

Richtlijn  
Elektronisch voorschrijven

## Colofon

Richtlijn Elektronisch voorschrijven

**Deze richtlijn is opgesteld door:**

GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, KNOV, LHV, NHG, NPCE, NVAVG, NVZ, NVZA, OMS, V&VN, Verenso, VGN, VHN.

Beheerder van de richtlijn is de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

De richtlijn is gepubliceerd op 18 september 2013 en treedt in werking op 1 januari 2014.

De artsenfederatie KNMG vertegenwoordigt ruim 53.000 artsen en studenten geneeskunde. Van de KNMG maken deel uit de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Vereniging van Specialisten in ouderengeneeskunde (Verenso).

**[www.knmg.nl/elektronisch-voorschrijven](http://www.knmg.nl/elektronisch-voorschrijven)**

Opmaak buro-Lamp, Amsterdam

Contactgegevens KNMG Postbus 20051 3502 LB Utrecht - (030) 282 38 00 - [www.knmg.nl](http://www.knmg.nl)

Overname van teksten uit deze publicatie is toegestaan onder vermelding van de volledige bronvermelding:  
*Richtlijn Elektronisch Voorschrijven. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Utrecht september 2013*

Richtlijn

**Elektronisch voorschrijven**

## Deze richtlijn is opgesteld door:

- ▶ GGD NL - Landelijke Vereniging van GGD-en
- ▶ GGZ NL - Brancheorganisatie voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Nederland
- ▶ KNMG - Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- ▶ KNMP - Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
- ▶ KNOV - Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- ▶ LHV - Landelijke Huisartsen Vereniging
- ▶ NHG - Nederlands Huisartsen Genootschap
- ▶ NPCF - Nederlandse Patiënten Consumenten federatie
- ▶ NVAVG - Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
- ▶ NVZ - Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- ▶ NVZA - Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
- ▶ OMS - Orde van Medisch Specialisten
- ▶ V&VN - Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- ▶ Verenso - Vereniging van Specialisten in ouderengeneeskunde
- ▶ VGN - Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- ▶ VHN - Vereniging Huisartsenposten Nederland

# Inhoudsopgave

/ Artikelen	6
Artikel 1	7
Artikel 2	8
Artikel 3	8
Artikel 4	8
Artikel 5	9
/ Algemene toelichting	10
Reikwijdte	13
/ Artikelsgewijze toelichting	14
Artikel 1	15
Artikel 2	16
Artikel 3	17
Artikel 4	19
Artikel 5	20
/ Bijlagen	22
Bijlage 1	23
Bijlage 2	24
Bijlage 3	25



# Artikel 1

In deze richtlijn wordt verstaan onder:

**Elektronisch voorschrijven:** het voorschrijven van geneesmiddelen waarbij – ten behoeve van de patiëntveiligheid – gebruik wordt gemaakt van een elektronisch systeem dat is voorzien van mogelijkheden om onveilige situaties te bewaken.

**Geneesmiddel:** een substantie of een samenstel van substanties die bestemd is om te worden toegediend of aangewend voor dan wel op enigerlei wijze wordt gepresenteerd als zijnde geschikt voor (1) het genezen of voorkomen van een ziekte, gebrek, wond of pijn bij de mens, (2) het stellen van een geneeskundige diagnose bij de mens, of (3) het herstellen, verbeteren of anderszins wijzigen van fysiologische functies bij de mens door een farmacologisch, immunologisch of metabolisch effect te bewerkstelligen (art. 1, lid 1, sub b Geneesmiddelenwet).

**Recept:** een document dat is opgesteld door een met naam en werkadres aangeduide beroepsbeoefenaar als bedoeld in art. 36, veertiende lid, Wet BIG, dan wel door een daartoe in een andere lidstaat bevoegde beroepsbeoefenaar waarin aan een persoon of instantie als bedoeld in art. 61, eerste lid (apothekers, apotheehoudende huisartsen of andere bij ministeriële regeling daartoe aangewezen personen en instanties), een voorschrift wordt gegeven om een met zijn stofnaam of merknaam aangeduid geneesmiddel in de aangegeven hoeveelheid, sterkte en wijze van gebruik ter hand te stellen aan een te identificeren patiënt, en dat is ondertekend door de desbetreffende beroepsbeoefenaar dan wel, zonder te zijn ondertekend, met een zodanige code (elektronische handtekening) is beveiligd dat een daartoe bevoegde persoon of instantie de authenticiteit ervan kan vaststellen (art. 1, lid 1, sub pp Geneesmiddelenwet).

Als een intramurale medicatieopdracht bedoeld is om geneesmiddelen ter hand te stellen dan moet deze opdracht gelijkgesteld worden aan een recept en dus aan dezelfde voorwaarden voldoen.

**Plan van aanpak voor elektronisch voorschrijven:** een plan dat minimaal een omschrijving bevat van de bestaande situatie, het proces om tot een keus van een elektronisch voorschrijfsysteem te komen met reële termijnen, het proces om tot implementatie van een elektronisch voorschrijfsysteem te komen met reële termijnen, de risicoanalyse die beschrijft welke risico's voor de veiligheid van de patiënt bestaan lopende de keus en implementatie van het elektronisch voorschrijfsysteem en op welke wijze deze risico's beheerst worden.

**Prospectieve risico-analyse:** een systematische analyse van risico's binnen een zorgproces dat is gericht op het waarborgen van patiëntveiligheid. Een dergelijke analyse kan leiden tot het treffen van beheersmaatregelen. Het beheersen van een zorgproces dat is gericht op het waarborgen van patiëntveiligheid is bijvoorbeeld mogelijk door barrières in de processen in te bouwen, of processen te herontwerpen ter voorkoming van ongewenste gebeurtenissen.

**Verantwoorde zorg:** zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt (art. 2 Kwaliteitswet zorginstellingen).

**Voorschrijver:** beroepsbeoefenaren die op grond van artikel 36 lid 14 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) bevoegd zijn geneesmiddelen voor te schrijven, alsmede beroepsbeoefenaren die op grond van artikel 36a Wet BIG bevoegd zijn om geneesmiddelen voor te schrijven. Het gaat om artsen, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen, zoals bedoeld in artikel 36 lid 14 sub d, van de Wet BIG en om physician assistants, zoals bedoeld in het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid physician assistant<sup>1</sup>, en verpleegkundig specialisten, zoals bedoeld in het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten<sup>2</sup>.

