



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Evaluatie van het programma Farmaco Keten Ontwikkeling

M. Zuidgeest
L. Ooms
C. van Boheemen
M. Vervloet
L. van Dijk

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 9789 0605 9488

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2009 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Farmacoketens	10
1.3 FKO-programma	12
1.4 Vraagstelling	14
1.5 Opbouw van het rapport	16
2 Methode van onderzoek	17
2.1 Opzet beoordelingslijst	17
2.1.1 Project- en procesevaluatie	17
2.1.2 Effectevaluatie	18
2.1.3 Toekomstevaluatie	21
2.2 Gebruikte gegevens	21
2.3 Beoordeling	22
3 Evaluatie van de projecten	23
3.1 De projecten kort samengevat	23
3.1.1 ASP-projecten	23
3.1.2 FTTO-projecten	23
3.2 Project- en procesevaluatie	24
3.2.1 Communicatie en samenwerking	24
3.2.2 Randvoorwaarden en infrastructuur	25
3.2.3 Basis projectopzet	26
3.2.4 Projectinhoudelijk	27
3.3 Effectevaluatie	28
3.3.1 Evaluatie Doelmatigheid	28
3.3.2 Relatie tussen project/proces en doelmatigheid	32
3.3.3 FKO	32
3.3.4 Relatie Doelmatigheid en FKO	33
4 Stand van zaken een jaar later	37
4.1 Resultaten	37
4.2 Relatie effectiviteit – continuering van het project	39

5 Rol DGV, VWS en zorgverzekeraars	41
5.1 DGV	41
5.2 VWS	41
5.3 Zorgverzekeraars	42
6 Discussie en conclusie	43
6.1 Discussie	43
6.2 Conclusie en aanbevelingen	46
Literatuur	47
Bijlage 1: Gebruikte afkortingen	49
Bijlage 2: Beschrijving van de 25 geïncludeerde projecten	51
Bijlage 3: Beoordelingsformulier projecten FKO programma	77
Bijlage 4: Algemene vragenlijst interviews	93

Voorwoord

Dit rapport beschrijft de evaluatie van het Programma Farmaco Keten Ontwikkeling (FKO), dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft opgezet en gefinancierd en wat door DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik is gecoördineerd. Het onderzoek is met subsidie van het Ministerie van VWS uitgevoerd door het NIVEL. De evaluatie heeft zich gericht op de uitvoering van de projecten, hun opbrengsten in termen van farmacoketenontwikkeling en doelmatigheid van voorschrijven en de voortgang van de projecten nadat de subsidieperiode verstreken is.

Wij willen op deze plaats drs. Menno van Woerkom van DGV en Mr. Gonne Kelder van het Ministerie van VWS bedanken voor hun hulp bij de uitvoering van het project en de discussies over het FKO-programma.

Utrecht april 2009

Samenvatting

Achtergrond

Dit onderzoek evalueert het Farmaco Keten Overleg (FKO)-programma dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in de periode 2006-2008 heeft opgezet en gefinancierd.

Farmacoketens zijn een voorbeeld van zorgketens waarin het draait om de farmaceutische zorg. In het kader van ketenzorg hebben veel ziekenhuizen zogenaamde Apotheek Service Punten (ASP) opgezet. Een andere vorm van ketenontwikkeling is het Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO). De centrale vraag van het evaluatieonderzoek was: *In hoeverre hebben de activiteiten die in het kader van het FKO-programma zijn geïmplementeerd/ontwikkeld geresulteerd in een effectievere zorg in de farmacoketen?* Hiertoe werden een project- en procesevaluatie uitgevoerd alsmede een effectevaluatie.

Het FKO-programma in het kort

In 2006 is het FKO-programma van start gegaan. Het uiteindelijk beoogde resultaat was een effectiever geneesmiddelengebruik door middel van betere afstemming in de farmacoketen. Het middel dat VWS hiertoe ingezet heeft, is het financieren van initiatieven in het veld. In totaal werden 83 initiatieven ingediend, waarvan er 26 werden gehonoreerd. De gehonoreerde projecten waren verspreid over het hele land en waren er in principe allemaal op gericht de transfer van de patiënt door de farmaceutische zorgketen te versoepelen. In dit onderzoek zijn 25 projecten beoordeeld. Hiervan waren er vijftien een ASP-project. Deze projecten richtten zich allemaal op het verbeteren van de procedures rondom de opname- en/of ontslagmedicatie van ziekenhuispatiënten. Het uiteindelijke doel was voor de meeste van de ASP-projecten om door verbetering van de procedures de medicatieveiligheid en kwaliteit van de farmacotherapie te verhogen. Dit doordat er minder medicatiefouten zouden optreden. In de zeven FTTO-projecten draaide het vooral om het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen of protocollen voor werkwijzen. Het doel in deze projecten was om de kwaliteit van het geneesmiddelengebruik en het voorschrijven te vergroten. De drie overige projecten waren zeer gevarieerd van aard.

Resultaten: procesevaluatie

De belangrijkste belemmeringen bij de uitvoering van de projecten bleken de personele inzet en de automatisering te zijn. Met name door problemen in de automatisering konden soms onderdelen van projecten geen doorgang vinden of moesten zij op een andere manier worden uitgevoerd. In alle projecten op twee na werd een zichtbaar effect op de doelmatigheid van geneesmiddelengebruik beoogd. Deze resultaten werden nagestreefd in een samenwerking van partners in meerdere lijnen. Actieve deelname van de eerste lijn was in een aantal ASP-projecten echter van ondergeschikt belang. De doelgroepen waarop de projecten zicht richtten, zorgden zelden voor problemen. Slechts in twee projecten bleek de instroom erg laag. De ambities van sommige projecten werkten soms negatief: er

waren te veel deelprojecten naast elkaar of deelprojecten konden niet starten omdat andere activiteiten nog niet afgerond waren. Het meest cruciale onderdeel in de projectopzet – als het gaat om het bereiken van effecten – bleek het meetplan voor de effectmeting te zijn. De kwaliteit hiervan varieerde sterk tussen de projecten.

Resultaten: effectevaluatie

Vrijwel alle projecten hadden een positieve invloed op de ontwikkeling van de farmacoketen. Er zijn negen projecten die enig effect op doelmatigheid hebben aangetoond. Van de projecten die een effect hebben getoond, zijn er zes uitgevoerd binnen een reeds goedlopende ASP-structuur. De andere drie zijn projecten die uitgevoerd zijn binnen een reeds bestaande en goedlopende FTTO-structuur. De als effectief beoordeelde projecten hadden gemiddeld genomen een beter project- en meetplan. Voor de overige projecten geldt dat de effectiviteit (nog) niet overtuigend is aangetoond, bijvoorbeeld omdat er weinig patiënten deelnamen, er te weinig gegevens beschikbaar waren of de kwaliteit van de metingen niet overtuigend was. De meeste van deze projecten lijken veelbelovend, maar er is een langere adem nodig om effectiviteit aan te tonen. Van de zestien projecten die in 2007 afgerond werden zijn er – eind 2008 – vijf (vrijwel) stopgezet, meestal vanwege gebrek aan financiering. De projectleiders benadrukten in interviews dat het zorg dragen voor borging een belangrijk aspect van het programma moet zijn.

Conclusie

Het FKO-programma heeft positieve resultaten opgeleverd. Door in te zetten op kleinschalige projecten met duidelijk afgebakende doelstellingen is in korte tijd veel gebeurd. Men heeft laten zien goed lopende projecten van de grond te tillen ondanks de tegenslagen die men tegenkwam. Voor vrijwel alle projecten geldt dat er veel activiteiten zijn ontplooid die positief zijn voor de transfer van de patiënt door de farmacoketen. Ook zijn er veel protocollen en richtlijnen ontwikkeld en (deels) geïmplementeerd. Een en ander heeft helaas nog niet altijd geresulteerd in aantoonbare effecten op de doelmatigheid of medicatieveiligheid. De vraag naar borging is belangrijk: een aantal goed lopende projecten is om financiële redenen niet ingebed in de gezondheidszorg. Hiermee gaat opgebouwde kennis en ervaring verloren. Bij het opzetten van een programma als het FKO moet deze borging meer aandacht krijgen.

1 Inleiding

Dit onderzoek evalueert het Farmaco Keten Overleg (FKO)-programma dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in de periode 2006-2008 heeft opgezet en gefinancierd.¹ Binnen dit programma subsidieerde VWS 26 praktijkprojecten die gericht waren op het versoepelen van de transfer van de patiënt door de farmaceutische zorgketen. DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik coördineerde de implementatie van het FKO-programma en begeleidde de projectuitvoering.

1.1 Achtergrond

Doelmatige farmaceutische zorg heeft tot doel te komen tot verbetering van de kwaliteit van het geneesmiddelengebruik en, waar mogelijk, een verlaging van de kosten. Op 31 oktober 2003 benoemde de regering dit tot één van de doelen uit het geneesmiddelenbeleid. Doelmatige farmaceutische zorg werd daarbij gezien als de resultante van doelmatig *voorschrijven* door artsen, doelmatig *afleveren* door apothekers en doelmatig *gebruik* door patiënten. Dit gebeurt in een omgeving van gereguleerde marktwerking waarbij zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten elkaar in balans houden. VWS is verantwoordelijk voor het systeem en draagt zorg voor aanpassing van wet- en regelgeving. In de afgelopen jaren heeft VWS samen met de betrokken veldpartijen een aantal acties in gang gezet. Zo is doelmatigheid een belangrijk criterium geworden voor opname van geneesmiddelen in het vergoede pakket. Ook is er meer objectieve informatie over geneesmiddelen beschikbaar gekomen op internet (www.apotheek.nl; www.kiesbeter.nl). De kwaliteit van FTO-groepen (Farmaco Therapie Overleg) waaraan vrijwel alle huisartsen en apothekers in Nederland deelnemen, is de afgelopen jaren verbeterd (Eimers & De Groot, 2005).

In 2005 besloot VWS een extra impuls te geven aan de doelmatigheid van de farmaceutische zorg. De directie Geneesmiddelen en Medische Technologie (GMT) van het ministerie van VWS bracht daartoe de beleidsnotitie “Een doelmatiger gebruik van geneesmiddelen” uit. De notitie geeft voor de jaren 2005-2007 aan welke activiteiten VWS hiertoe ontwikkeld heeft. VWS heeft deze activiteiten ondergebracht bij vier thema's, te weten:

- Transparantie van de geneesmiddelensector
- Patiënt ontwikkelen tot geïnformeerde zorgconsument
- Medicatieveiligheid
- Communicatie over VWS-beleid en kennisuitwisseling

Deze notitie is in interactie met het veld tot stand gekomen om zo te bewerkstelligen dat het beleid zo goed mogelijk aansluit bij de dagelijkse praktijk. De uitvoering van de activiteiten wordt zo veel mogelijk overgelaten aan partijen in het veld. VWS stimuleert en coördineert waar nodig. Eén uitwerking van deze notitie was het opzetten van het Programma Farmaco Keten Ontwikkeling (FKO).

¹ Bijlage 1 geeft een overzicht van de gebruikte afkortingen in dit project.

1.2 Farmacoketens

Met het FKO-programma wil VWS stimuleren dat ketentrajecten binnen de farmaceutische zorg worden opgezet: de zogenaamde farmacoketens. Deze zijn voorbeelden van zorgketens. Zorgketens zijn vormen van geïnstitutionaliseerde regionale of lokale samenwerking van instellingen en beroepsbeoefenaren, gericht op het faciliteren van de samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor (specifieke) patiëntencategorieën (RVZ, 1998). Het ontwikkelen van ketens is een strategie die ingrijpt op de manier waarop de zorg is georganiseerd (Fabricotti 2007). Het idee erachter is dat de gefragmenteerde organisatie van zorg de doelmatigheid ervan belemmert. Ontwikkeling van ketenzorg vindt vaak plaats in de vorm ketentrajecten, waarbinnen de samenwerking tussen verschillende schakels in de keten vorm krijgt. Het ontwikkelen van deze trajecten is een trend geworden in de gezondheidszorg. De ontwikkeling van dergelijke ketens is een complexe aangelegenheid omdat er veel verschillende spelers bij betrokken zijn. Daarom moet steeds rekening gehouden worden met verschillen in cultuur, werkwijzen, belangen, status en regelgeving (Fabricotti 2007).

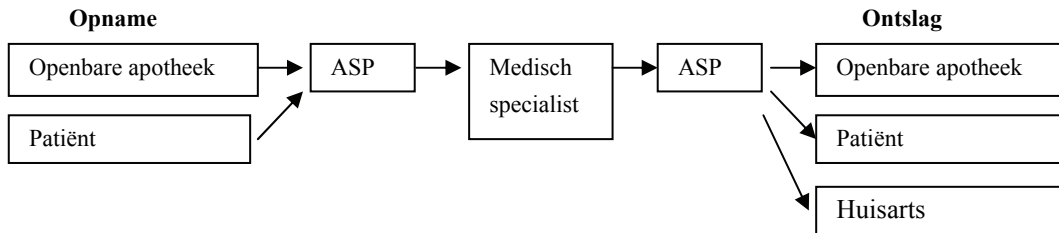
Bij farmacoketens draait het om de farmaceutische zorg die aan patiënten geleverd wordt. Veel patiënten krijgen geneesmiddelen voorgeschreven. Zij krijgen te maken met verschillende professionals die allemaal hun eigen bijdrage leveren aan de farmaceutische zorg. Binnen de eerste lijn heeft het merendeel van de patiënten te maken met ten minste twee partijen: de huisarts en de openbare apotheker. Door taakherschikking komen daar tegenwoordig steeds meer andere partijen bij zoals de nurse practitioner en de praktijkondersteuner. Wanneer de patiënt vanuit de eerste lijn in de tweede lijn terecht komt, komen er weer andere actoren in beeld zoals de medisch specialist, de verpleegkundige en de ziekenhuisapothek. Hieronder volgen twee voorbeelden van farmacoketens.

Ketenvoorbeeld 1: Apotheek Service Punten

Om de overgang van de eerste naar de tweede lijn (en vice versa) te versoepelen, zijn in veel ziekenhuizen zogenaamde Apotheek Service Punten (ASP's) opgericht. Zij vormen een belangrijke schakel tussen het ziekenhuis en zorgverleners in de eerste lijn. Hun primaire doel is het verbeteren van de overdracht van informatie over opname- en ontslagmedicatie. Dit kan leiden tot een reductie van het aantal medicatiefouten, snellere levering van hulpmiddelen en beter contact tussen eerste en tweede lijn. In 2006 waren er 40 ASP-organisaties (Van Aalst en Van Woerkom 2007). Uit onderzoek van Van den Elzen e.a. (2007) blijkt dat ziekenhuizen met een ASP op een aantal punten verschillen van ziekenhuizen zonder ASP. In ziekenhuizen met een ASP wordt vaker de medicatie doorgenomen bij zowel geplande als acute opnames. Ook geven deze ziekenhuizen significant vaker wijzigingen door aan huisarts en openbare apothek. Ofwel: ASP's zorgen ervoor dat er meer afstemming is in de farmacoketen. Figuur 1.1. laat een voorbeeld zien van een mogelijke keten met een ASP. In dit geval vraagt het ASP een actueel medicatieoverzicht op bij de openbare apothek. Dit overzicht blijkt niet altijd compleet of actueel (genoeg) te zijn, dus wordt er nog een opnamegesprek met de patiënt gehouden over zijn/haar thuismedicatie. Het ASP (in samenwerking met de ziekenhuisapothek) substitueert in overleg met de medisch specialist de thuismedicatie voor medicatie

gebruik in het ziekenhuis. De medisch specialist is eindverantwoordelijk. Bij ontslag voert het ASP terugsubstitutie uit van de ziekenhuismedicatie naar thuismedicatie. Het ASP informeert de huisarts, de openbare apotheek en de patiënt hierover, zodat alle drie de partijen op de hoogte zijn van eventuele gestopte medicatie, toegevoegde medicatie etc.

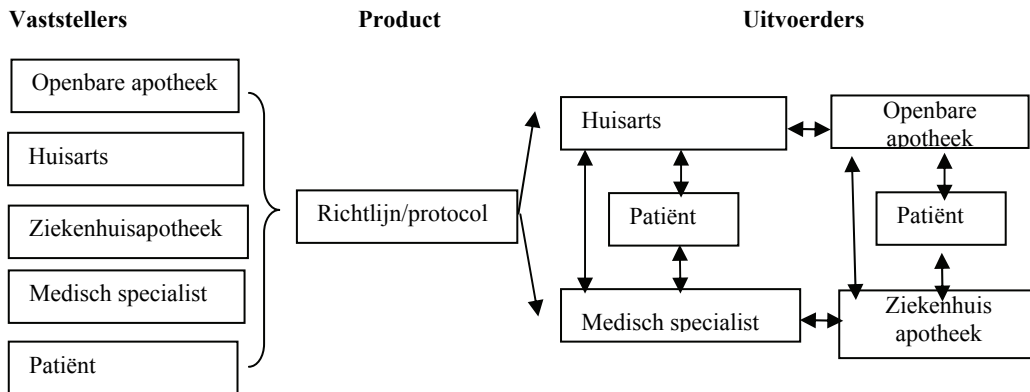
Figuur 1.1: De plaats van het APS in de farmacoketen (voorbeeld)



Ketenvoorbeeld 2: FTTO en het opstellen van transmurale richtlijnen en protocollen

ASP's zijn niet de enige manier om aan farmacoketenontwikkeling te doen. Een andere mogelijkheid vormt het FTTO: Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg. Het doel van het FTTO is bevordering van de afstemming tussen de beroepsbeoefenaren in de eerste en tweede lijn. Hiermee wordt beoogd de kwaliteit en de doelmatigheid van de farmaceutische zorg te bevorderen (De Metz, 2001). Een activiteit die vaak in het kader van FTTO wordt ontplooid, is de ontwikkeling van transmurale richtlijnen en protocollen. Hierbij staat veelal het veranderen van het voorschrijfgedrag van huisartsen/specialisten centraal, bijvoorbeeld door het terugdringen van onterechte voorschriften. Ook verbetering van de communicatie tussen eerste en tweede lijn met behulp van een transmuraal protocol is mogelijk. Figuur 1.2 geeft een voorbeeld van hoe een farmacoketen voor de ontwikkeling en implementatie van een richtlijn of protocol er uit kan zien.

Figuur 1.2: Farmacoketen in projecten rond richtlijnen/protocollen (voorbeeld)



1.3 FKO-programma

In 2006 is het FKO-programma van start gegaan. Het uiteindelijk beoogde resultaat van het FKO-programma is een effectiever geneesmiddelengebruik, i.e. betere medicatieveiligheid door middel van betere afstemming in de farmacoketen. VWS heeft hiervoor een aantal initiatieven in het veld gefinancierd. Partijen in het veld zijn uitgenodigd projecten in te dienen die gericht zijn op het verbeteren van de afstemming in de farmacoketen. Het betrof hier projecten met een bescheiden omvang, waarvan maximaal €50.000 door VWS gefinancierd zou worden. In totaal werden 83 initiatieven ingediend, waarvan er in eerste instantie 17 werden gehonoreerd. In een tweede ronde zijn nog negen projecten gehonoreerd. De beoordeling van de projecten vond plaats door een groep van experts uit het veld. Belangrijke criteria waren de kwaliteit van de projecten, het bevorderen van de farmacoketenontwikkeling en de betrokkenheid van een zorgverzekeraar.² De gehonoreerde projecten waren verspreid over het hele land en waren er in principe allemaal op gericht de transfer van de patiënt door de farmaceutische zorgketen te versoepelen. DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik coördineerde de implementatie van het FKO-programma en begeleidde de projecten bij de uitvoering.

De projecten die gehonoreerd zijn, zijn erg divers van aard. Een deel van de projecten wordt uitgevoerd in zogenaamde Apotheek Service Punten (ASP), terwijl andere projecten activiteiten uitvoeren in het kader van farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO). Ook de onderwerpen zijn divers. Kader 1 geeft de titels weer van de 25 projecten die in deze evaluatie zijn meegenomen. Een project dat alleen een best practice uitrolde bleek erg slecht te vergelijken met de andere projecten en is daarom niet in deze evaluatie meegenomen. Bijlage 2 geeft van alle projecten een korte beschrijving.

Waar leidt het FKO toe?

Het ministerie wil graag inzicht hebben in de vraag: waar leiden de activiteiten ontplooid in het kader van het FKO-programma toe? En op welke activiteiten kan in de toekomst

² Bij de projecten in de tweede ronde is de eis van betrokkenheid van een zorgverzekeraar vervallen. Al deze projecten waren ook al ingediend voor de eerste ronde.

het best worden ingezet als het gaat om het verbeteren van de zorg in de farmacoketen? Om hier inzicht in te krijgen is aan alle aanvragers van gehonoreerde projecten gevraagd de te verwachten resultaten te formuleren of op te leveren producten te benoemen (bijvoorbeeld: een richtlijn). Ook is de aanvragers gevraagd de te verwachten effecten van de interventie op het geneesmiddelengebruik te benoemen en aan te geven hoe deze effecten gemeten gingen worden.

Kader 1: Projecten betrokken in de evaluatie van het FKO-programma

Projecten ronde 1 (2006-2007)	Hoofdaanvragera)
ASP-projecten	
Uitbreiding ASP-activiteiten ('Een Helder(s) recept')	Gemini ziekenhuis
Farmacotherapeutisch préconsult in de polikliniek	St. Maartenskliniek
Introductie farmacotherapeutische ontslaggesprekken	BovenIJ ziekenhuis
Opzetten van een ASP in lok. Utrecht	Diakonessenhuis
Opzetten van een ASP	LUMC-1
Farmaceutische intakegesprekken en transmuraal EMD ('HERA')	St. Anna Zorggroep
Opnamegesprekken ASP bij gastro-enterologie	Deventer Ziekenhuizen
Interventie in medicatieprofielen van polyfarmaciepatiënten	Ziekenhuisapotheek Meppel-Hoogeveen
FTTO-projecten	
Verbeteren farmaceutische zorg aan schizofreniepatiënten	KNMP Groningen
Antidepressiva tussen de lijnen	Transmuraal Netwerk Midden-Holland
Terugdringen chronisch benzodiazepinegebruik via FTTO	SIR
Verbetering effectiviteit antidepressiva in de huisartspraktijk	LUMC-2
FTTO afspraken Polyfarmacie in Nieuwe Waterweg-Noord	Vlietland ziekenhuis
Overige projecten	
Veiligstellen medicatie bij ontslag uit kinderziekenhuis	WINAp
Verbeterslag: Vermindering medicatiefouten door betere medicatiebegeleiding van de patiënt bij opname, tijdens opname en bij ontslag	Catharina Ziekenhuis Eindhoven
Transmurale richtlijn Wondbehandeling	Thuiszorg Amsterdam
Projecten ronde 2 (2007-2008)	
ASP-projecten	
Digitaal ASP	Zaans Medisch Centrum
Regionaal afgestemde farmaceutische patiëntenzorg bij ontslag uit het ziekenhuis	KNMP Nijmegen
Ontslagmedicatie na ziekenhuisopname	Kwaliteitskring Gorinchem e.o.
Pre-operatieve screening medicatiegebruik door de ziekenhuisapotheek met follow-up begeleiding door openbaar apothekers bij electieve, chirurgische ziekenhuisopnames ^{a)}	Tweesteden ziekenhuis
Medicatiebegeleiding door apotheek en ziekenhuis bij opname, bij ontslag en na ontslag	Apotheek de Roerdomp
Reductie medicatiefouten bij opname	Meander Medisch Centrum
Becommentarieerd ontslagrecept in combinatie met implementatie FTTO afspraken ^{b)}	VieCuri Medisch Centrum voor Noord – Limburg
FTTO-projecten	
De psychiatrische patiënt in de farmacoketen	UMCG
Verbeteren kwaliteit geneesmiddel prescriptie bij ouderen: naar een zorg minder in de farmacoketen ^{c)}	De Tjongerschans Heerenveen

- a) In het vervolg van het rapport worden de projecten met de namen van de aanvragers aangeduid. Bij veel projecten zijn overigens meerdere partijen betrokken
- b) Dit project heeft zowel elementen van ASP als van FTTO. Omdat de basis ligt in het ASP is het ingedeeld bij de ASP-projecten
- c) Dit project heeft zowel elementen van ASP als van FTTO. Omdat de basis ligt in het FTTO is het ingedeeld bij de FTTO-projecten

1.4 Vraagstelling

VWS wil weten of de activiteiten binnen het FKO-programma de beoogde resultaten hebben opgeleverd. Het NIVEL is gevraagd om een voorstel te schrijven voor een evaluatie van een deel van deze activiteiten, namelijk die activiteiten die betrekking hebben op medicatieveiligheid. Een systematische analyse van de opzet en resultaten van de projecten moet hierin inzicht geven.

De centrale vraag die met dit evaluatie-onderzoek beantwoord wordt, is:

In hoeverre hebben de activiteiten die in het kader van het FKO-programma zijn geïmplementeerd/ontwikkeld geresulteerd in een effectievere zorg in de farmacoketen?

Dit onderzoek evalueert daarmee de opbrengsten van het door VWS ingezette FKO-programma. Het programma bestaat uit een reeks van projecten.

FKO en het model van Stake

In het onderzoek zullen we als kader het model van Stake gebruiken (Figuur 1). Dit model geeft een algemene opzet voor evaluatie-onderzoek (Stake 1967). Een evaluatie is in feite niets anders dan het vergelijken van het geplande programma (theorie) met het gerealiseerde programma (empirie).

Een programma bestaat daarbij, aldus Stake, uit drie elementen:

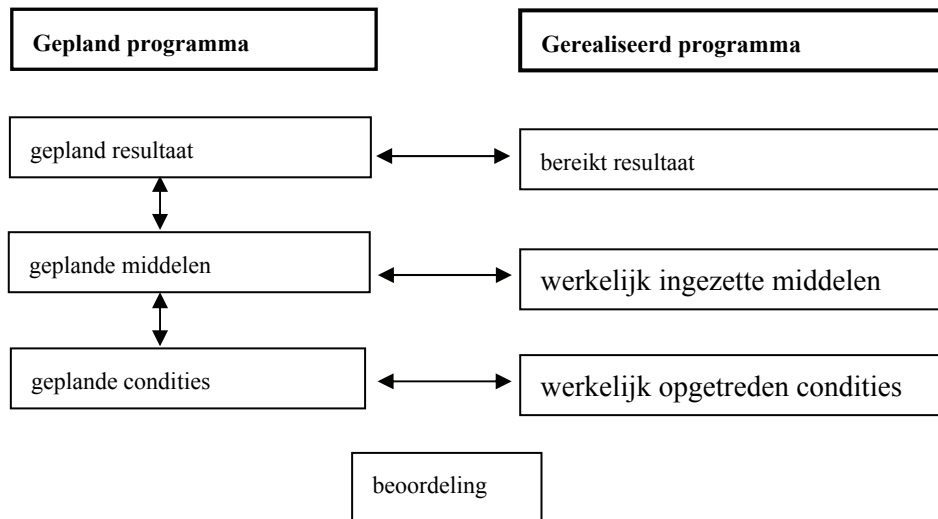
- het resultaat, ofwel de doelstellingen;
- de middelen die worden aangewend ter bereiking van het resultaat;
- de condities, oftewel de omstandigheden en voorwaarden die van invloed zijn op de middelen.

