

JUISTE ONCOLOGISCHE ZORG OP DE JUISTE PLEK

ONDERZOEK NAAR VERPLAATSTE ONCOLOGISCHE ZORG

KLANT
KENMERK
AUTEUR(S)
DATUM
VERSIE

Zorginstituut Nederland
SZ/sb/004270
Nienja Langerak, Anneberthe Visser, Sandra Zwijzen en Vicky Drost
30 januari 2025
Definitief

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Aanleiding en methode | 4 |
| 1.1 | Aanleiding van het onderzoek | 4 |
| 1.2 | Doel van het onderzoek en rapport | 4 |
| 1.3 | Onderzoeksmethode | 4 |
| 1.4 | Leeswijzer | 5 |
| 2 | Bevindingen | 6 |
| 3 | Werkzame mechanismen en aanbevelingen | 14 |
| 3.1 | Werkzaam mechanisme: een goede projectorganisatie en stevige investering in het draagvlak. | 14 |
| 3.2 | Werkzaam mechanisme: goede afspraken over randvoorwaarden | 14 |
| 3.3 | Werkzaam mechanisme: verplaatste zorg de standaard maken | 15 |
| 3.4 | Werkzaam mechanisme: genoeg volume en een goede planning | 15 |
| 3.5 | Werkzaam mechanisme: organisatie van zorg aanpassen op de verplaatsing | 16 |
| 3.6 | Werkzaam mechanisme: structurele en passende financiering | 16 |
| 3.7 | Werkzaam mechanisme: haalbare en uniforme kwaliteitseisen voor verplaatste oncologische zorg | 17 |
| 3.8 | Werkzaam mechanisme: afwisseling en uitdaging voor zorgpersoneel | 17 |
| | A. Onderzoeksvragen | 18 |
| | B. Factsheets | 19 |

Managementsamenvatting

Om de oncologische zorg toekomstbestendig te maken, zijn (domeinoverstijgende) zorginnovaties nodig. Een van de mogelijkheden is het verplaatsen van oncologische zorg naar buiten de ziekenhuismuren.

Significant Public voerde een onderzoek uit waarin voorbeelden hiervan verzameld werden via een vragenlijst en er dertien uitgediept werden in interviews met de betrokken partijen. In de voorbeelden werd de zorg verplaatst naar de thuissituatie of wijklocatie en toegediend door thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen, de huisarts of de patiënt zelf.

We zien in de voorbeelden dat de partijen over het algemeen enthousiast zijn over de verplaatste zorg. Patiënten en degenen die de toedieningen verzorgen zijn enthousiast, onder meer vanwege de psychosociale voordelen die de verplaatsing oplevert. Tegelijk zien we dat het verplaatsen van zorg nog weinig structureel gebeurt, en vaak afhankelijk is van enthousiaste initiatiefnemers. Vanuit het onderzoek volgen een aantal werkzame mechanismen om oncologische zorg succesvol te verplaatsen, met bijbehorende aanbevelingen. Dit zijn:

Een **goede projectorganisatie en stevige investering in draagvlak** bij opstart van de verplaatsing zorgt voor eigenaarschap en vertrouwen bij de betrokken partijen. Haak alle partijen die betrokken zijn in de uitvoering aan en maak afspraken die aansluiten bij hun behoeften.

Goede afspraken over communicatiestromen, **korte lijnen en vaste overlegstructuren** helpen tijdens de uitvoering knelpunten uit de praktijk op te halen en draagvlak te behouden. Blijf daarom investeren in de samenwerking en maak afspraken over communicatie en gegevensdeling.

Patiënten staan soms aarzelend tegenover verplaatste zorg omdat het nieuw is. Achteraf zijn ze echter tevreden. **Maak de verplaatste zorg standaardzorg** zodat patiënten erop kunnen vertrouwen dat de zorg veilig is.

Zorg voor **voldoende volume van patiënten en een goede planning**. Onderzoek bij thuistoedieningen de mogelijkheid om oncologische en niet-oncologische zorg te combineren op routes zodat routes efficiënt kunnen worden ingericht. Samenwerking met een thuiszorgorganisatie of zorgverlening in een wijklocatie maakt dit makkelijker.

Het vastleggen van meetbare doelstellingen en regelmatige evaluaties daarvan kunnen ziekenhuizen tijdig inzicht geven in de mogelijkheden om productie te verhogen of zorgpersoneel af te schalen. **Stel daarom meetbare doelen op en pas de organisatie van zorg binnen de ziekenhuismuren aan** naar aanleiding van de verplaatsing.

Het financiële systeem vormt een groot knelpunt bij verplaatsing. Om transparant te declareren en ruimte te bieden om verplaatsing uit te proberen moet **het financiële systeem anders ingericht worden**.

De SONCOS-normering en CZO-accreditering dragen bij aan vertrouwen in de kwaliteit van zorg bij verplaatsing, maar vormen vaak een belemmering voor thuiszorgorganisaties. **Evalueer het accreditatieproces** en richt zo nodig een aparte accreditatie in voor handelingen die in de thuiszorg plaatsvinden. Verpleegkundigen in de thuiszorg en het ziekenhuis vinden de verplaatste zorg een welkome afwisseling met hun reguliere takenpakket. Het is een extra uitdaging en er is meer ruimte voor psychosociale zorg. **Benut en promoot deze voordelen om zorgpersoneel te behouden en te werven**.

1 Aanleiding en methode

1.1 Aanleiding van het onderzoek

De aanleiding voor dit onderzoek is de urgente behoefte aan oplossingen voor de toenemende druk op de zorg voor mensen met kanker (oncologische zorg). Factoren zoals de vergrijzing, verbeterde diagnostiek en hogere overlevingscijfers zorgen voor een groeiend aantal patiënten, terwijl de arbeidsmarkt steeds krappere wordt. Domeinoverstijgende samenwerkingen en vernieuwende organisatievormen zijn cruciaal om de zorg voor mensen met kanker toegankelijk en toekomstbestendig te houden. Een van de mogelijkheden is om een deel van de oncologische zorg te verplaatsen naar buiten de ziekenhuismuren. Er zijn in het hele land al voorbeelden van samenwerkingen en zorginnovaties die leiden tot verplaatste oncologische zorg. Tot op heden ontbrak het echter aan een overzicht van de werkzame mechanismen en ervaren knelpunten bij het verplaatsen van oncologische zorg. In opdracht van het Zorginstituut Nederland in samenspraak met de werktafel Juiste oncologische zorg op de juiste plek, heeft **Significant Public** dit overzicht verzameld.

1.2 Doel van het onderzoek en rapport

Dit rapport biedt een overzicht van praktijkvoorbeelden waarbij oncologische zorg is verplaatst vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie van de patiënt of naar voorzieningen in de wijk. Het gaat hierbij om medisch specialistische behandelingen. Andere initiatieven rondom verplaatste zorg vanuit het ziekenhuis, zoals initiatieven om de overdracht tussen partijen te verbeteren en proactieve zorgplanning, vallen buiten scope van dit onderzoek. Het onderzoek brengt de werkzame mechanismen achter deze initiatieven in kaart.

De resultaten leveren regio's en zorgorganisaties concrete inzichten en praktische handvatten op. Hiermee kunnen zij 'Juiste Oncologische Zorg op de Juiste Plek' effectief implementeren, optimaliseren en op grotere schaal toepassen.

1.3 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek hebben we een stapsgewijze methode gebruikt om praktijkvoorbeelden van verplaatste oncologische zorg in kaart te brengen en te verdiepen. Hieronder lichten we de verschillende stappen toe, in Figuur 1 vatten we dit samen.

1. Inventarisatie van voorbeelden: we hebben deskresearch uitgevoerd en in het netwerk van branche-, belangen- en patiëntorganisaties een uitvraag gedaan naar voorbeelden van verplaatste oncologische zorg. Daarnaast hebben we via deze organisaties, in de netwerken van de werktafel Juiste Oncologische Zorg op de Juiste Plek en ons eigen netwerk een brede oproep uitgezet richting ziekenhuizen, zorgorganisaties en ervaringsdeskundigen. Respondenten konden via een digitaal formulier of via een e-mail een voorbeeld aanleveren. De verzamelde voorbeelden zijn gestructureerd beschreven in een analysekader op basis van de onderzoeksvragen van het onderzoek (zie bijlage A). Deze zijn verder aangevuld met input van de opdrachtgever en werktafel. Vervolgens hebben we een selectie gemaakt van dertien uit te diepen voorbeelden, op basis van diversiteit in type behandeling en verdeling over de regio's.

2. Verdieping via interviews: we hebben betrokkenen (zoals zorgverleners en projectleiders) van de dertien geselecteerde voorbeelden geïnterviewd aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst. Deze topiclijst is opgesteld op basis van de onderzoeksvragen. Tijdens de interviews hebben we de inzichten uit het deskresearch getoetst en verdiept. Ook brachten we de werkzame mechanismen en knelpunten in kaart. De gespreksverslagen zijn verwerkt in het analysekader om de onderzoeksvragen volledig te kunnen beantwoorden.

3. Analyse en validatie: voor elk voorbeeld is een factsheet opgesteld met de context, werkzame elementen, knelpunten en effecten. De gesprekspartners hebben deze factsheets gecontroleerd op feitelijke onjuistheden. Daarnaast hebben we een overall analyse uitgevoerd om rode draden, succesfactoren en knelpunten van de opgehaalde voorbeelden te verzamelen.

4. Rapportage en presentatie: de bevindingen zijn samengebracht in deze rapportage met concrete adviezen voor implementatie. Na feedback van de opdrachtgever en werktafel is de rapportage definitief gemaakt.

1.4 Leeswijzer

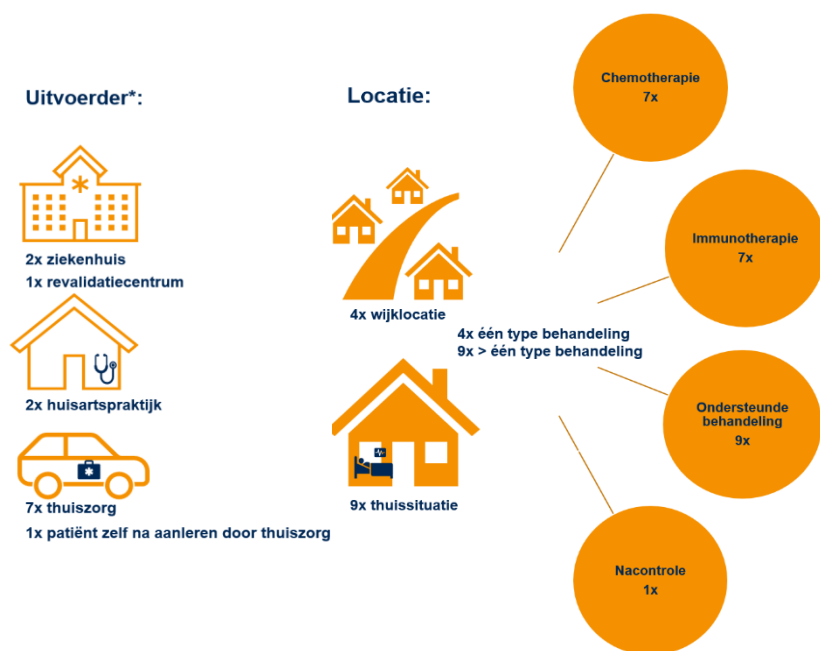
Dit rapport is als volgt opgebouwd: in hoofdstuk 2 presenteren we de belangrijkste bevindingen uit de interviews en het deskresearch over de onderzochte voorbeelden. Hoofdstuk 3 richt zich op de onderliggende werkzame mechanismen die bijdragen aan succesvolle verplaatsingen en de aanbevelingen die wij op basis daarvan doen. We sluiten het rapport af met twee bijlagen: bijlage A bevat de onderzoeksvragen van het onderzoek en bijlage B bevat de factsheets per voorbeeld. Van een van de voorbeelden is geen factsheet omdat de respondenten deze niet wilden publiceren. De bevindingen vanuit dit voorbeeld zijn wel meegenomen in het rapport.



Figuur 1. Beknopte samenvatting onderzoeksaanpak

2 Bevindingen

Dit hoofdstuk geeft een algemene beschrijving van de bevindingen uit de interviews en het deskresearch over de dertien voorbeelden van verplaatste zorg. De voorbeelden bevatten zowel pilotstudies met +/- 20 deelnemers als (inmiddels) reguliere zorg, waarbij tot 22% van de poliklinische behandelingen is verplaatst. We sluiten het hoofdstuk af met een factsheet van de rode draden in de bevindingen.



Figuur 2. Algemene beschrijving van de uitgediepte voorbeelden

* De medisch specialist blijft eindverantwoordelijk, tenzij de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde in het revalidatiecentrum uitvoerder was. De medische eindverantwoordelijkheid werd dan overgedragen.

De verwachte toenemende druk op de hoog complexe zorg en de behoefte van patiënten zijn de belangrijkste aanleidingen voor verplaatsing van oncologische zorg

Respondenten uit de ziekenhuizen geven aan dat de strategische doelstelling vanuit het management of bestuur geregeld de aanleiding is voor een project of pilot over het verplaatsen van de oncologische zorg. Ziekenhuizen willen, passend bij de huidige maatschappelijke beweging, laag complexe zorg naar buiten het ziekenhuis te verplaatsen, om zo capaciteit te kunnen garanderen voor de hoog complexe zorg. Op deze manier kunnen ziekenhuizen inspelen op het voorspelde tekort aan verpleegkundigen en apothekersassistenten. De ontwikkelingen op het gebied van oncologische middelen (bijvoorbeeld veranderde toedieningsvormen van medicatie), bieden daarbij steeds meer mogelijkheden om behandelingen buiten het ziekenhuis toe te dienen. In voorbeelden waar de thuiszorg of huisarts de initiatiefnemer is, is de wens van de patiënt meestal de reden voor de verplaatsing. In verschillende voorbeelden gaf COVID-19 de zorgverplaatsing een extra boost. Hierdoor kwam er plotseling meer noodzaak om zorg naar buiten het ziekenhuis te verplaatsen. Opvallend is dat verschillende voorbeelden toevalligerwijs zijn ontstaan. Bijvoorbeeld omdat twee thuiszorgmedewerkers een oncologie-aantekening bleken te hebben of omdat een patiënt aan de huisarts vroeg of een behandeling thuis zou kunnen plaatsvinden.

