

Naar een versterking van de samenwerking binnen de extramurale farmaceutische zorg

Perspectief van eerstelijnszorgverleners

Laura Schackmann
Marcia Vervloet
Lilian van Tuyl
Liset van Dijk



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Maart 2024

ISBN 9789461228369

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van het onderzoek naar kansrijke vormen voor een intensievere samenwerking om de extramurale farmaceutische zorg (EFZ) te versterken, vanuit het perspectief van zorgverleners uit de eerste lijn. Om deze kansrijke vormen op te halen, is op 20 november 2023 een Zorgverlenersplatform gehouden. Hieraan hebben in totaal 26 zorgverleners, waarvan 21 praktiserend, uit de huisartspraktijk, apotheek en wijkverpleging deelgenomen. Wij danken hen hartelijk voor hun deelname.

Dit onderzoek is uitgevoerd met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De auteurs

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Doel	8
1.3 Leeswijzer	8
2 Methode	9
2.1 Deelnemers	9
2.2 Zorgverlenersplatform	9
2.3 Analyse en verslaglegging	11
3 Resultaten: naar een intensievere samenwerking	12
3.1 Voorbereidende opdracht: individuele deelnemers over kansrijke vormen van samenwerking	12
3.2 Monodisciplinaire groepsopdracht: discussie over kansrijke vormen voor intensieve samenwerking	14
3.3 Interdisciplinaire groepsopdracht: scenario's voor kansrijke intensieve samenwerking	15
4 Discussie	18
4.1 Kansrijke samenwerkingsvormen en bijbehorende randvoorwaarden	18
4.2 Methodologische aspecten en beperkingen van het platform	19
4.3 Conclusie	20
Literatuur	21
Bijlage A Programma zorgverlenersplatform	22
Bijlage B Uitwerking groepsdiscussies opdrachtrondes	24

Samenvatting

Het streven naar een andere organisatie van zorg, zoals benadrukt in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), beoogt een versterking en verandering van organisatie van de eerste lijn. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) overweegt daarbinnen ook veranderingen in de Extramurale Farmaceutische Zorg (EFZ) met focus op kwaliteitsverbetering. Een recent door het Nivel uitgevoerde quick scan van de literatuur laat zien dat burgers een grotere rol voor de openbare apotheek in de medicatievoorziening weggelegd zien, waarbij versterking van de zorgverlenersrol en samenwerking met huisartsen gewenst zijn. Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van denkbeelden en ideeën van zorgverleners uit de eerste lijn met betrekking tot mogelijke veranderingen in samenwerking binnen de EFZ.

Zorgverlenersplatform

Hiertoe is op 20 november 2023 een Zorgverlenersplatform op het Nivel in Utrecht georganiseerd. Dit is een variant op de door het Nivel ontwikkelde methode Burgerplatform waarbij burgers kunnen meediscussiëren over complexe zorgvraagstukken. In het Zorgverlenersplatform hebben we niet burgers maar zorgverleners bij elkaar gebracht om in een interactieve bijeenkomst met elkaar te discussiëren over gewenste samenwerkingsvormen en bijbehorende randvoorwaarden. In twee opdrachtrondes discussiëren de deelnemers in groepen eerst over de mogelijke vormen van samenwerking om deze vervolgens verder uit te werken in scenario's. In totaal namen 26 zorgverleners uit de huisartspraktijk, apotheek en wijkverpleging deel aan het Zorgverlenersplatform.

Structurele, geïntegreerde samenwerking met een gezamenlijk patiëntendossier

Er waren sterke overeenkomsten tussen de scenario's die de verschillende groepen uitgewerkt hebben. Hieruit hebben we één mogelijk toekomstscenario geschetst voor versterking van de samenwerking in de EFZ. De deelnemers van het Zorgverlenersplatform pleitten voor geïntegreerde samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleging en apotheken in de EFZ, waarbij iedere zorgverlener rondom de patiënt werkt met dezelfde informatie in een gezamenlijk patiëntendossier en er geen handelingen dubbel of omslachtig hoeven worden uitgevoerd. Apothekers zien een grotere rol voor zichzelf, bijvoorbeeld als poortwachter van de EFZ of als medebehandelaar. Structurele, geïntegreerde samenwerking leidt volgens de deelnemers tot een efficiëntere en kwalitatief betere zorgverlening. Daarnaast komt een gedeeld patiëntendossier ook de medicatieveiligheid ten goede. Dit door de deelnemers geschetste toekomstscenario is ook weergegeven in onderstaand kader.

Toekomstscenario

Intensievere samenwerking binnen de extramurale farmaceutische zorg

Er is structurele, geïntegreerde samenwerking tussen het huisartsteam, het apothekersteam en de wijkverpleging.



De zorgverleners hebben een structureel overleg, zoals een multidisciplinair overleg, wat periodiek gehouden wordt. Waar nodig sluiten ook de patiënt of diens mantelzorger hierbij aan. Hier bespreken zij niet alleen de complexe patiënten, maar maken ook ruimte voor het inbrengen van acute zorgproblemen van een patiënt. Ook maken ze in dit overleg afspraken over taken en verantwoordelijkheden.

Signalering gebeurt door de wijkverpleegkundige (achter de voordeur) of de apothekersassistent, de apotheker of huisarts voeren de nodige vervolgacties uit. Voor complexe casussen kan de zorg belegd worden bij zorgverleners die gespecialiseerd zijn in bepaalde gebieden (bijvoorbeeld palliatieve zorg, MS, ALS, dementie, Parkinson). De samenwerking kent een basis van gelijkwaardigheid en het benutten van ieders expertise.



Een landelijk EPD is een essentieel element in het versterken van deze geïntegreerde samenwerking in de eerste lijn. Bij voorkeur bevat dit EPD uniforme medicatielijsten, wat zorgt voor makkelijke en snelle afstemming bij medicatie aanpassingen. Dit landelijk EPD bevordert ook de interactie en communicatie tussen alle betrokken zorgverleners. Dit leidt tot efficiënte, veilige en kwalitatief goede zorg.

Structurele samenwerking maakt het daarbij mogelijk dat de zorgverleners elkaar makkelijker kunnen vinden, ook in geval van acute zorg. Omdat men elkaar kent en weet te vinden zijn er korte communicatielijnen tussen de betrokken zorgverleners voor snelle afstemming, incl. duidelijkheid in wie welke rol heeft en dus wie benaderd moet worden.



Conclusie

Zorgverleners in de eerste lijn zien veel mogelijkheden om de samenwerking rondom de patiënt ten behoeve van de extramurale farmaceutische zorg verder te versterken. De expertise van het apotheekteam kan daarbij beter worden benut. Een gezamenlijk patiëntendossier, waardoor alle zorgverleners goed en op dezelfde wijze worden geïnformeerd over de patiënt en het handelen van andere zorgverleners, lijkt daarvoor een belangrijke vereiste. Met het recent ondertekende IZA Uitvoeringsakkoord gegevensuitwisseling is met dit laatste een eerste start gemaakt. Wel is het aan te bevelen het perspectief van huisartsen op het geschetste toekomstscenario nog in te winnen, gezien zij in dit onderzoek in beperkte mate vertegenwoordigd waren. Uit eerder onderzoek blijkt dat ook burgers de samenwerking verstevigd willen zien. Daarbij stellen zij vergelijkbare voorwaarden. Het woord is nu aan beleid en praktijk om de intensievere samenwerking vorm te gaan geven, te beginnen met de daarbij behorende voorwaarden.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Met het vooruitzicht van een toenemende zorgvraag in de komende jaren, is het efficiënt inrichten van de zorg en de beschikbare zorgverleners van groot belang. In het kader van het anders organiseren van de eerstelijns zorg, is een versterking van de rol van de openbaar apotheker en het apotheketeam gewenst. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) benoemt deze versterking ook. Het IZA spreekt over het ontlasten van de basiszorg en over optimalisatie van de Extramurale Farmaceutische Zorg (EFZ). Ook past versterking van de rol van de openbare farmacie binnen het kader van het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), dat stelt dat zorg aan ouderen met een meervoudige of complexe zorgvraag in een stabiele zorgsituatie multidisciplinair, integraal en persoonsgericht geleverd moet worden. Ook om vermijdbare schade door onjuist medicijngebruik terug te dringen. Deze ontwikkelingen maken dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) nadenkt over de mogelijkheden binnen de EFZ en de rol die de openbaar apotheker en het apotheketeam hierin spelen en dit samen met de veldpartijen oppakt. Hierbij staat centraal dat de farmaceutische zorg van goede kwaliteit moet blijven of moet verbeteren en dat de kosten niet mogen stijgen.

Ook in de toekomstvisie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) ligt de nadruk voor de zorg door de apotheker meer dan ooit op het verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënt door effectief, veilig en doelmatig gebruik van geneesmiddelen te bevorderen. De apotheker heeft in deze visie een rol als behandelaar: met elke patiënt is er een persoonlijke behandelrelatie. In het in 2022 verschenen rapport van SiRM is op basis van interviews met verschillende zorgverleners een kader geschetst voor passende farmaceutische zorg waarbij het advies was de patiënt als uitgangspunt van zorg te nemen en niet het geneesmiddel (SiRM, 2022).

