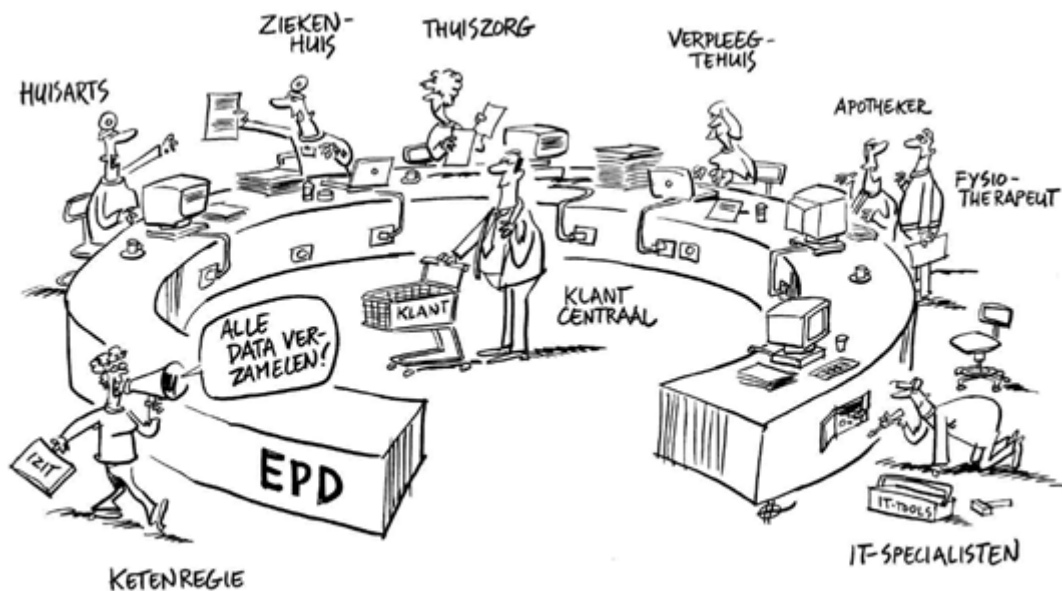


Medicatieoverdracht in de keten

De rol van de patiënt bij de informatieoverdracht in de medicatieketen tussen het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en de eerste lijn.



Masterscriptie: Master zorgmanagement
Erasmus Universiteit, Rotterdam

Laura Krijgsman, 318953

Fr. Haverschmidt laan 32

3116 JM Schiedam

Begeleider: E. Huisman MBA/MBI

Meelezers: Dr. M. de Mul en Dr. M.M.H. Strating



Schiedam mei 2013

Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt mijn masterscriptie die ik heb gemaakt ter afsluiting van de Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. In dit verslag wordt mijn onderzoek beschreven over de medicatieoverdracht in de informatieketen en de rol van de patiënt daarin.

Er zijn een aantal mensen die ik graag wil bedanken voor de medewerking van het onderzoek. Als eerste wil ik het OLVG bedanken dat ik de gelegenheid en ruimte heb gekregen om binnen het OLVG mijn onderzoek uit te voeren. Daarbij wil ik specifiek de ziekenhuisapotheker Kim Gombert bedanken voor de mogelijkheden die zij mij heeft gegeven en de suggesties die zij heeft gedaan. De informatie die ik van haar heb gekregen was erg bruikbaar voor mijn onderzoek. Ik wil ook de specialisten en de patiënten bedanken van het OLVG door zichzelf open te stellen en zo eerlijk te zijn in de interviews.

Als derde wil ik graag mijn familie en vrienden bedanken voor de steun die ik van hen heb gekregen.

Tot slot wil ik graag Bert Huisman bedanken. Hij heeft mij begeleid en ondersteund bij het maken van mijn scriptie en ik ben dankbaar voor zijn inzet en geduld die hij getoond heeft. Veel leesplezier!

Laura Krijgsman

Mei 2013

Samenvatting

Medicatieveiligheid is de laatste decennia een belangrijk onderwerp geworden binnen gezondheidszorg. Uit onderzoek is gebleken dat er veel medicatiefouten gemaakt worden die voorkomen hadden kunnen worden. Vooral de overdracht van medicatiegegevens is daarbij een onveilig moment voor de patiënt. De Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) heeft daarom de richtlijn medicatieoverdracht in de keten opgesteld. In de richtlijn staan twee principes centraal: de voorschrijver moet op ieder moment van voorschrijven een actueel medicatie overzicht (AMO) hebben en de patiënt wordt verondersteld dit AMO bij zijn apotheek op te halen voorafgaand aan zijn bezoek bij de voorschrijver. Dit proces blijkt nog niet te verlopen zoals de IGZ het zou willen. Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) merkt dit ook in de praktijk. In de voor dit ziekenhuis uitgevoerde accreditatie door het Nederlands Instituut voor de Accreditatie van Ziekenhuis (NIAZ) is geconcludeerd dat de medicatieoverdracht niet waterdicht is en de communicatie naar de eerste lijn niet sluitend. Het doel van dit onderzoek is daarom om het verloop van het proces binnen de keten te onderzoeken en in het bijzonder de rol die de patiënt daarin heeft.

Er is kwalitatief beschrijvend onderzoek gedaan in het OLVG. De data is verzameld door poliklinische specialisten, patiënten en ziekenhuisapothekers te interviewen. Tevens zijn er documenten over de richtlijn en medicatieverificatie verzameld en geanalyseerd en zijn de informatiesystemen waarmee gewerkt wordt in het OLVG geobserveerd.

Uit het onderzoek blijkt dat het proces in het OLVG niet hetzelfde blijkt te lopen als de richtlijn “medicatieoverdracht in de keten” veronderstelt. De patiënt heeft de medeverantwoordelijkheid in het proces om het AMO op te halen, maar neemt die verantwoordelijkheid vaak niet. Deze verantwoordelijkheid blijkt ook onrealistisch te zijn omdat patiënten niet verantwoordelijk kunnen zijn of willen zijn bijvoorbeeld door de medische toestand. Voorschrijvers hebben de taak om het AMO te gebruiken, maar ook dat gebeurt niet altijd. De focus ligt voor specialisten op de informatiesystemen waar ook medicatie-informatie uit gehaald kan worden omdat ze het AMO ouderwets en achterhaald vinden. Daarnaast hebben de specialisten geen regierol meer in het proces door de richtlijn. Die rol ligt bij de openbare apothekers omdat de apotheker de medicatie uitgeeft en dus altijd betrokken is bij de overdracht van medicatie. Hierdoor gaan apothekers steeds meer in gesprek met de patiënt, ook over de medicatie die de specialist net heeft voorgeschreven. Specialisten hebben hierdoor het gevoel dat de apothekers zich als dokter gaan gedragen en daardoor in het domein van de specialist komt. Dit wordt in dit onderzoek ook wel een frictie

tussen de domeinen genoemd. Hierdoor ontstaat er een stoeve samenwerking tussen de specialist en de apotheker.

De belangrijkste conclusie kan echter getrokken worden over de richtlijn zelf. De bovengenoemde problemen zijn namelijk problemen die veroorzaakt zijn door de veronderstellingen van de richtlijn. De richtlijn is ouderwets omdat het niet elektronisch is en heeft ook onvoldoende rekening gehouden met de onrealistische verantwoordelijkheid van de patiënt en de frictie tussen de domeinen. Naar aanleiding van dit onderzoek kan daarom de aanbeveling gedaan worden om de richtlijn aan te passen of te vervangen een ICT systeem kan hierbij behulpzaam zijn.

Summary

Medication safety has become an important issue in healthcare, especially since research has shown that many medication errors could have been prevented. The transfer of medication data is the most unsafe moment for the patient and causes medication errors. Therefore the Inspectorate of healthcare (IGZ) has created the guideline “medication transfer in the chain”. This guideline has two main principles: the prescriber has an Actual Medication List (AMO) with him at any time and the patient is supposed to pick this AMO up at his pharmacy when he/she goes to the prescriber. At this moment the process doesn’t work the way the IGZ would prefer. The Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) experience this also in practice. The accreditation carried out for this hospital by the Dutch Institute for Accreditation of Hospitals (NIAZ) concluded that the medication transfer is not waterproof and that the communication to the first line is not conclusive. The purpose of this study is therefore to investigate the medication transfer process within the chain and to investigate the role of the patient in this process.

A qualitative descriptive study has been done in the OLVG. The data was collected by interviewing doctors, patient and hospital pharmacists. The guideline and documents about medication verification were also collected and analyzed and the information systems have been observed.

The research has shown that the process within the OLVG does not appear to work the same as the guideline “medication reconciliation in the chain”. The patient has the co-responsibility in the process to bring the AMO with him. However the patient often fails in this task. To give the patient this responsibility is unrealistic because patients do not want and cannot take on this responsibility for example because they are sick. Doctors have the responsibility to use the AMO but the research has shown that the doctors do not always take this responsibility. Doctors focus on information systems instead as an alternative source of medication information. The specialists rely on this information system because they think the AMO is outdated and old fashioned. Because of the guideline the doctor also had to relinquish his management role within the process. In the guideline the management role is transferred to the community pharmacist. Thus the pharmacists will ask more questions to the patients regarding medication even if these questions have often already been asked by the doctors. Therefore the doctor feels threatened. This is called a friction between the domains. This creates a difficult cooperation between the doctor and the pharmacist.

The main conclusion of this study lies within the guideline itself. The problems in the OLVG are caused by the defects of the guideline. The guideline is outdated and does not take the unrealistic responsibility of the patient and the friction between the domains into account. Therefore this research recommends that the guideline should be adjusted or replaced.

Inhoudsopgave

1. Probleemanalyse	1-4
1.1 Medicatieveiligheid	1
1.2 Richtlijn	1-2
1.3 Probleem bij de medicatieoverdracht	2-4
1.4 Doelstelling	4
2. Hoofd- en deelvragen	5
Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van het onderzoek	5
3. Theoretisch kader	6-14
3.1 Socio technisch perspectief	6-7
3.2 Wat is medicatieoverdracht en hoe verloopt het proces van medicatieoverdracht?	7-8
3.3 Welke actoren spelen een rol bij deze medicatieoverdracht en wat voor rol spelen zij?	9-11
3.3.1 <i>Niet-menselijke actoren</i>	9
3.3.2 <i>Menselijke actoren</i>	9-11
3.4 De medeverantwoordelijkheid van de patiënt	11-14
3.4.1. <i>De medeverantwoordelijkheid van de patiënt</i>	11-12
3.4.2. <i>Het vergroten van de betrokkenheid van de patiënt</i>	12-13
3.4.3 <i>Methodes en randvoorwaarden voor participatie</i>	13-14
3.4.4 <i>Factoren die meespelen bij de participatie</i>	14
4. Methodes	15-18
4.1 Keuze van design	15
4.2 Dataverzameling	15-16
4.3 Risico's tijdens de uitvoering van het onderzoek	16-17
4.4 Analyse van de data	17
4.5 Selectie organisatie en onderzoekspersonen	17-18
4.6 Validiteit, betrouwbaarheid en etnische overwegingen	18
5. Resultaten	19-33
5.1 De implementatie van de richtlijn medicatieoverdracht	19-20
Eerste deel: het proces van medicatieverificatie	20-26
5.2 Het AMO	20-22
5.2.1 <i>Het AMO in de praktijk</i>	20-21
5.2.2 <i>De inhoud van het AMO</i>	21-22
5.3 Het EVS	22-24
5.3.1 <i>De opvraagbaarheid van de medicatie</i>	22-23
5.3.2 <i>De functionaliteit en de versnippering van het programma</i>	23-24
5.4 De toelichting van de patiënt	24-25

5.5 Het complete proces van medicatieverificatie	25
5.5.1 <i>Focus op de systemen</i>	25
5.5.2 <i>Gebrek aan structuur</i>	25-26
Tweede deel: de menselijke actoren betrokken bij het proces	26-33
5.6 De specialist	26-27
5.6.1 <i>Teveel focus op de systemen</i>	26-27
5.6.2 <i>Fouten van de specialist</i>	27
5.7 De patiënt	27-31
5.7.1 <i>Praktijksituatie</i>	27-29
5.7.2 <i>Redenen van een gebrek aan participatie</i>	29-30
5.7.3 <i>Betekenis betrokkenheid in de praktijk</i>	30
5.8 De openbare apotheek	31-32
5.8.1 <i>De relatie tussen de apotheek en de specialist</i>	31
5.8.2 <i>De relatie tussen de apotheek en de patiënt</i>	31-32
6. Discussie en conclusie	33-43
6.1 Discussie	33-37
6.1.1 <i>De frictie tussen de domeinen van de specialist en de apotheek</i>	33-35
6.1.2 <i>De onrealistische verantwoordelijkheid van de patiënt</i>	35-37
6.1.3 <i>Invoeren van de richtlijn in het OLVG</i>	36-37
6.2 Conclusie	37-40
6.2.1 <i>Deelvragen</i>	37-40
6.2.2 <i>Hoofdvraag</i>	40
6.3 Aanbevelingen	41-42
6.3.1 <i>Praktische aanbevelingen</i>	41
6.3.2 <i>Theoretische aanbevelingen</i>	41-42
6.3.3 <i>Wetenschappelijke aanbevelingen</i>	42-43
6.4 Beperkingen van het onderzoek	43-44

Bijlage 1 en 2

Literatuurlijst

1. Probleemanalyse

1.1 Medicatieveiligheid

De laatste decennia is patiëntveiligheid een actueel onderwerp geworden binnen de gezondheidszorg. Dit blijkt wel uit de honderdduizenden hits die patiëntveiligheid oplevert op verschillende zoekmachines (Klein 2012). Veel onderzoeken richten zich daarbij op medicatiefouten die voorkomen hadden kunnen worden. Het HARM-onderzoek (Hospital Admissions Related to Medication) uit 2008 is daar een voorbeeld van. Uit dit onderzoek blijkt dat er veel medicatiefouten in Nederlandse ziekenhuizen worden gemaakt (Leendertse 2008; van den Bemt et al. 2006). Het onderzoek laat zien dat 5.6% van alle acute opnames wordt veroorzaakt door medicatiefouten. Dat komt neer op 41.000 opnames. Hiervan had 46% voorkomen kunnen worden. Dat komt neer op ongeveer 19.000 opnames per jaar in Nederland (ibid 2008; ibid 2006). Behalve dat de medicatiefouten de patiëntveiligheid aantasten, kosten ze jaarlijks ook nog eens 86.7 miljoen euro (van den Bemt et al. 2006).

Vooraf de overdracht van de medicatiegegevens is een onveilig moment voor de patiënt en zorgt voor veel medicatiefouten (Helfrich & Sonnen 2009). Ongeveer een kwart van de medicatiefouten ontstaat door problemen bij de overdracht (de Smet 2009). Dit komt voornamelijk doordat er nauwelijks afstemming is tussen de partijen over de omgang met medicatiegegevens waardoor de fouten ontstaan (van Wijck 2011). Medicatiefouten kunnen fouten zijn in de dosering of de frequentie. Als er gekeken wordt naar de overdracht kan een fout ontstaan doordat er bijvoorbeeld onbedoeld gestopt wordt met de thuismedicatie bij opname of juist onbedoeld herstart bij ontslag (Helfrich & Sonnen 2009).

1.2 Richtlijn

Doordat de overdracht van medicatie-informatie een probleem is heeft het Ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) in 2004 besloten dat de overheid het initiatief moest nemen om de medicatieoverdracht te verbeteren. De overheid besloot dat er bij elk voorschrijfmoment een actueel medicatieoverzicht (AMO) aanwezig moet zijn met alle geneesmiddelen die een patiënt gebruikt. In een acute setting moet er binnen 24 uur een AMO aanwezig zijn (Helfrich & Sonnen 2009). Met die gedachte is de richtlijn "overdracht van medicatiegegevens in de keten" uiteindelijk opgesteld. Hierbij waren negentien partijen betrokken waaronder de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van der Geneeskunst (KNMG), de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz). Op 27 april 2010 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) 40.000 brieven gestuurd aan alle zorginstellingen over deze richtlijn. Hierin wordt uitgelegd dat elke zorgorganisatie zich

vanaf januari 2011 moet houden aan de nieuwe richtlijn en dat de IGZ de naleving ervan zal gaan controleren (IGZ 2010).

De richtlijn heeft als basis dat er bij elk voorschrijfmoment een AMO beschikbaar moet zijn. Bij spoedopnames en bij de overdracht naar de volgende schakel moet dit binnen 24 uur beschikbaar zijn (IGZ 2008). Het AMO kan opgevraagd worden door de patiënt bij de huisapotheek. De patiënt moet het AMO daarna meenemen als hij of zij naar het ziekenhuis of naar een andere zorgaanbieder gaat. Een zorgaanbieder moet het AMO elke keer verifiëren in een gesprek met de patiënt. Dit wordt ook wel medicatieverificatie genoemd (Helfrich & Sonnen 2009). Als de zorgaanbieder nieuwe medicatie voorschrijft of oude wijzigt, moet dit bijgewerkt worden in het AMO. Deze wordt daarna meegegeven aan de patiënt en de patiënt moet deze terugkoppelen aan de apotheek (de Jong 2010). Het proces van medicatieoverdracht voor de openbare apotheek volgens de richtlijn wordt in figuur 1 schematisch weergegeven.



Figuur 1: Proces medicatieoverdracht vanuit de openbare apotheek volgens de richtlijn; bron: de Dood et al. 2010

Het proces voor de patiënt wordt in figuur 2 weergegeven. Figuur 2 is gebaseerd op de patiëntveiligheidskaart (zie bijlage 1) die door het NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) is opgesteld.

Het doel van de richtlijn is uiteindelijk om de medicatieoverdracht te verbeteren. Er zijn daarbij initiatieven ontstaan om dit te verwezenlijken. De zorgaanbieders hebben bijvoorbeeld verschillende handleidingen gekregen vanuit de overheid om de richtlijn in te voeren. Een voorbeeld is het zgn. spoorboekje. Dit is een handleiding voor de uitvoering van de richtlijn. Een ander voorbeeld is de praktijkgids medicatieverificatie of de FTO (Farmacotherapie Overleg) gids die bedoeld is voor apothekers en huisartsen die

werkafspraken willen maken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden (de Roos 2010). Daarnaast is de website www.medicatieoverdracht.nl opgezet om meer informatie te geven over medicatieoverdracht.



Figuur 2: Proces medicatieoverdracht voor de patiënt volgens de richtlijn medicatieoverdracht

1.3 Probleem bij de medicatieoverdracht

Ondanks de richtlijn en de verschillende hulpmiddelen om de overdracht te verbeteren blijkt dat medicatieoverdracht over het algemeen nog niet zonder problemen verloopt (de Leeuw 2011). De IGZ heeft eind 2011 een pilot uitgevoerd om te kijken of de richtlijn al werd nageleefd, maar hieruit bleek dat de overdracht nog onvoldoende georganiseerd was (ibid 2011). Het proces loopt vaak niet zoals de IGZ het bedoeld had. Dit komt doordat de uitwisseling van informatie gebrekkig en niet gestructureerd verloopt. De openbare apotheek, de huisarts en de specialist kregen daardoor niet altijd de juiste informatie over de wijzigingen in de medicatie (ibid 2011).

