

Farma Actueel

Ziekenhuis

Tijdschrift voor ziekenhuis- en poliklinische apothekers

Jaargang 6, Nummer 6, December 2023

NVZA

ZIEKENHUISFARMACIEDAGEN 2023

BINNENSTE
BUITEN

16
&
17



NOVEMBER

ZICHTBARE IMPACT:
weet wat je aan de Ziekenhuisapotheker hebt!

Locatie: Hotel en Congrescentrum Papendal

Een 2-daags congres voor (oud)leden van de NVZA met:

DAG 1

Op **DAG 1** kijken we eerst naar 'buiten' naar de maatschappelijke ontwikkelingen die op ons af komen met betrekking tot het Integraal Zorgakkoord (IZA). De volgende onderwerpen komen hierbij aan bod:

- Welke maatschappelijke ontwikkelingen komen op ons af?
- Welke rol speelt het IZA hierin?
- Beschikbaarheid, betaalbaarheid geneesmiddelen en hier goed zelf op inspelen.
- Passende zorg. Positieve gezondheidszorg.
- Hoe positioneer je jezelf als ziekenhuis-apotheker?

DAG 2

DAG 2 draait om hoe de apotheker aangaande deze veranderingen in the lead kan komen. Met onderwerpen als:

- Wat kunnen ziekenhuisapothekers zelf doen?
- Waar hebben we andere partijen bij nodig? Welke zijn dit dan?
- Hoe zorgen wij voor goede framing om deze partijen in beweging te krijgen?
- Preventie: Hoe zorgen we dat de patiënt het ziekenhuis goed uitgaat?
- Regionale samenwerking
- Wat doen we niet en moeten we wel doen? En wat doen we wel en moeten we niet meer doen?



NU BESCHIKBAAR

Roche

VEGF-A

ANG-2

Ook benieuwd wat Vabysmo kan betekenen voor uw geneesmiddelenbudget?

Met uw input kunnen we de impact voor uw ziekenhuis berekenen en inzichtelijk maken.



SCAN OM UW INTERESSE AAN TE GEVEN

Vabysmo is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met:
 • neovasculaire (natte) leeftijdsgebonden maculadegeneratie (natte LMD)
 • visusverslechtering als gevolg van diabetisch macula-oedeem (DME)

⚠ Dit medicijn staat onder extra toezicht. Dit zorgt ervoor dat we snel nieuwe informatie over de veiligheid van dit medicijn verkrijgen. U kunt hieraan bijdragen door alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via go.roche.nl/bijwerkingen.

Zie voor referenties en verkorte SmPC elders in dit blad.



M-NL-0000185Z

INHOUDSOPGAVE

December 2023

Wouter Bos (Menzis)	Zorg en Gezondheid vanaf 2024	4
Trix van der Vleuten (Versun)	Het merk Ziekenhuisapotheker	5
Margriet Bakker (FMS)	Omgaan met (social) media	5
Anne van Schip, Marieke Aalbers, Marleen ten Berge	Leefstijl	6
Marianne Gries, Willem de Vocht (J&J)	Duurzaamheid	7
Job Eijnsink (Isala)	JongNVZA	8
Afke van der Plas (MUMC)	Dubbelcheck	8
Jan Gerard Maring, Cecile Bekkers	Farmaceutische thuiszorg: mProve	10
Anne-Marie Scheepens, Mina Al Fartousi, Liesbeth v.d. Ven	De patient betrokken	11
Heleen van der Sijs (ErasmusMC)	Klinisch farmaceutisch redeneren	12
Pieter Helmons (St. Jansdal)	Digitalisering en contact	13
Vele sprekers	Zo doen wij het	14

Beste collega's

Voor u ligt de Special Ziekenhuisfarmaciedagen. Vele sprekers hebben toegezegd mee te werken aan deze uitgave, waarvoor dank. Het waren bijzondere dagen, met veel interactie. Lees het eens rustig na.

De volgende editie van FarmaActueel Tijdschrift ontvangt u begin februari met vele interviews en leuke weetjes. Heeft u ook een leuk onderwerp, of wilt u iemand in het zonnetje zetten? Meld het bij info@farmaactueel.nl. Meldt ook uw vacature bij FarmaActueel tegen geringe kosten (€ 100,- ex BTW).

[Dr. Berry van Schaik MBA](#)

Colofon

FarmaActueel Ziekenhuis is bedoeld voor BIG-geregistreerde ziekenhuis- en poliklinische apothekers. De redactieraad is nog in oprichting. Alle informatie en adreswijzigingen bij info@farmaactueel.nl.

Disclaimer

Alle auteursrechten zijn voorbehouden. Niets uit deze uitgave van FarmaActueel Ziekenhuis mag worden overgenomen, in welke vorm dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van FarmaActueel. Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend. FarmaActueel kan niet aansprakelijk worden gesteld voor fouten en onjuistheden, en de gevolgen hiervan.

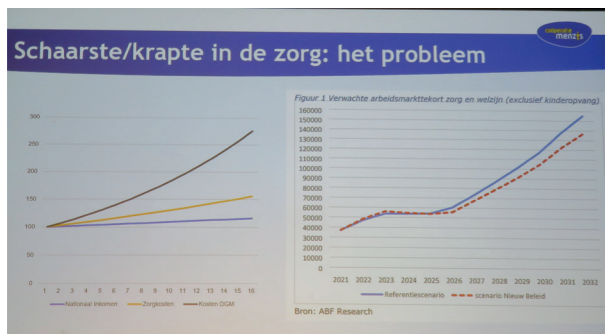
plage en verspreiding

FarmaActueel Ziekenhuis verschijnt 6x per jaar en wordt gratis verspreid aan ruim 700 BIG-geregistreerde apothekers, werkzaam in ziekenhuizen.

Wouter Bos (Menzis): Zorg en Gezondheid vanaf 2024



Bos laat zien dat er altijd een spanning is tussen de verwachting in de zorg en de bereidheid daarvoor te betalen. Het nationaal inkomen stijgt met 1% per jaar, maar de zorgkosten met 3% per jaar. Dat is op termijn een onhoudbare situatie. De zorgkosten gaan dan andere uitgaven verdringen en méér belasting leidt tot minder solidariteit. Kosten van dure geneesmiddelen stijgen met 7% per jaar. Ook dat is



een koekoeksjong dat andere uitgaven verdringt. Tevens is er een arbeidsprobleem. In 2032 is er een tekort van 130.000 medewerkers in de zorg. Als we de zorg anders organiseren, zouden er wellicht 130.000 te veel zijn. Migranten gaan dit probleem niet oplossen, de groei van de zorgkosten gaan we ook niet afremmen via het Integraal Zorgakkoord (IZA), noch via preventie. De discussie over marktwerking zal te lang duren voor oplossingen op korte

termijn. Binnen de zorg is ouderenzorg het grootste probleem, het onderdeel met de minste marktwerking! Wat kunnen we wellicht wél doen?

Decennia geleden was er overvloed, nu is er schaarste. Waarom onderhandelen we nu met zoveel partijen? Laten we méér samenwerken, liever dan concurreren. Laat zorgverzekeraars regionaal werken, zodat ziekenhuizen met één of twee zorgverzekeraars te maken krijgen. Ten derde pleit Bos voor een doorzettingsmacht. Als onderhandelingen vastlopen, weet nu niemand meer wat we moeten. Een derde partij kan dan de knoop doorhakken. Tenslotte geeft Bos aan een democratische partij te laten participeren in de onderhandelingen: de democratische inbedding.

