

# Haalbaarheidsstudie thuishospitalisatie



[komoptegenkanker.be](http://komoptegenkanker.be)

Kom op   
tegen Kanker

Auteurs: Annendijck Kurt, Neefs Hans, Pelemans Inge, Weemaes Isabel (allen Kom op tegen Kanker); Mispion Sarah (Möbius)

Projectmanager: Weemaes Isabel (Kom op tegen Kanker)

Geconsulteerde experts: Archie Petra, Defreyne Melissa, Huys Virginie, Missiaen Jana, Van Eygen Koen (az groeninge); Debaere An, Raedt Maureen, Vandendriessche Katrien, Voet Leen (i-mens); Monserez Geert, Vermeire Ann (Wit-Gele Kruis West-Vlaanderen); Alloo Inge (ZorgConnect); Decock Inge, Myny Dries (OLV van Lourdes Ziekenhuis Waregem); Lervant Steve, Sioen Kaat (Sint-Jozefskliniek Izegem); Dierick Mathieu (Möbius)

De respondenten aan de haalbaarheidsstudie werd anonimiteit beloofd en namen worden dus niet vrijgegeven.

Hartelijk dank aan alle mensen die aan deze studie meewerkten alsook aan alle zorgverleners die zich dagelijks inzetten om thuishospitalisatie mogelijk te maken.

V.u.: Marc Michils, Koningsstraat 217, 1210 Brussel

10 juni 2021 © Kom op tegen Kanker vzw – KBO: 0442 528 054 – RPR: Nederlandstalige OR Brussel

## Inhoudsopgave

Inleiding .....	5
Doelstellingen van dit rapport .....	5
Management summary.....	6
Deel 1: een kwalitatieve studie van de haalbaarheid van thuishospitalisatie .....	6
Definitie thuishospitalisatie .....	6
Doelstellingen van thuishospitalisatie .....	8
Randvoorwaarden voor een succesvolle thuishospitalisatiepraktijk .....	11
Deel 2: Business case Onco@home – lessen uit een specifieke context .....	19
Achtergrond .....	19
Patiëntenervaring en -voorkeur .....	20
Business case: kosten en opbrengsten .....	20
Besluit (deel 1 en deel 2).....	21
Beleidsaanbevelingen .....	23
Algemeen: .....	23
m.b.t. toegang tot thuishospitalisatie:.....	23
m.b.t. zorg en begeleiding van patiënten en naasten.....	23
m.b.t. de rol en expertise van betrokken zorgverleners .....	23
m.b.t. de organisatie van de zorg.....	24
m.b.t. communicatie en gegevensdeling: .....	24
m.b.t. de standaardisering van de zorg.....	24
m.b.t. de financiering van de zorg.....	25
m.b.t. juridisch kader .....	25
Deel 1: Haalbaarheidsstudie: de toekomst van thuishospitalisatie .....	26
Methodologie.....	26
Resultaten .....	28
De definitie van thuishospitalisatie.....	28
De doelstellingen van thuishospitalisatie.....	31
(Rand)voorwaarden voor een succesvolle praktijk thuishospitalisatie .....	41
Belemmeringen en beperkingen.....	62
Deel 2: Business case Onco@home .....	63
Inleiding en onderzoeksvragen .....	63
Standaard zorgpad .....	63
Zorgmodel A: Het uitvoeren van de voorbereiding in de thuisomgeving voorafgaand aan een intraveneuze therapie op het dagziekenhuis 's anderendaags.....	64

Zorgmodel B: het subcutaan toedienen van -daarvoor veilig bevonden- oncolytica in de thuissetting (=volledige thuisbehandeling) .....	65
Patiëntenervaring en -voorkeur .....	66
Methodologie.....	66
Resultaten .....	66
Belemmeringen en beperkingen.....	71
Conclusie .....	71
Business case: kosten en opbrengsten .....	72
Methodologie.....	72
Resultaten .....	76
Belemmeringen en beperkingen.....	84
Referenties.....	85
Bijlagen.....	86
Interviewleidraad Onco@home.....	86
Definitie en afbakening van het concept .....	86
De toekomst van thuishospitalisatie.....	86
Beleidscontext.....	86
Thuishospitalisatie in de praktijk.....	87
Analysekader thuishospitalisatie .....	88
Bevraging Onco@home – az groeninge.....	89
Bevraging Onco@home – OLV Waregem en SJK Izegem.....	94

## Inleiding

### Doelstellingen van dit rapport

Kom op tegen Kanker ziet het als zijn opdracht om te investeren in vernieuwende en patiëntgerichte zorg, waar zo veel mogelijk patiënten baat bij hebben. Kom op tegen Kanker geeft zowel financiële steun aan biomedisch onderzoek om de overleving en levenskwaliteit van kankerpatiënten te verbeteren, als aan innoverende projecten die de bestaande zorg vernieuwen.

Vanuit deze opdracht werd er in 2016 ook besloten om het pilootproject Onco@home te financieren. Dat wilde een model van thuishospitalisatie implementeren voor oncologische patiënten ontwikkelen en implementeren in de regio van Kortrijk.

Bij de afronding van dit eerste project werd meteen duidelijk dat het concept thuishospitalisatie ondertussen op heel wat belangstelling kon rekenen. Niet alleen was de presentatie van de resultaten van het door Kom op tegen Kanker gefinancierde project heel positief, ondertussen liepen er in heel België meerdere projecten rond thuishospitalisatie, waarvan de meerderheid door de overheid werd gesubsidieerd als pilootproject.

Er werd een vervolgproject, Onco@home, gefinancierd. Doel was om te bekijken hoe de thuishospitalisatiezorgtrajecten ontwikkeld in het initiële project ook vlot in andere contexten en met meerdere partners konden worden toegepast, en om daarop volgend ook een implementatiedraaiboek ter beschikking te kunnen stellen.

Tegelijkertijd werd door de Raad van Bestuur van Kom op tegen Kanker ook gevraagd om in het kader van de financiering van dit vervolgproject beleidsvoorbereidend werk te doen. Alle stakeholders moesten rond dit thema worden samengebracht en de uitdagingen in kaart gebracht met het oog op een gemeenschappelijke visie voor verder beleidswerk. Een duurzaam systeem van thuishospitalisatie waarbij deze zorgvorm breed ter beschikking kon komen van (oncologische) patiënten was daarbij de doelstelling.

Met het oog op bovenstaande voerde Kom op tegen Kanker een haalbaarheidsstudie uit. Hier werd via interviews met een aantal stakeholders in kaart gebracht hoe het concept thuishospitalisatie kan worden omschreven (definitie), of er voldoende interesse is in het concept (potentieel), wat men ermee kan bereiken (doelstellingen) en onder welke voorwaarden dit op een goede manier kan gebeuren (randvoorwaarden: barrières en opportuniteiten). Daarnaast werd er, op basis van het Onco@home-project, ook een business case opgemaakt door een externe consultant, Möbius Healthcare & Life Sciences, om de inzichten hiervan dan ook te kunnen meenemen in het abstractere geheel van de haalbaarheidsstudie.

De resultaten van al dat onderzoek liggen voor in dit rapport.

Verdere vragen en/of opmerkingen kan u bezorgen aan Isabel Weemaes, valorisatieadviseur bij Kom op tegen Kanker: [isabel.weemaes@komoptegenkanker.be](mailto:isabel.weemaes@komoptegenkanker.be).

## Management summary

### Deel 1: een kwalitatieve studie van de haalbaarheid van thuishospitalisatie

#### Definitie thuishospitalisatie

Omwille van de verstaanbaarheid en de helderheid van dit rapport kiezen we ervoor om met de volgende definitie van thuishospitalisatie te werken, die de grootste gemene deler van de opvattingen omvat.

Thuishospitalisatie wordt gedefinieerd als “de toediening van specialistische zorgen die normaal gezien in een ziekenhuis zouden worden uitgevoerd in de thuiscontext door personeel met de juiste expertise”.

De definitie van thuishospitalisatie is zeker niet onbetwist. De discussie hierover reflecteert de spanningsvelden rondom het concept, en de behoefte die er is – zowel bij patiënten als zorgverleners - om de praktijk duidelijk te onderscheiden van zorg die thuishoort in het ziekenhuis en de specifieke ziekenhuissetting.

Suggesties voor een andere benaming van wat nu thuishospitalisatie wordt genoemd zijn onder andere “thuisbehandeling” of “gespecialiseerde thuiszorg”, al blijkt het in de praktijk soms niet zo makkelijk om terminologie die reeds geruime tijd in gebruik is bij te sturen, zoals ook de discussie over woordkeuze omtrent “palliatieve zorg” steevast aantoont.

Zorgen in het kader van palliatieve zorg, waarbij het streven ook is om de patiënt langer thuis te kunnen verzorgen, maar waar toch reeds een specifiek kader voor bestaat of zorgen die wel ingesteld worden vanuit het ziekenhuis, maar niet door professionals thuis worden uitgevoerd, zoals de inname van de patiënt zelf van orale chemotherapie worden hier dus niet door “thuishospitalisatie” omvat.

“Thuishospitalisatie” verwijst naar een continuüm van en een evolutie in complexiteit van zorg, ondersteund door technologische ontwikkelingen alsook de wetenschap, die het mogelijk maken om bepaalde zorgen te verplaatsen naar de thuiscontext, al dan niet via een tussenstap, vb. ambulante behandeling of dagklinieken.

“Thuishospitalisatie” wordt in principe niet specifiek verbonden aan een bepaalde pathologie en/of bepaalde doelgroepen van patiënten, maar wordt momenteel in de praktijk natuurlijk wel vooral toegepast voor een aantal specifieke therapieën: oncologische therapieën, antibiotica, parenterale voeding...

Centraal in de definiëring van thuishospitalisatie staan wel heel duidelijk de paradigma’s “complexiteit” en “expertise”, die sterk gerelateerd zijn aan de uitgebreide verzameling van randvoorwaarden die in dit rapport worden omschreven en die essentieel worden geacht voor het succes van de duurzame implementatie van de thuishospitalisatiepraktijk in het landschap van de Belgische gezondheidszorg.

Tot slot valt nog op te merken dat een van de redenen dat de definitie van thuishospitalisatie zo breed uitvalt, waarschijnlijk is dat er zo veel toekomstpotentieel wordt gezien, zowel wat betreft de toepassing voor verschillende therapieën als voor andere zorgen, vb. langere verpleging van paraplegiepatiënten thuis.

Enkele mensen die deelnamen aan het debat rond thuishospitalisatie wezen er dan weer op dat de definitie ook als heel eng kan worden beschouwd. In andere landen, zoals Engeland (mobiele dagklinieken) en Frankrijk, gaat men veel verder en is de definitie dan ook veel breder.

## Doelstellingen van thuishospitalisatie

### *Betere kwaliteit van zorg*

De doelstelling van thuishospitalisatie is voornamelijk het verhogen van de kwaliteit van zorg. Als we het bekijken vanuit de 6 dimensies van kwaliteit van zorg<sup>1</sup> wordt duidelijk dat thuishospitalisatie op heel wat verschillende vlakken een bijdrage kan leveren.

### Patiëntgerichtheid

Thuishospitalisatie kan, mits de vrije keuze van de patiënt om hier al dan niet gebruik van te maken zo veel als mogelijk gerespecteerd wordt, bijdragen aan zorg op maat. Op die manier kan het ertoe bijdragen dat de patiënt in staat gesteld wordt om de eigen doelen te realiseren, los van het behandeltraject, en het evenwicht met en binnen het persoonlijke leven van de patiënt en zijn omgeving beter wordt gerespecteerd. Enkele mogelijke negatieve bijeffecten van ziekenhuiszorg voor de patiënt en zijn mantelzorgers kunnen door thuishospitalisatie worden vermeden (bvb. lange wachttijden, onnodige verplaatsingen, verblijven die strikt genomen niet nodig zijn, vervoer door mantelzorger...). De patiënt krijgt meer controle en inspraak over de zorg.

### Klinische uitkomsten (effectiviteit) en veiligheid

Als het aankomt op klinische uitkomsten en veiligheid lijkt thuishospitalisatie in de Belgische context - in test- en pilootprojecten allerhande – tot nu toe vooral te hebben aangetoond dat het even veilig en effectief kan als dezelfde zorg in het ziekenhuis.<sup>2</sup>

Hypothetisch gezien zou het mogelijk zijn dat thuishospitalisatie zorgt voor betere uitkomsten voor de patiënt door een hogere mate van controle, minder blootstelling aan infectierisico's en de technische en technologische ondersteuning die misschien meer noodzakelijk en gebruikelijk is in de context van thuiszorg. Harde bewijzen zijn hier echter momenteel (nog) niet voor.

Indien thuishospitalisatie kan aantonen dat dezelfde veiligheid en effectiviteit kunnen worden gegarandeerd – en dat zal per zorgpad/ therapie moeten worden bekeken – én tegelijkertijd op enkele andere dimensies van kwaliteit van zorg wel een significante verbetering of optimalisatie kan bieden, is het duidelijk dat deze dimensie geen barrière is.

### Tijdigheid en toegankelijkheid

Thuishospitalisatie kan zeker een belangrijke rol spelen in het vrijwaren van ziekenhuiscapaciteit en er zo mee voor zorgen dat patiënten tijdig toegang krijgen tot de gepaste, specialistische zorg. De oncologische dagziekenhuizen bijvoorbeeld geven aan dat de druk op de diensten in de voorbije jaren stevig is toegenomen. Er wordt trouwens een verdere stijging van de vraag voorzien in de komende jaren. Ook op andere diensten in het ziekenhuis ligt de druk blijkbaar hoog. Belangrijk om op te merken is dat het enkel opportuun is om zorg te verschuiven die daar objectief gezien (kwaliteit, gezondheidseconomisch...) voor in aanmerking komt.

Hoewel thuishospitalisatie een positieve impact kan hebben op de toegankelijkheid van specialistische zorg in het ziekenhuis, is het evenwel ook belangrijk om aandacht te hebben voor eventuele verminderde toegang tot bepaalde types zorgen, professioneel (oncocoach, kinesist...) en informeel

---

<sup>1</sup> “De zes dimensies van zorg.”, <https://blog.acco.be/paramedisch/de-zes-dimensies-van-zorg/>, 09/12/2019, geconsulteerd 01/06/2021

<sup>2</sup> Cool L, Vandijck D, Debruyne P, Desmedt M, Lefebvre T, Lycke M, De Jonghe PJ, Pottel H, Foulon V, Van Eygen K. Organization, quality and cost of oncological home-hospitalization: A systematic review. Crit Rev Oncol Hematol. 2018 Jun;126:145-153. doi: 10.1016/j.critrevonc.2018.03.011. Epub 2018 Apr 10. PMID: 29759557.



(vrijwilligers, lotgenotencontact), die normaal ook in het ziekenhuis beschikbaar zijn, maar die doordat de patiënt niet of minder lang in het ziekenhuis is, misschien door de mazen van het net glippen. Dit wordt niet beschouwd als onoverkomelijk, maar er moet rekening mee gehouden worden.

### Efficiëntie

Thuishospitalisatie zorgt ervoor dat medewerkers in de gezondheidszorg doelmatig kunnen worden ingezet: hooggespecialiseerde ziekenhuismedewerkers worden ingezet voor hooggespecialiseerde zorg, taken waarvoor dit kan worden overgenomen door competente, opgeleide verpleegkundigen met een breder profiel... Coördinatie, opleiding en begeleiding alsook het ontwerp van een adequaat proces binnen het zorgpad zijn hierbij cruciaal. Bij deze coördinatie, organisatie en eventueel ook opleiding hebben de ziekenhuizen ook nog wel een belangrijke extra specialistische rol te vervullen. Ze vervullen deze rol dan binnen deze transmurale zorgvorm, eerder dan binnen de muren van het ziekenhuis.

Zoals hierboven ook vermeld, draagt thuishospitalisatie bij aan de efficiëntie, door ziekenhuiscapaciteit gepast te gebruiken voor hooggespecialiseerde zorg, zorg die echt in het ziekenhuis geleverd moet worden.

Efficiëntie in de zorg voor de patiënt betekent ook het vermijden van onnodige verplaatsingen en lange wachttijden voor de patiënt. Dit springt misschien minder in het oog bij de zorgverleners, maar is heel belangrijk voor de patiënt.

### Gelijkheid

Gelijke behandeling, kansen en mogelijkheden zijn voor patiënten en hun omgeving duidelijk erg belangrijk. Thuishospitalisatie alleen zal hier op zich natuurlijk niet voor zorgen, maar het biedt wel een kans om te laten zien aan de patiënten en hun omgeving dat men bereid is om hierin te investeren en ervoor te zorgen dat financiën en een minder dan ideale Ausgangssituation, bijvoorbeeld op het vlak van netwerk, geen barrières zijn om hierin in te stappen voor patiënten die hier belang aan hechten. Standaardisatie is in dit opzicht ook belangrijk. Belanghebbenden willen zicht krijgen op voorwaarden en processen, die in het beste geval gelijkaardig zijn voor alle in aanmerking komende patiënten en dus niet afhankelijk van het ziekenhuis waar of de zorgverlener door wie een individuele patiënt behandeld wordt.

### Hogere kostenefficiëntie

Of thuishospitalisatie naast aan de kwaliteit van zorg ook een bijdrage kan leveren aan een hogere kostenefficiëntie in de gezondheidszorg hangt sterk af van de keuzes die men maakt.

Het is evident dat men voor zorgpaden die normaliter een meerdaags verblijf in het ziekenhuis omvatten en waarbij men dit vervangt door een thuishospitalisatie, vb. antibioticatherapie, meer op kosten zal kunnen besparen dan bij de omzetting van een traject uit het daghospitaal, vb. oncologische subcutane therapieën, waar men zich dan meer moet richten op het leveren van meer persoonsgerichte zorg voor een prijs die gelijkloopt met die van een daghospitalisatie.

Terugverdien- en schaalearde effecten bij een totale herdenking van het systeem, waarin thuishospitalisatie een logische en faire plaats inneemt als een genormaliseerde zorgvorm, zijn moeilijk te berekenen of in te schatten, maar de verwachting daar is dat er op dat vlak wel potentieel is, zeker mits ondersteuning van verregaande samenwerking tussen organisaties en individuele zorgverleners en steeds betere wordende technieken en technologieën, waar overigens wel eerst in dient geïnvesteerd te worden. Het algemeen gevoel is dat, mits men de juiste keuze maakt, de totaliteit van

thuishospitalisatie als zorgvorm zeker kostenneutraal kan resulteren in de duurzame implementatie van een zorgvorm voor patiënten voor wie dat geschikt is.

## Randvoorwaarden voor een succesvolle thuishospitalisatiepraktijk

De graad van complexiteit van de zorgen waar het voor thuishospitalisatie om draait, vereisen heel wat randvoorwaarden om de kwaliteit van zorg te garanderen. In de interviews en debatten werd hier dan ook door deelnemers uitgebreid op ingegaan. In onderstaande tabel worden de voornoemde cruciale randvoorwaarden opgelijst, per perspectief, met een korte toelichting

### Perspectief patiënt en omgeving

Perspectief patiënt en omgeving	
Randvoorwaarde	Toelichting
<p><b>Respect voor de autonomie en de keuzevrijheid van de patiënt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Overleg en gesprek</b></li> <li>• <b>Profiel van de patiënt en zijn omgeving</b></li> <li>• <b>“Objectieve” en uniforme criteria en voorwaarden</b></li> </ul>	<p>Niet alle patiënten geven aan dat ze momenteel willen kiezen voor thuishospitalisatie. Daarnaast zijn er misschien ook patiënten voor wie het niet zo evident is om aan thuishospitalisatie te doen die er toch graag voor in aanmerking zouden komen. Voor die laatste groep dient er misschien bijkomend geïnvesteerd te worden in flankerende maatregelen/ zorg (vb. alleenstaande thuiszorg, poetshulp, ... )</p> <p>Het is belangrijk dat er een uniforme standaard komt die patiënten toegang biedt tot thuishospitalisatie, los van de regio, het ziekenhuis of de individuele zorgverlener waar de patiënt voor zijn ziekte in behandeling is.</p> <p>Dit wil overigens niet zeggen dat er totaal geen selectie kan gebeuren: de arts blijft verantwoordelijk om in te schatten of zorg in thuishospitalisatie voor een bepaalde patiënt met een bepaald profiel (cognitief, mentaal, psychosociaal, bijkomende ziektebeelden) binnen een bepaalde context (draagkracht mantelzorger, hygiëne thuisomgeving...) verantwoord is, maar doet dat best zo veel mogelijk in samenspraak met die patiënt en zijn omgeving.</p> <p>Het is belangrijk dat patiënten momenteel vrij kunnen kiezen al dan niet zorg toegediend te krijgen met thuishospitalisatie. Op termijn zal de standard of care voor bepaalde zorgen misschien verschuiven naar de thuissituatie. Voor nu dienen zorgverleners en patiënten positieve ervaring op te doen met het systeem.</p> <p>Thuishospitalisatie dient zijn plaats in te nemen in een systeem van persoonsgerichte zorg, waarbij de gegeven zorg ten dienste staat van met en door de patiënt geformuleerde doelen.</p>

Perspectief patiënt en omgeving	
Randvoorwaarde	Toelichting
<b>Voorkomen en wegwerken financiële drempels</b>	<p>Thuishospitalisatie leidt mogelijk tot extra kosten. Enerzijds is de huidige wet- en regelgeving alsook de financiering niet voorzien op thuishospitalisatie waardoor bepaalde kosten (hogere remgelden) bij de patiënt terecht komen. Anderzijds komen er bij thuishospitalisatie soms ook extra kosten kijken, zoals de huur van bepaald materiaal. Uiteindelijk maken ook zorgverleners mogelijk kosten (verplaatsingen,...) waar nu geen kader voor bestaat, waardoor die mogelijk op de patiënt verhaald worden. Dit dient dringend aangepakt te worden. De patiënt mag niet het kind van de rekening worden en mag niet meer betalen voor zorg in thuishospitalisatie dan in het ziekenhuis. Ook deze zorgvorm zou voor de patiënt (zo goed als) kosteloos moeten zijn, en toch alleszins niet duurder dan de klassieke hospitalisatie of daghospitalisatie nu.</p>
<b>Investeren in het vertrouwen en het veiligheidsgevoel van de patiënt en zijn omgeving</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatie (wisselwerking)</li> <li>• Educatie</li> <li>• Opleiding</li> <li>• Begeleiding</li> <li>• Relatie met primair zorgteam in het ziekenhuis</li> </ul>	<p>Patiënten en naasten dienen voldoende informatie, educatie en begeleiding te krijgen bij een thuishospitalisatietraject, over wat ze mogen verwachten alsook over wat er van hen verwacht wordt. In sommige gevallen, vb. als er van de patiënt of zijn omgeving verwacht wordt dat men bepaalde taken en/of verantwoordelijkheden opneemt, vb. bepaalde parameters bijhouden of doorgeven, of bepaalde kennis bezit, vb. omtrent de bewaring van medicatie, behoort een specifieke opleiding ook tot de must-haves.</p> <p>De relatie met het primair zorgteam – artsen en verpleegkundigen – is, naast cruciaal voor een goede kwaliteit van zorg (zorg op maat!) – ook belangrijk voor het vertrouwen van de patiënt. Vermits er potentieel minder of kortere contacten zijn is het goed om hier bewust mee om te gaan en eventueel extra inspanningen voor te leveren.</p>
<b>Voldoende aandacht voor de toegang tot en het aanbod van flankerende professionele en informele zorg in en buiten het ziekenhuis</b>	<p>In het ziekenhuis komen patiënten normaliter in contact met vele bijkomende vormen van zorg naast de specialistisch lichamelijke zorg en behandeling voor hun pathologie waarvoor ze in het ziekenhuis zijn. Het gaat hierbij zowel om formele zorg – contacten met oncocoaches, kinesisten en diëtisten – als informele zorg – lotgenotencontact, praatjes met vrijwilligers. De vrees bestaat dat, indien patiënten niet of niet lang in het ziekenhuis zijn, ze een bepaald aanbod zullen missen of “vergeten” zullen worden. Hierbij is het dus ook belangrijk om hier bewust mee om te gaan en het proces hierop af te stemmen, zodat patiënten ook op deze vlakken krijgen wat ze nodig hebben. Zorgverleners uit de eerste lijn hebben hier ook de nodige expertise nodig om hun patiënten hierbij te ondersteunen.</p>

Perspectief zorgverlener	
Randvoorwaarde	Toelichting
<p><b>Relevante en uitgebreide partnerschappen en samenwerkingen</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Binnen organisaties/instellingen</b></li><li>• <b>Tussen organisaties/instellingen/individuele zorgverleners</b></li><li>• <b>Tussen de verschillende lijnen</b></li></ul> <p><b>Vertrouwen opbouwen</b></p>	<p>In de verschillende lopende projecten is de mate van samenwerking en het aantal partnerschappen zeer uiteenlopend en variabel, afhankelijk van de context en het onderwerp van het zorgpad. Sommige thuishospitalisatietrajecten gaan enkel uit van het ziekenhuis, andere omvatten een beperkt aantal partners en nog een deel werken de samenwerking redelijk breed uit. Er blijft wellicht nog veel potentieel onontgonnen voor verdere samenwerkingen en partnerschappen. In het kader van een breder bereik, toegankelijkheid en meer toepassingsmogelijkheden van thuishospitalisatie, zullen in de toekomst nog wel meer uitgebreide en complexe samenwerkingen – tussen ziekenhuizen en de eerste lijn, tussen ziekenhuizen onderling, ... - nodig zijn.</p> <p>Wat zeker is, is dat deze samenwerkingen meer zouden kunnen ondersteund worden, met regelgeving en financiering. Voorbeelden van hoe dat mis gaat zijn te vinden in het “perspectief beleid”.</p> <p>De opbouw van een relatie, van vertrouwen in elkaars kunnen, wordt ook aangemerkt als een belangrijk element in het welslagen van de samenwerking. Dit is nauw verbonden met de gezamenlijke afspraken rond een proces.</p>

Perspectief zorgverlener	
Randvoorwaarde	Toelichting
<p><b>Zorgcoördinatie en -planning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Interne en externe partners!</b></li> </ul>	<p>(Gedeelde) coördinatie en planning van de zorg door personen die die taak en/of rol expliciet toegewezen hebben gekregen, is van groot belang voor de zorgkwaliteit. Het belang stijgt met het aantal partners en de complexiteit van de zorg, maar blijkt ook in trajecten met beperkte samenwerkingen en partnerschappen toch van groot belang. Dit is af te leiden uit heel wat ervaringen uit de verschillende (pilot)projecten. De ondervinding is ook dat indien er geen of niet voldoende middelen voor planning en coördinatie uitgetrokken worden, dit niet of niet kwaliteitsvol gebeurt.</p> <p>De nood aan coördinatie en planning is niet uniek aan thuishospitalisatie, maar is eigen aan alle transmurale en/of interdisciplinaire samenwerking. Omdat het in het geval van thuishospitalisatie toch om behandeling en specifieke zorg gaat, is het risico om het niet te voorzien zeer groot en een aanzienlijke barrière voor de implementatie van thuishospitalisatie als reguliere zorgpraktijk.</p>
<p><b>Rollen en verantwoordelijkheden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Opleiding (+ regelmatige bijscholing)</b></li> <li>• <b>Geschikt competentieniveau</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Certificatie?</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Medische verantwoordelijkheid</b></li> <li>• <b>Juridische aansprakelijkheid</b></li> </ul>	<p>De verschillende zorgverleners hebben behoefte aan een duidelijk omliggende rol en verantwoordelijkheid binnen de thuishospitalisatietrajecten, wat niet wil zeggen dat in verschillende contexten/ ziekenhuizen/organisaties die rol soms niet door andere profielen kan worden ingevuld.</p> <p>(Bijkomende) opleiding van een gepaste moeilijkheidsgraad en lengte en de daarbij horende regelmatige bijscholing zijn cruciaal om de geschikte competentieniveaus te garanderen. Idealiter wordt dit centraal of gestandaardiseerd gereguleerd en ingericht.</p> <p>Hetzelfde geldt voor de certificatie. Om zich veilig te voelen moeten de patiënt alsook andere zorgverleners met zekerheid kunnen nagaan of iemand de nodige opleiding heeft genoten om bepaalde handelingen te stellen.</p> <p>Duidelijkheid omtrent de medische verantwoordelijkheid en de juridische aansprakelijkheid, die in geval van thuishospitalisatie toch meer een gedeeld gegeven worden, wordt door de zorgverleners met aandrang gevraagd.</p>

