



Stichting Apotheek der Haarlemse Ziekenhuizen

50 jaar SAHZ



Coverfoto: De apotheek in 1969

Inhoud

Proloog en start	5
De jaren '70	7
De jaren '80	11
De jaren '90	19
Het eerste decennium van de 21e eeuw	25
De jaren '10	33
Epiloog en toekomst	37

50 JAAR SAHZ

Proloog en start

Met de invoering van de wet op de geneesmiddelenvoorziening uit 1958 ontstaat er voor de algemene ziekenhuizen met meer dan 300 bedden de verplichting om een eigen apotheek aan te houden. De ziekenhuizen in Haarlem en Heemstede zien zich geconfronteerd met de noodzaak om in een apotheek te voorzien die voldoet aan de eisen die de wetgever destijds stelt. De ziekenhuizen hebben namelijk tot dusverre geen apotheek. Aangezien de ziekenhuizen ook allemaal plannen voor nieuwbouw hebben ontstaat het idee om gezamenlijk een apotheek te gaan exploiteren. Dit is met name ten aanzien van de technische voorzieningen, benodigd voor het produceren van geneesmiddelen en infusievloeistoffen een aantrekkelijk plan; in die tijd zijn deze nog in veel mindere mate dan nu het geval is in de handel verkrijgbaar. De ziekenhuisbesturen trekken daartoe een jonge net geregistreerde ziekenhuisapotheker aan: de heer Tom Vos. Na raadplegen van zijn opleider, Professor Huizinga, destijds hoofd van de apotheek van het Academisch Ziekenhuis Groningen, wordt hij in 1964 door het bestuur aangesteld om de plannen gestalte te geven. De voorbereidingen om tot een centrale apotheek voor de Haarlemse ziekenhuizen te komen vergen uiteindelijk evenwel vijf jaar. Gedurende die tijd wordt vanuit de lokalen die in de diverse ziekenhuizen aanwezig zijn de ziekenhuisfarmacie op een wat lager pitje uitgeoefend. De SAHZ heeft in die eerste jaren nog een zeer overzichtelijke administratie: per jaar volstond een schrift met dikke kaft waar de hele boekhouding met de hand in wordt gevoerd.

Direct bij de aanvang van de plannen voor een centrale apotheek gaat het echter al mis, omdat de ziekenhuizen allen meer dan 300 bedden hebben en de wet geen uitzondering toestaat. Het zijn echter de tijden dat in goed overleg met de overheid en de diverse ministeries een wijziging van de wet, mits goed onderbouwd, nog tot de mogelijkheden behoort. De toenmalig hoofdinspecteur, de heer Siderius, is dan ook bereid om aan een goed initiatief mee te werken. Dit resulteert in het opnemen van een speciaal artikel in het besluit 'artsenij bereidkunst' dat deze constructie mogelijk maakt. Voorwaarde voor een dergelijke constructie is dat het bestuur van de apotheek gevormd wordt uit bestuursleden van de deelnemende ziekenhuizen. Dit blijkt in het destijds nog verzuilde Nederland te regelen, waarna de voorbereidingen voortvarend ter hand genomen worden. Aanvankelijk is de keuze gevallen op een prachtig pand aan het Florapark, gelegen op één van de aardigste punten van Haarlem. Naast kadastrale problemen

met omliggende percelen worden echter ook de verbouwingkosten onverantwoord hoog geacht. Collega Vos voorziet destijds al dat dit pand op termijn mogelijk niet zal voldoen, waarna het plan verlaten wordt. Uiteindelijk wordt besloten om bij het nieuw te bouwen Elisabeth of Grote Gasthuis (destijds nog gehuisvest aan het Klein Heiligland in Haarlem Centrum) een nieuwe apotheek neer te zetten geheel in lijn met de eisen des tijds. Op 9 november 1967 wordt de eerste paal geslagen, in augustus 1969 vindt de bouwkundig oplevering plaats. Op 11 februari 1970 wordt de nieuwe centrale apotheek door de hoofdinspecteur, de heer Siderius, met een feestelijke bijeenkomst geopend. De eerste jaren is de apotheek nauw verbonden met de SSKZ (de Stichting Samenwerkende Kennemer Ziekenhuizen) waarvan het kantoor ook in de apotheek is gevestigd.

Bij de opening bestaat het personeel uit 23 medewerkers en 2 ziekenhuisapothekers, waarmee de farmaceutische verzorging van de drie Haarlemse ziekenhuizen en het Diaconessenhuis in Heemstede ter hand genomen wordt. Avond- en nachtdiensten worden in die tijd nog uitsluitend door de apothekers en de hoofdassistente gedaan. Financiering van de exploitatie én de geneesmiddelen gaat via een systeem van 'bijdrage per verpleegdag' met voor- en nacalculatie. De stichtingskosten van de apotheek bedragen *f* 3.500.000 (€ 1.588.231), de exploitatie in het eerste jaar wordt begroot op *f* 1.998.000 (€ 906.653) maar kwam uit op *f* 2.512.950 (€ 1.140.327). Ook in die tijd was dat nagenoeg al geheel te wijten aan de kosten van de 'grondstoffen' zoals de geneesmiddelen toen nog genoemd worden.

De jaren '70

De eerste jaren van de apotheek verlopen voorspoedig, terwijl er vanuit andere steden veel belangstelling is voor het model van een centrale apotheek. De activiteiten worden allengs uitgebreid met toxicologisch onderzoek, 'bereiden' van Radiofarmaca en deelnemen aan allerlei activiteiten in de ziekenhuizen. Met de inspectie invoerrechten en accijnzen wordt overeenstemming bereikt over het in voorraad hebben en verwerken van grote hoeveelheden niet gedenatureerde alcohol voor desinfectantia. Brandveiligheid is in die dagen nog geen issue; de gehele voorraad van honderden liters in diverse stadia van bewerking ligt inpandig opgeslagen! Aanvankelijk is toen al overwogen om de farmaceutische voorziening van het Zeeweg Ziekenhuis, dat in 1971 nieuw gebouwd zou gaan worden, te gaan verzorgen, doch dit wordt uiteindelijk in verband met de afstand als ondoelmatig en daarmee niet opportuun geacht. Het zal nog 22 jaar duren voordat dit bij de fusie van het Zeeweg Ziekenhuis met de Joannes de Deo en het Elisabeth Gasthuis uiteindelijk toch zou gebeuren. Wat opvalt in de beginjaren van de apotheek is de sterke productie en logistiek gerichte activiteiten om vier toch behoorlijk grote ziekenhuizen van geneesmiddelen te kunnen voorzien. In 1972 doen een derde apotheker, Wies Plevier, én de semafoon voor de apothekers haar intrede.

Ook wordt reeds in het begin van de jaren '70 nagedacht over de invoer van de EAV (Eenheid Aflevering Verpakking). Dat is destijds nog een enorme noviteit die alleen in de Verenigde Staten en dan ook nog in beperkte mate wordt toegepast. Via een speciale werkgroep wordt de EAV door het NZI (Nationaal Ziekenhuis Instituut) in internationaal verband bestudeerd.

In 1973 wordt de A-bevoegdheid voor het opleiden van ziekenhuisapothekers toegekend, waarmee de apotheek Haarlemse ziekenhuizen toetreedt tot een groep van destijds dertien opleidingsgerechtigde ziekenhuisapotheken.

Medio jaren '70 begint de apotheek met het verspreiden van geneesmiddelenklappers om de omgang met geneesmiddelen in de diverse huizen te verbeteren. In het kader van therapiebewaking wordt (voor die tijd zeer vooruitstrevend) reeds besloten om retrospectief een aantal ziektegeschiedenissen bij een aantal specialismen na te lopen om te bezien of een volledige therapiebewaking zinvol is. Literatuur is er op dat moment nog niet veel, maar geheel in de stijl van collega Vos wordt dit door eigen onderzoek ter hand genomen. Ook op het gebied van de dialyse en de microbiologische zuiverheid van het badwater voor de dialyseafdeling



Dr. P. Siderius, hoofdinspecteur, opent de apotheek op 11 februari 1970 met een feestelijke bijeenkomst.

worden fraaie resultaten geboekt en samen met de nefrologen van het Elisabeth Gasthuis zelfs in internationale literatuur gepubliceerd. In de jaren '70 speelt ook een discussie over de uitvoering van Klinisch Farmaceutische bepalingen en Toxicologisch onderzoek. Aanvankelijk is dat nog verspreid over meerdere laboratoria in de regio, doch na uitgebreid advies van een landelijke commissie van deskundigen en hoogleraren wordt dit definitief bij de apotheek ondergebracht.

