

# Eigen regie geeft grip op overhevelingsmedicatie

Overheveling van dure medisch-specialistische geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget vraagt om een goede organisatie. Daarvoor zijn verschillende modellen ontwikkeld. Een concrete casus in het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) illustreert hoe ziekenhuizen werkprocessen rond overhevelingsmedicatie zelf goed kunnen inrichten.

Auteurs **H. Tjeerdema, T. Ngo, J. Strikwerda** en **E. van Roon**

Verschiedende dure medisch-specialistische geneesmiddelen vallen sinds enkele jaren exclusief onder de ziekenhuisbekostiging. Het gaat om geneesmiddelen die deel uitmaken van de specialistische behandeling en die als ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie worden toegediend. Het verhogen van de kwaliteit van de totale behandeling, het nastreven van een eenduidigere aanspraak en het realiseren van lagere prijzen waren belangrijke motieven voor de overheveling. Aangezien het met name gaat om dure medisch-specialistische geneesmiddelen, was én is het tegengaan van verspilling een belangrijk maatschappelijk doel.

De overheveling vond stapsgewijs plaats en startte op 1 januari 2012 met de TNF-alfaremmers. In 2013 zijn de orale oncolytica en de groeihormonen overgeheveld, gevolgd door de fertiliteitshormonen per 1 januari 2014. De minister heeft in 2014 besloten pas op de plaats te maken met de voorgenomen verdere overhevelingen, met uitzondering van overige oncolytica [1,2].

## Voor en na de overheveling

Ter voorbereiding op de overheveling van TNF-alfaremmers stelden de verschillende koepelverenigingen van ziekenhuizen en apothekers al in 2011 een plan van aanpak op [3]. Terugkijkend geeft dit plan een goed beeld van de verscheidenheid in mogelijke organisatiemodellen voor levering, distributie en toediening van deze specialistische geneesmiddelen.

In de situatie vóór 2012 vergoedden de zorgverzekeraar TNF-alfaremmers als farmaceutische zorg, mits ze extramuraal werden gebruikt. Unieke leveranciers boden veelal de mogelijkheid de toediening in de thuissituatie voor hun rekening te nemen en/of zij schakelden koeriersdiensten in voor (gekoelde) distributie. Het begeleiden en instrueren van patiënten is ook een taak die unieke leveranciers bij hun aanbod kunnen betrekken. Sinds de overheveling hebben ziekenhuizen meer mogelijkheden om dit proces zelf te regisseren. Echter, er is niet één blauwdruk te geven voor het organiseren van deze werk-

## Het werkproces in het MCL: een overzicht

Het werkproces ziet er in het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) – versimpeld – zo uit.

- Op het moment dat een medisch specialist in het MCL de inhoud van de zorg, de duur en de frequentie van de behandelingen indiceert, gaat er een recept (een voorontworpen aanmeldingsformulier) naar de casemanager.
- Deze casemanager maakt een individueel uitgifteplan, regelt de distributie en, indien van toepassing, de toediening door een gespecialiseerde verpleegkundige. Efficiënt werken wordt nagestreefd door bijvoorbeeld een bezoek van de patiënt aan de polikliniek te combineren met een instructie of toediening.
- De terhandstelling wordt zo veel mogelijk in deelleveringen opgesplitst. Medicatie kan immers tussentijds wijzigen, bijvoorbeeld door het optreden van bijwerkingen, of stoppen, bijvoorbeeld door overlijden tussen twee terhandstellingen.

processen. Ziekenhuizen kunnen (afhankelijk van bijvoorbeeld marktpositie of bedrijfsmatig profiel) bewust kiezen voor ‘outsourcing’ of ‘insourcing’ of een combinatie van beide. Kwaliteitsdoelen – zoals terugdringen van verspilling, borgen van therapietrouw en borgen van kwaliteit van de geleverde zorg – blijven in feite gelijk, met dit verschil dat ziekenhuizen meer eigen regie kunnen voeren om deze doelen te bereiken.

### Herinrichting

In 2015 is de ziekenhuisapothek van het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) gestart met het herinrichten van de werkprocessen rond overhevelingsmedicatie. Het MCL wilde het proces meer in eigen beheer nemen, ten eerste om een platform voor zelfmanagement van overhevelingsmedicatie te kunnen bieden en ten tweede vanwege een breed gedragen wens om maatschappelijke verantwoordelijkheid te nemen ten aanzien van het verlagen van publieke zorgkosten in de hele keten én het verhogen van de kwaliteit van de zorg. We achten deze casus relevant voor het werkveld: hij illustreert hoe deze vorm van insourcing kan werken en welke keuzes daarin gemaakt kunnen worden. De casemanager vervult in het nieuwe werkproces een spilfunctie. De casemanager is de functionaris die ervoor zorgt dat de spillage minimaal is door op het juiste moment de patiënt van de juiste hoeveelheid medicatie te voorzien en alle aanpalende logistieke activiteiten te coördineren.

Casemanagers in het MCL werken met een ICT-applicatie (Zorgstarter, Extra Cura) waardoor het leeuwendeel van de deelprocessen is geautomatiseerd. Zorgstarter maakt gebruik van procesmanagementsoftware (Auraportal, iBPMS) waarmee werkprocessen naar wens van gebruikers op maat aangestuurd en geborgd worden. Zo monitort de applicatie de geldigheid van alle recepten en genereert het een taak voor de casemanager wanneer de geldigheid dreigt te verlopen. De casemanager kan dan tijdig een nieuw recept aanvragen. Ook de verificatie of de opdracht voor een volgende deellevering kan worden geplaatst. Dit is een taak voor de casemanager, ondersteund door het workflow-managementsysteem.

