



VINTURA

Hoe breng je ziekenhuiszorg naar huis?

Mei 2019



Gepubliceerd door

Roche Nederland B.V.
Postbus 44
3440 AA Woerden
Nederland

www. Roche.nl

In samenwerking met Vintura
www.vintura.com

© Copyright 2019



Inhoudsopgave

4	Managementsamenvatting
5	Introductie
6	Thuisoediening is wenselijk en noodzakelijk
10	Het Care@Home concept als basis
14	Factoren voor een succesvolle implementatie
19	De business case reikt verder dan de kosten
20	En wat nu...?

Managementsamenvatting

Sommige ziekenhuizen bereiden zich voor op de thuistoediening van immuun- en chemotherapie. Andere zijn al lang bezig en willen groeien. Er zijn echter nog veel vragen en uitdagingen. En er is veel behoefte om met anderen kennis en ervaringen te delen. In dit eerste deel van de white paper delen we graag onze aanpak en ervaringen tot dusver, met als doel dat we kunnen leren.

Verplaatsing van ziekenhuiszorg naar eerstelijnszorg of naar huis is een belangrijke ontwikkeling in Nederland. Oncologie is een van de domeinen waarbinnen dit gebeurt; vanuit het perspectief van de patiënt, onze maatschappij en het ziekenhuis zijn verschillende redenen waarom thuisbehandeling (soms niet) wenselijk is en redenen waarom deze ontwikkeling zelfs noodzakelijk is.

Ook vanuit de farmaceutische wereld wordt er naar nieuwe behandelopties gekeken. Roche wil een speler zijn in

deze transitie en actief meedenken over verbeterde zorg én betaalbaarheid. Sinds eind 2018 werken Roche en Vintura daarom samen met drie partnerziekenhuizen aan een basisconcept voor (oncologische) thuistoedieningen waarbij de zorgverleners en de patiënt leidend zijn. De exacte inrichting van het zorgpad verschilt uiteraard voor elk ziekenhuis. Heldere afspraken, tijdigheid en eigenaarschap van alle betrokkenen zijn belangrijk om de nieuwe manier van werken mogelijk te maken.

Voor het ontwerp en de implementatie benoemen we een vijftal succesfactoren welke cruciaal zijn om kwaliteit, veiligheid en ook vertrouwen te creëren.

- Gestructureerde aanpak
- Brede betrokkenheid
- Kwaliteit en veiligheid voorop
- Concrete gezamenlijke keuzes
- Behoud van momentum

Naast de nieuwe werkwijze is er ook een business case gemaakt waarin zowel kwalitatieve als kwantitatieve criteria zijn meegenomen. De simpele vraag: “Is thuistoediening kosteneffectief?” blijkt erg moeilijk te beantwoorden. De business case reikt immers verder dan alleen de kosten en ook verder dan de ziekenhuismuren.

Halverwege dit jaar starten de eerste pilots vanuit dit initiatief. Na de zorgvuldige voorbereidingen op papier zullen we nu gaan leren van de praktijk. Daarnaast zullen we het financieringsvraagstuk nader uitzoeken. Eind 2019 komen we met deel twee van de white paper waarin we naast het financiële deel vooral ook terugkijken op de praktijkervaringen.

Jacqueline Sosef

Strategic HealthCare Partner - Roche

Fiona Suwandy

Senior Consultant - Vintura

Introductie

“We zijn gestart vanuit passie voor de patiënt. Er is echter nog weinig overkoepelend beleid.”

- Manager dagbehandeling

Er zijn patiënten die het fijn vinden om hun oncologische behandeling thuis te krijgen. Dat is vertrouwd en het bespaart mentaal en fysiek belastend heen en weer gereis. Maar er zijn ook patiënten die een behandeling liever niet thuis, maar in het ziekenhuis hebben. Omdat thuis voor hen thuis moet blijven, en geen filiaal van het ziekenhuis moet worden. Dit zijn belangrijke conclusies uit patiëntinterviews vanuit het Tergooi ziekenhuis, in het kader van het Care@Home project.

Sinds 2018 zijn drie ziekenhuizen (Martini Ziekenhuis, Tergooi en St. Antonius Ziekenhuis) in samenwerking met Roche en Vintura aan de slag gegaan om te onderzoeken hoe ziekenhuizen immuun- en chemotherapie voor oncologische patiënten in de thuissituatie kunnen aanbieden en te starten met pilots.

Het opzetten van deze pilots als ook de implementatie werden projectmatig

aangepakt waarbij ervaringen tussen de pilotziekenhuizen en andere geïnteresseerde ziekenhuizen worden uitgewisseld. In veel ziekenhuizen wordt nagedacht over andere behandelvormen. Thuisbehandeling is een optie, waaronder ook thuistoediening van medicijnen. Sommige ziekenhuizen bereiden zich erop voor. Andere zijn al langer met het onderwerp bezig en willen groeien. Allemaal worstelen ze echter nog met het invullen van de randvoorwaarden. Het rond krijgen van de financiering is zo'n voorwaarde, net zo goed als de beschikbaarheid van gespecialiseerde medewerkers voor thuistoediening. Een belangrijke voorwaarde is dat de specialisten achter de thuisbehandeling staan. Minstens zo belangrijk zijn de wensen en behoeften van de patiënten en hun thuisfront.

