulpmiddelen of andere zorgproducten worden gebruikt, in hoeverre de farmacotherapie effectief is, welke verwachtingen de patiënt van zijn farmacotherapeutische behandeling heeft, hoe de patiënt zijn geneesmiddelen gebruikt, welke individueel patiëntgebonden factoren relevant zijn voor de farmacotherapeutische behandeling van de patiënt, wat de aanleiding van farmaceutische consulten is en wat is besproken met de patiënt, welke afspraken met andere zorgverleners in het netwerk van de patiënt zijn gemaakt. Dat heeft consequenties voor de omvang van de patiëntenzorg. Deze gegevens zijn belangrijk voor het opsporen en oplossen van farmacotherapie gerelateerde problemen. Het patiëntendossier van vaste patiënten is over het algemeen meer gevuld met dit soort gegevens. Digitale vastlegging in het patiëntendossier en overdracht van deze medicatiegegevens is in de huidige praktijk echter nog niet voor alle gegevens mogelijk.

Noot 9. Toestemming

De apotheker vraagt de patiënt om uitdrukkelijke toestemming voor het uitwisselen van zorg- en medicatiegegevens, met andere bij de patiënt betrokken zorgverleners, volgens de regels van Algemene verordening gegevensbescherming (AVG), Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (WABv pz). De patiënt kan zowel mondelinge als schriftelijke toestemming geven. De apotheker legt de verkregen toestemming van de patiënt vast in het patiëntendossier [WABv pz].

Voor afwijkende nierfunctiewaarden hebben andere bij de patiënt betrokken zorgverleners een mededelingsplicht aan de apotheker, zonder dat toestemming van de patiënt is vereist. Voor andere labwaarden is wel toestemming vereist [Geneesmiddelenwet].

De apotheker mag wel zonder toestemming gegevens verstrekken aan personen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst met de patiënt. Zoals de voorschrijver als de apotheker onduidelijkheden in het recept constateert en een collega-apotheker die door de apotheker wordt geraadpleegd met het oog op de specifieke behandeling van de patiënt. Wel geldt dat alleen die informatie verstrekt mag worden die noodzakelijk is om de vereiste zorgtaken uit te kunnen voeren. De patiënt mag hiertegen bezwaar maken.

Noot 10. Wettelijk vertegenwoordigers/ leeftijd patiënt

Indien een patiënt niet zelf in staat of bekwaam is om weloverwogen keuzes te maken met betrekking tot zijn gezondheid en/of behandeling kan de patiënt vertegenwoordigd worden door een wettelijk

vertegenwoordiger. Vaak treedt een familielid of gezinslid op als vertegenwoordiger. In de wet zijn bepalingen opgenomen met betrekking tot de vertegenwoordiging van kinderen en volwassenen wilsonbekwamen.

Het kind is jonger dan 12 jaar of ouder dan 12 jaar maar wilsonbekwaam

De rechten van het kind worden in dit geval uitgeoefend door de wettelijk vertegenwoordigers. De gezagdragende ouder(s) of voogd hebben recht op alle informatie over de behandeling van het kind, inclusief een recht op inzage in en een kopie van het patiëntendossier van het kind. Als de apotheker van oordeel is dat hij door (bepaalde) informatie uit het dossier van het kind te verstrekken geen goede zorg verleent, kan de apotheker besluiten om de gezagdragende ouder(s) of voogd geen informatie te verstrekken. Bijvoorbeeld als de apotheker kindermishandeling vermoedt. Het belang van het kind is hierin leidend [Leenen 2022].

Het kind is 12, 13, 14 of 15 jaar

Hier geldt een dubbele toestemmingsvereiste: van kind en van ouder. De gezagdragende ouder(s) of voogd hebben recht op informatie die relevant is voor een behandeling over een kind van 12 tot en met 15 jaar. Het kind dient hiervoor toestemming te geven.

De apotheker kan afzien van het verstrekken van informatie aan de ouder(s) of voogd als de apotheker van oordeel is dat het verstrekken van informatie niet past bij goed zorgverlenerschap. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als een minderjarige patiënt anticonceptiva gebruikt. Het belang van het kind is hierin leidend.

Het kind is 16 jaar of ouder

Een kind van 16 jaar of ouder oefent alle patiëntenrechten geheel zelfstandig uit. De met gezag belaste ouder(s) of voogd hebben zonder toestemming van het kind geen recht op informatie.

Mantelzorgers

Mantelzorgers hebben mondelinge of schriftelijke toestemming nodig van de patiënt voor inzage in het patiëntendossier.

Wettelijke vertegenwoordiging

Onder de wettelijke vertegenwoordiging van een patiënt vallen curatele, mentorschap en beschermingsbewind. Een bewindvoerder (beschermingsbewind) gaat over vermogensrechtelijke zaken en heeft geen inzage in het patiëntendossier zonder toestemming van de patiënt [art. 1:431 e.v. BW].

Curatele [art. 1:378 e.v. BW] maakt de onder curatele gestelde patiënt geheel handelingsonbekwaam, voor zover de wet niet anders bepaalt. De curator kan beslissingen nemen over (farmaceutische) zorg en heeft inzage in het patiëntendossier. Maar ook meer ingrijpende beslissingen, bijvoorbeeld over abortus en sterilisatie [art. 1:453 lid 1 BW].

