

## **Businessplan Apotheek Service Punt Isala klinieken**

**Versie 09.1**

**W.Hospes, hoofd afdeling Klinische Farmacie**

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>3</b>
1.1	Apotheek Service Punt .....	
1.2	Conceptnorm Medicatieoverdracht .....	
1.3	Concept voorstel herinrichting preoperatief proces .....	
1.4	Meerjarenplan ISALA veilig. ....	
<b>2.</b>	<b>Businessplan ASP Isala klinieken.....</b>	<b>4</b>
2.1	Businessplan .....	4
<b>3.</b>	<b>Motivatie ASP ISALA klinieken .....</b>	
3.1	Ziekenhuisapothek (afdeling Klinische Farmacie) .....	5
3.2	Openbare apotheken .....	5
3.3	Medisch specialisten, verpleegkundigen, huisartsen .....	5
3.4	Isala klinieken .....	5
<b>4</b>	<b>Huidige situatie .....</b>	<b>6</b>
4.1	Voor opname.....	6
4.2	Opnamemedicatie .....	6
4.3	Ontslagmedicatie .....	6
4.4	ICT en digitale gegevensuitwisseling .....	6
4.5	Knelpunten huidige situatie .....	7
<b>5</b>	<b>Gewenste toekomstige situatie .....</b>	<b>8</b>
5.1	Voor opname.....	8
5.2	Opnamemedicatie .....	8
5.3	Ontslagmedicatie .....	8
5.4	ICT .....	8
5.5	Taken ASP.....	8
<b>6</b>	<b>Overwegingen kosten ASP .....</b>	<b>10</b>
6.1	Patiënten .....	10
6.2	Routing patiënt en locatie ASP .....	10
6.3	Fysieke inrichting ASP .....	10
6.4	ICT .....	10
6.5	Formatie .....	10
6.6	Deskundigheidsbevordering apothekersassistenten .....	10
6.7	Organisatiestructuur/ Projectondersteuning .....	11
<b>7</b>	<b>Kosten ASP.....</b>	<b>12</b>
7.1	Begroting ASP Isala klinieken (2009, eerste jaar) .....	12
7.2	Begroting ASP Isala klinieken (2010, tweede jaar).....	12
7.3	Begroting ASP Isala klinieken (2011, en verder) .....	12
<b>8</b>	<b>Opbrengsten .....</b>	<b>13</b>
8.1	Kwalitatieve opbrengsten .....	13
8.2	Financiële opbrengsten, besparingen .....	13
8.3	Overzicht besparingen .....	15
8.4	Financieringsbronnen ASP .....	15
<b>9.</b>	<b>Effectmonitoring.....</b>	<b>17</b>
9.1	Indicatoren.....	17
<b>10.</b>	<b>Plan van Aanpak.....</b>	<b>18</b>
10.1	Indicatoren.....	18

## 1 Inleiding

### 1.1 Apotheek service punt (ASP).

Uit diverse onderzoeken en in de praktijk is gebleken dat er vaak fouten ontstaan in medicatiegebruik van patiënten rondom opname in en ontslag uit het ziekenhuis. Voorbeelden van dergelijke fouten zijn dubbelmedicatie, verkeerde medicijnen, verkeerde doseringen, onjuiste combinaties van geneesmiddelen die interacties kunnen veroorzaken en/of langdurig gebruik van een geneesmiddel dat voor kortdurend gebruik bedoeld was.

Dit soort medicatiefouten ontstaan in de overdracht tussen zorgaanbieders omdat de juiste actuele medicatie van de patiënt niet eenduidig bekend is. Geen van de bij opname en ontslag betrokken partijen, te weten de patiënt, huisarts en (ziekenhuis)apotheker, blijkt een volledig en betrouwbaar (juist) medicatieoverzicht aan te kunnen leveren. Om medicatieproblemen rondom opname en ontslag aan te kunnen pakken worden in toenemende mate zogenaamde Apotheek Service Punten (ASP's) opgericht.

ASP's zijn transferpunten in ziekenhuizen voor opname- en ontslagmedicatie. Ze worden veelal bemand door ervaren apothekersassistenten onder supervisie van een ziekenhuisapotheker. ASP's spelen een belangrijke rol in goede, veilige en doelmatige patiëntenzorg door het leveren van een goed medicatieoverzicht, het vermijden van fouten en het voorkomen van onnodig chronisch gebruik en verspilling.

Het in kaart brengen van de medicatie en (voorbereiding van) het voorschrijven bij het preoperatieve spreekuur en/of opname en ontslag kan een aanzienlijke tijds winst opleveren voor de medisch specialist c.q. zaalarts. Het completeren van onvolledige recepten, het aanpassen van recepten die niet aan de eisen voldoen (opiumwet) en het oplossen van logistieke problemen levert tijds winst voor de openbare apotheker. Het terugomzetten van medicatie vanuit het ziekenhuisformularium naar oorspronkelijke thuismedicatie en het voorkomen van chronisch gebruik levert voor de zorgverzekeraar een aanzienlijk financieel voordeel.

Inmiddels beschikt ongeveer de helft van alle ziekenhuizen over een ASP.

Een ASP sluit goed aan bij het onlangs in Nederland gelanceerde veiligheidsprogramma "Voorkom schade, werk veilig". Dit programma, dat is opgezet om 50% reductie te realiseren van onbedoelde fouten, omvat een tiental thema's, waaronder het voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, met name bij overdrachtmomenten.

Dit veiligheidsprogramma omvat twee pijlers:

1. Reduceren van vermijdbare onbedoelde schade met 50%  
Om de vermijdbare onbedoelde schade in ziekenhuizen met 50% te reduceren, zijn op basis van patiëntveiligheidsonderzoek van EMGO/NIVEL tien actuele thema's vastgesteld. Voor elk van deze thema's is een specifieke doelstelling bepaald, die gedurende de looptijd van dat thema bereikt moet worden. Thema 4 is "het voorkomen van medicatiegerelateerde fouten, met name bij overdrachtmomenten".
2. Invoeren van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS)  
Met een VMS kunnen ziekenhuizen continu risico's signaleren en verbeteringen doorvoeren. Daarnaast kunnen ze beleid vastleggen, evalueren en aanpassen. Vanaf 1 januari 2008 zijn ziekenhuizen verplicht een VMS in te voeren, zodat systematisch en gestructureerd aan veiligheid kan worden gewerkt.

