

## Cliënt/patiënt

### **Hoe zit het met de cliëntenbetrokkenheid? (Soms bent ik stimulator en aanjager, soms ook verbinder)**

De sector patiënt en cliënt (die bestaat uit de organisaties Patiëntenfederatie en MIND) is betrokken bij het programma en zit aan tafel bij het maken van besluiten

### **Gaat patiënttoestemming via Mitz?**

Toestemming kan via Mitz worden vastgelegd. Lees [hier](#) meer.

### **Hoe werkt het als de patiënt geen toestemming heeft gegeven voor informatie-uitwisseling in het LSP?**

Als de patiënt geen toestemming heeft gegeven voor uitwisseling, worden er geen gegevens uitgewisseld.

## Leveranciers

### **Hebben jullie de moderne HIS-leveranciers aangesloten of nog alleen degene met oude software?**

[Hier](#) is een overzicht te vinden van alle deelnemende leveranciers aan de Kickstart. Overigens is er met alle softwareleveranciers van de 9 deelnemende zorgsectoren regelmatig contact over het programma en is het de bedoeling dat alle HIS-leveranciers gaan aansluiten.

### **Is er een koppeling van het EPD van de huisarts naar het EVS-systeem of moet je apart inloggen in EVS?**

Dit ligt helemaal aan de implementatie van de betreffende EPD/EVS leverancier.

### **Worden de gegevens op basis van intern/landelijke normen zoals FHIR uitgewisseld of blijft het op edifact, LSP?**

De gegevens worden tijdens de Kickstart Medicatieoverdracht via het LSP op basis van zowel HL7V3 als HL7FHIR uitgewisseld.

### **Is er voor het opvragen van het LSP nog een UZI-pas nodig of gaat het op basis van AGB-gegevens?**

De huidige stand van zaken is dat voor het opvragen van medicatiegegevens via het LSP een UZI-pas nodig is. Vanuit VWS wordt gewerkt aan het beschikbaar stellen van alternatieve middelen.

### **Vanuit de thuiszorg, hoe gaat dit met de verschillende digitale toedienregistratiesystemen en het LSP?**

Het elektronisch toedienregistratiesysteem (eTDR) gaat per patiënt over, wanneer de apotheek die nu de toedienlijst verzorgt voor die patiënt ook over is op Medicatieproces 9. Wanneer er binnen een instelling met verschillende toedienregistratiesystemen gewerkt wordt, kan het zijn dat het ene eTDR al wel over is op Medicatieproces 9 en het andere systeem nog niet, waardoor een hybride situatie ontstaat.

De voorschrijver die een nieuwe medicatieafpraak (MA) opstelt, een MA wijzigt of stopt en de apotheker die een verstrekking doet en/of een nieuwe toedieningsafpraak (TA) aanmaakt, een TA wijzigt of stopt, voert een kwaliteitscontrole uit bij patiënten met toedienlijst. De toedienlijst wordt door het eTDR samengesteld vanuit verschillende bronnen en is gebaseerd op de bouwstenen medicatieafpraak, wisselend doseerschema, toedieningsafpraak en medicatietoediening.

## Sectorgerelateerd

### **Zit een ziekenhuisapothek/poliklinische apothek in de alliantie of valt dit onder specialistische zorg?**

Ziekenhuisapothek/poliklinische apothek zijn via de koepel NVZA actief binnen de sector MSZ.

### **Zijn er alleen bepaalde afdelingen binnen MSZ waarbij het invullen van een reden bij stoppen of wijzigen niet hoeft? Kan je dat wel instellen in een ziekenhuissysteem?**

De voorschrijver die een eigen of andermans medicatieafspraken stopt, is verplicht om de reden van stoppen in te vullen. Bij wijzigen is dit optioneel, als de voorschrijver het relevant acht. Een uitzondering hierop zijn de Medisch Specialistische Zorg (MSZ), Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en verpleeghuizen met een eigen medische dienst, waar de reden van stoppen alleen verplicht is in de ambulante setting. In de klinische setting en in spoedeisende situaties (o.a. voor de sectoren MSZ en GGZ) vult de voorschrijver de reden van stoppen alleen in, indien dit relevant is om uit te wisselen in de keten. Dit is aan de voorschrijver om in te schatten.