Patiënten met een verstandelijke of lichamelijke beperking, psychiatrische aandoening of patiënten met dementie kunnen door een mentor worden begeleid. Deze mentor kan de patiënt begeleiden in het nemen van beslissingen over bijvoorbeeld verzorging, verpleging, zorg en begeleiding.

De beslissingen van de mentor gaan over de verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding bijvoorbeeld de behandeling, de (over)plaatsing in een voorziening en toestemming voor meer ingrijpende medische ingrepen, zoals sterilisatie en abortus. Is de patiënt wilsonbekwaam, dan mag hij zelf beslissen, ook al heeft hij een mentor of curator.

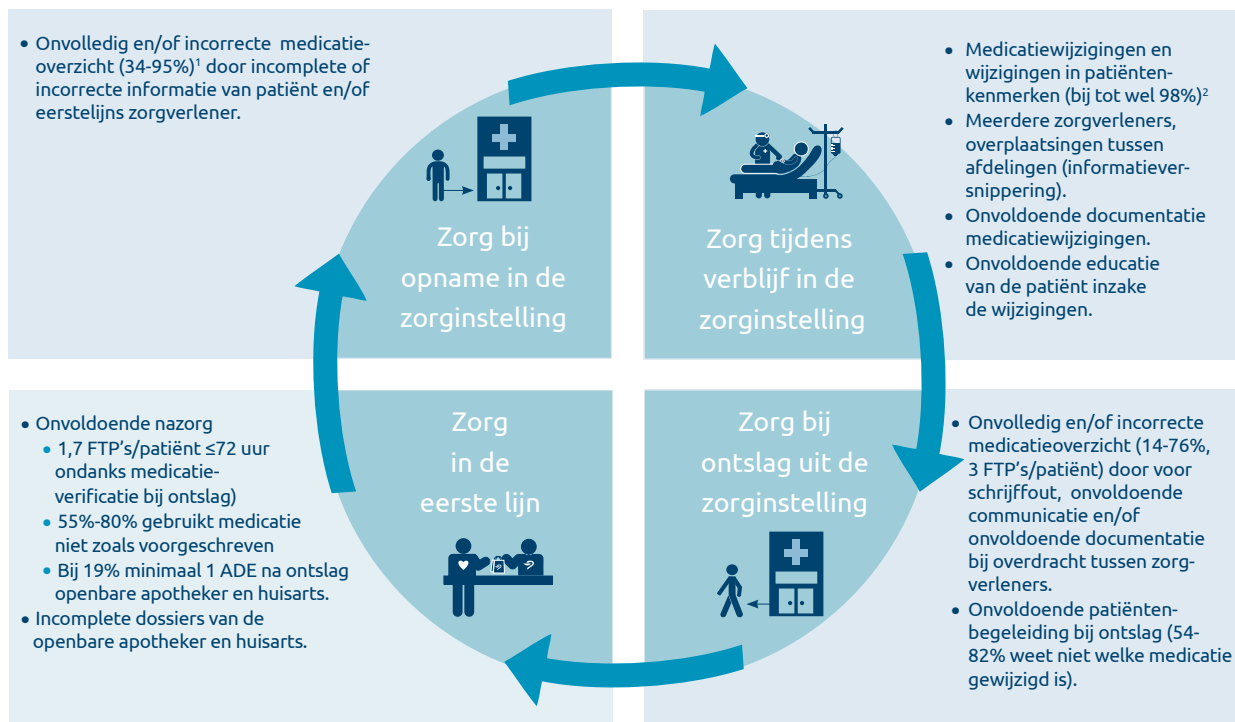
Noot 11. Farmaceutische zorg bij opname en ontslag

Indien een patiënt wordt opgenomen in een zorginstelling of met ontslag gaat uit een zorginstelling brengt dit risico's met zich mee in de overdracht van zorg- en medicatiegegevens en daarmee continuïteit van zorg en medicatieveiligheid [Harm 2006][NTOCC]. Deze risico's zijn weergegeven in onderstaande figuur:

1 [Ensing 2015]

2 [Karapinar-Carkit 2009]

De figuur geeft inzicht in de mogelijke risico's op farmacotherapeutische problemen (FTP's) dat elk



