

# *Kroon de cliënt tot koning!*

*Een juridisch en praktijkgericht onderzoek naar de reikwijdte van de (bijzondere) zorgplicht met betrekking tot cliënten met een Wlz-indicatie verblijf zonder behandeling middels toetsing aan artikel 7:453 BW en artikel 6:74 BW.*

## **Bijlagenbundel**

|                         |                                   |
|-------------------------|-----------------------------------|
| Naam:                   | Yasmina Salmi                     |
| Studentnummer:          | 2072132                           |
| Afstudeerorganisatie:   | De Amarant Groep                  |
| Afstudeermentor:        | Dhr. I.A.M. Vugs                  |
| School:                 | Juridisch Hogeschool Avans-Fontys |
| Opleiding:              | HBO-Rechten                       |
| Eerste afstudeerdocent: | Mw. mr. dr. N. Lavrijssen         |
| Tweede afstudeerdocent: | Mw. mr. A. de Boer                |
| Plaats en datum:        | Tilburg, 29 mei 2017              |

# Inhoudsopgave

|                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bijlage A: De behandelingsovereenkomst van de Amarant Groep                                       | 3  |
| Bijlage B: Richtlijn Medicatie beheer en –verstrekking (Amarant Groep)                            | 6  |
| Bijlage C: Interview met de heer Gianotten (SDW Zorg)                                             | 11 |
| Bijlage D: Interview met mevrouw De Cock & mevrouw De Moret (SMO Breda)                           | 15 |
| Bijlage E: Interview met de heer Van Gennip (Cello-Zorg)                                          | 18 |
| Bijlage F: Interview met mevrouw Niezen (BrabantZorg)                                             | 21 |
| Bijlage G: Interview met de heer Hammadi (Prisma)                                                 | 23 |
| Bijlage H: Interview met de heer van Uden (Amarant Groep)                                         | 25 |
| Bijlage I: Interview met mevrouw Brooijmans (Amarant Groep)                                       | 28 |
| Bijlage J: Interview met mevrouw Beusekom (Amarant Groep)                                         | 30 |
| Bijlage K: A-4 document met de belangrijkste verplichtingen voor de hulpverleners (Amarant Groep) | 32 |

## Bijlage A: De behandelingsovereenkomst van de Amarant Groep

---



### **ZORG- EN DIENSTVERLENINGSOVEREENKOMST**

## ZORG- EN DIENSTVERLENINGSOVEREENKOMST

1. **Amarant**

en

2. **De Cliënt (achternaam, tussenvoegsels, voorletters):**

|                            |                                          |
|----------------------------|------------------------------------------|
| <b>Naam</b>                | Klik hier als u tekst wilt invoeren.     |
| <b>Geboortedatum</b>       | Klik hier als u een datum wilt invoeren. |
| <b>Adres</b>               | Klik hier als u tekst wilt invoeren.     |
| <b>Postcode/woonplaats</b> | Klik hier als u tekst wilt invoeren.     |
| <b>Cliëntnummer</b>        | Klik hier als u tekst wilt invoeren.     |
| <b>BSN</b>                 | Klik hier als u tekst wilt invoeren.     |

2. **De Cliëntvertegenwoordiger (indien van toepassing)**

|                                |                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Naam</b>                    | Klik hier als u tekst wilt invoeren.                                                                                                                                                                                            |
| <b>Geboortedatum</b>           | Klik hier als u een datum wilt invoeren.                                                                                                                                                                                        |
| <b>Adres</b>                   | Klik hier als u tekst wilt invoeren.                                                                                                                                                                                            |
| <b>Postcode/woonplaats</b>     | Klik hier als u tekst wilt invoeren.                                                                                                                                                                                            |
| <b>In de hoedanigheid van:</b> | <input type="checkbox"/> Ouder<br><input type="checkbox"/> Voogd<br><input type="checkbox"/> Curator<br><input type="checkbox"/> Mentor<br><input type="checkbox"/> Bewindvoerder<br><input type="checkbox"/> Anders, nl. _____ |

sluiten een zorg- en dienstverleningsovereenkomst. In de zorg- en dienstverleningsovereenkomst leggen Amarant en de cliënt/vertegenwoordiger de overeengekomen zorg vast:

Amarant zal de Cliënt ondersteuning bieden zoals vermeld in het vigerend "Zorgproduct", zie BIJLAGE 1. De zorgverlening wordt op basis van het zorgproduct door Amarant nader uitgewerkt en vastgesteld in een persoonlijk plan.

### Duur overeenkomst

De zorg- en dienstverleningsovereenkomst wordt schriftelijk aangegaan. De datum ondertekening door de cliënt, resp. diens vertegenwoordiger is de ingangsdatum van deze overeenkomst. De daadwerkelijke zorg- en dienstverlening gaan in op een in onderling overleg nader te bepalen datum, maar niet eerder dan na de ondertekening van de zorg- en dienstverleningsovereenkomst door de cliënt, respectievelijk diens vertegenwoordiger.



Amarant levert de cliënt zorg tegen betaling vanuit:

- |                                                  |                                                             |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zorg in natura          | <input type="checkbox"/> AWBZ/Wlz                           |
| <input type="checkbox"/> Persoonsgebonden budget | <input type="checkbox"/> Zorgverzekeringswet                |
| <input type="checkbox"/> Particuliere betaling   | <input type="checkbox"/> Wet maatschappelijke ondersteuning |
|                                                  | <input type="checkbox"/> Jeugdwet                           |

Indien en voor zover op basis van een wettelijke regeling een indicatie is vereist voor zorgverlening, dient de cliënt over een geldige indicatie te beschikken.

Van deze overeenkomst maken/maakt onlosmakelijk deel uit, voor zover van toepassing:

- Beschrijving Zorgproduct
- Brochure Algemene voorwaarden Amarant Groep, behorend bij de Zorg- en dienstverleningsovereenkomst
- Brochure Betalingsvoorwaarden
- Overeenkomst terbeschikkingstelling van woonruimte (indien van toepassing)
- Brochure Voorwaarden Wonen (indien van toepassing)
- PGB-overeenkomst (indien van toepassing)

Amarant heeft de cliënt, voorafgaand aan het sluiten van deze Zorg- en dienstverleningsovereenkomst, de bijlagen overhandigd en de cliënt verklaart zich met de inhoud daarvan akkoord.

Aldus in tweevoud opgemaakt en ondertekend:

Naam cliënt:

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

Naam manager Amarant:

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

Handtekening cliënt

Handtekening manager Amarant:

Datum: 12-6-2014

Datum: 12-06-2014

Naam cliëntvertegenwoordiger:

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

Handtekening cliëntvertegenwoordiger:

Datum: 12-06-2014

## Bijlage B: Richtlijn medicatiebeheer en – verstrekking Amarant Groep

|                                                                          |                      |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| titel document : Richtlijn medicatiebeheer en verstrekking Amarant Groep |                      |  |
| Kenmerk : 2.7.1.it.med.                                                  | Versienummer : 6.0   |                                                                                     |
| Documentbeheer : voorzitter Medicatiecommissie                           | Status : vastgesteld |                                                                                     |
| Laatste wijziging : 30-03-2017                                           |                      |                                                                                     |

### Richtlijn Medicatiebeheer en – verstrekking Amarant Groep

#### Inleiding

Veel cliënten van de Amarant Groep gebruiken medicijnen. Bovendien geldt voor hen dat de mate van medicijngebruik vaak meer dan gemiddeld is. Medicatiefouten kunnen ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid van een cliënt. Om die reden wordt het toedienen van medicatie beschouwd als een risicovolle handeling in het kader van de wet BIG (indien medicatie via injectie of sonde wordt toegediend betreft het een voorbehouden handeling). In al deze gevallen dient de medewerker te beschikken over een geldig handelingscertificaat voor de handeling om deze te mogen verrichten. Om onveilige situaties te voorkomen is zorgvuldigheid in het hele medicatieproces en het systematisch omgaan met risicosituaties en fouten, van groot belang. De Amarant Groep maakt voor het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen BIG gebruik van de Vilans protocollen. Deze richtlijn is een aanvulling op deze werkprotocollen en beschrijft de interne afspraken m.b.t. medicatiebeheer en -verstrekking aan cliënten. Deze richtlijn is van toepassing voor alle locaties / teams van de Amarant Groep waar medicatie verstrekt en / of beheerd wordt. De richtlijn beschrijft de volgende 8 stappen:

1. Voorschrijven
2. Bestellen en levering
3. Uitzetten
4. Toedienen / verstrekken
5. Voorraadbeheer
6. Evalueren
7. Overdracht
8. Hoe te handelen bij medicatiefouten

Daarnaast staan er twee toevoegingen aan het einde van deze richtlijn, die ingaan op respectievelijk:

- hoe te handelen bij cliënten die (gedeeltelijk) zelfredzaam zijn in hun medicatiebeheer
- hoe te handelen bij opiaten

#### Hoe deze richtlijn te gebruiken als team

Elke stap begint met een beschrijving van de organisatiebrede regels die voor alle locaties / teams gelden. Deze regels zijn beveiligd. Aan het eind van iedere stap staan **blauwe items in grijze velden**. In deze velden dient ieder team te beschrijven welke **aanvullende afspraken en werkwijzen specifiek voor hun voorziening / team** gelden betreffende deze items. Het betreft hier items waarvoor geen organisatiebrede regels gemaakt kunnen worden, omdat de invulling afhangt van de doelgroep en setting van de locatie.

Op die manier ontstaat een protocol op maat voor de voorziening bestaande uit de organisatiebrede regels en de aanvullende door het team zelf gemaakte afspraken.

#### Doelstelling

De oorzaak van een medicatiefout ligt niet altijd in de verstrekking, maar kan ook liggen in het verkeerd opslaan of uitzetten van de medicatie. Daarom is het gehele proces van medicatiedistributie, -beheer en -verstrekking als risicovol te beschouwen en is het zaak om dit proces zoveel als mogelijk te standaardiseren, opdat medicatiefouten worden voorkomen. Uiteindelijk doel is dat de juiste medicijnen, in de juiste dosering, op juiste momenten en op een juiste toedieningswijze aan de juiste cliënten worden verstrekt.

#### Toepassingsgebied en definities

Op iedere locatie dient een **aandachtsfunctionaris medicatie** (en vervanger) te zijn aangewezen. Een van de taken van de aandachtsfunctionaris is de blauwe items van deze richtlijn voor de locatie als afspraken vast te leggen.

Onder medicatie wordt verstaan: alle soorten geneesmiddelen: tabletten, capsules, zetpillen.

De **toedienlijst**, ook wel **deellijst** genoemd, is de lijst die de apotheek verstrekt en die gebruikt wordt voor het controleren en aflezen van de medicatieverstrekking, waarbij de verstrekking per toedienmoment en per medicament wordt afgetekend door een paraat. Sommige medicatie dient dubbel te worden gecontroleerd en afgetekend, hetgeen op de toedienlijst herkenbaar is..

Naast de toedienlijst dient de Apotheek ook een **Actueel Medicatie Overzicht (AMO)** per cliënt aan te leveren. Wet- en regelgeving rondom overdracht van medicatie in de keten schrijft voor dat wij voor iedere cliënt een dergelijke AMO dienen te hebben. Deze AMO is een verplicht overdrachtsdocument bij opname in het ziekenhuis of ambulancevervoer van een cliënt. Er dient dan ook op iedere locatie van de Amarant Groep waar de cliënt verblijft en/of dagbesteding heeft een dergelijke AMO aanwezig te zijn. De AMO dient bij elke medicatiewijziging aangepast te worden door de Apotheek en mag niet ouder zijn van 3 maanden. De "Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten (2008)" is als veldnorm te beschouwen en schrijft zorginstellingen voor dat zij voor cliënten moeten beschikken over een AMO (door apotheek te leveren). In Bijlage 1 is een brief te vinden die gebruikt kan worden ter ondersteuning in het contact met de apotheek voor het verkrijgen van de toedienlijst en AMO.

