

# Management Samenvatting

## Medicijndeelsystemen



Het handmatig medicatiedelen en klaarmaken voor gebruik is een dagelijks terugkerende tijdrovende handeling. Deze procedures vereisen de nodige deskundigheid en zijn aan strenge kwaliteits- en veiligheidseisen onderhevig. In toenemende mate worden hiervoor grotendeels geautomatiseerde en gecentraliseerde medicijnen-verdeelmethodes ingevoerd. Daarbij worden direct in aparte verpakkingen de juiste medicijnen in de juiste dosis klaargemaakt in een grote rol of in speciale strips of doosjes. Op basis van in de computer ingegeven patiënt- of cliëntinformatie verloopt de verwerking zodoende geheel geautomatiseerd. Op elke afzonderlijke verpakking staan datum, patiëntnaam, geneesmiddelen-naam, tijdstip van inname en verpakte hoeveelheid vermeld. Het hele proces wordt daardoor in potentie doelmatiger en verloopt efficiënter.

Vaak wordt hiervoor het woord Baxteren gebruikt. Die term zou afkomstig zijn van de eerste robot die geneesmiddelen in zakjes afleverde. Er zijn echter ook andere merken en systemen op de markt, maar de term 'baxteren' wordt toch nog vrij algemeen in generieke zin gehanteerd voor dit type systemen.

Vaak is er ook een medicijnbewakingssysteem gekoppeld aan het baxteren. De systemen die in de eerste lijn en de tweede lijn gebruikt worden zijn soms verschillend en/of nog onvoldoende geïntegreerd, waardoor de aansluiting van het baxteren bij deze interne controlesystemen nog niet overal goed verloopt en een extra aandachtspunt vormt bij de keuze voor het al dan niet gaan baxteren en het afwegen van de kosten en baten daarvan.

Met dit type systemen wordt het totale geneesmiddelgebruik naar verwachting overzichtelijker, betrouwbaarder en beter controleerbaar. Er zijn ook in beperkte mate studies gedaan die dat bevestigen. In potentie is dit ook zo. Er is immers dag-in-dag-uit in de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen veel tijd gemoeid met het juist doseren en delen van medicijnen. Ook worden zo nu en dan fouten gemaakt met het delen van medicijnen, waardoor ook de kwaliteit van zorg in principe positief beïnvloed zou moeten worden met het nieuwe systeem, mits dit systeem de foutkans uiteraard verkleint. Het systeem vervangt een menselijke schakel in het proces door een geautomatiseerd traject en daardoor wordt in principe de foutkans verkleind. Wel is daar aanvullende aandacht voor nodig in de praktijk.

Het blijkt namelijk in de praktijk zelf minder eenvoudig te zijn om de positieve effecten daadwerkelijk te merken. De resultaten vallen soms ronduit tegen. Het lijkt erop dat het systeem een aantal kwetsbare schakels heeft, die, als daar onvoldoende op ingespeeld wordt, leiden tot inefficiëntie en de noodzaak van extra controles. Het is zodoende nodig om niet alleen over het systeem zelf te kunnen beschikken,

maar zeker ook veel aandacht te schenken aan het implementatieproces en de procesbewaking naderhand. Bij de afweging van kosten en baten zal dit nadrukkelijk aan de kostenkant meegewogen moeten worden. Een goede introductie waar meerdere disciplines goed samenwerken is een absolute randvoorwaarde voor succes. Daarmee zal deze innovatie naar verwachting wel tot de verwachte effecten kunnen leiden, maar de te verwachten baten worden door deze aanloopkosten gedrukt.

Daarnaast speelt in de thuiszorg dat soms een deel van de 'productie-uren' overgeheveld wordt naar bijvoorbeeld de apotheek, terwijl het in de praktijk in de thuiszorg toch noodzakelijk blijkt om controles uit te voeren, fouten te signaleren en soms ook om bijv. veranderingen in het medicatiebeleid tijdig handmatig te corrigeren. Deze tijd is dan niet in financiële zin voldoende renderend te maken.

Wel is de verwachting dat dit type systemen uiteindelijk kan leiden tot een minder hoge inzet van zorgverleners, zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van zorg en deze zelfs veiliger te maken.