### 1.2 Conceptnorm medicatieoverdracht/ medicatieverificatie

In 2007 is de Conceptnorm Medicatieoverdracht <sup>1</sup> vastgesteld. Deze norm is opgesteld onder de verantwoordelijkheid van een groot aantal koepels in de zorg, waaronder de Orde, NVZA en NVZ. De norm sluit goed aan bij het eerder genoemde veiligheidsprogramma. In de norm zijn de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgprofessionals bij het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen uitgewerkt. Implementatie van dezer norm is niet vrijblijvend: in 2011 zal aan de norm moeten worden voldaan.

In twee regels samengevat komt het erop neer dat de voorschrijver op het moment van voorschrijven over een kloppend, actueel medicatieoverzicht moet beschikken. De apotheker moet dit proces organiseren. Dit is alleen mogelijk als hiertoe voldoende middelen ter beschikking worden gesteld.

### **1.3 Concept voorstel inrichting preoperatief proces**

Er is inmiddels een concept voorstel inrichting preoperatief proces opgesteld. Hiermee wordt beoogd het preoperatieve proces te stroomlijnen en te verbeteren. Dit initiatief sluit feitelijk naadloos aan bij de inspanning van de afdeling Klinische Farmacie om een ASP op te richten. Er moet aansluiting gezocht worden tussen beide activiteiten, omdat ze elkaar kunnen versterken.

### **1.4 Meerjarenplan ISALA Veilig. Patientveiligheid in de ISALA klinieken november 2008-2012**

De afdeling KF onderschrijft de visie en de missie van de ISALA klinieken ten aanzien van patientveiligheid. In het meerjarenplan wordt aangegeven dat de ISALA Klinieken in 2009 een start wil maken met de eerste vier thema's van het landelijke veiligheidsprogramma. Thema 4 , medicatieoverdracht is vrijwel synoniem met de uitrol van een ISALA-breed actief ASP. Voor de realisatie hiervan wil de afdeling KF aansluiten bij de in het meerjarenplan voorgestelde organisatievorm (zie ook 6.7).

## **2. Businessplan ASP Isala klinieken**

### **2.1 Businessplan**

De afdeling Klinische Farmacie heeft de wens om een ASP in de Isala klinieken te starten. Alvorens over te gaan tot het opzetten van dit transferpunt is inzicht nodig in de kosten en zo mogelijk baten ervan, uiteengezet in een businessplan ASP Isala. Dit businessplan is mede gebaseerd op een eerder opgesteld businessplan in 2006 in samenwerking met DGV (Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; [www.dgv.nl](http://www.dgv.nl)).

### **3 Motivatie ASP Isala klinieken**

#### **3.1 Ziekenhuisapothek (afdeling Klinische Farmacie)**

Al langere tijd bestaat de behoefte vanuit zowel de ziekenhuisapothek als de openbare apotheken uit het adherentiegebied van het ziekenhuis om de kwaliteit van opname- en ontslagmedicatie te verbeteren.

De landelijke trend wat betreft de ontwikkeling van farmaceutische transferpunten, het bestaan van andere succesvolle transferpunten, de profilering van de ISALA klinieken op het gebied van patiëntveiligheid (center of excellence) en het onderwerp medicatieveiligheid als speerpunt van beleid van de afdeling nu en in de toekomstige jaren vormen met de verplichting tot implementatie van de conceptnorm Medicatieoverdracht de aanleiding tot het willen opzetten van een ASP.

Door de komst van het ASP kan er efficiënter gewerkt worden, komen medicatiegegevens sneller beschikbaar, verbetert de kwaliteit van zorg, worden medicatiefouten vermeden en kan het voorschrijfgedrag van specialisten en huisartsen beïnvloed worden. Via juiste medicatiebestanden in het ziekenhuis apotheekstelsel Zamicom kan er medicatiebewaking door de ziekenhuisapotheker plaatsvinden.

#### **3.2 Openbare apotheken**

De openbare apothekers delen de motivatie van de ziekenhuisapothek voor een ASP in de Isala klinieken. De behoefte aan duidelijke, volledige recepten, betrouwbare medicatiebestanden en daaraan gerelateerd een verbeterde medicatieveiligheid, efficiency en het oplossen van de onduidelijke ontslagmedicatie vormen de aanleiding tot het willen oprichten van een ASP. Daarnaast zien de openbare apothekers de mogelijkheid om via het ASP af te stemmen en afspraken te kunnen maken over het voorschrijven van geneesmiddelen en verbandmiddelen in de eerste en tweede lijn. Ze zien het ondersteunen van de oprichting van een ASP als hun taak voor een volledig dekkende medicatiebegeleiding van hun ingeschreven patiënten en een uitbouw van de samenwerking met de Isala klinieken. Zij ervaren het ontbreken van een ASP voor de regio Zwolle als een lacune.

#### **3.3 Medisch specialisten, verpleegkundigen, huisartsen**

Voor de medisch specialisten, arts-assistenten, huisartsen en de verpleegkundigen op de afdeling, zal de komst van een ASP tijdswinst opleveren en de kwaliteit van de medicatiedossiers verbeteren. Ze zullen beter en sneller geïnformeerd zijn over het totale medicijngebruik van de patiënten, de kans op medicatiefouten neemt af en de kwaliteit van zorg neemt toe.

#### **3.4 Isala klinieken**

Voor het ziekenhuis betekent de komst van een ASP een kwaliteitsverbetering van de farmaceutische zorg aan patiënten. Veilig geneesmiddelengebruik en doelmatig voorschrijfgedrag van specialisten en huisartsen kan door activiteiten van een ASP beïnvloed worden. Via de organisatie(structuur) en processen van een ASP kan ook – bijvoorbeeld voor de zorgverzekeraar - goed inzichtelijk gemaakt worden hoe er aan transmurale medicatieveiligheid en doelmatigheid gewerkt wordt. De relatie tussen de eerste- en de tweedelijns gezondheidszorg wordt versterkt. Het oprichten van een ASP in de Isala klinieken sluit goed aan bij de nota 'Strategie: aanjager van vernieuwing' van de Raad van Bestuur en het Stafbestuur Isala klinieken (februari 2005). De nieuwe strategie nodigt verschillende organisatieonderdelen uit om initiatieven te nemen en plannen te ontwikkelen. Het ontwikkelen van een Apotheek Service Punt past bij het strategische thema 'Versterken van de basiszorg'. Het maakt de (farmaceutische) patiëntenzorg efficiënter, goedkoper en meer servicegericht. Het realiseren van een ASP bevordert daarnaast de patiëntveiligheid, doel van het Kenniscentrum Patiëntveiligheid (Centre of Excellence, Isala klinieken).