Het geneesmiddel is voor ziekenhuizen bepalend in de keuze voor zorgverplaatsing, de behoefte van de patiënt is bij de huisarts leidend

Respondenten geven aan dat bij de keuze voor welk type oncologische behandeling verplaatst wordt naar buiten de ziekenhuismuren vooral pragmatische afwegingen worden gemaakt. Of verplaatsing mogelijk is, hangt niet zozeer af van de patiëntengroep of het type diagnose, maar eerder van het geneesmiddel. Medisch specialisten en apothekers bekijken bijvoorbeeld welke middelen veilig toegediend kunnen worden via een elastomeerpomp, buiten de koelkast bewaard kunnen worden en of ze per kortdurend infuus of subcutaan kunnen worden toegediend. In de meeste voorbeelden zijn de kenmerken van het geneesmiddel dan ook bepalend in de keuze voor verplaatsing. In de voorbeelden waarbij de huisarts de initiatiefnemer is, was de behoefte van de patiëntengroep leidend. Patiënten hadden na een curatief traject voor borstkanker bijvoorbeeld behoefte aan nacontroles via de huisarts, terwijl dit voor patiënten met prostaatkanker niet het geval was. Deze huisartsengroep organiseerde daarom het verplaatsen van de nacontrole voor borstkanker wel, en voor prostaatkanker niet.

Afspraken tussen betrokken partijen zijn beperkt formeel gemaakt

Het verplaatsen van zorg wordt in de meeste gevallen gestart door enthousiaste zorgverleners of beleidsmedewerkers. Wanneer er meerdere partijen betrokken zijn, zien we dat er projectteams worden opgezet die praktische afspraken maken over taken, verantwoordelijkheden en financiën. Ook bespreken ze hoe gegevens gedeeld worden, wat er moet gebeuren als er iets misgaat tijdens de behandeling en wie er wordt benaderd bij behoefte aan afstemming. De grootte van een projectteam en de betrokken disciplines verschillen per voorbeeld. Wanneer de thuiszorg uitvoerder is zien we dat zij in de meeste gevallen de protocollen van het ziekenhuis overnemen of als basis nemen.

In een aantal voorbeelden werden zorgpaden opgesteld waarin de afspraken rondom verschillende soorten behandelingen zijn vastgelegd. In slechts enkele voorbeelden zijn de afspraken geformaliseerd in samenwerkingsovereenkomsten tussen de betrokken partijen.

We zien daarnaast dat bij voorbeelden waarbij de verplaatsing structureel is ingebed dat er vaste overlegstructuren zijn ingericht tussen de betrokken partijen om knelpunten in de uitvoering te bespreken. Waar nodig worden vanuit deze overlegstructuur de gemaakte afspraken aangepast.

Het organiseren van informatie-uitwisseling over de patiënt verloopt over het algemeen soepel

We zien dat in de voorbeelden waarbij thuiszorgorganisaties betrokken zijn, het ziekenhuis en de thuiszorgorganisaties verschillende keuzes maken in hoe ze gegevens over de patiënten met elkaar delen. Bij laag complexe medicatie (voornamelijk ondersteunende middelen) is het voor thuiszorgverpleegkundigen vaak voldoende een recept voor de medicatie te ontvangen vanuit het ziekenhuis. Soms vindt er na de behandeling nog wel een overdracht plaats van de toestand van de patiënt. Bij chemo- en immunotherapie hebben de thuiszorgmedewerkers vaak meer gegevens nodig. Soms krijgen zij toegang tot het medisch dossier van het ziekenhuis, soms is er een aparte werkomgeving waarin patiënten die een behandeling thuis krijgen zijn opgenomen. Bij de meeste voorbeelden kwam naar voren dat de informatie-uitwisseling goed verloopt en er geen problemen worden ervaren.

Verpleegkundigen kunnen bij thuistoediening minder patiënten zien, omdat ze geen patiënten tegelijk kunnen behandelen en reistijd hebben

Op de dagbehandeling van het ziekenhuis kunnen verpleegkundigen meerdere patiënten tegelijk zien en komen de patiënten naar hen toe. Bij een thuistoediening behandelt een verpleegkundige slechts één patiënt en is er reistijd tussen de verschillende patiënten. Respondenten geven aan dat bij thuistoedieningen verpleegkundigen minder patiënten kunnen zien in dezelfde tijd dan in het ziekenhuis. Door thuiszorgroutes efficiënt in te richten, bijvoorbeeld door oncologische en niet-oncologische behandelingen te combineren, of door op regionaal niveau te werken met een verpleegkundig technisch team, proberen uitvoerders van thuistoedieningen zo veel mogelijk patiënten op een dag te plannen en snijverlies te beperken. Een andere mogelijkheid is om de behandeling niet thuis, maar in wijkcentra toe te dienen. Dit wordt in verschillende voorbeelden succesvol gedaan.

Het financiële systeem is niet ingericht op verplaatste zorg

De meeste respondenten geven aan te denken dat de verplaatste zorg, afhankelijk van de vorm, uiteindelijk maatschappelijk gezien goedkoper is of zou kunnen zijn. Tegelijk geven zij aan dat dit binnen het huidige financieringssysteem moeilijk aan te tonen is. Dit heeft verschillende oorzaken. Respondenten geven ten eerste aan dat zorgkosten en maatschappelijke kosten, zoals behandelkosten, reiskosten en kosten door ziekteverzuim van patiënten, uit verschillende budgetten worden gefinancierd. Deze versnippering van financiering maakt het moeilijk om een overzichtelijke kosten-batenanalyse te maken. Doordat de kosten vanuit verschillende budgetten worden gefinancierd, heeft de zorgverplaatsing invloed op meerdere budgetten en is het lastig om volledig inzicht te krijgen in de financiële impact.

Ten tweede zijn de meeste voorbeelden gestart vanuit subsidiemiddelen (omdat het opzetten van een innovatie tijd en geld kost) die zich later pas kunnen terugverdienen. Structurele financiering vinden is echter lastig door gebrek aan eenduidige afspraken met zorgverzekeraars voor de declaratie van de verplaatste zorgkosten. Slechts enkele voorbeelden hadden afspraken gemaakt met een zorgverzekeraar over de tarieven voor verplaatste zorg. Deze afspraken waren tijdelijk en golden uitsluitend voor patiënten die verzekerd waren bij die specifieke zorgverzekeraar. Het gebrek aan structurele financiering leidt ertoe dat een aantal voorbeelden van verplaatste zorg is gestopt of binnenkort noodgedwongen gaat stoppen.

Ten slotte maken de DBC's in ziekenhuizen en de integrale thuiszorgtarieven het financieel onaantrekkelijk voor beide partijen om oncologische zorg te verplaatsen. DBC's bieden een vast tarief voor een bandbreedte aan complexe en minder complexe zorg. Wanneer minder complexe zorg buiten het ziekenhuis wordt verplaatst, blijft in het ziekenhuis alleen de complexere, duurdere zorg over. Dit betekent dat het ziekenhuis hetzelfde tarief ontvangt, terwijl de benodigde inspanning vaak toeneemt. Voor de thuiszorg geldt het omgekeerde: verplaatste oncologische zorg zorgt ervoor dat zij complexere zorg moeten leveren binnen hun integraal tarief. Ook hier stijgt de inspanning zonder een verhoging van het tarief. Respondenten geven aan dat overleggen over een verhoging van het integrale tarief met zorgverzekeraars hierover moeizaam verlopen. Respondenten vanuit de thuiszorg geven bovendien aan dat zij enkel kostendekkend kunnen werken bij een bepaald (hoog) aantal patiënten. Pas dan kunnen zij een efficiënte, volle route plannen voor een gespecialiseerd verpleegkundige of een verpleegkundig technisch team.

De kwaliteit van de oncologische zorg wordt bij verplaatsing gewaarborgd

In verschillende voorbeelden geven respondenten aan dat medisch specialisten aan het begin soms terughoudend zijn met het verplaatsen van de zorg. Zij twijfelen bijvoorbeeld of de verpleegkundigen van de thuiszorg dezelfde kwaliteit van zorg kunnen leveren als de verpleegkundigen in het ziekenhuis. Ook biedt de omgeving risico's, bijvoorbeeld wat betreft hygiëne in de thuisituatie. Het is cruciaal dat medisch specialisten vertrouwen hebben in de kwaliteit van verplaatste zorg, omdat zij doorgaans, zeker in voorbeelden waarbij de thuiszorg betrokken is, eindverantwoordelijk blijven voor de zorgverlening. De voorbeelden laten zien dat deze zorgen al snel afnemen wanneer medisch specialisten in een vroeg stadium worden betrokken bij het opstellen van voorwaarden voor het verplaatsen. Een veel genoemde voorwaarde is dat de behandeling wordt gestart in het ziekenhuis en na een paar succesvolle toedieningen, met toestemming van de medisch specialist, thuis of op de wijklocatie wordt voortgezet. Zo is de kans op het krijgen van allergische reacties op het middel kleiner. In de voorbeelden wordt steeds samengewerkt tussen het ziekenhuis en één thuiszorgorganisatie per regio, en onderling worden goede afspraken gemaakt.

Wanneer de zorg eenmaal verplaatst is ervaren medisch specialisten dat thuiszorgverpleegkundigen dezelfde kwaliteit van zorg kunnen leveren als in het ziekenhuis en dat patiënten tevreden zijn. Voor veel oncologische middelen geldt de afspraak dat het alleen mag worden toegediend door een CZO-geaccrediteerde oncologieverpleegkundige, conform de SONCOS-normering. Dit biedt de medisch specialisten garantie (en daarmee het vertrouwen) dat de verpleegkundigen gekwalificeerd zijn voor het toedienen van de behandeling.

¹ [NFK-Rapport-Concentratie-en-Spreiding-van-Zorg-Wat-vinden-mensen-met-kanker oktober-2024.pdf](#)

Respondenten van thuiszorgorganisaties geven aan veel waarde te hechten aan een goede kwaliteit van zorg in de thuisomgeving of op de wijklocatie. Een deel biedt dan ook zelf de opleiding tot oncologieverpleegkundige aan. Zij geven hierbij wel aan dat het verkrijgen van de vereiste CZO-accreditatie administratief complex, tijdrovend en duur is.

Patiënten passen zich aan de locatie van de zorg aan en zijn over het algemeen enthousiast over de verplaatste zorg

Patiënten kunnen in eerste instantie wat aarzelend zijn over het verplaatsen van zorg, maar zijn in alle voorbeelden naderhand positief. Dit geldt zowel wanneer ze de zorg thuis als op de wijklocatie krijgen, en zowel wanneer de zorg als standaardzorg wordt gepresenteerd als wanneer zij de keuze krijgen. Dit is in lijn met resultaten van een recente peiling onder ruim 6000 mensen die kanker hebben of hadden¹. In verschillende voorbeelden is de ervaren kwaliteit van zorg door patiënten toegenomen omdat zij een meer persoonlijke benadering ervaren in een rustigere en niet-klinische omgeving. Veel genoemde punten zijn: minder reistijd, geen 'ziekenhuissfeer' en geen afhankelijkheid van mantelzorgers om hen naar het ziekenhuis te brengen. Voor sommige specifieke voorbeelden waren er extra pluspunten. Zo ervaren patiënten in het voorbeeld waarin zij zelf een deel van de verpleegtechnische handelingen kregen aangeleerd meer regie over hun behandeling. In de voorbeelden waarbij patiënten op een wijklocatie behandeld worden zijn zij enthousiast over het lotgenotencontact en het gevoel dat je 'het ziekenhuis buiten je eigen deur houdt'.

Thuis en in de wijk is er meer aandacht voor psychosociale gevolgen van kanker

Verpleegkundigen en huisartsen kunnen thuis en op de wijklocaties meer psychosociale begeleiding bieden tijdens de behandeling. Veel respondenten zien dit als een mooi neveneffect van de verplaatsing, en horen dit ook terug van de patiënten. Respondenten, waaronder zowel verpleegkundigen uit het ziekenhuis als van de thuiszorg, geven aan dat hier in het ziekenhuis minder tijd en aandacht voor is. Verpleegkundigen kunnen, wanneer zij bij de patiënt aan huis komen, beter inschatten wat de patiënt aan begeleiding nodig heeft doordat ze meer inzicht krijgen in de situatie en omgeving van de patiënt. Ook in wijkcentra blijken de sfeer en de setting meer uit te nodigen tot gesprekken over de psychosociale gevolgen van kanker, mede doordat dit gesprek tussen lotgenoten snel op gang komt.

Voor thuiszorgverpleegkundigen is de verplaatste zorg een interessante uitdaging, voor de ziekenhuisverpleegkundigen biedt het meer rust en tijd voor de patiënt

Verpleegkundigen, zowel vanuit het ziekenhuis als de thuiszorg en POH-ers zijn enthousiast over de zorgverplaatsing als zij degenen zijn die de verplaatste zorg moeten leveren. Het lukt goed voldoende verpleegkundigen te vinden die deze zorg kunnen leveren. De afwisseling tussen gebruikelijke taken en de verplaatste zorg is voor verpleegkundigen en POH-ers vaak aantrekkelijk. Voor de verpleegkundigen van de thuiszorg is het een interessant, technisch onderdeel van de zorg. Bovendien biedt het hen de mogelijkheid om hun kennis en vaardigheden verder te ontwikkelen, bijvoorbeeld door de opleiding tot oncologieverpleegkundige te volgen.

Het kunnen aanbieden van opleidingen tot oncologieverpleegkundigen en werk daarin is voor thuiszorgorganisaties een manier om personeel te behouden.

Voor ziekenhuisverpleegkundigen die de zorg thuis of op een wijklocatie bieden, biedt dit meer tijd en rust om één op één aandacht te hebben voor de patiënt en de psychosociale aspecten van kanker. Een enkele keer werd benoemd dat ziekenhuisverpleegkundigen niet bij de patiënt thuis willen werken. Zij hebben specifiek gekozen voor het werken in een team in een ziekenhuis en zien het zelfstandig naar patiënten reizen niet zitten. In een aantal voorbeelden werd benoemd dat verpleegkundigen in het ziekenhuis zich soms zorgen maken of er wel voldoende werk voor hen overblijft in het ziekenhuis door de verplaatsing van de zorg.

