

‘Trossen los’ voor de patiënt van het ziekenhuis

Nederlandse Ziekenhuis
13 en 14 november

‘Klinisch en poliklinisch zijn hier één’



Donderdag 13 november, 10.45 uur:

verbinding klinisch/poliklinisch voor de patiënt

In het Radboudumc in Nijmegen functioneren de poliklinische en de ziekenhuisapotheek als één apotheek. “Artsen en verpleegkundigen maken geen onderscheid tussen de twee apotheken”, vertelt poliklinisch apotheker

Bas van Vlijmen. “Ik krijg soms vragen over patiënten in de kliniek en mijn collega ziekenhuisapotheker Nielka van Erp over patiënten op de poli.” Van Vlijmen en Van Erp hebben beiden als aandachtspunt de oncologische patiënt in het ziekenhuis. In hun dubbellezing vertellen ze hoe de zorg rond deze patiënten is georganiseerd in dit ziekenhuis. Na een medicatieverificatie door de poliklinische apotheek komt de patiënt op de afdeling voor een behandeling met cytostatica, waarvoor de ziekenhuisapotheker verantwoordelijk is. “Als de oncologiepatiënt daarna uit de kamer van de arts loopt, is het eerste wat hij ziet onze speciale apotheekbalie, in de volksmond de ‘oncotheek’. Daar is alle medicatie voor deze patiënten aanwezig.”

Volgens Van Vlijmen zijn de patiënten tevreden over deze opzet. “Wij zijn een luisterend oor voor ze omdat wij soms de eersten zijn die ze spreken na een serieus gesprek bij de arts. Dat is heftig, maar ook mooi.”

‘Ziekenhuisapotheker neemt taken arts over’



Donderdag 13 november, 11.15 uur: thema patiënt: opname

De ziekenhuisapotheker als medebehandelaar in het opnametraject, daarover spreekt ziekenhuisapotheker **Elsbeth Helfrich**. In het Wilhelmina Ziekenhuis Assen, waar Helfrich werkt, zijn de ziekenhuisapothekers al zo’n tien jaar medebehandelaars. “In het opnameproces neemt

de ziekenhuisapotheker de taken over van de arts en een apothekersassistent verzorgt de medicatieverificatie. Artsen zetten geen elektronische handtekening meer, die stap slaan we over.” Het is niet voor alle ziekenhuisapothekers vanzelfsprekend om de rol van medebehandelaar in het opnametraject op zich te nemen, stelt Helfrich. Artsen moeten natuurlijk mee willen werken. “En de ziekenhuisapotheker moet alle randvoorwaarden goed regelen. Dat betekent de procedures goed op orde en regelmatig evalueren om de kwaliteit van het opnameproces te kunnen blijven garanderen.” Volgens Helfrich, die ook bestuurslid is van de NVZA, hebben in “een handjevol” ziekenhuizen de ziekenhuisapothekers de rol van medebehandelaar in het opnametraject opgepakt. De NVZA voert campagne om de ziekenhuisapotheker meer te profileren als medebehandelaar, vertelt Helfrich. “Daarvoor reiken we tools aan, zoals modelzorgpaden. Maar ziekenhuizen kiezen uiteindelijk zelf de zorgpaden die ze willen implementeren.”

Donderdag 13 november

- 08.30 Ontvangst met koffie en registratie
- 09.30 Opening door dagvoorzitter prof. dr. D.M. Burger, Radboudumc Nijmegen, en voorzitter(s) NVPF/NVZA
- 09.45 Samen verschil maken in mensgerichte zorg (zie pagina 40)
J. van den Beuken, bestuurslid en grondlegger Planetree Nederland
- 10.30 Koffiepauze
- 10.45 Verbinding klinisch/poliklinisch voor de patiënt
B. van Vlijmen, poliklinisch apotheker, Radboudumc, Nijmegen en dr. N. van Erp, ziekenhuisapotheker, Radboudumc Nijmegen
- 11.15 Thema patiënt: opname
E. Helfrich, ziekenhuisapotheker, Wilhelmina Ziekenhuis Assen
- 11.45 Inleiding op klinische sessies
Prof. dr. J.G.W. Kosterink, hoogleraar ziekenhuisfarmacie/klinische farmacie, Universitair Medisch Centrum Groningen
- 12.15 Lunch, standbezoek en posterpresentaties
- 13.45 Interactieve klinische sessies: workshops
- 15.15 Koffiepauze
- 15.30 Presentaties recent gepromoveerde ziekenhuisapothekers
Dr. P.J. Helmons, ziekenhuisapotheker, Ziekenhuis St. Jansdal, Harderwijk, en dr. M.K. Rommers, ziekenhuisapotheker, LUMC.
- 16.10 *Personalized medicine*
Prof. dr. N.H. Hendrikse, hoogleraar klinische radiofarmacie, VU Medisch Centrum Amsterdam

isfarmaciedagen 2014 er SS Rotterdam

- 16.40 Toegevoegde waarde
J. Bressers, zelfstandig consultant
- 17.35 Samenvatting dagvoorzitter en
afsluiting
- 17.45 Netwerkborrel
- 19.30 Diner en feest op de SS Rotterdam