Perspectief zorgverlener	
Randvoorwaarde	Toelichting
<p><b>Grotere uniformiteit van zorgprocessen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zorgkwaliteit</b></li> <li>• <b>Routine en competentie</b></li> <li>• <b>Duidelijkheid</b></li> </ul>	<p>Zowel in ziekenhuissetting als in de thuiszorg worden dezelfde zorgen soms op een heel andere wijze toegediend of uitgevoerd. In het kader van meer thuishospitalisatie en thuiszorg – en de daarmee gepaard gaande vraag naar meer opleiding – is dit wellicht niet zo bevorderlijk voor de kwaliteit van zorg en zal dit fouten in de hand werken. Meer standaardisatie heeft een positief effect op het in de vingers krijgen van bepaalde zorgen die men bijvoorbeeld voor 2 ziekenhuizen moet uitvoeren. Bovendien zorgt het voor meer duidelijkheid, voor de zorgverlener en de patiënt.</p>
<p><b>Gegevensdeling en communicatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tussen zorgverleners</b></li> <li>• <b>Tussen zorgverlener en patiënt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Digitalisering van de zorgrelatie tussen zorgverleners en patiënt</b></li> </ul> </li> </ul>	<p>In het licht van alle andere randvoorwaarden kan er niet aan voorbij worden gegaan dat de samenwerking tussen al die zorgpartners ook zorgt voor een grote nood aan efficiënte en gestroomlijnde communicatie en gegevensdeling, bij voorkeur schriftelijk en digitaal waar mogelijk (voor de dossieropbouw van de patiënt) en volgens bepaalde standaarden en afspraken, zodat samenwerkingen verder kunnen worden uitgebouwd.</p> <p>In bepaalde gevallen kan “slimme communicatie” zorgkwaliteit ook naar een ander niveau tillen, ook in het kader van thuishospitalisatie, vb. automatische waarschuwingen en algoritmes die duidelijk aangeven aan welke patiënt(en) een zorgverlener (meteen) aandacht moet besteden.</p> <p>De persoonlijke relatie tussen de patiënt, zijn omgeving en het zorgteam - in de tweede lijn, maar zeker ook in de eerste lijn - blijven van groot belang voor de kwaliteit van de zorg en hoe patiënten deze ervaren. Anderzijds zal de context van thuishospitalisatie ervoor zorgen dat de zorgrelaties met de patiënt toch ook een meer gedeeld en digitaal karakter krijgt. Digitalisering kan ervoor zorgen dat de nabijheid en de expertise van de zorgverleners binnen het bereik van de patiënt blijven, zelfs als die laatste zelf niet in het ziekenhuis is.</p>

Perspectief beleid	
Randvoorwaarde	Toelichting
<p><b>Hertekening van de financiering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Thuishospitalisatie als afzonderlijke zorgvorm</b></li> </ul> <p><b>Vergoeding niet enkel gebaseerd op zorgaktes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>“Extra” taken en expertise in het kader van een specifiek zorgpad</b></li> <li>• <b>Investerings in informatica, communicatie</b></li> <li>• <b>Investering in verdere vernieuwing</b></li> </ul> <p><b>Correcte vergoeding van de verschillende partners in een traject</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ziekenhuis</b></li> <li>• <b>Eerste lijn</b></li> </ul>	<p>Thuishospitalisatie is een zorgvorm die naast de afzonderlijke zorgaktes die binnen een specifiek traject moeten worden uitgevoerd, toch ook heel wat extra taken vergt. Dat blijkt ook heel duidelijk uit de randvoorwaarden die al werden beschreven vanuit het perspectief van de patiënt en de zorgverleners: coördinatie, planning, overlegmomenten, een rigoureuze opbouw van een bruikbaar gedeeld dossier van de patiënt, opleiding en begeleiding... Heel veel van die zaken vragen tijd en inspanning en dienen dus te worden opgenomen in het financieringskader, door middel van een forfaitaire financiering. In de eerste fase van een verdere uitrol van thuishospitalisatie en andere transmurale zorg zullen heel wat organisaties toch heel wat kosten moeten maken en informatica- en communicatiesystemen voorzien. Ook dit heeft natuurlijk een kost. Financieringskaders zouden misschien ook van bij den beginne wat minder rigide kunnen worden gemaakt, om een verdere uitbouw van innovatieve thuishospitalisatietrajecten te kunnen uitbouwen. Het gaat dan bijvoorbeeld om een minder strikte definitie over waar een bepaalde zorgakte dient plaats te vinden, maar misschien eerder verwijzen naar de kwaliteitsvereisten waaronder ze dienen te gebeuren. Ook het herbekijken van het verbod op cumulaties voor bepaalde nomenclatuurcodes of forfaits behoort tot de mogelijkheden.</p> <p>Bij de opmaak van een financieringskader dient tevens goed te worden gekeken naar de specifieke plaats die een zorgpartner opneemt in het traject, maar ook in het brede gezondheidslandschap. Op termijn – en bij een verdere uitrol van zorgvormen zoals thuishospitalisatie – is het wellicht ook noodzakelijk om de grote “onderbouw” van de financiering te revalueren en te hertekenen. Dit om zuurstof te geven aan nieuwe samenwerkingen en concepten zoals value-based healthcare, die vertrekken vanuit de idee dat de zorg op een kwaliteitsvolle manier rond de patiënt georganiseerd moet worden en niet rond zorginstellingen of -organisaties.</p> <p>Tenslotte is het van belang dat alle actoren in een thuishospitalisatietraject niet met verlies moeten werken, aangezien dit allerminst duurzame en vlotte verandering in de hand werkt.</p>



Perspectief beleid	
Randvoorwaarde	Toelichting
<b>Kwaliteitsbeleid</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kwaliteit van zorg omschrijven en bewaken</b></li> <li>• <b>Standaarden bepalen</b></li> </ul>	<p>Thuishospitalisatie neemt momenteel nog de vorm van verschillende projecten aan. Er wordt toch van de overheid verwacht dat ze deze initiatieven stroomlijnt en de krijtlijnen tekent waarbinnen thuishospitalisatie kan worden afgeleverd. Individuele invulling is goed, maar een “standard of care” en uniform kader is nodig voor de patiënt, die zo helder kan krijgen wat hij kan verwachten en erop kan rekenen dat hij gelijkaardige zorg kan ontvangen voor een gelijkaardige aandoening, los van in welk hospitaal hij hiervoor behandeld wordt. Uiteraard is het mogelijk dat niet elk ziekenhuis hetzelfde aanbod heeft, maar het is daarentegen toch belangrijk dat de patiënt gelijke toegang heeft tot een bepaald zorgaanbod. We verwijzen hierbij zeker ook weer naar het belang van de hierboven vermelde mogelijke samenwerkingen, ook tussen verschillende ziekenhuizen.</p> <p>Om die samenwerkingen te vergemakkelijken, de vrije keuze van zorgverlener van de patiënt zoveel als mogelijk te bewaken en de efficiëntie van de implementatie van thuishospitalisatie te verhogen, is het wellicht ook geen slecht idee om te bekijken of ook voor de tools en processen die nodig zijn bij thuishospitalisatie, vb. gegevensdeling en communicatie of transport van medicatie, ook standaarden te bepalen. Individuele zorgverleners alsook instellingen en organisatie kunnen dan wellicht gemakkelijker in het systeem instappen.</p> <p>De normale toezichts- en controlefunctie, waarbij de overheid erover waakt dat een patiënt kwaliteitsvolle en veilige zorg krijgt – ook als dit door middel van thuishospitalisatie gebeurt – blijft uiteraard ook van toepassing. Er kan zeker verder nagedacht worden over processen (vb. goedkeuring van het gebruik van bepaalde medicatie door het FAGG alvorens deze kan worden toegepast in de thuiscontext) en indicatoren die de bewaking van de kwaliteit ook hier kan faciliteren.</p>

Perspectief beleid	
Randvoorwaarde	Toelichting
<p><b>Kritische doorlichting bestaande wet- en regelgeving</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beroepsuitoefening</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Juridische aansprakelijkheid</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Specifieke problemen die opduiken in projecten oplossen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Tarificatieprobleem</b></li> <li>○ <b>Aflevering van medicatie in 2 stappen</b></li> <li>○ ...</li> </ul> </li> </ul>	<p>In de verschillende proef- en pilootprojecten kwamen er heel wat (juridische) problemen aan het licht die de brede invoer van thuishospitalisatie als “normale” zorgvorm sterk bemoeilijken en die met de overheid moeten worden besproken. Vanuit het Onco@home-project kunnen enkele voorbeelden gegeven worden, maar in de andere projecten kwamen misschien ook nog andere aan bod. Niet met elke projectverantwoordelijke konden we in de gesprekken even diep ingaan op de details van hun zorgpad, dus het is zeker niet de pretentie om met dit rapport een exhaustief overzicht te bieden van wat dringend moet worden aangepakt.</p> <p>De aanpak van de problemen die binnen Onco@home zijn vastgesteld zullen belangrijk zijn om het duurzaam bestaan van deze zorgpaden te garanderen. Het is verder belangrijk om ook de eventuele juridische barrières die binnen de andere projecten werden vastgesteld in kaart te brengen en aan te pakken. Bovendien hebben heel wat zorgverleners wel ideeën voor innovatieve zorgpaden in de toekomst die thuishospitalisatie op een ander niveau zouden kunnen tillen, maar die nog verdere aanpassingen aan de wet- en regelgeving zouden vragen. Een voorbeeld hiervan zijn de vele regels rond de aflevering van medicatie en wie hier de verantwoordelijkheid mag nemen. Een open gesprek hierover zou behulpzaam zijn.</p> <p>Speciale aandacht wordt hier toch ook weer gevraagd voor de wet op de beroepsuitoefening en vragen rond medische aansprakelijkheid. Zorgverleners willen, ook binnen de context van thuishospitalisatie zeker zijn dat ze gemachtigd zijn om bepaalde (medische en verpleegtechnische) handelingen te stellen, niet enkel vanwege de kwaliteit van zorg, maar ook in relatie tot medische aansprakelijkheid. Contacten met het beleidsniveau waren hierover niet eenduidig: sommigen stellen dat de huidige wetgeving thuishospitalisatie toelaat. Als dat zo is zou dat toch best geëxpliciteerd worden in officiële toelichting gezien er in de wet nergens expliciet sprake is van thuishospitalisatie. Anderen oordelen dat hiervoor best nieuwe wetgeving wordt opgesteld.</p>

## Deel 2: Business case Onco@home – lessen uit een specifieke context

### Achtergrond

Oncologische patiënten moeten voor hun behandeling vaak naar het dagziekenhuis komen. Die bezoeken zijn emotioneel belastend, verhinderen een normaal sociaal bestaan en genereren telkens kosten voor patiënt en maatschappij. Het doel van het Onco@home-project is daarom om het aantal en de duur van de dagziekenhuisopnames voor kankerpatiënten te verminderen en onnodige ziekenhuisbezoeken te vermijden, zodat de oncologische behandeling zo goed als mogelijk samengaat met een normaal sociaal bestaan.

In het Onco@home-project, een project gefinancierd door Kom op tegen Kanker, participeren 3 ziekenhuizen (az groeninge, Sint-Jozefskliniek Izegem en OLV van Lourdes Ziekenhuis Waregem) en 3 thuiszorgorganisaties (i-mens, Wit-Gele Kruis en ZorgConnect). Het project volgt op een pilootproject dat tussen 2016 en 2019 liep in az groeninge en dat eveneens gefinancierd werd door Kom op tegen Kanker. De bedoeling van het project Onco@home is om twee innovatieve zorgmodellen (zorgmodel A en B) verder uit te testen.

Daarnaast wordt een onderzoek uitgevoerd waarmee we enerzijds de patiëntenervaring en anderzijds de financiële business case van thuishospitalisatie (zorgmodel A en B) versus het standaard zorgpad in kaart brengen. De onderzoeksvragen werden als volgt geformuleerd:

1. Wat is de patiëntenervaring en voorkeur van thuishospitalisatie in vergelijking met het standaard zorgpad?
2. Wat zijn de kosten en opbrengsten voor het ziekenhuis en de thuiszorgorganisatie van het standaardtraject, zorgmodel A en zorgmodel B?

In het standaard zorgpad komt de patiënt naar het dagziekenhuis en gebeurt het volledige zorgpad terwijl de patiënt zich op het dagziekenhuis bevindt. Dit proces bestaat uit: bloedafname, bloedanalyse, analyse resultaten door de arts, consultatie door de arts, bereiding van de chemo en toediening van de chemo.

In zorgmodel A gebeurt een bloedafname daags voor de dagopname door een Onco@home-thuisverpleegkundige bij de patiënt thuis. Ook worden eventuele symptomen bevestigd en is er een controle van de vitale parameters. Met die gegevens wordt nagegaan of de therapie de volgende dag veilig kan doorgaan. Bovendien kan de therapie op voorhand reeds voorgeschreven en bereid worden. Hierdoor verloopt de dagopname vlotter en kan de patiënt sneller terug naar huis. Bij onvoldoende herstelde bloedwaarden kan ook een onnodige verplaatsing naar het dagziekenhuis vermeden worden.

De doelstelling van zorgmodel A is tweeledig. Enerzijds willen de ziekenhuizen daarmee inzetten op een zo goed mogelijke patiëntenervaring. Door de staalname thuis af te nemen bij de patiënten die dat wensen, kan de duur van het bezoek ingekort worden. Daarnaast kan het proces beter gepland worden om de analyse van het bloedstaal, de validatie door de arts en de bereiding van de chemo op voorhand uit te voeren. Ook kan het dagziekenhuis optimaler benut worden door een daling van de wachttijd van de patiënt voor de toediening van de chemo.

In zorgmodel B wordt subcutane chemo thuis toegediend. Standaard in alle Belgische ziekenhuizen gebeuren alle subcutane toedieningen in het oncologisch dagziekenhuis. In az groeninge worden enkel de eerste toediening en de toedieningen in het weekend per cyclus in het ziekenhuis toegediend. De andere toedieningen gebeuren bij de patiënt thuis, na het uitvoeren van een telefonische symptoomlastbevestiging. Dit heeft als voordeel dat de patiënt zich veel minder moet verplaatsen naar

het dagziekenhuis. Hiervoor gaat een oncologisch verpleegkundige van het ziekenhuis langs bij de patiënt thuis.

### Patiëntenervaring en -voorkeur

Om inzicht te krijgen in de patiëntenervaring en voorkeur van patiënten, werd een bevraging opgezet in de drie ziekenhuizen. Met deze bevraging werd enerzijds gepeild naar de tevredenheid en voorkeur van patiënten in het Onco@home-project. Anderzijds werd gepeild naar de tevredenheid en voorkeur bij patiënten die (nog) niet zijn opgenomen in Onco@home.

Onco@home-patiënten rapporteren geen hogere tevredenheid met het ziekenhuis dan andere patiënten, wellicht omdat er ook door de ontvangers van standaardzorg reeds een zeer hoge tevredenheid genoteerd wordt. Ook voor de Onco@home-werking is er een hoge tevredenheid. Opvallend is dat geen enkele Onco@home-patiënt terug wil naar of een voorkeur heeft voor de standaardbehandeling in het dagziekenhuis.

Bij patiënten die niet opgenomen zijn in Onco@home, omdat ze niet in aanmerking kwamen of omdat ze er niet voor kozen, verkiest de helft de zorg in het dagziekenhuis; de andere helft zou Onco@home overwegen of heeft geen voorkeur.

Het bestaan van deze keuzemogelijkheid is dus zeker een meerwaarde voor patiënten.

### Business case: kosten en opbrengsten

In het Onco@home-project werden de kosten en opbrengsten voor de 3 zorgmodellen in kaart gebracht: het standaard zorgpad, zorgmodel A en zorgmodel B. De kosten en de opbrengsten van de thuisverpleging, het dagziekenhuis en de bereiding van de chemotherapie werden meegenomen in de analyse. De kosten van de chemotherapie en geneesmiddelen werden niet meegenomen omwille van de grote variatie in die kosten. Ook de kosten van labo-onderzoeken en eventueel andere onderzoeken (bijv. radiologie) werden niet opgenomen. De kosten van deze onderzoeken wijzigen immers niet door het verschuiven van (een deel van) de zorg naar de thuissetting.

In zorgmodel A stellen we vast dat de kosten globaal hoger zijn ten opzichte van het standaard zorgpad. Ook zien we dat de opbrengsten in de thuiszorg onvoldoende zijn om de kosten te dekken. In de ziekenhuizen is er een daling van de kosten doordat de bloedafname thuis wordt uitgevoerd. Deze daling van de kosten is onvoldoende om de meerkost in de thuiszorg te dekken. Bij toename van het aantal patiënten op het dagziekenhuis kan op langere termijn wel efficiëntiewinst worden gerealiseerd door anamnese en bloed prikken op dag-1 uit te voeren. Hierdoor kan de doorlooptijd op het dagziekenhuis gereduceerd worden, waardoor de beschikbare capaciteit aan bedden en zetels beter kan benut worden. Ook kan de aanlevering van cytostaticabereidingen vanuit apotheek efficiënter verlopen. In het model is geen rekening gehouden met deze efficiëntiewinsten op langere termijn, aangezien dit sterk afhankelijk is van (1) de groei van dagopnames en (2) de manier van bereiding van de chemo (eigen clean room, centralisatie, uitbesteding, ...).

Voor zorgmodel B kunnen we concluderen dat er quasi geen financiering is voor een subcutane toediening in de thuiszorg, terwijl de kosten toenemen. Bij toediening in het dagziekenhuis ontvangt het ziekenhuis een maxiforfait mono (124 euro per toediening). Daarnaast is bij toediening in het dagziekenhuis een forfaitaire vergoeding voorzien voor klinische biologie en is er een vergoeding voorzien voor de oncoloog. Deze vergoedingen zijn er niet bij een subcutane toediening bij de patiënt thuis. Structurele financiering is daarom nodig om dit model van thuishospitalisatie ingang te doen vinden.

## Besluit (deel 1 en deel 2)

Thuishospitalisatie wordt gedefinieerd als “de toediening van specialistische zorgen die normaal gezien in een ziekenhuis zouden worden uitgevoerd in de thuiscontext door personeel met de juiste expertise”.

Thuishospitalisatie heeft de bedoeling om bij te dragen aan een betere kwaliteit van zorg, voornamelijk op het vlak van patiëntgerichtheid, omdat thuishospitalisatie ervoor zorgt dat patiënten meer controle over hun leven en behandeling krijgen, en beter in staat gesteld worden om hun doelen te bereiken. Er kan meer rekening gehouden worden met de voorkeuren en noden van de patiënt en zijn omgeving. Ook op het vlak van toegankelijkheid, tijdigheid van zorg en efficiëntie zijn er met thuishospitalisatie mogelijk voordelen te realiseren. Doordat de beschikbare capaciteit in het ziekenhuis en op het daghospitaal beter wordt ingezet, worden (toekomstige) problemen hiermee opgevangen. Hoogopgeleid personeel en hoogtechnologisch materiaal worden ingezet voor de taken waarvoor dit het meeste nodig is. Patiënten moeten minder wachten en dienen minder onnodige verplaatsingen naar het ziekenhuis te maken. De zorg die door middel van thuishospitalisatie wordt afgeleverd blijkt medisch gezien van even hoge kwaliteit te zijn als de zorg in het ziekenhuis. Op het vlak van kostenefficiëntie is het beeld niet duidelijk. In sommige trajecten kunnen waarschijnlijk wel besparingen voor de ziekteverzekering gerealiseerd worden met thuishospitalisatie, in andere brengt het dan weer een hogere kostprijs met zich mee. Het idee is wel dat met een doordachte invoer van de zorgvorm de balans niet negatief hoeft te zijn en zelfs naar de goede kant kan doorslaan.

Om van thuishospitalisatie een kwaliteitsvolle en duurzame zorgpraktijk te maken dienen er wel heel wat randvoorwaarden gerealiseerd te worden.

Vanuit het perspectief van de patiënt is het belangrijk om de vrije keuze alsook de gelijke toegang en behandeling te bewaken. Hierbij hoort dan ook dat de eventuele financiële drempels die individuele patiënten zouden kunnen ervaren om voor thuishospitalisatie te kiezen moeten worden weggewerkt. De patiënt moet vertrouwen kunnen hebben in zijn thuishospitalisatietraject en het is dan ook cruciaal dat hij hierbij goed geïnformeerd en begeleid wordt door competente zorgmedewerkers. Het is belangrijk dat de patiënt alle formele en informele zorg aangeboden krijgt waarvoor hij in aanmerking komt, zelfs als hij minder of minder lang in het ziekenhuis aanwezig is. Hier moet dan ook een controleerbaar proces voor geïnstalleerd worden.

Voor zorgverleners is het veiligheidsgevoel uiteraard ook zeer belangrijk. Ze moeten ook voldoende vertrouwen kunnen opbouwen, in zichzelf en in elkaar. Een deugdelijke, specifieke opleiding en begeleiding alsook een goed certificeringsmechanisme zijn ook voor hen cruciaal. Ze moeten zich (juridisch) zeker kunnen voelen bij de handelingen die ze binnen een thuishospitalisatietraject uit moeten voeren. Ook een gepaste focus op coördinatie en zorgplanning draagt bij tot een goede kwaliteit van thuishospitalisatie. Voor heel wat trajecten van thuishospitalisatie zijn samenwerking en partnerschappen tussen zorgverleners, organisaties en instellingen aan de orde en het is zaak om deze zo veel mogelijk te ondersteunen en te faciliteren.

Van de overheid wordt verwacht dat zij de randvoorwaarden (co)creëren die te maken hebben met financiering, kwaliteitsbeleid en wetgeving. Het is aan de beleidsmakers om – uiteraard in overleg met de sector – een passend en voor alle partners kostendekkend kader voor financiering uit te werken. Belangrijke taken zoals coördinatie en planning dienen hier toch wel in meegenomen te worden. Er wordt hier best ook rekening gehouden met technologische en andere investeringen die moeten worden gedaan om thuishospitalisatie succesvol, veilig en kwaliteitsvol te maken. In het kwaliteitsbeleid rondom thuishospitalisatie is evident een belangrijke rol weggelegd voor de overheid. Hier dient de nodige controle te worden voorzien. Het gebruik van standaarden en het definiëren van

een standard of care zullen het werk hier zeker lichter maken. Tenslotte moet de overheid de juridische en operationele problemen die in de lopende piloot- en testprojecten aan het licht gekomen zijn, en degene die in eventuele verdere projecten nog opduiken, wegwerken om ruimte te geven aan de verdere implementatie en ontwikkeling van thuishospitalisatie als reguliere zorgpraktijk.

Uit de concrete resultaten van het Onco@home-project halen we een aantal belangrijke inzichten. Patiënten die de keuze maken voor gedeeltelijke thuishospitalisatie zijn hierover erg tevreden en geven hieraan de voorkeur. Ook bij patiënten die niet opgenomen zijn in Onco@home verkiest de helft de zorg in het dagziekenhuis; de andere helft zou Onco@home overwegen of heeft geen voorkeur. Er blijkt dus zeker een nood te zijn en het bestaan van de keuzemogelijkheid voor thuishospitalisatie is dus zeker een meerwaarde voor patiënten.

In de business case konden we vaststellen dat de vergoeding in de thuiszorg voor zorgmodellen A en B op dit moment onvoldoende is voor het opnemen van thuishospitalisatie. Structurele financiering is daarom nodig om thuishospitalisatie ingang te doen vinden.

## Beleidsaanbevelingen

### Algemeen:

- Er moet verder geïnvesteerd worden in de implementatie en opschaling van thuishospitalisatie zodat dit in het kader van de verhoging van kwaliteit van zorg, vooral dan op het vlak van persoonsgerichtheid, als een **geïntegreerd onderdeel van de (oncologische) zorg** kan worden aangeboden aan alle patiënten die voor thuishospitalisatie in aanmerking komen en daarvoor opteren.

### m.b.t. toegang tot thuishospitalisatie:

- De **vrije keuze** van de patiënt bij de verdere implementatie en opschaling van thuishospitalisatie dient te worden gewaarborgd. Op termijn zal de verschuiving van een behandeling naar de thuissituatie misschien de standaardzorg worden vanwege de hogere kwaliteit van zorg en mogelijk ook kostenefficiëntie, maar zorgverleners en patiënten dienen nu vooral positieve ervaringen op te doen met het systeem.
- Om patiënten op een objectieve manier wel of niet thuishospitalisatie aan te bieden moet er door de zorgsector **een uniform kader** worden opgesteld met **voorwaarden voor inclusie** van patiënten op Belgisch niveau, opgesteld in overleg met de zorgsector en patiëntvertegenwoordigers en door de wetgever bekrachtigd. Er is tevens een “standard of care” nodig voor de patiënt, die zo helder kan krijgen wat hij kan verwachten en erop kan rekenen dat hij gelijkaardige zorg kan ontvangen voor een gelijkaardige aandoening, los van in welk hospitaal hij hiervoor behandeld wordt.
- Door de huidige wetgeving, financieringsregels en logistieke organisatie van de zorg kan de out of pocket-kost voor patiënten bij thuishospitalisatie hoger liggen in vergelijking met de klassieke ziekenhuishospitalisatie. Dergelijke vormen van **financiële ongelijkheid** moeten worden weggewerkt. Voor de implementatie van elke thuiszorginterventie moeten de mogelijke extra kosten van patiënten bij thuishospitalisatie in kaart worden gebracht en moet een financiële regeling worden voorzien om deze te compenseren.

### m.b.t. zorg en begeleiding van patiënten en naasten

- **Patiënteneducatie** is een belangrijke component van een thuishospitalisatietraject. De overheid moet voldoende tijd en middelen voorzien voor informatie, educatie en begeleiding van patiënt en zijn mantelzorgers.
- Ook dient vooraf het beschikbare netwerk van de patiënt en de (gunstige en minder gunstige) condities van de thuiscontext voor thuishospitalisatie door een zorgverlener in kaart te worden gebracht zodat ev. **thuiszorg** (gezinshulp, poetshulp,...) tijdig en op maat kan worden ingeschakeld. Dit moet ook worden meegenomen in het bezoldigde takenpakket van de betrokken zorgverlener.

### m.b.t. de rol en expertise van betrokken zorgverleners

- Een **praktijkgerichte opleiding** voor specifieke thuishospitalisatie-interventies is nodig, evenals een bijhorend **certificeringsmechanisme** om de expertise m.b.t. vormen van thuishospitalisatie in de eerste lijn te stimuleren en te verankeren. Thuiszorgorganisaties – en

ziekenhuizen die daar een rol in op te nemen hebben - worden momenteel niet vergoed voor de kosten van de organisatie van die bijkomende opleidingen, wat wel nodig zal zijn om deze duurzaam te organiseren. Bovendien dient de extra expertise die een zorgverlener verwerft ook gereflecteerd te worden in de forfaits die worden uitbetaald in verband met een thuishospitalisatietraject.

- Ook de huisarts kan een rol spelen bij de opvolging van de behandeling thuis. De uitwerking van een **duidelijke visie en kader m.b.t. de rol en taken van de huisarts voor oncologische patiënten tijdens en na de behandeling** is een must. Dit overstijgt deze specifieke case van thuishospitalisatie maar is ook voor thuishospitalisatie belangrijk. De overheid moet de betrokken beroepsgroep ondersteunen om de rol en het takenpakket van de huisarts m.b.t. oncologische verder uit te werken en te implementeren.

#### m.b.t. de organisatie van de zorg

- **Zorgcoördinatie** is een wezenlijk onderdeel van een thuishospitalisatietraject; de overheid moet daarom voldoende tijd en middelen voor zorgcoördinatietaken voorzien, zodat de continuïteit van deze vorm van transmurale zorg gegarandeerd is. Deze coördinatietaken worden in de huidige financiering niet vergoed.
- De mogelijke rol die **privé-labo's** (voor de analyse van bloedstalen) en de **officina-apotheken** (voor de aflevering van de subcutane therapieën) bij een opschaling van thuishospitalisatie voor oncologische patiënten kunnen spelen, moet verder worden onderzocht. Samenwerking met deze partners biedt mogelijk een aantal logistieke voordelen maar botsen vandaag op een aantal financiële, wettelijke en praktische drempels.