Daarnaast verloopt het proces van de patiënt ook niet volgens het plan van de IGZ. De patiënt zou volgens de richtlijn een goede schakel kunnen vormen tussen de eerste en tweede lijn door medeverantwoordelijk te worden voor zijn eigen medicatieoverzicht en altijd een AMO mee te nemen. De patiënt zou hiervoor geschikt zijn omdat hij het grootste belang heeft bij een AMO en omdat de patiënt een continue factor vormt in het proces (Karapinar-Carkit 2010; NPCF 2009). De patiënt blijkt deze beoogde participerende rol echter niet op zich te nemen (de Grooth 2011; NPCF 2009). Van alle patiënten vindt maar 50% het normaal om zelf initiatief te nemen als er iets in zijn medicijngebruik verandert. Ongeveer

een derde van de deelnemers heeft ook daadwerkelijke veranderingen in het gebruik van geneesmiddelen doorgegeven aan de apotheek (Lekkerkerk & Hamersma 2011).

1.4 Doelstelling

Geconcludeerd kan worden dat het proces van de medicatieoverdracht nog niet verloopt zoals de IGZ het zou willen. De vraag is of de patiënt wel een dergelijke grote rol zou kunnen of willen spelen in het proces van de medicatieoverdracht. Daarnaast zou de overdracht ook zonder patiënt op de juiste manier moeten verlopen door de andere betrokkenen in het proces, maar dit blijkt ook niet het geval te zijn (de Leeuw 2011). Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam merkt dit probleem in de praktijk. Dit blijkt uit het NIAZ-rapport van 2011 (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg). Het NIAZ geeft aan dat het systeem van de overdracht niet waterdicht is en dat de communicatie rondom medicatie zowel binnen het ziekenhuis als naar de eerste lijn nog niet sluitend is. Om de medicatieveiligheid te verbeteren wil het OLVG daarom de overdracht verbeteren en achterhalen waar de problemen door worden veroorzaakt.

Het doel van deze scriptie is daarom het verloop van het proces van de informatieoverdracht binnen de keten te onderzoeken en de rol die de patiënt daarin zou kunnen en willen spelen. Het onderzoek leent zich voor de sociotechnische benadering van Berg (1999) omdat in het proces van medicatieoverdracht vele actoren aanwezig zijn, zoals het AMO, de verschillende soorten systemen en de menselijke actoren zoals de patiënten, de apothekers en de specialisten. Het gaat daarbij in dit onderzoek wel om de poliklinische specialist. Elke actor speelt een eigen rol en verhoudt zich op een bepaalde manier tot de ander. Door al deze actoren is het proces erg complex omdat er niet van tevoren kan worden ingeschat hoe de actoren zich gaan gedragen met de komst van de nieuwe richtlijn. Het is de vraag in hoeverre en hoe de actoren zich gaan aanpassen. Er is daarom een open insteek nodig om de actoren te onderzoeken. De sociotechnische benadering wordt in het theoretisch kader verder toegelicht.

2. Hoofd en - deelvragen

Hoofdvraag:

Hoe verloopt het proces van de informatieoverdracht in de medicatieketen van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis van en naar de eerste lijn en welke rol speelt de patiënt daarin?

Deelvragen:

1. Wat is informatieoverdracht in de medicatieketen (medicatieoverdracht)?
2. Welke actoren spelen een rol bij de medicatieoverdracht en wat voor rol spelen zij?
3. Welke rol speelt de patiënt bij deze overdracht?
4. Hoe is de situatie in het OLVG m.b.t. de medicatie overdracht in de keten en welke rol heeft de patiënt daarbij?
5. Wat voegt dit onderzoek toe aan de theorie over de toepassing van de sociotechnische benadering op de informatie uitwisseling in de medicatieketen?

Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van het onderzoek

Maatschappelijke relevantie wordt omschreven als: “de mate waarin onderzoek bijdraagt aan en inzicht geeft in de ontwikkeling van maatschappelijke sectoren en praktijken en het oplossen van problemen en vraagstukken” (Maassen van den Brink et al. 2010). Het gaat daarbij om de concrete bijdragen en effecten van het onderzoek (ibid). Het onderzoek voldoet aan deze definitie omdat:

- het inzicht geeft in het proces van medicatieoverdracht in de keten voor een maatschappelijke sector, namelijk de gezondheidszorg;
- het bijdraagt aan de ontwikkeling van de praktijk omdat het proces van medicatieoverdracht inzichtelijk wordt gemaakt waardoor knelpunten in dit proces kunnen worden gesignaleerd. De aanbevelingen uit de conclusie kunnen ook gebruikt worden voor de ontwikkeling van de praktijk.

Het is daarnaast maatschappelijk relevant omdat het onderzoek de overdracht zou kunnen verbeteren wat nodig is doordat de overdracht op dit moment een onveilig moment is en zorgt voor veel medicatiefouten (Helfrich & Sonnen 2009).

Het onderzoek heeft wetenschappelijke relevantie omdat er sinds de invoering van de richtlijn begin 2011 nog maar weinig onderzoeken zijn gedaan die via een kwalitatieve onderzoeksmethode het proces van medicatieoverdracht onderzoeken. Daarnaast is het uniek dat er een socio technisch perspectief gebruikt wordt en dat alle actoren van de keten worden onderzocht.

3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt besproken wat er al bekend is over de informatieoverdracht in de medicatieketen en welke actoren daarbij een rol spelen. Daarnaast worden er ook theorieën besproken over patiëntenparticipatie en de mogelijkheden die er zijn voor patiëntenparticipatie bij de medicatieoverdracht. De probleemstelling en de deelvragen worden nader verkend en uitgewerkt aan de hand van theorie. Dit theoretisch kader geeft een bepaald perspectief dat uiteindelijk begrip kan geven op de data.

3.1 Sociotechnische benadering

Zoals in de probleemanalyse al is gesteld leent dit onderzoek zich voor een sociotechnische benadering. Bij dit perspectief gaat het om een wederzijdse beïnvloeding tussen de sociale dimensie (attitudes en relaties) en de technische dimensie (IT systemen en andere techniek/structuren) (Berg 1999 uit Cresswell et al. 2010). Een onderzoeker kijkt bij dit perspectief niet alleen blind naar de technologie of alleen naar sociale factoren, maar naar beide (ibid). Bij dit perspectief is er een brede definitie van “technologie”. Het gaat daarbij zowel om IT systemen als om management instrumenten zoals processen en documenten (Timmermans & Berg 2003). De richtlijn medicatieoverdracht kan daarom ook gezien worden als “technologie”. De wetenschap is bij de sociotechnische benadering in actie, ofwel de technologie in practice, wat betekent dat de technologie kan veranderen door sociale actoren, maar ook de sociale actoren kan beïnvloeden (Latour 1988). De technologie werkt alleen als het wordt aangepast aan de praktijk (ibid). Het perspectief benadrukt daarom dat er eerst een empirisch inzicht nodig is in de praktijk waarin een nieuwe technologie gebruikt gaat worden (Berg 1999). Het proces en de verschillende actoren/elementen die daarbij betrokken zijn worden onderzocht bij dit perspectief. Het is daarom een hele open manier van onderzoeken (Cresswell et al. 2010).

Een onderzoek leent zich voor een sociotechnische benadering vanwege tweede redenen. Ten eerste is het nodig omdat er in de zorg verschillende soorten netwerken zijn. Elk netwerk bestaat uit mensen, instrumenten, werkrouines, documenten enzovoorts die met elkaar verbonden zijn (Berg 1999). In de keten van medicatieoverdracht zijn er ook allemaal actoren die schakels in de ketting zijn en allemaal een eigen rol hebben die verweven zijn in de organisatie. Bij de introductie van een nieuw element, zoals de richtlijn, weerkaatst het door naar de praktijk waardoor er veranderingen nodig zijn in de organisatie (ibid). De richtlijn verandert namelijk de rollen en verantwoordelijkheden van de actoren. Als er geen inzicht is in de praktijk en de verschillende elementen/actoren, is het lastig om een nieuwe technologie te implementeren (ibid). Voor onderzoekers voegt het perspectief daarom veel waarde toe.

De elementen/actoren worden namelijk vaak genegeerd als onderzoekers een lineaire of causale benadering hebben (Mol 1999).

Als tweede is de sociotechnische benadering nodig omdat de zorg erg complex is. Het is moeilijk om van tevoren in te schatten wat de reactie is van de patiënten en de professionals op de nieuwe interventie (Berg 1999). Om die complexiteit te onderzoeken is er een open insteek nodig. Het perspectief heeft die insteek doordat het een andere kijk heeft op het werk in de zorg. Een voorbeeld hiervan is dat het perspectief er rekening mee houdt dat iemand beïnvloed wordt door anderen als hij of zij keuzes maken en een keuze nooit individueel is (ibid). De sociotechnische benadering is daarom niet bedoeld om hypothesen te testen, maar het verrijkt het gevoel over en inzicht in deze complexe wereld (Aarts et al. 2010).

3.2 Deelvraag 1: Wat is informatieoverdracht in de medicatieketen (medicatieoverdracht?)

Medicatieoverdracht wordt simpelweg omschreven als de overdracht van medicatiegegevens tussen zorgverleners in een keten. Bij deze overdracht is het belangrijk dat er een AMO aanwezig is anders kunnen er overdrachtfouten ontstaan. Een medicatieoverzicht is actueel als de volgende punten worden vermeld (Barnsteiner 2005):

- de naam, de dosering en de frequentie van de medicatie
- de route van administratie;
- de allergieën van de patiënt;
- het daadwerkelijke gebruik, de therapietrouw en de ervaringen van de patiënt met de medicatie (Horssen et al. 2010);
- alle zelfzorgmiddelen.

Om een overzicht actueel te houden is er medicatie “reconciliation” (MR) nodig. Dit is het proces van het verkrijgen en behouden van een volledige en nauwkeurige lijst van het huidige medicatiegebruik van een patiënt langs verschillende zorginstellingen (The Joint Commission 2006; The Institute of healthcare improvement 2007). Het is het belangrijkste onderdeel om de overdracht (stap 4 van het MR proces) veilig te laten verlopen (ibid). Van alle medicatiefouten wordt namelijk 46% veroorzaakt door een gebrek aan MR (Bates et al. 1997; Institute of healthcare improvement 2004). MR bestaat uit vier stappen (Karapinar-Carkit et al. 2009).

1. Verificatie: de huidige medicatielijst wordt bijeengebracht waarbij de volgende bronnen van informatie worden gebruikt: eigen dossiers, dossiers van de openbare apotheek, medische dossiers/informatie van de huisarts, medicatie die is meegenomen door de patiënt of informatie van de patiënt of de familie van de patiënt. Dit wordt gedaan voorafgaand aan een consult met de patiënt.

2. Verduidelijking (clarification): de medicatie en dosis worden gecheckt op geschiktheid. De arts in het ziekenhuis kan bijvoorbeeld de medicatie niet geschikt vinden voor de patiënt of de medicatie is niet meer nodig omdat de patiënt net geopereerd is.
3. Reconciliation: er wordt gekeken of er verschillen zijn tussen de nieuwe en oude medicatie en veranderingen worden gedocumenteerd.
4. Overdracht (Transmission): de nieuwe en gecontroleerde lijst wordt gecommuniceerd met de eerste lijn en/of met de volgende zorginstelling.

De vier stappen van MR gelden voor elke situatie, zowel bij een poliklinische consult als bij de opname en ontslag uit het ziekenhuis.

De MR kan zowel met als zonder de betrokkenheid van de patiënt worden doorlopen. Bij de verificatie stap (stap 1) worden een aantal bronnen van informatie genoemd. In Amerika is de patiënt daarvan de belangrijkste bron, terwijl in Nederland nog steeds de informatie van de openbare apotheek de belangrijkste bron is (The Joint Commission 2006; Vinks et al. 2006). Echter de combinatie van het gebruik van zowel de medicatie dossiers als de betrokkenheid van de patiënt bij de verificatie fase moet zorgen voor een beter medicatie reconciliatie proces (Bedell et al. 2000). Daarnaast blijkt uit het onderzoek van Karapinar-Carkit et al. (2009) dat MR niet voldoende is zonder de patiënt bij alle stappen van MR te betrekken. De stappen van MR met de betrokkenheid van de patiënt worden als volgt omschreven (Karapinar-Carkit et al. 2009):

1. Verificatie: de informatie over de huidige medicatie dat uit het dossier is gehaald wordt bevestigd door een gesprek met de patiënt.
2. Verduidelijking (clarification): nadat de medicatie gecheckt is op geschiktheid worden mogelijke medicatieproblemen besproken met de patiënt en kan de patiënt vragen stellen die door de arts worden beantwoord.
3. Reconciliation: veranderingen in de medicatie worden gedocumenteerd en vergeleken met oude medicatie. Nieuwe medicatie wordt met de patiënt besproken.
4. Overdracht: de nieuwe medicatielijst, de kwaliteit van de therapie, de problemen met het gebruik en de verschillen met voorheen worden gecommuniceerd met de eerste lijn en/of de volgende zorgverlening.

Het MR proces geldt voor alle zorgverleners. Er zijn echter nog meer actoren betrokken in de keten die bepalen of de patiënt goede zorg krijgt geleverd met een hoge medicatieveiligheid. Alleen samen is het medicatieoverzicht compleet (de Roos 2010). Samen vormen de actoren een keten (Rosendal et al. 2009).

3.3 Deelvraag 2: Welke actoren spelen een rol bij de medicatieoverdracht en wat voor rol spelen zij?

De actoren die betrokken zijn bij de medicatieoverdracht kunnen zowel menselijk als niet-menselijke actoren zijn, ofwel de sociale en technische actoren volgens het socio technisch perspectief.

3.3.1. Niet menselijke actoren

Als eerste hebben zorgverleners eigen Elektronische Patiënten Dossiers (EPD) die ze binnen de organisatie met elkaar delen. Alle medische en administratieve gegevens van een patiënt zijn digitaal vastgelegd in dit systeem en de zorgverlener beschikt altijd over correcte en volledige gegevens (Greenhalgh et al. 2009; Nationaal ICT Instituut in de Zorg 2009a). Er zijn hierbij verschillende EPD-generaties. Bij de eerste en tweede generatie worden gegevens digitaal ingevoerd en kunnen zorgverleners respectievelijk ook informatie toevoegen. Dit zijn de digitale statusvoeringen (DSV) (van Dijk 2005). De derde generatie is meer geavanceerd waarbij zorgverleners ook ondersteund worden bij de werkprocessen. Deze generatie zou vooral wenselijk zijn voor de medicatieoverdracht omdat het EPD dan bijvoorbeeld ook afwijkingen en fouten kan signaleren waardoor de medicatieveiligheid verbetert (ibid 2005). Het Elektronisch Voorschrift Systeem (EVS) zorgt er ook voor dat de overdracht van medicatie binnen een ziekenhuis of instelling verbetert. Dit systeem doet suggesties aan de arts over het voorschrijven van geneesmiddelen en houdt rekening met gegevens van de patiënt (zoals allergieën), de diagnose en huidige medicatie (Lagendijk et al. 2001). Het ondersteunt zorgverleners bij de werkprocessen en kan daardoor gezien worden als derde generatie EPD, mits het op de juiste manier verloopt.

Als tweede kunnen zorgverleners deze informatie uit het EPD en het EVS delen d.m.v. een regionaal netwerk ook wel Open Zorg Informatie Systeem (OZIS) genoemd en via een landelijk netwerk ook wel het Landelijk Schakel Punt (LSP) genoemd. OZIS maakt het mogelijk voor apothekers om medicatie data met elkaar uit te wisselen. OZIS is voor dienstwaarneming ontwikkeld omdat de patiënt niet alleen maar medicijnen haalt bij de eigen huisapotheek. Steeds vaker haalt de patiënt medicatie op bij bijvoorbeeld een apotheek die 's avonds of in het weekend open is of bij de apotheek in het ziekenhuis (Stoop et al. 2007).

Als laatste is het AMO zelf ook een niet-menselijke actor die de communicatie binnen de medicatieoverdracht organiseert.

3.3.2. Menselijke actoren

De menselijke actoren die betrokken zijn bij de medicatieoverdracht zijn de zorgaanbieders in de keten. Het gaat daarbij om de openbare apotheker, de huisarts, de specialist, de ziekenhuisapotheeker/ het Apotheek Service Punt (ASP) en de patiënt.

De rol van de openbare apotheker wordt als volgt omschreven: *“De apotheker is verantwoordelijk voor het veilig ter hand stellen en bewaken van de aan de patiënt voorgeschreven medicatie. Hij organiseert de processen zodanig dat het overzicht altijd actueel is bij elk overdrachtsmoment van een voorschrijver naar de volgende voorschrijver”* (de Jong 2010). De apotheker moet daarbij eventuele wijzigingen registreren op het moment dat een patiënt de medicijnen komt ophalen. Vervolgens geeft de apotheker het medicatieoverzicht mee aan de patiënt, maar levert de apotheker vaak ook informatie aan andere zorgverleners aan (de Dood et al. 2010; de Graaf 2008). Hierdoor vervult de openbare apotheker een regierol. Het is daarbij van belang dat specialisten en huisartsen niet terughoudend zijn met het delen van informatie anders kan de apotheker de regierol niet goed uitvoeren. De apotheker heeft een volledig medisch patiëntendossier nodig (Brouwers et al. 2010).

De huisarts is net als de openbare apotheker een dossierbeheerder en heeft de verantwoordelijkheid om de medicatiegegevens van de patiënt actueel te houden. Deze informatie moet de huisarts daarna uitwisselen met de apotheek. In tegenstelling tot de apotheek heeft de huisarts geen centrale rol in de keten en is de huisarts niet betrokken bij de medicatieoverdracht naar de volgende schakel (Horssen et al. 2010; de Jong 2011). De huisarts en apotheker behoren wel afspraken te maken over het onderling uitwisselen van informatie. Dit is informatie over de actuele medicijnen, maar ook de reden van voorschrijven, tussentijdse wijzigingen, contra-indicaties (hartfalen, zwangerschap), allergieën, relevante laboratoriumgegevens, vrij verkrijgbare middelen en inbreng van de patiënt bij het actueel houden van het medicatieoverzicht (Horssen et al. 2010).

De specialist is net als de huisarts verantwoordelijk voor het controleren van een actueel medicatieoverzicht bij een consult. Het gaat bij deze richtlijn wel om de poliklinische specialist. De informatie over wijzigingen wisselt de specialist uit met de openbare apotheek (de Jong 2010).

De ziekenhuisapotheker heeft de verantwoordelijkheid om binnen het ziekenhuis de overdracht van medicatiegegevens te organiseren. De medicatie tijdens de opname en de ziekenhuismedicatie wordt door de ziekenhuisapotheker geregistreerd. Bij de overdracht naar de huisapotheek geeft de ziekenhuisapotheker toestemming dat de gegevens mogen worden overgedragen als deze compleet zijn (de Jong 2010). De ziekenhuisapotheker heeft echter geen centrale rol bij de overdracht. Het is vooral van belang dat de afstemming tussen de ziekenhuisapotheker en de openbare apotheker soepel verloopt (Zuidgeest et al. 2009). In de beste situatie zou de ziekenhuisapotheker wel moeten beschikken over de gegevens

uit het medisch patiëntendossier i.p.v. alleen de medicatiegegevens. Hierdoor is de indicatie bij de ziekenhuisapotheker bekend en kan hij of zij een oordeel vellen over bijvoorbeeld de dosering. Er zullen dan waarschijnlijk minder fouten ontstaan bij opname. De ziekenhuisapotheker zou op die manier risico's kunnen analyseren waardoor fouten kunnen worden vermeden (Drenth-van Maanen et al. 2009).

