

Masterimplementatieplan behorend bij de richtlijn ‘Overdracht van medicatiegegevens in de keten’

Versie 1 d.d. 1 november 2019

Bij dit overkoepelende plan behoren alle sectorplannen Zorg van de betrokken sectoren

Opgesteld namens partijen door Anne de Roos, Procesbegeleider Zorg en regie master-
implementatieplan, in samenwerking met Marja Verwoerd, Procesbegeleider Informatiestandaarden
en Sjaak de Gouw, voorzitter werkgroep herziening richtlijn ‘Overdracht van Medicatiegegevens in de
keten’

Met ondersteuning vanuit VWS

Inhoud

1	Samenvatting.....	3
2	Inleiding	6
3	Urgentie: Focus op overdracht van medicatiegegevens totdat het werkt!	8
4	Doelstelling	11
5	Scope van het programma	12
6	Uitgangspunten en randvoorwaarden	14
7	Afhankelijkheden en risico's.....	15
8	Gerelateerde projecten en programma's.....	17
9	Drie fases en de timeline	18
10	Activiteiten en resultaten	21
	10.1 Boven sectorale onderwerpen	21
11	Besturing programma.....	24
	11.1 Betrokkenen	24
	11.2 Programmastructuur	25
	11.3 Escalatieprocedure en afhandelen knelpunten.....	27
12	Monitoring op voortgang en implementatie.....	29
13	Communicatie.....	31
14	Succesfactoren voor samenwerken	35
15	Samenvatting module Zorg	36
	15.1 Voorbereidingsfase module Zorg: implementatie-instrumenten zorgproces.....	36
	15.2 Interimfase module Zorg: starten met implementatie	38
16	Kosten, baten en business case	39
	16.1 Programmakosten	39
	16.2 Kosten voor implementatie door zorginstellingen	39
	16.3 Totale programmakosten	40
	16.4 Budget impact analyse: structurele zorgkosten en -baten na implementatie	40
17	Financiering	43
18	Bijlagen	44
	18.1 Bijlage 1 Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten 2018/2019	44
	18.2 Bijlage 2 Literatuurlijst bij figuur 6 Farmaceutische transitiezorg	45
	18.3 Bijlage 3 Betrokken partijen masterimplementatieplan	46
	18.4 Bijlage 4 Taken, verantwoordelijkheden en profielen in programmastructuur.....	47
	18.5 Bijlage 5 Escalatieprocedure.....	51
	18.6 Bijlage 6 'Van richtlijn naar acties in het MIP'	53
	18.7 Bijlage 7 Overzicht regio's met een regionaal convenant Medicatieoverdracht Zorg	54

1 Samenvatting

Burgers in Nederland hebben recht op goede zorg. Een complete en goede elektronische overdracht van medicatiegegevens is belangrijk om het aantal medicatiefouten en ziekenhuisopnamen te verminderen. Na tien jaar werken aan de overdracht van medicatiegegevens in de keten en het ontbreken van afdoende ondersteuning van ICT, slaan alle zorgpartijen nu met dit masterimplementatieplan Medicatieoverdracht voor alle zorgverleners, softwareleveranciers, zorgverzekeraars, patiënten- en cliëntenorganisaties en voor de burgers zelf in Nederland de handen ineen om de beschikbaarheid van medicatiegegevens op elk gewenst moment nu echt voor elkaar te krijgen.

De herziene richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' (medicatieoverdracht) is hiervoor de basis. De beweging is gestart en gaat op basis van dit masterimplementatieplan verder in het programma Medicatieoverdracht, waarin alle partijen gaan samenwerken aan de implementatie. De tijd is er klaar voor. Parallel loopt het programma Elektronische Gegevensuitwisseling in de zorg, waarin de voor de implementatie van de richtlijn cruciale digitale uitwisseling hoogste prioriteit heeft gekregen komende jaren en het wettelijk traject wordt uitgewerkt.

- 1 Doel van de herziene richtlijn is het overdragen van medicatiegegevens in het netwerk van de patiënt, zodat voorschrijvers, apothekers, en toedieners op het moment van voorschrijven, ter hand stellen en toedienen binnen de keten continuïteit van zorg kunnen leveren en een verantwoorde risico-inschatting kunnen maken ten behoeve van veilige medische en farmaceutische zorg.
- 2 Alle ketenpartners doen mee. 24 Branche- en beroepsorganisaties uit de zorg committeren zich aan de doelstelling de juiste medicatiegegevens digitaal uit te wisselen. Zij hebben zich per zorgsector georganiseerd om tot een implementatieplan te komen. Ook de Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland committeren zich¹.
- 3 De herziene richtlijn biedt de basis voor de inrichting van het zorgproces in alle zorginstellingen.
- 4 De set informatiestandaarden Medicatieoverdracht wordt ingebouwd in softwaresystemen van de betrokken leveranciers (ca 100), en biedt de gemeenschappelijke basis voor het digitaal uitwisselen van medicatiegegevens. Deze informatiestandaard is door minister Bruins opgenomen in de 1^e in te voeren prioritaire processen en heeft daarmee ook op overheidsniveau nu alle focus².
- 5 Softwareleveranciers doen mee; zij werken samen met gebruikersgroepen aan de inbouw van richtlijn en informatiestandaard in hun pakketten.
- 6 Door gebruik van de informatiestandaarden wordt landelijke uitwisseling verder ondersteund. Deze informatiestandaarden zijn infrastructuuronafhankelijk.
- 7 Elke zorgsector heeft voor haar eigen achterban een implementatieplan op maat opgesteld, zowel voor de zorg als voor de informatiestandaarden: Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en forensische zorg, Gehandicaptenzorg, Huisartsenzorg, Medisch specialistische zorg, Mondzorg, Openbare farmacie, Trombosezorg, VVT (wijkverpleging en verpleeghuiszorg) en de patiënten- en cliëntenorganisaties. Tevens heeft veel afstemming plaatsgevonden tussen de sectoren.
- 8 Dit masterimplementatieplan vormt de basis voor het programma Medicatieoverdracht. De doorlooptijd van dit programma is drie jaar. De beoogde start is begin 2020. De doorlooptijd tot aan laatste start brede uitrol van de informatiestandaarden is ca 3 jaar. De doorlooptijd van de implementatie is 3 tot 5 jaar zorgbreed.

¹ Zie bijlage 3 voor overzicht alle betrokken partijen

² Derde brief elektronische gegevensuitwisseling in de zorg, Minister Bruins, 12 juli 2019

- 9 Een stuurgroep, waarin elke sector, de Patiëntenfederatie Nederland en VWS zijn vertegenwoordigd, geeft sturing op de uitvoering en de voortgang van de plannen in elke sector en acteert op escalaties. Een landelijk programmateam faciliteert en ondersteunt op boven sectorale onderwerpen.
- 10 Er wordt gerapporteerd aan het Informatieberaad Zorg over de voortgang van de implementatie van de informatiestandaarden. Dit sluit aan bij hun outcomedoel medicatieveiligheid.
- 11 Het plan sluit aan op en versterkt de doelstellingen van implementatieprogramma's zoals de VIPP-programma's³.
- 12 Het plan sluit aan op de doelstellingen van de ontwikkeling van het Persoonlijke GezondheidsOmgeving (PGO) door Medmij⁴.
- 13 Over de financiering van het bovensectorale programmateam, de inspanningen van de sectoren en leveranciers en de uitvoeringsorganisatie informatiestandaarden lopen gesprekken met VWS. De uitvoeringsorganisatie informatiestandaarden wordt ondergebracht bij Nictiz.

In figuur 1 staat in eenvoudige taal uitgelegd wat de wijzigingen in de herziene richtlijn medicatieoverdracht zijn voor het zorgproces.

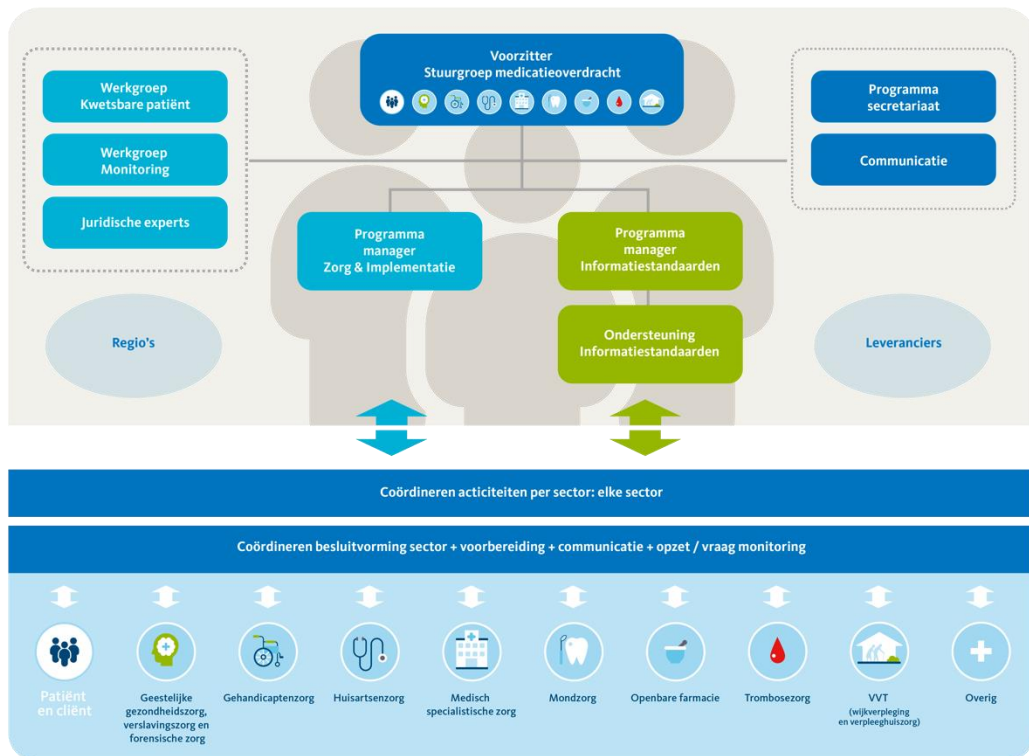


Figuur 1 Wijzigingen in het zorgproces vanuit de herziene richtlijn

³ Zie hoofdstuk 8 voor toelichting op VIPP-programma's

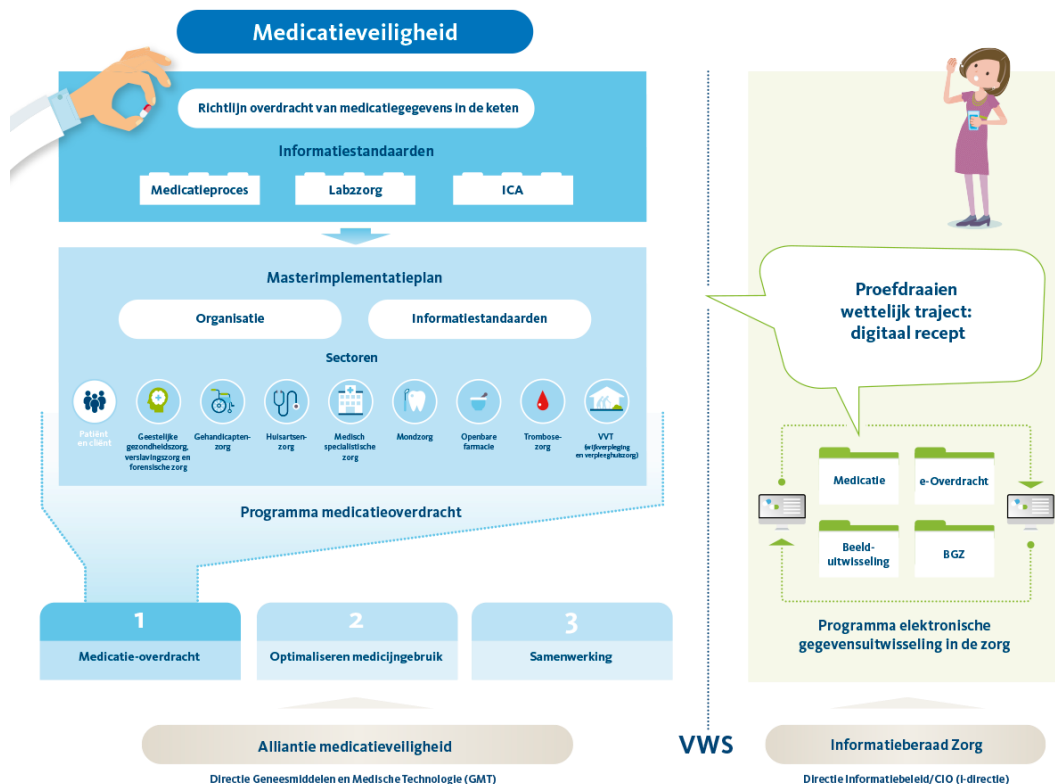
⁴ www.medmij.nl

Figuur 2 geeft de programmastructuur weer.



Figuur 2 Structuur programma Medicatieoverdracht

In figuur 3 staat de samenhang binnen het programma weergegeven, alsook de relaties naar het Informatieberaad Zorg en de Alliantie Medicatieveiligheid.



Figuur 3 Samenhang programma medicatieoverdracht en positionering t.o.v. Alliantie Medicatieveiligheid, Informatieberaad Zorg en Programma elektronische gegevensuitwisseling in de zorg.

2 Inleiding

Na tien jaar werken aan de overdracht van medicatiegegevens in de keten en het ontbreken van afdoende ondersteuning van ICT, slaan alle zorgpartijen nu met dit masterimplementatieplan voor alle zorgverleners, zorgverzekeraars, patiënten- en cliëntenorganisaties en voor de burgers zelf in Nederland de handen ineen om de beschikbaarheid van medicatiegegevens op elk gewenst moment nu echt voor elkaar te krijgen. Dit masterimplementatieplan wordt ten uitvoer gebracht in een driejarig ondersteuningsprogramma.

Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten

De richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten⁵ is sinds 2008 van kracht. 24 Zorgpartijen⁶ onderschreven de richtlijn toen al en hebben na meerdere jaren werken met én conform de richtlijn geconstateerd dat naleving vanwege het ontbreken van een (landelijk) elektronisch patiëntendossier lastig uitvoerbaar is en dat er aanscherpingen en aanpassingen nodig zijn. Deze aanscherpingen zijn in drie slagen aangebracht:

- 1 Op 31 maart 2015 onderschreven veldpartijen een nadere toelichting op de richtlijn om de richtlijn beter implementeerbaar te maken.
- 2 Op 2 November 2017 werd door veldpartijen de leidraad "Medicatieoverdracht in de Keten" gepubliceerd. Deze werd echter niet door alle veldpartijen omarmd.
- 3 Tussen 1 augustus 2018 en 1 september 2019 hebben veldpartijen vervolgens met elkaar een herziene versie van de richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten geschreven.

Deze richtlijn zal 1 november 2019 als kwaliteitsstandaard Medicatieoverdracht aan het Zorginstituut Nederland worden aangeboden en na toetsing door het Zorginstituut Nederland opgenomen worden in het Register van het Zorginstituut Nederland. Dit onderstreept het belang van de overdracht van medicatiegegevens in de keten tussen zorgverleners en met de patiënt voor veilige farmaceutische zorg. Bij de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' hoort een patiënten versie, een implementatieplan en een meetinstrument.

Doel van de richtlijn is het overdragen van medicatiegegevens in het netwerk van de patiënt, zodat voorschrijvers, apothekers, en toedieners op het moment van voorschrijven, ter hand stellen en toedienen binnen de keten continuïteit van zorg kunnen leveren en een verantwoorde risico-inschatting kunnen maken ten behoeve van veilige medische en farmaceutische zorg. Ketensamenwerking dus.

Implementatieplan

Zowel in het traject van de leidraad als de herziening van de richtlijn hebben de betrokken partijen met elkaar vastgesteld dat de herziene richtlijn alleen in combinatie met een implementatieplan kan worden geaccordeerd. Het implementatieplan moet zorgen voor de daadwerkelijke invulling van de benodigde randvoorwaarden waarbij ICT een van de meest belangrijke is. Die ICT-voorwaarde is in de herziene richtlijn verankerd door een artikel op te nemen waarin alle zorgverleners medicatiegegevens digitaal zullen uitwisselen en dit zullen doen conform de landelijke zorgbrede set Informatiestandaarden Medicatieoverdracht⁷. Het Informatieberaad Zorg stelt deze informatiestandaarden vast. Nictiz beheert deze informatiestandaarden. De implementatie hiervan is onderdeel van het programma Medicatieoverdracht, waarvan het implementatieplan voor u ligt.

⁵ Zie bijlage 1 Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten

⁶ Zie bijlage 3 Betrokken partijen

⁷ Zie <https://www.nictiz.nl/programmas/medicatieproces/>

Tussen 15 maart 2019 en 1 november 2019 stelden de betrokken veldpartijen, Patiënten Federatie, MIND, leder(In) in een intensief samenwerkingstraject voor hun eigen sector een sectorplan op voor zowel de zorginhoud als ICT. Zij werkten tevens mee aan het overkoepelende masterimplementatieplan voor de zorgbrede implementatie van de herziene richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten. Ook softwareleveranciers leverden input en werkten mee. Alle partijen werden ondersteund door de voorzitter van de herziening van de richtlijn, twee procesbegeleiders en een team van experts. Het resultaat is het masterimplementatieplan voor het programma Medicatieoverdracht.