De exploitatie blijft in de jaren '70 een wisselend gebeuren, aangezien de apotheek inclusief de geneesmiddelen uit een tarief per verpleegdag moet worden bekostigd. Om via het toegestane tarief, vermenigvuldigd met het gerealiseerd aantal verpleegdagen, een sluitende exploitatie te krijgen blijft jaarlijks een uitdaging! Medio 1975 doet een nieuwe ziekenhuisapotheker in opleiding zijn intrede. Na het voltooiën van de toen nog 2-jarige opleiding vertrekt hij in 1977 naar het Zeeweg Ziekenhuis, dat inmiddels besloten heeft om een eigen apotheek te gaan bouwen en van daaruit het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort van geneesmiddelen te gaan voorzien. Bij gebrek aan een apotheek wordt er voorlopig gestart vanuit het Provinciaal Ziekenhuis. De nieuwe combine bestaande uit de Stichting Medisch Centrum Velsen en het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort wil graag samenwerken met de SAHZ, doch dit stuit op problemen met de IGZ. Zelfs voor het leveren van infusievloeistoffen is een aparte ontheffing nodig; de wet wordt inmiddels strak gehandhaafd. Wel wordt al de intentie uitgesproken om het bestuur van het Zeeweg Ziekenhuis in het Stichtingsbestuur op te nemen en aldus twee apotheken binnen de Stichting te gaan exploiteren. Ook dat blijkt niet van de grond te komen en is destijds alleen bij wijze van experiment in Zwolle gestart, maar nooit herhaald. De ziekenhuisapotheker-directeur zit in die periode in het bestuur van de NVZA (Nederlandse Vereniging van ziekenhuisapothekers) in de rol van secretaris en zal later doorschuiven naar het hoofdbestuur van de KNMP (Koninklijke Maatschappij ter bevordering der Pharmacie). 30 jaar later zal ook zijn opvolger bestuurlijk actief zijn als voorzitter van de NVZA!

Eind jaren zeventig worden de eerste proeven uitgevoerd om het geneesmiddelendistributie systeem te moderniseren. Als motivatie wordt aangevoerd het verminderen van het aantal fouten en de besparing in arbeidstijd. In het dan nog computerloze tijdperk wordt het systeem van de 'zelf doordrukkende' medicatie-opdrachten uitgetest in het Diaconessenhuis. Het eerste vel geldt als recept, het tweede vel gaat in de status van de arts en het derde zelfklevend vel komt op de medicatieverantwoordingskaart. Daarmee wordt de mogelijkheid geschapen om de toediening door de verpleging ook daadwerkelijk te verantwoorden. Tegelijk doet de EAV

(toen nog EAS geheten) zijn intrede, met ieder tablet apart verpakt en geëtiketteerd. De EAV is dan nog zeer beperkt verkrijgbaar, terwijl 'ompakken' vanuit andere verpakkingen leidt tot een nieuwe wettelijke registratie als een 'ander' geneesmiddel en daarmee aanvankelijk niet mogelijk is. De aankoop van een professionele verpakkingsmachine wordt dan ook overwogen en uiteindelijk gerealiseerd. De proeven verlopen succesvol en begin jaren '80 wordt het nieuwe systeem met 'doordrukbonnen' en EAV in alle vier de ziekenhuizen ingevoerd. Daarmee wordt ook (handmatige, de klinisch farmaceutische blik was toen nog adequaat!) medicatiebewaking integraal ingevoerd. De bonnen worden in de apotheek op een 'apotheek'-status geplakt door de assistenten bij verwerking, waarna alle gemuteerde statussen (herkenbaar aan de paperclip, collega Vos is even zuinig als pragmatisch) aan het eind van de middag door de verzamelde apothekers beoordeeld worden. Daarbij worden tevens de belangrijke zaken van de dag doorgenomen zodat er geen open einden blijven liggen. Eventuele aanpassingen in de medicatie worden telefonisch doorgegeven. Dat gebeurt destijds nog met één van de vier telefoontoestellen in de receptuurafdeling. Alle ziekenhuizen beschikken op die manier over een rechtstreekse lijn met de apotheek, waarmee 'interne' en dus gratis communicatie mogelijk is. De apotheek beschikte uiteraard ook over een eigen, zij het beperkte, telefooncentrale. Doorverbinden met de 'interne' ziekenhuislijnen is helaas onmogelijk! De enige twee toestellen waarmee aanvankelijk verkeer buiten de apotheek mogelijk is, zijn die van de directeur en administrateur, tevens beheerder van de centrale. De overige toestellen kunnen alleen intern bellen. In 'diensttijd' buiten de apotheek telefoneren lukt alleen als de centrale overtuigd is van het zakelijke karakter. Alle noodzakelijk geachte nummers zitten voorgeprogrammeerd.

De jaren '80

Begin jaren '80 blijkt het Elisabeth Gasthuis niet meer bereid om ook het onderhoud van de apotheek uit te voeren, zodat dit uitbesteed wordt aan de firma Nieuwenhuizen uit Heemstede. Installaties en machines maken in die tijd een groei door, zowel in omvang als in complexiteit. Ook komen de eerste ziekenhuisinformatiesystemen met een medicatiedeel voorzichtig op de markt. Het zijn veelal door ziekenhuizen onderling opgezette systemen, die eigenlijk alleen bruikbaar zijn om voor één ziekenhuis te werken en nog niets van budgettoewijzingen kennen. De stijgende geneesmiddelenkosten, en het lastig kunnen inschatten daarvan, blijken in toenemende mate een probleem te worden en zijn een voorteken van de naderende budgettering.

In 1981 wordt naar aanleiding van het rapport 'geneesmiddelen distributie binnen inrichtingen in de gezondheidszorg' de apotheekstaf uitgebreid en krijgen de vier Haarlemse ziekenhuizen ieder een 'huisapotheker'. Tevens wordt per ziekenhuis een geneesmiddelencommissie in het leven geroepen die zich zowel met inhoud als distributie van het geneesmiddelpakket bezig moet gaan houden. De ziekenhuisapothekers expanderen in de ziekenhuizen en nemen deel aan commissies en onderwijs. Er mag dan wel een huisapotheker komen, een plek binnen de ziekenhuisafdelingen blijkt maar moeilijk te vinden voor de apotheek. Het distributiesysteem wordt nog wel verfijnd met een machine die alle dranken ook per dosering kan verpakken. In 1981 vindt ook het eerste groot onderhoud plaats aan het gebouw, waarbij reeds een aantal verbeteringen in installaties en materialen worden aangebracht. De financiering via het verpleegdagenmodel begint echter steeds verder vast te lopen. Het Centraal Orgaan voor de Tarieven (het toenmalige CTG) stelt een bedrag per verpleegdag vast, doch wanneer de ziekenhuizen die verpleegdagen niet halen, dan wel veel meer aan geneesmiddelen per verpleegdag besteden dan dit gemiddelde, ontstaat er een exploitatieprobleem. In 1981 leidt dit voor het eerst tot grote liquiditeitsproblemen in de apotheek. Geheel in stijl van de toenmalige financiering wordt het tarief voor het volgend jaar zodanig verhoogd dat het tekort goed gemaakt zal worden, hetgeen prompt aanleiding geeft tot een overschot. Aangezien er voor de deelnemende ziekenhuizen weinig zorgen waren over de apotheektarieven (die liepen immers geheel buiten het ziekenhuis om) wordt het verpleegdagensysteem via een feitelijke all-out financiering gaandeweg moeilijker te hanteren, de geneesmiddelenkosten fluctueren te veel. Het CTG gaat in die periode ook nog over de aanstelling van ziekenhuisapothekers. De claim om meer apothekers in verband met de toename in klinische taken wordt echter niet



Koffie en thee automaten waren nog onbekend in de apotheek.

zonder slag of stoot gehonoreerd, daarover moet onderhandeld worden. Ook het vervangen van de aanwezige apparatuur stuit op problemen, aangezien er dan te weinig geld voor nieuwe investeringen overblijft.