Er zijn echter nog veel vragen en uitdagingen. En er is veel behoefte om met anderen kennis en ervaringen te delen. Dat bleek ook tijdens de

bijeenkomst op 11 april 2019 waarbij 14 ziekenhuizen, een zorgverzekeraar, Roche en Vintura met elkaar gediscussieerd hebben over dit onderwerp.

Om verdere invulling te geven aan de behoeften voor kennisdeling publiceren Roche en Vintura twee white papers. In deze eerste white paper delen we graag onze aanpak en ervaringen tot dusver met als doel dat we als ziekenhuiszorg in Nederland kunnen leren om de verplaatsing van zorg te verbeteren, te versnellen en breder uit te rollen in Nederland.

We hopen andere ziekenhuizen te inspireren om op basis van deze aanpak zelf aan de slag te gaan. Op deze manier maken we samen inzichtelijk wat werkt en welke belemmeringen eerst opgelost moeten worden. Uiteindelijk streven we naar een landelijk concept waarbij de kwaliteit en veiligheid van zorg voorop blijven staan.

Thuisoediening is wenselijk en noodzakelijk



Uit onderzoek van de NFK werd geconcludeerd dat oncologische patiënten duidelijk verschillende behoeftes hebben als het gaat om de keuze voor behandeling in het ziekenhuis of thuis. Het is daarom van belang voor zorgverleners om samen met iedere patiënt na te gaan wat zijn of haar behoeftes zijn.¹ Uit een patiëntenonderzoek uitgevoerd vanuit het Tergooi werd duidelijk dat thuisbehandeling door veel mensen positief beoordeeld werd: ‘Je voelt je thuis minder patiënt’. Maar er blijven veel vragen. Niet iedereen omarmt het idee meteen. Vragen gaan onder andere over de veiligheid van de geneesmiddelen in de thuissituatie. “Wat betekent dat voor het medebewoners en voor je huisdieren? En zijn de verpleegkundigen die de behandeling doen eigenlijk wel even kundig als in het ziekenhuis; wat gebeurt er bijvoorbeeld als het aanpakken voor een infuus niet meteen lukt, is er dan back-up?”

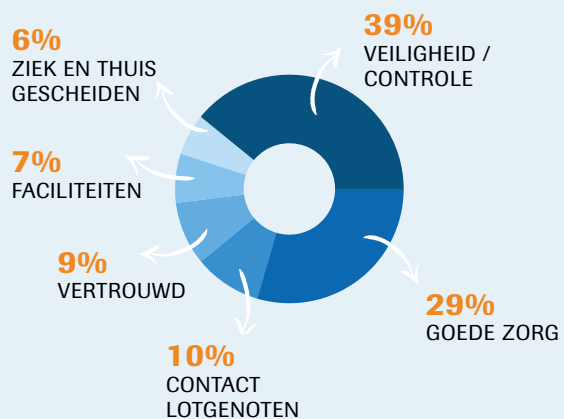
Verplaatsing van ziekenhuiszorg naar eerstelijnszorg of naar huis is een belangrijke ontwikkeling in Nederland. Er is onderzocht dat 45% van de zorg die nu in ziekenhuizen wordt verleend naar de thuissituatie verplaatst kan worden.²

Door de vergrijzing en de groei van het aantal chronisch zieken is de verwachting dat de zorgvraag de komende jaren toeneemt en daarmee ook de druk op de ziekenhuisfaciliteiten. Om te voorkomen dat wachtlijsten oplopen en er nieuwe faciliteiten moeten worden toegevoegd, zetten ziekenhuizen de komende jaren versneld in op verplaatsing van zorg naar dichtbij mensen thuis. Hierdoor kan een mogelijke tegenstelling ontstaan; bieden we als zorginstelling thuisoedieningen aan omdat wij het willen of zijn de behoeften van de patiënt hierin leidend?

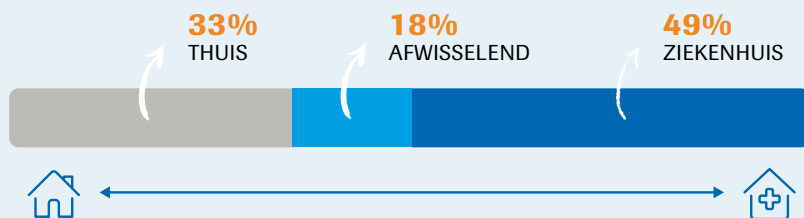
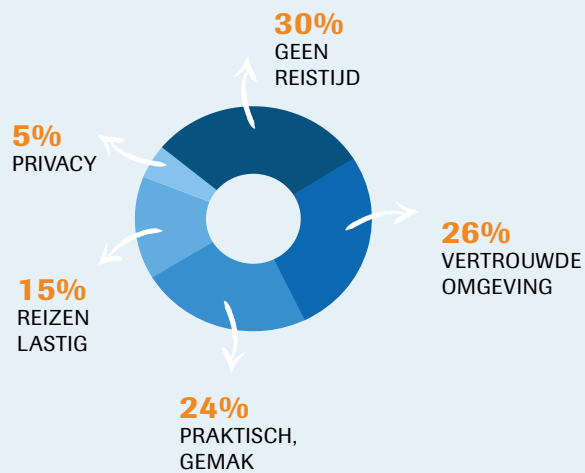
1. “Kankerbehandeling thuis of in het ziekenhuis: wat kies jij?” (april 2018), NFK: <https://nfk.nl/nieuws/kankerbehandeling-thuis-of-in-het-ziekenhuis-is-maatwerk>