Stap 5 beschrijft de regels voor het beheer van medicatie door begeleiding op de locatie. Er is gekozen voor de term "Voorraadbeheer", omdat dit een ingeburgerd begrip is in de organisatie. De medicatievoorraad op voorzieningen mag echter niet groter zijn dan de hoeveelheid die nodig is voor een gebruiksperiode van 1 tot 4 weken (wettelijk gezien wordt dan niet gesproken over een voorraad).

#### Gerelateerd beleid

Deze handreiking kan niet los gezien worden van:

1. De **Vilans protocollen** voor verstrekken van medicatie en voor toedienen van medicatie d.m.v. injectie en sonde zijn
2. **"Melden van Incidenten (Re-Act) en calamiteiten"** (2.9.1.meld.inc/cal)
3. **"Regeling uitvoeren risicovolle handelingen Amarant Groep"** (2.6.1.reg.bev.pat.rl.han)

Iedereen die te maken heeft met het toedienen van medicatie, in welke vorm dan ook, dient van dit beleid op de hoogte te zijn.

NAAM LOCATIE / TEAM:

DATUM:

## 1. Voorschrijven

1. Alle medicatie die wordt gebruikt binnen Amarant Groep is op naam voorgeschreven door een arts / specialist. Dit geldt ook voor vrij verkrijgbare medicatie. Er bestaat een beknopte lijst (Bijlage 6) met middelen die zonder voorschrift op naam kunnen worden voorgeschreven.
2. Alleen een behandelend arts (of diens vervanger) is bevoegd tot het starten, herhalen, wijzigen en / of stoppen van medicatievoorschriften.
3. Het recept is in het kader van de wet BIG te beschouwen als de opdracht tot handeling van een arts aan groepsleiding die bevoegd en bekwaam is om de medicatie te verstrekken.
4. De arts / apotheek informeert groepsleiding over de werking en (mogelijke) bijwerkingen.
5. De arts / apotheek of praktijkverpleegkundige geeft indien nodig instructies over bijzonderheden m.b.t. wijze van toediening (aanvullend op de protocollen).
6. De arts geeft aanwijzingen op welke signalen (hoe) lang gelet moet worden.
7. Bij het voorschrijven van medicatie is het uitgangspunt dat er binnen een voorziening niet meer dan 4 toedieningsmomenten op een dag zijn.
8. Groepsleiding rapporteert in het PP van de cliënt indien er nieuwe medicatie is voorgeschreven en vermeldt daarbij bijzonderheden m.b.t. werking, bijwerking en toediening.
9. Groepsleiding informeert andere betrokkenen (zoals dagbesteding, werk, school, familie) schriftelijk over (wijzigingen in) medicatiegebruik. Een kopie van de AMO en van de actuele toedieningslijst zoals aangeleverd door de apotheek wordt verstrekt.
10. In het geval van ambulante dagbesteding en thuiswonende of bij een andere zorgaanbieder wonende cliënten (logeren, BSO, STEK, TED) is de contactpersoon van de familie of externe zorgaanbieder verantwoordelijk voor het aanleveren van de AMO en toedieningslijst (zie Bijlage 1). Tevens draagt deze derde partij zorg voor overdracht van eventueel door arts of apotheker verstrekte instructies aangaande (bij)werkingen, en bijzonderheden m.b.t. toediening (zie voorgaande punten 4, 5 en 6). Leg de afspraken hieromtrent vast in het PP van de cliënt.

## 2. Bestellen en levering

1. De medicatievoorraad op woonvoorzieningen is niet groter dan de hoeveelheid medicijnen die nodig is voor een gebruiksperiode van 1 tot 4 weken. Uitzonderingen op deze regel zijn de vloeiende medicatie en de zo nodig medicatie.  
De medicatievoorraad van dagbestedingslocaties is niet groter dan de hoeveelheid medicijnen die nodig is voor een gebruiksperiode van 1 week. Uitzonderingen op deze regel zijn de vloeiende medicatie en de zo nodig medicatie.
2. Groepsleiding controleert en bestelt tijdig niet chronische medicatie zodat niet wordt "misgegrepen" in de weekenden.
3. Groepsleiding dient tijdig aan de apotheek door te geven als extra medicatie nodig is i.v.m. vakanties van cliënten. Er moet dan rekening gehouden worden met deadline van apotheek.
4. Direct na levering wordt de medicatie afzonderlijk per cliënt opgeslagen in een afsluitbare medicijnkast / koelkast (zie ook: paragraaf 5 "Voorraadbeheer").
1. Het uitzetten van medicatie is een risicovolle handeling en wordt zoveel mogelijk door de apotheek gedaan. Binnen de Amarant Groep gaat de voorkeur uit naar het gebruik van een geneesmiddelen-distributiesysteem (GDS) waarbij de apotheker de medicatie uitzet. Dit kan in de vorm van baxterrollen of weekcassettes. **Als dit niet mogelijk is, dan:**
  - wordt het uitzetten van medicatie voor wonen en dagbesteding gedaan door een bekwame begeleider.
  - wordt het uitzetten gedaan a.d.h.v. de actuele toedieningslijst / deellijst van de apotheek.
  - wordt het uitzetten afgetekend met een paraaf (zie format Bijlage 3).
  - wordt uitgezette medicatie door een bekwame collega gecontroleerd en afgetekend.
  - wordt de medicatie zodanig uitgezet dat de gever kan controleren wat hij geeft: medicijnen worden daarom niet uit de strip gedrukt.
  - dienen de dag- en weekcassettes voorzien te zijn van een foto en volledige naam van de cliënt.
  - worden hygiënerichtlijnen in acht genomen.
2. Medicatie voor dagbesteding wordt iedere ochtend of 1 keer per week door groepsbegeleiding van wonen meegegeven, in de vorm van (een bakje van de) cassette of het baxter zakje.
3. Medicatie van een cliënt die met vakantie gaat of anderszins ergens anders zal verblijven voor een of meer dagen en / of nachten geldt dat de medicatie zorgvuldig en ruim van te voren wordt uitgezet zodat controle van het uitzetten mogelijk is. Het uitzetten, de controle en meegeven medicatie worden geregistreerd op de toedieningslijst.

#### 4. Toedienen / verstrekken

1. Medicatie wordt alleen toegediend door medewerkers die daarvoor bekwaam zijn.
2. Medicatie wordt toegediend volgens de Vilans protocollen voor het toedienen per injectie, sonde of katheter, dranken, Inhalatie, oor-, oog- en neusdruppels en oraal en rectaal toe te dienen medicatie.
3. Degene die de medicatie toedient kent de cliënt of kan dit controleren bij anderen.
4. Degene die de medicatie toedient is op de hoogte van toedieningswijze, werking en bijwerkingen.
5. Degene die de medicatie toedient doet dit aan de hand van de **toedienlijst** (deelijst) van de cliënt zoals geleverd door de apotheker. Vooraf aan toediening wordt gecontroleerd op cliënt, de naam en dosering van de medicatie en de hoeveelheid en innametijd van het medicament. Het zelf corrigeren van door de Apotheek uitgezette medicatie is niet toegestaan.

**Let op:** voor sommige medicatie geldt dat de verstrekking dubbel gecontroleerd en afgetekend wordt. Dat geldt ook voor medicatie die via injectie en sonde wordt toegediend. De toedienlijst van de apotheek geeft aan bij welke medicijnen dit moet gebeuren (te herkennen aan twee vakjes voor het aftekenen. Als dubbele controle nodig is, zijn er de volgende mogelijkheden om deze dubbele controle te organiseren.

- \* **Zorgmedewerker en cliënt:** waar mogelijk kan de cliënt zelf de extra controle doen.
- \* **Zorgmedewerker en aanwezige collega:** controle door de zorgmedewerker en een collega die in de buurt is.

6. De toedienlijst van de apotheek is de enige lijst die gebruikt wordt voor uitzetten, verstrekking en controle in het PP en in werkmappen wordt naar deze lijst verwezen. Op die manier is er 1 betrouwbare bron op basis waarvan medicatie wordt verstrekt, uitgezet en besteld.
7. Het toedienen van medicatie dient gezien te worden als een aparte taak die risicovol is en concentratie vergt. Daarom wordt de medicatieverstrekking:
  - per toedienmoment zo veel mogelijk voor alle cliënten door één dienstdoende medewerker uitgevoerd;
  - niet / zo min mogelijk gecombineerd met andere handelingen / werkzaamheden.
8. De verstrekte / toegediende medicatie wordt per innametijd en per medicament direct na de verstrekking door de verstrekker op de toedienlijst afgetekend met een naam of paraaf (in ieder geval dient door middel van het aftekenen te achterhalen zijn wie de medicatie heeft verstrekt). **Let op:** voor sommige medicatie geldt dat de verstrekking extra gecontroleerd en afgetekend wordt. Dat geldt ook voor medicatie die via injectie en sonde wordt toegediend. Zie daarvoor ook punt 5.
9. Ook verstrekte zo nodig medicatie wordt afgetekend en kan daarnaast ook gerapporteerd worden in de rapportage van het Persoonlijk Plan.
10. Er zijn in principe 4 vaste toedieningsmomenten (verstrekkingsronden) op de locatie. Daarvan wordt slechts afgeweken indien noodzakelijk en op voorschrift van de arts.

#### 5. Voorraadbeheer

1. Er is binnen elk team een **aandachtfunctionaris** medicatiebeheer en – verstrekking (en tevens een plaatsvervanger) aangewezen. Deze aandachtfunctionaris:
  - draagt zorg dat er voor alle cliënten een actuele Toedienlijst en AMO aanwezig is;
  - stelt in overleg de aanvullende afspraken van de locatie (de blauwe items van deze richtlijn) vast en legt deze in de WORD-versie van de richtlijn vast (2.7.2.ri.med.opmaat). Deze afspraken worden minimaal jaarlijks met de apotheek geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.
  - onderhoudt de medicatiekast zo dat er sprake is van een schone en overzichtelijke werkplek.
  - controleert minimaal twee maal per jaar de voorraad op vervaldatum en hoeveelheid en onderneemt actie wanneer er sprake is van een overschot.
  - ziet toe of de dagelijkse praktijk en organisatie van medicatiebeheer en -verstrekking op de locatie voldoet aan de richtlijnen en de aanvullende afspraken van de locatie en geeft waar nodig feedback aan teamleden.
  - voert minimaal twee maal per jaar een analyse uit van de gemelde medicatiefouten in Re-Act, bespreekt dit met het team en stelt met het team mogelijke verbeteracties vast en ondersteunt de implementatie van de verbetermaatregelen binnen de locatie via het Teamplan.
  - beheert de overzichtlijst van bekwame medewerkers (Bijlage 5).
2. Alle medicatie dat in beheer is van groepsleiding moet op kamertemperatuur, donker en droog worden bewaard in een afsluitbare kast, die niet toegankelijk is voor cliënten en derden, bij voorkeur in het kantoor. Voor medicatie die in de koelkast bewaard dient te worden, moet op de voorziening een afsluitbare koelkast aanwezig zijn waar alleen medicijnen in worden bewaard

zijn. In sommige situaties kan het gebruik van een afsluitbare box -volgens richtlijnen van de Amarant Groep- een veilig alternatief zijn om de medicatie in de reguliere koelkast van de locatie te bewaren.

3. De medicatiekast dient te allen tijde afgesloten te zijn. Ook tijdens de verstrekkingsronden.
4. Medicatie wordt per cliënt apart bewaard. Het bakje of laagje van cliënt is herkenbaar aan volledige naam en foto van de cliënt.
5. De medicatievoorraad op voorzieningen is niet groter dan de hoeveelheid medicijnen die nodig is voor een gebruiksperiode van 1 - 4 weken.
6. Alle geneesmiddelen, m.u.v. de reeds uitgezette medicatie, worden bewaard in de oorspronkelijke verpakking, voorzien van etiket met naam en geboorte datum cliënt, naam en dosering van het medicijn, innametijden, wijze van toediening, gebruiksperiode of ingangsdatum.
7. Medicatie met een verlopen vervaldatum moet worden teruggegeven aan de apotheek. Ook medicatie die niet meer wordt gebruikt wordt zo spoedig mogelijk ingeleverd bij de apotheek.
8. Alle controle- en aftekenlijsten dienen gedurende minimaal een half jaar te worden bewaard.