#### m.b.t. communicatie en gegevensdeling:

- De overheid dient verder ook werk te maken van een uniform kader op Belgisch niveau met kwaliteitscriteria voor softwarepakketten met het oog op laagdrempelige **digitale gegevensdeling en -communicatie** tussen alle betrokken zorgactoren in de 1ste en 2de lijn. Op die manier zouden bestaande technische drempels in de huidige digitale gegevensdeling en -communicatie moeten worden voorkomen.
- **Nieuwe digitale tools** voor opvolging van/en communicatie met patiënten kunnen de band met het zorgteam in het ziekenhuis onderhouden en zelfs versterken. Ze laten toe om expertise direct (online) beschikbaar te stellen voor de patiënt thuis zonder dat hij de verplaatsing naar het ziekenhuis moet maken. Ook de zorgverleners in het ziekenhuis kunnen via digitale monitoring meer info krijgen over de (evoluerende) gezondheidssituatie van de patiënt. **De meerwaarde van deze digitale tools en hun potentiële integratie in thuishospitalisatie-interventies moet verder worden verkend.**

#### m.b.t. de standaardisering van de zorg

- In overleg met de zorgsector moet een landelijk **kwaliteitskader met uniforme en gestandaardiseerde procedures worden opgesteld om** thuishospitalisatie-interventies vlot, efficiënt en veilig te laten verlopen op het vlak van gegevensdeling, transport en andere logistieke processen, enz.



- Voor een **uniforme evaluatie van de veiligheid** van een behandeling in de thuissituatie kan het FAGG de rol opnemen om de therapieën die voor thuishospitalisatie veilig en dus mogelijk geschikt worden geacht te selecteren en verder op te volgen.

#### m.b.t. de financiering van de zorg

- Een correcte vergoeding van de verschillende partners in de 1ste en 2de lijn in een thuishospitalisatietraject en de rol die ze daarin opnemen is vandaag niet gerealiseerd. Een sluitende financiële regeling voor thuishospitalisatie beslaat niet alleen de gepresteerde zorgakten maar ook andere taken (coördinatie, planning, overleg, gegevensdeling, opleiding en begeleiding... door zowel thuiszorgorganisaties als ziekenhuizen) die vandaag via de bestaande prestatiefinanciering niet of onvoldoende worden vergoed. Op korte termijn kan een aanpassing van de nomenclatuur in deze zin al enig soelaas brengen maar in de toekomstige hervorming van de financiering van de zorg dienen deze taken binnen een meer **value-based financieringskader** te worden opgenomen.
- Op korte termijn is een aanpassing van de huidige **nomenclatuurregels** nodig waardoor de toediening van subcutane behandelingen bij oncologische patiënten in de thuissituatie mogelijk wordt. Dit maakt de verderzetting van dit zorgmodel mogelijk en is voor de overheid een budgetneutrale 'quick win'. Ook een adequate vergoeding van de bloedafname die gereserveerd wordt voor thuisverpleegkundigen met een certificaat (zie boven) zou de opschaling van zorgmodel A bij oncologische patiënten een enorme duw in de rug geven. Aandachtspunt bij een aanpassing van de huidige nomenclatuurregels zijn wel coördinatie, planning, opleiding en begeleiding. Deze taken zijn voor kwaliteitsvolle thuishospitalisatie van cruciaal belang en er dienen dus ook middelen voor voorzien te worden.

#### m.b.t. juridisch kader

- De wetgever dient aan de zorgsector volledig duidelijkheid te verschaffen omtrent de **medische verantwoordelijkheid en de juridische aansprakelijkheid van de betrokken zorgverleners** bij thuishospitalisatie. Er bestaat vandaag onduidelijkheid in welke mate zorgverleners gemachtigd zijn om bepaalde (medische en verpleegtechnische) handelingen in de thuissituatie te stellen.
- **Specifieke juridische drempels** moeten voor elke specifieke thuishospitalisatie-interventie verder in kaart worden gebracht. In het Onco@home-project kwamen een aantal juridische knelpunten naar boven die verder moeten worden aangepakt, zoals het tarificatieprobleem of de juridische onmogelijkheid van officina-apotheken om een rol te spelen in de aflevering van subcutane behandelingen.

## Deel 1: Haalbaarheidsstudie: de toekomst van thuishospitalisatie

### Methodologie

Met het oog op het vormen van een gemeenschappelijk front en een gedragen kader rond de thuishospitalisatiepraktijk besloot Kom op tegen Kanker om ook te investeren in een kwalitatieve studie betreffende thuishospitalisatie.

Vier medewerkers van de afdeling Kennis en Beleid en Externe Projecten voerden in totaal 20 interviews uit met heel uiteenlopende belanghebbenden uit de gezondheidszorg. Er werd zeer breed uitgenodigd, aan de hand van een stakeholdermapping, waarbij alle Belgische organisaties en partijen die een belang hebben in thuishospitalisatie in kaart werden gebracht. Uiteenlopende partijen gingen vlot in op onze vraag tot een gesprek: beleidsmakers, vertegenwoordigers van thuiszorg- en thuisverpleegkundige organisaties en ziekenhuizen, patiëntenorganisaties, verzekeringsinstellingen, andere bedrijven – ook commerciële – en zorginstellingen die met thuishospitalisatie bezig zijn (al dan niet betrokken in de pilootprojecten van de overheid zelf), farmaceutische bedrijven,... Ook in profielen werd er sterk gevarieerd: artsen, directieleden, verpleegkundigen, apothekers, stafmedewerkers...

Aan de hand van een interviewleidraad (zie [bijlage](#)) werd erover gewaakt dat in elk interview de volgende thema's aan bod kwamen: definitie en kenmerken van thuishospitalisatie, de toekomst en het potentieel van thuishospitalisatie, de beleidscontext waarin thuishospitalisatie geïmplementeerd diende te worden (inclusief barrières en drempels binnen deze context), doelstellingen van thuishospitalisatie en implicaties, barrières en drempels in de praktische toepassing van thuishospitalisatie.

Interviews werden vervolgens uitgeschreven – in verkorte vorm, niet woordelijk - en geanalyseerd in Taguette aan de hand van een in de interne werkgroep van Kom op tegen Kanker vooraf afgesproken analysekader (zie [bijlage](#)). Elk interview werd daarbij door minstens twee mensen gecodeerd. De resultaten van deze analyse werden voorgelegd aan de verantwoordelijken van het Onco@home-project in Kortrijk, het proefproject rond thuishospitalisatie dat Kom op tegen Kanker zelf financiert, en op basis daarvan werd een voorlopige haalbaarheidsstudie geschreven.

Op 21/04 organiseerde Kom op tegen Kanker een symposium over thuishospitalisatie waar er in kleine groepen ook verder gedebatteerd kon worden door de volgende groepen: beleidsmakers, zorgverleners, directie van zorgorganisaties en stafmedewerkers, allen met ervaring of concrete of bijzondere interesse in thuishospitalisatie en patiëntenvertegenwoordigers. Voor het debat schreven zich 78 mensen in. Om het debat vlot te laten verlopen kregen de deelnemers op voorhand een korte samenvatting van de hierboven vermelde resultaten en dienden ze te kiezen voor een debat vanuit een welbepaald perspectief (patiënt, zorgverleners en beleid). Tijdens de debatten werden door moderatoren notities gemaakt, zodat de inzichten en opmerkingen die hier naar boven kwamen konden worden afgetoetst of toegevoegd aan de voorlopige resultaten van de haalbaarheidsstudie. De randvoorwaarden en de knelpunten die uit de initiële interviews naar voren kwamen werden op deze manier als het ware bediscussieerd en gevalideerd door een grotere groep betrokken stakeholders.

Naast de interviews werden er ook nog enkele informelere gesprekken met belanghebbenden gevoerd, vb. privé-verzekeraars. In deze gevallen was er geen sprake van een volledig interview, omdat het vaak slechts om een deelaspect met betrekking tot het kader dat voor thuishospitalisatie dient voorzien te worden. In vermeld voorbeeld spraken we met een privé-verzekeraar die ons wist te vertellen dat de privé-verzekeringen het beleid van de verzekeringsinstellingen zullen volgen. Indien

thuishospitalisatie door de mutualiteiten als hospitalisatie beschouwd wordt zullen zij daar met hen verder over in overleg gaan.

Voorts werd door een collega van de dienst externe projecten een verkenning gedaan van de praktijk van thuishospitalisatie in de buurlanden.

Ook het rapport van het KCE van 2015<sup>3</sup> omtrent thuishospitalisatie werd grondig doorgenomen.

De thesis van Lieselot Cool<sup>4</sup>, geschreven in kader van het proefproject in az groeninge in Kortrijk is ook een bron van informatie waarop dit rapport is gebaseerd.

Tot slot werden er ook heel wat inzichten uit het momenteel door Kom op tegen Kanker gefinancierde Onco@home-project meegenomen in deze studie.

---

<sup>3</sup> Farfan-Portet Maria-Isabel, Denis Alain, Mergaert Lut, Daue François, Mistiaen Patriek, Gerkens Sophie, Implementation of hospital at home: orientations for Belgium. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 250.

<sup>4</sup> Cool L. (2020), Oncological Home Hospitalization. Implementation and evaluation of an integrated care model. (Unpublished doctoral dissertation), Ghent University, Ghent.

## Resultaten

### De definitie van thuishospitalisatie

Het KCE rapport<sup>5</sup> van 2015 vertrekt voor de afbakening van thuishospitalisatie (thuishospitalisatie) van de vaststelling dat er geen uniforme definitie bestaat van het concept en dit ondanks het feit dat het al sinds de jaren 1950 bestaat. De werkdefinitie die in het rapport aangehouden wordt luidt: *“Thuishospitalisatie betekent dat de patiënt thuis zorgen krijgt toegediend die anders enkel in het ziekenhuis kunnen worden gegeven”*, waarbij “thuis” betrekking heeft op de leefomgeving en dus ook zowel woonzorgcentra als rust- en verzorgingstehuizen omvat.

Hiermee wordt in het rapport de **complexiteit van de verleende zorg** als centraal element naar voren geschoven: *“de complexiteit van de zorg moet dusdanig zijn dat, zonder thuishospitalisatie, de patiënt in het ziekenhuis zou moeten worden behandeld”* naast **de plaats waar deze zorg verleend wordt**.

Beide elementen kwamen ook naar voren uit de analyse van de interviews binnen onderhavige studie:

*“Het gaat om complexe zorg die normaal in het ziekenhuis moet gebeuren en nu verhuist naar de thuissituatie.”* (citaat interview I13)

*“Het gaat om handelingen die normaal alleen in het ziekenhuis worden uitgevoerd door zorgverleners die daarvoor voldoende gekwalificeerd zijn, het gaat dan niet om ADL-zorg maar om uitgebreidere behandelingen die worden gegeven.”* (citaat interview I17)

Een enkeling koppelt thuishospitalisatie tevens aan de keuze van de patiënt zelf:

*“Thuishospitalisatie is zorg die normaal gezien in het ziekenhuis verleend wordt maar die, indien de patiënt dat wenst, op hetzelfde kwaliteits- en veiligheidsniveau in de thuisomgeving gebeurt. Het concept dekt vele ladingen voor ons.”* (citaat interview I7)

De hoge mate van complexiteit of specialisatie van de zorg(nood) wordt sterk benadrukt als bij uitstek verbonden aan de ziekenhuiscontext, met bijzondere aandacht voor veiligheid inclusief de expertise van de betrokken zorgverleners. Dat maakt volgens sommigen het begrip ‘hospitalisatie’ niet langer van toepassing als de zorg thuis plaatsvindt. De vraag naar een andere benaming van de praktijk die we hierboven omschreven hebben, komt in de interviews met stakeholders alsook in het debat toch regelmatig terug, vanwege de “verkeerde” connotaties met de ziekenhuiscontext – met hooggespecialiseerde zorg, verblijf in het ziekenhuis, hooggespecialiseerde en klinische omgevingen - zowel vanuit het perspectief van de zorgverlener als van de patiënt, die ook wat afschrikken.

*“Thuishospitalisatie is een verkeerde naam, de context van veiligheid in het ziekenhuis kan je thuis niet reproduceren ... Bepaalde veiligheidsregels waaraan je in het ziekenhuis onderworpen bent, kun je nooit repliceren in de thuissituatie, dat kan enkel in een hooggespecialiseerde ziekenhuiscontext. Dus ik zou van gevorderde thuiszorg spreken want concept hospitalisatie staat haaks op thuiscontext.”* (citaat interview I6)

*“Ik spreek liever over alternatieven voor hospitalisatie, aangezien we het niet hebben over hospitalisatie... En ik maakte altijd onderscheid tussen 3 tenlastenemingen op het gebied van de patiënt: hospitaal, domicilie en mensen die niet aan huis kunnen verzorgd worden. Personen die in hospitaal liggen is omdat ze nood hebben aan de hospitaalinfrastructuur -intensieve zorgen of nood*

---

<sup>5</sup> • Farfan-Portet Maria-Isabel, Denis Alain, Mergaert Lut, Daue François, Mistiaen Patriek, Gerkens Sophie, Implementation of hospital at home: orientations for Belgium. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 250, p.7

*aan 24/24 observatie van dokter of verpleging- deze personen kunnen niet aan huis verzorgd worden. (citaat interview I10)*

*“Een bed in huis = dan voel je je ziek = psychologisch” (debat thuishospitalisatie 21/04/21)*

Tot een vaste afbakening van in aanmerking te nemen behandelingen en/of doelpopulaties leidt dit niet. In één adem wordt thuishospitalisatie immers gesitueerd op een **snel evoluerend continuüm** van het ziekenhuis over dagziekenhuis naar de thuiscontext.

*“We hebben voorbije periode evolutie gezien van hospitalisatie naar daghospitalisatie en een volgende stap is nu thuishospitalisatie. Hospitalisatie wil zeggen leveren van gespecialiseerde zorg, (...)” (citaat interview I1)*

*“Thuishospitalisatie is zorg aan huis vanuit een acute setting. We hebben al heel wat settings van thuiszorg die starten vanuit het ziekenhuis... Home TPN (parenterale voeding), dialyses die thuis kunnen gebeuren, in mindere mate wondzorg vanuit het ziekenhuis, toediening van dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen die vroeger klassiek in een dagziekenhuis werden toegediend, OPAT...” (citaat interview I12)*

In termen van complexiteit van de zorg biedt thuishospitalisatie een uitkomst: zorgen voor zeer complexe zorg(noden) die onder invloed van wetenschappelijke, technologische en/of zorgorganisatorische vooruitgang, verschuiven richting minder complexe of minder gespecialiseerde zorg.

*“Intraveneuze antibiotica wordt nog wel beschouwd als thuishospitalisatie, ondanks het feit dat het niet complexer is dan intraveneuze voeding... Dus het heeft niet enkel te maken met de complexiteit van de zorg, maar ook met hoe de zorg wordt georganiseerd en dat is vaak een gevolg van een financiering van de zorg.” (citaat interview I15)*

*“(thuishospitalisatie) Is dynamische visie, want wat je vanwege complexiteit of om technische redenen vandaag in het ziekenhuis doet, kan vanwege technische ontwikkelingen morgen in een andere setting zitten. Zo is het ook gegaan met parenterale voeding (intraveneuze voeding), evolutie ambulante pompen en nieuwe mogelijkheden qua katheterzorg werd dat mogelijk in de thuissetting..., dat wordt niet meer beschouwd als thuishospitalisatie...” (citaat interview I15)*

Is die verschuiving volledig voltrokken en komt het ziekenhuis er in principe niet of nauwelijks meer aan te pas, dan spreekt men ook liever niet meer over thuishospitalisatie, dan wel over thuisbehandeling.

*“(palliatieve zorg) als het om een evolutie gaat waardoor de zorg ‘normaal’ wordt in de thuissetting dan hoort het niet meer onder thuishospitalisatie” (citaat interview I4)*

*“Er was wat verwarring toen ik het met de collega’s besprak, er is een verschil tussen thuisbehandeling bijv. dialyse, antibioticatherapie bij mucoviscidose en thuishospitalisatie.” (citaat interview I13)*

De elementen hierboven die maken dat zorg ‘complex’ of ‘gespecialiseerd’ wordt genoemd en dus doorgaans aan het ziekenhuis gelinkt worden – veilige behandeling, door zorgpersoneel met juiste expertise, aangepaste omgeving, ... - zijn ook meteen zaken die als ‘randvoorwaarden’ voor thuishospitalisatie worden genoemd of, in negatieve zin, als hindernissen worden opgeworpen (zie ook verder, in de bespreking van de randvoorwaarden).

*“Het gaat wel deels om expertise die van ziekenhuis naar thuissituatie moet worden overgedragen maar ook de praktische kant van thuishospitalisatie moet goed geregeld zijn: je moet bijv. een bed thuis kunnen plaatsen, het toilet moet goed toegankelijk zijn,...”* (citaat interview I5)

*“Hospitalisatie wil zeggen leveren van gespecialiseerde zorg, dat moet kwaliteitsvol en veilig gebeuren door personeel dat daarvoor opgeleid is met de juiste expertise. Ik spreek me niet uit wie dat dan moet doen. Ook nodig is dat de nodige medische en verpleegkundige continuïteit kan worden gegarandeerd. De zorg moet ook op basis van evidence-based argumenten gebeuren in plaats van kenmerken van de context bijv. beschikbaarheid van voldoende financiering voor thuishospitalisatie in respectievelijk het ziekenhuis of de thuiszorg.”* (citaat interview I1)

Tot slot valt nog op te merken dat een van de redenen dat de definitie van thuishospitalisatie zo breed uitvalt, waarschijnlijk is dat er zo veel toekomstpotentieel wordt gezien, zowel wat betreft de toepassing voor verschillende therapieën als voor andere zorgen, vb. langere verpleging van paraplegiepatiënten thuis.

Enkele mensen die deelnamen aan het debat rond thuishospitalisatie wezen er dan weer op dat de definitie ook als heel eng kan worden beschouwd. In andere landen, zoals Engeland (mobiele dagklinieken) en Frankrijk, gaat men veel verder en is de definitie dan ook veel breder.

## De doelstellingen van thuishospitalisatie

### Betere kwaliteit van zorg<sup>6</sup>

#### Patiëntgerichte zorg

Als belangrijkste doelstelling voor thuishospitalisatie wordt er door heel wat respondenten voornamelijk verwezen naar **patiëntgerichtheid van de zorg en patiënttevredenheid**, de wens van de patiënt om minder/ niet naar het ziekenhuis te moeten komen/ in het ziekenhuis te moeten zijn en het feit dat hij daar inspraak in kan krijgen. Patiëntgerichtheid is binnen de dimensie persoonsgerichte zorg een belangrijk element van kwaliteitsvolle zorg.

Thuishospitalisatie maakt de zorg patiëntgericht, omdat (onnodige) verplaatsingen naar het ziekenhuis vermeden en/of beperkt worden. Dit is ook voor naasten/mantelzorger en in het kader van de potentieel beperkte mobiliteit van de patiënt belangrijk.

“Het moet in de eerste plaats goed zijn voor de patiënt: dezelfde kwaliteit van zorg en hij moet zijn welzijn kunnen verbeteren.... Als het dat niet doet, dan moeten we er niet aan beginnen... Als je dezelfde klinische uitkomsten kan leveren dan in het ziekenhuis lijkt het me voldoende. Als de patiënt niet moet wachten... het welbevinden van de patiënt zit daar.” (citaat interview I2)

“Argumenten pro zijn wel dat de patiënt een verplaatsing naar het ziekenhuis wordt bespaard als zijn bloedwaarden niet goed zijn...” (citaat interview I6)

“Ik ben voorstander van thuishospitalisatie maar dan vooral voor de pre-hospitalisatiefase zodat alles goed voorbereid is als ze naar ziekenhuis komen, bijvoorbeeld om te vermijden dat een naaste verlof moet nemen om patiënt naar ziekenhuis te transporteren en dat dan na 2 uur aan de patiënt wordt gezegd dat hij terug naar huis moet zonder behandeling. Dat vraagt veel energie van mantelzorger/chauffeur en patiënt voor niks. De patiënt vindt dat lastig t.a.v. de andere die zich heeft geëngageerd.” (citaat interview I17)

“Nood aan tijd voor jezelf als patiënt.” (debat thuishospitalisatie)

“Zorgen dat voor alle lotgenoten dezelfde zorg mogelijk is, dat dit onafhankelijk is van ZH, vaak moet je naar universitaire ZH waardoor verre verplaatsingen owv zeldzame kanker.” (debat thuishospitalisatie, 21/04/21)

Keuzevrijheid en vrijwillige keuze zijn een essentieel onderdeel van inspraak en lijken in deze voor thuishospitalisatie dus wel heel belangrijk als het gaat om zorg op maat en patiëntgerichte zorg.

“Het is een nood/vraag van de patiënten om thuis te worden behandeld. Het moet wel op vrijwillige basis zijn, het mag niet verplicht worden, er moet worden voor gekozen door de patiënt en zijn naasten.” (citaat interview I13)

Eigenlijk komt het er in essentie dus op neer dat patiëntgerichte zorg dient te worden afgestemd op wat de patiënt nodig heeft en wat in lijn ligt met zijn wensen en doelstellingen. Thuishospitalisatie kan hier zeker een rol in spelen, maar is dus niet zaligmakend.

---

<sup>6</sup> Persoonsgerichtheid, effectiviteit, efficiëntie, tijdigheid en toegankelijkheid, veiligheid en gelijkheid zijn de 6 dimensies van kwaliteitsvolle zorg.

“De zes dimensies van zorg.”, <https://blog.acco.be/paramedisch/de-zes-dimensies-van-zorg/>, 09/12/2019, geconsulteerd 01/06/2021

“Ja, meer zorg op maat en de tevredenheid van patiënt zijn aspecten waar steeds meer aandacht voor is. Zoals gezegd zijn sociale contacten tussen patiënten ook wel belangrijk; ze zitten sowieso in een soort van lockdown-situatie. De mensen die geen warme omgeving hebben en alleen zijn, die zitten in een sociaal isolement. Het is belangrijk dat de patiënt af en toe terug op het ziekenhuis wordt gezien. Het moet een combinatie zijn van thuis en in het dagziekenhuis.” (citaat interview I13)

“De doelstelling is in eerste instantie het verlangen van een heel grote groep van patiënten om thuis hun behandeling te kunnen krijgen... Indien je natuurlijk ook de verwachting van de patiënt kunt waarmaken om geconnecteerd te zijn met de specialisten... Anders realiseer je uw randvoorwaarden niet en kan je niet spreken van een succesvol iets.” (citaat interview I15)

“Er is een tendens naar meer doelgerichte zorg. Thuishospitalisatie laat toe om zorg flexibeler volgens de doelen van een patiënt te organiseren.” (citaat interview I7)

“Voelde zich als patiënt verstikt, veel wachten op zorgverleners, nood aan patient empowerment, als patiënt mee kunnen denken over soepel pakket, vb. meer nood aan diëtiste.” (debat thuishospitalisatie, 21/04/21)

“Zorgen dat patiënt op bepaald moment leven zelf in handen kan nemen.” (debat thuishospitalisatie, 21/04/21)

“Ik zou graag willen pleiten voor een zorg en zorgteam op maat van de noden van de patiënt volgens een "soepel recept" dat kan wijzigen in de tijd:

- niet met de patiënt "centraal", in de zin van een cirkel rond/ "voor" de patiënt maar "naast" de patiënt (patiënt stuurt mee), want anders wordt de zorgdruk te hoog (ik voelde me overspoeld door zorg thuis, mijn hele agenda vol, maar miste o.a. mentale zorg);
- de zorg was vooral medisch en fysiek (thuiszorg die instaat voor wassen van de patiënt, eten klaar maken, poetsen,...), maar ik miste de integratie van "welzijn" o.a. bovengenoemde andere disciplines (kiné, diëtiste...) waarbij de nood aan een bepaalde discipline wijzigt in de tijd en stopt op de moment dat de patiënt zelf de verantwoordelijkheid terug opneemt/ kan opnemen ("empowerment"). “(mail deelnemer, na debat thuishospitalisatie op 21/04/21)

Een patiënt die meer controle krijgt over zijn traject heeft daar mogelijk ook baat bij op het vlak van levenskwaliteit.

“Wat ze met de Engelse term “patient empowerment” noemen. Een patiënt die mede-eigenaar is van zijn behandelingstraject heeft een betere quality of life. Daar is evidence voor. Ik denk dat gespecialiseerde thuiszorg/thuishospitalisatie daar een rol kan in spelen.” (zorgverlener Onco@home)

#### Klinische uitkomsten (effectiviteit) en veiligheid

Hoewel er hier wel wat meer discussie over is, wordt door enkele respondenten toch geopperd dat thuishospitalisatie mogelijk een positieve bijdrage kan leveren aan de **klinische, medische of harde uitkomsten van de zorg aan de patiënt**, ervan uitgaand dat de patiënt die zich beter in zijn vel voelt ook beter op de behandeling reageert.

“De kwaliteit van zorg voor de patiënt. Je ziet in veel patiëntenbevragingen dat ze pro zorg thuis zijn. De zorg kan niet altijd thuis worden gegeven maar voor de zorg die wel kan thuis kan worden gegeven, is het kwalitatief beter voor de patiënt: je ziet patiënten die thuis behandeling krijgen, opleven, voor de patiënt is de eigen omgeving belangrijk.” (citaat interview I4)



“..., maar ik merk toch veel positieve elementen, vooral voor de patiënt, die thuis is en minder gefrustreerd is door in hospitaal te zitten. Dit speelt op sociaal en moreel gebied van de patiënt met positieve effecten op behandeling.” (citaat interview I10)

Wat betreft dit medische aspect van de kwaliteit van zorg lopen de meningen met betrekking tot een verhoogde kwaliteit wel wat uiteen. Als het gaat over de klinische uitkomsten van behandeling is men ervan overtuigd dat er niet altijd veel voordeel te behalen valt met thuishospitalisatie in vergelijking met de klassieke hospitalisatie in het ziekenhuis.

“Ik denk dat klinische uitkomsten bij thuishospitalisatie niet direct verbeteren, wel voelt de patiënt zich beter in zijn vel en als die zich mentaal beter voelt dan kan dat wel positieve effect hebben op klinische uitkomsten, daar ben ik van overtuigd maar dat is niet het centrale element van kwaliteit van zorg. Ik hanteer de definitie van 6 dimensies van kwaliteit van zorg: persoonsgerichtheid is belangrijk. Dimensie waar een behandeling thuis beter scoort voor de patiënt omdat hij zich op zijn gemak voelt, dimensies veiligheid en tijdigheid zijn wel meer een discussiepunt: daarvoor zit je in een ziekenhuis wellicht wel beter, maar voor andere dimensies persoonsgerichtheid, efficiëntie, effectiviteit en gelijkheid is verhoging van kwaliteit in thuissituatie mogelijk. Belangrijk is om winst/verlies op verschillende dimensies af te wegen.” (citaat interview I4)

Toch gaan er ook enkele stemmen op die menen dat de klinische uitkomsten met thuishospitalisatie zelfs beter kunnen zijn, hetzij door het feit dat de patiënt zich beter (psychosociaal) zou kunnen voelen bij dit type zorg, zoals hierboven al vermeld, door het feit dat de patiënt zelf meer betrokken is op zijn behandeling (patient empowerment) of door een betere interdisciplinaire samenwerking rond de patiënt die door thuishospitalisatie gefaciliteerd wordt. Mits de gegevensdeling, die voor thuishospitalisatie nodig is, geoptimaliseerd wordt en eventueel ondersteund wordt door tele- of digitale monitoring, kan het ook zijn dat de specialist zich kan baseren op meer en meer relevante informatie (klinisch gemeten t.o.v. het verhaal van de patiënt, waardoor de zorg mogelijk beter wordt en een specialist beter kan inschatten wie echt tot in het ziekenhuis moet komen.

“De kwaliteit van zorg kan beter zijn. Het is niet omdat je in het ziekenhuis bent dat je een grote toegankelijkheid hebt tot de oncoloog en vragen kan stellen.... Met goede technologie is dat wel mogelijk, want als je veel datapunten hebt kan je snel die filter zijn werk laten doen en de aandacht van het team erop vestigen... Dus de kwaliteit kan beter zijn, omdat je sneller kan reageren t.o.v. het ziekenhuis. De technologieën op dit vlak staan verder buiten het ziekenhuis dan in het ziekenhuis en de algoritmes worden steeds beter. Het EPD (=elektronisch patiëntendossier) is niet zo performant op dat vlak. De oncoloog krijgt dus eigenlijk de kans om een betere oncoloog te zijn... Patiënten hebben namelijk de gewoonte om het te hebben over de laatste dagen/uren en met meer datapunten weet je meer. Je kan de patiënt indien nodig naar het ziekenhuis laten komen.” (citaat interview I15)

Tevens rijst de vraag of het eigenlijk wel nodig is dat thuishospitalisatie betere uitkomsten kan aantonen dan de klassieke hospitalisatie in het ziekenhuis. Indien dezelfde effectiviteit en veiligheid van zorg als in het ziekenhuis kan worden aangetoond en gegarandeerd dan zou dat, ook vanwege de kerndoelstelling van patiëntgerichte zorg, al voldoende kunnen zijn.