Het uiteindelijk beoogde resultaat van het FKO-programma is een effectiever geneesmiddelengebruik, door middel van betere afstemming in de farmaceutische keten. Het middel dat VWS hier ingezet heeft, is het financieren van initiatieven in het veld (zie ook paragraaf 1.3).

Projecten

Het uiteindelijke resultaat van het programma dient vastgesteld te worden op basis van de effecten die binnen de gehonoreerde projecten zijn gevonden. Deze individuele projecten hebben hun eigen doelstellingen. Een belangrijk hulpmiddel voor deze projecten om hun doelen te bereiken is door VWS beschikbaar gestelde geld (veelal zetten de projecten daarnaast ook eigen middelen in). De individuele projecten vinden allemaal plaats in bestaande settings. Er zijn geen gecontroleerde designs gebruikt. Dit betekent dat de opgetreden omstandigheden anders kunnen zijn dan vooraf gepland.

Figuur 1.3: Het evaluatiemodel volgens Stake



Om het effect van de inspanningen van VWS in het kader van het FKO- programma te kunnen inschatten, is eerst per project bekeken wat de effecten zijn. Zoals eerder gesteld, hebben de projecten aan moeten geven welke producten zij zullen opleveren en welke doelen zij willen bereiken wat betreft verbetering van de farmaceutische zorg. Dit laatste moesten zij doen in de vorm van concrete effectmaten die zowel vóór als na de interventie gemeten dienden te worden. Bovenstaande maakte het in principe mogelijk om per project de volgende vragen te beantwoorden:

Project- en procesevaluatie

- In hoeverre zijn de in het project beoogde activiteiten uitgevoerd?
- Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn tijdens het project naar voren gekomen?
- Hoe kijken de deelnemers aan tegen de rol van DGV, VWS en de zorgverzekeraars?

Effectevaluatie

- Wat is het effect op doelmatigheid?
- Hoe is de ketenontwikkeling binnen het project?

Stand van zaken een jaar later

- Hoe staan de projecten die in de eerste ronde zijn gehonoreerd er nu voor?

Programma

De evaluatie van het programma (ofwel van alle projecten samen) moet antwoord geven op de vraag hoe groot de effecten van de inspanningen van VWS zijn geweest op voorwaarden voor doelmatig geneesmiddelengebruik en op de doelmatigheid zelf en hoe deze effecten zich verhouden tot de kosten van het programma.

1.5 Opbouw van het rapport

Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de onderzoeksmethode. Hoofdstuk 3 beschrijft het algemene beeld dat uit de evaluatie naar voren komt wat betreft de uitgevoerde activiteiten, de belemmerende en bevorderende factoren, de behaalde resultaten en het effect op doelmatigheid en ketenontwikkeling. Hoofdstuk 4 beschrijft de stand van zaken eind 2008 bij de projecten die in de eerste ronde gehonoreerd waren. De ervaringen met VWS, DGV en zorgverzekeraars worden behandeld in hoofdstuk 5. Hoofdstuk 6 sluit af met een discussie en conclusie.

2 Methode van onderzoek

2.1 Opzet beoordelingslijst

Om de projecten te beoordelen is per project een analyse gemaakt van de opzet, het proces en de gevonden effecten op doelmatigheid en farmacoketenontwikkeling van de initiatieven. Per project zijn de volgende onderdelen beoordeeld:

1. Projectevaluatie: Hoe stond het project er voor bij aanvang?
2. Procesevaluatie: Hoe is het project gelopen?
3. Effectevaluatie: Is het resultaat zoals beoogd? Wat de is effectiviteit?
4. Toekomst³

De volledige beoordelingslijst is te vinden in bijlage 3.

2.1.1 *Project- en procesevaluatie*

Bij de onderdelen project- en procesevaluatie is voor een aantal onderwerpen (zie hieronder) gekeken naar de volgende drie elementen:

1. Projectinhoudelijk: Hoe is het project bedoeld?
2. Setting: Wat was de lokale uitgangssituatie?
3. Afstemming: (Hoe) is getracht projectopzet en setting met elkaar te verenigen?

Deze drie elementen worden hieronder nader toegelicht.

Projectinhoudelijk: hoe is het project bedoeld?

Onder dit kopje zijn de zogenaamde ‘intrinsieke factoren’ beoordeeld. Hieronder vallen factoren die inherent zijn aan *het project zelf* en die niet of nauwelijks veranderen bij verandering van de setting. Dit zijn daarmee facetten die, als het succes van het project zelf daarvan afhankelijk is, ook in andere settings goed toepasbaar zijn. Voorbeelden hiervan zijn het type werkzaamheden dat verricht moet worden, de automatiserings-systemen die gebruikt worden, het opstellen van werkprotocollen e.d.

Setting

Onder de setting vallen de zogenaamde ‘extrinsieke factoren / omgevingsfactoren’. Dit zijn factoren die grotendeels onafhankelijk zijn van het onderwerp en de opzet van het project. Echter, zij dragen vaak sterk bij aan het al dan niet slagen van een project. Deze factoren zijn (door de projectuitvoerders) vaak moeilijk te beïnvloeden en kunnen per setting sterk verschillen. De resultaten van een projectevaluatie (al dan niet succesvol) gebaseerd op deze factoren is slecht extrapoleerbaar naar andere settings. De reden waarom ze toch meegenomen worden in deze evaluatie is de volgende. Wanneer het succesvol zijn van een project vooral afhangt van dergelijke extrinsieke factoren kan daaruit geconcludeerd worden dat dit project slechts met succes geïmplementeerd worden in zeer goed vergelijkbare settings.

³ Dit is gedaan voor de projecten uit de eerste ronde.

Afstemming

Hieronder vallen factoren die aangeven in welke mate binnen een project getracht is om de projectopzet en setting met elkaar te verenigen door aan een van beide kanten factoren te beïnvloeden of aan te passen. Een voorbeeld hiervan is de vraag of bij opstellen van het projectplan (intrinsiek) actief getracht is het draagvlak (extrinsiek) te verbeteren. Er is steeds gekeken wat er in het projectvoorstel aangegeven is en wat er in de praktijk uiteindelijk gebeurd is.

De bovenstaande indeling (projectinhoudelijk – setting – afstemming) is toegepast op de volgende vier domeinen:

- **Communicatie en samenwerking**
Binnen dit thema is voor de projectopzet gekeken in hoeverre er een duidelijk informatie- en communicatieplan beschikbaar was en welke zaken hierin waren vastgelegd. Ook is nagegaan wat de meerwaarde van het project was voor de betrokken partijen en in hoeverre er duidelijke afspraken waren gemaakt over taakverdeling. Binnen de setting is geëvalueerd in hoeverre er draagvlak was voor dit project. Vervolgens is onder afstemming beoordeeld in hoeverre actief getracht is draagvlak te creëren dan wel te vergroten.
- **Randvoorwaarden / Infrastructuur**
Binnen dit thema is geëvalueerd wat de benodigde inzet van personeel, automatisering en materialen was, wat de Ausgangssituatie was en in hoeverre is nagedacht over afstemming van projectbehoefte wat betreft personeel, automatisering, materialen en de setting.
- **Basis project**
Binnen dit thema is de kwaliteit van het project, het projectteam en de effectmeting beoordeeld, alsmede de insteek van het project, de aansluiting bij bepaalde structuren en de timing (is er bijvoorbeeld sprake van reorganisatie?).
- **Inhoud**
Binnen dit thema zijn de puur projectinhoudelijke kenmerken van het project bekeken. Een groot aantal kenmerken is gedefinieerd (aantal deelnemende partijen, specifieke doelgroep etc.) en vervolgens is voor elk kenmerk beoordeeld of dit het verloop van het project heeft beïnvloed.

2.1.2 Effectevaluatie

In de effectevaluatie is gekeken naar de effectiviteit wat betreft:

1. Het niveau van farmacoketenontwikkeling
2. Effect op (de doelmatigheid van) het geneesmiddelengebruik

FKO

Gekeken is of er sprake is van een toegenomen contact tussen verschillende lijnen in de gezondheidszorg. Dit kan zowel actief zijn (samenwerking, overleg) als passief (verbeterde digitale communicatie over medicatie). De volgende criteria zijn hierbij gebruikt:

- In welke mate zijn er nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan of zijn bestaande samenwerkingsverbanden verbeterd?
- In welke mate zijn de processen in de farmacoketen meer gestroomlijnd dan voorheen?

- In welke mate heeft het project geleid tot impulsen/plannen voor nieuwe projecten of uitbreiden farmacoketen?

Doelmatigheid

VWS heeft het FKO-programma opgezet met als doel de doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening te verhogen. Om dit aan te kunnen tonen is de geselecteerde projecten gevraagd een meetplan op te nemen in het projectvoorstel. Op basis van deze meetplannen en de daarin doorgevoerde tussentijdse wijzigingen zijn per project de hoofdeffecten geïdentificeerd en beoordeeld.

Beoogde effect

Als eerste is steeds bekeken of het beoogde effect gevonden is. Hierbij werden de resultaten als volgt geïdentificeerd:

- significant positief effect (++)
- positief effect maar niet aantoonbaar significant (+)
- neutraal (+/-)
- negatief effect, niet significant (-)
- significant negatief effect (--)
- nog geen effectmeting (?)

Het vinden van een positief effect was een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde om te concluderen dat het project voor de betreffende maat effectief was. De kwaliteit en de relevantie van de effectmaat en de meting waren mede bepalend.

Hieronder wordt uiteengezet hoe deze elementen zijn gescoord.

Kwaliteit onderzoeksmethode

Om de kwaliteit van de onderzoeksmethode te beoordelen, zijn de criteria uit onderstaand kader gebruikt. Projecten zijn op basis van deze criteria als volgt geïdentificeerd:

- Zeer positief: (++) : de methode voldoet aan hoofdcriterium 1 óf 2 inclusief de bijbehorende subcriteria én aan criterium 3 en 4
- Positief (+): de methode voldoet aan hoofdcriterium 1 óf 2
- Neutraal (+/-): er is alleen een effectmeting aan het einde van het project (interviews deelnemers, interviews professionals, deelnemerstevredenheid onderzoek) of een procesevaluatie
- Negatief (-) : er heeft geen effectonderzoek plaatsgevonden
- Onbekend (?): Onbekend / subcriteria niet gemeten

1. *Experimenteel onderzoek*: het onderzoek is opgezet als een experiment, met een interventie en controle groep
 - + de controle groep is correct gekozen
 - + de aantallen (patiënten) in de interventie en controlegroep zijn groot genoeg om conclusies te kunnen trekken
2. *Veranderingsonderzoek* (0- meting 1-meting): Er wordt een meting voorafgaand en aan het eind van het project gedaan om te kijken wat het effect van het project is. Er is hier geen controle conditie aanwezig.
 - + de aantallen (patiënten) in de 0-meting en 1-meting zijn groot genoeg om conclusies te kunnen trekken
 - + de nulmeting is tijdig uitgevoerd
3. Het project wordt op die manier uitgevoerd waarop het bij doorstart in de praktijk ook zou worden uitgevoerd
4. Indien van toepassing: er is nagegaan of de resultaten mogelijk beïnvloed zijn door selectieve uitval van potentiële deelnemers, of de groep representatief is

Kwaliteit effectmaat

Naast de kwaliteit van de onderzoeksmethode is ook de kwaliteit van de effectmaat zelf beoordeeld op basis van de criteria in het onderstaande kader. De classificatie was als volgt:

- Zeer positief: (++) : maat voldoet aan alle criteria
- Positief (+): maat voldoet aan ten minste 3 criteria, waaronder in elk geval de criteria 1 en 2
- Neutraal (+/-): maat voldoet aan de criteria 1 en 2
- Negatief (-) : maat voldoet niet aan criterium 1 en 2
- Onbekend: (?): maat voldoet aan geen enkel criterium

1. Het is duidelijk *wat* gemeten wordt en *hoe* gemeten wordt (en dat dit een juiste uitwerking is)
2. Er een duidelijk meetplan opgesteld
3. De meetdoelen in de aanvraag en evaluevaluatie zijn gelijk óf het is goed uitgelegd waarom is afgeweken
4. Er is aangegeven na hoeveel tijd effecten verwacht kunnen worden en dus gemeten gaan worden
5. Het verzamelen van de gegevens is uitgevoerd conform het meetplan
6. Het is duidelijk beschreven hoe de resultaten geanalyseerd worden/zijn en hierin zijn de juiste groepen met elkaar vergeleken

Relevantie van de effectmaat

De effectmaat kan op zich goed gemeten zijn, maar minder geschikt zijn om doelmatigheid te meten. Dit aspect is eveneens beoordeeld. Hierbij is de volgende indeling gehanteerd:

- Zeer positief (++): er is een direct doelmatigheidsaspect gemeten, zoals aantal medicatiefouten, toegenomen % voorschrijven volgens richtlijnen of er zijn gevolgen bij patiënt gemeten, zoals geneesmiddelveroorzaakte ziekenhuisopnames.
- Positief (+): er is een aspect gemeten dat indirect bijdraagt van doelmatigheid, zoals aantal keer dat arts gebeld moet worden over onduidelijkheid van recepten.
- Neutraal (+/-): er is een aspect gemeten waarvan het aannemelijk is dat het te maken heeft met doelmatigheid
- Negatief (-): er is een aspect gemeten dat naar alle waarschijnlijkheid niet gerelateerd is aan doelmatigheid.

Overall

Op basis van de bovenstaande criteria is een overall score berekend voor de effectiviteit. Wanneer een project op alle aspecten positief scoorde (+/++) is het project als effectief geclassificeerd. Wanneer een of meer aspecten +/- was, is het project als +/- beoordeeld. Tot slot is een project als - gescoord als het op ten minste een onderdeel een - had.

2.1.3 Toekomstevaluatie

Hieronder werden per project de huidige status van het project, de toekomstplannen, en de mogelijkheden en bedreigingen voor uitrol beschreven.

2.2 Gebruikte gegevens

Voor het invullen van de beoordelingstabel is gebruik gemaakt van de volgende informatie:

1. De schriftelijke informatie verstrekt door de projectleiders aan DGV;
2. Informatie verkregen tijdens semigestructureerde interviews met de projectleiders (projecten uit ronde 1).

Ad 1. Schriftelijke informatie

De drie belangrijkste documenten die door alle projecten zijn aangeleverd zijn:

- Plan van aanpak: dit is het voorstel zoals ingediend bij VWS en op basis waarvan de subsidie is verworven. In het plan van aanpak is de projectopzet weergegeven
- Tussenevaluatie: hieruit komt informatie naar voren over de verloop van het project. Met name informatie over tussentijdse aanpassingen van het project zijn uit deze verslagen gehaald⁴
- Eindevaluatie: deze evaluatie geeft inzicht in de verloop van het project en de behaalde resultaten.

⁴ Omdat uit de evaluatie van de projecten uit de eerste ronde bleek dat vrijwel alle relevantie informatie in het plan van aanpak en de eindevaluatie stonden, is voor de beoordeling van de projecten uit de tweede ronde alleen bij uitzondering gebruik gemaakt van de tussenevaluaties.

Ad 2. Interviews

Met vertegenwoordigers van alle projecten uit de eerste ronde is een interview gehouden. Het doel van deze telefonische interviews was tweeledig. Enerzijds bleek dat de informatie uit de schriftelijke documentatie niet altijd volledig genoeg was om de het hele beoordelingsformulier in te vullen. Deze informatie is nagevraagd in de interviews. Dit betekent dat de standaardvragenlijst (zie bijlage 4) per interview aangepast werd. Anderzijds was het interview ook bedoeld om informatie te krijgen over het verdere verloop van het project: zijn er nog extra resultaten behaald? Is het project voortgezet en in welke vorm? Voor de 2^e ronde zijn deze interviews niet gehouden. Dat betekent dat deze projecten op globaler niveau beoordeeld zijn.

2.3 Beoordeling

Projecten uit de eerste ronde

Omdat veel facetten (zie paragraaf 2.2) lastig te kwantificeren zijn, was de inschatting door de onderzoeker een belangrijke basis. Om deze reden is de beoordeling per project steeds door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar uitgevoerd (MZ, LO). Het eerste project is ook door een derde onderzoeker beoordeeld (LvD). Van alle projecten zijn de twee beoordelingen met elkaar vergeleken en bij discrepantie is in samenspraak tot consensus gekomen. Indien dat niet lukte, heeft een derde onderzoeker (LvD) het project mede beoordeeld. Dit laatste heeft zich bij één project voorgedaan.

Projecten uit de tweede ronde

Uit de beoordeling van de projecten in de eerste ronde bleek dat de onderzoekers het op veel facetten eens waren. Daarom is voor de projecten uit de tweede ronde een afwijkende procedure gebruikt. Een project is eerst in zijn geheel door een onderzoeker beoordeeld (CvB of LvD). Waar de eerste beoordelaar twijfelde, heeft de tweede beoordelaar (LvD of CvB) ook een oordeel gegeven. Bovendien zijn steekproefsgewijs een aantal zaken dubbel beoordeeld.

3 Evaluatie van de projecten

Dit hoofdstuk legt de 25 projecten die zijn uitgevoerd in het kader van het FKO naast elkaar. De projecten verschillen onderling sterk wat betreft projectopzet, setting en beoogde resultaten. In dit hoofdstuk staat de vergelijking van de verschillende projecten centraal. In deze beschrijving zullen steeds voorbeelden gegeven worden van projecten om de tekst te illustreren.⁵

3.1 De projecten kort samengevat

De projecten in het FKO-programma kunnen ingedeeld worden in drie groepen:

- Apotheek Service Punten: vijftien projecten⁶
- F(T)TO's / richtlijnontwikkeling: zeven projecten
- Overig: drie projecten

Hieronder worden eerst de ASP-projecten kort besproken en vervolgens de FTTO-projecten. De drie overige projecten zijn zo verschillend dat zij niet als groep zullen worden besproken. Verwezen wordt naar de individuele projectbeschrijvingen in bijlage 2.

3.1.1 ASP-projecten

De vijftien ASP-projecten richtten zich allemaal op het verbeteren van de procedures rondom de opname- en/of ontslagmedicatie van ziekenhuispatiënten. Bij twee projecten (*LUMC-1*; *St Anna groep*) werd het ASP opgericht in het kader van het project. Het project van de *KNMP Nijmegen* startte een nieuw samenwerkingsverband rondom ontslagmedicatie. Bij de andere projecten was al een functionerend ASP of farmaceutisch steunpunt. Het uiteindelijke doel was voor de meeste van de ASP-projecten om door verbetering van de procedures de medicatieveiligheid en kwaliteit van de farmacotherapie te verhogen. Daarnaast streefden vier projecten een verhoging van de patiënttevredenheid na. De ziekenhuisapothek speelt een centrale rol in de meeste ASP-projecten. Ook van de medisch specialist en verpleegkundigen werd in de meeste projecten een actieve rol verwacht. De mate van inzet van de eerste lijn varieerde tussen de projecten. Er was wel in alle projecten contact met de openbare apotheek en in de meeste projecten ook met de huisarts. De doelgroep varieerde sterk tussen de projecten (alle patiënten, patiënten met polyfarmacie, patiënten op de afdeling orthopedie, patiënten met reuma etc). Overigens heeft de patiënt nauwelijks een rol gespeeld bij het ontwikkelen en uitvoeren van de projecten (anders dan als subject van het project). Een uitzondering hierop is bijvoorbeeld het ASP van *LUMC-1* waar patiënten betrokken zijn bij het opzetten van het project.

3.1.2 FTTO-projecten

In de FTTO-projecten draait het project om het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen of protocollen. Het doel in deze projecten is om de kwaliteit van het

⁵ Bij de auteurs is een geanonimiseerde scoringstabel op te vragen.

⁶ Dit is inclusief een project dat op een polikliniek wordt uitgevoerd (St. Maartenskliniek).

geneesmiddelengebruik en het voorschrijven te vergroten. De meeste projecten hebben als belangrijk doel een richtlijn of protocol op te leveren en deze liefst ook goed geïmplementeerd te zien waardoor de beoogde effecten te meten zijn. Vijf projecten richtten zich op psychofarmacogebruikers (antidepressiva, benzodiazepines en antipsychotica) en twee projecten deden dat op polyfarmaciepatiënten. In alle projecten waren de huisarts en de openbare apotheek partij en in de vijf projecten die zich op geneesmiddelen richtten ook de ziekenhuisapotheek. In twee projecten zijn patiënten actief betrokken geweest bij de opzet en/of uitvoering van het project (*KNMP-departement Groningen; Transmuraal Netwerk Midden-Nederland*).

3.2 Project- en procesevaluatie

Hieronder wordt weergegeven hoe de verschillende projecten beoordeeld zijn op de volgende vier subdomeinen:

- Communicatie en samenwerking (paragraaf 3.2.1)
- Randvoorwaarden en infrastructuur (paragraaf 3.2.2)
- Basis van het project (paragraaf 3.2.3)
- Inhoud van het project (paragraaf 3.2.4)

3.2.1 *Communicatie en samenwerking*

Binnen dit thema is bekeken of er een duidelijk informatie- en communicatieplan beschikbaar was en welke zaken hierin waren vastgelegd. Ook is nagegaan wat de meerwaarde was voor de betrokken partijen en in hoeverre er duidelijke afspraken waren over taakverdeling. Eveneens is geëvalueerd in hoeverre er draagvlak was voor dit project en in hoeverre actief getracht is draagvlak te creëren dan wel te vergroten.

Projectopzet

In vrijwel alle gevallen was er een informatie- en communicatieplan aanwezig wat volgens plan werd uitgevoerd. In vrijwel alle projectplannen werd de potentiële meerwaarde voor de patiënt duidelijk gemaakt. Het betreft dan zaken als: betere medicatieveiligheid, betere voorlichting, verbetering van de therapietrouw en verhoging van de patiënttevredenheid als het gaat om de verkregen zorg. In de effectmeting (paragraaf 3.6) is aangegeven in hoeverre deze doelstellingen gerealiseerd zijn.

Wat betreft de meerwaarde voor de zorgverleners zelf geldt dat deze vooral gezien wordt in 'het leveren van betere zorg'. Ofwel: de deelnemers aan het FKO-programma zien de meerwaarde voor de zorgverleners vooral liggen in een verbetering in de beroepsuitoefening en minder in een directe meerwaarde voor de zorgverlener zelf. De meerwaarde voor de zorgverleners is veel moeilijker te meten en komt in de effectmeting dan ook niet terug.

Setting / Afstemming

Draagvlak is cruciaal om praktijkprojecten te laten slagen (SIR 2007). We hebben hier in deze evaluatie op twee manieren naar gekeken. In de eerste plaats is gekeken of de setting waarbinnen het FKO-project plaatsvond een setting was waarin projecten in het algemeen

een grotere kans van slagen hebben. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer er al een goede bestaande samenwerking of overleg tussen de partijen was. Daarnaast is gekeken in hoeverre activiteiten ondernomen zijn om draagvlak te creëren voor dit specifieke FKO-project en is gekeken naar een aantal criteria die draagvlak kunnen bevorderen c.q. belemmeren zoals ‘is het project vraaggestuurd?’ en ‘leidt het project niet tot concurrentiegevoelens?’ (voor de volledige lijst, zie bijlage 3).

Elk project bevatte draagvlakverhogende elementen. Zo zijn de projecten meestal bedacht vanuit de partij waar het grootste deel van de werkzaamheden plaatsvond en vaak werd op basis van een tussenevaluatie met deelnemende partijen het project indien nodig bijgestuurd. Zoals gezegd wordt in veel evaluatieonderzoek draagvlak gezien als een beperkende factor. Ook in de eindverslagen van de FKO-projecten en in de interviews met de projectleiders (ronde 1) kwam het onderwerp vaak ter sprake. Weerstand moest soms overwonnen worden of een enkele partij deed niet mee aan het project. Er is echter geen enkel project voortijdig gestrand, al werd de projectopzet soms aangepast. Dit laatste was bijvoorbeeld het geval in het project van het *Transmuraal Geneesmiddelen Centrum* waar op de ene locatie de openbaar apothekers niet geïnteresseerd waren in deelname en er derhalve direct contact tussen ziekenhuisapotheker en huisarts was terwijl op de andere locatie deze communicatie wel via de openbare apotheek liep. In een aantal projecten is het verloop van het project duidelijk belemmerd door draagvlakfactoren. Voorbeelden van redenen hiervoor zijn: concurrentiegevoel (*Gemini ziekenhuis; Diakonessenhuis Utrecht*; beide ASP), reorganisatie (*KNMP Groningen, FTTO*), het niet kunnen bereiken van de patiëntenpopulatie in de 1^e lijn, waardoor er ook weinig draagvlak was in deze lijn (*Transmuraal Netwerk Midden-Holland, FTTO*) en onderwerpmoeheid (*SIR, FTTO*).

3.2.2 **Randvoorwaarden en infrastructuur**

Binnen dit thema zijn de volgende onderwerpen geëvalueerd: personeel, automatisering en materialen.

Personeel

De meeste projecten vergden een substantiële personele inzet. Dit gold minder sterk voor de FTTO-projecten dan voor de ASP-projecten.⁷ Bij de ASP-projecten bleken personeelsgerelateerde problemen dan ook een cruciale factor: een meerderheid van de projecten liep hier tegenaan. Het wisselt sterk in hoeverre men problemen in de personele bezetting wist op te lossen. In het *Bovenij ziekenhuis* was bijvoorbeeld bij aanvang van het project al krapte in de bezetting (apothekersassistentes). De projectapotheker heeft daarom zelf de ontslaggesprekken gevoerd. Bij voortzetting van het project als onderdeel van de reguliere zorg kan dit problemen opleveren. Een tekort aan apothekersassistentes was ook in andere projecten een probleem (bijvoorbeeld *St. Maartenskliniek; Diakonessenhuis, Meppel-Hoogeveen*). In het project van *Apotheek de Roerdomp* was het niet op alle afdelingen in het ziekenhuis mogelijk om ontslagmedicatiegesprekken te voeren, onder andere vanwege frequente personeelwisselingen. Bij de *Sint Anna groep* is het overigens gelukt om via dit project gelukt de formatie uit te breiden: voor de geneesmiddelenpolikliniek is ziekenhuisgeld beschikbaar gesteld. De polikliniek wordt nu ziekenhuisbreed uitgerold.