## Artikel 2

Voorschrijvers schrijven geneesmiddelen voor met gebruikmaking van een elektronisch voorschrijfsysteem dat is voorzien van mogelijkheden om onveilige situaties te bewaken.

## Artikel 3

- 1 Elektronische voorschrijfsystemen als bedoeld in artikel 2 voldoen aan de actuele eisen met betrekking tot functionaliteit.
- 2 Een elektronisch voorschrijfsysteem dient ten minste de volgende functionaliteiten te bevatten:
  - a Bewaken op interacties met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt;
  - b Bewaken op individuele gevoeligheden, ongevoeligheden of overgevoeligheden van de patiënt voor het desbetreffende geneesmiddel;
  - c Bewaken op onjuiste dosering;
  - d Bewaken op (pseudo) dubbelmedicatie;
  - e Bewaken op contra-indicaties en andere patiëntkenmerken.
- 3 Bedoelde functionaliteiten zijn gebaseerd op landelijk vastgestelde standaarden.
- 4 Voorschrijvers gebruiken slechts elektronische voorschrijfsystemen die voldoen aan vigerende standaarden voor gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders.
- 5 Een elektronisch voorschrijfsysteem moet gegevens over kunnen nemen uit andere geautomatiseerde systemen of de mogelijkheid bieden om handmatig gegevens in te voeren.

## Artikel 4

Voorschrijven van geneesmiddelen zonder gebruik te maken van een elektronisch voorschrijfsysteem is uitsluitend toegestaan als:

- a de voorschrijver werkzaam is op een locatie waar elektronisch voorschrijven niet goed mogelijk is, onder de voorwaarde dat de voorschriften en gebruikte geneesmiddelen achteraf alsnog in een elektronisch voorschrijfsysteem worden ingevoerd; of
- b de voorschrijver uitsluitend een zeer beperkt palet aan geneesmiddelen voorschrijft, onder de voorwaarde dat de voorschrijver vooraf een prospectieve risicoanalyse maakt op de voorschriften; of
- c de voorschrijver zeer zelden een geneesmiddel voorschrijft, onder de voorwaarde dat de voorschrijver zich kan verantwoorden over de bewaking van de voorschriften alsof het ingevoerd was in een elektronisch voorschrijfsysteem; of

<sup>1</sup> Besluit van 21 december 2011, houdende tijdelijke regels inzake de opleiding, deskundigheid en tijdelijke zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen van de physician assistant. Staatsblad 2011, 658.

<sup>2</sup> Besluit van 21 december 2011, houdende tijdelijke regels inzake de zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen van verpleegkundig specialisten. Staatsblad 2011, 659.



- d sprake is van een onvoorziene situatie, onder de voorwaarde dat elektronisch voorschrijven in dat specifieke geval niet mogelijk was en de voorschrijver hierover achteraf verantwoording kan afleggen.

## Artikel 5

- 1 Deze richtlijn treedt in werking op 1 januari 2014.
- 2 Voorschrijvers die op 1 januari 2014 niet elektronisch voorschrijven moeten op die datum wel een realistisch plan van aanpak hebben waarin staat beschreven vanaf wanneer wel elektronisch zal worden voorgeschreven, zodanig dat elektronisch voorschrijven uiterlijk op 1 januari 2015 beschikbaar is.
- 3 Deze richtlijn wordt beheerd door de artsenfederatie KNMG.



## Algemene toelichting

Bij brief van 13 januari 2012, verzocht de Inspecteur-generaal van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, hierna: 'inspectie') aan artsenfederatie KNMG om voor eind 2012 een richtlijn op te stellen over het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen. De inspectie en de KNMG bespraken in een bestuurlijk overleg op 29 november 2011 dat het voor de patiëntveiligheid van belang is dat in een veldnorm beschreven wordt wat 'goed handelen' is op het gebied van voorschrijven van medicatie. In een dergelijke veldnorm zou een voorkeur voor elektronisch voorschrijven moeten worden opgenomen. Nader overleg hierover tussen de inspectie en de KNMG leidde tot de conclusie dat de veldnorm zou moeten bestaan uit een richtlijn omdat die het zorgveld de meeste duidelijkheid biedt en de inspectie de beste gronden biedt om toezicht te kunnen houden. De inhoud van deze richtlijn is tot stand gekomen na overleg met een aantal betrokken zorgorganisaties (zie bijlagen 1, 2 en 3: overzicht van betrokken organisaties).

Op een symposium over medicatieoverdracht in september 2010 deelde de Inspecteur-generaal van de IGZ mee dat de inspectie vanaf 1 januari 2012 zou gaan handhaven op het gebruik van elektronisch voorschrijfsystemen. Daarna heeft de inspectie een inventarisatie gemaakt van de stand van zaken rond het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen in diverse sectoren (onder huisartsen, ziekenhuizen, verpleeghuizen et cetera).

Volgens de inspectie is al vele jaren bekend dat de toepassing van geneesmiddelen in de gezondheidszorg veel onveiligheid met zich meebrengt. De belangrijkste Nederlandse studies op dat gebied zijn de HARM studie<sup>3</sup> en de IPCI studie<sup>4</sup>. Eind 2012 bleek uit nieuw onderzoek dat het percentage acute ziekenhuisopnamen die mogelijk geneesmiddel-gerelateerd was in 2005 4,6% bedroeg en in 2008 3,9%. Van deze gevallen werd 20% (2005) respectievelijk 18% (2008) vermijdbaar geacht, hetgeen neerkomt op 8.000, respectievelijk 7.000 gevallen per jaar in Nederland).<sup>5</sup> Maar ook uit de meldingen in zorginstellingen en bij de inspectie blijkt telkens dat rond geneesmiddelen veel incidenten optreden met soms fatale gevolgen voor de patiënt. Er zijn al acties ondernomen om de veiligheid te vergroten. Een van die acties is de publicatie van de Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten (2008; zie [www.medicatieoverdracht.nl](http://www.medicatieoverdracht.nl)). Een andere actie is het ontwikkelen en uitbrengen van de 'Veilige principes in de medicatieketen VVT' door de Taskforce medicatieveiligheid care (2012).