### **Hoe gaat het met een herhaalrecept dat is voorgeschreven door de MSZ tijdens opname?**

Bij het aanmaken van een nieuwe medicatieafspraken tijdens opname, kan de voorschrijver gebruik maken van het dataelement VolgendeBehandelaar. Hiermee geeft de voorschrijver aan wie het auteurschap van de medicatieafspraken moet overnemen na het ontslag.

### **Ik werk als psychiater in een ambulante setting en maak regelmatig mee dat patiënten waarbij ik medicatie voorschrijf en opvolg via de herhaalreceptenlijn van de huisarts hun recepten kunnen verlengen. Dit is ongewenst omdat ik (mede)verantwoordelijk ben voor de medicatie en niet geïnformeerd wordt dat er een herhaalrecept door een andere arts is verstrekt en mensen zo gemakkelijker onnodig veel medicatie in huis kunnen hebben. Voorkomt deze werkwijze dit?**

De voorschrijver maakt bij een herhaling (op basis van de professionele inschatting) een verstrekingsverzoek onder andermans medicatieafspraken indien het behandelbeleid van de medicatieafspraken niet overgenomen wordt, zodat het inzichtelijk blijft onder wiens behandelbeleid de actuele medicatieafspraken blijft vallen en duidelijk is met wie contact gelegd kan worden bij vragen.

## Bouwstenen

### **Hoe is de overdracht naar de eerste lijn geregeld? Eindigheid van het voorschrift?**

Het systeem van de apotheker zal bij het verwerken van het voorschrift een antwoord sturen naar de voorschrijver. Ook zal de apotheker de bouwsteen die hij/zij aanmaakt, beschikbaar stellen voor de keten.

### **Waarom hoeft de reden van wijzigen niet ingevoerd te worden?**

De voorschrijver die zijn eigen of andermans medicatieafspraken wijzigt, vult de reden van wijzigen in, indien deze reden relevant is om uit te wisselen in de keten. Dit is aan de voorschrijver om in te schatten. Soms kan het voorkomen dat medicatie erg vaak wordt gewijzigd, bijvoorbeeld op een intensive care. Onder andere om deze reden willen we het invoeren van redenen van wijzigen niet verplichten, het veld is daarom optioneel.

**Bij overdracht/ontslag uit het ziekenhuis of bij een poliklinisch bezoek is de reden van stoppen hopelijk wel verplicht? Maar hoe borg je dat, als al eerder op de IC een medicament is gestopt zonder bekende reden?**

De voorschrijver die een eigen of andermans medicatieafpraak stopt, is verplicht om de reden van stoppen in te vullen. Een uitzondering hierop zijn de MSZ, GGZ en verpleeghuizen met een eigen medische dienst, waar de reden van stoppen alleen verplicht is in de ambulante setting. In de klinische setting en in spoedeisende situaties (o.a. voor de sectoren MSZ en GGZ) vult de voorschrijver de reden van stoppen alleen in, indien dit relevant is om uit te wisselen in de keten. Dit is aan de voorschrijver om in te schatten. Hierbij wordt dus beroep gedaan op de voorschrijver om dat in te schatten.

**Herhaalt de huisarts ook de medicatie die door de specialist is voorgeschreven?**

Je kan een verstrekingsverzoek onder een MA van een medisch specialist maken. Je kan dus een voorschrift van medicatie door een ander voorgeschreven, naar een apotheek sturen.

**Waarom zou je dat willen doen?**

Bijvoorbeeld als een patiënt op vakantie is binnen Nederland en zijn/haar medicatie is vergeten. Dan kan er een verstrekingsverzoek voor een tijdelijke periode door de HAP naar de dienstapothek worden gestuurd

**Vaak zijn er nog vragen over de medicatie en middelen voor toediening door apotheek, wordt dit meegenomen in de afspraak en het verstrekingsverzoek?**

Er kan aanvullende informatie of instructies worden meegenomen in een medicatieafpraak of voorschrift.

**Wat is de werkwijze bij een verkeerd geadresseerde medicatieafpraak en verstrekingsverzoek? Kan die worden doorgestuurd of moet de voorschrijver daarvoor worden ingeschakeld?**

De voorschrijver kan een geannuleerd voorschrift versturen. Daarmee geef je aan de apotheker door dat het voorschrift is komen te vervallen. Daarna kan de voorschrijver de medicatieafpraak + verstrekingsverzoek opsturen naar de juiste apotheker.