2. Rapport: “No place like home” (juni 2016), Gupta Strategists

Redenen voor behandeling in het ziekenhuis



Redenen voor behandeling thuis



Figuur 1 Redenen voor behandeling thuis of in het ziekenhuis

“Het gaat niet alleen om techniek, maar ook om de bejegening.”

- Oncologieverpleegkundige

“Veel van onze verpleegkundigen zijn enthousiast over de combi van thuistoediening naast ziekenhuiszorg; gevarieerd werken vinden ze leuk.”

- Manager oncologische dagbehandeling

“Thuis geeft rust voor mijzelf en mijn gezin. Ik heb geen belastende reistijd en meer bewegingsvrijheid. Ik voel me minder patiënt.”

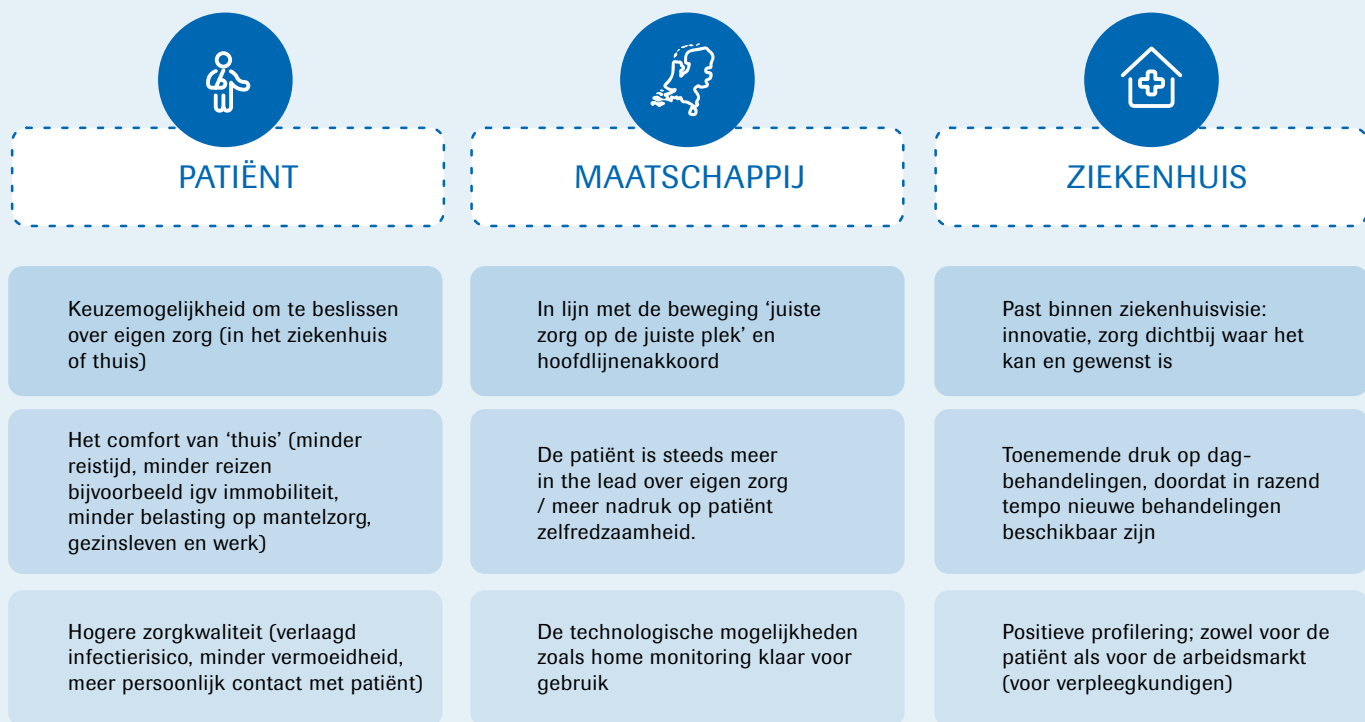
- Patiënt

“Wie weet gaat de techniek zo ver dat de patiënt of mantelzorg ook zelf de medicijnen kunnen toedienen.”