Vrijdag 14 november

- 09.00 Ontvangst met koffie en registratie
- 08.30 Ontbijtsessie met thematafels
- 09.30 Opening door dagvoorzitter
dr. P.M.L.A. van den Bemt,
ziekenhuisapotheker, Erasmus
Medisch Centrum Rotterdam, en
samenvatting van de eerste dag
- 09.45 Korte wetenschappelijke
presentaties
- 10.45 Koffiepauze
- 11.00 Interactieve klinische sessies
met workshops
- 12.30 Lunch, standbezoek en
posterpresentaties
- 13.00 Posterpresentaties
- 14.00 Thema patient: ontslag, ontslag-
medicatie en health literacy
dr. F. Karapinar, Ziekenhuisapotheker,
Sint Lucas Andreas ziekenhuis en
dr. K. Hosper, Pharos
- 14.30 Interactieve strategiesessie deel 1
Onder leiding van G. Camps
van Debat.nl en M.M. Tjoeng,
gevestigd ziekenhuisapotheker,
St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein
- 15.15 Koffiepauze
- 15.30 Interactieve strategiesessie deel 2
Onder leiding van G. Camps
van Debat.nl en M.M. Tjoeng,
gevestigd ziekenhuisapotheker,
St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein
- 16.15 Prijzensessie: uitreiking
Jan Glerum Award, Prijs
Specialistisch Farmaceutische
patiëntenzorg en Huizingapenning.
- 16.35 Afsluiting lustrumcongres door
dagvoorzitter

Lustrumeditie ter gelegenheid van het 85-jarig bestaan van de NVZA

'90% van medicatiebewakingssignalen overbodig'

Donderdag 13 november, 15.30 uur:

presentaties recent gepromoveerde ziekenhuisapothekers

Dr. **Pieter Helmons**, ziekenhuisapotheker in het Ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk, wil zijn collega's meegeven dat een beslissingsondersteunend systeem, gebaseerd op de G-Standaard, het aantal irrelevante medicatiebewakingssignalen kan reduceren. "Zo'n 90% van de signalen is overbodig of niet-relevant op het moment van tonen."

Helmons deed promotieonderzoek waarin hij onder meer keek naar de effecten van een dergelijk systeem op de hoeveelheid signalen en de tijd die de ziekenhuisapotheker besteedt aan medicatiebewaking. "In Harderwijk werken we hiermee. Beslisregels wegen patiëntvariabelen zoals labwaarden, toedientijden en comedatie mee bij de afhandeling van medicatiebewakingssignalen. Met slechts zeven beslisregels worden patiëntkarakteristieken betrokken bij zestig veel voorkomende interacties, wat leidt tot 86% reductie van irrelevante signalen."

"Bijvoorbeeld alle interacties waarvoor maagbescherming is geïndiceerd, vallen onder één beslisboom, wat voordelen biedt voor onderhoud, validatie en performance van het computersysteem", zegt Helmons.

"Dit in tegenstelling tot de medisch-farmaceutische beslisregels in de G-Standaard, waarvoor bij elk signaal een aparte beslisboom is opgesteld. Dat is onderhoudsgevoelig en bemoeilijkt de implementatie van de nieuwe generatie medicatiebewaking door softwarehuizen in voorschrijf- en ziekenhuisapothekersystemen."



'Personalized medicine past niet in richtlijnen'

Donderdag 13 november, 16.10 uur: *personalized medicine*

Wat is de waarde van *personalized medicine* voor de toekomst? Die vraag behandelt prof. dr. **Harry Hendrikse**, hoogleraar klinische radiofarmacologie aan het VU Medisch Centrum in Amsterdam, in zijn lezing. "*One size fits all* gaat verdwijnen in de farmacotherapie." De ontwikkeling van *personalized medicine* is volgens ziekenhuisapotheker Hendrikse echter nog een lange en complexe weg.

Hendrikse en zijn team maken radioactieve geneesmiddelen die zij toedienen aan kankerpatiënten. "Vervolgens proberen we aan de hand van bepaalde patiëntkarakteristieken de respons op een therapie te voorspellen."

Personalized medicine gaat de zorg ingrijpend veranderen, verwacht Hendrikse. Zorgverleners werken nu volgens richtlijnen en protocollen, maar farmacotherapie op maat past niet in een richtlijn. "Hoe gaan we daar straks mee om? Dat zijn principiële en politieke vragen."