⁷ In een FTTO-project speelde het probleem van reorganisatie (*KNMP Groningen*).

Automatisering

De automatisering was het grootste struikelblok binnen het FKO-programma. Bij veel van de ASP- projecten waren automatiseringszaken als een Ozis-koppeling of een elektronisch voorschrijfsysteem vereist dan wel zouden ze het project aanzienlijk vereenvoudigd hebben. Hierbij deden zich veel problemen voor. Voorbeelden van problemen in ASP-projecten zijn: het te laat opleveren van een software-aanpassing (*Gemini ziekenhuis*), problemen met het converteren van informatie (*Zaans Medisch Centrum*), het ontbreken van de mogelijkheid gegevens digitaal naar de eerste lijn te zenden (*St. Maartenskliniek; LUMC-I*), moeizame implementatie van het EVS (*Bovenij ziekenhuis; Deventer ziekenhuizen*), het niet van de grond krijgen van de OZIS-koppeling (*St Anna Groep*) en het niet kunnen genereren van een ontslagrecept in de gewenste vorm (*VieCuri Medisch Centrum*). De FTTO-projecten meldden ook problemen met de automatisering al lijken deze problemen daar een minder cruciale rol gespeeld te hebben. Voorbeelden hier zijn: het ontbreken van een OZIS-koppeling naar een van de partijen in het project (*KNMP Groningen*), een beperkte elektronische registratie door medisch specialisten (*SIR*). Er zijn ook projecten waar nauwelijks projecten met de ICT zijn gemeld. Voorbeelden hiervan zijn de projecten van het *UMCG* en *Tjongerschans*.

Materialen

Bij dit onderwerp is gekeken naar de noodzaak van een speciale ruimte voor gesprekken, bepaalde apparatuur etc. In de praktijk bleek dit onderwerp geen rol te spelen.

3.2.3 Basis projectopzet

Binnen dit thema zijn de kwaliteit van het project, het projectteam en de effectmeting beoordeeld, alsmede de insteek van het onderwerp, de aansluiting bij bepaalde structuren en de timing.

Projectopzet

Voor alle projecten geldt dat het onderwerp vrijwel altijd gebaseerd was op een eerder succesvol gebleken project, een eigen pilot of op basis van onderzoek naar een probleem in de farmacoketen. De meeste projecten borgden de kwaliteit door de handelwijze vast te leggen in protocollen/werkboeken of door deze op te nemen in het bestaande kwaliteitssysteem. Er werd waar mogelijk gebruik gemaakt van al ontwikkelde tools, protocollen en instrumenten. Ook was er in alle gevallen een meetplan aanwezig, wat ook een voorwaarde was voor financiering door VWS. De kwaliteit van het meetplan varieerde echter sterk tussen de projecten. Bij dit aspect is gekeken naar de vraag of de doelstellingen helder geformuleerd waren en of deze (allemaal) correct waren geoperationaliseerd in het meetplan en of de metingen goed zijn uitgevoerd. Projecten met een goed uitgewerkt meetplan zijn bijvoorbeeld het *Bovenij Ziekenhuis*, de *SIR* en het *Tweestedenziekenhuis*.

Setting

Bij vrijwel alle projecten was er iets van een bestaande structuur (een APS dan wel een overlegstructuur) aanwezig waarop het project voortbouwde. Er zijn wel verschillen in de mate waarin deze structuur aanwezig was. Het *Gemini Ziekenhuis*, *Het Zaans Medisch Centrum*, *Deventer*, *het Bovenij ziekenhuis*, *het Tweestedenziekenhuis*, *VieCuri Medisch Centrum* en *Meppel* hadden bijvoorbeeld een goed draaiend ASP terwijl het *LUMC* alleen

een samenwerkingsverband had dat binnen dit project omgezet werd in een ASP. Slechts in een aantal gevallen werd er gestart zonder dat er al iets van een bestaande structuur aanwezig was. Dit was bijvoorbeeld het geval bij de *St. Anna groep* en *Thuiszorg Amsterdam*. Wat betreft de FTTO's was er overal sprake van een bestaande structuur.

Afstemming

Hier is gekeken naar de vraag of er in de organisatie of omgeving projecten waren die overlap vertoonden met het FKO-project of gelijktijdige inzet van deelnemers vroegen. Ook is gekeken naar de aanwezigheid en invloed van reorganisaties. In een aantal gevallen zorgden overlap met andere projecten (*Gemini ziekenhuis*, *LUMC-1*) of reorganisaties voor problemen (projecten *KNMP Groningen*, *Thuiszorg Amsterdam*).⁸ Daarnaast is gekeken in hoeverre het management van het project geschikte ervaring had en of het project niet te veel afhankelijk was van een specifieke persoon. Voor alle projecten gold, indien bekend, dat het management als voldoende tot goed beoordeeld is.

3.2.4 Projectinhoudelijk

Binnen dit thema zijn de inhoudelijke kenmerken van het project bekeken. Een groot aantal kenmerken is gedefinieerd (aantal deelnemende partijen, specifieke doelgroep etc.) en vervolgens is voor elk kenmerk beoordeeld of dit het verloop van het project heeft beïnvloed.

Partijen: Er is gekeken hoeveel lijnen actief dan wel passief deelnemen aan het project. Aangezien het projecten betreft die *ketenontwikkeling* dienen te bevorderen is er eigenlijk altijd sprake van meerdere lijnen (zie samenvattingen projecten, bijlage 3). Hoewel in veel projecten gold dat partijen zich niet allemaal in gelijke mate inzetten, was de afstemming tussen de deelnemers nooit het grootste struikelblok. Vrijwel altijd waren alle betrokken partijen vertegenwoordigd in de projectgroep en vaak ook in het beslisorgaan. Alleen het project van het *WINAp* was een top-down project. Als het gaat om echt *actieve* deelname in de uitvoering van het project dan valt op dat in veel ASP-projecten vaak alleen de tweede lijn actief deelnam terwijl de eerste lijn alleen betrokken was bij de opzet. Een uitzondering hierop vormde bijvoorbeeld het project van *Apotheek de Roerdomp* waar de openbare apotheek juist een heel actieve rol speelde. In FTTO-projecten waren de betrokken lijnen vaker allemaal actief betrokken dan in de ASP-projecten.

Doelgroepen: Projecten verschillen sterk in de doelgroepen die zij gekozen hebben: van alle patiënten die werden opgenomen in het ziekenhuis (in veel ASP-projecten) tot polyfarmaciepatiënten in verpleeg- en verzorghuizen (*Vlietland ziekenhuis*, *Tjongerschans*) tot reumapatiënten (*St. Maartenskliniek*). In twee FTTO-projecten leidde de gekozen doelgroep tot grote problemen. In het project van *het LUMC-2* project (PharmQuest) was de instroom van patiënten (starters met antidepressiva in de huisartspraktijk) veel lager dan verwacht. Er werden nauwelijks patiënten geïncorporeerd.

⁸ Hierbij dient opgemerkt te worden dat het lastig te zien is of een overlap met projecten en reorganisaties altijd tot problemen zou leiden aangezien in die projecten waar dit niet het geval is, deze andere projecten/reorganisaties waarschijnlijk niet genoemd worden in de evaluaties.

In het project van de *Thuiszorg Amsterdam* waren nauwelijks patiënten met decubitus te vinden in de eerste lijn, terwijl het meetplan van dit project juist op deze patiënten was afgestemd.

Projectonderdelen: Veel projecten bestonden uit een reeks van deelprojecten. Een aantal projecten liep vertraging op omdat het ene deelproject pas gestart kon worden nadat het andere was afgerond. Een aantal andere projecten liep vertraging op omdat er te veel projecten tegelijkertijd op de rails werden gezet. De volgende drie projecten zijn hier een voorbeeld van. In het *Bovenij ziekenhuis* konden de ontslaggesprekken pas geïntroduceerd worden nadat het EVS was geïntroduceerd. Bij het project van het *LUMC-PharmaQuest* bleek de procedure voor de Medisch Ethische Commissie erg tijdrovend. Het LUMC ondervond in het andere project (ASP, *LUMC-1*) hinder van de veelheid aan projecten dat werd geïnitieerd.

Informatietransferstappen: Veel projecten waren (deels) gericht op uitwisselen van informatie. Het aantal momenten waarop tussen partijen informatie uitgewisseld wordt, is in kaart gebracht. De verwachting was dat hoe meer informatietransferstappen er waren, des te meer problemen zich zouden voordoen. Dit blijkt echter niet zo te zijn. Het project van de ziekenhuisapotheek in *Meppel-Hoogeveen* had een complexe structuur, maar ondervond geen of nauwelijks hinder hiervan. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor de projecten van het *Zaans Medisch Centrum*, het *UMCG* en *Apotheek de Roerdomp*. Sommige projecten ondervonden wel hinder bij het uitvoeren van een bepaalde transferstap, bijvoorbeeld omdat het lastig bleek de arts-assistenten te bewegen het ontslagrecept op tijd uit te schrijven.

Werkwijze: Hierbij is vooral gekeken of voor het project wijzigingen in bestaande structuren nodig waren en in hoeverre het project in bestaande werkwijzen ingepast kon worden. In het merendeel van de projecten waren wat dit betreft weinig problemen. Uitzondering hierop waren drie ASP-projecten (*Gemini Ziekenhuis*, *Bovenij ziekenhuis*, *LUMC-1*).

Planning werkzaamheden: Een aantal projecten had veel deelprojecten en daarmee een erg ambitieus projectplan. Zij liepen daardoor tegen problemen aan, maar vaak werd hiermee creatief omgegaan. Bij twee projecten bleek de planning van de werkzaamheden een struikelblok omdat de ontslaggesprekken moeilijk in te plannen waren.

Vaardigheden: Dit onderdeel leverde weinig problemen op. Als er nieuwe vaardigheden nodig waren, konden deze goed worden aangeleerd en toegepast.

3.3 Effectevaluatie

3.3.1 Evaluatie Doelmatigheid

Tabel 3.1 geeft de effectmaten voor de verschillende projecten weer. In algemene termen streefden ASP's een betere medicatieveiligheid na: Voor de FTTO-projecten geldt dat zij streefden naar een betere kwaliteit van voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen.

Wanneer naar de concrete uitwerking hiervan in de projecten gekeken wordt, zijn er grote verschillen te zien. Bij de APS's ging het bijvoorbeeld om minder medicatiefouten, minder onduidelijkheden op het recept, minder allergiediscrepanties, minder wijzigingen in opname- en ontslagmedicatie etc. De FTTO's verschilden onderling ook. Voorbeelden van maten zijn: betere therapietrouw, minder benzodiazepinegebruikers, beter medicatieprofiel (MAI). Tabel 3.1. laat naast de korte omschrijving van de belangrijkste effectmaten ook de beoordeling van de effectiviteit zien. Hiervoor is als eerste gekeken of het beoogde effect gevonden is. Daarnaast zijn, zoals al werd aangegeven in hoofdstuk 2, de volgende aspecten beoordeeld: de kwaliteit van de onderzoeksmethode, de kwaliteit van de meting van de effectmaat en de relevantie van de effectmaat (wordt een effect op *geneesmiddelengebruik of medicatieveiligheid*) nagestreefd? Een maat kreeg de score + als op alle elementen een + gehaald was.

Opgemerkt moet worden dat een project een + scoorde als het op één van de hoofdefecten (voor zover gericht op doelmatigheid en bijvoorbeeld niet op tevredenheid) het project als effectief (+) beoordeeld is. Dit geldt voor negen projecten.⁹ Hieronder volgt voor deze projecten op welke effectmaten resultaten behaald werden.

ASP-projecten

- Project *Gemini Ziekenhuis* (ASP): er is een stijging in het aantal hits op contra-indicaties, wat betekent dat deze beter gesignaleerd worden en de kans op fouten in de medicatie kleiner is geworden;
- Project *Zaans Medisch Centrum* (ASP): er is een daling in het aantal medicatiefouten en in het aantal onvolledige medicatieoverzichten
- Project *Bovenij Ziekenhuis* (ASP): er is een daling in het aantal keren dat thuismedicatie gestopt of gewijzigd wordt;
- *Deventer ziekenhuizen* (ASP): In 148 van de 294 gesprekken zijn interventies gepleegd waarvan bij de spoedopname-interventies er 123 kritisch bleken te zijn (n=107 gesprekken)
- *TweeStedenziekenhuis* (ASP): Het aantal medicatiediscrepanties en het aantal allergiediscrepanties was lager bij patiënten (n=198) in de pre-interventie periode dan bij patiënten (n=93) in de postinterventie periode; de Relative Risk ratio's waren respectievelijk 0.45 (95% betrouwbaarheidsinterval 0.37-0.57) en 0.42 (95% betrouwbaarheidsinterval 0.22-0.58)
- Project *Meppel-Hoogeveen Ziekenhuisapothek* (ASP): Voor 182 van de 576 geselecteerde patiënten zijn door de ziekenhuisapothek adviezen uitgebracht, van de 177 traceerbare adviezen (bij 153 patiënten) zijn er 116 opgevolgd (bij 100 patiënten).

FTTO-projecten

- Project *SIR* (FTTO): Een daling van het aantal eerste benzodiazepinevoorschriften met 18,6%
- Project *Tjongerschans*: Een daling van de MAI-score van 10 naar 7.5 bij 53 geriatrische patiënten. Deze daling komt vooral door het interveniëren op het MAI-criterium "juiste geneesmiddel dosis".

⁹ Voor deze projecten wordt in de tekst de maat weergegeven waarvoor het grootste effect gevonden is, voor alle effecten zie de projectbeschrijvingen in bijlage 2.

Daarnaast is er een project dat geen duidelijke voor- en nameting had (en daardoor een +/- scoorde op kwaliteit van de onderzoeksmethode), het project van de *Regio Nieuwe Waterweg Noord* (project 85). Echter, dit project liet duidelijke resultaten zien: 164 patiënten met polyfarmacie (5+ geneesmiddelen) werden in het onderzoek betrokken, met gemiddeld 2,5 medicatieproblemen. In de helft van de gevallen (51%) was geen actie nodig, in 14% vond controle of overleg plaats en in 31% van de gevallen werd de medicatie gewijzigd (gestaakt, toegevoegd, vervangen, aanpassing dosering).

Andere projecten

Voor de overige projecten geldt dat de effectiviteit – nog – niet overtuigend is aangetoond. Dit omdat er weinig patiënten deelnamen, te weinig gegevens beschikbaar waren of omdat de methode van meten niet overtuigend genoeg was. In een geval werd met een kwalitatief goede effectmeting geen overtuigend effect gevonden (*Sint Maartenskliniek*).

Tabel 3.1: Effectmaten (voor zover het doelmatigheid geneesmiddelengebruik betreft) en scores of effectiviteit van de FKO-projecten^{a)}

Project	Belangrijkste effectmaten (globale omschrijving)	Score
ASP-projecten		
Gemini	(i) aantal hits op contra-indicaties en ongewenste stoffen	+
Zaans Medisch Centrum	(i) reductie in medicatiefouten; (ii) reductie in onvolledigheden; (iii) vermindering aantal contacten arts/verpleegkundige met apotheek over foutieve medicatie	+
St Maartenskliniek	(i) zelfgerapporteerde therapietrouw, (ii) aantal toedieningsfouten	±
KNMP Nijmegen	(i) aantal onduidelijkheden op het recept, (ii) aantal contactmomenten met de tweede lijn over ontslagrecept	±
Bovenij ziekenhuis	Aantal keer (i) gestopte thuismedicatie, (ii) gewijzigde thuismedicatie en (iii) therapeutische substitutie	+
Kwaliteitskring Gorinchem e.o.	(i) Percentage behandelde OMO's, (ii) percentage deelnemende apotheken, (iii) percentage medicatiefouten, (iv) aantal cliënten waarbij de medicatie is gesynchroniseerd en gesaneerd.	±
Diakonessenhuis Utrecht	(i) het aantal aangebrachte wijzigingen in de openbare apotheek en (ii) kostenbesparing volgens ASP is instrument DGV	±
LUMC-1	(i) discrepanties opnamemedicatie, (ii) discrepanties ontslagmedicatie, (iii) financieel voordeel	±
St. Anna Zorggroep	(i) overdracht medicatiegegevens van 1e naar 2e lijn: kwaliteit startrecept aan de hand van Fijn lijst	?
Deventer ziekenhuizen	(i) fouten in medicatie overdracht bij opname (niet of in andere dosering of toedieningsvorm continueren van thuismedicatie in het ziekenhuis), (ii) het aantal vragen van het ASP bij ontslag, (iii) % patiënten waarbij een interventie wordt gepleegd naar aanleiding van het opnamegesprek	+
Tweesteden-ziekenhuis Meppel-Hoogeveen	(i) aantal medicatiediscrepanties; (ii) aantal allergiediscrepanties; (iii) fouten met anti-trombotische therapie	+
Apotheek de Roerdomp	(i) % opgevolgde adviezen, (ii) beoordeling kwaliteit medicatieprofiel m.b.v. een gevalideerde methode	+
Meander Medisch Centrum	(i) veranderingen bij opname (ii) veranderingen bij ontslag (iii) tijd nodig per patiënt	±
VieCuri Medisch Centrum	(i) betrouwbaarheid van medicatieoverzichten van de apotheek; (ii) ernst van de gemaakte fouten; (iii) invloed opnamegesprek op veranderingen thuismedicatie; (iv) kostenreductie	±
VieCuri Medisch Centrum	(i) verandering in een aantal interventies zoals vergeten/gemiste (thuis)medicatie, verkeerde vorm, verkeerde dosering	±
FTTO-projecten		
KNMP Groningen	(i) therapietrouw patiënt met schizofrenie	±
Transmuraal Netwerk Midden-Holland	(i) het percentage onterecht voorgeschreven antidepressiva en (ii) het percentage artsen bekend met de richtlijn, de consultatiemogelijkheid en de depressiegids	±
UMCG	(i) kosten effectiviteit van screening voor opsporen nieuwe gevallen van diabetes, (ii) beschrijven medicatiepatronen en therapietrouw	±
Tjongerschans	(i) aantal voorgestelde interventies per patiënt bij patiënten besproken in multidisciplinair overleg; (ii) aard van deze interventies; (iii) Triage-score (iv) Medication Appropriateness Index	+
SIR Instituut	(i) % benzodiazepinevoorschriften van alle voorschriften van de huisarts, (ii) % DDD's benzodiazepines van DDD's van alle voorschriften van de huisarts, (iii) aantal 1e benzodiazepinevoorschriften, (iv) % nieuwe chronisch benzodiazepinegebruikers en (v) % chronische benzodiazepine gebruikers	+
LUMC-2	(i) daling in klachten gemeten met behulp van BSI vragenlijst	?
Vlietland Ziekenhuis	(i) gemiddeld aantal geneesmiddelen per patiënt vóór en na interventie, (ii) aantal wijzigingen in medicatie en (iii) kostenbesparing	+?
Overige projecten		
WINAp	Veiligstellen medicatie bij ontslag uit kinderziekenhuis	-
Catharina ziekenhuis	Aantal afwijkingen op de audit-checklist SDR	?
Thuiszorg Amsterdam	Type hulpmiddelen en overige behandelmethoden specifiek voor decubitus; en de aantallen, duur en kosten van deze middelen.	-

a) Voor overige effecten: zie de beschrijvingen in Bijlage 2

Nuancering

Omdat veel projecten kampten met het probleem dat er te weinig patiënten of gegevens beschikbaar waren, is op basis van de beschikbare gegevens door de onderzoekers bekeken of de projecten in de toekomst wel doelmatig zouden kunnen worden. Dit geldt voor alle projecten behalve voor project 51 (LUMC – afdeling Psychiatrie) waar de instroom zo klein was dat de vraag is of er voldoende patiënten aanwezig zijn voor een dergelijk project. Verder geldt voor het project van het *WINAp* dat effecten geen gevolg zijn van ketenontwikkeling. In dit project vindt namelijk geen ketenontwikkeling plaats. Voor het project van de *Thuiszorg Amsterdam* geldt dat er geen effect op farmacotherapie is omdat dit project niets doet met geneesmiddelen. Wel vindt ketenontwikkeling plaats (zie volgende paragraaf). Dit geldt in mindere mate ook voor project van het *UMCG*. Dit project vindt wel effecten wat betreft de kosteneffectiviteit van screening van patiënten voor het opsporen van diabetes maar niet voor geneesmiddelengebruik.

3.3.2 *Relatie tussen project/proces en doelmatigheid*

In de vorige paragraaf is beschreven dat negen projecten als (gedeeltelijk) effectief beoordeeld zijn. Vervolgens is gekeken in hoeverre deze projecten anders waren wat betreft proces en projectopzet. In het algemeen geldt dat er niet veel verschillen zijn. Zowel de als effectief beoordeelde projecten als de andere projecten hebben bijvoorbeeld problemen gehad met de automatisering en de personele bezetting.

Er is echter één onderdeel waarop de effectieve projecten afwijken van de anderen projecten en dat is de *basis van het project*. Onder dit onderdeel vallen elementen als: insteek van het project, kwaliteit van het projectplan en het management en de uitwerking van het meetplan (vertaling van doelstellingen naar metingen). De projecten die goed scoren op effectiviteit, scoren gemiddeld genomen beter op dit onderdeel. Alle projecten waar een effect gevonden werd, bouwen voort op een stevige *bestaande structuur*. Zes projecten zijn uitgevoerd binnen een reeds goedlopende ASP-structuur. Ook voor de drie FTTO-projecten die effectief zijn, geldt dat er reeds een goed samenwerkingsverband was. Zowel voor ASP- als FTTO-projecten met een minder sterke basisstructuur geldt dat deze meer tijd nodig lijken te hebben om te komen tot effectieve interventies. Andere belangrijke elementen van het onderdeel basis project van het project betreffen de *kwaliteit van het projectplan en de kwaliteit van het meetplan*. Gemiddeld genomen scoren de als effectief beoordeelde projecten hier beter op. Zo slaagden deze projecten er bij aanvang van het project (en ook tijdens het project) beter in om hun doelstellingen naar meetbare effecten te vertalen. Logischerwijze lukt het dan ook beter om effecten aan te tonen.

3.3.3 *FKO*

Tabel 3.2 geeft de bijdragen weer die de projecten geleverd hebben aan de farmacoketenontwikkeling. Achttien projecten leveren een positieve bijdrage hieraan, al is dat in verschillende mate. In een aantal projecten bestonden er bij aanvang van het project nauwelijks of geen contacten. Het project was daar de aanleiding om een keten te ontwikkelen. Echter, de effecten zijn nog niet altijd structureel (bijvoorbeeld de volgende projecten: *KNMP Groningen, Bovenij Ziekenhuis, LUMC-1, St. Anna zorggroep*). In

andere projecten werd de al bestaande samenwerking uitgebreid (bijvoorbeeld: *Gemini ziekenhuis*, *Zaans Medisch Centrum*, *Deventer ziekenhuizen*).

In een aantal projecten lijkt de structurele sprong voorwaarts groter dan in de andere projecten omdat de ketenontwikkeling geborgd wordt. In het eerste project, dat van het *Transmuraal Netwerk Midden-Holland* is een regiegroep ontstaan die de depressieketen borgt. In het tweede project (*Meppel-Hoogeveen*) is een nieuwe schakel in de keten gevormd, namelijk die tussen ziekenhuisapotheker en huisarts. Deze schakel gaat verder dan het aan elkaar doorgeven van informatie over ontslag- en opnamemedicatie. In het project van *Apotheek de Roerdomp* is de schakel tussen de ziekenhuizen en apotheken verstevigd en is het voor artsen vanzelfsprekender geworden apothekers te raadplegen over medicatie en dit gebeurt ook vaker. In het project van *Tjongerschans* is een multidisciplinair overleg opgezet waarbinnen een medicatiereview plaatsvindt voor geriatrische patiënten met polyfarmacie. Dit overleg wordt ook na afloop van het project voortgezet. In het laatste geval (*Vlietland Ziekenhuis*) was het niveau van farmacoketen al hoog door de aanwezigheid van een Transmuraal Geneesmiddelen Centrum, maar deze is verder uitgebreid met een speciale polikliniek Polyfarmacie voor de eerste lijn.

Voor vijf projecten was de meerwaarde voor de farmacoketen niet helemaal duidelijk. Het project van de *St. Maartenskliniek* is – behoudens het doorsturen van informatie – vooral gericht op werkzaamheden binnen de kliniek. In het project van het *Diakonessenhuis* in Utrecht is de Transmurale Werkgroep Farmacie die opgezet was niet meer actief. In het project van de *LUMC – Afdeling Psychiatrie (LUMC-2)* geldt dat het overkoepelende project PrimQuest de farmacoketenzorg wel lijkt te bevorderen (relatie SPV – huisarts – 2^e lijn), maar dit specifieke project, PharmQuest, draagt daar niet extra aan bij. Voor het project van het *Catharinaziekenhuis* geldt dat het voornamelijk intern gericht is, er is alleen uitwisseling van allergie-informatie met de eerste lijn opgestart. In het project van het *WINAp* was er geen sprake van een keten. In dit project werd een bereidingsmethode ontwikkeld voor kindermedicatie door het ziekenhuis, die weliswaar in de eerste lijn gebruikt kunnen worden, maar waarbij verder geen aandacht was voor het bevorderen van contacten en samenwerking in de keten. Bij een project kan gesteld worden dat er geen sprake is van een farmacoketenproject (*Thuiszorg Amsterdam*) omdat medicatie geen rol speelde in de uitvoering van het project.

3.3.4 **Relatie Doelmatigheid en FKO**

Alle projecten die positief scoren op doelmatigheid doen dat ook op FKO (projecten *Gemini ziekenhuis*, *Zaans Medisch Centrum*, *Bovenij Ziekenhuis*, *SIR*, *Deventer ziekenhuizen*, *Tweesteden ziekenhuis*, *Tjongerschans*, *Meppel-Hoogeveen*, *Vlietland Ziekenhuis*). Van de projecten die (nog) niet positief scoorden op doelmatigheid, hadden er negen een positieve bijdrage aan het FKO (projecten *KNMP-Groningen*, *Transmuraal Netwerk Midden-Holland*, *Kwaliteitskring Gorinchem*, *LUMC-I*, *St. Annagroep*, *Apotheek de Roerdomp*, *Meander Medisch Centrum*, *VieCuri Medisch Centrum*).¹⁰

¹⁰ De twee projecten die geen bijdrage aan het FKO leveren, toonden ook geen effecten aan. Bij project 84 hadden externe omstandigheden een negatieve invloed op het FKO.

