



NOTA

HET MULTIDISCIPLINAIR GEDEELD MEDICATIESCHEMA:
NAAR EEN VLOTTE SAMENWERKING



NOTA

HET MULTIDISCIPLINAIR GEDEELD MEDICATIESCHEMA:
NAAR EEN VLOTTE SAMENWERKING

Deze nota werd opgesteld door Domus Medica, Vlaams Apothekers Netwerk, Kartel Zelfstandige Thuisverpleging, E-Vita thuisverpleging, Vlaamse Federatie van Diensten voor ThuisVerpleging, Huis voor Gezondheid, Vlaams Patiëntenplatform en éénlijn.be

versie 03/10/2018

INHOUD

Het gedeelde medicatieschema: Goede afspraken zorgen voor goede zorg!	4
Gericht op zoek in de nota: waar vindt u meer uitleg terug over alle onderdelen uit de samenvatting? ...	6
Inleiding	8
Deel 1: Definities en wettelijke bepalingen	9
1. Definities van het medicatieschema	9
2. Het medicatieschema: een instrument in een multidisciplinaire setting	10
2.1. Vitalink en rechtenmatrix	11
2.2. Algemene wettelijke kaders	11
2.2.1. De patiënt	11
2.2.2. De huisarts	11
2.2.3. De apotheker	12
2.2.4. De thuisverpleegkundige	15
2.2.5. De thuiszorgkundige	16
2.2.6. De mantelzorger	17
Deel 2: Juridische aansprakelijkheid: basis en voorbeelden	18
1. Juridische verantwoordelijkheden rond het medicatieschema	18
1.1. Juridische verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid	18
1.2. Voorbeelden	18
1.3. Concrete casus	20
Deel 3: Taken en rolverdeling bij het multidisciplinair medicatieschema in de praktijk	22
1. Rollen en bevoegdheden in de praktijk	22
1.1. De patiënt staat centraal	23
1.2. De huisarts kan een medicatieschema opmaken en wijzigen	23
1.3. De apotheker kan een medicatieschema aanmaken en wijzigen	24
1.4. Rol van de thuisverpleegkundige in het medicatieschemaproces	25
1.5. Gegevensdeling met de tweede lijn	26
1.6. Gegevensdeling met woonzorgcentra	26
Besluit	27
Bijlage 1: Voorbeelden van problemen en frustraties op het terrein	28
Sprakverwarring tussen zorgverleners	28
Probleemmeldingen rond het gebruik van het Vitalink-medicatieschema	28
Bijlage 2: Aanbevelingen voor de toekomst: technische aanpassingen	31
Noten	32

HET GEDEELDE MEDICATIESCHEMA: GOEDE AFSPRAKEN ZORGEN VOOR GOEDE ZORG!

Patiënten met een chronische aandoening die verschillende medicijnen nemen, zijn gebaat bij een gedeeld (elektronisch) medicatieschema

Hiervoor zijn volgende randvoorwaarden belangrijk:

- Technisch moet het mogelijk zijn om een medicatieschema te delen. Softwarepakketten moeten het mogelijk maken een medicatieschema te maken en/of te raadplegen. Zorgverleners die niet over de mogelijkheid beschikken om elektronisch te delen, kunnen ook op papier een medicatieschema delen. Steeds wordt er uitgegaan van één gedeeld medicatieschema waarop wordt verder gewerkt. Is er een zorgverlener die elektronisch werkt, onderhoudt deze het Vitalink-medicatieschema en vult deze aan met de informatie van de andere zorgverleners.
- Elke zorgverlener moet voldoende opgeleid zijn in het gebruik van het medicatieschema in zijn softwarepakket (indien er elektronisch wordt gedeeld) en zijn wettelijke bevoegdheden respecteren.
- Binnen een gedeelde verantwoordelijkheid moet het duidelijk zijn wie welke taak kan en mag opnemen.

Afspraken en taaktoewijzing tussen zorgverleners en patiënten

1. De patiënt informeert zijn zorgverleners over zijn medicatiegebruik. Als er een medicatieschema is opgesteld, kan hij mee aan andere zorgverleners laten weten dat er een actueel medicatieschema beschikbaar is. De patiënt dient huisarts en/of apotheker te verwittigen bij nevenwerkingen of problemen met bepaalde medicatie. Indien nodig, kan een thuisverpleegkundige deze taak van de patiënt overnemen. De verschillende betrokken hulpverleners hebben oog voor mogelijke kwetsbaarheid bij de patiënt waardoor deze zijn rol niet veilig kan opnemen.
2. De huisarts schrijft voor en kan het medicatieschema dat op Vitalink gedeeld wordt aanpassen of opstellen indien er nog geen aanwezig is en de software dit toelaat. Hij overlegt hiervoor met de patiënt. De huisarts heeft een belangrijke rol als kwaliteitsbewaker met betrekking tot de medicamenteuze behandeling van de patiënt: bij het voorschrijven van medicatie en het aanvullen van het medicatieschema houdt hij onder andere rekening met mogelijke interacties.
3. De apotheker bewaakt aspecten van medicatiebeheer zoals correct voorschrift, juiste inname, interacties tussen medicijnen, correcte inname, educatie aan de patiënt, plannen van medicatie-inname, ... De apotheker raadpleegt hiervoor het medicatieschema of maakt er een aan indien dit niet aanwezig is.
 - Hij vult het medicatieschema aan met OTC-medicatie, supplementen en medicatie op voorschrift dat nog niet op het schema is opgenomen. Daarnaast bevraagt hij de zelfmedicatie van de patiënt en vult het schema volledig aan met deze informatie.

- Bij problemen consulteert de apotheker de voorschrijvende huisarts, tenzij het substituties betreffen die de therapeutische intentie van de huisarts volgen.
 - Er worden geen lijnen geschrapt zonder consultatie van de voorschrijvende huisarts.
4. Indien de thuisverpleegkundige is betrokken bij de medicatiezorg (bv. door het wekelijks klaarzetten van de medicatie), kijkt de thuisverpleegkundige het geheel na en spreekt hij/zij de huisarts aan bij twijfel. De thuisverpleegkundige zorgt voor het correct toedienen op basis van het medicatieschema maar met een kritische houding, om eventuele fouten te kunnen detecteren. Verder heeft de thuisverpleegkundige ook een belangrijke rol in de patiënteneducatie. De thuisverpleegkundige moet verder nevenwerkingen, observaties en reacties van de patiënt kunnen terugkoppelen aan de behandelende huisarts. Afleverproblemen worden aan de apotheker gerapporteerd.

GERICHT OP ZOEK IN DE NOTA: WAAR VINDT U MEER UITLEG TERUG OVER ALLE ONDERDELEN UIT DE SAMENVATTING?

Patiënten met een chronische aandoening die verschillende medicijnen nemen, zijn gebaat bij een gedeeld (elektronisch) medicatieschema

» *Lees meer in Deel 1 over de definities en het belang van het medicatieschema*

Hiervoor zijn volgende randvoorwaarden belangrijk:

- Technisch moet het mogelijk zijn om een medicatieschema te delen. Softwarepakketten moeten het mogelijk maken een medicatieschema te maken en/of te raadplegen. Zorgverleners die niet over de mogelijkheid beschikken om elektronisch te delen, kunnen ook op papier een medicatieschema delen. Steeds wordt er uitgegaan van één gedeeld medicatieschema waarop wordt verder gewerkt. Is er een zorgverlener die elektronisch werkt, onderhoudt deze het Vitalink-medicatieschema en vult deze aan met de informatie van de andere zorgverleners.

» *Lees meer in Bijlage 1 en 2 over de technische beperkingen van het medicatieschema*

» *Lees meer in Deel 3 over de samenwerking rond een gedeeld medicatieschema en de verschillende rolafspraken*

- Elke zorgverlener moet voldoende opgeleid zijn in het gebruik van het medicatieschema in zijn softwarepakket (indien er elektronisch wordt gedeeld) en zijn wettelijke bevoegdheden respecteren.

» *Lees meer in Deel 1 over de wettelijke bevoegdheden*

» *Lees meer in Deel 2 over de impact van de wettelijke bevoegdheden op de juridische aansprakelijkheid*

- Binnen een gedeelde verantwoordelijkheid moet het duidelijk zijn wie welke taak kan en mag opnemen.

» *Lees meer in Deel 2 over de impact van de wettelijke bevoegdheden op de juridische aansprakelijkheid*

» *Lees meer in Deel 3 over de samenwerking rond een gedeeld medicatieschema en de verschillende rolafspraken*

Afspraken en taaktoewijzing tussen zorgverleners en patiënten

1. De patiënt informeert zijn zorgverleners over zijn medicatiegebruik. Als er een medicatieschema is opgesteld, kan hij mee aan andere zorgverleners laten weten dat er een actueel medicatieschema beschikbaar is. De patiënt dient huisarts en/of apotheker te verwittigen bij nevenwerkingen of problemen met bepaalde medicatie. Indien nodig, kan een thuisverpleegkundige deze taak van de patiënt overnemen. De verschillende betrokken hulpverleners hebben oog voor mogelijke kwetsbaarheid bij de patiënt waardoor deze zijn rol niet veilig kan opnemen.