“De doelstelling moet zijn dat dezelfde kwaliteit van zorg moet kunnen worden gegarandeerd als in het ziekenhuis: als je diezelfde kwaliteit kan garanderen dan gaan patiënten kiezen om thuis te worden behandeld.” (citaat interview I5)

“We moeten eerlijk zijn: er zijn bij het beperkte onderzoek dat daarover gebeurd is geen gegevens dat er een verbetering zou zijn van harde (ziektecontrole, overleving) of zachte (QoL, maar daar is de vraag

of we over de juiste instrumenten beschikken om dat te meten) eindpunten.” (zorgverlener Onco@home)

**Veiligheid** is een heel belangrijk element in kwaliteitsvolle zorg.

Het is in de eerste plaats duidelijk dat de patiënt moet kunnen vertrouwen op de zorgverleners om een goede keuze te maken met betrekking tot de therapieën die in aanmerking komen voor thuishospitalisatie en de manier waarop hij binnen dit gegeven wordt opgevolgd. De patiënt zelf wil per slot van rekening zelf ook de juiste zorg op de juiste plaats krijgen en zich veilig weten. Dit is essentieel voor het vertrouwen dat de patiënt in zijn zorg moet hebben en het bijhorende veiligheidsgevoel.

In het kader van veilige zorg wordt ook wel verwezen naar ziekenhuisinfecties en ander infectiegevaar, zoals nu natuurlijk heel actueel het coronavirus. Een verminderd risico voor patiënten op dergelijke infecties wordt toch meermaals vermeld als potentieel voordeel van thuishospitalisatie.

“Het risico op ziekenhuisinfecties is wellicht ook kleiner thuis dan in het ziekenhuis - die vaak resistent zijn tegen antibiotica - en zal waarschijnlijk ook makkelijker thuis dan in het ziekenhuis kunnen worden bestreden als het zich voordoet.... Nee, maar men gaat er wel vanuit dat het percentage sterfgevallen dat te wijten is aan infecties opgedaan in het ziekenhuis onderschat wordt. Ik ken de cijfers niet vanbuiten maar het gaat toch om een aanzienlijk percentage. Dat kwam ook ter sprake in discussies bij het fonds voor medische ongevallen. Alle ziekenhuizen hebben ziekenhuishygiënist: er moet wel wat cijfermateriaal bij volksgezondheid daarrond beschikbaar zijn maar dat is dan niet specifiek voor daghospitalisatie en wellicht vooral van toepassing op gehospitaliseerden die in het ziekenhuis verblijven? Een reden waarom men antibioticatherapie toedient thuis aan mucopatiënten is omdat bijkomende infecties die tijdens behandeling worden opgelopen nog moeilijker te genezen zijn en dus moeten worden vermeden omdat de immuniteit van de patiënten tijdens de behandeling wordt gecompromitteerd.” (citaat interview I13)

“Toch wel: we zien nu in de coronacrisis dat er op de dagziekenhuizen relatief weinig ziekenhuisinfecties zijn, zelfs lager dan bij doorsnee populatie. Die cijfers zijn er.” (citaat interview I5)

Om veilige zorg in de thuissituatie te kunnen leveren is het ook wel nodig dat de thuissituatie van de patiënt geëvalueerd en desgevallend gereduceerd wordt (hygiëne, omkadering, mantelzorg). Hier kunnen namelijk ook gevaarlijke situaties ontstaan. Een geschikte thuisomgeving (fysiek, psychosociaal) is in de randvoorwaarden vanuit het perspectief van de patiënt alsook de zorgverlener zeker een belangrijk element.

Kwaliteitsvolle en veilige zorg binnen het concept van thuishospitalisatie zal er volgens de geïnterviewden bovendien niet vanzelf komen: er dient te worden gewerkt aan noodzakelijke randvoorwaarden en processen die moeten worden gerealiseerd om deze kwaliteit te garanderen.

“Ja, maar het is een argument dat langs 2 kanten kan snijden: het zou kunnen dat het infectierisico net ook groter is wanneer het thuis ‘op de keukentafel of in de zetel gebeurt’ bij wijze van spreken door een minder ervaren verpleegkundige dan in de hoogkwalitatieve omgeving van het ziekenhuis. We mogen toch fier zijn op onze ziekenhuiszorg.” (citaat interview I5)

“Ik denk dat dezelfde kwaliteit garanderen de belangrijkste uitdaging van thuishospitalisatie is, naast uiteraard de adequate financiering ervan.” (citaat interview I5)

## Tijdigheid en toegankelijkheid

Eenzijds wordt er verwezen naar thuishospitalisatie als een manier om de zorg **toegankelijk** te houden en ervoor te zorgen dat mensen hun zorg **tijdig** kunnen blijven ontvangen in een systeem dat soms overbelast wordt.

“We hebben wel meer kwaliteitsprojecten waarvoor we geen overheidsfinanciering krijgen. Dat is zo maar we zijn ermee gestart omdat we zagen dat de wachttijden voor patiënten als ze binnenkwamen voor chemo veel te lang waren en we een capaciteitsprobleem kregen op ons oncologisch daghospitaal. Dat was de trigger: als we beseffen dat we niet alle patiënten voor chemo nog geplaatst krijgen, dan zoeken we andere manieren om hen goed te behandelen. Dat was een manier om meer capaciteit te creëren; dat is dus wel een return omdat iemand anders dan in die stoel zit dan diegene die nu thuis zijn bloedafname krijgt. Maar het is voornamelijk ingegeven door kwaliteit van zorg. (citaat interview I16)

“Ik denk inderdaad dat de meeste projecten initieel vanuit overwegingen van efficiëntie zijn gestart en dat men zo de andere elementen heeft ontdekt (patiëntgerichtheid, kwaliteit, veiligheid is even goed).” (zorgverlener Onco@home)

“Nu is druk in het ziekenhuis heel hoog. Veel patiënten voor te weinig verpleegkundigen. De oncologie gaat enkel maar verder boomen met de vele behandelingen en toenemende patiënten. Verpleegkundigen hebben hulp nodig. Druk gaat alsmaar vergroten. Kankerzorg wordt chronische zorg waardoor langdurige opvolging nodig blijft.” (debat thuishospitalisatie, 21/04/21)

Anderzijds is er wel een andere kant aan de medaille en is het wel mogelijk dat de aanspreekbaarheid/toegankelijkheid van de zorgverleners negatief beïnvloed wordt door thuishospitalisatie en vermits deze aspecten ook onderdeel van patiëntgerichte zorg zijn, dient er goed te worden nagedacht hoe hiermee om te gaan in geval van thuishospitalisatie. Hier zou dus zeker extra aandacht voor moeten zijn. Uiteraard is de situatie ook nog heel anders voor patiënten die gedeeltelijk thuis gehospitaliseerd worden en dan toch nog vaker in het ziekenhuis zijn ten opzichte van patiënten waarvan de volledige therapie thuis doorgaat en die dus echt wel veel minder frequent in het ziekenhuis aanwezig zijn.

“Het is meer patiëntgericht omdat patiënt zich minder moet verplaatsen, het is minder patiëntgericht omdat de patiënt ook voor andere vragen naar het ziekenhuis komt waarop hij thuis geen antwoord krijgt, bijv. vragen aan de verpleegsters, op het dagziekenhuis zijn de verpleegsters heel laagdrempelig aanspreekbaar en empathisch en dragen zo – veel meer dan de artsen - bij aan het psychosociaal welzijn van de patiënt. Ik weet niet of thuisverpleegkundigen daar de tijd voor hebben. Voor sommige patiënten is ook het sociaal contact met andere lotgenoten in het dagziekenhuis belangrijk, zeker voor oudere patiënten met weinig sociale contacten die zich eenzaam voelen is menselijk contact belangrijk. Dat verlies je ook in de thuissituatie. Het is niet automatisch zo dat thuisbehandeling meer patiëntgericht is dan hospitaalsetting, op sommige punten wel maar op andere weer niet.” (citaat interview I6)

“Er zijn ook veel patiënten die in het kader van dat project daar niet ingingen op het aanbod om thuis herceptine toegediend te krijgen, ze wilden toch nog langs het ziekenhuis langskomen voor allerlei redenen: patiënten willen bijv. ook praten met de oncoloog, de psycholoog, de (sociaal) verpleegkundige, ... de behandeling is vaak niet de enige reden om naar het ziekenhuis te komen.” (citaat interview I6)

“Lotgenotencontact kan op een andere manier (in een later stadium). Maar in het ziekenhuis komt dit net op de moment dat je het nodig hebt. Thuis zet je de stap niet zo snel. Je gaat een aantal mensen

missen die je niet gaat bereiken. Contact met lotgenoten verschilt per ziekenhuis.” (debat thuishospitalisatie 21/04/21)

“Contact met lotgenoten gaat moeilijker zijn als je elkaar minder ziet.” (debat thuishospitalisatie, 21/04/21)

“In ziekenhuis krijg je vaak voorschrift van oncoloog: kan een andere zorgverlener aan huis dat ook geven? Ook andere administratieve zaken regel je met oncoloog. Soms kan dit digitaal doorgestuurd worden door zorgverlener maar niet even evident voor iedereen.” (debat thuishospitalisatie 21/04/21)

“Gevaar voor minder contact met oncocoach om de patiënt te begeleiden: bespreken therapie en levenskwaliteit - anders springt die snel binnen zonder afspraak. Gaat dit dan digitaal zijn? Of verdwijnen? Zeker als therapie volledig thuis is.” (debat thuishospitalisatie 21/04/21)

“Ik heb reeds "avant la lettre" in 2019 volgens dat concept mijn chemo doorgemaakt (bloedanalyse vooraf en 6 maanden om de 11 dagen een chemobaxter gedurende 3 dagen thuis).

Dat was om meerdere redenen niet zo geslaagd (ik voelde me niet veilig), omdat meerdere randvoorwaarden niet uitgewerkt waren zoals die vandaag aan bod zijn gekomen.

- door bloedanalyse de dag voordien, was mijn daghospitalisatie kort en miste ik bezoek van kinesiste, diëtiste, psycholoog (angstbegeleiding), bezoek door iemand van een ondersteuningshuis/ lotgenotenvereniging, voetverzorging, gelaatsverzorging, massage...die tijdens de "wachtijd" voorzien werden. “ (mail deelnemer, na debat thuishospitalisatie op 21/04/21)

“Ik zou graag willen pleiten voor een zorg en zorgteam op maat van de noden van de patiënt volgens een "soepel recept" dat kan wijzigen in de tijd:

- niet met de patiënt "centraal", in de zin van een cirkel rond/ "voor" de patiënt maar "naast" de patiënt ( patiënt stuurt mee), want anders wordt de zorgdruk te hoog (ik voelde me overspoeld door zorg thuis, mijn hele agenda vol, maar miste o.a. mentale zorg);
- de zorg was vooral medisch en fysiek (thuiszorg die instaat voor wassen van de patiënt, eten klaar maken, poetsen,...), maar ik miste de integratie van "welzijn" o.a. bovengenoemde andere disciplines (kiné, diëtiste...) waarbij de nood aan een bepaalde discipline wijzigt in de tijd en stopt op de moment dat de patiënt zelf de verantwoordelijkheid terug opneemt/ kan opnemen ("empowerment"). “ (uit een mail van een deelnemer en patiënte, na debat thuishospitalisatie op 21/04/21)

Over deze verminderde toegankelijkheid is er anderzijds ook wel wat scepsis.

“Het is niet omdat je in het ziekenhuis bent dat je een grote toegankelijkheid hebt tot de oncoloog en vragen kan stellen...” (citaat interview I15)

Ook voor bijkomende psychosociale ondersteuning, vooral voor mensen die geen of een beperkt netwerk hebben en voor lotgenotencontact, contact met andere patiënten (die dezelfde behandeling ondergaan) moet er voldoende aandacht zijn. Eventueel kan er aan alternatieven gedacht worden, bijvoorbeeld virtueel contact.

“Kankerpatiënten hechten ook veel belang aan sociale contacten in het ziekenhuis met andere patiënten, praten over hun ervaringen met de behandelingen,... dat wordt moeilijker bij thuishospitalisatie. Het contact kan natuurlijk ook virtueel gebeuren.” (citaat interview I13)

## Efficiëntie

Thuishospitalisatie komt de **efficiëntie van de zorg** ten goede, indien de therapieën waarvoor het wordt ingezet zorgvuldig worden gekozen.

Hierboven werd reeds verwezen naar onnodige voorbereidingen en wachttijden in kader van een behandeling die dan toch niet kan doorgaan, bijvoorbeeld een oncologische therapie die dient te worden uitgesteld wegens onvoldoende herstelde bloedwaarden.

Voor bepaalde handelingen, vb. inspuiting, is het ziekenhuis bovendien misschien ook niet meer de meest passende context.

Als het gewoon is om een inspuiting te krijgen, is het wel de vraag of je daar per se voor naar het ziekenhuis moet gaan. Eigenlijk zou thuishospitalisatie ook voordeliger moeten zijn voor de patiënt omdat de patiënt erin investeert door het thuis te laten doorgaan. (citaat I13)

Voor de gezondheidszorg als breder kader kan je dus stellen dat thuishospitalisatie het makkelijker maakt voor de hoogopgeleide, gespecialiseerde medewerkers om te focussen op dat type zorg waarvoor dat nodig is. Op die manier wordt beschikbare ziekenhuiscapaciteit gepast gebruikt voor hooggespecialiseerde zorg, zorg die echt in het ziekenhuis geleverd moet worden.

“Waar kan de tweede lijn zich echt tot essentie/ kernfocus herleiden? Wanneer moet een patiënt echt naar het ziekenhuis? Hoogopgeleide artsen en verpleegkundigen kunnen dan echt met hun kerntaken bezig zijn. Dat is ook zeer dure zorg. Dat we dan de maatschappelijke middelen zo efficiënt mogelijk kunnen gebruiken. Voordelen naar welzijn en efficiënte besteding van overheidsmiddelen....” (citaat interview I2)

“Een pijnpunt is dat we te veel bedden hebben. Goed is wel de netwerkvorming en de specialisering in referentiecentra. Dat is misschien lastiger voor patiënt die zich verder moet verplaatsen maar ik denk dat de patiënt liever naar een arts gaat die 500 keer een operatie doet dan maar 5 keer per jaar. We gaan moeten bedden afschaffen wat goed voor gezondheidsbudget is, we moeten meer investeren in kwaliteit van zorg en verder zullen heel veel geriatrische patiënten moeten worden opgevangen. Geriatrische bedden leveren nu niet op, dat wordt nu gezien als een financiële last door het ziekenhuis maar daar moet een mentaliteitsverandering gebeuren: waarom wil iedereen g-en z-bedden in zijn ziekenhuis? (citaat interview I4)

Een deelnemer aan het debat merkt wel terecht op dat de focus op efficiëntie ook zijn grenzen kent. Ook zorgverleners in het ziekenhuis moeten nog menselijke, warme zorg kunnen bieden en tijd krijgen om in contact te treden met hun patiënten, ook voor hun eigen jobtevredenheid.

“Niet vanuit de overheid opleggen 'zoveel minder personen in dagziekenhuis', dus minder financiering. Omdat er nu reeds een onderfinanciering is. Verpleegkundigen hebben nu al weinig tijd voor babbeltjes of een goed gesprek.” (debat thuishospitalisatie, 21/04/21)

Om efficiëntie (en veiligheid!) te garanderen is het uiteraard wel belangrijk dat de (generalistische of specialistische) ziekenhuis- of thuisverpleegkundigen die bepaalde zorg in de thuiscontext toedienen ook voldoende opgeleid en/of begeleid worden.

“Opleiding is nodig een vereiste voor dit specialisme! indien niet bereid om bij te scholen, schuilen er gevaren in; kennis van bijwerkingen, gevaren.” (debat thuishospitalisatie, 21/04/21)

“Opleiding in ziekenhuis, poort aanprikken door thuisverpleging, aan te leren, te oefenen in ziekenhuis.” (debat thuishospitalisatie, 21/04/21)

Voldoende denkwerk met betrekking tot de nodige veranderingen in de totaalprocessen is cruciaal opdat de verwachte efficiëntiewinst zich ook kan voordoen.

“Bloedafname thuis vergt ook een andere organisatie voor de oncologen: de dag voordien moeten ze beschikbaar zijn om de resultaten te interpreteren. Voor (grote) ZH met assistenten is dit makkelijker te regelen. Daartegenover staat zeker wel het gemak om chemo direct te kunnen toedienen. In ons ZH geraakt de bloedafname thuis moeilijk van de grond omwille van de vele vereiste procesaanpassingen. Om die reden vind ik de financiering voor een coördinator erg belangrijk. De beschikbaarheid van de artsen is bij ons een moeilijk punt, daartegenover staat wel het duidelijke plaatstekort in de dagziekenhuizen.” (debat thuishospitalisatie, 21/04/21)

Efficiënte zorg is ook vanuit het standpunt van de patiënt een belangrijk element. In de nabije toekomst zorgt nieuwe wetgeving ervoor dat bepaalde chemotherapie voor redelijk wat ziekenhuizen misschien niet meer in huis bereid kan worden. Indien de voorbereiding van de chemo tegen dan niet thuis gebeuren kan, zal dat wellicht voor sommige (veel?) patiënten betekenen dat ze zich extra moeten verplaatsen/ veel langer moeten wachten. Gedeeltelijke thuishospitalisatie kan hier dus de efficiëntie van dit specifieke zorgpad gevoelig verhogen, zij het dan voornamelijk vanuit het perspectief van de patiënt.

### Gelijkheid

Er zijn zeker goede redenen om patiënten niet op te nemen in thuishospitalisatie, maar het is wel belangrijk dat hier objectieve criteria voor zijn en dat eventueel met de patiënt kan worden bekeken of er remediëring van de situatie mogelijk is, bijvoorbeeld thuiszorg inschakelen voor een patiënt die graag thuis behandeld zou worden, maar geen netwerk of niet voldoende ondersteuning heeft.

Momenteel blijkt dat de drempels voor thuishospitalisatie soms financieel zijn (remgelden, eigen bijdragen...) en dat wordt ervaren als onrechtvaardig.

“Terugbetaling via hospitalisatieverzekering: geldt dit voor thuishospitalisatie? Opletten dat het niet meer kost voor de patiënt!

Wie beslist over profiel van de patiënt

Specifiëren wie hiervoor wel en niet in aanmerking komt

Welke ZH doen mee en welke niet, enkel wie in pilootproject zit ?

Gaat elk ZH dezelfde inclusievoorwaarden hanteren?

De wetgever/kader moet ervoor zorgen dat de inclusievoorwaarden voor iedereen/elk ZH gelijk zijn.” (debat thuishospitalisatie, 21/04/21)

### Hogere kostenefficiëntie

Efficiëntie in de zorgverlening hangt ook samen met kostenefficiëntie. In het ziekenhuis kunnen de kosten zeer hoog oplopen: verpleegdagprijs, ligdagprijs, speciaal vervoer voor mensen met verminderde mobiliteit...

Vermits ziekenhuiszorg gespecialiseerde zorg is en dus duurder is, levert de verplaatsing van bepaalde zorgen naar de thuiscontext ook op gezondheidseconomisch vlak voordelen op.

Thuishospitalisatie op zichzelf kan zeker **kostenefficiënt** zijn en voor sommige behandelingen ook een besparing opleveren voor de ziekteverzekering.

“Er zijn 2 dingen: de patiënt, dat moet de basis zijn, maar ook het financieringsmodel, daar schort het nu, maar eigenlijk is dat toch goedkoper voor de overheid om bepaalde dingen thuis te doen dan ze stricto sensu in een ziekenhuis te doen.” ((citaat interview I12)

“Waar kan de tweede lijn zich echt tot essentie/ kernfocus herleiden? Wanneer moet een patiënt echt naar het ziekenhuis? Hoogopgeleide artsen en verpleegkundigen kunnen dan echt met hun kerntaken bezig zijn. Dat is ook zeer dure zorg. Dat we dan de maatschappelijke middelen zo efficiënt mogelijk kunnen gebruiken. Er zijn voordelen naar welzijn en efficiënte besteding van overheidsmiddelen....” (citaat interview I2)

“Wat houdt de shift op vandaag tegen? Financiering stuurt gedrag en de financiering herleggen is het moeilijkste wat er is. Is werk voor een gezondheidseconoom. Berekenen wat is er duurder: opvolging in het ziekenhuis of thuis... Het zal altijd gaan om een multidisciplinair proces dat over de eerste en de tweede lijn gaat, eventueel met een zwaartepunt op de thuiszorg, met feedback naar het ziekenhuis en dat de patiënt nog wel naar het ziekenhuis gaat als het nodig is, maar veel minder. Op wat baseer ik mij... (COVID) Als je ziet wat het RIZIV voorziet om een patiënt thuis te verzorgen en dan een ligdag in het ziekenhuis... Dan ligt dat mijlenver uit elkaar. Je hebt veel thuishospitalisatieprojecten waarin de vergoeding voor de thuiszorg minimaal is, en zelfs onder de kostprijs van thuiszorgactoren die het moeten komen leveren. Niet alle kosten worden in kaart gebracht: coördinatie en digitalisering..., maar zet dat tegenover de besparing van ligdagen en vergelijk nomenclatuuraktes in de ziekenhuiszorg met die in de thuiszorg, dan weet iedereen in een oogopslag dat het goedkoper is... Je moet natuurlijk per project kijken voor die aktes in het ziekenhuis en de thuiszorg. Maar als je je ligdagen kunt verminderen ben ik er toch van overtuigd dat veel projecten zelfs goed gefinancierd nooit 4 à 500 Euro/dag zouden kosten, inclusief zorg en verpleging en zelfs een vergoeding voor de digitalisering. Dat is een basisovertuiging, maar je zou het per project moeten bekijken...(citaat interview I2)

Het is wel belangrijk om een onderscheid te maken tussen de verschillende contexten waarvoor thuishospitalisatie als (gedeeltelijke) vervanging wordt ingezet. Als je een meerdaagse hospitalisatie in het ziekenhuis opvangt in thuishospitalisatie zijn grote besparingen wel mogelijk.... Als het gaat om daghospitalisatie kan je de patiënt wellicht eerder meer comfort bieden voor ongeveer dezelfde prijs. Besparingen zijn dus zeker niet altijd een aparte doelstelling en zelfs niet altijd mogelijk.

“Voor Onco@home is het verhaal wel anders. Daar gaat het om het vergroten van het comfort van de patiënt voor hetzelfde bedrag per dag. Niet zitten wachten of onverrichter zake naar huis terugkeren. Dat gaat dan niet over verminderen van ligdagen. Gaat het over prestaties in het dagziekenhuis, dan denk ik dat het voor dezelfde prijs moet kunnen...” (citaat interview I2)

Een aandachtspunt bij de berekening van de prijs van thuishospitalisatie is dat alle kosten in aanmerking moeten worden genomen (niet enkel medische zorg, maar ook vb. omkadering (zorgkundig, etc....) die moet voorzien worden. Men dient hierover te spreken met de verschillende beslissingsniveaus om dit op een goede manier gefinancierd te krijgen, ook opdat de patiënt niet degene zou zijn die voor bepaalde kosten moet opdraaien.

“De kosten van het ziekenhuis zijn ook hoog bijv. de ligdagprijs, en dat valt dan weg. In het ziekenhuis heb je trouwens ook coördinatiekosten – coördinatie is absoluut noodzakelijk – er moet vanaf het begin werk van gemaakt worden door een casemanager met een medische of paramedische opleiding die een aantal dingen mee opvolgt en de patiënt ondersteunt; de verpleegdagprijs is ook hoog als je die kan vermijden door een combinatie van daghospitalisatie en TH ; er zullen ook minder opnames zijn als de opvang van nevenwerkingen thuis beter georganiseerd is. Het kan zijn dat het in begin meer gaat kosten maar op termijn zijn er wellicht ook minder kosten. De kostprijs van (gespecialiseerd) vervoer voor weinig mobiele patiënten moet ook mee worden gerekend; ook de tijd om zich te

verplaatsen kan ook belastend voor de patiënt zijn en geven ook stress; de condities zullen beter thuis zijn, waardoor er misschien minder bijwerkingen zijn, behandeling beter aanslaat, dat zorgt ook voor minder kosten.” (citaat interview I13)

Ook een zekere mate van standaardisering van thuishospitalisatiezorg zal bevorderlijk zijn, voor zowel de financiering alsook vermoedelijk de kwaliteit van zorg.

“Mijn boodschap is wel om te streven naar een uniform model dat lokaal/regionaal wat kan aangepast worden, maar niet dat iedereen in de eigen achtertuin zijn eigen organisatie begint op te zetten want dat is geldverspilling van de bovenste plank. Dat kan ook de rol van KOTK zijn om alle pilootprojecten samen te brengen, en als je alle kennis die we al vergaard hebben samenbrengen dan kan je al een mooi rapport aan de bevoegde instanties overmaken, zonder opnieuw een pilootproject te lanceren.” (citaat interview I5)

Om een optimale realisatie en implementatie van thuishospitalisatie te bekomen zal er ook geïnvesteerd moeten worden in de noodzakelijke randvoorwaarden, vb. degelijke opleiding en begeleiding van het uitvoerend personeel, vb. voor het aanprikken van een poortkatheter (zie randvoorwaarden).

Verder is het belangrijk dat de totaalcontext van thuishospitalisatie in aanmerking genomen wordt en in zijn totaliteit vergeleken wordt met hospitalisatie in het ziekenhuis, zodat je inderdaad kan spreken van een even goede kwaliteit van zorg in de thuiscontext. Het gaat dan bijvoorbeeld ook om zorgkundigen, poetshulp, nachtzorg e.d., indien noodzakelijk.

“Het is moeilijk om dat in kaart te brengen en welke kostprijs plak je daarop? Een ding is ook die telemonitoring: hoe neem je de kostprijs van telemonitoringsysteem mee in kostenplaatje van thuishospitalisatie want een telemonitoringsysteem is ook belangrijk voor vele andere interventies.” (citaat interview I13)



### (Rand)voorwaarden voor een succesvolle praktijk thuishospitalisatie

Om thuishospitalisatie te implementeren en (op termijn) te kunnen aanbieden aan elke patiënt die ervoor in aanmerking komt, moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan, zo blijkt uit de interviews met de stakeholders en de online themadebatten (debat thuishospitalisatie, 21 april 2021). Het is duidelijk dat thuishospitalisatie lokaal/regionaal in een pilootproject aanbieden van een andere orde is dan thuishospitalisatie op grote schaal geïntegreerd in de oncologische zorg aan kankerpatiënten aan te bieden. Om deze grote stap te kunnen zetten en van thuishospitalisatie in België een succesverhaal te maken moet met een aantal randvoorwaarden worden rekening gehouden die betrekking hebben op resp. 1) de patiënt en zijn omgeving 2) de betrokken zorgverleners en 3) het beleid.

#### *Perspectief van de patiënt, zijn omgeving en de mantelzorgers*

In de eerste plaats is het noodzakelijk om zich af te vragen of thuishospitalisatie überhaupt wel iets is waar patiënten op zitten te wachten. Dat lijkt in pilootprojecten allerhande, waaronder ook het Onco@home-project gefinancierd door Kom op tegen Kanker, zeker wel het geval te zijn. Al valt zeker op te merken dat er ook patiënten zijn die er toch anders tegenaan kijken.

“Eens ik uit het ziekenhuis ben, weet ik dat ik de slechte herinneringen achter mij laat. Je kan er een lijn onder trekken = psychologisch” (debat thuishospitalisatie 21/04/21)

“Je wil je gezin besparen. Thuis ben je weer mama. Met kleine kinderen thuis niet evident. Het is dubbel want zo verwerken ze dit ook.” (debat thuishospitalisatie 21/04/21)

“Niet evident voor alleenstaande personen: ze zitten dan na de behandeling alleen thuis terwijl er anders zorgverleners in de buurt zijn” (debat thuishospitalisatie 21/04/21)

Ook in de interviews werd door een aantal geïnterviewde stakeholders benadrukt dat aan de patiënt best de **keuzevrijheid** wordt gegarandeerd: thuishospitalisatie mag niet worden opgedrongen aan patiënten die zich veiliger in het ziekenhuis voelen en angstig zijn om een behandeling thuis te ontvangen. Ook de wens van de patiënt om de “ziekte buiten de deur te houden” kan meespelen om toch een behandeling in het ziekenhuis te verkiezen.