transitiemoment met zich meebrengt. Er zijn verschillende oorzaken aan te wijzen voor deze FTP's. Zo zijn er mogelijk meerdere zorgverleners in verschillende zorgomgevingen betrokken en is er risico op informatiever-snipping als gevolg van onvoldoende communicatie en onvoldoende samenwerking [Ensing 2015][Geurts 2013][Van der Linden 2010][Janssen 2014][Witherington 2008] [Kripalani 2007][Glntborg 2007][Sluisveld 2012]. Bij opname van de patiënt kan dit leiden tot onvolledige en/of incorrecte zorg- en medicatiegegevens [Cornish 2005][TAM 2005][Lewis2009][Vira 2006][Frydenberg 2012]. Indien dit niet gesignaleerd wordt, leidt dit tot onvolledige en/of incorrecte zorg- en medicatiegegevens bij ontslag en heropname in de eerste lijn [Geurts 2013]. Ook kunnen tijdens een verblijf in de zorginstelling veranderingen in de gezondheidstoestand (kwetsbaarheid, co-morbiditeiten, nierfunctie etc) van de patiënt plaats vinden en kan medicatie worden gewijzigd. Het niet goed (kunnen) vastleggen en overdragen van deze wijzigingen in het patiëntendossier kan tot FTP's leiden. Daarnaast kan informatiever-snipping ook ontstaan door overplaatsing van de patiënt tussen afdelingen in een zorginstelling, zoals een ziekenhuis, en de betrokkenheid van meerdere zorgverleners tijdens het verblijf. [Karapinar 2009][Lewis 2009][Bell 2011][Viktill 2012].

Naast informatiever-snipping leidt onvoldoende begeleiding van de patiënt bij ontslag uit een zorginstelling ook tot FTP's. Zo kan na ontslag de cognitieve conditie van de patiënt veranderd zijn ten gevolge van de opname, waardoor hij de gegeven informatie niet goed kan verwerken. De kwetsbaarheid van de patiënt

na ontslag wordt ook wel post-hospital syndrome genoemd [Krumholz 2013]. In deze fase wordt verstrekte informatie waaronder informatie over medicatie vaak vergeten zodra patiënten weer thuis zijn [Karapinar 2009] [BMC 2010][Kessels 2003].

De meest voorkomende knelpunten zijn: angst voor bijwerkingen, onvoldoende of geen kennis van het medicatiegebruik [Ahmad 2010][Paulino 2004][Ellit 2010]. Bij onvoldoende patiëntenbegeleiding worden deze knelpunten niet gesignaleerd met als mogelijk gevolg dat patiënten hun medicatie niet op de juiste manier gebruiken in de thuissituatie. Circa 55-82% van de patiënten blijkt na ontslag niet op de hoogte te zijn van de medicatiewijzigingen en/of gebruiken de medicatie niet zoals voorgeschreven [Ahmad 2010][Kanaan 2013]. Mulhelm et al vonden in een verkennende studie met 46 patiënten dat – ondanks dat patiënten instructies over hun medicatiegebruik kregen bij ontslag, 93,5% van de patiënten hun medicatie niet zoals voorgeschreven gebruikten: gebruik van medicatie wat niet is voorgeschreven bij ontslag (78,2%), gebruik van minder medicatie dan voorgeschreven bij ontslag (43,4%), verkeerde dosering (43,4%), verkeerde frequentie 41,3% [Mulhelm 2013].

Niet gesignaleerde knelpunten kunnen tot FTP's leiden bij heropname in de eerste lijn. Om bovengenoemde redenen is het belangrijk dat de farmaceutische zorg rondom ontslag als ook de zorg rondom de andere risicovolle transitie momenten goed wordt georganiseerd en dat zorgverleners afspraken maken over overdracht van zorg- en medicatiegegevens en goede zorg. In Nederland hebben daarom veel zorginstellingen (regionale) samenwerkingsafspraken gemaakt met andere zorgverleners, waaronder apothekers, om de continuïteit van zorg te waarborgen. Volgens de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' wordt de BMG na verblijf in een zorginstelling overgedragen naar de betrokken zorgverleners in de eerste lijn, minimaal de apotheek waar de patiënt doorgaans komt en de huisarts. Beiden zijn aanspreekpunt voor de farmacotherapeutische behandeling van de patiënt in de eerste lijn en hebben een centrale rol in de overdracht van zorg- en medicatiegegevens en farmacotherapeutische zorg [MDR Medicatieoverdracht]. Middels het Programma Medicatieoverdracht werken de verschillende sectoren aan het implementeren van goede medicatieoverdracht tijdens de transitie momenten zoals hierboven beschreven [Het 10-stappenplan - Samen voor Medicatieoverdracht].

Naast goede overdracht draagt medicatieverificatie ook bij aan continuïteit van zorg. Deze verificatie kan op basis van samenwerkingsafspraken ook uitbesteed worden aan de vaste apotheek van de patiënt [MDR medicatieoverdracht].

Noot 12. Bewaartermijnen

De bewaartermijn voor het patiëntendossier is twintig jaren, gerekend vanaf het tijdstip waarop de laatste wijziging in het dossier heeft plaatsgevonden. De apotheker bewaart gegevens over wie wanneer een patiëntendossier op elektronische wijze heeft ingezien (logginggegevens) gedurende vijf jaar. Logginggegevens worden niet in het patiëntendossier opgenomen.

Recepten zijn onderdeel van het patiëntendossier en dienen twintig jaar bewaard te blijven. Recepten vallen niet onder het vernietigingsrecht van de patiënt [Geneesmiddelenwet].

Situationeel kan het patiëntendossier langer worden bewaard als redelijkerwijs uit goed (farmaceutisch)

zorgverlenerschap voortvloeit, bijvoorbeeld in situaties van langlopende en terugkerende behandelingen. Staan in het dossier van een minderjarige patiëntgegevens over vermoedens van kindermishandeling dan moeten die gegevens minimaal tot het 39e levensjaar worden bewaard [KNMG meldcode].