Tabel 3.2: Bijdrage aan farmacoketenontwikkeling binnen de geselecteerde FKO-projecten

Project	Bereikt effect	Score
ASP-projecten		
Gemini	De communicatie met eerste lijn was al goed en is enigszins uitgebreid (structurele uitwisseling informatie allergieën en contra-indicaties)	+
Zaans Medisch Centrum	De samenwerking is goed en is door het project geïntensiveerd. De relatie is onder druk komen te staan door komst van een poliklinische apotheek. Dit heeft geen invloed gehad op de samenwerking in het project.	+
KNMP Nijmegen	Duidelijkere informatieverstrekking tussen de eerste en de tweede lijn over de medicatie maar geen structurele samenwerking	±
St Maartenskliniek	Het project richt zich voornamelijk op interne processen. Het FPC is wel een tool die de overdracht van het geneesmiddelengebruik van de eerste naar de tweede lijn.	±
Bovenij ziekenhuis	Er heeft veel overleg plaatsgevonden, maar er zijn geen structurele veranderingen. Er is weinig input vanuit 1 ^e lijn. Wél is er een uniform ontslagrecept Amsterdam.	+
Kwaliteitskring Gorinchem e.o.	Onduidelijkheden en fouten in ontslagrecepten worden opgelost. Patiënten hebben meer inzicht in medicatie wat mogelijk de therapietrouw bevordert.	+
Diakonessenhuis Utrecht	De Transmurale Werkgroep Farmacie (opgezet voor dit project) is niet meer actief. De openbare apothekers zijn niet echt geïnteresseerd. De huisarts wordt via een medicatieoverzicht bij de ontslagbrief ingelicht.	±
LUMC-1	Van nul naar start ASP. Ook al is de samenwerking nog beperkt, dit is een goede stimulans.	+
St. Anna Zorggroep	Er is een ASP opgestart en een OZIS koppeling gerealiseerd. De huisarts krijgt ook een kopie van het ontslagrecept.	+
Deventer ziekenhuizen	De samenwerking met de eerste lijn was al goed, weinig ruimte voor verbetering. Wel is de overgang 1 ^e – 2 ^e lijn verbeterd. Het project heeft een nieuwe impuls richting Ozis en de oprichting van een 24-uursapotheek gegeven.	+
Tweesteden-ziekenhuis Meppel-Hoogeveen	Farmacoketen was en is goed. Er wordt oplossingsgericht gewerkt aan de gesignaleerde knelpunten.	+
Apotheek de Roerdomp	De directe communicatie tussen ziekenhuisapotheker en huisarts is nieuw en blijkt te werken. Verder afstemming op de eerstelijns polyfarmaciemodule van Achmea.	+
Meander MC	De bestaande samenwerking tussen de eerste en tweede lijn is duidelijk verstevigd. Alle partijen zijn meer betrokken bij het proces, de verantwoordelijkheden zijn duidelijk.	+
VieCuri MC	Overdracht van medicatiegegevens van de eerste naar de tweede lijn is verbeterd en de opnamegesprekken om deze overdracht te verbeteren zijn een routinetaak geworden	+
VieCuri MC	Samenwerking verliep voorspoedig maar is door komst poliklinische apotheek verminderd Concept voor becommentarieerd ontslagrecept is klaar. Goede aanzet tot verbetering.	+
FTTO-projecten		
KNMP Groningen	Er was nog geen enkele samenwerking. De stap is gezet van geen contact naar een vorm van contact. Deze is nog niet structureel, nog niet zonder problemen en de rol van de huisarts is nog onderbelicht.	+
Transmuraal Netwerk Midden-Holland UMCG	De consultatiefunctie is gestructureerd en er is een basis gelegd voor een depressieketen. De projectgroep is na afloop van het project regiegroep geworden voor het vormgeven en borgen van de depressieketen.	+
Tjongerschans	Er was vooraf al een goed samenwerkingsverband tussen UMCG en de drie noordelijke GGZ-instellingen. Dit is uitgebreid.	+
Tjongerschans	Er was een bestaande FTTO-structuur. In het project is binnen deze structuur het multidisciplinair overleg bijgekomen waarin geriatrische patiënten met moeilijke medicatie worden besproken om te kijken of aanpassingen nodig zijn.	+
SIR Instituut	Er is transmurale samenwerking rond geneesmiddelveiligheid op gebied van psychofarmaca. De verbinding tussen de eerste en tweede lijn is versterkt door: het consulentenschap van psychiaters in FTO-structuren en door het aanspreken van extra disciplines op het symposium zijn verpleeghuisartsen enthousiast gemaakt voor vervolgvactiteiten.	+
LUMC-2	Het overkoepelende project PrimQuest lijkt de farmacoketenzorg wel te bevorderen (relatie SPV – huisarts – 2 ^e lijn). Dit specifieke project, PharmQuest, draagt daar niet extra aan bij.	±
Vlietland Ziekenhuis	FKO was al hoog door aanwezigheid Transmuraal Geneesmiddelen Centrum. Nu polikliniek Polyfarmacie gestart voor 1 ^e lijn.	+

Project	Bereikt effect	Score
Overige projecten		
WINAp	Geen effect	-
Catharina ziekenhuis	Intern gericht project. Echter, een van de interventies betrof een verbetering van de Medicatie Verantwoordingslijst, die ook als ontslagrecept naar de openbare apotheek dient.	±
Thuiszorg Amsterdam	Zeker een ketenontwikkelingsproject, echter <i>geen farmacoketen</i> .	-

4 Stand van zaken een jaar later

Het FKO-programma is mede bedoeld een impuls te geven aan het ontwikkelen van ketentrajecten die de doelmatigheid en veiligheid van de geneesmiddelenvoorziening vergroten. De bedoeling is dat deze ketens blijvend zijn. In de interviews met de projectleiders die in de eerste ronde zijn gefinancierd, is daarom gevraagd hoe de stand van zaken was met betrekking tot het project een klein jaar nadat het door VWS gefinancierde deel afgelopen was.

4.1 Resultaten

Tabel 4.1 vat de belangrijkste ontwikkelingen samen die zich hebben voltrokken bij de 16 projecten uit de eerste ronde. De tabel laat zien dat vier van de 16 projecten helemaal gestopt zijn. Dit betreft drie FTTO-projecten (projecten *KNMP Groningen*, *SIR*, *Thuiszorg Amsterdam*) en één ASP-project (*Bovenij Ziekenhuis*). Bij één ASP (*Deventer Ziekenhuizen*) is het project in beperkte mate voortgezet. Financiering is in vier van deze vijf gevallen de reden waarom het project geheel of grotendeels gestopt is. Alleen bij het project van de *KNMP Groningen* is terugtrekking door één van de partijen de oorzaak waarom het project niet meer draait. Alle andere projecten vinden – soms in gewijzigde vorm – doorgang. Dit ondanks de soms beperkte financiële mogelijkheden. In een aantal APS's wordt de werkwijze uitgebreid naar meer afdelingen (project *Gemini ziekenhuis*, *Diakonessenhuis*, *St. Anna Zorggroep*, *Catharina Ziekenhuis Eindhoven*) Een deel van de projecten is of wordt (deels of geheel) geïntegreerd in de reguliere zorg (projecten *St. Maartenskliniek*, *LUMC-2*, *Meppel-Hoogeveen*, *Catharina ziekenhuis Eindhoven*, *Vlietland Ziekenhuis*).

Tabel 4.1: Belangrijkste ontwikkelingen na afloop bij de 16 FKO-projecten uit ronde 1

Project		Voortzetting?
ASP-projecten		
Gemini	Doorgegaan met uitrol van het project, gefinancierd door het ziekenhuis. Uitbreiding van met name de opnameactiviteiten naar meer afdelingen binnen het ziekenhuis. Verdere uitbreiding met alleen financiële steun van het ziekenhuis lijkt niet haalbaar.	Ja
St. Maartens-kliniek	Het project loopt nog steeds, het is staand beleid. Inmiddels krijgt 30% van de patiënten een Farmacotherapeutisch PreConsult. De bedoeling is dit uit te breiden naar 100%	Ja
Bovenij Ziekenhuis	Het project is na 2007 gestopt vanwege gebrek aan financiën en mankracht (met name apothekersassistentes).	Nee
Diakonessen-huis	Doorgegaan met uitrol van het project, er worden stapsgewijs nieuwe afdelingen toegevoegd. Voor 2009 wordt dit betaald door het ziekenhuis.	Ja
LUMC-1	Voor het vervolgtraject is deels subsidie van de zorgverzekeraar gekomen. Nu zijn er nog alleen opnamegesprekken voor heelkunde. Men gaat ook aan de ontslagkant verder, dat financiert het ziekenhuis nu zelf, dat kan net. In het ziekenhuis wordt een aantal zaken wat betreft mankracht budgetneutraal gehouden doordat de ziekenhuisapotheek meer doet en de verpleging minder (als gevolg van nog niet goed functionerende ICT).	Ja
St. Anna Zorggroep	De ziekenhuisapotheek heeft van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis geld gekregen voor uitbreiding van het aantal apothekersassistenten. Hierdoor kan de geneesmiddelenpolikliniek uitgebreid worden naar het hele ziekenhuis (opnamegedeelte). Wat betreft ontslagmedicatie wordt nog niets gedaan.	Ja
Deventer ziekenhuizen	Het ASP bestaat – uiteraard – nog, maar de opnamegesprekken zijn gestopt (behalve bij orthopedie, dit wordt betaald door het ziekenhuis). De reden is een gebrek aan financiering.	Deels
Meppel-Hoogeveen	Het huidige project blijft deels bestaan en er komt een vervolgproject. Een deel van het werk is geautomatiseerd (clinical rules) waardoor niet voor alle patiënten de medicatie handmatig doorgelopen hoeft te worden.	Ja
FTTO-projecten		
KNMP Groningen	Door een reorganisatie van de GGZ ligt het project stil. Tot de GGZ ‘ja’ zegt, ligt het project stil. Het ontwikkelde protocol is vrij beschikbaar (en is 20 keer aangevraagd).	Nee
Transmuraal Netwerk Midden-Holland	Het Transmuraal Netwerk Midden-Holland heeft een regiegroep om een zorgketen depressie op te zetten. Er komt een nieuwe pilot waarin modules opgezet worden voor de niet-medicamenteuze behandeling. De financiering is wel rond, maar voor de pilot is nog extra financiering nodig	Ja
SIR	Het project ligt stil omdat er geen financiering is voor het vervolg, om borging te krijgen voor het terugdringen van het benzodiazepinegebruik. Er zijn wel subsidieaanvragen gedaan, maar deze zijn afgewezen.	Nee
LUMC-2	Het is geïntegreerd in de huidige zorg. De taak van de SPV-er zal in een aantal huisartspraktijken worden overgenomen door de POH-GGZ.	Ja
Vlietland Ziekenhuis	Er is een polyfarmacie-polikliniek opgericht, die beschikbaar is voor huisartsen en apothekers (om patiënten naar te verwijzen). De ontwikkelde materialen zijn beschikbaar voor andere partijen.	Ja
Overige		
WINAp	De FNA-voorschriften en LNA-mededelingen zijn beschikbaar. Het project past goed binnen de standaardwerkzaamheden van het ziekenhuis en men is verder gaan met soortgelijk werk	
Catharina Ziekenhuis	Het belangrijkste onderdeel van het project (meetbaar maken van medicatiefouten en de uitvoering van de geneesmiddelenvoorziening) is opgenomen in het medicatieveiligheidssysteem van het ziekenhuis. Het project is uitgebreid naar andere afdelingen	Ja
Thuiszorg Amsterdam	Er is nog geen vervolgsubsidie verworven. De richtlijn staat op internet en er wordt nog nascholing gegeven	Nee

4.2 Relatie effectiviteit – continuering van het project

Tabel 4.2 laat de relatie zien tussen de scores op de effectiviteit (paragraaf 4.3) en het al dan niet continueren van het project na afloop van de VWS-subsidie. Een effectief project is geen garantie voor continuering. Van de zes projecten die positief scoorden op effectiviteit, heeft de helft doorgang gevonden (projecten *Gemini ziekenhuis*, *Meppel-Hoogeveen*, *Vlietland Ziekenhuis*) en de andere helft (grotendeels) niet (projecten *Bovenij Ziekenhuis*, *SIR*, *Deventer Ziekenhuizen*). Bij de projecten die (nog) geen effecten op doelmatigheid aantoonden, ligt de verhouding gunstiger. Slechts één van deze projecten is gestopt (*KNMP Groningen*), terwijl de andere zeven voortgezet zijn.

Ook voor de farmacoketenontwikkeling geldt dat een positieve bijdrage daaraan geen garantie voor doorgang van het project is. Van de 10 projecten die positief scoorden op FKO zijn er zes die doorgang vonden en vier niet (projecten *KNMP Groningen*, *Bovenij Ziekenhuis*, *SIR*, *Deventer Ziekenhuizen*). Alle projecten die neutraal scoorden op FKO vonden doorgang (projecten *St. Maartenskliniek*, *Diakonessenhuis*, *LUMC-2*, *Catharina Ziekenhuis*).

Tabel 4.2: Relatie tussen effectiviteit en doorgaan van het project (projecten uit ronde 1)

	Project is doorgegaan (N=10)	Project is (grotendeels) niet doorgegaan (N=4)
Score effectiviteit doelmatigheid		
Positief (+)	3	3
Neutraal/negatief/onbekend (+/-, -, ?)	6	1
Score farmacoketenontwikkeling		
Positief (+ of ++)	6	4
Neutraal (+/-)	4	0

5 Rol DGV, VWS en zorgverzekeraars

De volgende drie partijen waren sterk betrokken bij het FKO-programma: DGV, VWS en zorgverzekeraars. DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik begeleidde de implementatie van het FKO-programma onder andere door de gesubsidieerde projecten te adviseren. VWS financierde het programma. Eén van de criteria voor financiering (in de eerste ronde) was dat een zorgverzekeraar betrokken was bij het project. Dit hoofdstuk gaat in op de rol van deze drie partijen in de ogen van de zestien projectleiders van de projecten uit de eerste ronde. In de interviews is hen gevraagd hoe zij de rol van deze drie partijen zien. Bij DGV lag het accent op de uitvoering van het huidige programma, bij VWS en de zorgverzekeraars meer op hun mogelijke rol in de toekomst.

5.1 DGV

DGV had een coördinerende rol bij de implementatie van het FKO-programma. Elk project had een begeleider vanuit DGV, die als vraagbaak diende en projecten ondersteunde. In de interviews is gevraagd hoe de begeleiding van DGV ervaren is en wat de meerwaarde van de begeleiding was. Uit de antwoorden komt naar voren dat het merendeel van de geïnterviewden de meerwaarde vooral ziet liggen in de ondersteuning van het proces. Voorbeelden die hierbij gegeven worden zijn het organiseren van een dag over uitrol van best practices, het gebruik kunnen maken van het netwerk van DGV, het motiveren van mensen om mee te doen, het steun geven richting opdrachtgevers en het organiseren van gesprekken met de zorgverzekeraar. Ook de coördinatie richting VWS is door een aantal geïnterviewden als prettig ervaren: “een stok achter de deur”. Over de meerwaarde van de inhoudelijke ondersteuning wordt door een enkele geïnterviewde iets gezegd. Een klein aantal geïnterviewden (n=3) geeft aan geen meerwaarde te zien. Eén geïnterviewde had graag zelf een begeleidende instantie gekozen.

5.2 VWS

In het interview is gevraagd wat volgens de projectleiders de rol van de overheid is bij de realisatie van projecten zoals in het FKO-programma zijn uitgevoerd. Waarop zou de overheid moeten inzetten om een structurele verbetering te bewerkstelligen? Allereerst geldt algemeen dat de projectleiders het initiatief tot het opzetten van het FKO-programma waarden. In veel gevallen geldt dat dingen in gang zijn gezet of gerealiseerd zijn, die dat anders niet waren. De subsidies hebben ook een symbolische functie gehad: het verwerven van geld via de overheid levert aanzien en soms ook geld op in de eigen organisatie. Wat betreft de uitvoering van de projecten vond een aantal geïnterviewden de huidige opzet te strak en te veel gericht op doelmatigheid en minder op kwaliteit. Ook werd een aantal keren aangegeven dat om echte effecten te vinden de looptijd te kort was. Vervolgens kwam bij velen de vraag op naar de borging: hoe gaan we nu verder? Voor een aantal projecten geldt dat ze nog geen geïnternaliseerde praktijk zijn en dat er geen

vervolgfinanciering is (zie ook hoofdstuk 4). Een aantal geïnterviewden geeft aan dat projecten die als effectief of kwaliteitsbevorderend worden beoordeeld structureel gemaakt zouden moeten worden. Ook zou de overheid een norm kunnen zetten: “wij vinden het belangrijk dat dit de komende jaren gerealiseerd wordt”.

Een aantal geïnterviewden ziet voor VWS vooral een stimulerende en ondersteunende rol weggelegd, bijvoorbeeld bij landelijke uitrol van projecten. Zorgverzekeraars zouden dergelijke activiteiten kunnen financieren. Wat betreft de financiering wordt nog een aantal andere opmerkingen gemaakt zoals het meedenken over hoe dergelijke projecten structureel gefinancierd kunnen worden na deze eerste financiële injectie. Enkele geïnterviewden geven aan dat financiële bijdragen met name aan het begin van projecten belangrijk zijn om dingen van de grond te krijgen en omdat de kosten toch vaak voor de baten uitlopen. Daarnaast zijn investeringen in de ICT nodig om informatie-overdracht tussen zorgverleners te vereenvoudigen. Het huidige ICT-niveau is niet toereikend om effectief ondersteuning te bieden aan de farmacoketenontwikkeling. Hier ziet een aantal geïnterviewden ook een taak weggelegd voor de overheid. De overheid zou volgens hen veel directiever moeten zijn als het gaat om de vraag hoe (medicatie)gegevensoverdracht in elkaar moet zitten en technologische interventies moeten ondersteunen.

5.3 Zorgverzekeraars

Evenals voor VWS is de geïnterviewden gevraagd wat volgens hen de rol van zorgverzekeraars kan zijn bij de realisatie van FKO-projecten. Waarop zouden zij moeten inzetten om een structurele verbetering te bewerkstelligen? De belangrijkste rol voor zorgverzekeraars ligt volgens vrijwel alle geïnterviewden in een bijdrage aan de financiering, bijvoorbeeld voor vervolgpjecten of voor het structureel inbedden van een project. Financiering in de opstartfase wordt belangrijk gevonden. Als argument voor de rol als financier geeft een deel van de geïnterviewden dat de zorgverzekeraar baat heeft bij kwaliteitswinst en kostenvermindering. Zij vinden ook dat zorgverleners die goede kwaliteit leveren daarvoor beloond moeten worden, bijvoorbeeld in de vorm van gunstigere contracten. Een aantal geïnterviewden geeft aan dat de huidige financieringsstructuur bij zorgverzekeraars niet altijd aansluit bij de ketengedachte. Zo kan het in theorie voorkomen dat wanneer in een project meer zorgverleners betrokken zijn een deel van hen wel betaald wordt voor extra activiteiten en een ander deel niet. Andere opmerkingen die gemaakt zijn over de rol van de zorgverzekeraar zijn dat deze succesvolle projecten kan uitdragen naar de verzekerden.

6 Discussie en conclusie

6.1 Discussie

Het FKO-programma: algemeen resultaat

In dit evaluatieonderzoek is gekeken in hoeverre het FKO-programma gerealiseerd is en de gewenste resultaat is bereikt. Het Ministerie van VWS beoogde met het FKO-programma een effectiever geneesmiddelengebruik door middel van een betere afstemming in de farmacoketen. Het middel dat hiertoe is ingezet is een financiering van kansrijke projecten. Heeft dit middel geleid tot het gewenste resultaat? Algemeen kan gesteld worden dat met relatief weinig middelen (€50.000 per project) veel van de grond is gerealiseerd. De 25 projecten die beoordeeld zijn, zijn allemaal goed van de grond gekomen en in de meeste projecten is een groot deel van de beoogde activiteiten uitgevoerd. In vrijwel alle projecten werd de afstemming in de farmacoketen verbeterd. Het aantonen van een effectiever geneesmiddelengebruik is in een minderheid van de projecten gelukt. Hieronder wordt een en ander nader besproken.

Farmacoketenontwikkeling binnen veel projecten tot stand gekomen

In de inleiding werd ingegaan op zorgketens. Zorgketens zijn vormen van geïnstitutionaliseerde regionale of lokale samenwerking van instellingen en beroepsbeoefenaren, gericht op het faciliteren van de samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor (specifieke) patiëntencategorieën (RVZ, 1998). Ontwikkeling van ketenzorg vindt vaak plaats in de vorm ketentrajecten, waarbinnen de samenwerking tussen verschillende schakels in de keten vorm krijgt. Fabricotti (2007) concludeerde dat ontwikkeling van dergelijke ketens is een complexe aangelegenheid is omdat er veel verschillende spelers bij betrokken zijn met hun eigen cultuur, werkwijzen etc. De projecten die in het kader van de het FKO-programma zijn gehonoreerd en uitgevoerd, zijn er voor het merendeel in geslaagd een stimulans te geven aan de ontwikkelingen van de farmacoketen. Hoewel er wel eens problemen waren de samenwerking van de grond te krijgen of de goede vorm te vinden, is dit nooit een dusdanig probleem geweest dat het project er sterk door belemmerd werd. In een aantal projecten waar de farmacoketen minder sterk ontwikkeld werd, lag de oorzaak in externe omstandigheden. Een voorbeeld hiervan is het opstarten van een poliklinische apotheek in het ziekenhuis, wat de verhoudingen met de openbare apothekers negatief beïnvloedt.

Een reden voor dit goede resultaat wat betreft de farmacoketenontwikkeling is waarschijnlijk gelegen in de opzet van het programma. Partijen konden een aanvraag indienen bij VWS. In deze aanvraag werd ook aangegeven hoe de betrokken partijen zouden samenwerken. Om een voorstel gehonoreerd te krijgen, was al samenwerking nodig of moest op zijn minst duidelijk zijn hoe deze vorm zou krijgen.

Problemen met aantonen effect op doelmatigheid

In potentie kunnen veel van de gefinancierde projecten bijdragen aan een doelmatigere farmaceutische zorg. Echter, slechts een minderheid van deze projecten (negen) is erin

geslaagd deze effectiviteit aan te tonen en dan vaak ook maar voor een deel van de beoogde effecten. Dit komt vooral omdat de opzet van de projecten zich lang niet altijd leende om effectiviteit aan te tonen. Dit had duidelijke gevolgen voor onderhavig evaluatieonderzoek. Bij aanvang van het evaluatieonderzoek was het idee dat alle projecten duidelijke en concrete metingen zouden opleveren. Gaandeweg bleek dat dit niet het geval was. Dit betekende dat de onderzoeksopzet gewijzigd diende te worden. Aanvankelijk was het idee om bij alle projecten de gegevens uit de effectmetingen op te vragen. Gezien de grote variatie aan uitkomstmaten en vooral de beperktheid van de metingen in veel projecten is hier van af gezien. Dit betekent dat de oordelen over de effectiviteit gebaseerd zijn op inschattingen van de onderzoekers op basis van de door de projecten aangeleverde informatie. Niet alleen het meetplan en de uitvoering daarvan bleken een probleem om effectiviteit aan te tonen, ook de korte duur van de projecten stond een goede effectmeting soms in de weg. Dit gold met name voor de FTTO-projecten, die vaak eerst een richtlijn moesten ontwikkelen en deze dan ook nog geïmplementeerd moesten zien te krijgen. Uit de wetenschappelijke literatuur is bekend dat implementatie van richtlijnen een zeer complexe zaak is (bijvoorbeeld Francke e.a. 2008) waardoor de effectiviteit niet optimaal is. Tot slot waren in vrijwel alle projecten de randvoorwaarden niet optimaal om tot effectiviteit te komen. De grootste belemmeringen voor het uitvoeren van projecten zitten in de infrastructuur: te weinig (gekwalificeerd) personeel en een slechte ICT hebben in veel projecten voor hoofdbrekens gezorgd. Dit zijn allebei elementen van de setting waar projecten vooraf op zouden kunnen inspelen. Voor de ontwikkelingen in ICT geldt dat deze nog niet klaar zijn om de patiënt door de keten te volgen. Dit moet beter worden om inhoudelijk ook sprongen te maken. Een andere belemmering was het opzetten van een goed meetplan en het uitvoeren van de daaruit voortvloeiende metingen. Dit was niet zozeer een probleem voor de *uitvoering* van het project maar wel om de effectiviteit ervan te kunnen aantonen (zie hierboven). Een factor die stimulerend werkte om effectiviteit te bereiken, is de aanwezigheid van een bestaande structuur. De projecten die effectiviteit aantoonde, waren zonder uitzondering projecten die genest waren in een bestaand ASP of een bestaand FTTO-samenwerkingsverband.

Effectiviteit geen garantie voor vervolg

Aangetoonde effectiviteit is geen garantie voor voortzetting van het project. Sterker nog: het aantal niet-gecontinueerde projecten lag hoger bij projecten die effectief waren dan bij projecten die dat (nog) niet zijn. Dit lijkt een opmerkelijk resultaat. Een kanttekening die hierbij gemaakt kan worden, is dat een deel van projecten slechts op een deel van de beoogde effecten verbetering laten zien. Toch zou, gezien de nadruk die er steeds meer ligt op evidence-based werken, de verwachting zijn dat juist de effectieve projecten eerder doorgang zouden vinden. Zij lopen echter vast op een gebrek aan financiën. Volgens de projectleiders zijn het de zorgverzekeraars en in mindere mate de overheid die dit punt zouden moeten oppakken

Vergelijking met de resultaten van het project “Proeftuinen Farmaceutische Zorg”

In 1999 financierde VWS het programma Proeftuinen Farmaceutische Zorg. Dit project had eveneens tot doel te komen tot een meer doelmatige, en kwalitatief hoogwaardige medicatievoorziening waarbij een van de belangrijkste elementen was het opstellen [en

navolgen] van regionale formularia middels de uitbouw van FTTO's (Heemskerk-Van Holtz e.a. 2001). Met andere woorden: ook dat project richtte zich op het versterken van de farmacoketen. Acht proeftuinen ontvingen hiertoe een grote subsidie. Uitgangspunt van het evaluatieonderzoek was, evenals in het FKO-programma, dat de proeftuinen zelf verantwoordelijk waren voor het uitvoeren van de effectmetingen. Evenals in het FKO-programma kregen de proeftuinprojecten dit vaak niet goed voor elkaar. Wanneer naar de resultaten gekeken wordt, dan zijn de FKO-projecten er beter in geslaagd hun effecten aan te tonen: een op de drie projecten heeft dat gedaan, terwijl in het proeftuinenproject nauwelijks effecten zijn gemeten of aangetoond. De reden hiervoor ligt waarschijnlijk aan de omvang van de projecten.

Hoe verder?