Verkorte productinformatie IBRANCE (opgesteld: juni 2023).
De volledige productinformatie (SPC) is op aanvraag verkrijgbaar.
Samenstelling: IBRANCE bevat als werkzame stof palbociclib en is verkrijgbaar als 75, 100 en 125 mg filmomhulde tabletten, met respectievelijk 75, 100 en 125 mg palbociclib. **Indicaties:** IBRANCE is geïndiceerd voor de behandeling van hormoonreceptor-positieve (HR-positieve), humane epidermale-groefactoreceptor 2-negatieve (HER2-negatieve) lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker. ● in combinatie met een aromataseremmer, ● in combinatie met fulvestrant bij vrouwen die eerder hormoonbehandeling hebben gehad. Bij pre- of perimenopauzale vrouwen dient de hormoonbehandeling te worden gecombineerd met een luteïniserend hormoon-releasing hormoon-agonist (LHRH-agonist). **Farmacotherapeutische categorie:** Antineoplastische middelen, proteïne-kinaseremmers, ATC code: L01EF01. **Dosering:** Behandeling met IBRANCE dient te worden gestart door en onder toezicht te staan van een arts die ervaring heeft met het gebruik van geneesmiddelen tegen kanker. De aanbevolen dosis is eenmaal daags 125 mg palbociclib gedurende 21 opeenvolgende dagen gevolgd door 7 dagen zonder behandeling (schema 3/1). Deze perioden vormen samen een volledige cyclus van 28 dagen. **Dosisaanpassingen:** Het wordt aangeraden de dosis IBRANCE aan te passen gebaseerd op de individuele veiligheid en verdraagbaarheid. IBRANCE dient permanent te worden gestaakt bij patiënten met ernstige interstitiële longziekte (ILD)/pneumonitis. **Wijze van toediening:** IBRANCE tabletten kunnen met of zonder voedsel worden ingenomen. Palbociclib dient niet met grapefruit of grapefruitsap te worden ingenomen. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. Gebruik van preparaten die sint-janskruid bevatten. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Pre-/perimenopauzale vrouwen: Ovariumablatie of suppressie met een LHRH-agonist is verplicht wanneer IBRANCE in combinatie met een aromataseremmer wordt toegediend aan pre-/perimenopauzale vrouwen, vanwege het werkingsmechanisme van aromataseremmers. Palbociclib in combinatie met fulvestrant bij pre-/perimenopauzale vrouwen is alleen onderzocht in combinatie met een LHRH-agonist. **Ernstige viscerale ziekte:** De werkzaamheid en veiligheid van palbociclib zijn niet onderzocht bij patiënten met ernstige viscerale ziekte. **Hematologische stoornissen:** Dosisonderbreking, dosisverlaging of het uitstellen van de start van de behandelingscyclus wordt aanbevolen bij patiënten die neutropenie graad 3 of 4 ontwikkelen. Adequate controle dient uitgevoerd te worden. **Interstitiële longziekte/pneumonitis:** Patiënten dienen te worden gecontroleerd op pulmonale symptomen die op ILD/pneumonitis duiden (bijv. hypoxie, hoesten, dyspneu). IBRANCE dient onmiddellijk te worden onderbroken bij patiënten met nieuwe of verslechterende respiratoire symptomen en die vermoedelijk ILD/pneumonitis hebben ontwikkeld en de patiënt dient te worden geëvalueerd. IBRANCE dient permanent te worden gestaakt bij patiënten met ernstige ILD of pneumonitis. **Infecties:** Omdat IBRANCE myelosuppressieve eigenschappen heeft, kunnen patiënten vatbaarder zijn voor infecties. Patiënten dienen te worden gecontroleerd op tekenen en symptomen van infectie en te worden behandeld zoals medisch is aangegeven. **Artsen dienen patiënten erop te wijzen dat zij episodes van koorts direct melden.** **Veneuze trombo-embolie:** Patiënten dienen te worden gecontroleerd op tekenen en symptomen van diepveneuze trombose en longembolie en te worden behandeld zoals medisch is aangegeven. **Leverinsufficiëntie:** IBRANCE dient met voorzichtigheid te worden toegediend aan patiënten met matige of ernstige leverinsufficiëntie, onder nauwlettende controle op tekenen van toxiciteit. **Nierinsufficiëntie:** IBRANCE dient met voorzichtigheid te worden toegediend aan patiënten met matige of ernstige nierinsufficiëntie, onder nauwlettende controle op tekenen van toxiciteit. **Gelijktijdige behandeling met remmers of inductoren van CYP3A4:** Sterke remmers van CYP3A4 kunnen tot een verhoogde toxiciteit leiden. Gelijktijdig gebruik van sterke CYP3A4-remmers dient vermeden te worden tijdens behandeling met palbociclib. Gelijktijdige toediening dient alleen na zorgvuldige evaluatie van de potentiële risico's en baten te worden overwogen. Als gelijktijdige toediening van een sterke CYP3A4-remmer niet te vermijden is, verlaag dan de dosis IBRANCE tot eenmaal daags 75 mg. Wanneer de toediening van de sterke remmer wordt gestaakt, dient de dosis IBRANCE te worden verhoogd (na 3-5 halfwaardetijden van de remmer) tot de dosis die vóór het instellen van de sterke CYP3A4-remmer werd gebruikt. Gelijktijdige toediening van CYP3A4-inductoren kan leiden tot verlaagde blootstelling aan palbociclib en dientengevolge een risico op uitblijven van werkzaamheid. Daarom dient gelijktijdig gebruik van palbociclib en sterke CYP3A4-inductoren te worden vermeden. Er zijn geen dosisaanpassingen nodig voor gelijktijdige toediening van palbociclib met matige CYP3A4-inductoren. **Vrouwen die zwanger kunnen worden of hun partner:** Vrouwen die zwanger kunnen worden of hun mannelijke partners moeten zeer effectieve anticonceptie gebruiken zolang zij IBRANCE innemen. **Bijwerkingen:** Zeer vaak (>10%): infecties, neutropenie, leukopenie, anemie, trombocytopenie, verminderde eetlust, stomatitis, misselijkheid, diarree, braken, huiduitslag, alopecia, droge huid, vermoeidheid, asthenie, pyrexie, ALAT verhoogd, ASAT verhoogd. Vaak (>1/100, <1/10): febrile neutropenie, dysgeusie, wazig zien, toegenomen traanproductie, droge ogen, veneuze trombo-embolie, bloedneus, ILD/pneumonitis, palmoplantair erythrodysesthesiesyndroom. Soms (>1/1000, <1/100): cutane lupus erythematosus. **Afleverstatus:** UR. **Verpakking:** IBRANCE 75, 100 en 125 mg filmomhulde tabletten zijn verkrijgbaar in blisterverpakkingen met 7 filmomhulde tabletten. Elke doos bevat 21 filmomhulde tabletten. **Registratienummers:** EU/1/16/1147/010, 012, 014. **Vergoeding en prijzen:** Zie de G-standaard. **Voor medische informatie over dit product belt u met 0800-MEDINFO (6334636). Registratiehouder:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brussel, België. **Neem voor correspondentie en inlichtingen contact op met Pfizer bv, Postbus 37, 2900 AA Capelle a/d IJssel.**

