

Bijlage Implementatieplan – Submodule Medicatiedistributiesystemen

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 Medicatiedistributiesystemen

	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: minder verspilling; tijdswinst door minder retourstromen. • Negatief: gewinning aan nieuwe processen kost tijd. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inzicht in voorraadbeheer; • Duidelijke instructies over retourproces; • Scholing over duurzaam distributiegedrag; goede communicatie met apotheek. 	<ul style="list-style-type: none"> • Onbekendheid met nieuwe werkwijzen; • Gebrek aan urgentiebesef; • Onduidelijke werkafspraken; • Tijdsdruk. 	<ul style="list-style-type: none"> • Scholing volgen; • Verpakkingscontrole en tijdig melden van overschotten; • Registratie en analyse van verspilling; • Toepassen van afgesproken retourprocedures; • Bewust omgaan met afdelingsvoorraden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundigen; • Voorschrijvers; • Apothekersassistenten. 	Aandacht voor duurzaamheid kan geïntegreerd worden in bestaande kwaliteits- en veiligheidsprogramma's.
Ziekenhuis (meso niveau)	<ul style="list-style-type: none"> • Positief: lagere verspilling, efficiëntere logistiek, lagere afvalverwerkingskosten. • Negatief: investeringen in ICT/automatisering; kosten en baten niet in hetzelfde budgetten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geautomatiseerd voorraadbeheer; • Integratie met EPD; • Ziekenhuisbreed beleid duurzaamheid farmacie; • Samenwerking apotheek-afdelingen; • Data-inzicht in verspilling. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investerings in ICT/automatisering • Beperkte capaciteit apotheek; • Weerstand tegen wijziging van processen; • Onbekendheid bij inkoop en logistiek. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementeren van geautomatiseerd voorraad- en distributiesysteem; • Instellen van monitoring en analyse (verspilling, retourstromen); • Vastleggen van beleid t.a.v. hergebruik en distributie; • Pilots met optimalisatie van distributie; • Opstellen businesscases. 	<ul style="list-style-type: none"> • Raad van Bestuur; • Apothekers; • ICT; • Inkoop/logistiek; • Kwaliteitscommissie. 	Gebruik van erkende platforms voor medicatie-uitwisseling kan verspilling verder verminderen.

	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
Zorgsysteem/zorg-organisatie (macro niveau)	<ul style="list-style-type: none"> • Positief: minder verspilling op systeemniveau; lagere milieubelasting. • Negatief: inrichtings- en beleidskosten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landelijke kaders voor duurzaamheid in distributie; bekostiging die hergebruik/retourstromen stimuleert; landelijke richtlijnen voor medicatie-uitwisseling. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen landelijke bekostiging; • Gebrek aan beleidsmatige stimulans; • Traagheid in regelgeving. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkelen landelijke standaarden; • Opnemen duurzaamheid in bekostiging; • Stimuleren onderzoek naar beste distributiemodellen; • Landelijke monitoring en analyse van medicijnverspilling. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerie van VWS; • NZa; • Zorgverzekeraars • Beroepsverenigingen (NVZA, FMS); • ZEGG. 	Europese richtlijnen kunnen implementatie ondersteunen.

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:** Automatisering en optimalisatie van distributie vragen 1–3 jaar implementatietijd.
- **Kosten:** ICT- en logistieke investeringen leveren besparing op door minder verspilling en efficiënter beheer.
- **Randvoorwaarden:** Geautomatiseerd voorraadbeheer, inzicht in verspilling en duidelijke retourprocedures zijn vereist.
- **Barrières:** Investerings, weerstand tegen procesverandering en ICT-uitdagingen kunnen vertraging veroorzaken.
- **Acties:** Voorraadprocessen automatiseren, verspilling monitoren en ziekenhuisbreed beleid ontwikkelen.