Om de overdracht van informatie tussen de openbare apotheek en de ziekenhuisapothek te verbeteren hebben veel ziekenhuizen een Apotheek Service Punt (ASP) opgericht. Uit onderzoek blijkt dat ziekenhuizen met een ASP vaker de medicatie doornemen bij opnames en vaker wijzigingen doorgeven aan de openbare apotheek. Het ASP zorgt daardoor voor een betere afstemming in de keten (van Elzen et al. 2007). Het ASP en de ziekenhuisapothek moeten wel aandacht besteden aan de samenwerkingsrelaties met de openbare apotheek. Door de ziekenhuisapothek en het ASP kunnen medewerkers van de openbare apotheek het gevoel krijgen dat het ziekenhuis "hun" patiënten zal afpakken en daardoor ook de geneesmiddelenleveringen en omzet (NVZA 2007; Wilkens et al. 2010).

3.4 Deelvraag 3: Welke rol speelt de patiënt bij de medicatieoverdracht?

3.4.1 De medeverantwoordelijkheid van de patiënt

De rol van de patiënt is de enige die nog niet besproken is bij de medicatieoverdracht. De rol van de patiënt bij de medicatieoverdracht is door de richtlijn veranderd. Er wordt nu van patiënten verwacht dat zij een schakel kunnen zijn tussen de eerste en tweede lijn door het AMO mee te nemen waardoor het proces van medicatie reconciliatie ook verbetert (de Jong 2010). Deze rol gaat een stap verder dan de "normale" participatie van patiënten. Volgens van de Bovenkamp et al. zijn er zes soorten participatiemogelijkheden. Bij alle zes gaat het om participatie bij de besluitvorming bijvoorbeeld doordat patiënten kunnen meepraten over en besluiten nemen rondom medisch onderzoek (van den Bovenkamp et al. 2008). In dit geval is er echter een unieke situatie ontstaan: de patiënt is medeverantwoordelijk geworden voor het verloop van het proces. De patiënt vervult daarbij een rol die niet door andere wordt vervuld en dat is anders dan dat de patiënt participeert bij de besluitvorming. Het begrip "participatie" is daarom in dit geval verbreed door de nieuwe rol van de patiënt.

De medeverantwoordelijkheid van de patiënt vertaalt zich naar twee ondersteunende rollen in het proces. Aan de ene kant helpt de patiënt de menselijke actoren bij het proces van de medicatieoverdracht door een actueel medicatieoverzicht mee te nemen. Aan de andere kant spelen de patiënten een belangrijke rol bij de niet-menselijke actoren omdat zij de invoering ervan kunnen beïnvloeden. Dit is bijvoorbeeld het geval bij het EPD. Het EPD is lastig in te voeren omdat de privacy geschonden kan worden,voornamelijk doordat het

misbruik grootschalig kan worden omdat het EPD elektronisch is. Het is onduidelijk wie er allemaal het dossier kan inkijken en daardoor kunnen patiënten bezwaar hebben tegen een EPD (Mies 2009). Dit zou opgelost kunnen worden door de rol van de patiënt te veranderen naar een eigen dossierbeheerder (Bhavani et al. 2011). De zorg verbetert hierdoor doordat de patiënt het advies van de arts beter begrijpt omdat de patiënt het advies kan nalezen en daardoor ook het medicatieschema beter zal gaan volgen. Daarnaast verbetert de overdracht en de medicatieveiligheid omdat de patiënt het dossier kan controleren op actualiteit en compleetheid (Bhavani et al. 2011; Fisher et al. 2009). Bate en Robert (2006) bepleiten ook dat het EPD verder moet gaan waarbij patiënten intensief betrokken worden.

3.4.2. Het vergroten van de betrokkenheid van de patiënt

Volgens de nieuwe rol van de patiënt zou de patiënt meer moeten participeren. Participatie wordt vaak gezien als een verbetering voor de veiligheid van zorg. Doordat de patiënt meer betrokken is bij de zorg, ziet hij of zij zelf sneller de risico's en de mogelijke oplossingen (Walsh 2007). Bij participatie worden patiënten en burgers betrokken bij aangelegenheden die met de zorg en gezondheid te maken hebben (Cahill 1996). Er zijn daarbij twee perspectieven die de participatie beïnvloeden: het consumentenperspectief en het democratische perspectief. Volgens het consumentenperspectief moet de patiënt benaderd worden als consument en daarbij voldoende informatie krijgen, anders zal de participatie moeilijker verlopen (Council of Europe 2001). Volgens de democratische benadering moet de patiënt gezien worden als burger, waarbij de patiënt het gevoel moet hebben dat zijn of haar stem daadwerkelijk gehoord wordt (Council of Europe 2001; Gustafsson & Driver 2005).

Het begrip participatie kent verschillende varianten. Het wisselt van een hele eenzijdige informatie-uitwisseling tot intense participatie waarbij de patiënt samen met de zorgverlener beslissingen neemt. In figuur 3 worden verschillende intensiteiten van participatie opgesomd, ook wel de participatieladder van Arnstein (1969). Daarbij geldt het volgende principe: *“hoe intenser de participatie, hoe meer macht de deelnemers krijgen en hoe waardevoller de participatie zou zijn”*. De ladder van Arnstein geldt voor burgers, maar geldt ook bij de participatie van patiënten (Leys et al. 2007).

De ladder van Arnstein en de daarop volgende onderzoeken over patiëntenparticipatie kunnen uiteindelijk samengevoegd worden tot vier vormen van participatie (Edelenbos & Monnikhof 2001; Bishop & Davis 2002; OECD-handboek 2001):

- informeren: de patiënt krijgt alleen informatie;
- consulteren/adviseren: de patiënt mag zijn mening geven;
- actieve participatie: beslissingen worden samen genomen;

- delegatie en controle: bij delegatie krijgen patiënten de kans om mee te helpen bij het aankaarten en formuleren van problemen en beleidskwesties. Bij controle krijgt de patiënt de volledige beslissingsmacht;

Arnstein's Eight Rungs on the Ladder of Citizen Participation				
RUNGS	CATEGORIES	TYPES	DESCRIPTION	EXAMPLES
8	↑	Citizen Control	Complete control of decision-making	Neighborhood associations, school boards, cooperatives, referendum and initiative
7	↑	Delegated Power	Dominant decision-making authority	Final approval over plan or some aspect of a plan, non-profit orgs.
6	Degrees of citizen power	Partnership	Share planning and decision-making responsibilities	Joint policy boards, planning committees
5	↑	Placation	Selective inclusion into public bodies	Appointment to boards, such as police commission, housing authority
4	↑	Consultation	Inviting opinions	Attitude surveys, neighborhood meetings and public hearings
3	Degrees of tokenism	Informing	Disseminate info	News media, pamphlets, posters, and respond to inquiries
2	↑	Therapy	Change view for cause of problem	Clinical group therapy
1	Non-participation	Manipulation	Educate or engineer support	Placed on neighborhood advisory boards, rubber-stamping committees

Bron: Arnstein (1969)

Figuur 3: Participatieladder van Arnstein (1969)

Bij de medicatieoverdracht is er echter een unieke vorm van participatie zoals in de vorige paragraaf al genoemd is. Het begrip "participatie" wordt nog meer verbreed en de patiënt wordt zelfs medeverantwoordelijk. Deze rol is net zoals de laatste "trap" (delegatie en controle) van de participatieladder ongewoon in de zorg, maar volgens het principe van Arnstein zou de meest intensieve vorm van participatie wel het meest waardevol zijn. Hogere treden zijn volgens van de Bovenkamp et al. (2008) echter niet altijd haalbaar, wenselijk of daadwerkelijk beter. Het is daarom de vraag of dat ook geldt voor de medeverantwoordelijkheid van de patiënt.

3.4.3 Methodes en randvoorwaarden voor participatie

Per participatiecategorie zijn er methodes te noemen die gebruikt kunnen worden om die categorie te verwezenlijken. Om patiënten actief te laten participeren kunnen er bijvoorbeeld workshops, studiegroepen of seminars gehouden worden (Health Canada 2000; Rowe & Frewer 2000; OECD handbook 2001; Dickinson 2002; Simces et al. 2003; Gollust et al. 2005). Om de participatie te realiseren gelden er echter een aantal randvoorwaarden. Als de organisatie participatie wil realiseren is het als eerste belangrijk te investeren in opleidingen en trainingen van deelnemers (Singer 1995). De artsen moeten participatie kunnen realiseren en dat vergt training. Er kunnen zelfs richtlijnen opgesteld worden voor de arts om

te leren hoe er open en eerlijk tegen een patiënt gepraat kan worden (ibid 1995). In veel gevallen is de arts op dit moment namelijk nog niet open tegen de patiënt (Walsh 2007). Om dit te bereiken is het van belang dat de arts vooral een 'steunende communicatie manier' aanneemt door open vragen te stellen. Dit kan bijvoorbeeld door tijdens de medicatieverificatie te vragen naar de ervaringen met de medicatie. Hierdoor voelt de patiënt de mogelijkheid zijn behoeftes en bezorgdheden te uiten (Street 1992; Makoul 1998; Waitzkin 1991). Als tweede speelt het vertrouwen in de dienstverlener en de organisatie ook mee bij de participatie. De patiënt moet erin geloven dat de participatie echt verschil kan maken. Het is daarbij essentieel te laten zien wat er gedaan wordt met de participatie en de uitkomsten ervan aan de patiënt te tonen. Op die manier neemt het vertrouwen in het participatieproces toe (Tritter & McCallum 2006; Farrell 2004; Constandriopoulos 2004).

3.4.4 Factoren die meespelen bij de participatie van de patiënt

Om de participatie van de patiënt te vergroten dient er rekening gehouden te worden met factoren die een rol spelen bij deze participatie. De bij de participatie gebruikte methodes, moeten daarom rekening houden met deze factoren (Steet et al. 2005). Uit onderzoek van Davis et al. 2007 blijkt dat het gaat om de volgende factoren:

1. **Patiëntgerelateerde factoren:** de normen en waarden van de patiënt, de kijk van de patiënt op participatie en demografische factoren (Larsson et al. 2007; Levinson et al. 2005; Thompson et al. 1993). Vooral de kijk op participatie speelt hierin mee. Een deel van de patiënten wil bijvoorbeeld helemaal niet participeren (ibid).
2. **Ziekte gerelateerde factoren:** de ernst van de ziekte en of de ziekte chronisch is of niet. Als een patiënt een bezoek aan een arts brengt wordt hij of zij geconfronteerd met de ziekte, waardoor de mondigheid en assertiviteit verdwijnen (Brandt 2009).
3. **Zorgverlener gerelateerde factoren:** zoals al eerder is gezegd, speelt de communicatieve vaardigheid van de arts mee bij de participatie. De normen en waarden van de arts, de perceptie van de tijdsdruk, de steun van de institutie, de training voor communicatievaardigheden, de acceptatie van de nieuwe rol, het type probleem, de soort arts en demografische variabelen hebben invloed (Longtin et al. 2010).
4. **Taakgerelateerd:** is de taak lastig te begrijpen voor de patiënt. Als de patiënt te weinig weet over wat er verwacht wordt zal de patiënt ook minder snel participeren (Thompson et al. 1993).
5. **Setting en context van de zorg:** eerste of tweedelijnszorg. In de eerste lijn zijn patiënten gewilliger om te participeren dan in de tweedelijnszorg.

Deze factoren kunnen de participatie beïnvloeden en moeten worden onderzocht.

4. Methoden

4.1 Keuze van design

Bij dit onderzoek was er sprake van een kwalitatieve onderzoeksmethode die beschrijvend is van aard. Kwalitatief onderzoek wordt vaak gekozen als het doel is om een situatie in een organisatie te beschrijven (Boeije 2008). In dit onderzoek was dat ook het doel. Doordat het onderzoek een socio technische benadering heeft was het belangrijk om zicht te krijgen op alle actoren van het proces om de situatie te kunnen beschrijven en daarom werden er zoveel mogelijk actoren onderzocht (Cresswell et al. 2010). Informatie over de actoren werd verkregen door de meningen en handelingen van de menselijke actoren te achterhalen en de niet-menselijke actoren te observeren (ibid). Het onderzoek werd uitgevoerd in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam.

Bij een kwalitatieve onderzoeksmethode speelt het vooronderzoek een grote rol, omdat dit leidt tot de vraagstelling en de deelvragen die de leidraad vormen in het onderzoek. Het vooronderzoek wordt ook wel de probleemanalyse genoemd waarbij gebruik gemaakt wordt van databanken die wetenschappelijke artikelen/onderzoek publiceren zoals pubmed en google scholar. Daarnaast werden ook publicaties, onderzoeken en artikelen gebruikt die niet uit deze databanken afkomstig waren. Dit zijn vooral onderzoeken die uitgevoerd zijn door andere ziekenhuizen die bezig waren met medicatieveiligheid.

Naast het vooronderzoek is er ook een verdiepend literatuuronderzoek gedaan. Hierbij werden voornamelijk wetenschappelijke artikelen gebruikt. Dit wordt ook wel het theoretisch kader genoemd. Dit kader werd uiteindelijk gebruikt om de praktijk mee te vergelijken.

4.2 Dataverzameling

Vanwege de socio technische benadering werden zoveel mogelijk actoren onderzocht en waren er daarom meerdere onderzoeksmethodes nodig. De menselijke actoren, zoals de patiënten, de specialisten en de (openbare)apothekers, werden geïnterviewd. Het voorafgaande vooronderzoek en verdiepend literatuuronderzoek hadden geleid tot een aantal onderwerpen voor de interviews ook wel topic interview genoemd (Boeije 2008). Deze onderwerpen staan in bijlage 2. Er zijn geen ja/nee-vragen gesteld omdat het niet belangrijk was hoeveel respondenten ja of nee beantwoordden. Het onderzoek was daarom niet gestandaardiseerd waardoor de respondenten de ruimte kregen om hun mening te geven en de gevoelens te uiten. Daarnaast was een vragenlijst niet mogelijk omdat er nog geen informatie was over wat de patiënten/ specialisten/ apothekers op dat moment vonden van het proces van de medicatieoverdracht en de verantwoordelijkheid van de patiënt.

De niet-menselijke actoren zijn daarnaast onderzocht via twee kwalitatieve onderzoeksmethoden: documentanalyses en observaties. De documenten omtrent de richtlijn,

de medicatieoverdracht en het AMO in het OLVG zijn geanalyseerd. De systemen zijn geobserveerd waarbij er mee werd gekeken met de arts tijdens uitleg over het gebruik van de systemen

Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de beschouwende afdelingen: de longgeneeskunde, de interne geneeskunde en de cardiologie. De interviews met de specialisten en apothekers hebben plaatsgevonden in de (spreek)kamers van de specialist/ apothekers of een andere ruimte die het meest geschikt was. De interviews met de patiënten hebben ook plaatsgevonden in een spreekkamer die de gehele dag vrij was om te gebruiken. Tijdens het interview werd er gebruik gemaakt van opnameapparatuur. Deze opnames werden opgeslagen op de computer en bij thuiskomst afgespeeld en exact uitgewerkt.

Het aantal specialisten en apothekers dat geïnterviewd werd hing af van de informatie uit elk interview. Er waren minder respondenten nodig als de antwoorden op de vragen bij de rest van de respondenten ongeveer hetzelfde was. De richtlijn voor kwalitatief onderzoek werd echter wel aangehouden waarbij er minimaal tussen de 10 en 20 deelnemers geïnterviewd moeten worden (AmCOGG 2002). Uiteindelijk zijn er 11 specialisten, 44 patiënten en 2 ziekenhuisapothekers geïnterviewd. Er is ook contact geweest met openbare apothekers alleen waren zij niet bereid om mee te werken aan het onderzoek. Er zijn zoveel patiënten geïnterviewd omdat er patiënten zijn die de vragen minder goed en uitgebreid zullen beantwoorden.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in oktober 2012. Het vooronderzoek en het verdiepende literatuuronderzoek waren daarvoor al uitgevoerd. Er werd met de afdelingen overlegd over de manier waarop het onderzoek werd aangepakt.

4.3 Risico's tijdens de uitvoering

Risico's en fouten kunnen tijdens het onderzoek ontstaan. Deze fouten worden ook wel "bias" genoemd wat onzuiverheid betekent en kunnen effect hebben op de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Er zijn 4 soorten "bias" te onderscheiden:

- Response bias: als respondenten fouten maken bij het beantwoorden van vragen door bijvoorbeeld "ja-knikken" of sociaal wenselijke antwoorden te geven. Dit is tegengegaan door te benadrukken dat het onderzoek anoniem is en de respondent daarom open en eerlijk kan zijn. Doordat er daarnaast geen andere mensen aanwezig waren bij het interview zullen de respondent ook open en eerlijk zijn geweest.
- Experimentor bias: dit is het geval als het vooronderzoek leidt tot bepaald gedrag van de onderzoeker tegenover de respondenten. Dit werd vermeden door open vragen te stellen.

Een goede vraag was bijvoorbeeld “wat vindt u dan van het proces?” in plaats van “vindt u het proces niet slecht georganiseerd?”.

- Observator bias: vertekening van de data doordat er veel data beschikbaar zijn en daarom maar gaat versimpelen en verkorten. Dit werd tegengegaan door de interviews op te nemen.
- Selectie bias: bepaalde leden van de populatie hebben minder kans om opgenomen te worden in het onderzoek waardoor het niet meer “random” is. Sommige afdelingen hebben vanwege effectiviteitsredenen de consulten ingedeeld op type ziekte waardoor vaak dezelfde typen patiënten worden gezien op dezelfde dag. Om die selectie tegen te gaan was het daarom noodzakelijk om per afdeling twee dagen langs te komen.
- Een ander risico die nog niet is genoemd is dat patiënten niet de tijd hebben om na te denken over de vragen en daarom vaak zomaar wat zeggen. Dit werd tegengegaan doordat de patiënten van tevoren een brief thuis gestuurd kregen waarin het onderzoek, maar ook de privacy werd uitgelegd.

4.4 Analyse van de data

Nadat de data was verzameld, werd de data geanalyseerd. De analyse van de data is zowel inductief als deductief verlopen (Boeijs 2008). Bij deductie gaat het om het toepassen van een algemene wet of stelling op een specifieke waarneming. Uit de theorieën zullen deze algemene regels naar voren komen en worden getoetst op specifieke waarnemingen (ibid 2008). Om te bepalen welk empirisch materiaal voor het onderzoek geschikt was zijn deze thema's ook gebruikt bij de interviews. Dit wordt ook wel deductieve codering genoemd (ibid 2008). Bij de inductieve analyse van data worden algemene regels uit een verzameling van specifieke gevallen afgeleid (ibid 2008). In het interview hebben alle passages daarom “labels opgeplakt” gekregen waarbij elk label een bepaald thema had. Het gehele interviewdocument werd daarna nagelezen om te kijken of het thema nog meer voorkwam in de data. Op deze manier konden de thema's gebruikt worden in het onderzoek en werden alle data over een specifiek thema bij elkaar verzameld. De data werden daarna geanalyseerd (ibid 2008).