De opzet van het ministerie om kleinschalige, lokale projecten te stimuleren, heeft positief gewerkt. Maar welke projecten zijn nu veelbelovend? Als we kijken naar het verschil tussen projecten die wel en projecten die er (nog) niet in slagen dan valt op dat het hebben van een stevige bestaande structuur een noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarde is om te komen tot effectiviteit. Naast deze basisstructuur is – logischerwijze – het vooraf duidelijk formuleren van de effectmeting en de effectmaten cruciaal om een effect aan te kunnen tonen.

Moet de overheid nu alleen inzetten op projecten die aan deze kenmerken voldoen? Dat valt te bezien. Om met het eerste element te beginnen: wanneer de overheid alleen inzet op projecten met een sterke basis in de organisatie bestaat het risico dat alleen op plaatsen die erin slagen op eigen kracht een structuur van de grond te krijgen kwaliteitsprojecten worden ondersteund. Dit heeft nadelen voor patiënten op plaatsen waar zo'n structuur nog niet van de grond is gekomen. Een programma als het FKO zou kunnen inzetten op twee soorten projecten: 1) projecten genest in een bestaande structuur en 2) projecten die een bestaande structuur willen opzetten. De eisen aan deze projecten moeten verschillend zijn. Waar de eerste projecten een effect kunnen aantonen op niet al te lange termijn, geldt voor de tweede groep dat zij eerst moeten aantonen een farmacoketen van de grond te krijgen. Voor deze laatste groep geldt dus dat zij eerst bereid moeten zijn de basisstructuur van de grond te trekken (een ASP, een FTTO of ander samenwerkingsverband) en te professionaliseren alvorens aan projecten zoals het FKO te beginnen. Aan de groep projecten waar een dergelijke structuur al bestaat, kunnen wel eisen gesteld worden aan de manier waarop zij effecten willen meten. Dat brengt ons op het punt van de meetplannen. De projectplannen in het huidige FKO-programma laten hierin een grote variatie zien. Om effectiviteit van een programma te kunnen meten, is het echter noodzakelijk dat de meetplannen duidelijk en goed uitgewerkt zijn en goed uitgevoerd worden. Door de grote variatie in de kwaliteit van de metingen en de onderzoekstechnisch gezien niet sterke designs in veel projecten is het lastig om effectiviteit aan te tonen en aan te geven welke projecten nu echt doelmatigheid bevorderen. Het is niet zozeer de kwaliteit van het project, maar de kwaliteit van de meting die maakt of een project als effectief kan worden aangeduid. Wanneer VWS een dergelijk programma weer overweegt in te stellen en de effectiviteit daarvan te meten, verdient het aanbeveling meer nadruk op meetplannen en design te leggen.

6.2 Conclusie en aanbevelingen

Conclusie

De opzet van het FKO-programma is in grote lijnen geslaagd. Door in te zetten op kleinschalige projecten met duidelijk afgebakende doelstellingen is in korte tijd veel gebeurd: het veld heeft laten zien goed lopende projecten van de grond te tillen ondanks de tegenslagen die men tegenkwam. Onderscheid maken in projecten met een stevige basis en projecten die zo'n basis nog moeten ontwikkelen, lijkt gewenst. Cruciaal voor het aantonen van effecten is dat de projecten vooraf een helder en concreet meetplan formuleren. Daarnaast speelt de vraag van borging: een aantal effectief gebleken projecten is om financiële redenen niet ingebed in de gezondheidszorg. Hiermee gaat opgebouwde kennis en ervaring verloren.

Aanbevelingen

Op basis van dit evaluatieonderzoek kunnen de volgende aanbevelingen gegeven worden:

Algemeen

- De methode van het financieren van kleine projecten door het ministerie van VWS werkt goed en kan in de toekomst zeker weer gebruikt worden. Dit niet alleen vanwege bereikte resultaten, maar ook vanwege de positieve uitstraling van een dergelijk project in het veld.
- Bij het opzetten van een programma als het FKO moet borging van de resultaten meer aandacht krijgen. Hier was in het huidige programma wel aandacht voor, maar de zorgverzekeraars (een belangrijke actor voor de borging) waren niet altijd bereid tot actieve betrokkenheid.

Projecthonorering- en uitvoering

- Bij de honorering van projecten is het goed onderscheid te maken tussen startende projecten en projecten waar al een goed samenwerkingsverband is. De eisen die gesteld worden aan deze twee groepen projecten zijn dan verschillend. De eerste groep moet effectiviteit op FKO aantonen, de tweede groep moet daarnaast ook effectiviteit op doelmatigheid kunnen aantonen. Gezien het belang van bestaande stevige structuren is het bij uitrollen van best practices belangrijk te kijken of in de nieuwe situatie de structuur stevig genoeg en vergelijkbaar is als in de best practice omgeving.
- Doelmatigheid aantonen kan alleen als de projectopzet daartoe geschikt is. Dat was in het FKO-programma niet altijd het geval. Dit betekent dat goed lopende projecten niet altijd effectiviteit konden aantonen, terwijl het vermoeden er wel is dat ze effectief (kunnen) zijn. In toekomstige programma's moet – indien met effectiviteit wil aantonen – het uitwerken van het meetplan breder getrokken worden: de kwaliteit van het onderzoeks/projectdesign is immers bepalend om effectiviteit te kunnen aantonen.

Literatuur

- Aalst A van der, Van Woerkom M. Het functioneren van ASP's. Stand van zaken 2006. Utrecht: DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, 2007.
- Eimers M, De Groot J. FTO-peiling 2005. Kwaliteit van farmacotherapieoverleg in Nederland in beeld. Utrecht: DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, 2005.
- Elzen A van den, Wijnands J, Hermans I, De Bakker D, Van Dijk L. Receptenverkeer: naar de digitale snelweg? Utrecht: NIVEL, 2007
- Faber A, Cheung KC, De Bie J, Bouvy M. Van project naar praktijk: to be continued? Onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren voor continuering en verspreiding van zorgvernieuwingsprojecten op het gebied van farmacie. Leiden: SIR Institute for Pharma Policy and Practice, 2007.
- Fabricotti IN. Zorgen voor Zorgketens Integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam. Rotterdam, 2007.
- Heemskerk – van Holtz PRB, Eikelenboom R, van Hövell AMJE. Rapportage Evaluatie Proeftuinen Farmaceutische Zorg. Effecten na anderhalf jaar proeftuinen. Deloitte & Touche
- De Metz J. Wat is FTTO? Samenvatting van het Handboek FTTO Voor initiatiefnemers van een Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg en andere geïnteresseerden. Utrecht: DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, 2001.
- RVZ. 1998. Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Zoetermeer: RVZ.
- Stake RE. The countenance of educational evaluation. Teacher College Record, 1967, 68, 7, 523-540.

Bijlage 1: Gebruikte afkortingen

Afkortingen

- ASP : Apotheek Service Punt
- DGV : DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik
- FKO : Farmaco Keten Ontwikkeling
- FTO : Farmaco Therapie Overleg
- FTTO : Farmaco Therapie Transmuraal Overleg
- GMT : Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie
- MAI : Medication Appropriateness Index
- NIVEL: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
- OZIS : Open Zorg Informatie Systeem
- VWS : Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bijlage 2: Beschrijving van de 25 geïncludeerde projecten

ASP-projecten

Project	Een Helder(s) recept
Locatie	Gemini ziekenhuis Den Helder - Ziekenhuisapotheek
Soort project	ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Doorontwikkeling ASP activiteiten: invoer opvragen allergieën en contra-indicaties, opnamegesprek, terugsubstitutie, ontslaggesprek.
Doelstelling	Een verbetering van de medicatieveiligheid; vermindering van verspilling; beter voorgelichte en geïnformeerde patiënten
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	Reductie in aantal ligdagen en kosten in behandeling van complicaties Verlaging extramurale geneesmiddelkosten Op termijn een betere gezondheid en welzijn van de patiënt, met minder late complicaties, arbeidsverzuim en beroep op de gezondheidszorg
Betrokken zorgverleners	2 ^e lijn (intern): apothekersassistenten, ziekenhuisapothekers, specialisten, verpleegkundigen 1 ^e lijn: apothekersassistenten, openbare apothekers
Rol patiënt	Betrokken bij opname- en ontslaggesprekken; niet betrokken bij opzet project
Doelgroep	Alle patiënten die opgenomen in en ontslagen worden uit het ziekenhuis, introductie start op de afdelingen orthopedie en gynaecologie en oogheelkunde en de zoveel mogelijk bij alle geplande electieve ingrepen
Eindevaluatie	
Projectverloop	Het opvragen van allergieën en contra-indicaties en het introduceren van de opname en ontslaggesprekken is uitgevoerd, al was het aantal ontslaggesprekken minimaal. Het substitutiedeel is niet uitgevoerd
Werkwijze in praktijk	De informatie w.b. allergien en contra-indicaties werd elektronisch opgevraagd samen met de medicatiegegevens. De apothekersassistent voert een opnamegesprek met de patiënt, de ziekenhuisapotheker autoriseert eventuele wijzigingen. Zo ook bij ontslaggesprekken.
Gebruikte effectmaten	(i) Aantal 'hits' op contra-indicaties en ongewenste stoffen en (ii) ervaring patiënt met geneesmiddelenvoorziening
Effectiviteit FKO (niveauverandering ketenontwikkeling)	De communicatie met 1 ^e lijn was al goed en is enigszins uitgebreid (structurele uitwisseling informatie allergieën en contra-indicaties)
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	Sterke stijging aantal 'hits' op contra-indicaties (van 475 naar 2690 in 1 ^e en 4797 in 2 ^e jaar)
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	

Project	Een digitaal ASP
Locatie	Zaandam – Zaans Medisch Centrum
Soort project	ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Introductie van een digitaal ASP, waarin de informatie over de medicatie van de patiënt zoveel mogelijk geautomatiseerd verloopt
Doelstelling	Verminderen van het aantal medicatiefouten bij overdracht van de thuissituatie naar het ziekenhuis en vice versa met 80% binnen twee maanden na invoering van het digitale ASP op een afdeling.
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verminderen van het aantal medicatiefouten met 80 na invoering van het digitale ASP op een afdeling. ▪ Duur opnamegesprek is teruggebracht met 80% ▪ Tijd besteed per ontslagrecept is teruggebracht met 50% ▪ Duur aanmaak van een startformulier is teruggebracht met 50% ▪ Tijd invoeren medicatie op verpleegafdeling is teruggebracht met 50% ▪ Vrijgekomen tijd wordt benut voor stroomlijnen ontslagtraject op de afdeling
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: openbaar apotheker 2 ^e lijn: ziekenhuisapotheek, specialist, verpleegkundige
Rol patiënt	Niet actief betrokken
Doelgroep	Patiënten van de afdeling chirurgie
Eindevaluatie	
Projectverloop	Project is met succes uitgevoerd.
Werkwijze in praktijk	Thuismedicatie wordt de dag voor geplande opname wordt thuismedicatie via OZIS binnengehaald en digitaal verwerkt tot medicatiestartformulier. Bij opname spreekt de verpleegkundige met de patiënt dit formulier door en noteert mutaties, waarna de arts autoriseert en de mutaties digitaal worden doorgevoerd. Bij ontslag wordt digitaal een ontslagrecept aangemaakt, de arts maakt dit compleet en autoriseert. ASP faxt het ontslagrecept naar de openbare apotheek
Gebruikte effectmaten	Alleen gemeten voor geplande opnames: (i) reductie in medicatiefouten; (ii) reductie in onvolledigheden; (iii) reductie duur opnamegesprek; (iv) vermindering aantal contacten arts/verpleegkundige met apotheek over foutieve medicatie
Effectiviteit FKO (niveauverandering ketenontwikkeling)	De samenwerking is goed en is door het project geïntensiveerd. De relatie is onder druk komen te staan door komst van een poliklinische apotheek, maar dit heeft geen invloed gehad op de samenwerking in het project.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	(i) reductie van aantal medicatiefouten met 83%; (ii) reductie van aantal onvolledigheden met 96%; (iii) afname duur opnamegesprek 76%; (iv) daling in aantal contacten met 83%
Bijzonderheden	2 ^e plaats VMS Veiligheidsprijs 2007
Toekomstevaluatie	De werkzaamheden zijn geïntegreerd in het dagelijks werk. Project wordt uitgebreid naar spoedopnames

Project	Regionaal afgestemde Farmaceutische Patiëntenzorg bij Ontslag uit het Ziekenhuis
Locatie	KNMP-department 'Het Rijk van Nijmegen' in Nijmegen
Soort project	ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Er wordt een regionale standaard ontwikkeld en geïntroduceerd voor de farmaceutische patiëntenzorg die aan een patiënt bij ontslag moet worden geboden. De nieuwe standaard wordt vastgesteld aan de hand van een inventarisatie van de verschillende manieren waarop omgegaan wordt met medicatie bij ontslag van patiënten uit drie ziekenhuizen.
Doelstelling	Ontwikkeling van een regionale standaard voor farmaceutische patiëntenzorg die aan een patiënt bij ontslag uit een ziekenhuis moet worden aangeboden.
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Een eenduidig ontslagrecept ▪ Standaard met vragen en onderwerpen om met de patiënt te bespreken bij ontslag ▪ Afspraken over het informeren van de eerste lijn (apothek, huisarts, verpleeghuis en thuiszorg) ▪ Afspraken over de te leveren nazorg door de eerste lijn ▪ Verbeteren van de communicatie tussen de eerste en de tweede lijn
Betrokken zorgverleners	2 ^e lijn: ziekenhuisapothek, specialisten 1 ^e lijn: openbare apotheken, huisartsen
Rol patiënt	Betrokken bij ontslaggesprekken; niet betrokken bij opzet project
Doelgroep	Patiënten die worden opgenomen op en ontslagen van de deelnemende afdelingen van de drie ziekenhuizen.
Eindevaluatie	
Projectverloop	Drie van de zes hebben de nieuwe werkwijze geïmplementeerd. De andere drie afdelingen zijn niet gestart of kort na introductie gestopt vanwege personeelstekort en/of tijdgebrek.
Werkwijze in praktijk	De apothekersassistente loopt samen met de patiënt bij ontslag uit het ziekenhuis het ontslagformulier en een speciaal ontworpen ontslagrecept door en bespreekt de punten die van belang zijn voor de openbare apothek.
Gebruikte effectmaten	(i) Tevredenheid patiënten (ii) aantal onduidelijkheden op het recept, (iii) aantal contactmomenten met de tweede lijn over ontslagrecept
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	Duidelijkere informatieverstrekking tussen de eerste en de tweede lijn over de medicatie maar geen structurele samenwerking
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	Het aantal recepten met onduidelijkheden is iets verminderd en er zijn in totaal minder onduidelijkheden geconstateerd. Er hoefde ook minder vaak gebeld te worden. De tevredenheid van de patiënten blijft hetzelfde.
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	
	De projectgroep blijft bestaan en blijft het project borgen. In de toekomst zal het project verder uitgerold worden binnen de ziekenhuizen.

Project	Farmacotherapeutisch PréConsult
Locatie	St Maartenskliniek Nijmegen
Soort project	Polikliniek – ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Implementatie van het Farmacotherapeutisch PréConsult (FPC), een geneesmiddelconsult vóór bezoek aan de polikliniek, waarbij gebruik wordt gemaakt van gevalideerde vragenlijsten.
Doelstelling	Een onderdeel toevoegen aan het zorgtraject op de polikliniek Reumatologie, de therapietrouw van patiënten met inflammatoire reumatische aandoeningen verhoogt en de kwaliteit van farmacotherapie en de overgang van de eerste lijn naar polikliniek verbetert.
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na 1 jaar heeft 70% van de patiënten die de polikliniek reuma bezoekt een FPC heeft gehad ▪ Bij 30% van deze patiënten wordt aanvullende informatie aan de reumatoloog gerapporteerd ▪ Het aantal toedieningsfouten daalt met 50% ▪ Bij 20% van de patiënten verbetert de therapietrouw ▪ 80% van de patiënten is tevreden met de verstrekte informatie ▪ 85% van de specialisten is tevreden met het PréConsult
Betrokken zorgverleners	2 ^e lijn: apothekersassistenten, apotheker, specialist 1 ^e lijn: alleen passief, want ontvangen soms brief
Rol patiënt	Betrokken bij opnamegesprekken; niet betrokken bij opzet project
Doelgroep	Alle patiënten die de polikliniek Reumatologie bezoeken
Eindevaluatie	
Projectverloop	Het FPC is ingevoerd.
Werkwijze in praktijk	De apothekersassistent nodigt de patiënt (brief) uit zich via een inschrijfformulier aan te melden voor het FPC. Na het houden van dit FPC wordt gerapporteerd (formulier) aan de reumatoloog die het formulier met actiepunten naar aanleiding van het FPC terugstuurt aan de afdeling Farmacie, waarbij (indien van toepassing) een kopie voor de eigen apotheek of huisarts gemaakt kan worden.
Gebruikte effectmaten	(i) therapietrouw, (ii) aantal toedieningsfouten, (iii) tevredenheid patiënt met verstrekte informatie (SIMS) en (iv) tevredenheid arts
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	Het project richt zich vnl. op interne processen maar het FPC is wel een tool die de overdracht van het geneesmiddelengebruik van de 1 ^e naar de 2 ^e lijn regelt (bij onduidelijkheid wordt de openbare apotheker benaderd). Dat was er voorheen nog niet. Daarnaast is via fax van de 2 ^e naar 1 ^e lijn de informatiestroom sluitend gemaakt.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	Er werd geen effect op therapietrouw gevonden. Er waren zo weinig toedieningsfouten dat deze niet geanalyseerd zijn. Er werd geen effect op BMQ (beliefs about medicines questionnaire) en SIMS (tevredenheid over voorlichting met betrekking tot geneesmiddelen) gevonden. Maar in 12% van alle gesprekken leidde een advies van het FPC tot een gewijzigd beleid.
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	Het FPC loop als onderdeel van het bestaande beleid door en wordt uitgebouwd, zodat in 2009 100% van de patiënten een FPC krijgt.

Project	Introductie Farmaceutische Ontslaggesprekken
Locatie	BovenIJ ziekenhuis Amsterdam - Ziekenhuisapotheek
Soort project	ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Het invoeren van ontslaggesprekken en het herintroduceren van opnamegesprekken vanuit het ASP.
Doelstelling	Het leveren van een overzicht van de opname- en ontslagmedicatie aan de 1 ^e lijn, en dit zowel sneller als met een gereduceerd aantal fouten. Vergroten tevredenheid betrokkenen t.a.v. ASP. Protocollering van de gerealiseerde werkwijze.
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 25% reductie in het aantal medicatiefouten na ontslag door het invoeren van ontslaggesprekken (<i>meten: middels steekproefgewijze telefonische enquête onder patiënten</i>) ▪ Het op de dag van ontslag aanleveren van een accuraat, compleet en duidelijk overzicht van de ontslagmedicatie aan betreffende openbare apotheken en huisartsen ▪ Vergroting tevredenheid betrokken partijen rondom ontslagmedicatie ▪ Tijd- en daarmee kostenbesparing voor betrokken partijen (<i>meten: middels aantal telefonische contacten met betreffende afdeling</i>) ▪ Therapietrouw met 25% verbeteren ▪ Verbetering communicatie 1^e en 2^e lijn
Betrokken zorgverleners	2 ^e lijn (intern): specialisten, verpleegkundigen 1 ^e lijn: huisartsen, openbaar apothekers
Rol patiënt	Betrokken bij opname- en ontslaggesprekken; niet betrokken bij opzet project
Doelgroep	Alle patiënten die ontslagen worden uit het ziekenhuis, introductie start op de afdelingen orthopedie en chirurgie
Eindevaluatie	
Projectverloop	Het introduceren van de ontslaggesprekken is uitgevoerd. Het herintroduceren van de opnamegesprekken was gepland als fase 2 van het project en is niet uitgevoerd
Werkwijze in praktijk	De arts assistent schrijft een elektronisch ontslagrecept. De projectapotheeker controleert dit recept en voert een ontslaggesprek met de patiënt.
Gebruikte effectmaten	Aantal keer (i) gestopte thuismedicatie, (ii) gewijzigde thuismedicatie en (iii) Therapeutische substitutie
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	Er heeft veel overleg plaats gevonden, geen structurele veranderingen, weinig input vanuit 1 ^e lijn. Wél uniform ontslagrecept Amsterdam.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	Daling in aantal keren gestopte (van 20% naar 7%) en gewijzigde (van 8% naar 5%) thuismedicatie.
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	

Project	Ontslagmedicatie na ziekenhuisopname
Locatie	De openbare apotheken aangesloten bij de Kwaliteitskring Gorinchem en omstreken
Soort project	ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Het volgens een vaststaand protocol behandelen van ontslagrecepten (met 5 of meer geneesmiddelen of als er sprake is van omzetting van thuismedicatie naar andere medicatie). Hierbij hoort o.a. het opsporen van dubbelmedicatie, doseringswijzigingen, onnodig medicaliseren en therapietrouwbevordering. Als onderdeel van het project wordt standaard een innameschema verstrekt aan de patiënt. Indien gewenst wordt de patiënt thuis bezocht.
Doelstelling	Inzicht in de wijze waarop farmacoketenontwikkeling kan worden gerealiseerd en kan bijdragen aan doelmatig medicijngebruik.
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	Alle apotheken van de Kwaliteitskring regio Gorinchem behandelen OntslagMedicatieOprachten volgens een geprotocolleerde werkwijze. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verkeerd geneesmiddelengebruik wordt in belangrijke mate voorkomen. ▪ Waardering voor de apotheek als geneesmiddelenskundige door de cliënt. ▪ Betere inventarisatie ontslagmedicatie. ▪ Up-to-date medicatiestatus van cliënt na ontslag.
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: openbare apothekers, huisartsen 2 ^e lijn: ziekenhuisapotheker
Rol patiënt	Betrokken bij uitvoering project.
Doelgroep	Alle in ziekenhuis opgenomen patiënten in Gorinchem
Eindevaluatie	
Projectverloop	Het protocol is ontwikkeld en de werkwijze is geïmplementeerd.
Werkwijze in praktijk	OntslagMedicatieOprachten worden op geprotocolleerde wijze behandeld.
Gebruikte effectmaten	Percentage behandelde OMO's, percentage deelnemende apotheken, percentage medicatiefouten, aantal teruggekoppelde medicatieoverzichten, aantal meegegeven innameschema's, aantal cliënten waarbij de medicatie is gesynchroniseerd en gesaneerd.
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	Onduidelijkheden en fouten in ontslagrecepten worden opgelost. Patiënten hebben meer inzicht in medicatie wat mogelijk de therapietrouw bevordert.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	Deelname was 100% van de apotheken. Ongeveer 50% van de OMO's bevatte een onvolkomenheid die is opgelost. Bevordering therapietrouw kon (nog) niet gemeten worden.
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	De verwachting is dat de samenwerking met het ziekenhuis in Gorinchem voortgezet zal worden.

Project	ASP Diakonessenhuis Utrecht
Locatie	Diakonessenhuis Utrecht - Ziekenhuisapotheek
Soort project	ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Het komen tot een volledig ASP in het Diakonessenhuis Utrecht door optimalisatie van ontslagmedicatie, door het opstarten van de procedure 'Ontslagmedicatie' op een tweetal afdelingen conform de 'best practice' van Diakonessenhuis Zeist
Doelstelling	Bevorderen van de medicatieveiligheid en de doelmatigheid van farmacotherapie bij ontslag: soepelere transfer bij ontslag. De kwaliteitsverbetering was het voornaamste doel, de kostenbesparing werd meegenomen om de meerwaarde voor andere partijen aan te tonen
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patiënten kunnen direct na ontslag thuis over juiste medicatie beschikken ▪ De openbare apotheek ontvangt duidelijke receptuur en krijgt inzicht in de wijzigingen die tijdens ziekenhuisopname hebben plaatsgevonden ▪ bevorderen zuinig en zinnig geneesmiddel gebruik (zoals stoppen benzodiazepines en PPI, niet te grote afleverhoeveelheden)
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: huisartsen, openbaar apothekers, actief bij opzet, passief bij uitvoering 2 ^e lijn: specialist, ziekenhuisapotheker, verpleegkundigen
Rol patiënt	De patiënten zijn alleen betrokken bij de evaluatie van het project.
Doelgroep	Alle klinisch opgenomen patiënten van het ziekenhuis (start op 2 afdelingen, later uitrol)
Eindevaluatie	
Projectverloop	Ten tijde van de eindevaluatie was alleen de nulmeting uitgevoerd en was de ontslagprocedure nog niet gestart. Naderhand is deze alsnog opgestart, de stapsgewijze uitrol naar andere afdelingen loopt
Werkwijze in praktijk	Bij ontslag controleert de apothekersassistent volgens protocol het ontslagrecept en voert evt. terugsubstitutie uit. Er gaat een advies naar de voorschrijvend arts en dit komt als definitief ontslagrecept terug naar het ASP. Het ASP stuurt dit recept naar de openbare apotheek (fax).
Gebruikte effectmaten	(i) de medicatie is op dag van ontslag bij de openbare apotheek te krijgen (enquête), (ii) de in de openbare apotheek ervaren problemen bij afhandeling ontslagrecept (enquete) en (iii) het aantal aangebrachte wijzigingen in de openbare apotheek en (iv) kostenbesparing volgens ASP is instrument DGV
Effectiviteit FKO (niveauverandering ketenontwikkeling)	De Transmurale Werkgroep Farmacie (opgezet voor dit project) is niet meer actief. De openbare apothekers zijn niet echt geïnteresseerd, en plannen voor poliklinische apotheek maakt de verhouding met de openbaar apothekers niet beter. Wel wordt via een medicatieoverzicht bij de ontslagbrief die de patiënt krijgt ook de huisarts ingelicht.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	(i) Geen verandering in percentage patiënten waarvoor de medicatie is op dag van ontslag bij de openbare apotheek te krijgen (van 81%, n=21 naar 79%, n=14) (ii) een daling in de in de openbare apotheek ervaren problemen bij afhandeling ontslagrecept (van 86%, n=21 naar 29%, n=17) (iii) het aantal aangebrachte wijzigingen in de openbare apotheek (38%, n=21 naar 25%, n=16) (iv) kostenbesparing volgens ASP is instrument DGV: ca. € 7,50 per patiënt.
Toekomstevaluatie	Uitrol naar andere afdelingen loopt. Ze willen ook een opnameplein starten (zoals in Diakonessenhuis Zeist) en de communicatie met de huisarts verbeteren.