De bewaartermijn van het patiëntendossier kan korter zijn dan twintig jaar doordat het vernietigingsrecht van de patiënt zwaarder weegt [Vernietigingsrecht art. 7:455 BW]. De apotheker vernietigt het patiëntendossier als de patiënt hierom verzoekt. Het vernietigingsrecht is gegeven ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en het daaraan verbonden zelfbeschikkingsrecht over zijn persoonlijke gegevens. [art. 7:455 lid 2 BW]. Daarom wordt het recept 20 jaar bewaard.

Noot 13. Patiëntenrechten

a. Eigendom patiëntendossier

De apotheker heeft de zeggenschap over de gegevens in het patiëntendossier. Zeggenschap betekent dat de apotheker adviseert en mede beslist over de medicamenteuze behandeling van de patiënt. De patiënt heeft de verantwoordelijkheid om naar vermogen relevante informatie aan de apotheker te verschaffen, zodat de apotheker kan borgen dat het patiëntendossier wordt bijgehouden ten behoeve van goed goede farmaceutische zorg [MDR Medicatieoverdracht]. De apotheker voegt indien de patiënt hierom vraagt een door de patiënt afgegeven verklaring aan het dossier toe, die vervolgens ook deel uitmaakt van het patiëntendossier. Bij verschil van mening kan de patiënt zijn standpunt laten opnemen in het dossier. De patiënt heeft het recht om via inzage of afschrift na te gaan of de verklaring daadwerkelijk in het dossier is opgenomen.

b. Inzage en kopie patiëntendossier en BMG

Zo heeft de patiënt het recht op (elektronische) inzage in en (elektronische) afschrift van de gegevens uit het patiëntendossier [art. 7:456 BW], behalve de persoonlijke werkaantekeningen van de apotheker. De apotheker verschaft de elektronische inzage en elektronische afschriften kosteloos aan de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger. Tenzij het verzoek om inzage en/of afschrift(en) onredelijk is, bijvoorbeeld als een patiënt heel vaak om een afschrift verzoekt, of om meer dan één afschrift verzoekt.

Soms is in het patiëntendossier naast informatie over de patiënt zelf, ook informatie over iemand anders opgenomen. Een patiënt kan geen inzage in, of een afschrift van (een deel van) het dossier krijgen als de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor wordt geschaad en diens belang (privacy) voorgaat. De apotheker beoordeelt dit op basis van zijn professionele autonomie.

c. Inzage patiëntendossier door nabestaanden

Sinds 1 januari 2020 is in het BW vastgelegd dat nabestaanden inzage kunnen krijgen in het dossier van een overleden patiënt [WGBO]:

- als de patiënt bij leven hiervoor toestemming heeft gegeven;
- als de nabestaanden een mededeling van een incident hebben ontvangen; of
- als er sprake is van een zwaarwegend belang.

Er is sprake van een zwaarwegend belang als de aanvrager bijvoorbeeld een medische fout vermoedt. Emotioneel belang of rouwverwerking is geen zwaarwegend belang. Een financieel belang kan wel een zwaarwegend belang zijn.

De apotheker mag het dossier niet laten inzien als de patiënt schriftelijk of elektronisch heeft vastgelegd

dat hij dit niet wil, ook niet bij een zwaarwegend belang. Het is aan de apotheker om te beoordelen of het zwaarwegende belang van de aanvrager niet op een andere wijze kan worden behartigd dan door inzage in het patiëntendossier.

Voor ouders of voogden van kinderen die op het moment van overlijden nog geen zestien jaar waren, geldt een bijzondere regeling voor de inzage in het dossier. De ouders hebben het recht om het dossier van hun (overleden) kind in te zien als dat de leeftijd van 12 niet heeft bereikt. De apotheker kan dit weigeren als hij inschat dat inzage niet past bij goed zorgverlenerschap. Goed zorgverlenerschap is een grond om inzage toch te weigeren. Bijvoorbeeld zeer persoonlijke informatie waarvan de apotheker weet of sterk vermoedt dat het kind dit niet met zijn ouders zou willen delen.

Ouders van kinderen tussen de 12 en 16 jaar hebben in principe recht op inzage in het dossier van hun kind na diens overlijden. De twee uitzonderingen op deze regel zijn als het kind voor zijn overlijden heeft aangegeven dat de ouders geen inzage mogen hebben, ook niet bij een zwaarwegend belang of goed zorgverlenerschap.