## 6. Evaluatie

1. De arts is, samen met de apotheker, verantwoordelijk voor een regelmatige evaluatie van de medicatie van cliënten, en voert hierover indien nodig overleg met de begeleiding. Voor cliënten die een reguliere huisarts hebben geldt een inspanningsverplichting van de persoonlijk begeleider om de arts te vragen om een evaluatie. Leg de inspanningen in het dossier vast indien de arts geen gehoor geeft aan het evaluatieverzoek.
2. De persoonlijk begeleider / eerstdeskundige is verantwoordelijk voor het aanleveren van informatie t.b.v. deze evaluatie, zoals de eventuele Re-Act meldingen betreffende de medicatie van cliënt en een samenvatting van de cliëntgebonden rapportage m.b.t. gebruik en (bij)werkingen van medicijnen.
3. Elke PP-bespreking is een vast evaluatiemoment van medicatiegebruik.
4. De organisatie en het functioneren van het gehele proces van medicatieverstrekking en -beheer binnen de locatie wordt jaarlijks geëvalueerd tijdens een werkoverleg.
5. Evaluatie bij start of stoppen van medicatie geschiedt op aanvraag van arts of apotheker.
6. Bijwerkingen worden in overleg met arts of apotheek gemeld bij Lareb ( [www.lareb.nl](http://www.lareb.nl)).

## 7. Overdracht

In het belang van medicatieveiligheid is het essentieel dat alle ketenzorgpartners beschikken over dezelfde informatie. Daarom dient de Apotheek een Actueel Medicatie Overzicht (AMO) per cliënt aan te leveren. Deze AMO is het overdrachtsdocument bij een opname in het ziekenhuis of ambulancevervoer van een cliënt. Er dient dus op iedere locatie van de Amarant Groep waar de cliënt verblijft en/of dagbesteding heeft, een dergelijke AMO aanwezig te zijn. De AMO dient bij elke medicatiewijziging aangepast te worden door de Apotheek en mag niet ouder zijn van 3 maanden. In Bijlage 1 is een brief te vinden die gebruikt kan worden ter ondersteuning in het contact met de apotheek voor het verkrijgen van de toedienlijst en AMO.

## 8. Hoe te handelen bij medicatiefouten

1. Binnen de Amarant Groep worden (blijna) medicatiefouten gemeld volgens de procedure "Melden van incidenten (Re-Act) en calamiteiten" met behulp van het digitaal incidentmeldingssysteem Re-Act.
2. Bij medicatiefouten met (dreigende) ernstige gevolgen informeert en raadpleegt de groepsleiding de (dienstdoende) arts en / of apotheker. Arts, apotheker en / of manager krachtig team beoordelen in die gevallen per incident of het nodig is de ouders / wettelijk vertegenwoordigers van cliënt te informeren over de medicatiefout. Soms zijn daarvoor vaste afspraken vastgelegd tussen arts, apotheker en ouders / wettelijk vertegenwoordiger. In dat geval staan deze afspraken in het PP vermeld en wordt overeenkomstig de afspraken gehandeld.
3. Groepsleiding informeert ook andere betrokkenen (bijvoorbeeld: nachtdienst, dagbesteding, etc.).
4. Minimaal 2 maal per jaar wordt onder leiding van de aandachtfunctionaris medicatie door het team een overzicht van alle medicatiefouten besproken en geanalyseerd en worden eventuele verbeteracties vastgesteld. Zo nodig neemt de apotheker deel aan een van deze besprekingen.

## Toevoeging 1: Zelfbeheer cliënten

Bij cliënten die, doordat zij beschikken over een bepaalde mate van zelfredzaamheid, onderdeel van het medicatieproces zelf uitvoeren, worden deze afspraken (wat doet de cliënt zelf en wat doet de groepsleiding) vastgelegd in diens Persoonlijk Plan. Het kan daarbij gaan over zaken als bestellen, ophalen, uitzetten, bewaren en innemen van medicatie. De apotheek wordt op de hoogte gebracht van deze afspraken. Dit is om twee redenen van belang. Ten eerste is de apotheker zelf wettelijk verplicht dergelijke afspraken vast te leggen in het eigen patiëntendossier en ten tweede kunnen de afspraken gevolgen hebben voor de wijze waarop de apotheker de medicatie bezorgt, uitzet, etc. Minimaal eenmaal per 3 maanden dient dit zelfbeheer en / of de gedeelde verantwoordelijkheid te worden geëvalueerd op het proces en eventuele missers / fouten. Wijzigingen in afspraken met betrekking tot zelfbeheer worden gemeld aan de apotheek. De BEM (Beoordeling Eigen beheer van Medicatie) is een instrument dat door groepsleiding gebruikt kan worden om te beoordelen en te evalueren of en in welke mate een cliënt zelf diens medicatie kan behouden. Via deze link kun je (na het aanmaken van een gratis account) het BEM-Instrument en aanvullende informatie daarover downloaden:

<http://www.medicijngebruik.nl/product/detail/2118>

## **Bijlage C: Interview met de heer Gianotten (SDW Zorg)**

|                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| Naam zorginstelling | SDW Zorg               |
| Naam medewerker     | Gerrit Gianotten       |
| Functie medewerker  | Kwaliteitsfunctionaris |
| Soort interview     | Persoonlijk gesprek    |
| Datum               | 3 april 2017           |

### **1. Welke soorten medische incidenten vinden plaats of hebben plaatsgevonden binnen uw organisatie?**

Nou, dit zijn verschillende incidenten, zoals het vergeten van medicijnen, het geven van een verkeerde dosering of verkeerde medicijnen en dat soort dingen. Het is niet altijd zo dat er ook meteen schade optreedt. Er is vaak sprake van dreiging van schade. Als er een medicijnfout is gemaakt, wordt er soms contact opgenomen met de huisarts. Op dat moment geeft de huisarts vaak aan dat er door de verkeerde medicatie geen bijwerkingen zullen optreden bij de cliënt, maar achteraf kan dit nog wel het geval zijn.

### **2. Kunt u mij iets vertellen over de werkwijze die wordt toegepast bij het afhandelen van de medische incidenten? Is er een programma waarin alle medische worden gemeld?**

Er vindt een medicijn-melding plaats. Die komt ook bij onze adviserende arts en unitleider van de locatie terecht. Het is de bedoeling dat, indien nodig, het incident wordt geanalyseerd. De fout wordt vervolgens besproken in het team er wordt gekeken hoe dit incident plaats heeft kunnen vinden en hoe we dat in het vervolg kunnen voorkomen.

We kunnen in het systeem helaas niet selecteren op de maatregelen die zijn genomen. Het meldsysteem van nu heeft dus zijn beperkingen en we zijn daarom aan het kijken of er niet een ander meldsysteem moet komen, zodat we de incidenten beter kunnen analyseren.

Kortom, alle incidenten worden gemeld. Wat je onmiddellijk mist in het systeem, is de ernst van de schade of de mogelijke schade die nog kan optreden. Daar is het systeem niet op ingericht. Er is ook geen mogelijkheid om aan te geven welke soort indicatie cliënt heeft. Ook is er nog geen koppeling met het systeem waar het elektronisch cliëntendossier in is opgenomen. We zijn er wel mee bezig, want een koppeling zou heel handig zijn. Jullie hebben vast hetzelfde probleem.

### **3. Door wie worden de medische incidenten gemeld?**

Dit wordt door de PB'ers gedaan. Hiermee bedoel ik de persoonlijke begeleiders. Zij zijn de medewerkers die direct betrokken zijn bij medische incidenten rondom de cliënten.

### **4. Is in cijfers uit te drukken hoeveel medische incidenten in het jaar 2016 hebben plaatsgevonden?**

Ja, maar ik zou nu niet weten hoeveel het precies zijn. Het zijn een paar honderd. Als je wilt, dan zoek ik dat even op voor je. Er wordt van alles geregistreerd. Wij hebben verschillende categorieën: valincidenten, medicatie en gedrag. Ik zal het voor je opzoeken en de cijfers van de medische incidenten met betrekking medicatie naar je mailen.

Als de schade ernstig is, moet deze worden gemeld bij de inspectie. Ernstige schade is bijvoorbeeld blijvend letsel of dood. Er was bijvoorbeeld een keer een valincident waarbij iemand was overleden. De inspectie had deze zaak onderzocht en kwam tot de conclusie dat de man een infarct had gekregen en daardoor was overleden.

### **5. Wie wordt verantwoordelijk en aansprakelijk gesteld als er zich een medisch incident voordoet met betrekking tot een van uw cliënten? (Bij deze vraag dient**

## **rekening te houden met de doelgroep: de Wlz-cliënten met een indicatie ‘verblijf zonder behandeling’.)**

*Voorbeeld:* Client verblijft in een van de woongroepen binnen de zorginstelling. De behandelingen lopen via de eerstelijns hulpverlener, gezien de indicatiestelling. Van de huisarts krijgt cliënt medicijnen voorgeschreven voor de hoge bloeddruk. Achteraf blijkt dat cliënt deze medicijnen niet had mogen krijgen, omdat hij daardoor verschillende complicaties oploopt. Wie kan dan verantwoordelijk en aansprakelijk worden gesteld voor de geleden schade van de cliënt? Is dit de zorginstelling, omdat cliënt in een van haar woongroepen verblijft of is dit de eerstelijns hulpverlener?

In deze casus is de arts de eindverantwoordelijke. Het lastige hier is het begrip eindverantwoordelijk, want hoe kan die huisarts nou eindverantwoordelijk zijn voor een deel van een traject binnen die zorginstelling? De huisarts gaat ervan uit dat het goed is geregeld binnen de zorginstelling en daar mag hij ook van uitgaan. Die huisarts schrijft iets voor en dat gaat naar de apotheek, vervolgens controleert de apotheek ook nog in welke gevallen de medicijnen gegeven moeten worden en daarna gaat het recept naar de cliënt, die het slikt. Die cliënt krijgt ook nog eens ondersteuning vanuit thuiszorg. Wat ik bedoel te zeggen, is dat de huisarts zorg levert in een keten waarin meerdere personen opgenomen zijn. De huisarts heeft een behandelverantwoordelijkheid, maar die mensen die in het ketenproces werken, zijn ook professionals.

Daarnaast heb je nog de regiebehandelaar. De huisarts is hoofdbehandelaar, bij de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar. Zit op de afstemming. Het laat de verantwoordelijkheid van de individuele hulpverlener in takt. Iedereen die er bij betrokken is, heeft een verantwoordelijkheid. De regiebehandelaar moet ervoor zorgen dat er een goede afstemming plaatsvindt tussen alle partijen. Wat is hier aan de hand, waar moet op gelet worden? De huisarts heeft een regierol, maar is niet verantwoordelijk voor dingen die binnen een woongroep fout gaan.

Dus wij zeggen: de huisarts biedt de algemene medische zorg en daar waar wij iets moeten doen, dan is dat een afleider daarvan. Wij bieden die zorg niet, maar de werkelijkheid zit niet zo in elkaar. De persoonlijke begeleider speelt ook een rol. Als de huisarts informatie aan hem doorgeeft over de cliënt, moet hij deze informatie goed overbrengen naar de cliënt. De huisarts heeft zijn eigen professionele autonomie. Het is aan te raden om met iedere huisarts afspraken te maken, maar dit is wel lastig. De cliënten met een verblijfindicatie zonder behandeling hebben een vrije artskenkeuze.

Wie verantwoordelijk is, moet duidelijk worden vastgelegd in het zorgplan van de cliënt. Ik ga je een voorbeeld geven. Ik ben een cliënt en ik krijg medicijnen voorgeschreven van de huisarts, die schrijft hij twee keer daags voor. Ik snap dat niet helemaal. In plaats van twee tabletten per dag slik ik er drie. Ben ik dan aansprakelijk voor mijn eigen fout of is die huisarts aansprakelijk, omdat hij moest controleren of ik het wel allemaal begreep? Het blijft een afweging die gemaakt moet worden.