Voor een goede bewaking van interacties tussen geneesmiddelen en van contra-indicaties voor het gebruik van geneesmiddelen bestaan al vele jaren beslissingsondersteuningssystemen. Deze medicatiebewakingssystemen werden door apothekers ontwikkeld en lange tijd ook alleen door hen gebruikt. Met de toenemende automatisering van de praktijkvoering van de voorschrijvers van geneesmiddelen (zoals artsen) zijn deze systemen ook binnen hun bereik gekomen. De inspectie is van mening dat het toepassen van medicatiebewakingssystemen inmiddels te beschouwen is als een onderdeel van het leveren van verantwoorde zorg. De inspectie vindt het niet langer verantwoord een geneesmiddel voor te schrijven zonder gebruik te maken van een elektronisch systeem om de medicatie te bewaken, tenzij andere maatregelen zijn getroffen.

<sup>3</sup> Een prospectieve casus-controle studie die plaats vond in 21 ziekenhuizen verspreid over Nederland. Gedurende 40 dagen werden alle acute opnamen (m.u.v. psychiatrische patiënten, bevallingsgerelateerde opnamen en patiënten jonger dan 18 jaar) beoordeeld op een mogelijk verband met één of meer geneesmiddelen. P.M.L.A. van den Bemt, A.C.G. Egberts en A. Leendertse, Hospital Admissions Related to Medication (HARM). Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Eindrapport. Utrecht: Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, 2006.

<sup>4</sup> Een retrospectieve cohortstudie naar ziekenhuisopnamen ten gevolge van geneesmiddelbijwerkingen op basis van de 'Integrated Primary Care Information' database. M.C.J.M. Sturkenboom en J.P. Dieleman. Ziekenhuisopnames door bijwerkingen van geneesmiddelen - Een inventarisatie. Eindrapport. Rotterdam: ErasmusMC, 2006.

<sup>5</sup> Bronnen: Kamerbrief minister van VWS over medicatieveiligheid, 12 februari 2013. P.A.G.M. de Smet, M.C.J.M. Sturkenboom en R. Herings (projectleiders), Acute ziekenhuisopnamen die mogelijk zijn gerelateerd aan geneesmiddelbijwerkingen. Rapport opgesteld voor het Ministerie van VWS vanuit een samenwerkingsverband tussen het Erasmus MC (Rotterdam), de Radboud Universiteit Nijmegen, het PHARMO Instituut (Utrecht) en de Stichting Farmaceutische Kengetallen (Den Haag). Rotterdam, Oktober 2012.

De inspectie heeft laten weten dat een elektronisch voorschrijfsysteem niet op zichzelf staat en derhalve niet als een autonoom onderwerp beschouwd kan worden. Om een elektronisch voorschrijfsysteem op verantwoorde wijze in te zetten binnen het zorgproces, zal het zorgveld een aantal stappen moeten zetten:<sup>6</sup>

**1 Informatie op orde**

De informatiebehoefte in relatie tot het zorgproces en de bijbehorende verantwoordelijkheden moeten duidelijk zijn.

**2 Elektronisch dossier op orde**

Elektronisch dossier moet conform richtlijnen van de beroepsgroep worden ingericht (gebaseerd op stap 1); zorgverlener moet t.b.v. medicatieveiligheid minimaal het medicatiedossier op orde hebben.

**3 Elektronisch voorschrijven op orde**

De software die gebruikt wordt, moet voldoen aan de functionele en kwaliteitseisen die de beroepsgroep hieraan stelt.

**4 Uitwisselingsinfrastructuur op orde**

Een elektronische uitwisselingsinfrastructuur die nodig is om met andere zorgverleners informatie uit te wisselen moet voldoen aan beveiligingseisen, de wet (WBP) en de eisen die de beroepsgroep hieraan stelt.

**5 Elektronische receptuitwisseling op orde**

De elektronische recepten die uit de elektronisch voorschrijfsystemen komen, moeten voldoen aan de wettelijke eisen die hieraan worden gesteld (art. 1, lid 1, sub pp, Geneesmiddelenwet) en de eisen die de beroepsgroep stelt (o.a. NEN 7503).

De inspectie hanteert de volgende tijdslijnen:<sup>7</sup>

**1 De inspectie voert nu al actief beleid bij calamiteiten.**

Bij het optreden van een calamiteit bij voorschrijvers, die betrekking heeft op medicatieveiligheid, gaat de inspectie (nu al) na of de voorschrijver voldoende maatregelen heeft genomen om op een veilige manier medicatie voor te schrijven.

**2 Veldpartijen stellen normen/richtlijnen voor stap 1 t/m 3 vast: 2012.**

Hierover zal de inspectie nader in overleg treden met koepelorganisaties

**3 Veldpartijen implementeren normen/richtlijnen voor stap 1 t/m 3: 2013.**

Alle actoren (beroepsorganisaties, zorgverleners, leveranciers) voeren op basis van de vastgestelde normen voor stap 1 t/m 3 de activiteiten uit waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Zorgverleners maken een planning voor de implementatie van stap 1 t/m stap 3 zodat duidelijk is wanneer zij een elektronisch voorschrijfsysteem in hun organisatie kunnen invoeren.

**4 De inspectie toetst voortgang: vanaf 2013.**

De inspectie zal vanaf 2013 (op een nog nader te bepalen wijze) toetsen hoe ver het veld gevorderd is met de stappen om te komen tot een elektronisch voorschrijfsysteem.