Door uniformering van de registratie in de hele zorgketen (van het uitschrijven van de recepten tot de financiële afhandeling) houden casemanagers het overzicht en de regie. Stel bijvoorbeeld dat een arts bij uitzondering buiten een NZa-beleidsregel wil voorschrijven voor kosten van het ziekenhuis, dan krijgt de verantwoordelijk apotheker via Zorgstarter een taak om deze aanvraag al dan niet goed te keuren. Voor het overige zorgt de applicatie voor de juiste koppeling aan het specialisme van de arts, aan de selectie van voorkeursmedicatie van het ziekenhuis en aan de juiste NZa-beleidsregel.

Bij de ziekenhuisapothek in het MCL actualiseert Zorgstarter voortdurend de virtuele voorraad bij de patiënt thuis. Zodra deze een

## ER IS NIET ÉÉN BLAUWDruk VOOR HET OR- GANISEREN VAN DEZE WERKPROCES- SEN



CASEMANAGER PATRICIA DE BOER  
VORMT IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK  
DE SCHAKEL TUSSEN MCL-  
ZIEKENHUISFARMACIE EN PATIËNT.

vooraf ingesteld minimum bereikt, wordt het bestelproces geactiveerd met een taak voor de casemanager. Het systeem vraagt de patiënt zijn of haar voorraad te bevestigen aan de casemanager en deze laatste krijgt de taak om het uitgifteplan te controleren en te verifiëren. Na verwerking volgt een nieuwe bestelling rechtstreeks in het uitgiftesysteem van de poliklinische apotheek. Bij de terhandstelling volgt afmelding en wordt een nieuwe declaratiereguleer aangemaakt. De virtuele voorraad van de patiënt wordt vervolgens weer geactualiseerd. Zo maakt de ziekenhuisapotheek deze diffuse voorraad van alle patiënten samen inzichtelijk en hiermee houdt zij ook zicht op de bestelbehoefte. Op deze manier beperkt het MCL het volume van de eigen voorraad en de daarbij behorende financiële risico's.

### Eigen regie

Eigen regie voeren bij de (transmurale) werkprocessen rond overhevelingsmedicatie is mogelijk. In deze casus schetsten wij hoe het MCL hieraan momenteel vorm en inhoud geeft. De (strategische) overwegingen voor ziekenhuizen om te kiezen voor insourcing, outsourcing of een combinatie van beide zullen verschillen per situatie.

In algemene zin stellen wij dat voor het managen van het volledige uitgifteproces de vuistregel gehanteerd kan worden van grofweg 1 fte per duizend patiënten. In het geval van outsourcing zullen de feitelijke kosten van het managen van individuele zorgprocessen per leverancier verschillen en afhangen van de hoogte van het gewenste serviceniveau. Op basis van een business case waarin de kosten van de externe leverancier werden



Foto: MCL

afgewogen tegen de kosten van het in eigen beheer nemen, koos het MCL voor het laatste. De investering in Zorgstarter verdiende zichzelf terug binnen twee jaar.

Belangrijker is dat door de keuzes van het MCL het gevoel van eigenaarschap en verantwoordelijkheid van deze werkprocessen rond overhevelingsmedicatie weer volledig bij het ziekenhuis ligt. De regie voor het werken aan kwaliteitsdoelen (zoals het verhogen van de kwaliteit van de totale behandeling) ligt ook volledig waar die zou moeten liggen, namelijk bij het ziekenhuis. ■

Hilde Tjeerdema Msc Mphil is medisch socioloog en promovendus aan de Rijksuniversiteit Groningen. Daarnaast is zij zelfstandig onderzoeker (Onderzoeksbureau Moarn). Thuy Ngo is zelfstandig onderzoeker. Johan Strikwerda is RVE-manager ziekenhuisfarmacie in het Medisch Centrum Leeuwarden. Prof. dr. Eric van Roon is ziekenhuisapotheeker-klinisch farmacoloog in het Medisch Centrum Leeuwarden en hoogleraar klinische farmacotherapie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Ten behoeve van het schrijven van dit artikel hebben onderzoekers Tjeerdema en Ngo een financiële vergoeding ontvangen van Extra Cura.

Zie voor de literatuurreferenties: pw.nl.

DOOR DE KEUZES VAN HET MEDISCH CENTRUM LEEUWARDEN LIGT HET GEVOEL VAN EIGENAARSCHAP EN VERANTWOORDELIJKHEID VAN DE WERKPROCESSEN ROND OVERHEVELINGSMEDICATIE WEER VOLLEDIG BIJ HET ZIEKENHUIS.

## Thuisbehandeling door verpleegkundige

Wanneer een gespecialiseerde verpleegkundige medicatie thuis moet toedienen, kan de thuiszorgorganisatie de uitvoeringsopdracht rechtstreeks downloaden uit Zorgstarter. Verpleegkundigen rapporteren elektronisch wanneer zij de medicatie hebben toegediend en zij rapporteren eventuele bijzonderheden. Ook vermelden zij tegelijkertijd de actuele voorraad in de koelkast van de patiënten.

Indien nodig genereert de applicatie vervolgens direct een nieuwe bestelling. Volgens eenzelfde mechanisme stuurt de applicatie ook eventuele koeriersdiensten rechtstreeks aan. Doordat Zorgstarter deze externe partners aanstuurt, ontstaat efficiënte transmurale ketenzorg. Telefoontjes en e-mails over en weer zijn in principe overbodig. Het handmatig overtypen van bestellijsten, recepten en afhaaldata is verdwenen.

DE CASE-MANAGER IS DE FUNCTIONARIS DIE ZORGT DAT DE SPILLAGE MINIMAAL IS