Tegenover deze argumenten pro-keuzevrijheid plaatsen sommige geïnterviewde stakeholders ook argumenten van kostenefficiëntie en logistieke efficiëntie. Er wordt daarbij verwezen naar andere cases zoals bijv. de verkorte ligduur in het ziekenhuis na bevalling waarbij de patiënt ook niet meer kan kiezen om langer in het ziekenhuis te verblijven:

“Voor zwangerschap heeft de overheid via de financiering gezorgd dat je niet meer lang in het ziekenhuis kan liggen. Als je dit wetenschappelijk en maatschappelijk kan onderbouwen, moet je op termijn misschien de keuze niet meer laten... Je moet dat niet drastisch doen... De geesten gaan zo wel rijpen...”(I2)

Als objectief zou blijken dat een thuishospitalisatie-zorgpad qua kost en kwaliteit van zorg voor de patiënt beter is, dan kan thuishospitalisatie op de lange termijn de nieuwe standaardbehandeling worden en kan daghospitalisatie worden voorbehouden voor subgroepen van patiënten voor wie het medisch verantwoord is dat ze naar het ziekenhuis komen.

Thuishospitalisatie zou op termijn in België vlot toegankelijk moeten zijn voor elke patiënt die dit graag wil en daar medisch gezien voor in aanmerking komt. Dat is het uitgangspunt. Om dit ook echt in de praktijk te garanderen, moet er worden geanticipeerd op een aantal mogelijke drempels die bij de

patiënt zelf en zijn/haar (thuis)omgeving kunnen spelen waardoor de keuze voor thuishospitalisatie voor hem/haar minder voordeel biedt dan daghospitalisatie.

De patiënt moet voldoende vertrouwen hebben en zich veilig voelen bij thuishospitalisatie. Aangezien het om een zeer recente vorm van zorgverstrekking gaat, moet het vertrouwen van de patiënt in thuishospitalisatie nog groeien. Momenteel is de praktijk van thuishospitalisatie nog niet echt ingeburgerd. Patiënten gaan er vaak vanuit dat de zorg in het ziekenhuis betere zorg is of voelen zich veiliger in het ziekenhuis omdat men in geval van problemen/urgenties direct toegang heeft tot de artsen-specialisten.

Ook in het onlinedebat kwam aan bod dat duidelijke informatie over de veiligheid van de behandeling thuis, naast het bieden van een vrije keuze, belangrijke voorwaarden zijn voor de patiënt die bijdragen tot de acceptatie van thuishospitalisatie.

Het vertrouwen van de patiënt zal toenemen wanneer voor hem/haar duidelijk is dat de zorg in de thuissituatie op een even kwaliteitsvolle manier kan gebeuren als in het ziekenhuis. De mogelijke angstgevoelens bij patiënten die zich veiliger voelen in het ziekenhuis moeten serieus genomen worden en zijn een belangrijk aandachtspunt voor de implementatie van thuishospitalisatie.

“Ik denk ook dat het belangrijk is dat patiënten zich voldoende veilig voelen dus dat is het psychosociale aspect, daarom is het belangrijk om met het traject te starten met een aantal sessies in het dagziekenhuis en dan overschakelen naar de thuissituatie. In die eerste fase kan je omgeving van patiënt al betrekken.” (I1)

“De patiëntenbeleving valt niet te onderschatten, zelfs een bloedafname thuis en een toxiciteitsbevraging thuis werpt bij een aantal patiënten al argwaan op. Ze voelen zich het veiligst in het ziekenhuis maar door het veel te doen en te herhalen zal de patiënt hieraan wel wennen. Als patiënten ervaren dat er bij problemen kort op de bal wordt gespeeld, dan kan dat verder worden uitgebouwd.” (I13)

Emotionele drempels kunnen de keuze voor een thuisbehandeling ook bemoeilijken. Patiënten kunnen een bed in huis constant associëren met hun ziekte en alles wat erbij komt kijken. Naar huis gaan betekent voor hen ook het ziekenhuis en de ziekte achter zich laten. Thuis kan je dan weer je vertrouwde rollen van ouder, partner, enz. opnemen en de patiëntenrol achter je laten en zo de anderen van het gezin ook aspecten van het ziekteproces besparen.

Anderzijds moet de **toegang** tot thuishospitalisatie voor patiënten die dat willen gegarandeerd zijn. Uiteraard kunnen er goede medische of sociale redenen zijn om de behandeling toch in het ziekenhuis te laten doorgaan, maar het is belangrijk – zo kwam in de onlinedebatten naar boven – dat de criteria om in aanmerking te komen voor thuishospitalisatie voor alle patiënten uniform zijn in alle ziekenhuizen. De voorwaarden voor inclusie zouden door de wetgever kunnen worden vastgesteld, aldus een voorstel uit de onlinedebatten.

Tevens mag de **financiële toestand** van de patiënt niet bepalend zijn om al dan niet te kiezen voor thuishospitalisatie. Door de huidige wetgeving, financieringsregels en logistieke organisatie van de zorg kan de out of pocket-kost voor patiënten bij thuishospitalisatie hoger liggen (bijv. bepaalde medicatie die in ziekenhuiscontext beter wordt terugbetaald dan in de thuiscontext, thuisbezoeken die een grotere eigen bijdrage vergen, aankoop of huur van extra materiaal om thuis te blijven waar geen vergoeding voor wordt voorzien...). Dergelijke vormen van financiële ongelijkheid moeten worden weggewerkt omdat ze haaks staan op de doelstelling om thuishospitalisatie op grote schaal aan elke patiënt die ervoor in aanmerking komt, aan te bieden. Idem dito moeten de kosten voor de

patiënt in het kader van thuishospitalisatie ook worden gedekt door de hospitalisatieverzekering. Dit was een specifiek aandachtspunt dat ook in de onlinedebatten ter sprake kwam.

Thuishospitalisatie kan ook voor de patiënt mogelijk **extra taken en verantwoordelijkheden** met zich meebrengen die over bepaalde kennis en vaardigheden dient te beschikken om die taken te volbrengen zoals bijv. het systematisch registreren en doorgeven van data (in geval van gebruik van een app voor digitale monitoring), het zelf detecteren en signaleren aan de zorgverleners van mogelijk onrustwekkende symptomen, het bewaren van therapieën onder de juiste omstandigheden in de thuissituatie (wanneer deze met de patiënt in het ziekenhuis worden meegegeven). Dit zijn taken/verantwoordelijkheden die niet zomaar kunnen worden verondersteld dat ze in de thuissituatie door de patiënt worden uitgevoerd; een assessment vooraf van de mogelijkheden van 'self-management' bij de patiënt en gepaste patiënteducatie zijn noodzakelijk:

“Educatie van de patiënt is ook een cruciaal element bij TH: de patiënt moet voldoende mee zijn met welke behandeling hij krijgt, waarom hij die krijgt en wat de mogelijke bijwerkingen/neveneffecten zijn. Dat is nog belangrijker dan wanneer hij de behandeling in daghospitalisatie krijgt, maar daar is het ook belangrijk.” (I13)

Bij thuishospitalisatie is het ook essentieel om in kaart te brengen wat de impact van thuishospitalisatie voor de naasten (indien aanwezig) van de patiënten is, welke rollen en taken ze wel/niet kunnen opnemen als de patiënt thuis wordt behandeld. De draagkracht van de mantelzorgers moet goed vooraf worden ingeschat, zo gebeurt het vaak dat de patiënt naar huis wil maar dat de mantelzorgers dan een grote verantwoordelijkheid in de schoenen geschoven krijgt waarop hij/zij niet is voorbereid.<sup>7</sup> Dit speelt uiteraard vooral voor patiënten waar er naast de medische behandeling veel begeleidende zorg en toezicht nodig zijn. Voor ambulante behandelingen in het dagziekenhuis lijkt de bijkomende last voor mantelzorgers wel minder een probleem zoals bijv. toediening (subcutane) behandeling: de impact op de (beschikbare) mantelzorgers is beperkt in vergelijking met residentiële vormen van hospitalisatie, integendeel zelfs: drempels i.v.m. vervoer naar het ziekenhuis stellen zich niet omdat de behandelaar aan huis komt. Verder moeten mantelzorgers die dat wensen als een volwaardige partner worden betrokken in de zorg voor de patiënt, wat betekent dat communicatie en (digitale) gegevensdeling een tweerichtingsverkeer moet zijn tussen zorgverleners en mantelzorgers, op voorwaarde uiteraard dat de patiënt hiermee akkoord gaat. Dit is nog een werkpunt:

“De vraag is hoe je mantelzorgers kan betrekken in transmurale zorg; het gros van de oncopatienten komt op consultatie met een partner. We hebben nog niet veel nagedacht hoe we dat in de thuissituatie moeten aanpakken en hoe we mantelzorgers kunnen laten participeren in het zorgproces thuis.” (I17)

Naasten die de zorg voor de patiënt (willen en kunnen) opnemen moeten net als de patiënt ook de nodige info en ruggensteun krijgen zodat ze weten wat ze moeten doen als de patiënt bepaalde klachten/symptomen krijgt.

In de online debatten werden ook nogmaals verwezen naar de bezorgdheden omtrent de **toegang tot de zorgverleners** in het ziekenhuis bij thuishospitalisatie die ook in het stuk over doelstellingen reeds aan bod kwam: het gaat dan om praktische vragen zoals hoe de patiënt dan op het moment (indien nodig) aan een voorschrift van de oncoloog in het ziekenhuis geraakt, de oncocoach in het ziekenhuis die minder frequent/spontaan bereikbaar zal zijn als de behandeling meer thuis gebeurt en de nood

---

<sup>7</sup> Zie ook Onzichtbaar maar onmisbaar. Welke knelpunten ervaren mantelzorgers van kankerpatiënten? Dossier Kom op tegen Kanker, Brussel: 2015

van de patiënt om toch een vast aanspreekpunt (in het ziekenhuis?) te hebben waar hij/zij terecht kan met zijn vragen en zorgen:

“Gevaar voor minder contact met oncocoach om de patiënt te begeleiden: bespreken therapie en levenskwaliteit - anders springt die snel binnen zonder afspraak. Gaat dit dan digitaal zijn? Of verdwijnen? Zeker als therapie volledig thuis is”

Voor patiënten zonder of met een beperkt netwerk kan het deels wegvallen van het sociale contact (lotgenotencontact) in het (dag)ziekenhuis ook een nadeel zijn. Dit gaat wellicht vooral op voor behandelingen die volledig van het ziekenhuis naar thuis verschuiven. Thuishospitalisatie wordt vaak gedeeltelijk aangeboden aan kankerpatiënten bijv. de bloedafname voor chemo die thuis gebeurt, waardoor de aanwezigheidsduur in het dagziekenhuis korter (en dus ook de tijd voor sociaal contact) wordt. Ook subcutane toedieningen gebeuren vaak eerst in het ziekenhuis en lopen nadien verder thuis, waarbij een regelmatig contact met het ziekenhuis behouden wordt. Telegeneeskunde en digitale monitoring kunnen alleszins ondersteunend werken om de band tussen patiënt en de zorgverleners in het ziekenhuis te behouden. Ook de zorg en begeleiding thuis voor patiënten zonder netwerk is een belangrijk aandachtspunt. Op basis van een analyse van de noden van de patiënt in de thuissituatie moet **thuiszorg** (gezinshulp, poetshulp,...) op maat worden ingezet. Ook kunnen bepaalde kenmerken van de thuissituatie (afwezigheid van nodige accommodatie, gebrekkige hygiëne, ongezonde woning, geen rustige omgeving, naaste die ook zorgbehoevend is,...) een behandeling thuis bemoeilijken. Het is dan wel net een voordeel dat een zorgverlener aan huis de thuissituatie in kaart brengt en ondersteunende diensten kan inschakelen terwijl anders bepaalde noden misschien onder de radar blijven wanneer de patiënt op consultatie in het ziekenhuis komt.

#### *Perspectief zorgverleners*

Bij thuishospitalisatie zijn er mogelijk meer schakels in de zorgketen dan bij klassieke (dag)hospitalisatie en komen er nog andere actoren in beeld die een rol zouden kunnen spelen bij de implementatie en opschaling van thuishospitalisatie. Om thuishospitalisatie veilig, kwaliteitsvol, patiëntgericht op grotere schaal aan patiënten te kunnen aanbieden, dienen vanuit het perspectief van de betrokken zorgverleners – en hier is in de verschillende pilootprojecten en voor verschillende zorgpaden heel wat variatie aan betrokkenheid te zien - een aantal randvoorwaarden te zijn vervuld. Zo is er de vraag naar of en hoe het toezicht van de behandelend arts kan worden gegarandeerd; moeten thuiszorgverleners beschikken over voldoende expertise en zijn laagdrempelige communicatiemiddelen tussen de 1ste en 2de lijn, duidelijke taakafspraken en uniformiteit in de zorgprocessen een must om thuishospitalisatie te laten slagen.

Voor een opschaling van thuishospitalisatie en een brede integratie van deze zorgpraktijk in dit systeem kan tot slot ook het potentieel van actoren die nu in de pilootfase nog geen rol spelen, worden onderzocht. Voor de behandeling van kankerpatiënten gaat het dan bijv. om de mogelijke rol die privé-labo's (voor de analyse van bloedstalen) en de officina-apotheken (voor de aflevering van de subcutane therapieën) zouden kunnen spelen.

#### *Relevante partnerschappen en samenwerkingen*

Het is duidelijk dat er momenteel, in de verschillende projecten die lopen in de Belgische gezondheidszorg, grote variaties te zien zijn in de mate van samenwerking en de partnerschappen die worden uitgebouwd. Er zijn projecten rond thuishospitalisatie waarin er uitsluitend met ziekenhuispersoneel wordt gewerkt, andere waar er gekozen wordt voor een beperkt aantal partners en nog andere waar de samenwerking toch heel breed wordt opgezet. Voor de projecten waar er partnerschappen en samenwerkingen worden opgezet zijn er toch enkele interessante observaties te maken met betrekking tot de profielen waarmee men samenwerkt of zou kunnen samenwerken. Deze

zijn geenszins limitatief. Waarschijnlijk zijn er in de toekomst van thuishospitalisatie nog wel meerdere mooie samenwerkingen mogelijk en uit te bouwen, zoals ook hierboven reeds vermeld.

### De thuisverpleegkundige als mogelijke partner

Voor ziekenhuizen die met partners werken voor bloedafname en anamnese en (subcutane) therapieën komt de thuisverpleegkundige in beeld, en in mindere mate de huisarts.

Over welke kennis en vaardigheden dient deze thuisverpleegkundige in het kader van thuishospitalisatie te beschikken? Dit hangt uiteraard af van de specifieke kenmerken van de interventie. Bijvoorbeeld voor de bloedafname en symptoomlastbevraging door de thuisverpleegkundige aan huis voorziet het Onco@home-project een specifieke training om verpleegtechnische vaardigheden aan te leren, de kennis over de pathologie te verdiepen, verpleegkundige verslaggeving te optimaliseren en wordt een aantal uren stage in het dagziekenhuis voorzien, inclusief intervisiemomenten nadien. Voor de eventuele toediening van (subcutane) behandelingen is volgens de geïnterviewde stakeholders specifiek voor elk type behandeling een korte, bijkomende, praktijkgerichte opleiding nodig. Het trainingsmodel voor negatieve druktherapie kan hiervoor model staan:

“De zorg wordt door de ziekenhuizen geïnitieerd, de thuiszorgdiensten worden begeleid en er is een terugkoment voorzien, zowel voor patiënt als verpleegkundige. Dat model is interessant om te bekijken, ook al gaat het over een andere pathologie.”

Daarnaast dient volgens sommigen ook **patiënteneducatie** in zo'n opleiding aan bod te komen, want:

“de patient moet voldoende mee zijn met welke behandeling hij krijgt, waarom hij die krijgt en wat de mogelijke bijwerkingen/neveneffecten zijn” (113).

Daarnaast moet er in de opleiding ook aandacht zijn voor zgn. **supportieve zorg** voor psychosociale problemen die nu ‘uit gewoonte’ in de ziekenhuizen wordt gegeven. Door de brede trend naar meer transmurale samenwerking en meer zorg voor oncologische patiënten in de thuissituatie is dit een logische evolutie naar thuisverpleegkundigen ‘met bredere oncologische basis’, aldus één respondent.

Andere randvoorwaarden naast een praktijkgerichte opleiding om thuisverpleegkundigen voldoende expertise te laten opbouwen m.b.t. thuishospitalisatie is dat ze **voldoende aantallen patiënten** kunnen behandelen en dus **voldoende routine** opdoen. Tegelijkertijd vergroot dit ook de aantrekkelijkheid voor een thuisverpleegkundige om zich daarin bij te scholen. Volgens een geïnterviewde stakeholder knelt hier het schoentje bij ambulante parenterale antimicrobiële therapie (OPAT), omdat in de praktijk het volume patiënten te klein is. M.a.w. de verhouding tussen opgeleide/gespecialiseerde verpleegkundigen en de grootte van de doelgroep in een regio moet dus in balans te zijn. Dergelijke specialisatie van een subgroep van verpleegkundigen is wellicht in grote thuiszorgorganisaties makkelijker te organiseren maar zelfstandige thuisverpleegkundigen willen een gelijke toegang hebben tot de extra opleiding rond thuishospitalisatie, zo blijkt uit de gesprekken met stakeholders.

Het knelpunt blijft wel dat verpleegkundigen voor die bijkomende expertise vandaag niet vergoed worden en de thuiszorgorganisatie evenmin voor de kosten van de bijkomende opleiding. Er is dus geen kader om deze expertise te verankeren. Dit laatste brengt ons bij de vraag volgens welk model die verdere specialisering kan worden georganiseerd. Het bestaande model van referentieverpleegkundigen in bijv. wondzorg, diabetes zou als voorbeeld voor het certificaat met betrekking tot thuishospitalisatie kunnen worden gehanteerd. Binnen dit kader worden door de overheid voorwaarden opgelegd op het vlak van training en navorming, richtlijnen rond de verpleegkundige interventies en verslaggeving, en specifieke vergoedingen voorzien. Er is zeker een

vorm van **certificering** nodig waarbij verpleegkundigen gestimuleerd worden navorming te blijven volgen voor een specifiek domein. Een stakeholder verwijst hiervoor bijv. naar het systeem van 'credentialing' voor verpleegkundigen in de Verenigde Staten. Merk op dat dit laatste systeem van individuele certificatie ook voor zelfstandige verpleegkundigen mogelijkheden biedt als zij dat wensen. Het is voor hen zeker moeilijker om een rol op te nemen in (bepaalde vormen van) thuishospitalisatie, zeker als ze niet actief zijn in een grotere groep. Toch kan het, zoals in het Onco@home-project ook is aangetoond.

In de online debatten werd de piste van certificering gevolgd, maar gingen sommige deelnemers nog een stap verder door ervoor te pleiten dat de thuisverpleegkundige ook een oncoverpleegkundige zou moeten zijn:

“een oncologische achtergrond is een meerwaarde om de training Onco@home te volgen; het is belangrijk dat de thuisverpleegkundige kan doorvragen als er symptomen zijn, dit gebeurt misschien niet door een thuisverpleegkundige die enkel de training over thuishospitalisatie heeft gekregen”

Nochtans zijn er ook tegenargumenten voor een ver doorgedreven specialisering binnen de thuisverpleegkundige zorg. De meeste stakeholders hadden bedenkingen bij een sterk doorgedreven specialisering van de thuisverpleegkundigen. Dit zou in de thuiszorg nog kunnen leiden tot meer versnipperde zorg aan huis zoals bijv. in Nederland waar verschillende thuisverpleegkundigen bij dezelfde patiënt verantwoordelijk zijn om verschillende zorgtaken uit te voeren. Dit is echter sowieso het geval als je in een regio met een beperkte groep van thuisverpleegkundigen werkt die specifiek opgeleid zijn voor thuishospitalisatie. Anderen vinden het ook niet echt nodig:

*“In de meeste gevallen als je de juiste mensen met de juiste basisopleiding hebt, dan kun je die door een juiste begeleiding wel op een goed niveau brengen. Als we nu gaan beginnen met oncologische/ Parkinson/ ... verpleegkundigen in de thuiszorg... Als we met algemene verpleegkundigen werken en die door technologie een juiste begeleiding en opleiding geven om dat goed te doen, kan de expertise van de ziekenhuizen naar de thuiszorg gebracht worden.” (I15)*

#### De rol van de huisarts

Naast de thuisverpleegkundige komt ook **de huisarts** in beeld. In één thuishospitalisatieproject werd de opleiding rond subcutane behandelingen van het ziekenhuis ook aangeboden aan huisartsen. In een ander pilootproject waren huisartsen helemaal niet betrokken en was dat ook niet het opzet. De rol van de huisarts m.b.t. thuishospitalisatie is onduidelijk omdat zijn rol in het oncologisch behandelingstraject as such onduidelijk is: de oncologische behandeling is doorgaans volledig een ziekenhuisgebeuren waarin de huisarts **doorgaans weinig betrokken** wordt, tenzij hij/zij zelf (pro)actief initiatief neemt om met het ziekenhuis contact over zijn/haar patiënt met kanker op te nemen. Huisartsen missen soms de specifieke kennis over oncologische behandelingen bijv. orale of intraveneuze chemotherapie of de mogelijke neveneffecten van nieuwe immunotherapiebehandelingen waardoor de patiënt bij vragen of klachten zich direct tot de zorgverleners van het ziekenhuis wendt. Het vraagt van een huisarts wel om een aanzienlijke individuele investering om zich in te werken in de neveneffecten van al de verschillende kankerbehandelingen, terwijl de volumes patiënten met die specifieke behandelingen in de huisartsenpraktijk niet erg groot zijn. Sommige zorgverleners in het ziekenhuis observeren grote verschillen niet enkel op vlak van kennis maar ook op vlak van interesse/visie bij huisartsen om het oncologische traject mee te volgen of bijv. om zelf de bloedafname te doen. Nochtans zijn er ook positieve ervaringen in één project:

“Uiteraard lag de keuze ook bij huisartsen om hier al dan niet mee te stappen; bijna alle huisartsen wilden hier in mee ondanks de extra belasting door de extra opleiding. Misschien zal dit anders zijn bij opschaling omdat de cultuur in eerste lijn wat geëvolueerd is en sommigen dit misschien niet langer als hun verantwoordelijkheid/job zien. Uiteraard kregen de verpleegkundigen van (de thuiszorgorganisatie) ook stevige opleiding, wat voor sommige andere patiënten de keuze dan weer op de thuisverpleegkundige liet vallen, sommige huisartsen hebben wat ‘vertrouwensschade’ opgelopen in een kankertraject van een patiënt.” (I18)

Voor de bevroegde stakeholders is het dus nog niet zo duidelijk welke rol en taken de huisarts in het oncologische traject juist kan opnemen maar staat wel vast dat de huisarts een rol moet krijgen gegeven de evolutie dat er meer zorg buiten het ziekenhuis verschuift. Ook in de onlinedebatten werd er gewezen op het belang van de huisarts in het transmurale verhaal van thuishospitalisatie.

De uitwerking van een duidelijke visie en kader m.b.t. de rol en taken van de huisarts voor oncologische patiënten tijdens en na de behandeling is een must maar overstijgt de specifieke case van thuishospitalisatie. Op zijn minst zou de huisarts via een centraal medisch dossier het behandeltraject van zijn patiënten moeten kunnen volgen. De huisarts kan in dit transmurale verhaal een complementaire rol spelen met die van de behandelend arts in het ziekenhuis, om de algemene gezondheidssituatie en levenskwaliteit van de patiënt thuis mee op te volgen en kankergerelateerde (doorverwijzing naar ziekenhuis) en andere klachten (zelf behandelen) te triëren:

“De huisarts zou dan de rol kunnen opnemen van medisch coördinator terwijl de oncoloog verantwoordelijk is en blijft voor de behandeling – dat valt volledig binnen de expertise van oncologie. Als de patiënt bijv. dan een verkoudheid krijgt dan kan de huisarts met kennis van oncologische therapie bekijken hoe dit moet worden aangepakt of hij bv de patiënt toch naar ziekenhuis moet sturen of bijv. een siroop met codeïne mag voorschrijven. De huisarts heeft dan een meer holistisch beeld over de patiënt dan enkel zijn oncoproblematiek en door zijn extra kennis in de oncologie kan hij meer betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt en wordt de zorg minder fragmentarisch tussen enerzijds de huisarts en anderzijds de oncoloog”. (I4)

Dat is iets anders dan louter een specifieke act zoals een bloedafname uitvoeren – wat perfect door een thuisverpleegkundige kan gebeuren. Mits meer navorming rond oncologie en een systematische kennisdeling met de arts-specialisten bijv. in gedeelde LOK’s zou de huisarts ook de kankerpatiënt kunnen mee opvolgen en ingrijpen bij medische urgenties.

Ook hier – zo kwam in de onlinedebatten aan bod – is het belangrijk om duidelijk af te bakenen wie de finale verantwoordelijkheid voor de behandeling/zorg aan huis draagt (zie boven) en hoe de rol van de huisarts zich daartoe verhoudt.

#### Nog twee mogelijke partners: de private labo’s en de officina-apotheek

Bij klassieke (dag)hospitalisatie zijn er naast de zorgverleners in het ziekenhuis vaak nog andere actoren die opereren als logistieke tussenschakels in de zorgketen m.n. voor oncologische patiënten doet het ziekenhuislabo de bloedstaalanalyses voor de start van de chemobehandeling en levert de ziekenhuisapotheek de (subcutane) behandelingen af. De vraag is dan of bij een verdere implementatie en opschaling van thuishospitalisatie voor de oncologische doelgroep het mogelijk én wenselijk is om deze taken ook buiten het ziekenhuis te schuiven.

Voor het dag -1 zorgluik doen de huidige pilootprojecten thuishospitalisatie een beroep op het eigen ziekenhuislabo voor de bloedanalyses. Maar bij een grote opschaling zou het wel kunnen dat de afstand tussen de woonplaats van de patiënt en het ziekenhuislabo erg groot wordt, waardoor de

transportkost en -tijd toeneemt. Dit stelt de opschaling van thuishospitalisatie ook voor grote **logistieke uitdagingen:**

“Dus niet alleen de kostprijs van de bloedafname op zich maar ook van het transport naar één centraal punt is belangrijk. Als je bijv. 25 euro krijgt om een bloedafname te doen, dan is dat waarschijnlijk niet voldoende als je ook die persoon moet betalen om rond te rijden en je de bloedstalen op een bepaald punt moet inleveren. Daar zit een gigantische logistiek achter die ook moet worden betaald.” (15)

Eén optie is om het labo van het dichtstbijzijnde ziekenhuis bij de woonplaats van de patiënt in te schakelen maar dit vraagt een betere samenwerking tussen ziekenhuizen onderling dan nu al het geval is. Andere opties zijn om het transport van bloedstalen kostenefficiënter te organiseren dan nu het geval is (bijv. transport niet door thuisverpleegkundige zelf) of om ook private labo's in te schakelen om de bloedanalyses uit te voeren. Een voordeel volgens één expert is dat de private labo's de bloedanalyses wellicht tegen een lagere prijs kunnen doen maar daar zit voor de ziekenhuizen net ook een belangrijke keerzijde: in het huidige systeem van ziekenhuisfinanciering zou het ziekenhuis een aanzienlijk stuk financiering mislopen wanneer de bloedanalyses niet meer in het ziekenhuislabo kunnen gebeuren.