De aankondiging in 1983 van de ziekenhuisbudgettering betekent dat er in het CTG budget van de apotheek een definitieve splitsing gemaakt wordt tussen geneesmiddelenkosten en exploitatiekosten. Ook wordt het budget gemaximeerd op de 'aanvaardbare kosten 1982' met een eenmalige dotatie van f 100.000 voor het ontwikkelen van een automatiseringssysteem ten behoeve van het bewaken van de geneesmiddelenleveringen per instelling en als geheel. De facto is dit een 'add-on' systematiek avant la lettre! De geneesmiddelenkosten maken tweederde van het apotheekbudget uit, zodat afwijkingen daarin verstrekkende gevolgen voor de exploitatie van de apotheek zullen betekenen. Bestuurlijk wordt vastgesteld dat het bestuur weliswaar verantwoordelijkheid kan nemen voor de apotheekexploitatie, maar dat de voorschrijvers verantwoordelijk zijn voor de geneesmiddelenkosten. De registratie en bewaking wordt echter bij de apotheek ondergebracht en geschiedt het eerste jaar door handmatig 250 geneesmiddelen (ongeveer een achtste van het totale pakket) gedurende negen maanden te 'turven'. Reeds na enkele maanden wordt duidelijk dat, hoe primitief dit instrument ook moge zijn, de geëxtrapoleerde uitgaven goed in de pas lopen met het toegekende geneesmiddelenbudget. Aan het eind van het verslagjaar wordt binnen 1% overschrijding van het geneesmiddelenbudget geëindigd, gelet op de beperkte ervaring van de ziekenhuizen en de apotheek met budgetteren, voorwaar een keurige prestatie.

In de eerste helft van de jaren '80 wordt ook de statusoverdracht in de ochtend ingevoerd binnen de apotheek. De veiligheidseisen rondom de bereiding van cytostatica zijn aanleiding om deze bereiding te gaan centraliseren in de apotheek en daarvoor de benodigde ruimtes in te richten.

Een andere belangrijke ontwikkeling in die dagen is de centralisering van de Therapeutic Drug Monitoring en Toxicologie op last van de ziekenfondsen in de SAHZ. Daarmee komt aan een lang slepende discussie met andere laboratoria een eind. Het aantal bepalingen neemt sterk toe zodat uitbreiding van mensen en middelen noodzakelijk is. Als groeiende onderneming wordt ook een ondernemingsraad onvermijdelijk. Eén van de leden van de eerste samenstelling zal 30 jaar deel uit maken van de OR!

Wat betreft de automatisering schiet het allemaal niet echt op, aangezien de bestaande informatiseringssystemen van de Vereniging Informatie Voorziening Ziekenhuizen (waarin

ook de Kennemer Ziekenhuizen deelnemen), slechts voor één ziekenhuis tegelijk kunnen werken, niet met de kosten van geneesmiddelen kunnen omgaan en eigenlijk alleen voor therapiebewaking en dan ook nog maar zeer beperkt inzetbaar zijn. Er zit weinig anders op dan met een softwarehuis zelf een softwarepakket te ontwikkelen dat voldoet aan de eisen. Hoe onvoorstelbaar ook, binnen een jaar wordt niet alleen het pakket ontwikkeld, maar ook, zonder dat er al een landelijk geneesmiddelenbestand is in de vorm van de huidige Z-index, een compleet geneesmiddelenbestand aangemaakt. Begin 1984 lijkt het pakket van start te kunnen gaan. Het pakket draait geheel op een serie Apple II computers. Helaas blijkt er uiteindelijk nog een vol jaar overheen te gaan om met veel inzet van softwaredeskundigen en apothekers alle bugs uit het systeem te krijgen. Reeds in het eerste jaar sneuvelen beide harddisks (ieder 20 Mb groot) welke voor het destijds astronomische bedrag van bijna *f* 20.000 (€ 9.075) moeten worden vervangen. Ook wordt al snel een tapestreamer aangeschaft voor ruim *f* 7.000 (€ 3.176) gelet op de ramp die zich bijna voltrekt bij gebrek aan back-up. Aan het eind van het jaar wordt men geconfronteerd met de noodzaak om de retour genomen medicatie te gaan boeken, aangezien er via de systemen natuurlijk te veel verkocht wordt als de retour genomen medicatie gewoon zonder inkoop opnieuw verkocht wordt! Aangezien het COTG in 1984 de overheveling van het geneesmiddelenbudget naar de individuele instellingen opdraagt, is een sluitende administratie van de verstrekkingen nog belangrijker dan voorheen.

Vanaf medio jaren '80 mogen de poliklinisch toegediende cytostatica en stollingsfactoren inmiddels in de ziekenhuisapothek bereid worden en bij de ziekenfondsen gedeclareerd worden. Tot dan toe nemen de patiënten deze geneesmiddelen zelf om ze na klaarmaken door de verpleging op de polikliniek toegediend te krijgen! Zowel voor de patiënt als voor de verpleging een risicovolle situatie, waarover echter nog hard onderhandeld moet worden om deze te beëindigen. Deze overheveling avant la lettre wordt overigens een aantal jaren later teruggedraaid, met als gevolg grote budgetproblemen voor de ziekenhuizen. De budgetten gaan niet omhoog en het idee dat deze middelen sowieso buiten het budget vielen wil aanvankelijk ook nog niet landen.

In de kliniek worden door de apotheek opgestelde productinformatiefolders ingevoerd teneinde het voor toediening gereed maken van parenterale geneesmiddelen door de verpleging te verbeteren. In de apotheek draait de bereidingsafdeling op volle toeren en produceert inmiddels meer geneesmiddelen en verpakkingen in EAV dan ooit om aan de stijgende vraag te kunnen voldoen. Inmiddels worden ook infuuszakken in bescheiden mate geproduceerd. De door



Handwerk maakte een belangrijk onderdeel van het werk uit.

de ziekenhuis gevraagde overschakeling naar PVC infusiezakken wordt in verband met een kostenstijging van 50% per infuuscontainer niet doorgevoerd. Ook in de clinical trials komt de inbreng van de apotheek goed van de grond, de eerste helft van het decennium wordt dan ook goed afgesloten.

Maar de tweede helft van de jaren '80 is het duidelijk wennen aan een aantal nieuwe ontwikkelingen. Voor het eerst in haar bestaan wordt de SAHZ door de IGZ uitgebreid geïnspecteerd, hetgeen tot een aanzienlijk aantal opmerkingen leidt en de nodige bouwkundige aanpassingen nodig maakt. Ook de regelgeving op het gebied van steriliseren en steriliteit van medische hulpmiddelen brengt de nodige inspanningen met zich mee. Budgetfinanciering, arbeidsduurverkortung, overheveling van cytostatica administratie en toenemende administratieve belasting doen de directeur in de volgende passage in één van de jaarverslagen verzuchten: *“Het struikgewas van door de budgetfinanciering opgeschoten bureaucratie, ongenueanceerde maatregelen in de personele sfeer en regelzucht van overheidswege wordt gaandeweg dichter en belemmert het zicht op de uit kwaliteitsoogpunt wenselijke sfeer allengs meer”*. Het is kenmerkend voor de aanpak van collega Vos; hij is praktisch apotheker in hart en nieren en heeft een hartgrondige hekel aan bureaucratie en gebakken lucht.

Andere instellingen informeren naar toetreden tot de apotheek, doch dat blijkt binnen de wet alleen mogelijk als de instelling ook een bestuurszetel krijgt. Daar is binnen het bestuur niet direct veel animo voor, met uitzondering van de Bloemenhove kliniek voor het afbreken van late zwangerschappen, aangezien deze kliniek in een dienstverlening voorziet die zeker de confessionele ziekenhuizen liever niet binnen de eigen poorten zien! Voor de opleiding tot ziekenhuisapotheker wordt in 1987 een affiliatie met het Zeeweg Ziekenhuis aangegaan.