### **Baten**

De innovatie heeft in principe direct invloed op de arbeidsproductiviteit van de zorgverleners die voorheen deze taak uitvoerden. Zonder dit systeem wordt dagelijks vrij veel tijd besteed aan het juist delen van medicijnen. Deze tijd kan in principe verkort worden en zodoende beschikbaar komen voor andere doeleinden. Bovendien gaat het in dit geval om tijd die *niet* ten koste gaat van de directe contacttijd met de cliënt, hetgeen als voordeel wordt ervaren. De herwonnen tijd kan zodoende ingezet worden voor de cliënt. Wel neemt de vereiste tijd elders in het traject (apotheek) toe. Dit zal onderling afgewogen moeten worden.

Een bijkomend voordeel kan zijn dat dit proces van medicatiedelen op de afdelingen en bij de cliënt normaal gesproken deskundigheid van een hoog deskundigheidsniveau vraagt, terwijl voor de beperkte controle die in de nieuwe situatie nodig is, een lager deskundigheidsniveau ook mogelijk is. De verantwoordelijk verzorgende deelt de medicijnen en parafeert per toegediend medicijn. De meningen over het al dan niet verschuiven van het deskundigheidsniveau zijn echter wel verdeeld en deze oorspronkelijke door sommigen beoogde opzet lijkt daarom niet altijd te slagen.

### **Kosten**

De implementatie vergt zoals hierboven aangegeven meer aandacht dan alleen het systeem zelf in werking te zetten. Ook komt het in de praktijk voor dat beide systemen, het nieuwe en het oude systeem, naast elkaar blijven functioneren. Behalve dat dit kostbaar is, vergroot dit ook de foutkans.

Losse medicatie wordt niet altijd meegenomen in het systeem en het invullen van mutatieformulieren en het controleren of die ook zijn opgevolgd kan eveneens, afhankelijk van de logistiek die hiervoor wordt gekozen weer tijd kosten en ergernis opleveren. Dat kan betekenen dat het meer tijd kost dan de eerdere situatie kostte.

Verder zijn er goed af te sluiten kastjes of wagentjes nodig om de rollen of cassettes veilig in op te bergen, bijvoorbeeld bij de appartementen van de cliënten.

Als mogelijk tijdrovend nadeel wordt nog genoemd dat de zakjes niet altijd makkelijk open te scheuren zijn, ook niet door cliënten die nog zelfredzaam zijn en zelf hun medicatie gebruiken aan de hand van de volgorde op de rol, waardoor zij daar soms enige hulp bij nodig hebben en daarmee incidenteel zorgafhankelijk worden.

De casestudies die nu zijn uitgevoerd laten een wisselend succes zien afhankelijk van de mate waarop de organisatie kan inspelen op de bijkomende eisen van het systeem. Kleine efficiëntiewinsten zijn mogelijk te verwachten maar niet vanzelfsprekend. Wel is een veiliger medicatietoediening en dus een betere kwaliteit van zorg meerdere malen geconstateerd.

### **Thuiszorg**

Zoals aangegeven kan de productie in de thuiszorg in negatieve zin beïnvloed worden door dit systeem. Wanneer dit 'product' voortaan bij de apotheek komt te liggen is deze productie voor de thuiszorg in feite verdwenen. Desondanks blijkt in de dagelijkse praktijk in de thuiszorg dat controles nodig blijven omdat er toch fouten worden gesignaleerd, omdat niet alle producten in dit systeem opgenomen zijn of kunnen worden (halve doses of medicatie die om de dag gegeven wordt) en dat het corrigeren van de medicatie als er veranderingen zijn, veel tijd kost die niet goed weg te zetten is in de vorm van productieve minuten. Wanneer er sprake is van een verandering dan komt het bijvoorbeeld voor dat met schaar en plakband de correcties voor een x aantal dagen moeten worden doorgevoerd. Het systeem is zodoende gevoelig voor dit soort veranderingen die gecorrigeerd moeten worden en ergernis oproepen.

De ervaringen met het systeem in de thuiszorg wisselen zodoende en zijn onder meer afhankelijk van de stabiliteit in medicatievoorziening van de cliënt en de financiering.

### **Verpleeg- en verzorgingshuizen**

De ervaringen hier lijken iets beter en dat houdt vermoedelijk verband met het gegeven dat het systeem daar niet direct gelieerd is aan de financieringswijze en dat bijkomende producten (die niet via de apotheek verstrekt worden) makkelijker via andere kanalen beschikbaar zijn.

