

# Beleidskeuzes bij medicatieverificatie door ziekenhuisapotheken

Manal Benlamkaddam <sup>a\*</sup>, Simone ten Hoop <sup>e ab</sup>,  
Michiel Duyvendak <sup>c</sup>, Heshu Abdullah-Koolmees <sup>ade</sup> en  
Fatma Karapinar-Çarkit <sup>abf</sup>

<sup>a</sup> Afdeling Farmaco-epidemiologie en Klinische Farmacologie, Universiteit Utrecht.

<sup>b</sup> Afdeling Klinische Farmacie, OLVG, Amsterdam.

<sup>c</sup> Apotheek, Antonius Ziekenhuis, Sneek-Emmeloord.

<sup>d</sup> Afdeling Apotheek en Klinische Farmacologie, Amsterdam UMC.

<sup>e</sup> Divisie Laboratoria, Apotheek en Biomedische Genetica, Afdeling Klinische Farmacie, Universitair Medisch Centrum Utrecht.

<sup>f</sup> Afdeling Klinische Farmacie en Toxicologie, Maastricht UMC+.

\* Correspondentie: manalriham@hotmail.com.

De auteurs bedanken alle studenten, ziekenhuisapotheken en zorgverleners die hebben bijgedragen aan dit onderzoek. Geen belangenverstrengeling gemeld.

Citeer als: Benlamkaddam M, ten Hoop S, Duyvendak M, Abdullah-Koolmees H, Karapinar-Çarkit F. Beleidskeuzes bij medicatieverificatie door ziekenhuisapotheken. Nederlands Platform voor Farmaceutisch Onderzoek. 2026;11:a1814.

## KERNPUNTEN

- Ziekenhuisapotheken maken verschillende beleidskeuzes, zoals het uitvoeren van de medicatieverificatie op weekdays versus de gehele week.
- De geldigheidsduur van medicatieverificatie varieert van 24 uur tot 6 maanden voordat opnieuw verificatie wordt uitgevoerd.
- 57,1% van de apotheken voert een optimalisatiestap uit, zoals het instellen van stopdata bij antistolling.
- Het landelijk medicatieoverzicht is ontwikkeld voor communicatie tussen zorgverleners; toch ontvangt in 81,0% van de apotheken ook de patiënt dit overzicht.

## INLEIDING

In Nederlandse ziekenhuisapotheken is medicatieverificatie ingevoerd om medicatiefouten bij medicatieoverdracht te verminderen. Medicatieverificatie bestaat uit vier stappen. De eerste stap, verificatie, is het inventariseren van de medicatie om discrepanties te verminderen tussen wat de patiënt daadwerkelijk gebruikt en wat bij

zorgverleners bekend is [1,2]. De tweede stap omvat de clarificatie, oftewel een optimalisatiestap om te evalueren of de verzamelde medicatielijst logisch is. Hierbij worden overduidelijke medicatiefouten gecorrigeerd, waaronder dubbelmedicatie of het onterecht voortzetten van tijdelijk bedoelde medicatie bij ontslag, zoals in het ziekenhuis gestarte benzodiazepines of opiaten. De derde stap omvat de documentatie van (redenen voor de) medicatiewijzigingen. De laatste stap behelst de overdracht naar de volgende zorgverlener in de keten en naar de patiënt zelf.

Eerder onderzoek heeft aangetoond dat het aantal uitgevoerde interventies ten gevolge van medicatieverificatie sterk verschilt tussen ziekenhuisapotheken [1,3-5]. Ook in recent praktijkonderzoek naar de implementatie van (poli)klinische medicatieverificatie en de bijbehorende tijdsbesteding zijn aanzienlijke verschillen geobserveerd [6]. Deze variaties kunnen mogelijk worden verklaard door verschillen in beleidskeuzes en/of de uitvoering van de vier stappen van medicatieverificatie.