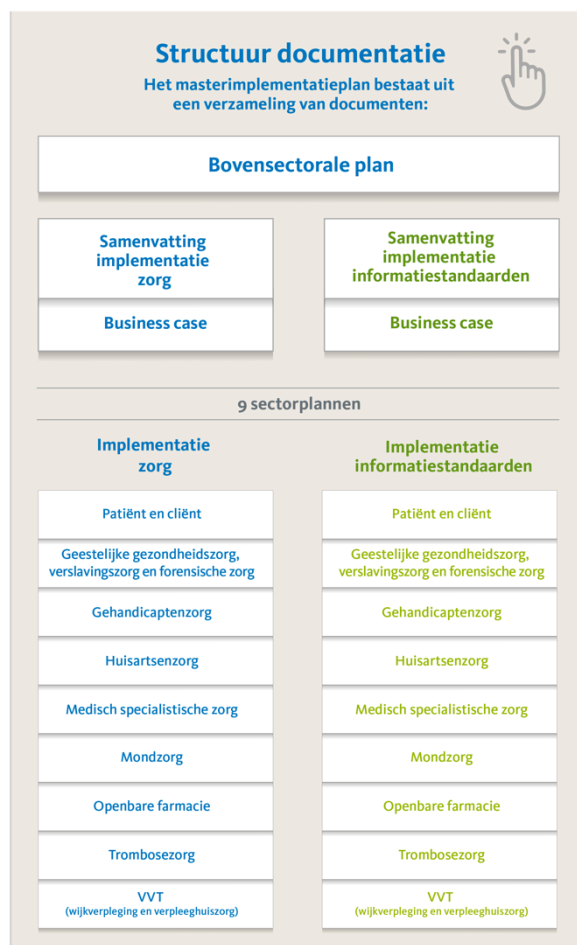
Structuur documentatie

Het masterimplementatieplan bestaat uit een verzameling van documenten (zie ook figuur 4):

- Bovensectorale plan (= voorliggende document), inclusief samenvatting implementatie zorg (hoofdstuk 15);
- Samenvatting implementatie informatiestandaarden inclusief business case;
- 9 Sectorplannen implementatie zorg, inclusief business cases;
- 9 Sectorplannen implementatie informatiestandaarden, inclusief businesscases.

Samenvatting implementatie informatiestandaarden apart document

De samenvatting van de implementatie van de informatiestandaarden is in een separaat document opgenomen. Het masterimplementatieplan wordt bij het Zorginstituut aangeboden zonder de component van de informatiestandaarden. In het boven sectorale plan is wel uitleg opgenomen voor de implementatie van de informatiestandaarden zodat de relatie duidelijk is en het masterimplementatieplan als een geheel leest.



Figuur 4 Structuur documenten Masterimplementatieplan Medicatieoverdracht

3 Urgentie: Focus op overdracht van medicatiegegevens totdat het werkt!

Die belofte doen we elkaar. En we kunnen niet anders. Want zolang we volledige overdracht van medicatiegegevens in de keten niet zorgbreed geregeld hebben blijven patiënten en cliënten te veel risico lopen op vermijdbare schade als gevolg van verkeerd medicatiegebruik door onvolledige gegevensoverdracht en zijn we tijd kwijt aan onnodige handmatige handelingen.

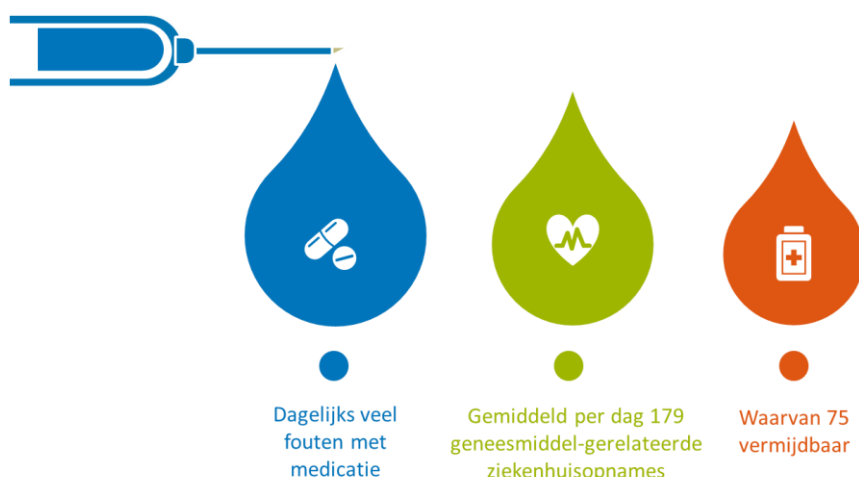
Medicatieoverdracht heeft landelijk wederom een hoge prioriteit gekregen. Het is de 1^e grote pijler van de Alliantie Medicatieveiligheid en het digitaal uitwisselen van medicatie is een van de vier 1^e prioritaire processen die door de minister benoemd zijn om bij wet vast te leggen. De richtlijn wordt opgenomen in het kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland.

Welk risico pakken we aan?

Door het ontbreken van een eenduidige aanpak voor medicatieoverdracht weten zorgaanbieders nog steeds niet tot in detail welke medicijnen en behandelingen patiënten al krijgen wanneer zij na een doorverwijzing op het spreekuur verschijnen. Actuele gegevens worden tussen zorgverleners en met patiënt onvoldoende of niet uitgewisseld, bijvoorbeeld wijzigingen in doseringen en het eerder stoppen of het gebruik van de medicatie door de patiënt. Vaak hebben zorgverleners hierdoor een incompleet beeld van de medicatie van een patiënt. Dit brengt risico's voor goede zorg met zich mee, met name voor kwetsbare patiëntengroepen. Het ontbreken van een eenduidig proces voor medicatieoverdracht kost daarnaast onnodig tijd en veroorzaakt extra lastendruk omdat iedere nieuwe zorgaanbieder waarnaar een patiënt wordt doorverwezen opnieuw een overzicht moet opstellen.

Medicatieonveiligheid

Het HARM-rapport (2006)⁸ gaf duidelijk de noodzaak aan voor een zorgvuldige overdracht van medicatiegegevens. 2.4% van alle ziekenhuisopnames bleek geneesmiddel gerelateerd. Van deze opnames werd 46% als potentieel vermijdbaar beoordeeld. Dit waren 41.000 geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames, waarvan 19000 vermijdbaar per jaar, en 75 vermijdbaar per dag. De geschatte jaarlijkse kosten hiervan bedroegen ruim 85 miljoen euro.









Figuur 5 HARM rapport 'in beelden'

⁸ Hospital Admissions Related to Medicines (HARM) - 2006

In 2008 kwam het HARM wrestling rapport⁹ uit met concrete aanbevelingen om de extramurale risico's te verminderen. In 2014 bleek uit een onderzoek van Nivel¹⁰ naar de mate van implementatie van de aanbevelingen dat er nog steeds veel te verbeteren valt o.a. gebied van overdracht van medicatiegegevens. Uit het rapport meldactie 'Veiligheid in de zorg' van de Patiëntenfederatie Nederland (2018) kwam naar voren dat van 8179 respondenten 46% ervan uit gaat dat zorgverleners op de hoogte zijn van zijn medische gegevens. 28% Was het daar een beetje mee eens.

De volgende figuur toont een aantal onderzoeken rond transfers van patiënten in en uit ziekenhuizen en in de 1^e lijn aan dat er nog steeds veel discrepanties zijn in het medicatiegebruik van patiënten. En dus nog steeds te veel kans op risico en vermijdbare schade.

Figuur 1: Farmaceutische transitiezorg, wat is er bekend

Transitie-moment	Geconstateerde problemen op basis van literatuuronderzoek	Acties bij transitiezorg aan de hand van risico-inschatting*: Medicatieoverdracht 1. verificatie 2. optimalisatie 3. documentatie 4. overdracht
 Thuis	• 81,3 % van de patiënten: medicatielijsten tussen huisarts, apotheek en patiënt komen niet overeen ¹	<i>Wat gebruikt de patiënt daadwerkelijk, welke historie moet overgedragen worden?</i>
 Opname	• Range 26-80% (mediaan 51%) van de patiënten: onbedoelde discrepanties in opnamemedicatie t.o.v. actueel medicatiegebruik ² • Risicofactoren discrepanties: ongeplande opname, aantal geneesmiddelen en (oudere) leeftijd ^{3,4} • 1,6-3,5% van de discrepanties is potentieel levensbedreigend ^{5,6}	<i>Wat gebruikt de patiënt, wat moet er veranderd worden, en waarom en welke informatie heeft de patiënt en de volgende zorgverlener nodig?</i>
 Overplaatsing	• 62% van de patiënten: minimaal 1 onbedoelde discrepantie bij transfer ⁷	<i>Zie opname</i>
 Ontslag	• Range 25-84% (mediaan 50%) van de patiënten: onbedoelde discrepanties in de ontslagmedicatielijst bv. t.g.v. discrepanties die doorlopen vanuit de opname ² • Risicofactor discrepanties: aantal geneesmiddelen ^{4,8} • 55% van de patiënten: min. 1 geneesmiddel dat in het ziekenhuis is gestart, kan gestaakt worden ⁹	<i>Wat moet de patiënt thuis gebruiken, wat is veranderd, waarom en welke volgende zorgverlener in het netwerk van de patiënt moet dit weten? Wat moet de patiënt en/of mantelzorgverlener weten?</i>
 Thuis	• Range 54-82% van de patiënten: weet niet welke medicatie gewijzigd is in het ziekenhuis en wijkt daardoor af van de ontslagmedicatie ^{10,11} • 27% van de bewust gestaakt medicatie t.g.v. van een bijwerking wordt binnen 6 maanden na ontslag herstart ¹² • Mediaan 21%, interkwartiel afstand 14-23%, van de heropnames is medicatie-gerelateerd en mediaan 69%, interkwartiel afstand 19-84%, is potentieel vermijdbaar ¹³	<i>Kan de patiënt het medicatiegebruik in het dagelijks leven inbedden? Hoe documenteren de zorgverleners in het netwerk van de patiënt de gegevens om represcripties te voorkomen?</i>
 Poliklinisch bezoek	• 83% van de patiënten: onbedoelde discrepanties in poliklinische medicatielijst t.o.v. actueel medicatiegebruik ¹⁴	<i>Zie ontslag</i>

*Risico-inschatting: op basis van risicofactoren (zie bij bovenstaande onderdelen opname en ontslag), risicomomenten (transities in de zorg), risicopatiënten (bijv. cognitief verminderd, beperkte gezondheidsvaardigheden, patiënten met een verminderde nierfunctie) en risicogeneesmiddelen (bijv. anti-epileptica, immunosuppressiva, antistolling, insulines)

Figuur opgesteld door Patty Teeuwisse, Fatma Karapinar e.a. Geaccepteerd in NTVG (manuscriptnummer D3679R2)

Figuur 6: literatuurbronnen staan in bijlage 2 vermeld.

Hoge in-efficiency door handmatige overdracht

Het ontbreken van een sluitende ICT-keten betekent dat medicatie digitaal niet beschikbaar zijn voor zorgverleners en de patiënt. Dit betekent in de praktijk dat deze gegeven niet uitgewisseld worden, meerdere keren opnieuw worden uitgevraagd en veel energie en tijd zit in het achterhalen van actuele medicatiegegevens.

⁹ HARM-WRESTLING - Een voorstel van de Expertgroep Medicatieveiligheid m.b.t. concrete interventies die de extramurale medicatieveiligheid op korte termijn kunnen verbeteren - 2008

¹⁰ Inventarisatie initiatieven medicatieveiligheid : Relatie met HARM-WRESTLING aanbevelingen, Nivel – 2014

Denk aan:

- Niet alle benodigde gegevens kunnen geregistreerd worden of niet volgens een informatiestandaard geregistreerd worden in het informatiesysteem en daardoor ook niet uitgewisseld worden, anders dan met papier, fax en/of mail. Bijvoorbeeld ziekenhuizen kunnen nog geen medicatieoverzichten digitaal versturen. Een gemiddeld ziekenhuis met ca 30.000 ontslagen per jaar print jaarlijks ca 30.000 medicatieoverzichten en geeft deze aan de patiënt of faxt deze naar zowel apothekers als huisartsen.
- Zorgverleners vragen op verschillende plekken in de keten of zelfs binnen een zorgorganisatie steeds opnieuw dezelfde gegevens uit bij de patiënt. Dit komt mede omdat zorgverleners van patiënt zijn vaak niet bekend of kunnen niet geregistreerd worden, waardoor beschikbare gegevens niet gestuurd kunnen worden en een volgende zorgverlener actief op zoek moet naar de juiste informatie. Bijvoorbeeld een patiënt wordt ontslagen uit het ziekenhuis maar de trombosedienst en de thuiszorgorganisatie zijn onbekend. Thuiszorg neemt vervolgens contact op met specialist en verpleegkundige om de juiste gegevens te achterhalen.

4 Doelstelling

De doelstelling van het programma is zodanig de keten, alle sectoren, partijen en zorginstellingen te faciliteren dat zorginstellingen kunnen voldoen aan de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten:

*Het overdragen van medicatiegegevens in het netwerk van de patiënt, zodat voorschrijvers, apothekers, en toediener op het moment van voorschrijven, ter hand stellen en toedienen binnen de keten continuïteit van zorg kunnen leveren en een verantwoorde risico-inschatting kunnen maken ten behoeve van veilige medische en farmaceutische zorg.*¹¹

Afgeleid doel is het verhogen van de efficiency in de zorgketen bij de uitwisseling van medicatiegegevens door de ingebruikname van de Informati standaard medicatieoverdracht en een infrastructuur waarover medicatiegegevens uitgewisseld kunnen worden. Deze efficiency is niet geconcretiseerd.



¹¹ Zie Bijlage 1: Herzienrichtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten

5 Scope van het programma

De scope van het programma heeft betrekking op het implementatietraject van de herziene richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' door zorginstellingen in Nederland. Hieraan is onlosmakelijk de implementatie van de bijbehorende set Informatiestandaarden Medicatieoverdracht verbonden. Instellingen moeten hiervoor zowel op zorginhoud als op de informatiestandaarden activiteiten ontplooiën.

Binnen scope

- De scope is zorgbreed, in dit plan *boven sectoraal* genoemd, om ervoor te zorgen dat alle sectoren gelijktijdig de gewenste voortgang boeken; immers, het succes van de samenwerking in de keten is afhankelijk van elke schakel.
- Doordat het de overdracht *tussen* zorginstellingen betreft, heeft het implementatietraject een focus zowel binnen een zorginstelling als tussen zorginstellingen.
- Zorginstellingen werken in een lokale en regionale setting samen, en zullen hun afspraken in de regio rondom overdracht van medicatiegegevens moeten aansluiten. Ook de regio's zijn daarom in scope van dit plan.
- De tendens is om regiogrenzen in de zorg juist los te laten, zodat de cliënt/patiënt de beste zorg kan krijgen in Nederland. Dit geldt met name voor medische behandelingen in de 2^e en 3^e lijns (woon)zorg.
- Binnen een zorginstelling in een sector werken verschillende zorgverleners, arts, apotheker, verpleegkundige, en zij hebben ieder een eigen landelijke beroepsgroep of brancheorganisatie. Deze 'sector' partijen werken samen aan de implementatie.
- Het programma heeft betrekking op de voorbereidingsfase en de implementatiefase.
- Aan het einde van het programma wijzen de betrokken partijen een aanspreekpunt namens de partijen aan voor het Zorginstituut die het beheer van de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten verzorgt.
- Softwareleveranciers van de betrokken sectoren hebben hun softwarepakketten aangepast op juist gebruik van de informatiestandaarden en ter ondersteuning van het proces dat nodig is om de medicatiegegevens op te halen, te registreren, ter beschikking te stellen en implementeren deze binnen hun gebruikersorganisaties. Er werken ca 100 softwareleveranciers mee aan deze doelstelling.

Buiten scope

- Een aantal sectoren kent zelfstandige zorgprofessionals, zoals psychiaters. Zij die niet aangesloten zijn bij een branche- of beroepsorganisatie worden niet door hen vertegenwoordigd en vallen ook niet binnen de scope van dit programma. Zij moeten echter wel voldoen aan de richtlijn en kunnen alle door het programma opgeleverde producten gebruiken om tot implementatie te komen. Ten aanzien van zorginstellingen die niet aangesloten zijn bij één van de deelnemende veldpartijen spant het programma zich in de vertegenwoordiging te contacten om te participeren in het programma.
- De aansturing van de uitvoering van de sectorale, beroepsspecifieke of regionale implementatieplannen valt buiten de scope van de programmastructuur van het masterimplementatieplan. Dat is aan regio's, beroepsgroepen of sectoren en zal veelal aansluiten bij de reguliere structuren binnen de sectoren.
- De beschikbaarheid van de basisset medicatiegegevens voor de patiënt in een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) is buiten scope: dit is ondergebracht in het reeds lopende programma Medmij¹². Echter de informatiestandaarden vormen (Medicatieproces) of zullen

¹² <https://www.medmij.nl/>

onderdeel gaan vormen (Lab2zorg en ICA) van het MedMij-stelsel waarmee de informatie kan worden uitgewisseld tussen zorgverleners en patiënt.

- De fase na de implementatiefase is niet in scope. De richtlijn wordt dan volledig geïmplementeerd verondersteld in het zorgveld.
- ICT Versnellingsprogramma's en subsidies zoals de VIPP-programma's ondersteunen de implementatie van de set Informatiestandaard Medicatieoverdracht en infrastructuren en vallen buiten de besturing van het programma Medicatieoverdracht. Het programmateam en VWS zullen bewaken dat doelstellingen gelijk zijn en elkaar versterken.

Aantal zorginstellingen en softwareleveranciers per sector in Nederland dat participeert

Sector	Aantal Zorgorganisaties	Aantal softwareleveranciers	Minimaal aantal leveranciers dat informatiestandaarden gaat ondersteunen*
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en forensische zorg	726	15	>5
Gehandicaptenzorg	421	14	4
Huisartsen	5.020	15	15
Medisch specialistische zorg	245	29	12
Mondzorg	6.650	13	>3
Openbare farmacie	1.989	6	6
Trombosezorg	44	3	3
VVT (wijkverpleging en verpleeghuiszorg)	936	15	10
Totaal	16.031	110	>58
Patiënt en cliënt	>200		25 pgo-leveranciers met kwalificatie medicatiegegevens (verwacht eind november 2019)

* exclusief leveranciers die systeem leveren dat generieke inzage biedt in medicatiegegevens.

6 Uitgangspunten en randvoorwaarden

Uitgangspunten: uniformiteit en eenduidigheid

De volgende documenten vormen de basis voor het master implementatieplan:

- Herziene richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, versie 29 augustus 2019;
- Patiëntversie van de richtlijn, versie augustus 2019;
- Set informatiestandaarden Medicatieoverdracht voor het uitwisselen tussen systemen: Medicatieproces 9, lab2zorg en ICA¹³.