» *Lees meer in Deel 1, 2.2.1 over de wettelijke kaders rond de rol van de patiënt*

» *Lees meer in Deel 3, 1.1. over de rol van de patiënt en de definitie van kwetsbaarheid*

2. De huisarts schrijft voor en kan het medicatieschema dat op Vitalink gedeeld wordt aanpassen of opstellen indien er nog geen aanwezig is en de software dit toelaat. Hij overlegt hiervoor met de patiënt. De huisarts heeft een belangrijke rol als kwaliteitsbewaker met betrekking tot de medicamenteuze behandeling van de patiënt: bij het voorschrijven van medicatie en het aanvullen van het medicatieschema houdt hij onder andere rekening met mogelijke interacties.
- » *Lees meer in Deel 1, 2.2.2. over de wettelijke bevoegdheden van de huisarts*
 - » *Lees meer in Deel 3, punt 1 over de algemene richtlijnen rond het opstellen en aanpassen van een medicatieschema*
 - » *Lees meer in Deel 3, 1.2 over de rol van de huisarts in het gedeeld medicatieschema*
3. De apotheker bewaakt aspecten van medicatiebeheer zoals correct voorschrift, juiste inname, interacties tussen medicijnen, correcte inname, educatie aan de patiënt, plannen van medicatie-inname, ... De apotheker raadpleegt hiervoor het medicatieschema of maakt er een aan indien dit niet aanwezig is.
- Hij vult het medicatieschema aan met OTC-medicatie, supplementen en medicatie op voorschrift dat nog niet op het schema is opgenomen. Daarnaast bevraagt hij de zelfmedicatie van de patiënt en vult het schema volledig aan met deze informatie.
 - Bij problemen consulteert de apotheker de voorschrijvende huisarts, tenzij het substituties betreffen die de therapeutische intentie van de huisarts volgen.
 - Er worden geen lijnen geschrapt zonder consultatie van de voorschrijvende huisarts.
 - » *Lees meer in Deel 1, 2.2.3 over de wettelijke bevoegdheden van de (huis)apotheker*
 - » *Lees meer in Deel 3, punt 1 over de algemene richtlijnen rond het opstellen en aanpassen van een medicatieschema*
 - » *Lees meer in Deel 3, 1.3 over de rol van de apotheker in het gedeeld medicatieschema*
 - » *Lees meer in Bijlage 2 over toekomstige aanpassingen die communicatie rond het medicatieschema moet verbeteren*
4. Indien de thuisverpleegkundige is betrokken bij de medicatiezorg (bv. door het wekelijks klaarzetten van de medicatie), kijkt de thuisverpleegkundige het geheel na en spreekt hij/zij de huisarts aan bij twijfel. De thuisverpleegkundige zorgt voor het correct toedienen op basis van het medicatieschema maar met een kritische houding, om eventuele fouten te kunnen detecteren. Verder heeft de thuisverpleegkundige ook een belangrijke rol in de patiënteneducatie. De thuisverpleegkundige moet verder nevenwerkingen, observaties en reacties van de patiënt kunnen terugkoppelen aan de behandelende huisarts. Afleverproblemen worden aan de apotheker gerapporteerd.
- » *Lees meer in Deel 1, 2.2.4 over de wettelijke bevoegdheden van de thuisverpleegkundige*
 - » *Lees meer in Deel 3, 1.4 over de rol van de thuisverpleegkundige in het gedeeld medicatieschema*
 - » *Lees meer in Bijlage 2 over toekomstige aanpassingen die communicatie rond het medicatieschema moet verbeteren*

INLEIDING

Een medicamenteuze behandeling verandert doorheen de tijd. Een medicatieschema is dan ook een weergave van verschillende evoluties in een behandelingsproces en geen vaststaand gegeven. Voorschrijvers kunnen een medicamenteuze behandeling wijzigen, verlengen, schorsen, hernemen of vroegtijdig stopzetten. In het kader van patiëntveiligheid zouden alle zorgverleners binnen een multidisciplinair team over een transparant overzicht van de genomen acties en het actuele medicatieschema moeten beschikken.¹ Een duidelijke definitie en taakomschrijving wat betreft bevoegdheden, lees- en schrijfrechten is hierbij essentieel. Op het terrein ontstaat soms verwarring doordat er onvoldoende duidelijke afspraken of richtlijnen zijn voor een juiste manier van werken rond een multidisciplinair gedeeld medicatieschema (*zie bijlage 1 en samenvatting vooraan dit document*). Doordat elke betrokken partij zijn taken en bevoegdheden met betrekking tot het medicatieschema op zijn eigen manier interpreteert, zijn de resulterende medicatieschema's op dit moment vaak geen echte gedeelde medicatieschema's. Door verduidelijkingen aan te bieden rond de verschillende rollen van elke betrokken partij, en hoe de flow van het aanmaken, aanpassen en raadplegen van het medicatieschema in elkaar zit, willen we² aan die problemen tegemoet komen. Dit document wil een leidraad bieden aan zorgverleners die op het veld actief werken met het Vitalink-medicatieschema.

De initiatiefnemers van dit document (Domus Medica, Vlaams Apothekers Netwerk, Kartel Zelfstandige Thuisverpleging, E-Vita thuisverpleging, Vlaamse Federatie van Diensten voor ThuisVerpleging, Huis voor Gezondheid, Vlaams Patiëntenplatform en éénlijn.be) hopen hiermee een stap vooruit te zetten in het veralgemeend gebruik van het multidisciplinair gedeeld medicatieschema.

De focus van dit document ligt op het verduidelijken van de rollen en het verbeteren van de samenwerking tussen de kern-eerstelijnsactoren die betrokken zijn bij het opstellen en bewaken van het medicatieschema van een patiënt: huisartsen, (huis)apothekers en thuisverpleegkundigen. In bijlage wordt kort de technische aspecten rond het delen van het medicatieschema besproken, en uitbreiding naar de tweede lijn en andere zorgactoren toe. Gedetailleerde uitwerking van deze aspecten worden in aanvullende documenten opgenomen en vallen buiten de scope van deze nota.

Deze nota wil inspelen op de problematieken die zich momenteel voordoen op het terrein en houdt rekening met de huidige stand van zaken wat betreft de wettelijke kaders en de technologie. Een herziening in de concrete uitwerking van de rolverdeling kan aan de orde zijn als er nieuwe ontwikkelingen in het medicatieschema komen.

1. Definities van het medicatieschema

Er ontbreekt een wettelijke definitie van het medicatieschema. Een aantal reglementaire documenten halen het medicatieschema aan, maar dit gaat niet gepaard met een concrete definitie.³

In het actieplan e-Gezondheid, gaat actiepunt 3 over het medicatieschema. Het actiepunt omvat verschillende aspecten die het delen van gegevens rond het medicatiegebruik van de patiënt overzichtelijk en vlot toegankelijk moet maken in een multidisciplinaire setting. Het medicatieschema wordt specifiek behandeld in het actiepunt en de daaraan gerelateerde werkpunten zijn terug te vinden onder rubriek 3.2. in het actieplan. De functie van het medicatieschema wordt daar als volgt omschreven *“Ambulante patiënten, huisartsen en hun wachtposten, officina-apothekers en thuisverpleegkundigen toegang geven tot relevante informatie over de actieve medicatie van patiënten die daarvoor hun geïnformeerde toestemming gegeven hebben, in de vorm van een medicatieschema. Door multidisciplinaire samenwerking streven we naar een volledig en correct medicatieschema dat toegankelijk is en gedeeld kan worden via een beveiligd digitaal platform.”*⁴

Verder is er in het actiepunt uitbreiding voorzien in de groep zorgverstrekkers die toegang kunnen krijgen tot het medicatieschema: specialisten in ziekenhuizen, ziekenhuisapothekers en zorgverleners in woonzorgcentra.

Binnen de Sumehr van huisartsen bestaat ook een medicatielijst. Deze lijst wordt vaak gebruikt of beschouwd als medicatieschema, maar is hiervoor om verschillende redenen niet goed geschikt:

De Sumehr is enkel beschikbaar voor artsen en slechts leesbaar voor patiënten eens de MyHealthviewer beschikbaar is. Hij is dus niet leesbaar voor andere zorgverleners. Bijkomende nadelen zijn:

- Het gaat enkel om de actieve medicatie die de GMD-houdende arts in zijn medisch dossier heeft staan.
- Als een andere arts/specialist de GMD-houder niet tijdig informeert over nieuwe medicatie is de lijst niet up-to-date.
- De Sumehr is geen patiëntvriendelijk medicatieschema, met onvoldoende informatie rond inname/toediening van de medicatie.

De medicatielijst binnen de Sumehr is dus duidelijk te onderscheiden van een multidisciplinair gedeeld medicatieschema, met verschillende toegangsmatrices en finaliteiten.

Op termijn is het de bedoeling dat verschillende elementen rond medicatie (medicatieschema, elektronisch voorschrift, Hoofdstuk IV-medicatie, ...) geïntegreerd worden in een

medicatie dossier. Dat is het zogenaamde VIDIS-project (terug te vinden onder punt 3.5 in het actieplan).

Vitalink, die als kluis fungeert voor het opslaan van het medicatieschema en die de standaarden rond de huidige vorm van het gedeeld medicatieschema heeft bepaald, heeft een website waar de patiënt geïnformeerd wordt rond de inhoud van medische gegevens die op Vitalink worden bewaard. Het medicatieschema is terug te vinden onder de sectie 'Medicatiegegevens delen' en omschrijft het medicatieschema als *“een up-to-date overzicht van welke medicatie u neemt of voor u is voorgeschreven”*. De inhoud van het medicatieschema wordt verder omschreven als: merknaam van het medicijn, de in te nemen dosis, de wijze van toediening, het tijdstip of moment van gebruik, duur van gebruik. Dit aangevuld met administratieve gegevens over onder andere auteur, creatiedatum, unieke identificatie van het element, rijksregisternummer en naam van de patiënt, ...⁵

Het medicatieschema wordt binnen het concept 'huisapotheker' omschreven als een zicht op de actuele situatie van de actieve medicatie van een patiënt: welke geneesmiddelen neemt hij, wanneer en hoe? Het consolideert informatie over voorgeschreven geneesmiddelen, advies- en zelfzorgmedicatie.⁶

De veelheid van werkdefinities heeft de spraakverwarring rond het medicatieschema in de hand gewerkt, en voor problemen bij de samenwerking tussen zorgverleners gezorgd. In *bijlage 1* wordt hier dieper op ingegaan.

Besluit: In dit document is een medicatieschema een up-to-date schematisch overzicht van alle medicatie die een patiënt neemt of voor deze patiënt werd voorgeschreven. In Vlaanderen is het de doelstelling dat voor iedere polygemediceerde patiënt een elektronische versie van een medicatieschema via Vitalink beschikbaar is.

2. Het medicatieschema: een instrument in een multidisciplinaire setting

Hoewel strikt genomen een wettelijke definitie van het medicatieschema ontbreekt, zijn er werkdefinities binnen het actieplan eGezondheid over de doelstellingen van het medicatieschema. Die zijn verder uitgewerkt in de Vitalink standaarden en cookbooks voor softwareproducenten, en die standaard maken het mogelijk om op een beveiligde manier het medicatieschema te delen tussen zorgverstrekkers die een therapeutische relatie hebben met de patiënt. Tegelijkertijd heeft ook de patiënt zelf toegang tot zijn medicatieschema.