Om een beeld te krijgen wat de visie van burgers en patiënten is over de extramurale farmaceutische zorg deed het Nivel op verzoek van het Ministerie van VWS een quick scan van Nederlandse literatuur (Van Dijk e.a. 2023). Hieruit bleek dat burgers niet altijd goed op de hoogte zijn van wat de openbare apotheek hen kan bieden, maar deze wel een centrale rol toekennen als het gaat om het leveren van medicatie. Ook zien zij mogelijkheden voor versterking van de zorgverlenersrol. Burgers willen dat apothekers en huisartsen in de eerste lijn een team vormen. Wanneer burgers in aanraking komen met zorg door het apotheketeam zijn zij daar, soms na een aarzeling aan het begin, over de gehele linie tevreden over. Dit betekent dat er kansen liggen de rol van het apotheketeam in de extramurale farmaceutische zorg uit te breiden en te verstevigen (Van Dijk e.a. 2023). Om dit te doen, moeten ook andere zorgverleners zoals de huisarts en de wijkverpleegkundige hier open voor staan.

Om te komen tot werkbare oplossingen heeft het ministerie van VWS het bestuurlijk overleg EFZ ingesteld. Mede op basis van het eerdere Nivel-rapport heeft dit bestuurlijk overleg zeven thema's geïdentificeerd die dienen als leidraad voor het ontwikkelen van werkafspraken in het veld (zie Box 1). De vraag is nu hoe zorgverleners in de praktijk aankijken tegen dergelijke thema's.

Box 1 Zeven thema's als leidraad voor werkspraken EFZ

- Meer impuls geven aan farmaceutische zorgverlening.
- Betere samenwerking en mogelijk taakherschikking tussen eerstelijns zorgverleners (apotheker-huisarts-wijkverpleging), rol apotheker in het voorschrijfproces (bijvoorbeeld kleine kwalen).
- Onderscheid tussen zorg en logistiek / distributie, bijvoorbeeld door logistiek centraal te regelen en zorg decentraal (in de wijk).
- Onlinedienstverlening versus fysieke apotheek en andere vormen van farmaceutische zorgverlening en mogelijke effecten van een toename van 'digitaal, tenzij'.
- Extra aandacht voor kwetsbare groepen (zoals ouderen, mensen met polyfarmacie en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden).
- Aansluiting met de tweede lijn en transmurale zorg.
- Preventie en leefstijl, gezondheid in plaats van ziekte (bijvoorbeeld via initiatieven als leefstijlapothekers).

1.2 Doel

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van denkbeelden en ideeën van zorgverleners uit de eerste lijn met betrekking tot mogelijke veranderingen in de extramurale farmaceutische patiëntenzorg. Gekozen is om in het bijzonder aandacht te geven aan het thema 'Betere samenwerking en mogelijk taakherschikking tussen eerstelijns zorgverleners (apotheker-huisarts-wijkverpleging)'. De vraag is hoe zorgverleners over deze thema's denken. Wat zijn volgens hen kansrijke vormen van EFZ en hoe willen zij inspelen op behoeften van burgers op dit gebied?

1.3 Leeswijzer

Deze rapportage bestaat uit vier hoofdstukken. Hoofdstuk 2 beschrijft de onderzoeksmethode en de gebruikte werkvormen. Hoofdstuk 3 bevat de kernresultaten van het Zorgverlenersplatform, dit zijn zowel de kansrijke vormen voor intensieve samenwerking als de scenario's voor interdisciplinaire samenwerking binnen de EFZ. Het laatste hoofdstuk vat de bevindingen van het onderzoek samen en belicht belangrijke overwegingen met betrekking tot de uitvoering van het onderzoek. Het rapport heeft twee bijlagen, één met het programma van het Zorgverlenersplatform (Bijlage A) en één met de gedetailleerde resultaten van de verschillende groepsopdrachten (Bijlage B).

2 Methode

2.1 Deelnemers

Voor deze studie, met als focus de mogelijke veranderingen in de extramurale farmaceutische patiëntenzorg, wilden we de visie van zorgverleners uit de eerstelijnszorg weten, met name uit de volgende drie sectoren: de huisartsenpraktijk, de wijkverpleging en de openbare apotheek.

Om geschikte deelnemers te werven, is in oktober 2023 een oproep geplaatst op LinkedIn en zijn de beroepsgroepen die van belang zijn voor het onderzoek specifiek aangeschreven. Deze gerichte aanpak resulteerde in een totaal van 26 zorgverleners, waarvan 21 praktiserend, die hebben deelgenomen aan het zorgverlenersplatform. De apotheeksetting was oververtegenwoordigd met 21 deelnemers, van wie vijf met een functie in beleid/bedrijfsvoering. Daarnaast namen vier wijkverpleegkundigen en een apotheekhoudend huisarts deel. Eén deelnemer werkt als arts, maar is tevens opgeleid als apotheker. In Tabel 1 zijn de karakteristieken van de deelnemers weergegeven.

Tabel 1 Karakteristieken deelnemers aan het Nivel Zorgverlenersplatform

Sector	N
Apotheek setting	21
Wijkverpleging	4
Huisartsenzorg	1
Functie	N
Apotheker	11
Bedrijfsvoering / beleid / niet-praktiserend functie met achtergrond als zorgprofessional	5
Wijkverpleegkundige	4
Farmaceutisch consulent	3
Apothekersassistent	1
Apotheekhoudend huisarts	1
Arts tevens opgeleid als apotheker	1

2.2 Zorgverlenersplatform

Het Nivel heeft het Burgerplatform ontwikkeld als een onderzoeksmethode om interactieve discussies te faciliteren (Triemstra e.a., 2020). Deze discussies brengen onderzoekers, beleidsmakers en burgers samen om relevante vraagstukken in de gezondheidszorg aan te pakken. Het Burgerplatform omvat verschillende elementen. Aanvankelijk krijgen deelnemers uitgebreide informatie via presentaties van experts of stakeholders. Tijdens de bijeenkomst werken de deelnemers samen aan groepsopdrachten, waardoor ze een dieper begrip van het onderwerp ontwikkelen en hun eigen meningen en standpunten kunnen vormen, wat bijdraagt aan de daaropvolgende discussies. Na afloop van de bijeenkomst spelen onderzoekers een rol in het identificeren en begrijpen van de variërende behoeften en standpunten van de betrokken deelnemers.

In deze studie is gekozen voor een variant op een Burgerplatform, namelijk een Zorgverlenersplatform, wat betekent dat in plaats van burgers zorgverleners uitgenodigd werden om deel te nemen. Het zorgverlenersplatform vond plaats op maandag 20 november 2023. Een beschrijving van het programma is te vinden in Bijlage A. Hieronder beschrijven we de verschillende opdrachten.

Vorbereidingsopdracht

De deelnemers kregen voorafgaand aan de bijeenkomst een voorbereidingsopdracht om thuis na te denken over hun top 3 meest veelbelovende samenwerkingsvormen tussen huisartsenpraktijken, wijkverpleging en apotheken. De vraag die we stelden, luidde *‘Wat zijn volgens u de drie meest ideale vormen van samenwerking, of voorbeelden van optimale samenwerking op het gebied van extramurale farmaceutische zorg tussen huisartsenpraktijk, wijkverpleging en apotheek?’* Hun antwoord stuurden zij een aantal dagen voor het Zorgverlenersplatform naar de onderzoekers.

Opdracht 1 (monodisciplinair): Inventariseren van kansrijke vormen van intensieve samenwerking tussen huisartsenpraktijk, wijkverpleging en apotheek

Voor de eerste opdracht werden de deelnemers verdeeld in vier groepen: drie groepen met uitsluitend deelnemers uit de apotheeksetting en één groep met deelnemers uit de andere settingen. Het doel van de eerste opdracht was het in kaart brengen van veelbelovende samenwerkingsvormen tussen huisartsenpraktijken, wijkverpleging en apotheken. De voorbereidingsopdracht vormde het startpunt voor de discussie binnen elke sector. De opdracht aan de deelnemers luidde om de veelbelovende samenwerkingsvormen te bespreken die de EFZ zouden kunnen verbeteren en om drie voorstellen te doen die zij vanuit hun perspectief als het meest kansrijk beschouwden. Deze top 3 werd plenair teruggekoppeld. De output van deze opdracht bestond uit ideeën voor intensievere samenwerking in de eerste lijn t.b.v. de EFZ.

Opdracht 2 (interdisciplinair): Ontwikkeling van een scenario voor intensieve samenwerking binnen de EFZ

De tweede opdracht had tot doel een scenario voor interdisciplinaire samenwerking in de EFZ te ontwikkelen. Deze opdracht was opgedeeld in verschillende fasen: 1) de deelnemers kozen één van de scenario's zoals die in opdracht 1 door de groepen waren gepresenteerd, 2) de deelnemers werkten samen aan het uitwerken van dit interdisciplinair scenario voor EFZ, 3) de deelnemers bespraken de randvoorwaarden voor dit scenario.

Voor deze opdracht werden de deelnemers opnieuw in groepen ingedeeld, dit keer gemengd naar discipline. Deelnemers kregen de opdracht om hun voorkeur te kiezen uit de top 3 naar voren gebracht in de eerste ronde. Vervolgens dienden ze deze keuzes te integreren in een scenario voor interdisciplinaire samenwerking, waarbij zij wijzigingen konden aanbrengen om de meerwaarde voor de patiënt te benadrukken. Alle ideeën en discussies werden vastgelegd op flipovers.

De output van deze opdracht bestond uit scenario's waarin interdisciplinaire samenwerking in de extramurale farmaceutische zorg werd uitgewerkt. De discussies werden gevoerd vanuit het perspectief van farmaceutische zorgverlening en de volgende elementen werden overwogen:

- Hoe kan de samenwerking in de extramurale farmaceutische zorg worden versterkt?
- Wat kunnen de verschillende disciplines voor elkaar betekenen?
- Wat zijn de implicaties voor patiënten?
- Wat zijn randvoorwaarden voor de implementatie van het scenario?

