

## **Bijlage Implementatieplan – Submodule Doorgebruik van thuismedicatie**

### **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 - Medicatieverstrekking – Submodule Doorgebruik van thuismedicatie

	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdsfad)	Mogelijke barrières voor implementatie <sup>1</sup>	Te ondernemen acties voor implementatie <sup>2</sup>	Verantwoordelijken voor acties <sup>3</sup>	Overige opmerkingen
Zorgverlener (micro niveau)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positief – minder verspilling, mogelijk verbetering medicatieveiligheid, tijdsbesparing bij voorschrijver en verpleegkundigen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scholing over risico's en registratie;</li> <li>• Communicatie met patiënt, toegespitst op juiste gezondheidsvaardigheden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onzekerheid over medicatieveiligheid tijdens ziekenhuisopname (kwaliteit, herkenning verpakking, barcodes, verschillende sterktes);</li> <li>• Onbekendheid met proces.</li> <li>• Geen uniform proces want naast thuismedicatie zal vrijwel altijd ook ziekenhuismedicatie gegeven moet worden;</li> <li>• Herkenbaarheid en opslag hoog risico medicatie;</li> <li>• Continuïteit als thuismedicatie op is</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scholing ontwikkelen;</li> <li>• Werkafspraken vastleggen;</li> <li>• Evaluatie- en controlemomenten inbouwen;</li> <li>• Patiënten informeren over meenemen medicatie;</li> <li>• Dataverzameling en -analyse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpleegkundigen;</li> <li>• Apothekersassistenten;</li> <li>• Voorschrijvers.</li> </ul>	Zorg voor goede communicatie met patiënt bij opname/ontslag.

Ziekenhuis (meso niveau)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positief – besparing op medicatiekosten en afval, mogelijk verschuiving taken naar apothekersassistenten.</li> <li>• Negatief - kosten en baten niet in hetzelfde budgetten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ICT-aanpassingen (EPD);</li> <li>• Duidelijke afspraken met apotheek en verpleegafdelingen;</li> <li>• Ondersteuning door management en ICT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dubbele bekostiging (DBC/GVS);</li> <li>• Administratieve uitdagingen;</li> <li>• Weerstand personeel;</li> <li>• Gebrek aan apothekersassistenten;</li> <li>• Te weinig / geen passend bewijs om draagvlak en verandering te realiseren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opstellen beleid DGTM;</li> <li>• Afspraken maken met zorgverzekeraar;</li> <li>• Pilotafdelingen met evaluatie;</li> <li>• Gebruik toolkit DGTM/MEB (NFU, KNMP, NVZA);</li> <li>• Stimuleren onderzoek naar milieu-impact en kosteneffectiviteit, gedragen door verschillende stakeholders (zie partijen macro niveau).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raad van Bestuur;</li> <li>• Ziekenhuisapotheek;</li> <li>• Kwaliteitscommissie;</li> <li>• Inkoop/financiën.</li> </ul>	<p>Toolkit van NFU/KNMP/NVZA kan als implementatiebasis dienen.</p>
Zorgsysteem/zorgorganisatie (macro niveau)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positief – lagere medicatiekosten, minder verspilling.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NZa afspraken over bekostiging;</li> <li>• Landelijke richtlijnen en leidraden;</li> <li>• Monitoring van effecten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onvoldoende landelijke kosten-effectiviteitsstudies;</li> <li>• Trage aanpassing bekostiging;</li> <li>• Gebrek aan structurele stimulans.</li> <li>• Ontbreken van kosten-/duurzaamheid-effectiviteitsstudies.</li> <li>• Geen passend bewijs en daardoor geen draagvlak.</li> <li>• Variërend intramurale vs. extramurale zorginkoop; en variërend per zorgverzekeraar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontwikkelen landelijke standaard;</li> <li>• Aanpassen bekostiging (DBC-structuur/GVS);</li> <li>• Stimuleren onderzoek naar milieu- en kosteneffecten</li> <li>• Landelijke monitoring.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerie van VWS;</li> <li>• NZa;</li> <li>• Zorgverzekeraars:</li> <li>• Beroepsverenigingen (e.g. FMS, NHG, NVZA, NVIC);</li> <li>• ZEGG.</li> </ul>	-

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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:** voorlichting van patiënten en scholing van zorgverleners kunnen snel (< 1 jaar) worden ingevoerd; ziekenhuisbreed beleid en integratie in administratieve systemen vragen meer tijd (1–3 jaar); landelijke structurele bekostiging en richtlijnen vergen > 3 jaar.
- **Kosten:** minder medicatiespillage en besparing op medicatiekosten en tijd van verpleegkundigen; mogelijke uitdagingen zijn dubbele bekostiging.
- **Randvoorwaarden:** werkafspraken, scholing van personeel, goede registratie in het EPD, duidelijke communicatie met patiënten. Landelijk beleid en bekostiging moeten aansluiten om structurele implementatie te waarborgen.
- **Barrières:** zorgen over medicatieveiligheid (kwaliteit van meegebrachte medicatie, afwijkende verpakking/barcodes), onbekendheid met het proces, administratieve lasten en ontbreken van structurele landelijke stimulansen. En het maken van financiële afspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars (e.g. verschil in inkoopbeleid).
- **Acties:** gericht op bewustwording en scholing (micro), ontwikkeling van beleid, pilots en afspraken met zorgverzekeraars (meso), en landelijke richtlijnen, bekostiging en monitoring (macro).