Het schema dient volledig, correct en up-to-date te zijn. Sinds oktober 2017 bestaat het statuut huisapotheker. In dat kader beheren apothekers in overleg met andere zorgverleners een medicatieschema voor de patiënt. Dit heeft geleid tot de noodzaak aan duidelijke afspraken. In de volgende paragrafen verduidelijken we deze verantwoordelijkheden aan de hand van de toegangsmatrix en algemene wettelijke kaders.

2.1. Vitalink en rechtenmatrix

Vitalink heeft een toegangsmatrix opgesteld rond het gebruik van het medicatieschema. In deze matrix zijn de rollen op heel summiere wijze onderverdeeld in leesrechten en schrijfrechten. Volgende groepen zorgverleners hebben zowel lees- als schrijfrechten: arts, tandarts, vroedvrouw, apotheker. De thuisverpleegkundige, de patiënt, zijn/haar mantelzorger vertrouwenspersoon en de thuiszorgkundige hebben momenteel uitsluitend leesrechten.⁷

Ondanks de summiere indeling van rechten rond het medicatieschema, dat nog niet ingaat op de juridische verantwoordelijkheden van elke groep zorgverleners, wordt al meteen duidelijk dat er een grote groep zorgverleners potentieel wijzigingen aan het medicatieschema kunnen aanbrengen. Nu er twee schrijvende groepen actief zijn (de huisartsen en de apothekers) kunnen al heel wat problemen rond samenwerking worden vastgesteld. Deze verwarring houdt een belangrijk risico in op het gebied van patiëntveiligheid. Het is dus belangrijk om die knelpunten weg te werken.

2.2. Algemene wettelijke kaders

Er zijn een aantal wettelijke kaders rond de takenpakketten van artsen, apothekers en thuisverpleegkundigen die de verantwoordelijkheden verder verduidelijken. Deze wettelijke kaders, aangevuld met informatie uit gedragscodes voor de verschillende beroepsgroepen, worden hier kort gedomd.

2.2.1. De patiënt

In de wet patiëntenrechten (2002) staat beschreven dat een patiënt recht heeft op een kwaliteitsvolle dienstverlening. De informatie die de beroepsbeoefenaar deelt dient in een duidelijke taal en aangepast aan de patiënt meegedeeld te worden. De patiënt dient zijn toestemming te geven aan de zorgverlener om zorg te verlenen. Hij heeft ook het recht om zorg te weigeren of zijn toestemming in te trekken.⁸

2.2.2. De huisarts

De wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen omschrijft de bevoegdheden van een arts als volgt:

“Wordt beschouwd als onwettige uitoefening van de geneeskunde, het gewoonlijk verrichten door een persoon die het geheel van de voorwaarden, gesteld bij het eerste lid, niet vervult, van elke handeling die tot doel heeft, of wordt voorgesteld tot doel te hebben, bij een menselijk wezen:

- *hetzij het onderzoeken van de gezondheidstoestand*
- *hetzij het opsporen van ziekten en gebrekkigheden*
- *hetzij het stellen van de diagnose, het instellen of uitvoeren van een behandeling van een fysieke of psychische, werkelijke of vermeende pathologische toestand*
- *hetzij de inenting.”*

In de code van de medische deontologie⁹ worden vervolgens nog enkel zaken rond samenwerking en medicatiebeheer vermeld:

Art. 11 De arts stelt zich collegiaal op. Hij respecteert de specifieke deskundigheid van zijn collega's en van andere gezondheidszorgbeoefenaars. De arts communiceert gepast bij multidisciplinair overleg. De arts streeft in geval van problemen of geschillen met collega's of andere gezondheidszorgbeoefenaars naar een consensusoplossing.

Art. 22 De arts wijst de patiënt op de gevolgen van onjuist geneesmiddelengebruik en van misbruik van substanties die tot afhankelijkheid kunnen leiden. De arts licht de risico's van automedicatie en overconsumptie van geneesmiddelen toe. De arts handelt bij ernstige mid-delenafhankelijkheid in multidisciplinair verband.

Verder duidt het KB rond het Algemeen Medisch Dossier op het belang van een door de huisarts beheerd dossier waar in het kader van de kwaliteit van zorg alle relevante medische informatie van de patiënt wordt verzameld.

Art. 1, paragraaf 1. Onder 'Algemeen Medisch Dossier' (AMD) wordt in de zin van dit besluit verstaan : een functionele en selectieve verzameling van relevante medische, sociale en administratieve gegevens m.b.t. een patiënt, die het voorwerp uitmaken van een manuele of geïnformatiseerde verwerking. Het algemeen medisch dossier heeft als doel de kwaliteit van de zorgverstrekking te optimaliseren en onnodig dubbel gebruik van handelingen te vermijden.

Art. 2. Er is één 'Algemeen Medisch Dossier' per patiënt. Het wordt beheerd door een huis-arts.

Enkele belangrijke elementen in bovenstaande paragrafen duiden op de rol van de huisarts als **belangrijk contactpunt** voor een patiënt, en de **verantwoordelijkheid** die hij verder heeft in het regelmatig bekijken, evalueren en aanpassen van het medicatieoverzicht. Als houder van het globaal medisch dossier is de huisarts vaak het eerste contactpunt bij problemen gerelateerd aan geneesmiddelen. Echter, ook de apotheker en andere zorgverleners worden regelmatig met dit soort vragen geconfronteerd, en met de komst van de huisapotheker is ook deze laatste een belangrijk aanspreekpunt voor patiënten. Daarom wordt ook de nood aan **communicatie** tussen huisarts en andere gezondheidszorgbeoefenaars benadrukt. Volgende secties geven aan dat ook andere zorgactoren taken en verplichtingen hebben wat betreft het medicatiebeheer van de patiënt. Communicatie en samenwerking tussen alle betrokken zorgactoren staat dan ook centraal in de volgende paragrafen.

2.2.3. De apotheker

De wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen omschrijft de uitoefening van de artsenijsbereidkunde als volgt:

- de bereiding, het te koop aanbieden, de detailverkoop en de terhandstelling, zelfs indien ze kosteloos is, van geneesmiddelen,
- de bereiding van geneesmiddelen in hun farmaceutische vorm,
- de vervaardiging van en de controle op geneesmiddelen,
- de controle op geneesmiddelen in een laboratorium bestemd voor die controle,
- de opslag, de bewaring en de distributie van geneesmiddelen in het groothandelsstadium,

- de aanvoer, de bereiding, de controle, de opslag, de distributie en de verstrekking van veilige en doeltreffende geneesmiddelen van de vereiste kwaliteit naar en in voor het publiek toegankelijke apotheken,
- de bereiding, de controle, de opslag en de verstrekking van veilige en doeltreffende geneesmiddelen van de vereiste kwaliteit in ziekenhuizen,
- het verstrekken van informatie en advies over geneesmiddelen als zodanig, inclusief het juiste gebruik ervan,
- de rapportering van de ongewenste bijwerkingen van farmaceutische producten aan de bevoegde autoriteiten,
- de gepersonaliseerde begeleiding van patiënten die hun medicijnen zelf toedienen,
- meewerken aan lokale of nationale gezondheidscampagnes.

Artikel 7 gaat verder in op de taken van de apotheker:

“De farmaceutische handelingen in de uitoefening van de functie van de apotheker inzake de verstrekking van farmaceutische zorg omvatten de verantwoorde aflevering van voorgeschreven geneesmiddelen of van geneesmiddelen die zonder voorschrift kunnen afgeleverd worden, met het oog op, in overleg met andere zorgverstrekkers en de patiënt, het bereiken van algemene gezondheidsdoelstellingen zoals het voorkomen, het identificeren, en het oplossen van problemen verbonden aan het geneesmiddelengebruik. De farmaceutische zorg is erop gericht om op een continue wijze het gebruik van geneesmiddelen te verbeteren en de levenskwaliteit van de patiënt te bewaren of te verbeteren. Het interprofessioneel overleg omvat onder meer het eventuele doorverwijzen naar een arts en het informeren van de behandelende arts.”

Gelet op het Koninklijk Besluit (21 januari 2009)¹⁰ houdende onderrichtingen voor de apothekers zijn de taken van een apotheker uitvoerig omschreven. Hierin werd bepaald dat een apotheker *“...nagaat of de patiënt of de verantwoordelijke...weet hoe medicijnen moeten worden ingenomen, gebruikt en bewaard...”*

Bovendien bepaalt dit KB (artikel 22) dat de diensten van een apotheker onder andere omvat *“...de aflevering alsook de verstrekking van informatie over de kwaliteit, de veiligheid en de werkzaamheid bij het gebruik van deze producten. Deze informatie is bestemd zowel voor de voorschrijvers en het verzorgend personeel van de gemeenschap als voor de patiënt, zijn familie en zijn gemachtigde...”*

De Orde van Apothekers hanteert verder een **Code van de Farmaceutische Plichtenleer**, waaraan apothekers zich dienen te houden. **Artikel 33 en 34** behandelt de rol van de apotheker bij twijfel rond mogelijke interacties en bij substituties¹¹:

“De apotheker waakt steeds over de continuïteit en de kwaliteit van de zorgen en over de conformiteit ervan met de voorgeschreven behandeling. Bij enige twijfel over de aard van het voorgeschreven geneesmiddel, de farmaceutische vorm, de dosis en/of de frequentie van toediening, of bij ongewenste neveneffecten of interacties, wendt de apotheker zich

tot de voorschrijvende arts. Bij onbereikbaarheid van de voorschrijvende arts en in geval de aflevering niet kan worden uitgesteld, handelt de apotheker op basis van de beschikbare wetenschappelijke informatie en de geldende standaarden. Hij verwittigt de voorschrijvende arts zo vlug mogelijk.”