2.3 Analyse en verslaglegging

De resultaten van de twee groepsopdrachten, genoteerd op flipovers, zijn gedigitaliseerd. Van de groepsdiscussies zijn audio-opnames gemaakt, om waar nodig de discussies na te kunnen luisteren en data aan te vullen. De gegevens en inzichten die uit de groepsopdrachten voortkwamen, zijn samengevat en geanalyseerd. Concreet zijn de kansrijke vormen van samenwerking tussen huisartsenpraktijken, wijkverpleging en apotheken, evenals de ontwikkelde uitkomsten van een scenario voor interdisciplinaire samenwerking binnen de extramurale farmaceutische zorg, samengevat in tabellen. Alle deelnemers tekenden een toestemmingsformulier voor het gebruik van de verzamelde data en het maken van de audio-opnames.

3 Resultaten: naar een intensievere samenwerking

Kernbevindingen

De volgende vormen kwamen uit zowel de individuele voorbereidingsopdracht als de monodisciplinaire groepsdiscussies naar voren als kansrijk om te komen tot een intensievere samenwerking in de eerste lijn binnen de EFZ:

- Structurele, geïntegreerde samenwerking – waar mogelijk ingebed in reeds bestaande samenwerkingsverbanden – tussen apotheker, huisarts en wijkverpleegkundige
- Digitale gegevensuitwisseling via een gedeeld patiëntendossier (EPD)
- Optimaliseren taakverdeling / benutten expertise apothekersteam

Er waren sterke overeenkomsten tussen de vier scenario's die de groepen hadden uitgewerkt. Hieruit kon één toekomstscenario geëxtraheerd worden: een structurele, geïntegreerde samenwerking tussen huisartspraktijk, apotheek en wijkverpleging waarbij een landelijk EPD als essentieel onderdeel werd gezien.

Belangrijk hierbij zijn:

- Korte communicatielijnen, structureel (multidisciplinair) overleg
- Elkaar kennen en vertrouwen
- Beter benutten van de expertise van de apotheek
- Passende financiering

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van het zorgverlenersplatform. We beginnen met de beschrijving van de resultaten van de voorbereidende opdracht (paragraaf 3.1), en vatten de resultaten van de twee opdrachten daarna samen (paragrafen 3.2 en 3.3).

3.1 Voorbereidende opdracht: individuele deelnemers over kansrijke vormen van samenwerking

Voor de voorbereidende opdracht vroegen we de deelnemers voorafgaand aan de bijeenkomst van 20 november na te denken over kansrijke vormen van samenwerking en die met ons te delen. Elke deelnemer had de mogelijkheid om drie vormen op te geven. In totaal stuurden 22 personen de opdracht per email terug waarvan er 21 uiteindelijk deelnamen aan het platform. Tabel 3.1 geeft de kansrijke vormen weer die werden genoemd, gebundeld naar onderwerp: overleg, (inbedden van) samenwerking, taakverdeling, (digitale) gegevensuitwisseling, medicatie optimalisatie en overig.

Te zien is dat de deelnemers het vaakst noemen dat structureel, multidisciplinair overleg een kansrijke vorm voor samenwerking is, evenals het hebben van korte lijnen. Ook structurele samenwerking, die waar mogelijk ingebed wordt in reeds bestaande samenwerkingsverbanden, zagen de deelnemers als kansrijk. Daarop volgt digitale gegevensuitwisseling, bijv. via het elektronisch patiëntendossier (EPD). Ook het overnemen van bepaalde taken van de huisarts door de apotheker is vaker genoemd. Tot slot zijn specifieke mogelijkheden genoemd om het medicatiegebruik van patiënten te optimaliseren.

Tabel 3.1. Vormen voor versterking van de EFZ genoemd door individuele zorgverleners in de voorbereidende opdracht

Genoemde vormen voor versterking EFZ	Aantal keer genoemd
Op het gebied van overleg	
Periodiek / structureel overleg, multidisciplinair overleg (MDO), met vaste afspraken om op terug te vallen	8
Directe communicatielijnen apotheek - huisarts – wijkverpleegkundige, regelmatig contact, voortgang en incidenten bespreken	7
Op het gebied van (inbedden van) samenwerking	
Structurele samenwerking inbedden in lokale samenwerkingsverbanden, zoals al bestaat tussen huisarts – wijkverpleegkundige, zoals in gezondheidscentra en ook apotheker laten aansluiten bij zorggroepen, apotheker aansluiten op communicatieplatform 'OZOverbindzorg'	5
Nauwe samenwerking huisarts, apotheek en wijkverpleegkundige (en thuiszorg) bij medicatiebeoordelingen (MBO)	5
Apotheek, huisarts en wijkverpleegkundige werken samen vanuit eigen expertise / verantwoordelijkheid leggen waar deze hoort	3
Elkaar leren kennen, vertrouwen en warme overdracht als basis voor optimale samenwerking (bijvoorbeeld via netwerkbijskomsten)	1
Apotheker als onderdeel van het triagesysteem van de huisarts	1
Op het gebied van (digitale) gegevensuitwisseling	
Gedeeld EPD	5
Digitale medicatie uitwisseling (aftekenlijsten / elektronische deellijsten / digitale toedienregistratie) met name tussen wijkverpleegkundige en apotheek	5
Buddy producten (verschillende zorgverleners via app gekoppeld aan één patiënt)	1
BEM (Beoordeling Eigen beheer Medicatiecode) centraal vaststellen en communiceren	1
Op het gebied van taakverdeling	
Apotheker neemt diensten / taken over van de huisarts, bijvoorbeeld (een deel van de) herhaalmedicatie, valpreventie, checks, vaccinaties en dergelijke	5
Apotheek weer als leverancier van hulpmiddelen	4
Apotheker-farmacotherapeut in de huisartspraktijk	3
Apothekers inzetten voor proactief opsporen en begeleiden van risicopatiënten	1
Op het gebied van medicatie optimalisatie	
Inzet van Baxter / medicatierol en/of digitale dispenser / Medido vergemakkelijken, zodat dit sneller geïmplementeerd kan worden	4
Evaluatie van medicatie met de patiënt, bijvoorbeeld via jaargesprekken met chronisch geneesmiddelgebruikers, medicatiebeoordelingen, andere farmaceutische consulten	3
Inzet Palliatieve Kit (doos met hulpmiddelen en medicijnen voor veelvoorkomende klachten in palliatieve fase), beschikbaar voor huisarts, apotheek en wijkverpleegkundige	1
Overig	
Minder macht voor zorgverzekeraar	1

3.2 Monodisciplinaire groepsopdracht: discussie over kansrijke vormen voor intensieve samenwerking

Voor de eerste monodisciplinaire groepsopdracht zijn vier groepen gevormd. Groep 1 bestond uit vijf deelnemers met een functie in bedrijfsvoering / beleid / onderzoek (niet-praktiserende zorgfunctie); groep 2 bestond uit zes zorgverleners uit de huisartsenpraktijk en wijkverpleging; groep 3 en 4 bestonden uit respectievelijk acht en zeven zorgverleners uit de apotheeksetting. Door elk van de vier groepen werden drie kansrijke vormen van intensieve samenwerking naar voren gebracht. De gedetailleerde uitwerking is opgenomen in Bijlage B. Hieronder geven we een samenvatting.

Structurele, geïntegreerde samenwerking

Drie van de vier groepen benoemden structurele, geïntegreerde samenwerking tussen apotheek, huisartspraktijk en wijkverpleging als kansrijke vorm voor intensieve samenwerking. De vierde groep benoemde het belang van het maken van structurele afspraken op lokaal, regionaal en ook landelijk niveau, om de samenwerking te bevorderen, zonder direct de driehoek te benadrukken. Zowel in groepsdiscussie als in de plenaire discussie kwam naar voren dat het elkaar kennen, elkaar makkelijk kunnen vinden en het vertrouwen op elkaars expertise aan de basis staan van deze samenwerking. De wijkverpleegkundige vervult in deze samenwerking een signaleringsfunctie, doordat hij/zij kan monitoren 'achter de voordeur'. Twee groepen benoemden specifiek een multidisciplinair overleg (MDO) waaraan alle betrokken zorgverleners deelnemen, en waarbij zij niet enkel de zorg aan complexe patiënten bespreken. Ook de input van de patiënt en/of diens mantelzorger is bij een MDO essentieel volgens de deelnemers van een van de groepen. Structurele, geïntegreerde samenwerking leidt volgens de deelnemers tot een efficiëntere en kwalitatief betere zorgverlening.

Werken vanuit één dossier

Door drie groepen is het werken vanuit één dossier (zoals een landelijk EPD) naar voren gebracht als kansrijke vorm ter verbetering van de samenwerking. Veel zorgverleners zagen dit gezamenlijke dossier als essentieel. Alle bij de patiënt betrokken zorgverleners zouden toegang moeten hebben tot de data van de patiënt. Dit zorgt voor een efficiënte manier van gegevensuitwisseling. Er hoeft dan geen informatie meer achterhaald te worden bij de individuele zorgverleners en vertaald te worden, wat veel kostbare tijd kost en foutgevoelig is. Dit komt daarmee ook de medicatieveiligheid ten goede. Een belangrijk onderdeel van dit dossier, zoals genoemd door één van de groepen, zou de digitale toedienregistratie zijn, waarbij medicatiebeslissingen en/of aanpassingen direct inzichtelijk zijn voor huisarts, apotheker en wijkverpleegkundige. Dit levert veel tijdsbesparing op en minder fouten. Ook de communicatie en afstemming tussen betrokken zorgverleners zou kunnen lopen via dit gedeelde dossier. Een voorbeeld genoemd door één van de groepen is het ingeven van signalen door de wijkverpleegkundige in dit dossier waarna de juiste zorgverlener (de huisarts of apotheker, naar gelang de benodigde expertise) deze signalen kan opvolgen en afhandelen, wat inzichtelijk is voor alle betrokken zorgverleners.