4.5 Selectie van organisatie en onderzoekspersonen

In deze scriptie werd er onderzoek gedaan in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam. Bij kwalitatief onderzoek is het gebruikelijk dat de organisatie en de onderzoekspopulatie bewust worden gekozen (Cresswell et al. 2003). Er is voor het OLVG gekozen omdat het veel aandacht besteedt aan medicatieveiligheid en er het afgelopen jaar veel projecten zijn gestart wat betreft deze veiligheid. Voorbeelden hiervan zijn het project Elektronisch Voorschrijf Systeem op de poli (EVS), project medicatieverificatie en het project

high risk medicatie. Daarnaast hadden pragmatische overwegingen ook meegespeeld voor de keuze van de onderzoekssetting.

Zoals al gezegd is heeft het onderzoek op de beschouwende afdelingen plaatsgevonden. Er was hiervoor gekozen omdat patiënten van deze afdelingen over het algemeen de meeste medicatie gebruiken en een actueel medicatieoverzicht daarom van cruciaal belang is. Dit bleek ook toen er gekeken werd naar de top 100 van meest gebruikte medicatie. Veel medicatie uit die lijst wordt gebruikt bij de bovengenoemde specialismen (Wolffers 2009). Daarnaast blijkt uit het HARM-onderzoek dat de antidiabetica, stollingsremmers, NSAID's en cardiovasculaire geneesmiddelen de meest risicovolle geneesmiddelen zijn waardoor het belangrijk was om onderzoek te doen op de afdelingen waar deze medicatie wordt voorgeschreven (van den Bemt et al. 2006).

De respondenten waren patiënten van de drie eerder genoemde afdelingen. De specialisten die geïnterviewd werden zijn ook specialisten van die drie afdelingen. Het geslacht, het type opname en type operatie van de patiënt waren daarbij niet relevant. Het was wel een vereiste dat de patiënt 18 jaar en ouder is, omdat er vanaf deze leeftijd pas wordt verwacht dat de patiënt het medicatieoverzicht met zich meeneemt (de Jong 2010). Er waren weinig inclusie criteria.

4.6 Validiteit, betrouwbaarheid en ethische overwegingen

De validiteit werd in dit onderzoek behouden door de methodische verantwoording. De methoden, technieken en werkwijzen die zijn gebruikt werden verantwoord waardoor de lezer zelf kon nagaan hoe het onderzoek was uitgevoerd. Die verantwoording wordt ook wel audit trail genoemd (ibid 2008). Het onderzoek werd vastgelegd in een onderzoeksdagboek of een logboek. Bij de methodische verantwoording zijn de manieren van data verzamelen ook beschreven. De interviews werden met opnameapparatuur opgenomen en later letterlijk uitgewerkt. De validiteit was daardoor hoger, omdat er geen vertekeningen of misverstanden waren over wat de respondent had gezegd. De validiteit werd ook behouden door de member check of member validation. Hierbij worden de resultaten teruggekoppeld aan de participanten (ibid 2008). Er werd met de ethiek rekening gehouden doordat de respondenten geïnformeerd werden over het onderzoek. Het interview was voor elke respondent anoniem.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de verzamelde data gepresenteerd die betrekking hebben op het proces van medicatieoverdracht in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG). Hierbij wordt er allereerst wat uitgelegd over de implementatie van de richtlijn in het OLVG, waarbij er drie manieren zijn die in het OLVG gelden om de medicatie te verifiëren. Deze drie manieren worden daarna in aparte paragrafen besproken en als afsluiting daarvan wordt het complete proces van medicatieverificatie besproken. Dit zijn voornamelijk de niet-menselijke actoren. Als laatste worden de menselijke actoren, zoals de patiënt, de specialist en de apotheek, in aparte paragrafen besproken. Op die manier komt het gehele proces aanbod.

5.1 De implementatie van de richtlijn medicatieoverdracht

Het OLVG is sinds 2011 begonnen met het uitvoeren van de richtlijn van de IGZ. In het ziekenhuis hangen posters met de richtlijn en de richtlijn wordt op televisieschermen in de wachtkamers uitgelegd. Dit komt overeen met bijlage 1. Daarnaast wordt de richtlijn uitgelegd in de afspraakbrief naar de patiënt. In deze brief staat dat de patiënt de verwijsbrief van de huisarts moet nemen omdat de huisarts ook een overzicht meegeeft van de medicatie en dat de patiënt een Actueel Medicatie Overzicht (AMO) kan ophalen bij de openbare apotheek. Deze laatste is belangrijk voor de medicatieverificatie van een specialist. Het invoeren van de richtlijn verloopt echter moeizaam. Zo vertelt één van de ziekenhuisapothekers: *“We hebben verschillende acties ondernomen om de richtlijn in te voeren, maar het werpt nog weinig vruchten af.”* Tijdens het onderzoek blijken de medisch specialisten zich ook niet bewust te zijn van de richtlijn. Een groot deel heeft er zelfs nog nooit van gehoord. Een cardioloog legt uit: *“De richtlijn kan wel zijn “ingesteld” maar dat is nauwelijks met ons gecommuniceerd. Er is in het OLVG geen visie over de medicatieoverdracht.”* De paar artsen die wel van de richtlijn gehoord hebben vinden hem belachelijk. Een arts vertelt hierover: *“Die richtlijn kan alleen gemaakt zijn door een ambtenaartje achter een groot bureau. Vooral de rol die de patiënt krijgt in de richtlijn. Het slaat echt nergens op.”*

Om het OLVG toch aan de richtlijn te laten voldoen, waarbij er bij elk voorschrijfmoment een actueel medicatie overzicht aanwezig moet zijn, heeft het ziekenhuis een aantal maatregelen genomen. De drie manieren die bij het proces horen zijn manieren om de medicatie te verifiëren. Het is daarbij de bedoeling dat alle drie de manieren gebruikt worden. De drie manieren zijn:

1. Een medicatieoverzicht dat door de patiënt wordt meegenomen, AMO genoemd.

2. Een Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS) waar de thuismedicatie kan worden opgehaald via de OZIS koppeling met de openbare apotheek. Dit wordt voorafgaand aan een consult gedaan.
3. Toelichting van de patiënt.

Dit proces wijkt af van het normale proces van de richtlijn omdat het OLVG het EVS heeft opgenomen als extra ondersteuning, terwijl het normaliter alleen maar om het AMO en de toelichting van de patiënt gaat. Het EVS is een verificatiemethode die gedeeltelijk ook door de druk van de richtlijn is ingevoerd in februari 2012. Eén van de cardiologen vertelt hierbij: *“Tja nu er een wet dreigt te komen waarbij we verplicht worden om te automatiseren, zie je pas dat het allemaal sneller gaat.”* Een internist legt hier verder over uit: *“Kijk ik wil het OLVG geen tekort doen, maar automatiseren is echt niet ons sterkste punt. Dat doen we nu ook alleen maar omdat het moet.”*

Bij het proces van medicatieverificatie is het de bedoeling dat de medicatie die een patiënt thuis gebruikt (thuismedicatie) uit het EVS voorafgaand aan het polibezoek wordt opgehaald en tijdens het gesprek wordt geverifieerd door manier één en drie. Het doel van deze verificatie wordt als volgt omschreven op het intranet van het OLVG: *“Hierdoor ontstaat op termijn een betere medicatieoverdracht en medicatieveiligheid.”*

De drie voorgenomen manieren van het OLVG om de richtlijn te implementeren blijken in de praktijk niet altijd zonder problemen te verlopen. Het is daardoor de vraag of het doel van de verificatie wel gehaald wordt. In de volgende paragrafen wordt elke manier van verificatie besproken.

Eerste deel: het proces van medicatieverificatie

5.2 Het AMO

5.2.1 Het AMO in de praktijk

Het eerste onderdeel van het project in het OLVG omtrent de richtlijn is het meenemen van het AMO door de patiënt. Deze rol vinden specialisten nogal vreemd en onrealistisch omdat het in de praktijk nauwelijks voorkomt dat de patiënt een AMO ophaalt en meeneemt. Een ziekenhuisapotheker vertelt verder: *“Zelfs als ze een brief thuis krijgen gestuurd waarin het wordt aangegeven, vergeten de patiënten alsnog een briefje op te halen. Zeker de verwijfsbrief van de huisarts is belangrijk want daar wordt de klacht in dokterstaal in uitgelegd.”* De artsen die wel te spreken zijn over de verantwoordelijkheid die de patiënt krijgt leggen uit dat het goed zou zijn als de patiënt die rol zou krijgen, maar dat dit streven een totaal gebrek aan realiteitszin weergeeft en een illusie van de overheid, omdat er maar weinig patiënten zijn die deze verantwoordelijkheid zouden kunnen dragen. Volgens meerdere artsen is het niet logisch als die rol gegeneraliseerd wordt omdat elke patiënt

anders is en er anders mee om zal gaan. Een cardioloog legt verder uit: *“De medicatieoverdracht is een bron van fouten, dus ik snap dat het moet worden verbeterd, maar echt de laatste persoon die je daar de verantwoordelijkheid voor moet geven is de patiënt.”* Veel specialisten geven aan dat deze rol in de praktijk ook niet blijkt te werken.

Tevens vinden veel artsen deze manier van medicatieverificatie ouderwets, voornamelijk de cardiologen. Zo vertelt een cardioloog: *“Kijk cardiologen zijn erg ICT georiënteerd, dat hoort bij ons vak. Onze afdeling is daarom heel ver daarin. Dan zou het toch raar zijn dat we opeens aan de patiënt gaan vragen om een papiertje mee te nemen? Dat is 10 stappen terug.”* Een internist bevestigt dit: *“Alles is tegenwoordig prachtig elektronisch en dan gaan we opeens een stap terug door aan de patiënt te vragen of zij een papiertje willen ophalen en meenemen?! Echt belachelijk!”*

5.2.2 De inhoud van het AMO

Zelfs al neemt de patiënt een overzicht mee, betekent dit nog niet dat de arts hem ook daadwerkelijk gebruikt. Een longarts vertelt hierover: *“Eigenlijk heb ik die uitdraai van de apotheek niet echt nodig. Misschien als ik hem zou gebruiken en ik ernaar zou vragen nemen de patiënten hem ook mee.”* De reden waarom de meeste specialisten het AMO niet gebruiken is omdat ze de overzichten niet vertrouwen. Veel artsen zijn huiverig voor de inhoud van de AMO's omdat er veel medicijnen in staan die niet meer worden gebruikt of in een andere hoeveelheid.

De artsen krijgen in de praktijk twee overzichten: de overzichten van de huisarts en die van de apotheek. Bij beide overzichten zijn er problemen met de inhoud. De overzichten van de huisarts zijn vaak niet compleet of erg verouderd volgens de specialisten. Eén van de ziekenhuisapothekers legt uit dat dit komt omdat de overdracht van de tweede naar de eerste lijn niet altijd even goed verloopt. Zij vertelt: *“Soms wordt er nauwelijks met de huisarts gecommuniceerd en dan weten zij ook niet beter.”* De specialisten erkennen dit probleem en de meesten geven de huisarts ook niet de schuld van de problemen. Een internist vertelt hierover: *“Voor de huisarts is het volgens mij net zo ingewikkeld als voor ons. Soms wordt er nooit of maar één keer per jaar een brief naar de huisarts gestuurd over de patiënt. Hoe zou hij het dan moeten weten?”*

De medicatieoverzichten van de openbare apothekers zijn vaak wel compleet, maar onoverzichtelijk en niet te begrijpen. Zo mild de specialisten zijn over de huisartsen, zo kritisch zijn ze over de openbare apothekers. Het grootste probleem voor de specialisten is dat de apothekers geen vertaalslag maken naar een lijst met actuele medicatie erop en gewoon maar een uitdraai geven van wat er allemaal is uitgegeven. Een longarts vertelt: *“De openbare apotheek geeft zo'n lijst aan de patiënt, maar wat ik wil is dat ze een lijst zouden meegeven van wat er daadwerkelijk wordt gebruikt. De apothekers zoeken niet uit wat er*

wordt gebruikt op dit moment.” In de uitdraaien staan alle medicijnen en het is daarom voor de specialist of voor de poliassistenten nog een hele klus om uiteindelijk erachter te komen wat er daadwerkelijk gebruikt wordt. Eén van de internisten maakt de vergelijking met een detective die sporenonderzoek moet doen wat in een ziekenhuis teveel tijd kost.

Naast dat de uitdraaien onduidelijk zijn, zijn de artsen ook wantrouwend over de overzichten omdat de overzichten fouten kunnen veroorzaken doordat de apotheek de vertaalslag niet maakt naar het daadwerkelijk gebruik. Hierdoor staan er bijvoorbeeld soms twee keer dezelfde medicijnen op de lijst, terwijl de patiënt er maar één van gebruikt. Eén van de arts geeft daarvoor een voorbeeld: *“Ik had laatst iemand die hoorde één AIDS remmer te gebruiken, maar in het overzicht zag ik dat hij van de apotheek één van de firma a en één van de firma b gekregen had en die patiënt slikte ze gewoon alle twee terwijl dat helemaal niet de bedoeling was.”*

Om de veiligheid te verbeteren stellen meerdere specialisten voor dat de apotheek een centrale rol zou moeten krijgen in het proces en beter moet uitzoeken wat de patiënt echt gebruikt. Daarnaast zou de apotheek volgens een cardioloog meer service moeten aanbieden aan de patiënt. Ook bij de interviews met de patiënt blijkt dit vaak een probleem. Zo vertelt een patiënt: *“Ik wilde wel een overzicht ophalen, maar ik moet dan erg lang in de rij staan en ik vind het ook raar dat ik er zelf achteraan moet. Ik begrijp niet zo goed dat de apothekers het niet actief aan mij aanbieden als ik mijn medicatie heb opgehaald.”*

5.3 Het EVS

Het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) is de tweede manier om de medicatie te verifiëren en de veiligheid te bewaren. Bij deze manier wordt de thuismedicatie opgehaald via de OZIS koppeling. In het OLVG beschouwt men de inzage in de OZIS koppeling als onderdeel van het EVS proces en daarom is het ook een manier om de medicatie te verifiëren. De ziekenhuisapotheker legt uit dat de OZIS koppeling in het EVS proces niet gebruikelijk is maar dat hierdoor de medicatieoverdracht verbeterd is, vergeleken met voorheen.

Uit het onderzoek blijkt echter dat de artsen het meest ontevreden zijn over het EVS systeem. Dit komt door twee redenen: de opvraagbaarheid van de medicatie en de functionaliteit/ de versnippering van het programma.

5.3.1 De opvraagbaarheid van de medicatie

Veel thuismedicatie is volgens de specialisten niet opvraagbaar. Volgens één van de internisten is dit zelfs bij de helft van de gevallen. Een andere internist vertelt hierover: *“Het komt vaak voor dat er gewoon niks in beeld verschijnt. De openbare apothekers schermen het volgens mij af. Vooral bij de patiënt waar de meeste onduidelijkheid is en waar de artsen*

duidelijkheid over willen hebben is de thuismedicatie onduidelijk.” De artsen geven daarnaast ook aan dat ze geen idee hebben hoe ze de medicatie moet ophalen. Een cardioloog vertelt: *“Ik heb een keer de kartrekker van het systeem bij mij gehad zodat hij het aan mij kon uitleggen. Nou zelfs hij kwam er niet uit dus laat staan ik.”* Het vinden van de juiste medicatielijst wordt daarom door veel artsen omschreven als “tijdrovend” en “onzeker”. De afwezigheid van de thuismedicatie in het systeem is op de polikliniek een probleem, maar dit kan met enige moeite worden opgelost door de eerste of derde manier van verificatie: het vragen naar een AMO of het navragen bij de patiënt. In de acute setting zijn die twee echter geen optie en is men voor een groot deel afhankelijk van het systeem. Als het systeem de medicatie niet kan vinden kunnen de specialisten de thuismedicatie bij het Apotheek Service Punt (ASP) op halen. Het ASP werkt volgens de ziekenhuisapotheker als tussenpersoon tussen de artsen en de openbare apotheker. Veel artsen geven echter aan dat er meestal direct naar de openbare apotheek wordt gebeld als er vragen zijn. De artsen die aangeven dat het ASP wel benaderd wordt in de acute setting geven aan dat dit nog tot problemen kan leiden: *“Je hebt er vaak niets aan om het op te vragen bij het ASP omdat dat veel vertraging oplevert en je snel wilt zijn. Soms opereer ik weleens zonder dat ik weet waar een patiënt allergisch voor is.”* Het bellen naar de openbare apotheek verloopt echter ook traag. Eén van de specialisten vertelt verder: *“Als er een patiënt uit een ander ziekenhuis binnenkomt met spoed en zelf niets kan zeggen dan weten we niets. Dan bellen we de openbare apotheek en sturen ze een uur later een fax van de laatste medicatiebrief.”*

5.3.2 De functionaliteit en de versnippering van het programma

De functionaliteit van het programma zorgt ook voor problemen en leidt soms zelfs tot fouten. In het OLVG werken sommige artsen zelfs met vier verschillende losse systemen: het EVS, het ziekenhuisinformatiesysteem X-Care, het EPD/DSV KIWI en een apart EPD systeem voor diabetes patiënten bij de interne geneeskunde. Deze losse systemen staan tijdens een spreekuur allemaal open. Artsen moeten elke keer in die vier systemen gaan zoeken naar de juiste gegevens wat tijdsrovend is en inefficiënt. Een aantal afdelingen hebben ook nog eens gekozen voor een ander systeem waardoor er zelfs wel meer dan vier systemen zijn. De afdeling cardiologie werkt bijvoorbeeld met Metavision terwijl de rest met X-Care werkt. Een cardioloog vertelt: *“Elke afdeling mag zelf bepalen wat ze gaan gebruiken, dat is niet ziekenhuisbreed verplicht, waardoor de communicatie zelfs binnen het ziekenhuis niet goed verloopt. Laat staan naar de eerste lijn.”*

Tevens wordt de computer traag door de vier systemen en zijn de systemen überhaupt al traag omdat het erg verouderd is. Eén arts noemt het zelfs “werken met een paardentram”. Een internist vertelt hierover: *“Je moet het eerst ophalen uit het systeem en dat duurt al 10 minuten en dan is het consult voorbij en kom de volgende patiënt en heb ik niets ingevuld.”*

Na 30 patiënten op een ochtend ben ik echt vergeten wat ik bij elke patiënt heb bedacht waardoor er fouten ontstaan.” Veel artsen schamen zich dan ook voor het systeem tegenover de patiënt.