Zowel binnen het wettelijk kader als binnen de Code van de Orde van Apothekers wordt opnieuw het belang en zelfs de verplichting van **communicatie en overleg** tussen verschillende zorgverleners benadrukt. Verder heeft de apotheker een rol in het **evalueren van bijwerkingen en interacties** van de medicatie die een patiënt inneemt of plant in te nemen. De apotheker voert de therapeutische intenties van de arts uit, tenzij hij in het kader van patiëntveiligheid gevaar ziet voor bijwerkingen en interacties. Hierbij overlegt hij altijd met de patiënt en met de arts.

Echter, apothekers kunnen en moeten volgens de wet in een aantal situaties het voorschrift anders uitvoeren en het medicatieschema wijzigen. Consultatie van de arts is hierbij wettelijk niet vereist. Een aantal voorbeelden:

- Specificatie van onvolledige of wijziging van suboptimale innamemomenten.
- Wijziging van de identificatie van het geneesmiddel als de gebruikte code verouderd is.
- Voorschrift op stofnaam.
- Correctie van administratieve fouten (voorbeeld: influenza vaccin 1 per dag – duidelijk een vergissing).
- Het veranderen van de galenische vorm van een medicijn.

De therapeutische intentie of de posologie liggen buiten de bevoegdheid van de apotheker en hier kan slechts iets aan gewijzigd worden na goedkeuring van de arts. Indien een patiënt aangeeft dat hij bepaalde medicatie niet inneemt, stelt de apotheker de arts hier steeds van op de hoogte.

Er is dus een onderscheid te maken in situaties waar de apotheker niet wettelijk verplicht is om de arts op de hoogte te stellen (*zie bovenstaande voorbeelden*), en waar dit wel wettelijk noodzakelijk is. Wijken de wijzigingen af van de therapeutische intentie van de voorschrijvende arts, dient deze geconsulteerd te worden. Algemeen kan gesteld worden dat in het kader van de rolverdeling en het belang van communicatie tussen zorgverleners het sterk aangewezen is om zo goed mogelijk te communiceren met het hele zorgteam over wijzigingen in het medicatiegebruik, zeker als het over wijzigingen rond voorgeschreven medicatie gaat.

In het ‘Meerjarenkader voor de patiënt met de officina-apothekers’ worden er nog specifieke taken rond het medicatieschema bij de apotheker gelegd. Zo wordt er verwacht dat ze een bijdrage leveren aan de geïntegreerde zorg rond chronisch zieken door onder meer het bijhouden van een medicatieschema. Verder wordt deze rol gekaderd in een multidisciplinaire

setting: “en vormt samen met de huisarts en eventueel andere zorgverstrekkers een zorgteam rond de chronische patiënt.”¹²

Binnen de rol van huisapotheker worden de taken rond het medicatieschema van bijzondere groepen van patiënten nog verder verduidelijkt:

“De huisapotheker engageert zich tegenover de patiënt en diens zorgteam om de therapeutische intentie van de arts te realiseren wat betreft de medicamenteuze therapie in de ambulante zorg. Hij of zij zorgt er ook voor dat patiënten en hun zorgteam kunnen beschikken over de relevante informatie met betrekking tot de actieve medicatie in de vorm van een overzichtelijk, volledig en geactualiseerd medicatieschema...”

“De toegevoegde waarde als huisapotheker voor chronische patiënten bestaat in de geïndividualiseerde begeleiding van die patiënten en in het (pro)actief analyseren en ter beschikking stellen van een geactualiseerd medicatieschema aan de patiënten en het zorgteam waarmee ze een therapeutische relatie hebben.”

Deze handelingen betekenen een belangrijke bijdrage in het kader van patiëntveiligheid. En geven tegelijk aan dat de apotheker en de huisarts een ‘actieve’ rol spelen in het up-to-date bijhouden en opvolgen van het medicatieschema. Beide engageren zich om bij elke patiëntencontact het medicatieschema te evalueren.

Opnieuw staat de (huis)apotheker niet alleen als zorgverlener: de relatie met de huisarts wordt in bovenstaande sectie aangehaald, net als de betrokkenheid van de patiënt en het zorgteam van deze patiënt rond het medicatieschema.

2.2.4. De thuisverpleegkundige

Binnen de nomenclatuur van de thuisverpleegkundigen wordt de mogelijkheid voorzien om bij bepaalde groepen van patiënten de wekelijkse voorbereiding van medicatie per os, aan te rekenen door thuisverpleegkundigen. Hiervoor is het akkoord van de behandelende arts noodzakelijk via het invullen van het formulier-bijlage 81. Voor deze verstrekking is echter geen medisch voorschrift nodig.¹³ Bij de zorg voor een forfait-patiënt, dient de thuisverpleegkundige orale medicatie toe bij mogelijke compliance problemen. Dit wordt geregistreerd met een zogenaamde pseudocode. In de praktijk is de thuisverpleegkundige dus niet altijd ‘actief’ betrokken bij het medicatiegebeuren van de patiënt. Bij patiënten waar men langskomt voor een wondzorg of een intramusculaire inspuiting van, bijvoorbeeld één keer in de maand, is de thuisverpleegkundige niet altijd op de hoogte van de volledige medicamenteuze behandeling van de thuiswonende patiënt.

Als achtergrondinformatie wordt het wettelijke kader en de rol van de thuisverpleegkundige verduidelijkt¹⁴:

Het Koninklijk Besluit van 10 mei 2015 (art. 46) zegt dat je als verpleegkundige mag “bijdragen aan de medische diagnose door de arts en aan het uitvoeren van de voorgeschreven

behandeling” en hiervoor “technisch-verpleegkundige verstrekkingen uitvoert waarvoor geen medisch voorschrift nodig is (B1), alsook deze waarvoor wel een medisch voorschrift nodig is (B2). Die verstrekkingen kunnen verband houden met de diagnosestelling door de arts, de uitvoering van een door de arts voorgeschreven behandeling of met het nemen van maatregelen inzake preventieve geneeskunde.”

Met andere woorden, een geneesmiddel voorschrijven is en blijft een taak waarvoor alleen artsen bevoegd zijn, maar als verpleegkundige heeft men hier wel een bijdrage in door het “observeren, het herkennen en het vastleggen van de gezondheidsstatus zowel op psychisch, fysisch als sociaal vlak.”

Het toedienen van medicatie is een B2-handeling. Hieronder verstaan we:

- Voorbereiding en toediening van medicatie via de volgende toegangswegen: oraal (inbegrepen inhalatie), rectaal, vaginaal, subcutaan, intramusculair, intraveneus, via luchtweg, hypodermoclyse, via gastro-intestinale katheter, via drain, oogindruppeling, oorindruppeling en percutane weg.
- Voorbereiding en toediening van een medicamenteuze onderhoudsdosis via een door de arts geplaatste epidurale katheter met als doel een analgesie bij de patiënt te verkrijgen.

Een B2-handeling veronderstelt een medisch voorschrift dat drie elementen bevat:

- De hoeveelheid en posologie, toedieningsperiode of frequentie, concentratie etc.
- De identificatie en handtekening van de arts.
- De identificatie van de patiënt

Omwille van de hogergenoemde wetgeving moet het medicatieschema gevalideerd worden door een arts indien een verpleegkundige een wijziging heeft voorgesteld.

2.2.5. De thuiszorgkundige

De zorgkundige werkt enkel onder toezicht van een verpleegkundige. De taken die een zorgkundige mag doen is de patiënt/bewoner helpen bij de inname van geneesmiddelen via orale weg, dat via een distributiesysteem door een verpleegkundige of een apotheker werd klaargezet en gepersonaliseerd. De thuisverzorgende (sector welzijn) heeft volgens de wet geen taken wat medicatie betreft. Toch willen we dit nuanceren: De welzijnssector komt vaak aan huis en kunnen opmerken dat medicatie bijvoorbeeld ongepast wordt bewaard, of zij merken op dat er problemen zijn bij inname of klachten van patiënten. Op die manier hebben de welzijnsberoepen een belangrijke signaalfunctie. Bij voorkeur wordt dit gemeld via een gedeelde nota in het journaal van de patiënt.

2.2.6. De mantelzorger

Het Vlaams woonzorgdecreet definieert een mantelzorger als *“de natuurlijke persoon die vanuit een sociale en emotionele band een of meer personen met verminderd zelfzorgvermogen, niet beroepshalve maar meer dan occasioneel, helpt en ondersteunt in het dagelijks leven”*.¹⁵ In het mantelzorgplan wordt uitdrukkelijk gesteld dat mantelzorgers zich vaak niet als dusdanig identificeren en bijgevolg de waardering en ondersteuning van mantelzorg onvoorwaardelijk is. Het mantelzorgplan¹⁶ stelt dat *“enkel wanneer mantelzorg gepaard gaat met specifieke rechten, voordelen of tegemoetkomingen, kan een registratie als mantelzorger in functie hiervan aan de orde zijn”*.

Een mantelzorger kan de patiënt bijstaan in het proces van medicatie-inname. Dit kan gaan in het afhalen van medicatie bij de apotheker, het klaarzetten van medicatie tot het herinneren of toedienen van medicatie. Deze ondersteuning is tegelijkertijd informeel, maar zorgverleners rekenen er ook op dat dit ook gebeurt. In die zin is het een vraagstuk hoever de verantwoordelijkheid van mantelzorgers reikt. Dit debat valt buiten de scope van deze nota.

DEEL 2: JURIDISCHE AANSPRAKELIJKHEID: BASIS EN VOORBEELDEN

1. Juridische verantwoordelijkheden rond het medicatieschema

1.1. Juridische verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid

De juridische verantwoordelijkheid rond heel wat medische informatie die gedeeld wordt tussen verschillende zorgverleners wordt meestal omschreven als een ‘gedeelde verantwoordelijkheid’. Maar wat wordt hier concreet mee bedoeld? In termen van aansprakelijkheid bij fouten zal steeds gekeken worden naar het geheel van factoren dat hiertoe geleid heeft. Zelden is alle fout bij één partij te leggen, maar **speelt de context een belangrijke rol**. Belangrijk is wel dat de wettelijke kaders rond de gezondheidsberoepen al taken en verantwoordelijkheden bij zorgverleners legt waaraan men zich dient te houden. Onvolledige informatie aanleveren, niet voldoende verifiëren van aangeleverde informatie, of ook een patiënt die informatie voor zijn zorgverleners achterhoudt: deze spelen allemaal mee om de aansprakelijkheid te bepalen. Verder geven dit soort zaken eveneens aan dat het delen van informatie om op een meer correcte en veilige manier het medicatiebeleid rond een patiënt kunnen afstemmen, binnen de verantwoordelijkheid van elke zorgverlener ligt.