Beter benutten van expertise / ondersteuning van(uit) de apotheek

Het beter benutten van de expertise en gerichte ondersteuning door de apotheek werd door twee van de vier groepen naar voren gebracht. Een voorbeeld hiervan, genoemd door één groep, is het (weer) laten distribueren van hulpmiddelen door de apotheek. Een ander voorbeeld, door twee groepen genoemd, is ondersteuning bij het geneesmiddelgebruik, door implementatie van medicatie op rol (Baxter), al dan niet in combinatie met de digitale medicijndispenser (Medido). Eén van de groepen noemde uniformiteit in de afspraken (met zorgverzekeraars) als een belangrijk element om dit goed uit te rollen. Een ander voorbeeld ligt op het vlak van herschikken van taken en zo beter

benutten van expertise, bijv. door (een deel van de) herhaalmedicatie door de apotheker te laten verzorgen.

Overige kansrijke vormen

Twee groepen brachten nog andere vormen naar voren. Dat betrof *centrale triage (groep 2)*, waarbij eerst de zorgvraag van de patiënt wordt beoordeeld en de patiënt wordt doorverwezen voor een afspraak met die zorgverlener die deze vraag het beste kan beantwoorden. Het idee hierachter was dat de patiënt vaak de weg naar de huisarts vindt en neemt, ook voor vragen rondom de medicatie die mogelijk beter door de apotheker beantwoord kunnen worden. De andere vorm betrof een projectmatige *benadering (groep 4)*, waarbij zorgprofessionals worden gekoppeld aan specifieke patiëntengroepen, zoals patiënten in een palliatieve fase en kinderen gediagnosticeerd met kanker. Dit werd geopperd naar het voorbeeld van de buddy-projecten, zoals nu voor o.a. patiënten met Parkinson worden gedaan. Dit bevordert en waarborgt de continuïteit van zorg.

Tot slot benadrukte diverse deelnemers dat bij het opstellen van kansrijke vormen van samenwerking het belangrijk is om toekomstgerichte elementen in het oog te houden, omdat deze bijdragen aan een geavanceerdere en gepersonaliseerde zorgverlening. Genoemde voorbeelden hiervan zijn: personalized medicine, artificial intelligence, digitalisering in de zorg en e-consult.

3.3 Interdisciplinaire groepsopdracht: scenario's voor kansrijke intensieve samenwerking

Voor de tweede groepsopdracht zijn opnieuw vier groepen gevormd, waarbij verschillende disciplines bij elkaar gezet zijn.

De scenario's uitgewerkt door de vier groepen vertoonden veel overeenkomsten. Drie groepen werkten een scenario rond geïntegreerde samenwerking uit, dan wel breed bekeken (groep 1), geoperationaliseerd als MDO (groep 3) of specifiek voor zorg rondom complexe casussen (groep 4). Groep 2 richtte zich op de invoering van een landelijk EPD. Een gedeeld dossier werd ook door de andere groepen in hun scenario genoemd als essentiële voorwaarde voor intensievere samenwerking binnen de EFZ. Door de sterke overeenkomsten in deze scenario's beschrijven we hieronder één toekomstscenario waarin we de resultaten uit de vier groepen samennemen. Bijlage B bevat de gedetailleerde uitwerking van de scenario's per groep.

Toekomstscenario: Structurele, geïntegreerde samenwerking met een landelijk EPD

Beschrijving van het toekomstscenario

Er is structurele, geïntegreerde samenwerking tussen het huisartsteam, het apothekerteam en de wijkverpleging.



De zorgverleners hebben een structureel overleg, zoals een multidisciplinair overleg, wat periodiek gehouden wordt. Waar nodig sluiten ook de patiënt of diens mantelzorger hierbij aan. Hier bespreken zij niet alleen de complexe patiënten, maar maken ook ruimte voor het inbrengen van acute zorgproblemen van een patiënt. Ook maken ze in dit overleg afspraken over taken en verantwoordelijkheden.

Signalering gebeurt door de wijkverpleegkundige (achter de voordeur) of de apothekersassistent, de apotheker of huisarts voeren de nodige vervolgacties uit. Voor complexe casussen kan de zorg belegd worden bij zorgverleners die gespecialiseerd zijn in bepaalde gebieden (bijvoorbeeld palliatieve zorg, MS, ALS, dementie, Parkinson). De samenwerking kent een basis van gelijkwaardigheid en het benutten van ieders expertise.



Een landelijk EPD is een essentieel element in het versterken van deze geïntegreerde samenwerking in de eerste lijn. Bij voorkeur bevat dit EPD uniforme medicatielijsten, wat zorgt voor makkelijke en snelle afstemming bij medicatie aanpassingen. Dit landelijk EPD bevordert ook de interactie en communicatie tussen alle betrokken zorgverleners. Dit leidt tot efficiënte, veilige en kwalitatief goede zorg.

Structurele samenwerking maakt het daarbij mogelijk dat de zorgverleners elkaar makkelijker kunnen vinden, ook in geval van acute zorg. Omdat men elkaar kent en weet te vinden zijn er korte communicatielijnen tussen de betrokken zorgverleners voor snelle afstemming, incl. duidelijkheid in wie welke rol heeft en dus wie benaderd moet worden.



Randvoorwaarden en/of hulpmiddelen

Er zijn verschillende randvoorwaarden en hulpmiddelen genoemd om dit scenario tot stand te brengen en te laten slagen. Deze hebben onder andere betrekking op de financiering. Deze moet passend zijn en gaan naar de zorgverlener die het signaal of de zorgvraag van de patiënt oppakt. Daarbij komt dat de vergoeding van de apotheker nu ligt bij het afleveren en niet bij de zorg. Dit zou aangepast moeten worden. Daarnaast kan de huidige distributiefunctie van de apotheker (nog) efficiënter georganiseerd worden, waardoor tijd vrijkomt voor zorgverlening, waaronder de mogelijkheid tot voorschrijven. De deelnemende apothekers zien namelijk mogelijkheden in het verkrijgen van voorschrijfbevoegdheid voor hun beroepsgroep. Dit zodat de huisarts niet steeds goedkeuring hoeft te geven voor aanpassingen van het recept of om een aanvraag te doen voor het meten van klinische uitkomsten via het laboratorium. Hiervoor – en ook voor andere vormen van samenwerking – is het wel van belang dat het vertrouwen tussen huisartsen en apothekers vergroot wordt. Dit kan bijvoorbeeld door op dezelfde werkvloer te werken.

De deelnemers noemen ook een aantal randvoorwaarden specifiek voor het EPD. Een belangrijke randvoorwaarde is het opheffen van de beperkingen die ontstaan zijn door de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Hierdoor is het veel moeilijker geworden gegevens van de patiënt die cruciaal zijn voor goede zorg uit te wisselen tussen zorgverleners. Een andere voorwaarde is dat er eenheid van taal moet komen voor het EPD. Nu zijn er veel soorten systemen, die vaak een eigen taal hanteren wat uitwisseling van gegevens bemoeilijkt. Het ministerie van VWS zou in deze – alsmede in de bredere discussie over het EPD – de regierol op zich moeten nemen, Bij deze regierol hoort ook het regelen van financiën om een goed functioneren EPD mogelijk te maken.

Naast het EPD kunnen ook andere hulpmiddelen ingezet worden. Een voorbeeld is de zogeheten ‘zorgkaart’ waarin wordt opgenomen naar wie de patiënt met welke zorgvraag doorverwezen moet worden. Dit bestaat al, maar zou effectiever ingezet kunnen worden.

Implicaties voor de zorgverlener en de patiënt

De volgende implicaties zijn door de groepen genoemd voor zowel zorgverleners als patiënten indien dit toekomstscenario werkelijkheid wordt:

- De zorg kan **duurzamer** geleverd worden door verbeterde afstemming tussen zorgverleners: de zorg is efficiënter, iets wat gezien de ontwikkelingen in de arbeidsmarkt (minder aanbod van personeel dan de vraag) nodig is.
- De zorg kan **sneller** geleverd worden door:
 - De apotheker de verantwoordelijkheid voor de farmaceutische zorg op zich te laten nemen en daarmee de huisarts ontlast en de eigen rol verrijkt. De huisarts kan zich richten op andere kerntaken en behoudt overzicht via het EPD.
 - De wijkverpleegkundige kan de rol van monitoren beter uitvoeren en sneller schakelen met de juiste zorgverleners via het landelijk EPD.
- Een landelijk EPD maakt de zorg efficiënter: de informatie is beschikbaar voor alle zorgverleners en hoeft dus niet meer opgevraagd of vertaald te worden. Dit maakt ook MDO's efficiënter. De zorgverlener kan zo in dezelfde tijd meer patiënten bedienen.
- Een landelijk EPD maakt de zorg veiliger: alle zorgverleners hebben *dezelfde* informatie. Er kan betere en proactieve medicatiebewaking uitgevoerd worden.
- Alle bovengenoemde implicaties leiden tot een meer patiëntgerichte behandeling.