**5 De inspectie houdt actief toezicht op stap 1 t/m 3: vanaf 2014.**

Vanaf 1 januari 2014 zullen de voorwaarden voor verantwoord gebruik van elektronisch voorschrijfsystemen onderdeel uitmaken van het reguliere toetsingskader van de inspectie bij het beoordelen van medicatieveiligheid. Hierbij zal het toezicht gedifferentieerd plaatsvinden omdat niet alle zorgpartijen in hetzelfde ontwikkelstadium zitten qua elektronische dossievoering en elektronisch voorschrijven. Nadere invulling zal voor de verschillende voorschrijvers nog plaatsvinden. De inspectie zal daadwerkelijk actief toezicht houden op de naleving van deze richtlijn vanaf 1 januari 2015.

<sup>6</sup> Zie het dossier 'Elektronisch voorschrijven (elektronisch voorschrijfsysteem)' op de website van de IZG (laatst bezocht op 19 juni 2013).

<sup>7</sup> In het webdossier 'Elektronisch voorschrijven' (laatst bezocht op 19 juni 2013) vermeldt de inspectie dat het de volgende termijnen hanteert voor het toezicht: 1) de IZG toetst vanaf 2013 op basis van de KNMG richtlijn hoe ver het zorgveld gevorderd is met EVS; 2) vanaf 2014 neemt de inspectie EVS in haar toezicht op.

## 6 Planning voor stap 4 en 5 nader te bepalen.

De uitwisseling van het elektronische recept via een elektronische uitwisselingsinfrastructuur is zeer wenselijk maar zal meer tijd in beslag nemen omdat eerst de voorgaande stappen op orde moeten zijn. Afspraken hierover moeten nog gemaakt worden met de beroepsorganisaties. Bij voorkeur wordt dit al in 2012 meegenomen in de besprekingen over stap 1 t/m 3.

Deze laatste stap brengt met zich mee dat in het belang van medicatieveiligheid de informatiesystemen van apothekers in staat moeten zijn elektronische recepten te ontvangen die door voorschrijvers via een elektronisch voorschrijfsysteem zijn voorgeschreven. Apothekers zijn tegelijkertijd niet verplicht om uitsluitend elektronische recepten te accepteren. Het is immers mogelijk dat een voorschrijver een beroep kan doen op een van de in deze richtlijn genoemde uitzonderingen op de verplichting om elektronisch geneesmiddelen voor te schrijven (zie art. 4).

## Reikwijdte

Deze richtlijn is van toepassing op het voorschrijven van geneesmiddelen. De hoofdregel uit deze richtlijn luidt dat geneesmiddelen elektronisch moeten worden voorgeschreven (art. 2). Op deze hoofdregel zijn uitzonderingen mogelijk. Die uitzonderingen worden in deze richtlijn benoemd (art. 4). Voorts stelt deze richtlijn een aantal eisen aan functionaliteiten van elektronische voorschrijfsystemen (art. 3). Deze richtlijn beoogt niet verder te reiken dan het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen.

Deze richtlijn is bedoeld voor voorschrijvers van geneesmiddelen. Dat kunnen artsen, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen ('physician assistants' en verpleegkundig specialisten) zijn (zie art. 1). De richtlijn is dus niet primair bedoeld voor apothekers. Deze richtlijn bevat derhalve ook geen algemene verplichting voor apothekers om handgeschreven voorschriften te weigeren. Een voorschrijver kan immers op grond van een van de uitzonderingssituaties nog altijd een recept niet-elektronisch uitschrijven.

Deze richtlijn schrijft voor dat het voorschrijven van geneesmiddelen elektronisch dient te geschieden. Deze voorwaarde geldt niet alleen voor het voorschrijven van medicatie, maar ook voor het wijzigen daarvan. Bij het wijzigen van medicatie is immers een nieuw recept nodig.

Deze richtlijn heeft raakvlakken met andere richtlijnen, zoals de Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten (2008). Daarin wordt met name bepaald dat er bij elk contact met een voorschrijver een actueel medicatieoverzicht beschikbaar dient te zijn waarop de voorschrijver het medisch handelen baseert. Voor spoedopnamen en voor de overdracht van patiënten naar een volgende schakel bepaalt die richtlijn dat een actueel medicatieoverzicht binnen 24 uur beschikbaar moet zijn.



# Artikelsgewijze toelichting

## Artikel 1

Dit artikel bevat een omschrijving van de belangrijkste begrippen die in deze richtlijn worden gehanteerd.

**Elektronisch voorschrijven:** Het voorschrijven van geneesmiddelen door middel van een elektronisch voorschrijfsysteem. Een elektronisch voorschrijfsysteem is een geautomatiseerd systeem waarmee langs elektronische weg recepten kunnen worden uitgeschreven en waarmee tegelijkertijd onveilige situaties kunnen worden gesignaleerd tijdens het voorschrijven van geneesmiddelen. Door een elektronisch voorschrijfsysteem te gebruiken kunnen fouten worden voorkomen bij het lezen van recepten en kunnen onveilige situaties worden voorkomen, zoals dubbelmedicaties, contra-indicaties, interacties met andere geneesmiddelen en overgevoelheidsreacties.

**Geneesmiddel:** Deze richtlijn is van toepassing op het voorschrijven van geneesmiddelen. Als hoofdregel mogen geneesmiddelen uitsluitend worden voorgeschreven met gebruikmaking van een elektronisch voorschrijfsysteem. In artikel 1 van deze richtlijn is de algemene wettelijke definitie van 'geneesmiddel' opgenomen. Geneesmiddelen worden evenwel onderscheiden in UR-geneesmiddelen, UA-geneesmiddelen, UAD-geneesmiddelen en AV-geneesmiddelen.

Een UR-geneesmiddel is een geneesmiddel dat uitsluitend op recept ter hand mag worden gesteld (art. 1 lid 1, sub s Geneesmiddelenwet).

Een UA-geneesmiddel is een geneesmiddel dat zonder recept en uitsluitend in een apotheek mag worden verstrekt.

Een UAD-geneesmiddel is een geneesmiddel dat zonder recept, doch uitsluitend in een apotheek of een verkoper onder toezicht van een drogist mag worden verstrekt, niet zijnde een UA-geneesmiddel.

Een AV-geneesmiddel is een geneesmiddel dat zonder recept ook buiten een apotheek of een verkoper onder toezicht van een drogist, mag worden verstrekt.