## 4 Huidige situatie

### 4.1 Voor opname/preoperatieve screening.

Wanneer besloten wordt tot opname van een patiënt voor operatie wordt deze opgeroepen voor een intakegesprek op de polikliniek anesthesie voor preoperatieve screening. De opname van de patiënt vindt dan doorgaans vier tot zes weken later plaats. Medicijngebruik is slechts een klein onderdeel van dit preoperatieve gesprek. De overige patiënten krijgen een intakegesprek op de afdeling, dat ook het medicatiegebruik van de patiënt omvat. In beide situaties vindt er geen inhoudelijke communicatie met de afdeling Klinische farmacie plaats. De pilot projecten (ForU, Chance@home) van de afdeling Klinische farmacie, gericht op farmaceutische intakegesprekken bij orthopediepatiënten en hartfalen-patiënten hebben als doel het genereren van een juist overzicht van de juiste medicatie van de patiënt op de dag van de opname, het beschikbaar zijn van het juiste geneesmiddel op de afdeling, het kunnen uitvoeren van volledige medicatiebewaking en het verminderen van het aantal medicatiefouten.

### 4.2 Opnamemedicatie

Op de verpleegafdeling heeft de verpleegkundige een intakegesprek met de patiënt. In dit gesprek worden de meegebrachte medicijnen van de patiënt besproken, waarna deze weer aan de patiënt of aan zijn familie mee naar huis worden gegeven.

### 4.3 Ontslagmedicatie

Bij ontslag wordt op de afdeling door de verpleegkundige op grond van de medicatielijst in de status en bij de patiënt nagegaan wat de thuismedicatie van de patiënt is. De patiënt krijgt een medicatiekaart (soms) en eventueel nieuwe recepten mee voor de openbare apotheker.

### 4.4 ICT en digitale gegevensuitwisseling

Zowel binnen de Isala klinieken als de meeste openbare apotheken in Zwolle en de directe omgeving wordt gebruik gemaakt van systemen van de firma Pharmapartners. Via dit computersysteem kunnen gegevens over de afleverhistorie geleverd worden. Enkele apotheken maken gebruik van Euroned of Aposys. De afdeling Klinische Farmacie van de Isala klinieken maakt gebruik van het pakket Zamicom. Het ziekenhuissysteem Zamicom levert het medicatietransport in het ziekenhuis.

Verder wordt er binnen de Isala klinieken gebruik gemaakt van het elektronische patiëntendossier 'EriDanos'. Binnen dit systeem is een voorschrijfsysteem ontwikkeld. Vanuit dit voorschrijfsysteem kunnen recepten via elektronische weg aan de Klinische Farmacie (HL7) worden aangeleverd. EriDanos fungeert als een soort kijkdoos, verzamelt alle softwaregegevens en presenteert alle beschikbare gegevens aan de eindgebruiker (bijvoorbeeld medisch specialist).

Ten behoeve van de Dienstwaarneming Apotheken is een centrale verwijzindex ingericht (OZIS). Deze wordt gebruikt door de regio apothekers evenals de huisartsen en de Isala klinieken die vanuit EriDanos medicatiegegevens kunnen opvragen. Er is een gebruikersovereenkomst EriDanos tussen de openbare apothekers regio Zwolle en de Isala klinieken. Alle OZIS verbindingen lopen via E-health dan wel E-zorg. Iedere apotheek betaalt die uit eigen middelen in verband met de aansluiting op de dienstapothek. Het Isala-netwerk is ook gekoppeld met zowel E-Zorg als E-Health.

Naast bovenstaand systeem wordt op dit moment het pakket ZorgDossier ingericht ten behoeve van gebruik door de huisartsen Zwolle/Kampen (HIS). Het is de bedoeling dat ook vanuit dit systeem recepten richting de apotheken gestuurd zullen gaan worden. ZorgDossier wordt gehost door Isala ICT (IC2it). Hiermee zijn de huisartsen uit Zwolle en Kampen die van dit pakket gebruik (gaan) maken rechtstreeks aangesloten op de Isala-infrastructuur. De kosten voor aansluiting op de externe netwerken worden betaald door IC2it. Deze kosten worden deels doorbelast aan derden die gebruik maken van deze verbinding dan wel gefinancierd vanuit lopende projecten binnen de Isala klinieken zoals het project 'Elektronisch Medicatiedossier'. De servers in kwestie (OZIS) zijn het eigendom van IC2it.

IC2it heeft inmiddels de koppeling 'EriDanos' met het Landelijk Schakelpunt (LSP) succesvol afgerond. Tijdens de Proof of Concept, die uitgevoerd werd in samenwerking met Nictiz, werd aangetoond dat medicatiegegevens uit EriDanos veilig konden worden uitgewisseld met het Landelijk Schakelpunt (LSP). Daarmee voldoet EriDanos aan alle eisen van een Goed Beheerd Zorgsysteem (GBS) en komt het als eerste Elektronisch Dossier in Nederland in aanmerking voor de XIS-typegoedkeuring.

De Isala klinieken zijn actieve leden van zowel de stichting OZIS als van HL7 Nederland.

#### 4.5 Knelpunten huidige situatie

Knelpunten van huidige situatie zijn:

- Onbetrouwbare opnamemedicatie,
- Onduidelijke, onvolledige recepten,
- Opname- en ontslagmedicatie als grootste foutenbron in de medicatieoverzichten,
- Onbetrouwbare ontslagmedicatie (bijvoorbeeld verschil tussen de medicatiekaart en het ontslagrecept). Lang niet altijd is duidelijk welke medicatie de patiënt na ontslag moet doorgebruiken: de patiënt niet, de huisarts niet, de ziekenhuisapotheker niet en specialist ook niet. De openbare apotheker 'puzzelt' dan en komt tot zijn eigen conclusie, eigen invulling,
- Inefficiënte, niet op elkaar afgestemde werkwijzen,
- Logistieke problemen bij ontslag voor het weekend, de zogenaamde vrijdagmiddagproblematiek. Deze problematiek heeft betrekking op de situatie van patiënten die bij ontslag uit het ziekenhuis op vrijdag om 17.00 uur met een onduidelijke medicatielijst en/of recepten voor hun geneesmiddel(en) in de apotheek komen. De onduidelijkheid, het ontbreken van de mogelijkheid tot overleg met de arts/ziekenhuis en/of het niet op voorraad hebben van het betreffende geneesmiddel, hulpmiddel of verbandmiddel zo vlak voor het weekend zijn enkele voorbeelden van deze problematiek,
- Verspilling; extra kosten als gevolg van transferverlies, bijvoorbeeld wanneer het medicatieoverzicht over het medicijngebruik zo onduidelijk geworden is, dat de patiënt geadviseerd wordt alle medicatie in te leveren bij de openbare apotheek en 'opnieuw te beginnen'.