4 Discussie

4.1 Kansrijke samenwerkingsvormen en bijbehorende randvoorwaarden

Het Ministerie van VWS is bezig om samen met het veld te kijken naar mogelijke veranderingen in de Extramurale Farmaceutische Zorg (EFZ) en de rol die de openbaar apotheker en het apotheketeam hierin spelen. Hierbij staat centraal dat de farmaceutische zorg van goede kwaliteit moet blijven of verbeteren en dat de kosten niet mogen stijgen. Dit onderzoek, waarin het Nivel een Zorgverlenersplatform organiseerde, wilde een bijdrage leveren aan de discussie hierover door het in kaart brengen van denkbeelden en ideeën van zorgverleners uit de eerste lijn. Hierbij besteedden we in het bijzonder aandacht aan het thema ‘Betere samenwerking en mogelijk taakherschikking tussen eerstelijns zorgverleners (apotheker-huisarts-wijkverpleging)’.

Geïntegreerde, structurele samenwerking dé basis voor Extramurale Farmaceutische zorg: overeenkomsten zorgverleners en burgers

Uit het Zorgverlenersplatform bleek duidelijk dat de sleutel voor EFZ geïntegreerde, structurele samenwerking tussen zorgverleners in de eerste lijn is. Hierbij staan gelijkwaardigheid en het optimaal benutten van ieders expertise aan de basis, waardoor ieders rol in het systeem duidelijk is. Cruciaal hierin zijn periodiek overleg, een passend financieringssysteem, onderling vertrouwen en een uniform landelijk EPD. In een eerder onderzoek van het Nivel, waarin we keken naar het burgerperspectief op de rol van de apotheker in de eerste lijn, bleek dat ook burgers een sterkere samenwerking tussen zorgverleners in de eerste lijn willen (Van Dijk e.a. 2023). Hoewel er accentverschillen zijn, komen ook de hiervoor benodigde randvoorwaarden overeen tussen burgers en zorgverleners: het is duidelijk wie de regie heeft, zorgverleners zetten elkaars expertise in wanneer nodig, zij delen belangrijke informatie met elkaar en stemmen processen op elkaar af (Kasdorp & Benedictus 2018; Van Dijk e.a. 2023). De burgers zien daarbij de regierol weggelegd voor de huisarts. Zorgverleners vinden regie ook belangrijk en benoemen dat bijvoorbeeld in de vorm van centrale triage. Deze is dan gebaseerd op zorgvraag en kan helpen efficiënte verwijzing te waarborgen en de werkdruk voor zorgverleners te verminderen.

Landelijk EPD: dé randvoorwaarde voor betere samenwerking

Zorgverleners zien het landelijk EPD als het essentiële element voor de samenwerking in de eerste lijn. Zij vinden dat het ministerie van VWS de regierol moet nemen om dit tot stand te brengen. Op dit moment ervaren de verschillende zorgverleners veel inefficiëntie (dubbel opvragen van informatie, dubbele handelingen, veel opzoekwerk) en zelfs onveilige situaties door het ontbreken hiervan.

Digitale gegevensuitwisseling is al veel langer een onderwerp in de zorg en het belang wordt door veel partijen ingezien. Hier zijn ook inmiddels ontwikkelingen in. Op 22 januari 2024 is door de minister van VWS en verschillende zorgpartijen het *IZA Uitvoeringsakkoord gegevensuitwisseling* ondertekend, waarmee partijen zich committeren aan gemaakte keuzes en richtinggevende afspraken die bijdragen aan landelijke elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. Dit uitvoeringsakkoord is gebaseerd op de nationale visie en strategie digitalisering en informatievoorziening, opgesteld door VWS, Nictiz, VZVZ en Zorgverzekeraars Nederland.¹

¹ <https://www.gegevensuitwisselingindezorg.nl/nationale-visie-en-strategie> (laatst geraadpleegd: 5 februari 2024)

Eén van de leidende principes hierin is dat data over gezondheid beschikbaar moet zijn voor alle betrokkenen in het zorgnetwerk van een burger en voor de burger zelf.² Uiteindelijk moet in 2035 sprake zijn van geïntegreerde zorg en ondersteuning oftewel een gezondheidsinformatiestelsel. Hierin speelt gegevensuitwisseling en uniformiteit van gegevens een cruciale rol.

Financiële vergoeding voor zorg

Zorgverleners vinden passende financiële vergoedingen van belang om de samenwerking in de EFZ te ondersteunen en de verantwoordelijkheden van zorgverleners te waarborgen. Zo zou degene die de zorg daadwerkelijk levert de vergoeding moeten krijgen. Specifiek voor de apotheek zou er meer ruimte moeten komen om zorg te belonen; nu is de financiering gericht op het afleveren van het geneesmiddel. Hiervoor kan een loskoppeling van logistiek en zorg een optie zijn waarnaar gekeken kan worden, al is niet iedereen het daarover eens. In een Burgerplatform dat SIR institute for pharmacy practice en het Nivel organiseerden over het voorschrijven door de apotheker bleek dat ook burgers voorstander zijn van een duidelijke en simpele financieringsstructuur omtrent de geboden (farmaceutische) zorgverlening. Dit om te voorkomen dat gesprekken tussen de patiënt en zorgverleners over geld gaan (Heringa e.a. 2023).

Apothekers: voorschrijfbevoegdheid kan bijdragen aan efficiëntere en sterkere EFZ

Veel apothekers die deelnamen aan het Zorgverlenersplatform gaven aan de voorschrijfbevoegdheid voor de apotheker te zien als een manier om hun rol te optimaliseren en de farmaceutische zorg dichterbij de patiënt te brengen. Zo'n voorschrijfbevoegdheid kan goed ingebed worden in geïntegreerde, structurele samenwerking als er duidelijke afspraken zijn tussen huisartsen en apothekers hierover. In het eerdergenoemde een Burgerplatform van SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy en het Nivel over het voorschrijven door de apotheker bleek dat ook burgers, wanneer geïnformeerd over onder andere de vaardigheden en kennis van de apotheker, hier kansen voor zien (Heringa e.a. 2023). Opvallend is dat het toekomstscenario dat burgers daarin beschreven erg lijkt op het dat van zorgverleners in dit onderzoek: zij zagen een eerstelijns gezondheidscentrum voor zich waarin huisarts, apotheker en andere zorgverleners nauw samenwerken, in één gedeeld medisch dossier. Om de huisarts te ontlasten, kunnen taken herschikt worden, waaronder het voorschrijven van geneesmiddelen. Een belangrijke randvoorwaarde die burgers hierbij noemen is dat de apotheker hiertoe bekwaam is en een aanvullende opleiding heeft gehad. Burgers vinden het daarbij belangrijk dat de huisarts het overzicht houdt over de zorg voor de patiënt en dat er duidelijke afspraken zijn over wie waarvoor verantwoordelijk is (Heringa e.a. 2023).

4.2 Methodologische aspecten en beperkingen van het platform

Sterke punten:

Variatie uit apotheek setting

Een sterk punt van ons onderzoek is de diversiteit aan perspectieven binnen de apotheek setting. Met vertegenwoordiging van apothekersassistenten, farmaceutische consultants, apothekers en degenen die op bedrijfsvoering / beleidsniveau werken, hebben we een brede mix van ervaringen en inzichten. Dit zorgt voor een rijke discussie waarin verschillende aspecten van het onderwerp belicht konden worden.

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2023/03/31/nationale-visie-en-strategie-gezondheidsinformatiestelsel> (laatst geraadpleegd: 5 februari 2024)

Opzet van discussie door middel van platform

De keuze om de discussie via een platform te organiseren is een sterke punt van de opzet van de studie. Dit stelde de deelnemers in staat om vanuit verschillende disciplines met elkaar de discussie aan te gaan. Het platform bood een gestructureerde omgeving waarin deelnemers gemakkelijk ideeën kunnen uitwisselen, meningen delen en inzichten vergaren.

Beperkingen:

Niet genoeg huisartsen voor een volledig beeld

Een belangrijke beperking is het gebrek aan vertegenwoordiging van huisartsen in onze discussie. Aangezien huisartsen een cruciale rol spelen in de gezondheidszorg en vaak samenwerken met apotheken, kan het ontbreken van hun perspectief de discussie beperken. Om een volledig beeld te krijgen van het onderwerp, is het essentieel om ook het perspectief van de huisarts te betrekken in het vervolg.

4.3 Conclusie

Geïntegreerde structurele samenwerking tussen zorgverleners in de eerste lijn is een noodzakelijke voorwaarde voor een stevige extramurale farmaceutische zorg. Dit is de mening van zorgverleners die deelnamen aan een Nivel Zorgverlenersplatform over EFZ. Gelijkwaardigheid, het optimaal benutten van ieder expertise en duidelijkheid in rolverdeling zijn daarbij belangrijke basisvoorwaarden alsmede het hebben van vertrouwen in elkaar. Dat geldt ook voor het hebben van periodiek overleg, een passend financieringssysteem en een uniform landelijk EPD. Met het IZA Uitvoeringsakkoord gegevensuitwisseling is met dit laatste een eerste start gemaakt. Uit eerder onderzoek blijkt dat ook burgers de samenwerking verstevigd willen zien. Daarbij stellen zij vergelijkbare voorwaarden. Het woord is nu aan beleid en praktijk om de intensievere samenwerking vorm te gaan geven, te beginnen met de daarbij behorende voorwaarden.