### **6. Wordt het medicatiebeheer van de cliënten gecontroleerd?**

Ja, dit wordt bij iedere cliënt gedaan. In het zorgplan is opgenomen of wij de medicijnen in ons beheer houden of dat de cliënt dat doet. Er wordt met de cliënt gesproken en samen met hem bekeken of het medicatiebeheer door ons wordt gedaan of door de cliënt zelf. Er wordt gekeken of cliënt het zelf kan en zelfstandig genoeg is om dat te kunnen doen. Het is wel zo dat die afspraken periodiek geëvalueerd worden. Ieder half jaar wordt er aan de hand van een checklist bekeken of het veilig is de cliënt zijn eigen medicatie te laten beheren. Je kunt

wel afspreken dat de zorgplicht bij de cliënt zelf ligt, maar je houdt de verplichting om te kijken of de cliënt daar nog capabel genoeg voor is.

**8. Is er een aftekenlijst binnen uw organisatie met betrekking tot de medicijnen van de cliënten?**

Ja, die is er op dit moment. Voor de cliënten waarvan wij de medicatie in hun beheer hebben, ontvangen wij van de apotheek een overzicht van de medicijnen. Dit geldt ook voor cliënten die thuis wonen. Wij vragen altijd het medicatiebewijs aan de apotheek. Anders kan je het alleen controleren met wat je zelf gezien hebt of wat de cliënt zegt. Maar, dat wil niet zeggen dat het klopt.

**9. Bent u bekend met de zorgplicht van uw zorginstelling? Zo ja, wat houdt de zorgplicht volgens u in?**

Ja, maar hier zijn we ons niet van bewust. De persoonlijke begeleiders krijgen ieder jaar een cursus. Het cursusmateriaal wordt in presentatievorm verstrekt. Maar na een tijd zijn er weer nieuwe medewerkers en zou je de presentatie eigenlijk opnieuw moeten geven. Ik denk daarom dat een online cursus beter zou zijn.

De behandelverantwoordelijkheid en hoe die zich in de zorgketen verhoudt tot externe en mede-behandelaren, kun je sterker wegscherpen in je primaire proces. De afspraken die gemaakt worden met de behandelaren moeten vastgelegd worden in het zorgplan.

Het zorgplan is dus ook belangrijk voor de cliënt. Hierin moeten alle afspraken opgenomen worden. De verantwoordelijkheid van alle hulpverleners die betrokken zijn bij de cliënt kunnen hier scherper in worden opgenomen. Eigenlijk zouden de afspraken die met externe behandelaren worden gemaakt, ook hierin vastgelegd moeten worden.

Ook informatieoverdracht speelt een grote rol. Als een cliënt bij ons wordt opgenomen is het de vraag of wij over alle informatie van de cliënt beschikken. Ook ontstaat er vaak een discussie vanuit de ontvangende partij, omdat ze te weinig informatie hebben gekregen. Het is belangrijk om achter de ontbrekende informatie aan te gaan. We zijn ons bewust van de zorgplicht, maar ik denk niet dat dat voor iedereen geldt. Met iedereen bedoel ik alle regiebehandelaren, persoonlijke begeleiders, et cetera.

**10. Zijn er protocollen en/of richtlijnen met betrekking tot medicatiebeheer en/of medische incidenten binnen uw organisatie?**

Ja, die hebben wij en die zijn ook bekend onder de medewerkers. Ik denk dat dat wel een paar van de scherpste protocollen zijn. De andere protocollen zijn minder bekend. Dit komt omdat medicatieverstrekking meer voorkomt. Medicatieverstrekking vindt plaats onder alle doelgroepen. Het melden van een incident heeft ook een protocol.

**11. Bent u bekend met de Gedragscode Openheid bij medische incidenten?**

Nee, hier ben ik niet mee bekend. Zegt me niets, stuur het me toe als het kan.

**12. Zijn er nog andere zaken of belangrijke onderwerpen die volgens u van toepassing zijn bij medische incidenten? Of heeft u nog tips, opmerkingen die ik dien mee te nemen voor het onderzoek?**

Wij hebben onderzoek gedaan naar hoeveel de cliënten van elkaar verschillen (een Wlz-indicatie 'verblijf met behandeling' en een Wlz-indicatie 'verblijf zonder behandeling') en zijn tot de conclusie gekomen dat er nauwelijks een verschil is. Wij hebben zitten kijken naar wat nu het verschil maakt en dat is niet de indicatie. Als je naar die twee cliënten kijkt, zie je qua behandelingsintensiviteit geen tot weinig verschil. Neem bijvoorbeeld iemand met een complex gezinsverleden met mishandeling; die kan wel op een plaats zonder behandeling wonen, maar toch veel behandeling nodig hebben. Het gaat uiteindelijk over welke cliënten

heb je in deze constructie en welke cliënten heb je in die constructie zitten. Deze twee vormen lopen in de praktijk door elkaar heen. Niet overal trouwens; we hebben woongroepen waar alleen cliënten met woongroepen zitten. Wij hebben een locatie met een BOPZ-indicatie, daar zitten alleen cliënten met een behandelindicatie. Als je naar al onze locaties kijkt, dan is het bij tachtig procent of meer het geval dat het door elkaar heen loopt en dan wordt het interessant. Ook voor medewerkers wordt het verschil complex. Als een cliënt bij ons opgenomen wordt, laten we dat aan zijn huisarts weten.

## Bijlage D: Interview met mevrouw De Cock en mevrouw Moret (SMO Breda)

|                      |                                         |
|----------------------|-----------------------------------------|
| Naam zorginstelling  | SMO Breda                               |
| Namen medewerkers    | Maria De Cock en mevrouw Moret          |
| Functies medewerkers | Staffunctionaris en verpleegkundementor |
| Soort interview      | Persoonlijk gesprek                     |
| Datum                | 10 april 2017                           |

### 1. Welke soorten medische incidenten vinden plaats of hebben plaatsgevonden binnen uw organisatie?

Mevrouw de Cock: Soms wordt een vinkje vergeten op de TDL-lijst. Een heel enkele keer wordt er verkeerde medicatie gegeven. Dit komt niet heel vaak voor. Er zitten foto's op het medicijnbakje, zodat je ziet: ik heb die cliënt voor me en die moet deze medicatie krijgen.

Mevrouw Moret: Wij hebben er hard aan gewerkt om een goed sluitend systeem op te zetten met betrekking tot medicatie. Er mag geen losse medicatie zitten, er zit veel controle op, en er mogen geen telefonische wijzingen komen met de apotheek over de medicijnen. Die regels hebben we aangescherpt. Het blijft mensenwerk, waardoor er weleens te veel medicijnen worden gegeven of de verkeerde.

Mevrouw de Cock: Je kan heel snel reageren als er zich een medisch incident heeft voorgedaan. De huisarts wordt gebeld en die geeft je snel advies. Je sluit dit soort dingen heel snel kort met elkaar.

### 2. Welke werkwijze wordt toegepast bij het afhandelen van medische incidenten binnen uw organisatie?

Mevrouw Moret: Wij hebben een meldsysteem, waarin we alles melden.

### 3. Is in cijfers uit te drukken hoeveel medische incidenten in het jaar 2016 hebben plaatsgevonden?

Mevrouw de Cock: Ja. Ik zal het even voor je opzoeken. De laatste twee jaar zijn we echt op de details gedoken. Omdat elk keer goed uitgezet te krijgen, nou zijn we echt op detail zodat het beleid nog strenger is. Zodat meerdere mensen zich ermee bezighouden. Op een gegeven moment krijg je blinde vlekken en moet je elkaar alert maken. Dat gaat hartstikke goed.

Mevrouw Moret: Er worden ook trainingen gegeven aan hulpverleners binnen de woongroep. Dit gebeurt ieder jaar.

### 4. Wie wordt verantwoordelijk en aansprakelijk gesteld als er zich een medisch incident voordoet binnen uw zorginstelling? (Bij deze vraag dient rekening te houden met de doelgroep: de Wlz-cliënten met een indicatie 'verblijf zonder behandeling'.)

*Voorbeeld:* Client verblijft in een van de woongroepen binnen de zorginstelling. De behandelingen lopen via de eerstelijns hulpverlener, gezien de indicatiestelling. Van de huisarts krijgt cliënt medicijnen voorgeschreven voor de hoge bloeddruk. Achteraf blijkt dat cliënt deze medicijnen niet had mogen krijgen, omdat hij daardoor verschillende complicaties oploopt. Wie kan dan verantwoordelijk en aansprakelijk worden gesteld voor de geleden schade van de cliënt? Is dit de zorginstelling, omdat cliënt in een van haar woongroepen verblijft of is dit de eerstelijns hulpverlener?

Mevrouw Moret: Wij hebben het zo geregeld dat wij verantwoordelijk zijn voor alle Wlz-cliënten. Als een cliënt bij ons komt wonen, nemen wij de medicatie in ons beheer. We gaan dan eerst kijken hoe het gaat en dan pas besluiten we of hij de medicatie in eigen beheer kan nemen. In de praktijk kan de reguliere huisarts niet verantwoordelijk worden gesteld als er zich een medisch incident voordoet, omdat de cliënt bij ons woont. Hij kan best verantwoordelijk zijn, maar hij kan die verantwoordelijkheid niet uitvoeren. Daarom hebben wij zo geregeld dat wij verantwoordelijk zijn, of dat officieel nu wel of niet zo is.

Mevrouw de Cock: Maar, dan is het nog zo dat als hij de medicatie in eigen beheer heeft, wij wel zorgen dat wij contact hebben met de apotheek en dat wij de bestellingen doen. We zorgen dat iedereen een baxterrol heeft, zodat er geen medicijnendoosjes op de kamer zijn. Zo ver gaat het niet bij ons. In geen enkele locatie, omdat er dus situaties kunnen ontstaan waar Amarant, denk ik, nu last van heeft. Als ik zo hoor, zeg je: die cliënt heeft medicatie en de medicatie wordt toegediend door het personeel. Dat moeten ze ook niet doen als er niets geregeld is. Als de organisatie iets regelt met de apotheek, dan heb je wel protocol/beleid en dan ben je ingedekt als personeel dat je medicatie aanreikt. Als er niets geregeld is met de cliënt en de cliënt zelf de medicijnen in zijn beheer heeft, dan is hij daar zelf verantwoordelijk voor.

### **5. Bent u bekend met de zorgplicht van uw zorginstelling? Zo ja, wat houdt de zorgplicht volgens u in?**

Mevrouw de Cock: Ja, daar zijn we mee bekend. Als het niet goed gaat, heb je een heel dossier. Dat heb ik weleens meegemaakt. Er was een cliënt die echt gevaarlijk was, agressief gedrag vertoonde en brand ging stichten. Toen hebben we een dossier opgestuurd naar het Zorgkantoor en een zorgplichtonthefing aangevraagd. Die hebben we toen ook gekregen. Hij had al een tijdje bij een collega-organisatie gezeten, maar dat was ook niet goed gegaan. Het was een doodlopende weg. Hij is na die ontheffing vervolgens alleen gaan wonen met begeleiding van ons. Maar dit komt zelden voor. Dit was een extreme situatie.

### **6. Zijn er protocollen en/of richtlijnen met betrekking tot medicatiebeheer en/of medische incidenten binnen uw organisatie?**

Mevrouw Moret: Ja, we hebben een medicatiebeleid en een protocol Medicatie-uitgifte waarin precies in staat hoe je medicijnen moet uitdelen en wat je moet doen. En wij hebben ook nog een protocol Voorbehouden handelingen.

Mevrouw de Cock: De medewerkers zijn ook bekend met het protocol en de inhoud daarvan. Mevrouw Moret: Ik weet dat iedereen daarmee bekend is.