**Waar staat de uiteindelijke stand van zaken? Wordt het weer ergens teruggezet of wordt het weer opgehaald als een ander inlogt?**

Je stelt alleen die gegevens beschikbaar voor de rest van de keten waar je zelf bron bent om te voorkomen dat er onnodig dubbele medicatiebouwstenen uitgewisseld worden bij de betrokkenheid van meerdere systemen bij een patiënt. Bij raadplegen van het patiëntendossier worden alle beschikbare medicatiegegevens opgevraagd.

**Wie ontvangt een melding als een arts medicatie stopt, alleen de apotheker of ook de originele voorschrijver?**

Als het patiëntendossier wordt geraadpleegd is de stop van de medicatieafpraak voor de hele keten inzichtelijk. Als gebruikerseis is opgenomen dat wanneer de voorschrijver andermans medicatieafpraak stopt of wijzigt, het XIS automatisch de stop van de medicatieafpraak stuurt naar het XIS van de voorschrijver van de originele medicatieafpraak. Dit zal beproefd worden tijdens de Kickstart.

**We missen nu informatie over gebruikte medicatie die niet via de openbare apotheek of poliklinische apotheek verstrekt wordt. Denk bijvoorbeeld aan methadon via methadonpost of PREP via GGD. Kan die medicatie straks wel eenvoudig toegevoegd worden?**

Als de GGD over is op Medicatieproces 9, zullen ook die gegevens beschikbaar worden. Als zorgaanbieder is aangesloten op Medicatieproces 9 kunnen gegevens worden uitgewisseld. Daarnaast kan de patiënt of zorgverlener die wel over is op Medicatieproces 9 ook het gebruik vastleggen in de bouwsteen medicatiegebruik, die ook uitgewisseld kan worden in de keten.

**Is er een mogelijkheid om medicatie te verifiëren?**

Dit kan door middel van het vastleggen van medicatiegebruik. Bekijk [hier](#) de uitgebreide uitleg.

**Kickstart en opschaling**

**Is er iets te zeggen over de doorlooptijd van dit project?**

De Kickstart Medicatieoverdracht duurt naar verwachting tot oktober 2025. Daarna start de opschaling naar de rest van Nederland. De opschaling heeft als eerste doel meer volume te realiseren, om zo te controleren of de beproefde uitwisselingen en werkprocessen uit de Kickstart ook bij grotere aantallen goed blijven werken. Tijdens de opschaling breiden we daarnaast uit naar twee nieuwe geografische gebieden. Welke gebieden als eerste in aanmerking komen, wordt in overleg met alle betrokkenen bepaald. In welke volgorde de opschaling exact vorm krijgt en waar (in welke regio's) de opschaling start wordt nu uitgewerkt. Binnen enkele maanden kunnen we een nadere toelichting geven op de voorlopige planning.

**Zuid-Limburg is een 'enclave' in het Duitse/Belgische buitenland. Vaak wordt via de verzekeraar toestemming verleend om gebruik te maken van ziekenhuizen in Aken, Genk, Hasselt en zelfs Luik.**

Medicatieproces 9 omvat de uitwisseling van medicatiegegevens binnen Nederland. Er is dus nog geen afspraak m.b.t. uitwisseling met het 'geaccepteerde' buitenland. Vaals - Aken is bij voorbeeld een gangbare uitwisseling.

**Wanneer vindt de implementatie in Zuid-Limburg plaats?**

Dit is nog niet bekend. We ronden eerst de Kickstart af in de regio's Friesland en Rijnmond, daarna volgt een gefaseerde landelijke opschaling. Je kunt in de tussentijd al wel met je leverancier in gesprek met het oog op de implementatie in de toekomst.

**Werkprocesafspraken worden altijd regionaal ingevuld of komt hier een landelijke standaard voor?**

Over een aantal afspraken zijn bovensectorale afspraken gemaakt. Die zijn terug te vinden in het [implementatiehandboek voor zorgaanbieder](#). Momenteel worden er nog bovensectorale afspraken gemaakt over de onderwerpen migratie en hybride situatie. Er kunnen sectoraal en regionaal aanvullende afspraken worden gemaakt. Hier is het programma Medicatieoverdracht niet bij betrokken. Bovendien kunnen niet alle afspraken landelijk worden vastgesteld, dus het is zelfs nodig om in je eigen instelling of regio afspraken te behouden.