## 5 Gewenste toekomstige situatie

### 5.1 Voor opname

Bij het bekend worden van de datum van opname of bij het preoperatief consult wordt de huisapotheker om de afleverhistorie van de betreffende patiënt gevraagd of wordt de afleverhistorie opgehaald. Bij voorkeur gebeurt dit digitaal via OZIS, anders via faxverkeer.

### 5.2 Opnamemedicatie

Er wordt door de apothekersassistente van het ASP een actuele medicatielijst gemaakt op grond van:

- de – bij voorkeur digitaal aangeleverde – afleverhistorie vanuit de openbare apotheek,
- de verwijfsbrief van huisarts en/of specialist,
- de meegebrachte doosjes medicijnen van de patiënt,
- het intakegesprek met de patiënt en
- gegevens uit het ziekenhuisapothekerssysteem.

Controle op mogelijke interacties, dubbelmedicatie en dergelijke vindt plaats. Tevens zal voor het verblijf in het ziekenhuis actieve substitutie plaatsvinden naar het voor het ziekenhuis meest voordelige geneesmiddel. Bij geplande opnames zal vlak voor de operatie aan patiënten worden gevraagd of daadwerkelijk medicatie is gestopt, zoals eerder afgesproken bij de preoperatieve screening.

De actuele lijst wordt opgeslagen in Zamicom en Eridanos en het patiëntendossier, de status, gevoegd.

### 5.3 Ontslagmedicatie

Bij voorgenomen ontslag krijgt het ASP een seintje van de verpleegafdeling en maakt de apothekerassistente vervolgens op basis van het actuele dossier en voorgeschreven nieuwe medicatie een voorstel voor ontslagmedicatie. Ook zal worden nagegaan of medicatie gestopt bij opname weer moet worden herstart. Het voorstel voor ontslagmedicatie dient ondertekend te worden door de arts en wordt vervolgens - in overleg met de patiënt en bij voorkeur digitaal - gecommuniceerd met de openbare apotheek van keuze en naar de huisarts gestuurd. Alle wijzigingen, stopopdrachten en dergelijke worden op het voorstel aangegeven. De apothekersassistente van het ASP communiceert – waar nodig - gedurende het hele (ziekenhuis)traject van de patiënt met alle (farmaceutisch) betrokkenen zoals de verpleging, de openbare apotheek, de ziekenhuisapotheker, de medisch specialist (zaalartsen), eventueel huis-/verpleeghuis-/verzorgingshuisarts, de zorgverzekeraar (machtigingen) en natuurlijk de patiënt zelf.

### 5.4 ICT

De gewenste situatie betreffende digitale uitwisseling van gegevens is als volgt.

- Via OZIS komt thuismedicatie (afleverhistorie) vanuit de openbare apotheek binnen in EriDanos op bijvoorbeeld een tabblad thuismedicatie,
- Met 'knippen en plakken', dus niet overtypen, wordt actuele opnamemedicatie na verificatie als klinische informatie (bijvoorbeeld tabblad klinisch) gepresenteerd in EriDanos als een zgn. voorbereid recept.
- Na accordering van de opnamemedicatie wordt het actuele medicatieoverzicht geautoriseerd door de hoofdbehandelaar en als Voorlopige MedicatieOpdracht aan de ziekenhuisapothek digitaal verzonden (Zamicom/EriDanos). In de ziekenhuisapothek wordt de set van Voorlopige MedicatieOpdrachten na de gebruikelijke controles verwerkt tot Definitieve MedicatieOpdrachten,
- Bij ontslag wordt er een voorstel ontslagmedicatie gemaakt gebaseerd op de medicatielijst Zamicom/EriDanos. Dit voorstel wordt op papier en/of digitaal aangeboden aan de arts op de afdeling ter accordering en ondertekening,
- De ontslagmedicatie wordt digitaal verzonden aan de – door de patiënt aangegeven - openbare apotheek. Deze kan de ontslagmedicatie inlezen als waarneemreceptuur (uitprinten) en het medicatiebestand van zijn cliënt aanpassen.

Voor het optimaal functioneren van deze digitale omgeving, dient de bewustwording van alle betrokkenen ten aanzien van deze werkwijze, proactief gestimuleerd te worden. Dit, om alle voordelen ervan uit te benutten.

### 5.5 Taken ASP

Wanneer het ASP volledig ingericht is, zullen de volgende taken uitgevoerd worden:

- Ophalen/-vragen afleverhistorie/medicatielijst bij de openbare apotheek (OZIS, fax) voor een opname of ten behoeve van het preoperatieve consult.



- Interventie opnamemedicatie aan de hand van de medicatielijst (afleverhistorie), de verwijfsbrieven, het gesprek met de patiënt, door de patiënt meegebrachte doosjes medicijnen, consultatie (verpleeg)huisarts, openbare - en ziekenhuisapotheker. Opnamemedicatie 4-6 weken voor de geplande opnames. Vlak voor de operatie zal aan patiënten worden gevraagd of daadwerkelijk medicatie is gestopt, zoals eerder afgesproken bij de preoperatieve screening.
- Opnamemedicatie ongeplande opnames (spoed).
- Voorstel ontslagmedicatie, inclusief afgesproken (terug)omzettingen naar thuismedicatie en/of generieke geneesmiddelen en beoordeling van het eventueel staken of afbouwen van in het ziekenhuis gestarte medicatie.
- Verzenden en kopiëren (bij voorkeur digitaal) van ontslagmedicatie naar de openbare apotheker en huisarts.
- Communicatie over te gebruiken hulp- en verbandmiddelen, inclusief het omzetten van afdelingsvoorkeuren naar het algemene assortiment van de gemiddelde openbare apotheek.
- Ontwikkelen en onderhouden van protocollen.
- Optioneel: verzorgen van machtigingen en het communiceren (faxen) ervan naar de zorgverzekeraar.

Alle ASP activiteiten vinden plaats onder operationele aansturing van de afdeling Klinische Farmacie, waarvan het ASP deel uitmaakt.

## **6 Overwegingen kosten ASP**

### **6.1 Patiënten**

Uiteindelijk zullen alle patiënten – gepland en ongepland - uitgezonderd de dagopnames, die in het ziekenhuis worden opgenomen, door het ASP gezien worden.

### **6.2 Routing patiënt en locatie ASP**

Bij voorkeur krijgt het ASP een centrale plek in het ziekenhuis. Het ligt voor de hand op één locatie te beginnen.