Naar aansprakelijkheid toe zijn er twee vormen te onderscheiden:

- Burgerlijke aansprakelijkheid veronderstelt een fout (een actieve fout – iets verkeerd doen, of een passieve fout – nalatigheid) die schade veroorzaakt.
- Strafrechtelijke aansprakelijkheid veronderstelt het plegen van een misdrijf

Om uit te maken of deze burgerlijke en/of strafrechtelijke aansprakelijkheid aanwezig is in hoofde van de huisarts, apotheker en/of verpleegkundige, zijn de vragen die zich in elke casus stellen:

- (1) Heeft de huisarts, apotheker, verpleegkundige in een bepaalde casus enkel gedaan wat hij mocht doen of deed hij meer en overschreed hij zijn bevoegdheid?
- (2) Heeft hij gedaan wat hij wettelijk gezien moet doen? Deze vraag valt uiteen in twee subvragen:
 - a. Heeft hij een uitdrukkelijke wettelijke verplichting niet vervuld en
 - b. Heeft hij zorgvuldig gehandeld (zoals een goed huisvader die ook huisarts, apotheker, verpleegkundige is en geplaatst is in dezelfde situatie)?

Het is dus de casus en alle feitelijke bijzonderheden die zullen bepalen of de betrokkene een fout maakte, en of hij als enige een fout maakte.

1.2. Voorbeelden

We halen een aantal voorbeelden aan die de verantwoordelijkheden van de verschillende betrokkenen verder illustreren, en aantonen dat het medicatieschema een instrument en hulpmiddel is bij het behandelen van een patiënt, geen doel op zich:

- Bij een correct en actueel medicatieschema, dat door alle betrokken partijen grondig werd nagekeken, is het mogelijk dat het schema op een bepaald moment (vb. informatie is nog niet tot een bepaalde partij geraakt, aanpassing is nog niet doorgevoerd, ...) toch nog niet of niet meer volledig correct is. Als een patiënt een tijdlang niet meer is langs geweest bij zijn huisarts of apotheker en bepaalde medicatie niet meer inneemt, kan het zijn dat het beschikbare medicatieschema, hoewel initieel correct opgesteld, niet meer voldoende actueel is. Aandacht voor wanneer het medicatieschema werd opgesteld, kan al heel wat informatie geven over de mogelijke betrouwbaarheid ervan.
- In de huidige situatie waar nog niet alle betrokken zorgverleners rond een patiënt toegang hebben tot het medicatieschema is het mogelijk dat een medicatieschema niet alle mogelijke relevante informatie bevat: bijvoorbeeld een voorschrift van een specialist dat nog niet op het schema is aangevuld omdat de specialist dit met zijn software nog niet kan. Of medicatie die door het ziekenhuis werd aangeleverd en na ontslag nog niet op het schema werd aangevuld. Belangrijk blijft dat de patiënt ook zijn rol vervult in het hele proces, en duidelijk communiceert met zijn zorgverleners over welke acties ondernomen zijn geweest, en of er wijzigingen in zijn medicatie-inname te melden zijn. Uiteraard is het bevragen van de medicamenteuze behandeling een belangrijk onderdeel van een anamnese en een zorgrelatie. De zorgverleners rond de patiënt dienen verder onderling afspraken te maken om deze mogelijke lacunes op te vangen, en aanvullingen op het medicatieschema regelmatig toe te voegen.

De gedeelde verantwoordelijkheid die gegevensdeling met zich meebrengt, ontslaat een zorgverlener niet van zijn wettelijke verplichtingen die aan zijn zorgberoep verbonden zijn. Een gedeelde verantwoordelijkheid houdt in dat men het medicatieschema deelt. Hoewel een elektronisch medicatieschema een nieuw gegeven is, is een medicatieschema dat niet. Patiënten werken nu ook al met lijstjes of schema's om hun medicatie-inname te controleren, en dat wordt vaak gedeeld met andere zorgverleners of leden van hun zorgteam. Het grote verschil met een gedeeld elektronisch schema is dat het hele proces transparanter wordt, en bij correct gebruik, ook veiliger. Zeker in een multidisciplinaire setting is gegevensdeling en communicatie rond de gezondheidstoestand en behandeling van een patiënt enorm belangrijk. Een zorgverlener die zich in die context bewust en volledig onttrekt aan de beschikbare informatie om te vermijden aansprakelijk gesteld te worden bij fouten, maar zo cruciale informatie mist rond de behandeling van de patiënt, kan om die reden ook deels aansprakelijk worden gesteld.

In dat kader zijn er ook nog veel vragen over de rol en verantwoordelijkheden van software-ontwikkelaars. Zij hebben ook een fundamentele rol in het voorkomen van incidenten met betrekking tot patiëntveiligheid. Optimale software bevat mechanismen die incidenten voorkomen of op zijn minst er geen creëren. Een aantal technische tekortkomingen worden in bijlage 1 en 2 kort aangehaald, een uitgebreide analyse valt buiten de scope van deze nota.

Er dient gekeken te worden naar de meest efficiënte manier van werken om de zorg voor de patiënt, in samenspraak met de patiënt, te optimaliseren. Concreet wensen we te werken richting de patiënt als co-piloot van zijn zorg in overleg met zijn zorgteam. Beschikken de betrokken zorgverleners niet over de juiste software om via Vitalink te delen, kan er op papier worden gewerkt. Overleg met andere zorgverleners blijft, met en zonder elektronisch gedeeld medicatieschema, een cruciaal element.

De essentie draait dus om het correct uitvoeren van de eigen wettelijke taken en verantwoordelijkheden, het gebruiken van de bijkomende hulpmiddelen zoals het medicatieschema zonder dat hier blind op gesteund wordt, en ook waar mogelijk de patiënt te betrekken om meer informatie te krijgen.

1.3. Concrete casus

Illustratie van gedeelde verantwoordelijkheid in de rechtspraak:

Correctionele rechtbank: Tongeren 12 april 2010

De rechter in Tongeren is verdeeld over de schuld in een zaak over een medicatieblunder. Een apotheker uit Lanaken wordt daarbij het zwaarst gestraft. Hij moet de helft van de gevorderde provisionele schadevergoeding van 4.627 euro betalen. De dokter en zijn patiënte, die als burgerlijke partij optrad, zijn ieder voor 25 procent schuldig.

De feiten dateren van april 2005. Een dokter uit Tongeren verhoogde de medicatie van zijn patiënte van drie capsules per week naar zes capsules per week. Daarbovenop vergistte hij zich nogmaals en maakte er zes capsules per dag van.

De apotheker merkte die vergissing niet op en volgde de arts blindelings. De patiënte, die achteraf een maagspoeling moest ondergaan, had volgens de rechter eveneens moeten opmerken dat de dosering veel te hoog was.

Pluralité de fautes (lien de causalité, responsabilité quasi-délictuelle)

Responsabilité du médecin

Responsabilité du pharmacien

Sommaire:

Aussi bien le pharmacien que le médecin et le patient portent en l'espèce chacun une responsabilité dans l'origine origine du préjudice causé par un médicament prescrit de manière erronée.

Le médecin en question avait prescrit par erreur une posologie beaucoup trop élevée. Le pharmacien qui a livré le médicament en question au patient n'avait pas relevé cette erreur. Le patient ne l'a pas remarquée non plus. Sur la base de rapports d'expertise, le tribunal a décidé que la faute la plus grave était celle du pharmacien. Dès lors, il supporte la responsabilité de la moitié du préjudice (et par conséquent doit assurer la moitié des dommages et intérêts, estimés à titre provisionnel à 4.627, 04 EUR). Le tribunal a également estimé qu'un quart du préjudice peut être mis à charge de la partie civile elle-même, parce que cette partie connaissait le médicament et aurait donc pu/dû

soupçonner que la nouvelle posologie prescrite était excessive. Enfin, le médecin a été condamné à assumer le quart restant des dommages et intérêts.

Civ. Charleroi 9 mai 1989

Jurisprudence - 09/05/1989 - Tribunal civil

Responsabilité du médecin

Responsabilité du pharmacien

Sommaire:

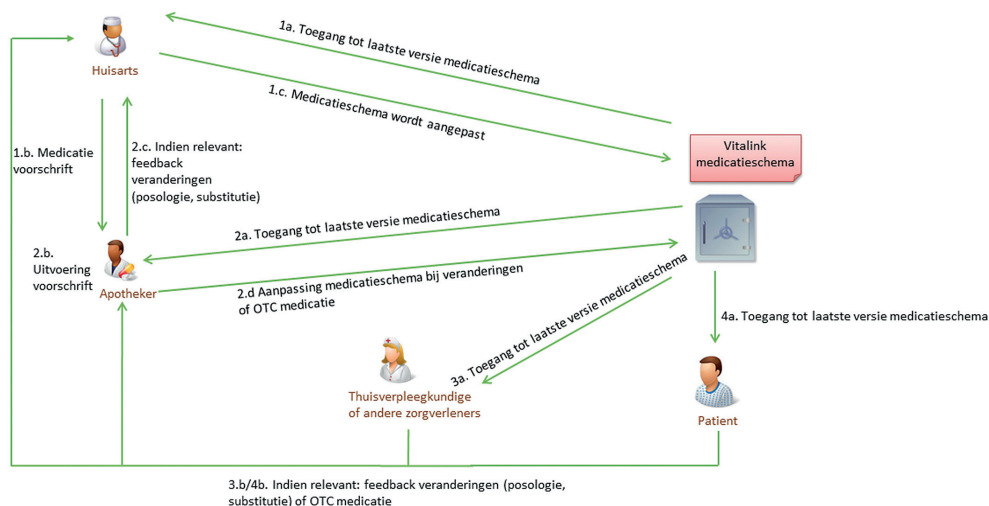
Un médecin commet une faute lorsque, malgré les questions du patient relatives à la nature différente du médicament prescrit pour la deuxième fois, il ne vérifie pas la composition exacte de la préparation magistrale. La responsabilité du pharmacien est également engagée, d'une part, parce qu'il n'a pas corrigé par écrit le dosage incorrect prévu par la première prescription médicale et, d'autre part, en raison de la faute commise par son assistant qui n'a pas remarqué l'évidente toxicité du médicament tel que décrit dans la deuxième prescription.