Randvoorwaarden start implementatieprogramma

De inrichting van het programma kan starten nadat:

- De richtlijn en het masterimplementatieplan geaccordeerd zijn door de besturen van de betrokken partijen en de Kwaliteitsstandaard Medicatieoverdracht is ingediend bij het Zorginstituut Nederland;
- Heldere afspraken over financiering van de verschillende onderdelen zijn gemaakt tussen VWS, alle zorgpartijen, zorgverzekeraars, Nictiz;
- Alle sectoren, partijen en softwareleveranciers hebben aangegeven binnen de timeline prioriteit te kunnen geven aan het programma.

Implementeren in een keten: eenheid als basis

Samenwerking tussen zoveel zorgaanbieders en zorgverleners heeft eenheid als basis nodig in:

- 1 **Taal** in interpretatie van wetten, in patiëntkenmerken en terminologie;
- 2 **Informatiestandaarden** die de basis vormen voor de digitale uitwisseling van medicatiegegevens;
- 3 **Communicatie** naar patiënt, cliënt, burger en naar zorgverleners;
- 4 **Samenwerking** tussen sectoren en met softwareleveranciers, zodat inbouw van wijzigingen in de applicaties gerealiseerd kan worden binnen de gewenste termijn.

Focus op zowel het Zorgproces als op de Informatiestandaarden

De herziene richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten kent een aantal wijzigingen, die door elke zorginstelling geïmplementeerd moet worden. Elke zorginstelling zal daarom een eigen implementatieplan opstellen, zowel voor de zorginhoud (dat wat geïmplementeerd moet worden voor de richtlijn los van ICT en in de interim-fase) als voor de ingebruikname van geaccrediteerde software voor de informatiestandaarden en een elektronische uitwisselingsstructuur.

¹³ <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/informatiestandaard-medicatieproces/>

7 Afhankelijkheden en risico's

De volgende afhankelijkheden en risico's zijn relevant voor het programma Medicatieoverdracht:

- 1 Zorginstellingen moeten aan de slag met de implementatie van de richtlijn. Zij bepalen hun eigen tempo en jaaragenda. Het is dus van belang hen de juiste ondersteuning middels dit programma te bieden, zodat ze bereidheid en tijd hebben om aan de slag te gaan. Landelijke monitoring geeft inzicht in de mate van deelname.
- 2 Er is een onderlinge afhankelijkheid tussen alle sectoren; het programma is zo snel als de langzaamste schakel, landelijke monitoring en sturing is daarom essentieel.
- 3 Er lopen te veel onderwerpen tegelijk voor de betrokken partijen en hun achterban en er blijven steeds onderwerpen bijkomen die als 'dringend' worden gepositioneerd en daarmee concurrerend worden in de tijd. De focus en prioriteitstelling die we in alle sectoren gelijk en parallel moeten hebben is daardoor niet direct mogelijk. Met name sectoren waar medicatie een kleiner onderwerp is geven dit aan; Verpleeghuiszorg, Psychiatrische zorg, Verslavingszorg en Forensische zorg en Gehandicaptenzorg hebben volop focus op de wet Zorg en Dwang en op de problematieken in de arbeidsmarkt. Ook hier geldt dat het programma de juiste ondersteuning moet bieden. Meer regie op visie en jaarplanningen is zeer wenselijk.
- 4 Om medicatieoverdracht de juiste focus en prioriteit te geven juist ook bij de zorginstellingen is het van belang dat het onderwerp wordt verankerd in relevante bestuurlijke afspraken, zoals de Hoofdlijnenakkoorden voor Medisch Specialistische zorg, Huisartsenzorg, GGZ en bijvoorbeeld wijkverpleging, maar ook in andere landelijke afspraken tussen VWS, IGJ, Zorgverzekeraars en partijen en zorginstellingen.
- 5 Om invulling te geven aan de wens van de Tweede Kamer tot meer regie op elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgverleners, werkt VWS onder andere stapsgewijs toe naar een wettelijke verplichting om gegevens digitaal uit te wisselen: uitwisseling voor uitwisseling wordt gedigitaliseerd op basis van verplichte eenduidige afspraken over taal en techniek. Het programma 'Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg (kortweg: Gegevensuitwisseling)' stimuleert en faciliteert daarbinnen lopende ontwikkelingen waar versnelling wenselijk en binnen afzienbare termijn mogelijk is. Het (implementatie)traject Medicatieproces is een van de vier trajecten waar het programma Gegevensuitwisseling op focust.
- 6 Er zijn ca 100 softwareleveranciers betrokken in dit programma; zij zullen ieder de Informatiestandaarden moeten inbouwen. Hun tempo bepaalt de lengte van de interim-fase. Het programma Gegevensuitwisseling lijkt ook accreditatie van alle software voor leveranciers verplicht te stellen; dit is een grote extra inspanning in dezelfde periode.
- 7 Bij de uitrol van de informatiestandaarden en de infrastructuur kan het zijn dat leveranciers van die infrastructuur tijdelijk (veel) meer capaciteit beschikbaar moeten hebben om die uitrol daadwerkelijk te kunnen faciliteren. Er moet goede communicatie en afstemming zijn met deze leveranciers.
- 8 In 2020 wordt de Wet 'Aanvullende bepalingen verwerkingen persoonsgegevens in de zorg' verwacht. Deze heeft impact op de manier waarop patiënten toestemming verlenen aan zorgaanbieders om medische gegevens uit te wisselen.

- 9 De uitvoering van het programma en de implementatie door zorginstellingen kost geld. Een eerlijke en transparante financiering voor de inzet van alle sectoren en voor de implementatie door zorgaanbieders en softwareleveranciers is van belang.

8 Gerelateerde projecten en programma's

Het programma heeft relaties met meerdere andere met name digitaliseringsprojecten. Deze projecten worden hieronder beschreven. Op regelmatige basis vindt afstemming plaats met deze projecten. Daarnaast moet er steeds gekeken worden naar in beweging zijnde wet- en regelgeving.

VIPP-programma's

De VIPP-programma's bestaan uit twee of meerdere delen, tenminste: gegevensuitwisseling met de patiënt en gegevensuitwisseling tussen professionals en met de patiënt rondom medicatie. Elk deel bevat meerdere modules ofwel doelstellingen. De VIPP-programma's implementeren onderdelen van Medicatieproces v9: VIPP NVZ, VIPP ZKN en VIPP GGZ. Op dit moment zijn in ontwikkeling VIPP InZicht (ActiZ/VGN), VIPP 5 (NVZ/ZKN/NFU) en VIPP Farmacie.

Tussen het programma en de VIPP-programma's is veel afstemming zowel op programmaniveau, als voorlichting aan zorgaanbieders en leveranciers en de beoordeling van leveranciers in het kader van de VIPP-regeling. Zowel in de VIPP-programma's als ook in het programma implementatieondersteuning informatiestandaarden medicatieoverdracht wordt beproefd. De programma's versterken elkaar hier en kunnen elkaars kennis en kunde hiervoor benutten.

MedMij

MedMij maakt gebruik van de informatiestandaard Medicatieproces v9. Dat is dezelfde informatiestandaard vertaald naar FHIR. MedMij reguleert de uitwisseling tussen zorgverleners en de sector Patiënt. Met MedMij is geregeld afstemming over de toepassing van de informatiestandaarden binnen het MedMij-afsprakenstelsel en de afstemming van de planning.

Programma Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg

Op 20 december 2018 stuurde minister Bruins van VWS een brief aan de Tweede Kamer met daarin een aantal maatregelen die moeten leiden tot versnelling van en meer regie op elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgverleners. Om invulling te geven aan de wens van de kamer tot meer regie wordt onder andere stapsgewijs toegewerkt naar een wettelijke verplichting om gegevens digitaal uit te wisselen: uitwisseling voor uitwisseling wordt gedigitaliseerd op basis van verplichte eenduidige afspraken over taal en techniek. Daarbij worden bijvoorbeeld bouwstenen vastgesteld die verplicht moeten worden gebruikt. Medicatieoverdracht is één van de vier fundamentele programma's voor het Informatieberaad Zorg zoals benoemd in de derde brief van de minister op 12 juli. Het digitaal recept is het onderdeel van medicatieoverdracht waarbij het wettelijk traject beproefd wordt.

9 Drie fases en de timeline

Doorlooptijd van het programma is drie jaar. Er wordt gestreefd naar start per 1 januari 2020. Doorlooptijd tot aan laatste start brede uitrol van de informatiestandaarden is ca 3 jaar. De doorlooptijd van de implementatie is 3 tot 5 jaar zorgbreed.

Nadat het programma is ingericht, zijn er drie fases te onderscheiden:

- 1 Voorbereiding implementatie
- 2 Implementatie door zorginstellingen
- 3 Implementatie is afgerond, de richtlijn wordt nageleefd

Fase 3 is zoals gezegd buiten scope.

Zowel de module zorg als informatiestandaarden kennen deze fasering, echter de activiteiten verschillen van de eerste twee fases. Op de volgende pagina worden fases en planning weergegeven. Hieronder worden beide kort toegelicht.

Module Zorg

- 1 **Vorbereiding implementatie door elke sector** In deze fase worden alle zorginhoudelijke acties uit het implementatieplan uitgewerkt naar duidelijke handvatten voor de zorginstellingen van die sector waarmee zij de daadwerkelijke implementatie in hun praktijk kunnen vormgeven. Deze fase start officieel na bestuurlijke accordering van richtlijn en implementatieplan en wordt gecoördineerd en uitgevoerd door de sector zelf. Verwachte periode voorbereiding zorginhoudelijke handvatten: doorlooptijd 7 maanden
- 2 **Implementatie herziene richtlijn en transitie naar werkende ICT in een interim-fase** van ca drie jaar, waarin tegelijkertijd de transitie plaatsvindt naar elektronische uitwisseling, maar deze nog niet optimaal is. In deze fase implementeren zorginstellingen de nieuwe zorginhoud, sluiten ze aan in regionale verbanden en committeren zich aan de regionale afspraken. Op basis van de digitale uitwisselingmogelijkheden die stap voor stap beschikbaar komen passen zij waar nodig de implementatieafspraken aan met hun zorgpartners totdat digitale uitwisseling compleet is. Periode voor implementatie zorginhoudelijke wijzigingen: ca 24 maanden, waarbij opgemerkt moet worden dat zorginstellingen het tempo zelf bepalen.
- 3 **Definitieve periode, waarin de richtlijn is geïmplementeerd en elektronische uitwisseling optimaal is.** In deze fase is het grootste deel van alle ICT opgeleverd en werken zorginstellingen in de optimale situatie: digitale uitwisseling is mogelijk bij start van de behandeling en bij het afronden van de behandeling van de patiënt. ICT wordt zsm na bestuurlijke accordering uitgerold en komt bouwsteen voor bouwsteen beschikbaar al in de interim-fase.

Module Informatiestandaarden

De (onderdelen van) de informatiestandaarden worden niet in één keer geïmplementeerd. Hiervoor is een stappenplan ontwikkeld. Per stap wordt de fasering gehanteerd.

- 1 **Vorbereiding implementatie**
De voorbereiding van de implementatie bestaat bij de implementatie van de informatiestandaarden uit de volgende verdere indeling:
 - a *Basisontwikkeling door leveranciers* – voor de basisontwikkeling en de aanpassing van hun systemen is voor de leveranciers tijd ingericht omdat een degelijke aanpassing in het begin het verder ontwikkelen voor de volgende stappen versneld;

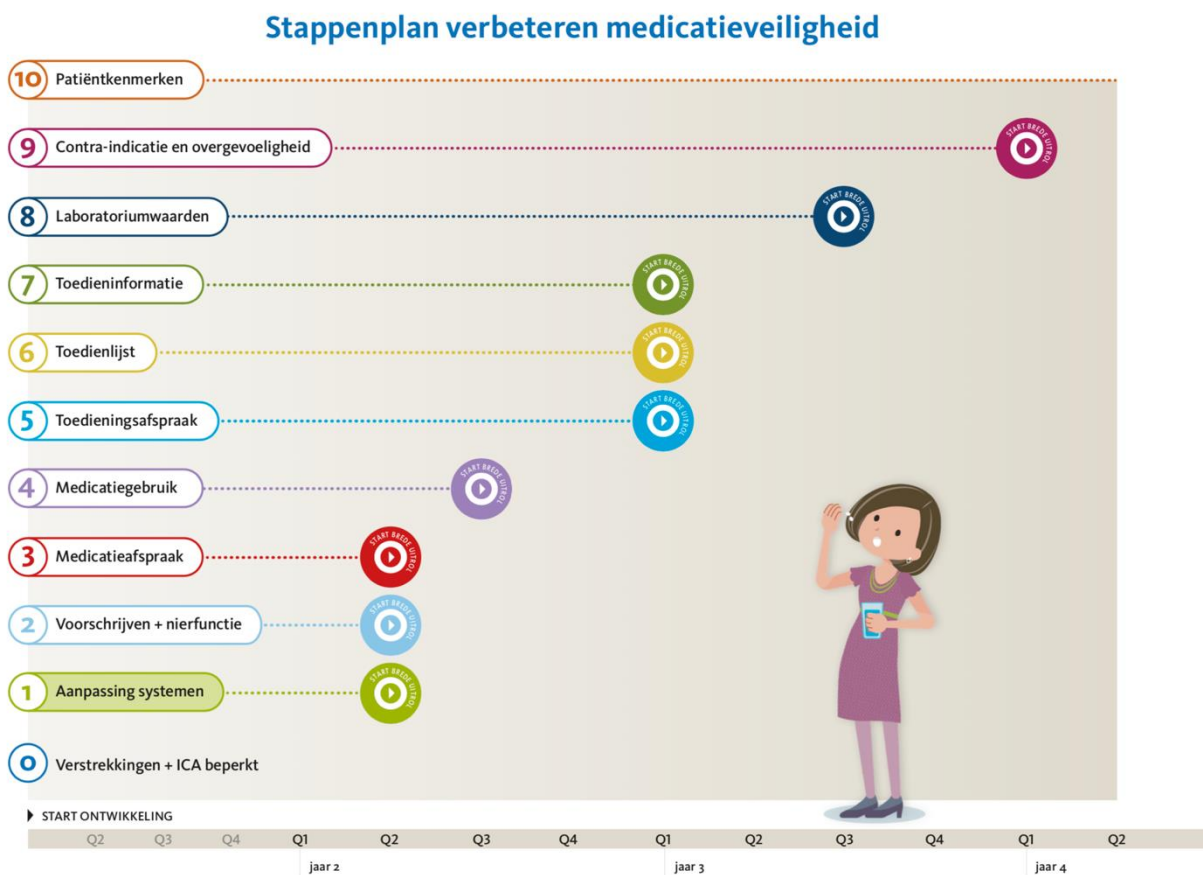
- b *Vorbereiding uitrol door zorginstellingen en leveranciers* – sectoren, zorgaanbieders en leveranciers werken aan het toepassen van de standaard per sector, (door)ontwikkeling door leveranciers, testen, kwalificatie, acceptatie en gebruikerstesten;
- c *Eerste begeleide implementatie* – de eerste partijen (zorgaanbieders en leveranciers) starten met werken volgens de herziene medicatierichtlijn en bijbehorende informatiestandaard. Een half jaar later (per stap uit het stappenplan verbeteren medicatieveiligheid) start de brede uitrol in het volledige zorgveld.

2 **Implementatie door zorginstellingen**

Bij de start van de brede uitrol zijn ICT-systemen gereed voor zorgaanbieders om de functionaliteit in gebruik te nemen. Niet alle zorgaanbieders starten op dat moment met de implementatie. Ook hier zal per sector een gefaseerde ingebruikname gehanteerd worden. Naar verwachting duurt de totale implementatiefase per stap twee tot vijf jaar zorgbreed. Sommige sectoren zullen langer de tijd nodig hebben om de mijlpalen te bereiken. De planning per sector wordt beschreven in de sectorplannen.

3 **Implementatie is afgerond, de richtlijn wordt nageleefd**

Deze fase is gelijk aan de module Zorg.



		jaar 1				jaar 2				jaar 3				jaar 4				jaar 5							
STAP		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4				
zorg		voorbereiding		interim-fase				migratie naar ICT																	
		voorbereiding				interim-fase				migratie naar ICT															
informatiestandaarden	1	basisontwikkeling door leveranciers																							
	2	voorbereiding		1e beg. uitrol		brede uitrol																			
	3									brede uitrol															
	4									brede uitrol															
	5									brede uitrol															
	6									brede uitrol															
	7									brede uitrol															
	8													brede uitrol											
	9																	brede uitrol							

- basisontwikkeling door leveranciers
- voorbereiden uitrol
- eerste begeleide uitrol
- brede uitrol
- migratie naar ICT

Figuur 7: Fasering en planning implementatie Zorg en Informatiestandaarden

10 Activiteiten en resultaten

Boven sectoraal

Artikelen uit de richtlijn die voor alle sectoren gelden en dus boven sectoraal zijn, zijn door de procesbegeleider vertaald naar implementatie hulpmiddelen en naar bijbehorende acties met behulp van experts. Het betreft de artikelen die betrekking hebben op toestemming en privacy, kwetsbare patiënt en cliënt en communicatie naar patiënten en cliënten. Deze instrumenten worden ontwikkeld in de voorbereidingsfase 1 en worden voor de implementatiefase 2 opgeleverd.

Module Zorg

De richtlijn brengt een aantal nieuwe taken en/of proceswijzigingen met zich mee. Deze zal elke instelling moeten invoeren in haar proces en dagelijkse praktijk. Voor deze zorginhoudelijke aanpassingen maakt elke sector een compacte toolkit of handreiking, die voor die sector relevante toelichtingen, uitwerkingen en handvatten bevat om de wijzigingen in de herziene richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten eenduidig te kunnen interpreteren en makkelijker uit te kunnen voeren. De 'module zorg'. In deze module zijn ook de boven sectorale activiteiten opgenomen die tot implementatie-instrumenten leiden die voor elke sector gelden.

Module Informatiestandaarden

Voor de elektronische uitwisseling zal elke zorgaanbieder zich voorbereiden op de ingebruikname van software die de informatiestandaarden heeft ingebouwd en een infrastructuur waarover de gegevens worden uitgewisseld. Tegelijkertijd bouwen de leveranciers de informatiestandaarden in en worden daarop getoetst. Een uitvoeringsorganisatie ondersteunt zowel de zorgaanbieders als de leveranciers bij de activiteiten en organiseert testen en de eerste begeleide uitrol.

