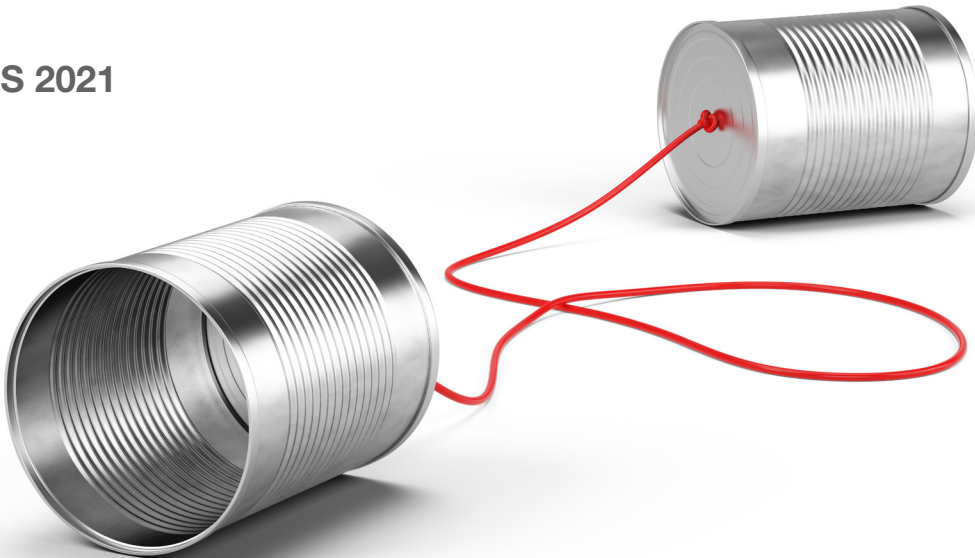




# Het multidisciplinair gedeeld medicatieschema

## Naar een vlotte samenwerking tussen alle zorgactoren

AUGUSTUS 2021





# Inhoudstafel

Inhoudstafel.....	3
Inleiding .....	4
I. Wat is een gedeeld medicatieschema? .....	5
II. Wat zijn de voordelen om samen te werken op basis van het gedeeld medicatieschema? .....	6
III. Het gedeeld medicatieschema in de praktijk: wie doet wat? .....	7
1. Rol van de patiënt .....	7
2. Rol van zorgverleners : basisproces (in ambulante setting en in ziekenhuiscontext) .....	8
3. Rol van zorgverleners in het algemeen .....	8
4. Rol van zorgactoren in de ziekenhuissector bij ziekenhuisopname en -ontslag .....	12
5. Softwareleveranciers.....	14
Bijlagen .....	15
I. Bijlage 1: randvoorwaarden voor het gedeeld medicatieschema .....	16
II. Bijlage 2: Matrix van rollen en verantwoordelijkheden .....	17

## Inleiding

Deze publicatie heeft tot doel de rollen en verantwoordelijkheden te verduidelijken van alle zorgactoren<sup>1</sup> rond het **gedeeld medicatieschema** van een patiënt in de AS IS situatie van vandaag (2021).

Het “**medicatieschema**” is de visualisatie in de vorm van een schematisch en globaal overzicht van alle actieve<sup>2</sup> geneesmiddelen die voor een patiënt werden voorgeschreven en/of zonder voorschrift aan hem werden afgeleverd.

Met de term “gedeeld” uit het **gedeeld medicatieschema** wijzen we op het feit dat deze gegevens kunnen gedeeld worden met de andere betrokken zorgverleners. Dit is mogelijk middels de stockage van deze gegevens in de regionale kluizen. Als we het hebben over het gedeeld medicatieschema bedoelen we dus zowel het instrument als het datamodel waaraan met meerdere zorgverleners wordt samengewerkt om tot de meest actuele status te komen van de geneesmiddelen die de patiënt neemt.

Dit veronderstelt dat het gedeeld medicatieschema beschikbaar is voor alle zorgverleners die een therapeutische link hebben met de patiënt en op voorwaarde dat de patiënt zijn geïnformeerde toestemming heeft gegeven. Dit laat een goede multidisciplinaire samenwerking toe in het kader van de continuïteit van de zorg voor de patiënt. Het delen van deze gegevens gebeurt dus multidisciplinair en bidirectioneel tussen de zorgverleners rondom de patiënt.

In realiteit zijn er in de huidige situatie op het terrein nog technische compatibiliteitsproblemen tussen de verschillende softwarepakketten van zorgverleners, of is het gedeeld medicatieschema nog niet operationeel in elk softwarepakket. Ook het journaal<sup>3</sup> is nog niet overal beschikbaar. We werken die beperkingen nog weg. In afwachting daarvan zullen er in lokale situaties<sup>4</sup> wel aanpassingen aan de omschreven werkwijze nodig zijn om het delen van het ‘gedeeld medicatie-schema’ mogelijk te maken, zoals het (deels) werken op een papieren medicatieschema (zie randvoorwaarden in bijlage 1).

Verder kent ook de samenwerking tussen alle zorgverleners die betrokken zijn bij het gedeeld medicatieschema nog een leer- en groeiproces. Goede onderlinge afspraken zullen altijd een vereiste zijn. Met de richtlijnen in deze brochure als basis omschrijven we een workflow die het maken van deze afspraken gemakkelijker moet maken. Het belang van een goede onderlinge communicatie is niet te onderschatten. Bij goede communicatie tussen zorgverleners kunnen er ook op lokaal vlak<sup>4</sup> afspraken zijn rond het actueel houden van het gedeeld medicatieschema. Het doel hiervan is om naast een vlotte werking rond het gedeeld medicatieschema ook de volledigheid en correctheid ervan te garanderen.

Verder is voor de zorgverlener een goede opleiding in het eigen softwarepakket ook zeer belangrijk. Het gedeeld medicatieschema kan voor bepaalde patiënten complex zijn. Daarom moet elke zorgverlener opgeleid zijn in het elektronisch aanmaken, raadplegen, delen en onderhouden van het gedeeld medicatieschema. De tips en tricks toepassen rond een goede uitvoering van de medicatielijnen in het schema, kunnen al heel wat vragen, onzekerheden of moeilijkheden voor de patiënt wegnemen.