In die periode starten de ziekenfondsen de eerste discussie over aansluiting van intramurale en extramurale farmacotherapie. De vers gebudgetteerde ziekenhuizen en de openbare farmacie met een dan nog heel ander verdienmodel lopen er niet hard voor. Het ROAK (Regionaal Apotheek Overleg Kennemerland) wordt gestart en ondergebracht in een vereniging, maar veel verder komt het nog niet.

Eind jaren '80 staat het automatiseringssysteem op instorten en wordt een nieuw automatiseringssysteem, Centrasys, aangeschaft dat zowel inhoudelijk als qua budgettering de apotheek en ziekenhuizen van dienst kan zijn. Dat is meer dan noodzakelijk aangezien de kosten voor de apotheek exploitatie zijn overgeheveld naar de ziekenhuisbudgetten, met uitzondering van een locatiebudget dat de apotheek nog rechtstreeks van het CTG krijgt.

Gelet op de beperkingen van de geneesmiddelenkosten wordt er druk gewerkt aan een geneesmiddelenformularium. Het bijbehorend beleid komt nog wat aarzelend van de grond, want iedere instelling houdt vooralsnog vast aan een eigen formularium! Ook een METC (Medisch Ethische Toetsing Commissie) wordt opgericht, maar ook hier nog per instelling. Het decennium werd afgesloten met een fusie van Mariastichting en Diaconessenhuis tot Spaarne Ziekenhuis, nadat kort daarvoor een fusie van de Mariastichting en het Elisabeth Gasthuis op de valreep is mislukt en de reeds aangetrokken directie direct afgekocht moet worden.



Mixers en een keuken om in te bereiden.

De jaren '90

In 1991 besluiten Elisabeth Gasthuis, Joannes de Deo en Zeeweg Ziekenhuis tot vorming van het Kennemer Gasthuis teneinde voldoende tegenwicht te bieden aan de nieuwe machtsfactor Spaarne Ziekenhuis. Beide nieuwe fusieziekenhuizen hebben bouwplannen voor een compleet nieuw ziekenhuisgebouw, waarbij het Elisabeth Gasthuis wellicht nog als voorpost gehandhaafd kan blijven, al is dat niet zeker. Voor de SAHZ is dat aanleiding tot het ontwikkelen van een nieuwe visie op de apotheek. De bestuurders willen graag een apotheekvestiging per nieuw ziekenhuis, maar wel de SAHZ als Stichting behouden gelet op de tot dan toe goede ervaringen. Er wordt met een schuin oog naar Zwolle gekeken, waar inmiddels twee in Haarlem opgeleide apothekers in een dergelijke constructie werkzaam zijn. Eind 1992 wordt besloten de apotheek van het Zeeweg Ziekenhuis op te kopen inclusief het personeel en klantenbestand, waardoor de facto een met Zwolle vergelijkbare situatie ontstaat. Herhaling van een dergelijke constructie wordt door de IGZ gelet op de wetgeving niet goed mogelijk geacht. De juridische fusie is per 1 januari 1993 een feit met een glaasje champagne van het bestuur.

In oktober 1993 gaat de oprichter van de apotheek, Tom Vos, met OBU en wordt hij opgevolgd door Ruud van der Hoeven, tot die datum hoofd van de apotheek van de Stichting Medisch Centrum Velsen met daarin opgenomen het Zeeweg Ziekenhuis. Gelet op de staat van het gebouw aan de Boerhaavelaan en de inmiddels 25 jaar oude installaties is renoveren nodig.

Aangezien de ziekenhuizen uitgebreide nieuwbouwplannen aan het ontwikkelen zijn, is aanvankelijk eerst uitgebreid onderzoek gedaan naar mogelijke nieuwbouw bij beide nieuwe fusieziekenhuizen. Aangezien daarmee een met Zwolle vergelijkbare situatie zou ontstaan, stuit dit op weerstanden bij de IGZ en wordt dit plan definitief verlaten. Uiteindelijk is dan ook in 1995 besloten het gebouw aan de Boerhaavelaan te renoveren en de apotheek daar te concentreren. De apotheek in het Zeeweg Ziekenhuis, gehuisvest in een semipermanent deel van het gebouw, moet daarna gesloten worden.

Met de fusie met het Zeeweg Ziekenhuis is ook de psychiatrie en verpleeghuiszorg binnengekomen in de apotheek en begint het verdienmodel van de SAHZ, zij het nog langzaam, te veranderen. Zijn het voordien uitsluitend deelnemers, die ook bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de SAHZ hebben, voor wie de SAHZ huisapotheek is, nu doen klanten hun intrede, die hun farmaceutische voorziening bij de SAHZ onderbrengen. Aangezien dat zorginstellingen zijn,

wordt ook voor hen een strikt onderscheid gemaakt tussen de kosten voor geneesmiddelen (netto inkoopprijs SAHZ) en farmaceutische dienstverlening/zorg tegen een all-inn prijs per erkend bed/behandelplaats.

De automatiseringssystemen in elkaar schuiven is ook in die periode een uitdaging. Aangezien beide apotheken van het Centrasys systeem gebruik maken lukt het binnen een jaar na de fusie reeds om alle instellingen op maat te bedienen met bijbehorende rapportages. Ook de vorming van een managementteam en de integratie van de beide personeelsgroepen verloopt eigenlijk zonder grote problemen.

De noodzakelijke renovatie van de apotheek komt in een stroomversnelling door problemen bij de bereiding van een oogspoelvloeistof waarbij ook patiënten betrokken zijn geraakt. Dit incident en de enorme publiciteit die er mee gepaard gaat, waaronder het openen van het acht uur journaal nog vóór de verschrikkingen van Srebrenica, trekt diepe sporen in de apotheek. Gelukkig is er geen sprake van blijvende schade, doch een heroriëntatie op welke preparaten er wel en niet bereid blijven worden en wat daar voor nodig is komt daarmee wel in een stroomversnelling. De destijds gemaakte keuze bleek een goede en is bepalend geweest voor het bedrijfsmodel in de 21e eeuw van de apotheek. Bewust is gekozen voor een regionaal bereiding bedrijf dat alleen datgene maakt dat niet te koop is en werkt op GMP niveau. Zo lang dat mogelijk blijft zijn daarnaast op beperkte schaal ook nog preparaten geproduceerd, die wel te koop maar erg duur en uit patent zijn.

De renovatie verloopt voorspoedig, doch door de aanloop naar het vereiste GMP niveau blijkt het nog niet zo eenvoudig om alles in bedrijf te krijgen. In 1996 komt de eerste versie van de GMPz uit, een toelichting op de Europese GMP, zodat die beter toepasbaar is in een ziekenhuisapotheek. Het hele jaar 1996 is dan ook verder besteed aan validatie van alle installaties en apparatuur. Dat is in die tijd nog minder gebruikelijk in de ziekenhuisfarmacie zodat het nodige pionierswerk is verricht. De locatie IJmuiden wordt eind 1996 gesloten, vooruitlopend op de nieuwbouwplannen van de ziekenhuizen. Uiteindelijk zal pas tien jaar later het Zeeweg Ziekenhuis verlaten en gesloopt worden na het opleveren van de locatie Kennemer Gasthuis Noord.



Medewerkers klaar voor ambachtelijk werk.

Na het incident in 1996 heeft de SAHZ een jaar onder verscherpt toezicht van de IGZ gestaan. Door de gedegen aanpak van de nieuwe start is dit toch relatief snel opgeheven, terwijl ook de visitatie van de SRC ten behoeve van de specialisatie ziekenhuisapotheker in diezelfde periode goed verloopt. Beide toezichthouders zijn tevreden, zodat er voortvarend aan de verdere uitbouw van de SAHZ kan worden begonnen. Daarbij wordt ook met nadruk naar de dienstverlening in de ziekenhuizen gekeken. Gelet op de couleur locale blijkt dat nog geen eenvoudige zaak. Daar waar de overige instellingen zeer gedisciplineerd met recepten en geneesmiddelen omgaan is de ruimte tot verbetering in de ziekenhuizen nog aanzienlijk.