Trix van der Vleuten (Versun): Het merk Ziekenhuisapotheker



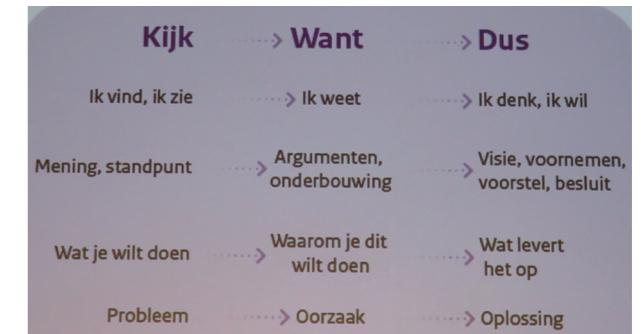
Trix leidt in met de vraag waarom een merk eigenlijk belangrijk is. Een merk voegt méér waarde toe en het levert méér invloed op, het maakt je onderscheidend. Om met eigen ogen waar te nemen heeft Trix een dagje meegelopen in de ziekenhuisapothek in Breda. Ze wilde weten wat een ziekenhuisapotheker eigenlijk doet. Er zijn drie redenen om jezelf te “branden”. Ten eerste het budget. De ziekenhuisapotheker beheert het op één na grootste kostenpost van een ziekenhuis. De ziekenhuisapotheker hoort daarom niet in de kelder, maar op de vloer waar de directie ook zit. De ziekenhuisapotheker is creatief en inhoudelijk sterk. Ten tweede kijkt de ziekenhuisapotheker, als een van de weinig specialisten, holistisch naar de

patiënt. De ziekenhuisapotheker loopt daarom weinig liability risk. Ten derde moeten we kijken naar de rating van een ziekenhuis. Een patiënt kan via Google kijken naar de prestaties van een ziekenhuis. Een apotheker in het ziekenhuis kan de laatste ervaring van een patiënt zijn na ontslag en kan zeer bepalend zijn voor de indruk die een patiënt meekrijgt. In de retail krijgt een klant 4 ervaringen: welkom, wachttijd, hoe je geholpen wordt, en gedag zeggen. Zo ook in een apotheek, verklaart Trix. In de poliothek zag Trix op enige afstand van de balie, een speelhoek, die nooit gebruikt is. Vier balies waren bezet, en 10 balies ongebruikt. Trix stelt voor om kleurplaten en -potloden neer te leggen voor de kinderen. Een tevreden patiënt maakt de Raad van Bestuur blij. Ze adviseert de ontslagmedicatie niet aan het bed te verstrekken, maar als laatste contact in de apotheek.

Margriet Bakker (FMS): Omgaan met (social) media



Margriet valt met de deur in huis: met één stem spreken. Sommige ziekenhuisapothekers hebben al ervaring met media. Zo heeft een collega ervaren dat er delen in de video zijn geknipt, zodat de nuance-ring soms wegvalt. Margriet laat zien wat het optreden in de media oplevert: Media-aandacht kan helpen om het vak onder de aandacht te brengen, of om zaken te agenderen, of om dingen te veranderen. Let op dat de kernboodschap altijd het meest belangrijk is. Een media-optreden bestaat uit drie onderdelen: Kijk (het probleem), want (onderbouwing) en dus (oplossing). De specialist scoort wel hoog in vertrouwen, maar dan nog zijn er een aantal tips: ben jij de juiste persoon voor dit interview, stel daarom die vraag aan jezelf en aan de journalist. Voorbereiding is een voorwaarde. En off-the-record



bestaat niet! Alles wat je zegt kan gebruikt worden. En ga niet primair reageren. Journalisten selecteren het onderwerp op: wat afwijkt (1e oogtransplantatie), follow-ups (#metoo in andere sectoren), hoeveel raakt het (medicijntekort), is er een politieke component, is het een autoriteit die het zegt, exclusief nieuws, een mooi beeld of foto, en de BN-er. Journalisten maken veel gebruik van social media, en met name LinkedIn. De FMS geeft media-trainingen.

Anne van Schip, Marieke Aalbers, en Marleen ten Berge: Leefstijl



Anne van Schip bijt het spits af. Zij heeft gedurende 3 maanden een bio-hacking experiment gedaan op zichzelf (n=1). Haar doel: 10 kilometer hardlopen in 50 minuten, (nog) beter in haar vel zitten en meer te weten komen over voeding. Ze is 3x per week blijven trainen, is alcohol en toegevoegde suiker gaan mijden, en meer groente gaan eten. Meten = weten, dus heeft ze een genetica-rapportage, darmmicrobioom-analyse, een voedingsmiddelen-allergietest en een neurotransmitter-meting laten uitvoeren. Grappig: Geluk kan je dus ook meten. Ook heeft Anne verschillende wearables met biofeedback functionaliteiten uitgeprobeerd. Zo te zien zijn enkele wearables haar goed bevallen, want terwijl ze de zaal boeit met haar verhaal, draagt ze een Garmin horloge en een Oura-ring. Naast de meest voor-de-hand-liggende leefstijl-interventies, zoals 'eten en meten' blijken ook bijvoorbeeld journaling en ademhalings-oefeningen hun vruchten af te werpen. Een mooi experiment om te laten zien hoe je kunt experimenteren als zorgverlener met 'zorgen voor jezelf', zodat we goed voor andere kunnen zorgen! En misschien zien we in de toekomst deze data van de patiënten wel in als apotheker?

Na een aantal squats met het publiek neemt Marleen ten Berge het woord. Zij valt af en toe in als leefstijl-apotheker met aandachtsgedebied integratieve zorg op het spreekuur van de polikliniek integratieve zorg in Isala. Op dit spreekuur kunnen patiënten terecht die een oncologische behandeling (hebben) ondergaan en vragen hebben rond leefstijl en aanvullende zorg. De behoeftes en eigen regie van de patiënt staan hierbij centraal. Haar expertise als apotheker komt hierbij regelmatig van pas, bijvoorbeeld

beeld door het in kaart brengen van eventuele interacties tussen reguliere en complementaire middelen en medicatie die een gezonde leefstijl in de weg staat. Marleen vertelt: Het geeft voldoening om mensen te kunnen helpen bij het maken van verstandige keuzes op het gebied van leefstijl en aanvullende zorg. Als laatste van ons drieën krijgt Marieke Aalbers het woord. Mijn belangrijkste boodschap betreft het grootste leefstijl-gerelateerde probleem in de gezondheidszorg: Meer dan 1 op de 3 sterfgevallen is toe te schrijven aan leefstijl-gerelateerde risicofactoren. Rookgedrag heeft hierin het grootste aandeel: Ruim de helft van de rokers sterft aan de gevolgen van roken. Bovendien leven rokers gemiddeld 10 jaar korter. Wij kunnen als apothekers bijdragen door projecten te organiseren rondom rookgedrag, zoals collega Dimitri Vermeer in Alrijne. Goede gesprekstechnieken zijn hierbij 'key'. Zo heeft Marieke zelf een motivational interviewing training gevolgd met blijde cliënten in de eigen praktijk tot gevolg: Zij waren in staat te stoppen met roken.



Van infliximab IV
naar
Remsima® 120mg SC:
Infiximab herontdekt



HEALTHCARE
CELLTRION

©Celltrion Healthcare Netherlands B.V., 2023 | Pietersbergweg 199 | 1105 BM Amsterdam | Nederland | NL-REMSC-23-00014

Marianne Gries, Willem de Vocht (J&J): Duurzaamheid



Marianne Gries and Willem de Vocht gingen tijdens een interactieve sessie in gesprek met de aanwezige ziekenhuisapothekers, inkopers en Johnson & Johnson collega's (Rinke Feenstra, Veronica van Aalst, Jan Rijkschroeff, Aleida Beukema en Jannet Niewijk) over de manier waarop apothekers, ziekenhuizen en Johnson & Johnson kunnen samenwerken om de ecologische voetafdruk van de #gezondheidszorg in Nederland te verkleinen. We hebben stil gestaan bij duurzaamheid in het algemeen en bij de manier waarop de gezondheidszorg wordt beïnvloed door de wereldwijde klimaatverandering. De impact van klimaatverandering op de menselijke gezondheid is zichtbaar in alle therapeutische gebieden, van astma en cardiovasculaire ziektes tot mentale gezondheidsproblematiek. Het is belangrijk dat we weten wat we aan elkaar hebben en hoe ieder van ons een rol speelt in de totale keten – zo kunnen we samen onze footprint verkleinen. Om die footprint te reduceren hebben we vanuit Johnson & Johnson concrete doelstellingen die bijdragen aan "environmental sustainability":

- 100% hernieuwbare elektriciteit in al onze wereldwijde operaties in 2025. In Nederland is deze doelstelling reeds bereikt.
- 60% reductie van onze zogenaamde 'scope 1 & 2 emissies' in 2030. In de periode 2016-2022 hebben we al een absolute reductie van 41% gerealiseerd in Europa en Nederland.
- 20% reductie van onze zogenaamde 'scope 3 emissies' in 2030.