Project	LUMC ASP
Locatie	LUMC – Ziekenhuisapotheek
Soort project	ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Het oprichten en continueren van een ASP in het LUMC.
Doelstelling	Vermindering van farmacotherapeutische problemen rond opname en ontslag uit het ziekenhuis, met name gericht op vergroten medicatieveiligheid en patiënttevredenheid en verbeteren transmurale overdracht
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aantal fouten in opnamemedicatie daalt met 50% ▪ Aantal fouten in ontslagmedicatie daalt met 50% ▪ Financieel voordeel afdeling door substitutie thuismedicatie ▪ Financieel voordeel zorgverzekeraar door hersubstitutie ▪ Op tijd afleveren van alle thuismedicatie aan patiënt ▪ Betere communicatie 1^e en 2^e lijn
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: openbare apotheken, voornamelijk passief 2 ^e lijn: ziekenhuisapotheker, apothekersassistent, arts, verpleging, physician assistants
Rol patiënt	Betrokken bij opzet (patiëntenvereniging). Ontslaggesprekken niet gerealiseerd.
Doelgroep	Alle patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis (deels meteen, deels eerst pilots en later eventueel uitrol)
Eindevaluatie	
Projectverloop	<p>A. Verkrijgen opnamemedicatie openbare apotheek: uitgevoerd, gestopt omdat het geen meerwaarde had</p> <p>B. Substitutie bij opname: uitgevoerd, gestopt omdat weinig substitutie plaatsvindt</p> <p>C. Voorregistratie opnamemedicatie in EVS: niet gerealiseerd</p> <p>D. Verstrekken ontslagmedicatie aan openbare apotheek: uitgevoerd, daarna deels gestaakt en deels geïmplementeerd en uitrol naar andere afdelingen</p> <p>E. Ontslaggesprek patiënt: geïnventariseerd, niet gerealiseerd</p>
Werkwijze in praktijk	<p>A+B. apotheek vraagt medicatie op bij openbare apotheek (fax) en geeft lopende medicatie en evt. substitutievoorstellen aan, waarna overzicht naar afdeling gaat.</p> <p>D. Apotheek controleert ontslagrecept, en of machtiging, artsenverklaring of eigen bereiding nodig is. Op dag van ontslag faxt ASP dit recept en eventueel nieuw voorgeschreven middelen naar de openbare apotheek.</p>
Gebruikte effectmaten	(i) discrepanties opnamemedicatie, (ii) discrepanties ontslagmedicatie, (iii) financieel voordeel, (iv) tijd tot leveren thuismedicatie en (v) communicatie met 1 ^e lijn
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	Van nul naar start ASP. Ook al is de samenwerking nog beperkt, dit is een goede stimulans.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	(i) discrepanties tussen wat patiënt aangeeft en openbare apotheekgegevens (zonder vertaalslag ASP en opnamegesprek geen meerwaarde); (ii) gemeten hoe vaak er onduidelijkheid was bij het ASP wat betreft ontslagrecept, niet bij de openbare apotheek; (iii) niet gemeten vanwege beperkte substitutie in LUMC; (iv) als thuismedicatie van patiënt besteld moest worden bleek dit binnen 1 dag leverbaar, geen aantallen beschikbaar; (v) enquête 1 ^e lijn, overall beeld positief maar respons te laag (30%) om conclusies te kunnen trekken
Toekomstevaluatie	Op 1 afdeling zijn opnamegesprekken gestart (opnamebureau), maar schaalvergroting is lastig want moet dan in EPD en daarvoor is ICT nog niet geschikt. Wel gaan ze ook verder aan de ontslagkant. Toekomstvisie is een volledig functionerend ASP

Project	HERA
Locatie	Geldrop – Apotheek St. Anna Zorggroep
Soort project	ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Het oprichten van een ASP van waaruit de farmaceutische overdracht bij opname en ontslag wordt gefaciliteerd en het verkrijgen van een transmuraal EMD tussen de 1 ^e en 2 ^e lijns zorgverleners binnen het adherentiegebied van het St. Anna Ziekenhuis
Doelstelling	Het minimaliseren van medicatiebreuken bij ziekenhuisopname en -ontslag, door het voorkomen van transcriptiefouten en het valideren van de gegevens die door middel van een transmuraal EMD worden uitgewisseld
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Een operationeel transmuraal EMD ▪ Een functioneel ASP
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: openbare apotheker, huisarts 2 ^e lijn: ziekenhuisapotheker, apothekersassistent, specialist, verpleging
Rol patiënt	Betrokken bij opnamegesprekken; niet betrokken bij opzet project
Doelgroep	Bij opname alle electieve opname patiënten, bij ontslag alle patiënten
Eindevaluatie	
Projectverloop	A. Geneesmiddelenpolikliniek waar opnamegesprekken plaatsvinden: gerealiseerd op de pilot afdeling, wordt nu ziekenhuisbreed uitgerold B. OZIS koppeling 1 ^e en 2 ^e lijn: vertraagd gerealiseerd C. Ontslagservice ASP (elektronisch ontslagrecept naar openbare apotheek): niet gerealiseerd.
Werkwijze in praktijk	A. Voor realisatie OZIS koppeling: patiënt levert 1-2 weken voor opname geneesmiddelgegevens. Deze worden ingevoerd in het ziekenhuisapothekersysteem. De apothekersassistente neemt deze vóór het pre-operatieve consult met de internist systematisch door met de patiënt. De internist vindt deze gegevens vervolgens in het EPD
Gebruikte effectmaten	Overdracht medicatiegegevens van 1 ^e naar 2 ^e lijn: Kwaliteit startrecept aan de hand van Fijn lijst
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	Er is een ASP opgestart en een OZIS koppeling gerealiseerd. De huisarts krijgt ook een kopie van het ontslagrecept.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	De effectmeting is nog niet afgerond, dus hier kunnen nog geen uitspraken over worden gedaan..
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	Voor geneesmiddelenpolikliniek is ziekenhuisgeld beschikbaar gesteld zodat de formatie apothekersassistenten is uitgebreid. De polikliniek wordt nu ziekenhuisbreed uitgerold. Voor het ontslaggedeelte wacht men nog op een reactie van de softwareleverancier. De huidige software is nog niet geschikt voor het ontslaggedeelte. Spin-off project 'medicatiereview' is gestart: review van medicatiegegevens van bepaalde risicovolle patiënten op kwaliteit.

Project	Opnamegesprekken Deventer ziekenhuis
Locatie	Deventer ziekenhuis - Klankbordgroep Stichting Transmurale Farmaceutische Thuiszorg
Soort project	ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Invoeren van opnamegesprekken door ASP op afdeling gastro enterologie
Doelstelling	Soepelere patiëntentransfer bij opname en meetbare verbeteringen op het gebied van medicatieveiligheid, zowel intra- als transmuraal, op afdeling gastroenterologie
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbeterde medicatie overdracht bij opname met 50% ▪ Daling aantal onvolledige MO's bij opname (betreffende thuismedicatie) met 50% ▪ Daling aantal vragen door ASP bij ontslag met 50% ▪ Implementatie elektronische uitwisseling via ozis ▪ Bereiken van gelijke kwaliteit van ozis uitwisseling als in huidige papieren uitwisseling bij opname
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: openbare apotheker, huisarts, voornamelijk bij opzet 2 ^e lijn: ziekenhuisapotheker, apothekersassistent, specialisten, verpleging
Rol patiënt	Betrokken bij opnamegesprekken; niet betrokken bij opzet project
Doelgroep	In principe alle patiënten die opgenomen worden in het ziekenhuis, maar introductie start op de afdeling gastro enterologie
Eindevaluatie	
Projectverloop	De opnamegesprekken zijn geïmplementeerd, maar nadien ook weer gestopt vanwege gebrek aan financiering. Ozis is wel operationeel en getest maar nog niet in gebruik ten tijde van de eindevaluatie ivm nog niet volledige samenwerkingsovereenkomst.
Werkwijze in praktijk	De ASP verkrijgt de medicatiegegevens van de openbare apotheek via papieren lijsten (later bij implementatie Ozis elektronisch) en bespreekt deze met de patiënt. Dit overzicht gaat (via het EVS) als voorstel naar de afdeling.
Gebruikte effectmaten	(i) fouten in medicatie overdracht bij opname (niet of in andere dosering of toedieningsvorm continueren van thuismedicatie in het ziekenhuis), (ii) het aantal vragen van het ASP bij ontslag, (iii) % patiënten waarbij een interventie wordt gepleegd naar aanleiding van het opnamegesprek
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	De samenwerking met de 1 ^e lijn was al goed, weinig ruimte voor verbetering. Wel is de overgang 1 ^e – 2 ^e lijn verbeterd. En dit project heeft wel een nieuwe impuls richting Ozis en oprichting 24-uursapotheek gegeven.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	(i) daling van 69 naar 30 overdrachten met fouten (beide op 281 overdrachten), (ii) daling van 141 naar 82 vragen van het ASP bij ontslag, (iii) in 148 van 294 gevoerde gesprekken is een interventie gepleegd waarvan bij de spoedopname-interventies (n = 107) er 123 kritisch bleken te zijn
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	De opnamegesprekken zijn gestopt vanwege gebrek aan financiering.

Project	Pre-operatieve screening medicatiegebruik door de ziekenhuisapotheek met follow-up begeleiding door openbare apothekers bij electieve, chirurgische ziekenhuisopnames
Locatie	TweeSteden ziekenhuis, Midden-Brabant
Soort project	ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Ziekenhuisapothekersassistenten nemen deel aan de preoperatieve screening van patiënten. De taken van de apothekersassistent zijn het in kaart brengen van de medicatiehistorie en allergieën voor medicatie. Openbare apothekers nemen contact op met de patiënt op de dag dat met het antitrombosemiddel gestopt moest worden en informeerden of er ook gestopt was.
Doelstelling	Het verbeteren van de farmaceutische patiëntenzorg rondom chirurgische electieve ingrepen.
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Een helder en eenduidig medicatieoverzicht ▪ Overzicht allergieën van de patiënt ▪ Adviezen aan anaesthesioloog over oplossingen van geneesmiddelgerelateerde problemen ▪ Duidelijke adviezen aan de patiënt met schriftelijke voorlichting ▪ Adviezen aan de openbare apotheek van de patiënt ▪ Herinneringstelefoontje aan patiënt voor stoppen antitrombosemiddelen ▪ Bij opname laatste controle ▪ Bij ontslag voor eventuele herstart gestopte medicatie zorgdragen en communicatie hiervan naar openbare apotheek ▪ Twee dagen na ontslag informeert de openbare apotheek of de medicatie inderdaad is herstart
Betrokken zorgverleners	1 ^o lijn: openbare apotheek 2 ^o lijn: ziekenhuisapotheek, anaesthesiologen
Rol patiënt	Er is een opnamegesprek met de patiënt en de patiënt wordt gebeld door de openbare apotheek
Doelgroep	Patiënten die geopereerd worden
Eindevaluatie	
Projectverloop	Project is geïmplementeerd volgens plan.
Werkwijze in praktijk	In de praktijk blijken er veel spoedopnames te zijn. Bij spoedopnames kan het project voor een deel niet uitgevoerd worden. Daarnaast konden de medicatiegegevens nog niet automatisch opgevraagd worden bij de apotheek. Het handmatig opvragen en bewerken is veel werk.
Gebruikte effectmaten	(i) aantal medicatiediscrepancies; (ii) aantal allergiediscrepancies; (iii) fouten met anti-trombotische therapie
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	Farmacoketen was en is goed. Er wordt oplossingsgericht gewerkt aan de gesignaleerde knelpunten.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	Inzetten van apothekersassistenten bij de preoperatieve screening leidt tot een aanzienlijke daling in medicatie- en allergiediscrepancies. En het is goedkoper als de apothekersassistent deze taak overneemt van de anaesthesioloog.
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	Behoefte aan voortgang wordt geëvalueerd.

Project	Interventie in medicatieprofielen van polyfarmaciepatiënten
Locatie	Meppel – ziekenhuisapotheek
Soort project	ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Interventie in medicatieprofielen van polyfarmaciepatiënten
Doelstelling	Kwaliteitsverbetering in de medicatieprofielen van polyfarmaciepatiënten met als resultaat verhoging van de medicatieveiligheid, met name op lange termijn
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimaal 50% reductie in het aantal relevante medicatiebewakingssignalen (conform WinAp richtlijn) ▪ Een verlaging van de geneesmiddelenkosten met minimaal 10% per patiënt
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: openbaar apotheker, huisarts, alleen in werkgroep 2 ^e lijn: ziekenhuisapotheker, apothekersassistent, specialist
Rol patiënt	Niet betrokken, ontvangen alleen brief met uitleg over het project
Doelgroep	Alle polyfarmaciepatiënten (> 5 geneesmiddelen) die worden opgenomen in het ziekenhuis (tenzij afdeling ICU)
Eindevaluatie	
Projectverloop	Het introduceren van de ontslaggesprekken is uitgevoerd. Het herintroduceren van de opnamesprekken was gepland als fase 2 van het project en is niet uitgevoerd
Werkwijze in praktijk	De apothekersassistente selecteert bij controle opnamemedicatie de polyfarmaciepatiënten. Het geneesmiddelprofielen wordt geanalyseerd door een ziekenhuisapotheker gevolgd door een verbetervoorstel richting specialist. Deze kan ervoor kiezen te beoordelen of dit bij de huisarts te leggen. In praktijk gaat het voorstel vaak door naar de huisarts. Bij ontslag neemt ASP in elk geval contact op met huisarts en openbare apotheek met toelichting interventie als gevolg van dit project.
Gebruikte effectmaten	(i) % opgevolgde adviezen, (ii) beoordeling kwaliteit medicatieprofiel met behulp van een gevalideerde methode
Effectiviteit FKO (niveauverandering ketenontwikkeling)	De directe communicatie tussen ziekenhuisapotheker en huisarts (in Meppel direct, in Steenwijk via openbare apotheker) is nieuw en blijkt te werken. Verder afstemming op de 1 ^e lijns polyfarmaciemodule van Achmea.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	(i) op 576 geselecteerde patiënten zijn in 217 adviezen voor 182 (32%) patiënten uitgebracht. Van de 177 traceerbare adviezen in 153 patiënten zijn er 116 (42 door specialist en 74 door huisarts) opgevolgd in 100 patiënten (17%) (ii) de kwaliteit stijgt, maar de klinische relevantie is nog onbekend
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	Het huidige project blijft deels bestaan en wordt deels vervangen door clinical rules in het apotheeksysteem (voor de 5 meest voorkomende zaken). Spin-off is een project 'Motivatie op recept', gesubsidieerd door de zorgverzekeraar, omdat onduidelijke indicatie een veel voorkomend probleem bleek.

Project	Medicatiebegeleiding door apotheek en ziekenhuis bij opname, bij ontslag en na ontslag
Locatie	Nieuwegein – Antonius ziekenhuis, Apotheek de Roerdomp
Soort project	ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Het begeleiden van de medicatie van patiënten van De Roerdomp bij opname in, bij ontslag en na opname uit het Sint Antoniusziekenhuis
Doelstelling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het opzetten van een systeem voor het houden van gesprekken en het bijhouden van de medicatie bij opname en ontslag van patiënten van apotheek de Roerdomp ▪ In kaart brengen kosten- en tijdsinvestering ▪ In kaart brengen patiënttevredenheid
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Er worden goed geprotocolleerde opname- en ontslaggesprekken gevoerd aan de hand van de actuele medicatie van de patiënt ▪ De informatie over de actuele medicatie is zowel bij opname als ontslag eenduidig voor alle betrokken zorgverleners ▪ Optimale tijdsduur per patiënt is bekend ▪ Taakverdeling tussen apotheker en assistent is bekend
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: openbaar apotheker, apothekersassistent, huisarts 2 ^e lijn: ziekenhuisapotheker, apothekersassistent, specialist
Rol patiënt	Niet actief betrokken, wel informeren van patiënten en meting patiënttevredenheid
Doelgroep	Patiënten van Apotheek de Roerdomp die in het ziekenhuis worden opgenomen
Eindevaluatie	
Projectverloop	Het gehele begeleidingstraject is uitgevoerd voor 87 patiënten, met name patiënten op afdelingen waar men al werkte met afdelingsbrede aanpak van opname en ontslag. Werven van patiënten via de eerste lijn bleek lastig.
Werkwijze in praktijk	Bij opname wordt medicatiehistorie opgevraagd en ingevoerd in een ICT-overzicht. Bespreking met patiënt vindt plaats. Bij ontslag wordt dit overzicht aangevuld met ziekenhuismedicatie en besproken met de arts, waarna aanpassing van het ICT-overzicht plaatsvindt. Ontslagrecept wordt verzonden naar de openbare apotheek, die bij het afhalen dit bespreekt met de patiënt. Indien gewenst wordt de medicatie gesynchroniseerd en er wordt een telefonische afspraak voor 2 weken later gemaakt.
Gebruikte effectmaten	(i) veranderingen bij opname (ii) veranderingen bij ontslag (iii) tijd nodig per patiënt (iv) patiënttevredenheid
Effectiviteit FKO (niveauverandering ketenontwikkeling)	De bestaande samenwerking tussen de eerste en tweede lijn is duidelijk verstevigd. Alle partijen zijn meer betrokken bij het proces, de verantwoordelijkheden zijn duidelijk.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	(i) bij 14 van de 32 patiënten met opnamegesprek werden in totaal 41 wijzigingen doorgevoerd; (ii) bij 15 van de 37 patiënten met volledig ICT-ontslagformulier was sprake van terugsubstitutie; (iii) hele proces kost gemiddeld 2 uur per patiënt; (iv) 23 patiënten die nagebeld zijn waren unaniem tevreden
Bijzonderheden	2 ^e plaats FPZ-prijs van de KNMP in 2008
Toekomstevaluatie	De keten wordt in de regio uitgebreid naar andere apotheken en er zijn ook initiatieven voor samenwerking op andere vlakken.

Project	63 – Reductie medicatiefouten bij opname Meander MC
Locatie	Meander Medisch Centrum Amersfoort
Soort project	ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Apothekersassistenten voeren geneesmiddelopnamegesprekken waarbij de thuismedicatie van de patiënt in kaart wordt gebracht. Dit gebeurt aan de hand van de informatie van de patiënt zelf en de meest recente afleverlijst van de openbare apotheek.
Doelstelling	Verbetering van de kwaliteit van de overdracht van medicatiegegevens van de patiënt bij opname in het ziekenhuis.
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	Een betrouwbaar overzicht van de thuismedicatie kort voor / bij opname in het ziekenhuis voor de geplande patiënten. De patiënt is geïnformeerd over de gang van zaken wat betreft het geneesmiddelgebruik in het ziekenhuis, de arts en de apotheek zijn op tijd op de hoogte van het geneesmiddelgebruik van de patiënt thuis.
Betrokken zorgverleners	2 ^e lijn: ziekenhuisapotheek, specialist/arts-assistent 1 ^e lijn: openbare apotheek
Rol patiënt	Betrokken bij opnamegesprekken; niet betrokken bij opzet project
Doelgroep	Patiënten
Eindevaluatie	
Projectverloop	De opnamegesprekken worden op gestructureerde wijze door de apothekersassistenten uitgevoerd.
Werkwijze in praktijk	Een groot aantal apothekersassistenten voert opnamegesprekken uit. Dit gebeurt volgens de werkinstructie door iedereen op dezelfde manier. Er is aandacht geweest voor scholing van apothekersassistenten. De opnamegesprekken behoren inmiddels tot de routinetaken en ze hebben een vaste plaats in het werkrooster van de apothekersassistenten. Tijdens een mondeling overdrachtmoment met de arts worden de thuismedicatieoverzichten geaccordeerd.
Gebruikte effectmaten	(i) betrouwbaarheid van medicatieoverzichten van de apotheek; (ii) ernst van de gemaakte fouten; (iii) invloed opnamegesprek op veranderingen thuismedicatie; (iv) kostenreductie
Effectiviteit FKO (niveauverandering ketenontwikkeling)	Overdracht van medicatiegegevens van de eerste naar de tweede lijn is verbeterd en de opnamegesprekken om deze overdracht te verbeteren zijn een routinetaak geworden
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	Verhoging van de kwaliteit van het geneesmiddelengebruik. Er zijn kostenbesparingen bij dialyse doordat gevraagd is naar de voorraad thuis.
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	Project loopt door en er zijn nog ideeën voor verbetering. Er zijn nu meer apotheekmedewerkers dan de formatie toestaat. Verwacht wordt dat in de toekomst het werk met de huidige formatie kan worden gedaan door verweving EVS bij opnamegesprekken.

Project	Becommentarieerd ontslagrecept in combinatie met implementatie FTTO afspraken
Locatie	VieCuri Medisch centrum voor Noord-Limburg - Ziekenhuisapotheek
Soort project	ASP
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	De invoering van een becommentarieerd ontslagrecept op de afdeling heelkunde en de implementatie van FTTO-afspraken in het ontslagrecept op de afdeling heelkunde.
Doelstelling	Het optimaliseren van het farmacotherapeutisch zorgcontinuüm in Noord-Limburg, ongeacht waar de patiënt zich bevindt door het verbeteren van de informatieoverdracht.
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het in kaart brengen van de technische eisen, logistiek proces en werklust van het becommentarieerd ontslagrecept. ▪ Het ontwikkelen van een beslisboom ten behoeve van de substitutie naar regionale farmacotherapieafspraken ▪ Het verminderen van het aantal interventies door het TSP bij de ontslagmedicatie. ▪ Het leveren van een zo volledig mogelijk, accuraat voorbereid, ontslagrecept zodat de opname en het ontslag uit het ziekenhuis daadwerkelijk als sanerings- en screeningsmoment van het medicatieprofiel kan worden geïnterpreteerd. Voorkomen dat in het ziekenhuis bewust gestaakte geneesmiddelen weer gestart worden door de huisarts of specialist. ▪ Het aanleveren van de juiste informatie ten behoeve van een (regionaal) medicatiedossier. ▪ Het realiseren van een werkwijze die als basis kan dienen voor de gehele kliniek en andere apotheekservicepunten of activiteiten op het gebied van transfers, medicatieveiligheid en FTTO.
Betrokken zorgverleners	2 ^e lijn (intern): ziekenhuisapotheek, specialisten/arts-assistenten 1 ^e lijn: huisartsen, openbaar apothekers
Rol patiënt	Betrokken bij opnamegesprekken; niet betrokken bij opzet project
Doelgroep	Patiënten die opgenomen worden in of ontslagen worden uit het ziekenhuis op de afdeling heelkunde
Eindevaluatie	
Projectverloop	Becommentarieerd ontslagrecept is ingevoerd maar moest handmatig samengesteld worden. De automatisering om het becommentarieerde ontslagrecept te genereren was nog niet gereed. Substitutie van maagzuurremming is geïmplementeerd.
Werkwijze in praktijk	De TSP-apothekersassistente screent voorafgaand aan ontslag het voorstel ontslagmedicatie. Zij vergelijkt de medicatiehistorie uit ZAIS en OZIS (thuismedicatie) met het voorstel ontslagmedicatie. Opgemerkte discrepanties worden aan de ontslagarts voorgelegd. FTTO-afspraken mbt maagzuurremming worden in de ontslagreceptuur geïmplementeerd. Dit resulteert in een recept ontslagmedicatie.
Gebruikte effectmaten	(i) verandering in een aantal interventies zoals vergeten/gemiste (thuis)medicatie, verkeerde vorm, verkeerde dosering, (ii) afname aantal telefoontjes openbare apotheek en (iii) minder navraag bij ontslagarts.
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	Samenwerking verliep voorspoedig maar is door komst poliklinische apotheek verminderd Concept voor becommentarieerd ontslagrecept is klaar. Goede aanzet tot verbetering.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	Resultaten zijn nog moeilijk concreet meetbaar te maken.
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	Het project loopt door en wordt ook geïmplementeerd op andere afdelingen.

FTTO-projecten

Project	Verbetering farmaceutische zorg schizofrenie patiënten
Locatie	stad Groningen en Winschoten - KNMP departement
Soort project	FTTO
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	FPZ protocol Compliance Antipsychotica ontwikkelen en implementeren, met als hoofdcomponent extra begeleiding door de apotheek voor schizofreniepatiënten. Hierbij vormt de apotheek de schakel tussen de psychiater en huisarts
Doelstelling	Algemene doelstelling is verbetering van de farmaceutische zorg aan schizofreniepatiënten. De afgeleide doelstellingen zijn (i) het bevorderen van therapietrouw en daarmee de gezondheidstoestand en het functioneren in de maatschappij van deze patiënten, (ii) het verbeteren van de interdisciplinaire samenwerking tussen apothekers, medisch specialisten (GGZ) en huisartsen en (iii) het doelmatiger gebruik van medicijnen
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FPZ protocol Compliance Antipsychotica ▪ Verbetering van de interdisciplinaire en transmurale samenwerking; ▪ Grotere rol van de patiënt zelf t.a.v. behandelwijze; ▪ Gezondheidswinst voor de patiënt door intensievere farmaceutische begeleiding; ▪ Doelmatiger gebruik van medicijnen
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: openbare apothekers, huisartsen (beperkt) 2 ^e lijn: ziekenhuisapotheker 3 ^e lijn: GGZ psychiaters, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen
Rol patiënt	Betrokken bij opzet project. Betrokken bij uitvoering, voortvloeiend uit gepland resultaat: grotere rol van de patiënt zelf t.a.v. behandelwijze.
Doelgroep	Alle schizofreniepatiënten in stad Groningen en Winschoten
Eindevaluatie	
Projectverloop	Het protocol is ontwikkeld, training van het apotheekteam heeft plaatsgevonden en implementatie is gestart. De geplande OZIS koppeling met de GGZ en de open dag in een openbare apotheek zijn niet uitgevoerd.
Werkwijze in praktijk	Bij de GGZ wordt door aan schizofreniepatiënten gevraagd of extra farmaceutische begeleiding gewenst is. Zo ja, dan wordt de apotheker ingelicht (fax). Deze neemt contact op met de patiënt en implementeert op basis van een persoonlijk gesprek de farmaceutische begeleiding en koppelt terug naar de GGZ (fax). Zo nodig was er telefonisch contact met de psychiater of huisarts.
Gebruikte effectmaten	therapietrouw patiënt
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	Er was nog geen enkele samenwerking. Dus de stap is gezet van geen contact naar een vorm van contact, al is dat nog niet structureel, nog niet zonder problemen en is de rol van de huisarts nog onderbelicht. Er bleek wel behoefte te zijn aan meer contact
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	Bij 3 van de 7 door de apotheek begeleide patiënten is de therapietrouw aantoonbaar verhoogd.
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	Het protocol is vrij verkrijgbaar. Verder is het project in verband met GGZ reorganisaties stopgezet.