Het belangrijkste aspect dat bovenstaande casus illustreert, is de gedeelde verantwoordelijkheid van alle actoren. De fout wordt niet toegewezen aan één individueel persoon. Het toont aan dat ieder betrokkene, ook de patiënt, verplichtingen heeft, die moeten nageleefd worden.

DEEL 3: TAKEN EN ROLVERDELING BIJ HET MULTIDISCIPLINAIR MEDICATIESCHEMA IN DE PRAKTIJK

1. Rollen en bevoegdheden in de praktijk

Uit de wettelijke definities en de daaraan gerelateerde rollen die hierboven zijn beschreven, komt sterk naar voren dat er veel interacties zijn in de processen rond het medicatieschema, en dat er geen eenduidige weg is die de manier van werken vooropstelt. In deze sectie willen we de rollen verder verduidelijken, en de stromen in de manier van werken verduidelijken. Onderstaande figuur illustreert het huidige proces rond het gedeeld medicatieschema:



Figuur 1: processen bij het opstellen en onderhouden van een gedeeld medicatieschema

Een gedeeld elektronisch medicatieschema wordt centraal bewaard. In Vlaanderen gebeurt dit in de Vitalink-kluis. Vanuit deze kluis vertrekken een aantal pijlen richting alle betrokken partijen: een gedeeld medicatieschema dient bijgevolg geconsulteerd te worden door alle betrokkenen. Een up-to-date medicatieschema vraagt immers een **goede monitoring van de beschikbare informatie**, en mogelijke aanpassingen of terugkoppeling indien een aanpassing noodzakelijk is en de betrokkene zelf geen schrijfrechten of schrijfmogelijkheden heeft.

Hoewel de figuur de processen rond het Vitalink medicatieschema in kaart brengt, moet er ook bij papieren medicatieschema's voldoende aandacht zijn voor het correct opvolgen van het medicatieschema, en ook hier staan goede afspraken en communicatie tussen zorgverleners centraal: vermijden van verschillende versies van medicatieschema's, voortwerken op bestaande informatie, terugkoppelen en overleggen waar nodig.

In de huidige situatie zijn er momenteel twee partijen die schrijfrechten hebben op het medicatieschema en deze ook actief uitoefenen, namelijk huisartsen en officina-apothekers. Het

initiatief voor het opstellen van een medicatieschema (als er nog geen medicatieschema voor de patiënt bestaat) ligt dus bij één van beide partijen, indien een patiënt zijn geïnformeerde toestemming heeft gegeven, en er een therapeutische relatie is met de behandelende huisarts en/of huisapotheker.

Alle zorgverleners met een therapeutische relatie die toegang hebben tot het Vitalink medicatieschema via hun pakket, kunnen het Vitalink-medicatieschema op elk moment consulteren. Toch is het aan te raden dat zorgverleners mekaar op de hoogte stellen van de aanmaak van een gedeeld Vitalink-medicatieschema. Bij het ontbreken van een digitaal medicatieschema is een papieren medicatieschema wenselijk dat liefst via de patiënt wordt verspreid.

1.1. De patiënt staat centraal

De patiënt heeft een centrale rol in het hele verhaal. De geïnformeerde toestemming van de patiënt is een eerste vereiste is om het delen van een medicatieschema via Vitalink überhaupt mogelijk te maken. Verder is de patiënt de spil in zijn eigen gezondheidszorg: informatie over zijn medicatieschema, welke zorgverlener dit heeft opgesteld en mogelijk aangevuld aan andere leden van het zorgteam communiceren, problemen met medicatie signaleren, ... Dit zijn eveneens belangrijke aspecten om het medicatieschema zo actueel en correct mogelijk te krijgen. De patiënt dient voldoende informatie te verschaffen aan het zorgteam, zodat een volledig beeld van zijn medicatie-inname gevormd kan worden, en regelmatige terugkoppeling over wat werkt en wat niet is nodig om het medicatieschema aan te passen. Op die manier is het medicatieschema een instrument ter ondersteuning van een goede anamnese.

De patiënt kan ook zijn eigen schema consulteren (pijl 4.a). Er is al aangegeven dat het belangrijk is dat de patiënt betrokken wordt bij het opstellen van het medicatieschema. Ook bij verdere aanpassing kan de patiënt aangeven of bepaalde medicatie voor problemen zorgt, zodat het medicatieschema door huisarts of apotheker kan worden aangepast (pijl 4.b).

Deze verantwoordelijkheid bij de patiënt leggen, wil niet zeggen dat de verschillende betrokken zorgverleners geen oog moeten hebben voor factoren die de patiënt kwetsbaar¹⁷ maken, waardoor het moeilijk voor hem is om deze verantwoordelijkheid op te nemen. Zo nodig kan men meer professionele hulp inschakelen.

1.2. De huisarts kan een medicatieschema opmaken en wijzigen

Alle artsen en huisartsen hebben schrijfrechten op het medicatieschema. In principe maakt de GMD-houdende huisarts het medicatieschema aan, omdat deze het volledig overzicht van de voorgeschreven, actieve medicatie van een patiënt heeft. Aangezien het Vitalink medicatieschema een volledig beeld dient te geven van alle actieve medicatie die door een patiënt genomen wordt of voor hem is voorgeschreven (zie definitie Actiepunt 3), en deze garantie niet gegeven kan worden door een behandelende arts die geen dossierhouder is, zullen deze laatste zich eerder beperken tot het aanpassen van een bestaand medicatieschema.

Een huisarts maakt pas een nieuw medicatieschema aan als hij vaststelt dat er geen medicatieschema op Vitalink aanwezig is voor zijn patiënt, en zijn softwarepakket de aanmaak van een Vitalink medicatieschema toelaat. Consultatie van Vitalink voor het aanmaken van een medicatieschema dat daar bewaard zal worden, is dus een belangrijke eerste stap (pijl 1.a). Voor de volledigheid van het schema kan bijkomende informatie van patiënt, apotheker of thuisverpleegkundige belangrijk zijn. Indien dit niet gebeurt bij aanmaak van het schema, dienen deze idealiter wel op de hoogte gesteld te worden van de aanmaak van het medicatieschema door de huisarts, zodat door hen aanvullingen kunnen gebeuren. Het informeren van de patiënt kan dit al opvangen, zodat hij met zijn andere zorgverstrekkers over zijn medicatieschema kan communiceren.

Huisartsen hebben in hun elektronisch medisch dossier binnen het medicatiebeleid vaak een koppeling tussen de voorgeschreven medicatie en de opname van deze medicatie in een medicatieschema.

Bij verdere aanpassingen aan het medicatieschema zal de huisarts bij behandeling van een patiënt een elektronisch voorschrift aanmaken (pijl 1.b), en op basis van de nieuwe voorgeschreven medicatie, het medicatieschema aanpassen (pijl 1.c). Dit gebeurt steeds door voorafgaande consultatie van het bestaande medicatieschema (1.a), om verder te werken op de beschikbare informatie. De huisarts kan zo ook controleren of er geen nieuwe informatie op het eerst opgestelde medicatieschema is toegevoegd.

1.3. De apotheker kan een medicatieschema aanmaken en wijzigen

Gezien de huisapotheker de opdracht heeft gekregen (*zie meerjarenkader*) om te zorgen dat er een geactualiseerd gedeeld medicatieschema voor bepaalde patiëntenpopulaties beschikbaar is, zijn apothekers eveneens één van de betrokken partijen die een medicatieschema kunnen en zullen opstellen. Zoals bij de vorige stap dient eerst uitgesloten te worden of er al een medicatieschema bestaat (pijl 2.a). Blijkt er na raadpleging van Vitalink geen medicatieschema beschikbaar, kan een apotheker een medicatieschema opstellen.

De huisapotheker zal in heel wat gevallen al een goed overzicht hebben van de bestaande medicatie van een patiënt (onder ander via het Gedeeld Farmaceutisch Dossier), en is daarom ook goed geplaatst om een medicatieschema op te stellen. Om zeker te zijn dat het volledige overzicht van de actieve voorgeschreven medicatie wordt opgenomen, zal deze oefening gebeuren in overeenstemming met de patiënt en diens zorgteam, waaronder de huisarts en de thuisverpleegkundige (indien de patiënt van een thuisverpleegkundige gebruik maakt). Hierin is het belangrijk dat de patiënt betrokken en gesensibiliseerd wordt om over zijn medicatieschema met zijn andere zorgverleners te communiceren, zodat zij de inhoud kunnen verifiëren en indien nodig aanvullen.

Bij het onderhouden van het medicatieschema zal de apotheker het medicatieschema eerst nakijken (pijl 2.a), en bij het afleveren van voorgeschreven medicatie of voorschriftvrije medicatie (pijl 2.b) dit schema vervolgens aanpassen (pijl 2.d).

Bij mogelijke interacties of voorgestelde wijzigingen consulteert de apotheker de voorschrijvende huisarts (tenzij het substituties betreft die de therapeutische intentie volgen, zie *uitzonderingen onder punt 2.2.3 in Deel 1*) (pijl 2.c). Dit wordt ook verduidelijkt in de juridische grondslagen rond het takenpakket van de apotheker: bij interacties, of andere bezorgdheden rond het medicatiegebruik van de patiënt die een risico inhouden voor de gezondheid van de patiënt dienen de behandelende huisarts en eventuele andere zorgverleners gecontacteerd te worden voor overleg. Na overleg met de behandelende huisarts kan het medicatieschema worden aangepast (pijl 2.d).

Ten slotte kan de apotheker het medicatieschema ook verder aanvullen met de OTC medicatie van de patiënt en supplementen (2.d). In gevallen waar de apotheker voorschriften uitvoert van artsen die geen toegang hebben tot het medicatieschema (vb. specialisten uit een ziekenhuis), vult hij ook deze medicatie aan op het medicatieschema.