Urgentie wordt niet door iedereen in het ziekenhuis gevoeld, terwijl de druk op de zorg buiten het ziekenhuis wel al voelbaar is

Respondenten gaven signalen af dat medisch specialisten niet altijd urgentie voelen om zorg te verplaatsen². Zij zouden, ondanks de strategische koers van het ziekenhuis, weinig noodzaak zien om de minder complexe zorg te verplaatsen omdat zij op dit moment voldoende tijd en capaciteit hebben om dit type zorg binnen de ziekenhuismuren te organiseren. Bovendien geven respondenten aan dat de eerdergenoemde belemmeringen binnen het financiële systeem een belangrijke rol spelen. Daarbij geven respondenten aan dat er met name bij de huisartsen een groot personeelstekort is, en daardoor een hoge werkdruk. Het verplaatsen van oncologische zorg wordt daardoor momenteel niet voor alle betrokkenen als waardevol of haalbaar gezien.

² De medisch specialisten zelf hebben we in dit onderzoek niet kunnen spreken om dit signaal te verifiëren.

Daarnaast hoorden we een voorbeeld waarbij men aangaf dat het verplaatsen van oncologische zorg geen prioriteit had in de regio. Hierdoor lukte het niet om na een pilotfase door te gaan. Ook de hierboven beschreven zorg van verpleegkundigen in het ziekenhuis dat zij onvoldoende werk zouden hebben wanneer zorg structureel verplaatst wordt, laat zien dat zij de urgentie op dit moment nog niet voelen.

Er zijn nauwelijks meetbare doelstellingen opgesteld

De meeste respondenten geven aan dat er geen meetbare doelstellingen zijn gesteld bij opstart van een project of pilot. Bij twee voorbeelden gebeurt dit wel. Hierbij is het doel gesteld om 25% van de oncologische behandelingen binnen het ziekenhuis te verplaatsen naar buiten de ziekenhuismuren. Zij meten dit door te kijken of het aantal patiënten op de dagbehandeling afneemt en passen hier de grootte van de dagbehandeling op aan. Daarnaast geven respondenten aan dat de meeste ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties de patiënttevredenheid over de behandeling meten. Over het algemeen is de patiënttevredenheid na verplaatsing naar de thuissituatie of een wijklocatie vaak hoger dan in het ziekenhuis.

Organisatie van zorg wordt nog niet altijd aangepast op de verplaatsing

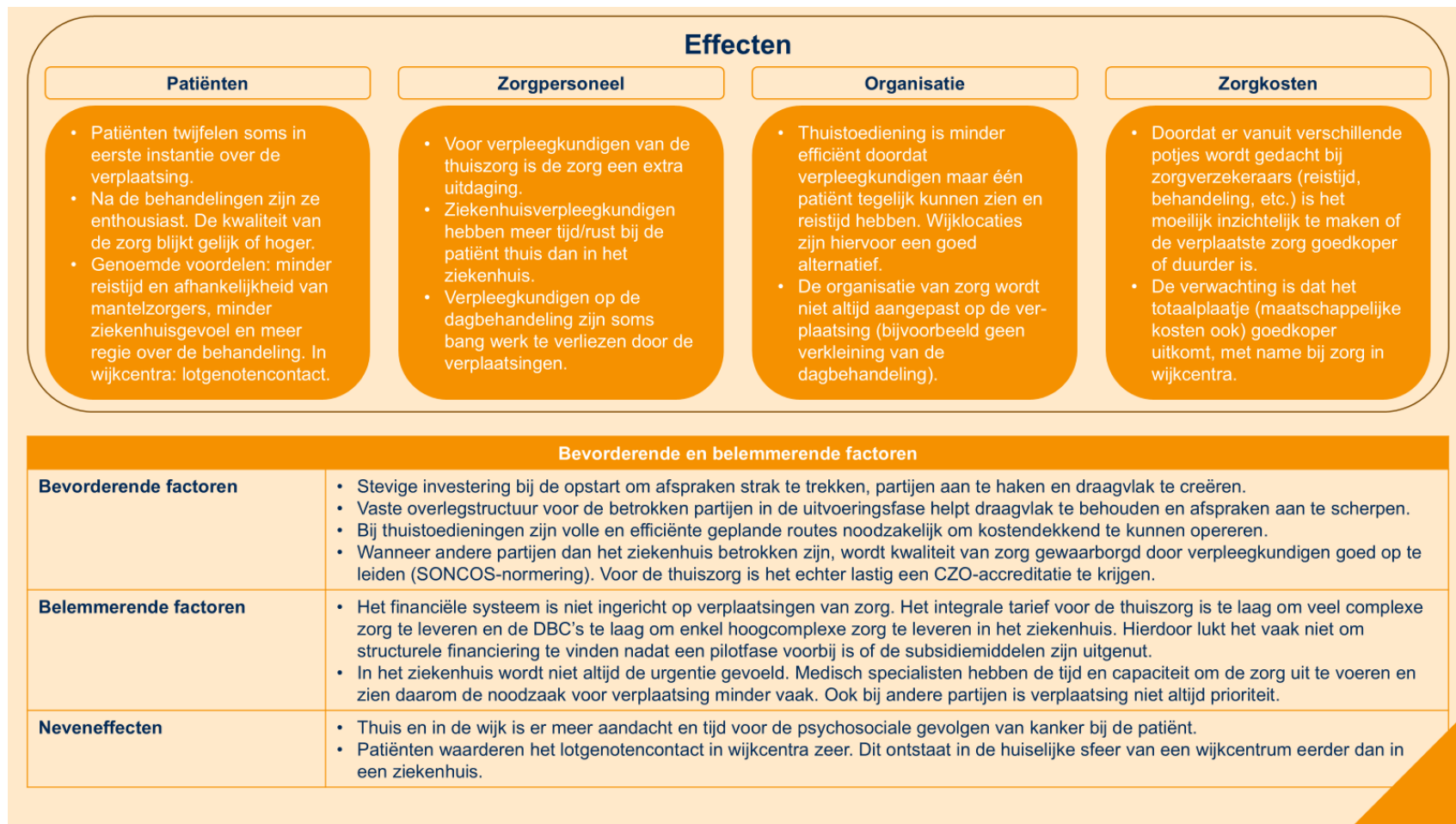
In verschillende voorbeelden zien we dat het verplaatsen van de zorg naar huis of een wijklocatie leidt tot een verminderde zorgvraag in het ziekenhuis. Toch lijken de ziekenhuizen hun planning of de personele inzet hier nog niet altijd op aan te passen. Vooral bij voorbeelden in pilotvorm of op projectbasis gaat een toename in verplaatste zorg niet altijd gepaard met een verkleining van de dagbehandeling in het ziekenhuis, meer hoog complexe behandelingen daar of een efficiëntere inzet van het ziekenhuispersoneel. De verplaatsing heeft hierdoor niet of nauwelijks effect op de kosten en de toegankelijkheid van de zorg.

Het verplaatsen van zorg heeft meestal nog geen structurele plek binnen de oncologische zorg en vindt veelal plaats op projectbasis

De omvang van een project en de mate waarin er echt een projectorganisatie wordt opgetuigd verschilt per voorbeeld. Een aantal respondenten benadrukt dat ze bij de start van een project veel aandacht heeft besteed aan de organisatie van de zorgverplaatsing, het draagvlak bij de verschillende partijen en het maken en vastleggen van samenwerkingsafspraken. Men wilde hiermee de verplaatsing structureel inrichten, zodat deze ook doorgezet kon worden wanneer de projecttijd en het budget op is. Hoewel dit veel tijd en moeite kost, lijkt dit achteraf te lonen doordat er een sterke samenwerking is ontstaan en de uitvoerende partijen achter de verplaatsing staan, geven de respondenten aan. Juiste deze voorbeelden lijken vooralsnog ook toekomstbestendig te zijn.

| Beschrijving voorbeelden | | | | |
|--|---|----------------|-------------------------|------------|
| Aanleiding verplaatsing zorg | <ul style="list-style-type: none"> • Strategische doelstellingen van het ziekenhuis om zorg toekomstbestendig in te richten. Inspringen op het (verwachte) tekort aan personeel en de toename in hoog complexe zorg. • Als thuiszorg of huisarts initiatiefnemer is, is de wens van de patiënt vaak de aanleiding. • COVID-19 gaf een extra boost en toevalligheden spelen een rol. | | | |
| Gestelde voorwaarden bij opstart | <ul style="list-style-type: none"> • Het geneesmiddel moet veilig thuis of in een wijkcentrum kunnen worden toegediend. • De eerste behandelingen zijn in het ziekenhuis, de verplaatsing gaat daarna door als er geen complicaties optreden bij die toedieningen. • Kwaliteit van verpleegkundigen moet zijn geborgd. | | | |
| Gemaakte afspraken | <ul style="list-style-type: none"> • Projectteams maken praktische afspraken over taken, verantwoordelijkheden, financiën en gegevensdeling. • Bij betrokkenheid thuiszorg worden de protocollen van het ziekenhuis overgenomen. Soms zijn er zorgpaden opgesteld. • In enkele gevallen zijn afspraken geformaliseerd in samenwerkingsovereenkomsten. • Gegevensdeling is verschillend georganiseerd, loopt over het algemeen soepel. | | | |
| Middelen/ behandeling | Chemotherapie | Immunotherapie | Ondersteunende middelen | Nacontrole |
| Type zorg | Infusen, subcutane injecties, bloedtransfusie, ascitesdrainages, nazorg, toedieningen in de palliatieve fase. | | | |
| Medische eindverantwoordelijkheid | Blijft in de meeste gevallen bij de medisch specialist. Soms wordt deze overgedragen aan de huisarts (bij behandeling door de huisarts) of naar de specialist ouderengeneeskunde (bij behandeling in het revalidatiecentrum). | | | |
| Financiering | Subsidiemiddelen worden gebruikt om de verplaatsing op te zetten. De bekostiging van de zorg loopt meestal via de DBC's. Een enkele keer zijn aparte afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over de bekostiging. | | | |
| Aantal patiënten/ behandelingen | Variërend van vijftien patiënten per jaar tot ruim 900 behandelingen per jaar. In pilotfase is het vaak een beperkte groep, indien het reguliere zorg is ligt dit aantal groter. Structurele inbedding komt nog weinig voor. | | | |





Figuur 2. Factsheet met de samenvatting van de hoofdbevindingen

3 Werkzame mechanismen en aanbevelingen

In dit hoofdstuk beschrijven we de werkzame mechanismen en de daarop gebaseerde aanbevelingen vanuit het onderzoek. We beschrijven eerst de werkzame mechanismen op basis van de opgehaalde bevorderende en belemmerende factoren die naar voren komen vanuit de onderzochte voorbeelden. In tekstkaders geven we een aantal aanbevelingen die hieruit voortvloeien.

Werkzame mechanismen voor verplaatsen van oncologische zorg

3.1 Werkzaam mechanisme: een goede projectorganisatie en stevige investering in het draagvlak.

De voorbeelden die het meest succesvol waren in het op grotere schaal verplaatsen van oncologische zorg, hadden ieder een stevige en goed doordachte projectorganisatie met onderlinge samenwerkingsafspraken. Binnen deze voorbeelden werd niet alleen aandacht besteed aan operationele zaken, maar nadrukkelijk ook aan het creëren van draagvlak door de verschillende partijen die een rol spelen in de uitvoering vanaf de start evenwaardig en evenredig te betrekken. Hierdoor kunnen alle betrokkenen, waaronder medisch specialisten, verpleegkundigen en apothekers, in een vroeg stadium hun voorwaarden en zorgen delen en kunnen afspraken hierop afgestemd worden. Dit zorgt voor eigenaarschap en onderling vertrouwen. Bovendien zien we dat wanneer de samenwerking loopt en er afspraken zijn gemaakt, dit makkelijk kan worden uitgebreid naar andere behandelingen, patiëntengroepen of afdelingen binnen het ziekenhuis. Het opstellen van nieuwe zorgpaden voor verplaatste zorg kost dan minder tijd.

Aanbeveling voor partijen die oncologische zorg willen verplaatsen:

investeer bij opstart van een verplaatsing in de samenwerking tussen de betrokken partijen. Zorg ervoor dat alle partijen die betrokken zijn in de uitvoering hierop aangehaakt worden. Denk hierbij (ook) aan de huisartsen, medisch specialisten, ziekenhuisapothekers, verpleegkundigen in het ziekenhuis en de thuiszorg. Maak afspraken die aansluiten bij de behoeften en zorgen van deze partijen, en besteed daarbij ook aandacht aan de benodigde financiële middelen en afspraken.

3.2 Werkzaam mechanisme: goede afspraken over randvoorwaarden

Vervolgens is het in de uitvoeringsfase belangrijk korte lijnen te houden tussen de betrokken partijen. Er moeten duidelijke afspraken zijn over wie contact opneemt met wie in probleemsituaties thuis of op een wijklocatie. Ook voor afstemming en algemene vragen is het belangrijk dat het duidelijk is wie waarvoor gebeld kan worden, en wie de medische eindverantwoordelijkheid heeft. Daarbij bevorderen korte lijnen de mogelijkheid tot het uitwisselen van kennis en expertise, bijvoorbeeld tussen de huisartsen en medisch specialisten. Daarnaast helpt het als zorgverleners binnen een digitaal systeem, zoals een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), kunnen communiceren. Voor de langere termijn zijn vaste overlegstructuren of bijeenkomsten met alle betrokken partijen een goede manier om de korte lijnen te behouden. Hier kunnen knelpunten gedeeld worden en kan er samen gezocht worden naar oplossingen. Bovendien helpen deze overleggen om het draagvlak bij de verschillende partijen te behouden.

Aanbevelingen voor partijen die oncologische zorg willen verplaatsen:

blijf tijdens de uitvoeringsfase van de verplaatste zorg als projectgroep investeren in het contact tussen de betrokken partijen en haal knelpunten op. Zoek gezamenlijk naar oplossingen.

Maak afspraken over hoe communicatiestromen lopen bij probleemsituaties en voor algemene vragen tijdens de uitvoering.