### **6.3 Fysieke inrichting ASP**

ASP opnamemedicatie

Er is per locatie kantoorruimte nodig waar uiteindelijk drie tot vier computers, een of twee faxapparaten en kantoorinrichting geplaatst kunnen worden. Daarnaast is er een aparte ruimte nodig, geschikt voor het voeren van de farmaceutische intakegesprekken. Bij ongeplande opnames zal door de apothekerassistente medicatieverificatie plaatsvinden op de verpleegafdeling bij de patiënt.

ASP ontslagmedicatie

Vanuit de zogenaamde deotheken (in de nieuwbouw) of door de apothekersassistenten op de verpleegafdelingen kan een voorstel voor ontslagmedicatie gemaakt worden en kan het daaraan gerelateerde overleg met verpleging, patiënt en arts plaatsvinden.

### **6.4 ICT**

Gezien de vele initiatieven en projecten op ICT gebied (zie 4.4) die momenteel al in de Isala klinieken, openbare apotheken en huisartsen plaatsvinden, zullen aanpassingen op ICT gebied gericht op digitale uitwisseling van medicatiegegevens deels ten laste komen van het op te richten ASP.

### **6.5 Formatie**

Het hoofd van de afdeling Klinische Farmacie heeft een aansturende functie naar het ASP en haar medewerkers.

Het inzetten van een ziekenhuisapotheker farmaceutische patiëntenzorg, die zich voor een groot deel van zijn formatie volledig kan bezighouden met het ontwikkelen van het ASP vanaf het begin is noodzakelijk. Zowel inhoudelijk als organisatorisch zal deze zich bezig houden met het ASP en alle zorgverleners en andere betrokkenen bij het ASP. De ziekenhuisapotheker wordt geconsulteerd in verband met interacties, (pseudo)dubbelmedicatie, doseringen en andere onduidelijkheden inzake de medicatie van de patiënt. Daarnaast zal de apotheker zich richten op het doen van onderzoek om via het ASP betere kwaliteit van farmaceutische zorg te verlenen aan bepaalde patiëntengroepen en proces- en effectevaluatie van het ASP te realiseren. Een projectapotheker ter ondersteuning van de ziekenhuisapotheker gedurende het eerste jaar na de formele start lijkt zeer gewenst om de implementatie van de activiteiten van het ASP te ondersteunen.

Apothekersassistenten

Als vuistregel geldt dat voor zowel elke 5.000 opnames als voor elke 5000 ontslagen 1 fte apothekersassistente moet worden ingezet. Het is redelijk te veronderstellen dat voor de grotere ziekenhuizen met een groter aantal opnames/ontslagen per fte kan worden gerekend. De praktijk zal dat moeten leren.

Voor de Isala klinieken ( 40.000 opnames per jaar) betekent toepassing van de vuistregel dat 16 fte (= € 660.000,=), aan te nemen over een periode van 1-3 jaar. Dat is een forse investering , maar deze kan worden "terugverdiend" doordat bij de preoperatieve screening en verpleegkundigen en artsen op de afdeling een grote tijdsbesparing wordt gerealiseerd bij het in kaart brengen van de opname- en uiteindelijke ontslagmedicatie, en binnen de afdeling Klinische Farmacie doordat medicatieoverzichten direct kloppend en compleet zijn. Door het proces efficiënt te organiseren is wellicht geen 16 fte nodig, maar kan met een beperktere inzet van personeel worden volstaan.

### **6.6 Deskundigheidsbevordering apothekersassistenten**

Tot voor kort was er in de ziekenhuisapotheek weinig contact met patiënten.

Apothekersassistenten van een ASP zullen juist wel veel interactie met de patiënt hebben.

Deskundigheidsbevordering in de vorm van een communicatietraining, een training gespreksvaardigheden, is zinvol. In de begroting wordt een dergelijke training opgevoerd. De prijs van deze training is gebaseerd op afname van de training "Gespreksvaardigheden

apothekersassistenten" van DGV. Er kan vanzelfsprekend ook gekozen worden voor een andere aanbieder van dergelijke trainingen.

### **6.7 Organisatiestructuur/ Projectondersteuning**

Voor het realiseren van het ASP ISALA klinieken wordt aansluiting gezocht bij bestaande structuren: er is een stuurgroep ISALA Veilig opgericht om implementatie van de in het Veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' genoemde thema's in de ISALA klinieken te ondersteunen en te bewaken.

Per thema zal een expertgroep worden opgericht, ondersteund door een medewerker van de afdeling Kwaliteit. Deze draagvlak vormende expertgroep t.b.v. thema 4 (medicatieoverdracht) zou moeten bestaan uit vertegenwoordigers van de eerste en tweede lijn, nl.:

- 1 lid namens de lokale/regionale huisartsen vereniging (via MCC Klik),
- 1 lid namens de openbare apothekers in de regio,
- 1-2 leden namens de medische staf (anesthesioloog; internist of cardioloog, rol: clinical leader),
- 1 ziekenhuisapotheker (rol: clinical champion),
- projectondersteuning ( Mariëlle Masselink, rol: active agent).

Gezien de inmiddels landelijk opgedane ervaring met apotheekservicepunten, de Praktijkgids medicatieverificatie en de beschikbare conceptnorm Medicatieoverdracht lijkt de werklust van de expertgroep zich te kunnen beperken tot het op hoofdlijnen vaststellen van het proces voor de werkwijze in deze regio.

Het uitvoerende werk kan worden gedelegeerd aan de afdeling Klinische Farmacie, die inmiddels op beperkte schaal ervaring heeft met opname- en ontslagprojecten: ForU (Orthopedie) en Change@home (hartfalen).

## 7 Kosten ASP

### 7.1 Begroting ASP Isala klinieken (2009, eerste jaar)

Ziekenhuisapotheker	0,4 fte	
Projectapotheker (FG 65/0)	1,0 fte	€ 58.000,-- (bruto)
Apothekersassistente (FG 45/6)	4,0 fte	€ 165.000,-- (bruto)
Ruimte intakegesprekken Servicekosten , ICT infrastructuur		p.m
Computers, printer, randapparatuur e.d.	4 pc's +2 laserprinter (5 jaar),	€ 12.000
Faxapparaat	2 faxapparaat	€ 1.000
Telefonie freeset	2 sets à € 400,--	€ 800,--
Communicatietraining apothekersassistenten	Maximaal 16 apothekersassistenten	€ 4.000,--
ICT-voorzieningen: Aansluiting eHealthNet	eenmalig abonnement	€ 2.833,- € 1.608,-
Vorbereid recept	onderhoudskosten	pm
<b>Totaal</b>		<b>€ 245.241</b>