Mevrouw de Cock: Omdat we de laatste twee jaren daar veel mee bezig waren, is iedereen bekend met het protocol. Iedereen is ook bekend met de inhoud. Als jij je goed aan de regels houdt en je kan goed aangeven wat je gedaan hebt, is de nasleep, als er iets gebeurt, veel korter.

Mevrouw de Cock: 44 medicatie-incidenten in woonvoorziening A, 48 medicatie-incidenten in woonvoorziening B, 50 medicatie-incidenten in woonvoorziening C, bij woonvoorziening D 5 en bij woonvoorziening E 1; in totaal is zijn 148 (medicatie) incidenten.

In totaal hadden we 638 incidenten in 2016, maar dat gaat dan over alle melding uit alle categorieën.

### **7. Hebben de cliënten hun medicijnen in eigen beheer of beheren jullie die?**

Mevrouw de Cock: De cliënten krijgen een weekrol. Die is eigen beheer. Zij gaan zelf niet naar de apotheek. Het beheer wordt gecontroleerd door de wooncoaches. Die zien de cliënten dagelijks. Als blijkt dat het eigen beheer niet goed gaat, zoals bijvoorbeeld blijkt uit losse medicatie in de kamer, dan gaan ze met de cliënt in gesprek. Iedere cliënt heeft een mentor en die wordt dan geïnformeerd. Vervolgens gaat de mentor met de cliënt in gesprek. Vervolgens gaat de mentor aan de slag door bijvoorbeeld te oordelen dat de medicijnen uit het beheer de cliënt gaan, omdat het niet verantwoord is. Dit wordt altijd in samenhang met de cliënt gedaan. Voor alle cliënten wordt bekeken of ze zelfstandig naar de dokter kunnen.

Bij ons is ook bekend wie de huisarts is van de cliënten met een Wlz-indicatie 'verblijf zonder behandeling'. Via de apotheek krijgen we te horen welke medicijnen een cliënt krijgt. Er is een medicijnenoverzicht en een toedien/aftekenlijst.

Mevrouw Moret: Tussen de apotheek en SMO zijn ook afspraken gemaakt.

**8. Bent u bekend met de Gedragscode Openheid bij medische incidenten?**

Mevrouw de Cock en mevrouw Moret: Nee, hier zijn wij niet mee bekend.

**9. Zijn er nog andere zaken of belangrijke onderwerpen die volgens u van toepassing zijn bij medische incidenten? Of heeft u nog tips?**

Niet van toepassing.

## Bijlage E: Interview met de heer Van Gennip (Cello-Zorg)

|                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| Naam zorginstelling | Cello-Zorg             |
| Naam medewerker     | Fred van Gennip        |
| Functie medewerker  | Kwaliteitsfunctionaris |
| Soort interview     | Telefonisch            |
| Datum               | 24 maart 2017          |

### 1. Welke soorten medische incidenten vinden plaats of hebben plaatsgevonden binnen uw organisatie?

Dat zal ik je even vertellen. Zoals je vast weet is er een wet, de wet Wkkgz. Die wet verplicht een organisatie om een incidentenmeldsysteem te hebben. Wij hebben ervoor gekozen om dat digitaal te doen. Die meldingen worden geregistreerd in een digitaal formulier. Wij hebben ervoor gekozen om alle incidenten in dat formulier te melden. Dit zijn zowel incidenten die door de cliënten zelf als door de medewerkers worden veroorzaakt. Een van de zaken die daarin gemeld wordt, zijn medicatiefouten. En dat is eigenlijk heel breed. Want medicatie betreft zowel het proces dat de medicatie aangeleverd wordt door de apotheek als het bewaren op de locatie en het toedienen op de locatie, maar ook die gevallen waarbij een cliënt zelfstandig zijn of haar medicijnen beheert. Het hele traject moet gemeld worden middels het programma. Wij gebruiken daarvoor Infoland. Bij de incidenten die plaatsvinden, kan je denken aan: het vergeten van medicijnen, cliënten die medicatie weigeren, cliënten die medicatie toegediend hebben gekregen en vervolgens gaan braken of mensen die de verkeerde medicijnen hebben gekregen.

### 2. Welke werkwijze wordt toegepast bij het afhandelen van medische incidenten binnen uw organisatie?

Het meldformulier kan door alle medewerkers van Cello ingevuld worden, maar iemand die op de afdeling Administratie werkt, doet dit natuurlijk nooit. In de praktijk wordt dit meestal gedaan van de medewerkers op de groepen en de begeleidingslocaties. Het zijn medewerkers die betrokken zijn bij de directe cliëntenrelatie.

### 3. Is er een registratiewijze/incidentenrapportage binnen uw zorginstelling? Is in cijfers uit te drukken hoeveel medische incidenten in het jaar 2016 hebben plaatsgevonden?

Er zijn ongeveer 1.600 medische incidenten met betrekking tot medicatie gemeld. Je weet nooit of alles gemeld wordt. Wij maken jaarlijks een verslag van het meldsysteem. Daarin zeggen wij altijd dat de drempel om te melden erg laag is. Wij hebben niet het idee dat heel veel dingen achtergehouden worden, maar het kan voorkomen dat niet alle medische incidenten gemeld worden. Of alle medische incidenten daadwerkelijk worden gemeld, is moeilijk controleerbaar. Wat je ook ziet, is dat heel veel medewerkers alleen werken binnen een woonvoorziening. Stel, een medewerker maakt een fout door de verkeerde pil aan een cliënt te geven en er niemand anders heeft dat gezien, dan kan hij de medicatie zo in zijn tas stoppen en niemand die het meer ziet. Het programma waar de medische incidenten in gemeld wordt, is beperkt. Er kan niet gefilterd worden op het soort indicatie dat de cliënt heeft. Verder is er geen koppeling tussen het dossier van de cliënt en het meldsysteem.

Verder moet ik erbij zeggen dat wij alle incidenten en calamiteiten moeten melden bij de inspectie. De meeste incidenten die we bij de inspectie melden, betreffen valincidenten. Ik werk nu zes jaar bij Cello en wij hebben maar één keer een calamiteit gehad die we gemeld hebben bij de inspectie. Die cliënt had een bijzondere vorm van epilepsie, waardoor de omgang met de cliënt en zijn medicatie niet altijd gemakkelijk was. Vervolgens moesten we een intern onderzoek voeren, waarin vastgelegd werd wie, wat en waarom dat gedaan heeft. Het intern onderzoek is vervolgens ingediend bij de inspectie en die is akkoord gegaan met

de bevindingen. Dat heeft geen gevolgen gehad voor Cello. In dit geval was het een heel onvoorspelbare vorm van epilepsie. Met de kennis die de mensen op die moment hadden, hebben ze wel afwegingen gemaakt die navolgbaar zijn. Op dat moment was het een logische keuze. Je moet als een goed hulpverlener en handelen met de kennis die je op dat moment hebt.

**4. Wie wordt verantwoordelijk en aansprakelijk gesteld als er zich een medisch incident voordoet binnen uw zorginstelling? (Bij deze vraag dient rekening te houden met de doelgroep: de Wlz-cliënten met een indicatie 'verblijf zonder behandeling'.)**

*Voorbeeld:* Client verblijft in een van de woongroepen binnen de zorginstelling. De behandelingen lopen via de eerstelijns hulpverlener, gezien de indicatiestelling. Van de huisarts krijgt cliënt medicijnen voorgeschreven voor de hoge bloeddruk. Achteraf blijkt dat cliënt deze medicijnen niet had mogen krijgen, omdat hij daardoor verschillende complicaties oploopt. Wie kan dan verantwoordelijk en aansprakelijk worden gesteld voor de geleden schade van de cliënt? Is dit de zorginstelling, omdat cliënt in een van haar woongroepen verblijft of is dit de eerstelijns hulpverlener?

Ik kan deze vraag niet beantwoorden, wegens te weinig expertise.

**5. Bent u bekend met de zorgplicht van uw zorginstelling? Zo ja, wat houdt de zorgplicht volgens u in?**

Ja, hier ben ik mee bekend. Alle medewerkers van Cello moeten goed handelen. Zij hebben ook verplichtingen tegenover de cliënten. Als zorginstelling zijn wij verantwoordelijk voor het leveren van goede, kwalitatieve zorg aan onze cliënten.

**6. Zijn er protocollen en/of richtlijnen met betrekking tot medicatiebeheer en/of medische incidenten binnen uw organisatie?**

Wij hebben drie protocollen met betrekking tot medicatie. Wij hebben één situatie wat betreft de Wlz-cliënten. Die maken voor en groot deel gebruik van dezelfde apotheek. Wij hebben daarnaast nog een protocol waar het gaat over met cliënten ook veelal Wlz cliënten maar die gebruik maken van de apotheek bij hun in de wijk. Het derde protocol gaat over cliënten die thuis wonen of bij een andere zorginstelling, maar binnen Cello dagbesteding of naschoolse opvang krijgen. Cello is hier niet verantwoordelijk voor. Die medicijnen die zij hebben, halen ze zelf bij de apotheek of ze krijgen ze mee van de andere zorginstelling waar zij verblijven. Per cliënt moet er een afweging gemaakt worden: kan deze cliënt zelfstandig voor zijn arts bezoeken en met zijn medicijnen omgaan of niet?

Verder hebben wij ook een apart protocol voor het gebruik van opiaten. De opiaatwetgeving staat weer naast de behandelwetgeving en die is een stuk strikter. Wat je daarin ziet, is dat er ook eisen wordt gesteld zoals een dubbele controle bij het aftekenen. Dat hebben we ook vastgelegd en geregeld.

**7. Wordt het medicatiebeheer van de cliënten gecontroleerd?**

Als zorginstelling ben je verplicht om een inschatting te maken of de cliënt zijn medicijnen zelf kan beheren of dat wij dit voor hem moeten doen. Je moet deze afweging ieder jaar opnieuw maken.

**8. Is er een aftekenlijst?**

Stel dat een cliënt geen behandeling heeft, maar hij zijn medicijnen niet zelf kan beheren en wij die toedienen, dan werken wij met de aftekenlijst. Die is ook verplicht. Die krijgen we van de apotheek. Wanneer een apotheek dat niet doet, gaan we daarmee in gesprek. Maar, wij merken de afgelopen jaren dat dit goed loopt. Ik hoor eigenlijk uit de praktijk vooral goede

verhalen over de apotheken in de wijken. Zij denken goed mee. Wij zeggen binnen Cello: stel dat de cliënt geen behandeling heeft, maar die cliënt kan niet zelf zijn medicatie beheren, dan helpen wij hem hierbij en hebben we een aftekenlijst nodig.

**9. Bent u bekend met de richtlijn de Gedragscode Openheid bij medische incidenten?**

Nee, die ken ik niet. Kan je uitleggen wat die precies inhoudt?

**10. Zijn er nog andere zaken of belangrijke onderwerpen die volgens u van toepassing zijn bij medische incidenten? Of heeft u nog tips, opmerkingen die ik dien mee te nemen voor het onderzoek?**

Wij hebben binnen Cello een V&D. Dit is een dienst voor de Wlz-cliënten die geleid wordt door verpleegkundigen. Dit is een dienst die overdag werkt en zij kunnen in gevallen van medische vragen ter plaatse komen. Ze zijn snel beschikbaar. In de nacht komen er weer andere verpleegsters. Je kunt dus eigenlijk 24 uur zorg krijgen als Wlz-cliënt. Wat je nu ziet, is dat de V&D, wanneer ze een vraag krijgt van een niet-Wlz-cliënt, dan aangeeft dat de cliënt daarmee naar de huisarts moet. Ze hebben in dat geval geen behandelverantwoordelijkheid en kunnen dus niets doen. Soms kan dat ongelukkig uitkomen. Stel je voor een cliënt valt en geen Wlz-indicatie heeft, dan zegt de V&D 'nee' en moet je naar de huisarts. Dit levert wel discussie op. De cliënten begrijpen dit niet altijd. Zij vinden dat iedereen die onder Cello valt de zorg moet krijgen die nodig is.