Zorg dat het digitaal dossier toegankelijk is buiten het ziekenhuis bij behandeling thuis of in de wijk. Wanneer er wordt samengewerkt tussen het ziekenhuis en de thuiszorg of huisarts, zorg dan voor een volledige overdracht of maak het digitaal dossier (deels) toegankelijk voor de betrokken zorgprofessionals.

3.3 Werkzaam mechanisme: verplaatste zorg de standaard maken

Patiënten staan soms aarzelend tegenover het verplaatsen van zorg, wanneer zij moeten kiezen. Patiënten aan wie wordt medegedeeld dat de verplaatste zorg de standaard is, lijken de zorg thuis of op een wijklocatie goed te accepteren. Door voor verplaatste zorg standaardzorg te maken, lijken patiënten vanaf het begin meer vertrouwen te hebben. Wel moet er altijd per patiënt worden gecontroleerd of deze voldoet aan de door de organisatie gestelde criteria voor het veilig verplaatsen van zorg.

Aanbevelingen voor partijen die oncologische zorg willen verplaatsen:

maak de verplaatste zorg standaardzorg, onder gezamenlijk opgestelde voorwaarden, zodat patiënten kunnen en durven te vertrouwen dat de verplaatste zorg veilig is en van gelijke kwaliteit als in het ziekenhuis.

3.4 Werkzaam mechanisme: genoeg volume en een goede planning

Bij thuisbehandelingen kunnen routes alleen kostenefficiënt worden ingericht als er voldoende volume aan patiënten is zodat gespecialiseerd verpleegkundigen volle routes kunnen rijden. Daarnaast kunnen routes efficiënter worden ingericht als patiënten met laag complexe oncologische zorg en andere zorg op dezelfde route worden ingepland. Door als ziekenhuis samen te werken met een thuiszorgorganisatie, is dit makkelijker te realiseren. Doordat thuiszorgorganisaties een groter cliëntenbestand hebben per wijk en ervaring hebben met routeplanning, zijn zij goed in staat thuistoedieningen zo efficiënt mogelijk te organiseren. Bij verplaatsing naar een wijklocatie kunnen verpleegkundigen makkelijker meerdere patiënten tegelijk helpen en hebben ze geen extra reistijd. Dit maakt dat toedieningen op een wijklocatie efficiënter en financieel veelbelovender zijn dan thuistoedieningen.

Aanbevelingen voor partijen die oncologische zorg willen verplaatsen:

onderzoek bij thuistoedieningen de mogelijkheid om oncologische en niet-oncologische zorg te combineren op de routes zodat routes efficiënt ingericht kunnen worden.

Bereken op voorhand hoeveel volume nodig is om een kostenefficiënte route te kunnen samenstellen.

3.5 Werkzaam mechanisme: organisatie van zorg aanpassen op de verplaatsing

Zoals eerder beschreven, passen ziekenhuizen de organisatie van zorg nog niet altijd aan op de verplaatste zorg, waardoor dit maatschappelijk gezien niet tot lagere kosten leidt of tot meer toegankelijke zorg. Integendeel, de verplaatsing vraagt vaak om extra zorgpersoneel, bijvoorbeeld via de huisarts of thuiszorg, terwijl ook daar personeelstekorten zijn en de werkdruk hoog is. In sommige voorbeelden verzorgt het ziekenhuispersoneel de behandeling zelf op andere locaties, zoals thuis of in de wijk. Dit draagt echter niet bij aan een efficiëntere inzet van personeel. Het vastleggen van meetbare doelstellingen en regelmatige evaluaties daarvan kunnen ziekenhuizen tijdig inzicht geven in de mogelijkheden om productie te verhogen of zorgpersoneel af te schalen. Daarnaast kan er bij zorgverplaatsing worden overwogen om patiënten (een deel van) de behandeling zelf te laten uitvoeren. Dit wordt al succesvol gedaan in pilotvorm bij een van de voorbeelden en ook andere voorbeelden willen deze mogelijkheid verder verkennen. Het bespaart inzet van zorgpersoneel en voorkomt dat bij zorgverplaatsing ook het probleem van personeelstekorten verplaatst wordt van het ziekenhuis naar thuiszorg of huisartspraktijk of ten koste gaat van niet oncologische behandelingen bij deze partijen. Ook de respondenten van andere voorbeelden willen deze mogelijkheid verder verkennen.

Aanbevelingen voor partijen die oncologische zorg willen verplaatsen:

verken de mogelijkheid om patiënten zelf een deel van de behandeling te laten uitvoeren, zodat tekorten in zorgpersoneel opgevangen kunnen worden.

Stel meetbare doelstellingen op bij opstart van het project zodat hierop gestuurd kan worden en de effecten van de verplaatsing zichtbaar worden.

3.6 Werkzaam mechanisme: structurele en passende financiering

Een groot knelpunt in het verplaatsen van oncologische zorg is de huidige financieringsstructuur. Dat heeft enerzijds te maken met de DBC's en de integrale thuiszorgtarieven, en anderzijds met het gegeven dat zorgverzekeraars ieder hun eigen inkoopafspraken hanteren. Hoewel domeinoverstijgend samenwerken een belangrijke rol heeft in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) is de financiering nog sterk gericht op het werken binnen één domein. Dit maakt het voor ziekenhuizen financieel onaantrekkelijk om de voor hen minder complexe zorg te verplaatsen, en voor thuiszorgorganisaties om de voor hen complexere zorg te organiseren. Dit zorgt er in de praktijk voor dat er geen structurele financiering gevonden wordt waardoor succesvolle pilots niet worden voortgezet zodra de subsidie wegvalt.

Aanbevelingen voor systeempartijen:

richt het financiële systeem zo in dat er mogelijkheden zijn dat ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties verplaatste zorg transparant kunnen declareren, tegen een passend tarief.

Bied in het financiële systeem ruimte om zorgverplaatsing uit te proberen. Stel hierbij eisen aan hoe pilots en projecten aandacht hebben voor de toekomstbestendigheid van de zorgverplaatsing.

3.7 Werkzaam mechanisme: haalbare en uniforme kwaliteitseisen voor verplaatste oncologische zorg

Voorbeelden waarin samen wordt gewerkt met verschillende ziekenhuizen en/of thuiszorgorganisaties hebben veelal te maken met verschillende protocollen voor één handeling. Succesvolle voorbeelden van verplaatsing geven aan dat het eenduidig volgen van één protocol (vaak het ziekenhuisprotocol) zorgt voor duidelijkheid en vertrouwen in de kwaliteit. Ook de SONCOS-normeringen worden vaak als kwaliteitseis voor verpleegkundigen genoemd. Deze vormen echter ook een belemmering om zorg te verplaatsen naar buiten de ziekenhuismuren. Bijna alle oncologische behandelingen moeten volgens de normering uitgevoerd worden door gecertificeerde oncologisch verpleegkundigen. Een deel van de handelingen is relatief eenvoudig en zou, volgens verpleegkundigen, ook door 'gewone' verpleegkundigen uitgevoerd kunnen worden. Dit zou de zorg goedkoper maken voor de thuiszorgorganisaties.

Daarnaast kunnen thuiszorgorganisaties de opleiding tot oncologieverpleegkundige wel aanbieden, maar is het verkrijgen van de vereiste CZO-accreditatie een complex proces, waarbij veel administratieve lasten komen kijken. Voor kleinere (thuiszorg)organisaties is de investering in accreditatie vaak niet rendabel.

Aanbevelingen voor systeempartijen:

evalueer het accreditatieproces en verminder waar mogelijk de administratieve last en de kosten.

Overweeg welke handelingen of middelen veilig kunnen worden uitgevoerd of toegediend door bekwame, maar niet oncologisch gecertificeerde verpleegkundigen. Richt een aparte accreditatie in voor de uitvoering van deze handelingen en het toedienen van deze middelen.

3.8 Werkzaam mechanisme: afwisseling en uitdaging voor zorgpersoneel

Respondenten die we spraken over zowel de thuiszorg als het ziekenhuis, evenals zorgverleners in huisartsenpraktijken, vonden de verplaatste zorg een leuke afwisseling ten opzichte van hun reguliere werkzaamheden. Zij waarderen de nieuwe uitdagingen die dit met zich meebrengt, en de extra tijd die beschikbaar is om aandacht te besteden aan de psychosociale aspecten van kanker. Deze voordelen zorgen ervoor dat het, ondanks de huidige tekorten op de arbeidsmarkt, niet moeilijk is om zorgpersoneel te vinden dat bereid is om deze verplaatste zorg uit te voeren.

Aanbeveling voor partijen die oncologische zorg willen verplaatsen:

benut en promoot de voordelen van verplaatste zorg voor zorgpersoneel. Speel in op de behoefte aan afwisseling, uitdaging en extra tijd voor aandacht voor de psychosociale aspecten van kanker. Het benadrukken en faciliteren van deze aspecten maakt het werk aantrekkelijk. Dit draagt bij aan het aantrekken en behouden van gemotiveerd zorgpersoneel, zelfs in tijden van personeelstekorten.

Tot slot

Uit de gevoerde gesprekken en geïnventariseerde voorbeelden blijkt duidelijk dat zowel zorgprofessionals als patiënten de (toekomstige) meerwaarde zien van het verplaatsen van oncologische zorg naar buiten de ziekenhuismuren. Met name het verplaatsen naar wijkcentra wordt door alle betrokkenen als veelbelovend ervaren. Het is en blijft daarom belangrijk om te blijven zoeken naar manieren waarop het verplaatsen van zorg structureel onderdeel wordt van oncologische zorg, daarbij gebruikmakend van de werkzame mechanismen die we in dit rapport beschrijven.

A. Onderzoeksvragen

In deze bijlage staan de onderzoeksvragen die we tijdens het onderzoek gehanteerd hebben en beantwoord.

1. Wat zijn succesvolle voorbeelden van oncologische zorg die in Nederland naar buiten de ziekenhuismuren is verplaatst?
 - a) Om welke type oncologische zorg gaat het?
 - b) Om welke interventies gaat het (bv. welke type consulten, behandelingen) en om welk moment in het behandelproces gaat het (bv. curatief of palliatief)?
 - c) Onder welke verantwoordelijkheid was deze zorg georganiseerd (bv. huisarts of medisch specialist)?
 - d) Om hoeveel patiënten gaat het?
 - e) Welke afspraken zijn er gemaakt (o.a. financiële en juridische afspraken)?
 - f) En op welke wijze zijn deze vastgelegd of geformaliseerd?
 - g) Hoe is deze keuze tot stand gekomen? Zijn er criteria gehanteerd? Is er wetenschappelijke onderbouwing voor deze keuze?
 - h) Hoe is de zorg in het voorbeeld georganiseerd om zorgpersoneel en middelen zo optimaal mogelijk te benutten?
 - i) Wat was de aanleiding?
 - j) Welke invloed heeft de verplaatsing op kosten, inzet personeel en daar waar bekend het behoud van personeel?
 - k) Hoe was de waardering van de patiënt (indien bekend)?
2. Welke partijen zijn betrokken geweest bij het voorbeeld?
 - a) Wie was initiatiefnemer?
 - b) Wie was de kartrekker?
 - c) Wie waren betrokken?
 - d) Tussen welke partijen zijn uiteindelijk de afspraken gemaakt?
3. Wat heeft de verplaatsing van de zorg buiten de ziekenhuismuren opgeleverd in het voorbeeld?
 - a) Wat zijn de effecten op kwaliteit, doelmatigheid, betaalbaarheid, opleiding, loopbaanmogelijkheden, toegankelijkheid en financiering?
 - b) Hoe is rekening gehouden met mogelijke cascade-effecten?
 - c) Zijn er vooraf concrete, meetbare doelstellingen opgesteld om de effecten van de afspraken te meten?
4. Welke factoren hebben invloed gehad op het proces om te komen tot het verplaatsen van de oncologische zorg naar buiten de ziekenhuismuren?
 - a) Wat zijn de bevorderende factoren/ succes factoren?
 - b) Wat zijn de belemmerende factoren? Waar richtte de discussie zich op?

B. Factsheets

Zie volgende pagina's.

Voorbeeld Amsterdam UMC - Patiënt leert zelf infusen af te koppelen

Apotheek Amsterdam UMC

Beschrijving voorbeeld

De thuiszorg leert patiënten zelf langdurige chemo-infusen af te koppelen.

| | |
|--|--|
| Aanleiding verplaatsing zorg | <ul style="list-style-type: none"> • Tekort aan personeel in het ziekenhuis: vooral oncologieverpleegkundigen en apothekersassistenten en de verwachting dat dit tekort zal toenemen. • Behoefte vanuit de ziekenhuisapothek om te kijken hoe ze het beschikbare personeel zo efficiënt mogelijk kunnen inzetten en minder patiënten op de dagbehandeling kunnen krijgen. |
| Gestelde voorwaarden | <ul style="list-style-type: none"> • Pilot moet niet ergens anders een personeelstekort creëren of verergeren (bijvoorbeeld bij de thuiszorg). |
| Afspraken | <ul style="list-style-type: none"> • Er is een aantal incheckmomenten gecreëerd om te controleren of de patiënt dit echt zelf kan. De arts, patiënt en thuiszorg moeten actief 'ja' zeggen. • De eerste twee keer is de thuiszorg aanwezig bij het afkoppelmoment bij de patiënt thuis om te laten zien hoe het moet en ervoor te zorgen dat het goed gaat. • Er zijn geen andere juridische of financiële afspraken nodig. |
| Middelen/ behandeling | Chemotherapie |
| Type zorg | Het afkoppelen van langdurige infusen (+/- 46 uur) |
| Medische eindverantwoordelijkheid | Medisch specialist |
| Financiering | DBC, opzetten pilot studie vanuit eigen middelen |
| Aantal patiënten | Pilotfase: streven naar 20 patiënten |



Effecten

Patiënten

- Patiënten die deelnemen aan de pilot zijn heel blij, zij ervaren meer regie op hun behandeling.
- Sommige patiënten vinden het te spannend, voor hen is de pilot niet passend.

Zorgpersoneel

- Verpleegkundigen in het ziekenhuis hebben minder werk op de dagbehandeling, wat zorgt voor meer ruimte.
- Het klaarmaken van de elastomeerpomp bespaart de apothekersassistenten tijd.

Organisatie

- Er is meer ruimte op de dagbehandeling.