Ten aanzien van scope 1, 2 en 3 spraken we over het circulair maken van devices en over veranderingen in het distributiemodel van geneesmiddelen. Hierbij is Janssen, de farmaceutische tak van Johnson & Johnson in Nederland, in overleg met ziekenhuizen

en leveranciers om te kijken hoe we door samen afspraken te maken efficiënter kunnen distribueren, zodat we onze gezamenlijke footprint omlaag brengen. Het was een constructief gesprek waarbij we meer hebben geleerd over duurzaamheid, de uitdagingen waar alle partijen in de keten voor staan en het besef dat we elkaar nodig hebben om samen duurzamer te werken. We zien dat veel partijen op dit dynamische terrein van duurzaamheid aan het pionieren zijn richting een groenere, meer duurzame zorg. We doen dat het beste samen.



Naam van het geneesmiddel: Remsima 120 mg oplossing voor injectie in een voorgevulde spuit; Remsima 120 mg oplossing voor injectie in een voorgevulde pen. Samenstelling: Elke voorgevulde spuit of pen met een enkelvoudige dosis van 1 ml bevat 120 mg infliximab. Therapeutische indicaties: Behandeling van volwassenen met Reumatoïde artritis, ziekte van Crohn, Colitis ulcerosa (UC), Spondylitis ankylosans, Arthritis psoriatica of Psoriasis onder voorwaarden zoals beschreven in de volledige SmPC. Contra-indicaties: Overgevoeligheid voor de werkzame stof, voor andere muizenproteïnen, of voor een van de in SmPC vermelde hulpstoffen. Patiënten met tuberculose of andere ernstige infecties, zoals sepsis, abscessen en opportunistische infecties. Patiënten met matig of ernstig hartfalen (NYHA-klasse III/IV). Belangrijkste waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik: Voor het terugvinden van de herkomst van biologicals, moeten naam en batchnummer van het toegediende product goed geregistreerd worden. - Infiximab werd geassocieerd met systemische injectiereacties, anafylactische shock, plaatselijke reactie op de injectieplaats en vertraagde overgevoeligheidsreacties. De meeste van deze reacties kunnen plaatsvinden direct of binnen 24 uur na subcutane injectie. - Patiënten die TNF-blokkers gebruiken, zijn gevoelig voor ernstige infecties. Controleer patiënten vóór, tijdens en na de behandeling nauwlettend op infecties, inclusief actieve en inactieve ('latente') tuberculose en reactivering van HBV. - Invasieve schimmelinfectie moet worden vermoed als patiënten een ernstige systemische ziekte ontwikkelen. - Patiënten met de ziekte van Crohn met fistelvorming met acute, suppuratieve fistels mogen niet worden behandeld met Remsima voordat een bron van mogelijke infectie, specifiek abscessen, is uitgesloten. - Lever- en galaandoeningen werden waargenomen tijdens postmarketingervaring met infliximab, inclusief leverfalen met levertransplantatie of dood tot gevolg. Patiënten met symptomen of klachten van leverdisfunctie moeten geëvalueerd worden op tekenen van leverschade. - Gelijktijdig gebruik met anakinra, abatacept of andere biologische geneesmiddelen wordt niet aanbevolen. - Voorzichtigheid en toezicht zijn geboden bij het overstappen van het ene biologische geneesmiddel op het andere. - Het wordt aangeraden levende vaccins en andere therapeutische infectieuze agentia niet gelijktijdig met Remsima toe te dienen. Bij zuigelingen die in utero aan infliximab zijn blootgesteld wordt aanbevolen om na de geboorte ten minste 12 maanden te wachten vóór het toedienen van levende vaccins. - Relatieve TNFα-deficiëntie door anti-TNF-therapie kan leiden tot het begin van een auto-immuunproces. - Neurologische effecten: TNF-remmers incl. infliximab zijn geassocieerd met gevallen van nieuwe of verergerde klinische symptomen en/of radiografisch aangetoonde demyeliniserende aandoeningen van het centrale zenuwstelsel (CZS) - Een risico op de ontwikkeling van lymfomen of andere maligniteiten kan niet worden uitgesloten. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met een voorgeschiedenis van maligniteit, wanneer overwogen wordt de behandeling voort te zetten bij patiënten die een maligniteit ontwikkelen en bij patiënten met psoriasis en een medische voorgeschiedenis van extensieve immunosuppressieve therapie of langdurige PUVA-behandeling. Periodiek onderzoek vóór de behandeling en tijdens hun ziekteverloop is nodig. - Voorzichtigheid is geboden bij licht hartfalen (NYHA-klasse I/II). - Er zijn meldingen geweest van hematologische reacties bij patiënten die TNF-blokkers gebruiken. - Zie verder in de volledige SmPC. Zwangerschap en borstvoeding: Effectieve anticonceptie moet worden gebruikt om zwangerschap te voorkomen tot ten minste 6 maanden na de laatste behandeling met Remsima, infliximab wordt niet aanbevolen tijdens de zwangerschap. Het kan worden overwogen om infliximab te gebruiken wanneer borstvoeding wordt gegeven. Zie verder in de volledige SmPC. Belangrijkste bijwerkingen: zeer vaak (≥ 1/10): virale infecties, hoofdpijn, bovensteluchtweginfectie, sinusitis, abdominale pijn, misselijkheid, aan infusie gerelateerde reactie, pijn. Vaak (≥ 1/100): bacteriële infecties, neutropenie, leukopenie, anemie, lymfadenopathie, symptoom bij respiratoire allergie, depressie, slapeloosheid, vertigo, duizeligheid, hypesthesie, paresthesie, conjunctivitis, tachycardie, palpities, hypotensie, hyperreflexie, ecchymose, opvliegers, flushing, lageluchtweginfectie, dyspneu, epistaxis, gastro-intestinale hemorragie, diarree, dyspepsie, gastro-oesofageale reflux, obstipatie, abnormale hepatische functie, verhoogde transaminasen, eerste symptomen of verergering van psoriasis incl. psoriasis, urticaria, uitslag, pruritus, hyperhidrose, droge huid, fungale dermatitis, eczeem, alopecia, artralgie, myalgie, rugpijn, urineweginfectie, pijn op de borst, vermoeidheid, koorts, reactie op de injectieplaats, koude rillingen, oedeem. Andere vaak, soms en zelden voorkomende bijwerkingen zijn vermeld in de volledige SmPC. Farmacotherapeutische groep: Immunosuppressiva, tumornecrosefactoralfa (TNFα)-antagonisten, ATC-code: L04AB02. Registratiehouder: Celltrion Healthcare Hungary Kft. 1062 Budapest, Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony Hongarije. Lokale vertegenwoordiger: Celltrion Healthcare Netherlands B.V., Pietersbergweg 199, 1105 BM Amsterdam, tel. 020 888 7300. Registratienummer: EU/1/13/853/006-014. Afleverstatus: UR. Vergoeding: Vergoed. Datum SmPC: 04/2023. NL-REMS-23-00002 - Juni 2023