Focus Module Zorg

WAT: ZORGINHOUELIJK
Basisset en aanvullende medicatiegegevens
Rol patiënt vergroot en explicieter
Risico-inschatting en mate van verificatie
Zorgproces consult, opname, poli, ontslag
Zorginstelling, kwetsbare patiënt, trombose
Toedienen en toediener
Regionale afspraken

Focus Module Informatiestandaarden

HOE: ELEKTRONISCHE GEGEVENSUITWISSELING		
Set Informatiestandaarden Medicatieoverdracht		
Medicatie Proces (v9)	Lab2zorg	ICA
Zorginstelling maakt gebruik van de zorgapplicatie		
Zorgapplicatie ondersteunt proces, registratie en uitwisseling		
Infrastructuur & randvoorwaarden voor uitwisselen		

10.1 Boven sectorale onderwerpen

10.1.1 Toestemming en privacy

Waarborging van de privacy van de patiënten en beveiliging van de medicatiegegevens bij de (elektronische) uitwisseling tussen zorgverleners zijn belangrijke aandachtspunten bij medicatieoverdracht.

De richtlijn besteedt duidelijke aandacht aan de wet- en regelgeving rondom privacy, het verlenen van toestemming, het verlenen van zorg met en/of zonder toestemming, inzagerecht van de patiënt/cliënt en het feit dat een patiënt/cliënt een wettelijk vertegenwoordiger kan hebben. De KNMP, GGZ Nederland en de VGN hebben vanuit juridisch perspectief tekstvoorstellen gedaan die vervolgens verwerkt zijn.

Hoewel sectoren hebben aangegeven dat zij, op een enkele partij na, geen uitwerkingen en/of handvatten ter beschikking hoeven te stellen, omdat zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor het naleven van de wet en er voldoende informatiebronnen zijn waar instellingen en zorgverleners actuele informatie kunnen halen, zal in de voorbereidingsfase toch door twee senior juristen gekeken worden welke informatiebronnen aangemerkt zullen worden als praktische en juist. Bekeken worden de volgende informatiebronnen:

- 1 www.lkgeeftoestemming.nl
- 2 www.volgjezorg.nl/toestemming
- 3 Voorlichtingsfolder%20Volgjezorg_print.pdf
- 4 Brochure: Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg:
www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2017/06/01/elektronische-gegevensuitwisseling-in-de-zorg
- 5 www.patientenfederatie.nl/themas/medische-gegevens-uitwisselen/
- 6 www.consumentenbond.nl/juridisch-advies/zorg-zorgverzekering/medisch-dossier/medische-gegevens-delen
- 7 <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/gezondheid/zorgverleners-en-de-avg>
- 8 www.knmg.nl/advies-richtlijnen/artseninfolijn/praktijkdilemmas-1/praktijkdilemma/mag-ik-medische-gegevens-delen-zonder-toestemming-van-de-patient.html
- 9 Juridisch kennisdocument Toestemming bij elektronische gegevensuitwisseling (Versie 1.0 - 9 augustus 2019) van medische gegevens

Juristen hebben tevens aangegeven dat op moment van schrijven van dit plan de KNMG, ActiZ, GGZ Nederland, InEen, LHV, Patiëntenfederatie Nederland, KNMP, Nictiz, NVZ, Zorgverzekeraars Nederland en VWS werken aan het project Gespecificeerde Toestemming. In dit project wordt de haalbaarheid onderzocht van het invoeren van de eis van 'gespecificeerde toestemming'. Die eis wordt op grond van de Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens van kracht in 2020. Indien deze eis van kracht wordt, dan zal deze in de richtlijn opgenomen moeten worden en zullen zorgaanbieders aan deze wet moeten gaan voldoen. De verwachting is dat door de projectgroep Gespecificeerde Toestemming tevens bijpassend informatie- en implementatie-materiaal ter beschikking zal komen.

Het programmteam zal op dat moment opnieuw advies vragen aan de twee senior juristen over eventueel benodigde aanpassingen in de richtlijn en advies of er extra informatiemateriaal beschikbaar moet worden gesteld.

10.1.2 Kwetsbare patiënt, terzake wilsonbekwaam en wettelijk vertegenwoordiger

In de richtlijn zijn de volgende onderwerpen cq begrippen nieuw opgenomen: de kwetsbare patiënt, terzake wilsonbekwaam en wettelijk vertegenwoordiger. De 'sector' patiënt- en cliëntverenigingen zullen onder regie van het programmteam waar nodig uitwerking geven aan de begrippen kwetsbare patiënt, gezondheidsvaardigheden, terzake wilsonbekwaam, wettelijk vertegenwoordiger. Vervolgens zullen zij informatie en/of scholing ontwikkelen en selecteren voor zorgverleners die dat nodig hebben om beter in staat te zijn om deze patiënten te herkennen, identificeren en weten wat ze extra moeten doen om tot goede communicatie te komen. Zij gebruiken hierbij zoveel mogelijk de bestaande handreikingen van de KNMG en Verenso. Ze zullen de ontwikkelde materialen presenteren in een sessie aan vertegenwoordigers van elke sector (artsen en apothekers).

10.1.3 Landelijke formats en uitspraken ontwikkelen

Die hulpmiddelen die door meerdere sectoren zijn opgenomen, zullen ook boven sectoraal ontwikkeld worden onder regie van het programmteam. De uren voor zorgprofessionals zijn reeds opgenomen in de relevante sectorplannen. Het betreft:

- het landelijke format voor patiëntvriendelijk medicatieoverzicht;
- uitspraken over aansprakelijkheid van artsen;

- concretisering welke gestopte medicatie klinisch relevant is om uit te wisselen bij ontslag uit een instelling.

10.1.4 Implementatiestrategie: regionale aanpak

Zorginstellingen werken in een lokale en regionale setting samen, en zullen hun afspraken in de regio rondom overdracht van medicatiegegevens moeten laten aansluiten. Ook dit is opgenomen in de richtlijn. Deze afspraken zijn nu al vaak vastgelegd in regionale convenanten. Zoals gezegd zijn ook de regio's daarom in scope van dit plan. De tendens is echter om regiogrenzen in de zorg juist los te laten, zodat de cliënt/patiënt de beste zorg kan krijgen. Dit geldt met name voor medische behandelingen in de 2^e en 3^e lijns (woon)zorg.

Sectoren geven aan geen zicht te hebben op de mate waarin instellingen deelnemen aan regionale convenanten. Dat is echt iets wat vanuit zorginstellingen zelf geregeld wordt. Er is geen centraal overzicht. Wel is duidelijk dat het per regio heel verschillend geregeld is of kan zijn en dat een aantal regio's sterk is ontwikkeld. In dit plan bedoelen we met regio's die regionale gebieden die afspraken over het uitwisselen van medicatiegegevens (al dan niet digitaal) hebben gemaakt en vastgelegd in een convenant. In bijlage 7 vind je een overzicht van alle (bekende) regio's die een convenant medicatieoverdracht hebben.

Het programmteam brengt in de voorbereidingsfase alle georganiseerde regio's in kaart en informeert de trekkers van die regio's centraal over de wijzigingen in de richtlijn, Informatie-standaarden en de in ontwikkeling zijnde implementatie-instrumenten. In het kort verzorgt het programmteam:

- Een netwerk op van coördinatoren (trekkers) van regionale samenwerkingsverbanden, spreekt hen en vraagt uit welke regio's goed functioneren en wat daar succesfactoren zijn. Welke structuur wordt gehanteerd en welke kosten hangen eraan? Alle goede voorbeelden worden gecommuniceerd met andere regio's;
- Een inventarisatie en analyse van de regionale 'zorg' convenanten en beoordeelt of deze voldoen aan de herziene richtlijn. Goede voorbeelden worden gedeeld met betreffende sectoren en andere regio's;
- Bijeenkomsten voor alle regio coördinatoren, waarin zij hen:
 - Eenduidig informeren over de wijzigingen in de herziene richtlijn en hoe deze geïnterpreteerd cq toegepast moeten worden;
 - In gesprek gaan over de activiteiten die zeker in de interim fase zullen moeten worden geïmplementeerd, ondanks dat er geen ICT is. Er wordt extra aandacht gevraagd voor risicovolle momenten zoals ontslag uit het ziekenhuis, de passant en voor het feit dat de basisset nog een tijd niet compleet zal zijn;
- Gesprekken over de aanpassingen die regio's moeten doorvoeren en over de ingebruikname van de set informatiestandaarden Medicatieoverdracht.

10.1.5 Leveranciersstrategie

De wijze van aansturing van de leveranciers wordt nog bepaald. De financieringsafspraken voor de bouw van de informatiestandaarden geeft richting aan de strategie voor ontwikkeling en realisatie door de leveranciers. De zorgaanbieders, al dan niet vertegenwoordigd in een gebruikersvereniging, zijn de klanten en opdrachtgevers van de leveranciers. De uitvoeringsorganisatie verzorgt implementatieondersteuning en organisatie van de testen en eerste begeleide implementatie uitvoert. De zorgaanbieders en uitvoeringsorganisatie werken samen aan de aansturing van de leveranciers. De uitvoeringsorganisatie onderhoudt nauwe contacten met de belangenbehartigers van de leveranciers zoals OIZ en NedXIS en het leveranciersmanagement van andere programma's en VWS.

11 Besturing programma

Het programma medicatieoverdracht is een gezamenlijk initiatief van de partijen in de zorg die de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten bestuurlijk hebben onderschreven, hiertoe ondersteund door VWS. Er is geen sprake van een direct opdrachtgeverschap door één aan te wijzen partij. Omdat het primair de uitwisseling van (medicatie)gegevens tussen zorginstellingen in verschillende sectoren betreft, vergt de invoering van de maatregelen een geïntegreerde, zorgbrede aanpak en daarmee een zorgbreed eigenaarschap van alle zorgpartijen.

Partijen hebben aangegeven in woord en deelname zich ook *eigenaar* te voelen van dit programma en als eigenaars spreken de 24 partijen gemeenschappelijke doelen en ambities uit, voelen ze zich verantwoordelijk voor het programma, besturen zij het programma en zorgen zij voor een aanspreekpunt namens partijen voor het ZIN.

11.1 Betrokkenen

Partij: een beroepsorganisatie, wetenschappelijke vereniging of brancheorganisatie die de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten heeft onderschreven en wiens achterban de richtlijn zal implementeren. ZN en Patiëntenfederatie Nederland zijn ook partijen, maar hoeven niet zelf te implementeren.

Sector: Een samenwerking van zorgpartijen die binnen een type zorginstelling samen de zorg verlenen aan de patiënt of cliënt. Voor sectoren is gekeken naar de indeling die de IGJ¹⁴ hanteert en de partijen die de richtlijn hebben onderschreven. De daaruit resulterende sectorindeling is hieronder weergegeven:

- 1 Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en forensische zorg: GGZ NL, V&VN, KNMP, NVZA
- 2 Gehandicaptenzorg: VGN, ActiZ, V&VN, NVAVG, KNMP, NVZA
- 3 Huisartsenzorg: NHG, LHV, LHV apotheekhoudend, Ineen
- 4 Medisch specialistische zorg: NVZ, NFU, ZKN, FMS, NVZA, V&VN
- 5 Mondzorg: KNMT
- 6 Openbare farmacie: KNMP, Napco, ASKA
- 7 Trombosezorg: FNT
- 8 VVT (wijkverpleging en verpleeghuiszorg): ActiZ, ZorgthuisNI, Verenso, V&VN, KNMP, NVZA

Patiënten- en cliëntenvertegenwoordigers Patiëntenfederatie Nederland, MIND en Ieder(in) zijn betrokken bij een of meerdere sectoren en lezen mee en werken mee waar noodzakelijk.

Zorginstelling of zorgaanbieder: Een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener in de zin van de WKKGZ¹⁵. Elke zorginstelling zorgt ervoor dat in zijn praktijk conform de richtlijn wordt gewerkt.

Regio: Een aaneengesloten geografisch gebied waarin zorgverleners verenigd zijn, ofwel om hun gezamenlijke belangen te dienen ofwel om hun zorg en digitale ondersteuning van die zorg voor de patiënt gezamenlijk vorm te geven. Er is in Nederland voor de zorg geen vaste regio-indeling, die geldt voor elk type zorgverlener. Huisartsen werken in districten, ziekenhuisapothekers in regio's en voor andere partijen liggen de grenzen weer anders. VZVZ hanteert voor het LSP 44 regio's. In dit plan bedoelen we de regio's die afspraken over het uitwisselen van medicatiegegevens (al dan niet digitaal) hebben gemaakt en vastgelegd. In bijlage 7 vind je een overzicht van alle (bekende) regio's

¹⁴ Bron: <https://www.igj.nl/zorgsectoren>

¹⁵ Begrippenlijst herziene richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten – bron Wkkgz.

die een convenant voor medicatieoverdracht hebben. In de voorbereidingsfase zal tot een definitieve regio-indeling worden gekomen.

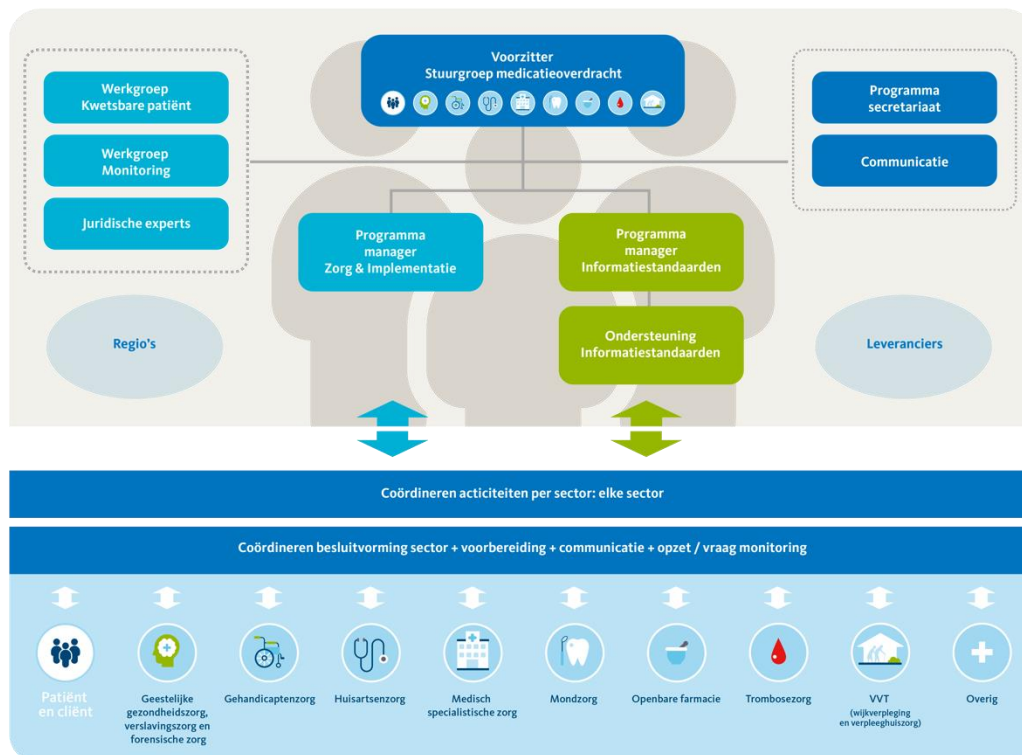
Boven sectoraal: Duidt op de gezamenlijke besturingslaag van alle sectoren tezamen. Alle betrokken sectoren en daarin functionerende partijen committeren zich aan het implementatieplan, en hebben daarmee samen een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor gelijktijdige uitvoering van dit plan. Boven sectoraal wordt sturing gegeven en wordt bewaakt op samenhang van het plan van elke sector met het boven sectorale plan en wordt voortgang gezamenlijk gestuurd en bewaakt.

11.2 Programmastructuur

Binnen de programmastructuur zijn de volgende entiteiten aanwezig:

- Stuurgroep;
- Programmteam;
- Specifieke werkgroepen.

Deze worden in onderstaand schema weergegeven en na het schema afzonderlijk besproken, inclusief de overlegstructuur. In bijlage 18.4 zijn taken en verantwoordelijkheden per programma entiteit en per teamlid verder uitgeschreven, evenals de profielen die de rollen hebben.



Stuurgroep medicatieoverdracht

In de stuurgroep weten alle partijen zich vertegenwoordigd. Deze stuurgroep bestaat uit een vertegenwoordiger van iedere sector, een vertegenwoordiger van de Patiëntenfederatie Nederland namens de patiënten en cliënten, een vertegenwoordiger van VWS en een onafhankelijk voorzitter. Het Zorginstituut Nederland neemt als waarnemer deel. De stuurgroep wordt ondersteund door het programmteam. Kernverantwoordelijkheid is voortgang bewaken, bijsturen waar nodig, afstemming verzorgen met relevante gremia en het beheer over de richtlijn voeren. Deelnemers voldoen aan het stuurgroep profiel en zijn door hun sectorgroep gemandateerd om punten in te brengen en standpunten te verwoorden.

Kern van het profiel is dat er op voldoende inhoudelijk niveau discussies op planniveau kunnen plaatsvinden. Ieder lid heeft één vervanger. Alle documenten worden naar beide personen gestuurd. Iedere vertegenwoordiger stemt met zijn sector af, en binnen elke sector met de besturen van de partijen in die sector.

Landelijke werkgroepen

Er worden boven sectoraal werkgroepen samengesteld voor zowel de algemene onderwerpen in het MIP als voor de zorgbrede aspecten van de zorgprocessen en de informatiestandaarden. De volgende werkgroepen zijn reeds voorzien en verwerkt in het activiteitschema. Deelname van bureaumedewerkers en/of zorgprofessionals is in alle sectorplannen opgenomen. Het betreft:

- **Monitoring:** voorbereiden van voorstellen voor de monitoring van de implementatiefase en de fase na implementatie waarin het meetinstrument de naleving van instellingen weergeeft. Er is een vertegenwoordiger van elke sector, een projectmedewerker monitoring. De werkgroep wordt voorgezeten door de programma manager Zorg en ondersteund door de programmasecretaris. De uitvoeringsorganisatie Informatiestandaarden geeft input.
- **Juridisch:** de wetgeving rondom toestemming blijkt enorm ingewikkeld. Op basis van de wensen van de sectoren worden twee senior juristen gevraagd op basis van alle informatiebronnen die er zijn te komen tot benoemen of maken van eenduidige hulpmiddelen voor alle zorginstellingen.
- **Kwetsbare patiënt:** op basis van de in de sectorplannen aangegeven behoefte voor ondersteuning van zorgverleners bij het omgaan met kwetsbare patiënten, zullen in samenwerking met Patiëntenfederatie Nederland, MIND en Ieder(in) tools worden geselecteerd en indien nog niet aanwezig worden ontwikkeld.