Met deze publicatie willen we inspelen op de onduidelijkheden op het terrein en de basis vragen beantwoorden op operationeel, technologisch (en juridisch) niveau, waarbij elke actor zijn rol speelt bij het delen van het medicatieschema.

1. De ‘zorgactoren’ in het kader van deze publicatie zijn de actoren die gedefinieerd zijn in de toegangsmatrix van eHealth en die zijn opgenomen in bijlage 2 van dit document. Als we verwijzen naar de term ‘zorgverleners’, verwijzen we naar alle zorgactoren, behalve de patiënt.

2. Een geneesmiddel is actief als het op het moment dat het medicatieschema geconsulteerd wordt, een “einddatum” heeft die nog niet vervallen is. Tijdelijk gestopte lijnen moeten volgens deze definitie dus ook getoond worden, weliswaar met de vermelding “tijdelijk gestopt”.

3. Het journaal is een digitaal dagboek waarin gebruikers notities kunnen maken.

4. In een regio (gemeente, eerstelijns- of zorgregio, groep van gemeentes, enz.) kunnen de zorgverleners onderlinge afspraken maken rond de samenwerking en communicatie.

Een herziening in de concrete uitwerking van de rolverdeling kan aan de orde zijn als er nieuwe ontwikkelingen in het gedeeld medicatieschema zijn, bv de vraag voor het kunnen tonen van de historiek van een medicatielij, de vraag om voorschriften naar en afleveringen door de apotheek aan de betrokken medicatielij te kunnen koppelen, de vraag om de interoperabiliteit en uitwisseling tussen eerste en tweede lijnszorg te verbeteren, ....

## I. Wat is een gedeeld medicatieschema?

Het **gedeeld medicatieschema** is een **elektronisch** gedeeld document tussen zorgverleners, die in therapeutisch contact staan met de patiënt en dat gedeeld wordt in het kader van de zorgcontinuïteit van de patiënt, en op voorwaarde dat de patiënt zijn geïnformeerde toestemming heeft gegeven. Het is aangemaakt en/of bijgewerkt door alle zorgverleners die bij de medicamenteuze zorg van deze patiënt betrokken zijn. Het wordt gepubliceerd in het regionale gegevenssysteem (de zogenaamde regionale "kluis").

Het gedeeld medicatieschema is een schematisch en globaal overzicht van alle **actieve** geneesmiddelen (zowel de geneesmiddelen die zich in SAM<sup>5</sup> bevinden als de gezondheidsproducten - voor zover relevant in het kader van de behandeling van de patiënt) die voor een patiënt werden **voorgeschreven** of zonder voorschrift aan hem werden **afgeleverd**<sup>6</sup>.

Het gedeeld medicatieschema bestaat uit **medicatielijnen**<sup>7</sup> die onder meer volgende informatie voorzien:

- benaming (van het geneesmiddel)
- galenische/farmaceutische vorm
- toedieningswijze
- eenheidsdosis
- frequentie van toediening
- tijdstip van toediening
- behandelingsduur ('begindatum' – 'einddatum')
- eventuele opschorting – onderbreking
- aandachtspunt(en)

De elementen die in de medicatielij zijn opgenomen zullen ter beschikking worden gesteld aan wie daar recht toe heeft volgens de richtlijnen van de toegangsmatrix van eHealth, en onder voorwaarde dat er een therapeutische relatie bestaat met de patiënt in kwestie.

Via een overzichtelijke 'view' en/of 'print-out' moeten de betrokken<sup>8</sup> zorgverleners, de patiënt en/of eventuele vertrouwenspersoon die informatie ter beschikking kunnen hebben.

In principe<sup>9</sup> is er GEEN informatie in het gedeeld medicatieschema over geneesmiddelen louter toegediend tijdens de duur van een hospitalisatie (van minstens 1 nacht). Specialistische geneesmiddelen<sup>10</sup> voor gebruik in ambulante setting<sup>11</sup>, worden WEL toegevoegd aan het gedeeld medicatieschema.

5. Source authentique de médicaments : het is de authentieke bron van geneesmiddelen.

6. Het gaat dus om de geneesmiddelenlijst die de patiënt zou moeten nemen. Deze lijst vertelt echter niet of de patiënt deze geneesmiddelen effectief neemt of niet.

7. Een medicatielij is de visuele weergave van alle details en informatie over één geneesmiddel uit het gedeeld medicatieschema.

8. Dit impliceert de aanwezigheid van een vastgelegde therapeutische relatie tussen de zorgverlener en de patiënt

9. Wanneer een geneesmiddel toegediend in het ziekenhuis (bv. antibiotica tijdens dialyse) nog ongewenste effecten, bijwerkingen en/of geneesmiddeleninteracties kunnen veroorzaken bij de patiënt, wordt dat wel opgenomen in het gedeeld medicatieschema dat in de regionale 'kluis' wordt gezet bij ontslag van de patiënt.

10. Voorgeschreven door een specialist uit het ziekenhuis

11. Thuishospitalisatie / dagkliniek/ daghospitalisatie/ consultatie van een specialist in het hospitaal worden gezien als ambulante setting

Het gedeeld medicatieschema kan dus zowel de geneesmiddelen bevatten die in een openbare apotheek zijn afgeleverd als de geneesmiddelen die zijn afgeleverd via een ziekenhuisapotheek.

Er wordt aangeraden dat de patiënt zelf vermeldt dat hij zelfzorggeneesmiddelen neemt en/of geneesmiddelen die hij heeft verkregen via een online apotheek<sup>12</sup> of uit het buitenland. Hij kan die vermelden in het 'journaal'<sup>13</sup> of aan zijn zorgverleners.

De medicatielijnen moeten altijd concreet verwijzen naar de originele voorschrijver of – in geval van vrije aflevering (over the counter of OTC) – naar de apotheker die afleverde. Dat ontslaat een andere zorgverlener die het gedeeld medicatieschema gebruikt echter niet van de plicht om het volledige medicatieschema te bekijken voordat hij een medicatielij toevoegt en/of een wijziging aanbrengt aan een bestaande medicatielij (bv. tijdelijk opschorten van een geneesmiddel, aanpassing dosis, enz.). In dit geval verschijnt bij de bestaande medicatielij ook de naam van wie deze toevoegde, wijzigde of stopte.