- Oncologieverpleegkundige

Een aantal ziekenhuizen bieden al laagcomplex, langdurende oncologische behandelingen thuis aan; denk bv. aan subcutane bortezomib injecties waarvoor een patiënt voorheen tweemaal per week voor een behandeling van 5 minuten naar het ziekenhuis kwam. In figuur 2 hebben we een overzicht opgenomen met de belangrijkste redenen waarom we deze verplaatsing niet alleen willen, maar ook eigenlijk moeten doen.

De patiëntinterviews vanuit het Tergooi maken helder dat vertrouwen geven, luisteren en goed informeren ontzettend belangrijk zijn. De rol van de verpleegkundigen is daarmee wezenlijk anders dan in een ziekenhuis. Bij thuisbehandeling ben je als verpleegkundige te gast bij de patiënt; in het ziekenhuis is dat precies andersom. Dat vraagt om een andere benadering en andere vaardigheden.



Figuur 2 Beweegredenen van de patiënt, de maatschappij en het ziekenhuis voor thuistoediening

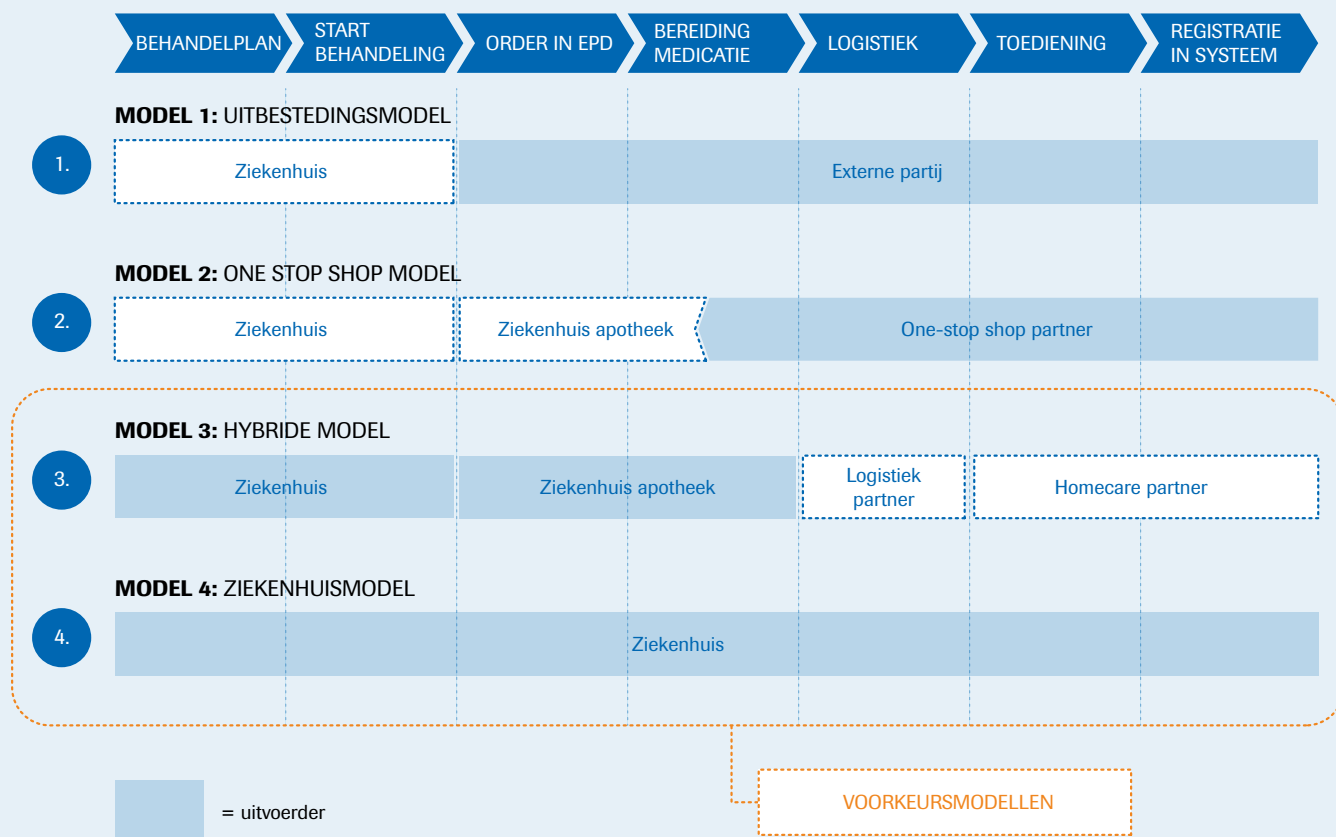


Het Care@Home concept als basis

Ook vanuit de farmaceutische wereld wordt er naar nieuwe behandelopties gekeken. Roche wil een speler zijn in die transitie en actief meedenken over verbeterde zorg én betaalbaarheid. Eén van de beweegredenen voor Roche is de inefficiënte praktijk bij thuisbehandelingen. Steeds vaker heeft een patiënt meerdere medicijnen nodig. Meerdere thuisbehandelingen van verschillende aanbieders per patiënt is niet efficiënt. Bovendien is het een extra belasting voor de patiënt. Dat moet anders kunnen. Daarom is Roche in 2018 een onderzoek gestart om de behoeften bij verschillende stakeholders te peilen. Hiervoor zijn

21 interviews afgenomen. Belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat er behoefte is aan een concept waarbij de zorgverleners en de patiënt leidend zijn en dat de thuistoediening niet beperkt blijft tot één product, maar breder kan worden aangeboden. In figuur 3 is een versimpelde versie van het zorgpad weergegeven.