De koppeling tussen de systemen ontbreekt daarbij ook. Een internist legt uit hoe dit tot fouten kan leiden: *“Als je niet goed oplet klik je snel de verkeerde patiënt aan en maak je fouten. Daarnaast vullen niet alle artsen het goed in waardoor je overgevoeligheden en allergieën nergens kan vinden en gebruiken de apothekers het ook weer op een hele andere manier.”* Eén van de cardiologen legt uit dat de medicatieveiligheid op die manier niet gewaarborgd wordt door het huidige proces en de systemen en de veiligheid anno 2012 nog volledig in de handen ligt van de specialisten. Een longarts heeft zelfs een medische fout gemaakt doordat het EVS systeem niet aangaf dat de patiënt allergisch was voor een bepaalde medicatie, wat wel bekend was, en de patiënt geen AMO had meegenomen. Veel artsen noemen het systeem daarom ook een “bron van fouten”. De ergernissen van de artsen lopen hoog op over dit onderwerp. Een reactie van een internist is als volgt: *“Ik heb echt het gevoel alsof ik nu als een tiran tekeer ga, maar ik werk er ook elke dag mee en word echt gek.”* Een ander vertelt: *“Tja ik vind het op z'n jan boeren fluitjes gaan.”*

Vanwege de bovengenoemde problemen, zijn er veel artsen die de oude situatie prefereren waarbij de patiënt een paspoort meeneemt. Eén van de artsen legt uit: *“Het was vroeger een stuk makkelijker want toen kon je in het paspoort de oude medicijnen doorkrassen en er nieuwe bijzetten.”*

5.4 Toelichting van de patiënt

De toelichting van de patiënt is de derde manier om de medicatie te verifiëren waardoor de arts er zeker van kan zijn welke medicatie een patiënt gebruikt. De toelichting van de patiënt is ook vaak de laatste manier die gebruikt wordt, maar bij sommige specialisten alleen maar als de eerste twee manieren nog steeds onduidelijkheden met zich meebrengen. Daardoor zijn er meerdere specialisten die toegeven dat ze niet altijd vragen welke medicijnen een patiënt gebruikt. Zo vertelt een internist: *“Het vragen naar de medicatie... tja dat kan weleens tussen wal en schip terecht komen bij een consult. Ik heb ook zo weinig tijd om dat ook nog eens te doen terwijl ik al 10 minuten moest wachten op het EVS.”*

De artsen zijn daarnaast erg sceptisch over het navragen van de medicatie aan de patiënt. Een longarts vertelt: *“Dit is nogal lastig want de meeste mensen komen niet verder dan ja ik gebruik die witte pil met die gleuf erin.”* Een andere arts legt uit: *“Het grootste gedeelte van de patiënten weten niet wat ze gebruiken en waarom, dus het is soms moeilijk om de medicatie te controleren bij de patiënt.”* Volgens velen is dit ook de reden waarom de richtlijn

onrealistisch is, zoals bij het meenemen van het AMO ook al aanbod kwam. Dit legt daarbij niet per se aan de opleiding of achtergrond van de patiënt. Eén van de cardiologen vertelt dat er ook patiënten zijn die meerdere universitaire opleidingen hebben afgerond en dan nog veel niet weten. Hij vertelt: *“Ik had laatste een patiënt en die was gepromoveerd en gaf les als econoom. Toen ik hem vroeg naar zijn medicatie en ziektebeeld kon hij me absoluut niet vertellen wat hij gebruikte en hoe zijn ziekte in elkaar zit. Dit maak ik heel vaak mee en ik vind het maar gek want ik begrijp andersom wel veel van de economie.”* Volgens de arts ligt dit voor een groot deel aan het feit dat patiënten de ziekte niet willen zien als hun probleem, maar als het probleem van de dokter omdat ze vaak bang zijn om ermee om te gaan. Hij vertelt verder: *“Veel patiënten willen naar het ziekenhuis gaan en hun probleem aan de dokter geven zodat de dokter het maar kan oplossen. Die patiënten zijn totaal geen probleemeigenaar.”* De arts legt uit dat hij dit terugziet doordat patiënten weinig vragen stellen over de ziekte en ook geen overzicht meenemen.

5.5 Het complete proces van medicatieverificatie

5.5.1 Focus op de systemen

Volgens het proces van de medicatieverificatie uit het OLVG kunnen alle drie de manieren tegelijkertijd gebruikt worden, maar veel artsen focussen zich erg op het EVS en de overige systemen. Daardoor wordt de richtlijn door de meeste specialisten minder serieus genomen, omdat er vanuit wordt gegaan dat de richtlijn niet meer nodig is als de systemen verbeteren. Eén van de internisten vertelt hierover: *“Als we de systemen verbeteren, dan is de hele richtlijn niet meer nodig. We hebben op dit moment al een verbetering doordat we het EVS hebben. Dat komt niet door de patiënt.”* Een ander zegt: *“Als ik het op kan halen uit het EVS, dan heb ik geen uitdraai van de apotheek meer nodig.”* Veel specialisten vinden de richtlijn daarom niet belangrijk. Eén van de artsen legt daarbij uit dat de actieve rol van de patiënt wel een beetje zou kunnen helpen, maar dat het in orde brengen van de systemen veel belangrijker is. Dit komt doordat de artsen teveel twijfel hebben over de patiënt. Veel specialisten vinden daarom dat de verantwoordelijkheid zou moeten liggen bij het OLVG en de systemen en niet bij de patiënt. Een cardioloog vertelt: *“We moeten niet opeens van de patiënt gaan eisen dat zij briefjes moeten meenemen omdat wij niet het juiste systeem hebben die een schakel kunnen vormen tussen de eerste en tweede lijn. De systemen zijn het probleem, niet de patiënt.”*

5.5.2 Gebrek aan structuur

Daarnaast zijn sommige artsen zich ook totaal niet bewust van de andere manieren die gebruikt kunnen worden voor medicatieverificatie omdat de artsen zo gericht zijn op de systemen. Een longarts vertelt hierover: *“Wat doe ik als er niets uit het EVS komt? Uhhh tja*

dan vraag ik het aan de apotheek, of ze een faxje willen sturen van de medicatie.” Dit probleem wordt veroorzaakt doordat er in het OLVG een gebrek is aan structuur in het proces, terwijl deze structuur er wel hoort te zijn. Aan het begin van dit hoofdstuk werd dit al uitgelegd. Zo legt een internist uit: *“De eerste patiënt neemt een mooi lijstje mee, de tweede weet de medicatie uit zijn hoofd, de derde neemt alle medicijndoosjes mee en de vierde heeft geen idee wat die gebruikt.”* Een ander legt uit: *“Tja ik laat ze gewoon maar alles meenemen, want ik vertrouw de medicijndoosjes meer dan de patiënt, het EVS of de lijstjes die ze zelf maken of meenemen.”* Eén specialist geeft aan dat het soms zelfs een “educated guess” is over welke medicatie een patiënt gebruikt als het niet uit het EVS gehaald kan worden. Een ander zegt: *“Soms moet ik er maar vanuit gaan dat het klopt wat de patiënt zegt, want dan heb ik niets anders om het te controleren.”*

Uit het voorgaande blijken de drie manieren van medicatieverificatie een belangrijk onderdeel van het proces van medicatieoverdracht. De focus ligt daarbij voornamelijk bij de niet-menselijke actoren zoals het EVS en het AMO. Om het proces compleet te maken worden in het tweede deel van de resultaten daarom de menselijke actoren in aparte paragrafen besproken. Het gaat daarbij om de specialist, de patiënt en de openbare apotheker.

Tweede deel: de menselijke actoren betrokken bij het proces

5.6 De specialist

5.6.1 Teveel focus op de systemen

Aan het begin van dit hoofdstuk vertelt een ziekenhuisapotheker dat de implementatie van de richtlijn nog weinig vruchten afwerpt. De ziekenhuisapotheker geeft daarbij voor een groot deel de specialist de schuld. Ze vertelt: *“De artsen moeten meer volgens de richtlijn gaan werken en de uitleg moet bij ze blijven hangen en niet gelijk verdwijnen.”*

De ziekenhuisapothekers zijn zich bewust van de problemen waar de specialisten dagelijks mee te maken krijgen, maar zijn erg verbaasd over de houding die de meeste artsen aannemen over het proces en de richtlijn, vooral als het gaat over de focus op de systemen. Volgens één van de ziekenhuisapothekers zou het EVS systeem de artsen extra moeten helpen om aan de richtlijn te kunnen voldoen, maar ook zonder de systemen zou de overdracht goed moeten verlopen. Zij legt uit: *“Een goede medicatieoverdracht zou niet afhankelijk moeten zijn van de systemen en zou ook gewoon zonder de systemen moeten kunnen werken. Een goed geautomatiseerd systeem zou alleen maar extra moeten helpen.”*

Een ander legt uit dat de richtlijn duidelijk probeert te maken dat de patiënt ook “gebruikt” kan worden, maar de artsen uit het OLVG blijven erg gefocust op de systemen. Eén van de apothekers vertelt verder: *“We proberen het proces beter te laten verlopen door het EVS,*

maar we kunnen niet alles doen. De dokter moet het ook zelf doen. Wij wilden ze alleen maar helpen door het EVS.”

5.6.2 Fouten van de specialist

Uit de voorgaande paragrafen blijkt daarnaast ook dat de meeste specialisten veelal de schuld geven aan anderen: de systemen, de patiënt of de apotheek. Uit de interviews met de patiënten en de apothekers blijkt echter dat de specialisten zelf ook deels verantwoordelijk is voor de probleem.

Er zijn als eerste weinig patiënten die aangeven dat de arts vraagt aan de patiënt of hij of zij een lijstje mee wil nemen. Zo vertelt een longpatiënt: *“Nee de arts vraagt niet of ik een overzicht wil ophalen, daarom maak ik er altijd zelf één. De arts geeft me wel altijd complimenten dat ik het zelf goed bij houd.”* Daarnaast geven veel patiënten aan dat de arts ook tijdens het consult niet vraagt of de patiënt een lijstje heeft van de medicatie.

Ten tweede durven weinig patiënten te participeren vanwege de arts. Veel patiënten zijn bang dat de arts de vragen vervelend vindt omdat de arts vaak al weinig tijd heeft. Een patiënt vertelt hierover: *“Ik heb soms nog weleens vragen die ik de arts zou willen stellen, maar die kan ik dan niet stellen omdat de arts weinig tijd heeft.”* Een ander vertelt: *“Nee ik stel eigenlijk geen vragen. Ik luister naar wat de arts zegt, maar wil hem ook niet ophouden omdat die het druk heeft.”* Het gaat hierbij vooral om vragen over de medicatie. Veel patiënten die aangeven dat de arts te weinig vraagt over de medicatie, geven aan dat het fijner zou zijn als de arts er meer naar zou vragen. Een hartpatiënt legt uit: *“Nou ik zou wel willen dat de arts er iets meer naar zou vragen en dat ik iets meer zou kunnen vertellen. Soms heb ik weleens last van de medicijnen en dan krijg ik daar allemaal uitslag van, maar de arts vraagt hier nooit naar.”* Een andere verrassende reactie is *“Ik luister goed naar de specialist, neem alles in me op en ga dan naar mijn huisarts toe en stel mijn vragen aan haar”* of *“Als ik thuiskom dan zoek ik op internet informatie over de nieuwe medicijnen die ik ga gebruiken.”*

De patiënten vinden tevens ook dat de arts te weinig informatie geeft over de medicatie. Een patiënt legt bijvoorbeeld uit dat hij vorige week een brief thuis kreeg waarin stond dat hij voor een onderzoek twee dagen zijn medicatie niet in mocht nemen. Niemand heeft toen aan de patiënt uitgelegd waarom en wat voor gevolgen dat kon hebben.

5.7 De patiënt

De patiënt is in eerdere paragrafen al uitgebreid besproken vanuit de kant van de specialist en de ziekenhuisapotheker. De mening van de specialisten is redelijk eenduidig: er nemen weinig patiënten een overzicht mee, patiënten weten vaak niet wat ze gebruiken en de rol die de patiënten krijgen is daarom een grote fout van de overheid. De ziekenhuisapothekers

vinden echter dat het wel mogelijk moet zijn ondanks dat het een hele omschakeling is. Ook voor de patiënten waarbij het wat minder realistisch is. Eén van de ziekenhuisapothekers vertelt hierover: *“Veel patiënten hebben een begeleider of iemand die eromheen is en erbij is. Ik denk wel dat het in Nederland mogelijk moet zijn. We moeten het gewoon bij de patiënt zelf of bij zijn verzorger neerleggen.”*

5.7.1 Praktijksituatie

Tijdens het onderzoek zijn er wisselende reacties over het meenemen van een AMO. Zoals al eerder is gesteld neemt bijna geen enkele patiënt een overzicht mee die ze bij de apotheek hebben opgehaald. Dit komt voornamelijk doordat de arts volgens de meeste patiënt niet vraagt of ze een lijstje willen ophalen en meenemen en het daarnaast ook niet actief krijgen aangeboden van de apotheek. Veel patiënten zijn ook verrast dat ze het op konden halen. Zo geeft een patiënt aan: *“Is dat nodig? Ik neem dat nooit mee, maar heb het ook nog nooit nodig gehad. De arts vraagt er niet naar.”* Een andere patiënt legt uit: *“Ik heb weleens een overzicht opgehaald bij de apotheek, maar deze heb ik nu niet meegenomen omdat er weer zoveel veranderd is. Ik wist niet goed waarom ik het dan weer zou gaan ophalen”*

Er zijn echter wel patiënt die zelf een lijstje maken en dit bijhouden en meenemen naar de specialist. Een interne geneeskunde patiënt legt uit: *“Als er iets wijzigt dan schrijf ik het gelijk op en dan kras ik het oude weer door. Ik neem deze altijd mee als ik naar de arts ga.”* Daarnaast komt het ook voor dat patiënten alle doosjes medicatie of de bijsluiter van de medicatie meenemen, zoals door een aantal specialisten ook al was aangegeven. Zo vertelt één van de hartpatiënten: *“Kijk ik heb de doosjes van mijn medicijnen gescand en dan komen er 4tjes uit en die laat ik aan de dokter zien. De dokter wil ook dat ik het zo doe.”*

Zoals al eerder is uitgelegd vinden de meeste specialisten dat de patiënten niet capabel zijn om verantwoordelijk te zijn voor de medicatie. Een internist legt uit: *“Vooral ouderen patiënten en mensen uit het buitenland kunnen deze rol echt niet aan.”* Tijdens het onderzoek blijkt dit niet altijd te kloppen, omdat er ouderen en buitenlandse patiënten bij zijn die een overzicht bij zich hebben of er één hebben gemaakt. Als de patiënt niet meer capabel is om zelf een overzicht te maken, is er een dochter of zoon die een overzicht ophaalt of zelf bijhoudt. De artsen zijn volgens de patiënten echter wel bevoordeeld doordat ze denken dat de patiënten niet capabel genoeg zijn. Het gevolg hiervan legt een dochter van een Chinese vrouw uit: *“Ik vind het zo oneerlijk, de dokter denkt dat mijn moeder niks weet en vraagt daarom ook maar niks over de medicatie aan ons. Maar ik houd gewoon netjes een lijstje bij en weet precies wat er aan de hand is. Ik wil ook weleens wat meer kunnen vragen.”*

Dit blijkt niet alleen bij buitenlandse patiënten voor te komen, maar er zijn veel patiënten die aangeven dat ze weinig vragen stellen tijdens een consult en daarom niet betrokken worden.

5.7.2 Redenen van een gebrek aan participatie

Ondanks dat er patiënten zijn die een lijstje meenemen of maken, is er nog steeds een groot deel die het niet doet of geen vragen durft te stellen. Uit de praktijk blijken hier drie redenen voor te zijn: de patiënten vertrouwen de arts, de patiënten denken dat de arts weinig tijd heeft en de patiënten willen niet verantwoordelijk zijn.

Als eerste vertrouwen de patiënten op de arts, waardoor ze ervan uit gaan dat de specialist weet wat de patiënt gebruikt omdat de specialist ook de medicatie voorschrijft. Veel patiënten vinden het daardoor logisch dat de specialist niet vraagt naar de medicatie omdat de specialist het al weet. Eén patiënt legt uit: *“De arts vraagt het soms, maar ik denk dat die dat meer doet om te kijken of ik het ook nog wel weet. Wat ik gebruik weet hij namelijk al.”* Een arts legt als reactie uit: *“Ja veel patiënten denken dat we het kunnen ruiken of iets dergelijks. Ik weet echt niet altijd wat een patiënt gebruikt.”*

Daarnaast stellen veel patiënten geen vragen aan de specialist omdat de meeste patiënten denken dat de arts te weinig tijd heeft. Veel patiënten geven aan dat de specialist al in tijdnood zit. Een longpatiënt vertelt: *“De arts kijkt voortdurend op zijn horloge en als ik tussendoor nog moet vertalen aan mijn moeder is er geen tijd meer over voor vragen. Dan krijg ik nieuwe medicatie mee zonder dat ik weet waarom dat zo is.”* De arts heeft volgens een patiënt daarom vaak te weinig ruimte om vragen te kunnen stellen. Patiënten voelen zich hierdoor onbegrepen en zijn ontevreden over de arts. Eén van de longpatiënten legt uit: *“Ik heb echt het gevoel dat ik één van de velen ben. Dat ik in een fabriek ben en ik de zoveelste worst ben die langs komt. Een aantal specialisten geven ook aan dat een consult niet lang genoeg duurt om alles te bespreken. Zo vertelt een specialist: “We hebben een onderzoek gedaan naar hoeveel tijd je per consult nodig hebt. Volgens de richtlijn is het 10 minuten maar uit ons onderzoek bleek dat we 12.5 minuten moeten hebben. Dat hebben we opgelost door om de vier keer een blok in te stellen van 10 minuten, een pauze, wat dan eigenlijk uitloop is zodat het wel klopt. Maar ik denk dat 15 minuten nog beter is zodat alles besproken kan worden.”* Er zijn patiënten die echter nog wel vragen hebben en ook duidelijk maken dat ze die graag willen stellen. Om dan toch nog vragen te kunnen stellen worden deze patiënten doorgestuurd naar een verpleegkundigen die het uiteindelijk verder kan uitleggen, maar dit gebeurt niet in alle gevallen.