Ook stelt de samenwerking met privé-labo's extra uitdagingen op het vlak van gegevensdeling en logistiek. De verschillende ICT-systemen bij de private labo's en ziekenhuizen bemoeilijken een vlotte gegevensdeling, wat zeker op grotere schaal met grote volumes van patiënten een extra uitdaging is. Zo zijn bijv. de testresultaten die in pdf-vorm naar het ziekenhuis doorgestuurd niet inleesbaar in het patiëntendossier in een overzicht dat voor de arts makkelijk te overzien is. Verder moeten op logistiek vlak alle acties binnen en buiten het ziekenhuis naadloos op elkaar aansluiten:

“Er zijn ook tijdslijnen die moeten worden gerespecteerd en dan is het labo in het ziekenhuis een voordeel: we zorgen ervoor dat we de resultaten een dag voordien ter beschikking hebben tussen 12 en 1 uur: op die manier kunnen we de voorschriften voor de volgende dag al voorbereiden zodat je tijdswinst hebt voor de apotheek en je een betere planning hebt en je tijdig kan beslissen om een behandeling uit te stellen of niet. Dat is een heel raderwerk: stel nu dat je die bloedafnames niet pas om 16u hebt, dan vind je geen apotheker meer die nog 20 chemo's kan bereiden, dat zou dan een apotheker van wacht moeten gaan doen... dat is logistiek niet haalbaar.” (15)

Dit vraagt ook intern in het ziekenhuis heel wat aanpassingen, zo blijkt ook uit de onlinedebatten:

“Bloedafname thuis vergt ook een andere organisatie voor de oncologen: de dag voordien moeten ze beschikbaar zijn om de resultaten te interpreteren. Voor (grote) ziekenhuizen met assistenten is dit makkelijker te regelen. Daar tegenover staat zeker wel het gemak om chemo direct te kunnen toedienen. In ons ziekenhuis geraakt de bloedafname thuis moeilijk van de grond omwille van de vele vereiste procesaanpassingen. Om die reden vind ik de financiering voor een coördinator erg belangrijk. De beschikbaarheid van de artsen is bij ons een moeilijk punt, daar tegenover staat wel het duidelijke plaatstekort in de dagziekenhuizen.”

Voor sommige behandelingen zou een 'dag-2' verhaal nl. een bloedafname 2 dagen voor de behandeling een optie kunnen zijn maar voor andere behandelingen is dat te lang op voorhand aldus een expert. Over de interpretatie van de bloedresultaten aangeleverd door private labo's zijn de meningen tussen experts ook verdeeld: een expert stelt dat de bloedanalyses niet overal in privé-labo's met dezelfde testkits en met dezelfde referentiewaarden gebeuren wat de interpretatie bemoeilijkt terwijl een andere expert stelt dat de interpretatie van bloedresultaten relatief eenvoudig is. Dus dit knelpunt dient ook verder te worden verkend wanneer een samenwerking met private labo's zou worden opgezet.



Bij opschaling van de behandeling met subcutane therapieën in de thuissituatie wordt de aflevering van de behandelingen door de ziekenhuisapothek aan thuisverpleegkundigen eveneens een grote logistieke uitdaging. Wettelijk is het op dit moment niet mogelijk om deze behandelingen in de **officina-apotheek** te bewaren en af te leveren; nochtans zou dit de ziekenhuisapotheken een enorme logistieke operatie (en dus een aanzienlijke financiële kost voor de ziekteverzekering) besparen. Het gaat o.m. over de afhaling van de therapieën door de thuisverpleegkundige in het ziekenhuis en het transport van de therapieën op correcte bewaartemperatuur:

“We lopen in dat project wel tegen heel wat logistieke drempels aan bijv. de officina in elk dorp; er is voor hen nog geen wettelijk kader om die therapieën ter beschikking te stellen, je bent dus logistiek afhankelijk van de ziekenhuisapotheek. Die producten moeten ook in optimale condities worden getransporteerd tegen koelkasttemperatuur.” (I17)

De mogelijke rol van officina-apotheken in thuishospitalisatie moet dus ook verder worden bekeken:

“Sommige medicatie kan enkel worden afgeleverd door de ziekenhuisapotheek, andere niet, maar ik denk dat dat het minst lastige probleem (bij thuishospitalisatie, nvdr.) is. De kwaliteit van toediening en het instellen van de therapie zijn cruciaal. Of een medicijn nu door een ziekenhuisapotheker of officina apotheker wordt afgeleverd....” (I12)

Voor het product Herceptine (geen bereiding) werd in een pilootproject het product meegegeven aan de patiënt die het in optimale omstandigheden diende te bewaren. In dat geval komt de verantwoordelijkheid voor de goede bewaring van een duur product wel bij de patiënt te liggen wat voor extra druk op de patiënt kan zorgen. In één van de pilootprojecten gebeurde wel op voorhand een controle door de zorgverlener aan huis van de temperatuur van de koelkast maar dit is wellicht alleen in een pilootfase realistisch om uit te voeren.

Ook in de onlinedebatten kwamen vragen naar boven over de praktische kant van het vervoer van zowel bloedstalen en chemoprodukten bijv. wie dit transport best kan doen en welke kwaliteitsgaranties er moeten zijn.

“de verpleegkundige van het dagziekenhuis neemt de medicatie mee naar de patiënt thuis. De patiënt tekent hiervoor een document voor toestemming om medicatie mee te brengen. Vervoer producten? Mag eigenlijk niet, toestemming nodig van patiënt of van de overheid? Dit was niet helemaal duidelijk (in het pilootproject, nvdr.). Het vervoer moet sowieso correct gebeuren en veilig.”

Verder werd er ook gepleit om de officina-apotheker beter te betrekken in het behandelingsproces zodat deze info op maat aan de patiënt kan geven, mee de therapietrouw van patiënten stimuleren en medicatie afleveren. Ook de apotheker ervaart een gebrek aan transmurale gegevensdeling:

“apotheker weet niet welke patiënt chemo krijgt maar patiënt komt wel met vragen over zijn bijwerkingen naar de apotheker maar de apotheker is dus niet op de hoogte...”

#### Medische verantwoordelijkheid

Wanneer een behandeling of zorgactiviteit van de ziekenhuissetting naar de thuissituatie verschuift is het de vraag wie die behandeling of zorg in de thuissituatie kan/mag leveren. Vandaag zijn er pilootprojecten waarbij de behandeling in de thuissituatie door ziekenhuisverpleegkundigen gebeurt maar dit botst op logistieke grenzen. Soms is er dan logischerwijze sprake van een bepaalde perimeter rond het ziekenhuis waarin thuishospitalisatie wordt aangeboden. Bij een verdere opschaling van thuishospitalisatie zal de piste waarbij verpleegkundigen van het ziekenhuis aan huis langs gaan moeten worden geëvalueerd en kan het een piste zijn om zorgverleners in de thuiszorg in te schakelen voor bepaalde zorgen, aldus een aantal geïnterviewde stakeholders. De meeste ziekenhuizen hebben

van bij de start van hun pilootproject de samenwerking met één of meerdere partner(s) uit de thuiszorg gezocht om een grotere regio te kunnen bestrijken:

*“Verpleegkundigen van het ziekenhuis thuisbehandelingen laten doen lijkt geen schaalbaar/haalbaar model, ze kunnen een coördinerende rol opnemen, maar die kan ook bij externe organisaties liggen, die technologie hebben die dat mogelijk maakt om dat zo te gaan doen. De zorg kan dan lokaal uitgevoerd worden en er dient minder afstand afgelegd te worden.” (115)*

“We konden zo rekenen op een organisatie die ervaring had met zorg leveren in de thuissituatie. Je zit ook met gegevenheid van een universitair ziekenhuis dat verschilt van regionale ziekenhuizen, nl. dat patiënten verspreid zitten over het hele land.”

“We hebben ook een grote geografische actieradius – de patiënten komen van overal – dat maakt dat het niet interessant is om voor thuisverpleegkundigen in provincie Antwerpen om naar andere provincies te rijden. Moet je dan patiënten gaan excluderen op basis van hun woonplaats?”

Welke rol en taken zorgverleners in de thuiszorg kunnen overnemen van de zorgverleners van het ziekenhuis hangt af van de complexiteit van de behandeling en de vereiste gespecialiseerde kennis die nodig is om die zorgtaken uit te voeren. Een vorm van toezicht of feedback van de behandelend arts in het ziekenhuis zal steeds nodig zijn, aangezien de behandeling door hem/haar is ingesteld en dus verantwoordelijk is. *“De eindverantwoordelijkheid blijft bij de specialist, dus de parameters moeten door het ziekenhuis worden opgevolgd”* kwam ook tijdens de onlinedebatten naar boven.

De verantwoordelijkheid voor de behandeling en de daarbij horende aansprakelijkheid is een belangrijk vraagstuk bij thuishospitalisatie. Behandelend artsen kunnen vormen van thuishospitalisatie waarbij een behandeling thuis zonder hun aanwezigheid worden toegediend, percipiëren als een verlies van ‘controle’ op het behandelingsproces. Uit sommige interviews blijkt dat er wel bij (veel?) artsen in het ziekenhuis nog voorbehoud is om een toediening van medicatie in de thuissituatie zonder aanwezigheid van een arts toe te laten; vanuit medisch perspectief is er de visie dat een behandeling altijd gepaard dient te gaan met een klinische inschatting of de behandeling wel kan worden toegediend; artsen twijfelen of andere zorgverleners zoals een thuisverpleegkundige die klinische inschatting voldoende kan maken. Vanuit verpleegkundig perspectief wordt echter ook geargumenteed dat het bijv. bij subcutane behandelingen om laag-risico behandelingen gaat die nu (ook) autonoom door de verpleegkundige in het dagziekenhuis worden toegediend zonder directe aanwezigheid van de arts:

“Het gaat eigenlijk om de (subcutane, nvdr.) toedieningen die ook zonder arts autonoom door verpleegkundigen werden toegediend in de ziekenhuizen die vervangen werden door thuisverpleegkundigen naar keuze, dus het argument van 'kwaliteit' door klinici slaat ergens nergens op. Bovendien zijn er geen incidenten geweest in de 3 jaar dat het project loopt.” (118)

In deze context is het belangrijk te vermelden dat ook de verpleegkundigen – of andere zorgverleners die worden ingeschakeld – zich wel veilig moeten voelen en zeker moeten zijn dat hun inzet juridisch afgedekt is, vb. in een bepaald project is er wat betreft de toediening van subcutane injecties toch wat discussie geweest of dit door een verpleegkundigen zonder speciale beroepstitel kon gebeuren in kader van aansprakelijkheid. In een ander project bleek deze vraag dan weer niet op tafel te zijn gekomen...

Innovatieve vormen van digitale opvolging en telegeneeskunde kunnen in de toekomst bijkomend wel aan deze bezorgdheid bij artsen tegemoet komen en een vorm van toezicht over/contact met de patiënt garanderen.

## Zorgplanning en -coördinatie

Uit voorgaande is af te leiden dat een overkoepelend kader voor multidisciplinair samenwerken tussen zorgverleners van het ziekenhuis en de thuiszorg, nodig om de patiënt een goede continuïteit van zorg te garanderen, zich in vele specifieke gevallen wel opdringt. Dat wil zeggen een zorgpad met **duidelijke taakafspraken tussen de betrokken zorgverleners** uit de ziekenhuizen en de thuiszorg. Daarnaast moet er evident ook expliciete aandacht zijn voor de taken van **zorgplanning en -coördinatie**. Planning en coördinatie blijven volgens een geïnterviewde stakeholder trouwens ook belangrijk als er geen extra partijen buiten het ziekenhuis betrokken zijn, omdat het ook dan gaat om samenwerking tussen aparte rollen en individuen én vaak om externe partijen, die dan niet expliciet aangemerkt worden als partner, vb. thuiszorgorganisaties.

Zorgcoördinatie is een taak die best aan één zorgverlener in de 1<sup>ste</sup> of 2<sup>de</sup> lijn wordt toegewezen. Volgens één van de ondervraagde stakeholders loopt totale parenterale voeding (TPN) thuis goed mede dankzij de coördinerende rol van de nutrieverpleegkundige in het ziekenhuis terwijl die coördinatie bij de intraveneuze toediening van antibiotica thuis (OPAT) ontbreekt. In de praktijk wordt de **coördinatie van thuishospitalisatie** voor oncologische patiënten soms al door de trajectverpleegkundige in het ziekenhuis opgenomen, ook al is dat niet expliciet deel van hun takenpakket. Taken van zo'n professionele 'zorgcoördinator' zijn bijv. de informatie-uitwisseling over de patiënt en zijn gezondheidstoestand tussen betrokken zorgverleners uit de 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn verzorgen, actieve signalering van eventuele klachten of problemen bij de behandelend arts, begeleiden van patiënten op psychosociaal vlak en wegwijs maken voor financiële en psychologische ondersteuning. De vergoeding van deze coördinatietaken dient mee in de financiering van thuishospitalisatie te worden opgenomen (zie verder):

“Je kan (digitaal, nvdr.) een aantal adviezen automatiseren maar vanaf een bepaald niveau moet je wel individueel advies geven en daar bots je weer aan tegen de limieten van personeelscapaciteit in het ziekenhuis; er komt op die manier heel veel data binnen maar iemand moet backoffice vrijgesteld zijn om dat allemaal te verwerken en daar wringt het schoentje: het is vaak een taak die erbij komt bij het bestaande takenpakket in het ziekenhuis. Daar zit toekomstmuziek in als er voldoende middelen voor beschikbaar zijn.”(117)

## Uniformiteit van zorgprocessen

Verder is er nog belangrijke randvoorwaarde om transmurale vormen van zorg vlot te laten verlopen nl. een **standaardisatie en uniformiteit van procedures**. Dit is volgens een geïnterviewde stakeholder bijv. bij totale parenterale voeding (TPN) thuis een probleem: elk ziekenhuis heeft zijn eigen procedures waardoor thuisverpleegkundigen naargelang het ziekenhuis het anders moeten aanpakken. Een andere geïnterviewde stakeholder stelt dat de huidige pilotprojecten thuishospitalisatie voor oncologische patiënten ook hun eigen manier van werken hebben. Nochtans zal uniformiteit nodig zijn om thuishospitalisatie door zorgverleners in de thuiszorg mee breed te kunnen implementeren. De variëteit qua procedures doet zich niet enkel aan de kant van het ziekenhuis voor, ook in de thuiszorg maakt de verscheidenheid van thuiszorgactoren het volgens een geïnterviewde expert het er niet makkelijker op om een transmuraal zorgproces kwaliteitsvol en veilig te organiseren.

Die verscheidenheid in de thuiszorg wordt vanuit de ziekenhuizen echt ook als een drempel gepercipieerd:

“Nu ik denk dat thuishospitalisatie sowieso ook veel voordelen heeft, maar we moeten er wel voor oppassen dat bepaalde zorgpaden die in de ziekenhuizen heel efficiënt zijn georganiseerd, versnipperd worden in de thuisituatie door heel veel mensen taken te geven om hetzelfde te kunnen doen – en

dat ook veel meer geld zal kosten. Neem het vb. van de vaginale bevalling: we gingen hier een pilootproject opstarten en de zaal zat vol met 25-30 instanties die zorg thuis aan resp. de moeder, vader, de kinderen,... leverden d.w.z.. dat als je een patiënt na 1 dag al laat naar huis gaan, je ook al die partners moet gaan financieren en die allemaal georganiseerd moeten worden voor iets dat in het ziekenhuis heel gestandaardiseerd gebeurt waardoor je dus de zorg gaat versnipperen. Het resultaat is dat je dan wel thuis zit maar de zorg duurder is, minder efficiënt is en ook minder kwaliteitsvol is. Het is niet omdat je het voordeel hebt om thuis te zijn dat je ook automatisch het voordeel van betere zorg hebt. De doelstelling moet zijn om de patiënt het comfort van zorg thuis te bieden in combinatie met dezelfde kwaliteit van zorg in de thuissituatie houden.” (I16)

De uitdaging van thuishospitalisatie is inderdaad om het extra comfort voor de patiënt te koppelen aan eenzelfde kwaliteit van zorg als in het ziekenhuis. De technische kwaliteit van de behandelingen die verspreid in de thuiscontext gebeuren valt echter moeilijker te monitoren dan in het ziekenhuis. Een stakeholder stelt voor om een thuiszorgorganisatie niet als dusdanig te accrediteren, maar individuele thuisverpleegkundigen te certificeren om de patiënt voldoende kwaliteit in de thuissituatie te garanderen (zie boven).

#### Gegevensdeling en communicatie tussen zorgverleners

Niet alleen de kennis en vaardigheden van individuele zorgverleners maar ook de kwaliteit van hun onderlinge communicatie en samenwerking bepalen sterk de kwaliteit van de zorg voor de patiënt aan huis. Een laagdrempelige gegevensdeling, vlotte communicatie en duidelijke taakafspraken (met inbegrip van zorgcoördinatie) zijn essentiële randvoorwaarden voor thuiszorgverleners om thuishospitalisatie in de praktijk te brengen. Het gaat om generieke randvoorwaarden voor een kwaliteitsvolle ‘transmurale’ communicatie en samenwerking, ze overstijgen dus thuishospitalisatie maar zijn uiteraard wel bepalend zijn voor het succes van thuishospitalisatie in de praktijk.

Aan gegevensdeling zitten zowel op technisch als op vlak van professionele cultuur nog uitdagingen. Een algemene vaststelling is dat **digitale gegevensdeling tussen zorgverleners uit het ziekenhuis en de thuiszorg** en tussen zorgverleners in de thuiszorg onderling nog op heel wat **technische beperkingen** botsen. Zo is er nog niet altijd sprake van een directe uitwisseling van gegevens tussen het elektronisch patiëntendossier (EPD) in het ziekenhuis en het elektronisch medisch dossier (EMD) dat de huisarts beheert. De behandelend arts en de huisarts moeten vaak nog op de hub actief info zoeken en verzamelen over hun patiënt in plaats van dat dit automatisch wordt opgeladen:

‘Cozo is vaak nog voor een huisarts alsof je voor een kast staat vol met boeken en verslagen waaruit de huisarts dan nog de juiste file moet zoeken. Dat is erg tijdrovend...’ (I4).

Bovendien zijn er in België verschillende hubs waarop gegevens tussen zorgverleners van de eerste en tweede lijn gedeeld worden in plaats van één centrale hub voor de hele Belgische gezondheidszorg. Gelukkig zijn er wel al goede praktijkvoorbeelden zoals bijv. het elektronisch verpleegkundig dossier van het Wit-Gele Kruis dat automatisch gegevens doorstuurt naar het EPD van het ziekenhuis en EMD huisarts zodat de behandelend arts direct de notities van thuisverpleegkundige ziet; andere thuiszorgorganisaties zouden – zoals bijv. Imens nu doet – hetzelfde dossier kunnen overnemen en de functionaliteiten verder uitbouwen. Bij gebrek aan een uniforme standaard op Belgisch niveau op een markt waar diverse softwarepakketten worden aangeboden, zijn deze particuliere initiatieven van samenwerking lovenswaardig. Nochtans kan de **overheid** zelf hier krachtadiger optreden door bijv. vastleggen aan welke criteria een softwarepakket moet voldoen, zonder dat ze daarom zelf de software moet (laten) bouwen:

“Het lijkt me wel niet de beste weg dat de overheid alles zelf van scratch probeert te bouwen, zoals vb. Vitalink, maar ik denk dat het beter is dat de overheid investeert in de snelweg en dan de financiering voorziet voor organisaties om het allemaal met elkaar te verbinden via normen in de financiering.” (I2)

Zelfstandige verpleegkundigen krijgen vandaag al een subsidie als ze een gehomologeerd softwarepakket gebruiken en kunnen zo gestimuleerd worden om aan digitale gegevensdeling te doen.

In de onlinedebatten kwamen er heel wat reacties over digitale gegevensdeling en communicatie: een goede communicatie tussen ziekenhuis en thuiszorg wordt als de sleutel gezien voor transmurale zorg maar ‘E-health staat vandaag nog niet ver genoeg’ om dit al te realiseren in de praktijk. Er leven bij zorgverleners ook nog heel wat praktische vragen over de GDPR-regels (wie vraagt goedkeuring aan patiënt om gegevens te delen en wie heeft er toegang toe? wie heeft eindverantwoordelijkheid?).

Daarnaast maakt het huidige **versnipperde aanbod** van thuisverpleegkundige zorg en de vrije keuze van de patiënt een uniforme transmurale gegevensdeling en communicatie tussen ziekenhuis en thuisverpleegkundigen het er niet makkelijker op. In ziekenhuizen wordt dit als een drempel ervaren om met een transmuraal initiatief van start te gaan:

‘Die versnippering van de thuisverpleegkundige zorg is ook een probleem met al die kleine ‘groepen’ van enkele verpleegkundigen die vaak geen eigen EPD hebben. De thuisverpleegkunde is weinig gestructureerd, huisartsen zijn nog meer gestructureerd, dan is het moeilijk om aanspreekpunten te vinden om iets uit te rollen.’ (I16)

Naast technische drempels spelen ook **drempels op het vlak van professionele cultuur** een rol. Het gaat dan over de verschillende visies op de eigen professionele rollen en de verwachtingen en rollen die beroepsgroepen aan elkaar toeschrijven. Zo wordt vastgesteld dat tussen huisartsen en thuisverpleegkundigen de gegevensuitwisseling nog steeds gebrekkig verloopt: hier speelt nog de discussie in welke mate verpleegkundigen toegang mogen hebben tot het medisch dossier van een patiënt, aldus verschillende geïnterviewden.

Een andere vaststelling is dat er te weinig momenten van real-time overleg zijn tussen zorgverleners in het ziekenhuis en de thuiszorg. De zeer beperkte participatie van huisartsen aan het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC) in het ziekenhuis wordt makkelijk gepercipieerd als een gebrek aan betrokkenheid vanwege de huisarts maar wijst tegelijk ook op een gebrek aan begrip van het oncologisch team voor de zeer verschillende werkcontext van de huisarts en vice versa. Ook de kwaliteit van wat er wel gecommuniceerd wordt, is vaak ondermaats. De begrijpelijkheid van wat de behandelend arts naar de huisarts en de patiënt communiceert is vaak nog te laag, waardoor er geen wederzijds begrip en dialoog tussen zorgverleners over de situatie van de patiënt mogelijk is:

“Voor thuishospitalisatie is dat ook een belangrijke voorwaarde dat de communicatie goed begrepen wordt door beide partijen. Huisartsen hebben 9 jaar gestudeerd en hebben algemene medische kennis maar als die aangeeft dat hij het niet begrijpt, hoe moet de patiënt het dan kunnen begrijpen; het is unfair naar de patiënt toe dat een arts zo’n moeilijke verslagen schrijft als je het principe hanteert dat de gegevens over de patiënt ook eigendom van de patiënt zijn en hij dus ook in de mogelijkheid moet zijn om die info te kunnen raadplegen. De specialist moet zijn taal aanpassen en zich ervan bewust zijn dat dit de kwaliteit van zorg tijdens en na de behandeling verbetert. Die begrijpbaarheid is ook voor thuishospitalisatie een belangrijke randvoorwaarde” (I4)

Ook in de onlinedebatten werden gelijkaardige knelpunten vastgesteld:

“Er is niet steeds een ontslagbrief van de oncoloog naar de huisarts: de oncoloog wordt wel verondersteld die op te stellen, dat zit in zijn vergoeding. Maar velen doen dit niet, of laattijdig. De thuisverpleegkundige of kine kan ontslagbrief ook niet zien o.w.v. GDPR-regels. Uniform taalgebruik en vaste afspraken in verslagen zijn belangrijk. Bijv. vaste sjablonen introduceren voor een ontslagbrief zou kunnen helpen.”

#### De zorgverlener-patiëntrelatie digitaal

Enkele stakeholders zien digitale communicatie en opvolging als een randvoorwaarde om thuishospitalisatie op grote schaal te kunnen aanbieden aan patiënten die thuis blijven voor hun behandeling. Via digitale weg kan zowel het medische toezicht als de bereikbaarheid van de behandelend arts voor de patiënt worden georganiseerd en gegarandeerd. Op dit moment wordt (voor zover we weten) een digitale app in één pilootproject systematisch gebruikt maar het heeft zeker een groot potentieel dat veel ruimer gaat dan thuishospitalisatie. De mogelijkheid van real-time (online) communicatie tussen zorgverleners en de patiënt (de zgn. teleconsultatie) laat toe om expertise direct beschikbaar te stellen voor de patiënt thuis; de patiënt hoeft niet naar het ziekenhuis te komen om toch gespecialiseerde zorg te kunnen krijgen.

De medische en verpleegkundige knowhow moet altijd beschikbaar zijn. Zeker met de nieuwe technologie van telegeneeskunde zal dat zeker een meerwaarde zijn voor thuishospitalisatieprojecten. Ook de rol van de mantelzorger moet daarin een plaats krijgen. Niet elke patiënt staat even sterk dus de focus moet liggen op de patiënt en zijn context. (I1)

Het zijn niet alleen de resultaten van de bloedanalyse maar ook de info over de patiënt zijn situatie die ons doet beslissen om een behandeling te geven. Dus een digitaal platform is een belangrijke randvoorwaarde om de communicatie met de patiënt en de andere zorgverleners te organiseren. En dat is zeker het geval als je wil gaan TH opschalen. (I17)

Teleconsultaties komen bovendien ook tegemoet aan de verwachting van de patiënt van een direct contact met de specialist. Bovendien kan digitale monitoring ook bijdragen tot meer kwaliteit van zorg, aldus volgende respondent:

“De kwaliteit van zorg kan beter zijn. Het is niet omdat je in het ziekenhuis bent dat je een grote toegankelijkheid hebt tot de oncoloog en vragen kan stellen. Met goede technologie is dat wel mogelijk, want als je veel datapunten hebt kan je snel die filter zijn werk laten doen en de aandacht van het team erop vestigen. Dus de kwaliteit kan beter zijn, omdat je sneller kan reageren t.o.v. het ziekenhuis. De technologieën op dit vlak staan verder buiten het ziekenhuis dan in het ziekenhuis en de algoritmes worden steeds beter. Het EPD is niet zo performant op dat vlak. De oncoloog kan dus eigenlijk een betere oncoloog zijn. Patiënten hebben namelijk de gewoonte om het te hebben over de laatste dagen/uren en met meer datapunten weet je meer.”

Op basis van veel data kan accurater worden beslist wie wel en wie niet op consultatie moet komen of er kan sneller worden geïntervenieerd als bepaalde parameters afwijken.

Wel zijn er aan de implementatie van deze digitale zorg enkele randvoorwaarden verbonden:

- Er is een digitaal platform nodig dat voor alle partijen (zorgverleners, patiënten en naasten,...) die betrokken zijn in de zorgketen, toegankelijk en uniform is of op z'n minst compatibel - met andere digitale systemen. Dat laatste moet door overheid worden bewaakt en gefaciliteerd (I5)
- de digitale opvolging van patiënten zorgt voor extra werk in het ziekenhuis, de verwerking van binnenkomende gegevens zal extra personeelscapaciteit vragen; er moeten extra middelen van de

overheid komen om iemand van het zorgteam vrij te stellen om binnenkomende data te verwerken en daarop te reageren, ook al is het mogelijk om bepaalde adviezen te automatiseren.

- de patiënt moet vertrouwd zijn met digitale communicatietools en ook feedback krijgen op zijn symptomen/klachten die hij digitaal rapporteert, anders vermindert zijn motivatie om te rapporteren

- juridisch moet het volledig helder zijn wie welke verantwoordelijkheid draagt bij digitale monitoring en teleconsultatie; dit is ook een taak voor de overheid (zie verder)

### *Perspectief beleid*

De overheid heeft volgens de geïnterviewden binnen deze haalbaarheidsstudie een heel belangrijke rol te spelen in de creatie van de randvoorwaarden die van thuishospitalisatie een succesvolle praktijk en een reguliere behandeloptie kunnen maken.

Heel wat van de voorbije en lopende initiatieven rond thuishospitalisatie zijn redelijk kleinschalige initiatieven gefinancierd vanuit private middelen en/of pilootprojecten, die veelal bottom-up in samenwerking met een gevarieerd aantal projectpartners vorm hebben gekregen.

De duidelijke lijn in de binnen deze studie gevoerde gesprekken is dat de verwachting is dat in de nabije toekomst de overheid knopen doorhakt en de richting bepaalt. Dat gebeurt weliswaar op basis van opgedane ervaringen en in overleg met de sector, maar wel steeds uitgaande van een aantal duidelijke keuzes die men maakt, bijvoorbeeld voor patiëntgerichte zorg of verschuiving van bepaalde zorgen naar de thuiscontext.

Er zijn veel grote – en soms tegenstrijdige belangen – gemoeid met de organisatie en de financiering van de zorg en dat op dit vlak zijn er dan ook heel wat, soms machtige, lobbygroepen aan de slag. Het zal heel moeilijk zijn voor de verschillende belanghebbenden om hierover onderling tot een vergelijk te komen, ondanks de goede wil en intenties bij heel veel van de spelers. Respondenten verwachten dan ook dat de overheid ingrijpt.