### 7.2 Begroting ASP Isala klinieken (2010, tweede jaar)

Ziekenhuisapotheker	0,2 fte	
Apothekersassistente (FG45/6)	8,0 fte	€ 330.000,-- (bruto)
Ruimtes, servicekosten,		pm
Computer, abonnementstarief inclusief netwerk	4 pc's (2 pc's erbij t.o.v. 2009) plus monitoren	€ 10.000
Telefonie free-set	4 sets à € 400,--	€ 1.600,--
ICT-voorzieningen Aansluiting eHealthNet	Abonnement	€ 1.608,-- (per jaar)
Vorbereid recept	onderhoudskosten	pm
<b>Totaal</b>		<b>€ 343.208,--</b>

### 7.3 Begroting ASP Isala klinieken (2011, en verder)

Ziekenhuisapotheker	0,2 fte	
Apothekersassistente	16,0 fte	€ 660.000,-- (bruto)
Ruimtes, servicekosten,		pm
Aansluiting eHealthNet	Abonnement	€ 1608
<b>Totaal</b>		<b>€ 661.608</b>

## 8 Opbrengsten

### 8.1 Kwalitatieve opbrengsten

#### Ziekenhuis

- Verbeteren medicatie-/patiëntveiligheid
- Verhoging efficiëntie
- Verbetering kwaliteit van zorg
- Reductie fouten
- Versterking relatie eerste lijn.

#### Ziekenhuisapothek

- Verhoging efficiëntie
- verbetering kwaliteit van zorg
- vermijden medicatiefouten door medicatiebewaking
- beïnvloeding voorschrijfgedrag van specialisten en huisartsen

#### Openbare apotheek

- verbetering kwaliteit van zorg
- verhoging efficiëntie
- reductie fouten
- versterking relatie tweede lijn
- tijdsbesparing, per ontslag zou de openbare apotheker of de apothekersassistente netto 7-10 minuten tijdsinvestering kunnen besparen

#### Verpleegafdeling

- verhoging efficiëntie
- verbetering kwaliteit van zorg
- tijdsbesparing per opname/ontslag, zou de verpleegkundige netto 9 respectievelijk ( tenminste ) 7 minuten, dus in totaal 16 minuten per kunnen besparen.

#### Medisch specialisten/zaalartsen

- verbetering kwaliteit van zorg
- reductie fouten
- besparing tijd, per opname/ontslag zou de medisch specialist/zaalarts meer dan 8 minuten netto tijdsinvestering kunnen besparen.

#### Huisartsen/Apotheekhoudende huisartsen

- verbetering kwaliteit van zorg
- verhoging efficiëntie
- reductie fouten
- versterking relatie tweede lijn
- tijdsbesparing

#### Patiënten

- beter geïnformeerd
- vergrote patiëntveiligheid
- medicijnen staan klaar na ontslag

### 8.2 Financiële opbrengsten, besparingen

#### Foutenreductie

Groter dan 50% op patiëntniveau. Deze cijfers zijn gebaseerd op de aanname dat de uitkomsten van een ASP in de Isala klinieken vergelijkbaar zullen zijn met ASP's elders in het land.

#### Besparing zorgverzekeraar

De besparingen voor de zorgverzekeraar zijn voor een deel hypothetisch. In het Diaconessenziekenhuis Meppel komt men op een besparingsbedrag van € 32,75 per patiënt. In het Diaconessenziekenhuis Zeist door het korter voorschrijven (afleveren hoeveelheid voor 1 maand) € 12,10 en door afbouw/stoppen van medicatie € 77,42 per patiënt.

Omzettingen van ziekenhuis naar thuismedicatie geeft aanzienlijke besparingen voor de zorgverzekeraar.

## HARM

Uit gegevens van het HARM (Hospital Admission Related to Medicine) onderzoek (o.a. in het UMC Utrecht, UMCG en de Isala klinieken) blijkt dat zo'n 2,4% van alle de ziekenhuis(her)opnames gerelateerd is aan verkeerd medicijngebruik. 46 % Hiervan is potentieel vermijdbaar. Betere medicatiebegeleiding, waardoor deze vermijdbare schade daadwerkelijk kan potentieel 85 miljoen euro besparen. Voor de ISALA klinieken is dat een bedrag van ongeveer 2 miljoen euro.

*Gegevens HARM: Kosten SEH-bezoek € 137, kosten verpleegdag € 337, kosten IC 1684, gemiddelde verpleegduur 11,17 dagen, gemiddelde verblijfsduur IC 0,25 dag;  
 $40000 * 2,4/100 * 0,46 * (137 + 11,17 * 337 + 0,25 * 1684) = \text{ca. } 2 \text{ miljoen.}$*

Een ASP levert een grote bijdrage aan medicatie- en patiëntveiligheid. De aanname dat een ASP indirect, maar ook direct een besparing oplevert door het voorkomen van (her)opnames ten gevolge van fout medicijngebruik, is gerechtvaardigd. Het is echter niet goed aan te geven hoe groot het deel van bovengenoemde 2 miljoen euro is.

## Besparing ziekenhuis.

### Medicatieverificatie bij opname.

Uit onderzoek in het Zaans Medisch Centrum is gebleken dat door interventie bij opname een ASP de gemiddelde duur voor het in kaart brengen van een medicatieopdracht afneemt van 1,35 minuut naar 0,39 minuut. Het aantal vragen van de apotheek aan artsen en verpleegkundigen per patiënt (van 0,45 vraag naar 0,08 per patiënt) werd met 82% eveneens sterk gereduceerd. Bovendien konden vragen sneller worden beantwoord: de benodigde tijd daalde van 2,2 minuut naar 0,9 minuut.

Als deze resultaten worden toegepast op de situatie in de ISALA klinieken bekend dit, uitgaande van 40.000 opnames, met gemiddeld 7 medicatieopdrachten per patiënt, een netto tijdsbesparing voor (vooral) verpleegkundigen, artsen en zaalartsen van 6955 uur.

*Netto tijdsbesparing verpleegkundigen medicatieverificatie  $(40.000 * 7 * 1,35/60 = 6300 \text{ uur};$   
*Netto tijdsbesparingen verpleegkundigen, zaalartsen, medisch specialisten i.v.m. vragen  $40.000 * ((2,2 * 0,45 - 0,08 * 0,9)/60) = 655 \text{ uur};$  voor de berekening van de besparing wordt verondersteld dat de artsen hiermee de helft van deze 655 uur bezig zijn, en verpleegkundigen eveneens. Dit resulteert uiteindelijk in bruto tijdsbesparingen voor:**

*Verpleegkundigen van  $(6300 + 330) * 1,3 = 8619 \text{ uur}$*

*Medisch specialisten van  $325 * 1,3 = 423 \text{ uur}$*

### Medicatieverificatie bij ontslag.

Het onderzoek van het ASP Diaconessenhuis Zeist laat zien dat voor het voorbereiden van een accuraat ontslagrecept door een apothekersassistente, werkzaam binnen het ASP ongeveer 7 minuten nodig zijn. Gesteld mag worden dat hierdoor verpleegkundigen per ontslag tenminste 7 minuten wordt bespaard. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat orthopedisch chirurgen 12 minuten per ontslag wordt bespaard. Dat lijkt erg veel. Aangenomen wordt daarom dat ook voor medisch specialisten/zaalartsen 7 minuten per ontslag wordt bespaard.