## II. Wat zijn de voordelen om samen te werken op basis van het gedeeld medicatieschema?

In onze omgeving wordt digitalisatie meer en meer de norm. Er is ook steeds meer informatie beschikbaar voor gebruikers. De patiënt wil op zijn beurt niet constant vragen krijgen over gegevens die hij al meerdere malen heeft gedeeld. Hij wil mee 'co-piloot' zijn van zijn zorg, en dit in overleg met zijn multidisciplinair zorgteam. Geneesmiddelenbeheer behoort tot die zorg.

Het gedeeld medicatieschema is dan ook een belangrijk instrument en hulpmiddel. Als elke actor in het zorgteam zijn rol en verantwoordelijkheid correct opneemt, dan:

Voor de patiënt:

- Is de patiënt **beter geïnformeerd**
- Laat het gedeeld medicatieschema toe om beter **trouw te blijven aan de voorgeschreven therapie**
- Maakt het gedeeld medicatieschema, bij correct gebruik, het zorgproces ook **veiliger**.

Voor de zorgverlener:

- Vergemakkelijkt dit het werk van voorschrijvers en apothekers omdat ze een **volledige en actuele lijst** van geneesmiddelen ter beschikking hebben.
- Is het gedeeld medicatieschema een **communicatiemiddel** op basis waarvan alle belangrijke en relevante informatie ter beschikking is, waardoor men correctere **beslissingen kan nemen**.
- Maakt het gedeeld medicatieschema het zorgproces, meer in het bijzonder de continuïteit van de zorg, **transpanter**; zo kan bv betere zorg geboden worden bij een ziekenhuisopname.

Voor de maatschappij:

- Als samenleving **geven we minder uit** aan geneesmiddel-gerelateerde problemen (vermijdbare ziekenhuisopnames, enz.).

12. Een online apotheek in België heeft dezelfde verplichtingen als een andere (Belgische) apotheek

13. We voorzien technische oplossingen om de journaalnotities van een patiënt weer te geven als een zorgverstrekker het medicatieschema consulteert.

De essentie voor een vlotte samenwerking op basis van het gedeeld medicatieschema bestaat dus voor elke individuele zorgverstreker uit:

- De eigen wettelijke taken en verantwoordelijkheden correct uitvoeren
- Bijkomende hulpmiddelen gebruiken zoals het gedeeld medicatieschema (zonder er blind op te steunen – zo is de volledigheid van het schema bijvoorbeeld niet gegarandeerd)
- De patiënt waar mogelijk betrekken om meer informatie te krijgen.
- Systematisch nieuwe informatie naar het gedeeld medicatieschema delen, met name bij elke toevoeging of wijziging.

De algemene verantwoordelijkheid voor het gedeeld medicatieschema is dus verdeeld in de individuele verantwoordelijkheden van de zorgverleners voor elk voorgeschreven of afgeleverd geneesmiddel, namelijk op het niveau van de medicatielijst.

## III. Het gedeeld medicatieschema in de praktijk: wie doet wat?

### 1. Rol van de patiënt

De patiënt heeft een centrale rol in het hele verhaal. De **geïnformeerde toestemming**<sup>14</sup> van de patiënt is een 1<sup>e</sup> vereiste om het delen van het gedeeld medicatieschema in het regionale gegevenssysteem (de zogenaamde regionale 'kluis') überhaupt mogelijk te maken.

Verder is de patiënt de spil in zijn eigen gezondheidszorg: zo kan hij bv.

- informatie geven over zijn gedeeld medicatieschema, over welke zorgverlener dit heeft opgesteld en mogelijk aangevuld
- aan andere leden van het zorgteam communiceren, problemen met geneesmiddelen signaleren, enz.

De patiënt geeft **voldoende informatie aan het zorgteam**, zodat het een volledig beeld van zijn geneesmiddelen-inname kan vormen. Het is nodig om regelmatig terug te koppelen over welk geneesmiddel werkt en welk niet, om het gedeeld medicatieschema zo nodig te kunnen aanpassen. Op die manier is het gedeeld medicatieschema een instrument ter ondersteuning van een nauwkeurige en aan de specialiteit van elke zorgverlener ontleende, anamnese. De resulterende zorg voor de patiënt zal adequaat zijn.

De patiënt kan ook zijn **eigen medicatieschema raadplegen**. Zoals eerder reeds aangegeven, is het belangrijk dat de patiënt betrokken is bij het opstellen van het gedeeld medicatieschema en dat hij aan zijn zorgverleners vermeldt wanneer bepaalde geneesmiddelen voor problemen zorgen, zodat de voorschrijver of apotheker<sup>15</sup> het gedeeld medicatieschema kan aanpassen.

Deze verantwoordelijkheid ligt bij de patiënt. De verschillende betrokken zorgverleners hebben wel