## Bijlage F: Interview met mevrouw Niezen (BrabantZorg)

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Naam zorginstelling | BrabantZorg                  |
| Naam medewerker     | Annelieke Niezen             |
| Functie medewerker  | Kwaliteitsadviseur           |
| Soort interview     | Telefonisch en via de e-mail |
| Datum               | 10 april 2017                |

### 1. Welke soorten medische incidenten vinden plaats of hebben plaatsgevonden binnen uw organisatie?

Dit zijn: medicatie die wordt vergeten te geven door de zorgmedewerker, een verkeerde dosering, onjuiste medicatie die wordt gegeven, medicatie die wordt geweigerd door de cliënt, fouten die worden gemaakt bij de apotheek, medicatie wordt niet of verkeerd wordt voorgeschreven (verkeerde medicijn, verkeerde dosering, medicatie niet stopgezet) of het uitvoeren van medische handelingen door iemand die daarvoor niet bevoegd is.

Dit zijn verschillende voorbeelden waarin de aansprakelijkheid verschillend is, afhankelijk van de aard van het incident en de medische verantwoordelijkheid.

### 2. Welke werkwijze wordt toegepast bij het afhandelen van medische incidenten binnen uw organisatie?

Ten eerste wordt de cliënt verzorgd die mogelijk schade heeft ondervonden en wordt er een arts en/of verpleegkundige ingeschakeld. Er wordt een melding gedaan middels een vragenlijst in het zorgdossier van de cliënt. De incidenten worden besproken en zo nodig worden er verbetermaatregelen genomen. In geval de cliënt ernstige schade heeft ondervonden door het incident, wordt het incident onderzocht door onafhankelijke onderzoekers met behulp van een PRISMA-analyse. Afhankelijk van de uitkomst van dit onderzoek, wordt het incident wel of niet gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg

### 3. Is er een registratiewijze/incidentenrapportage binnen uw zorginstelling? Is in cijfers uit te drukken hoeveel medische incidenten in het jaar 2016 hebben plaatsgevonden?

Alle incidenten worden geregistreerd en zijn beschikbaar in overzichten. Het is inderdaad in cijfers uit te drukken hoeveel medische incidenten in 2016 hebben plaatsgevonden.

### 4. Wie wordt verantwoordelijk en aansprakelijk gesteld als er zich een medisch incident voordoet binnen uw zorginstelling? (Bij deze vraag dient rekening te houden met de doelgroep: de Wlz-cliënten met een indicatie 'verblijf zonder behandeling'.)

*Voorbeeld:* Client verblijft in een van de woongroepen binnen de zorginstelling. De behandelingen lopen via de eerstelijns hulpverlener, gezien de indicatiestelling. Van de huisarts krijgt cliënt medicijnen voorgeschreven voor de hoge bloeddruk. Achteraf blijkt dat cliënt deze medicijnen niet had mogen krijgen, omdat hij daardoor verschillende complicaties oploopt. Wie kan dan verantwoordelijk en aansprakelijk worden gesteld voor de geleden schade van de cliënt? Is dit de zorginstelling, omdat cliënt in een van haar woongroepen verblijft of is dit de eerstelijns hulpverlener?

In het voorbeeld is de huisarts die de medicatie heeft voorgeschreven verantwoordelijk. Wel hebben de zorgmedewerkers een verantwoordelijkheid in het signaleren van de complicaties en moeten ze deze terugkoppelen naar de huisarts. Als ze een fout of incident constateren hebben ze de plicht om deze te melden aan de verantwoordelijke en te registreren door een incidentformulier in te vullen.

**5. Bent u bekend met de zorgplicht van uw zorginstelling? Zo ja, wat houdt de zorgplicht volgens u in?**

Ja, de algehele verplichting tot het verlenen van goede zorg door hulpverleners/zorgaanbieders, artikel 7:453 BW. De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.

**6. Zijn er protocollen en/of richtlijnen met betrekking tot medicatiebeheer en/of medische incidenten binnen uw organisatie?**

Ja, de richtlijn Medicatievoorziening voor de verschillende doelgroepen binnen BrabantZorg (verpleegafdelingen, verzorgingshuizen en thuiszorg, dagactiviteiten). Ook hebben we een PLIC-beleid: Preventie en leren van incidenten met cliënten

**7. Zijn er nog andere zaken of belangrijke onderwerpen die volgens u van toepassing zijn bij medische incidenten? Of heeft u nog tips, opmerkingen die ik dien mee te nemen voor het onderzoek?**

Ik mis in dit hele verhaal een definitie van wat je bedoelt met medische incidenten. Ik heb het nu opgevat als de onder 1 genoemde incidenten.

## Bijlage G: Interview met de heer Hammadi (Prisma)

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Naam zorginstelling | Prisma                       |
| Naam medewerker     | Karim Hammadi                |
| Functie medewerker  | Beleidsadviseur Kwaliteit    |
| Soort interview     | Telefonisch en via de e-mail |
| Datum               | 28 maart 2017                |

### 1. Welke soorten medische incidenten vinden plaats of hebben plaatsgevonden binnen uw organisatie?

Dat zijn onder andere medicatie-incidenten (zoals vergeten te geven, vergeten in te nemen, verkeerd toegediend).

**2. Kunt u mij iets vertellen over de werkwijze die wordt toegepast bij het afhandelen van de medische incidenten? Is er een programma waarin alle medische incidenten worden gemeld?** Incidentmeldingen worden via het cliëntdossier (ECD) uitgebracht. De teamleider van de melder en de leden van het MIC-team kunnen deze melding lezen. Het MIC stelt eventuele vragen aan de melder of teamleider; ook via het ECD. We gebruiken het ECD van Pluriform. Eventuele meldingen die te maken hebben met verkeerde levering door de apotheek, bespreken we met de apotheek.

### 3. Door wie worden de medische incidenten gemeld?

Dat kan zijn door betrokken begeleiders, maar ook door behandelaren of teamleiders.

### 4. Is in cijfers uit te drukken hoeveel medische incidenten in het jaar 2016 hebben plaatsgevonden?

Ja, het systeem houdt de aantallen bij. We sturen alleen nooit op aantal meldingen, we willen bijvoorbeeld niet dat het aantal naar beneden gaat. We gaan uit van blame-free melden: iedereen mag melden en wordt niet aangesproken op het doen van een melding.

### 5. Wie wordt verantwoordelijk en aansprakelijk gesteld als er zich een medisch incident voordoet met betrekking tot een van uw cliënten? (Bij deze vraag dient rekening te houden met de doelgroep: de Wlz-cliënten met een indicatie 'verblijf zonder behandeling'.)

*Voorbeeld:* Client verblijft in een van de woongroepen binnen de zorginstelling. De behandelingen lopen via de eerstelijns hulpverlener, gezien de indicatiestelling. Van de huisarts krijgt cliënt medicijnen voorgeschreven voor de hoge bloeddruk. Achteraf blijkt dat cliënt deze medicijnen niet had mogen krijgen, omdat hij daardoor verschillende complicaties oploopt. Wie kan dan verantwoordelijk en aansprakelijk worden gesteld voor de geleden schade van de cliënt? Is dit de zorginstelling, omdat cliënt in een van haar woongroepen verblijft of is dit de eerstelijns hulpverlener?

Deze vraag is zo niet te beantwoorden. Aansprakelijkheid speelt pas als er sprake is van een toerekenbare tekortkoming. Dat verschilt van casus tot casus. Het hangt er dus van af waar de oorzaak van het incident ligt: is er iets gebeurd in de schakel van de apotheek (het aanleveren) of in de schakel bij ons (toedienen)?

### 6. Wordt het medicatiebeheer van de cliënten gecontroleerd?

Ja, voor cliënten die op dit vlak een ondersteuningsvraag hebben wel. Dat gebeurt zoals we in de protocollen hebben voorgelegd.

**7. Is er een aftekenlijst binnen uw organisatie met betrekking tot de medicijnen van de cliënten?**

Ja, de apotheek levert toedieningslijsten en daar wordt op afgetekend. Voor opiaten is er een aparte aftekenlijst. Met opiaten wordt bedoeld: de wat sterkere medicijnen.

**8. Bent u bekend met de zorgplicht van uw zorginstelling? Zo ja, wat houdt de zorgplicht volgens u in?**

Ja, we hebben de plicht om zorg te dragen voor de gezondheid en het welzijn van cliënten en medewerkers.

**8. Zijn er protocollen en/of richtlijnen met betrekking tot medicatiebeheer en/of medische incidenten binnen uw organisatie?**

Ja, we werken met Vilans-protocollen en met eigen Prisma-protocollen

**9. Bent u bekend met de Gedragscode Openheid bij medische incidenten?**

Ja, en ook met de meldplicht om bepaalde calamiteiten bij de IGZ te melden

## Bijlage H: Interview met de heer Van Uden (Amarant Groep)

|                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| Naam zorginstelling | Amarant Groep           |
| Naam medewerker     | Freek van Uden          |
| Functie medewerker  | Persoonlijke begeleider |
| Soort interview     | Persoonlijk gesprek     |
| Datum               | 3 mei 2017              |

### 1. Bent u bekend met het verschil een Wlz-indicatie verblijf met behandeling en zonder behandeling? Is er 24/7 een medewerker binnen de woongroep?

Ja, ik ben bekend met het verschil. De cliënten met een indicatie 'verblijf zonder behandeling' moeten naar de reguliere huisarts. Het is wel mogelijk dat zij naar een AVG of een specialist ouderengeneeskunde gaat als zij hier een verwijzing voor krijgen. Dit is vandaag nog gebeurd bij een cliënt. Alle cliënten hebben een zware beperking, het lijkt mij ook logisch dat alles onder de Wlz valt.

Ook hebben wij in het zorgplan en elke map opgenomen wie de reguliere huisarts is. Dit geldt ook voor de andere specialisten die betrokken zijn bij het zorgproces van de cliënten. Dit geldt voor alle eerstelijns hulpverleners.

### 2. Welke soorten medische incidenten vinden plaats of hebben plaatsgevonden binnen uw organisatie?

Nou, ik moet je zeggen dat het vergeten van de medicatie en het toedienen van de verkeerde medicatie vaakst voorkomen. Wij hebben hier een heleboel verschillende cliënten wonen. Sommigen zorgen zelf voor hun medicatie, daar zijn wij dan niet bij betrokken. Wij houden wel steekproefsgewijs in de gaten of het goed gaat. Als dat niet zo is, dan gaan we ons daar mee bemoeien.

Het komt weleens voor dat medicatie van cliënten wordt verwisseld, omdat het allemaal in zakjes zit en je een rondje maakt. Sommige pillen lijken op elkaar, dus je moet blijven lezen, blijven vragen en de cliënt laten lezen. Maar ja, in de hectiek, kan het fout gaan. Het is niet goed, we proberen het op alle manieren te ondervangen. We proberen dingen met z'n tweeën af te tekenen.

### 3. Kunt u mij iets vertellen over de werkwijze die wordt toegepast bij het afhandelen van de medische incidenten? Is er een programma waarin alle medische incidenten worden gemeld?

De melding wordt gemaakt in Re-act. Wij hebben iemand die alle Re-act meldingen bijhoudt. Vervolgens houden we een vergadering waarin we bespreken welke soorten medische incidenten hebben plaatsgevonden en/of het dezelfde waren als de vorige keer. We kijken naar wat voor incidenten er zijn geweest en wat we hieraan kunnen doen. We kunnen nazorg krijgen van de organisatie. Als een incident ernstig is, komt de clustermanager erbij en krijgen we nazorg van het nazorgteam. Ik kan even niet op de naam komen. Een jaar geleden is het voorgekomen dat er bij iemand verkeerde insuline is ingespoten. Dan heb je wel een groot probleem. Het punt is dat wij hier vaak alleen zijn, terwijl het inspuiten van insuline met twee collega's gedaan zou moeten worden. Wij hebben hier nu niemand waar we insuline bij in moeten spuiten, maar doordat er slechts één medewerker op de woongroep is, kan dit niet met twee personen gedaan worden.