Als laatste zijn veel patiënten niet participierend omdat de patiënt de verantwoordelijkheid niet wil hebben. De meeste patiënten vinden, net zoals de specialisten, de rol die ze krijgen in de richtlijn flauwekul en onzin. Zo vertelt een patiënt: *“Ik vind dat echt mijn taak niet hoor om zo’n overzicht op te halen. Dat is de taak van de arts. Dat ga ik echt niet doen.”* Patiënten

gaan ervan uit dat de arts het uit het systeem kan halen en daardoor alles kan zien. Een interne geneeskunde patiënt zegt daarom: *“De specialist moet maar mijn huisarts bellen als die het wil weten, want ik ga niet elke keer zo’n overzicht ophalen en meenemen.”* Ook de patiënten twifelen, net als de specialisten, over de inhoud van de AMO’s. Eén patiënt laat het overzicht zien en vertelt: *“Het is echt flauwekul hoor, kijk hier staan zelfs nog oogdruppels in terwijl ik die allang niet meer gebruik.”*

5.7.3. Betekenis betrokkenheid in de praktijk

Uit het voorgaande blijkt dat veel patiënten de rol als verantwoordelijke voor het AMO niet willen en kunnen uitvoeren. De vraag daarbij is echter of het ook wenselijk is om de patiënt te betrekken in de praktijk. Sommige patiënten zijn namelijk op dit moment ook al betrokken in de praktijk, wat voor problemen kan zorgen. Een aantal patiënten gaat zelf voor dokter spelen. Zo vertelt een jonge hartpatiënt: *“Ik voelde dat ik een tijdje minder medicatie kon gebruiken omdat ik me best goed voelde. Ik heb dat daarom ook zonder overleg gedaan. Het ging goed met me, totdat ik merkte dat het weer slechter ging en toen ben ik naar de arts gegaan en weer begonnen.”* Meerdere patiënten geven toe dat er soms weleens met de medicatie gestopt wordt, zonder dat de dokter dit had aangegeven. Een andere patiënt vertelt: *“De arts heeft één keer gevraagd naar mijn medicatie omdat ik een te hoge bloeddruk kreeg. Ik was toen gestopt met mijn medicatie. Ik slikte die medicijnen al zo lang en begreep echt niet waarom ik die nog moest gebruiken.”* Deze patiënt houdt goed bij wat hij moet slikken en zoekt op internet ook van alles op, alleen overlegt dit niet met de arts. Er zijn echter ook patiënten die dit wel met de arts bespreken en zelfs ook opties voor behandelingen opperen die op internet staan. Eén hartpatiënt vertelt: *“Ik houd alles goed bij en soms stop ik met medicatie als ik denk dat bepaalde bijwerkingen van die medicatie komen.”* Een andere patiënt legt uit: *“Sommige keuzes vind ik niet goed die de arts maakt. Laatste wilde hij dat ik medicijnen ging slikken die helemaal niet goed voor me zijn. Toen heb ik dat niet gedaan en ben gewisseld van arts omdat hij niet naar me luisterde.”* Dit fenomeen is ook bekend onder artsen en daarom zijn de meeste ook zo sceptisch tegenover de actieve rol die de patiënt zou moeten krijgen. Meerdere artsen leggen uit dat er vaak patiënten langskomen die klachten hebben omdat de medicatie niet meer gebruikt wordt. De artsen vinden dit onverantwoord en zijn bang voor de mogelijke gevolgen van deze acties. Een internist vertelt: *“De patiënt mag wel wat meer verantwoordelijkheid nemen, maar ze moeten niet zo betrokken worden dat ze ook zelf voor dokter gaan spelen. Patiënten zouden moeten begrijpen dat de arts er meer verstand van heeft en ook gewoon naar de arts moeten luisteren.”*

5.8 De openbare apotheek

Naast de relatie tussen de specialist en de patiënt is er ook nog de relatie tussen de openbare apotheek en de specialist/ patiënt, die nog niet volledig besproken.

5.8.1 De relatie tussen de apotheek en de specialist

Zoals al eerder is besproken zijn de specialisten niet tevreden over de service die de apothekers aanbieden. Daarnaast zijn de meeste specialisten ook ontevreden over de streeve samenwerking met de apotheek. Een internist vertelt hierover: *“Er zijn apotheken die mijn bloed kunnen drinken volgens mij.”* Een andere internist legt uit: *“Ik haat het zo dat ik zo vaak door de openbare apotheek opgebeld wordt om te vragen of alles wel klopt wat ik heb voorgeschreven. Kijk ik begrijp het wel, maar moet dat zo vaak? Om gek van te worden!”* De internist legt verder uit dat haar ergernissen zijn ontstaan doordat de apothekers soms in de stoel van de dokter willen zitten. Hierdoor krijgen de specialisten regelmatig klachten van patiënten omdat de apotheker aan de patiënt bijvoorbeeld heeft verteld dat de medicijnen niet gebruikt mogen worden terwijl dat wel de bedoeling van de specialist was. Het OLVG heeft hiervoor zelfs bijna een rechtszaak gekregen omdat de apotheek tegen een patiënt had verteld dat de medicijnen bedoeld waren voor een te groot prostraat, terwijl de patiënt dit niet had. De internist betrokken bij deze zaak legt uit: *“Ongelofelijk die apotheek. Toen ik het verhaal uitlegde en mijn ontevredenheid toonde zeiden ze alleen maar: “Tja wij zijn ook weleens niet blij met de ontslagrecepten van het OLVG.” Zo kinderachtig vond ik dat.”* Veel artsen vinden het naast de ontevredenheid ook niet wenselijk als er veel communicatie is met de apotheek. Een longarts vertelt: *“Oh nee dat wil ik niet al teveel, die bemoeien zich er al veels te vaak mee.”* Eén ander vertelt: *“Ja die apothekers zijn natuurlijk een stelletje boeven onderling. Die willen niets delen met anders. De kartel van Nederlandse apotheken is keihard.”*

De streeve samenwerking met de openbare apothekers wordt door de ziekenhuisapotheker verklaard doordat de brug tussen de eerste en tweede lijn nog niet erg sterk is. De ziekenhuisapotheker is verantwoordelijk voor de ziekenhuismedicatie en de openbare apotheek is verantwoordelijk voor de thuismedicatie, maar er is niemand die controle heeft over beide. De ziekenhuisapotheker legt verder uit dat de samenwerking binnen de eerste lijn ook al niet goed is en de overdracht naar de tweede lijn daarom ook niet goed verloopt. De apotheker legt uit: *“De huisarts levert het vaak niet compleet aan en betreft de openbare apotheker er niet bij waardoor die ook geen idee heeft wat er gewijzigd en gebeurd is.”*

5.8.2 De relatie tussen de apotheek en de patiënt

Ook de communicatie tussen de patiënt en de openbare apotheek loopt volgens veel patiënten erg stroef. Dit komt vooral doordat patiënten het vervelend vinden dat de apotheek

veel vragen stellen, die de patiënt ook niet kan beantwoorden. Zo vertelt een hartpatiënt: *“Ik had vorige keer twee medicatiekuren gekregen, terwijl één gebruikelijk was. Toen bleek uiteindelijk dat de arts mij een reserve wilde meegeven, maar dat had die niet verteld. De apotheek ging die vragen aan mij stellen, maar ik weet het ook niet.”* Een ander vertelt: *“Ik wist niet waarom de medicatie was veranderd en toen zei de apotheek dat ik de arts moest opbellen om te vragen waarom dat zo was. Ik vond dat toch zo raar, waarom doet die dat niet lekker zelf?”* Hieruit blijkt dat de apotheek ook een stroef contact heeft met de specialisten, wat de patiënten uiteindelijk gaan opmerken. Meerdere patiënten geven dit aan en voelen dat er een miscommunicatie is tussen de eerste en tweede lijn. Een longpatiënt legt uit: *“De apotheker ging mij vorige keer allemaal vragen stellen en toen werd ze geïrriteerd toen ik het niet precies wist. Als de arts en apotheker het willen weten dan bellen ze maar met elkaar. Ik heb echt het idee dat ze geen contact hebben met elkaar en daarom mij maar lastig gaan vallen.”*

Daarnaast leggen meerdere patiënten uit dat er ook nauwelijks contact is met de apotheek. Niemand geeft aan de apotheek aan dat er wijzigingen zijn in de medicatie en weinig patiënten krijgen uitleg van de apotheek. De patiënten vinden dit echter wel jammer en zouden graag meer contact en uitleg willen hebben over de medicatie. Net zoals bij de arts gaan patiënten er hier ook vanuit dat de apotheker wel weet dat er wijzigingen zijn in de medicatie. Een patiënt zegt zelfs: *“Nee als er iets gewijzigd is dan belt de specialist mijn apotheek.”* Tevens hebben veel patiënten ook een negatieve houding over de apotheek. Eén patiënt geeft aan dat de apotheek weinig slimme mensen heeft die niet veel weten en daardoor niet te vertrouwen zijn. Weer een ander vertelt: *“Ik vind de apotheek sowieso helemaal niks. Er staat een lange rij en ik ga daar echt niet voor mijn lol heen en dus haal ik ook geen overzicht op.”* Een aantal patiënten gebruiken zelfs de term “oplichters” als ze de apotheek moeten omschrijven. Het vertrouwen in de apotheek is ook door een aantal patiënten geschonden door een fout die ze van dichtbij hebben meegemaakt. Een voorbeeld hiervoor:

*“Ik ben allergisch voor een bepaalde stof en kan daar dood aan gaan. De apotheek weet hiervan. Ik was vorige keer bij een ander die mij niet goed kende en hij had mij dus een medicijn voorgeschreven met die gevaarlijke stof. Tot mijn verbazing gaf de apotheek die medicijnen gewoon aan mij mee. Ze controleren niks. Het is dat ik het zelf altijd nakijk.” –
Patiënt longgeneeskunde*

Een enkele patiënt geeft aan echt tevreden te zijn over de apotheek

6. Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk worden de resultaten geïnterpreteerd en worden deze resultaten gekoppeld aan de probleemstelling en het theoretisch kader. De hoofdvraag van dit onderzoek wordt daarbij beantwoordt. Tevens worden er aanbevelingen gedaan over de richtlijn en de implementatie ervan en er worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek. Als laatste worden eventuele tekortkomingen van het onderzoek besproken en wat voor gevolgen deze beperkingen hebben voor de waarde van de uitkomsten.

6.1 Discussie

Het AMO, het EVS en de toelichting van de patiënt ervaren specialisten als probleemmatig, zo blijkt uit de resultaten. Het EVS is te traag, de gegevens zijn moeilijk opvraagbaar en door allerlei andere systemen kunnen er fouten in staan. Het EVS wordt echter wel gebruikt door specialisten en daar ligt ook hun focus op. Het AMO en de toelichting van de patiënt, beide onderdeel van de richtlijn, zijn daarentegen geen structureel onderdeel van het proces van medicatie reconciliation (MR) in het OLVG zo blijkt uit de praktijksituatie. Dit zou wel zo moeten zijn. De thuismedicatie wordt wel doorgenomen met de patiënt, maar de controle van deze informatie wordt gedaan via het EVS of via direct contact met de apotheek. De controle wordt nauwelijks gedaan via het AMO of de toelichting van de patiënt. Specialisten maken waarschijnlijk een afweging tussen de tijd die men heeft en de informatie die de extra informatiebronnen opleveren. Er wordt gekeken of de informatie nodig is om een diagnose en behandeling te kunnen voortzetten. Blijkbaar vinden de specialisten de toegevoegde waarden van het AMO en de toelichting van de patiënt niet opwegen tegen de extra tijd die het kost. De specialisten maken deze keuze ook door de tegenvallende participatie van de patiënt. Het is daarom de vraag of de richtlijn op de juiste manier is ontworpen en op de juiste manier geïmplementeerd door het OLVG. Die vraag wordt in deze paragraaf bediscussieerd.

6.1.1 De frictie tussen de domeinen van de specialist en de apotheek

Uit het voorgaande valt iets opmerkelijks op: de specialist krijgt meer informatie, maar is ontevredener dan eerst. Dit valt te verklaren door de oude en nieuwe situatie met elkaar te vergelijken. In de oude situatie had de apotheek de taak om de medicatie te verstrekken aan de patiënt, maar de voorschrijver hield het overzicht bij in zijn eigen dossier en gaf wijzigingen aan in het medicijnpaspoort. In de nieuwe situatie moet de apotheek de processen zodanig organiseren dat het overzicht actueel is bij elk overdrachtsmoment. Eventuele wijzigingen worden geregistreerd in het overzicht. Het verschil tussen de oude en nieuwe situatie is dat de rol van de openbare apotheker is veranderd. De apotheek heeft nu

de regierol in het proces, wat voorheen bij de specialist lag (de Jong 2010; Brouwers et al. 2010). Dit betekent dat openbare apothekers opeens de verantwoordelijkheid hebben om de overzichten van de medicatie actueel te houden en de specialist alleen nog maar de verantwoordelijkheid heeft om deze overzichten te controleren. Hierdoor willen apothekers meer informatie over de medicatie en stellen ze ook meer vragen aan de patiënt. Daarnaast gaan de apothekers meer bellen, mailen of faxen naar de specialisten om zeker te weten dat het correct is wat er af geleverd moet worden. De verhouding tussen de arts en apotheker is veranderd omdat de apotheker opeens verantwoordelijk is voor andere onderdelen van het proces. De richtlijn (het AMO) heeft dus mede gezorgd voor deze veranderingen.

Een gevolg hiervan is dat de apotheker zich volgens de specialist als dokter gaat gedragen. Een voorbeeld is dat apothekers tegen de patiënt zeggen dat bepaalde medicatie niet geschikt is als er gekeken wordt naar de huidige medische situatie, terwijl dit wel het geval was. De specialist wordt daardoor gefrustreerd omdat ze niet begrijpen dat de apothekers twijfelen of bepaalde medicatie gebruikt mag worden. De arts heeft de medicatie namelijk zelf voorgeschreven. De apotheker komt door dit gedrag in het domein van de specialist. Dit heeft tot gevolg dat er een frictie is tussen de domeinen van deze zorgprofessionals.

De verantwoordelijkheden van de specialist en openbare apotheker zijn veranderd. Vanuit het socio-technisch perspectief is deze wrijving als volgt te interpreteren. Actoren hebben een eigen rol die verweven is in een organisatie. De richtlijn is een nieuwe actor die de praktijk veranderd, alsmede de rollen en verantwoordelijkheden van de actoren (Berg 1999). Dat gebeurt nu ook in het OLVG. Vanuit het socio-technisch perspectief is het daarnaast van belang dat de praktijk wordt aangepast aan de richtlijn omdat de actoren elkaar wederzijds beïnvloeden. Aan de ene kant wordt de toepassing van de richtlijn aangepast aan de actoren zoals de professionals, de patiënten en de systemen en aan de andere kant moeten deze actoren zich ook aanpassen aan de richtlijn. In het OLVG gebeurt het beide niet. De richtlijn is ingesteld maar de gebruikers zijn niet getraind om met het AMO om te gaan. Training kan helpen om de introductie van een nieuwe actor te bevorderen (Berg 1999). In het OLVG heeft een groot deel van de specialisten zelfs nog nooit van de richtlijn gehoord en zijn zij zich ook niet bewust zijn van de verandering van taken. Hierdoor vinden specialisten het vreemd dat de apotheker zich opeens als dokter is gaan gedragen terwijl dat door de richtlijn komt.

De praktijk situatie is daarnaast ook niet aangepast zodat de richtlijn beter geïmplementeerd kon worden. Er is bijvoorbeeld onvoldoende rekening gehouden met allerlei andere methodes en systemen die er op dat moment ook al ingesteld waren in het OLVG. Een arts heeft naast het AMO nog verschillende andere systemen waar informatie over de medicatie in staat en die systemen zijn niet geïntegreerd. Tevens is er bij de implementatie ook

onvoldoende nagedacht over de verandering van de rollen van de specialisten, patiënten en apothekers en de gevolgen van deze veranderingen.

6.1.2 De onrealistische verantwoordelijkheid van de patiënt

Uit het voorgaande blijkt dat de richtlijn onvoldoende rekening heeft gehouden met de praktijk als het gaat om de verandering van rollen. Dit geldt echter niet alleen voor de apotheek en de specialist, maar ook voor de rol van de patiënt. Volgens de richtlijn is de patiënt medeverantwoordelijk in het proces van MR omdat de patiënt het AMO ophaalt, de thuismedicatie kan toelichten en het AMO weer mee terug neemt naar de apotheek. Hierdoor heeft de patiënt een actieve rol toebedeeld gekregen. De richtlijn gaat daarbij echter uit van één type patiënt, namelijk de patiënt die deze verantwoordelijkheid wil en kan nemen. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen patiënten die deze verantwoordelijkheid wel en niet aan kunnen of willen. In de realiteit is het zo dat er verschillende patiënten zijn en patiënten daarom niet allemaal dezelfde rol kunnen krijgen.

Dit blijkt ook als er gekeken wordt naar de literatuur van Davis et al. (2007) die in het theoretisch kader besproken is. Er zijn een aantal factoren die meespelen en bepalen of een patiënt participeert of niet. Als eerste noemen Davis et al. de patiëntgerelateerde factoren. Hierin staat dat de kijk van de patiënt op de participatie een grote rol speelt. Een groot deel van de patiënten wil helemaal niet participeren en doet het daarom ook niet. Dit blijkt ook uit de resultaten. Patiënten hebben er relatief weinig behoefte aan om medeverantwoordelijk te zijn en te participeren in het proces. Een andere factor uit het onderzoek van Davis, de zorgverlener gerelateerde, wordt ook in de resultaten bevestigd. Hierin staat dat de communicatieve vaardigheden van de arts meespelen bij de participatie van de patiënt. Uit de resultaten blijkt dat patiënten niet durven te participeren en doordat de specialist ook geen waarde hecht aan het AMO, zullen de patiënten dat ook niet doen. Een derde factor, waarbij de setting en context van de organisatie meespeelt bij de participatie, wordt ook bevestigd omdat er patiënten zijn die hun vragen liever stellen aan de huisarts in de eerste lijn, dan in de tweede lijn. Bij deze factor wordt namelijk aangegeven dat patiënten in de eerste lijn actiever zijn dan in de tweede lijn. Als laatste wordt de taakgerelateerde factor bevestigd in dit onderzoek. De patiënten zullen daarbij minder participeren als het niet duidelijk is wat de taak is. In dit geval weten ook relatief weinig patiënten wat de functie is van het AMO en dat ze het AMO kunnen ophalen

Door de onrealistische verantwoordelijkheid van de patiënt, is het de vraag of de verwachtingen van de auteurs van de richtlijn over de rol van de patiënt niet te hoog gespannen waren. Uit de literatuur blijkt dat meer participatie van patiënten zorgt voor een verbetering van de zorg (Walsh 2007). De theorie van Arnstein beaamt ook dat een

intensere participatie, altijd beter is. Echter van den Bovenkamp et al (2008) heeft hier al twijfels over en deze twijfels blijken in dit geval ook terecht te zijn. De richtlijn heeft onvoldoende rekening gehouden met de gevolgen van de veranderende rol van de patiënt.

Naast dat het niet verstandig is om de patiënt medeverantwoordelijk te maken, is het ook de vraag of de richtlijn de medeverantwoordelijkheid wel mag veronderstellen. De Nationale Patiënten Federatie (NPCF) geeft op de website aan dat de patiëntveiligheid niet alleen een zaak is van de artsen en verpleegkundigen, maar ook van de patiënt. De patiënt maakt namelijk ook deel uit van het zorgteam. Zonder de patiënt is er volgens het NPCF geen sluitende patiëntveiligheid mogelijk. De overheid heeft deze verantwoordelijkheid echter niet vertaald naar een wettelijke verantwoordelijkheid. In het Toezichtkader "Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid" van de IGZ (2011) wordt de verantwoordelijkheid van de patiënt omschreven als het nemen van de verantwoordelijkheid om samen met de zorgprofessional een zorgplan op te stellen en zelf bewust te zijn van de medische situatie. De Raad van Bestuur en de zorgprofessionals van een organisatie zijn daarbij verantwoordelijk voor verantwoorde zorg en dus ook voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. De patiënt is daar niet verantwoordelijk voor, maar de richtlijn vraagt wel van de patiënt om die verantwoordelijk te nemen voor het ophalen en meenemen van het AMO. De wet waarop de richtlijn is gebaseerd, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), spreekt daarnaast ook niet van zo'n expliciete verplichting. De patiënt heeft volgens deze wet de verplichting om informatie te verstrekken die van belang is in het kader van de behandeling, maar of dit ook betekent dat van de patiënt verwacht kan worden dat hij voorafgaand aan elk bezoek aan een voorschrijver een AMO gaat ophalen bij zijn huisapotheek kan betwijfeld worden (Rendering et al. 2010). Praktisch gezien is dat ook niet voor elke patiënt haalbaar. Voor veel chronisch zieken patiënten is dat een enorme belasting, zeker als de patiënt bijvoorbeeld slecht ter been is of geestelijk niet meer in orde.