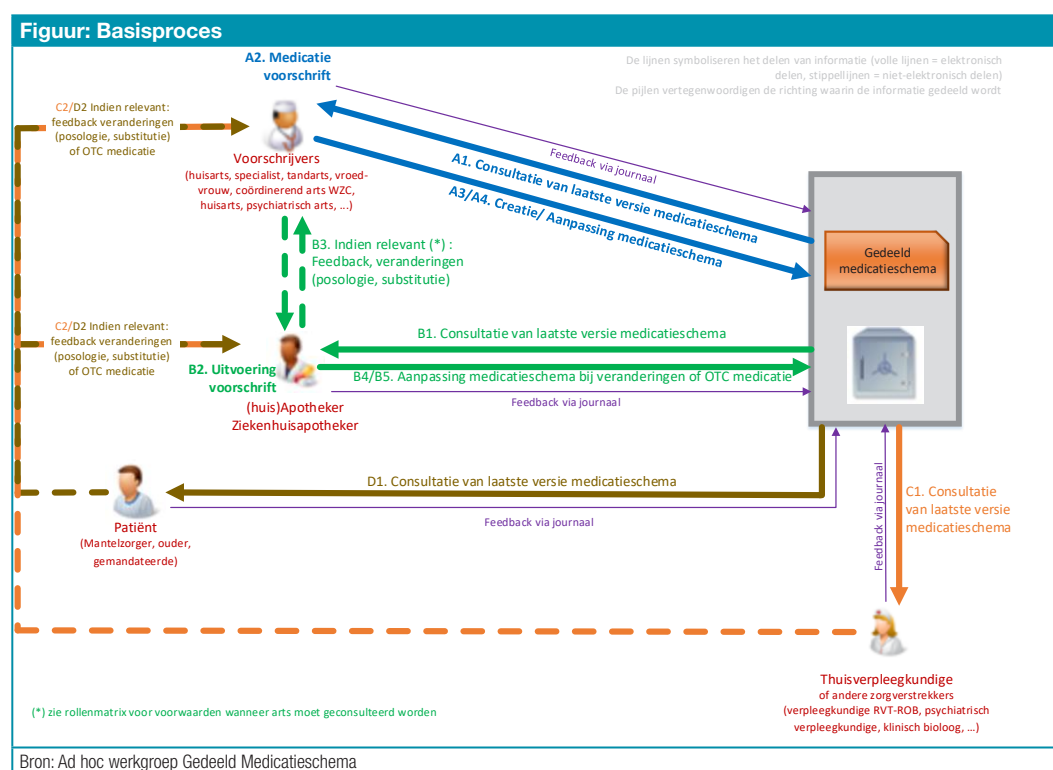
14. De geïnformeerde toestemming (informed consent) is de goedkeuring die een patiënt moet geven vooraleer gezondheidsgegevens van deze patiënt elektronisch kunnen gedeeld worden. Deze goedkeuring moet door elke patiënt afzonderlijk gebeuren ("opt-in") of in het geval van een kind: de ouder of voogd. De geïnformeerde toestemming van een patiënt voor het elektronisch delen van zijn gezondheidsgegevens vereist enerzijds een therapeutische relatie met de zorgverlener die hem verzorgt en anderzijds dat deze informatie-uitwisseling plaatsvindt binnen het kader van de continuïteit van zorg. Deze toestemming is NATIONAAL. Patiëntinformatie wordt veilig opgeslagen in de kluis van de regio waarin de patiënt zijn domicilie heeft.

15. Mits inachtnaam van de verder in deze tekst besproken rollen en verantwoordelijkheden.

oog voor factoren die de patiënt kwetsbaar<sup>16</sup> maken, en evalueren of deze kwetsbaarheid het voor de patiënt moeilijk maken om deze verantwoordelijkheid op te nemen. Zo nodig kan de zorgverlener meer professionele hulp inschakelen.

## 2. Rol van zorgverleners : basisproces (in ambulante setting en in ziekenhuiscontext)

Onderstaande figuur illustreert het proces rond het gedeeld medicatieschema.



Als bijlage 2 vindt u een overzichtelijke matrix met de rollen en verantwoordelijkheden van alle actoren, de patiënt inbegrepen, die betrokken zijn bij het gedeeld medicatieschema.

In de pagina's die volgen, lichten we enkele stappen van het proces toe in detail, met nadruk op de rollen van de zorgverleners eerst in het algemeen, en nadien toegespitst op de ziekenhuiscontext.

16. '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 alomvattend 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). De Wet Rechten van de Patiënt regelt de wetgeving terzake.



### 3. Rol van zorgverleners in het algemeen

#### a. Raadplegen van het gedeeld medicatieschema (via de pijlen A1, B1, C1, D1)

Het gedeeld medicatieschema wordt, net zoals de samenvatting van het medisch dossier bij de huisarts, de zogenaamde Sumehr, bewaard in het regionale gegevenssysteem (de zogenaamde regionale 'kluis'). Vanuit die kluis vertrekken een aantal pijlen naar alle betrokken zorgverleners, alsook naar de patiënt: een gedeeld medicatieschema dient allereerst voor de **raadpleging door alle betrokkenen**, die met deze patiënt een therapeutische relatie hebben.

Een up-to-date gedeeld medicatieschema vraagt immers een goede monitoring van de beschikbare informatie. De software van elke zorgverlener, en a fortiori van elke voorschrijver of apotheker moet bij het openen van het medisch, farmaceutisch, tandheelkundig, vroedvrouw of verpleegkundig dossier automatisch nagaan en duidelijk visualiseren of er voor de patiënt een gedeeld medicatieschema aanwezig is in de regionale 'kluis'.

Hoewel de figuur hierboven vooral de elektronische processen rond het gedeeld medicatieschema in kaart brengt, moet er ook bij papieren medicatieschema's voldoende aandacht zijn voor het correct opvolgen en up-to-date houden van het gedeeld medicatieschema. Ook hier staan goede afspraken en communicatie tussen zorgverleners centraal: vermijden van verschillende versies van gedeelde medicatieschema's, voortwerken op bestaande informatie, terugkoppelen en overleggen waar nodig.

#### b. Opmaken of uitvoeren voorschrift na consultatie van het gedeeld medicatieschema (A2, B2)

Zowel bij het opmaken als bij het afleveren van een voorschrift gaat de zorgverlener na of dit overeenkomt met de beschikbare informatie in het gedeeld medicatieschema en mogelijke andere informatie rond het geneesmiddelengebruik van de patiënt (onder andere informatie in het journaal, mondelinge feedback van de patiënt, informatie rond afgeleverde geneesmiddelen, enz.). Alle zorgverleners hebben een rol in patiënteducatie, en er is aandacht voor eventuele nevenwerkingen die de patiënt rapporteert. De patiënt of mantelzorger<sup>17</sup> moet voldoende informatie krijgen over juiste inname.

Naast de (GMD-houdende) huisarts, is de (huis)apotheker de zorgactor die de patiënt het meest nabij staat in het kader van diens geneesmiddelengebruik. Dat drukt zich vandaag o.a. uit in het mondeling toelichten aan de patiënt, maar ook het verstrekken van schriftelijke informatie aan de patiënt, zoals het aanbrengen van etiketten op de geneesmiddel-verpakkingen met de nodige info over posologie en therapieduur. Eventueel ontbrekende info hierover in de betreffende medicatielijst wordt vandaag door de apotheker zoveel mogelijk, en minstens mondeling, aangevuld en meegeedeeld aan de patiënt.