Grote bijeenkomsten om alle betrokkenen te informeren en kennis te laten delen

Alle betrokkenen, die ook tijdens de herziening van de richtlijn en het opstellen van het implementatieplan hebben meegewerkt en ook tijdens de looptijd van het programma meewerken, blijven geïnformeerd in de ondertussen bekende 'grote bijeenkomsten medicatieoverdracht' die jaarlijks eenmaal wordt georganiseerd. Doel is voortgang bespreken en draagvlak toetsen.

Programmamateam

Er is een programmamateam, dat uitvoering geeft aan de boven sectorale onderwerpen van het implementatieplan en borgt dat er een goede verbinding is met en tussen de uitvoering van de verschillende sectorale plannen Zorg en sectorale plannen Informatiestandaarden.

De leden van het programmamateam zijn waar nodig vraagbaak voor alle betrokkenen in het programma, externen en geïnteresseerden. Het programmamateam heeft twee 'poten':

- Het team voor de module Zorg;
- Het team voor de module Informatiestandaarden.

Beide teams worden geleid door een programmamanager. Beide programmamanagers zijn standaard aanwezig bij de vergaderingen van de stuurgroep, andere leden van het programmamateam zo nodig op afroep.

De programmamanager Zorg is zowel verantwoordelijk voor de voorbereiding en implementatie-ondersteuning van de niet-ICT gerelateerde verantwoordelijkheden uit de richtlijn als het bewaken van de voortgang daarvan. Deze begeleidt tevens de boven sectorale werkgroepen kwetsbare patiënt en monitoring en de ondersteuning van de regio's op zorginhoudelijke aspecten van de richtlijn.

De programmamanager Informatiestandaarden is verantwoordelijk voor de implementatie-ondersteuning en monitoring van de voortgang van sectoren (regio's) en leveranciers voor de

implementatie van de informatiestandaarden en de organisatie van de laboratoriumtesten, praktijktest en eerste begeleide implementatie van de informatiestandaarden.

Sectoraal: elke sector verzorgt zelf afstemming, mandatering en bestuurlijke besluitvorming binnen de sector

Elke sector heeft een vertegenwoordiger voor de stuurgroep gekozen en haar mandaat gegeven, en een eigen sectorale overlegstructuur vormgegeven. Binnen deze overlegstructuur maken partijen concrete afspraken over commitment, besluitvorming en bestuurlijke accordering. De organisatie van sectoroverleggen en de bijbehorende tijdsbesteding is aan de sector zelf. Elke sector zorgt zelf voor de coördinatie van de activiteiten in de voorbereidingsfase en de interim-fase. De programma-managers houden direct contact met deze trekkers of coördinatoren. Indien nodig zullen zij afstemmingsoverleggen organiseren tussen de sectoren.

Partijen leveren steeds jaarlijks een globaal overzicht aan van hun bestuurlijke processen en de frequentie van vergadering binnen deze bestuurlijke processen, zodat eventuele door besturen te nemen beslissingen tijdig kunnen worden voorbereid en gepland.

Regio's

Elke regio weet op juiste wijze de herziene richtlijn te interpreteren en te vertalen naar haar eigen convenant, waarin alle zorginstellingen gaan deelnemen.

11.3 Escalatieprocedure en afhandelen knelpunten

Dit programma is een samenwerkingsprogramma, met als basis de richtlijn en een implementatieplan waaraan alle partijen zich hebben gecommitteerd. Dit plan beschrijft de visie, het plan van aanpak, de inzet van mensen en middelen in alle sectoren en biedt daardoor dezelfde informatie en helderheid aan elke deelnemende partij. Middels een goede overlegstructuur, met tijdige verzending van documenten, accurate verslaglegging en een houding van vertrouwen en transparantie is het mogelijk om binnen de stuurgroep alle zaken, risico's, knelpunten en standpunten open en grondig te bespreken.

Ten aanzien van de voortgang zal aan de volgende gremia structureel en gestructureerd gerapporteerd worden over voortgang en over eventuele knelpunten:

- 1 De stuurgroep; als eerste verantwoordelijk voor het oplossen van knelpunten;
- 2 Het Informatieberaad Zorg over de voortgang van de implementatie van de medicatieoverdracht in aansluiting bij outcomedoel 1, de focus ligt hierbij op de module Informatiestandaarden;
- 3 De Alliantie Medicatieveiligheid over de voortgang van de module Zorg;
- 4 Het Zorginstituut Nederland op basis van de monitorafspraken binnen dit programma.

Toch kunnen er in de loop van het programma knelpunten ontstaan, die een andere oplossingsroute nodig hebben. Een escalatieroute. Hieronder een korte samenvatting van de onderdelen, de hele escalatieprocedure staat in bijlage 5 beschreven.

Agree-to-disagree en transparantie bij knelpunten

Bij de inrichting van het programma maken we afspraken over de escalatieprocedure, die ervoor moet zorgen dat bij hick-ups van welke aard dan ook binnen de scope van het programma tot een gedragen oplossing kan worden gekomen.

Zo is vanaf de start duidelijk op welke wijze geëscaleerd wordt. Hierbij worden de uitgangspunten "agree-to-disagree" en "transparantie" gehanteerd: betrokkenen zijn het eens dat er een meningsverschil of probleem is en welke route wordt gevolgd om dat op te lossen. Bij escalaties kan gezag, senioriteit en commitment worden ingezet van alle sectoren en van alle partijen.

Het programma kent twee soorten afhandelingsroutes:

- Functionele oplossing of escalatie; gericht op onvoorziene extra inzet van experts of extra geld, capaciteit;
- Hiërarchische oplossing of escalatie; gericht op knelpunten die buiten bevoegdheid gaan van de stuurgroep.

Elke escalatie heeft de eigen unieke aandacht nodig en krijgt een uitwerking op maat. In alle gevallen wordt aan de stuurgroep gerapporteerd. De voorzitter heeft de verantwoordelijkheid elke stap te begeleiden en een besluit te nemen.

De escalatieprocedure gaat niet over implementaties binnen instellingen. Hoewel programmaleden en stuurgroepleden gesprekken kunnen aangaan met instellingsbestuurders hebben zij geen gezag om hen 'aan te spreken'.

12 Monitoring op voortgang en implementatie

Monitoring geeft enerzijds de mogelijkheid tot inzicht en (bij)sturen op de voortgang van boven sectorale onderwerpen en de voortgang per sectorplan en anderzijds op de daadwerkelijke implementatie door zorgaanbieders, door regio's en door softwareleveranciers. Voor het eerste ontwikkelt het programma een eigen voorstel. Voor de fase waarin de richtlijn is geïmplementeerd ontwikkelt het programmateam het meetinstrument op basis van de criteria die het Zorginstituut Nederland stelt aan meetinstrumenten voor de straks in het kwaliteitsregister opgenomen kwaliteitsstandaard Medicatieoverdracht.

Monitoring voorbereidingsfase

Zorg: Zowel boven sectoraal als per sector wordt gemonitord op de oplevering van de implementatie-instrumenten die voor de achterbannen ontwikkeld worden. Basis hiervoor zijn alle sectorale plannen. Uit deze plannen wordt een rapportagematrix opgesteld met opleverproducten waarbij middels kleuren de status wordt aangegeven: groen = gereed | Oranje = gestart | rood = niet gestart maar op schema | blauw = ligt achter op schema. Het programmateam stelt deze monitor op. Data wordt aangeleverd door de sectoren.

Informatiestandaarden: Per stap van het stappenplan wordt gemonitord op:

- Uitwerking toepassing van de standaarden per sector;
- Voorbereiding door organisaties (o.a. scholing);
- Ontwikkeling door leveranciers;
- Stand van zaken van testen (technisch, acceptatie- en gebruikerstest);
- Stand van zaken van kwalificaties.

Tijdens de eerste begeleide uitrol gaan de eerste partijen (zorgaanbieders en leveranciers) starten met werken volgens de nieuwe richtlijn en de bijbehorende informatiestandaard. Bij de eerste begeleide uitrol wordt vanuit de informatiestandaarden gemonitord op wat de ervaringen zijn met het daadwerkelijk implementeren van de stappen uit het stappenplan in de praktijk. De input voor de monitoring komt zowel van de sectoren (zorgaanbieders) zelf als vanuit de uitvoeringsorganisatie.

Monitoring interim fase

Zorg: Monitoring op mate van implementatie vindt plaats middels een simpel en visueel dashboard en met zoveel mogelijk gebruik van reeds bestaande indicatoren en parameters. Er wordt gekeken naar VIPP-programma's en kwaliteitsprestatie-indicatoren. Sectoren geven aan een zo licht mogelijke vorm van monitoring na te streven, die zoveel mogelijk aansluit bij hun huidige instrumenten en methoden.

Dit dashboard wordt in de voorbereidingsfase ontwikkeld door het programmateam op basis van een inventarisatie van bestaande instrumenten en de criteria van het zorginstituut, samen met vertegenwoordigers van de sectoren en de regio coördinatoren. Het voorstel wordt geaccordeerd door de stuurgroep.

Het programmateam zorgt voor ontwikkeling van het dashboard en stelt per sector een aanleveraanpak op. Er wordt gekeken of er een enquête tool voor eenduidige uitvraag bij alle zorginstellingen nodig is die ook snelle ondersteuning bij genereren rapporten ondersteunt. Er wordt tevens een besluit genomen op welk publiek medium het dashboard altijd inzichtelijk is gedurende de looptijd van het programma. Data wordt vervolgens aangeleverd door de zorginstellingen en regio's (al dan niet via de sectoren).

Informatiestandaarden: Na de eerste begeleide implementatie start de brede uitrol voor het volledige zorgveld. Zorgaanbieders worden gemonitord op de ingebruikname van de

informatiestandaarden volgens de planning van het stappenplan. Het programma rapporteert de voortgang van de implementatie van de informatiestandaarden aan het Informatieberaad Zorg onder outcomedoel 1, Medicatieveiligheid.

Monitoring na afloop programma

Het programmateam draagt de laatste rapportage van de monitoring en de monitoraanpak over aan het Zorginstituut, die het in haar reguliere werkwijze inbedt en publicatie verzorgt op www.zorginzicht.nl.

Transparantiekalender Zorginstituut Nederland

Zorgaanbieders zijn volgens de Zorgverzekeringswet verplicht om gegevens over de kwaliteit van de geleverde zorg aan te leveren aan het Zorginstituut Nederland. Het zorginstituut heeft de wettelijke taak om informatie te publiceren over de geleverde kwaliteit van zorg. Sinds 1 april 2014 zijn de verplichte kwaliteitsindicatoren die zorgaanbieders moeten aanleveren opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Welke informatie moet worden aangeleverd staat op de Transparantiekalender.

Professionals kunnen het Register en de Transparantiekalender raadplegen via www.zorginzicht.nl. Het Zorginstituut benadrukt dat de indicatorsets (inclusief eventuele oplegger) op www.zorginzicht.nl leidend zijn ten opzichte van sets die eventueel op andere websites gepubliceerd worden. De ontvangen kwaliteitsinformatie wordt door het Zorginstituut herschreven en geplaatst op KiesBeter in een publieksvriendelijke versie.

13 Communicatie

Effectieve communicatie en dialoogvoering zorgen voor een positieve houding en urgentiegevoel bij alle partijen

Door effectieve communicatie en dialoog wordt continue gewerkt aan een open en positieve houding bij alle partijen en zorginstellingen om medicatieoverdracht daadwerkelijk prioriteit te geven; alleen afdwingen werkt niet. Het programmateam verzorgt deze boven sectorale communicatie, als ook de communicatie naar sectoren en naar de burgers in Nederland. Partijen zelf communiceren primair naar hun eigen leden.

Boven sectoraal wordt bewaakt:

- Dat er focus op het onderwerp wordt gehouden door frequente en eenduidige communicatie naar zorgaanbieders;
- De eenduidigheid in de boodschap in de verschillende communicatiematerialen van verschillende partijen naar dezelfde patiënt wordt bewaakt;
- Dat er tijdens de implementatie focus is op het bekend maken en raken met de nieuwe richtlijn.

Communicatie in samenhang

De implementatie van de herziene Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten en de bijbehorende informatiestandaarden is een complex verandertraject. De implementatie van de richtlijn en standaarden moet in samenhang plaatsvinden. Met ICT-oplossingen alleen verbetert het uitwisselen van medicatiegegevens en de medicatieveiligheid niet, ook procesmatige en organisatorische afspraken zijn nodig. De herziene Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten biedt deze landelijke kaders en gaat in op risicovolle situaties. Ook in communicatie zullen de richtlijn en standaarden dus steeds in samenhang en afhankelijkheid verbonden moeten worden.



Van ingetogen informeren naar beheerste invoering

Met dit masterimplementatieplan is een nieuwe fase aangebroken. De communicatie over de informatiestandaarden is tijdens de ontwikkelingsfase van de herziene richtlijn, de informatiestandaarden en het opstellen van het implementatieplan bewust klein en 'ingetogen' gehouden. De nadruk lag op draagvlak verwerven en alle tijd besteden aan het bouwen van het plan. Na accordering van richtlijn en plannen door de besturen van de partijen breekt de fase van beheerste invoering aan.

In de voorbereidingsfase ligt de nadruk op de communicatie over:

- De urgentie en belang van de herziene richtlijn en de informatiestandaarden;
- Uitleg over nieuwe begrippen;
- De implementatie aanpak;
- De implementatie instrumenten en de timeline;
- Verwachtingen ten aanzien van de implementatie door zorginstellingen zelf.

Tijdens de voorbereidingsfase zal door het programmateam met de sectoren worden gekeken waar koplopers zijn en met hen zal gesprek aan worden gegaan over het dichter volgen van hun implementatie.

In een implementatieplan zal worden uitgewerkt hoe de eerste stappen met een aantal koplopers van zowel zorginstellingen als regio's worden gezet. In de communicatie ligt de nadruk op het delen van informatie, ervaringen en successen. Wat zijn de belangrijkste veranderingen? Welke voordelen zien zorgverleners, medezorgverleners en patiënten? Zowel zorginhoudelijk als in de gegevensuitwisseling. En welke efficiëncyslag kunnen zorginstellingen maken met de standaarden?

Zien is geloven en doen is ervaren. Daarom is persoonlijke communicatie in deze periode van beheerste groei belangrijk.

Media die daarvoor ingezet worden, zijn de media van de betrokken sectoren en koepelorganisaties. Intensieve begeleiding en volgen van de ontwikkelingen van de koplopers is cruciaal om te laten zien dat 'het werkt'.

Voor communicatie naar alle zorgverleners zal er een website beschikbaar worden gesteld, waarop alle materialen, documenten en programmadocumenten en nieuwsberichten geplaatst worden. In de voorbereidingsfase wordt deze ontwikkeld, content wordt gehaald uit het land en zelf door het programmateam geschreven.

Van beheerste invoering naar impactvol activeren

Na deze fase van beheerste invoering volgt een fase van doorgroei en verdere opschaling. Deze fase brengt een nieuwe dynamiek met zich mee. Als gevolg hiervan ontstaat ook een nieuwe informatie- en communicatiebehoefte. Grote groepen in verschillende sectoren moeten geactiveerd worden en zelf aan de slag kunnen. Naast een activeringsstrategie is in deze fase ook een toolbox nodig met diverse communicatiemiddelen die ingezet kunnen worden.

Het karakter en de doelgroep van de communicatie zullen gedurende het implementatieproces dus veranderen van 'ingetogen informeren' van beperkte doelgroepen naar 'impactvol activeren' van grotere doelgroepen. De sector moet zelf de voordelen met het werken volgens de richtlijn en gebruik van de informatiestandaarden gaan ervaren. Het persbeleid wordt actiever en naast de eigen media van koepelorganisaties worden artikelen aan opiniërende (vak)bladen aangeboden.

Een communicatiestrategie die op de verschillende fases bijgesteld wordt, sluit aan op deze verandering en borgt de ambities van de implementatiestrategie.

Generiek en specifiek

De invoering van de herziene richtlijn en standaarden dient een gemeenschappelijk doel. In de communicatiestrategie staat dit centraal. Daarnaast moet er ook ruimte zijn om de communicatie af te stemmen op de belangen van specifieke sectoren, zoals de gehandicapten, of op doelgroepen, zoals medisch specialisten of apothekers. Specifieke sectoren en doelgroepen zullen immers door

verschillende argumenten of drijfveren gemotiveerd worden. Uiteraard zonder dat dit het gemeenschappelijk belang schaadt. De inzet van communicatie draagt bij aan een sterke en eenduidige beeldvorming over de overdracht van medicatiegegevens in de keten. Naast een nauwe samenwerking met de koepelorganisaties is hiervoor centrale regie noodzakelijk.

Doorbreken afwachtende houding

Verwachtingen moeten goed gemanaged worden. Alle zorgverleners willen een digitaal overzicht van medicatiegegevens van de patiënt en medicatieveiligheid vergroten, maar de werkelijkheid is dat ze dat alleen zullen bereiken als ze dat gezamenlijk doen. Het werkt pas als alle zorgverleners op de nieuwe manier gaan werken. Er wordt een inspanning gevraagd voordat de concrete voordelen ervaren worden. Belangrijk daarbij is dat zorgverleners niet op elkaar gaan wachten. De grote uitdaging bij het impactvol activeren zal zijn: hoe kan communicatie bijdragen een mogelijk risico van een afwachtende houding te doorbreken.