Deze richtlijn is niet alleen van toepassing op het voorschrijven van UR-geneesmiddelen, maar ook op het voorschrijven van UA-, UAD-, en AV-geneesmiddelen, ook wel 'receptvrije medicatie' genoemd. Deze geneesmiddelen zijn weliswaar vrij verkrijgbaar, maar kunnen ook worden voorgeschreven. Te denken valt bijvoorbeeld aan een arts die een pijnstiller voorschrijft na een (poliklinische) behandeling. Dit kan bijvoorbeeld ook 'zo nodig medicatie' zijn<sup>8</sup>, waarvoor het niet verplicht, maar wel mogelijk is om dat op recept ter hand te stellen. Ook voor die situaties geldt de hoofdregel dat de voorschrijver gebruik maakt van een elektronisch voorschrijfsysteem, tenzij een beroep op één van de uitzonderingen kan worden gedaan.

**Prospectieve risicoanalyse:** Dit wordt ook wel prospectieve risico-inventarisatie (en evaluatie) of PRI genoemd. Het doel hiervan is om de risico's voor de patiëntveiligheid, die tijdens het voorschrijven aanwezig zijn, systematisch in kaart te brengen en hiervoor adequate maatregelen te treffen. Een risico kan bestaan uit een interactie tussen medicatie die een arts voorschrijft en medicatie die de patiënt reeds gebruikt (bijvoorbeeld een NSAID bij antistollingsgeneesmiddelen). Een maatregel die de arts in zo'n geval kan nemen is dat hij de medicatie die hij wil voorschrijven afzet tegen het actuele medicatieoverzicht van de patiënt of – bij het ontbreken van een elektronisch voorschrijfsysteem – zelf een expliciete afweging maakt of deze medicatie tegelijkertijd gebruikt kan worden. De voorschrijver moet zich daarover achteraf wel kunnen verantwoorden. Vooral nog stelt de inspectie geen expliciete eisen aan de prospectieve risicoanalyse.

<sup>8</sup> 'Zo nodig medicatie' is medicatie waarvan de patiënt [binnen ... maanden na datum voorschrift] de verstrekingsdatum bepaalt (pas ophaalt als hij het nodig heeft). Het staat de patiënt vrij om ze al dan niet te gebruiken binnen een aangegeven doseringsrange en al dan niet op basis van een conditie. Het mag dus continue maar het hoeft niet en het gebruik mag variëren. Bron: Basis begrippenlijst Overdracht van medicatiegegevens, versie 20 oktober 2008.

**Voorschrijver:** Voor verloskundigen geldt dat zij uitsluitend geneesmiddelen mogen voorschrijven voor zover het betreft heelkundige handelingen, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid. Ook bij verloskundige handelingen in de zin van artikel 36 lid 2 Wet BIG worden geneesmiddelen voorgeschreven. In de AMvB verloskunde 2008 worden de geneesmiddelen ijzerpreparaten, oxytocine, moederkoornalkaloïden, anti D-rhesus immunoglobuline, hepatitis B Ig en/of vaccin, vitamine K en medicinale zuurstof, plasma en lokale anesthetica opgesomd. De voorschrijfbevoegdheid wordt/is bij AMvB per 1 juli 2013 uitgebreid met: lachgassedatie, steriel water en anticonceptie.

Verpleegkundigen mogen uitsluitend UR-geneesmiddelen voorschrijven voor zover zij behoren tot een ter bevordering van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg bij ministeriële regeling aan te wijzen categorie, doch dezen uitsluitend: 1°. voor zover een onder a, b of c bedoelde beroepsbeoefenaar (arts, tandarts of verloskundige) de diagnose heeft gesteld met betrekking tot de patiënt voor wie het geneesmiddel is bestemd, 2°. voor zover medische protocollen en standaarden ter zake van het voorschrijven van UR-geneesmiddelen worden gevolgd, en 3°. binnen de bij de regeling te stellen beperkingen ten aanzien van de reikwijdte van de in de aanhef bedoelde bevoegdheid.<sup>9</sup>

Op grond van artikel 36a Wet BIG kan de minister in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) bepaalde voorbehouden handelingen toekennen aan beroepen. Een van die voorbehouden handelingen is het voorschrijven van geneesmiddelen. Dit is in twee verschillende AMvB's toegewezen aan de physician assistant (PA) en de verpleegkundig specialist (VS). Deze AMvB's zijn sinds 1 januari 2012 van kracht voor de duur van vijf jaar. De bevoegdheid om UR-geneesmiddelen voor te schrijven is niet onbeperkt. De grenzen aan deze zelfstandige bevoegdheid zijn gesteld door:

- a het deskundigheidsgebied van de PA/VS;
- b beperktere complexiteit van de handeling;
- c de routinematigheid ervan;
- d door de eis dat risico's goed te overzien moeten zijn;
- e de landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen die moeten worden gevolgd;
- f de individuele bekwaamheid van de PA/VS.

Welke geneesmiddelen de PA/VS mag voorschrijven is afhankelijk van de invulling van de hierboven genoemde grenzen. Voor de VS geldt bovendien dat deze UR-geneesmiddelen mag voorschrijven binnen een van de vijf specialismen waarin de VS is ingeschreven. De PA is bevoegd om UR-geneesmiddelen voor te schrijven binnen het deelgebied van de geneeskunst waarbinnen de PA is opgeleid. Als een PA in een ander deelgebied wil gaan werken moet hij zich, volgens de systematiek van de beroepsgroep, eerst onder supervisie van een specialist in dat deelgebied bekwaam voordat hij in dat deelgebied geneesmiddelen mag voorschrijven.<sup>10</sup>

## Artikel 2

Dit artikel bevat de hoofdregel van deze richtlijn, te weten dat een geneesmiddel slechts mag worden voorgeschreven als daarbij gebruik wordt gemaakt van een elektronisch voorschrijfsysteem.

<sup>9</sup> Het is niet uitgesloten dat ook andere verpleegkundigen in de toekomst onder bepaalde voorwaarden UR-geneesmiddelen mogen voorschrijven.