Toch worden ook daar fouten gerapporteerd en als gevolg daarvan ook vragen over de precieze verantwoordelijkheden voor controles en feitelijke toediening. Als bijkomend nadeel wordt genoemd dat de kennis bij uitvoerenden over het uiterlijk van medicijnen minder wordt (een ander wit pilletje werd vroeger herkend en nu niet meer). Ze zien zodoende ook minder snel dat er bijvoorbeeld een fout is gemaakt en lijken iets minder alert op dit punt. Verder zijn de voordelen van het systeem ook afhankelijk van de kwaliteit van de informatieverstrekking over en weer tussen zorgverleners, arts(en), tweede lijn en apotheek. Daarnaast sluit de werkwijze van verpleeghuisartsen als het gaat om de medicijnverstrekking niet altijd aan op die van een externe apotheek. Een huisarts schrijft bijv. veelal een hoeveelheid pillen voor die geleverd moet worden. Een verpleeghuisarts schrijft meer iets voor dat geleverd moet worden tot hij of zij aangeeft dat er wat verandert. Dat heeft dan soms tot gevolg dat bepaalde, als tijdelijk bedoelde medicatie, toch langer op interne lijsten blijft staan.

Tenslotte blijkt soms dat het meer integreren van het medicijngebruik in de dagelijkse routines van zorgverleners (in plaats van als aparte medicijndeelronde) er ook wel eens toe leidt dat de medicijnen niet op het juiste tijdstip worden toegediend, maar bijv. vroeger of later. Hoewel dat niet voor alle medicijnen van even groot belang is, is dat toch een kwaliteitsaspect dat men in de gaten moet zien te houden.

## Algemeen

Innovatie grijpt in op:

- Veiligheid en kwaliteit van zorg voor cliënten
- Gemak van dagelijkse handelingen
- Samenwerking tussen verschillende disciplines
- Wijze van informatieuitwisseling onderling en dossiervorming

## Aandachtspunten bij het invoeren van deze innovatie (7 punten van Berwick)

- 1. Krachtige innovatie:** Deze innovatie is vooral vanuit kwaliteit van zorg perspectief en in iets beperktere mate voor de zorgverleners de moeite waard. De mogelijkheden zijn in principe goed, maar de implementatie is complexer dan vaak gedacht en vergt een goede samenwerking tussen apotheek, zorgverleners, artsen en cliënten.
- 2. Zoek innovatoren:** Zoek ze in meerdere disciplines, want een optimale onderlinge samenwerking is van groot belang. Dus is het samenstellen van een werkgroep van groot belang. Ook op termijn zal er een voortdurende alertheid moeten zijn en blijven om de kwaliteit te borgen.
- 3. Begin met pilot** Begin met een goed voorbereide pilot, laat concreet zien wat er te bereiken is en zorg dat er een heldere en voor een ieder duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden en kwaliteitscontrole is.
- 4. Maak resultaten zichtbaar:** Laat zien wat er nu wel kan dat voorheen vastliep. Mak in de thuiszorg goede afspraken over de productie rond dit onderwerp en datgene wat er van uitvoerenden wordt verwacht.
- 5. Sta aanpassingen toe** Zorg ervoor dat niet getornd wordt aan de kernveiligheidseisen van dit systeem. Wel moeten in het proces op zich aanpassingen mogelijk zijn om veiligheid en efficiëntie te verbeteren.
- 6. Bied ruimte aan verandering** Beloon en waardeer goede ideeën, maar die bespreek die altijd in de multidisciplinaire groep.
- 7. Geef het goede voorbeeld** Laat zien welke verdere mogelijkheden dit type systemen biedt en kijk over de grenzen van financiële schotten heen.



De aanpak met businesscases is gebaseerd op de aanpak van het Platform Zorginnovatie van Stichting RegioPlus.

© 2008 Stichting FAOT & SAB-V&V, Den Haag / Auteurs: JJ Knibbe & NE Knibbe, LOCOmotion, Bennekom.

*Disclaimer: Deze uitgave is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Noch de schrijvers, noch de uitgever stellen zich echter aansprakelijk voor eventuele schade als gevolg van eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden in deze uitgave.*