Momenteel loopt het Landelijk Programma Medicatieoverdracht om digitale uitwisseling van medicatiegegevens in de keten te optimaliseren en te standaardiseren [7]. Informatie over de beleidskeuzes die ziekenhuisapotheken maken voor de inbedding van medicatieverificatie ontbreekt, terwijl deze beleidskeuzes invloed kunnen hebben op de medicatieoverdracht. Ook kunnen ziekenhuizen de vier stappen van medicatieverificatie verschillend inbedden, mede door het ontbreken van een uniforme definitie. Daarom is het doel van deze studie om de beleidskeuzes rondom medicatieverificatie in Nederlandse ziekenhuisapotheken te inventariseren. Hiervoor wordt onder andere inzicht verkregen in de algemene beleidskeuzes, zoals de werkdagen waarop medicatieverificatie plaatsvindt en de geldigheidsduur van een geverifieerd medicatieoverzicht. Daarnaast wordt de mate waarin de vier stappen van medicatieverificatie zijn geïmplementeerd bij ziekenhuisopname en -ontslag onderzocht.

**ABSTRACT**

*Policy decisions of hospital pharmacies for medication reconciliation*

**Background**

Medication reconciliation is important to minimize medication errors during transitions in care. However, policies governing its implementation remain unclear. Insight into these policies is important for the implementation of the national medication information transfer program.

**Objective**

This study primarily investigates policy decisions regarding the implementation of medication reconciliation in Dutch hospital pharmacies and secondarily assesses the execution of four key steps.

**Design**

An observational study was conducted across 21 hospital pharmacies.

**Methods**

Data were collected by Master of Pharmacy students using a structured questionnaire. The primary outcome focused on policy decisions, including working days on which medication reconciliation is performed and the validity period of reconciled medication lists. Secondary outcomes evaluated the implementation of the four steps of medication reconciliation: (1) verification to obtain a complete medication list, (2) clarification to optimize this list and eliminate obvious errors, (3) reconciliation to document reasons for medication changes, and (4) transfer to inform the next healthcare provider and patient about the updated list. Descriptive data analysis was used.

**Results**

Of 21 hospital pharmacies, 20 performed medication reconciliation at hospital admission, mainly throughout the week (76.2%). 18 hospital pharmacies performed medication reconciliation at discharge, mainly during office hours (42.9%). The validity of reconciled medication lists varied from 24 hours to 6 months.

The verification step was always implemented in all pharmacies, while clarification was performed in 57.1%, and the reasons for medication changes were documented in 61.9%. Notably, for the transfer step, in 81.0% of pharmacies, a medication overview – originally intended for communication among healthcare providers – was also provided to patients as part of patient education.

**Conclusion**

This study highlights a lack of standardized policy for medication reconciliation. Future studies should explore whether the implementation of the national medication information transfer program affects this variation.

**METHODEN****SETTING EN STUDIEPOPULATIE**

Dit praktijkonderzoek betreft een beschrijvend onderzoek, uitgevoerd door masterstudenten Farmacie aan de Universiteit Utrecht tijdens hun coschap in de ziekenhuisapotheek. De dataverzameling vond plaats van februari tot april 2022 in 21 Nederlandse ziekenhuisapotheken. Vooraf kregen studenten en coschapbegeleiders informatie over het praktijkonderzoek, dat werd gecoördineerd door het Utrecht Pharmacy Practice network for Education and Research (UPPER) [8].

**VRAGENLIJST**

De richtlijn Overdracht van medicatiegegevens stelt dat bij opname en ontslag in het ziekenhuis medicatieverificatie uitgevoerd moet worden, tenzij hier onderbouwd van wordt afgeweken. Bij kwetsbare patiënten en bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden wordt een extra inspanning van de zorgverlener verwacht om de juiste medicatiegegevens te vergaren en over te dragen [9]. Op basis van deze uitgangspunten ontwikkelden onderzoekers aan de Universiteit Utrecht, in samenwerking met leden van de sector medisch specialistische zorg binnen het Landelijke Programma Medicatieoverdracht, een vragenlijst.