### 4. Door wie worden de medische incidenten gemeld?

Door de medewerker die daarbij betrokken is. Dit zijn meestal de persoonlijke begeleiders.

**5. Wordt het medicatiebeheer van de cliënten gecontroleerd? Wordt in het zorgplan opgenomen welke huisarts een cliënt heeft? Wordt dit geëvalueerd?**

Samen met de cliënt wordt bekeken of medicatie in het beheer van cliënt blijft of dat wij de medicatie beheren. Cliënten worden één keer per jaar besproken en als ik bijvoorbeeld zie dat cliënt niet goed omgaat met zijn medicatie, beslis ik dat hij die niet meer in zijn eigen beheer mag hebben. In de vergadering bespreken we dan of wij de juiste beslissing hebben genomen.

**6. Is er een aftekenlijst binnen uw organisatie met betrekking tot de medicijnen van de cliënten?**

Ja, er is een aftekenlijst binnen de voorziening. We werken met de toedieningslijst; die aftekenlijst werd niet goed bijgehouden. De lijsten worden door de apotheek geleverd en gelden ook voor de cliënten met een indicatie 'verblijf zonder behandeling', ondanks dat deze cliënten het beheer zelf doen.

**7. Zijn er protocollen en/of richtlijnen, richtlijnen met betrekking tot medicatiebeheer en/of medische incidenten binnen uw organisatie? Bent u bekend met de inhoud van deze standaarden?**

Ja, hier ben ik mee bekend. Twee mensen zijn verantwoordelijk voor het medicatieprotocol. Die houden dat allemaal bij en wij lezen dat ook. Het staat op kantoor, ik zal die zo laten zien. Wij hebben ook nog een protocol specifiek voor deze voorziening, naast de Vilans-protocollen. Weet je, als sommige dingen niet haalbaar zijn, zoals het met z'n tweeën inspuiten van de insuline, dan kan het helpen om een dag van tevoren alles klaar te leggen of de dubbele controle met de patiënt zelf te doen.

**8. Bent u als hulpverlener verantwoordelijk voor de medische incidenten die onder de Wlz-clients plaatsvinden in woongroepen?**

Zo voelt het wel, ja. Als ik de verkeerde medicijnen heb gegeven, ben ik daar verantwoordelijk voor. Ik bel dan gelijk de apotheek of de huisarts of de huisartsenpost. Die kijkt dan welke acties ondernomen moeten worden. Voor de cliënten die de medicatie in eigen beheer hebben, ligt de verantwoordelijkheid bij hen zelf. Maar wij voelen die verantwoordelijkheid wel. Als er iets misgaat, wordt meteen bekeken of de cliënt de medicatie nog wel in eigen beheer kan houden. Ook al is dit officieel niet zo, gevoelsmatig zijn wij verantwoordelijk.

**9. Wie is volgens u verantwoordelijk en aansprakelijk als er zich een medisch incident voordoet met betrekking tot een van uw cliënten? (Bij deze vraag dient rekening te houden met de doelgroep: de Wlz-clients met een indicatie 'verblijf zonder behandeling'.)**

*Voorbeeld:* Client verblijft in een van de woongroepen binnen de zorginstelling. De behandelingen lopen via de eerstelijns hulpverlener, gezien de indicatiestelling. Van de huisarts krijgt cliënt medicijnen voorgeschreven voor de hoge bloeddruk. Achteraf blijkt dat cliënt deze medicijnen niet had mogen krijgen, omdat hij daardoor verschillende complicaties oploopt. Wie kan dan verantwoordelijk en aansprakelijk worden gesteld voor de geleden schade van de cliënt? Is dit de zorginstelling, omdat cliënt in een van haar woongroepen verblijft of is dit de eerstelijns hulpverlener?

Wij hebben cliënten die dingen moeilijk kunnen vertellen aan hun huisarts en dan geven we hen briefjes mee. Soms krijgen we ook telefoon van de huisarts met de vraag of we volgende keer mee kunnen komen met de cliënt. We hebben hier achter een medisch centrum en daar zijn de meeste cliënten ingeschreven. Maar, sommigen hebben een andere huisarts. In dit voorbeeld zou ik zeggen: de eigen huisarts.

**10. Bent u bekend met de zorgplicht van uw zorginstelling? Zo ja, wat houdt de zorgplicht volgens u in?**

Ja, hier ben ik mee bekend. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door het vastleggen van de afspraken in het zorgplan en het leveren van goede kwalitatieve zorg. Deze is digitaal te raadplegen. Het begint met een voorblad met alle gegevens van de cliënt, wie de huisarts is en de medische gegevens. Het is onderdeel van het ECD en het programma PlanCare. Het zou inderdaad handig zijn als er een koppeling is tussen het programma PlanCare en het meldprogramma Re-act. De incidenten worden nu niet gelijk opgenomen in het ECD van de cliënt. Hierdoor zou er inderdaad ook een extra controle moment kunnen ontstaan; het zou geen verkeerd idee zijn.

**11. Bent u bekend met uw verplichtingen vanuit de WGBO? Het hulpverlenerschap, de dossierplicht, de informatieplicht en het informeren van cliënt bij iedere behandeling?**

Ja, hier ben ik mee bekend. Je zei "WGBO", dat is? OH, de wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. De afkorting was me niet bekend. De verplichtingen die ik heb, staan ook in mijn contract, wij zijn ons daar ook van bewust. Je hebt soms redenen om bepaalde dingen niet te zeggen en dan moet je een belangenafweging maken. Je moet hele goede redenen hebben om de informatie te verzwijgen, maar het gebeurt wel. Het is weleens gebeurd dat ik informatie heb verzwegen tegenover een cliënt. De cliënt wilde niet geopereerd worden. Hij was bang, echt bang. Hij begon te schoppen en te slaan. Hij moest een hartoperatie ondergaan. Uiteindelijk zei hij elke dag, morgen, morgen en dat bleef zo doorgaan. Op een gegeven moment is met de artsen besloten om tegen hem zeggen: je krijgt nu je insuline via je infuus. Maar, dat was dus een narcosemiddel. Dus ze hebben hem geopereerd zonder zijn toestemming. Hij moest geopereerd worden, omdat hij anders dood zou gaan. Ja, wat doe je dan? Liegen en opereren, maar wel met de wetenschap dat als hij wakker zou worden, hij heel blij zou zijn. Dat was een belangenafweging die gemaakt moest worden. In de diagnose die vastgesteld was, kwam duidelijk na voren dat meneer anders zou overlijden.

**12. Bent u bekend met de Gedragscode Openheid bij medische incidenten?**

Nee, hier ben ik niet mee bekend.

**13. Heeft u nog aanvulling?**

Elke woensdag worden de toedieningslijsten nagelopen. Wij gaan alle appartementen langs om af te tekenen. Soms is de medicatie wel gegeven, maar niet afgetekend. Daarvoor vullen we dan ook het meldprogramma Re-act in. Wij controleren de naam en het tijdstip voor de afgegeven medicatie. Wij tekenen alleen af als wij de medicatie in ons beheer hebben. Hierbij maakt het niet uit of de cliënt de behandelingen via ons krijgt of dat die via de eerstelijns hulpverleners verlopen.

We hebben ook cliënten waarvan wij vinden dat ze de medicatie zelf niet goed kunnen beheren. Wij werken met oudere mensen en signaleren het snel als er iets niet goed gaat. Dus ja, dan is de vraag of de indicatie 'verblijf zonder behandeling' nog wel voldoende is. Iedereen moet de juiste zorg krijgen. De cliënten kennen het verschil meestal niet. Het verschil zit hem in dat de zorg vanuit een ander potje wordt betaald. Niet iedere huisarts kan goed omgaan met Wlz-clients. Een AVG of specialist ouderengeneeskunde weet hoe hij om moet gaan met iemand met een verstandelijke beperking. Als je iemand hebt die gespecialiseerd is, is dat beter voor de cliënt. De AVG-artsen hebben ook een beter beeld van hoe we hier werken. Aan de andere kant vind ik dat, zolang het goed gaat, we mensen bij de reguliere huisarts moeten houden. Ik vind het leuk om van jou te horen dat je niet het gevoel had dat dit een woonvoorziening was van Amarant toen je hier aankwam. Het is wonen in de wijk en dat is super.

## Bijlage I: Interview met mevrouw Brooijmans (Amarant Groep)

|                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| Naam zorginstelling | Amarant Groep            |
| Naam medewerker     | Marie-Therese Brooijmans |
| Functie medewerker  | Persoonlijke Begeleider  |
| Soort interview     | Via de e-mail            |
| Datum               |                          |

### 1. Bent u bekend met het verschil een Wlz-indicatie verblijf met behandeling en zonder behandeling? Zo ja, wat is het verschil volgens u?

Je hebt woon/zorg indicaties, bij ons veelal met een ZZP 6 en ook wel een 3. Per woonvoorziening heb je een aantal plaatsen voor mensen met behandeling, vaak worden die plaatsen toegekend aan een ZZP 6. Gaat de cliënt verhuizen, dan neemt hij/zij de indicatie mee. De behandeling staat voor het ontvangen van behandelingen via de psychiater, psycholoog, huisarts enzovoorts.

### 2. Welke soorten medische incidenten vinden plaats of hebben plaatsgevonden binnen uw organisatie?

Dit zijn: medicijnen vergeten, verkeerde dosering gegeven. Vergeten om medicijnen toe te dienen aan de cliënt waar wij verantwoordelijk voor zijn.

### 3. Kunt u mij iets vertellen over de werkwijze die wordt toegepast bij het afhandelen van de medische incidenten? En door wie worden de medische incidenten gemeld?

Het incident wordt gemeld door degene die het heeft ontdekt of de fout heeft gemaakt. De melding wordt in het programma Re-act gedaan..

### 4. Wordt het medicatiebeheer van de cliënten gecontroleerd? Wordt in het zorgplan opgenomen welke huisarts een cliënt heeft? Hoe vaak vindt er een evaluatie plaats?

Dit is individueel bepaald. Sommige cliënten bestellen hun medicatie en hebben die in eigen beheer. Voor de meeste cliënten bestellen wij en wij hebben deze ook bij ons op kantoor, zij komen hier om en wij tekenen af. Deze individuele afspraken komen in het zorgplan te staan en in de medicatiemap. Zo ook de naam van de huisarts en zijn telefoonnummer.

### 5. Is er een aftekenlijst binnen uw organisatie met betrekking tot de medicijnen van de cliënten?

Ja, voor de cliënten waar wij de medicatie van in beheer hebben en ze deze bij ons in komen nemen, tekenen wij per dag en tijd af als wij de medicijnen geven.

### 6. Zijn er protocollen en/of richtlijnen, richtlijnen met betrekking tot medicatiebeheer en/of medische incidenten binnen uw organisatie? Bent u bekend met de inhoud van deze standaarden?

Alle medewerkers hebben een cursus Medicatie moeten volgen en krijgen één keer per jaar een herhaling om het op te frissen. Amarant heeft een medicatieprotocol, omdat veel mensen individuele afspraken hebben en zelf verantwoordelijk zijn voor de innamen. Voor opiaten geldt dat deze altijd in een kluis in een afgesloten kast bewaard moeten. Deze worden bij binnenkomst geteld en genoteerd en door een collega gecontroleerd. Deze moeten iedere dag opnieuw geteld en genoteerd worden.

### 7. Bent u als hulpverlener verantwoordelijk voor de medische incidenten die onder de Wlz-clients plaatsvinden in woongroepen?

Wanneer in het zorgplan is vastgelegd dat wij verantwoordelijk zijn voor het beheer en de innamen, dan moeten wij fouten altijd melden via een Re-act melding.