Parallelsessies

Job Eijsink (Isala): Waardegedreven zorg



Waardegedreven zorg (VBHC) vanuit de rol die we hebben als ziekenhuisapotheker kan een zoektocht zijn. In de parallelsessie die Job Eijsink (ziekenhuisapotheker in opleiding in Isala te Zwolle) heeft georganiseerd voor

de jong-NVZA, ging het niet zozeer over hoe je dit nu exact zou moeten doen in de praktijk, maar meer binnen de huidige kaders die je al hebt in je dagelijkse werkzaamheden. Hij probeerde daarbij vooral te prikkelen en met elkaar te verkennen hoe je binnen dit concept met elkaar aan de slag kunt. Eijsink benadrukte in zijn sessie het kijken vanuit macro- en microniveau en ziet daarin ook dwarsverbanden met kosteneffectiviteitsanalyses. Daarnaast benoemde hij ook grote maatschappelijke thema's die hebben bijgedragen aan gezondheidsverschillen, zoals de kredietcrisis, corona en de koopkrachtdaling. Hij ziet een duidelijke rol binnen de bestaande

kaders denk daarbij aan mede-behandelaarschap, het opstellen van richtlijnen en participatie in (onderzoeks) projecten waar ook patiënt gerapporteerde uitkomsten worden uitgevraagd. Daarnaast pleit Eijsink ook voor een rol als ziekenhuisapotheker binnen doelmatigheid en bekostiging op basis van real-world. Een (ziekenhuis) apotheker is bij uitstek goed in overstijgend denken los van één ziektebeeld en daarbij kennen wij ook de processen in het gehele ziekenhuis en daarbuiten, dat maakt ons binnen dit concept unieke sparringpartners waarbij als het om dure geneesmiddelen (50.000 euro per patiënt per jaar) gaat een kartrekker om dit thema de komende jaren binnen de ziekenhuismuren goed te kunnen evalueren en te zoeken naar andere methodieken om de zorg goed en betaalbaar te houden in Nederland. Afsluitend stelde Eijsink voor om een apothekers VBHC-platform te initiëren idealiter vanuit de NVZA, waarin collega's onderling van elkaar kunnen leren en ideeën uitwisselen.

Afke van de Plas (MUMC): Dubbelcheck



Het toedienen van parenteralia is een belangrijk veiligheids-thema voor ziekenhuizen. Volgens het VMS thema: High Risk Medicatie moeten verpleegkundigen bij toediening van alle parenteralia met twee personen aan het bed van de patiënt een

dubbelcheck verrichten. Uit onderzoek van NIVEL blijkt dat de uitvoering van deze dubbelcheck bij alle parenteralia-toedieningen niet haalbaar is en dat verpleegkundigen zelf een inschatting maken van het risico en de noodzaak om een collega om een dubbelcheck te vragen. Dagelijks wordt een zeer groot aantal parenteralia toegediend, waarbij slechts in een klein percentage van deze toedieningen een eventuele fout tot schade bij de patiënt kan leiden.

Project Veilige Toediening Parenteralia MUMC+ In het MUMC+ is ervoor gekozen om samen met verpleegkundigen op basis van evidence, risico-inventarisatie en ervaringen van verpleegkundigen meerdere maatregelen ter verhoging van de veiligheid door te voeren. Het uitgangspunt van het project was om de dubbelcheck bij toediening alleen uit te voeren als deze nuttig is, dus alleen als er risico is op schade bij de patiënt. Door deze aanpak worden dubbelchecks minder vaak uitgevoerd en kunnen verpleegkundigen meer tijd en aandacht besteden aan toedieningen met een hoog risico. De impact van deze nieuwe werkwijze op de patiëntveiligheid en op de tijd en veiligheid van verpleegkundigen wordt onderzocht.

Deze aanpak van het MUMC+ is als praktijkvoorbeeld op de landelijke website van het programma Tijd voor Verbinding gepubliceerd. Maastricht UMC+ Veilige Toediening Parenteralia Programma tijd voor verbinding (programmatv.nl)



congress@eahp.eu

www.eahp.eu

tel: +32 (0) 2/669.25.15

28TH EAHP CONGRESS

20-21-22 MARCH 2024

Bordeaux

Sustainable healthcare - Opportunities & strategies

#EAHP2024

EAHP thanks the continued support of Corporate Partner Omnicell

The European Association of Hospital Pharmacists represents more than 25.000 hospital pharmacists in 35 European countries and is the only association of national organisations representing hospital pharmacists at European and international levels.



The European Association of Hospital Pharmacists (EAHP) is accredited by the Accreditation Council for Pharmacy Education as a provider of continuing pharmacy education.

Cecile Bekkers, Jan Gerard Maring, Margreet Filius: Farmaceutische Thuiszorg: mProve



Tijdens de ziekenhuisfarmaciedagen 'Binnenste Buiten'2023 gaven Cecile Bekkers (JBZ) en Jan Gerard Maring (Isala), ondersteund door Margreet Filius (Rijnstate) tweemaal de workshop getiteld: Farmaceutische Thuiszorg: The mProved way. Beide workshops werden zeer goed bezocht.

Behandeling met parenterale medicatie wordt steeds vaker gegeven in de thuisomgeving. Dit is vaak prettiger voor de patiënt, draagt bij aan reductie van reisbewegingen, reduceert ligdagen en ontlast de afdeling dagbehandeling in het ziekenhuis. In het afgelopen decennium zijn in veel ziekenhuizen initiatieven ondernomen om parenterale behandeling thuis mogelijk te maken, vaak gekoppeld aan een specifieke groep van middelen, zoals antibiotica of oncologische middelen. Echter, een generieke aanpak ontbreekt meestal.

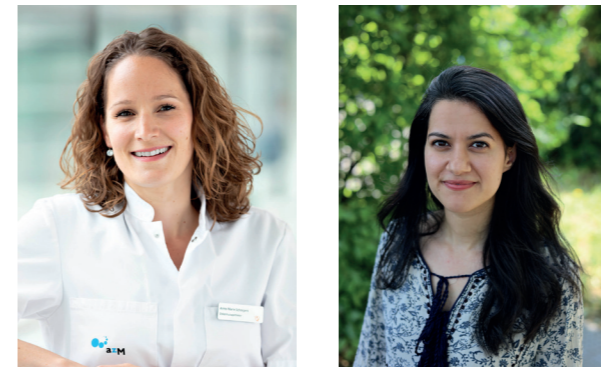
De mProve ziekenhuizen hebben daarom de handen ineen geslagen en zijn gestart met het project "Medicatie@home". Het project moet leiden tot een doelmatig servicemodel om behandeling met parenterale medicatie buiten de muren van het ziekenhuis te realiseren. Binnenkort zal gestart worden met tijdsregistraties rondom enkele zorgpaden. In samenwerking met UTWente zal op basis van de metingen door middel van simulaties onderzocht worden op welke wijze procesoptimalisaties kunnen worden doorgevoerd.

Daarnaast is er een concept kwaliteitskader opgesteld met 31 generieke structuur- en procesindicatoren. Hiervoor is gebruik gemaakt van de zogenaamde RAND appropriateness methode, waarbij op basis van een literatuur search, expert review en toetsing in focusgroepen een kernset indicatoren is vastgesteld. De kernset is onlangs uitgevraagd in de 7 mProve ziekenhuizen.

De bezoekers van de workshop mochten zelf aan de slag en met elkaar in discussie over een viertal indicatoren. Uit de benchmark binnen de mProve ziekenhuizen blijkt dat binnen een zorgpad zaken inhoudelijk meestal goed geregeld zijn. Het verbeterpotentieel betreft vooral structuurindicatoren over de wijze waarop de dienst "Parenterale medicatie thuis" over de zorgpaden heen is georganiseerd, en structureel is ingebed in de organisatie. Denk daarbij aan beleid, vastlegging van verantwoordelijkheden en 24 uur bereikbaarheid. De deelnemers werd gevraagd om inhoudelijk de indicatoren te beoordelen op toegevoegde waarde, alsmede aan te geven of binnen eigen ziekenhuis de indicator was geïmplementeerd. Vanuit de subgroepjes volgde een plenaire terugkoppeling.

De deelnemers waren zeer positief over het mProve initiatief om tot een generiek kwaliteitskader te komen en adviseerden om het concept NVZA breed ter toetsing aan te bieden. De workshopleiders waren zeer verheugd met dit commentaar en beloofden dit op te pakken!