De gerenoveerde apotheek mag zich in een drukke belangstelling verheugen van vele bezoekers van divers pluimage. Dat leidt ook tot belangstelling van diverse zorgketens die er voor kiezen om hun farmaceutische zorg bij de SAHZ onder te brengen. Ook het project 'apothekersassistent in huis' komt in de ziekenhuizen langzaam op gang.

De regeling van rechtstreekse declaratie van poliklinisch toegediende cytostatica wordt door de zorgverzekeraars gestaakt. De cytostatica worden als budgetcomponent opgenomen. De SAHZ is lange tijd de enige ziekenhuisapothek geweest die in Kennemerland poliklinische toegediende cytostatica tegen kostprijs per milligram per patiënt kan en mag declareren bij de zorgverzekeraars. De regeling is destijds ontstaan in goede samenwerking tussen Zilveren Kruis/Spaarneland en de SAHZ. De combinatie van een regionale ziekenfondsdirecteur met een open oog voor rationeel handelen, en de van nature wars van verspilling zijnde collega Vos, heeft deze unieke samenwerking tot stand gebracht. Het mag allemaal niet baten; uitzonderingen mogen er niet blijven. Voor de stollingsfactoren mogen de kosten nog wel aan het geneesmiddelenbudget worden toegevoegd via aparte declaratie. Het Kennemer Gasthuis is in die tijd nog hemofiliecentrum en heeft een beperkt aantal hemofiliepatiënten onder behandeling.

Aan het eind van het decennium komen ook zaken als FTTO (Farmacotherapeutisch Transmuraal Therapie Overleg) in beeld, wellicht samenhangend met de naderende wijziging van artikel 13 uit de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening. Ten gevolge van dit artikel mag een ziekenhuisapothek alleen aan opgenomen patiënten en inwonend personeel geneesmiddelen leveren. De deregulering en liberalisering die door de Paarse kabinetten is

ingezet schept uiteindelijk ook het klimaat waarin deze concurrentie beperkende bepaling, die ook inhoudelijk een ongewenste censuur in de farmacotherapie aanbrengt, uiteindelijk wordt geschrapt. De SAHZ gaat dan ook vanaf 2002 poliklinisch geneesmiddelen afleveren. Zowel het FTTO als de poliklinische apotheek veroorzaken de nodige beroering in Nederland, welke aan Kennemerland niet voorbij gaat. Uiteindelijk zal de SAHZ op alle ziekenhuislocaties ook aan poliklinische patiënten geneesmiddelen gaan leveren.

Het verzorgingsgebied is inmiddels zeer divers geworden. Naast een derde lijn epilepsie instituut met gerobotiseerde geneesmiddelenverpakking is de SAHZ inmiddels ook de grootste opiatendealer van Noord-Holland geworden door de verzorging van de Brijder Stichting. Om overvallen te voorkomen op de zendingen van soms meer dan 10.000 methadon tabletten worden deze in wisselende (deels gehuurde) auto's bezorgd. Bij gebrek aan een bezorger maakt ook de ziekenhuisapotheker-directeur in zijn wat aftandse rode Golf (afgeladen met opiaten) een enkele keer low profile het rondje door Noord-Holland.

De klinische inbreng in de ziekenhuizen en de nieuwe instellingen groeit, terwijl inmiddels ook de bereiding van de Radiofarmaca ter hand is genomen. Sedert medio jaren '90 hebben deze de geneesmiddelenstatus gekregen en is het besef gegroeid dat de bereiding geprofessionaliseerd moet worden. Het gebruik van dure geneesmiddelen, voornamelijk cytostatica, begint aan het eind van het millennium te groeien. Deels kan dit nog gecompenseerd worden door inkoopvoordelen op andere preparaten, doch de stijging is aanzienlijk. Zowel de administratieve als de logistieke belasting van de SAHZ groeit aanzienlijk; de back office kan het allemaal maar net bijhouden.



Ook desinfectantia werden uit alcohol in grote hoeveelheden bereid.

Het eerste decennium van de 21e eeuw

Bij de overgang naar een nieuw millennium staat alles op scherp voor de millenniumbug die nooit komt. De ziekenhuisapotheker-directeur neemt nog persoonlijk polshoogte in de eerste uren van de nieuwe eeuw, doch alles draait gewoon door. Op ICT gebied is 2000 overigens geen goed jaar. De lang verwachte en meerdere malen aangekondigde modernisering van het Centrasys systeem wordt na een overname door de buitenlandse firma Torex afgeblazen. Achteraf bezien zal dit een langzame maar onstuitbare neergang van het pakket inleiden, temeer daar er nog een aantal overnames plaatsvinden. In 2000 is nog 60% van de Nederlandse ziekenhuisapotheken met dit pakket geautomatiseerd, anno 2014 minder dan 10%. De SAHZ gebruikt nu het pakket alleen nog (na een intermezzo met Navision van 2004-2008) voor niet in EPIC aanwezige logistieke automatisering alsmede voor het instituut SEIN.

Het millennium luidt ook opschaling en centralisering van geneesmiddelenbereiding in, aangezien de SAHZ in 2001 als tweede ziekenhuisapotheek in Nederland de GMP-z status weet te verwerven. De SAHZ zit dan nog geheel in het gebouw aan de Boerhaavelaan en houdt regelmatig een gezamenlijke informatielunch met de medewerkers, dat past gewoon dan nog in de eigen kantine. Verandering kondigt zich echter aan want in 2001 start de bouw van een poliklinische apotheek. Uiteindelijk duurt het nog tot najaar 2002 voordat deze geopend wordt. Kort daarna wordt overeenstemming bereikt over de toegang tot de medicatiegegevens in de openbare apotheken, waarvoor echter ruim € 45.000 (in oud geld f 100.000) betaald moet worden. Zowel het bedrag als de grondslag blijken even dubieus als de aangekochte prestatie, welke tot ruim tien jaar na opening van de eerste poliklinische apotheek een sterk wisselend en onvolledig karakter heeft gekend.

Binnen de klinische afdelingen wordt de dienstverlening met de jaren geïntensiveerd, terwijl ook de geneesmiddelenrapportage samen met de ziekenhuizen geoptimaliseerd wordt. Ook de interne rapportage wordt, mede in het licht van de wens om ISO gecertificeerd te raken, verbeterd en omgevormd naar een managementrapportage. Tezamen met een steeds beter gevuld rakend documentbeheersysteem (DKS) kan de SAHZ duidelijk nieuwe stappen maken. Ook de inbreng bij en beoordeling van geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisdocumenten komt in goede samenwerking tot stand en levert veel meerwaarde op voor de dagelijkse geneesmiddelenprocessen. De eerste contracten voor bereiding ten behoeve van andere ziekenhuisapotheken komen tot stand en vinden weerklank tot in de burelen van de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen). Het vinden van voldoende gekwalificeerde medewerkers blijkt eigenlijk de enige beperkende factor om alle ambities met instellingen en andere klanten waar te kunnen maken.

Na een lange voorbereiding wordt in 2004 het (van oorsprong ERP Navision) Pharma en Financials systeem in gebruik genomen om zowel de logistieke, financiële als inhoudelijke afhandeling van de geneesmiddelendistributie te gaan stroomlijnen. Hiermee wordt het begin van een lang en moeizaam traject gemarkeerd dat uiteindelijk in 2008 zal leiden tot noodgedwongen terugvallen op Centrasys. De poliklinische apotheken moeten met een apart systeem geautomatiseerd worden, teneinde aan de declaratiesystematiek van de openbare farmacie te kunnen voldoen. Ondanks alle liberalisering zien de zorgverzekeraars de poliklinische dienstverlening als een vorm van openbare farmacie. Toch verlaat de SAHZ in 2004 al de B.V. constructie die mede door dit fenomeen voor de eerste poliklinische apotheek is gekozen. De achtergrond voor dit besluit is goed. Een apotheek in een ziekenhuis levert integrale farmaceutische zorg voor alle patiënten die een behandelrelatie met het ziekenhuis hebben. De uitvoering daarvan zal weerbarstig blijken te zijn. Ook een noviteit in farmaceutisch Nederland en voortvloeiend uit de FTTO gedachte is de start van een gecombineerde geneesmiddelencommissie van twee ziekenhuizen, die zowel de klinische als poliklinische prescriptie behartigt.