De belangrijkste thema's aangaande die verwachtingen van het beleid zijn financiering, kwaliteitsbeleid, zowel wat de zorg zelf betreft als de processen, en wet- en regelgeving.

Alvorens dieper in te gaan op deze thema's is het belangrijk te vermelden dat uit de interviews blijkt dat de stand van zaken en de wensen, noden en interesses met betrekking tot thuishospitalisatie op het eerste zicht sterk uiteen lijken te lopen bij de verschillende taalgemeenschappen in België. Een inachtnaam van deze verschillen en bijhorende flexibele houding inzake financiering en wetgeving zijn wellicht wel belangrijk om blokkering en vertraging te voorkomen.

“Visies kennen een scheiding op de taalgrens. Er is wel een verschil in mening. De staatshervorming heeft daaraan ook geen goed gedaan, want de tweede lijn is federaal en eerste lijn is Vlaamse overheid. Die moeten ook overeenkomen en ik zie dat ze over de vaccinatie al niet overeenkomen in het interministerieel comité.” (citaat interview I12)

## Financiering

**Financiering** is met stip het grootse pijnpunt op het vlak van de realisatie van thuishospitalisatie, althans toch als we uitgaan van het aantal keren dat het aan bod kwam in de gesprekken.

De meeste respondenten zijn het erover eens dat de voortgang van het dossier van de **ziekenhuisfinanciering** (en de daaraan verbonden programmatie) heel relevant is in het licht van een succesvolle thuishospitalisatiepraktijk. Het overgrote deel van onze geïnterviewden verwijst naar dit dossier.

Een eerste punt dat vaak aangehaald wordt, zijn de perverse prikkels in het huidige financieringsmechanisme die een ziekenhuis belonen niet zozeer voor de geleverde specialistische zorg, maar voor de opname in het ziekenhuis. Een ziekenhuis dat zich momenteel inspant om de patiënt thuis te verzorgen en dus de facto de opnamedagen en ligdagen vermindert, snijdt in zijn eigen financiering, ook doordat bepaalde forfaits die worden uitgekeerd bij “aanwezigheid” van de patiënt in het ziekenhuis komen te vervallen.

“De ziekenhuisfinanciering zit volledig fout. Het ziekenhuis wordt betaald per ligdag; als je in ligdagen knipt dan ga je in ziekenhuisfinanciering knippen.” (citaat interview I4)

“Ziekenhuizen hebben schrik om een stuk van de financiering kwijt te spelen als patiënten vroeger ziekenhuis verlaten.” (citaat interview I10)

“Je kan i.p.v. een prestatiefinanciering een financiering op basis van zijn totale behandeling doen; er moet dan een incentive voor het ziekenhuis zijn om het thuis te organiseren: de discussie in het huidige financieringsmodel is dat wanneer prestaties thuis i.p.v. het ziekenhuis geleverd worden, dan verliezen wij een kleine forfait in het ziekenhuis.” (citaat interview I17)

Het budget financiële middelen (BFM) – toch een speerpunt van ziekenhuisfinanciering - schiet als systeem zijn doel voorbij: het is niet evenwichtig en laat op zichzelf niet toe om een ziekenhuis op een goede manier draaiende te houden. Nodige aanvulling zoals forfaits voor medische diensten allerhande zijn niet duurzaam en werken overconsumptie in de hand. Ook afdrachten door artsen zijn geen duurzaam gegeven. De onzekerheid die ingebouwd zit in het systeem van de ziekenhuisfinanciering - de directie weet eigenlijk de facto niet wat er volgend jaar gaat binnenkomen - verhindert dat ziekenhuizen aan visievorming doen of een langetermijnstrategie uitdenken.

“Mijn aanvoelen is, gezien de druk op het budget van volksgezondheid, dat zoeken naar win-winsituaties en de gevestigde structuren herbekijken... ik zie het positief in, omdat het niet anders kan. De budgetten moeten beter besteed worden. De financiële stimulansen liggen momenteel verkeerd. De gezondheidseconomie is sterk gefinancierd door de overheid. Als je dus iets wil veranderen is dat zeer moeilijk als de financiële stimulansen in de andere richting gaan. Zolang ziekenhuizen gefinancierd worden om langer te behandelen, in de dagkliniek te behandelen, zal er niet veel veranderen... Vanaf het moment dat de financiële stimulansen veranderen zal het supersnel gaan. De financiering van de ziekenhuizen moet echt veranderen. Die is al jaren niet echt aangepakt en al jaren vindt iedereen dat dat verkeerd is: leven van de marges op medicaties, labo's... en dat is nodig, omdat hun basisfinanciering niet goed zit.” (citaat interview I15)

“De ziekenhuizen zijn financieel afhankelijk van de afdrachten van de specialisten, het volume BFM middelen zou realistischer moeten worden bepaald en de ziekenhuisfinanciering zou standvastiger moeten zijn, bijvoorbeeld een ziekenhuisdirecteur zou moeten weten over welk budget hij de komende 5 jaar kan beschikken. Zo kan hij een langere termijn traject uittekenen met veel meer zekerheid dat minder afhankelijk is van heel wat parameters die steeds wijzigen. Zo wordt de zorg



minder prestatiegericht want minder afhankelijk van de afdrachten en dus de prestaties van de specialisten om het gat in het ziekenhuisbudget dicht te rijden. Door een realistische bepaling van de BFM middelen moet het systeem van afdrachten en de ereloon-supplementen kunnen worden afgeschaft.” (citaat interview I4)

De **financiering van de eerste lijn** komt eveneens aan bod in de gesprekken, ook omdat de zorgverleners hier dicht bij de patiënt staan en bij projecten, zorgpaden en richtlijnen vaak in het vizier komen als het gaat over coördinatie van zorg en ondersteuning van de patiënt. Voor deze opdrachten worden vaak geen of niet voldoende middelen voorzien. Bovendien worden door respondenten voorbeelden aangehaald die illustreren dat interdisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn niet gestimuleerd en zelfs afgeraden wordt, door de manier waarop er met samenwerking tussen zorgverleners en -organisaties omgegaan wordt. Een tekenend voorbeeld hiervan is het tarificatieprobleem in de thuiszorg, waarbij een ziekenhuis voor bepaalde verpleegtechnische handelingen samenwerkt met een beperkt aantal verpleegkundigen, die de juiste opleiding hebben gekregen om deze specialistische zorgen toe te dienen en de patiënt anderzijds zijn vertrouwde thuisverpleegkundige, van een andere organisatie of zelfstandige, wil behouden voor de basiszorg. Dit levert heel wat administratieve, logistieke en financiële problemen op. Enkel de eerste thuiszorgorganisatie die bij de patiënt komt kan de aanrekening doen. In het Onco@home-project was hierdoor wel heel wat extra overleg tussen organisaties nodig (telefoon- en mailverkeer). Heel veel organisaties willen in de samenwerkingen investeren, maar wet- en regelgeving werken dus ontradend en zorgen voor operationele moeilijkheden.

Heel wat van de vernoemde problemen met de financiering van de zorg voor patiënten gaan niet enkel over de financiering binnen de verschillende zorgniveaus individueel op zich maar met name ook over **de financiering over de verschillende zorglijnen heen**. Voor coördinatie, overleg, de begeleiding/ondersteuning van zowel zorgverleners als patiënten en de (digitale) middelen die hiervoor nodig zijn, worden bijvoorbeeld ook hier weer geen of niet voldoende budget voorzien. Financiering van de medische/technische zorg op zich zal niet volstaan om de samenwerking te optimaliseren, ook een vergoeding om de juiste randvoorwaarden voor kwaliteitsvolle zorg te creëren is aan de orde. Verschuiving van de middelen tussen de verschillende lijnen ligt volgens heel wat respondenten toch moeilijk, deels ook omdat sommige spelers, vb. ziekenhuizen/ 2de lijn, het zelf binnen de huidige financiering ook al niet zo makkelijk hebben om de nodige activiteiten te blijven bekostigen.

“...en dan nog de verschillende lobby's van belanghebbenden met allemaal kleine marges en die denken: ze gaan aan mijn financiering zitten... en dan begint de tegenwerking te komen... En dat ga je hier ook tegenkomen...” (citaat interview I2)

Respondenten vermelden dat de **financiering van de gezondheidszorg in zijn totaliteit** de verkeerde stimulansen geeft dat bepaalde activiteiten die voor patiëntgerichte zorg cruciaal zijn niet gefinancierd of ondergefinancierd worden terwijl andere zaken – niet noodzakelijk altijd degene die je wil stimuleren – juist onevenredig veel geld opbrengen. Het dossier van de herijking van de nomenclatuur wordt in dit opzicht ook een aantal keren vermeld. Vooral in de thuisverpleegkunde is er op dit vlak een probleem, in het bijzonder als men wil opteren voor een menselijke zorg, waar ook begeleiding en opvang van de patiënt van tel zijn. Respondenten vermelden dat er een correcte, eerlijke verloning dient te zijn van de inspanningen en het aandeel van de verschillende partners wil men van transmurale en interdisciplinaire zorg, waaronder thuishospitalisatie, een succes maken. Dit geldt voor zowel de eerste lijn als specialistische zorg.

“Er zou een financiering moeten komen voor artsen of oncologische centra om patiënten op te volgen, i.p.v. prestatiefinanciering, met prestatie- en kwaliteitsindicatoren, om in te gaan tegen

gefragmenteerde zorg.... Ook om de continuïteit van zorg (ook in weekend of 's avonds) te bewaken. Als je forfaitaire vergoeding hebt, kan je je daarop organiseren. Daarom blijf ik erbij dat de zorg dus echt wel beter kan dan ze nu momenteel loopt.” (citaat interview I15)

Er worden heel wat mogelijkheden en ideeën geopperd met betrekking tot de hervorming van de financiering van de gezondheidszorg: bundled payment (voor de eerstelijnszorg), rugzakfinanciering, ligdagprijs voor thuishospitalisatie, pay for performance/ quality ... Het paradigma van de financiering van de zorg verschuift duidelijk: prestatiegerichte financiering, gebundelde financiering, pay for quality (uitkomsten?) of een weldoordachte combinatie van de opties.

“Het zal een combinatie moeten zijn van 3 elementen: financiering op basis van 1) prestaties, 2) coördinatietaken, overleg en ‘alles wat er bovenop zit’ en 3) outcomes en kwaliteit van zorg” (citaat interview I&)

De zorg evolueert in die zin dat het maatschappelijk van steeds groter belang wordt geacht om de patiënt en zijn noden en wensen centraal te stellen (patient empowerment). Hiervoor dient er anders naar zorg te worden gekeken: betere interdisciplinaire samenwerking en andere zorgvormen, zoals thuishospitalisatie kunnen hierbij zeker ondersteunend werken. Mogelijk laat de overheid in een toekomstig model dan ook een deel van de financiering afhangen van de patiëntgerichtheid van de zorg.

“Een ander dossier is patient empowerment, de patiënt centraal stellen is ook wat er bij thuishospitalisatie speelt, en multi-/interdisciplinair samenwerken en digitale zorgverlening (bijv. online overleggen met oncoloog of oncoverpleegkundigen) kan ook belangrijke rol spelen bij de implementatie van thuishospitalisatie.” (citaat interview I4)

“Patiënttevredenheid en outcomes zullen belangrijker worden in een toekomstige financiering van de ziekenhuizen. In BFM budget is er nu klein stukje voor pay-for-performance voorzien maar dat gaat belangrijker worden: in dat verhaal gaan de PREMs en PROMs een belangrijke rol spelen en dus ook thuishospitalisatie zal hierin een rol spelen. Het zal nog moeten blijken of thuishospitalisatie ook tot betere klinische outcomes leidt maar dat is niet uitgesloten, toch niet als alle randvoorwaarden van veilige zorg vervuld kunnen worden.” (citaat interview I1)

Het is duidelijk dat er qua hervormingsopties voor de financiering van de gezondheidszorg heel veel verschillende mogelijke keuzes en combinatiemogelijkheden zijn, elk met zijn voor- en nadelen en voor- tegenstanders. Toch lijkt het duidelijk dat in het kader van interdisciplinaire en transmurale zorg in de breedste zin van het woord – een concept waaronder ook thuishospitalisatie thuishoort - een grondige hervorming van de financiering van het systeem in zijn totaliteit volgens de respondenten idealiter wel aan de orde is. Uit de gesprekken blijkt dat er per niveau/lijn (nieuwe) regelingen getroffen kunnen worden en dat - welke keuze men ook maakt in de verschillende lijnen - deze best al op elkaar dienen te worden afgestemd. De patiënt en het meest optimale pad voor deze patiënt moeten centraal staan en de financiering zou dit principe het best volgen, zelfs als dat gaat over zorgverlening en verantwoordelijkheden die onder verschillende beleidsniveaus vallen. Ook hier is de verschuiving van inspanningen, tussen het federale en de regionale niveaus, blijkbaar soms niet evident.

Een bijkomende moeilijkheid in de bijsturing van de financiering is de afstemming tussen de verantwoordelijkheden en budgetten van de verschillende beleidsniveaus, federaal en regionaal.

“Het grootste probleem is wie zijn bevoegdheid het is: is thuishospitalisatie federale of regionale materie? Die discussie gaat ook voor TH net zoals veel andere dossiers op: het gaat niet enkel om

interventies in het ziekenhuis maar ook in de thuiszorg, namelijk die casemanager en die coördinatietaken, de ondersteuning van mantelzorgers,...is dat geen regionale materie? Die bevoegdheden tussen de federale en regionale overheid moeten helderder. Verder: wat doen we met hospitalisatie in de WZC (thuisvervangende omgeving)? Dat is volledig regionale bevoegdheid. Wij kijken vooral naar de federale overheid omdat de vergoeding van zorgverleners ook in de thuiszorg nog bij de federale overheid ligt. (citaat interview I13)

Een totaalhervorming van de financiering van de gezondheidszorg dringt zich dus op en zou het ideaal zijn, maar sommige respondenten geven aan dat een tussenstap via het prestatiegerichte model, waarbij er eventueel budgetneutraal kan worden gewerkt, voor zaken als thuishospitalisatie wellicht ook nog wel mogelijk is. Hierbij is het wel nodig om rekening te houden met de spanningen die budgetneutraliteit tussen de verschillende zorgpartners binnen een bepaald zorgpad voor thuishospitalisatie doet ontstaan, alsook met de budgettaire problemen die voor sommige van hen kunnen worden gecreëerd en die ook een invloed kunnen hebben op zorgkwaliteit.

“Een ziekenhuis wil vaak ook wel meehelpen... en dat doen voor de patiënt. Maar als er minder middelen naar het ziekenhuis gaan... dan wordt die lobby al zeer moeilijk.” (citaat interview I2)

Het zijn echter alleen wel oplapwerken aan een oud systeem waarvan heel wat respondenten menen dat het aan een grondige renovatie toe nodig is.

Een grondige hervorming, met een focus op interdisciplinaire samenwerking en preventie van ziekenhuisopname, maakt ook een grote kans om een kostenefficiënter systeem te zijn (zie ook doelstellingen).

“Waar kan de tweede lijn zich echt tot essentie/ kernfocus herleiden? Wanneer moet een patiënt echt naar het ziekenhuis? Hoogopgeleide artsen en verpleegkundigen kunnen dan echt met hun kerntaken bezig zijn. Dat is ook zeer dure zorg. Dat we dan de maatschappelijke middelen zo efficiënt mogelijk kunnen gebruiken. Er zijn voordelen naar welzijn en efficiënte besteding van overheidsmiddelen....” (citaat interview I2)

### Kwaliteitsbewaking

De overheid (en haar administratie en/of agentschappen) heeft volgens de geïnterviewden als evident ook een grote rol te spelen in kwaliteitsbeleid en – bewaking met betrekking tot thuishospitalisatie. Zo zou het FAGG eventueel een grote(re) rol kunnen spelen in de selectie van de therapieën die voor thuishospitalisatie veilig en dus mogelijk geschikt worden geacht.

Kwaliteitsbewaking kan, zoals hierboven reeds beschreven, ook gekoppeld worden aan financiering, niet enkel wat betreft de uitkomsten van de zorg, maar eventueel ook als het aankomt op de randvoorwaarden (educatie, gegevensdeling, gebruikte tools, processen...) die geïmplementeerd dienen te worden om kwaliteitsvolle zorg in de thuiscontext te garanderen. De overheid kan ook hier een uniform kader voor gegevensdeling en procedures bieden. Doordachte, doelgerichte reglementering en financiering van de overheid zal ook de negatieve effecten van de versnippering in het zorglandschap tegengaan. Een bepaalde mate van standaardisering van zowel de geleverde zorgen als de randvoorwaarden waarbinnen deze zorg moet worden geleverd, waarbij de overheid het voortouw neemt, is wenselijk, en zal wellicht ook de (kosten)efficiëntie en de kwaliteit van zorg ten goede komen.

“Elk ziekenhuis heeft daarvoor een eigen procedure. Voor sommige ziekenhuizen krijg je bepaald materiaal niet mee, omdat ze daar niet in geloven en van andere moet dat bepaalde materiaal juist wel gebruikt worden. Dat is voor verpleegkundigen totaal niet duidelijk. Het is moeilijk voor ons om

daar een standpunt over in te nemen. Zij vragen aan ons om op een bepaalde procedure te gebruiken en wij doen dat ook, ook belangrijk als je nog eens opdrachten wil krijgen... In principe moet de thuisverpleegkundige een procedure kunnen voorleggen, welke techniek ze toepast maar in de praktijk wordt die van het ziekenhuis gebruikt... Er is een groot verschil in procedures en die wijzigen continu dan ook nog constant, vb. katheters die sinds een aantal jaar enkel nog met fysiologisch serum en niet meer met heparine worden gespoeld. De procedure is dan in het ziekenhuis veranderd en dat wordt dan zonder overleg of uitleg zo doorgevoerd.” (citaat interview I3)

“variatie beperken, zeker omdat er verschillende ziekte kunnen aansluiten. aandacht organisatie binnen het ziekenhuis (grootte maakt het organiseerbaar: één dienst of een paar mensen) en thuiszorg (ook vele kleintjes, hoe gaan die dat organiseren?)” (debat thuishospitalisatie 21/04/21)

De expertise van zorgverleners is een bezorgdheid die meermaals wordt genoemd als het gaat over kwaliteit binnen thuishospitalisatie.

“Ik denk niet dat je het oplost met accreditatie van de organisaties; het Wit-Gele Kruis heeft bv een NIAZ-accreditering maar dat is op niveau van de organisatie en zegt nog niets over de individuele deskundigheid van de thuisverpleegkundige die aan huis langs komt. Dat is een belangrijke bezorgdheid voor ons.” (citaat interview I17)

Wie is er bevoegd, opgeleid en gemachtigd om bepaalde handelingen in de thuissituatie uit te voeren? En hoe kunnen andere zorgverleners of patiënten te weten komen wie deze expertise in huis heeft? Verpleegkundige expertise wordt door de respondenten gelinkt aan opleiding, specialisatie en toezicht van de arts.

“Dan is er ook nog een portfolio. Dat wil zeggen dat er online tool gaat komen waar elke verpleegkundige is in vermeld, “ de juiste gegevens zijn daar verzameld”, met betrekking tot expertise, licenties en opleidingen, want op heden is er minieme controle.... Er zijn namelijk heel wat verpleegkundigen die heel veel opleidingen volgen. Het is noodzakelijk te investeren in uw toekomst als thuisverpleegkundige. Stilstaan is achteruit gaan. Daarom de noodzaak om bij te scholen en te informeren.” (citaat interview I3)

“De basiszorg moet uiteraard voldoende kunnen worden geleverd aan huis maar zoals er ook voor wondzorg referentieverpleegkundigen zijn binnen de thuiszorgdiensten zouden er ook verpleegkundigen kunnen zijn die bij thuishospitalisatie de link vormen tussen ziekenhuis en thuiszorg. Je moet ook altijd voldoende basiszorg blijven garanderen; alle expertise combineren in de thuisverpleegkundige lukt ook niet, je kan niet alles combineren. Je zal nog altijd expertise nodig hebben die niet bij iedereen kan zitten...Wetgeving en financiering zijn belangrijke drempels, ook de beschikbaarheid van expertise. Dat is geen hinderpaal maar een belangrijke randvoorwaarde.” (citaat interview I1)

“Het is natuurlijk wel oppassen dat thuisverpleegkundige zorg zo niet te veel versnipperd geraakt. Dat is soms in Nederland, ook het geval dat er verschillende organisaties voor specifieke afgebakende taken aan huis komen bijv. Een gespecialiseerde oncoverpleegkundige die de cytostaticapomp afkoppelt maar ADL-zorgen overlaat aan een andere zorgverlener/niet doet.” (citaat interview I17)

“ “Experts in kankerbehandeling” volstaat niet..., maar dat is soms wat er gebeurt. Educatie moet juist worden gerealiseerd gezien de setting. Het is niets hetzelfde als ziekenhuisverpleegkundigen die routine kunnen kweken, begeleid door collega’s. In thuiszorg is alles meer verwaterd/ versnipperd, dus de opleiding moet anders zijn.... Niet de klassieke, schoolse manier van werken. Er moeten hiervoor aangepaste systemen zijn, maar de technologie is klaar daarvoor. Je moet u daar wel op voorbereiden.

En voor sommige groepen is het misschien beter om het in te kopen... Of het ziekenhuis organiseert het..." (citaat interview I15)

"Met de toediening van subcutane behandelingen hebben wij geen ervaring; ik heb dat in voorbereiding op dit gesprek met de oncologen nog uitvoerig besproken. Ze zijn wat bezorgd over de verantwoordelijkheid bij de toediening van medicatie door een verpleegkundige zonder aanwezigheid van een arts in de thuissituatie, over de communicatie met het ziekenhuis en de mate waarin de klinische situatie van de patiënt kan worden ingeschat door een verpleegkundige. Ze zijn daarin terughoudend. Voor intraveneuze therapie houden ze hun hart vast maar over subcutane therapieën geven ze aan wel te willen nadenken, daar zien ze wel een mogelijkheid. Er is het medico-legaal aspect dat meespeelt (nl. wie is verantwoordelijk voor de behandeling?)" (citaat interview I16)

Het zou dus aangewezen zijn dat de overheid in deze discussie klare wijn schenkt, kiest voor duidelijke kwaliteitseisen omtrent expertise, rollen en verantwoordelijkheden en zorgt voor transparante en duidelijke wet- en regelgeving met het oog op een maximale veiligheid voor zowel patiënten als zorgverleners.

### Wet- en regelgeving

In het licht van de mogelijke, innovatieve zorgvormen en –paden, zoals thuishospitalisatie er ook een is, zou het mogelijk moeten zijn om de bestaande wet- en regelgeving en financiering snel en flexibel te kunnen doorlichten, te verduidelijken en indien nodig aan te passen. Hindernissen op dat vlak die vermeld werden en die ook hierboven al gedeeltelijk aan bod kwamen zijn: het tarificatieprobleem voor de thuiszorg, de aflevering van bepaalde medicatie en materiaal door officina-apotheken of van medicatie door meer dan 1 apotheek, GDPR-wetgeving in kader van gegevensdeling, de toediening van bepaalde medicatie door verpleegkundigen zonder een specifieke beroepstitel, medicatie die bij toepassing in de thuiscontext een veel grotere eigen bijdrage van de patiënt inhoudt, zorgverlening die bij thuiszorg geen aanleiding geven tot vergoeding van de zorgaktes wegens beperkingen in het toepassingsgebied van de nomenclatuurcodes ...

"Subcutane behandelingen thuis zijn ook haalbaar, ik verwijs naar Onco@home en het trastuzumab-project met steun van FOD in UZA en UZ Leuven. We lopen in dat project wel tegen heel wat logistieke drempels aan bijv. de officina in elk dorp...er is voor hen nog geen wettelijk kader om die therapieën ter beschikking te stellen, je bent dus logistiek afhankelijk van de ziekenhuisapothek. Die producten moeten ook in optimale condities worden getransporteerd tegen koelkasttemperatuur. Dan is het de vraag wie verantwoordelijk is als het toch niet optimaal bewaard wordt. Zo'n flacon kost 1200 euro. Als die verantwoordelijkheid bij de patiënt komt te liggen, dan geeft dat ook weer extra angst bij de patiënt: wie gaat dat betalen als het niet optimaal beantwoord wordt. Dus er zijn een aantal issues die niet zo eenvoudig op te lossen zijn. " (citaat interview I17)

"Misschien met betrekking tot bepaalde types medicatie. Vb. subcutane herceptine: voorstel voor aflevering in 2 stappen, via officina-apotheken... Dat kon niet, want er kan maar 1 apotheker afleveren... Dat zou de kwaliteit nochtans ten goede komen....Maar dat kon dus niet. Een model van een gespecialiseerde en een generalistische apotheker. Ook op verpleegkundig vlak zou het kunnen dat dergelijke dingen nodig zijn... En ook de nomenclatuur... om een keer extra langs te gaan, ook 's avonds en zo... Ook dat oncoverpleegkundigen enkel bepaalde aktes mogen doen, voor sommige dingen is dat te begrijpen, maar is misschien te algemeen... , terwijl er nu al een nood is aan resources..." (citaat interview I15)

"Bij de 12 thuishospitalisatieprojecten hebben we in overeenkomstencommissie met de ziekenhuizen ervoor gezorgd dat de kostprijs niet duurder was voor de patiënt, en ook het voorschieten van een

bedrag kan al een zware kost zijn voor sommige patiënten; het moet financieel gezien even makkelijk kunnen en het moet zeer duidelijk worden omschreven waar die TH begint en waar die stopt, dat staat ook in de thuishospitalisatiedefinitie in Frankrijk. Die kost moet op een soort van hospitalisatiefactuur via een derdebetalersregeling worden afgehandeld en eventueel door hospitalisatieverzekeringen eerst worden afgerekend. Die voorwaarden moeten zeker vervuld zijn.” (citaat interview I13)

*“Op dit moment moet de patiënt soms de kosten dragen van de hospitalisatie thuis... Dat kan toch niet de bedoeling zijn. Soms is de patiënt veel goedkoper uit bij zorg in het ziekenhuis, vb. zelfs ook voor de aankoop van de medicatie (flacon antibioticum). Antibioticum: 233 Euro t.o.v. 13 Euro eigen bijdrage. En in het laatste geval is de patiënt 3 weken opgenomen in het ziekenhuis. “ (citaat interview I12)*

Er wordt geen pleidooi gehouden om zo maar ondoordacht alle wetgeving overboord te gooien, maar wel om te bekijken hoe nieuwe initiatieven, samenwerkingen en zorgvormen die de patiënt duidelijk centraal zetten en veilig zijn, kunnen ingevoerd worden zonder hiervoor steeds een jarenlang proces te moeten doormaken. Op die manier kan het systeem duurzaam hervormd worden zonder te blijven hangen in pilootprojecten van bepaalde duur her en der.

### Belemmeringen en beperkingen

Deze kwalitatieve studie werd noodzakelijkerwijze uitgevoerd in een relatief korte tijdsperiode. Om deze reden hebben we niet elke partij die we geïdentificeerd hadden als belanghebbende kunnen bereiken en/of spreken. Over het geheel genomen hebben we echter wel het gevoel dat we een mooie mix van de verschillende groepen stakeholders hebben kunnen opnemen in de studie.

Het valt echter niet te ontkennen dat we minder informatie hebben uit de thuishospitalisatieprojecten van de Franstalige gemeenschap van België, ook al zijn er zeker wel interessante en meerdere gesprekken gevoerd met de betrokken projectverantwoordelijken.

Ook lag de focus grotendeels op de thuishospitalisatievormen voor oncologische patiënten aangezien binnen het tijdsbestek het niet mogelijk was om ook nog een aantal projectleiders van pilootinitiatieven voor andere patiëntengroepen te interviewen. Wel hebben we via de bevroegde stakeholders uit de eerste lijn over deze initiatieven heel wat info gekregen, maar dus de projectverantwoordelijken zelf zijn niet mee bevroegd in deze studie.

Het was ook niet mogelijk om alle details op operationeel vlak en de daarmee gepaard gaande obstakels van allerlei aard van elk gekend lopend project rondom thuishospitalisatie in kaart te brengen. Op basis van de interviews met de zeer diverse stakeholders hebben we wel een helicopterview gekregen van de randvoorwaarden en uitdagingen waarmee de diverse lopende projecten in België worden geconfronteerd zonder voor elk project apart exhaustief alle knelpunten te kunnen oplijsten.