Ziekenhuizen prefereren een model waarbij zij een grote rol in het zorgpad hebben. Model 3 en 4 geven deze mogelijkheden waarbij de impact op het totale zorgpad beperkt blijft.



Figuur 3 Modellen verdeling van verantwoordelijkheden in het zorgpad



Hoewel de exacte inrichting van het zorgpad voor elk ziekenhuis verschilt afhankelijk van o.a. de huidige processen en eigen voorkeuren, hebben we getracht een basisconcept Care@Home te ontwikkelen als blauwdruk. In essentie verandert voor de patiënt alleen de behandellocatie. Echter om dit mogelijk te maken moet er in het ziekenhuis wel het één en ander veranderen; zie in figuur 4 een weergave van deze wijzigingen per betrokkene. Heldere afspraken, tijdigheid en eigenaarschap zijn hier nóg belangrijker!

Voor de kwaliteit en veiligheid van, en vertrouwen in de nieuwe werkwijze, hebben we in de pilotziekenhuizen een prospectieve risico-inventarisatie (PRI) uitgevoerd. Deze exercitie werd begeleid door een kwaliteitsmedewerker; alle potentiële risico's in het zorgpad en achterliggende logistieke proces worden op een gestructureerde manier in kaart gebracht. Per risico werden beheersmaatregelen gedefinieerd en vertaald naar concrete acties voor de implementatie voorbereidingen.

1. PATIËNT

Tijdig bloed laten prikken en zelf wegen voor de (voor)-bereiding van de kuur

Van "gast" naar "gastvrouw- of heer"

Thuis zijn op dag(deel) van geplande thuistoediening

2. ONCOLOGIEVERPLEEGKUNDIGE

Werken in een thuissetting in plaats van het ziekenhuis vergt ruime ervaring, zelfvertrouwen en flexibiliteit

Checks op de dag ervoor uitvoeren: planning, recepten, belafspraken en route

Checks op de dag zelf: medicatie, materialen, registratie en vervolgafspraken

3. MEDISCH SPECIALIST

Bespreken van mogelijkheid tot thuistoediening met de patiënt

Tijdig tekenen van recepten

Goed bereikbaar zijn als achterwach

4. ZIEKENHUIS- EN POLI APOTHEKER

Proactief controleren of recepten binnen zijn

Tijdig bereiden van de middelen

Leveren aan de dagbehandeling in (gekoelde) transportboxen

5. MANAGER DAGBEHANDELING

Opleiden en begeleiden van verpleegkundigen en planning

Inroosteren van personeel

Bijhouden van impact op capaciteit dagbehandeling

Figuur 4 Veranderingen per betrokkene

Factoren voor een succesvolle implementatie

“Er is een projectleider nodig om vooruitgang te boeken.”