De SAHZ zit in de eerste jaren van de nieuwe eeuw duidelijk in de lift: de uitreiking van het ISO certificaat in 2003, de complimenten van de IGZ voor de inzet bij de geneesmiddelendistributie en de presentatie in 2004 van een poster in de USA over de nieuwe mogelijkheden op het gebied van geneesmiddelendistributie en ICT. In 2005 gaat het nieuwe Spaarne Ziekenhuis van start met een voor Nederlandse begrippen unieke apotheekvestiging; een gecombineerde klinische- en poliklinische apotheek.



Geneesmiddelen worden geteld en afgeleverd.

Zowel geneesmiddelen voor klinische als poliklinische patiënten worden er verstrekt. Zelfs het Pharmaceutisch Weekblad doet er verslag van en bezoekers uit binnen- en buitenland komen een kijkje nemen. Ondanks grote inspanningen zal echter in de komende jaren blijken dat een dergelijke uitvoering van een ‘front office of poortapotheek avant la lettre’ te vroeg van start is gegaan. Het zorgstelsel kan er nog niet goed mee om gaan en wachtende patiënten willen snel geholpen worden, de kliniek kan wat hen betreft later wel. Ook is er grote weerstand vanuit de openbare farmacie, die nog geen idee heeft aan de vooravond te staan van de onvermijdelijke koude sanering, die binnen deze bedrijfstak in de komende jaren plaats gaat vinden. Dit alles leidt tot een inval van de IGZ omdat er klachten zijn dat er concurrentievervalsing optreedt; er is geen aparte ‘gevestigd apotheker’ in de apotheek op Spaarnepoort. De SAHZ stelt zich echter op het standpunt dat zij één apotheek is op meer locaties. Uiteindelijk besluit SAHZ, om lange en onzekere bestuursrechtelijke procedures te vermijden, in 2011 over te gaan tot benoemen van een gevestigd apotheker per poliklinische apotheek. Tot een formele aanpassing van de naam Stichting Apotheek naar Stichting Apotheken komt het echter niet.

Pas zeven jaar later, in 2012, blijkt al snel dat één gezicht naar de patiënt onmisbaar is bij de start van de overheveling van specialistische medicatie voor poliklinische patiënten vanuit de openbare apotheek naar het ziekenhuis. De combi-apotheek is dan al twee jaar gesloten en als poliklinische apotheek in 2010 gelukkig wel opgeschoven naar de plaats waar een front office apotheek thuishoort; in de centrale hal van het ziekenhuis, goed zichtbaar voor patiënten, artsen en verpleging. Ook een ander hardnekkig probleem, te weten onbelemmerde toegang tot de medicatiegegevens van de patiënten in openbare apotheken, zal pas jaren later opgelost worden via het LSP (Landelijk Schakel Punt). Alle zorgaanbieders van Nederland voeren gezamenlijk het beheer in plaats van een lokale apothekersvereniging. Het LSP kent een onbegrijpelijk lange evolutie van een ambitieuze start via NICTIZ in 2005 tot een definitief buiten dienst stellen van OZIS in 2015. Dit is uiteindelijk de katalysator geweest om het LSP nu snel te gaan vullen met de contactgegevens van de patiënten. De SAHZ is in al die jaren zeer actief bij deze ontwikkelingen betrokken geweest en heeft er veel tijd en energie in gestoken.

De medicatieruimtes in het nieuwe Spaarne Ziekenhuis zijn bij het ontwerp al ingericht op gezamenlijk gebruik door apothekersassistenten en verpleegkundigen, inclusief aseptische kast voor klaarmaken van injecties. Op de ‘oude’ locaties in de Mariastichting en het Diaconessenhuis is deze samenwerking immers goed bevallen, met name omdat men soms letterlijk samen aan een bureau moet zitten met korte lijnen en veel overlegmogelijkheden. Helaas blijken

tijdens de bouw in Hoofddorp de ruimtes voor de apothekersassistenten te zijn verplaatst, zonder ramen te zijn uitgevoerd en te ver verwijderd te zijn van de team post. De essentie van apothekersassistenten op de verpleegafdeling, wederzijds contact en begrip, gaan daarmee verloren. Al vrij kort na de opening is uitgekeken naar alternatieven. Deze blijken maar moeilijk te vinden, zodat de apothekersassistente op de afdeling uiteindelijk is verdwenen om pas jaren later weer in gewijzigde vorm terug te komen.

2005 is ook het jaar dat het nog maar kort geleden aangeschafte Navision Pharma pakket van eigenaar wisselt en door de nieuwe eigenaar in de jaren daarna niet meer goed doorontwikkeld wordt, hetgeen uiteindelijk geleid heeft tot afstoten van dit pakket in 2008 en terugvallen op het Centrasys ZA pakket. De verdere ontwikkeling van de farmacie gaat echter gewoon door en de input uit het omgevingsonderzoek dat de apotheek heeft uitgevoerd wordt in samenwerking met de ziekenhuizen en overige klanten prima opgepakt. De dienstverlening op de afdelingen kan uitgebreid worden, de rapportages worden verbeterd en de geneesmiddelencommissie doet haar werk met toenemend gezag. Ook de Regionale Bereiding Unit mag een aantal nieuwe klanten verwelkomen en begint aan een omzetting, die tot op de dag van vandaag nog niet beëindigd is. Ook de bereiding van Radiofarmaca wordt na een lange afweging op locatie Hoofddorp gestart om deze op het vereiste GMPz niveau te krijgen. Tijdens de bouw van het nieuwe Spaarne Ziekenhuis is deze bereiding (overigens tot volle tevredenheid) uitbesteed aan een commerciële aanbieder. Ook hier zal, zij het pas jaren later, blijken dat het conform GMPz bereiden van Radiofarmaca buiten een apotheekomgeving maar moeilijk op het vereiste niveau te realiseren en in stand te houden is.

In 2006 zijn de nieuwbouwplannen van het Kennemer Gasthuis in Haarlem Noord afgerond en opent de SAHZ daar een apotheek. Ook dat was een combi tussen klinische en poliklinische dienstverlening. De klinische tak komt echter mede gezien het karakter van de locatie Noord niet goed uit de verf.

Vanaf 2006 begint ook het budgettaire spoor van vernieling dat door de regeling dure geneesmiddelen getrokken wordt zich steeds meer te manifesteren. Het is het eerste jaar dat het aandeel van deze middelen boven de 50% van het geneesmiddelenbudget uitkomt. In de komende acht jaar zal het aandeel van deze groep middelen uiteindelijk gaan voldoen aan de 90-10 regel: 10% van de geneesmiddelen consumeert 90% van de geldmiddelen. Met name de start van de overheveling van geneesmiddelen vanuit het GVS (Geneesmiddelen Vergoeding



Uitvullen met de hand.

Systeem) vanuit de eerste lijn naar het geneesmiddelenbudget van het ziekenhuis zal als een katalysator voor deze kostenexplosie werken.