1.4. Rol van de thuisverpleegkundige in het medicatieschemaproces

Niet elke patiënt wordt ondersteund door een **thuisverpleegkundige**. Toch is het belangrijk dat hun rol in het hele proces verduidelijkt wordt en voldoende aandacht krijgt. In de huidige situatie, waar er een duidelijke boost gegeven is aan gedeelde elektronische medicatieschema's, zijn er nog grote groepen van patiënten waarvoor geen elektronisch medicatieschema bestaat. Wel hebben patiënten of thuisverpleegkundigen vaak een eigen medicatieschema, dat gebruikt wordt om de correcte inname van medicatie op te volgen. Thuisverpleegkundigen die actief betrokken zijn bij de medicamenteuze behandeling van patiënten, zijn ook de groep zorgverleners die een zeer goed zicht hebben op de medicatie, zowel voorgeschreven als niet-voorgeschreven, die door de patiënt effectief ingenomen wordt, en wanneer.

Binnen het wettelijk kader waarin de thuisverpleegkundige werkt, dient deze een bijdrage te leveren aan de diagnose en voorgestelde behandeling van de arts. Dit legt bijgevolg een belangrijke verantwoordelijkheid bij de verpleegkundige om – in overleg met de patiënt – de correctheid van het gedeeld medicatieschema te bewaken. Dit om te verzekeren dat het medicatieschema gehanteerd kan worden voor het klaarzetten en toedienen van de medicatie aan de patiënt. Bij problemen binnen het medicatieschema, of conflicten met medicatie waarvan arts en apotheker niet op de hoogte zijn dat de patiënt deze inneemt, hebben zij de opdracht om deze te signaleren aan de betrokkenen, en gezien het wettelijk kader waarin de thuisverpleegkundige handelt, zal dit de behandelende huisarts zijn (pijl 3.b). Voor problemen rond aflevering of beschikbaarheid van medicatie zal de apotheker gecontacteerd worden.

De consultatie van de thuisverpleegkundige van het gedeeld medicatieschema (pijl 3.a) is bijgevolg een zeer belangrijk aspect in het vermijden van medicatiefouten en het bewaken van de goede zorg voor de patiënt, in overeenstemming met het behandelplan van de huisarts. Communicatie tussen de thuisverpleegkundige, huisarts en (huis)apotheker rond het medicatieschema van een patiënt dient dus een essentieel onderdeel uit te maken van het takenpakket van een thuisverpleegkundige. Wanneer er een multidisciplinair overleg (MDO) wordt ingepland, dienen de belangrijkste actoren rond de zorg van de patiënt (huisarts, huisapotheker, thuisverpleegkundige, ...) mee uitgenodigd te worden.

Om het medicatieschema te kunnen vervolledigen is het wenselijk dat de thuisverpleegkundige elementen kan toevoegen aan het Vitalink-medicatieschema en relevante informatie kan terugkoppelen naar de huisarts of apotheker (*zie bijlage 2*).

1.5. Gegevensdeling met de tweede lijn

Indien een patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis of een arts-specialist consulteert, is het mogelijk dat de medicamenteuze therapie van de patiënt tijdelijk of definitief wordt gewijzigd. Logischerwijs verandert dan ook het medicatieschema van de patiënt. Om ervoor te zorgen dat hierin patiëntveiligheid en continuïteit van zorgen worden gewaarborgd is het belangrijk om ook met deze partners binnen het multidisciplinaire team afspraken te maken in verband met communicatie en taakverdeling. Dit valt buiten de scope van deze paper en zal in overleg met de ziekenhuiskoepels in een aanvullend document worden uitgewerkt.

1.6. Gegevensdeling met woonzorgcentra

Ook de patiënt die verblijft in een woonzorgcentra kent een bijkomende complexiteit in het beheer van medicatie en bijhorende medicatieschema. Binnen verschillende projecten wordt de samenwerking tussen de eerste lijn met de WZC verder uitgewerkt, en ook hoe dit zich technisch zal vertalen in een werkbaar medicatieschema.

BESLUIT

Op het terrein zijn er op dit moment nog technische compatibiliteitsproblemen tussen de verschillende softwarepakketten. Ook de samenwerking tussen de eerstelijnszorgverstrekkers wat betreft het werken met een gedeeld medicatieschema, kent nog een leer- en groei-proces. In het kader van patiëntveiligheid is het geen goed idee om het medicatieschema als een normatief schema te beschouwen. Het gedeeld medicatieschema is en zal ook altijd vooral een instrument zijn om de dialoog met de patiënt rond zijn medicatiegebruik te verbeteren en iedere betrokken zorgverlener optimaal te informeren. In de samenvatting vooraan dit document worden de verschillende rollen en verantwoordelijkheden in een notendop beschreven.

In de eerste plaats dient de hoger beschreven workflow gevolgd te worden. Verder is een goede opleiding in het eigen pakket ook zeer belangrijk. Het medicatieschema kan voor bepaalde patiënten een complex gegeven worden, en tips en tricks rond een goede uitvoering van deze medicatielijnen in het schema, kan bij de ontvanger al heel wat frustraties wegnemen. Een derde belangrijk aspect is communicatie en overleg tussen zorgverleners: een stap die te vaak wordt overgeslagen, terwijl dit deel uitmaakt van de wettelijke verplichtingen van elke betrokken zorgverlener. Bij betere communicatie tussen zorgverleners kunnen ook op lokaal vlak afspraken gemaakt worden rond het actueel houden van het medicatieschema om naast een vlotte werking rond het medicatieschema ook de volledigheid en correctheid ervan te garanderen.

Deze paper kent zijn grenzen. Verder te nemen stappen zijn duidelijke afspraken met zorgverleners uit de tweedelijnsgezondheidszorg. Ook de rol van de mantelzorger is in deze nota niet verder uitgewerkt. Bovendien zijn er op het terrein nog veel vragen over welke verantwoordelijkheid softwareleveranciers moeten opnemen inzake patiëntveiligheid. Ook vragen over wie verantwoordelijk is indien softwareleveranciers verzuimen om vlotte gegevensdeling mogelijk maken, verdienen nog een antwoord.

BIJLAGE 1: VOORBEELDEN VAN PROBLEMEN EN FRUSTRATIES OP HET TERREIN

Spraakverwarring tussen zorgverleners

Bij aanvang van dit document werd al aangehaald dat er geen strikt wettelijke definitie van het medicatieschema bestaat. Verder zijn er ook verschillen in interpretatie van het medicatieschema door de verschillende zorgverleners, wat de samenwerking rond een gedeeld medicatieschema al bij aanvang bemoeilijkt.

Therapeutische intentie: de arts stelt een behandelplan op en schrijft medicatie voor die de patiënt zou moeten innemen.

Afgeleverde medicatie: de apotheker levert medicatie af aan patiënten, dit overlapt niet altijd met het volledige spectrum voorgeschreven medicatie.

Effectief gebruikte therapie: de patiënt, zijn mantelzorger en/of de thuisverpleegkundige zijn op de hoogte van de medicatie die door de patiënt ook effectief werd of wordt ingenomen.

Bij het opstellen van een medicatieschema, zal de huisarts het volledige therapieplan opnemen: de medicatie die voorgeschreven is en die de patiënt zou moeten innemen. Een apotheker die een schema aanpast of zelf opstelt, doet dit vooral met het oog op wat werd afgeleverd, en waarvan de apotheker kan uitgaan dat door de patiënt kan gebruikt worden. De thuisverpleegkundige ten slotte weet wat er effectief ingenomen wordt, en dient dit terug te koppelen aan de behandelende huisarts of apotheker. Maar ook de patiënt dient deze informatie aan zijn huisarts en andere leden van zijn zorgteam door te geven. Verder bevelen de wettelijke kaders aan dat een apotheker bij problemen of interacties bij voorgeschreven medicatie, dit dienen te melden aan de behandelende huisarts. Er worden geen medicatielijnen geschrapt zonder consultatie van de voorschrijvende huisarts. In Vlaanderen wordt er meer en meer medisch-farmaceutisch overleg (MFO) ingepland, waar de beroepsgroepen afspraken maken over correct geneesmiddelengebruik en digitale gegevensdeling. Hier kunnen al vooraf afspraken gemaakt worden rond bovenstaande problematieken.

Probleemmeldingen rond het gebruik van het Vitalink-medicatieschema

- Het overgrote deel van de meldingen die binnenkomen rond het medicatieschema hebben weinig te maken met technische problemen, maar zijn terug te brengen tot fouten in het doorlopen van de workflow rond het medicatieschema, onvolledige aanvullingen of fouten in het gebruik van het medicatieschema.
- Een groot aantal van de huidige problemen die gerapporteerd worden op dit moment, kunnen worden opgevangen met de rolverdeling die in Deel 3 verder werd uitgewerkt: te vaak worden nog **bestaande medicatieschema's blind overschreven** door nieuwe versies, zonder consultatie of er al een medicatieschema op Vitalink beschikbaar is. Dit zorgt voor overschreven schema's of **dubbele lijnen in bestaande medicatieschema's**. Rekening houden met de beschikbare informatie met het oog op de patiëntveiligheid is een essentieel onderdeel van het takenpakket en verantwoordelijkheid van elke zorgverlener, net als de onder-

linge communicatie en afstemming van de zorg rond de patiënt (zie Deel 2). Raadpleging van de informatie die op Vitalink beschikbaar is, dient naast een automatisme, de eerste stap te zijn als er medicatie wordt voorgeschreven, medicatie vrij van voorschrift wordt afgeleverd of als een medicatieschema moet worden aangepast.

