

Bijlage Implementatieplan – Module Gebruik van ready-to-use/ready-to-administer preparaten

Inleiding

Dit implementatieplan is opgesteld ter bevordering van de implementatie van de aanbevelingen in de leidraad 'Duurzame farmaceutische specialistische zorg'. Dit plan is gebaseerd op de inventarisaties en bijeenkomsten van de werkgroep, waarin de mogelijk bevorderende en belemmerende factoren voor het naleven van de aanbevelingen ter sprake zijn gekomen. Daarbij heeft de werkgroep een advies uitgebracht over de randvoorwaarden voor implementatie en de acties die door zorgverleners en betrokken partijen ondernomen dienen te worden.

Het implementatieplan en de moduleteksten van de leidraad zijn complementair aan elkaar. Waar de modules de inhoudelijke aanbevelingen en bijbehorende overwegingen beschrijven (inclusief verwijzingen naar reeds bekende interventies), richt dit implementatieplan zich op de voorwaarden en acties die nodig zijn om deze aanbevelingen in de praktijk te brengen. Het implementatieplan dient dan ook gelezen te worden in samenhang met, en in de context van, de overwegingen zoals beschreven per module.

Dit implementatieplan behorende bij de leidraad, focust zich met name op barrières en benodigde acties om per module de aanbevelingen te realiseren. In de modules worden aanbevelingen gedaan die handvaten bevatten voor zorgverleners, gericht op verschillende onderwerpen:

Werkwijze

Bij dit project zijn twee werkgroepen aangesteld: werkgroep 1 'inhoud' en werkgroep 2 'implementatie'. De eerste werkgroep (bestaande uit verschillende vertegenwoordigers van betrokken wetenschappelijke verenigingen) stelde de inhoudelijke modules van de leidraad op. Vanwege de te verwachten organisatorische impact is daarnaast een tweede werkgroep ingericht met afgevaardigden vanuit de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), UMCNL en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze tweede werkgroep toetste de aanbevelingen van de eerste werkgroep op haalbaarheid en werkte het implementatieplan uit. Werkgroep 2 'implementatie' heeft daarbij per niveau de randvoorwaarden om de aanbevelingen te kunnen implementeren geïnterpreteerd. De randvoorwaarden voor succesvolle implementatie worden in dit implementatieplan op drie verschillende niveaus onderscheiden: micro (niveau van de zorgprofessional), meso (niveau van het ziekenhuis) en macro (niveau van het systeem/zorgorganisatie buiten het ziekenhuis). De meeste randvoorwaarden vormen op dit moment nog een barrière voor implementatie. Grootschalige implementatie is pas mogelijk als er voldaan wordt aan de randvoorwaarden.

Daarbij wordt erkend dat ziekenhuizen, afdelingen en individuele zorgverleners zich in verschillende fases van implementatie kunnen bevinden. Dit implementatieplan beoogt daarom richting te geven en ondersteuning te bieden, ongeacht het startpunt, en laat ruimte voor gefaseerde en contextspecifieke toepassing van de aanbevelingen.

Gezamenlijke aanpak: eerste stappen naar een meer duurzame farmaceutische specialistische zorg

De verantwoordelijkheid om te bewegen naar duurzame farmaceutische specialistische zorg is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Daarom worden alle betrokken partijen aangemoedigd om zelf te evalueren welke stappen zij kunnen zetten in de nabije toekomst om hiernaar toe te bewegen, en aan deze randvoorwaarden te voldoen.

Het is in dit stadium niet mogelijk om een gedetailleerd plan te schrijven hoe we tot dit zorglandschap komen, aangezien daar nauwe samenwerking voor nodig is. Wel formuleert de werkgroep onder 'acties' wat de eerste belangrijke stappen zullen zijn voor de wetenschappelijke

verenigingen en individuele zorgverleners. Deze actielijst geldt voor de aankomende jaren, waarbij wordt geadviseerd om jaarlijks te evalueren welke stappen zijn gezet en hoe dit plan verder uit te breiden. Daarnaast blijft er altijd ruimte voor lokale invulling door ziekenhuizen en zorgverleners. De implementatie zelf ligt buiten de scope van deze leidraad.

Beide werkgroepen benadrukken dat voor een brede implementatie deugdelijke onderzoeksresultaten noodzakelijk zijn. Helaas ontbreekt momenteel nog literatuur met een hoge GRADE bewijskracht. Bij elke module zijn cruciale kennislacunes geïdentificeerd. Er is gericht onderzoek nodig om vanuit duurzaamheidsperspectief de juiste vragen voldoende te kunnen beantwoorden. Het selecteren van de juiste onderwerpen daarbij is belangrijk om ervoor te zorgen dat het duurzaamheidsperspectief meer gehanteerd zal worden.