Literatuur

Dijk, L. van, Schackmann, L., Heringa, M., Vervloet, M. Burgerperspectief op extramurale farmacie: quickscan van Nederlandse literatuur. Utrecht: Nivel, 2023.

Heringa, M., Floor-Schreudering, A., Kohli, A., Kwint, H.F., Kempen, T.G.H., Schackmann, L., Tuyl, L. van, Dijk, L. van. Het perspectief van burgers op een grotere rol van de apotheker in het voorschrijfproces: verslag van een Burgerplatform. Leiden / Utrecht: SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy / Nivel, 2023. 33 p.

Kasdorp, J., Benedictus, J., Vervloet, M., van Dijk, L. Begeleiding van patiënten vraagt om vertrouwensband. Resultaten uit een interactieve workshop met patiënten. Pharmaceutisch Weekblad, 2019, 154(51/52), 26-27.

SiRM. Passende farmaceutische zorg. Een onderzoek naar de toekomst van passende farmaceutische zorg in de eerste lijn. Utrecht: SiRM, 2022.

Triemstra, M., Boeije, H., Francke, A., Boer, D. de. Leidraad Burgerplatform Nivel. Utrecht: Nivel, 2020.

Bijlage A Programma zorgverlenersplatform

Programma

<i>Inloop met koffie/thee</i>	14.30 – 15.00
1. Welkom en korte voorstelronde	15.00 – 15.15
2. Interview met Jan Benedictus (Patiëntenfederatie Nederland): het burgerperspectief op EFZ	15.15 – 15.45
3. Toelichting door Annemarie van den Burg (VWS): aanleiding voor het onderzoek	15.45 – 16.00
4. Aan het werk: Opdrachtronde 1 met plenaire terugkoppeling	16.00 – 16.55
<i>Pauze</i>	16.55 – 17.10
5. Aan het werk: Opdrachtronde 2	17.10 – 18.05
6. Plenaire terugkoppeling en discussie	18.05 – 18.35
<i>Afsluiting met een broodje</i>	18:25 – 19.00

Opdrachtronde 1

Top 3 kansrijke vormen
Doel: het inventariseren van kansrijke vormen van intensieve samenwerking tussen huisartsenpraktijk, wijkverpleging en apotheek
Tijdsindeling: 16.00-16.30: Discussie in vier groepen 16.30-16.35: Per groep vastleggen van top 3 van kansrijke vormen 16.35-16.55: Plenaire terugkoppeling van top 3
Uitleg voor de deelnemers: Deelnemers gebruiken de voorbereidingsopdracht als startpunt voor de discussie binnen de sector. De opdracht aan deelnemers luidt: Bediscussieer de kansrijke vormen van intensieve samenwerking die de EFZ kunnen verbeteren en doe 3 voorstellen die vanuit jullie perspectief het meest kansrijk zijn.
Rol gespreksleider: Zorg dat vanuit de farmaceutische zorgverlening wordt geredeneerd. Zorg dat vanuit de eigen discipline over de volgende elementen wordt nagedacht: Welke mogelijkheden zien jullie voor intensievere samenwerking met de andere disciplines? Wie zijn daarvoor nodig? Wat levert dat op voor wie/voor de patiënt?
Output 4x een top 3 van meest kansrijke vormen van intensieve samenwerking in de eerste lijn

Opdrachtronde 2

Uitgewerkte scenario's voor interdisciplinaire samenwerking
Doel: Ontwikkeling van een scenario voor interdisciplinaire samenwerking in de extramurale farmaceutische zorg
Tijdsindeling: 17.10-17.20: uitleg en keuze van drie kansrijke vormen 17.20-17.40: Samenstellen interdisciplinair scenario voor EFZ 17.45-18.05: Randvoorwaarden
Uitleg voor de deelnemers Deelnemers kiezen hun voorkeur uit de top 3 uit de eerste ronde. Zij kiezen dit voor elke discipline. De opdracht aan deelnemers luidt: Bediscussieer hoe de kansrijke vormen van intensieve samenwerking/taakherschikking die de EFZ kunnen verbeteren samengenomen kunnen worden en verwerk ze in een scenario. Daarbij mag je veranderingen aanbrengen in de scenario's. Bedenk daarbij wat de meerwaarde voor de patiënt is. Als je het scenario hebt, bedenk dan wat benodigde randvoorwaarden zijn.
Rol gespreksleider Zorgen dat vanuit de farmaceutische zorgverlening wordt geredeneerd. Zorgen dat over de volgende elementen wordt nagedacht: <ul style="list-style-type: none">• Hoe kan de samenwerking in farmaceutische zorg in de eerste lijn versterkt worden? Wat kunnen de verschillende disciplines voor elkaar betekenen?• Wat betekent dit voor patiënten?• Wat is daarvoor nodig?
Output Vier scenario's waarin interdisciplinaire samenwerking is uitgewerkt.

Bijlage B Uitwerking groepsdiscussies opdrachtrondes

Opdracht 1 (monodisciplinair)

Groep 1: deelnemers met bedrijfsvoering / beleid / niet-praktiserende zorgfunctie

De drie geprioriteerde elementen van verbeterde samenwerking op het gebied van extramurale farmaceutische zorg zoals besproken in groep 1 (vijf deelnemers) zijn weergegeven in Tabel B1. Alle deelnemers waren het erover eens dat geïntegreerd samenwerken tussen huisarts en apotheker, met de wijkverpleegkundige als signaleringsfunctie en monitoring achter de voordeur, de voorkeur heeft. Een ander belangrijk element van intensievere samenwerken ligt volgens de deelnemers op het gebied van digitale toedieningsregistratie. Deelnemers geven aan dat het inzichtelijk maken van medicatiebeslissingen en activiteiten door alle drie de partijen veel voordelen op kan leveren. Het derde geprioriteerde element van verandering in de eerstelijnsamenwerking was de verdere verbetering van de distributiefunctie van de openbare apotheek. Deelnemers bespraken dat de apotheker de herhaalmedicatie kan overnemen, waardoor de huisarts meer tijd krijgt voor andere taken en de apothekers diens expertise ten volle kan benutten. Ook het distribueren van hulpmiddelen, wat nu meestal via een (landelijke) externe partij loopt, kan volgens de deelnemers efficiënter en duurzamer door de lokale apotheker georganiseerd worden. Dit verlicht de werkzaamheden van de huisarts en wijkverpleegkundige en biedt de patiënt een snellere service op maat. Als resultaat levert dit duurzamere en efficiëntere zorg op.

Tabel B1. Kansrijke vormen uitgewerkt door de groep deelnemers met bedrijfsvoering/beleid/niet-praktiserende zorgfunctie

Kansrijke vorm 1:
Geïntegreerde samenwerking: huisarts en apotheker werken nauw samen in hetzelfde dossier, met wijkverpleging als signalerings- en monitoringsfunctie. Dit leidt tot efficiëntere zorgverlening door tijdsbesparing bij huisarts en wijkverpleging, maar ook bij apotheker die niet op huisarts hoeft te wachten voor het nemen van medicatiebeslissingen. Ook wordt de farmaceutische zorg veiliger doordat alle info voor alle zorgverleners inzichtelijk is.
Kansrijke vorm 2:
Digitale toedieningsregistratie, waarbij alle betrokken zorgprofessionals (huisarts, apotheker, wijkverpleegkundige) in hetzelfde dossier kunnen kijken en invoeren.
Kansrijke vorm 3:
Distributiefunctie van de apotheek dichterbij de patiënt beter benutten, op het gebied van: <ul style="list-style-type: none">– Herhaalmedicatie.– Leveren van hulpmiddelen.– Implementeren van Baxterrollen bij patiënten thuis.

Groep 2: deelnemers uit de huisartsenpraktijk en wijkverpleging

Verschillende mogelijkheden voor kansrijke samenwerkingsvormen zijn besproken in de groep deelnemers met huisartsenpraktijk en wijkverpleging achtergrond (in totaal 6 deelnemers, waarvan 4 wijkverpleegkundigen, 1 huisarts, 1 apotheker / arts). Eén van de benaderingen richtte zich op de implementatie van de Geïndividualiseerde Distributie Vorm (GDV), zoals de medicatierol, in combinatie met het gebruik van Medido als ondersteunend hulpmiddel om mensen eraan te herinneren hun medicatie in te nemen. De beoogde samenwerking rondom GDV en Medido zou

moeten leiden tot verbeterde monitoring en ondersteuning van kwetsbare individuen, wat op zijn beurt de therapietrouw kan vergroten.

Een ander relevant thema betrof de preventie van medicatieproblemen, waarbij jaarlijks beoordeeld wordt of alle voorgeschreven medicatie nog noodzakelijk is. Hierbij wordt speciale aandacht besteed aan mogelijke cognitieve problemen bij de patiënt. Een deelnemer lichtte toe dat in de provincie Utrecht reeds een medicatieconvenant is afgesloten, waarbij duidelijke afspraken zijn gemaakt tussen verschillende partijen, waaronder huisartsen, apothekers, VTV, en cliënten.

Een essentiële behoefte die naar voren kwam, was de noodzaak van een landelijk EPD om de efficiëntie van informatiedeling te vergroten. Momenteel ervaren zorgverleners in de eerste lijn tijdverlies bij het vertalen van elkaars informatie en het uitzoeken van zaken. Een landelijk EPD kan dit proces stroomlijnen en de communicatie tussen zorgverleners vereenvoudigen.