De verantwoordelijkheid die de patiënt krijgt is een medisch ethische kwestie. In de filosofie wordt deze ethische kwestie ook wel de persoonlijke verantwoordelijkheid genoemd. Dit wordt vertaald als het stellen van eisen aan degenen die een beroep doen op de medische zorg (Zwart 1993). Een belangrijk onderdeel daarbij is het burgerschap van elke patiënt, dat staat voor rechten & plichten en zelfstandigheid & keuzevrijheid. In het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) uit 2000 werd dit burgerschap en de persoonlijke verantwoordelijkheid onderzocht. De Raad kwam daarbij tot de volgende conclusie:

"Principieel kan er wel een beroep gedaan worden op een grotere eigen verantwoordelijkheid van de burger, maar in praktisch opzicht zullen er veel aanpassingen nodig zijn om deze

eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid en het gebruik van zorg te kunnen realiseren Zeker als het daarbij gaat om eigen verantwoordelijkheid in de betekenis van aansprakelijkheid van de patiënt” (RVZ 2000). De richtlijn gaat uit van een rol van de patiënt die in de bestaande wetgeving niet verankerd is.

6.1.3 Invoeren van de richtlijn in het OLVG

Naast dat de richtlijn zelf ter discussie staat, is de manier waarop het OLVG de richtlijn invoert ook een discussiepunt. In het OLVG is er een bijzondere situatie: het EVS systeem is een onderdeel van het proces van medicatieverificatie en er zit een OZIS koppeling in het EVS waardoor specialisten de veronderstelling hebben dat zij de actuele medicatie via de OZIS koppeling gepresenteerd krijgen in de eerste stappen van het voorschrijfproces. De focus ligt daardoor vooral op het EVS en niet op het AMO en de toelichting van de patiënt, terwijl de informatie die specialisten uit het OZIS halen niet compleet of lastig opvraagbaar is. Dit speelt mee bij het beperkte gebruik van het AMO.

Aan de hand van het voorgaande resteert de vraag of het niet helemaal anders zou kunnen. Gezien de huidige technieken die er zijn zoals het EVS en de OZIS koppeling is het gebruik van een AMO ouderwets en achterhaald. Het is medicatie-informatie dat op papier staan terwijl er de afgelopen jaar gestreefd wordt naar een papierloze gezondheidszorg. Zoals de IGZ zelf ook al in een rapport uit 2011 stelt, is het geen onlogische gedachte in deze tijd dat de medicatiegegevens van een patiënt gewoon in de computers staat. ICT ondersteunt ons leven namelijk al op allerlei manieren en dit is de afgelopen jaren ook alleen maar toegenomen (IGZ 2011). Uit de resultaten blijkt ook dat specialisten vinden dat de nadruk zou moeten liggen op het verbeteren van de systemen. Het AMO is een hele stap terug en past niet de huidige samenleving.

6.2 Conclusie

In het theoretisch kader en de resultaten worden de deelvragen en de hoofdvraag verkend. In deze paragraaf worden deze deelvragen en hoofdvraag kort beantwoord.

Deelvraag 1: Wat is informatieoverdracht in de medicatieketen, ofwel medicatieoverdracht?

Medicatieoverdracht is de overdracht van medicatiegegevens tussen zorgverleners in een keten. Om dit proces te ondersteunen heeft de overheid de richtlijn “medicatieoverdracht in de keten” ontworpen. De richtlijn heeft als basis dat er bij elk voorschrijfmoment een Actueel Medicatie Overzicht (AMO) aanwezig is dat door de patiënt wordt opgehaald bij de openbare apotheek en naar de voorschrijver wordt meegenomen. Het AMO is daarbij een hulpmiddel om de medicatie te verifiëren. Het AMO is pas actueel als het daadwerkelijke gebruik, de

ervaringen en alle zelfzorgmiddelen erin worden vermeld (Barnsteiner 2005; Horssen et al. 2010). Medicatie “reconciliation” (MR) is tijdens de overdracht nodig om ervoor te zorgen dat het AMO continu actueel blijft. Hierbij wordt het AMO gecontroleerd door andere bronnen van informatie, wordt de medicatie gecheckt op geschiktheid en wordt er gekeken of er verschillen zijn (Karapinar-Carkit et al. 2009). Daarnaast wordt de informatie gecontroleerd in een gesprek met de patiënt (Bedell et al. 2000).

Deelvraag 2: Welke actoren spelen een rol bij de medicatieoverdracht en wat voor rol spelen zij volgens de literatuur?

Uit de literatuur blijken er zowel niet-menselijk als menselijk actoren betrokken zijn. De niet-menselijke actoren zijn het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), de Digitale Status Voeringen (DSV), het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS), het Open Zorg Informatie Systeem (OZIS), het AMO en de richtlijn zelf. Deze actoren ondersteunen de overdracht van medicatie doordat de zorgverlener door deze actoren beschikt over correcte en volledige gegevens (Greenhalgh et al. 2009; Nationaal ICT Instituut in de Zorg 2009a). De menselijke actoren die betrokken zijn bij de medicatieoverdracht zijn de openbare apothekers, de huisarts, de specialist, de ziekenhuisapothekers en de patiënt. Het is daarbij de bedoeling dat de openbare apotheker een regierol heeft en de processen zodanig organiseert dat het overzicht altijd actueel is bij elk overdrachtsmoment. De specialist en huisarts horen de medicatiegegevens actueel te houden en het AMO te controleren door o.a. in gesprek te gaan met de patiënt. De ziekenhuisapotheek hoort binnen het ziekenhuis de overdracht te organiseren en de medicatie tijdens opname te registreren. Het ASP helpt daarbij om de overdracht tussen het ziekenhuis en de openbare apotheek te verbeteren (de Jong 2010).

Deelvraag 3: Welke rol speelt de patiënt bij deze overdracht?

Er wordt van de patiënt verwacht dat de patiënt een schakel is bij ieder nieuw voorschrijfmoment door het AMO mee te nemen en de medicatie te verifiëren in het MR proces (de Jong 2010). De patiënt is daarbij medeverantwoordelijk geworden voor het verloop van het proces waardoor het begrip “participatie” is verbreed. Als er gekeken wordt naar de participatieladder van Arnstein (1969), waarbij de meest intense participatie het meest waardevol is, zorgt dit voor een verbetering van de overdracht. De vraag is wel of dit haalbaar, wenselijk of beter is (Bovenkamp et al. 2008). Er dient namelijk rekening te worden gehouden met de patiënt zelf (normen en waarden), de ziekte (ernst), de zorgverlener (communicatie), de taak (moeilijkheid) en de setting (eerste- of tweedelijns). Deze kunnen de participatie beïnvloeden (Davis et al. 2007).

Eerste deel van deelvraag 4: Hoe is de situatie in het OLVG m.b.t. de medicatieoverdracht in de keten?

Uit de resultaten blijkt dat er problemen zijn omtrent de uitvoering van de richtlijn in het OLVG: de AMO's worden relatief weinig opgehaald en meegenomen door de patiënt en de AMO's die wel meegenomen worden zijn niet actueel. Daarnaast blijkt uit de resultaten dat de zorgverleners het verifiëren van een AMO ervaren als een probleem omdat het veel tijd kost. De overzichten zijn een uitdraai van alles wat de openbare apotheek heeft uitgegeven en tonen daardoor niet het daadwerkelijke gebruik omdat sommige medicatie al gestopt of gewijzigd is en andere medicatie door de patiënt zelf niet gebruikt wordt. Hierdoor worden de medicatieoverzichten relatief weinig door de specialisten gebruikt en wordt er ook niet naar gevraagd. Het gevolg daarvan kan zijn dat patiënten de overzichten niet meer meenemen. Uit de resultaten blijkt namelijk dat patiënten er vanuit gaan dat de arts al weet wat de patiënt gebruikt omdat de specialist ook niet vraagt naar een AMO.

Ook bij de OZIS koppeling in het EVS werkt het MR proces niet effectief. Net als bij de AMO's, is het noodzakelijk om de informatie uit de OZIS koppeling te controleren. Door de lastige opvraagbaarheid en de traagheid van het systeem kost daar veel tijd.

Ook het bevragen van de patiënt als MR-methode blijkt niet effectief te werken. De methode komt soms "tussen wal en schip". De specialisten vertrouwen de patiënten niet op hun woord, waardoor ze ook niet altijd navragen welke medicatie er wordt gebruikt.

Concluderend kan er gesteld worden dat de drie manieren om de medicatie te verifiëren en de medicatieveiligheid tijdens de overdracht te bewaren helemaal niet of gedeeltelijk niet op de juiste manier worden uitgevoerd.

Tweede deel van deelvraag 4: Welke rol speelt de patiënt daarbij?

De AMO's worden relatief weinig opgehaald en meegenomen door de patiënt. Hierdoor kan de richtlijn niet goed toegepast worden. Specialisten wijten dit aan het feit dat patiënten niet het gevoel hebben dat zij de probleemeigenaar zijn van de ziekte. De enige manier waarop patiënten willen participeren is door vragen te stellen, maar ook die vragen stellen ze liever aan de huisarts of zoeken het zelf op het internet op. Daarnaast is het stellen van vragen ook iets anders dan het nemen van de verantwoordelijkheid om het AMO mee te nemen. Er zijn patiënten die wel actief bezig zijn en zelf een lijstje maken of meenemen, maar omdat ze niet weten dat een AMO opgehaald kan worden, doen de meesten dat ook niet. Tevens gaat de patiënt ervan uit dat de arts al weet wat voor medicatie ze gebruiken. Als laatste zijn er ook patiënten die helemaal niet de verantwoordelijkheid willen hebben. Zowel de specialist als de patiënt zelf zorgen er dus voor dat de patiënt niet de verantwoordelijkheid neemt om een AMO mee te nemen. Daarnaast ontmoedigen specialisten ook de patiënt om de verantwoordelijkheid te nemen omdat het niet wenselijk kan zijn dat de patiënt deze

verantwoordelijkheid krijgt. Een voorbeeld is dat patiënten op eigen initiatief keuzes gaan maken over hun medicatiegebruik.

Deelvraag 5: Wat voegt dit onderzoek toe aan de theorie over de toepassing van de sociotechnische benadering in de informatie uitwisseling in de keten?

Door de sociotechnische benadering toe te passen in dit onderzoek zijn alle actoren met een open insteek onderzocht. Daardoor zijn niet alleen de menselijke actoren onderzocht, maar is er ook onderzoek gedaan naar de technische zoals het AMO, het EVS systeem en de OZIS koppeling daarin. Dit is uiteindelijk erg waardevol geweest voor het onderzoek omdat er ook gekeken is naar de wederzijdse beïnvloeding tussen de sociale en de technische dimensies. Deze niet-menselijke actoren hebben namelijk bepaalde aspecten waar geen rekening mee is gehouden of die zijn onderschat wat heeft geleid tot onverwachte en zelfs ongewenste gevolgen. De auteurs van de richtlijn hebben bijvoorbeeld onvoldoende rekening gehouden met de onrealistische verantwoordelijkheid van de patiënt en ook niet met de nieuwe rolverdeling waardoor er een frictie is ontstaan tussen domeinen. De rollen van de actoren zijn namelijk verweven in de organisatie en zonder inzicht in de praktijk is het lastig om een nieuwe technologie te implementeren. Beide problemen zijn factoren die uiteindelijk bepalen dat het AMO niet werkt zoals het hoort te werken. Ook de werkgroepen van het EVS en OZIS in het OLVG hebben onvoldoende rekening gehouden met het huidige systeem, de frustraties van de gebruikers en het huidige tijdsgebrek die artsen al hebben.

Het socio technisch perspectief heeft ervoor gezorgd dat er meer inzicht is in de complexe wereld van de medicatieoverdracht. Menselijke actoren worden bijvoorbeeld ook weer beïnvloed door andere menselijke of niet menselijke actoren bij het maken van keuzes. Een voorbeeld is dat de patiënt beïnvloedt wordt door de specialist als het gaat om het meenemen van het AMO. Het feit dat de patiënt het AMO niet altijd meeneemt komt o.a. doordat de specialist er niet naar vraagt. De patiënt is niet als enige “schuldig” en het proces kan hierdoor beter verklaard worden.

Aan de andere kant heeft de socio-technische benadering ook beperkingen. Het is een langdurige proces omdat er inzicht moet zijn in alle verschillende elementen en actoren in de informatie-uitwisseling keten. De richtlijn medicatieoverdracht moest echter snel ingevoerd worden. Daarnaast is deze benadering ook niet bedoeld om hypothesen te testen en geeft het geen eenduidige en statistische verklaringen van de problemen.

6.2.2 Hoofdvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek is: *“Hoe verloopt het proces van de informatieoverdracht in de medicatieketen van het OLVG van en naar de eerste lijn en welke rol speelt de patiënt daarin?”* Het proces in het OLVG blijkt niet hetzelfde te lopen als de richtlijn

“medicatieoverdracht in de keten” die de IGZ heeft opgesteld. De richtlijn heeft als basis dat er bij elk voorschrijfmoment een AMO beschikbaar moet zijn. Uit de resultaten blijkt dat dit nu niet het geval is. Het AMO zou volgens de richtlijn opgehaald moeten worden door de patiënt bij de openbare apotheek, maar ook dat gebeurt relatief weinig. Daarnaast moet de zorgaanbieder het AMO verifiëren in een gesprek met de patiënt, ook wel medicatieverificatie genoemd. Hier wordt niet aan meegewerkt. Als het door specialisten wel gedaan wordt, komt er volgens de artsen weinig informatie uit. Een laatste eis uit de richtlijn is dat het AMO altijd actueel wordt gehouden. De openbare apothekers geven echter uitdraaien mee van alle verstrekte medicatie. Het daadwerkelijke gebruik staat er daardoor niet in. Ook de specialist voegt vaak geen wijzigingen toe aan het AMO om het AMO actueel te houden.

Om het tweede deel van de hoofdvraag te beantwoorden, kan er gesteld worden dat de patiënt op dit moment een onvoldoende actieve rol speelt in het proces. Het AMO wordt relatief weinig opgehaald en meegenomen en patiënt hebben nog niet de medeverantwoordelijk in het proces. Het proces verloopt niet zoals de richtlijn het bedoeld had voornamelijk omdat de actoren zich niet houden aan de rol die zij volgens de literatuur zouden moeten spelen. De patiënt houdt zich niet aan de medeverantwoordelijkheid en de regierol die de openbare apotheker heeft wordt door de specialist tegengehouden vanwege de frictie tussen de domeinen van de specialisten. Er is daardoor nog veel te verbeteren wat betreft de medicatieoverdracht.

6.3 Aanbevelingen

Er kunnen naar aanleiding van dit onderzoek drie soorten aanbevelingen gedaan worden: praktische aanbevelingen, aanbevelingen uit de literatuur en aanbevelingen voor de wetenschap.

6.3.1 Praktische aanbevelingen

Uit de resultaten blijkt dat er een praktische mankementen zijn die het proces van medicatieoverdracht beïnvloeden. De openbare apothekers geven bijvoorbeeld een uitdraai mee van alle medicatie die ooit is voorgeschreven, in plaats van een lijst dat het daadwerkelijk gebruik toont. De apothekers moeten het daadwerkelijke gebruik doornemen met de patiënt en niet alleen een uitdraai van de verstrekkingen meegeven. Deze rol is cruciaal voor het verder verloop van het proces.

Een gebrek aan structuur is ook een probleem in het proces van het OLVG. Artsen vragen niet naar het AMO aan de patiënt of halen medicatie uit het EVS op tijdens het consult terwijl dit voorafgaand al moet plaatsvinden. Het is noodzakelijk om het bewustzijn van de artsen over deze structuur te vergroten. Een duidelijke handleiding of protocol over de structuur die gehandhaafd moet worden kan een oplossing zijn.

Uit de resultaten blijkt ook dat specialisten een gebrek aan tijd hebben en daarom de verificatie met de patiënt soms overslaan. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn om verpleegkundigen aan te wijzen die na afloop van een consult met de patiënt nog eens rustig de medicatie doorneemt en ook de vragen kan beantwoorden.

Als laatste is het van belang om in de toekomst mogelijk te kiezen voor één ziekenhuissysteem i.p.v. vier losse systemen, zodat de frustratie hierover afneemt.

6.3.2 Theoretische aanbevelingen

De eerste theoretische aanbeveling gaat over de rol van het Apotheek Service Punt (ASP).

Om ervoor te zorgen dat het ASP meer betrokken is in het proces moet er aandacht worden besteed aan de samenwerkingsrelaties met de openbare apotheek en de openbare apotheek moet niet het gevoel krijgen dat het ASP patiënten zal afpakken (NVZA 2007; Wilkens et al. 2010). Rollen moeten omschreven en verhelderd worden. Ook zou het ASP in de ideale situatie moeten beschikken over de medische patiëntendossiers i.p.v. alleen de medicatiegegevens (Drenth-van Maanen et al. 2009).

Om de participatie van de patiënt te vergroten in het proces is het houden van workshops, studiegroepen of seminars een aanbeveling (Health Canada 2000; Rowe & Frewer 2000; OECD handbook 2001; Dickinson 2002; Simces et al. 2003; Gollust et al. 2005). De richtlijn wordt op dit moment alleen nog maar op de tv's uitgelegd. Het overgrote deel van de patiënten kennen daardoor de richtlijn niet en weten ook niet dat ze zouden kunnen participeren. Daarnaast moet de patiënt erin geloven dat de participatie echt verschil kan maken en er moet getoond worden wat voor verschil de patiënt kan maken (Tritter & McCallum 2006; Farrell 2004; Constandriopoulos 2004).

Als laatste is het investeren in opleidingen en trainingen van specialisten noodzakelijk om de arts te leren hoe er open en eerlijk tegen een patiënt gepraat kan worden (Singer 1995).

6.3.3 Wetenschappelijke aanbevelingen

In de discussie is de richtlijn onderzocht en bekritiseerd. Hieruit blijkt dat de richtlijn op zichzelf mankementen heeft waar van tevoren niet of onvoldoende rekening mee is gehouden. Er zou daarom een extra onderzoek gedaan moeten om de richtlijn nog beter te evalueren en deze moet mogelijk aangepast worden aan een realistischere situatie. Er moet daarbij ook gekeken worden naar de ethiek achter de richtlijn. In het theoretisch kader is hier weinig aandacht voor. Er is wel veel literatuur over de ethiek in de zorg en ook specifiek gericht op de patiënt, maar het gaat daarbij nooit over een zelfde situatie.

Naast dat de richtlijn aangepast moet worden, kan er ook gekeken worden of de richtlijn niet beter afgeschaft kan worden en de focus meer te leggen op de ICT. Een oplossing zou zijn dat patiënt zelf eigen dossierbeheerder worden van het Elektronisch Patiënten Dossier.

Hierdoor zijn patiënten intensiever betrokken, kunnen ze beter begrijpen welke medicatie ze gebruiken, kunnen ze zelf de actualiteit en compleetheid controleren en is de privacy ook geen probleem meer omdat de patiënt dat zelf bepaalt (Bhavani et al. 2011).

Tevens zou er extra onderzoek gedaan moeten worden naar de frictie tussen domeingrenzen binnen de medicatieoverdracht. De frictie is niet opgenomen in het theoretisch kader, omdat er nog weinig of niets over is geschreven.