De vragenlijst omvatte, naast algemene kenmerken van de ziekenhuisapotheek, twee delen. Het eerste deel bestond uit vragen over de algemene beleidskeuzes rondom medicatieverificatie, met subonderwerpen zoals de werkdagen waarop medicatieverificatie plaatsvindt bij opname, ontslag en preoperatieve screening (POS), en de geldigheidsduur van medicatieverificatiegesprekken. De geldigheidsduur betreft de vastgestelde periode waarin wordt aangenomen dat de patiënt- en medicatiegegevens actueel zijn. Na overschrijding van deze periode dient de medicatieverificatie opnieuw te worden uitgevoerd [10]. Het tweede deel van de vragenlijst onderzocht de implementatie van de vier stappen van medicatieverificatie in het ziekenhuis: verificatie, clarificatie, documentatie en overdracht. Bij verificatie werd aanvullend gevraagd naar de vaststelling van de geschiktheid van de patiënt voor het gesprek, het herkennen van lage gezondheidsvaardigheden, en de wijze waarop zelfzorgmiddelen en contra-indicaties worden uitgevraagd. Ook werd gevraagd of medicatieverificatie op de Spoedeisende Hulp (SEH) werd uitgevoerd voor alle patiënten of alleen voor

patiënten met een opname-indicatie. Daarnaast werd het beleid uitgevraagd omtrent hoogrisicopatiënten en bij overplaatsing van of naar andere ziekenhuizen. Bij clarificatie werd gevraagd welke optimalisatiestappen werden uitgevoerd, zoals het proactief toevoegen van stopdata bij anticoagulantia, antibiotica en het stoppen van tijdelijk geïndiceerde geneesmiddelen bij ontslag. Bij documentatie werd gevraagd welke gegevens werden vastgelegd. Bij overdracht werd gevraagd hoe patiënten en zorgverleners werden geïnformeerd over (de redenen voor) medicatiewijzigingen, inclusief de toepassing van een warme overdracht.

## DATAVERZAMELING EN CLASSIFICATIE

De dataverzameling vond plaats gedurende het coschap van de farmaciestudenten aan de hand van een geprotocolleerde vragenlijst en door mee te kijken met de verantwoordelijke medewerker binnen de ziekenhuisapotheek. In dit artikel omvat de term ziekenhuisapotheek ook de werkzaamheden van de poliklinische apotheek indien daar (een deel van) de medicatieverificatie werd uitgevoerd.

## EINDPUNTEN

Het primaire eindpunt van dit onderzoek was de inventarisatie van de beleidskeuzes (zie Vragenlijst) in ziekenhuisapotheken rondom medicatieverificatie. Het secundaire eindpunt was de proportie ziekenhuisapotheken die de vier stappen van medicatieverificatie bij ziekenhuisopname en ontslag hadden geïmplementeerd.

## ANALYSE

Descriptieve data-analyse werd uitgevoerd met behulp van IBM SPSS Statistics (versie 27.0).

## RESULTATEN

De studenten hebben vragenlijsten afgenomen bij apotheekmedewerkers in 21 ziekenhuizen: 11 topklinische ziekenhuisapotheken (52,4%), 7 algemene ziekenhuisapotheken (33,3%) en 3 academische ziekenhuisapotheken (14,3%).

## ALGEMENE BELEIDSKEUZES

*Werkdagen voor medicatieverificatie*

Tabel 1 presenteert de gehanteerde werkdagen voor me-

dicatieverificatie. Bij klinische opname is in meer dan driekwart van de ziekenhuisapotheken gedurende de gehele week een apotheekmedewerker beschikbaar voor medicatieverificatie, inclusief buiten de reguliere kantooruren (zoals avond- en/of nachturen). Bij ontslag en POS wordt medicatieverificatie voornamelijk uitgevoerd door apotheekpersoneel tijdens reguliere kantooruren.