Zorgkosten

- Als de tijdsbesparing die het oplevert voor ziekenhuispersoneel wordt meegerekend, is de verwachting dat de zorg goedkoper is.
- Doordat de thuiszorg na 2x niet meer hoeft langs te komen bij de patiënt, besparen zij kosten.

Knelpunten en randvoorwaarden

| | |
|---|---|
| Randvoorwaarden voor succes | <ul style="list-style-type: none"> • Bij de behandeling werd voorheen gebruikgemaakt van CADD-pompen met cassette, dit heeft een aantal nadelen: de aansluiting luistert heel nauw en moet gecontroleerd worden en de pomp gaat piepen als er iets niet goed gaat. Daarnaast kost het de apothekersassistente veel tijd om voor te bereiden. Om de zorg te kunnen verplaatsen, wordt gebruikgemaakt van een elastomeerpomp. • Er zijn eisen gesteld aan wanneer een patiënt dit kan leren, zo mag er geen taalbarrière zijn en moet de patiënt inzicht hebben in de ziekte en er moet een thuissituatie zijn waar steriel gewerkt kan worden. |
| Knelpunten | <ul style="list-style-type: none"> • De pilottrekkers zijn veel tijd kwijt aan het creëren van draagvlak bij de betrokken partijen. Vooral de verpleegkundigen van de thuiszorg waren in het begin bang dat het hen veel tijd zou kosten, dit blijkt mee te vallen. Goede communicatie is hierbij cruciaal. |
| Hoe worden patiënten aangehaakt? | <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten krijgen de keuze om deel te nemen. |
| Advies startende projecten | <ul style="list-style-type: none"> • Begin op de werkvloer, verpleegkundigen en apothekersassistenten staan het dichtst op de uitvoering en weten vaak heel goed hoe zorg verbeterd kan worden. Ook tijdens de uitvoering van een project moet je hen aangehaakt houden. |
| Neveneffecten | <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten krijgen meer regie op hun behandeling. • De patiënt wordt niet meer 100% ontlast. Voor patiënten die dit niet zien zitten, is de pilot niet passend. |
| Opvallendheden | - |

Voorbeeld Gezondheidscentrum Hoensbroek Noord en Zuyderland ziekenhuis - nazorg en nacontrole mammacarcinoom via de huisarts

Beschrijving voorbeeld

De huisarts verzorgt de nazorg en nacontrole na een curatief behandeltraject voor mammacarcinoom.

| | | |
|--|---|------------------------------------|
| Aanleiding verplaatsing zorg | <ul style="list-style-type: none"> In een eerdere pilot waarin psychosociale begeleiding verplaatst werd naar de thuissituatie gaven patiënten aan positief te zijn tegenover de nazorg via de huisarts. Een aantal huisartsen in de regio zag hiervoor mogelijkheden om dit verder uit te breiden. | |
| Gestelde voorwaarden | <ul style="list-style-type: none"> Doelgroep geeft zelf middels vragenlijst aan dat zij hier behoefte aan hebben [NB. Vraag om nacontrole te verplaatsen is bijvoorbeeld ook voorgelegd aan mannen met prostaatkanker, maar die hadden geen behoefte aan verplaatsing naar de huisarts, dus is hier geen pilot voor gestart] | |
| Afspraken | <ul style="list-style-type: none"> Huisarts neemt standaard de nazorg bij patiënten over vanaf één jaar na diagnose. | |
| Middelen/ behandeling | Psychosociale begeleiding | Terugkoppeling over de mammografie |
| Type zorg | Nazorg en nacontrole na curatief behandeltraject | |
| Medische eindverantwoordelijkheid | Huisarts | |
| Financiering | Vanuit innovatie subsidiegelden (GEZ-gelden) | |
| Aantal patiënten | 20-25 per jaar (4-5 patiënten per huisarts) | |

Gezondheidscentrum Hoensbroek Noord



Effecten

Patiënten

Patiënten vinden het prettig:

- Minder reistijd en dichtbij huis;
 - Toegang is laagdrempelig en vertrouwd;
 - Er is meer aandacht voor de psychosociale aspecten.
- Een klein aantal patiënten voelt zich veiliger bij de medisch specialist in het ziekenhuis.

Zorgpersoneel

- Assistentes en de POH vinden dit leuk werk omdat het een nieuwe uitdaging is.
- Door de hoge werkdruk onder huisartsen lukt het momenteel niet het project voort te zetten.

Organisatie

- Er is meer ruimte voor complexere zorg in het ziekenhuis.
- Het is een extra taak voor huisartsen, die bovenop de 'reguliere' taken komt.

Zorgkosten

- Naar verwachting is de zorg goedkoper bij de huisarts, ook wanneer daar een dubbel consult in rekening wordt gebracht.

Knelpunten en randvoorwaarden

Randvoorwaarden voor succes

- Samenwerking en structurele financiering.
- Afspraken tussen huisartsen, zorgverzekeraars, overheid en ziekenhuizen.

Knelpunten

- Het ziekenhuis heeft financiële belangen bij het houden van de nacontrole, het is voordelige zorg binnen de DBC.
- Er is geen structurele financiering als de subsidiegelden stoppen.
- De samenwerking heeft onvoldoende prioriteit in de regio en huisartsen hebben al een hoge werkdruk.

Hoe worden patiënten aangehaakt?

- Patiënten krijgen de keuze of ze de zorg via de huisarts willen krijgen, veel patiënten willen dit.

Advies startende projecten

- Overweeg de grootte van de doelgroep ten opzichte van de investering. Huisartsen kunnen niet alles overnemen en kleine aantallen zijn voor hen niet efficiënt, anderhalvelijnszorg (bijvoorbeeld in wijkcentra) zou een goede tussenweg kunnen vormen.

Neveneffecten

- Huisartsen hebben meer inzicht gekregen in de psychosociale aspecten na mammacarcinoom en kunnen gerichter doorverwijzen binnen de Sociale Kaart Oncologie (opgezet in dit project).

Opvallendheden

- De nacontrole mammacarcinoom bij de huisarts stopt vanwege het ontbreken van structurele financiering en afspraken, en onvoldoende prioriteit in de regio.

Voorbeeld ZONL - Oncologische zorg thuis

Zorggroep Oude en Nieuwe Land:

Minke van der Veen:

mi.vanderveen@zorggroep-onl.nl

Beschrijving voorbeeld

Patiënten vanuit verschillende ziekenhuizen in de regio krijgen chemo- en immunotherapie thuis toegediend door de thuiszorg.

| | | |
|--|---|----------------|
| Aanleiding verplaatsing zorg | <ul style="list-style-type: none"> Het Antonius ziekenhuis wilde zorg verplaatsen naar buiten de ziekenhuismuren en zocht daarom contact met ZONL. Bij ZONL waren al twee oncologieverpleegkundigen dus zij konden dit makkelijk oppakken. | |
| Gestelde voorwaarden | <ul style="list-style-type: none"> Afhankelijk per ziekenhuis | |
| Afspraken | <ul style="list-style-type: none"> Bij aanvang is er een werkgroep opgezet om alle processen in kaart te brengen en logistieke zaken strak te trekken. De wijkverpleging levert zorg op basis van de facultatieve prestatie oncologische zorg of vanuit het reguliere tarief wijkverpleging afhankelijk van de zorgverzekeraar. | |
| Middelen/ behandeling | Chemotherapie | Immunotherapie |
| Type zorg | Infusen (maximaal drie uur inclusief aan- en afkoppeltijd) | |
| Medische eindverantwoordelijkheid | Medisch specialist | |
| Financiering | DBC | |
| Aantal patiënten | [onbekend] | |



Effecten

Patiënten

Patiënten zijn erg tevreden met de thuisdiensten:

- Er is geen reistijd meer;
- Zij hoeven geen begeleider te regelen die mee kan;
- Ze bouwen een relatie op met de oncologieverpleegkundigen doordat ze vaker dezelfde verpleegkundige hebben.

Zorgpersoneel

- Verpleegkundigen in het ziekenhuis zijn bang minder werk te hebben door de verplaatsing naar thuis.
- De verpleegkundigen van de thuiszorg zijn erg tevreden omdat ze psychosociale begeleiding kunnen leveren.

Organisatie

- Doordat het volume aan patiënten niet hoog ligt en lastig aan de voorkant te bepalen, is het voor de thuiszorg lastig de gedane investering terug te verdienen.
- Door overname van de laag complexe zorg blijft alleen de hoog complexe zorg in het ziekenhuis.

Zorgkosten

- De zorg thuis kan enkel kostenefficiënt zijn als de toename in thuisdiensten gepaard gaat met het verkleinen van de dagbehandeling in het ziekenhuis.
- Als het ziekenhuis alleen de hoog complexe zorg nog levert, komen zij niet uit met de DBC.

Knelpunten en randvoorwaarden

| | |
|---|---|
| Randvoorwaarden voor succes | <ul style="list-style-type: none"> • Het is bij de opstartfase belangrijk om niet alleen afspraken te maken over de processen en logistieke zaken, maar ook te investeren in draagvlak. Niet alleen het bestuur van het ziekenhuis en de thuiszorg moeten worden betrokken, maar ook de medisch specialisten en verpleegkundigen. Door hun perspectief mee te nemen in de afspraken, wat het kan later makkelijker gestuurd worden op de afspraken. • Het personeel in het ziekenhuis moet de urgentie van de verplaatsing van de zorg zien, anders is het heel lastig hen mee te krijgen. |
| Knelpunten | <ul style="list-style-type: none"> • Het duurde lang voor de medisch specialisten vertrouwen hadden in de kwaliteit van de thuiszorg en oncologieverpleegkundigen daar. • Onder de medisch specialisten is weinig draagvlak waardoor zij weinig bereid zijn hun werkzaamheden aan te passen op de verplaatsing. • Het vervoer van de medicijnen en materialen vanuit de ziekenhuisapotheek naar de cliënt thuis is een vraagstuk. • Niet bij alle zorgverzekeraars kan een facultatieve prestatie worden gecontracteerd. • Het ziekenhuis geeft aan dat het financiële systeem van de DBC's ervoor zorgt dat het voor een ziekenhuis en de medisch specialisten financieel nadelig is om zorg te verplaatsen naar andere partijen. • CZO-accreditatie is heel lastig te krijgen voor de thuiszorgorganisatie. |
| Hoe worden patiënten aangehaakt? | <ul style="list-style-type: none"> • Afhankelijk per ziekenhuis; de medisch specialist beslist |
| Advies startende projecten | <ul style="list-style-type: none"> • In de opstartfase is het belangrijk ervoor te zorgen dat alle partijen betrokken bij de uitvoering aangehaakt zijn. Als het ziekenhuis kartrekker is en zorgpaden opstelt waarin zorg verplaatst wordt naar de thuiszorg moeten ook thuiszorgorganisaties betrokken worden. |
| Neveneffecten | <ul style="list-style-type: none"> • Doordat de thuiszorg meer oncologieverpleegkundigen in dienst heeft, kan ze patiënten die kanker hebben gehad beter helpen. |
| Opvallendheden | <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt in het ziekenhuis nog weinig acute urgentie ervaren om zorg te verplaatsen. |

Voorbeeld VieCuri - chemo- en immunotherapie aan huis

| Beschrijving voorbeeld | | | |
|--|--|---------------|----------------|
| Verpleegkundigen van het ziekenhuis dienen chemo- en immunotherapie thuis toe. | | | |
| Aanleiding verplaatsing zorg | <ul style="list-style-type: none"> • Transformatiegelden voor het organiseren van de 'juiste zorg op de juiste plek' zodat patiënten meer kwaliteit van zorg krijgen was de aanleiding voor de verplaatsing. | | |
| Gestelde voorwaarden | <ul style="list-style-type: none"> • Het ziekenhuis wilde dat de verplaatsing snel ingeregeld kon worden en de medisch specialisten makkelijk aangehaakt konden worden, daarom is gekozen voor verplaatsing met het eigen personeel. | | |
| Afspraken | <ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundigen rijden de routes niet in hun eigen auto. • De eerste twee behandelingen vinden plaats in het ziekenhuis, na goedkeuring van de verpleegkundige en medisch specialist, indien dit zonder complicaties verloopt, wordt de zorg naar huis verplaatst. • Checks blijven hetzelfde omdat de verpleegkundige de medicatie ophaalt in het ziekenhuis, alleen de patiëntidentificatie vindt thuis plaats met een verpleegkundige minder dan op de dagbehandeling. | | |
| Middelen/ behandeling | <table border="1"> <tr> <td>Chemotherapie</td> <td>Immunotherapie</td> </tr> </table> | Chemotherapie | Immunotherapie |
| Chemotherapie | Immunotherapie | | |
| Type zorg | Infusen van maximaal 2,5 uur (inclusief aan- en afkoppeltijd) | | |
| Medische eindverantwoordelijkheid | Medisch specialist | | |
| Financiering | Het ziekenhuis heeft met twee zorgverzekeraars afspraken over de bekostiging. Er lopen onderhandelingen om ook met de andere verzekeraars afspraken te maken. Voor nu dekt het ziekenhuis die kosten. | | |
| Aantal patiënten | 2023: 278 IV behandelingen, 90 subcutane behandelingen en 87 kleine handelingen. | | |

VieCuri

Betrokken partijen



Ziekenhuis

Effecten

Patiënten

Patiënten zijn erg blij met de zorg thuis:

- Ze hoeven geen vervoer te regelen en hebben geen reistijd;
- Ze zijn niet afhankelijk van een mantelzorger;
- Ze voelen zich op hun gemak omdat ze thuis zijn.

Zorgpersoneel

- Lang niet alle verpleegkundigen zijn enthousiast: zij werken graag in de ziekenhuissetting, vinden het spannend om alleen op pad te gaan of komen liever niet bij patiënten thuis.
- Om personeel te behouden is ervoor gekozen de thustoedieningen niet verplicht te maken voor het personeel.

Organisatie

- De afdeling moet de thuiszorgroutes inplannen en de auto's en materialen met koelvoorziening voorzien.

Zorgkosten

- De zorg is duurder, omdat de verpleegkundigen minder patiënten op één dag kunnen zien en geen ander werk kunnen doen tijdens de inlooptijd van het infuus.