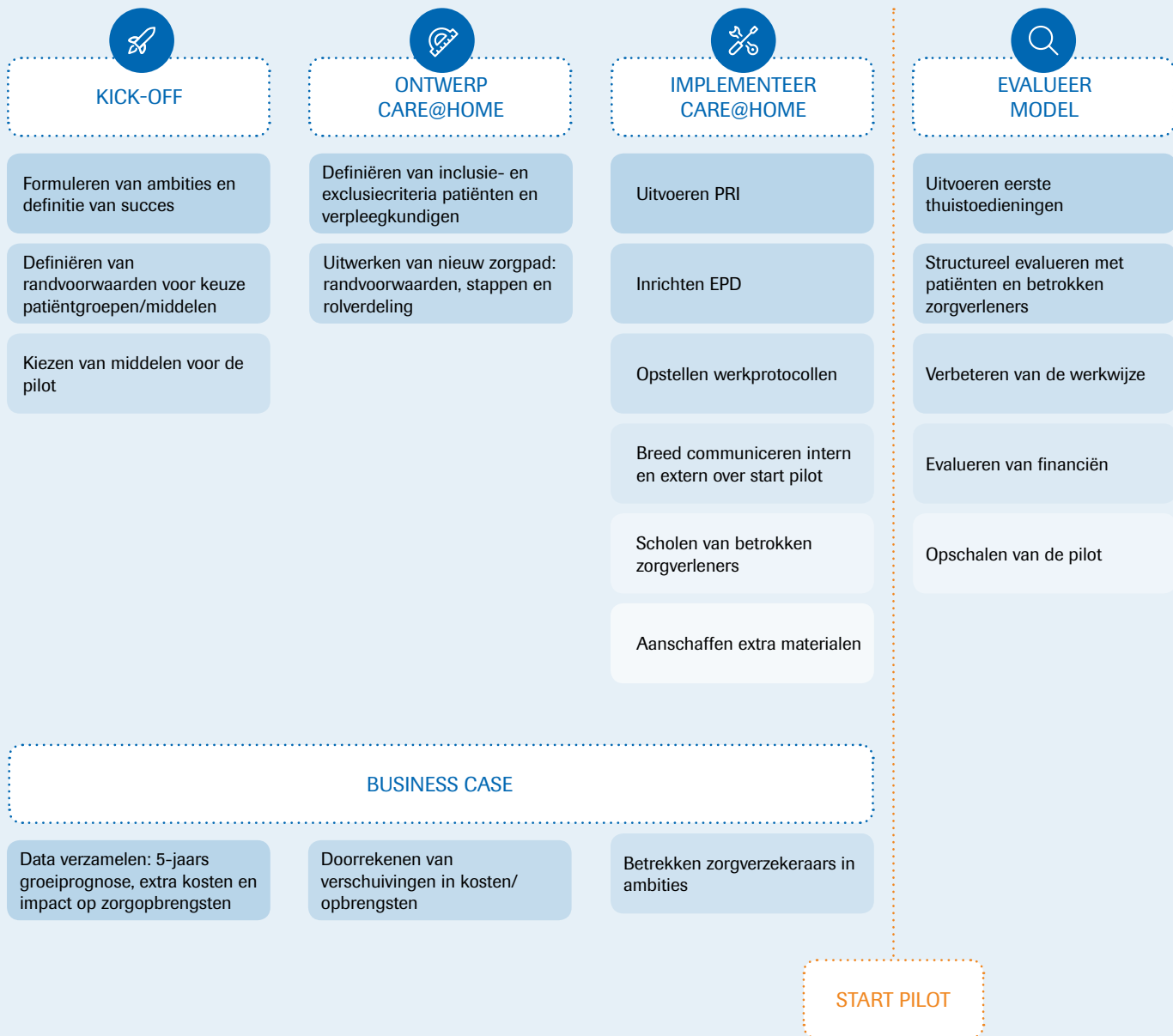
- Manager oncologische dagbehandeling

Om de haalbaarheid van Care@Home te toetsen, heeft Roche de ambitie uitgesproken om pilots te initiëren met drie partnerziekenhuizen: Martini Ziekenhuis, Tergooi en St. Antonius Ziekenhuis.