Ouders van kinderen boven de 16 jaar hebben tijdens het leven van hun kind ook geen recht om diens medisch dossier in te zien. Uitzonderingen zijn als het kind zijn ouder(s) bij leven toestemming heeft gegeven voor inzage of als het kind wilsonbekwaam is en door de ouder(s) wordt vertegenwoordigd.

d. Inzage patiëntendossier door IGJ

De apotheker heeft een wettelijke verplichting om inzage in patiëntendossiers te verlenen aan bepaalde toezichthouders, zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ten behoeve van het toezien op de kwaliteit en de veiligheid van zorg. De IGJ heeft op grond van de Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving (Wuhbv) de bevoegdheid om patiëntendossiers in te zien, mits noodzakelijk en evenredig, voor zover dat nodig is voor de uitvoering van haar taken.

e. Recht op correctie

Als een patiënt feitelijke onjuistheden in zijn patiëntendossier ontdekt, mag hij de apotheker verzoeken deze te corrigeren. Voorbeelden hiervan zijn een fout in zijn adresgegevens of onjuiste (medicatie) gegevens uit het verleden. Het recht op correctie strekt niet zo ver dat de patiënt bijvoorbeeld de verstrekte geneesmiddelen of hoeveelheden mag laten wijzigen. Indien de patiënt het niet eens is met gegevens uit het patiëntendossier, kan de patiënt een verklaring aan het dossier (laten) toevoegen, waarin hij zijn (afwijkende) visie geeft. Daarnaast kan de patiënt zijn recht op vernietiging uit oefenen.

f. Recht op afscherming (beperking)

In bepaalde situaties mag een patiënt verzoeken dat zijn persoonsgegevens tijdelijk niet worden gebruikt, maar wel beschikbaar blijven in het patiëntendossier. De persoonsgegevens mogen dan alleen nog worden gebruikt indien de patiënt daar toestemming voor geeft, in geval van een rechtsvordering, om de rechten van andere personen te beschermen of om een gewichtige reden van algemeen belang.

Een patiënt kan een beroep doen op het recht op beperking van gegevensverwerking in de volgende situaties:

- De patiënt heeft aangegeven dat onjuiste persoonsgegevens worden gebruikt. In dat geval mogen deze gegevens niet gebruikt worden zolang de apotheker de juistheid ervan niet heeft gecontroleerd;

- De verwerking van de persoonsgegevens is onrechtmatig. In dat geval kan de patiënt de apotheker verzoeken om het gebruik ervan te beperken in plaats van de gegevens te wissen. Bijvoorbeeld als hij de gegevens later nog wil opvragen;
- De apotheker heeft de persoonsgegevens niet meer nodig voor het doel waarvoor ze noodzakelijk waren. Medicatiebewaking is een belangrijke reden voor de apotheker om persoonsgegevens nodig te hebben. In dat geval kan de patiënt de apotheker verzoeken om het gebruik ervan te beperken in plaats van de gegevens te wissen. Bijvoorbeeld omdat hij de gegevens nog nodig heeft voor een juridische procedure waarbij hij betrokken is;
- De patiënt heeft bezwaar gemaakt tegen het gebruik van zijn persoonsgegevens vanwege zijn specifieke situatie. In dat geval mogen deze gegevens niet gebruikt worden zolang niet duidelijk is of het belang van de apotheker zwaarder weegt dan het belang van de patiënt.

g. Recht op dataportabiliteit van gegevens

De patiënt kan de apotheker verzoeken zijn persoonsgegevens over te dragen aan een andere (zorg) aanbieder. Dit is het recht op dataportabiliteit en is van toepassing op een deel van de gegevens in een dossier. Hieronder vallen alleen persoons- en medicatiegegevens die de patiënt zelf actief en bewust heeft verstrekt. Dit kunnen ook gegevens zijn die de patiënt indirect heeft verstrekt door het gebruik van een dienst of apparaat, zoals gegevens van een medisch hulpmiddel. Het recht op dataportabiliteit is niet van toepassing op gegevens in het dossier die de patiënt niet zelf, direct of indirect, heeft verstrekt. Het gaat dan bijvoorbeeld om conclusies die de apotheker heeft vastgesteld op basis van gegevens die de patiënt heeft verstrekt.

h. Recht op (gedeeltelijke) vernietiging

Een patiënt kan de apotheker verzoeken (gegevens uit) het dossier te vernietigen. Een recept moet 20 jaar bewaard worden en valt niet onder het vernietigingsrecht. Een vernietigingsverzoek kan ook betrekking hebben op een gedeelte van het dossier, bijvoorbeeld een woord, een zinsnede, een alinea of een bepaald onderdeel uit het dossier (bijvoorbeeld een brief). Een selectieve vernietiging kan afbreuk doen aan de begrijpelijkheid en geloofwaardigheid van een dossier [Centraal Tuchtcollege][[art. 7:455 BW], De apotheker kan met de patiënt in gesprek over de vernietiging en proberen de patiënt ervan te overtuigen dat (gedeeltelijke) vernietiging onverstandig is. Ook kan de apotheker wijzen op de mogelijkheid een eigen verklaring in het dossier op te nemen.

De apotheker kan een vernietigingsverzoek van de patiënt weigeren:

- 1) Indien een ander dan de patiënt een aanmerkelijk belang heeft bij het bewaren van de gegevens. Bijvoorbeeld in verband met een erfelijke ziekte.
- 2) Als een andere wet een bewaartermijn voorschrijft waarbinnen de gegevens niet vernietigd mogen worden. Dat geldt voor het recept.
- 3) Als de vernietiging de apotheker belemmert in goed zorgverlenerschap.