- In bepaalde gevallen gebeuren bovenstaande fouten ook doordat het softwarepakket van de zorgverlener de implementatie van het Vitalink medicatieschema **onduidelijk heeft ingebouwd**: de zorgverlener maakt dus een fout, maar deze gebeurt dan onbewust. Belangrijk is dat er vanuit de softwarepakketten voldoende zicht is op de informatie op Vitalink en dat automatisch overschrijven van de medicatieschema's (lokaal of op Vitalink) zonder goedkeuring van een zorgverlener absoluut vermeden wordt.
- Een **onvolledige medicatielij**n kan voor onduidelijkheid en fouten zorgen, of kan binnen bepaalde softwarepakketten als fout worden geïnterpreteerd waardoor zaken als herhaalvoorschriften problematisch worden, en betrokken zorgverleners vaak handmatig voor correcties dienen te zorgen. Het is dus belangrijk om een medicatielij n volledig in te vullen. Er zijn wel omstandigheden waar een onvolledige medicatielij n wel noodzakelijk kan zijn: bijvoorbeeld een huisarts die medicatie voorschrijft waarvan de inname momenten moeilijk te structureren zijn omdat het onduidelijk is wanneer de patiënt de therapie opstart. In die gevallen vult de apotheker het correcte startmoment aan op het schema.
- In het kader van de nieuwe visualisatie van het patiëntvriendelijk medicatieschema wordt de medicatie per inname moment gegroepeerd en is deze informatie wel belangrijk, maar zal deze moeten worden aangevuld door de apotheker als de patiënt de medicatie komt afhalen, en er met de patiënt kan afgesproken worden hoe de inname of toediening van de medicatie zal gebeuren. Dit kan op een later moment nog aangepast worden op basis van feedback van de patiënt of de thuisverpleegkundige.
- Een aantal klachten van huisartsen in het bijzonder, draaien rond **substituties of het verwijderen van medicatielij nen** door apothekers op basis van feedback van de patiënt. Zoals onder punt 2.2.3 in Deel 1 werd aangehaald, zijn er situaties waar de apotheker een voorschrift of schema kan wijzigen zonder consultatie van de voorschrijvende (huis)arts. De apotheker dient echter steeds de therapeutische intentie van de arts te volgen, en moet deze consulteren als de wijziging hiervan afwijkt. Ook bij patiënten die bepaalde medicatie niet innemen, dient de arts op de hoogte te worden gesteld. Medicatielij nen worden niet verwijderd zonder consultatie van de voorschrijvende huisarts.
- Er zijn uiteraard ook wel **technische zaken** die opduiken: pakketten die nog niet op Vitalink actief zijn, bijvoorbeeld, en waarvan gebruikers vragen om toegang. Ook duiken er in pakketten nog implementatiefouten op, of fouten die te maken hebben met de gebruiksvriendelijkheid. Echter worden momenteel nog al te vaak de problemen die opduiken en niets met technische zaken te maken hebben, toegeschreven aan 'Vitalink werkt niet' of 'het pakket werkt niet'. Zeker bij een aantal pakketten waarvan technisch al heel wat testen doorlopen zijn, haken gebruikers af omwille van problemen die het vlot kunnen uitwisselen van gegevens via Vitalink bemoeilijken, doordat de zorgverlener vanuit het pakket onvoldoende ondersteund wordt in het volgen van de correcte flow rond het medicatieschema. Belangrijk voor elk softwarepakket dat een Vitalink-medicatieschema aanbiedt, is dat dit **technisch**

correct geïmplementeerd is, mét oog voor een implementatie die de correcte workflow rond het medicatieschema ondersteund.

BIJLAGE 2:

AANBEVELINGEN VOOR DE TOEKOMST: TECHNISCHE AANPASSINGEN

- De thuisverpleegkundigensector stelt voor dat de verpleegkundige opmerkingen kan toevoegen in het medicatieschema en medicijnen die de patiënt neemt, kan toevoegen aan het schema. Dit moet dan nadien gevalideerd worden door de huisarts. Via een visualisatie door middel van bijvoorbeeld kleur, moet het duidelijk zijn wat de verpleegkundige heeft toegevoegd. Deze kleur verdwijnt van het moment de huisarts dit heeft gevalideerd. Deze manier vergt een technische aanpassing. Een zelfde werkwijze kan gebruikt worden wanneer de huisapotheker medicatielijnen wenst te schrappen op vraag van de patiënt.
- Op voorwaarde dat de thuisverpleegkundige de medicatie van een patiënt in beheer heeft gekregen, is de thuisverpleegkundige wel uniek geplaatst om de gezondheidsstatus van de patiënt op te volgen, en op die manier informatie over nevenwerkingen of innameproblemen terug te koppelen naar de behandelende huisarts en het zorgteam van de patiënt. Om de kwaliteit van het medicatieschema te waarborgen alsook de efficiëntie van samenwerking te bewaken is het van belang zich af te vragen op welke manier de thuisverpleegkundige informatie best terugkoppelt naar de huisarts en apotheker. Voor verpleegkundigen is het ook belangrijk om te weten of de boodschap is aangekomen bij de huisarts. In de toekomst lijkt het Vitalink-journaal meest aangewezen om observaties neer te schrijven. Hier kunnen artsen en apothekers deze dan raadplegen. Ook bij uitbreiding naar andere zorgverleners die lees- en/of schrijfrechten krijgen op het medicatieschema, zal een journaalfunctie belangrijk zijn om bepaalde keuzes bij een medicatielijns te verantwoorden.
- Voorgaande punten geven aan dat er binnen de visualisatie van het gedeelde medicatieschema, er een duidelijk overzicht moet zijn van wat nieuw is toegevoegd, wat is aangepast en wat is stopgezet, en door wie dit is gebeurd. Te veel frustraties en problemen draaien rond het vaststellen van wijzigingen in het schema, zonder dat duidelijk is wie dit heeft gedaan en waarom. In combinatie met een journaalfunctie en het kunnen voorstellen van nieuwe lijnen of schrapping van lijnen met validatiefunctie, kan dit voor een veel duidelijker beeld op het actuele medicatieschema geven, en op het proces dat de andere zorgverleners doorlopen hebben in de aanpassing ervan.
- De communicatie met de 2e lijn rond het medicatiegebruik van een patiënt dient verder onderzocht te worden. Bij opname van de patiënt dient de thuismedicatie omgezet te worden naar een 'ziekenhuis-medicatieschema' en bij ontslag dient er een thuis-medicatieschema opgemaakt te worden dat terug via de kluis gedeeld wordt.
- Communicatie tussen de verschillende softwarepakketten kan eenvoudiger verlopen indien er op stofnaamniveau eerder dan specialiteitsniveau gewerkt wordt.
- Er dient oog te zijn in verdere implementaties voor de verschillende mogelijke definities van een medicatieschema. Verschillende views moeten mogelijk zijn om beter zicht te krijgen op wat is voorgeschreven, afgeleverd en wordt genomen.

NOTEN

1. RIZIV-INAMI Plan e-Gezondheid 2015-2018. Actiepunt 3: Medicatieschema - VIDIS
2. Dit document werd opgesteld door Domus Medica, VAN, KZTV, e-vita, Huis voor gezondheid, APB, Vlaams Patiëntenplatform, éénlijn.be.
3. Vermeldingen onder andere in: Nationaal Akkoord Tandheelkundigen Ziekenfondsen (NCTZ) van 23/12/2014, omzendbrief van 20/04/1999 van de Vlaamse Gemeenschap betreffende de uitvoering van het kwaliteitsdecreet in algemene, universitaire, categorale en psychiatrische ziekenhuizen en Conceptnota voor nieuwe regelgeving betreffende mHealth en robotica: een verdiende plaats in welzijn, gezondheidszorg, onderwijs en economie
4. www.plan-egezondheid.be/wp-content/uploads/Actiepunt-3.pdf
5. www.vitalink.be/medicatiegegevens-delen
6. www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/apothekers/Paginas/huisapotheker-begeleiden-chronische-patienten.aspx
7. www.vitalink.be/gegevens-lezen-delen-toevoegen-en-wijzigen
8. www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/patientenrechten_folder_nl_internet_0.pdf
9. www.ordomedic.be/nl/code-2018/inhoud/
10. Koninklijk besluit houdende onderrichtingen voor de apothekers (21 januari 2209)
www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2009012132&table_name=wet
11. www.ordederapothekers.be/default.aspx?ID=67&PT=2&G=0&lang=1
12. www.deblock.belgium.be/sites/default/files/articles/2017_03_15%20Meerjarenkader%20apothekers_web.pdf
13. www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/verpleegkundigen/verzorging/Paginas/wekelijksse-voorbereiding-medicatie.aspx#.WszDeExuKU
14. www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2015051006
15. Decreet Woonzorgdecreet (2009).
<https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1017896¶m=inhoud>
16. Vlaams Mantelzorgplan (2016-2020) Nabije zorg in een warm Vlaanderen.
http://jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/Vlaams%20Mantelzorgplan_0.pdf
17. *“Kwetsbare burgers zijn mensen die kwetsbaar zijn omdat ze problemen in hun dagelijks leven tegenkomen (hun draaglast) die zwaarder wegen dan hun vermogen om die problemen op te lossen (hun draagkracht). Gezondheidsproblemen (inclusief geestelijke gezondheidsproblemen), socio-economische problemen, huisvestingsproblemen, migratieachtergrond, laag opleidingsniveau, moeilijke of problematische gezinssituaties (inclusief isolement) zijn factoren die deze te grote draaglast verhogen. Bijzonder kwetsbaar zijn diegenen waarbij de problemen zo complex en alomtvattend zijn dat ze de regie (over hun eigen leven) verliezen en de zorg of ondersteuning die ze nodig hebben, zelf niet vragen of zelfs weigeren.”* (Huis voor gezondheid, 2018)

Deze nota is een leidraad voor zorgverleners in de eerste lijn bij het gebruik van het gedeelde medicatieschema. Verschillende zorgverleners werkten hieraan mee, waaronder huisartsen, (huis)apothekers, thuisverpleegkundigen,...

Deze nota schept meer duidelijkheid over het wettelijk kader, de juridische aansprakelijkheid en de taakverdeling van eerstelijnszorgverleners bij het gedeelde medicatieschema. Ook de patiënt in een context van gegevensdeling komt hierin aan bod. Met deze nota willen de verschillende disciplines bijdragen aan een optimale multidisciplinaire samenwerking, steeds in het belang van een betere kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Deze nota werd opgesteld door Domus Medica, Vlaams Apothekers Netwerk, Kartel Zelfstandige Thuisverpleging, E-Vita thuisverpleging, Vlaamse Federatie van Diensten voor ThuisVerpleging, Huis voor Gezondheid, Vlaams Patiëntenplatform en éénlijn.be.