Naast concrete tools en structuren benadrukte de groep het belang van onderlinge bekendheid en vertrouwen. Het vermogen om elkaar te kennen en gemakkelijk te kunnen benaderen werd als cruciaal beschouwd voor een effectieve samenwerking. In dit kader kwam de suggestie naar voren voor de oprichting van een intercollegiale lijn als een gemeenschappelijk communicatiemiddel. Uiteindelijk resulteerde de discussie in het vaststellen van een top 3 prioriteiten, zoals weergegeven in Tabel B2.

Tabel B2 Scenario's uitgewerkt door de groep deelnemers met huisartsenpraktijk en wijkverpleging achtergrond

Kansrijke vorm 1:
Structurele afspraken over samenwerking op alle niveaus: <ul style="list-style-type: none">– Landelijk / regionaal: Het medicatieconvenant is een goed voorbeeld: het geeft aan wat je van elkaar kunt verwachten.– Zorgverlenersniveau: zorg dat je elkaar kent en vindt, en maak daarover afspraken.– Patiënt: Zorg voor goed communicatiemiddel om informatie over de patiënt uit te wisselen.
Kansrijke vorm 2:
Een landelijk EPD voor efficiënte uitwisseling van informatie.
Kansrijke vorm 3:
Landelijk dezelfde mogelijkheden op ondersteuning zoals Medido. Hier goede afspraken over, ook met zorgverzekeraars (uniformiteit).

Groep 3: deelnemers uit de apotheek

De acht zorgverleners uit de apotheeksetting (twee farmaceutisch consultants en zes apothekers) zagen een geïntegreerde eerstelijnszorg voor zich als dé manier voor het optimaliseren van de samenwerking in het geven van farmaceutische zorg. Zij zien hierbij een gelijkwaardige rol voor de apotheker en zijn/haar team, de huisarts en zijn/haar team, de wijkverpleging, maar zeker ook de patiënt, als hij/zij dit aankan, en anders (ook) de mantelzorger. Benadrukt werd dat deze samenwerking enkel goed kan werken als alle zorgverleners een gelijkwaardige positie in deze samenwerking hebben. De apotheker als behandelaar, naast de huisarts en niet als verlengstuk van de huisarts. Dit levert voor de patiënt een vermindering van de risico's van de behandeling op en een verhoging van de efficiëntie van de behandeling (betere uitkomsten). Voor de zorgverleners zelf (het kernteam apotheker – huisarts – wijkverpleegkundige) levert dit een vermindering van de werkdruk, erkenning van de expertise (autonomie) en meer werkplezier op. In Tabel B3 worden de drie kansrijke vormen van deze groep uit de apotheek setting omschreven.

Tabel B3 Kansrijke vormen uitgewerkt door een van de twee groepen deelnemers die praktiserende zorgverleners zijn in de apotheek setting

<p>Kansrijke vorm 1:</p> <p>Het multidisciplinair overleg (MDO) met alle hierboven genoemde zorgverleners. Dit MDO moet worden gevoerd vanuit ieders kracht, ieders expertise.</p>
<p>Kansrijke vorm 2:</p> <p>Het hebben van één dossier wordt als belangrijke randvoorwaarde genoemd. Goede samenwerking kan enkel slagen als alle betrokken zorgverleners toegang hebben tot alle data van de patiënt. Ook wordt belangrijk gevonden dat er een tweeweg communicatie via dit dossier kan plaatsvinden, dat wil zeggen dat als bijvoorbeeld een van de betrokken zorgverleners iets signaleert aan problemen in het geneesmiddelgebruik, dit in het dossier wordt geplaatst wordt en er een (push) bericht aan de juiste zorgverlener wordt verstuurd om dit probleem op te pakken.</p>
<p>Kansrijke vorm 3:</p> <p>Centrale triage, waarbij eerst de zorgvraag van de patiënt wordt beoordeeld en de patiënt wordt doorverwezen voor een afspraak met die zorgverlener die deze vraag het beste kan beantwoorden, wordt genoemd als manier om de zorg efficiënter en kwalitatief beter te maken voor zowel de zorgverlener als de patiënt. De patiënt vindt nu altijd de weg naar de huisarts, waar ook vragen rondom de medicatie gesteld worden die beter door de apotheker beantwoord kunnen worden.</p>

Groep 4: Deelnemers uit de apotheek

In het kader van deze opdracht, waarbij 7 deelnemers (5 apothekers, 1 farmaceutisch consulent en 1 apothekersassistent) zijn drie kansrijke vormen van intensieve samenwerking tussen huisartsen, apotheekteamleden, en wijkverpleegkundigen besproken (Tabel B4). Als eerste wordt de voorgestelde ideale situatie geschetst in de vorm van samenwerking in een triade, bestaande uit het apotheekteam, huisartsen, en wijkverpleegkundigen. Hierdoor kan er taakherschikking plaatsvinden en optimale expertisebenutting wat uiteindelijk resulteert in verlichting van de werklust voor alle betrokken zorgverleners. De rolverdeling wordt als volgt beschreven: de huisarts stelt de diagnose, de apotheker is verantwoordelijk voor het voorschrijven / afbouwen van medicijnen, en de apothekersassistent / wijkverpleegkundigen geven inhoudelijke kennis over de patiënt, inclusief hun situatie en context. Een cruciale randvoorwaarde hierbij is het strikt scheiden van logistieke en zorgaspecten. Ook een passende financiële vergoeding apotheker is nodig. De voorgestelde ideale situatie heeft ook positieve gevolgen voor de kwaliteit en persoonlijke aandacht die aan de patiënten wordt geboden. Doordat het apotheekteam, huisartsen en wijkverpleegkundigen samenwerken, kan er meer aandacht worden besteed aan de individuele behoeften van de patiënt.

De twee andere voorstellen van deze groep passen hieronder. Het eerste voorstel daarvan is een multidisciplinair overleg tussen drie verschillende typen zorgverleners: het apotheekteam, huisartsen, en wijkverpleegkundigen. Het kernpunt van deze aanpak is dat de overleggen probleemgericht zijn en vaak worden ingezet bij complexe situaties, met name bij kwetsbare patiënten. Dit kan leiden tot een verhoogde kwaliteit van leven voor de patiënt en meer patiëntgerichte zorg. Daarbij is het van belang dat zorgverleners elkaar goed kennen, inclusief begrip van elkaars rollen en taken. Dit blijkt echter nog niet optimaal te verlopen in de praktijk. Digitale overlegmogelijkheden, zoals bijvoorbeeld via Teams, kunnen hierbij een effectieve rol spelen. Ook periodieke fysieke bijeenkomsten van zorgverleners zijn belangrijk. Tijdens deze bijeenkomsten moeten duidelijke afspraken worden gemaakt, inclusief het opstellen van een actieplan. Evaluatie van dit plan is cruciaal om te beoordelen hoe de afspraken na het overleg zijn verlopen.

Het laatste voorstel van deze groep betreft het 'buddy project' in apotheken. Dit kenmerkt zich door een 'projectmatige' benadering en concentreert zich op specifieke patiëntengroepen, zoals patiënten

in een palliatieve fase en kinderen gediagnosticeerd met kanker. De continuïteit van zorg staat voorop, waarbij zorgprofessionals worden gekoppeld aan specifieke patiënten. Net als in voorstel 2 is het van belang dat zorgprofessionals van elkaar weten welke rol ze vervullen en hoe ze deze optimaal kunnen inzetten ten behoeve van de zorgverlening aan de patiënt.

Tabel B4 Kansrijke vormen uitgewerkt door een van de twee groepen deelnemers die praktiserende zorgverleners zijn in de apotheek setting

Kansrijke vorm 1:
Taakherschikking en expertisebenutting door een triade in samenwerking bestaande uit het apotheekteam, huisartsen, en wijkverpleegkundigen. De rolverdeling: de huisarts stelt de diagnose, de apotheker is verantwoordelijk voor het voorschrijven / afbouwen van medicijnen, en de apothekersassistent / wijkverpleegkundigen geven inhoudelijke kennis over de patiënt, inclusief hun situatie en context.
Kansrijke vorm 2:
Multidisciplinair overleg tussen drie verschillende typen zorgverleners: het apotheekteam, huisartsen, en wijkverpleegkundigen. Het kernpunt van deze aanpak is dat de overleggen probleemgericht zijn en vaak worden ingezet bij complexe situaties, met name bij kwetsbare patiënten. Door de focus op de patiënt te leggen en een multidisciplinair team samen te stellen om de patiënt te helpen, kan dit leiden tot een verhoogde kwaliteit van leven voor de patiënt en meer patiëntgerichte zorg.
Kansrijke vorm 3:
Het 'buddy project' in apotheken. Een 'projectmatige' benadering en concentreert zich op specifieke patiëntengroepen, zoals patiënten in een palliatieve fase en kinderen gediagnosticeerd met kanker.

Opdracht 2 (interdisciplinair)

Scenario 1: Geïntegreerde samenwerking met apotheker als poortwachter voor EFZ

Groep 1 bestond uit twee apothekers, een farmaceutisch consulent, een wijkverpleegkundige en een niet-praktiserende zorgprofessional werkzaam in de apotheek setting. Zij hebben een scenario van geïntegreerde samenwerking met de apotheker als poortwachter voor EFZ uitgewerkt (Tabel B5).