Project	Antidepressiva tussen de lijnen
Locatie	Regio Midden Holland – Transmuraal Netwerk Midden-Holland
Soort project	FTTO
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Het formuleren en implementeren van een transmurale richtlijn Midden-Holland over het voorschrijven en gebruik van antidepressiva.
Doelstelling	Een meer doelmatig voorschrijven van antidepressiva, zowel in de 1 ^e als in de 2 ^e lijn voor alle depressieve patiënten in de regio
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transmurale Richtlijn Depressie Midden-Holland ▪ In oktober 2007 is de Transmurale Richtlijn Depressie bekend bij 60% van de voorschrijvers in Midden-Holland ▪ In december 2006 is er een consultatiemogelijkheid gerealiseerd voor voorschrijvers van antidepressiva, waarbij zij binnen een vastgestelde tijd advies krijgen van een psychiater/apotheker. ▪ In april 2007 is 60% van de voorschrijvers van antidepressiva bekend met de consultatiemogelijkheid ▪ In december 2006 is het regionaal aanbod voor patiënten met een depressieve stoornis in kaart gebracht en in druk uitgegeven. ▪ Het percentage onterecht voorgeschreven antidepressiva van de nameting is lager dan die van de voormeting
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: huisarts, openbare apotheker 2 ^e lijn: ziekenhuisapotheker, specialisten 3 ^e lijn: psychiater, GGZ organisatie
Rol patiënt	Zorgvragers Organisatie GGZ Midden-Holland neemt deel aan projectgroep. Sterk betrokken bij uitvoering project (effectmeting).
Doelgroep	
Eindevaluatie	
Projectverloop	De richtlijn is geformuleerd en geïmplementeerd. De consultatiemogelijkheid is geherstructureerd en er is een depressiegids ontwikkeld. De effectmeting is niet gelukt (te kleine aantallen)
Werkwijze in praktijk	Apotheker benadert starters met antidepressiva voor onderzoek en meldt deze aan bij de GGZ. GZ onderzoeksassistent maakt afspraak met patiënt en vult SAS-ROM in. De voorschrijfindicatie wordt achterhaald bij de behandelaar. Er wordt geanalyseerd of de antidepressiva terecht zijn voorgeschreven.
Gebruikte effectmaten	(i) het percentage onterecht voorgeschreven antidepressiva en (ii) het percentage artsen bekend met de richtlijn, de consultatiemogelijkheid en de depressiegids
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	De richtlijn richt zich voornamelijk op de 1 ^e lijn. Maar de consultatiefunctie is gestructureerd en er is een basis gelegd voor een depressieketen. De projectgroep is na afloop van het project regiegroep geworden voor het vormgeven en borgen van de depressieketen.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	(i) Het percentage onterecht voorgeschreven antidepressiva is vanwege te kleien aantallen patiënten niet bepaald. (ii) Van de huisartsen (n = 22) is 68% bekend met de richtlijn, 98% bekend met de consultatiemogelijkheid en 50% bekend met de depressiegids.
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	De richtlijn is beschikbaar. De regiegroep is de depressieketen verder vorm aan het geven. Er wordt een pilot gestart om de modules niet-medicamenteuze behandeling in de 1 ^e lijn te ondersteunen. Deze modules zijn een invulling van de richtlijn, dus hierdoor wordt deze ook weer onder de aandacht gebracht.

Project	De psychiatrische patiënt in de farmacoketen
Locatie	UMCG – Groningen
Soort project	Samenwerkingsverband – FTTO
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Implementatie van het Routine Outcome Assessment (ROA), een routinematige screening van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van psychiatrische patiënten, in het bijzonder gebruikers van antipsychotica
Doelstelling	Het verlenen van goede farmaceutische zorg aan patiënten met schizofrenie en het monitoren van bestaande dan wel door antipsychotica geïnduceerde co-morbiditeit Het periodiek beoordelen op doelmatigheid en kwaliteit van de psychiatrische medicatie in relatie met polyfarmacie in multidisciplinair verband
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Screenen van co-morbiditeit en geneesmiddelgebruik evaluatie bij 50% van alle antipsychotica gebruikers in de regio tenminste 1x per jaar ▪ Instellen medicatie op maat behorend bij de ontdekte co-morbiditeit ▪ Bevorderen therapietrouw door gerichte voorlichting en interventies <ul style="list-style-type: none"> ○ waardoor minder geneesmiddelgerelateerde co-morbiditeit en minder recidief (bij 3 bovenstaande punten) ▪ Invoeren van ROA ▪ Implementatie van Psychiatrisch Formularium Friesland ▪ Implementatie UMCG-richtlijn antipsychoticagebruik ▪ Opstellen richtlijn voor farmaceutische zorginterventies
Betrokken zorgverleners	1° lijn: nurse practitioner, huisarts, apotheker 2° lijn: psychiater, GGZ-instelling
Rol patiënt	Betrokken bij ROA-gesprekken; niet betrokken bij opzet project
Doelgroep	Alle schizofrenie patiënten/gebruikers van antipsychotica in de regio
Eindevaluatie	
Projectverloop	Het ROA is ingevoerd, 472 patiënten in de beoogde regio hebben een screening gehad waarvan 67 patiënten twee keer. Uitbreiding naar andere locaties heeft plaats gevonden. Medication review rapporten zijn onvoldoende gerealiseerd
Werkwijze in praktijk	Nurse practitioners screenen patiënten. De behandelend psychiater ontvangt een schriftelijke uitslag van de screening, beoordeelt deze, waarna autorisatie volgt. De huisarts ontvangt hierover bericht in de vorm van een brief met de bevindingen, conclusie en beleid voor het komend jaar. Deze brief wordt grotendeels automatisch gegenereerd via de webbased assessment structuur.
Gebruikte effectmaten	<ul style="list-style-type: none"> (i) risicoprofiel voor metabole en cardiovasculaire ziekten (ii) kosten effectiviteit van screening voor opsporen nieuwe gevallen van diabetes (iii) beschrijven medicatiepatronen en therapietrouw
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	Er was vooraf al een goed samenwerkingsverband tussen UMCG en de drie noordelijke GGZ-instellingen. Dit is echter uitgebreid. Er is bijvoorbeeld een directe relatie tussen de huisartspraktijk en de psychiater gekomen. De nurse practitioner neemt een belangrijke plaats in.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	<ul style="list-style-type: none"> - Minder voorschriften aan patiënten in de tweede meting, niet getoetst op significantie - screening is kosteneffectief om mensen met diabetes op te sporen
Bijzonderheden	Enige discrepantie tussen het projectplan en de eindevaluatie. Project heeft uiteindelijk weinig gedaan met evalueren van de effecten op medicatie
Toekomstevaluatie	ROA wordt verder ingevoerd, ook in andere regio's

Project	Verbeteren geneesmiddel prescriptie bij ouderen
Locatie	Ziekenhuis de Tjongerschans en RUG-Farmacie – Groningen
Soort project	Samenwerkingsverband – FTTO
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Het implementeren van multidisciplinair overleg tussen huisarts-apotheker-geriater en ziekenhuisapotheker om medicatie van ouderen (>75 jaar) te bespreken en waar nodig aan te passen.
Doelstelling	Het risico voor medicatie gerelateerde co-morbiditeit bij ouderen (> 75 jaar) verminderen.
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opstellen definitief formaat voor kwaliteitsindicatoren medicatie bij ouderen ▪ Ontwikkelen en valideren meetinstrument om risicoprofielen te bepalen ▪ Risicoreductie (door verminderen polyfarmacie), verbeteren van de kwaliteitsindex voor risicogeneesmiddelen bij ouderen
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: huisarts, apotheker 2 ^e lijn: geriater, ziekenhuisapotheker
Rol patiënt	Niet betrokken bij opzet project
Doelgroep	Oudere patiënten (> 75 jaar) met complexe medicatie
Eindevaluatie	
Projectverloop	Het multidisciplinair overleg is ingevoerd en voor 243 patiënten uitgevoerd. In totaal zijn medicatieprofielen van 2898 kwetsbare ouderen bekeken, waarin waar nodig wijzigingen zijn doorgevoerd.
Werkwijze in praktijk	Volgens de Triage-score en met behulp van de filters (onderdeel van het prescriptieformat) zijn patiënten geselecteerd die een potentieel risico op geneesmiddel gerelateerde problemen hebben. Deze probleempatiënten zijn tijdens een multidisciplinair overleg besproken, waarbij de interventievoorstellen die opgesteld zijn aan de hand van het prescriptieformat worden getoetst op relevantie en toepasbaarheid op de individuele patiënt. Communicatie met de 1e lijn zorgverleners (apotheker/huisarts) vond plaats voor zover ze niet direct betrokken waren bij het patiënten overleg. Om de ketenzorg te waarborgen zijn alle doorgevoerde interventies op medicatie gebied gecommuniceerd naar de apotheekhoudende in de eerste lijn.
Gebruikte effectmaten	(i) aantal voorgestelde interventies per patiënt bij patiënten besproken in multidisciplinair overleg; (ii) aard van deze interventies; (iii) Triage-score (iv) Medication Appropriateness Index
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	Er was een bestaande FTTO-structuur. In het project is binnen deze structuur het multidisciplinair overleg bijgekomen waarin geriatrische patiënten met moeilijke medicatie worden besproken om te kijken of aanpassingen nodig zijn.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	Een daling van de MAI-score van 10 naar 7.5 bij 53 geriatrische patiënten. Deze daling komt vooral door het interveniëren op het MAI-criterium “juiste geneesmiddel dosis”. Daarnaast veel gerichte interventies in medicatieprofielen.
Bijzonderheden	Geen
Toekomstevaluatie	Multidisciplinair overleg wordt structureel ingevoerd.

Project	Terugdringen chronisch benzodiazepinegebruik
Locatie	FarmacoKetenOverleg Psychofarmaca Leiden (FKOPL) & SIR
Soort project	FT(T)O
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Terugdringen chronisch benzodiazepinegebruik door middel van het ontwikkelen en gebruiken van een regionale richtlijn in combinatie met de instrumenten GPVB, stopbrief en eerste en tweede uitgifte informatieverstrekking
Doelstelling	Het doel van het project is het aantal nieuw chronisch en chronisch benzodiazepine-gebruikers en het gebruik bij persisterend gebruikers in de regio Rijnland & Midden-Holland terug te dringen en tevens rationeel (eerste) voorschrijven van benzodiazepinen in de eerste en tweede lijn te bevorderen
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chronisch benzodiazepinegebruik in de regio is teruggedrongen ▪ Operationele regionale expertgroep rond benzodiazepinen ▪ Kennisuitwisseling tussen zorgverleners uit de gehele farmacoketen ▪ Regionale richtlijn voor rationeel (eerste) voorschrijven van benzodiazepinen ▪ Voor zorgverleners beschikbaar zijn van de interventie instrumenten: GPVB, stopbrief ▪ Draagvlak onder beroepsgroepen voor richtlijn en interventie instrumenten
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: huisartsen, openbaar apothekers 2 ^e lijn: specialisten (in uitvoering niet betrokken!), ziekenhuisapothekers 3 ^e lijn: zelfstandig gevestigd en GGZ psychiaters
Rol patiënt	Via het GPVB kan de patiënt zelf zijn/haar geneesmiddelgebruik managen via het internet; niet betrokken bij opzet project
Doelgroep	Chronisch benzodiazepinegebruikers
Eindevaluatie	
Projectverloop	De richtlijn is opgesteld door de opgezette expertgroep. De implementatie van de richtlijn samen met instrument GPVB, de stopbrief en eerste en tweede uitgifte informatieverstrekking is grotendeels voltooid: verspreid onder zorgverleners, pilot onder FTO groepen, regionale nascholingsbijeenkomst, uitrol bij nieuwe FTO groepen. De informatieverstrekking aan de patiënt over het GPVB instrument heeft nog niet plaatsgevonden.
Werkwijze in praktijk	FTO pilot: apothekers leveren huisarts lijst met (nieuw) chronisch benzodiazepinegebruikers. Huisartsen beoordelen welke patiënten ze doorverwijzen naar de website www.stoppenmetpillen.nl (via verwijsbrief)
Gebruikte effectmaten	(i) % benzodiazepinevoorschriften van alle voorschriften van de huisarts, (ii) % DDD's benzodiazepines van DDD's van alle voorschriften van de huisarts, (iii) aantal 1 ^e benzodiazepinevoorschriften, (iv) % nieuwe chronisch benzodiazepinegebruikers en (v) % chronische benzodiazepine gebruikers
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	Er is transmurale samenwerking rond geneesmiddelveiligheid op gebied van psychofarmaca. De verbinding tussen de eerste en tweede lijn is versterkt door: het consulentenschap van psychiaters in FTO-structuren en door het aanspreken van extra disciplines op het symposium zijn verpleeghuisartsen enthousiast gemaakt voor vervolgvactiteiten. Tevens is perspectief ontstaan om het project uit te breiden naar de somatisch specialisten.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	(i) daling van 7,3% naar 6,7% binnen deelnemende FTO groepen; (ii) daling van 2,9 naar 2,7, maar verschilt niet van landelijke daling; (iii) daling van 1871 naar 1522 = 18,6%; (iv) daling van 7,6% naar 3,4%; (v) marginale daling van 33,7 naar 32,7%, is lager dan landelijke daling
Toekomstevaluatie	Het project is gestopt omdat er geen financiering was. De producten zijn wel beschikbaar.

Project	PharmQuest
Locatie	LUMC – afd. Psychiatrie en Public Health & Eerstelijngeneeskunde
Soort project	FTTO
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Begeleiding door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en monitoring van het behandelresultaat bij patiënten die starten met antidepressiva door middel van een webbased applicatie (QuestManager, ROM), in samenhang met het project PrimQuest
Doelstelling	Verbetering van de effectiviteit en doelmatigheid van behandeling met antidepressiva in de huisartspraktijk
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	Afname van symptomen/klachten bij patiënten volgens de totaalscore op de BSI
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: huisarts 2 ^e lijn: LUMC, alleen bij opzet project 3 ^e lijn: SPV van GGZ
Rol patiënt	Betrokken bij uitvoering project (invullen ROM internet); niet betrokken bij opzet project
Doelgroep	Alle patiënten waarbij de huisarts een antidepressivum introduceert
Eindevaluatie	
Projectverloop	Er hebben 5 huisartsen deelgenomen. Zij hebben patiënten die een eerste voorschrift voor antidepressiva kregen extra begeleiding door de SPV aangeboden. Gerandomiseerde opzet is vervallen omdat Commissie Medische Ethiek procedure tijdrovend bleek.
Werkwijze in praktijk	De huisarts verwijst een patiënt door naar SPV. De SPV doet een uitgangsmeting en houdt vervolgsconsulten en vervolgmetingen. Hierover wordt feedback gegeven aan de huisarts. Eventueel wordt een GGZ psychiater geconsulteerd.
Gebruikte effectmaten	(i) Daling in klachten gemeten met behulp van BSI vragenlijst en (ii) psychiatrisch interview (MINI)
Effectiviteit FKO (niveauverandering ketenontwikkeling)	Het overkoepelende project PrimQuest lijkt de farmacoketenzorg wel te bevorderen (relatie SPV – huisarts – 2 ^e lijn). Dit specifieke project, PharmQuest, draagt daar niet extra aan bij.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	De aantalen waren te klein voor een effectmeting. Er zijn 9 patiënten naar de SPV doorverwezen en hiervan hebben slechts 5 het antidepressivagebruik voortgezet met begeleiding van de SPV.
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	Huisartsen kunnen gebruik blijven maken van deze toepassing, want het is geïntegreerd in de huidige zorg. Maar de doelgroep voor dit project lijkt erg klein.

Project	Ontwikkelen en implementeren FTTO afspraken Polyfarmacie
Locatie	Regio Nieuwe Waterweg Noord – Transmuraal Geneesmiddelen Centrum
Soort project	FTTO
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Het ontwikkelen en implementeren van FTTO afspraken Polyfarmacie in de regio Nieuwe Waterweg Noord
Doelstelling	Het verminderen van ongewenste polyfarmacie bij patiënten in verpleeg- en verzorgingstehuizen
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbeterde kwaliteit van medicatie ▪ Verbeterde (transmurale) afspraken met betrekking tot constatering en afhandeling polyfarmacie ▪ Daling van geneesmiddelgebruik en daarmee kostenbesparing ▪ In kaart brengen hoe groot het polyfarmacieprobleem is en hoeveel % wordt aangepast ▪ Werkwijze beschikbaar stellen aan regio ▪ De vraag beantwoorden of er een polikliniek polyfarmacie moest worden opgezet in het ziekenhuis
Betrokken zorgverleners	<p>1^e lijn: huisartsen, openbaar apothekers</p> <p>2^e lijn: specialisten, ziekenhuisapothekers</p> <p>3^e lijn: verpleeghuisartsen, geriater</p>
Rol patiënt	Het plan is dat patiënten informatie krijgen over project en dan zelf kunnen aangeven of ze hun medicatie willen laten beoordelen (dit in praktijk niet meer uitgevoerd); niet betrokken bij opzet project
Doelgroep	Bewoners van verpleeg- en verzorgingstehuizen die aan polyfarmaciedefinitie (≥ 5 geneesmiddelen) voldoen
Eindevaluatie	
Projectverloop	Er is een expertpanel geworven dat heeft opgeleverd: een scoringslijst en werkwijze FTTO polyfarmacie. Vervolgens zijn 2 pilots uitgevoerd. Regiobrede uitrol heeft nog niet plaatsgevonden. Er heeft wel nascholing aan huisartsen en openbare apothekers plaatsgevonden
Werkwijze in praktijk	De openbaar apotheker (verzorgingshuis) danwel ziekenhuisapotheker (verpleeghuis) selecteert patiënten. Hiervan worden de medicatieprofielen gescreend en eventueel aangepast door ofwel koppel van openbare apotheker en huisarts ofwel ziekenhuisapotheker en verpleeghuisarts. Bij twijfel wordt dit voorgelegd aan het expertpanel.
Gebruikte effectmaten	(i) gemiddeld aantal geneesmiddelen per patiënt vóór en na interventie, (ii) aantal wijzigingen in medicatie en (iii) kostenbesparing
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	FKO was al hoog door aanwezigheid Transmuraal Geneesmiddelen Centrum. Nu polikliniek Polyfarmacie gestart voor 1 ^e lijn. Ook is de scoringslijst Polyfarmacie beschikbaar.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	Het betreft 164 patiënten met gemiddeld 8,8 geneesmiddelen. Gemiddeld worden 2,5 problemen per patiënt gevonden. In 51% behoeft dit geen actie, in 14% vindt controle of overleg plaats en in 31% wordt de medicatie gewijzigd (staken, toevoegen, vervangen of dosering aanpassen). Er wordt 54 keer wordt een geneesmiddel gestaakt.
Bijzonderheden	Tijdrovend, ofwel honorering voor screening ofwel betere koppeling gegevens zouden project, voornamelijk voor 1 ^e lijn, beter werkbaar te maken
Toekomstevaluatie	Idealiter vindt bij elke patiënt met verhoogd risico op geneesmiddelgerelateerde problemen proactief interventie plaats. Hiervoor is tijd en financiering nodig.

Overige projecten

Project	Het veilig stellen van medicatie voor kinderen bij ontslag uit ziekenhuis
Locatie	WINAp en ErasmusMC, Sophia – regio Rotterdam
Soort project	Anders
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Optimaliseren en standaardiseren van apotheekbereidingen voor kinderen
Doelstelling	Het veilig stellen van medicatie voor kinderen bij ontslag uit kinderziekenhuis
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Standaardisatie en beschikbaar stellen van aantal in de (ziekenhuis)apotheken te bereiden kindergeneesmiddelen en opname hiervan in G-standaard, het Farmacotherapeutisch kompas ▪ Implementatie hiervan in tenminste regio Rotterdam ▪ Verkrijgen van indruk over bruikbaarheid in de praktijk van de LNA-procedures Vast/vloeibaar
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: openbare apotheker (via bestaande structuur, niet extra voor dit project) 2 ^e lijn: ziekenhuisapotheker, specialist overig: KNMP, LNA
Rol patiënt	Beperkt: interview met ouders bij projectopzet, niet bij effectevaluatie
Doelgroep	In principe alle kinderen die een van de te optimaliseren apotheekbereidingen ontvangen
Eindevaluatie	
Projectverloop	De te onderzoeken farmaca zijn gaandeweg aangepast. Er zijn 5 gestandaardiseerde bereidingsvoorschriften ontwikkeld, waarvan 3 gepubliceerd en in gebruik. Voor aanpassing van 4 handelspreparaten is een LNA-mededeling gepubliceerd. De effectmeting zoals gepland is niet uitgevoerd. Wel zijn voorschrijfgegevens van de openbare apotheek geevalueerd voor de 3 gepubliceerde bereidingsvoorschriften
Werkwijze in praktijk	De bereidingsvoorschriften zijn ontwikkeld en gepubliceerd volgens normale proces binnen LNA en ErasmusMC
Gebruikte effectmaten	het percentage afgeleverde furosemidedrank dat volgens FNA voorschrift is bereid
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	De projectresultaten (gestandaardiseerde bereidingsvoorschriften) worden aantoonbaar gebruikt in de apotheek. Dit is echter geen farmacoketenproject. Er wordt niet getracht de overdracht binnen de farmacoketen te verbeteren
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	In september zijn vanuit openbare en ziekenhuisapotheken 115 monsters furosemidedrank ter controle opgevraagd. In 73 gevallen werd het FNA-voorschrift gebruikt
Bijzonderheden	Dit project is zeker erg nuttig, maar past niet direct binnen het FKO programma
Toekomstevaluatie	De FNA-voorschriften en LNA-mededelingen zijn beschikbaar. Het project past goed binnen de standaardwerkzaamheden en men gaat dus verder met soortgelijk werk

Project	“Verbeterslag”
Locatie	Catharina-ziekenhuis Eindhoven – ziekenhuisapotheek
Soort project	Anders
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Vermindering medicatiefouten door een betere medicatiebegeleiding van de patiënt bij opname, tijdens opname en bij ontslag, door middel van periodieke evaluatie van de medicatieketen (Supervised Drug Rounds)
Doelstelling	Onderzoeken of auditing van het geneesmiddeldistributieproces op de verpleegafdeling (Supervised Drug Rounds) door de ziekenhuisapotheek een geschikte methode is om (potentiële) medicatiefouten te detecteren
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	Het project werd als geslaagd beschouwd als het aantal gedetecteerde afwijkingen in de geneesmiddel- en informatievoorziening was afgenomen met 20% en/of tenminste 2 concrete verbeterprojecten waren uitgevoerd als gevolg van knelpunten voortkomend uit dit project
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: openbare apothekers, passief en minimaal (alleen bij opzet allergie-overdracht op ontslagformulier) 2 ^e lijn: apothekersassistent, ziekenhuisapotheeker, verpleging, specialist
Rol patiënt	Niet betrokken bij opzet en uitvoering project (worden wel gezien tijdens de Supervised Drug Rounds)
Doelgroep	In principe alle patiënten in het ziekenhuis, maar voor dit project als pilot op afdeling Inwendige Geneeskunde
Eindevaluatie	
Projectverloop	Het geneesmiddeldistributieproces is op alle afdeling van het CZE in kaart gebracht. Op de afdeling Inwendige Geneeskunde zijn de Supervised Drug Rounds (SDR) uitgevoerd en op basis hiervan verbeterpunten gedefinieerd. Vervolgens zijn 4 interventies uitgevoerd op basis van de gevonden knelpunten en verbeterpunten.
Werkwijze in praktijk	Voor het onderdeel ‘Supervised Drug Rounds’ worden pre- interventie 4 SDR uitgevoerd. Hierbij lopen zowel een apothekersassistent als een ziekenhuisapotheeker mee met het geneesmiddeldistributieproces op de afdeling en houden een audit-checklist bij. Analyse hiervan leidt tot interventies. Postinterventie worden nogmaals 4 SDR uitgevoerd om het effect te meten.
Gebruikte effectmaten	Aantal afwijkingen op de audit-checklist SDR
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	Intern wordt het geneesmiddeldistributieproces verbeterd, maar dit is geen FKO. Echter, een van de interventies betrof een verbetering van de Medicatie Verantwoordingslijst, die ook als ontslagrecept naar de openbare apotheek dient. In overleg met de 1 ^e lijn is herkenbaarheid van thuismedicatie, gestopte medicatie, resubstitutie en allergieën verbeterd.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	Significante daling in het aantal afwijkingen op de audit-checklist SDR voornamelijk wat betreft ‘Voor toediening gereed maken’ (van 77 naar 39). Echter, onbekend is onder welke omstandigheden de pre- en post SDR zijn uitgevoerd (drukte afdeling e.d).
Bijzonderheden	
Toekomstevaluatie	

Project	Transmurale richtlijn decubitus
Locatie	Amsterdam – Thuiszorg Amsterdam (begeleid door Stichting 1 ^e lijn Amsterdam)
Soort project	Anders
Projectsamenvatting	
Projectomschrijving	Het ontwikkelen en implementeren van een transmurale richtlijn decubitus
Doelstelling	Verhoging van de kwaliteit van wondbehandeling tegen gelijkblijvende of afnemende kosten en bevordering van de samenwerking en communicatie tussen zorgaanbieders, met focus op decubitus
Op te leveren producten (beoogde resultaten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regionale decubituscommissies ▪ Richtlijn voor nieuwe zorg decubitus wondbehandeling en daarmee kwaliteitsverbetering
Betrokken zorgverleners	1 ^e lijn: huisartsen, openbaar apothekers, wijkverpleegkundigen 2 ^e lijn: wondverpleegkundigen 3 ^e lijn: verpleegkundigen
Rol patiënt	Niet betrokken
Doelgroep	Patiënten met decubitus, meetplan alleen gericht op patiënten in thuiszorg
Eindevaluatie	
Projectverloop	Er zijn regionale wondbehandelingsteams en een stedelijke coördinatiegroep opgezet. Er is een evidence based en breed gedragen protocollaire werkwijze met betrekking tot wondbehandeling in 1 ^e , 2 ^e en 3 ^e lijn ontwikkeld. Hier is in 2 pilotregio's mee gestart. Deze is echter nog niet volledig geïmplementeerd binnen Amsterdam Thuiszorg. Wel is een wondoverdrachtformulier beschikbaar gekomen.
Werkwijze in praktijk	De richtlijn is ontwikkeld, werkwijze staat daarin beschreven. Voor de meting moeten patiënten binnen Amsterdam Thuiszorg met alleen decubituswonden gemeld worden aan de coördinerend verpleegkundige. De patiënt wordt om informed consent gevraagd en het apotheekoverzicht betreffende wondverbandmiddelen wordt opgevraagd.
Gebruikte effectmaten	Type hulpmiddelen en overige behandelmethoden specifiek voor decubitus; en de aantallen, duur en kosten van deze middelen.
Effectiviteit FKO (niveauperandering ketenontwikkeling)	Vanwege opzetten transmurale richtlijn, wondoverdrachtformulier, samenstelling stedelijke coördinatiegroep en regionale wondbehandelingsteams zeker een ketenontwikkelingsproject, echter geen farmacoketen.
Effectiviteit doelmatigheid geneesmiddelgebruik	Geen effectmeting uitgevoerd vanwege het kleine aantal patiënten, niet gericht op geneesmiddelen.
Bijzonderheden	Dit project is sterk gericht op ketenontwikkeling. Het geneesmiddelaspect is echter nauwelijks aanwezig.
Toekomstevaluatie	Het wondoverdrachtformulier wordt gebruikt. Er is vervolgsubsidie van de zorgverzekeraar beschikbaar maar hier is Amsterdam Thuiszorg, vanwege reorganisaties, nog niet mee aan de slag. Wel staat dit onderwerp nu weer op de agenda.