<sup>10</sup> Bron: KNMG, V&VN, NAPA, Handreiking implementatie taakherschikking, November 2012, pag. 21.



## Artikel 3

Artikel 3 stelt eisen aan de functionaliteit van een elektronisch voorschrijfsysteem. Deze bepaling sluit aan bij aanbeveling 3.1.1 a) aan artsen ten aanzien van de werkzaamheden als arts, zoals vermeld in het KNMG Kwaliteitskader medische zorg. Die aanbeveling luidt als volgt: “De arts voert een ‘state of the art’ praktijkorganisatie volgens daartoe ontwikkelde randvoorwaarden.” Ook de functionaliteiten in een elektronisch voorschrijfsysteem dienen te allen tijde te voldoen aan de ‘state of the art’. In deze richtlijn wordt de werkingssfeer van deze eis uitgebreid tot alle voorschrijvers van geneesmiddelen. Een elektronisch voorschrijfsysteem bevat daarom ten minste de volgende functionaliteiten:

- a Bewaken op interacties met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt;
- b Bewaken op individuele gevoeligheden, ongevoeligheden of overgevoeligheden van de patiënt voor het desbetreffende geneesmiddel;
- c Bewaken op onjuiste dosering;
- d Bewaken op (pseudo) dubbelmedicatie;
- e Bewaken op contra-indicaties en andere patiëntkenmerken.

Dit betekent onder meer dat er wordt voorgeschreven vanuit een geneesmiddelendatabank die voldoet aan de NEN norm 7507:2008 nl (Medische informatica - Basisstructuur van een databank voor geneesmiddelen), waarin de kenmerken zijn vastgelegd die het geneesmiddel uniek identificeren ten behoeve van de processen van zowel voorschrijven, bestellen, afleveren, toedienen en declareren als medicatiebewaking.

Een interactie is een farmacologische of klinische respons bij een combinatie van twee of meer geneesmiddelen die verschilt van de verwachte respons bij afzonderlijke toediening van de geneesmiddelen. Er dient zoveel mogelijk voorkomen te worden dat aan een patiënt een combinatie van geneesmiddelen wordt gegeven waarbij de positieve effecten naar verwachting niet opwegen tegen de nadelen. Interacties kunnen overigens ook optreden met voedings- en genotmiddelen, zoals alcohol, tabak, grapefruitsap, etc.

Dubbelmedicatie is het gelijktijdig gebruik van twee of meer geneesmiddelen die een zelfde werkzame stof bevatten. Pseudodubbelmedicatie is het gelijktijdig gebruik van twee of meer geneesmiddelen die weliswaar een verschillende werkzame stof bevatten, maar een vergelijkbare farmacotherapeutische werking hebben.

Contra-indicaties zijn omstandigheden waarin het geven van een geneesmiddel ongewenst is (ziekte, patiëntstatus zoals zwangerschap, allergie, leefomstandigheden). De leeftijd van de patiënt kan een contra-indicatie zijn voor het voorschrijven van geneesmiddelen. Zo mogen sommige geneesmiddelen niet of slechts onder bepaalde voorwaarden bij kinderen worden gebruikt. Afgeleide contra-indicaties zijn eigenschappen, aandoeningen of andere kenmerken van een persoon die uit het gebruik van bepaalde geneesmiddelen worden afgeleid. Zo kun je uit het feit dat iemand insuline gebruikt, afleiden dat hij of zij diabetes heeft. Voorts kan een patiënt verschillende aandoeningen hebben die niet of slechts onder bepaalde voorwaarden verenigbaar zijn met het gebruik van bepaalde geneesmiddelen. Voorkomen dient te worden dat patiënten een geneesmiddel krijgen dat mogelijk schadelijk voor hen is, omdat het geneesmiddel niet verenigbaar is met de betreffende aandoening.<sup>11</sup> Het elektronisch voorschrijfsysteem zal naast de voorgeschreven medicatie ook de afgehandelde medicatiebewakingsignalen moeten kunnen vastleggen.

<sup>11</sup> In dit verband zij opgemerkt dat in de ‘LESA actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn’ is afgesproken dat de medische contra-indicaties (diagnosen) worden bijgehouden door de huisarts.

Uit het KNMG Kwaliteitskader volgt ook dat artsen die geneesmiddelen voorschrijven handelen volgens de ‘Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten’. Deze richtlijn ‘Medicatieoverdracht’ heeft als basis: op elk moment van voorschrijven is er een actueel medicatieoverzicht beschikbaar.<sup>12</sup> De Richtlijn ‘Medicatieoverdracht’ geldt dus voor alle voorschrijvers van geneesmiddelen. Het KNMG Kwaliteitskader schrijft voor artsen het volgende voor, onder verwijzing naar de Richtlijn ‘Medicatieoverdracht’: “De arts controleert bij voorschrijven van een geneesmiddel of hij beschikt over een actueel medicatieoverzicht. Zo nodig registreert de arts alle door hem geïnitieerde wijzigingen in de medicatie.” Ook deze eis geldt dus in feite voor alle voorschrijvers van geneesmiddelen. Bij de Richtlijn medicatieoverdracht hoort een Handreiking waarin een zestal veel voorkomende overdrachtssituaties zijn beschreven en waarin de verplichtingen voor voorschrijvers en apothekers zijn vermeld.<sup>13</sup>

Er dient ervan uitgegaan te worden dat een elektronisch voorschrijfsysteem (deels) bestaat uit software die door de fabrikant speciaal is bestemd om te worden gebruikt voor diagnostische en/of therapeutische doeleinden, meer specifiek door de fabrikant is bestemd om bij de mens te worden aangewend voor de diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van ziekten, of voor diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van verwondingen of een handicap, of voor onderzoek naar of vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces. In dat geval valt deze software onder de definitie van ‘medisch hulpmiddel’ en is de Wet medische hulpmiddelen daarop van toepassing. Hieruit vloeit voort dat fabrikanten van elektronisch voorschrijfsystemen zichzelf en hun producten moeten (laten) registreren bij het bevoegd gezag, te weten het CIBG of de Aangemelde Instantie, indien het elektronisch voorschrijfsysteem beschikt over een meetfunctie. Dit betekent dat fabrikanten verantwoordelijk zijn voor de juridische verplichting dat een elektronisch voorschrijfsysteem moet voldoen aan de eisen die de wet stelt aan het gebruik van medische hulpmiddelen. Voor voorschrijvers betekent dit – op termijn – dat certificering een belangrijke indicatie is voor de betrouwbaarheid en veiligheid van elektronische voorschrijfsystemen.