Tabel B5 Uitgewerkte scenario van interdisciplinaire samenwerking

	Scenario 1
Omschrijving	<p>Geïntegreerde samenwerking met apotheker als poortwachter voor de extramuraal farmaceutische zorg, waarbij op structurele basis MDO's plaatsvinden tussen huisarts, POH, apotheker en wijkverpleegkundige voor afstemming en signalering, en waarbij gewerkt wordt op basis van gelijkwaardigheid.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Apotheker kan de huisarts ontlasten en de eigen rol verrijken door rechtstreeks de verantwoordelijkheid voor de farmaceutische zorg op zich te nemen. Daarvoor kan het wenselijk zijn op dezelfde werkvloer te werken, maar dit is niet noodzakelijk. – Huisarts kan zich richten op andere kerntaken en behoud overzicht via gedeeld EPD. – Wijkverpleegkundige kan sneller schakelen doordat gegevens (apotheker / huisarts) van patiënt bekend zijn in landelijk EPD en kan rol van monitoren beter uitvoeren door laagdrempelig contact op te nemen met de apotheek bij bv medicatieoverschot. Om ervoor te zorgen dat de wijkverpleegkundige goed bereikbaar is, kan het goed werken om per regio / plaats 1 thuiszorgorganisatie een coördinerende rol te geven, die de andere organisaties op de hoogte brengt / kan bereiken. – Een goed moment voor een MDO kan zijn bij start van een Baxterrol.
Randvoorwaarden / hulpmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> – Passende financiële vergoeding apotheker. – Geïntegreerd EPD. – Om tijd vrij te maken bij de apotheker moet de huidige distributiefunctie van de apotheker efficiënter worden georganiseerd. – Er moet meer vertrouwen komen tussen huisarts en apotheker; de apotheker kan dit onder andere doen door zichtbaarder te zijn. Ook zou het goed kunnen werken door op dezelfde werkvloer te werken. – Voorschrijfbevoegdheid zou vanuit perspectief van de apotheker wenselijk zijn, zodat deze de huisarts niet steeds hoeft te vragen om goedkeuring of lab-aanvragen.
Implicaties voor de patiënt / zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> – Zorg kan sneller geleverd worden als de apotheker de verantwoordelijkheid kan pakken voor de farmaceutische zorg. – Een geïntegreerd EPD maakt de zorgverlener ook efficiënter, maar ook veiliger, omdat alle zorgverleners dezelfde informatie hebben. – zorg kan duurzamer geleverd worden door de verbeterde afstemming tussen zorgverleners.

Scenario 2: invoering van een landelijk EPD

Groep 2 bestond uit vier apothekers, een huisarts, een farmaceutisch consultant en een niet-praktiserende zorgprofessional werkzaam in de apotheek setting. Zij hebben een scenario voor de invoering van een landelijk EPD uitgewerkt (Tabel B6).

Tabel B6 *Uitgewerkte scenario van interdisciplinaire samenwerking*

	Scenario 2
Omschrijving	Dit scenario beschrijft de invoering van een landelijk EPD dat de samenwerking tussen zorgverleners in de eerste lijn ten goede zal komen. Hoewel dat niet makkelijk te realiseren zal zijn, zien de deelnemers dit als een cruciale stap in de goede richting. De reden om voor het EPD te kiezen, is dat men nu te vaak de informatie van een andere zorgverlener moet vertalen. Dit is inefficiënt en het is ook gevoelig voor fouten. Daarnaast is een gezamenlijk EPD overzichtelijk voor de patiënt. Bij voorkeur komen er uniforme medicatielijsten. De deelnemers zien ook barrières voor implementatie, maar het zou mogelijk moeten zijn, zoals best practices uit andere landen ook laten zien.
Randvoorwaarden / hulpmiddelen	<ul style="list-style-type: none">– De AGV moet minder belangrijk worden, dit staat nu veel mogelijkheden in de weg.– De schotten moeten uit de zorg.– In het EPD moet iedereen dezelfde taal spreken.– Een partij moet de regie nemen, dit zou VWS moeten zijn.– Financiën zijn nodig, ook daar zou VWS de regie kunnen nemen.– Bekostiging van de zorg moet anders: meer voor zorg dan voor logistiek.
Implicaties voor de patiënt / zorgverlener	Als er een goed landelijk EPD is, kunnen MDOs efficiënter worden. Je zult elkaar dan als zorgverleners nog wel moeten zien, want mondeling overleg blijft in bepaalde gevallen nodig. Een landelijk EPD kan ook leiden tot betere en proactieve medicatiebewaking. Er zijn dan ketenafspraken nodig over wie waar verantwoordelijk voor is.

Scenario 3: Multidisciplinair periodiek overleg

Groep 3 bestond uit drie apothekers, een farmaceutisch consultant, een arts met apothekersachtergrond, een wijkverpleegkundige, en een beleidsmedewerker werkzaam in de apotheeksetting. Deze groep heeft het MDO gekozen als scenario om verder uit te werken, omdat zij dit als meest kansrijk en haalbaar op de korte termijn zagen. Zie tabel B7.

Tabel B7 *Uitgewerkte scenario van interdisciplinaire samenwerking*

Scenario 3	
Omschrijving	<p>Het draait hierbij om het kernteam huisarts, apotheker, wijkverpleging / thuiszorg. Het doel is om periodiek overleg te voeren, waarbij minimaal één keer per jaar alle patiënten die wijkverpleging / thuiszorg krijgen de revue passeren. Daarnaast hoort er plaats te zijn voor het inbrengen van acute zorgproblemen die optreden bij patiënten.</p> <p>Hoe dit geoperationaliseerd zou moeten worden is één tot tweewekelijks structureel overleg met het kernteam. Binnen dit overleg worden afspraken gemaakt over taken en verantwoordelijkheden, o.a. over signalering (bijvoorbeeld door de wijkverpleging of de apothekersassistent) en vervolgacties (wie pakt het probleem op en geeft er vervolg aan). Hierbij staat voorop dat ieders expertise maximaal benut moet worden.</p>
Randvoorwaarden / hulpmiddelen	<p>Een hulpmiddel daarbij is het gebruiken van een 'zorgkaart' waarin wordt opgenomen naar wie de patiënt met welke zorgvraag doorverwezen moet worden. Dit bestaat al, en zou beter ingezet kunnen worden.</p> <p>Een tweede hulpmiddel daarbij is het hebben van een centraal platform via welke de communicatie tussen alle betrokken zorgverleners (kernteam) loopt.</p> <p>Een belangrijke randvoorwaarde is dat er een vergoeding komt die zorgverlener die vervolgens tijd steekt in het oppakken van het signaal/zorgvraag die de patiënt heeft, ongeacht welke zorgverlener dit is.</p>

Scenario 4: Zorggerichte (complexe) eerstelijnszorg

Groep 4 bestond tot slot uit drie apothekers, een apothekersassistent, twee wijkverpleegkundigen, en een niet-praktiserende zorgprofessional werkzaam in de apotheek setting. Het scenario dat deze groep heeft uitgewerkt richt zich op zorggerichte (complexe) eerstelijnszorg. In Tabel B8 wordt het scenario omschreven, inclusief de genoemde randvoorwaarden en wat dit scenario oplevert in de praktijk.

Tabel B8 Uitgewerkte scenario van interdisciplinaire samenwerking

Scenario 4:	
Omschrijving	<p>Dit scenario komt voort uit ervaren uitdagingen in de praktijk: ‘Wie moet ik bellen in het geval van complexe casussen?’ en ‘Hoe wordt de samenwerking opgezocht in deze complexe taken?’</p> <p>Omschrijving:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Betere afstemming over wie welke rol heeft, aangezien het in de praktijk vaak voorkomt dat er onduidelijkheid is over wie er moet worden benaderd. Een voorbeeld hiervan is een wijkverpleegkundige die de huisarts, apotheker en het ziekenhuis moet bellen, maar niet weet welke specifieke persoon binnen deze organisaties benaderd moet worden. – Het is van belang dat er korte communicatielijntjes zijn tussen zorgverleners om snelle afstemming mogelijk te maken. – Het stimuleren van het werken vanuit eigen kracht / expertise wordt als belangrijk beschouwd. – Centralisatie van complexe casussen, waarbij zorgverleners die gespecialiseerd zijn in bepaalde gebieden (bijvoorbeeld palliatieve zorg, MS, ALS, dementie, Parkinson) verantwoordelijk zijn voor deze complexe casussen. – De opzet van dit scenario lijkt op de inrichting van de Wet Langdurige Zorg (WLZ), waar inspiratie kan worden opgedaan voor verdere uitwerking/implementatie. – Een voorbeeld van een soortgelijk scenario is het 'buddy project' dat sommige apotheken hebben geïmplementeerd. <p>Rollen van de Zorgverleners:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Huisarts: Diagnose stellen. – Apotheker: Voorschrijven / afbouwen, oftewel het toepassen van passende farmacogenetica / farmaceutische behandeling. – Apothekersassistent / farmaceutische consulent: Deze professionals kennen de patiënten beter en kunnen de context / achtergrond van de patiënt beter inschatten en delen. – Wijkverpleegkundigen: Zij kennen ook de context van de patiënt beter en hebben een belangrijke signalerende rol.
Randvoorwaarden / hulpmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> – Het is van groot belang dat de overdracht goed geregeld is. Hierbij is een communicatieprotocol nodig, en dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt. – Het businessmodel van de apotheekeigenaar moet worden overwogen en er moeten afspraken over worden gemaakt om obstakels bij de implementatie van dit scenario te voorkomen. – Informatiesystemen waarin de zorgverleners werken, moeten meer interactie mogelijk maken. Op dit moment zenden deze systemen vooral informatie, terwijl zorgverleners meer interactie moeten kunnen opzoeken.
Implicaties voor de patiënt / zorgverlener	Vraaggestuurde zorg en meer patiëntgerichte behandeling