Vanaf 2007 kan er ook op de locatie Zuid van het Kennemer Gasthuis een poliklinische apotheek geopend worden, zij het in een veel te kleine ruimte. Tijdens alle aanpassingen van de indeling van het gebouw is de ruimte steeds kleiner geworden. Uiteindelijk wordt er zes jaar later een compleet nieuwe apotheek gerealiseerd die vanaf de eerste dag 24/7 in bedrijf zal zijn. Het aantal klanten in Nederland dat voorraadproducten van het SAHZ bereidingsbedrijf betreft blijft groeien, zodat alle zeilen bijgezet moeten worden om aan de vraag te voldoen. Bij al deze groei en verbreding van SAHZ activiteiten wordt duidelijk dat het administratief en ICT apparaat van de SAHZ het allemaal nog maar net bij kan benen. De diverse activiteiten maken gebruik van veelal dedicated ICT systemen, die digitaal niet aan te sluiten zijn op het boekhoudkundig/administratief systeem. Om de maandelijkse managementrapportage te kunnen vervaardigen is erg veel handwerk nodig, waarbij eenvoudig fouten op kunnen treden. Ook ten aanzien van de verrekening en facturering beginnen de arbeidsintensieve processen te knellen. Gelet op de toenemende geldstromen en steeds verder gaande wensen van klanten ten aanzien van snelheid en detaillering geeft dat op het Bedrijfsbureau de nodige hoofdbreken. Met name de eisen van steeds sneller aanleveren van steeds gedetailleerde gegevens en het regelmatig wijzigen van specificaties op grond van administratieve aanwijzingen van verzekeraars, Zorgautoriteit of deelnemers, leggen een steeds groter beslag op de resources.

De opleiding tot ziekenhuisapotheker wordt verder uitgebouwd naar vier AIOS mede dankzij een succesvol verlopen visitatie. Ook de participatie in onderzoek van de ziekenhuizen neemt toe. Bij de verzorging van verpleeghuizen wordt steeds duidelijker dat het door elkaar heen gaan lopen van verpleeg- en verzorgingshuizen een probleem kan gaan worden. Anders dan bij verpleeghuispatiënten, hebben patiënten uit een verzorgingshuis doorgaans een eigen huisarts. Deze zijn met de openbare apotheken in Haarlem verbonden door middel van gesloten Pharmacom/Medicom automatiseringsnetwerken. De verpleeghuispatiënten vallen bovendien in een andere financieringsstructuur en liggen gaandeweg steeds meer verspreid over een aantal verzorgingshuizen. Het zal nog enkele jaren duren, maar de eerste tekenen van verandering in chronische zorg tekenen zich tegen het einde van het eerste decennium van de 21e eeuw toch al af.

Ook in de ziekenhuizen zijn veranderingen op til, waarbij Kennemer Gasthuis en Spaarne Ziekenhuis voor verschillende Elektronische Voorschrijf Systemen kiezen. In 2009 gaat in het Spaarne Ziekenhuis het EPIC systeem van start. Samen met het Lucas Andreas Ziekenhuis is het Spaarne Ziekenhuis de eerste gebruiker die buiten de Verenigde Staten met dit systeem gaat werken. In beide ziekenhuizen kan de apotheek niet werken met het systeem aangezien dat nog nauwelijks is aangepast aan de Nederlandse geneesmiddelenstandaard en de Nederlandse personeelsbezetting van een ziekenhuisapotheek.

Gelet op de wet en regelgeving wordt gestart met door het systeem geprinte medicatie bonnen, die vervolgens in de apotheek in Centrasys ingevoerd worden. Dat is een arbeidsintensief gebeuren, doch op grond van veiligheidsoverwegingen en wetgeving aanvankelijk nog onvermijdelijk. De klinische apotheekvoorraden verdwijnen uit het Spaarne Ziekenhuis, de aanwezige medewerkers hebben alle tijd nodig om de medicatieopdrachten in te kunnen voeren, terwijl de distributie nu efficiënter centraal vanuit het centrale gebouw kan verlopen. Tevens wordt besloten om, zodra dit mogelijk is, de poliklinische functie te gaan verplaatsen naar de hal van het ziekenhuis, waarmee de dagen van de gecombineerde front office apotheek op de oorspronkelijke locatie geteld zijn. De poliklinische dienstverlening ontwikkelt zich voorspoedig op alle vier de locaties maar de invloed van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars wordt steeds meer voelbaar. Zowel wat betreft efficiency als wat betreft rendement is dit voor de apotheek geen verbetering. De klanttevredenheidsonderzoeken wijzen uit dat de patiënten tevreden zijn over de dienstverlening van de apotheek. De wachttijd die er overheen gaat met het raadplegen van hun medicatieprofiel via OZIS valt meestal goed uit te leggen. Veiligheid is voor de meeste patiënten een groot goed.

De jaren '10

Inmiddels is het gebouw aan de Boerhaavelaan echt te klein geworden om de onderneming te laten groeien en bloeien en worden de voorbereidingen getroffen voor een ingrijpende verbouwing en uitbreiding, waarbij ook aan de technische installaties weer het nodige dient te gebeuren. Aan het eind van het eerste kwartaal van 2010 gaat deze verbouwing van start. De kantoorfuncties en de magazijnen van het bereidingsbedrijf verhuizen tijdelijk naar een lege afdeling van het Spaarne Ziekenhuis te Heemstede en zullen daar tot ver in het najaar blijven. Ook tijdelijk niet inzetbaar meubilair en apparatuur worden daar gehuisvest. Na terugkeer van het Bedrijfsbureau naar de Boerhaavelaan, wordt vervolgens het complete geneesmiddelenmagazijn tijdelijk in de oude wasserij van het Kennemer Gasthuis gehuisvest zodat de begane grond verbouwd kan worden. Tevens wordt de complete energie- en nutsvoorziening van de apotheek direct gekoppeld aan de openbare voorzieningen of in eigen beheer genomen. De afname van deze voorzieningen via de leidingtunnel met het Kennemer Gasthuis is steeds storingsgevoeliger geworden, waardoor regelmatig de geneesmiddelenproductie in de problemen raakt.

In 2010 begint de SAHZ ook met avond- en weekendopenstelling van de poliklinische apotheek op KG Noord in goede samenwerking met en op verzoek van de huisartsenpost die daar is gevestigd. De lange afstand naar de dienstapotheek aan de Gedempte Oude Gracht in combinatie met de ongelukkige ligging spelen hierbij een belangrijke rol. De 'cost' ging hier duidelijk nog voor de 'baet' uit, de dienstverlening blijkt met sympathie van alle stakeholders aanvankelijk voor het leeuwendeel door de SAHZ gefinancierd te moeten worden.

Gelukkig is dat mogelijk aangezien de zakelijke ontwikkeling van de SAHZ al jaren voorspoedig verloopt. De activiteiten van het bereidingsbedrijf en de poliklinische apotheken schrijven zwarte cijfers en maken het mogelijk om belangrijke zaken waar anders moeilijk dekking voor te vinden is toch te realiseren. Ook de verbouwing is op deze manier in combinatie met een aanvullend bankkrediet geheel uit eigen middelen gefinancierd zonder de exploitatie van de deelnemers hiermee te belasten.

In het voorjaar van 2011 wordt met een druk bezochte open dag de verbouwing officieel afgesloten. Alle validaties worden uiteindelijk succesvol afgerond en bij inspecties door IGZ en KEMA volledig in orde bevonden. In hetzelfde jaar gaat ook het klinisch EVS van Centrasys, na een uitgebreide voorbereiding en training van alle artsen, van start in het Kennemer Gasthuis. De apothekersassistenten doen hun intrede op de AOA (Acute en algemene Opname Afdeling) waarmee de eerste stappen zijn gezet bij het implementeren van de richtlijn medicatieoverdracht. De poliklinische apotheek op de locatie Hoofddorp verhuist naar de centrale hal en mag zich direct verheugen in een grote aanloop. Tegelijk worden op de locatie Kennemer Gasthuis de openingstijden verruimd, zodat ook daar 's avonds bij de gecombineerde spoedeisende hulp/huisartsenpost farmacie gewaarborgd is. Zorgbalans en Stichting Hervormde Diakonale Huizen vertrekken als klant bij de SAHZ. Als gevolg van de reeds eerder vermelde decentralisering en verandering van exploitatiemodel van deze koepels, kiezen ook zij voor het decentraliseren van hun farmacie en nauwere aansluiting bij huisarts en lokale apotheek. Mede om een betere aansluiting aan OZIS en LSP mogelijk te maken wordt de dienstverlening van Sint Jacob overgeheveld naar de poliklinische apotheek op de locatie Heemstede. Hiermee kan ook de medicatie, die niet via een gerobotiseerde ATC verpakking kan worden geleverd, eenvoudiger op naam gesteld via een patiënten verpakking geleverd worden. Alle gegevens kunnen dan ook eenvoudig beschikbaar gesteld worden voor huisartsen-informatiesystemen. Toch zal uiteindelijk ook de dienstverlening aan deze instelling stoppen. De veranderingen in de chronische zorg beginnen zich af te tekenen, waarbij de aanbieders van deze zorg moeten proberen hun bedrijfsmodel daar op een exploitabele wijze bij aan te laten sluiten en tevens moeten zien voldoende deskundig personeel te behouden. In het door St. Jacob gekozen organisatiemodel met vele basisartsen en patiënten verspreid over vele locaties is het zowel voor St. Jacob als voor SAHZ niet meer aantrekkelijk om de samenwerking te handhaven.