**Overige**

**Klopt het dat geboortezorg buiten scope valt?**

Inderdaad valt geboortezorg op dit moment nog buiten scope

## **Zijn er geen medicatieverificatiegesprekken meer nodig?**

Zorgverleners maken een risico-inschatting of de medicatiegegevens gecontroleerd moeten worden. Deze medicatieverificatie wordt vastgelegd met medicatiegebruik. Medicatiegebruik maakt inzichtelijk hoe de patiënt de medicatie gebruikt in relatie tot de gemaakte afspraak. Ook kan de zorgverlener zelfzorgmedicatie en/of medicatie uit het buitenland vastleggen als medicatiegebruik. Vanaf deze stap zijn medicatieoverzicht en medicatiebewaking mede gebaseerd op medicatiegebruik. Dus er zijn zeker nog medicatieverificatiegesprekken nodig en zou ook onderdeel moeten zijn van veilige en goede zorg.

## **Hoelang blijven labwaarden geldig om meegestuurd te worden?**

De nierfunctie die in de eerste fase met het voorschrift verstuurd wordt, mag niet ouder zijn dan 13 maanden. Verder verschilt het per labwaarde. Genetische bepalingen worden bijvoorbeeld maar één keer in het leven gedaan.

## **Hoe regelen we de doorgifte van unieke contra-indicaties? Via LSP zoals nu, waarbij eerst alle CI's definitief geverifieerd zijn?**

Het programma Medicatieoverdracht richt zich ook op de uitwisseling van medicatie contra-indicaties. Er wordt gewerkt aan een informatiestandaard voor contra-indicaties en overgevoeligheden (CiO). In december heeft daarvan een betarelease plaatsgevonden. Meer informatie over deze release is te vinden op onze [wiki-pagina](#). Na de Kickstart volgt een aanvullende beproeving van de informatiestandaard CiO. In het kort, tijdens de aanvullende beproeving CiO zullen contra-indicaties inderdaad via het LSP uitgewisseld worden. Over wie er wanneer verificatie uitvoert van contra-indicaties worden in het kernteam CiO afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn nog in ontwikkeling maar zullen naar verwachting in juli gepubliceerd worden.

## **Veel tehuizen zijn nog niet aangesloten op het LSP (dat moet per instelling gebeuren). Daardoor kunnen bijvoorbeeld Medimo-gegevens niet worden gedeeld en is er geen inzicht in de medicatiehistorie. Hoe gaat dit opgelost worden?**

Er zal een periode in een transitiefase worden gewerkt. Zodra een instelling migreert naar Medicatieproces 9, zullen de medicatiegegevens beschikbaar worden voor de hele keten. Ook historie zal dan in Medicatieproces 9 beschikbaar worden. Echter zolang niet alle instellingen gemigreerd zijn, zal er mogelijk informatie niet beschikbaar zijn in deze transitiefase. Het blijft voor zorgverleners altijd zaak om actief na te gaan bij de patiënt/cliënt of de informatie die zij te zien krijgen, compleet is. Het kan zijn dat dit niet compleet is omdat nog niet alle zorgaanbieders zijn aangesloten, of bijvoorbeeld omdat de patiënt/cliënt geen toestemming heeft gegeven voor de gegevensuitwisseling.

## **Is het niet verstandig om cruciale functies buiten abonnementsstructuur te houden?**

### **Wijzigen/stoppen**

De abonnementsfunctie van het LSP houdt in dat u automatisch een signaal krijgt wanneer andere zorgverleners gegevens van de door u gevolgde patiënt wijzigen. Op basis van dit signaal kan uw XIS geautomatiseerd de gegevens van uw patiënt actualiseren. De wijze waarop de abonnements- en signaalfunctie wordt ingericht is afhankelijk van de zorgtoepassing, sectorspecifieke keuzes en de wijze waarop de leverancier van het informatiesysteem de functionaliteit heeft ingezet en ingericht.