De meeste apotheekmedewerkers voeren medicatieverificatiegesprekken zowel fysiek als telefonisch uit, afhankelijk van de patiënt, vooral bij opname (61,9% van de apotheken) en de POS (76,2%). Bij ontslag wordt het gesprek het vaakst fysiek gevoerd (52,4%). Beeldbellen wordt in 1 ziekenhuisapotheek toegepast.

### *Geldigheidsduur van medicatieverificatie*

Bij klinische opname varieerde de geldigheidsduur van het medicatieverificatiegesprek van 24 uur tot 3 maanden, bij klinisch ontslag van 24 uur tot 1 maand en bij de POS van 24 uur tot 6 maanden. In 4 van de 21 ziekenhuisapotheken (19%) waren de afspraken over de geldigheidsduur onduidelijk of ontbraken deze.

## IMPLEMENTATIE VAN DE VIER STAPPEN VAN MEDICATIEVERIFICATIE BIJ OPNAME EN ONTSLAG

### *Verificatie*

In alle ziekenhuisapotheken werd de verificatiestap van medicatieverificatie uitgevoerd. Apotheekmedewerkers pasten verschillende methoden toe om twijfel over de geschiktheid van een patiënt voor een medicatieverificatiegesprek aan te geven (n = 21). Dit gebeurde onder andere door het gebruik van een notitie of vinkveld in het patiëntendossier (61,9%), telefonische terugkoppeling naar de arts (19,0%) of een scoresysteem (9,5%). In 2 ziekenhuisapotheken (9,5%) was er geen specifieke procedure vastgesteld.

In 2 van de 21 ziekenhuisapotheken (9,5%) waren instructies beschikbaar voor apothekersassistenten om patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden te identificeren. 5 ziekenhuisapotheken (23,8%) gaven aan te vertrouwen op de ervaring van hun personeel. In de overige 14 ziekenhuisapotheken (66,7%) ontbraken dergelijke instructies.

Op de SEH werd medicatieverificatie door de meeste apotheken uitgevoerd voor patiënten die klinisch werden opgenomen (61,9%). In 3 ziekenhuisapotheken (14,3%) werd medicatieverificatie bij alle patiënten uitge-

**TABEL 1 DE WERKDAGEN VOOR MEDICATIEVERIFICATIE (N = 21)**

werkdagen, % (n)	ma t/m vr	ma t/m za	hele week	n.v.t.
klinische opname	3 (14,3%)	1 (4,8%)	16 (76,2%)	1 (4,8%)
klinisch ontslag	9 (42,9%)	3 (14,3%)	6 (28,6%)	3 (14,3%)
preoperatieve screening	17 (81,0%)	-	3 (14,3%)	1 (4,8%)

Hele week: alle zeven dagen per week.

N.v.t.: niet van toepassing; het apothekerspersoneel is niet structureel betrokken bij de medicatieverificatie.

voerd (ook zonder opname), en 3 ziekenhuisapotheken (14,3%) voerden geen medicatieverificatie uit op de SEH, maar op een klinische afdeling. 2 ziekenhuisapotheken (9,5%) pasten selectiemethoden toe, waarbij medicatieverificatie uitsluitend plaatsvond bij hoogrisicopatiënten, kwetsbare patiënten of patiënten die naar verwachting zouden worden opgenomen.

Zelfzorgmedicatie werd in alle ziekenhuisapotheken uitgevraagd, inclusief kruiden. In 85,7% van de ziekenhuisapotheken werd dit expliciet gedaan, met voorbeelden zoals zalfjes, oogdruppels en specifieke kruiden zoals sint-janskruid.

Voor het inventariseren van contra-indicaties gebruikte en registreerde een derde van de apotheken (33,3%) de contra-indicaties die op het Landelijk Schakelpunt (LSP) of medicatieoverzicht stonden. 9 apotheken (42,9%) gebruikten een (verkorte) standaardlijst voor uitvraag bij de patiënt, met informatie over bijvoorbeeld glutenintolerantie, diabetes, verminderde nierfunctie, zwangerschap, borstvoeding, bariatric, morbide obesitas, levercirrose en farmacogenetica. 5 apotheken (23,8%) hadden geen procedure voor het inventariseren van contra-indicaties.