17. De hulp van een mantelzorger kan van zeer uiteenlopende aard zijn. Het kan gaan om huishoudelijke hulp zijn of om meer verzorgende taken. In het geval dat een mantelzorger ondersteuning biedt bij het correct innemen van medicatie, is het van belang dat de mantelzorger hierover ook de nodige informatie krijgt (bijvoorbeeld van de voorschrijver of apotheker). Dit betekent echter niet dat de mantelzorger ook toegang heeft tot het gedeeld medicatieschema. Behalve zorgverleners met wie een therapeutische relatie bestaat (en mits de nodige toestemming), hebben alleen de patiënt, zijn vertegenwoordiger (in het geval de patiënt zijn rechten niet zelf kan uitoefenen) of zijn vertrouwenspersoon toegang tot het patiëntendossier. De wet op de rechten van de patiënt regelt de materie en voorziet in het bijzonder in de mogelijkheid voor een patiënt (die hiertoe nog in staat is) om eenzijdig schriftelijk te verzoeken een (of meer) geïdentificeerde persoon(en) zijn (haar) patiëntendossier(s) kunnen raadplegen of een kopie kunnen verkrijgen (art. 9 §2 en 9§ 3 van de wet). De mantelzorger kan het patiëntendossier dus alleen raadplegen als de patiënt daarvoor schriftelijk toestemming geeft door hem aan te wijzen als vertrouwenspersoon of als hij de vertegenwoordiger is van de onbekwaam geworden patiënt in de zin van de wet "patiëntenrechten".

### c. Het gedeeld medicatieschema aanmaken (via de pijlen A3, B4)

Als na raadpleging blijkt dat er nog geen gedeeld medicatieschema voor de patiënt bestaat in de regionale 'kluis', dan stelt de zorgverlener die daartoe bevoegd is een medicatieschema op met alle relevante en beschikbare informatie (onder andere vanuit het medisch of farmaceutisch dossier, vanuit raadpleging van de patiënt of andere zorgverleners). Na aanmaak stelt de zorgverlener het gedeeld medicatieschema ter beschikking in de regionale kluis.

Het gedeeld medicatieschema moet bij aanmaak een zo volledig mogelijk beeld geven van de actieve geneesmiddelen die een patiënt neemt of die voor hem zijn voorgeschreven. Een voorschrijver die niet de dossierhouder is of een apotheker die niet de huisapotheker is van de patiënt kunnen die garantie niet geven. Daarom ligt het initiatief voor het opstellen van het gedeeld medicatieschema bij voorkeur bij de GMD<sup>18</sup>-houdende huisarts of bij de huisapotheker (uiteraard op voorwaarde dat de patiënt zijn geïnformeerde toestemming heeft gegeven). Ook andere zorgverleners kunnen eventueel, afhankelijk van hun rol en bevoegdheid (cfr. bijlage 2), het initiatief nemen voor het opstellen<sup>19</sup> van het gedeeld medicatieschema, als er een therapeutische relatie is met de patiënt, maar ze moeten weten dat er dan risico's zijn op een mogelijk onvolledig medicatieschema. De patiënt of mantelzorger is betrokken en geïnformeerd bij het opstellen van het gedeeld medicatieschema. Ook andere zorgverleners zijn best op de hoogte van het bestaan van een gedeeld medicatieschema voor een patiënt.

### d. Het gedeeld medicatieschema aanpassen (via de pijlen A4, B5)

Alle zorgverleners die toegang hebben tot het gedeeld medicatieschema van hun patiënt via hun softwarepakket, kunnen dit op elk moment raadplegen (mits er een therapeutische relatie is en dit gebeurt in het kader van de continuïteit van zorg) en afhankelijk van hun rol en bevoegdheid aanvullen en/of aanpassen. Ze werken maximaal voort op het bestaande gedeeld medicatieschema en de bestaande medicatielijnen en volgen de richtlijn: **in geen geval lijnen automatisch overschrijven of dubbel aanmaken**. Er zal dus rekening moeten worden gehouden met de bestaande medicatielijnen en deze moeten worden gehandhaafd in overeenstemming met de deontologie en het delen van het schema. Dit impliceert dat zorgverleners ze moeten lezen voordat ze een nieuw geneesmiddel voorschrijven of om de gezondheidsstatus van hun patiënt beter te begrijpen. Ze kunnen een notitie toevoegen of de medicatielijnen wijzigen in functie van een beter geneesmiddelenbeheer van de patiënt.

Het is **algemeen aangeraden** om een ingegeven medicatielijnen steeds met een **gestructureerde dosering**<sup>20</sup> op te stellen. Elke zorgverlener moet in wederzijds respect voor zijn collega's zo veel als mogelijk gestructureerd voorschrijven en medicatielijnen ingeven in het bestaande gedeeld medicatieschema.

Iedere zorgverlener is medebeheerder van het volledige en correcte gedeeld medicatieschema. De zorgverlener die het gedeeld medicatieschema in de regionale 'kluis' wenst aan te passen, is verantwoordelijk voor **de consistentie** van het volledige medicatieschema. Dat betekent dat hij het gedeeld medicatieschema moet nakijken op het stopzetten, aanpassen of verwijderen van medicatielijnen in het kader van de behandeling om geneeskundige interacties, dubbel effect (bv. nieuwe geneesmiddelen voorschrijven zonder voorgaande te stoppen, medische voorgeschiedenis, enz.) te voorkomen.

18. GMD = Globaal Medisch Dossier.

19. In voorkomend geval wordt aanbevolen om de GMD-houdende huisarts op de hoogte te stellen van dit initiatief en hem/haar te vragen het gedeeld medicatieschema te valideren.

20. Het correcte Nederlandse woord is dosering en betreft de frequentie en spreiding in de tijd voor het innemen van een dosis van het geneesmiddel. Het Franstalige woord 'posologie' is echter beter gekend.