Anno 2013 lopen er projecten bij Nictiz in samenwerking met andere partijen (met name Z-Index) om richtlijnen voor de functionaliteit betreffende ‘eigen artikelen’ op te stellen en om een toetsing voor de medicatiebewaking op te stellen. Zodra deze richtlijnen zijn vastgesteld kunnen deze worden ingezet als de eisen waaraan elektronische voorschrijfsystemen dienen te voldoen.

Intussen bepaalt deze richtlijn dat de in artikel 3 bedoelde functionaliteiten gebaseerd moeten zijn op landelijk vastgestelde standaarden. Daarbij kan met name worden gedacht aan de G-Standaard.

Voorts dienen eisen te worden gesteld aan de interoperabiliteit van elektronische voorschrijfsystemen. Verantwoordelijken, zorgaanbieders, moeten geen systemen aanschaffen waarmee het niet mogelijk is om gegevens elektronisch uit te wisselen met andere zorgaanbieders. De leverancier van een elektronisch voorschrijfsysteem moet kunnen garanderen dat gegevens uit het elektronisch voorschrijfsysteem elektronisch kunnen worden uitgewisseld met andere zorgaanbieders.

<sup>12</sup> Bron: [www.medicatieoverdracht.nl](http://www.medicatieoverdracht.nl). De richtlijn is opgesteld door ActiZ, GGZ Nederland, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS en ZN. De IGZ en VWS zijn de initiatiefnemers en aanjagers van de richtlijn. Later hebben de FNT, NMT en de VGN zich ook aangesloten.

<sup>13</sup> Bron: [www.medicatieoverdracht.nl](http://www.medicatieoverdracht.nl).

## Artikel 4

Dit artikel bevat uitzonderingen op de hoofdregel van artikel 2 dat de verplichting bevat om geneesmiddelen voor te schrijven met behulp van elektronische voorschrijfsystemen. Onder bepaalde omstandigheden kan namelijk niet worden verlangd dat een voorschrijver een elektronisch voorschrijfsysteem gebruikt om geneesmiddelen voor te schrijven. De gevallen die in de richtlijn worden genoemd zijn de volgende:

**a De voorschrijver is werkzaam op een locatie waar elektronisch voorschrijven niet goed mogelijk is.**

Op een IC of OK kan het zijn dat elektronisch voorschrijven niet goed mogelijk is en de gebruikte geneesmiddelen doorgaans pas achteraf (na toediening) in het elektronisch systeem ingevoerd kunnen worden. Dat kan ook voor andere situaties gelden, bijvoorbeeld als geneesmiddelen worden voorgeschreven bij arrestantenzorg. Ook van artsen die ambulante werkzaamheden uitvoeren (visites doen) en tijdens die werkzaamheden geneesmiddelen voorschrijven kan niet altijd worden verlangd dat zij dat op dat moment elektronisch doen. In dergelijke gevallen moet de voorschrijver wel geregeld hebben dat medicatiebewaking achteraf plaats vindt. De voorschrijver dient de voorschriften en de gebruikte geneesmiddelen daarom achteraf alsnog in een elektronisch voorschrijfsysteem in te voeren. Concluderend geldt dat de locatie leidend is: als er een systeem beschikbaar is, is elektronisch voorschrijven de standaard. Achteraf vastleggen van elektronisch voorschrijven ontslaat de voorschrijver overigens niet van de plicht om vooraf de patiënt te vragen naar bekende allergieën of andere relevante contra-indicaties.

**b De voorschrijver schrijft uitsluitend een zeer beperkt palet aan geneesmiddelen voor.**

Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan artsen die geneesmiddelen voorschrijven ten behoeve van reizigersvaccinaties en andere medicatie zoals malariaprofylaxe en antibiotica. Ook kan worden gedacht aan jeugdartsen bij vaccinaties van jonge kinderen en eventueel ook aan psychiaters met als specialisme kinder- en jeugdpsychiatrie. Deze artsen zullen wel een prospectieve risicoanalyse moeten hebben gedaan op hun voorschriften wanneer zij geen gebruik maken van een elektronisch voorschrijfsysteem. Ook verloskundigen lijken (op dit moment) een beperkt palet aan geneesmiddelen voor te schrijven. Op basis hiervan is de conclusie gerechtvaardigd dat verloskundigen niet verplicht zijn om geneesmiddelen voor te schrijven met behulp van een elektronisch voorschrijfsysteem. Dit sluit overigens niet uit dat verloskundigen in de ( nabije) toekomst wel rechtstreeks onder de werking van artikel 2 kunnen vallen.

**c De voorschrijver schrijft zeer zelden een geneesmiddel voor.**

Hierbij kan men denken aan (basis)artsen die af en toe geneesmiddelen voorschrijven in privé situaties. Een ander voorbeeld is de bedrijfsarts die zelden een geneesmiddel voorschrijft. Artsen die zeer zelden geneesmiddelen voorschrijven zullen zich wel moeten kunnen verantwoorden over de bewaking van hun voorschrift alsof het ingevoerd was in een elektronisch voorschrijfsysteem. In dergelijke situaties kan de patiënt medicatie van andere voorschrijvers krijgen die met het beperkte pakket van die ene voorschrijver interacties geeft. Uit een oogpunt van veiligheid is in zo'n geval extra alertheid noodzakelijk.