Implementatietabel – Module Gebruik van ready-to-use/ready-to-administer preparaten

	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdsplan)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
Zorgverlener (micro niveau)	<ul style="list-style-type: none"> • Positief – tijdswinst, minder medicatiefouten, minder infecties, minder afval. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bereidwillendheid zorgverleners; • Beschikbaarheid van passend bewijs (meer onderzoek wordt gestimuleerd). 	<ul style="list-style-type: none"> • Onbekendheid met nieuwe werkwijzen; • Het niet voelen van urgentie / duurzaamheid niet erkennen; • Onverenigbaarheid spuiten met infusiesystemen in het ziekenhuis; • Ruimtebeslag RTA/RTU producten; • Beperkt bewijs ten behoeve van draagvlak. 	<ul style="list-style-type: none"> • Opnemen van een evaluatiemoment bij het leegraken van (continue) parenterale medicatie, om te bepalen of een nieuwe gift noodzakelijk is; • Testen compatibiliteit van producten met infusiesystemen in het ziekenhuis; • Dataverzameling en -analyse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afdelingshoofden/managers; • Apothekers; • Verpleegkundigen. 	-
Ziekenhuis (meso niveau)	<ul style="list-style-type: none"> • Positief: tijdswinst, minder medicatiefouten, minder infecties, minder afval, totaal kostenneutraal (of goedkoper). • Negatief: mogelijk hogere geneesmiddel kosten; kosten en baten mogelijk niet in hetzelfde budget. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschikbaarheid van RTA/RTU middelen; • Beleidskeuze van ziekenhuis om duurzaamheid te integreren; • Businesscases voor management. • Beschikbaarheid van passend bewijs (meer onderzoek wordt gestimuleerd). 	<ul style="list-style-type: none"> • Hogere aanschafkosten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Opstellen ziekenhuisbreed beleid duurzaamheid farmacie; • Opnemen PFSS/RTU in inkoopcontracten; • Uitvoeren pilotprojecten met evaluatie; • Onderzoek op duurzaamheidsgebied stimuleren, gesteund door de partijen die als actiehouders bij macroniveau staan. • Delen van resultaten (kosten, milieu-impact, patiëntveiligheid); • Businesscases voor management (incl. kosten en baten). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ziekenhuisapothek; • Inkoopafdeling; • Kwaliteitscommissies; • Raad van bestuur; • Beroepsverenigingen (NVZA, NVIC, etc.). 	Samenwerking met andere ziekenhuizen levert schaalvoordelen op en kan acceptatie versnellen.
Zorgsysteem/zor	<ul style="list-style-type: none"> • Positief: tijdswinst, minder medicatiefouten, 	<ul style="list-style-type: none"> • Landelijke richtlijnen en kaders die duurzaamheid stimuleren; 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen landelijke kosten-effectiviteitsstudies; • (Te) langzame aanpassing van 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkelen landelijke leidraad/standaarden; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerie van VWS; • Zorgverzekeraars; • Beroepsverenigingen (NVZA, NVIC, etc.); 	Europese richtlijnen en standpunten (EAHP, NHS) kunnen als voorbeeld dienen en

	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdsplan)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
	minder infecties, minder afval. • Negatief: mogelijk duurder alternatief dan klassieke toedieningsvorm	• Beschikbaarheid van passend bewijs (meer onderzoek wordt gestimuleerd).	richtlijnen en bekostigingssystemen. • Geen passend bewijs en daardoor geen draagvlak.	• Stimuleren onderzoek naar milieu-impact en kosteneffectiviteit; • Opnemen duurzaamheid in bekostigingssystemen; • Landelijke monitoring.	• Zorginstituut Nederland; • ZEGG.	helpen implementatie te versnellen.

¹ Barrières kunnen zich bevinden op het niveau van de professional, op het niveau van de organisatie (het ziekenhuis) of op het niveau van het systeem (buiten het ziekenhuis). Denk bijvoorbeeld aan onenigheid in het land met betrekking tot de aanbeveling, onvoldoende motivatie of kennis bij de specialist, onvoldoende faciliteiten of personeel, nodige concentratie van zorg, kosten, slechte samenwerking tussen disciplines, nodige taakherschikking, etc.

² Denk aan acties die noodzakelijk zijn voor implementatie, maar ook acties die mogelijk zijn om de implementatie te bevorderen. Denk bijvoorbeeld aan controleren aanbeveling tijdens kwaliteitsvisite, publicatie van de richtlijn, ontwikkelen van implementatietools, informeren van ziekenhuisbestuurders, regelen van goede vergoeding voor een bepaald type behandeling, maken van samenwerkingsafspraken.

³ Wie de verantwoordelijkheden draagt voor implementatie van de aanbevelingen, zal tevens afhankelijk zijn van het niveau waarop zich barrières bevinden. Barrières op het niveau van de professional zullen vaak opgelost moeten worden door de beroepsvereniging. Barrières op het niveau van de organisatie zullen vaak onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbestuurders vallen. Bij het oplossen van barrières op het niveau van het systeem zijn ook andere partijen, zoals de NZA en zorgverzekeraars, van belang.

Toelichting

- **Verwachte tijdsinspanning/tijdslijnen:** scholing en bewustwording kunnen snel (< 1 jaar) worden ingevoerd op afdelingen; ziekenhuisbrede inkoop en beleid vragen meer tijd; landelijke bekostiging en richtlijnen vergen > 3 jaar.
- **Kosten:** op korte termijn zijn RTU/RTA duurder, maar businesscases tonen dat reductie in medicatiefouten, zorgverlener tijd, besmettingen en afval uiteindelijk tot besparingen leidt op macro- en maatschappelijk niveau.
- **Randvoorwaarden:** scholing (micro), beleidskeuze en businesscases (meso), landelijke kaders en financiering (macro).
- **Barrières:** hogere aanschafprijs, onbekendheid, incidentele veiligheidsrisico's (bolusincidenten), onverenigbaarheid met bestaande infusiesystemen, ruimtebeslag, invloed op beschikbaarheid ampullen, verwachte leveringsbetrouwbaarheid en ontbreken van landelijke vergoedingssystematiek.
- **Acties:** gericht op scholing, beleid, pilots, landelijke kaders en onderzoek.