In wat hier volgt verduidelijken we per actie de rollen & verantwoordelijkheden van zorgverleners. Algemeen kunnen we stellen dat

- Het starten of stoppen van een behandeling met een voorschriftplichtig geneesmiddel kan vanzelfsprekend alleen gebeuren door bevoegde voorschrijvers, i.e. artsen, tandartsen en vroedvrouwen.
- Het creëren, aanpassen of het schrappen van medicatielijnen in het medicatieschema voor voorschriftplichtige geneesmiddelen gebeurt in de regel door de zorgverlener die de behandeling opstart. De apotheker gaat na of OTC-geneesmiddelen<sup>21</sup> moeten toegevoegd worden.
- Bij het afleveren van geneesmiddelen vult de apotheker het medicatieschema aan met gegevens met betrekking tot de afgeleverde geneesmiddelen en de verstrekte farmaceutische zorg.

### SCHRAPPEN VAN MEDICATIELIJNEN<sup>22</sup> OMWILLE VAN EEN FOUTIEVE INGAVE

**Schrappen** van een medicatielijn in geval van een correctie, en voordat de aflevering van het geneesmiddel is gebeurd, gebeurt door de zorgverlener die de betreffende geneesmiddelen heeft toegevoegd.

### DEFINITIEF STOPZETTEN VAN MEDICATIELIJNEN<sup>23</sup>

Het definitief stoppen van een medicatielijn die door een voorschrijver is aangemaakt is een medische handeling. Het heeft immers een impact op de geneesmiddelen-inname van de patiënt. Enkel bevoegde voorschrijvers<sup>24,25</sup> kunnen een lijn definitief stoppen.

### TIJDELIJK STOPZETTEN VAN MEDICATIELIJNEN

Het **tijdelijk stoppen** van een medicatielijn die door een voorschrijver is aangemaakt is een medische handeling. Het heeft immers een impact op de geneesmiddelen-inname van de patiënt.

In sommige omstandigheden kan het aangewezen zijn om een medicatielijn tijdelijk stop te zetten. Het tijdelijk stopzetten van medicatielijnen in het medicatieschema gebeurt indien mogelijk door de auteur van de medicatielijn. In de praktijk zal dat niet altijd mogelijk zijn.

- Bevoegde voorschrijvers kunnen een lijn tijdelijk stoppen. Bij voorkeur gebeurt dit door de handelende arts.
- Als een tandarts of vroedvrouw een bestaande medicatielijn tijdelijk wil onderbreken in het kader van een behandeling, overlegt die hiervoor met de voorschrijver van het betreffende geneesmiddel.
- Als een apotheker een (geneesmiddelgebonden) probleem vaststelt met betrekking tot een medicatielijn, overlegt hij hiervoor met de voorschrijver van het betreffende geneesmiddel. Indien hij de voorschrijver of de GMD houdende arts niet kan bereiken, en omwille van zijn (juridische) verantwoordelijkheid in de onmogelijkheid verkeert om het geneesmiddel af te leveren, onderbreekt hij de medicatielijn tijdelijk totdat hij de voorschrijver heeft kunnen contacteren, of past hij ze aan (zie bij "wijzigen van een medicatielijn"). Een technische oplossing waarbij een melding hierover wordt gedaan aan de voorschrijvende arts, gekoppeld aan een notificatie aan de arts, dient voorzien te worden in de TO BE.

21. Voor zover het afgeleverde geneesmiddel/ gezondheidsproduct een mogelijke impact zou hebben op de patiëntveiligheid of de kwaliteit van de patiëntenzorg.

22. Het schrappen van een medicatielijn gebeurt zonder connotatie van traceerbaarheid.

23. Het definitief stopzetten van medicatielijnen gebeurt steeds op zo'n wijze dat traceerbaarheid mogelijk blijft.

24. Indien bevoegde zorgverleners vaststellen dat het medicatieschema medicatielijnen bevat die kennelijk niet meer overeenstemmen met de actuele therapeutische intenties (vb. medicatielijnen die al lang niet meer van toepassing zijn of dubbel gecreëerde medicatielijnen), kunnen zij deze lijnen schrappen en verzekeren zij zich desgevallend van de intenties van de auteur van de medicatielijn.

25. Indien een apotheker een medicatielijn heeft opgesteld (voor een niet voorschrift plichtig OTC geneesmiddel), dan kan in dit geval de apotheker deze lijn eveneens stopzetten..

## WIJZIGEN VAN EEN MEDICATIELIJN

- Bevoegde voorschrijvers kunnen desgevallend een lijn wijzigen.
- Als een apotheker bij uitvoering van een voorschrift aanpassingen in het gedeeld medicatieschema moet doen, respecteert hij de therapeutische intentie van de voorschrijver en wijzigt hij dus een lijn in het schema niet, tenzij in volgende gevallen :
  - na voorafgaand overleg met de voorschrijver;
  - zonder voorafgaand overleg met de voorschrijver, wanneer de aanpassing evident en onvermijdelijk is (zoals bv. substitutie bij stockbreuk, verduidelijking, foutief innamemoment, ...);
  - Indien hij de voorschrijver niet kan bereiken, en omwille van zijn (juridische) verantwoordelijkheid in de onmogelijkheid verkeert om het geneesmiddel af te leveren (bv op basis van de historiek in het GFD; in samenspraak met de patiënt, in geval van een potentieel gevaarlijke interactie of andere gevaarlijke situatie voor de patiënt, zoals bv het voorschrijven van een teratogeen geneesmiddel bij zwangere vrouwen, ... ) onderbreekt hij de medicatielijns tijdelijk totdat hij de voorschrijver heeft kunnen contacteren (zie tijdelijk stopzetten van medicatielijnen), of past hij ze aan. Een technische oplossing waarbij een melding hierover wordt gedaan aan de voorschrijvende arts, gekoppeld aan een notificatie aan de arts, dient voorzien te worden in de TO BE.

Aanpassingen of updates aan het gedeeld medicatieschema kunnen ook later gebeuren, als de patiënt niet aanwezig is bij de zorgverlener. Om verwarring met andere zorgverleners (die op hetzelfde moment zorg leveren aan de patiënt) te vermijden, is het echter best om het gedeeld medicatieschema zo kort mogelijk na het bezoek van een patiënt aan te passen. De richtlijn is om het schema meteen aan te passen, in aanwezigheid van de patiënt. Kan dit om praktische redenen niet, dan gebeurt dit **maximaal 1 dag na het bezoek van de patiënt**.