Anne-Marie Scheepers, Mina Al Fartousi en Liesbeth van de Ven: De patiënt betrokken



Consultvoering heeft als doel een positieve bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven voor de individuele patiënt. In een consult wordt individuele zorgbehoefte van de patiënt duidelijk gemaakt (persoonsgerichte zorg). Wanneer we als (ziekenhuis) apothekers de patiënt betrekken bij de behandeling kunnen we van aanvullende toegevoegde waarde zijn. Dit resulteert in gedeelde besluitvorming omtrent medicamenteuze behandeling.

In de sessie lichten we toe wat het belang is van consultvoering door (ziekenhuis) apothekers. Dit is toegelicht a.h.v. het visiedocument Consultvoering, opgesteld door de werkgroep Behandelaarschap (sFPZ). Niet alleen een gesprek met de patiënt is hierbij van belang, maar ook een goede vastlegging en daarmee zichtbaarheid.

Aan de hand van twee praktijkvoorbeelden laten we zien dat een goed gesprek een verschil kan maken in de uitkomst voor een patiënt.

Het eerste voorbeeld laat zien dat we als (ziekenhuis)apothekers van grote toegevoegde waarde zijn binnen de psychiatrie. Door de vele aangrijpingspunten van psychofarmaca is de medicatiekeuze belangrijk, zeker bij patiënten met een combinatie van aandoeningen. In het afgelopen jaar is het Spaarne Gasthuis begonnen met het bieden van medicatieconsulten bij de psychiatrie. Twee apothekers hebben in totaal 42 patiënten gesproken en gemiddeld per patiënt drie adviezen gegeven. Deze adviezen werden in de meeste gevallen meteen opgevolgd. De patiënten reageren positief op het gesprek met de apotheker, omdat ze veelal reeds verschillende middelen hadden uitprobeerde. Op deze manier wordt de patiënt betrokken bij de keuzes en kan uiteindelijk de optimale farmacotherapie gekozen worden.



Het tweede voorbeeld toont de toegevoegde waarde bij medicatie gerelateerde problemen. Dit voorbeeld toont een medicatiepoli op het Hart en Vaatcentrum van het MUMC+ voor patiënten met therapieresistente hypertensie. De internist stelde de diagnose en

de apotheker evalueert de medicatie met de patiënt. Samen maakten ze een behandelplan, waarin de wensen van de patiënt werden meegenomen. Patiënten scoorden de volgende aspecten als zeer positief: aandacht voor bijwerkingen, begrip voor problemen met innemen van medicatie en begrip voor veranderen van merk. Door samen met de patiënt de keuze voor een geneesmiddel te maken, kan je als apotheker bijdragen aan de behandeling van de patiënt bij medicatie gerelateerde problemen.



Verkorte samenvatting van de productkenmerken van Vabysmo*

Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. U wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via www.roche.nl/bijwerkingen.

Samenstelling: Vabysmo (faricimab) 120 mg/ml oplossing voor injectie. **Werking:** Faricimab is een gehumaniseerd bispecifiek IgG1 antilichaam dat zowel Ang-2 als VEGF-A remt door neutralisatie. Door deze duale remming vermindert faricimab de vasculaire permeabiliteit en ontsteking, remt het de pathologische angiogenese en herstelt het de vasculaire stabiliteit. **Indicaties:** Vabysmo is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met natte LMD en DME. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. Actieve of vermoede oculaire of perioculaire infecties. Actieve intraoculaire ontsteking. **Waarschuwingen:** De naam en het batchnummer van het toegediende product moeten goed geregistreerd worden. Intravitreale injecties werden geassocieerd met endoftalmitis, intraoculaire ontsteking, rheimatogene netvliesloslating, retinaal scheur en iatrogen traumatisch cataract. Er moeten altijd passende aseptische injectietechnieken worden gebruikt. Patiënten moeten worden geïnstrueerd om direct symptomen te melden, zoals pijn, verlies van zicht, fotofobie, wazig zien, mouches volantes of roodheid, die wijzen op endoftalmitis of een van de hierboven genoemde bijwerkingen. Tijdelijke toename in IOD is waargenomen binnen 60 minuten na intravitreale injecties. Speciale voorzorgen zijn nodig bij patiënten met slecht gecontroleerd glaucoom (injecteer geen faricimab als de IOD ≥ 30 mmHg is). Controleer zowel de IOD als de perfusie van de kop van de nervus opticus. Een lage incidentie van arteriële tromboembolische voorvallen werd waargenomen. Patiënten moet worden geïnstrueerd om hun arts te informeren over eventuele klachten en verschijnselen van een intraoculaire ontsteking. Deze kunnen wijzen op overgevoeligheid voor faricimab. Faricimab mag niet gelijktijdig worden toegediend met andere anti-VEGF-middelen. Behandeling moet worden onderbroken bij patiënten met rheimatogene netvliesloslating, stadium 3 of 4 maculaire gaten en retinaal breuk, afname in BCVA ≥ 30 letters, IOD ≥ 30 mmHg, subretinale bloeding, uitgevoerde of geplande intraoculaire chirurgie in de afgelopen of komende 28 dagen. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met natte LMD met PED, omdat RPE-scheur vaker voor kan komen. Vrouwen die zwanger kunnen worden, moeten effectieve anticonceptie gebruiken tijdens de behandeling en gedurende ten minste 3 maanden na de laatste injectie met faricimab. Tijdelijke visuele stoornissen kunnen optreden na de intravitreale injectie en het bijbehorende oogonderzoek. Patiënten mogen niet rijden of machines bedienen totdat de visuele functie voldoende is hersteld. **Bijwerkingen:** De meest vaak gemelde bijwerkingen waren cataract, conjunctivale bloeding, glasvochtloslating, toename in IOD, mouches volantes, oogpijn en RPE-scheur (alleen bij natte LMD). De meest ernstige bijwerkingen waren uveïtis, endoftalmitis, vitritis, retinaal scheur, rheimatogene netvliesloslating en traumatisch cataract. **Afleverstatus:** U.R. Op verstreking van dit geneesmiddel bestaat aanspraak krachtens de zorgverzekeringswet. Bezoek onze website www.roche.nl voor de uitgebreide en meest recente productinformatie. Neem voor het melden van bijwerkingen en/of voor medische informatie contact op met Roche Nederland B.V., Beneluxlaan 2a, 3446 GR Woerden, 0348-438171. **Datum:** 06/2023 (v2.0).

Referenties: 1. Vabysmo SmPC, www.roche.nl/vabysmo

Heleen van der Sijs (ErasmusMC): Klinisch Farmaceutisch Redeneren kan je leren!



Apothekers in het ziekenhuis adviseren als medebehandelaar over allerlei medicatie-aspecten. Apothekers zijn risicomijdend opgeleid, maar in de dagelijkse ziekenhuispraktijk is vaak advies nodig over complexe casuïstiek, waarbij de antwoorden niet in standaardbronnen te vinden zijn. Apothekers moeten leren omgaan met die onzekerheid en risico's afwegen. Hiervoor zijn het combineren en interpreteren van medicatie-, patiëntgegevens in de specifieke context en het beredeneren van een juist antwoord nodig. Dit klinisch farmaceutisch redeneren is een belangrijke vaardigheid die verworven moet worden. In ELOZ IV is het toekennen van de verschillende Entrusted Professional Activities (EPAs) namelijk onder meer gebaseerd op het vertrouwenscriterium klinisch redeneren.

De meeste apothekers van het ziekenhuis hebben dit klinisch farmaceutisch redeneren met vallen en opstaan in de praktijk geleerd. De ontwikkeling van deze complexe vaardigheid kan echter worden ondersteund met een stappenplan en schema dat in de ziekenhuisapotheek van het Erasmus MC is ontwikkeld op basis van de dagelijkse praktijk. Het stappenplan omvat onder andere het in kaart brengen van alle relevante aspecten van het probleem, mogelijke oplossingen en risico-afwegingen. Ook het opvolgen van het resultaat van het gegeven medicatie-advies is opgenomen.