Wat betreft allergieën, overgevoeligheden en bijwerkingen werd in de meeste apotheken (85,7%) alle met de patiënt geverifieerde informatie vastgelegd en in 1 apotheek betrof dit uitsluitend ernstige reacties. In 2 apotheken (9,5%) werden de gegevens uit het LSP overgenomen zonder aanvullende verificatie met de patiënt.

Ongeveer de helft (52,4%) van de ziekenhuisapotheken voerde medicatieverificatie uit bij patiënten die werden overgeplaatst vanuit een ander ziekenhuis. Bij ongeveer een kwart (28,6%) varieerde de aanpak: opnamegesprek-

ken vonden risicogestuurd plaats, verificatie werd enkel op papier uitgevoerd of uitsluitend de zelfzorgmiddelen werden uitgevraagd. Bij de overige 20% werden geen gesprekken gevoerd en werden de gegevens van het vorige ziekenhuis overgenomen.

#### Clarificatie

In 12 van de 21 ziekenhuizen (57,1%) werd de clarificatiestap uitgevoerd. Het logisch combineren van nieuw gestarte geneesmiddelen, zoals het voorschrijven van laxeremiddelen bij opiaten of protonpompremmers bij niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's), werd in 91,7% van deze apotheken uitgevoerd. Het proactief toevoegen van stopdata aan antibiotica werd in 83,3% van deze apotheken uitgevoerd.

Daarnaast controleerden apothekersmedewerkers in 8 van de 12 apotheken (66,7%) de aanwezigheid van een stopdatum bij dubbele of drievoudige antistolling. Ook werd in deze apotheken tijdelijk in het ziekenhuis gestarte en bedoelde medicatie, zoals benzodiazepines, laxeremiddelen, protonpompremmers en laagmoleculairgewicht heparines, gestopt bij ontslag.

In 4 van de 12 apotheken (33,3%) werd bij ontslag een stopdatum toegevoegd bij opiaten en pijnstillers en werden afwijkende laboratoriumwaarden gecontroleerd, zoals kalium, natrium en nierfunctie, in relatie tot de huidige medicatie.

#### Documentatie

Medicatiewijzigingen werden ten tijde van de medicatieverificatie in alle 21 ziekenhuizen vastgelegd. De redenen voor de wijzigingen werden echter minder vaak structureel gedocumenteerd (61,9%).

### Overdracht

In twee derde van de ziekenhuisapotheken (66,7%) gaven apothekmedewerkers uitleg aan patiënten over de redenen voor wijzigingen in hun medicatie, indien deze bekend waren. Tabel 2 toont welke schriftelijke informatie aan patiënten werd verstrekt. Met name bij ontslag wordt het landelijk ontwikkelde medicatieoverzicht verstrekt aan patiënten.

Bij overplaatsing naar een ander ziekenhuis voerden apothekmedewerkers in 13 ziekenhuisapotheken (61,9%) geen medicatieverificatie uit, in 7 (33,3%) werd de verificatie op papier uitgevoerd en in 1 ziekenhuisapotheek (4,8%) werd altijd een ontslaggesprek gevoerd.

Voor de overdracht aan zorgverleners communiceerden apothekmedewerkers verschillende laboratoriumwaarden. In 20 apotheken (95,2%) betrof dit de nierfunctie, gevolgd door kalium- en natriumwaarden (81,0%), INR-waarden (71,4%) en een selectie van farmacogenetische uitslagen of geneesmiddelspiegels (23,8%).