*Netto tijdsbesparing verpleegkundigen:  $40000 * 7/60 = 4667 \text{ uur};$  netto tijdsbesparing medisch specialisten/zaalartsen eveneens 4667 uur.*

*Dit resulteert uiteindelijk in bruto tijdsbesparingen voor :*

*Verpleegkundigen van  $4667 * 1,3 = 6067 \text{ uur}$*

*Medisch specialisten van  $4667 * 1,3 = 6067 \text{ uur}$*

### Preoperatieve screening

Momenteel wordt voor een groot aantal patiënten o.m. de medicatie in kaart gebracht door verpleegkundigen preoperatief spreekuur bij de preoperatieve screening. Deze activiteit kan bij het realiseren van een ASP overgenomen door apothekersassistenten. Dezen lijken gegeven de werkzaamheden meer gekwalificeerd voor deze taak. Het is bij navraag moeilijk gebleken aan te geven hoeveel tijd bij overname bespaard wordt voor de verpleegkundigen tijdens de preoperatieve screening omdat – bij de huidige werkwijze – het in kaart brengen van de medicatie deel uitmaakt van de totale anamnese inclusief het beoordelen van de noodzaak tot respectievelijk het regelen van nazorg. Dit geldt evenzo voor de anesthesiologen. Inzet van het ASP zal de kwaliteit van de preoperatieve screening zonder meer verbeteren, en ook een substantiële besparing op leveren. De besparing is als pm aangegeven. De huidige preoperatieve screening is voor verbetering vatbaar. Daarom is (concept) voorstel opgesteld om het preoperatieve proces te herinrichten.

### Geneesmiddelenkosten

Per opname zou het ziekenhuis ongeveer € 1 kunnen besparen (gegevens ASP Diaconessenziekenhuis Meppel en ASP Diaconessenziekenhuis Zeist) door volledig omzetten naar het ziekenhuisassortiment.

Dit bedrag kan worden verhoogd door bij de opnamegesprekken meer duidelijke afspraken te maken over het doorgebruiken van bepaalde geneesmiddelen (m.n. voor meervoudig gebruik zoals inhalatiemedicatie, oogdruppels) van de patiënt in het ziekenhuis.

Er kan een extra besparing worden gerealiseerd doordat minder geneesmiddelen hoeven worden besteld die niet in het ziekenhuisformularium zijn opgenomen

### Besparing tijd ziekenhuisapotheker

Uit eerdere metingen is gebleken dat de ziekenhuisapotheker per locatie zo'n 2 uur kwijt is aan het verhelderen (bellen, overleggen) over onduidelijke medicatieoverzichten en medicijngebruik van opgenomen patiënten. Deze tijd (208 uur) wordt grotendeels bespaard door de komst van het ASP en kan effectiever gebruikt worden.

*(52\*2\*2=208 uur). Dit resulteert uiteindelijk in bruto tijdsbesparingen voor:*

*Ziekenhuisapothekers 208 \* 1,3 = 270 uur*

### Besparing tijd apothekersassistente

Het aantal vragen per patiënt in het eerder aangehaalde onderzoek uit het Zaans Medisch Centrum daalde van 0,45 per opname naar 0,08; de gemiddelde tijdsduur van 2,2 minuut naar 0,9 minuut. Op grond hiervan kan voor de situatie in de ISALA klinieken een besparing worden berekend van 447 uur.

*(( 40000 \* (0,45\*2,2- 0,08\*0,9)-208) =447 uur; 208 uur is de tijd benodigd door de ziekenhuisapotheker)*

*Dit resulteert uiteindelijk in bruto tijdsbesparingen voor:*

*Apothekersassistenten van 447 \* 1,3 = 581 uur*

### **Besparing tijd openbare apotheker**

Openbare apothekers in de regio hebben aangegeven afhankelijk van het aantal ontslagen patiënten per week eveneens ong. drie uur bezig te zijn met het overleggen, bellen, 'puzzelen' met onder andere onduidelijke medicatiebestanden (lijsten) en recepten. Dat is ong. 7 minuten per opname/ontslag. Uit andere regio's worden vergelijkbare gegevens gerapporteerd (10 minuten per patiënt). Deze tijd (4666 uur) wordt bespaard door de komst van het ASP en kan effectiever gebruikt worden.

*(40.000\* 7/60= 4666 uur; voor de berekende besparing wordt verondersteld dat - naar analogie van de ziekenhuisapothek- de apotheker hiermee 1/3 van de tijd bezig is en de assistente 2/3)*

*Dit resulteert uiteindelijk in bruto tijdsbesparingen voor:*

*Apotheker van 4667 \* 1/3 \* 1,3 = 2022 uur*

*Apothekersassistente van 4667\*2/3\*1,3 = 4044 uur*

### **Kanttekening bij besparingen**

De omvang van de te besparen bedragen is indicatief, maar realistisch. De berekende tijdsbesparing is gebaseerd op onderzoek verricht in verschillende ziekenhuizen, niet in de ISALA klinieken. De opzet van het onderzoek varieert. Soms is sprake van kleine patiënten aantallen.

### 8.3 Overzicht besparingen

	Tijd (uren)	uurloon	kosten
Besparing verpleegkundigen	14236	€ 30	€ 427.080
Besparing artsen/zaalartsen <sup>#</sup>	6490	€ 64	€ 415.360
Besparing ziekenhuisapothekers	270	€ 100	€ 27.000
Besparing apothekersassistenten	581	€ 30	€ 17.430
Besparing preoperatief spreekuur	p.m		p.m
Besparing geneesmiddelen			€ 40.000
<b>Besparing ISALA</b>			<b>€ 926.870</b>
Besparing openbare apothekers	2022	€ 100	€ 155.500
Besparing apothekersassistenten	4044	€ 30	€ 93.300
<b>Besparing openbare farmacie</b>			<b>€ 248.830</b>
<b>Totaal</b>	27643		<b>€ 1.175.700</b>

*# voor de berekening van het uurtarief van zaalartsen/medisch specialisten zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd: uurloon zaalarts € 40; uurloon medisch specialist € 135; 75% van de benodigde tijd door zaalarts; 25 % door medisch specialist. Dit levert een uurtarief op van  $(0,75*40+ 0,25*135= € 63,75 = 64)$*

### 8.4 Financieringsbronnen ASP

#### ISALA klinieken

Isala klinieken zal een deel van de kosten voor zijn rekening moeten nemen. Tegenover de kosten staan harde (8.3) personele besparingen en potentiële, en meer bescheiden besparingen op de geneesmiddelenkosten.