Het schema heeft drie belangrijke pijlers: het geneesmiddel (inclusief toedienvorm en labbepa-

lingen), de indicatie (diagnose) en de patiënt (met comediatie, contra-indicaties en sociale context). Het schema blijkt voor beginners goed toepasbaar bij de afhandeling van medicatiebewakingssignalen en beantwoording van klinische vragen. Ook bij een medicatiepoli of MDO kan het worden gebruikt. Gevorderden kunnen er bij complexe casuïstiek op terugvallen. Het schema hangt in de overdrachtsruimte van de ziekenhuisapotheek van het Erasmus MC, zodat het leereffect van de ingebrachte casuïstiek kan worden vergroot (wat als de patiëntengroep of setting anders was). Het schema kan ook bij Entrustment-Based Discussions voor bekwaamheidsverklaring worden toegepast.

In de workshops 'klinisch farmaceutisch redeneren kan je leren!' werd eerst het belang van OEN-ig gedrag benadrukt: door een Open, Eerlijke en Nieuwsgierige houding verbetert de vaardigheid van het klinisch redeneren. Daarna ging men in

TAKE HOME MESSAGE

- Neem altijd geneesmiddel, patiënt en diagnose/indicatie mee
- Wees open, eerlijk en nieuwsgierig

- Schema toepasbaar bij
 - Klinische vragen
 - Medicatiebewaking
 - MDO

- Gebruik het schema waar nodig
 - Beginners
 - Complexe casuïstiek
 - Entrustment Based Discussions



ZICHTBARE IMPACT: WEEET WAT JE AAN DE ZIEKENHUISAPOTHEKER HEBT!

groepjes aan de slag met complexe casuïstiek. Er was slechts één mogelijkheid om vragen te stellen aan de casusbegeleiders. Midas Mulder, Ingeborg Wilting en Toine Egberts. Bij de plenaire bespreking beoordeelden Midas Mulder, Ingeborg Wilting, Toine Egberts en Kim-Lara Klerk-Bos welke groep de meeste aspecten had meegenomen in de risicoafweging en een prijs verdiende. De enthousiaste reacties van de deelnemers werkten inspirerend en het verzoek een hele cursusdag hierover te organiseren zullen we graag inwilligen.

Pieter Helmons (St.Jansdal): Digitalisering en contact met de patiënt



Een patiënt hoeft steeds minder in het ziekenhuis te zijn, maar wil steeds meer verbonden zijn met het ziekenhuis. Zijn wij daar als beroepsgroep klaar voor? Wat vinden andere zorgverleners daarvan? Wat is er nodig om patiënten meer eigenaarschap te geven over hun gezondheid? In 2 interactieve sessies, met een beperkt aantal zitplaatsen, zijn deze onderwerpen aan de hand van een 10-tal stellingen aan bod gekomen. Deelnemers moesten fysiek stelling nemen bij de bordjes "eens", "oneens" en "andere mening".

De eerste stelling "het wordt hoog tijd dat patiënten direct contact op kunnen nemen met de ziekenhuisapotheker" leidde al direct tot discussie: sommigen vonden dat het behandelteam al groot genoeg was en dat de patiënt gebaat is met een case-manager. Anderen hebben nu al de mogelijkheid dat patiënten de ziekenhuisapotheker direct (telefonisch) kunnen bereiken, maar daar wordt nog niet veel gebruik van gemaakt. De ervaring in ons ziekenhuis is dat de mogelijkheid tot direct contact met zorgverleners in het patiëntenportal leidt tot een snelle toename van vragen van patiënten. Sinds oktober 2022 is het aantal vragen aan zorgverleners gestegen met 23%, van 3504 vragen naar 4549 vragen. Hier moeten we dus klaar voor zijn en er zijn nu al initiatieven in 2 Nederlandse ziekenhuizen (UMCG en ETZ) waarbij Artificial Intelligence wordt toegepast om deze berichtenstroom efficiënt te managen.

Meerdere stellingen waren gewijd aan het Integraal Zorg Akkoord (IZA): de 5 principes van Passende Zorg waarop het IZA is gebaseerd, waren over het

algemeen bij de deelnemers bekend. Passende zorg is dus ook de Juiste Zorg op de Juiste Plek: het IZA noemt hierbij heel concreet dat 70% van de zorgpaden die geschikt zijn voor digitale zorg ook digitaal of hybride moet worden aangeboden. Een belangrijke randvoorwaarde om zorg digitaal aan te bieden, is het kunnen versturen van een digitaal recept. Het was indrukwekkend om te zien dat dit bij alle deelnemers aan de workshop inmiddels mogelijk is. Een andere randvoorwaarde lijkt het kunnen uitvoeren van medicatieverificatie op afstand: de meningen waren verdeeld over de stelling "Een virtueel ziekenhuis kan alleen als de patiënt zelf zijn medicatie kan verifiëren", ondanks dat op de dia de lange lijst van vacatures stond voor apothekersassistenten medicatieverificatie in ons ziekenhuis. Maar iedereen was het er wel over eens dat het huidige proces inefficiënt is en onhoudbaar is. Een combinatie van een betere risico stratificatie (AI?) en veel gebruiksvriendelijkere apps voor de patiënt, werden genoemd als oplossingsrichtingen voor dit probleem.

Tot slot hebben we het gehad over de huidige financiering van het zorgstelsel. Een stelling luidde: "Met de huidige financiering van het zorgstelsel is de transitie naar digitale zorg een financiële strop: zorginstellingen gaan failliet en dus gaat het niet gebeuren". Over het algemeen was men het niet met de stelling eens, er zijn immers transformatiegelden om de transitie mogelijk te maken. Op zich een hoopvol signaal, totdat de ervaringen werden gedeeld hoe moeilijk en arbeidsintensief een aanvraag voor transformatiegelden is. En hoe alleen bewezen interventies (en dus niet altijd innovatieve interventies) bekostigd lijken te worden. Enkele deelnemers verwachtten echter ook dat er nog meer zorginstellingen failliet zullen gaan.

Samengevat: we hebben echt genoten van beide interactieve sessie, waarbij in beide sessies 1 belangrijke take-home-message werd genoemd: stop met concurreren en start met delen van best-practices. We moeten het met zijn allen doen!

Zo doen wij het



Daphne den Besten (Isala): Onthoofd.

Na het weggaan van het vorige hoofd van de ziekenhuisapotheek is gekozen voor een interim-bestuur van 3 ziekenhuisapothekers en een manager. Nu is het interim omgezet naar een vast dagelijks bestuur, omdat iedereen blij was met deze formule. Elk lid van het dagelijks bestuur nam zijn verantwoordelijkheid en kon elkaar direct aanspreken.



Marieke Meijs (Prinses Maxima Centrum): (Poli)klinisch bestaat niet.

Voor een medisch specialist is er geen verschil tussen polikliniek en kliniek. De centrale vraag is wat de patiënt wil. Ook voor de apothekers in het ziekenhuis is gekozen om als één team te werken. De dagapotheker werkt voor zowel de ziekenhuisapotheek als voor de poliklinische apotheek. Beide zijn dus procesmatig en inhoudelijk verdeeld in hetzelfde team apothekers.



Karin Larmené (Isala): Maneuvreren op de route naar registreren.

Het Isala ziekenhuis maakt kant en klare spuiten. Omdat er nu een geregistreerd alternatief bestaat, moet het Isala stoppen met doorleveren. Het Isala heeft zich de vraag gesteld of de spuit geregistreerd kan worden. Daartoe is een registratiedossier opgesteld. Wel kende de weg naar registratie wat "hobbels", zo stelt Karin. Omdat er een schaalverdeling op het label staat, is het een medical device. Er moet dan een "Product veilig" -kenmerk toegepast worden. Toch hoopt Karin het dossier over 3 weken bij het CBG in te dienen.