Afspraken over rolverdeling maken tijdens voorbereidingsfase

Er zal regie moeten zijn op de communicatie. Met de communicatievertegenwoordigers van de sectoren en de 24 betrokken koepelorganisaties wordt in de voorbereidingsfase de rolverdeling tussen de 'eigen' communicatieafdeling en die van het programmteam verder geconcretiseerd. Het programmteam faciliteert daarbij zoveel mogelijk met impactvolle communicatiemiddelen en houdt het overzicht en de regie. Ook over woordvoering moeten afspraken worden gemaakt zodat duidelijk is wie welke vragen van de pers mag beantwoorden. Er wordt een PR-beleid opgesteld waarmee in alle sectoren aan eenduidige beeldvorming over de overdracht van medicatiegegevens wordt gewerkt. De monitoring en afstemming hiervan moet worden belegd zodat dezelfde media niet vanuit verschillende sectoren gelijktijdig met verschillende boodschappen worden benaderd.

Communicatiemethodes

De communicatie over het project gebeurt door middel van verschillende soorten media, zowel bijeenkomsten, online, schriftelijk materiaal en visueel materiaal. Communicatiemethodes:

- website programma medicatieoverdracht;
- social media;
- nieuwsbrief;
- online game;
- factsheets;
- filmpjes;
- landelijke/regionale informatie- en samenwerkingsbijeenkomsten;
- informatieve webinars en vragenuurtjes zowel voor zorgaanbieders als leveranciers;
- trainingsdagen leveranciers;
- presentaties op bijeenkomsten van sectoren, zorgaanbieders en leveranciers.

Communicatiematerialen voor patiënten en cliënten

Sectoren geven allemaal aan dat zij zelf geen materialen maken voor achterbannen voor communicatie naar patiënten en cliënten. Er wordt door hun verwezen naar de patiëntenvereniging en er wordt per zorginstelling eigen informatiemateriaal beschikbaar gemaakt. Zorginstellingen kunnen aan boven sectorale communicatiemiddelen hun eigen huisstijl toevoegen, als de kernboodschap en de begrippen maar eenduidig blijven.

De sector patiënt en cliënt maakt op basis van de patiëntversie van richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten voor alle sectoren de volgende materialen:

- De patiëntversie wordt ook gemaakt voor alle patiënt- en cliëntpopulaties, in verschillende leeftijdsgroepen (kinderen – jongeren – volwassenen – kwetsbare mensen - mensen met een cognitieve/ verstandelijke beperking)

- De huidige patiëntmaterialen van de Patiëntenfederatie Nederland worden beoordeeld, herzien en opnieuw uitgegeven: patiëntveiligheidskaarten, filmpjes en website teksten

Communicatieplan specifiek voor patiënten & cliënten

In ca drie sessies wordt met 8 vertegenwoordigers van patiënt- en cliëntorganisaties in de voorbereidingsfase onder leiding van de boven sectorale communicatieadviseurs Zorg en Informatiestandaarden een communicatieplan gemaakt, waarin ook het juiste momentum van de verschillende boodschappen gedurende de looptijd van het programma wordt bewaakt.

Uitgangspunten voor dit communicatieplan zijn:

- Boven sectoraal wordt bewaakt dat er focus op het onderwerp wordt gehouden door frequente en eenduidige communicatie naar patiënten & cliënten. Met als grondslag de patiëntversie die van de richtlijn is gemaakt en aangeboden is als onderdeel van de Kwaliteitstandaard Medicatieoverdracht. Deze communicatie is grootschalig en moet echt impact gaan hebben. Iedereen die contact heeft met patiënten en cliënten moet daarom mee doen.
- Communicatie vindt geregisseerd en zo breed mogelijk plaats:
 - op alle niveaus: landelijk, regionaal, lokaal;
 - door zorginstellingen, alle patiënt- en cliëntverenigingen, patiënt- en cliëntorganisaties;
 - door beroepsorganisaties en vertegenwoordigers, zoals ouderenbonden (denk aan ANBO), mantelzorgers (denk aan Mezzo);
 - door verkopers van zorgartikelen zoals Medipoint;
 - door zorgverzekeraars naar alle verzekerden.

14 Succesfactoren voor samenwerken

Leren van elkaar, delen met elkaar en samen successen vieren zijn de succesfactoren die de partijen samen met elkaar hebben opgesteld. De kern: Samenwerken is leuker met mensen die je kent en als gewerkt wordt in een goede sfeer.

Het programmameteam zorgen samen met de projectleiders van de sectoren ervoor dat:

- 1 Alle personen elkaar regelmatig tegenkomen;
- 2 Er minimaal eenmaal jaarlijks een ontspannen evenement georganiseerd, waarin elkaar zomaar ontmoeten en lachen het doel is;
- 3 We werken met een open houding, zijn transparant als het even niet lukt, ketenbelang gaat voor eigen belang partij of sector;
- 4 Activiteit(en) informeel en gezellig zijn en men in de JIJ vorm aanspreekt, in vergaderingen, in mail en in andere uitingen;
- 5 Faciliteer met een smoelenboek, zorg dat er een online makkelijke plek is om documenten te delen en er een hele lage drempel is om elkaar te contacten;
- 6 Zorg tijdens vergaderingen en bijeenkomsten:
 - a voor een informele opstelling;
 - b dat bijeenkomsten interactief zijn en nooit een monoloog en dat elke sector, partij en deelnemer (iedereen) gelijk aan bod komt;
 - c er altijd vanuit het gezamenlijke doel wordt gewerkt en gesproken;
 - d elke bijeenkomst en vergadering goed is voorbereid;
 - e de praktijk (de urgentie) altijd aan bod komt in vergaderingen, zodat we wegblijven van belangen en politiek;
- 7 Alle partijen stellen goede voorbeelden en mooie producten beschikbaar aan andere partijen en sectoren, zoveel mogelijk hergebruik van (financiële) middelen, waarbij de eigenaar van het product de voorwaarden voor hergebruik bepaalt.

15 Samenvatting module Zorg

15.1 Voorbereidingsfase module Zorg: implementatie-instrumenten zorgproces

De sectoren hebben ieder in hun sectorplan uitgewerkt welke implementatie-instrumenten zij aan hun achterban ter beschikking zullen stellen. Deze instrumenten worden ontwikkeld in de voorbereidingsfase 1 en worden voor de implementatiefase 2 opgeleverd. Elke sector heeft hiertoe de artikelen uit de richtlijn die betrekking hebben op het zorgproces geanalyseerd en vertaald naar aandachtspunten en hulpmiddelen voor implementatie door hun achterban. Zij leveren naar eigen inzicht de volgende soort instrumenten op:

- Een handreiking hoe om te gaan met de nieuwe artikelen uit de richtlijn, in concrete handvatten uitgewerkt; Bij de meeste sectoren is dit een aanpassing van of aanvulling op een eerdere handreiking;
- Scholing en inbedding in basisopleiding;
- Tools, zoals een voorbeeld vragenlijst, een folder of een voorbeeld presentatie;
- Standaard formats, die ook in software kunnen worden ingebouwd.

Elke sector heeft hiervoor gebruik gemaakt van een door de procesbegeleider aangeleverd format 'Van richtlijn naar acties in het MIP' (bijlage 18.6). Dit heeft geresulteerd in 8 sectorplannen voor de zorg, met daarbij een uren- en kosteninschatting. Deze zijn bijgevoegd in de bijlagen.

In de voorbereidingsfase zullen al deze instrumenten worden ontwikkeld en opgeleverd onder regie van de betreffende sectorgroepen. Het programmateam houdt contact en initieert en stimuleert waar nodig de voortgang.

Alle instrumenten staan verzameld weergegeven in de volgende matrix.

GROEN: sector die het instrument heeft opgenomen in haar plan, trekker van instrument binnen dit programma ¹⁶ LICHT GROEN: sectoren die genoemd worden en mee werken in dit instrument.	Vervangt Nieuw addendum	Huisartsen	Openbare farmacie	Mondzorg	Thuiszorg	Verpleeghuiszorg	Gehandicaptenzorg	Ziekenhuis/UMC/ZBK	Psychiatrische zorg	Trombosezorg	Patiënten & cliënten	bovensectoraal
Implementatie instrument												
Proces, taak en verantwoordelijkheid												
LESA Actueel Medicatieoverzicht in de eerste lijn	Vervangt											
FTO module (samenwerking IVM)	Vervangt											
LESA Medicatieveiligheid bij Ontslag uit het ziekenhuis	Vervangt											
KNMP richtlijn consultvoering	Nieuw											
KNMP richtlijn Farmaceutische zorg bij ontslag	Nieuw											
Stappenplan medicatieveiligheid mondzorg (basis: LESA actueel medicatieoverzicht 1e lijn)	Vervangt											
Veilige principes in de medicatieketen voor de CARE	Vervangt											
Handreiking Medicatiebeleid Gehandicaptenzorg	Vervangt											

¹⁶ Trekker binnen dit programma betekent dat de partij initiatief neemt om dit instrument op te stellen cq met de beheerder contact op te nemen om dit instrument aan te gaan passen

15.2 Interimfase module Zorg: starten met implementatie

In de interim-fase kan elke zorginstelling de implementatie-instrumenten gebruiken die door de sectoren binnen dit programma zijn opgeleverd.

15.2.1 Elke zorginstelling implementeert zelf

Elke instelling initieert een projectgroep Medicatieoverdracht om de wijzigingen in de herziene richtlijn te vertalen naar werkende procedures en afspraken. Zij voeren hierover overleg met regionale zorgpartners om deze vervolgens te implementeren en te borgen. Zij gebruiken hiervoor alle materialen en voorbeelden die uit de voorbereidingsfase komen. Omdat elke instelling een eigen status heeft van voldoen aan de huidige richtlijn, een eigen organisatiegraad heeft voor het voeren van projecten en creëren van draagvlak en al wel of niet meedoet aan een regionaal convenant, is geen ureninschatting opgenomen. Dit is aan elke instelling zelf om vorm te geven en te financieren.

Het programmateam verzorgt samen met de sectoren de communicatie naar zorgverleners om hen te blijven stimuleren en motiveren. Het programmateam vervult tevens een helpdesk functie voor zorginstellingen.

15.2.2 Elke regio implementeert zelf – netwerkbijeenkomsten voor kennisdeling

Elke regio heeft of initieert een projectgroep Medicatieoverdracht om de wijzigingen in de herziene richtlijn te vertalen naar werkende procedures en afspraken. Zij voeren hierover overleg met regionale zorgpartners om deze vervolgens te implementeren en te borgen. Zij gebruiken hiervoor alle materialen en voorbeelden die uit de voorbereidingsfase komen. Omdat elke regio een eigen status heeft van voldoen aan de huidige richtlijn, een eigen organisatiegraad heeft voor het voeren van projecten en creëren van draagvlak en al wel of niet meedoet aan een regionaal convenant, is geen ureninschatting opgenomen. Dit is aan elke regio zelf om vorm te geven en te financieren.

Het programmateam verzorgt voor de coördinatoren gedurende de looptijd van deze fase 4 tot 5 keer een regionetwerkbijeenkomst, waarin kennisdeling en uitwisseling van goede voorbeelden centraal staan. Het programmateam vervult tevens een helpdesk functie voor regio's.

16 Kosten, baten en business case

16.1 Programmakosten

In het masterplan en alle sectorplannen staan de onderwerpen en de acties beschreven die voor de ontwikkeling en implementatie van de richtlijn en de informatiestandaarden medicatieoverdracht benodigd zijn.

In het bovensectorale plan en in alle sectorplannen staat per actie uitgewerkt welke projectkosten er zijn voor de expertgroep en voor de bureaus van de partijen (menskracht en middelen). Voor alle onderdelen is een inschatting gemaakt van de kosten en baten per fase. Daarbij moet de opmerking worden gemaakt dat op verschillende onderdelen de businesscase door voortschrijdend inzicht verdere vulling zal krijgen gedurende de looptijd van dit programma.

Er worden tijdens het programma kosten gemaakt voor:

- Bemensing van het boven sectorale programmateam en de uitvoeringsorganisatie Informatiestandaarden (boven sectoraal);
- Kosten boven sectorale instrumenten ten behoeve van implementatie;
- Uitvoering van de boven sectorale activiteiten en de sectorale activiteiten in de voorbereidingsfase door de sector vertegenwoordigers en hun zorgprofessionals;
- Uitvoering van activiteiten door de zorgaanbieders;
- Bouw van de informatiestandaarden en benodigde functionaliteit voor ondersteuning voor de richtlijn door leveranciers.

Deze inschatting van de kosten en potentiële baten is nodig om zicht te krijgen op de budgetimpact voor alle betrokkenen. Op basis hiervan kunnen gesprekken over de financieringsmogelijkheden gevoerd worden. Deze gesprekken worden de komende maanden gevoerd (zie ook hoofdstuk 17).

16.2 Kosten voor implementatie door zorginstellingen

Implementeren wijzigingen richtlijn in het zorgproces

Elke instelling initieert naar eigen inzicht een projectgroep Medicatieoverdracht om de wijzigingen in de herziene richtlijn te vertalen naar een werkende procedure en naar werkende afspraken met regionale zorgpartners en deze vervolgens te implementeren en te borgen. Zij gebruikt hiervoor alle materialen en voorbeelden die uit de voorbereidingsfase komen. Omdat elke instelling een eigen huidige status heeft van voldoen aan de huidige richtlijn, een eigen organisatiegraad heeft voor het voeren van projecten en creëren van draagvlak en al wel of niet meedoet aan een regionaal convenant, is geen ureninschatting opgenomen. Deze implementatie is aan elke instelling zelf om vorm te geven en te financieren. De structurele impact op taken en formatie wordt verder beschreven in paragraaf 16.3.

Implementeren informatiestandaarden en infrastructuur

Deze zijn voor een aantal sectoren van een grotere orde en daarom heeft elke sector deze middels een impactanalyse onder begeleiding van het expertteam Informatiestandaarden uitgewerkt. In kaart gebracht zijn de kosten voor voorbereiding van de zorginstellingen op de ingebruikname van de informatiestandaarden, bouw van de informatiestandaarden in de software, aansluiting op een infrastructuur, aanschaf van hardware en middelen (zoals UZI-passen) en de bijpassende beheerorganisatie. In bijlage 8 vind je de specificatie per sector daarvan.

16.3 Totale programmakosten

	Enmalig (gedurende 3 jaar implementatie)		Jaarlijks (na 3 jaar implementatie)	
	Personeel (uren)	Out of pocket	Personeel (uren)	Out of pocket
Landelijk programma				
Richtlijn zorg*	€ 1.656.000	€ 810.000		€ 50.000
Informatiestandaarden	€ 7.740.000	€ 1.716.000		

* Inclusief de voorzitter van de stuurgroep.

Uitvoering richtlijn zorg

Bovensectoraal	€ 1.472.000	€ 532.000		
Sectoraal**	€ 1.075.000	PM		
Zorgorganisatie***	PM	PM	PM	PM
Regio's****		€ 180.000	PM	PM

** De kosten voor projectleiding Zorg zijn door (een aantal) sectoren meegenomen in de kosten Uitvoering informatiestandaarden Sectoraal. PM = niet alle sectorplannen Zorg hebben de OOP apart gespecificeerd.

*** De kosten worden verder gespecificeerd in de, tijdens het programma uit te voeren, budget impact analyse (BIA) (zie hfd 17) en volgen uit de kosten van de extra of veranderde taken die voortvloeien uit de herziene richtlijn.

**** De uren vallen binnen de uren van het landelijk programma Zorg. Uren door regio coördinatoren zijn niet meegenomen.

Uitvoering informatiestandaarden

Sectoraal	€ 12.646.000	€ 961.000		
Zorgorganisatie*	€ 487.011.000	€ 132.068.000	PM	€ 41.685.000
Leverancier	€ 106.174.000	€ 2.293.000	€ 12.560.000	€ 1.809.000
Infrastructuur	PM	PM	PM	PM
Regio's	PM	PM		

* Van de eenmalige out of pocket kosten is ruim €123 miljoen nodig voor UZI-certificaten en UZI passen. De kosten voor 3-jaarlijkse verlening bedragen bijna €41,7 miljoen.

Totaal	€ 617.774.000	€ 138.60.000	€ 12.560.000	€ 43.544.000
---------------	----------------------	---------------------	---------------------	---------------------

16.4 Budget impact analyse: structurele zorgkosten en -baten na implementatie

16.4.1 Impact bepalen: taken en tijdsbesteding die voortkomen uit de richtlijn

Er is in elk sectorplan een matrix opgenomen van de structurele zorgtaken per instelling die voortvloeien uit de richtlijn en de ingebruikname van software waar de informatiestandaarden in zijn gebouwd. Bij die taken staat steeds aangegeven of dit nieuwe taken zijn en of de verwachting is dat taken in tijd verminderen, verplaatsen naar een andere functionaris of zelfs helemaal wegvallen op het moment dat er elektronisch uitgewisseld kan worden. Elke sector kan op basis van zijn eigen matrix een inventarisatie doen van de tijdsbesteding die een instelling kwijt is per taak. Dit zullen altijd gemiddelden zijn, schattingen, omdat elke instelling het op eigen wijze zal inrichten. Hieronder is een voorbeeld opgenomen van de takenmatrix van een medisch specialistische instelling en een voorbeeld van een thuiszorginstelling.