Knelpunten en randvoorwaarden

| | |
|---|---|
| Randvoorwaarden voor succes | <ul style="list-style-type: none"> • Een efficiënte en volgeplande route is nodig om het kostenverlies te beperken. De praktijk laat zien dat het plannen lastig is door de verschillende cycli (van de medicatie) van patiënten. • De medicatie wordt met een speciaal koeltransport in de auto vervoerd waardoor de temperatuur gemonitord kan worden. • Door de medisch specialisten bij opstart van het project nauw te betrekken, zijn zij goed aangehaakt. |
| Knelpunten | <ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundigen kunnen tijdens de inlooptijd geen ander werk doen (dit is in het ziekenhuis wel mogelijk). • Vanuit het ziekenhuis willen ze de behandeling van alle patiënten die bepaalde middelen krijgen thuis laten plaatsvinden. Door de beperkte capaciteit (er zijn niet genoeg verpleegkundigen die dit willen om meer dan twee dagen thuisbehandelingen te doen) is dit nog niet mogelijk. • Door de financieringssysteem van de DBC's en SONCOS-normeringen is maar beperkt samenwerking met de thuiszorg mogelijk. Er wordt wel gewerkt aan meer samenwerking met thuiszorgorganisaties omdat het ziekenhuis verwacht dat dit meer toekomstbestendig is. |
| Hoe worden patiënten aangehaakt? | <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten krijgen de keuze of ze de behandeling thuis willen krijgen of op de dagbehandeling. Het ziekenhuis streeft ernaar alle patiënten thuis te behandelen, tenzij dit echt niet kan. |
| Advies startende projecten | <ul style="list-style-type: none"> • - |
| Neveneffecten | <ul style="list-style-type: none"> • Er is thuis meer ruimte voor psychosociale begeleiding van de patiënt, waardoor bijvoorbeeld bepaalde keuzes in het behandeltraject makkelijker besproken worden. |
| Opvallendheden | <ul style="list-style-type: none"> • Ondanks dat de zorg thuis duurder is dan op de dagbehandeling zet het ziekenhuis de zorg thuis door omdat het veel kwaliteit van zorg oplevert. |

Voorbeeld Gelre, Vérian en Sensire - Oncologische zorg en parenterale toedieningen in de wijk

| Beschrijving voorbeeld | | | | |
|--|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Patiënten krijgen oncologische injecties of infuustherapie, parenterale infuustherapie of behandelingen als aderlaten in de wijklocaties van de thuiszorgorganisaties. | | | | |
| Aanleiding verplaatsing zorg | <ul style="list-style-type: none"> Strategieplan van het Gelre ziekenhuis om zorg dichtbij huis of thuis te geven, zodat de zorg betaalbaar en toekomstbestendig blijft. Door zorg te verplaatsen naar buiten het ziekenhuis zijn er in het ziekenhuis bedden vrij voor hoog complexe zorg. | | | |
| Gestelde voorwaarden | <ul style="list-style-type: none"> Kwaliteit en veiligheid van zorg moeten gewaarborgd blijven. Waar kan, zorg op de wijklocaties zodat er efficiënte zorg geleverd kan worden (juiste inzet van personeel). Afname van de zorgkosten. Toename van zelfregie en kwaliteit van leven. Hogere patiënttevredenheid. Toename werkgelek van zorgprofessionals. | | | |
| Afspraken | <ul style="list-style-type: none"> Door werkgroepen zijn zorgpaden, protocollen en een communicatieschema opgesteld waarin afspraken terug te lezen zijn en met de juiste afdeling contact kan worden opgenomen bij vragen. In het systeem van het ziekenhuis zijn aparte werkomgevingen gebouwd waarin de gespecialiseerd thuiszorgverpleegkundigen werken. Afhankelijk van de medicatie wordt een bepaald aantal behandelingen eerst in het ziekenhuis toegediend. Wanneer er geen complicaties optreden, gaat de patiënt over naar de wijklocatie. | | | |
| Middelen/ behandeling | Immunotherapie | Ondersteunen de middelen | Aderlaten bij hemochromotose | Parenterale toedieningen |
| Type zorg | Injecties, infuusbehandelingen en aderlaten. Voornamelijk toedieningen die korter zijn dan twee uur (maximaal twee uur en een kwartier inclusief aan- en afkoppeltijd) | | | |
| Medische eindverantwoordelijkheid | Medisch specialist | | | |
| Financiering | DBC en transitiegelden voor opstart | | | |
| Aantal patiënten | 22,5% van de totale oncologische zorg is verplaatst | | | |

Gelre ziekenhuizen: projectbureau@gelre.nl
 Vérian: info@verianthuyskamer.nl
 Sensire: onzorghuis@sensire.nl



Effecten

Patiënten

- Patiënten waarderen het sociaal contact met andere patiënten.
- Huiselijke sfeer wordt als positief ervaren.
- Korte reistijd, geen parkeerkosten en voor de deur kunnen parkeren.
- Patiënten blijven tijdens ziekteproces in beweging.

Zorgpersoneel

- Voor verpleegkundigen in de eerste lijn biedt het werken op de wijklocatie uitdaging en een goede afwisseling naast de zorg thuis.

Organisatie

- 22% van alle oncologische zorg is verplaatst naar de wijklocaties. Het streven is om in 2025 25% bereikt te hebben.
- Op de dagbehandeling vindt behandeling van complexere zorg plaats.

Zorgkosten

- Thuiszorgorganisatie is onderaannemer van Gelre. Zij declareren de zorg naar Gelre, die dit vervolgens declareren bij de zorgverzekeraars.
- Bepaalde zorg wordt door de thuiszorg rechtstreeks bij de zorgverzekeraar gedeclareerd, bijvoorbeeld antibiotica.

Knelpunten en randvoorwaarden

| | |
|---|---|
| Randvoorwaarden voor succes | <ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundigen op de wijklocaties moeten meerdere patiënten tegelijk kunnen helpen om het efficiënt te maken. • Transport van de middelen moet veilig gebeuren zodat deze goed blijven. Dit voorbeeld werkt met een professioneel transportbedrijf dat de middelen van ziekenhuisapotheek naar wijklocatie brengt en waarbij temperatuurmonitoring van de middelen plaatsvindt. • Het project slaagt alleen als alle betrokken partijen zich verantwoordelijk voelen en ieders expertise ten volle wordt benut. |
| Knelpunten | <ul style="list-style-type: none"> • Cytostatica-infusen (waaronder chemotherapie) op de wijklocaties is op dit moment nog een brug te ver. Hier zitten andere randvoorwaarden aan, bijvoorbeeld veegproeven, en dit is voor nu nog niet mogelijk. • Medisch specialisten in het ziekenhuis moesten vertrouwen krijgen in de thuiszorgverpleegkundigen. Dit is gegroeid met de tijd. • Er zijn landelijk nog gesprekken met zorgverzekeraars over de financiering, voor nu blijft de DBC van het ziekenhuis open. |
| Hoe worden patiënten aangehaakt? | <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt per middel bepaald of toediening op de wijklocatie plaatsvindt of niet. Patiënten hebben hierbij geen keuze. Wel in- en exclusie criteria (bijv. uitsluiting op basis van medische gronden, eerste behandeling op de wijklocatie verliep niet goed, lastig te prikken). • Bij opstart van het project was toegezegd dat als het patiënten echt niet lukt naar de wijklocatie te komen, de behandeling ook thuis kon plaatsvinden. Dit is tot nu toe niet voorgekomen. |
| Advies startende projecten | <ul style="list-style-type: none"> • Het goed opzetten van een verplaatsing kost tijd. • Start met een kick-off waaraan iedereen deelneemt die betrokken is in het proces, zowel van het ziekenhuis als de thuiszorg. • Begin klein en met één middel dat bijvoorbeeld al door de eerste lijn wordt vergoed. Zet de juiste mensen aan tafel om dit te bewerkstelligen. |
| Neveneffecten | <ul style="list-style-type: none"> • Op de wijklocatie is vaak meer tijd voor de patiënt, hierdoor kan ook een stukje psychosociale begeleiding plaatsvinden. • Door deze samenwerking weten ziekenhuis en thuiszorgorganisaties elkaar goed te vinden, ook voor andere vraagstukken. |
| Opvallendheden | <ul style="list-style-type: none"> • Eén van de weinige voorbeelden waarbij vooraf een gekwantificeerd doel is gesteld |

Voorbeeld Savant Zorg - oncologische zorg aan huis

Beschrijving voorbeeld

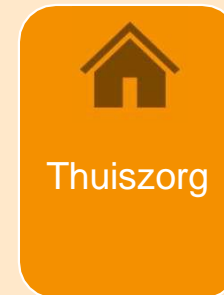
De thuiszorg dient oncologische behandelingen thuis toe.

| | | | |
|--|--|-----------------------|--|
| Aanleiding verplaatsing zorg | <ul style="list-style-type: none"> De thuiszorg vroeg zich af of bepaalde behandelingen (bijvoorbeeld antibiotica-infusen) niet thuis toegediend konden worden in plaats van in het ziekenhuis zodat de patiënt thuis kon blijven. Zij hebben toen contact gelegd met het ziekenhuis. Door COVID-19 werd de nood voor thuisbehandeling groter. | | |
| Gestelde voorwaarden | <ul style="list-style-type: none"> Afhankelijk van het zorgpad. | | |
| Afspraken | <ul style="list-style-type: none"> Er zijn zorgpaden ontwikkeld na gezamenlijke gesprekken over welke middelen verplaatst kunnen worden, waarin richtlijnen voor het proces worden beschreven. Thuiszorg heeft protocollen overgenomen van het ziekenhuis. Daarnaast is er een gezamenlijke web-share waar alle zorgpaden en documentatie in staan. Medicatiechecks worden gedaan via een app, door de thuiszorg. | | |
| Middelen/ behandeling | Ondersteunende middelen | Toediening oncolytica | Palliatief: ascitesdrainages, bloedtransfusie, infusen |
| Type zorg | Wondzorg, infusen, toediening medicatie | | |
| Medische eindverantwoordelijkheid | Medisch specialist | | |
| Financiering | Via integraal tarief thuiszorg, kosten infuuspomp via DBC | | |
| Aantal patiënten | [onbekend] | | |

Savant Zorg en Elkerliek ziekenhuis



Ziekenhuis:
oncologieverpleegkundigen,
manager dagbehandeling en
medisch specialisten



Effecten

Patiënten

Patiënten ervaren de thuiszorg positief:

- Reizen naar het ziekenhuis kost patiënten veel energie en tijd;
- Minder kans op infecties thuis;
- Meer regie in de ziekte: bijv. kinderen kunnen thuisblijven;
- Minder met de ziekte geconfronteerd worden.

Zorgpersoneel

- Verpleegkundigen van de thuiszorg zijn enthousiast om deze zorg uit te voeren omdat het een ander soort werk is met iets meer uitdaging.
- Verpleegkundigen in het ziekenhuis zijn bang minder werk te krijgen door de thuistoedieningen.

Organisatie

- Minder efficiënte routes voor de thuiszorg, door heen en weer rijden naar het ziekenhuis om medicatie op te halen.

Zorgkosten

- Bij de thuiszorgorganisatie heerst niet de indruk dat deze zorg duurder is voor hen dan andere handelingen.
- Medisch specialisten krijgen lagere beloning (zie knelpunt).

Knelpunten en randvoorwaarden

| | |
|---|--|
| Randvoorwaarden voor succes | <ul style="list-style-type: none"> • Korte lijnen tussen de thuiszorg en het ziekenhuis zijn nodig om de verplaatste zorg duurzaam in te richten. De thuiszorgorganisatie heeft een kantoor in het ziekenhuis wat hieraan bijdraagt. Daarnaast vindt er elke drie à vier maanden een transmuraal overleg plaats met alle betrokkenen bij de verplaatste oncologische zorg waarin knelpunten en mogelijke uitbreidingen worden besproken. • De thuiszorg maakte jaarlijks een rondje langs alle afdelingen in het ziekenhuis om te laten zien wat zij kunnen betekenen voor hen. Dit is een tijd niet gebeurd, maar willen ze in 2025 weer oppakken. |
| Knelpunten | <ul style="list-style-type: none"> • In het begin moest het ziekenhuis vertrouwen krijgen in de kunde van de thuiszorg, hierin waren ze eerst wat aarzelend. • Wanneer een deel van de behandeling naar de thuiszorg gaat zou de DBC lager uit kunnen komen, dit kan financieel nadelig zijn voor de medisch specialisten. Voor hen is het evenveel werk (recepten, overdracht), maar de beloning ligt lager bij de thuisbehandelingen. • Doordat de medicatie door de thuiszorg opgehaald moet worden bij het ziekenhuis is de route minder efficiënt. • SONCOS-normeringen zorgen ervoor dat bepaalde handelingen niet uitgevoerd kunnen worden door niet-oncologieverpleegkundigen. |
| Hoe worden patiënten aangehaakt? | <ul style="list-style-type: none"> • Vanuit de medisch specialist |
| Advies startende projecten | <ul style="list-style-type: none"> • Bij opstart van een project is een lange adem nodig. Het kost veel tijd om dit goed in te richten en alle partijen mee te krijgen. |
| Neveneffecten | <ul style="list-style-type: none"> • Er is meer tijd voor de patiënt waardoor psychosociale begeleiding geleverd kan worden en duidelijk wordt wat een patiënt nog meer nodig heeft. |
| Opvallendheden | <ul style="list-style-type: none"> • Initiatief ligt bij de thuiszorg, zij zijn actief op zoek gegaan naar patiënten in het ziekenhuis |

Voorbeeld Medway - oncologische zorg aan huis

| Beschrijving voorbeeld | | | |
|---|--|---------------|----------------|
| Medway levert voor verschillende ziekenhuizen in het hele land medisch-specialistische (oncologische) zorg bij patiënten thuis. | | | |
| Aanleiding verplaatsing zorg | <ul style="list-style-type: none"> • Medway is gestart vanuit een gesignaleerde behoefte aan een landelijk dekkend netwerk van specialistische verpleegkundigen die thuiszorg kunnen leveren. • Het ziekenhuis komt bij Medway terecht als ze thuistoedieningen willen regelen voor patiënten, en hiervoor niet bij een standaard thuiszorgorganisatie terecht kunnen of willen. | | |
| Gestelde voorwaarden | <ul style="list-style-type: none"> • Medway blijft in een eigen zorgdossier werken. • Medway factureert de ziekenhuizen en declareert zelf niet. | | |
| Afspraken | <ul style="list-style-type: none"> • Medway volgt de protocollen van de ziekenhuizen voor toediening. • Het ziekenhuis betaalt Medway per handeling. • Als er iets niet goed gaat of er twijfel is, neemt de verpleegkundige contact op met het ziekenhuis. Daar wordt bepaald of de behandeling door kan gaan of niet. | | |
| Middelen/ behandeling | Ondersteunende middelen | Chemotherapie | Immunotherapie |
| Type zorg | Infusen, injecties en de patiënt zelf handelingen aanleren | | |
| Medische eindverantwoordelijkheid | Medisch specialist | | |
| Financiering | Medway is onderaannemer van de ziekenhuizen | | |
| Aantal patiënten | Per week leggen de verpleegkundigen van Medway 400-600 bezoeken af; het percentages oncologisch verplaatste zorg hiervan is onbekend | | |



Effecten

Patiënten

- Patiënten vinden de eerste keer vaak spannend omdat ze denken dat de kwaliteit lager is.
- De meeste patiënten vinden de thuistoediening fijn omdat ze in hun eigen omgeving zijn, omdat het flexibeler is en omdat er meer tijd voor hen is.
- Sommige patiënten willen de behandeling liever niet thuis.