### e. Feedback geven (via de niet genummerde pijlen)

Aanpassingen aan medicatielijnen zijn momenteel voorbehouden voor voorschrijvers en apothekers. Thuisverpleegkundigen, mantelzorgers en patiënten kunnen geen lijnen wijzigen. Voor aanpassingen aan het gedeeld medicatieschema contacteren ze de voorschrijver, of geven ze feedback via het journaal (indien beschikbaar)<sup>26</sup>.

## 4. Rol van zorgactoren in de ziekenhuissector bij ziekenhuisopname en -ontslag<sup>27</sup>

Om fouten te vermijden is er bijzondere aandacht voor het gedeeld medicatieschema op 2 kritieke momenten:

- bij ziekenhuisopname van een patiënt
- op het moment dat de patiënt het ziekenhuis opnieuw verlaat of tijdens een dagbezoek aan het ziekenhuis.

Er moet immers een vertaling zijn van het gedeeld medicatieschema in de regionale 'kluis' naar het ziekenhuisdossier, en dat moet bij ontslag correct teruggezet worden. Hiervoor zijn enkele spelregels afgesproken:

26. Op dit moment kan een aantekening in het dagboek enkel worden gegeven op het niveau van het globale medicatieschema. Op termijn moet het mogelijk zijn om per medicatielijns feedback te geven via het journaal.

27. We gaan er in dit hoofdstuk van uit dat de ziekenhuizen het gedeeld medicatieschema kunnen aanpassen en bewaren in de regionale 'kluis'. Dit is echter meer uitzondering dan regel vandaag. In de randvoorwaarden (bijlage 3) stipuleren we dat zorgverleners in zo'n geval ook op papier het medicatieschema kunnen delen.

## a. Maximaal verder werken op het bestaande gedeeld medicatieschema in de regionale 'kluis'

Als geneesmiddelengebruik doorloopt na ontslag of een ambulante bezoeken, moet dit aanwezig zijn in een geactualiseerd gedeeld medicatieschema, anders gaat er belangrijke informatie verloren. De **voorschrijver/ ziekenhuisapotheker** kan volgens hun rol en bevoegdheid (cfr bijlage 2) aanpassingen doen aan bestaande lijnen, een lijn stopzetten of gewoon nieuwe medicatielijnen aanvullen.

Als er geen gedeeld medicatieschema bestaat in de regionale 'kluis', mag de zorgverlener uit het ziekenhuis uiteraard een nieuw medicatieschema starten vanuit het eigen Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en in de regionale 'kluis' plaatsen.

Bestaande medicatielijnen uit het gedeeld medicatieschema moeten blijven staan bij het schrijven naar de regionale 'kluis'. In geen geval mogen bestaande medicatielijnen worden verwijderd en daarna opnieuw worden opgenomen en opgeladen naar de regionale 'kluis'. Dan gaat immers belangrijke informatie verloren.

## b. Het EPD<sup>28</sup> bevat een lokale kopie van het gedeeld medicatieschema in de regionale 'kluis'

Bij opname van een patiënt in het ziekenhuis, maakt de zorgverlener in het ziekenhuis in het EPD een originele kopie van de versie van het gedeeld medicatieschema dat zich in de regionale 'kluis' bevindt. Deze kopie dient om **bij opname** de geneesmiddelen-reconciliatie uit te voeren en **bij ontslag** uit het ziekenhuis te verifiëren dat de originele medicatielijnen terug worden gezet met uitzondering van de aanpassingen die in het ziekenhuis zelf werden gedaan en dienen aangevuld te worden in het medicatieschema.

## c. Substitutie van thuismedicatie van de patiënt is niet toegestaan

De patiënt creëert gewoontes bij het innemen en herkennen van bepaalde thuismedicatie. Het is niet toegestaan om thuismedicatie op het gedeeld medicatieschema om te wisselen (bv. generische geneesmiddelen omwisselen door merk geneesmiddelen, in lijn met het ziekenhuis formulier, of omgekeerd). Indien het actief bestanddeel hetzelfde is, mag de zorgverlener in het ziekenhuis wel een geneesmiddel omwisselen tijdens de opname van een patiënt of tijdens een behandeling in het ziekenhuis, maar dient zich ervan te vergewissen dat wanneer de patiënt het ziekenhuis verlaat, de oorspronkelijke thuismedicatie in de overeenkomstige medicatielijnen uit het gedeeld medicatieschema in de regionale 'kluis' behouden blijft.