TAAK Medisch specialistische instelling	HUIDIG / NIEUW	FUNCTIONARIS	TIJD Ruwe schatting	PER	Tijd neemt af cq vervalt in interim fase	Tijd neemt af cq vervalt door digitale uitwisseling (client: toestemming)
Uitvragen, uitzoeken en registreren informatie van patiënt over andere zorgaanbieders waar client zorg van krijgt (huisarts, apotheek, thuiszorg, verpleeghuis, GGZ-instelling, GGZ-instelling)	NIEUW	Secretaresse / opnamebureau / secretaresse	15 min	Onbekende patiënt Check bij elk herhaalkonsult	Ja uitvragen. Nee, registreren	Ja uitvragen. Nee, registreren
Opvragen medicatieoverzicht (per fax/mail) bij de apotheek waar de patiënt doorgaans komt.	HUIDIG	Secretaresse / opnamebureau / apoass	5 min	Patiënt op poli, opname, seh en geen LSP gegevens levert	nee	Ja
Risico-inschatting en GEEN medicatieverificatie bij patiënt poli	HUIDIG	Artsen	0 min	(herhaal)patiënt die op poli komt	Nee	Korter: basisset medicatie gegevens digitaal beschikbaar
Risico-inschatting en uitvoeren medicatieverificatie bij patiënt poli	HUIDIG	Arts	5 min	(herhaal)patiënt op poli herhaalkonsult	Nee	Korter: basisset medicatie gegevens digitaal beschikbaar
Uitvoeren medicatieverificatie bij risicopatiënt (avond) poli	NIEUW	apoass	10 min	(herhaal)patiënt op poli herhaalkonsult	Nee	Korter: basisset medicatie gegevens digitaal beschikbaar
Uitvoeren medicatieverificatie bij risicopatiënt klinische opname	HUIDIG	apoass	15 min	patiënt op poli herhaalkonsult	Nee	Korter: basisset medicatie gegevens digitaal beschikbaar
Uitvoeren medicatieverificatie bij risico patiënt dagbehandeling	NIEUW/HUIDIG	apoass	10 min	patiënt op poli herhaalkonsult	Nee	Korter: basisset medicatie gegevens digitaal beschikbaar
Uitvoeren medicatieverificatie bij risico patiënt SEH	HUIDIG	apoass	10 min	patiënt op poli herhaalkonsult	Nee	Korter/Ja: basisset medicatie gegevens digitaal beschikbaar
Uitvoeren medicatieverificatie ontslag	HUIDIG/NIEUW	apoass	5 min	patiënt op poli herhaalkonsult	Nee	Nee
Meegeven medicatieoverzicht en/of toedienlijst na policonsult, dagbehandeling obv risico-inschatting	NIEUW	Secretaresse	15 min	Patiënt die consult / dagbehandeling heeft gehad	Nee	Ja
Versturen medicatieoverzicht en/of toedienlijst na ontslag uit het ziekenhuis	HUIDIG	Verpleegkundige/ verzorgende	1 uur	patiënt die wordt ontslagen	Nee	Ja
Beantwoorden vragen van thuiszorg, trombose, apotheek over ontslagmedicatie nadat patiënt al naar huis is	HUIDIG	Verpleegkundige, arts	15 min	Patiënt is ontslagen/ poli consult en er zijn wijzigingen in medicatie waarvoor apotheker belt	Ja	Ja

TAAK Thuiszorgorganisatie	HUIDIG / NIEUW	FUNCTIONARIS	TIJD	PER	Tijd neemt af cq vervalt met regionale afspraak	Tijd neemt af cq vervalt door digitale uitwisseling (client: toestemming)
Opvragen medicatieoverzicht (per fax/mail) bij de apotheek waar de client doorgaans komt.	HUIDIG	Verpleegkundige/ verzorgende	1 uur	Client die nieuw in zorg komt	Ja	Ja
Risico-inschatting en uitvoeren medicatieverificatie bij nieuwe client die in zorg wordt genomen	HUIDIG	Specialist Ouderengeneeskunde (huisarts)	30 minuten	Client die nieuw in zorg komt	Nee	Nee, korter: basisset digitaal medicatie gegevens beschikbaar
Extra inspanning leveren bij kwetsbare client	HUIDIG	Specialist Ouderengeneeskunde (huisarts)	30 minuten	Client die nieuw in zorg komt	Nee	Nee
Opvragen toedienlijst om nieuwe medicatieafspraken te kunnen naleven	HUIDIG	Verpleegkundige/ verzorgende	1 uur	Client die wordt ontslagen uit ziekenhuis tijdens kantoortijd	Ja	Ja
Opvragen toedienlijst om nieuwe medicatieafspraken te kunnen naleven	HUIDIG	Verpleegkundige/ verzorgende	1,5 uur	Client die wordt ontslagen uit ziekenhuis buiten kantoortijd	Ja	Ja
Zorgen dat de medicatie is geleverd die nieuw is voorgeschreven, zodat deze toegediend kan worden	HUIDIG	Verpleegkundige/ verzorgende	1 uur	Client die wordt ontslagen uit ziekenhuis tijdens/ buiten kantoortijd	Ja	Nee
Uitvragen, uitzoeken en registreren informatie van cliënt over andere zorgaanbieders waar client zorg van krijgt (huisarts, apotheek, trombosedienst)	NIEUW	Secretariaat? Specialist ouderengeneeskunde?	30 minuten	Client die nieuw in zorg komt	Ja	Ja, trombosedienst

16.4.2 Inschatten van de structurele baten in kwaliteit en tijd

De sectoren geven aan dat het wenselijk is de doelmatigheid en de budget impact van implementeren van de herziene richtlijn en het gebruik van software waarin de informatiestandaarden zijn ingebouwd te onderzoeken, zowel voor de eigen sector, maar juist ook voor de hele zorgketen (maatschappelijk perspectief). In een aantal metingen in de tijd zouden de effecten van implementatie op de efficiency van het zorgproces, op de medicatieveiligheid (bijvoorbeeld door afname van het aantal heropnames), de gezondheidswinst voor de patiënt (kwaliteit van leven) onderzocht

moeten worden. Tevens zou een maatschappelijke kosten-baten-analyse moeten worden doorgerekend.

Er moet onderscheid worden gemaakt in kwalitatieve baten (zoals minder medicatiefouten, gebruiksgemak arts en apotheker, patiënt hoeft maar eenmaal te vertellen welke medicatie hij gebruikt), en kwantitatieve baten (zoals minder heropnames, verhoogde therapietrouw door duidelijke uitleg wijzigingen in medicatiebeleid).

De impact van een aantal taken kan echter pas goed worden ingeschat als de instrumenten van de voorbereidingsfase gereed zijn. Als voorbeeld: de uitwerking van risico-inschatting bij poliklinische consults en de daaruit volgende keuzes voor het uitbesteden van medicatieverificatie aan anderen dan de arts, zoals een verpleegkundige of een apothekersassistente bepaalt het aantal gesprekken en bijbehorende formatie. Dit advies voor risico-inschatting wordt in de voorbereidingsfase opgeleverd. In het programma zijn de volgende momenten aan te wijzen waar een zodanige wijziging plaatsvindt dat de impact wijzigt:

- ❖ **T=0 Bij indiening aan besturen van richtlijn en implementatieplan en businesscase (2019):**
Inzicht in de veranderende zorgproces taken en een conservatieve/voorzichtige inschatting van de benodigde tijd op basis van een nulmeting door een klein aantal instellingen van huidige taken en een ruwe inschatting van de nieuwe of veranderende taken.
- ❖ **T = 1 Bij oplevering implementatie-instrumenten zorg uit de voorbereidingsfase (2020):**
Op basis van de ontwikkelde implementatie-instrumenten, waarin uitwerkingen en handreikingen voor het uitvoeren van taken in het zorgproces zonder nieuwe digitale uitwisseling kunnen worden gegeven, is het mogelijk om de inschatting verder bij te stellen.
- ❖ **T = 2 Bij uitvoering succesvolle pilots van software met informatiestandaarden (2020 – 2023):**
Inzicht in de veranderende zorgproces taken na ingebruikname software conform informatiestandaarden kan na afronding van de pilots op die informatiestandaarden. Tijdens de pilots kunnen metingen en analyses worden gedaan op tijdsbesteding taken en conclusies worden getrokken over afname én toename. Het kan bijvoorbeeld zijn dat er juist meer tijd besteed wordt bij een taak als gevolg van de beschikbaarheid van méér informatie.
- ❖ **T = 3 Tijdens en na implementatie door een instelling (2021 en verder)**
Tijdens de loop van de implementatiefase kunnen de kosten worden bijgesteld op basis van werkelijke keuzes voor implementatie en de werkelijke kosten.

Van belang is dat er op alle meetmomenten met een beproefde en gestandaardiseerde methodiek wordt gewerkt, zodat metingen onderling vergelijkbaar zijn en de impact goed bepaald kan worden.

Als basis kunnen patiënt en client journeys uitgewerkt worden in één regio en in een landelijke setting met een multi-sectorale en multidisciplinaire groep medewerkers. Alle type instellingen moeten daarbij aan bod komen. Vervolgens zullen de 4 metingen worden uitgevoerd. Het programmateam pakt dit op en zal zowel regionale als landelijk werkende instellingen vragen om te participeren.

Vanwege de benodigde specifieke expertise voor de uitvoering van de doelmatigheid en budget-impactanalyse en eventueel een maatschappelijke kosten-baten-analyse, is de inhuur van onafhankelijke expertise nodig. Het verdient aanbeveling ook bovenstaande aanpak met experts (bijvoorbeeld gezondheidseconomen) door te spreken. Uiteindelijk willen we inzichtelijk maken wat implementatie van de richtlijn en de informatiestandaarden bijdraagt aan de medicatieveiligheid van burgers in Nederland.

17 Financiering

Financiering is als randvoorwaarde genoemd om het programma te kunnen starten. Er moeten heldere afspraken over financiering van de verschillende onderdelen zijn gemaakt tussen VWS, alle zorgpartijen, zorgverzekeraars en uitvoeringsorganisaties zoals Nictiz.

De kosteninschatting voor sectoren en instellingen is door alle sectoren gemaakt in hun sectorplannen en businesscases. De bovensectorale kosten zijn ingeschat door de procesbegeleiders. De kosten hebben betrekking op de periode van de ondersteuning door het programma (3 jaar). In hoofdstuk 16 is een geconsolideerd overzicht opgenomen van alle kosten.

Welke kosten	Waar worden de kosten gemaakt
Bemensing van het boven sectorale programmteam	Boven sectoraal
Bemensing uitvoeringsorganisatie Informatiestandaarden	Nictiz
Aanschaf van benodigde producten en diensten	Boven sectoraal
Uitvoering van de boven sectorale activiteiten en de sectorale activiteiten voorbereidingsfase (bureaus en zorgprofessionals sectorpartijen)	Branche- en beroepsorganisaties en hun leden zorgprofessionals
Inbouw van de informatiestandaarden in de software	Leveranciers
Accreditatie van die software	Externe partij
Implementeren wijzigingen richtlijn in het zorgproces	Zorginstellingen
Implementeren informatiestandaarden en infrastructuur	Zorginstellingen
Structurele zorgkosten na implementatie	Zorginstellingen

VWS heeft de intentie om de implementatie te ondersteunen. In ieder geval geldt dit voor de kosten van het boven sectorale programmteam en de te leveren implementatieondersteuning voor de informatiestandaarden door Nictiz. Gesprekken over financiering met VWS en ZN lopen. Voor implementatie ondersteuning bij zorginstellingen zijn al diverse versnellingsprogramma's uitgezet, zoals de VIPP-regelingen en proeftuinen (bv. VIPP InZicht). De maanden september tot en met december 2019 zullen worden gebruikt voor verdere gesprekken over financiering.

18 Bijlagen

18.1 Bijlage 1 Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten 2018/2019

18.2 Bijlage 2 Literatuurlijst bij figuur 6 Farmaceutische transitiezorg

1. D. Bosch-Lendersa et al. Wat weten de patiënt en zijn hulpverlener: de meerwaarde van een huisbezoek door de praktijkondersteuner bij de medicatiebeoordelingen van patiënten met polyfarmacie in de eerste lijn *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2013; 44
2. Lehnbohm EC, Stewart MJ, Manias E, Westbrook JL. Impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes. *Ann Pharmacother*. 2014;48(10):1298-312.
3. Hias J, Van der Linden L, Spriet I, Vanbrabant P, Willems L, Tournoy J, De Winter S. Predictors for unintentional medication reconciliation discrepancies in preadmission medication: a systematic review. *Eur J Clin Pharmacol*. 2017;73(11):1355-1377.
4. Stuijck CCM, Vd Bemt B, Boerlage VE, Taxis K, Karapinar F. Determinants for medication reconciliation interventions on hospital admission and discharge: An observational multi-centre study. *Eur J Intern Med*. 2017;46:e20-e22.
5. Lee YY, Kuo LN, Chiang YC, et al. Pharmacist-conducted medication reconciliation at hospital admission using information technology in Taiwan. *Int J Med Inform*. 2013;82:522-7.
6. Pourrat X, Corneau H, Floch S, et al. Communication between community and hospital pharmacists: impact on medication reconciliation at admission. *Int J Clin Pharm*. 2013;35:656-63.
7. Lee JY, Leblanc K, Fernandes OA, Huh JH, Wong GG, Hamandi B, Lazar NM, Morra D, Bajcar JM, Harrison J. Medication reconciliation during internal hospital transfer and impact of computerized prescriber order entry. *Ann Pharmacother*. 2010;44(12):1887-95.
8. Michaelsen MH, McCague P, Bradley CP, Sahn LJ. Medication Reconciliation at Discharge from Hospital: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Pharmacy (Basel)*. 2015;3(2):53-71.
9. Karapinar-Çarkit F, Borgsteede SD, Zoer J, Smit HJ, Egberts AC, van den Bemt PM. Effect of medication reconciliation with and without patient counseling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital. *Ann Pharmacother*. 2009;43(6):1001-10.
10. Eibergen, L., Janssen, M.J.A., Blom, L., Karapinar-Çarkit, F. Informational needs and recall of in-hospital medication changes of recently discharged patients. *Res Social Adm Pharm*. 2018;14(2):146-52.
11. Schoonover, H., Corbett, C.F., Weeks, D.L., Willson, M.N., Setter, S.M. Predicting potential postdischarge adverse drug events and 30-day unplanned hospital readmissions from medication regimen complexity. *J Patient Saf*. 2014;10(4):186-91.
12. van der Linden CMJ, Kerskes MCH, Bijl AMH, Maas HAAM, Egberts ACG, Jansen PAF. Represcription After Adverse Drug Reaction in the Elderly: A Descriptive Study. *Arch Intern Med*. 2006;166(15):1666-7.
13. El Morabet N, Uitvlugt EB, van den Bemt BJF, van den Bemt PMLA, Janssen MJA, Karapinar-Çarkit F. Prevalence and Preventability of Drug-Related Hospital Readmissions: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(3):602-8.
14. van der Gaag S, Janssen MJA, Wessemius H, Siegert CEH, Karapinar-Çarkit F. An evaluation of medication reconciliation at an outpatient Internal Medicines clinic. *Eur J Intern Med*. 2017;44:e32-e34.

18.3 Bijlage 3 Betrokken partijen masterimplementatieplan

Aan het implementatieplan werken de volgende branche- en beroepsorganisaties en patiëntverenigingen mee aan het implementatieplan:

- 1 ActiZ
- 2 Associatie van ketenapotheken
- 3 Federatie Medisch Specialisten
- 4 Federatie van Nederlandse Trombosediensten
- 5 GGZ Nederland
- 6 Ieder(in)
- 7 InEen
- 8 Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- 9 Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
- 10 Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
- 11 Landelijke Huisartsen Vereniging
- 12 Landelijke Huisartsen Vereniging, Apotheekhoudende Afdeling
- 13 MIND
- 14 Nederlandse Apothekers Coöperatie
- 15 Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- 16 Nederlands Huisartsen Genootschap
- 17 Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
- 18 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- 19 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
- 20 Patiëntenfederatie Nederland
- 21 Verenso
- 22 Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- 23 Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- 24 Zelfstandige Klinieken Nederland
- 25 Zorgverzekeraars Nederland

IGJ is als toehoorder aanwezig geweest bij de bijeenkomsten.

18.4 Bijlage 4 Taken, verantwoordelijkheden en profielen in programmastructuur

Taken en verantwoordelijkheden stuurgroep

- Stuurt actief op voortgang van de implementatieplannen, zowel bovensectoraal als sectoraal en op de blijvende beschikbaarheid van voldoende resources (mensen en middelen) en voor het behoud van de focus en urgentie die nodig is om dit programma binnen de gestelde tijden tot uitvoer te brengen.
- Stuurt waar nodig bij op de inhoud en planning van de implementatieplannen.
- Bewaakt de kosten van zowel implementatie als van de structurele zorg en geeft opdracht om deze verder te ontwikkelen of bij te stellen.
- Bewaakt dat er voldoende en duidelijke communicatie plaatsvindt naar zowel zorginstellingen als burgers, patiënten en cliënten in Nederland.
- Monitort de oplevering van implementatie-instrumenten, van de implementatiegraad bij zorginstellingen en de oplevering van regionale convenanten.
- Handelt naar aanleiding van en besluit over escalaties en integreert deze in het programma.
- Stemt zo nodig af met de Alliantie Medicatieveiligheid en het Informatie Beraad Zorg om focus en prioriteit op de voortgang van het programma te houden en verder te stimuleren.
- Voert het beheer over de richtlijn en laat de voorzitter namens partijen opdracht geven de richtlijn te herzien als dat nodig is.

Deelname en mandatering

- Deelnemers voldoen aan het stuurgroep profiel en zijn door hun sectorgroep gemandateerd om punten in te brengen en standpunten te verwoorden. Kern van het profiel is dat er op voldoende inhoudelijk niveau discussies op planniveau kunnen plaatsvinden. Ieder lid heeft één vervanger. Alle documenten worden naar beide personen gestuurd. Iedere vertegenwoordiger stemt met zijn sector af, en binnen elke sector met de besturen van de partijen in die sector.
- Er is een escalatieprocedure (zie verderop) tussen elke vertegenwoordiger van een sector en alle besturen van de partijen binnen die sector, die ingezet kan worden in geval de voortgang stagneert, dan wel er een wijziging op het masterimplementatieplan of op het sectorplan noodzakelijk is.
- De stuurgroep wordt voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter. Deze voldoet aan het opgestelde profiel (zie volgende paragraaf).
- Er wordt elke 1e dinsdag van februari, april, juni, september, november overlegd gedurende twee uur. Deze bijeenkomsten worden voor de hele loop van het programma vooruit gepland.
- Tijdsbesteding per deelnemer aan de stuurgroep: per twee maanden ca 12 uur.

Profiel deelnemer stuurgroep

- Vertegenwoordigt een van de sectoren die in het programma onderscheiden worden, maar handelt zonder directe last of ruggenspraak.
- Stemt agenda, punten en standpunten af binnen de eigen sectorgroep.
- Heeft gezag en senioriteit binnen de sector voor wat betreft kennis van zorgprocessen en ICT in de betreffende sector.
- Is actief betrokken bij informatiemanagement in de betreffende sector.
- Is actief betrokken bij of werkzaam voor één van de landelijke organisaties in de sector.
- Kan op strategisch/bestuurlijk niveau denken en handelen, maar is niet per sé bestuurder.
- Heeft actieve toegang tot de overige landelijke organisaties binnen de betreffende sector en is een goede netwerker.
- Is op de hoogte van hetgeen zich afspeelt in het Informatieberaad Zorg en de Alliantie Medicatieveiligheid.