Daarbij gaat het om gegevens over de behandeling, die zo belangrijk zijn dat als ze vernietigd zouden worden de apotheker geen goede zorg meer zou kunnen verlenen. Als een apotheker een beroep wil doen op deze uitzondering op het vernietigingsrecht van de patiënt, vergt dat een zorgvuldige afweging. De weigering moet hij goed kunnen motiveren en vastleggen in het dossier.

Volgens de wet hebben minderjarige patiënten van 12 tot 16 jaar patiënten een zelfstandig recht om een vernietigingsverzoek te doen.

Noot 14. Persoonlijke werkaantekeningen

Indien de apotheker werkaantekeningen maakt als geheugensteun voor de eigen gedachtevorming, bewaart hij deze gescheiden van andere gegevens. Het gaat dan om indrukken, vermoedens of vragen die bij de apotheker leven. Deze persoonlijke werkaantekeningen zijn geen onderdeel van het patiëntendossier. Persoonlijke werkaantekeningen zijn niet voor anderen bestemd en toegankelijk en vallen niet onder het vernietigingsrecht en het recht op inzage en afschrift [art. 7:455 BW] [art. 7:456 BW].

Noot 15. Patiëntenperspectief

Een goede aansluiting op de wensen en behoeften van patiënten bevordert de kwaliteit en de implementatie van de aanbevelingen van een richtlijn. Dit geldt evenzo voor de aanbevelingen van de KNMP-richtlijn Patiëntendossier over de farmaceutische zorg rondom het beheer van het patiëntendossier. Om het patiëntperspectief op het patiëntendossier verder te onderzoeken is de conceptrichtlijn in maart 2023 voorgelegd aan beleidsmedewerkers van de Patiëntenfederatie Nederland. Door middel van een semigestructureerd interview is gevraagd in hoeverre de aanbevelingen van de richtlijn aansluiten op de wensen en behoeften van de patiënten wat betreft het patiëntendossier in de apotheek. Hieronder zijn de opbrengsten van dit interview samengevat.

Keuze voor een vaste apotheker

Het patiëntendossier is een onmisbaar instrument voor de apotheker om goede farmaceutische zorg te kunnen verlenen. En in bredere zin, welke zorg de patiënt van de apotheker kan verwachten. De Patiëntenfederatie Nederland ziet de rol van de apotheker als beheerder van het patiëntendossier als logisch en van waarde. Deze rol is vanzelfsprekend voor patiënten die meerdere geneesmiddelen gebruiken of voor patiënten waarvan de zorg complex is. Dit is deels staande praktijk: de meeste mensen die geneesmiddelen gebruiken of hebben gebruikt, halen deze altijd bij dezelfde apotheek op (88%) [Van Dijk 2018]. Het is waarschijnlijk dat deze patiënten kiezen voor één apotheker die hun patiëntendossier beheert.

Daar waar mensen geen of incidenteel geneesmiddelen gebruiken is de keuze voor één apotheker als beheerder van het patiëntendossier minder vanzelfsprekend. Volgens de Patiëntenfederatie Nederland voelen deze mensen de noodzaak minder om een keuze te maken om een vaste zorgrelatie met een apotheker aan te gaan die voor hen het patiëntendossier beheert.

Verwachtingen van de apotheek

Volgens de Patiëntenfederatie Nederland weten patiënten niet altijd goed welke farmaceutische zorg ze kunnen verwachten van de apotheker en het apotheekteam. Dat geldt ook voor de farmaceutische zorg die voortvloeit uit het patiëntendossier.

Het is daarom belangrijk dat de apotheker, bijvoorbeeld in het eerste consult, bespreekt met de patiënt wat de patiënt van het beheer van het dossier en de daaruit volgende farmaceutische zorg kan verwachten (zie hoofdstuk 2.4 en 3.1). De meeste patiënten verwachten van hun apotheker dat het patiëntendossier op orde is, echter is dit geen vanzelfsprekendheid zonder afspraken over verantwoordelijkheden over het beheer ervan.

Tenslotte verwachten patiënten dat bij hen betrokken zorgverleners, waaronder de vaste apotheker, met elkaar samenwerken en de zorg met elkaar afstemmen (netwerkgang).

Conclusie

Concluderend zien patiënten die meerdere geneesmiddelen gebruiken de vaste zorgrelatie rol van de apotheker die voor hen het patiëntendossier beheert als logisch en waardevol. Het is wel van belang dat de apotheker kenbaar maakt aan de patiënt wat hij kan verwachten van het beheer van het patiëntendossier.

Implementatie addendum beheer patiëntendossier

Aanleiding

Dit implementatie addendum hoort bij de KNMP-richtlijn Patiëntendossier. De richtlijn Patiëntendossier geeft een uitwerking van de 'apotheek waar de patiënt doorgaans komt' [MDR Medicatieoverdracht], welke in de toekomst een grotere rol in het beheer van het dossier voor vaste patiënten op zich kan nemen. Dit addendum geeft inzicht in de toekomstige mogelijkheden voor farmaceutische zorg door de apotheker.

Praktijktoets

De aanbevelingen van de conceptrichtlijn Patiëntendossier zijn voorgelegd aan (openbaar) apothekers van de klankbordgroep Medicatieoverdracht. Daarnaast is de richtlijn in de periode maart t/m mei 2023 besproken als zijnde praktijktoets in elf KNMP-klankbordgroepen, met een bereik van circa 100 openbaar apothekers.