Als laatste zou een dergelijk onderzoek (kwalitatief of kwantitatief) ook elders uitgevoerd kunnen worden, zodat er ook meerdere situaties vergeleken met elkaar kunnen worden. Op dit moment is namelijk alleen het proces in het OLVG onderzocht. Een grootschalig kwantitatief onderzoek kan dat voor meerdere organisaties onderzoeken.

6.4 Beperkingen van het onderzoek

Een belangrijke tekortkoming van dit onderzoek begint bij het vooronderzoek. In het theoretisch kader is niets geschreven over een frictie tussen de domeinen of de ethische kant aan dit onderzoek. Het vooronderzoek is daarom niet compleet wat nadelige gevolgen voor het onderzoek had kunnen hebben omdat het vooronderzoek heeft geleid tot een topiclijst. Echter doordat er open vragen zijn gesteld tijdens het onderzoek leidden veel interviews al snel tot interessante resultaten en is het geen gebrek geweest voor de resultaten. Dit kwam ook door de frustraties van sommige specialisten en patiënten, die blij waren dat ze een keer hun klachten konden vertellen. Deze frustraties zijn wel een risico omdat dat een vertekent beeld kan geven.

Wat wel gevolgen heeft voor de resultaten is het feit dat er geen interviews hebben plaatsgevonden met openbare apothekers. Deze apothekers zijn wel benaderd en waren bereid om vragenlijsten in te vullen, maar wilden niet meewerken aan de interviews. Hierdoor zijn de resultaten vooral vanuit het oogpunt van de specialist, de ziekenhuisapothek en de patiënt. Bij de sociotechnische benadering worden echter alle actoren onderzocht, maar dit was helaas deels niet mogelijk. Voor een vervolg onderzoek zou het daarom interessant zijn om onderzoek te doen vanuit het perspectief van de openbare apothekers.

Een laatste tekortkoming is ontstaan tijdens het onderzoek. Bij de longgeneeskunde en cardiologie afdeling was het mogelijk om in een aparte kamer met de patiënten te praten. Bij de longgeneeskunde kon dit voorafgaand aan het consult omdat de patiënten vaak erg lang moesten wachten en bij de cardiologie werd er aan de patiënten na afloop van een consult gevraagd om nog een paar vragen te beantwoorden. Hierdoor zijn de risico's die in de methoden zijn besproken vermeden. Echter bij de interne geneeskunde was het niet mogelijk om in een aparte kamer te zitten omdat die niet beschikbaar was. Er was daardoor minder privacy en de gesprekken konden ook niet opgenomen worden. De risico's uit de methodes waren op deze afdeling daarom groter. Dit bleek ook doordat patiënten bij deze afdeling

korter van stof waren en minder kritiek hadden. Uiteindelijk heeft dit geen invloed gehad op de resultaten omdat er van tevoren al rekening mee was gehouden door extra veel patiënten te interviewen, waardoor het niet erg was dat er een paar patiënten wat minder te vertellen hadden.

Bijlage 1



Bijlage 2

Onderwerpenlijst voor de topic interviews

Onderwerpen voor de artsen:

- Proces van medicatieoverdracht: ophalen van de medicatie.
- Richtlijn medicatieoverdracht
- Mening over de rol van de patiënt
- Controleren van de medicatie
- Afwezigheid van een medicatielijst
- Systemen om het proces te ondersteunen (EVS, OZIS en DSV)
- Afwezigheid EPD
- Daadwerkelijke rol van de patiënt, ervaringen hiermee
- Medicatie bespreken met de patiënt
- Samenwerking met de (openbare)apotheek

Onderwerpen voor de patiënt:

- Overzicht van de medicatie
- Participatie van de patiënt; het volgen van de richtlijn
- Mening over de verantwoordelijkheid
- Consult met de arts: voldoende informatie
- Contact met de arts
- EPD en het beheren van het dossier
- Vertrouwen in het OLVG en de arts

Onderwerpen voor de (openbare)apotheek:

- Rol van de apotheek (regierol?)
- Verloop van de samenwerking met de arts
- Systemen om het proces te ondersteunen
- Rol van het Apotheek Service Punt
- Verificatieproces

Literatuur

- Aarts J., J. Callen, E. Coiera, J. Westbrook. 2010. 'Information technology in health care: Socio-technical Approaches'. *Inr J Med Inform.* 79(6):389-390.
- AmCOGG. 2002. Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheidsonderzoek: kwalitatief onderzoek. Netwerk kwalitatief onderzoek AMC-UvA. Amsterdam.
- Amelsvoort, P. van. 1999. *De moderne sociotechnische benadering*. St-Groep, Vlijmen.
- Arnstein, Sherry R. 1969. 'A Ladder of Citizen Participation.' *JAIP*: 35 (4): 216-224.
- Barnsteiner J.H. 2005. 'Medication Reconciliation: transfer of medication information across settings: keeping it free from error.' *AM J Nurs.* 105(3 suppl): 31-36. quiz 48-51.
- Bates DW, Spell N., Cullen DJ et al. 1997. 'The costs of adverse drugs events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group.' *JAMA*: 277: 307-311.
- Bate, P. en G. Robert (2006), Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient, *Qual Saf Health Care* 15 (5): 307-310.
- Bedell S.E. Jabbour S., Goldberg R. et al. 2000. 'Discrepancies in the use of medications: their extent and predictors in an outpatient practice.' *Arch Intern Med*; 160: 2129-2143.
- Bemt. P. van den. 2006. *Hospital Admissions Related to Medication (HARM)*. Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy. Utrechts: Institute for Pharmaceutical Sciences.
- Berg M: Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach. *International Journal of Medical Informatics* 1999, 55:87-101
- Bishop, P. & Davis, G. 2002. 'Mapping Public Participation in Policy Choices.' *Australian Journal of Public Administration* 6.1(1): 14-29.
- van de Bovenkamp H, dr. K. Grit, prof. dr. R. Bal. 2008. *Inventarisatie patiëntenparticipatie in onderzoek, kwaliteit en beleid*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg en het Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum. Rotterdam.
- Brandt E. 2009. 'De mondige patient bestaat niet!' *Medisch contact*; 64(9).
- Brouwers J.R.B.J., M.J.A. Janssen, N.A.E.M. van Lent-evers, P.A.G.M. de Smet. 2010. 'Medicatieoverdracht nog lang niet veilig. *Medisch contact*;65(41): 2142-2144.
- Cahill J. (1996.). 'Patient participation: a concept analysis.' *Journal of Advanced Nursing*, 24, 56.1-571.
- Contandriopoulos, D. 2004. 'A Sociological perspective on public participation in health care.' *Social Sciences & Medicine*;58: 321- 330.
- Council of Europe 2001. *The development of structures for citizen and patient participation in the decision-making process affecting health care*.
- Cresswell K.M., Worth A., Sheikh A., 2010. 'Actor-network theory and its role in understanding the implementation of information technology developments in healthcare.' *BMC Med Inform Decis Mak*; 10:67.
- Creswell, J.W. 2003. *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. London: Sage Publications.
- Davis R.E., R. Jacklin, N. Seydalis, C.A. Vincent. 2007. 'Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement?' *Health Expect*:10(3):259-267.
- Dickinson, H.D. 2002. *How Can the Public Be Meaningfully Involved in Developing and Maintaining an Overall Vision for the Health System Consistent with Its Values and Principles?* Commission on the Future of Health Care in Canada.

- Dijk, R. van. 2005. 'Hoogste tijd voor innovatie met ICT: zijn we verplicht te wachten op een nieuwe generatie EPD's en medische specialisten?' *Zorgadministratie en informatie Jrg.* 31(120): 46-49.
- de Dood B., E. Jansen, L. van Reenen et al. 2010. *Continue veilige farmaceutische zorg, onze zorg!: Toolkit 'medicatieoverdracht in de openbare apotheek'. Van intake van een nieuwe patiënt tot na ontslag uit het ziekenhuis: altijd een actueel medicatieoverzicht.* Implementatiewerkgroep medicatieoverdracht NVZA en KNMP. 20 september.
- Drenth-van Maanen CA, Van Marum RJ, Knol W et al. 2009. 'Prescribing optimization method for improving prescribing in elderly patients receiving polypharmacy: results of application to case histories by general practitioners.' *Drugs and Aging* ; 26: 687-701.
- Edelenbos, J. en R. Monnikhof. 2001. Lokale interactieve beleidsvorming. Een vergelijkend onderzoek naar consequenties van interactieve beleidsvorming voor het functioneren van de lokale democratie. Utrecht, 2001
- Elzen A van den. Wijnands J. Hermans I. De Bakker D. Van Dijk L. 2007. Receptenverkeer naar de digitale snelweg? Utrecht: Nivel.
- Farrell 2004. *Patient and Public Involvement in Health: The Evidence for Policy Implementation.* A summary of the results of the Health in Partnership research programme.
- Gollust, S. E., Apse, K., Fuller, B. P., Miller, P. S. & Biesecker, B. B. 2005. 'Community involvement in developing policies for genetic testing: Assessing the Interests and experiences of individuals affected by genetic conditions.' *Health Policy & Ethics*; 95 (1): 35-41.
- Graaf de L. 2008 'Actueel, volledig en steeds beschikbaar: kwaliteit medicatieoverzicht moet beter.' *Pharm weekblad*; 143(13): 17-21.
- Greenhalgh T., H.W.W. Potts. G. Wong et al. 2009. 'Tensions and paradoxes in electronic patient record research: a systematic literature review using the meta-narrative method. *University college Londen: The Milbank Quarterly*: 87(4): 729-788.
- de Grooth. K. 2011. *Rol voor patiënt: samen werken aan het actuele medicijngebruik.* Aanmaakdatum in 2009 maar gewijzigd in 2011. Project overdracht van medicatiegegevens in de keten.
- Gustafsson U. & Driver S. 2005. 'Parents, Power and Public Participation: Sure Start, an Experiment in New Labour Governance.' *Social Policy & Administration*, 39(5), 528-543.
- Helfrick E., Sonnen M. 2009. 'Overdracht van medicatiegegevens.' *Psyfar* 1. Maart 2009.
- Health Canada 2000. Health Canada Policy Toolkit for Public Involvement in Decision Making. Minister of Public Works and Government Services Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/cmcd-dcmc/pdf/public-consult/2000decision_e.pdf
- Horssen N. van, S.M. Labots-Vogelesang, V.A.J. Buur et al. 2010. *Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak: Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn.* KNMP, NHG, FNT, Verenso. Juli 2010.
- IGZ 2008 Conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'. 2008. Inspectie GezondheidsZorg Utrecht.
- IGZ 2010. Brief "Toetsing Richtlijn voor veilige overdracht van medicatiegegevens". Utrecht: IGZ.
- IGZ. 2011. Toezichtkader bestuurlijke verantwoording. Utrecht.
- IGZ 2011. Informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van de informatie-uitwisseling niet op. Staat van de Gezondheidszorg. Utrecht.

- The institute for healthcare improvement. Protecting 5 million lives from harm. Getting started kit: prevent adverse drug events (medication reconciliation: how-to guide). 2007. www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/reconciliation.htm
- Institute for healthcare improvement. Medication reconciliation review. 2004. www.ihl.org/IHI/Topics.PatientSafety/MedicationSystems/Tools?Medication+Reconciliation+Review.htm
- Joint Commission on the Accreditation of healthcare organizations. Medication reconciliation handbook. Joint Commission Resources and ASHP. 2006.
- de Jong. 2010. *Regionale richtlijn overdracht van medicatiegegevens: een gezamenlijk uitgangspunt voor verbeteren*. Zorg voor Beter Project van stichting transmurale zorg: Den Haag samen met ZonMw.
- Karapinar-Carkit F., M.J.A. Janssen, J. Zoer. 2010. 'Patiënt is enige constante factor in de gezondheidszorg. Uit het ziekenhuis: medicijnkaart mee.' *Pharm Weekblad*; 148 (10);17-18.
- Karapinar-Carkit F. Borgsteede S.D., Zoer J., Smit H.J., Egberts A.C.G., van den Bemt P.M.L.A. 2009. 'Effect of medication reconciliation with and without patient counseling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital.' *Ann Pharmacother*; 43(6): 1001-1010.
- Karapinar-Carkit F., Borgsteede S.D., Zoer J., Siegert C. van Tulder M., Egberts A.C.G., van den Bemt P.M.L.A. 2010. 'The effect of the COACH program on readmission rates in a multicultural population of internal medicine patients.' *BMC Health Services Research* 10:39.
- Klein. J. 2012. *Persoonlijke communicatie*. College 1 Veiligheidsmanagement. Rotterdam: Master Zorgmanagement Erasmus Universiteit.
- Lagendijk P.J.B., Schuring R.W., Spil T.A.M. 2001. *Het elektronische voorschrijfsysteem: van kwaal tot medicijn*. Universiteit Twente: Technologie en Management. In opdracht van Zorgverzekeraars Nederland. PrintPartnersIpskamp.
- Larsson I.E., M.J. Sahlsten, B. Sjöström B, Lindencrona CS, Plos KA. 2007. 'Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study.' *Scand J Caring Sci*. 21(3): 313-320.
- Latour, Bruno. 1988. *Wetenschap in Actie*. Wetenschappers en technici in de maatschappij. Amsterdam: Bert Bakker.
- Leendertse AJ. 2008. 'Frequency of and risk factors for preventable medicationrelated hospital admissions in the Netherlands.' *Arch Intern Medicine*;168(17):1890-1896.
- Lekkerkerk T., A. Hamersma. 2011. *Meldactie: overdracht medicijngegevens*. Rapport van het NPCF. Utrecht.
- Leys M., Reyntens S., Gobert M., 2007. *Patiëntenparticipatie in het gezondheidszorgbeleid. Een literatuuroverzicht en verkenning van internationale en Belgische initiatieven*. Koning Boudewijnstichting: Brussel.
- De Leeuw M. 2011. IGZ: overdracht van medicatiegegevens kan beter. *Pharmaceutisch weekblad*: 145: 12-13.
- Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. 2005. 'Not all patients want to participate in decision making: a national study of public preferences.' *J Gen Intern Med*;20(6):531-535.
- Longtin Y., H. Sax, L.L. Leape, S.E. Sheridan, L. Donaldson, D. Pittet. 2010. 'Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety'. *Mayo Clin Proc*; 85(1);53-62.
- Maassen van den Brink H. et al. 2010. *Handreiking: evaluatie van maatschappelijke relevantie van wetenschappelijk onderzoek*. ERIC onderzoek: evaluating research in context.
- Makoul G. 1998. 'Perpetuating passivity: reliance and reciprocal determinism in physician-patient interaction.' *J Health Communication* ;3:233-259.

- Mies R. 2009. *Het invoeren van een elektronisch patiëntendossier: struikelblokken en aandachtspunten bij het invoeren van een EPD*. Faculteiten Managementwetenschappen en Informatica: Open Universiteit Nederland te Roosendaal.
- Mol A., 1999 'Ontological Politics: a Word and Some Questions' pages 74-89 in John Law and John Hassard (eds), *Actor Network Theory and After*, Oxford and Keele: Blackwell and the Sociological Review.
- Nationaal ICT Instituut in de Zorg. 2009. *ICT in de zorg: Resultaten, ontwikkelingen en agenda*. Nootdorp: Nictiz.
- NPCF. 2009. 'NPCF wil actieve rol voor patiënt bij patiëntveiligheid.' Persberichten van het NPCF. Gevonden op:
http://www.npcf.nl/?option=com_content&view=article&id=3609&catid=10:persberichten&Itemid=26. Aangehaald op 16 mei 2012.
- NVZA. 2007. *ASP en medediging (NMA en NZA)*.
- Rendering J.A., Buijse A.M., Ekker A., Gerzon R., et al. *Juridisch kader overdracht medicatiegegevens*. Oktober 2010. Project richtlijn overdracht medicatiegegevens.
- De Roos A. 2010. 'Op het goede spoor, goud in handen?' Presentatie kick-off kenniscarrousel medicatieoverdracht. [Webredacteur medicatieoverdracht.nl](http://webredacteur.medicatieoverdracht.nl)
- De Roos A. 2012. 'Altijd een actueel medicatieoverzicht!' Presentatie slotbijeenkomst medicatieoverdracht. Ziekenhuis Bernhoven locatie Oss.
- Rosendal H., K. Ahaus, R. Huijsman. C. Raad, 2009. *Ketenzorg*. 1e druk in 2009.
- Rowe, G., & Frewer, L. J. 2000. 'Public participation methods: A framework for evaluation.' *Science, Technology and Human Values*; 25(1): 3-29.
- RVZ. 2000. *De rollen verdeeld*. Raad voor de volksgezondheid en zorg.
- Singer, M.A. 1995. 'Community participation in health care decision making: Is it feasible?' *Canadian Medical Association Journal*. 153: 421-425.
- Simces 2003. *Exploring the Link Between Public Involvement/Citizen Engagement and Quality Health Care*. A Review and Analysis of the Current Literature. Prepared for Health Canada, Health Human Resources Strategies Division.
- De Smet P.A.G.M. 2009. 'HARM-Wrestling Group. Hospital admissions related to medications and implementing guidelines.' *Arch Intern Med*; 169(8): 810-811.
- Stichting Farmaceutische kerngetallen. 2008. *Gedetailleerde gegevens over het geneesmiddelen gebruik in Nederland*. F. Griens. Door het Ministerie van VWS; CBS en het RIVM.
- Stoop A.P., R. Bal., M. Berg. 2007. 'OZIS and the politics of safety: using ICT to create a regionally accessible patient medication record.' *Int J Med Inform*;76 suppl 1: 229-235.
- Street RL Jr. 1992. 'Communicative styles and adaptations in physician-parent consultations.' *Soc Sci Med*; 34: 1155-1163.
- Street R.L., H.S. Gordon, M.M. Ward, E. Krupat, R.L. Kravitz. 2005. 'Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others.' *Med Care*;43(10): 960-969.
- Thompson SC, Pitts JS, Schwankovsky L. 1993. 'Preferences for involvement in medical decision-making: situational and demographic influences.' *Patient Educ Couns*.1993;22(3):133-140.
- Timmermans, S., & Berg, M. 2003. 'The practice of medical technology.' *Sociology of Health & Illness*; 25(3), 97-114.
- Vinks TH. De Koning F.H., de Lange T.M. Egberts T.C. 2006. 'Identification of potential drug-related problems in the elderly: the role of the community pharmacist.' *PHarm World*: 28: 33-38

- Waitzkin H. 1991. *The Politics of Medical Encounters*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Walsh, P. 2007. *Patient involvement*. In: *Patient Safety Toolbox; Instruments for improving safety in health care organizations*. redactie J. J. E. van Everdingen, S. M. Smorenburg, W. Schellekens en S. Cucis. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wijck van F. 2011. 'Praktisch omgaan met medicatieoverdracht.' *LHV De Dokter*: Decembernummer.
- Wilkens M., T. Li, P. Donker van Heel, K. Deckers. 2010. *Arbeidsmarktmonitor apothekbranche 2009*. In opdracht van SBA.
- Wolffers. I. 2009. *De top 100 van meest gebruikte medicijnen*. Uitgeverij Contact.
- Zuidgeest M., L. Ooms, C. van Boheemen et al. 2009. *Evaluatie van het programma Farmaco Keten Ontwikkeling*. In opdracht van het NIVEL: Utrecht.
- Zwart, H. 1993. *Ethische consensus in een pluralistische samenleving: de gezondheidsethiek als casus*. Amsterdam: thesis Publisher.