Bijlage 3: Beoordelingsformulier projecten FKO programma

Volgorde van aanpak:

1. De sterkte-zwakte analyse uit voeren.
2. Projectbreed de geplande opzet kort vergelijken met de gerealiseerde opzet.
3. De effectiviteit op het gebied van doelmatigheid van geneesmiddelgebruik en FKO bepalen.
4. De toekomstplannen en mogelijkheden in kaart brengen.

Sterkte-Zwakte analyse

Zoals hierboven beschreven wordt zowel de projectopzet als het daadwerkelijke proces beoordeeld op de 3 items (I) projectopzet (II) setting en (III) afstemming.

Vervolgens is er nog een onderscheid in 4 domeinen gemaakt, namelijk:

- A. Communicatie en samenwerking
- B. Randvoorwaarden / Infrastructuur
- C. Basis project
- D. Projectinhoudelijk

Waarin dan per domein weer een aantal criteria zijn geformuleerd, die worden gescoord.

De criteria binnen de eerste drie domeinen worden als volgt gescoord:

- + = het project voldoet aan dit criterium
- +/- = het project voldoet slechts ten dele aan dit criterium
- = het project voldoet niet aan dit criterium
- ? = uit de beschikbare informatie kan niet opgemaakt worden of het project voldoet aan dit criterium; dit wordt nagevraagd bij het interview
Let op! Als het criterium wel te scoren is, maar je toch denk dat er informatie ontbreekt, dan naast de score ook een ? noteren.

De criteria binnen het 4^e domein (projectinhoudelijk) worden iets anders gescoord:

- Er is geen item 'Setting' aanwezig, aangezien dit niet van toepassing is op de projectinhoudelijke items
- De items onder 'Projectopzet' zijn voor de projectevaluatie niet te beoordelen op goed of fout (van + tot -) aangezien een project met bijvoorbeeld meerdere deelprojecten niet per definitie beter of slechter is dan een project zonder deelprojecten. Het is toch van belang deze items mee te nemen in de analyse omdat deze items wel een duidelijke sterkte of zwakte van het project kunnen blijken bij de procesevaluatie (het zou bijv. kunnen blijken dat projecten met meerdere deelprojecten in praktijk minder goed lopen).
- Scoring items onder 'Projectopzet' voor de projectevaluatie: alleen in kaart brengen van het item (bijv. Ja, er wordt een direct zichtbaar effect beoogd; er nemen 3 partijen actief deel; het project bestaat uit 3 deelprojecten).
- Scoring items onder 'Afstemming' en de procesevaluatie van de items onder 'Projectopzet: conform bovenstaande ++ tot - en ? scores

G = gepland (projectevaluatie), P = praktijk (procesevaluatie)

Projectopzet		G	P	Setting	G	P	Afstemming	G	P
A. Communicatie en Samenwerking	Informatie en communicatieplan waarin is vastgelegd: <ul style="list-style-type: none"> ○ Betrokkenheid partijen project (actief, management en uitvoerend niveau, tijdstip) ○ De overlegvormen en overlegmomenten ○ De informatieverstrekking (vorm en momenten) ○ Tussentijdse evaluatie (met o.a. wanneer en wat geëvalueerd wordt) 			Draagvlak Mate waarin er al samenwerking/overleg was tussen de partijen betrokken bij het initiatief vóór start van het project <ul style="list-style-type: none"> ○ Er bestaan al goed functionerende samenwerkingsverbanden of overlegstructuren m.b.t. voorschrijven en distributie van genesmiddelen ○ Er bestaan al concrete afspraken op het gebied waarop het project gaat opereren ○ Op andere terreinen wordt er al goed met elkaar samengewerkt of zijn afspraken gemaakt ○ Anders, namelijk... 			Draagvlak Mate waarin actief getracht is het draagvlak te creëren dan wel vergroten, denk aan (1 ^e 5 items off/of): <ul style="list-style-type: none"> ○ Het project is gebaseerd op een vraag van (een van) de betrokken partijen ○ Er is vóór start gezocht naar gemeenschappelijk belang ○ De verwachte meerwaarde voor de partijen wordt actief uitgedragen ○ Zo nodig wordt het project op basis van de tussenevaluatie bijgestuurd ○ Het project is bedacht vanuit de kant/lijn waar ook het grootste deel van de werkzaamheden moet plaatsvinden 		
	Meerwaarde De verwachte meerwaarde voor de betrokken partijen wordt aantoonbaar gemaakt							én <ul style="list-style-type: none"> ○ Het betreft geen contro-versieel onderwerp (bijv. politheek) ○ Het project leidt niet tot concurrentiegevoel wat betreft werkzaamheden 	
Afspraken Er zijn duidelijke afspraken gemaakt met alle betrokken partijen over wie verantwoordelijk is voor welke activiteiten, op: <ul style="list-style-type: none"> ○ Projectontwikkelingsniveau ○ Uitvoerend niveau 									

	Projectopzet	G	P	Setting	G	P	Afstemming	G	P
B. Randvoorwaarden / Infrastructuur	<p>Personeel Het project brengt geen substantiële verhoging van de werkzaamheden met zich mee óf Een substantiële verhoging van de werkzaamheden treedt alleen op bij de 1^e opzet en evaluatie van het project maar zijn na de daadwerkelijke implementatie niet meer aan de orde-</p> <p>Automatisering Er worden geen specifieke systemen gebruikt (bijvoorbeeld OZIS koppeling, EVS) óf Gebruik van deze systemen is niet essentieel voor de doelstelling van het project (de informatie overdracht kan bijv. ook via de fax)</p> <p>Materialen Er is geen speciale ruimte (privacy gesprekken) of bepaalde apparatuur (uitgezonderd automatiseringssitens) nodig</p>			<p>Personeel Er is geen sprake van een onderbezetting van de partijen o die de daadwerkelijke werkzaamheden moeten uitvoeren o die niet direct uitbreiding van de werkzaamheden ondervinden, maar wel met het project in aanraking komen</p> <p>Automatisering Voor aanpassingen aan / ontwikkeling van bepaalde systemen is men niet afhankelijk van externe factoren (toestemmingen informatie overdracht, software leveranciers)</p>			<p>Personeel Er is voldoende formatie voor uitvoering van het project óf nieuw personeel aantrekken is eenvoudig realiseerbaar en indien van toepassing: er is bij verdeling van de werkzaamheden rekening gehouden met de mate waarin wisselingen in personeel optreden</p> <p>Automatisering De gebruikte systemen zijn geschikt voor het project + er is geen toegang nodig tot voorheen niet beschikbare informatie + de beschikbare informatie is geschikt voor de doelstellingen óf Er is vóór start van het project overlegd met de betrokken partijen of en hoe de benodigde systemen en/of informatie te verkrijgen zijn</p> <p>Materialen Er zijn al afspraken gemaakt voor de realisatie van de benodigde materialen</p>		

	Projectopzet	G	P	Setting	G	P	Afstemming	G	P
C. Basis project	<p>Insteek Het project is gebaseerd op (of/of):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> een eerder uitgevoerd succesvol gebleken project <input type="radio"/> een pilot <input type="radio"/> een in onderzoek naar boven gekomen probleem in de farmacoketen <p>Kwaliteit</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> De werkwijze van het project is in protocollen of een werkboek bevat <p>of</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> De nieuwe procedures/producten zijn opgenomen in het kwaliteitssysteem <p>en</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Er is een meetplan voorhanden <input type="radio"/> Er wordt gebruik gemaakt van al ontwikkelde tools, protocollen en instrumenten <p>Meten is weten</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> De doelstellingen zijn helder gedefinieerd <input type="radio"/> De doelstellingen zijn correct geoperationaliseerd in het meetplan <input type="radio"/> Doelstelling – te meten – conclusies komen overeen <input type="radio"/> Alle projectdoelen worden gemeten <input type="radio"/> Het project wordt op die manier uitgevoerd waarop het bij doorstart in de praktijk ook zou worden uitgevoerd 			<p>Insteek</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> De bestaande structuren (wat betreft ASP danwel FTTO overleg) zijn al volledig ontwikkeld óf <input type="radio"/> Het lokaal klimaat voor vernieuwingsprojecten is goed <p>Kwaliteit</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Het lokaal onderzoeksklimaat is goed ontwikkeld 			<p>Insteek Het project borduurt voort op een bestaande structuur of bestaand project voor dit onderwerp</p> <p>Timing Er lopen geen andere projecten met overlap van betrokkenen en er vinden geen reorganisaties plaats</p> <p>óf</p> <p>Er is vóór start van het project voldoende geanticipeerd op project-overlap dan wel reorganisaties</p> <p>Kwaliteit / management</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> De projectleider heeft ervaring met het opzetten en evalueren van dit soort projecten. <input type="radio"/> Het projectteam is gewend projectmatig te werken <input type="radio"/> De projectleider is juist gekozen <input type="radio"/> Het project (start en dagelijkse gang van zaken) is niet afhankelijk van één persoon 		

Criteria	Projectopzet	G P	Afstemming	G P
D. Project-inhoudelijk	<p>Uitkomsten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Er wordt een zichtbaar effect op de doelmatigheid van geneesmiddelgebruik beoogd ○ De eerste effecten kunnen verwacht worden binnen de termijn van ... <p>Partijen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Er nemen ... lijnen actief deel ○ Er nemen ... lijnen passief deel ○ Binnen een lijn nemen de volgende partijen actief deel: ... ○ Binnen een lijn nemen de volgende partijen passief deel: ... <p>Doelgroepen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Het project richt zich op een specifieke patiëntenpopulatie ○ De patiënten zijn actief betrokken bij het project <p>Zo ja, dan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De doelgroep is goed te bereiken? ○ De mogelijkheid tot uitval is niet aanwezig of minimaal <p>Projectonderdelen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Het project bestaat uit ... deelprojecten ○ Er zitten ... fases in het project die pas uitgevoerd kunnen worden na succesvol afronden van een ander deelproject <p>Informatieranstappen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Er zijn ... transferstappen van informatie tussen de verschillende partijen ... van deze transferstappen zijn overlegmomenten <p>Werkwijze</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Er wordt ingegrepen op bestaande werkwijzes of er worden nieuwe werkwijzes geïntroduceerd ○ Het betreft ... werkwijzes ○ Het betreft veranderingen bij ... partijen (en bij welke partijen? Specialististen versus apothekersassistenten etc.) ○ Het gaat hierbij om een uniforme verandering? 		<p>Uitkomsten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Er wordt naar alle partijen toe gecommuniceerd op welke termijn de 1^e effecten van het project verwacht kunnen worden ○ De effecten van het project worden naar alle partijen toe gecommuniceerd. <p>Partijen: Alle betrokken partijen zijn vertegenwoordigd in de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ stuurgroep (beslis orgaan) ++ ○ werkgroep (uitvoerend orgaan) + ○ klankbordgroep (adviserend orgaan) +/- 	
			<p>Projectonderdelen Indien er meerdere deelprojecten zijn, worden deze stapsgewijs geïmplementeerd</p>	
			<p>Werkwijze</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De veranderingen in de werkwijze zijn met gemak in de standaard werkwijze te verankeren ○ Er hoeven hiervoor geen bestaande structuren te worden afgebroken en vervangen ○ Er hoeven slechts een beperkt aantal bestaande structuren en processen te worden uitgebreid 	

	<p>Planning werkzaamheden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De werkzaamheden ten behoeve van het project zijn in te plannen op geschikte tijden (niet ad hoc) ○ De werkzaamheden ten behoeve van het project kunnen bij de al bestaande dagelijkse werkzaamheden worden ingepast <p>Vaardigheden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Er hoeven geen nieuwe vaardigheden/taken te worden aan-geleerd ○ Of indien wel <ul style="list-style-type: none"> ○ Bij ... partijen ○ De aan te leren nieuwe vaardigheden zijn duidelijk vermeld ○ De aan te leren nieuwe vaardigheden zijn het gevolg van <ul style="list-style-type: none"> ○ een verschuiving van werkzaamheden van de ene naar de andere partij ○ het ontstaan van nieuwe werkzaamheden 	<p>Vaardigheden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aan te leren nieuwe vaardigheden: is reëel/haalbaar ○ Er is evt. bijscholing / training beschikbaar ○ Als bijscholing nodig is, is er wel voor gezorgd dat de continuïteit van het project gewaarborgd is op korte termijn
--	--	---

Hoe is het project gelopen? Vergelijking van geplande opzet met gerealiseerde opzet

Zijn de doelstellingen tussentijds naar beneden bijgesteld?	
Is er is gemeten volgens het meetplan? Of is dit tussentijds aangepast? Zijn er elementen vervallen?	
Tot welke fase is het project afgerond / welke tussenliggende doelen zijn bereikt (hoofddoelen worden beoordeeld in de effectevaluatie)	
In hoeverre zijn de beoogde producten opgeleverd?	
Zijn er activiteiten/producten toegevoegd?	

Effectiviteit:

Heeft het project geleidt tot een verbeterde farmacoketenontwikkeling en doelmatigheid van geneesmiddelgebruik?

Farmacoketenontwikkeling

Mate waarin het niveau van de farmacoketenontwikkeling verbeterd is:

Type project	Het voormalige niveau van farmacoketenontwikkeling	Het huidige niveau van farmacoketenontwikkeling	Classificatie effect^a

Toelichtingkader (licht kort toe welke criteria ter bepaling van het niveau van de farmacoketenontwikkeling veranderd zijn):

--

Als criteria o.a.:

- In welke mate zijn er nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan of zijn bestaande samenwerkingsverbanden verbeterd
- In welke mate zijn de processen in de farmacoketen meer gestroomlijnd dan voorheen (hoe is dat gemeten?)
- In welke mate heeft het project geleid tot impuls/plan nieuwe projecten of uitbreiden farmacoketen (bijv. meerdere ziekenhuizen, zie project 2)

Doelmatigheid van geneesmiddelgebruik

Hoofdeffecten: → Gekoppeld aan type project en / of doel van het project

Type activiteit*	Effecten: (korte en bondige beschrijving)	Classificatie effect ^b	Kwaliteit onderzoeksmethode ^c	Kwaliteit effectmaat ^d	Relevantie effectmaat ^e

* Bijvoorbeeld: opname- en ontslaggesprekken, opzetten FTTO, ontwikkelen richtlijn, implementeren richtlijn

Neveneffecten: → Effecten / factoren van het project die niet als (hoofd)doel zijn benoemd in het projectplan, maar die wel bijdragen aan het succes van het project

Type activiteit	Effecten: (korte en bondige beschrijving)	Classificatie effect ^b	Kwaliteit onderzoeksmethode ^c	Kwaliteit effectmaat ^d	Relevantie effectmaat ^e

a Classificatie effect op niveau van farmacoketenontwikkeling:

Zeer positief: ++

Een stijging in farmacoketenontwikkeling van 2 niveaus of meer

Positief: +

Een stijging in farmacoketenontwikkeling van 1 niveau

Neutraal: +/-

Geen effect op de farmacoketenontwikkeling

Negatief: -

Een daling in de farmacoketenontwikkeling van 1 niveau

Zeer negatief: --

Een daling in de farmacoketenontwikkeling van 2 niveaus of meer

Onbekend: (?)

Onbekend / Subcriteria niet gemeten

b Classificatie effect op doelmatigheid van geneesmiddelgebruik:

Zeer positief: ++

Een significant positief effect

Positief: +

Een positief effect, maar niet significant

Neutraal: +/-

Geen effect

Negatief: -

Een negatief effect, maar niet significant

Zeer negatief: --

Een significant negatief effect

Onbekend: (?)

Onbekend / Subcriteria niet gemeten

Lange termijn:

Van een aantal projecten kan geen korte termijn effect op de doelmatigheid van geneesmiddelgebruik worden verwacht. Omdat deze projecten niet per definitie minder effectief zijn op de lange termijn wordt hier als score ingevuld (? De gemiddelde score van de overige projecten?)

c Kwaliteit onderzoeksmethode

Zeer positief: ++

Indien de methode voldoet aan hoofdcriterium 1 óf 2 inclusief de bijbehorende subcriteria én aan criterium 3 en 4

Positief: +

Indien de methode voldoet aan hoofdcriterium 1 óf 2

Neutraal: +/-

1. Alleen effectmeting aan het einde van het project: Interviews deelnemers, interviews professionals, deelnemerstevredenheid onderzoek.
2. Procesevaluatie

Negatief: -

Geen effectonderzoek

Onbekend: (?)

Onbekend / Subcriteria niet gemeten

Criteria:

5. Experimenteel onderzoek: het onderzoek is opgezet als een experiment, dus met een interventie en controle groep (andere interventie of geen interventie)?
 - + de controle groep is correct gekozen
 - + de aantallen (patiënten) in de interventie en controlegroep zijn groot genoeg om conclusies te kunnen trekken
6. Veranderingsonderzoek (0- meting 1-meting): Er wordt een meting voorafgaand en aan het eind van het project gedaan om te kijken wat het effect van het project is. Er is hier geen controle conditie aanwezig.
 - + de aantallen (patiënten) in de 0-meting en 1-meting zijn groot genoeg om conclusies te kunnen trekken
 - + de nulmeting is tijdig uitgevoerd
7. Het project wordt op die manier uitgevoerd waarop het bij doorstart in de praktijk ook zou worden uitgevoerd
8. Indien van toepassing: er is nagegaan of de resultaten mogelijk beïnvloed zijn door selectieve uitval van potentiële deelnemers, of de groep representatief is (hierbij ook: steekproef of alle patiënten?)

d Kwaliteit effectmaat

Zeer positief: ++

Indien aan alle criteria voldaan is

Positief: +

Indien aan 3 van de 6 criteria wordt voldaan, waaronder iig criterium 1 en 2

Neutraal: +/-

Indien aan criterium 1 en 2 wordt voldaan

Negatief: -

Indien niet aan criterium 1 en 2 wordt voldaan

Zeer negatief: --

Indien aan geen van de 6 criteria wordt voldaan

Onbekend: (?)

Onbekend / Subcriteria niet gemeten

Criteria:

7. Het is duidelijk *wat* gemeten wordt en *hoe* gemeten wordt (en dat dit een juiste uitwerking is)
8. Er een duidelijk meetplan opgesteld
9. De meetdoelen in de aanvraag, tussenevaluatie en eindevaluatie zijn gelijk óf het is goed uitgelegd waarom is afgeweken
10. Er is aangegeven na hoeveel tijd effecten verwacht kunnen worden en dus gemeten gaan worden
11. Het verzamelen van de gegevens is uitgevoerd conform het meetplan
12. Het is duidelijk beschreven hoe de resultaten geanalyseerd worden/zijn en hierin zijn de juiste groepen met elkaar vergeleken

e Relevantie effectmaat: hoe veelzeggend is de gemeten effectmaat over doelmatigheid van geneesmiddelgebruik

Zeer positief: ++

De uitkomstmaat kan beantwoorden of de doelstelling van het project gehaald is (de meting is een valide indicator voor het doel), er is gemeten:

1. Direct veiligheidsaspect, zoals aantal medicatiefouten, toegenomen % voorschrijven volgens richtlijnen.

of

2. Gevolgen bij patiënt, zoals geneesmiddelveroorzaakte ziekenhuisopnames.

Positief: +

Aspect gemeten dat direct in causale weg van medicatiefouten ligt, zoals aantal keer dat arts gebeld moet worden over onduidelijkheid van recepten.

Neutraal: +/-

Aspect gemeten waarvan het aannemelijk is dat het te maken heeft met doelmatigheid van geneesmiddelgebruik,

Negatief: -

Aspect gemeten dat naar alle waarschijnlijkheid niet gerelateerd is aan doelmatigheid van geneesmiddelgebruik.

In theorie effectief: Legitimering project / methode:

1. Is het project / de methode theoretisch onderbouwd (evidence based)?

Positief: +

Het project is gebaseerd op Nederlands en / of buitenlands wetenschappelijk onderzoek waarin hetzelfde of een soortgelijk project en / of onderdelen van het project worden onderzocht
of

Het project is gebaseerd op een probleem goed beschreven in de wetenschappelijke literatuur, maar de manier om dit probleem aan te pakken is nieuw

Neutraal: +/-

Het project is gebaseerd op een theorie, die niet getoetst is in een wetenschappelijk onderzoek.

Negatief: -

Er is geen theoretische onderbouwing.

Onbekend: (?)

Onbekend / Subcriteria niet gemeten

Score vraag 1:

Toelichting vraag 1:

2. Is het project gebaseerd op eerdere ervaringen van andere projecten (practice based)?

Positief: +

Het project is gebaseerd op minimaal 1 pilot of vergelijkbaar project (intern danwel extern).

Neutraal: +/-

Het project is gebaseerd op ervaring / initiatief van professionals.

Negatief: -

Het project is niet gebaseerd op eerdere pilots of ervaring/ initiatief van professionals

Onbekend: (?)

Onbekend / Subcriteria niet gemeten

Score vraag 2:

Toelichting vraag 2:

Totaalbeoordeling Effectiviteit:

Totaalbeoordeling:

Toelichting totaalbeoordeling:

Scoren:

++ = het effect op de FKO is ++

én

voor minimaal 1 van de hoofdeffecten w.b. doelmatigheid van geneesmiddelgebruik zijn alle scores ++

+ = het effect op de FKO is +

én

voor minimaal 1 van de hoofdeffecten w.b. doelmatigheid van geneesmiddelgebruik zijn alle scores +

+/- = het effect op de FKO is +

of

voor minimaal 1 van de hoofdeffecten w.b. doelmatigheid van geneesmiddelgebruik zijn alle scores +

- = geen + scores, zowel voor FKO als de hoofdeffecten w.b. doelmatigheid van geneesmiddelgebruik

-- = het effect op de FKO is -

en

de hoofdeffecten w.b. doelmatigheid van geneesmiddelgebruik zijn -

? = uit de beschikbare informatie kan niet opgemaakt worden of het project effectief is

Subjectieve beoordeling effectiviteit in praktijk:

Toekomstevaluatie: Wat is het vervolg?

Wat is de huidige status van het project? (Stopgezet / Loopt onveranderd door / Uitgebreid)	
Is men van plan de effectiviteit van het project te evalueren, zowel korte termijn (indien nog niet gebeurd) als lange termijn? Zo ja, is hier een plan van aanpak voor?	
In welke mate is nagedacht over waarborging van de continuïteit van het project op de lange termijn?	
Financiële middelen <input type="checkbox"/> Wordt er vervolgfianciering geregeld? <input type="checkbox"/> Is zorgverzekeraar bereid te betalen?	
Wat is de extrapoleerbaarheid van het project naar andere settings (betreft het een heel specifieke locatie / doelgroep / afdeling / setting)?	
Van welke onderdelen (op basis van de SWOT) wordt verwacht dat ze de uitrol kunnen bevorderen dan wel belemmeren?	

Bijlage 4: Algemene vragenlijst interviews

Introductie:

Vanuit het NIVEL zijn we op het moment het FKO programma van VWS aan het evalueren. Een belangrijk onderdeel hiervan is de vergelijking van projecten op bepaalde criteria.

Het interview is voornamelijk bedoeld om missende informatie w.b. deze criteria te achterhalen. Daarnaast willen we de eigen ervaringen, het verloop na de eindevaluatie en de toekomstvisie in beeld krijgen.

Om het gesprek in de juiste context te kunnen plaatsen wil ik eerst kort de basis van het project bespreken. Een aantal van deze zaken zijn ook terug te vinden in de schriftelijke rapportages. Toch is het prettig deze nog een keer kort door te spreken en direct van u te horen.

1. Gegevens geïnterviewde

Naam:

Huidige functie:

Functie ten tijden van het project:

Organisatie:

Telefoonnummer:

Email:

2. Basis project (dit onderdeel al zelf invullen op basis van de beschikbare informatie en alleen verifiëren)

Naam van het project:

Startdatum:

Door wie is het project geïnitieerd (groep, organisatie, afdeling)?

Wat was het onderwerp van het project?

Was het project een onderdeel van een groter project?

Wat was de belangrijkste doelstelling?

Wat was/waren de hoofdactiviteit(en) die werd/werden uitgevoerd om deze doelstelling te behalen?

Wat waren de beoogde concrete resultaten?

3. Ervaringen project

Wat zijn uw eigen ervaringen met het project?

Intro: In de uitnodiging van VWS voor deelname aan het programma FarmacoKetenOntwikkeling wordt FKO omschreven als 'alle activiteiten die een soepele transfer van de patiënt door de zorgketen op het gebied van medicatie bevorderen'.

In welke mate denkt u dat dit project tot FKO heeft geleid?

Intro: Het doel was niet alleen inzicht te krijgen in de wijze waarop een soepeler transfer door de farmacoketen kan worden bevorderd, maar ook in hoeverre dit bijdraagt aan doelmatig medicijngebruik. Dit is natuurlijk een erg brede term en daarnaast moet rekening worden gehouden met de looptijd van het project.

U hebt in het project dan ook
beoogd.

In hoeverre bent u hier in geslaagd? En in welke mate denkt u dat het project, binnen de reële mogelijkheden, de doelmatigheid van geneesmiddelengebruik heeft bevorderd?

Wat is uw mening over uw project als u het project vergelijkt met andere FKO projecten die u hebt gezien op de FKO bijeenkomsten?

Hoe is de begeleiding door DGV ervaren? Heeft dit meerwaarde en zo ja, welke?

Wat is naar uw idee de rol die (I) de overheid en (II) de zorgverzekeraars zouden moeten vervullen bij de realisatie van dit soort projecten? Op welk soort projecten zouden ze moeten inzetten om structurele verbetering te bewerkstelligen?

4. Status project

Wat is na de eindevaluatie ondernomen om het project voort te zetten en /of verder uit te rollen? Ook wat betreft financiering.

Wat is de huidige status van het project (gestopt, uitgebreid, verspreid naar andere regio's/locaties/afdelingen/ziekenhuizen)?

Indien het project gestopt is, wat is de reden hiervan en wanneer is het project gestopt?

5. Toekomst project

(In de twee vragen hieronder volgen als het goed is de sterke en zwakke punten van het project. Bekijk zelf alvast het essay in de EE en schrijf de daar genoemde punten hier op zodat je direct kunt nagaan of dezelfde punten aan bod komen.)

Wat zou u een volgende keer anders doen?

Wat zou u een volgende keer zeker hetzelfde doen?

Wat is uw toekomstvisie voor het project (opnieuw starten, uitbreiden, verbeteren, stoppen, etc.)?

6. Missende informatie op basis van SWOT:

Effectiviteitsbepaling:

Zijn er na de EE nog nieuwe resultaten beschikbaar gekomen?