De belangrijkste bevorderende en belemmerende implementatiefactoren volgend uit de praktijktoets zijn weergegeven in Tabel 1. Adviezen voor implementatie van impactvolle (kern)aanbevelingen (huidig en potentieel) m.b.t. het beheer van het patiëntendossier door de apotheker. De tabel bevat de factoren die tijdens de praktijktoets zijn geïdentificeerd. Apothekers geven over het algemeen aan bereid te zijn om de zorg die voortvloeit uit het beheer van het patiëntendossier te leveren. Wel geven ze aan dat dit in de huidige situatie niet volledig haalbaar is. Dit heeft te maken met de ontwikkeling van randvoorwaarden. Genoemd zijn:

- Goede samenwerking met andere zorgverleners, zowel lokaal als regionaal (samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners ten aanzien van het beheer van het patiëntendossier);
- Goede uitwisseling van medicatiegegevens tussen zorgverleners onderling, zodat het patiëntendossier zo actueel mogelijk is en van daaruit de farmaceutische zorg kan worden geleverd;
- ICT: de mogelijkheid om vast te leggen en uit te wisselen welke apothekers de 'apotheek waar de patiënt doorgaans komt' is;
- Personele capaciteit en passende bekostiging voor het uitvoeren van toekomstige (extra) farmaceutische zorgtaken rondom dossierbeheer. Bijvoorbeeld het beoordelen gehele set aan medicatie- en patiëntgegevens bij veranderingen in medicatiegegevens en voor de zorgtaken rondom dossierbeheer bij heropname in de eerste lijn.

Impactvraag

Op de impactvraag waarmee de apotheker het grootste verschil maakt in de rol als 'apotheek waar de patiënt doorgaans komt' en hiermee het beheer van het patiëntendossier voor vaste patiënten, werden in nagenoeg alle workshops en sessies met leden dezelfde aspecten benoemd:

- Behandelrelatie met de patiënt; laagdrempelige en betrokken zorgverlening: de apotheker levert persoonlijke farmaceutische zorg op basis van het gedurende de behandelrelatie gevormde patiëntendossier.
- Expertise: de apotheker is de medicatiespecialist en is dé zorgverlener die de gehele set aan medicatie, zoals vastgelegd in het patiëntendossier, van de patiënt kan beoordelen. De apotheker is de farmacotherapeutisch adviseur voor de patiënt als ook voor zorgverleners in het netwerk van de patiënt ten aanzien van farmaceutische zorg.

- Signalering: de apotheker heeft het overzicht over het dossier van de patiënt en is daardoor in staat om vroegtijdig patiënten die suboptimale zorg ontvangen, te identificeren en aan te spreken. Hierbij valt ook te denken aan de opsporing van zorgmijders (bijvoorbeeld patiënten die niet of niet op tijd medicatie ophalen) als ook signalering van mogelijke FTP's bij verandering van medicatie- en/of patiëntengegevens.
- Samenwerking met huisarts en andere zorgverleners in het netwerk van de patiënt: de apotheker is aanspreekpunt voor de farmaceutische zorg in de eerste lijn. En vanuit zijn centrale rol continuïteit en kwaliteit van zorg borgen.

Tabel 1 toont schematisch adviezen voor de implementatie van een aantal aanbevelingen met betrekking tot het beheer van het patiëntendossier door de apotheker. Het gaat om aanbevelingen uit de richtlijn die niet vanzelfsprekend staande praktijk zijn en waarvan verwacht wordt dat de impact aanzienlijk is. Daarnaast staan in de tabel ook potentiële aanbevelingen. Dit zijn de toekomstige mogelijkheden voor farmaceutische zorg aan vaste patiënten van wie de apotheker het patiëntendossier beheert.

Tabel 1. Adviezen voor implementatie van impactvolle (kern)aanbevelingen (huidig en potentieel) m.b.t. het beheer van het patiëntendossier door de apotheker