Bij twijfel over bijvoorbeeld de gezondheidsvaardigheden van de patiënt tijdens het ontslaggesprek en een vermoeden dat meer medicatiebegeleiding nodig is na ontslag uit het ziekenhuis, kan een warme overdracht worden toegepast. In 8 ziekenhuisapotheken (38,1%) vond deze overdracht telefonisch plaats met de openbare apothek. In 3 ziekenhuisapotheken (14,3%) maakte apothekpersoneel gebruik van een melding op het ontslagrecept of medicatieoverzicht. In 3 andere ziekenhuisapotheken (14,3%) verliep de warme overdracht via verpleging, familie, thuiszorg of een antistollingsbrief. In een derde van de ziekenhuisapotheken (33,3%) voerden apothekmedewerkers geen warme overdracht uit.

## BESCHOUWING

### BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN

Dit onderzoek biedt inzicht in de beleidskeuzes rondom medicatieverificatie in Nederlandse ziekenhuisapotheken, waarbij variaties in de uitvoering naar voren komen. Bij opname wordt medicatieverificatie meestal de hele week uitgevoerd, terwijl dit bij ontslag vaak beperkt is tot werkdagen. De geldigheidsduur van medicatieverificatie varieert van een dag tot enkele maanden, met een kortere duur bij ontslag. Ook de vier stappen van medicatieverificatie worden op verschillende manieren en in verschillende mate geïmplementeerd.

In de verificatiestap zijn methoden om patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden te identificeren niet altijd beschikbaar. De clarificatiestap wordt in meer dan de helft van de ziekenhuizen uitgevoerd, maar de inhoud ervan varieert, zoals het toevoegen van stopdata of het staken van tijdelijk geïndiceerde medicatie bij ontslag. In de documentatiestap worden de wijzigingen vastgelegd door zorgverleners, maar niet altijd met een reden. Hierdoor wordt deze informatie niet altijd gecommuniceerd aan de patiënt en de volgende zorgverlener tijdens de overdrachtstap.

Opvallend is dat patiënten het landelijk ontwikkelde medicatieoverzicht ontvangen, terwijl dit niet is ontwikkeld als schriftelijke informatie voor de patiënt, maar als communicatiemiddel voor zorgverleners onderling.

### RESULTATEN IN VERGELIJKING MET ANDER ONDERZOEK

In onze studie werd aanzienlijke variatie geconstateerd in de uitvoering van medicatieverificatie tussen zieken-

**TABEL 2 SCHRIFTELIJKE INFORMATIE VERSTREKT DOOR APOTHEEKMEDEWERKERS AAN DE PATIËNT (N = 21, MEERDERE OPTIES MOGELIJK)**

	landelijk medicatieoverzicht	aangepast patiëntoverzicht*	folders	toedienlijst	n.v.t.
klinische opname	4 (19,0%)	4 (19,0%)	4 (19,0%)	1 (4,8%)	12 (57,1%)
klinisch ontslag	17 (81,0%)	5 (23,8%)	7 (33,3%)	5 (23,8%)	2 (9,5%)

\* Een overzicht ontwikkeld op patiëntniveau.

N.v.t.: niet van toepassing; er wordt geen van deze schriftelijke informatie verstrekt en/of de apothek is niet structureel betrokken bij de medicatieverificatie.

huisapotheken, wat overeenkomt met eerdere Nederlandse en internationale onderzoeken [1,3-5]. Stuijt et al. lieten bijvoorbeeld zien dat het aantal en type interventies die ziekenhuisapotheken uitvoerden bij opname en ontslag, niet alleen konden worden verklaard door verschillen in patiënteninclusies van de 6 ziekenhuizen, maar ook te maken hadden met beleidskeuzes en in welke mate de verschillende stappen waren geïmplementeerd, zoals de clarificatiestap [1]. Elbeddini et al. noemen als oorzaken voor verschillen in de medicatieverificatie onder andere een gebrek aan een gestandaardiseerd proces en het ontbreken van adequate training van degenen die de medicatieverificatie uitvoeren [3]. Opvallend zijn de verschillen in de geldigheidsduur van medicatieverificatie, wat eerder is aangetoond door Smeets et al. [9]. Zij rapporteerden een variabiliteit van 1 week tot 6 maanden bij de POS, wat vergelijkbaar is met onze bevindingen, waarin de geldigheidsduur varieerde van 24 uur tot 6 maanden.