Zorgpersoneel

- Het werk bij Medway is flexibel, verpleegkundigen kunnen zelf bepalen wanneer ze werken. Dat is voor bepaalde groepen erg fijn.
- Het aanbieden van opleidingen aan de verpleegkundigen zorgt voor behoud van personeel.

Organisatie

- Het ziekenhuis houdt volledige regie op de behandeling; verpleegkundigen van Medway doen enkel de toediening.

Zorgkosten

- Omdat er per handeling wordt betaald is de zorg voor het ziekenhuis goedkoper dan wanneer het op de dagbehandeling in het ziekenhuis zou plaatsvinden.

Knelpunten en randvoorwaarden

| | |
|---|--|
| Randvoorwaarden voor succes | <ul style="list-style-type: none"> • Door de verpleegkundigen zelf op te leiden, houdt Medway zicht op de kwaliteit en bekwaamheid van de verpleegkundigen. Hierdoor verzekert Medway dat de kwaliteit van zorg goed is. • Om de zorg (kosten)efficiënt te krijgen is het belangrijk dat er voldoende volume aan patiënten is zodat er volle en efficiënte routes gereden kunnen worden. Het helpt hierbij als de patiëntengroep ruimer is dan enkel patiënten die oncologische zorg nodig hebben. |
| Knelpunten | <ul style="list-style-type: none"> • De financiering is een knelpunt. Het integrale tarief voor de thuiszorg is te laag om enkel hoog complexe zorg te bieden. Zorgverzekeraars willen geen hoger tarief uitbetalen. Ook in het DBC-systeem is het lastig thuistoedieningen door Medway te laten vergoeden. • Het systeem van Medway kan vaak niet gekoppeld worden aan systemen van het ziekenhuis of de thuiszorg. Dit bemoeilijkt informatie-uitwisseling. |
| Hoe worden patiënten aangehaakt? | <ul style="list-style-type: none"> • In sommige ziekenhuizen is de thuistoediening standaardzorg, in andere ziekenhuizen krijgt de patiënt de keuze. • Door patiënten duidelijk uit te leggen wat de thuistoediening betekent, krijg je ze aan boord. |
| Advies startende projecten | <ul style="list-style-type: none"> • Bij het opstarten van een project is het belangrijk naar de behoefte van de patiënt te kijken en te bepalen of zorg thuis het beste is. • Als organisatie is het belangrijk om te investeren in de verpleegkundigen en het vak voor hen aantrekkelijk te houden. • Het is belangrijk om vooraf te kijken naar de effectiviteit en de kosten van een verplaatsing naar de thuissituatie. |
| Neveneffecten | <ul style="list-style-type: none"> • Thuis is ruimte voor psychosociale begeleiding van patiënten. |
| Opvallendheden | <ul style="list-style-type: none"> • Medway is overgenomen door Guidion, een landelijk dekkend netwerk van servicemonteurs. Hierdoor is voor Medway nog meer expertise beschikbaar gekomen wat betreft logistieke planning. |

Voorbeeld Allertzorg en Bravis: chemo- en immunotherapie aan huis

Beschrijving voorbeeld

Chemo- en immunotherapie en ondersteunende middelen worden thuis toegediend door de thuiszorg.

| | | | |
|--|--|----------------|-------------------------|
| Aanleiding verplaatsing zorg | <ul style="list-style-type: none"> Nieuw speerpunt van het ziekenhuis om meer zorg te verplaatsen naar buiten het ziekenhuis. | | |
| Gestelde voorwaarden | <ul style="list-style-type: none"> Moet opschaalbaar zijn. Moet toekomstbestendig zijn. | | |
| Afspraken | <ul style="list-style-type: none"> Voor chemo- en immunotherapie kunnen de oncologieverpleegkundigen van de thuiszorg in het medisch dossier van het ziekenhuis. Voor ondersteunende middelen krijgt de thuiszorg een recept en is er geen toegang tot het medisch dossier van het ziekenhuis. Samenwerkingsovereenkomst met juridische en financiële afspraken. Eens in de zoveel tijd overleg om dit bij te schaven waar nodig. Thuiszorg in onderaannemer van het ziekenhuis. | | |
| Middelen/ behandeling | Chemotherapie | Immunotherapie | Ondersteunende middelen |
| Type zorg | Infusen van maximaal 60 minuten (inclusief aan- en afkoppeltijd) | | |
| Medische eindverantwoordelijkheid | Medisch specialist | | |
| Financiering | DBC | | |
| Aantal patiënten | Meer dan 785 patiënten | | |

Allertzorg

Saskia Claassen:

saskia.claassen@allertzorg.nl



Effecten

Patiënten

- Patiënten zijn erg tevreden want thuiszorg geeft hen meer vrijheid t.o.v. het ziekenhuis.
- Patiënten die geen behandelingen in het ziekenhuis hebben gehad en geen ervaring hebben met het wachten daar, klagen wel eens over het wachten op de thuiszorg.

Zorgpersoneel

- Oncologieverpleegkundigen blijven tevreden als ze volle routes met oncologische zorg kunnen rijden, zonder gaten in de planning of 'gewone' thuiszorg moeten uitvoeren.
- In de thuiszorg is er meer tijd voor de patiënt, dat is een fijne afwisseling met het ziekenhuis.

Organisatie

- Dagbehandeling van ziekenhuis verkleind doordat 20% van alle oncologische zorg nu thuis plaatsvindt.

Zorgkosten

- Goedkoper als de reiskosten van de patiënt naar het ziekenhuis worden meegerekend.

Knelpunten en randvoorwaarden

| | |
|---|--|
| Randvoorwaarden voor succes | <ul style="list-style-type: none"> • Voldoende volume om volle routes te rijden. • Relatief korte infuusduur (max. 60 minuten). • Bekwame planner bij de thuiszorg die efficiënte routes kan uitzetten. • Korte lijnen tussen ziekenhuis en thuiszorg waardoor overleg makkelijk plaatsvindt. Teamcoördinator vanuit de thuiszorg die meewerkt en/of eindverantwoordelijk is voor de thuistoedieningen en waar nodig overlegt kan hierbij helpen. • Klein team bij thuiszorg zorgt ervoor dat iedereen aangehaakt blijft. |
| Knelpunten | <ul style="list-style-type: none"> • Integrale tarieven voor thuiszorg kunnen oncologisch verpleegkundigen niet volledig bekostigen. Nu wordt de zorg daarom nog betaald vanuit de DBC's van het ziekenhuis. • Er is veel verschil tussen zorgverzekeraars en de afspraken die zij willen maken. |
| Hoe worden patiënten aangehaakt? | <ul style="list-style-type: none"> • Met de COVID-19-pandemie werd de behandeling voor alle patiënten binnen de doelgroep naar huis verplaatst. • Door patiënten geen mogelijkheid te geven; bepaalde medicatie vindt altijd thuis plaats. |
| Advies voor startende projecten | - |
| Neveneffecten | <ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundigen die naast de thuiszorg ook in het ziekenhuis werken, geven aan dat de verplaatsing bijdraagt aan betere psychosociale zorg. Door patiënten in hun thuissituatie te zien, is betere afstemming over het behandeling(straject) mogelijk. |
| Opvallendheden | <ul style="list-style-type: none"> • In het ziekenhuis zijn patiënten te gast en bewegen ze mee met de agenda van het ziekenhuis. Thuis is de verpleegkundige te gast, waardoor ze meer eisen stellen aan wanneer de thuiszorg mag langskomen (rekening houden met hobby's, etenstijd, etc.). |

Voorbeeld UMCU - vervroegd ontslag naar revalidatiecentrum

Beschrijving voorbeeld

Patiënten gaan met vervroegd ontslag (4-5 dagen i.p.v. 9) na een blaasverwijderingsoperatie naar het revalidatiecentrum om daar verder te herstellen.

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| Aanleiding verplaatsing zorg | <ul style="list-style-type: none"> In het ziekenhuis is dit gestart vanuit het idee van 'juiste zorg op de juiste plek'. Ze wilden de ligduur van patiënten na de operatie verkorten zodat er meer plek is voor nieuwe patiënten. Het project is gestart met patiënten met een steunhart en later uitgebreid naar patiënten na een cystectomie. Daarnaast zagen ze dit als kans om de urinestoma- of neoblaas-zelfzorg en het herstel te verbeteren. | |
| Gestelde voorwaarden | Patiënten kunnen enkel met vervroegd ontslag als er geen infecties zijn, de darmen op gang zijn en de pijn onder controle is. | |
| Afspraken | <ul style="list-style-type: none"> De communicatiestromen zijn vastgelegd: wie belt wie. 1x in de 2-3 maanden overleg tussen ziekenhuis en revalidatiecentrum. | |
| Middelen/ behandeling | Revalidatie en herstel na een cystectomie | Zelfzorg voor blaasstoma aanleren |
| Type zorg | 1-2 weken herstellen en revalideren na de operatie | |
| Medische eindverantwoordelijkheid | Specialist ouderengeneeskunde | |
| Financiering | GRZ | |
| Aantal patiënten | 25% van de patiënten met cystectomie kunnen vervroegd naar het revalidatiecentrum (dit zijn vijftien patiënten per jaar) | |

UMCU



Ziekenhuis

Betrokken partijen



Revalidatiecentrum

Effecten

Patiënten

- De meeste patiënten zijn blij met het vervroegd ontslag, omdat het in het revalidatiecentrum rustiger is en ze meer vaste gezichten zien.
- Patiënten met een groot netwerk willen liever thuiszorg dan opname in een revalidatiecentrum, omdat dit reistijd scheelt voor het netwerk.

Zorgpersoneel

- Verpleegkundigen in het revalidatiecentrum zijn enthousiast omdat de zorg een leuke uitdaging en afwisseling is met hun dagelijkse werkzaamheden.

Organisatie

- Patiënten blijven minder lang in het ziekenhuis waardoor bedden vrijkomen.

Zorgkosten

- Er is nog geen evaluatie uitgevoerd van het project en wat het oplevert.

Knelpunten en randvoorwaarden

| | |
|---|--|
| Randvoorwaarden voor succes | <ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundigen in het revalidatiecentrum moeten goed opgeleid zijn om stomazorg te kunnen bieden. De verpleegkundige van het ziekenhuis is naar het revalidatiecentrum gegaan om dit uit te leggen. • Het is belangrijk dat de verschillende partijen elkaar in de opstartfase regelmatig zien en elkaar ook in de uitvoeringsfase kunnen bereiken. Er is daarom afgesproken dat er altijd laagdrempelig gebeld mag worden. |
| Knelpunten | <ul style="list-style-type: none"> • Het ziekenhuis kan geen bedden reserveren in het revalidatiecentrum. • Voorafgaand is het niet duidelijk of vervroegd ontslag mogelijk is voor een patiënt, dit wordt pas duidelijk na de operatie en eventuele complicaties als gevolg daarvan. |
| Hoe worden patiënten aangehaakt? | <ul style="list-style-type: none"> • Met patiënten wordt voorafgaand aan de operatie besproken dat dit een standaard onderdeel is van de zorg. Tijdens de opname wordt door het ziekenhuis beoordeeld of het een toevoeging is voor deze patiënt. Patiënten kunnen ervoor kiezen om deze stap over te slaan en naar huis te gaan met of zonder thuiszorg. |
| Advies startende projecten | <ul style="list-style-type: none"> • - |
| Neveneffecten | <ul style="list-style-type: none"> • De verwachting is dat patiënten die hebben kunnen revalideren minder snel heropgenomen moeten worden en minder vaak bellen naar het ziekenhuis met vragen. • Het ziekenhuis heeft het idee dat de blaasstomazorg ook beter is in het revalidatiecentrum dan bij de thuiszorg omdat de thuiszorg dit niet vaak doet en er niet voor opgeleid is. |
| Opvallendheden | <ul style="list-style-type: none"> • De verplaatsing naar het revalidatiecentrum heeft nog niet geleid tot meer opnames in het ziekenhuis. Er wordt nog steeds jaarlijks dezelfde hoeveelheid patiënten behandeld; er is op dit moment geen wachtlijst. |

Voorbeeld Isala - Oncologische zorg op de buitenpoli's van het ziekenhuis

Isala ziekenhuis:
Elina Snoek-Versluis: e.j.versluis@isala.nl

Beschrijving voorbeeld

Isala verplaatst met eigen personeel chemotherapie en ondersteunende middelen naar de buitenpoli's van het ziekenhuis.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Aanleiding verplaatsing zorg | <ul style="list-style-type: none"> • Programma binnen het ziekenhuis om capaciteit in kliniek en polikliniek te creëren om capaciteitsproblemen in de toekomst te voorkomen. • Behandelingen thuis bleken inefficiënt doordat verpleegkundigen maar een patiënt tegelijk kunnen zien en veel reistijd hebben. | |
| Gestelde voorwaarden | <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt per middel gekeken hoeveel mensen er in het postcodegebied rond de buitenpoli wonen die dit middel toegediend krijgen. Is dit voldoende hoog, wordt het middel daar toegediend. | |
| Afspraken | <ul style="list-style-type: none"> • De buitenpoli's en verpleegkundigen die daar werken vallen onder het ziekenhuis, en dus onder de daar geldende afspraken. Eerste vier keer vindt de behandeling plaats in het ziekenhuis zodat zeker is dat de patiënt geen bijwerkingen heeft. De medisch specialist geeft vervolgens toestemming om de zorg te verplaatsen. | |
| Middelen/ behandeling | Chemotherapie | Ondersteunende middelen |
| Type zorg | Infusen van maximaal 120 minuten (inclusief aan- en afkoppeltijd) | |
| Medische eindverantwoordelijkheid | Medisch specialist | |
| Financiering | DBC | |
| Aantal patiënten | Twee buitenpoli's, waar maximaal twee patiënten tegelijk kunnen worden geholpen. | |



Ziekenhuis:
oncologieverpleegkundigen,
projectleider programma,
dagbehandeling

Betrokken
partijen



Ziekenhuisapotheek

Effecten

Patiënten

Patiënten vinden de buitenpoli prettig vanwege:

- Gratis parkeren voor de deur;
- Contact met andere patiënten die een behandeling ondergaan;
- Minder reistijd en -afstand.