Youssra Bais (Franciscus gasthuis & Vlietland): Medicatieverificatie in klinische trials

Er kunnen interacties ontstaan tussen trialmedicatie en thuismedicatie. Bij 2 trials in de cardiologie is een pilot medicatieverificatie gedaan door apothekersassistenten. Zij bellen daarvoor de patiënt op. Het resultaat is een volledig medicatieprofiel in het systeem. Het benodigde personeel is nog een uitdaging, maar Youssra hoopt deze werkwijze landelijk te implementeren.



Jetske Graafsma (UMCG): Onderzoek naar medicatieveiligheid

Hoe efficiënt is medicatiebewaking? Ze onderzocht dat in 35 ziekenhuizen op het gebied van antistolling. Hoeveel interventies zijn er na een signaal? Bij slechts 2% wordt er geïntervenieerd door apothekers, bij 5% door assistenten. Bij clinical rules leidt 17% tot een interventie, er wordt dus 83% weggeklikt. Jetske wil het systeem herinrichten en signaalinterventies efficiënter maken.



Frouke van Gosliga (MCL): Antibiotica allergie poli

Bij 20% van de patiënten een allergie vermeld staat in de status. Froucke vroeg zich af of het nu echt een allergie is of een bijwerking. In dat geval wordt niet het antibioticum van 1e keus gegeven. Op de poli wordt tijdens de anamnese de kans ingeschat op een nieuwe reactie. Patiënten ondergaan een challenge gedurende 2 uur na toediening van amoxicilline. Bij geen reactie wordt de huisarts gevraagd de allergie uit het systeem te halen. Zo zijn nu 200 patiënten ontlabeled. Aan hen kan nu de 1e keus antibioticum gegeven worden.



Sharon van den Eijnde (Tergooi): Ontlabeled van allergieën

Sharon heeft 50% van de patiënten met een allergie ontlabeled. De assistente vraagt de patiënt bij de verificatie naar de allergie. Dit wordt met een brief gerapporteerd naar de huisarts. Elke week wordt de allergie besproken in het allergieteam gedurende 30 minuten met een allergoloog. De gesprekken van assistente met een patiënt nemen ca 2 uur/week in beslag.



Mette Benoist (Deventer ziekenhuis): Deelname aan het MDO

Mette beschrijft de deelname van de ziekenhuisapotheker aan het multidisciplinair overleg (MDO) op de spoedeisende hulp. Twee maal per week gedurende een half uur bespreekt het team met een ziekenhuisapotheker de multimorbiditeit van patiënten. De ziekenhuisapotheker adviseert over TDM en doseringen bij bijvoorbeeld levercirrose.



Anette van Ojik (MCL): Kwalificatie en nascholing apothekersassistenten

In het MCL streeft men naar een efficiënte dagdienst. Daarom wordt de medicatiebewaking gedelegeerd naar apothekersassistenten. Scholing daarin is dus belangrijk. Sinds een jaar wordt nu gebruik gemaakt van een scholingsapplicatie, meet daaraan verbonden een toets. Het is 24/7 te volgen op elk device op eigen niveau. De scholing gaat over actuele situaties is individueel toepasbaar.



Madelon Butterhoff (Tergooi): Kortere inwerktijd en minder fouten

Madelon legt uit hoe nieuwe medewerkers in Tergooi worden ingewerkt ofwel "onboarded". Het doel is hen sneller, veilig en effectief inzetbaar te maken. Ten eerste worden nieuwe medewerkers stapje voor stapje op een taak ingewerkt volgens het TWI-programma gedurende 7-10 dagen. Ten tweede worden de medewerkers door een mentor ingewijd in het werkproces.



Maike Tromp (Isala): We've "Flipped"

Maike presenteerde een nieuw soort onderwijs voor apothekersassistenten. Vroeger gebeurde dit klassikaal. Een onderwijsdeskundige toetste dit onderwijs en gaf aan dat het "veel te veel leren en toetsen" was. Daarom gekozen voor "Flip the classroom". Thuis wordt de kennis bestudeerd en in de klas wordt gediscussieerd over het huiswerk. Dit gebeurt nu 2x per jaar. Thuis wordt dan een casus voorbereid. In de klas wordt de casus gepresenteerd en meteen de volgende sessie gepland.



Vera Weinberg (LUMC): Entrusted based discussion

Vera presenteerde een dergelijk soort onderwijs, maar dan voor AIOS en ANIOS. In de overdracht wordt wekelijks gedurende 30 minuten een casus gepresenteerd door een AIOS ziekenhuisfarmacie aan overige AIOS, ANIOS en een medisch specialist op uitnodiging. Voorbeelden van casuïstiek zijn plasmaferese en suspensies bij kinderen. Een evaluatie na een half jaar leidde tot positieve resultaten.



Jetske Graafsma (UMCG): Onderzoek naar medicatieveiligheid

Hoe efficiënt is medicatiebewaking? Ze onderzocht dat in 35 ziekenhuizen op het gebied van antistolling. Hoeveel interventies zijn er na een signaal? Bij slechts 2% wordt er geïntervenieerd door apothekers, bij 5% door assistenten. Bij clinical rules leidt 17% tot een interventie, er wordt dus 83% weggeklikt. Jetske wil het systeem herinrichten en signaalinterventies efficiënter maken.



Alan Abdullah (Erasmus MC): Dashboards in apotheekprocessen

Alan schetst een beeld van een autorijder zonder dashboard. Zonder directe informatie ben je hulpeloos. Zo ook in de apotheek. Nu heeft Erasmus MC 35 dashboards ontwikkeld, bijvoorbeeld voor orale opiaten. Dit geeft directe informatie over toediening versus aflevering in een dagelijks dashboard. Zo is er ook een dashboard over VMO's. Met dit dashboard kunnen dubbele VMO's vermeden worden. Het voordeel van een dashboard is dat er meer sturing gegeven kan worden.



Bouke van der Stok (Haga): Digitale controle pompstand met AI

De dubbele controle bij de verpleging is belastend, zeker bij het huidige tekort in de zorg. Bouke vertelt over de tweede controle door middel van MedEye. De computer wordt dan geleerd m.b.v. een foto om de juiste pompstand te controleren. De foto wordt gemaakt door de verpleegkundige, die de pompstand instelt. Voorlopige conclusie is dat Artificial Intelligence hierbij werkt en dat MedEye niet zo veel foto's nodig heeft om goed te werken.



Jesper van Breeschoten (Haga): Optimalisatie van dagbehandeling

Jesper heeft toedienprotocollen op de dagbehandeling geëvalueerd. Een lijst gemaakt van geneesmiddelen, verantwoordelijk voor de meeste beduren. Onderzocht hoe vaak een infusie gerelateerde reactie plaatsvindt. Infusiesnelheid is verhoogd voor 10 geneesmiddelen, de observatietijd is geschrapt voor 3 geneesmiddelen, en de controle van vitale functies tijdens infusie is voor alle geneesmiddelen geschrapt. Besparing is 15% van de behandeluren.



Marina Maurer (UMCG): VTGM / Bereiden door niet-apothekers assistenten

Bereiden / aseptisch handelen zijn geen voorbehouden handelingen. De randvoorwaarde om deze taken uit te voeren is dat het personeel gekwalificeerd is voor de betreffende taak. Na een inwerkprogramma met kwalificatie zetten wij nu ook farmaceutisch medewerkers in bij cytostatica, steriele bereidingen/VTGM en niet-steriele individuele bereidingen. Ervaringen zijn zeer positief.

WAT IS ER BEKEND OVER
**BIJWERKINGENPROFIEL
VAN PALBOCICLIB IN
RELATIE TOT KWALITEIT
VAN LEVEN?**

WEALTH-OF-DATA.NL

Het platform naar meer dan 10 jaar aan
data en 5 jaar ervaring met palbociclib



Voor meer productinformatie, zie elders in deze uitgave.



IBRANCE[®]
palbociclib