### STERKTES EN BEPERKING

Dit is het eerste onderzoek in Nederland dat inzicht geeft in de beleidskeuzes rondom medicatieverificatie in een groot aantal ziekenhuisapotheken. De gedetailleerde analyse van de vier stappen van medicatieverificatie en de grote steekproefomvang zijn sterke punten van het onderzoek. Een beperking is dat de gegevens door studenten zijn verzameld, wat mogelijk de betrouwbaarheid en objectiviteit van de resultaten heeft beïnvloed. De studenten zijn begeleid bij de uitvoer van het onderzoek om dit risico te minimaliseren. Desondanks kan bias zijn opgetreden doordat studenten vragen verschillend hebben geïnterpreteerd, wat de interpretatie van de resultaten kan hebben beïnvloed.

### IMPLICATIES VOOR THEORIE EN PRAKTIJK

Uitvlugt et al. rapporteerden dat een derde van de potentieel vermijdbare medicatiegerelateerde heropnames binnen 30 dagen na ontslag verband hield met gebrekkige overdracht van medicatiegegevens, zowel tussen zorgverleners onderling als aan patiënten [11]. Medicatieverificatie blijft derhalve een belangrijk proces in het ziekenhuis, maar lijkt niet uniform gedefinieerd of geïnterpreteerd,

zoals blijkt uit de verschillen tussen de ziekenhuizen.

Ook het rapport Patiëntveiligheid van de Patiëntenfederatie benadrukt het belang van goede overdracht en het rekening houden met de gezondheidsvaardigheden van de patiënt [12]. In ziekenhuizen zou daarom een eenduidiger beleid moeten worden gevoerd voor het herkennen en ondersteunen van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Het gebrek aan een uniforme werkwijze voor medicatieverificatie en eenduidig beleid voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn beide elementen waarop het Landelijk Programma Medicatieoverdracht beperkt invloed zal hebben. Dit dient te worden meegenomen in de interpretatie van de metingen rondom de implementatie van het programma. Ook gedragsverandering bij zorgverleners zal nodig zijn om de (redenen voor) medicatiewijzigingen beter vast te leggen, zodat deze effectief kunnen worden uitgewisseld.

### TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Vervolgonderzoek is nodig om te bepalen in hoeverre de Informatiestandaard en het Landelijke Programma Medicatieoverdracht invloed hebben op beleidskeuzes in ziekenhuizen en de vermindering van medicatiefouten in de keten. Daarbij is het essentieel dat informatiesystemen verbeterde ondersteuning bieden, bijvoorbeeld door het efficiënt vastleggen van redenen voor medicatiewijzigingen en het aanbieden van patiëntvriendelijke medicatieoverzichten.

De Informatiestandaard Medicatieproces 9 kan hierin een belangrijke rol spelen, vooral wanneer patiënten zelf hun medicatie kunnen verifiëren, zodat zorgverleners zich kunnen richten op patiënten die dat niet kunnen [13,14]. Daarnaast kunnen technologische innovaties, zoals digitale assistenten en toepassingen van kunstmatige intelligentie, het proces rondom medicatieverificatie verder verbeteren [15].

### CONCLUSIE

Dit onderzoek toont aan dat er aanzienlijke variatie bestaat in de beleidskeuzes voor medicatieverificatie binnen Nederlandse ziekenhuisapotheken, wat mogelijk mede wordt verklaard door het ontbreken van een uni-

forme definitie en/of interpretatie van medicatieverificatie. Het Landelijk Programma Medicatieoverdracht biedt kansen voor standaardisatie van de informatie-uitwisseling, maar zal beperkt impact hebben op de clarificatiestap en de zorg rondom kwetsbare patiënten of patiënten

met beperkte gezondheidsvaardigheden. Meer standaardisatie lijkt wenselijk om een consistente mate en kwaliteit van zorg te bieden in verschillende ziekenhuizen. ■

*Zie voor de literatuurreferenties: NPFO.nl.*