Een ASP levert een grote bijdrage aan medicatie- en patiëntveiligheid. De aanname dat een ASP indirect, maar ook direct een besparing oplevert door het voorkomen van (her)opnames ten gevolge van fout medicijngebruik, is gerechtvaardigd. Het is echter niet goed aan te geven hoe groot het deel van bovengenoemde 2 miljoen euro is (8.1).

Uit onderzoek in de Tjongerschans, Heerenveen is gebleken dat het uitvoeren van een medicatiereview bij patiënten na een orthopedische ingreep, uitgevoerd door een ziekenhuisapotheker leidde tot significant minder ligdagen vergeleken met een representatieve controlegroep.

#### Openbare apothekers.

Op grond van persoonlijke mededelingen en resultaten van pilots in andere regio's kan worden berekend dat de eerstelijns apothekers een besparing realiseren van ong. € 250.000 per jaar door een goed functionerend ASP. Er mag dan ook worden verwacht worden dat zij willen bijdragen aan de financiering van het ASP. Hierover zijn dan ook toezeggingen gedaan, zonder overigens concrete bedragen te noemen.

#### Zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar kan volgens de gegevens van een aantal pilots besparen op de kosten van geneesmiddelen. Op grond van de resultaten van een aantal pilots worden per patiënt besparingen berekend van € 30 – 100 per patiënt. Omgerekend naar 40.000 opnames per jaar betekent dit een potentiële besparing van 1.2 -4 miljoen euro per jaar.

De activiteiten van het ASP hebben zowel bij opname als ontslag het karakter van een medicatie review. Hiervoor kunnen apothekers bij sommige verzekeraars een tarief doorberekenen een tarief doorberekenen van € 45. Voor 40.000 opnames betekent dat 1,8 miljoen euro.

Een elegante oplossing zou zijn om de activiteiten van het ASP mee te nemen als vaste component in het DBC tarief.

In de regio van Achmea wordt door de zorgverzekeraar structureel een aantal fte, werkzaam binnen ASP in ziekenhuizen vergoed ( Diaconessenhuis Meppel, Wilhelmina Ziekenhuis Assen).

#### LPT- gelden

Voor 2009 is een aanvraag ingediend voor ong. € 100.000 om het ASP verder te ontwikkelen.



## 9. Effectmonitoring.

### 9.1 Indicatoren

#### Uitkomstindicatoren

Vanuit het veiligheidsprogramma is geen uitkomstindicator geformuleerd. Het mag duidelijk zijn dat de interventies uiteindelijk moeten leiden naar vermindering van medicatiegerelateerde fouten, vooral tijdens overdrachtmomenten

Het realiseren van concrete verbeteringen, waardoor de positie van het ASP beter wordt verankerd kan in kaart worden gebracht met het ASP-interventiesysteem (ASP-is). Dit meetinstrument voor het meten van de resultaten van de interventies is ontwikkeld door DGV. De gang van de patiënt van opname tot ontslag kan worden bijgehouden. Afhankelijk van de vraagstelling wordt bepaald welk deel van het instrument wordt gebruikt. Door enkele periodes per jaar het meetinstrument in te vullen heeft het ASP een goed inzicht in zijn bijdrage aan de medicatieveiligheid. Op vergelijkbare wijze moeten ook de kosten en opbrengsten van het ASP in kaart worden gebracht. Met name de besparingen op de intramurale en extramurale geneesmiddelenkosten moeten worden geconcretiseerd.

#### Procesindicatoren:

- Het percentage patiënten bij wie bij opname de medicatie (conform alle interventies) is geverifieerd=  $T/N*100\%$ . T= Alle patiënten waarbij bij opname medicatieverificatie heeft plaatsgevonden. N= Alle gepland opgenomen patiënten.
- 
- Het percentage patiënten bij wie bij ontslag de medicatie (conform alle interventies) is geverifieerd=  $T/N*100\%$ . T= Alle patiënten waarbij bij ontslag medicatieverificatie heeft plaatsgevonden. N= Alle ontslagen patiënten die gepland waren opgenomen.

#### IGZ indicatoren basisset 2009: deskundigheid uitvoering medicatieverificatie opname en ontslag

De deskundigheid van de medewerker die medicatieverificatie uitvoert conform de bundel Medicatieverificatie bij opname en de medewerker die de medicatieverificatie uitvoert conform de bundel Medicatieverificatie bij ontslag gelden als IGZ indicatoren.

### **10. Plan van aanpak**

Een randvoorwaarde is de voldoende capaciteit van de geschoolde medewerkers, die ten behoeve van het ASP moeten worden ingezet. Aangegeven is dat hiertoe uiteindelijk ong. 16 fte nodig. Invulling kan gefaseerd over twee tot drie jaar plaatsvinden. Dit is een kritiek punt, waarover eerst besluitvorming noodzakelijk is. De afdeling KF kan zonder uitbreiding cq. de inzet van extra menskracht de activiteiten niet uitvoeren (zie 6; 7). Hiertoe is het commitment nodig van de Raad van Bestuur, het BO en de medische staf.

#### **Plan van aanpak, conceptvoorstel**

- Samenstelling expertteam: maart 2009
  - Plan van aanpak doelstellingen, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden wat betreft registratiefaciliteiten, verzamelen van data en integratie via bestaande ICT – registratiemogelijkheden + continue monitoring maart t/m mei 2009
  - Werving eerste tranche van personeel maart - mei 2009  
(nb. de totaal berekende formatie kan over een periode van 2-3 jaren worden geworven)
  
  - Testen, implementeren functionaliteit voorbereiding recept: maart - mei 2009
  - Start met test medicatieverificatie bij opname: maart - juni 2009
  - Beschrijving werkwijze medicatieverificatie bij opname: juli - september 2009
  - Uitrol medicatieverificatie bij opname: september 2009 – december 2010
  - Start met test medicatieverificatie bij ontslag: januari - mei 2010
  - Beschrijving werkwijze medicatieverificatie bij ontslag: mei / juni 2010
  - Uitrol medicatieverificatie bij ontslag: september 2010 – december 2010.
- NB: het plan van aanpak wordt in overleg met het expertteam verder ingevuld / aangepast