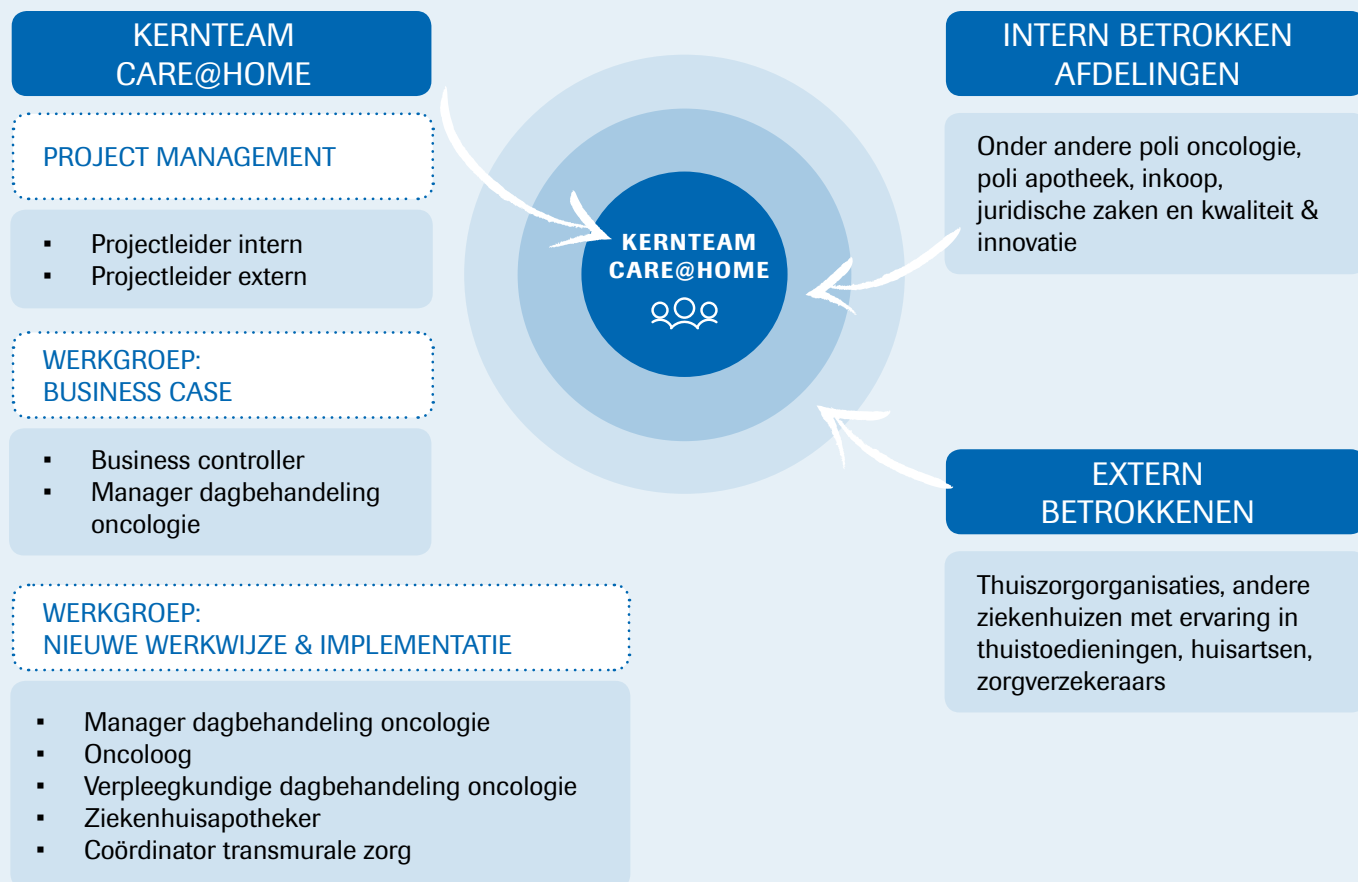
Gestructureerd aan de slag

Het project werd gestructureerd aangepakt in 4 stappen met een focus op de zorginhoud en de mogelijke impact voor het ziekenhuis. Om momentum en enthousiasme te behouden, werd een reeks van werksessies georganiseerd. Deze sessies werden goed voorbereid zodat er tijdens de sessies inhoudelijke discussies gevoerd konden worden en met elkaar concrete keuzes gemaakt werden.





Figuur 5 Project aanpak



Figuur 6 Project organisatie

Brede betrokkenheid

In elk ziekenhuis is een project gestart onder leiding van een interne projectleider. Twee werkgroepen werden samengesteld, een voor de nieuwe werkwijze & implementatie voorbereidingen en een voor de business case. Tevens werd een stuurgroep ingericht die tussentijds geïnformeerd werd over de voortgang van het project; met hun akkoord werd het projectplan uiteindelijk voorgelegd aan de Raad van Bestuur voor een

formeel akkoord om de pilot te starten. Deze projecten werden ondersteund door Vintura in de rol van externe adviseur en projectmanager van de drie ziekenhuisprojecten.

Naast deze projectleden werden ook overige afdelingen en externe partijen betrokken om de inrichting en uitvoering van Care@Home in de volle breedte af te stemmen. Betrokkenheid van specialisten en verpleegkundigen vanaf het begin is belangrijk voor het verkrijgen en behouden van draagvlak.

SELECTIECRITERIA PATIËNTGROEPEN EN MIDDELEN	EXCLUSIECRITERIA PATIËNTEN	INCLUSIECRITERIA VERPLEEGKUNDIGEN
Laag-risico op allergieën en extravasatie	Patiënt wil het zelf niet	Verpleegkundige wil thuistoediening geven
Langdurig behandeltraject met frequente toediening	Niet medisch verantwoord geacht door arts of verpleegkundige	Opgeleid tot oncologie-verpleegkundige
Middel is ruim bekend bij de artsen en verpleegkundigen	Patiënt is niet goed te prikken	In het bezit van B-rijbewijs
Duur toediening is max. 90 min	Communicatievaardigheden van patiënt zijn onvoldoende	Minimaal 2 jaar werkervaring op dagbehandeling oncologie
Omvang van patiëntengroep voldoende voor pilot	Woonsituatie/-locatie van patiënt is niet geschikt	Ruime ervaring met toe te dienen middelen

Figuur 7 Voorbeelden van randvoorwaarden

“Er is nog weinig informatie. Ik weet niet hoe andere patiënten dit ervaren hebben. Ik voel me te kwetsbaar voor thuisbehandeling.”

- Patiënt

Kwaliteit en veiligheid voorop

Voor de keuze van patiëntgroepen en middelen voor de pilot is het belangrijk dat er voldoende vertrouwen en enthousiasme is vanuit de betrokken artsen en verpleegkundigen om een specifiek middel naar thuis te verplaatsen. Gedurende het hele project stond de borging van hoogwaardige kwaliteit en veiligheid in de thuissituatie centraal. In de beginfase van het project is het daarom belangrijk om met elkaar concrete randvoorwaarden te definiëren.

Gebaseerd op de uitkomsten van eerdergenoemde patiëntpeilingen, denken we dat (veel) meer patiënten thuistoedieningen willen als er meer inzichten komen in de kwaliteit en veiligheid en voordelen hiervan.

Sinds maart 2019 heeft IGJ een nieuw toetsingskader uitgebracht waarin de kwaliteit en veiligheid van zorg thuis zijn beschreven. Wat ons betreft een goede ontwikkeling om ook via deze manier de kwaliteit te kunnen monitoren op landelijk niveau.