In de farmacotherapie gaan de ontwikkelingen minstens even snel. Het up-to-date houden van de oncologie kuurprotocollen vergt steeds meer tijd, maar is essentieel om veilig met deze High Risk preparaten te kunnen behandelen. De geneesmiddelencommissie krijgt steeds meer aanvragen voor extreem dure geneesmiddelen met een beperkt indicatiegebied ter beoordeling, terwijl de naderende overheveling van TNF α remmers vanuit de eerste lijn naar het ziekenhuisbudget de gemoederen ook landelijk hevig bezig houdt. Het blijkt bij deze eerste overheveling van een groep geneesmiddelen een hele klus om uit te zoeken om welke patiënten het precies gaat. Nadat deze in beeld zijn gebracht worden alle patiënten benaderd en verloopt de hele operatie uiteindelijk prima. Geen enkele patiënt komt begin 2012 zonder geneesmiddelen



Bereiding van dialyseconcentraat, Bariumpap en andere preparaten.

te zitten, waarbij tevens duidelijk wordt dat meer dan 95% de geneesmiddelen zonder problemen zelf kan komen halen en ook aan zichzelf kan toedienen. De dure thuiszorgservice blijkt niet alleen overbodig, maar ook door veel patiënten zelfs niet gewenst te worden.

Op het gebied van EVS en EPD worden ook de nodige vorderingen gemaakt. Na een uitgebreide risico-inventarisatie en gedegen voorbereiding gaat medio 2012 zonder grote problemen het EPIC Willow pakket live in de SAHZ. Aangezien met dit pakket nog geen logistieke activiteiten ondersteund kunnen worden is er een koppeling met Centrasys gerealiseerd, waarmee ook de afdelingsbestanden synchroon gehouden kunnen worden. De logistieke orders kunnen met Centrasys verwerkt worden, evenals de te bereiden preparaten. Op ICT gebied blijft er een waaier van systemen in de lucht, waarmee per instelling de diverse processen ondersteund worden. Van veel integratie is nog altijd geen sprake.

De medicatieverificatie is inmiddels zeven dagen per week operationeel op de AOA (Acute en algemene Opname Afdeling) en SEH (Spoed Eisende Hulp), de preoperatieve verificatie gaat via eigen apotheekconsulten en spreekuren ook voorspoedig. Inmiddels worden ook alle drie de huisartsenposten buiten kantoor tijden farmaceutisch ondersteund, doch dat blijkt uiteindelijk in deze vorm niet vol te houden. Eind 2012 escaleert in de regio een meningsverschil tussen de Centraal Apotheek en de zorgverzekeraars over de nachtdiensten met als gevolg dat begin 2013 de nachtdiensten voor de regio hals over kop vanuit Kennemer Gasthuis Noord door de SAHZ gedaan worden.

Op bereidingsgebied wordt er veel energie gestoken in de protocollering en uitvoering van de cytostaticakuren om aan de door de IGZ steeds verder aangescherpte richtlijnen te voldoen. Ook de bereidingen voor de nucleaire geneeskunde blijven een zorg omdat ze buiten de apotheek plaatsvinden. Het hele bereidings- en analytisch deel van de SAHZ groeit nog altijd voorspoedig. Regelmatig moet de bedrijfsvoering aangepast worden om het allemaal bij te kunnen houden. De jarenlange samenwerking met het klinisch chemisch laboratorium Medial komt abrupt ten einde, wanneer Medial met het huisartsen-laboratorium Atal fuseert en langs deze weg TDM (Therapeutic Drug Monitoring) wil gaan uitvoeren. De koerswijziging zal naderhand ook op andere punten blijken Medial geen goed te doen, zodat de relatie weer hersteld wordt en er uiteindelijk een aanzienlijk aantal (TDM) bepalingen voor de SAHZ bijkomt.

Een ander keuze die gemaakt moet worden is het definitief stoppen van het voor toediening gereed maken van Radiofarmaca. Gebouw en werkwijze blijken niet op het vereiste GMPz niveau te brengen, zodat deze preparaten via een gespecialiseerde firma betrokken gaan worden.

Naast de opleiding voor ziekenhuisapotheker wordt de SAHZ ook erkend als opleidingsinstituut voor poliklinisch/openbaar apotheker. Daarnaast participeert de SAHZ inmiddels in een aantal andere opleidingen, zowel in de ziekenhuizen als ook in farmaceutische opleidingen, van consulent tot universitaire studenten farmacie, van analist tot apothekersassistent. Ook de participatie in onderzoek en het opzetten van eigen onderzoek hebben inmiddels een dusdanige vlucht genomen dat besloten wordt om er een eigen business unit Onderwijs, Onderzoek en Opleiding van te maken.

Epiloog en toekomst

De relatie met de omgeving krijgt een goede impuls als de burgemeester van Haarlem in december 2013 de splinternieuwe poliklinische apotheek op de locatie Zuid tijdens een feestelijke bijeenkomst officieel opent. De bouwkundige opzet is symbool voor de ontwikkelingen die ziekenhuisapotheken doormaken: een toegang rechtstreeks naar buiten en een toegang op de grens van kliniek en polikliniek in het ziekenhuis. Iedereen die gespecialiseerde farmaceutische zorg nodig heeft kan geholpen worden op alle tijdstippen van de dag. Ook in getallen is de verandering aanzienlijk: gestart met 1 FTE in 1964, 25 FTE bij de opening in 1970, met een eerste jaarrekening met een omvang van € 1.142.250 en een balanstotaal van € 2.088.270, zijn deze getallen 50 jaar later: 126 FTE, een jaarrekening van € 49.551.180 en een balanstotaal van € 15.442.424.

Opmerkelijk is dat de SAHZ in de afgelopen 50 jaar slechts 2 ziekenhuisapotheker-directeuren heeft gekend: Tom Vos van 1964 tot 1993 († 2010) en Ruud van der Hoeven van 1993 tot heden. Bestuursleden waren er uiteraard aanzienlijk meer, doch ook daar waren zittingstermijnen van 10 jaar en meer niet ongebruikelijk. Personeel met langdurige dienstverbanden is ook geen uitzondering. Kennelijk is de SAHZ een stabiel instituut. Opmerkelijk is ook dat door de jaren heen bestuur en ziekenhuisapotheker-directeur altijd in goede samenwerking de SAHZ bestuurd hebben. De destijds door de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening vereiste constructie dat het bestuur van een als Stichting georganiseerde ziekenhuisapotheek moest worden samengesteld uit bestuurders van de deelnemende instellingen is wellicht in de huidige visie op Governance niet modern meer, maar heeft in al die jaren eigenlijk prima voldaan en handhaaft nog altijd de juiste balans.

Mede door een bestuur dat steeds open stond voor vernieuwingen die vanuit de apotheek werden voorgesteld heeft de SAHZ alle aanpassingen in de jaren kunnen realiseren. De SAHZ is dan ook na 50 jaar nog altijd een apotheek die er mag zijn. Alle aspecten van de gespecialiseerde farmacie worden uitgeoefend in een gezonde exploitatie, zodat de SAHZ de toekomst met vertrouwen tegemoet ziet.

Ruud van der Hoeven,
h.t. ziekenhuisapotheker-directeur



De directeur aan de hendels om de SAHZ in het juiste spoor te houden.