**d Onvoorziene situaties.**

Naast de hierboven genoemde drie concrete situaties wordt met dit onderdeel de mogelijkheid geboden om een beroep te doen op een onvoorziene specifieke situatie, anders dan bedoeld in de onderdelen a) tot en met c), waarin het niet mogelijk is om elektronisch voor te schrijven. Een voorbeeld is de soa-poli van een GGD waar cliënten anoniem of onder een pseudoniem op seksueel overdraagbare aandoeningen of op HIV kunnen worden getest. Als voorwaarde geldt daarbij echter wel dat de voorschrijver kan verantwoorden (en bijvoorbeeld heeft gedocumenteerd) dat en waarom in dat geval elektronisch voorschrijven niet mogelijk was. Voorts dient de voorschrijver er voor te zorgen dat het niet-elektronisch voorschrijven wel op een verantwoorde wijze gebeurt. Dat betekent dat de voorschrijver moet controleren of de medicatie samengaat met de overige door de patiënt gebruikte medicatie.

## Artikel 5

Dit artikel bepaalt dat een voorschrijver met ingang van 1 januari 2014 verplicht is om uitsluitend via elektronische voorschrijfsystemen geneesmiddelen voor te schrijven, tenzij een beroep kan worden gedaan op een van de uitzonderingen. Voorschrijvers en instellingen waar zij werkzaam zijn, moeten voor die datum beschikken over een elektronisch voorschrijfsysteem dat voldoet aan de functionaliteiten zoals die in deze richtlijn zijn vermeld. Wie op 1 januari 2014 nog niet elektronisch kan voorschrijven moet op die datum wel een plan van aanpak hebben, zodanig dat elektronisch voorschrijven uiterlijk op 1 januari 2015 beschikbaar is.

Naast de uitzonderingen genoemd in artikel 4, bevat deze richtlijn in artikel 5 nog een enkele andere uitzondering op de hoofdregel om elektronisch voor te schrijven. Deze uitzondering betreft het geval waarin de voorschrijver op 1 januari 2014 nog niet elektronisch kan voorschrijven, maar wel een realistisch plan van aanpak voor elektronisch voorschrijven kan overleggen waaruit blijkt wanneer men wel elektronisch zal voorschrijven. Deze uitzondering kan bijvoorbeeld gelden voor het voorschrijven van cytostatica, wat op dit moment nog niet (altijd) elektronisch kan worden bewaakt. Uiterlijk vanaf 1 januari 2015 dient dit dus wel het geval te zijn.

De inspectie beschouwt het elektronisch voorschrijven als een voorwaarde voor het leveren van ‘verantwoorde zorg’, zoals bedoeld in art. 40 Wet BIG en art. 2 Kwaliteitswet zorginstellingen. Wanneer het niet mogelijk is om elektronisch voor te schrijven, stelt de inspectie als eis dat er een realistisch plan moet zijn waaruit blijkt wanneer men wel elektronisch voorschrijft. Daarbij hoort dan een prospectieve risicoanalyse waaruit moet blijken hoe men de risico’s beheerst van het voorschrijven zonder elektronisch voorschrijfsysteem.

Volgens de inspectie moet een plan van aanpak ten minste het volgende omschrijven:

- ▶ de bestaande situatie;
- ▶ het proces om tot een keuze van een elektronisch voorschrijfsysteem te komen, voorzien van reële termijnen;
- ▶ het proces om tot implementatie van een elektronisch voorschrijfsysteem te komen, voorzien van reële termijnen;
- ▶ een risicoanalyse die beschrijft welke risico’s voor de veiligheid van de patiënt bestaan, lopende de keuze en implementatie van het elektronisch voorschrijfsysteem en op welke wijze deze risico’s worden beheerst.

Deze richtlijn wordt beheerd door de KNMG. Dat wil zeggen dat de KNMG de regie heeft wanneer de opstellers van mening zijn dat deze richtlijn aan herziening toe is.





## Bijlage 1

Deelnemers Invitational Conference 28 februari 2013 en aan wie conceptversies 0.2 en 0.4 van de richtlijn vervolgens ter schriftelijke consultatie is voorgelegd.

- ▶ Erasmus Medisch Centrum:  
*Jan Hazelzet, Heleen van der Sijts*
- ▶ GGZ NL – Brancheorganisatie voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Nederland:  
*Jaap Schrieke*
- ▶ KNMG – Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst:  
*Lode Wigersma, Sjaak Nouwt*
- ▶ KNMP – Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie:  
*Karen de Leest, Berry Daemen*
- ▶ LHV - Landelijke Huisartsen Vereniging:  
*Lisette Romijn*
- ▶ NHG – Nederlands Huisartsen Genootschap:  
*Tjeerd van Althuis*
- ▶ NVZ – Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen:  
*Hans Peter Lijfmann*
- ▶ NVZA – Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers:  
*Bertil Lenderink*
- ▶ Verenso – Vereniging van Specialisten in ouderengeneeskunde:  
*Franz Roos*
- ▶ VGN – Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland:  
*Jos Noordover*
- ▶ VHN – Vereniging Huisartsenposten Nederland:  
*Hannie van der Hoeven*
- ▶ VU Medisch Centrum:  
*Otto Visser*

## Bijlage 2

**Organisaties aan wie conceptversies 0.2 en 0.4 van de richtlijn ter schriftelijke consultatie is voorgelegd.**

- ▶ GGD NL – Landelijke Vereniging van GGD-en
- ▶ Health Base
- ▶ KNOV – Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
- ▶ NFU/UMC's – Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra / Universitair Medische Centra
- ▶ NMT – Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
- ▶ NPCF – Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- ▶ NVAVG – Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
- ▶ NVvP – Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- ▶ OMS – Orde van Medisch Specialisten
- ▶ V&VN – Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland



## Bijlage 3

Organisaties aan wie conceptversie 0.4 van de richtlijn ter informatie en reactie is voorgelegd.

- ▶ ZN – Zorgverzekeraars Nederland
- ▶ OIZ – Vereniging van Organisaties voor ICT in de Zorg







*Richtlijn Elektronisch voorschrijven* is een uitgave van artsenfederatie KNMG  
© september 2013, Utrecht

De artsenfederatie KNMG vertegenwoordigt ruim 53.000 artsen en studenten geneeskunde. Van de KNMG maken deel uit de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Vereniging van Specialisten in ouderengeneeskunde (Verenso).