Maken van gezamenlijke keuzes

Met een gestructureerde aanpak, brede betrokkenheid en de juiste randvoorwaarden kunnen dan gezamenlijke keuzes gemaakt worden voor de inrichting van thuistoedieningen:

- Welke patiëntgroepen en middelen achten we geschikt en wenselijk voor de pilot? En voor de bredere uitrol daarna?
- Voeren we thuistoedieningen uit met eigen verpleegkundigen of zetten we een externe partij hiervoor in? Aan de hand van welke kwalitatieve en kwantitatieve criteria maken we de afweging?
- Hoeveel toedieningen moet een patiënt eerst in het ziekenhuis hebben gehad voordat we het veilig achten voor thuis?
- Wanneer willen en kunnen we starten met de pilot? Hoeveel dagen per week, en hoeveel toedieningen per dag?

Op basis van deze keuzes kan het nieuwe zorgpad en achterliggend logistieke proces in detail uitgewerkt worden.

Behoud momentum

Project mag van start, werkgroepen zijn ingericht en de keuze voor de eerste patiëntgroepen zijn gemaakt... hoe lang heb je dan nog nodig om de pilot te kunnen starten? De doorloop van het project is in onze ervaring sterk afhankelijk van de volgende factoren:

- Besluitvormingsproces voor formeel akkoord
- Actuele situatie van het ziekenhuis: financieel, capaciteit dagbehandeling, strategische visie op thuis verplaatste zorg
- Beschikbaarheid van de werkgroepleden (de dagelijkse ziekenhuiszorg gaat immers gewoon door!)
- Beschikbaarheid van benodigde data voor de financiële business case, o.a. groeiprognoze, DBC- en kostprijzen en kosten van extra materialen
- Aanpassingen in het EPD: aparte planningsagenda en registratie voor thuistoediening



De business case reikt verder dan de kosten

De vraag of thuistoediening voor een ziekenhuis kosteneffectief is blijkt niet zo gemakkelijk te beantwoorden. Er zijn een aantal aspecten die van belang zijn voor deze business case. Wat ons betreft is een business case meer dan alleen het vergelijken van de kosten en opbrengsten tussen de huidige en de nieuwe situatie. Dit is natuurlijk belangrijk, maar er zijn meer aspecten die mee moeten worden genomen. Hieronder een korte opsomming van de elementen:



Patiëntperspectief

Hebben patiënten behoefte aan thuistoediening en willen wij hier invulling aan geven?



Strategische meerwaarde / aansluiten op de visie

Sluit het verplaatsen van zorg naar thuis aan bij de visie van het ziekenhuis. Daarnaast kan het aanbieden van thuistoediening helpen in het positioneren van het ziekenhuis in de regio.



Continuïteit richting de toekomst

Door het aanbieden van thuistoediening is het mogelijk om met de bestaande infrastructuur meer patiënten te behandelen en daarmee investeringen voor een grotere dagbehandeling te voorkomen.



Kosten en opbrengsten analyse

Natuurlijk horen kosten en opbrengsten ook bij een business case. In dit deel is het goed om te bepalen welke invloed de nieuwe situatie heeft op te declareren DBCs en de additionele kosten die nodig zijn deze zorg thuis aan te bieden.

“Kosten voor de baten om innovatie te bevorderen.”

- Manager Samenwerking en Innovatie

Daarnaast denken wij dat er juist op maatschappelijk niveau moet worden nagedacht over deze business case. Ziek zijn heeft invloed op de patiënt en op de directe omgeving, bijvoorbeeld de zoon of dochter die vrij neemt om mee te gaan naar het ziekenhuis. Wij geloven dat het goed is breder te kijken dan alleen de zorg gerelateerde kosten. Aspecten als arbeidsparticipatie (patiënt en mantelzorger) en de totale kosten rondom het bezoek aan een ziekenhuis (overheadkosten in ziekenhuis, taxi- en reiskosten, etc.) horen onderdeel te zijn van de

maatschappelijke business case. Wij denken dat op termijn vanuit een macro-economisch standpunt deze zorg kostenneutraal geleverd moet worden (rekening houdend met kosten en besparingen zowel binnen als buiten de zorg).

Wij pakken graag de handschoen op om samen met verschillende stakeholders in het veld te onderzoeken hoe de maatschappelijke business case voor thuistoediening kan worden vormgegeven.

En wat nu...?

Halverwege dit jaar gaan de eerste pilots echt van start! Na de zorgvuldige voorbereidingen op papier zullen we nu gaan leren van de praktijk en daadwerkelijk gaan ervaren wat wel en niet werkt, wat de beleving is van de patiënt en zorgverleners en ook of en hoe we dit breder kunnen uitrollen. Daarnaast zullen we het financieringsvraagstuk nader uitzoeken; hiervoor zullen

we verdiepende gesprekken met de zorgverzekeraars gaan voeren. Eind 2019 komen we met de tweede white paper waarin we naast het financiële deel vooral ook stil staan bij de praktijkervaringen. In de tussentijd willen we in contact te blijven, om reeds opgedane ervaringen al kunnen delen. Hiervoor kunt u altijd contact opnemen met ons.



Jacqueline Sosef

Strategic HealthCare Partner
jacqueline.sosef@roche.com



Fiona Suwandy

Senior Consultant
fsuwandy@vintura.com