Zorgpersoneel

- Verpleegkundigen zijn erg positief omdat ze een relaxtere dag hebben dan in het ziekenhuis.
- Thuistoediening vinden ze nog fijner omdat er door de reistijd nog minder werkdruk wordt ervaren.

Organisatie

- Meer ruimte voor complexere zorg in het ziekenhuis.

Zorgkosten

- Behandeling is even duur.
- Verpleegkundigen kunnen door het moeten ophalen van de medicatie bij de ziekenhuisapotheek en de extra checks minder patiënten op een dag zien, de zorg is daardoor minder efficiënt ingericht op de buitenpoli's.

Knelpunten en randvoorwaarden

| | |
|---|---|
| Randvoorwaarden voor succes | <ul style="list-style-type: none"> • Voldoende patiënten uit een bepaald postcodegebied rondom de buitenpoli die het middel toegediend krijgen zodat verpleegkundigen op de buitenpoli's efficiënt ingezet worden. • Goede planning op de buitenpoli zodat verpleegkundigen meerdere patiënten tegelijkertijd kunnen behandelen. |
| Knelpunten | <ul style="list-style-type: none"> • Extra checks die nodig zijn bij de verplaatste zorg (bij ophalen medicatie en voor toediening) kosten meer tijd dan wanneer de behandeling in het ziekenhuis plaatsvindt. Hierdoor kunnen verpleegkundigen minder effectief ingezet worden. Ziekenhuis is nu financiële impact aan het berekenen per middel, type behandeling en locatie van verplaatsing. Van daaruit willen ze kijken wat het meest efficiënt is. |
| Hoe worden patiënten aangehaakt? | <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten mogen kiezen of ze de behandeling in het ziekenhuis of op de buitenpoli willen. Sommige patiënten kiezen voor het ziekenhuis omdat dit veiliger en vertrouwd aanvoelt. Binnenkort wil het ziekenhuis deze optie niet meer geven en krijgt iedereen de behandeling voor bepaalde middelen op de buitenpoli. |
| Advies startende projecten | <ul style="list-style-type: none"> • Maak aan de voorkant een berekening wat kostenefficiënt is. |
| Neveneffecten | <ul style="list-style-type: none"> • Minder efficiënte inzet van het zorgpersoneel. |
| Opvallendheden | <ul style="list-style-type: none"> • Er is een studie uitgevoerd naar de effecten van het verkorten van de inlooptijd. Hieruit bleek dat de meeste winst ligt bij de middelen met een inlooptijd van meer dan 30 minuten, omdat de aan- en afkoppeltijd ongewijzigd blijft. |

Voorbeeld Erasmus MC - Oncologische zorg aan huis

Beschrijving voorbeeld

Verpleegkundigen van de thuiszorg dienen oncologische behandelingen toe bij patiënten thuis.

| | | | |
|--|---|-------------------------|-------------------------|
| Aanleiding verplaatsing zorg | <ul style="list-style-type: none"> • Verbetering van de kwaliteit van leven voor de patiënten. • Meer capaciteit creëren voor complexere zorg op de dagbehandeling in het ziekenhuis. | | |
| Gestelde voorwaarden | <ul style="list-style-type: none"> • Patiënt moet het Nederlands of Engels goed machtig zijn, en in staat zijn de eigen gezondheid te monitoren. • Eerste toediening of cyclus vindt plaats op de dagbehandeling, om bijwerkingen en allergische reacties te kunnen monitoren. • Geen nieuwe intraveneuze toedieningen meer (omdat dit te duur is en te tijdsintensief is voor verpleegkundige). | | |
| Afspraken | <ul style="list-style-type: none"> • Thuiszorg declareert hun kosten bij het ziekenhuis. • Thuiszorg gebruikt in principe de eigen protocollen, waar nodig worden die van het ziekenhuis overgenomen. • Er zijn afspraken gemaakt over dagen en tijden waarop de thuiszorg de toedieningen uitvoert. Zo kan ervoor gezorgd worden dat er altijd iemand bereikbaar is in het ziekenhuis. • Voor het toedienen van nieuwe middelen organiseert het ziekenhuis een scholing voor de thuiszorgverpleegkundigen. | | |
| Middelen/ behandeling | Immunotherapie | Ondersteunende middelen | Chemotherapie (beperkt) |
| Type zorg | Voornamelijk subcutane injecties. Recent ook begonnen met zelftoedieningen. | | |
| Medische eindverantwoordelijkheid | Medisch specialist | | |
| Financiering | DBC | | |
| Aantal patiënten | Ongeveer 900 toedieningen per jaar | | |



Effecten

Patiënten

- Patiënten zijn tevreden. Het scheelt hen veel reistijd en zij zijn minder afhankelijk van mantelzorgers.
- Zeker voor behandelingen die meerdere keren per week plaatsvinden scheelt dit veel.

Zorgpersoneel

- Het ziekenhuispersoneel is gewend geraakt aan het feit dat bepaalde middelen thuis toegediend worden. De meeste zijn blij hiermee omdat dit meer tijd en ruimte geeft voor de behandelingen die in het ziekenhuis plaatsvinden.

Organisatie

- In het ziekenhuis is meer ruimte voor complexere behandelingen, hier wordt ook de bezetting op aangepast.

Zorgkosten

- Het gebruiken van ziekenhuisverpleegkundigen voor thuisdiensten is duur en weinig efficiënt. Door samen te werken met de thuiszorg is het niet nodig hen in te zetten.
- Zelftoediening lijkt een veelbelovende kostenbesparende optie

Knelpunten en randvoorwaarden

| | |
|---|---|
| Randvoorwaarden voor succes | <ul style="list-style-type: none"> • Een stevige coördinator vanuit het ziekenhuis. Bij opstart kan deze ambassadeur zijn van het project en de nodige partijen aanhaken. Bij uitvoering is de schakel tussen ziekenhuis en thuiszorg. Het is belangrijk dat mensen daar tijd voor hebben en bereikbaar zijn. Medisch specialisten worden aangehaakt door strakke eisen te stellen aan welke patiënten in aanmerking komen voor een thuisdienst. Ook bepalen zij uiteindelijk of een patiënt thuisdiensten kan krijgen of niet. • Een goede samenwerking met de apotheek en met de thuiszorg is nodig om het project te laten slagen. |
| Knelpunten | <ul style="list-style-type: none"> • Verdere opschaling is lastig omdat vanuit het ziekenhuis maar één coördinator is en dat te veel werk zou opleveren. Daarnaast is niet bij alle afdelingen evenveel draagvlak voor de thuisdiensten. • Er zijn knelpunten in de bekostiging. Er wordt verkend op welke wijze een facultatieve prestatie hierin de oplossing kan bieden. • Het is lastig om te voldoen aan de SONCOS-normering. |
| Hoe worden patiënten aangehaakt? | <ul style="list-style-type: none"> • Voor bepaalde middelen is de thuisdienst standaardzorg. De patiënt krijgt in principe geen keuze. De medisch specialist beslist. Tenzij de patiënt de thuisdienst echt niet wil, wordt de zorg vervolgens verplaatst. |
| Advies startende projecten | <ul style="list-style-type: none"> • Start met een gezamenlijke ambitie en visie van alle betrokken partijen. • Het is belangrijk goed te monitoren hoe het project loopt en hier afspraken op aan te passen. |
| Neveneffecten | <ul style="list-style-type: none"> • - |
| Opvallendheden | <ul style="list-style-type: none"> • Het Erasmus MC heeft geëxperimenteerd met diensten op een wijklocatie door de eigen verpleegkundigen. Doordat daar minder patiënten tegelijk behandeld konden worden en er een tekort aan verpleegkundigen was, is dit stopgezet. |

Voorbeeld Reinier de Graaf en Careyn – Immunotherapie aan huis

Beschrijving voorbeeld

| | |
|--|---|
| Patiënten van het RdGG krijgen immunotherapie thuis toegediend door de thuiszorg van Careyn. | |
| Aanleiding verplaatsing zorg | <ul style="list-style-type: none"> De capaciteit op de dagbehandeling was te krap. Het aantal patiënten groeit, maar de dagbehandeling kon maar beperkt uitbreiden. Door de thuistoedieningen is capaciteit vrijgespeeld voor de verwachte toename in het aantal patiënten in de toekomst. |
| Gestelde voorwaarden | <ul style="list-style-type: none"> Kwaliteit van zorg en veiligheid moet gelijk zijn als in het ziekenhuis. Careyn werkt in het ECD van RdGG. |
| Afspraken | <ul style="list-style-type: none"> Alle afspraken over de middelen en de communicatiestromen zijn vastgelegd in protocollen. Voor verpleegtechnische handelingen gebruikt de thuiszorg de Vilans protocollen. Er is een samenwerkingsovereenkomst opgesteld waar alle middelen onder gehangen worden. Er is een afgeschermd werkomgeving in de ECD van het ziekenhuis ingebouwd waar de thuiszorgmedewerkers in kunnen werken, zodat zij geen toegang hebben tot andere patiëntgegevens. De eerste drie behandelingen vinden plaats in het ziekenhuis. Er zijn in- en exclusiecriteria opgesteld voor welke patiënten in aanmerking komen voor de thuistoedieningen. |
| Middelen/behandeling | Immunotherapie |
| Type zorg | Infusen van maximaal twee uur (inclusief aan- en afkoppeltijd) |
| Medische eind-verantwoordelijkheid | Medisch specialist |
| Financiering | DBC |
| Aantal patiënten | +/- 25 patiënten per maand |

Reinier de Graaf Gasthuis en
Careyn:
thuiszorgtechnologie@careyn.nl



Effecten

Patiënten

- Patiënten zijn over het algemeen positief, vooral oudere en kwetsbare patiënten. Er is minder reistijd en afhankelijkheid van mantelzorgers.
- (Vooral jongere) patiënten vinden het soms lastig dat de thuistoediening meer tijd kost doordat ze moeten wachten op de middelen en de thuiszorg.

Zorgpersoneel

- Thuiszorgverpleegkundigen vinden het een leuke, uitdagende afwisseling met de andere zorg die ze leveren.
- Ziekenhuisverpleegkundigen wilden de thuistoedieningen zelf doen, maar hier waren de processen niet op toegerust. Zij missen nu de overgeplaatste zorg niet.

Organisatie

- Voor de thuiszorg zijn de thuistoedieningen een stabiele factor in het roosten en in inkomsten. Dit is een fijne afwisseling met de andere (meer ad hoc) zorg die zij leveren.
- Er is meer ruimte op de dagbehandeling in het ziekenhuis.

Zorgkosten

- De zorg is duurder dan op de dagbehandeling omdat een verpleegkundige thuis maar een patiënt tegelijkertijd kan zien.
- De thuiszorg heeft iets meer tijd nodig doordat zij bij de patiënt thuis niet gelijk aan de toediening beginnen, maar ook een praatje maken etc.

Knelpunten en randvoorwaarden

| | |
|---|--|
| Randvoorwaarden voor succes | <ul style="list-style-type: none"> • Goede afspraken aan de voorkant over proces en financiering. Bij opstart moeten alle partijen die een rol spelen in de uitvoering betrokken worden. Korte lijnen tussen de thuiszorg en het ziekenhuis, zowel bij de opstart als in de uitvoering zijn nodig. • Bij opstart is het belangrijk alle risico's van de thuisbehandeling in kaart te brengen en te kijken hoe deze vermeden kunnen worden. |
| Knelpunten | <ul style="list-style-type: none"> • SONCOS-normering beperkt de planning. Careyn heeft maar 4 gecertificeerde verpleegkundigen. Hen goed inzetten is een puzzel. • De planning kan voor de thuiszorg een uitdaging zijn. De patiënten hebben allemaal een ander schema, waardoor de ene week meer patiënten een thuistoediening moeten krijgen, dan in de andere week. • Cytostatica (o.a. chemotherapieën) zijn lastiger te verplaatsen naar de thuissituatie omdat afvoer van de middelen daarbij lastig is. • Het regelen van de financiering was ingewikkeld doordat de thuiszorg anders declareert (per handeling) dan het ziekenhuis (DBC). |
| Hoe worden patiënten aangehaakt? | <ul style="list-style-type: none"> • De patiënten krijgen geen keuze. Voor bepaalde middelen zijn thuistoedieningen de standaard. |
| Advies startende projecten | <ul style="list-style-type: none"> • - |
| Neveneffecten | <ul style="list-style-type: none"> • Door de samenwerking zijn de lijntjes tussen thuiszorg en ziekenhuis korter geworden. Zo heeft een verpleegkundige van de thuiszorg de oncologieopleiding gevolgd bij het ziekenhuis. • In het ziekenhuis willen patiënten soms de indruk geven dat het goed met ze gaat, zodat de behandeling mag worden voortgezet. De thuiszorgverpleegkundige ziet in de thuissituatie hoe het 'echt' gaat met de patiënt, en dat is belangrijk voor de behandeling en begeleiding. |
| Opvallendheden | De verplaatste zorg is in dit voorbeeld structureel onderdeel van de standaardzorg |