Profiel voorzitter stuurgroep medicatieoverdracht

- Heeft kennis van de zorg in brede zin en de rol van ICT daarin en acteert met ervaring in het complexe zorgveld.
- Kan aantoonbaar bestuurlijk denken en handelen.
- Wordt door partijen en sectoren als onafhankelijk beschouwd.
- Is bereid knopen door te hakken op basis van het mandaat dat de partijen hem of haar geven.
- Is bestuurlijk liaison met Informatieberaad Zorg en Alliantie Medicatieveiligheid.
- Kan in een escalatieprocedure onderwerpen voordragen aan bestuurders, Informatieberaad Zorg en Alliantie Medicatieveiligheid.
- Heeft goede relaties met VWS, IGJ en Zorginstituut Nederland.
- Is beschikbaar voor een periode van 3 – 4 jaar.

Programmasecretaris met de volgende verantwoordelijkheden:

- Plant alle bijeenkomsten van de stuurgroep, het programmateam, grote bijeenkomsten en bijeenkomsten die in het implementatieplan genoemd zijn (zoals regionale bijeenkomsten).
- Bereidt samen met de voorzitter de agenda's en bijlagen voor stuurgroep, programmateam en grote bijeenkomsten voor.
- Voert beheer over programmastukken en documenten van vergaderingen, bijeenkomsten en correspondentie op een voor alle deelnemers beschikbare online portaalomgeving.
- Ondersteunt het programmamanagement samen met de communicatieadviseurs bij het ontwerp en het beheer van de monitoring.
- Stelt monitorrapporten op op basis van de input die door de sectoren wordt aangeleverd en overlegt hierover met programmamanagers en voorzitter en agendeert deze voor de stuurgroep.
- Zorgt voor verzending van alle stukken voor vergaderingen en bijeenkomsten, elektronisch en minstens één week van tevoren.
- Ondersteunt de voorzitter van de stuurgroep daar waar nodig.

Grote bijeenkomsten om alle betrokkenen te informeren en kennis te laten delen

Alle betrokken, die ook tijdens de herziening van de richtlijn en het opstellen van het implementatieplan hebben meegewerkt en ook tijdens de looptijd van het programma meewerken, blijven geïnformeerd in de ondertussen bekende 'grote bijeenkomsten medicatieoverdracht' die jaarlijks eenmaal wordt georganiseerd. Doel is voortgang bespreken en draagvlak toetsen:

- Deze grote bijeenkomsten worden door het programmateam gedurende de loop van het programma eenmaal per jaar georganiseerd.
- Er is een agenda op maat, waardoor aandacht kan worden besteed aan actuele onderwerpen, aan ketenafstemming, aan goede voorbeelden.
- Deelnemers zijn in ieder geval de sectorgroepleden, de softwareleveranciers, alle betrokkenen van het ZIN en VWS en regiovertegenwoordigers.
- Deze grote bijeenkomst wordt voorbereid en begeleid door het programmateam.
- De bijeenkomsten vinden altijd op de laatste dinsdag van juni plaats.

Module Zorg

Programmamanager met de volgende verantwoordelijkheden:

- Bewaakt de voortgang van de uitvoering van de voorbereidingsfase van de module zorg in alle sectoren in samenwerking met de trekkers van elke sector.
- Bewaakt dat alle toolkit instrumenten die sectoren in de voorbereidingsfase maken op elkaar aansluiten door deze onderling tussen sectoren te delen.

- Coördinatie en sturing op de uitvoering van alle bovensectorale activiteiten module zorg, zoals monitoring, kwetsbare patiënt, juridische zaken.
- Bewaakt de uitvoering van het communicatieplan naar alle partijen in nauwe samenwerking met de communicatiemedewerker.
- Beoordeelt in de voorbereidingsfase samen met de coördinatoren van de sectoren welke begeleiding nodig is op de zorginstellingen om de implementatie zo goed mogelijk te ondersteunen en doet zo nodig voorstellen aan de stuurgroep voor aanpassing van het masterimplementatieplan.
- Bewaakt de voortgang van de uitrol binnen zorginstellingen & regio's in samenwerking met de trekkers van elke sector voor zorg. In de uitrolfase stemt deze ook af met eventuele externe organisaties die een rol spelen in de uitrol.
- Stemt nauw af met de voorzitter van de stuurgroep en waar relevant met andere (landelijke) programma's en trajecten.
- Is verantwoordelijk voor uitvoering binnen tijd en budget.
- Is 1^e contactpersoon voor de module zorg naar alle sectoren en regio's.
- Is linking pin naar de Alliantie Medicatieveiligheid en andere inhoudelijke trajecten.

Communicatieadviseur met de volgende verantwoordelijkheden:

- Werkt het communicatieplan Zorg continu verder uit.
- Stemt het communicatieplan Zorg goed af met de communicatiemedewerker Informatiestandaarden.
- Geeft uitvoering aan de communicatie zorg in de aanloop naar de voorbereidingsfase en gedurende de voorbereidingsfase.
- Geeft in de voorbereidingsfase op basis van alle sectorplannen zorg verder vorm aan het communicatieplan tot op uitvoeringsniveau.
- Geeft uitvoering aan dit plan en verzorgt de communicatie zelf. Deze werkt daarin samen met de aangewezen communicatiemedewerkers van elke sector.
- Stemt over de voortgang af met de programmamanager Zorg.
- Rapporteert over gemaakte kosten aan de programmamanager.

Projectmanagementondersteuner:

Het team voor de module Zorg heeft aanvullend een projectondersteuners die inzet, resources, plannings en kosten bewaakt van alle werkgroepen op alle niveaus.

Module Informatiestandaarden

Wordt verder uitgewerkt in het programmaplan Informatiestandaarden.

Programmamanager met op hoofdlijnen de volgende verantwoordelijkheden:

- Zorgt voor implementatieondersteuning van de module Informatiestandaarden in alle sectoren in samenwerking met de trekkers van elke sector, leveranciers en andere betrokkenen.
- Bewaakt de voortgang van de sectoren.
- Coördinatie en sturing op de uitvoering van alle bovensectorale activiteiten module Informatiestandaarden.
- Bewaakt in nauwe samenwerking met de communicatiemedewerker de uitvoering van het communicatieplan naar alle partijen.
- Stemt nauw af met de voorzitter van de stuurgroep en waar relevant met andere (landelijke) programma's en trajecten.
- Is verantwoordelijk voor uitvoering van het programmaplan binnen tijd en budget.
- Is 1^e contactpersoon voor de module Informatiestandaarden naar alle sectoren en regio's.
- Is linking pin naar het Informatieberaad Zorg en andere informatietrajecten, bijvoorbeeld zoals die lopen binnen het Informatieberaad Zorg en de VIPP-programma's.

Communicatieadviseur:

Met gelijke verantwoordelijkheden en taken als de communicatiemedewerker Zorg, maar dan voor Informatiestandaarden.

Projectmanagementondersteuner:

Het team voor de module Informatiestandaarden heeft aanvullend een of twee projectondersteuners die inzet, resources, planningen en kosten bewaken van alle werkgroepen op alle niveaus.

Binnen de module Informatiestandaarden werken daarnaast meerdere personen zoals een leverancierscoördinator, informatieanalisten en kwalificatiemedewerkers.

Sectoraal: elke sector verzorgt zelf afstemming, mandatering en bestuurlijke besluitvorming binnen de sector

Elke sector heeft een vertegenwoordiger voor de stuurgroep gekozen en haar mandaat gegeven, en een eigen sectorale overlegstructuur vormgegeven. Binnen deze overlegstructuur maken partijen concrete afspraken over commitment, besluitvorming en bestuurlijke accordering. De organisatie van sectoroverleggen en de bijbehorende tijdsbesteding is aan de sector zelf. Elke sector zorgt zelf voor de coördinatie van de activiteiten in de voorbereidingsfase en de interim-fase. Partijen leveren steeds jaarlijks een globaal overzicht aan van hun bestuurlijke processen en de frequentie van vergadering binnen deze bestuurlijke processen, zodat eventuele door besturen te nemen beslissingen tijdig kunnen worden voorbereid en gepland.

Taken en verantwoordelijkheden sector:

- Verwerkt de richtlijn in een sectorspecifieke toolkit 17 voor ondersteuning van alle leden van de sector en stelt deze ter beschikking en promoot deze.
- Berekent en bewaakt de structurele kosten voor de zorg voor de eigen sector en stelt kwalitatieve baten op die waar mogelijk gekwantificeerd worden.
- Stimuleert, motiveert haar achterban om de richtlijn te implementeren.
- Levert monitorgegevens aan.
- Stemt af met andere sectoren.
- Levert vertegenwoordigers aan voor bovensectorale inhoudelijke onderwerpen.
- Is alert op best practices en stelt deze beschikbaar aan andere sectoren.

Elke regio:

- Weet op juiste wijze de herziene richtlijn te interpreteren en te vertalen naar haar eigen convenant.
- Heeft een (aangepast) convenant medicatieoverdracht, dat voldoet aan de richtlijn en waarin alle implementatie instrumenten van elke sector zijn geïntegreerd en waarin alle zorginstellingen uit alle sectoren deelnemen. Het convenant is van toepassing al in de interimfase.
- Heeft een getekende versie van dit convenant, door alle in die regio participerende zorginstellingen.
- Levert monitorgegevens aan het programmateam aan.

¹⁷ Zie overzicht van alle implementatie instrumenten die elke sector oplevert in 16.1.

18.5 Bijlage 5 Escalatieprocedure

Dit programma is een samenwerkingsprogramma, met als basis de richtlijn en een implementatieplan waaraan alle partijen zich hebben gecommitteerd. Dit plan beschrijft de visie, het plan van aanpak, de inzet van mensen en middelen in alle sectoren en biedt daardoor dezelfde informatie en helderheid aan elke deelnemende partij. Middels een goede overlegstructuur, met tijdige verzending van documenten, accurate verslaglegging en een houding van vertrouwen en transparantie is het mogelijk om binnen de stuurgroep alle zaken, risico's, knelpunten en standpunten open en grondig te bespreken.

Ten aanzien van de voortgang zal aan de volgende gremia structureel en gestructureerd gerapporteerd worden over voortgang en over eventuele knelpunten:

- 1 Het Informatieberaad Zorg over de voortgang van de module Informatiestandaarden obv outcomedoel 1. Hiertoe zal het programma Medicatieoverdracht – module Informatiestandaarden geagendeerd worden op de vergaderingen van het Informatieberaad Zorg. Alle sectoren zullen een plek krijgen middels minimaal één partij uit die sector.
- 2 De Alliantie Medicatieveiligheid over de voortgang van de module Zorg.
- 3 Het Zorginstituut Nederland op basis van de monitorafspraken binnen dit programma

Toch kunnen er in de loop van het programma knelpunten ontstaan, die een andere oplossingsroute nodig hebben. Een escalatieroute.

Agree-to-disagree en transparantie bij knelpunten

Bij de inrichting van het programma maken we afspraken over de escalatieprocedure, die ervoor moet zorgen dat bij hick-ups van welke aard dan ook binnen de scope van het programma tot een gedragen oplossing kan worden gekomen.

Zo is vanaf de start duidelijk op welke wijze geëscaleerd wordt. Hierbij worden de uitgangspunten “agree-to-disagree” en “transparantie” gehanteerd: betrokkenen zijn het eens dat er een meningsverschil of probleem is en welke route wordt gevolgd om dat op te lossen. Bij escalaties kan gezag, senioriteit en commitment worden ingezet van alle sectoren en van alle partijen.

Het programma kent twee soorten escalaties:

- Functionele escalatie;
- Hiërarchische escalatie.

Functionele escalatie

Om een probleem op te lossen is meer of andere kennis nodig dan de betreffende groep heeft en daarom wordt horizontaal een beroep gedaan op een ander gremium, binnen of buiten het programma, om het probleem op te lossen.

Voorbeelden: De verantwoordelijkheidsverdeling blijkt niet duidelijk tussen twee beroepsgroepen en er moet een advies komen. Er is een expert nodig om een onderwerp verder of onafhankelijk uit te diepen. Een scholing wordt alsnog ingekocht in plaats van binnen het programma zelf ontwikkeld.

Bij gelijk benodigd budget en een vergelijkbaar op te leveren product, is er geen hiërarchische escalatie nodig. Indien er geen budget is gereserveerd, dan wordt er gekeken of er ergens anders budget vrijvalt of ingezet kan worden. Indien er te weinig budget is, dan wordt de hiërarchische route ingezet.

Route functionele escalatie

Er zijn twee afhandelingsroutes binnen het programma:

- 1 programmamanager → voorzitter stuurgroep
- 2 programmamanager/voorzitter → geldgever

In alle gevallen wordt aan de stuurgroep gerapporteerd.

Hiërarchische escalatie

Als de betreffende groep niet de autoriteit heeft om een probleem op te lossen wordt een beroep gedaan op een hoger niveau in de organisatie om het probleem op te lossen.

Voorbeelden: van toepassing bij afwijking van het beoogde resultaat, een meningsverschil of een gebrek aan mensen of middelen of als een partij of sector zich (deels) terugtrekt. Of als een of meer softwareleveranciers zich terugtrekken.

Route hiërarchische escalatie

Er zijn drie escalatieniveaus binnen het programma:

- 1 Programma manager → voorzitter stuurgroep
- 2 Voorzitter stuurgroep → een van de leden van de stuurgroep
- 3 Stuurgroep → één of meerdere, of alle bestuurders van de sectoren

Indien een instelling de implementatie van de richtlijn en de informatiestandaarden niet oppakt

In dit programma participeren actief de brancheorganisaties en beroepsorganisaties van (bij de) zorginstellingen (werkzame zorgverleners). Zij vertegenwoordigen, ondersteunen, motiveren en activeren hun leden zorginstellingen en/of zorgverleners. Zij nemen echter niet de implementatie binnen een instelling over. Dit is aan de instellingen zelf.

De escalatieprocedure gaat niet over implementaties binnen instellingen. Hoewel programmaleden en stuurgroepleden gesprekken kunnen aangaan met instellingsbestuurders hebben zij geen gezag om hen 'aan te spreken'.

De voorzitter heeft de verantwoordelijkheid elke stap te begeleiden. Bij de inrichting van het project worden namen geplaatst bij de verschillende niveaus.

Werkwijze escalaties

- 1 Elk stuurgroeplid, programma manager en voorzitter kan een probleem signaleren en melden bij de programma manager. Indien blijkt dat het probleem niet binnen de reguliere activiteiten en overlegstructuren kan worden opgelost, dan is het de taak van de programma manager om een escalatie in te zetten.
- 2 Een escalatie heeft een analyse van het probleem met de beschrijving van het probleem, achtergrondinformatie, betrokkenen, urgentie en zo mogelijk de suggestie van meerdere oplossingen. Er wordt benoemd of het een functionele of hiërarchische escalatie is.
- 3 Als niet gereageerd wordt op de escalatie, wordt de escalatie herhaald op hetzelfde niveau.
- 4 Als niet gereageerd wordt op de reminder, wordt de escalatie herhaald op een hoger niveau.
- 5 Een apart overleg kan belegd worden om het probleem te bespreken. Wachten op een regulier overleg hoeft niet.
- 6 Alle knelpunten en escalaties worden gerapporteerd, met daarbij de actuele status, aan de stuurgroep.

18.6 Bijlage 6 'Van richtlijn naar acties in het MIP'

Deze bijlage is los bijgevoegd (16 pagina's).

18.7 Bijlage 7 Overzicht regio's met een regionaal convenant Medicatieoverdracht Zorg

Onderstaand een overzicht van regionale samenwerkingsverbanden die op medicatieoverdracht.nl te vinden zijn cq zich gemeld hebben bij een van de procesbegeleiders. Deze lijst geeft een goede indruk, maar is zeker niet compleet of actueel. In de voorbereidingsfase is een inventarisatie voor het programmateam opgenomen.

- 1 Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken (2017)
- 2 SIGRA: Advies Werkafspraken Medicatieoverdracht Zorgketen Amsterdam 2019 (2019)
- 3 Convenant medicatie proces in Midden-Nederland in de thuissituatie van de patiënt/cliënt met de huisarts als hoofdbehandelaar in Midden-Nederland (2016)
- 4 SAGO: Ketenafspraken 'farmaceutische begeleiding bij opname, ontslag of polikliniekbezoek/dagbehandeling' – apotheken in het Gooi e.o. en Ziekenhuis Tergooi
- 5 SAGO: Medicatieprotocol Thuiszorg – apotheken in het Gooi e.o. en Thuiszorgorganisatie
- 6 Regionaal protocol medicatieoverdracht voor de kernregio Zorg en Zekerheid
- 7 Drechtzorg: regio Drechtsteden, Gorinchem en omstreken ('Waardenland')
- 8 Medicatieoverdracht in West-Friesland
- 9 Regionale afspraken medicatieoverdracht regio Nijmegen e.o.
- 10 Regionaal protocol overdracht medicatiegegevens IZO Twente
- 11 Ketenontwikkeling & medicatieveiligheid in de regio Trombosedienst Almelo, ZGT Hengelo en MST Enschede (IZO twente)
- 12 BrabantFarma, Concordant en Samen In Zorg: Regionaal protocol Medicatieoverdracht Noord Oost Brabant
- 13 BrabantFarma, Concordant en Samen In Zorg: Protocol Medicatievoorziening Verzorgingshuizen en Thuiszorg Noordoost-Brabant
- 14 RZCC: Regionale afspraken informatieoverdracht en medicatieveiligheid Zuid-Oost Brabant
- 15 Regionaal protocol medicatieoverdracht voor de regio Zuid-Kennemerland en Haarlemmermeer
- 16 Regionaal protocol medicatieoverdracht Oost-Flevoland en de Noordoostpolder
- 17 Regionaal convenant medicatieoverdracht regio Rijnmond
- 18 Werkafspraken medicatie-overdracht regio's Oss, Uden en Veghel
- 19 Afspraken regio Maasland - Regionale werkafspraken over medicatieoverdracht Westelijke Mijnstreek
- 20 MCC Omnes: Regionaal convenant Sittard e.o.
- 21 Friese organisaties - Samenwerkingsverklaring Medicatieveiligheid in de Thuiszorg
- 22 Groninger Apotheken Vereniging