**8. Wie is volgens u verantwoordelijk en aansprakelijk als zich een medisch incident voordoet met betrekking tot een van uw cliënten? (Bij deze vraag dient rekening te houden met de doelgroep: de Wlz-cliënten met een indicatie 'verblijf zonder behandeling'.)**

*Voorbeeld:* Client verblijft in een van de woongroepen binnen de zorginstelling. De behandelingen lopen via de eerstelijns hulpverlener, gezien de indicatiestelling. Van de huisarts krijgt cliënt medicijnen voorgeschreven voor de hoge bloeddruk. Achteraf blijkt dat cliënt deze medicijnen niet had mogen krijgen, omdat hij daardoor verschillende complicaties oploopt. Wie kan dan verantwoordelijk en aansprakelijk worden gesteld voor de geleden schade van de cliënt? Is dit de zorginstelling, omdat cliënt in een van haar woongroepen verblijft of is dit de eerstelijns hulpverlener?

Dan is de arts diegene die verantwoordelijk is. Hij/zij had dit moeten weten. Ik werk als persoonlijke begeleider en niet als verpleegkundige.

**9. Bent u bekend met de zorgplicht van uw zorginstelling? Zo ja, wat houdt de zorgplicht volgens u in?**

De zorgplicht is dat we ons moeten houden aan de afgesproken en vastgelegde zorgafspraken. Lukt dit om welke reden dan ook niet, dan moeten we hier melding van maken. Dan moet er geëvalueerd worden en gekeken of het mogelijk is je aan deze afspraken binnen deze woonvoorziening te houden, of dat een mogelijk in een verkeerde setting woont. Bij ons wonen mensen zelfstandig achter hun eigen voordeur. Wij kunnen dus niet zien wat ze doen en op welke manier. Wanneer hun medische toestand meer zicht en controle nodig heeft, moet de cliënt mogelijk ergens wonen waar dat toezicht en die controle mogelijk zijn.

**10. Bent u bekend met uw verplichtingen vanuit de WGBO (het goed hulpverlenerschap, de dossierplicht, de informatieplicht en de geheimhoudingsplicht)?**

In principe wel, al moet ik eerlijk bekennen dat ik op zou moeten zoeken hoe het precies zit. Wij moeten aan wettelijke kaders voldoen, dus er moet een zorgplan liggen wat goedgekeurd is door de psycholoog, als hij bij de cliënt betrokken is. Dat is altijd bij cliënten met een ZZP 6 of met een ZZP 3 als er om een bepaalde reden een psycholoog betrokken is. Wij moeten ons houden aan de gemaakte zorgafspraken en bij vermoeden van bijvoorbeeld wet overtredend gedrag, dit melden. Hierbij kun je denken aan harddruggebruik of -handel. Of aan vermoedens van diefstal en handel gestolen goederen. De cliënt heeft recht op privacy, dus wanneer er iemand belt die zegt familie of vriend te zijn en iets te willen weten, dan geven wij geen informatie. Dit moeten ze bij de cliënt zelf opvragen. Als het bijvoorbeeld om een behandeling gaat, zal de cliënt er schriftelijk toestemming voor moeten geven dat de behandelaar medische zaken mag doorgeven.

**11. Bent u bekend met de Gedragscode Openheid bij medische incidenten?**

Nee, die ken ik niet.

## Bijlage J: Interview met mevrouw Beusekom (Amarant Groep)

|                     |                                                |
|---------------------|------------------------------------------------|
| Naam zorginstelling | Amarant Groep                                  |
| Naam medewerker     | Petra Beusekom                                 |
| Functie medewerker  | Consulent Kwaliteit (divisie Wonen in de Wijk) |
| Soort interview     | Persoonlijk gesprek                            |
| Datum               | 14 maart 2017                                  |

### 1. Welke soorten medische incidenten vinden plaats of hebben plaatsgevonden binnen uw organisatie?

Dit zijn verschillende incidenten. De begeleiders vergeten soms de medicatie te geven aan de cliënten, maar er worden ook wel verkeerde of te veel medicijnen gegeven. In het meldprogramma Re-act kun je allemaal zien welke soorten medische incidenten er plaatsvinden. Ik zal het wel even aan je laten zien en we kunnen de incidentenrapportage bekijken.

### 2. Welke werkwijze wordt toegepast bij het afhandelen van medische incidenten binnen uw organisatie?

Op het moment dat er zich een medisch incident voordoet, wordt hier een melding van gemaakt in het programma Re-act. Vervolgens kan in de melding worden gemeld wat er precies is gebeurd, wat de gevolgen van het incident zijn en wanneer het precies is gebeurd. Binnen het programma kan er geen selectie worden gemaakt met betrekking tot over welke indicatie de cliënt beschikt. Dit zou wel handig zijn, ook met betrekking tot de geldende verantwoordelijkheid en aansprakelijkheidsregels. Je kan wel aanvinken van welke divisie je de meldingen wilt zien. Voor jou is de divisie Wonen in de Wijk van belang. Hieronder vallen de Wlz-cliënten die in de woonvoorzieningen wonen. Kijk maar even mee. Als je het programma later zelf wilt raadplegen, moet je hier toestemming voor aanvragen bij de beheerder van het programma. Dit is Ad Buursen.

### 3. Is er een registratiewijze/incidentenrapportage binnen uw zorginstelling? Is in cijfers uit te drukken hoeveel medische incidenten in het jaar 2016 hebben plaatsgevonden?

In totaal hebben er ongeveer 2300 medische incidenten plaatsgevonden. De meeste incidenten vinden plaats rond 08.00 uur in de ochtend. Ik denk dat dit komt, omdat het rond dit tijdstip hectisch is. Het kan ook te maken hebben met de bezetting. Ook zie je dat het meest voorkomende incident het vergeten van de medicatie is.

### 4. Wie wordt verantwoordelijk en aansprakelijk gesteld als er zich een medisch incident voordoet met betrekking tot een van uw cliënten? (Bij deze vraag dient rekening te houden met de doelgroep: de Wlz-cliënten met een indicatie 'verblijft zonder behandeling'.)

*Voorbeeld:* Client verblijft in een van de woongroepen binnen de zorginstelling. De behandelingen lopen via de eerstelijns hulpverlener, gezien de indicatiestelling. Van de huisarts krijgt cliënt medicijnen voorgeschreven voor de hoge bloeddruk. Achteraf blijkt dat cliënt deze medicijnen niet had mogen krijgen, omdat hij daardoor verschillende complicaties oploopt. Wie kan dan verantwoordelijk en aansprakelijk worden gesteld voor de geleden schade van de cliënt? Is dit de zorginstelling, omdat cliënt in een van haar woongroepen verblijft of is dit de eerstelijns hulpverlener?

Dit is niet te beoordelen. Het hangt af van de afspraken die met de cliënt zijn gemaakt en welke partijen er allemaal bij betrokken zijn. Sommige medewerkers gaan mee naar de huisarts. In principe levert de apotheek de medicijnen aan de woongroep. Hiervoor is er een aftekenlijst. Uit de praktijk is gebleken dat het er niet altijd even correct aan toe gaat. Er zit ook een verschil tussen het medicatiebeheer en de controle. De medewerkers moeten zich meer bewust worden van het feit dat zij daarvoor aansprakelijk gesteld kunnen worden.

**5. Wordt het medicatiebeheer van de cliënten gecontroleerd?**

Dit wordt gedaan, maar er zijn ook cliënten die niet kenbaar maken over welke medicijnen zij beschikken. Sommige cliënten hebben de medicijnen in eigen beheer. De persoonlijke begeleiders moeten iedere keer evalueren of de cliënt zijn eigen medicijnen nog kan beheren. Ook kan je, zoals jij aangeeft, inderdaad niet alles altijd controleren, ook al zijn de medicijnen in ons beheer. Zo kan de cliënt bijvoorbeeld naar de Etos gaan en daar paracetamol kopen. Als dit niet aan ons wordt gemeld, komen wij daar nooit achter. Het blijft lastig.

**6. Bent u bekend met de zorgplicht van uw zorginstelling? Zo ja, wat houdt de zorgplicht volgens u in?**

Ja, daar ben ik mee bekend. Het is toch moeilijk te zeggen wie verantwoordelijk en aansprakelijk kan worden gesteld. Op het moment dat cliënt medicijnen van de huisarts krijgt en deze worden toegediend door een medewerker van de Amarant Groep, dan moet die medewerker handelen op basis van zijn individuele verantwoordelijkheid. Het hangt ook af van de afspraken die gemaakt zijn met de cliënt. Iedere situatie moet afzonderlijk worden beoordeeld.

**7. Zijn er protocollen en/of richtlijnen met betrekking tot medicatiebeheer en/of medische incidenten binnen uw organisatie?**

Ja, die zijn er. Binnen de Amarant Groep werken we met Vilans-protocollen. Ook hebben wij een richtlijn. Dit is de richtlijn Medicatiebeheer en -verstrekking. Dat is de richtlijn die ik je vorige week heb toegezonden. Daarin staan alle regels die gehanteerd moeten worden bij medicatiebeheer en -verstrekking.

**8. Bent u bekend met de Gedragscode Openheid bij medische incidenten?**

Nee, deze ken ik nog niet.

**9. Zijn er nog andere zaken of belangrijke onderwerpen die volgens u van toepassing zijn bij medische incidenten? Of heeft u nog tips, opmerkingen die ik dien mee te nemen voor het onderzoek?**

Vanuit mijn opinie lijkt mij de BEM een heel nuttig middel. Het is aan te raden om als persoonlijke begeleider dit samen met de cliënt door te nemen. Daarnaast moeten de persoonlijke begeleiders alle afspraken die zij met de cliënt en andere organisaties maken, vastleggen in het zorgplan.

## Beste hulpverlener,

*Tijdens het geven van advies, uitvoeren van behandelingen en verstrekken van medicatie vergeet dan niet om je verplichtingen in acht te nemen. Hieronder tref je ter opfrissing je verplichtingen aan.*

### Verplichtingen hulpverlener

1. Het goed hulpverlenerschap: bij het uitvoeren van al je werkzaamheden moet je handelen als een goede hulpverlener om de beste zorg aan te kunnen bieden aan de cliënt. Hierbij is belangrijk dat je zorgvuldig handelt.
2. Informatieplicht: informeer de cliënt vooraf altijd goed over wat er gaat gebeuren. Hierbij is het belangrijk dat zowel de voor- als nadelen kenbaar worden gemaakt (ook al is dit niet altijd even leuk).
3. Geheimhoudingsplicht: geef geen informatie aan derden zonder toestemming van de cliënt (de cliënt heeft recht op privacy)!
4. Dossierplicht: leg iedere mondelinge afspraak vast in het persoonlijk plan (zorgplan) van de cliënt. Dit voorkomt achteraf discussie.
5. Vraag altijd toestemming aan de cliënt!
6. Twijfel je ergens over? Vraag hoe je collega erover denkt en hoe hij/zij in deze situatie zou handelen.

### **Let op!**

Het schenden van een van de bovenstaande verplichting kan (grote) gevolgen met zich meebrengen. Bij medische incidenten kan dit zo ver gaan, dat de cliënt schadevergoeding wilt vorderen. Hieronder kunnen jullie een voorbeeld lezen uit de praktijk!

Een patiënt had rugklachten en ging daarom naar een chirurg. De chirurg stelde vast dat de patiënt een vergroeiing van de vijfde lendenwervel aan het heiligbeen had en concludeerde dat de pijnklachten daardoor werden veroorzaakt. Om die reden besloot de chirurg dat een operatie de beste oplossing was. Na de operatie had de patiënt meer pijn dan voorheen. Hierdoor moest de patiënt nog circa twintig hersteloperaties ondergaan. De hersteloperaties hadden geen effect gehad, want de pijnklachten waren er nog steeds. Om te bepalen of de chirurg heeft voldaan aan zijn goed hulpverlenerschap heeft er een deskundigenonderzoek plaatsgevonden. Uit het deskundigenonderzoek is gebleken dat de chirurg gezien de bijzondere diagnose die hij bij aanvang van de operatie had gesteld, een collega had kunnen en moeten raadplegen. Om die reden heeft de rechter bepaald dat er niet voldaan is aan zijn goed hulpverlenerschap en de chirurg verplicht om schadevergoeding te betalen!

Mocht je naar aanleiding van deze informatie nog vragen hebben, dan kun je contact opnemen met de consultant Kwaliteit van je divisie!