## d. Geneesmiddelen toegediend in het ziekenhuis

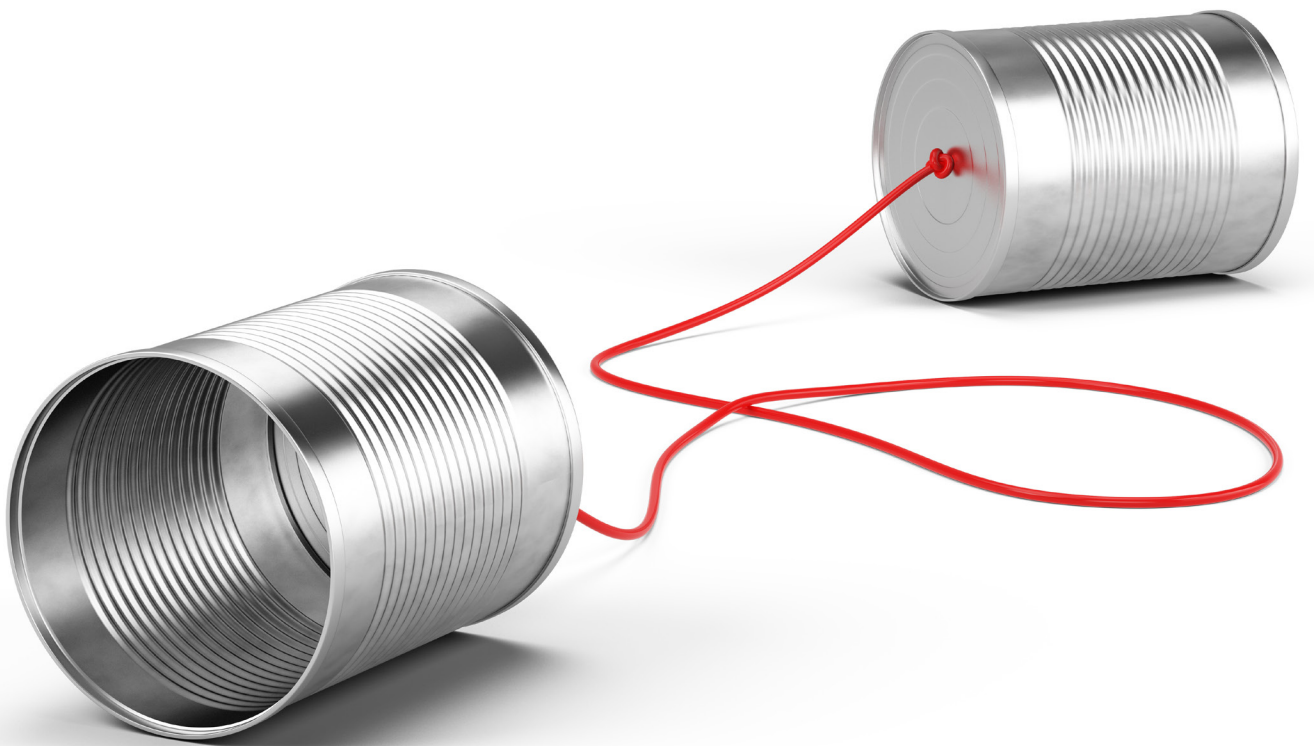
Wanneer een geneesmiddel toegediend in het ziekenhuis (bv. antibiotica tijdens dialyse) nog ongewenste effecten, bijwerkingen en/of geneesmiddeleninteracties kunnen veroorzaken bij de patiënt, wordt dat opgenomen in het gedeeld medicatieschema dat in de regionale 'kluis' wordt gezet bij ontslag van de patiënt.

## 5. Softwareleveranciers

Softwareleveranciers moeten de technische specificaties en documentatie correct interpreteren. Die zijn namelijk het resultaat van de behoeften van het werkveld en betreffen dus de regels voor de software om aan die behoeften te voldoen. Het gaat hierbij niet om de behoeften van één bepaalde groep van zorgverleners, maar om deze van alle zorgverleners die een rol hebben in het gedeeld medicatieschema en om de patiënt zelf voor wie dit gedeeld medicatieschema wordt beheerd en gedeeld.

Er mag om die reden geen enkele mogelijkheid tot interpretatie zijn in de technische specificaties. Dit is nodig om de interoperabiliteit tussen softwarepakketten te kunnen garanderen. Alle softwareleveranciers hebben dus een rol te spelen in het mee helpen verhelderen van mogelijke interpretaties van de technische specificaties en documentatie, en in het nadien correct uitvoeren van deze specificaties.

# Bijlagen



## I. Randvoorwaarden voor het gedeeld medicatieschema

- Technisch moet het mogelijk zijn om het gedeeld medicatieschema te delen. Softwarepakketten moeten het mogelijk maken het gedeeld medicatieschema op een correcte manier aan te maken en/of te raadplegen. Zorgverleners die niet over de mogelijkheid beschikken om elektronisch te delen, kunnen ook op papier het medicatieschema delen.
- We gaan wel altijd uit van **één gedeeld medicatieschema** om op verder te werken. Als maar één bevoegde zorgverlener elektronisch werkt, is het dus aan hem om het gedeeld medicatieschema te onderhouden en de informatie van de andere zorgverleners erin aan te vullen.
- Elke zorgverlener moet voldoende opgeleid zijn in het elektronisch aanmaken, raadplegen en delen van het gedeeld medicatieschema en zijn wettelijke bevoegdheden respecteren.



## II. Matrix van rollen en verantwoordelijkheden

Voorafgaandelijke opmerking: als er «ja» vermeld is in onderstaande tabel, dan betekent dit «ja indien de patiënt een geïnformeerde toestemming heeft gegeven, en er met de zorgverlener in kwestie een therapeutische link bestaat, en de patiënt voor de zorgverlener in kwestie geen exclusie heeft gedefinieerd.»

Actoren	Aanmaken gedeeld medicatieschema	Wijzigingen (schrijven in) gedeeld medicatieschema	Medicatielijst stoppen in het gedeeld medicatieschema(*)	Lezen van het gedeeld medicatieschema	Feedback geven op het gedeeld medicatieschema (via Journaal)
Patiënt	neen	vandaag neen enkel via het journaal  bekijken of het in de toekomst weggelaten kan worden	neen, enkel via het journaal	ja	ja
Huisarts	ja	ja	ja	ja	ja
GMD houdende huisarts	ja bij voorkeur	ja	ja	ja	ja
Arts-specialist	ja	ja	ja	ja	ja
Apotheker	ja	ja, onder voorwaarden	Enkel na overleg met arts	ja	ja
Huisapotheker	ja	ja, onder voorwaarden	Enkel na overleg met arts	ja	ja
Thuisverpleegkundige	neen	vandaag neen enkel via het journaal  bekijken of het in de toekomst weggelaten kan worden	neen, enkel via het journaal	ja	ja
Tandarts	ja	ja	ja voor zelf voorgeschreven medicatie  Overige medicatie : enkel na overleg met arts	ja	ja
Vroedvrouw	ja	ja	ja voor zelf voorgeschreven medicatie.  Overige medicatie : enkel na overleg met arts	ja	ja
Ziekenhuisapotheker	ja	ja, onder voorwaarden	Enkel na overleg met arts	ja	ja

(\*) Als een zorgverlener per vergissing een foutieve medicatielijst heeft toegevoegd, dan kan enkel de zorgverlener in kwestie deze lijst verwijderen.

[Verantwoordelijke uitgever](#)

B. Collin, Galileelaan 5/01, 1210 Brussel

[Realisatie](#)

Dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV,  
in samenwerking met een vertegenwoordiging van alle relevante actoren in de gezondheidszorg

[Grafisch ontwerp](#)

TeamComm van het RIZIV

[Publicatiedatum](#)

Augustus 2021

[Wettelijk depot](#)

D/2021/0401/4