Kernaanbevelingen KNMP-richtlijn Patiëntendossier beheer met hoogste verwachte impact	Adviezen voor implementatie	Adviezen voor ICT implementatie
<p>Vraag de patiënt naar zijn keuze voor een vaste apotheek (apotheek waar de patiënt doorgaans komt), adviseer de patiënt hierin en bespreek op basis van de keuze (incidentele patiënt of vaste patiënt) wat de patiënt van het beheer van het patiëntendossier kan verwachten (zie 3.2).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bespreek met de patiënt die (nog) geen keuze heeft gemaakt, wat hij van de apotheker ten aanzien van het beheer van het patiëntendossier kan verwachten en welke mogelijkheden het beheer van het patiëntendossier voor de patiënt biedt (voor als de patiënt in een fase komt dat hij zorg nodig heeft). Maak hierbij eventueel gebruik van ondersteunend informatie-materiaal voor patiënten over het belang (ten aanzien van dossierbeheer) van het maken van een keuze voor één apotheek waar de patiënt doorgaans komt. Maak met andere lokale/regionale zorgverleners afspraken t.a.v. communicatie over de verantwoordelijkheid van de apotheker in het beheer van het patiëntendossier. 	<ul style="list-style-type: none"> Patiënttoestemming voor het uitwisselen van medicatiegegevens organiseren. Mogelijk maken van het vastleggen en overdragen van 'de apotheek waar de patiënt doorgaans komt' in ICT-systemen. Implementatie medicatieproces 9.0 (landelijk) t.b.v. het uitwisselen van medicatiegegevens (basisset medicatiegegevens).
<p>Houd voor de vaste patiënten het patiëntendossier compleet en actueel (3.4.1).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vraag medicatiegegevens actief op bij andere bij de patiënt betrokken zorgverleners. Bespreek met lokale/regionale zorgverleners het belang van delen van medicatiegegevens met de vaste apotheker. Bespreek met de patiënt het belang van delen van medicatiegegevens met de vaste apotheker. 	<ul style="list-style-type: none"> Ontwikkelen van de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) voor de patiënt t.b.v. meer bewustwording bij de patiënt over patiëntendossier en betere continuïteit van medicatiegegevens.
<p>Maak samenwerkingsafspraken met lokale en regionale zorgverleners ten aanzien van uw rol als aanspreekpunt over de farmaceutische zorg voor de patiënt (4.2).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Maak samenwerkingsafspraken of breid bestaande samenwerkingsafspraken uit t.a.v. uw rol en verantwoordelijkheid als aanspreekpunt voor andere zorgverleners als de apotheek waar de patiënt doorgaans komt. Span u in om een goede samenwerkingsrelatie met lokale/regionale zorgverleners in de eerste lijn en transmuraal tot stand te brengen. Neem zo mogelijk deel aan een multidisciplinair samenwerkingsverband. 	<ul style="list-style-type: none"> Mogelijk maken van digitaal vastleggen en overdracht van (proactieve) medicatiebewaking en relevante bevindingen (aandoeningsgerichte zorg, MBO, tussentijdse medicatie-evaluaties, consulten, knelpunten GDV etc.) in het patiëntendossier. Vaststellen landelijke set afgeleide CI's

Mogelijkheden voor farmaceutische zorg (potentiële aanbevelingen) door de apotheker voor vaste patiënten	Adviezen voor implementatie	Adviezen voor ICT implementatie
<p>Beoordeel bij heropname in de eerste lijn (ontslag van een patiënt uit een zorginstelling) de gehele set aan medicatie- en patiëntgegevens zoals geregistreerd in het patiëntendossier.</p> <p>Indien van toepassing, pleeg intercollegiaal overleg met adviezen voor de farmacotherapie en bespreek de eventuele aanpassing(en) met de patiënt in een consult.</p> <p>Leg de beoordeling en geleverde farmaceutische zorg bij heropname van de patiënt in de eerstelijns vast in het patiëntendossier (3.4.2 tabel 1).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bespreek met de patiënt wat hij van de apotheker ten aanzien van het beheer van het patiëntendossier kan verwachten en welke mogelijkheden het beheer van het patiëntendossier voor de patiënt biedt (voor als de patiënt in een fase komt dat hij zorg nodig heeft). Maak afspraken met apothekers uit het ziekenhuis m.b.t. het informeren van patiënt over de mogelijkheden tot begeleiding door de openbaar apotheker bij heropname in de eerstelijns. Afspraken met lokale/regionale zorgverleners over het verwijzen van de patiënt naar de openbaar apotheker voor farmaceutische zorg bij heropname in de eerstelijns. 	<ul style="list-style-type: none"> Organiseren van opschoning AIS-sen. Nu veel vervuiling in AIS mbt CI's en intoleranties. Borgen van signalering in ICT-systemen bij veranderingen in medicatiegegevens bij heropname in de eerstelijns (binnenkomst signaal in het AIS). Borgen van signalering in ICT-systemen bij veranderingen in medicatiegegevens t.b.v. beoordelen gehele set aan medicatie- en patiëntgegevens (binnenkomst signaal in het AIS).
<p>Beoordeel bij veranderingen in de medicatiegegevens de gehele set aan medicatie- en patiëntgegevens, zoals geregistreerd in het patiëntendossier en leg dit vast in het patiëntendossier.</p> <p>Indien van toepassing, pleeg intercollegiaal overleg met adviezen ten aanzien van de farmacotherapie en bespreek de eventuele aanpassing(en) en vervolgstappen met de patiënt in een consult.</p> <p>Leg de aanpassingen vast in het patiëntendossier. Leg de geleverde farmaceutische zorg bij verandering van patiëntkenmerken vast in het patiëntendossier. (3.4.2 tabel 1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bespreek met de patiënt wat hij van de apotheker ten aanzien van het beheer van het patiëntendossier kan verwachten en welke mogelijkheden het beheer van het patiëntendossier voor de patiënt biedt (voor als de patiënt in een fase komt dat hij zorg nodig heeft). Maak afspraken met andere zorgverleners over het uitwisselen van (veranderingen) in medicatiegegevens. 	

KNMP
Alexanderstraat 11
2514 JL Den Haag
070 373 73 73
richtlijnen@knmp.nl
www.knmp.nl