## Deel 2: Business case Onco@home

### Inleiding en onderzoeksvragen

Oncologische patiënten moeten voor hun behandeling vaak naar het dagziekenhuis komen. Die bezoeken zijn emotioneel belastend, verhinderen een normaal sociaal bestaan en genereren telkens kosten voor patiënt en maatschappij. Het doel van het Onco@home-project is daarom om het aantal en de duur van de dagziekenhuisopnames voor kankerpatiënten te verminderen en onnodige ziekenhuisbezoeken te vermijden zodat de oncologische behandeling zo goed als mogelijk samengaat met een normaal sociaal bestaan.

In het Onco@home-project participeren 3 ziekenhuizen (az groeninge, Sint-Jozefskliniek Izegem en OLV van Lourdes Ziekenhuis Waregem) en 3 thuiszorgorganisaties (i-mens, Wit-Gele Kruis West-Vlaanderen en ZorgConnect). Binnen het Onco@home-project worden 2 innovatieve zorgmodellen voor thuishospitalisatie geïmplementeerd. Deze worden verder toegelicht en aangeduid met de benaming zorgmodel A en B.

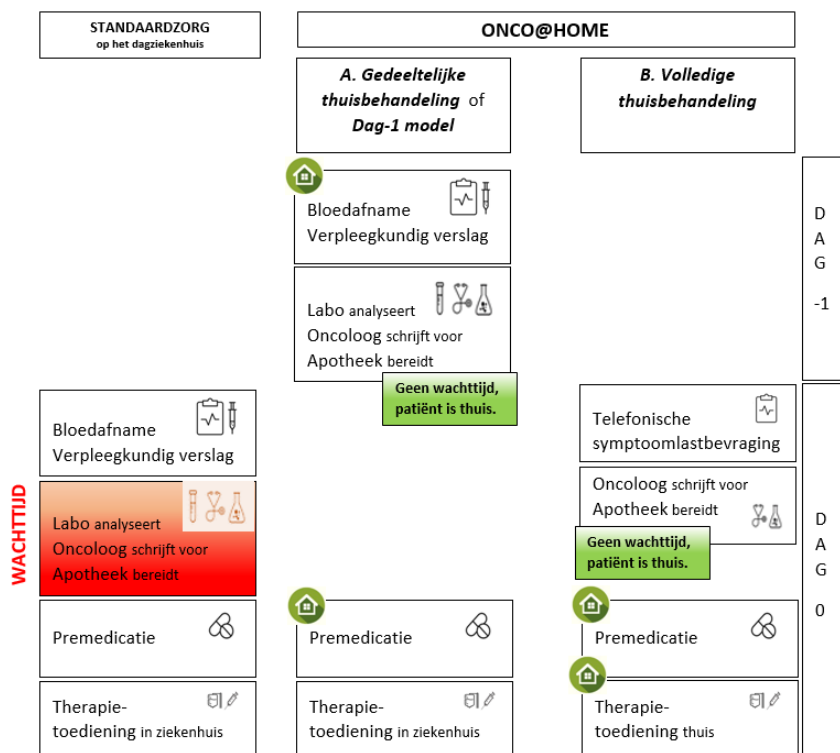
Met dit onderzoek willen we enerzijds de patiëntenervaring en anderzijds de financiële business case van thuishospitalisatie (zorgmodel A en B) versus het standaard zorgpad in kaart brengen. De onderzoeksvragen werden als volgt geformuleerd:

1. Wat is de **patiëntenervaring en voorkeur** van thuishospitalisatie in vergelijking met het standaard zorgpad?
2. Wat zijn de **kosten en opbrengsten** voor het ziekenhuis en de thuiszorgorganisatie van het standaardtraject, zorgmodel A en zorgmodel B.

In wat volgt lichten we het standaard zorgpad en de 2 innovatieve zorgmodellen, zorgmodel A en B, kort toe.

### Standaard zorgpad

In het standaard zorgpad komt de patiënt naar het dagziekenhuis en gebeurt het volledige zorgpad terwijl de patiënt zich op het dagziekenhuis bevindt. Dit proces bestaat uit: bloedafname, bloedanalyse, analyse resultaten door de arts, consultatie door de arts, bereiding van de chemo en toediening van de chemo, zie figuur 1.



Figuur 1: Zorgpad standaard oncologische behandeling versus zorgpaden ontwikkeld binnen Onco@home.

### Zorgmodel A: Het uitvoeren van de voorbereiding in de thuisomgeving voorafgaand aan een intraveneuze therapie op het dagziekenhuis 's anderendaags

In zorgmodel A gebeurt een bloedafname daags voor de dagopname door een Onco@home-thuisverpleegkundige bij de patiënt thuis. Ook worden eventuele symptomen bevestigd en is er een controle van de vitale parameters. Met die gegevens wordt nagegaan of de therapie de volgende dag veilig kan doorgaan. Bovendien kan de therapie op voorhand reeds voorgeschreven en bereid worden. Hierdoor verloopt de dagopname vlotter en kan de patiënt sneller terug naar huis. Bij onvoldoende herstelde bloedwaarden kan een onnodige verplaatsing naar het dagziekenhuis vermeden worden.

De **doelstelling** van zorgmodel A is tweeledig. Enerzijds willen de ziekenhuizen daarmee inzetten op een zo goed mogelijke **patiëntenervaring**. Door de staalname thuis af te nemen bij de patiënten die dat wensen, kan de duur van het bezoek ingekort worden. Uit een eerdere gerandomiseerde studie bij 145 patiënten in het kader van het PhD onderzoek van Lieselot Cool in az groeninge bleek dat de gemiddelde wachttijd met 1u40min daalde (van 3u57min. naar 2u14min.). Dit komt overeen met een daling van de wachttijd met 42% (Bron: PhD Lieselot Cool "Oncological Home-Hospitalisation", 2020). Ook kan een bezoek aan het dagziekenhuis vermeden worden als uit de bloedanalyse of anamnese blijkt dat de therapie niet kan doorgaan.

Daarnaast kan het proces beter gepland worden voor de analyse van de bloedstaal, de validatie door de arts en de bereiding van de chemo op voorhand uit te voeren. Ook kan het dagziekenhuis optimaler benut worden door een daling van de wachttijd van de patiënt voor de toediening van de chemo.



Zorgmodel B: het subcutaan toedienen van -daarvoor veilig bevonden- oncolytica in de thuissetting (=volledige thuisbehandeling)

**Standaard** in alle Belgische ziekenhuizen gebeuren alle subcutane toedieningen in het oncologisch dagziekenhuis. In **az groeninge** worden enkel de eerste toediening en de toedieningen in het weekend per cyclus in het ziekenhuis toegediend. De andere toedieningen gebeuren bij de patiënt thuis, na het uitvoeren van een telefonische symptoomlastbevraging. Dit heeft als voordeel dat de patiënt zich veel minder moet verplaatsen naar het dagziekenhuis. Hiervoor gaat een oncologisch verpleegkundige van het ziekenhuis langs bij de patiënt thuis.

## Patiëntenervaring en -voorkeur

### Methodologie

#### *Design*

Om inzicht te krijgen in de patiëntenervaring en voorkeur van patiënten, werd een bevraging opgezet in de drie ziekenhuizen. Met deze bevraging werd enerzijds gepeild naar de tevredenheid en voorkeur van patiënten in het Onco@home-project. Anderzijds werd gepeild naar de tevredenheid en voorkeur bij patiënten die (nog) niet zijn opgenomen in Onco@home.

Op het moment van de bevraging was Onco@home enkel nog maar uitgerold in az groeninge. Bij de Onco@home-patiënten bevroegen we:

1. De algemene tevredenheid over de huidige werking van het oncologisch dagziekenhuis;
2. De tevredenheid met de huidige werking van Onco@home;
3. De voorkeur tussen standaardbehandeling op het dagziekenhuis/Onco@home.

Bij de patiënten in het standaard zorgpad in de drie ziekenhuizen peilden we naar:

1. De algemene tevredenheid over de huidige werking van het oncologisch dagziekenhuis;
2. De perceptie over thuishospitalisatie.

#### *Steekproef*

De bevraging werd op papier uitgevoerd in december 2020 in de 3 ziekenhuizen: az groeninge, SJK Izegem en OLV Waregem. Studenten van de Artevelde Hogeschool stonden in voor de toelichting over het onderzoek aan de patiënten en de praktische opvolging. Dit gebeurde in het kader van hun bachelorproef. Door de projectcoördinator van het Onco@home-project van az groeninge werd hiervoor een document uitgewerkt waarin het doel van de dataverzameling en aandachtspunten uitvoerig werden beschreven.

#### *Ethiek*

De bevraging werd goedgekeurd door de medisch-ethische comités van az groeninge, OLV Waregem en SJK Izegem.

### Resultaten

#### *Steekproefgegevens*

De onderstaande tabel geeft de kenmerken weer van (1) de steekproef van patiënten in het Onco@home-traject in az groeninge (n=47) en (2) de steekproef in het standaard zorgpad in az groeninge (n=57), OLV Waregem (n=50) en SJK Izegem (n=50).

De meerderheid van de patiënten in de steekproef was ouder dan 65 jaar (62%). Globaal telde de steekproef iets meer vrouwen (55%) dan mannen. De meeste patiënten behaalden een diploma secundair onderwijs (55%). Hun gezondheidstoestand omschrijft de meerderheid als redelijk (48%) of goed (35%). De meeste patiënten waren 2-6 maanden in behandeling (34%) en zijn professioneel niet actief (87%). Gemiddeld duurt de reistijd 16 minuten. De patiënten zijn overwegend samenwonend (75%). Ook worden de meeste patiënten gebracht naar het dagziekenhuis door een familielid, vriend of kennis (48%) of de patiënt rijdt zelf (32%).

De meeste patiënten die opgenomen zijn in het Onco@home-project, zijn geïnccludeerd in zorgmodel A met bloedafname op dag -1 (87%). Het aantal patiënten dat subcutane toedieningen thuis krijgt is nog beperkt en bedroeg 13% van de steekproef (n=6).

Er werden geen gegevens opgevraagd over het type kanker waarvoor de patiënten behandeld worden.

Tabel: Steekproefgegevens

	Onco@home az Groeninge	Standaard zorgpad az Groeninge	Standaard zorgpad OLV Waregem	Standaard zorgpad SJK Izegem	Totaal
Aantal patiënten	47	57	50	50	204
Leeftijdscategorie, n (%)					
< 65 jaar	18 (38%)	24 (42%)	19 (38%)	16 (32%)	77 (38%)
≥ 65 jaar	29 (62%)	33 (58%)	31 (62%)	34 (68%)	127 (62%)
Geslacht, n (%)					
Mannelijk	20 (43%)	24 (42%)	30 (60%)	17 (34%)	91 (45%)
Vrouwelijk	27 (57%)	33 (58%)	20 (40%)	33 (66%)	113 (55%)
Opleidingsniveau, n (%)					
Lager onderwijs	7 (15%)	6 (11%)	12 (24%)	12 (24%)	37 (18%)
Secundair onderwijs	25 (53%)	36 (63%)	25 (50%)	27 (54%)	113 (55%)
Hoger, niet-universitair onderwijs	11 (23%)	7 (12%)	9 (18%)	9 (18%)	36 (18%)
Universitair onderwijs	3 (6%)	7 (12%)	4 (8%)	2 (4%)	16 (8%)
Onbekend	1 (2%)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)
Gezondheidstoestand					
Slecht	3 (6%)	3 (5%)	2 (4%)	2 (4%)	10 (5%)
Redelijk	23 (49%)	28 (49%)	23 (46%)	23 (46%)	97 (48%)
Goed	14 (30%)	23 (40%)	15 (30%)	20 (40%)	72 (35%)
Zeer goed	3 (6%)	1 (2%)	8 (16%)	4 (8%)	16 (8%)
Niet ingevuld	2 (4%)	2 (4%)	0 (0%)	1 (2%)	5 (2%)
In behandeling sinds					
< 1 maand	1 (2%)	8 (14%)	6 (12%)	2 (4%)	17 (8%)
2-6 maand	19 (40%)	23 (41%)	14 (28%)	13 (26%)	69 (34%)
7-12 maand	5 (11%)	7 (13%)	1 (2%)	7 (14%)	20 (10%)
1-2 jaar	6 (13%)	3 (5%)	9 (18%)	2 (4%)	20 (10%)
> 2 jaar	16 (34%)	15 (27%)	19 (38%)	26 (52%)	76 (37%)
Onbekend	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	1 (0%)
Professioneel actief?					
Ja	7 (15%)	9 (16%)	7 (14%)	3 (6%)	26 (13%)
Neen	40 (85%)	47 (94%)	43 (86%)	47 (84%)	177 (87%)
Reistijd tot het dagziekenhuis in minuten (gem. ± SD)	17,8 (6,8)	17,5 (8,5)	14,6 (7,3)	15 (12,7)	16,2 (9,2)
Afstand tot het dagziekenhuis (gem. ± SD)	10,0 (6,0)	11,1 (9,1)	8,6 (7,4)	9,1 (13,3)	9,8 (9,4)
Woonsituatie, n (%)					
Alleenwonend	10 (21%)	13 (23%)	8 (16%)	14 (28%)	45 (22%)
Samenwonend	37 (79%)	43 (75%)	39 (78%)	35 (70%)	154 (75%)
Serviceflat of woonzorgcentrum	0 (0%)	0 (0%)	3 (6%)	1 (2%)	4 (2%)
Onbekend	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
Verplaatsing naar het dagziekenhuis					
Ik rij zelf	15 (32%)	19 (33%)	18 (36%)	14 (28%)	66 (32%)

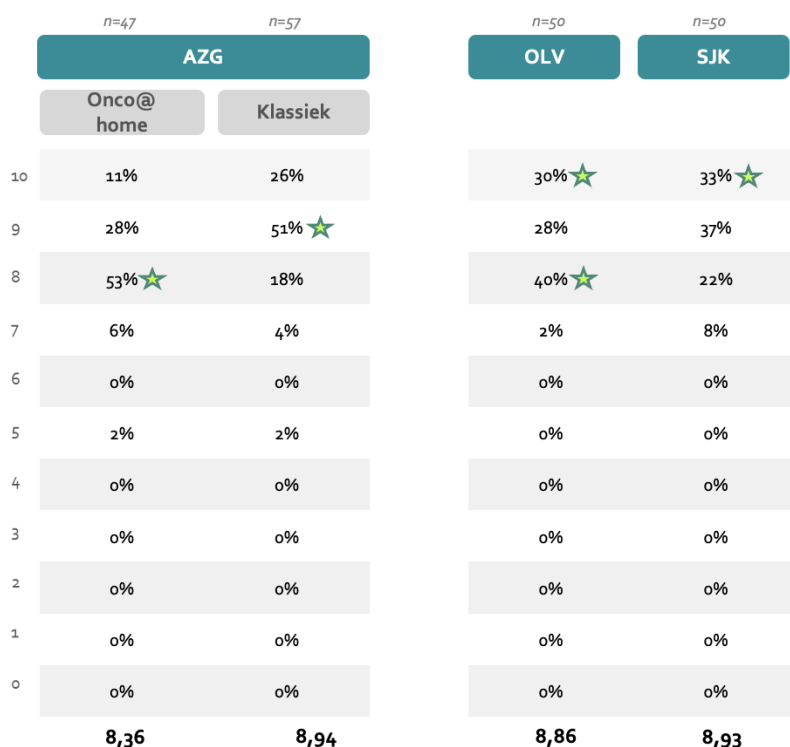
Ik word gebracht door ziekenvervoer of ambulancedienst	1 (2%)	5 (9%)	8 (16%)	8 (16%)	22 (11%)
Ik word gebracht door familielid, vriend of kennis	29 (62%)	23 (40%)	22 (44%)	24 (48%)	98 (48%)
Andere	2 (4%)	10 (18%)	2 (4%)	4 (8%)	18 (9%)
Deelname Onco@home					
Zorgmodel A (Dag-1)	41 (87%)	-	-	-	-
Zorgmodel B (Subcutane toediening thuis)	6 (13%)	-	-	-	-
Aantal keer Onco@home					
≤ 10 keer	22 (47%)	-	-	-	-
> 10 keer	25 (53%)	-	-	-	-

Bron: Onco@home-bevraging, december 2020

### Tevredenheid met de huidige werking

Alle patiënten rapporteren een heel hoge tevredenheid met de huidige werking. De volgende tabel geeft de tevredenheid over de huidige werking weer van patiënten in Onco@home en in het standaard zorgpad. Patiënten die opgenomen zijn in Onco@home geven de huidige werking een gemiddelde score van 8,5/10. In het standaard zorgpad geeft de meerderheid van de patiënten een 9/10 of 10/10. Patiënten in Onco@home-patiënten geven iets vaker een 8/10.

Tabel: Resultaten op de vraag “Hoe tevreden bent u met de huidige werking van het oncologisch dagziekenhuis? Als 0 gelijk is aan “kan niet erger” en 10 gelijk is aan “kan niet beter”?”



★ Significant hoger dan tenminste 1 andere groep (95% CI)

Bron: Onco@home-bevraging, december 2020

## Voorkeur

Zowel bij de Onco@home-patiënten als bij de patiënten die opgenomen zijn in het standaard zorgpad werd gepolst naar hun voorkeur voor thuishospitalisatie. Bij de patiënten die opgenomen zijn in Onco@home, verkiest 93% Onco@home en heeft 7% geen voorkeur. Geen enkele Onco@home-patiënt wil terug naar de standaardbehandeling in het dagziekenhuis.

Figuur: Voorkeur bij patiënten geïnccludeerd in Onco@home



Als u de gewone aanpak op het dagziekenhuis vergelijkt met de aanpak van Onco@Home (bloedafname dag voordien of therapietoediening thuis d.m.v. onderhuidse injectie), welke vorm geniet uw voorkeur?

Filter: Onco@home | n= 47

Bron: Onco@home-bevraging, az groeninge, december 2020

Ook bij de patiënten die de standaardbehandeling in het dagziekenhuis ontvangen in de drie ziekenhuizen werd gepolst naar hun voorkeur. Van deze patiënten zou meer dan 1 op 3 Onco@home overwegen, 11% heeft geen voorkeur en de helft verkiest de standaardbehandeling.

Figuur: Voorkeur bij patiënten geïnccludeerd in het standaard zorgpad

**37%**  
**overweegt Onco@home  
 (gedeelte thuis)  
 indien in aanmerking**

*"Om wat tijd te winnen. Wanneer de behandeling dan niet mag starten moet ik niet onnodig naar het ziekenhuis komen."*

*"Ik ben thuis met vrouw en dochter, heel gelukkig, en zou dan geen onnodige verplaatsingen hebben."*

**11%**  
**heeft geen voorkeur**



**52%**  
**verkiest de  
 standaardbehandeling  
 (alles in dagziekenhuis)**

*"Met thuisverpleegkundigen sta ik op uur. Liever alles op één dag."*

*"Ik ben tevreden over de manier waarop het nu loopt. Verandering zou moeilijk zijn. Ik ben het nu zo gewoon."*

*"In het ziekenhuis is er meer ervaring in prikken."*

Mocht u in aanmerking komen voor één van deze vormen van thuishospitalisatie, zou u dit dan overwegen?  
 Filter: geen onco@home | n= 152

Bron: Onco@home-bevraging, december 2020

Deze overweging voor thuishospitalisatie is niet significant verschillend voor patiënten die samenwonen of alleen wonen. Ook is er geen verschil indien men professioneel actief is of niet en of men zich zelfstandig kan verplaatsen of een beroep moet doen op vrienden, familie of ziekenvervoer. Ook de gezondheidstoestand is niet bepalend voor de voorkeur in thuishospitalisatie, noch de tijd die ze reeds in behandeling zijn.

We peilden ook naar de redenen van voorkeur bij patiënten die de standaardbehandeling krijgen. De belangrijkste redenen om te kiezen voor Onco@home zijn de tijdswinst in het ziekenhuis (57%) en het vermijden van onnodige verplaatsingen (29%). Ook geeft 20% aan liever thuis te zijn. Patiënten die kiezen voor de standaardbehandeling geven als belangrijkste redenen aan dat ze tevreden zijn met de huidige manier van werken (35%), zich veiliger voelen in het ziekenhuis (31%) en liever geen 2 dagen willen vrijhouden (30%).

**Figuur:** Redenen voor voorkeur bij patiënten geïnccludeerd in het standaard zorgpad

Wat maakt dat u deze optie verkiest?

**Ja**, mocht ik in aanmerking komen kies ik voor de behandeling via Onco@Home waarbij (een deel van) de gespecialiseerde zorgen thuis gebeuren.

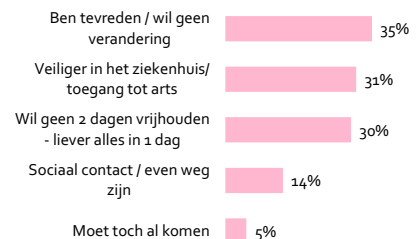
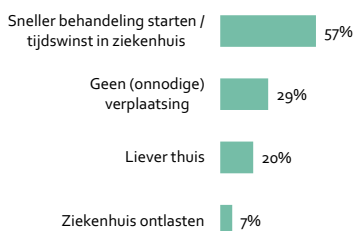
37%

Ik heb geen voorkeur, mij is het eender.

11%

**Neen**, ik kies sowieso voor de standaardbehandeling op het dagziekenhuis waarbij de zorgen allemaal op het dagziekenhuis plaatsvinden.

52%



Bron: Onco@home-bevraging, december 2020

### Belemmeringen en beperkingen

Patiënten in het standaardtraject krijgen de keuze voorgelegd tussen het zorgproces dat ze kennen en dat vertrouwd is en de optie voor Onco@home, dat ze niet kennen. Dit kan een impact hebben op de antwoorden van die groep patiënten

### Conclusie

Onco@home-patiënten rapporteren geen hogere tevredenheid met het ziekenhuis dan andere patiënten. Wel is er een heel hoge tevredenheid met de Onco@home-werking en wil geen enkele Onco@home-patiënt terug naar de standaardbehandeling in het dagziekenhuis. Het bestaan van deze keuzemogelijkheid is dus zeker een meerwaarde voor patiënten.

Bij patiënten die niet opgenomen zijn in Onco@home verkiest de helft de zorg in het dagziekenhuis; de andere helft zou Onco@home overwegen of heeft geen voorkeur.

## Business case: kosten en opbrengsten

### Methodologie

In het Onco@home-project werden de kosten en opbrengsten voor de 3 zorgmodellen in kaart gebracht: het standaard zorgpad, zorgmodel A en zorgmodel B. De kosten en de opbrengsten van de thuisverpleging, het dagziekenhuis en de bereiding van de chemotherapie werden meegenomen in de analyse. De kosten van de chemotherapie en geneesmiddelen werden niet meegenomen omwille van de grote variatie in die kosten. Ook de kosten van labo-onderzoeken en eventueel andere onderzoeken (bijv. radiologie) werden niet opgenomen. De kosten van deze onderzoeken wijzigen immers niet door het verschuiven van (een deel van) de zorg naar de thuissetting.

Er werden zes zorgpaden gedefinieerd waarvoor de kosten en opbrengsten werden berekend, namelijk:

1. Toediening intraveneuze chemo, 1 product – standaard zorgpad
2. Toediening intraveneuze chemo, meerdere producten – standaard zorgpad
3. Toediening intraveneuze chemo, 1 product - zorgmodel A (= bloedafname en anamnese door thuiszorg)
4. Toediening intraveneuze chemo, meerdere producten – zorgmodel A (= bloedafname en anamnese door thuiszorg)
5. Toediening subcutane chemo in het ziekenhuis – standaard zorgpad
6. Toediening subcutane chemo deels in het ziekenhuis en deels bij de patiënt thuis door een verpleegkundige van het dagziekenhuis – zorgmodel B

Het onderscheid tussen chemotherapie met 1 product en meerdere producten werd gemaakt omdat het aantal producten dat toegediend wordt een invloed heeft op de bereidings- en toedieningstijd. Ook voor de opbrengsten voor het ziekenhuis wordt hierin een onderscheid gemaakt: de vergoeding voor de toediening van 1 product (maxiforfait mono) is lager dan voor de toediening van meerdere producten (maxiforfait combi).

In wat volgt geven we weer hoe we voor elk type kosten (personeel, materiaal, afschrijvingen, onderhoud, ...) de kosten in kaart gebracht hebben. Vervolgens lichten we toe hoe we de opbrengsten bepaald hebben.

### *Kosten van personeel*

De kosten van personeel werden gedetailleerd in kaart gebracht. Per personeelscategorie en per zorgpad werd een tijd per activiteit en een kost per minuut bepaald. Op basis daarvan kon een kost per activiteit (bijv. directe zorg bij de patiënt, transport, administratie, ...) berekend worden.

### *Tijd per activiteit*

Via proceswandelingen en interviews werden de verschillende activiteiten in kaart gebracht in het dagziekenhuis, de thuiszorg en de ziekenhuisapotheek.

Om de tijd per activiteit te kennen werden vervolgens gedetailleerde metingen uitgevoerd. De aanpak verschilde per zorgprofiel en wordt hieronder kort toegelicht.





De verpleegkundige activiteiten in het dagziekenhuis werden gemeten door multimomentopnames uit te voeren in de 3 ziekenhuizen. Hiervoor volgde een consultant van Möbius een verpleegkundige tijdens een volledige shift in az groeninge en SJK Izegem en registreerde alle uitgevoerde activiteiten in Excel via een standaard sjabloon (zie onderstaande figuur). In OLV Waregem werden de metingen uitgevoerd door de projectcoördinator van Onco@home van OLV onder begeleiding van een consultant van Möbius. Onderstaande figuur geeft een overzicht van de gemeten activiteiten. Zowel de directe zorgtaken (toedienen chemo, bloedafname, ...) als de andere taken (logistieke taken, medicatiebeheer, overleg, ...) werden gemeten. Van elke activiteit werd het start- en eindstip geregistreerd. Ook werd telkens het zetel- of kamernummer van de patiënt waarvoor de activiteit werd uitgevoerd genoteerd. Op die manier kon achteraf nagegaan worden voor welke behandeling de patiënt naar het dagziekenhuis kwam. In totaal werden 10 verpleegkundigen tijdens een volledige shift gevolgd: 4 in az groeninge, 2 in OLV Waregem en 4 in SJK Izegem.

Figuur: overzicht van de gemeten activiteiten



1 Admin	5. PAC bloedafname	8 Toedienen chemo	10 Coaching	12. Andere directe zorg	16. Pauze
2 PT ophalen	7a. Ophalen premedicatie	9. Toedienen subjutaan	11. Follup-up en ontslag	13. Overdracht	18. Logistieke taken
3 Anamnese	7. Premedicatie toedienen	<b>Tijd</b>		14. Communicatie (tel, afstemming HVPK)	19. Bewegen zonder PT
4. Peri bloedafname	8a Ophalen Chemo			15. Medicatiebeheer	
Tijd	Activiteitnr	Bijkomende info	Info PT - Kamer		

De tijden werden verwerkt in Excel. Van elke patiënt die opgenomen was in de metingen werd door een oncologische verpleegkundige aangegeven voor welk zorgpad de patiënt naar het dagziekenhuis kwam. Enkel de tijden van de patiënten die een intraveneuze chemotoediening met één of meerdere producten of subcutane chemo kregen, werden meegenomen in de verdere analyse.

Voor de verpleegkundige taken werd een gemiddelde tijd per ziekenhuis en per zorgpad bepaald. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen (1) de tijd die direct toe te wijzen is aan een patiënt en (2) de niet direct toewijsbare tijd, bijvoorbeeld voor overleg of algemeen medicatiebeheer. De niet direct toewijsbare tijd werd toegewezen aan de tijd per patiënt. Dit gebeurde à rato van de directe zorgtijd. Hierdoor kreeg een patiënt die meer verzorging kreeg, dus ook verhoudingsgewijs meer niet direct toewijsbare tijd van de verpleegkundige toegewezen.

Voor het administratief, logistiek en coördinerend personeel in het dagziekenhuis werd per ziekenhuis een overzicht opgevraagd van het aantal VTE per profiel dat werkzaam is in het dagziekenhuis. Per VTE werd vervolgens het aantal minuten werktijd berekend uitgaande van 1.605,2 uren/jaar productieve tijd, zoals opgenomen in de handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies, uitgewerkt door het KCE (Swartenbroekx, Obyn et al. 2012). Vervolgens werd aan de hand van het totaal aantal dagziekenhuispatiënten (data 2019) per dagziekenhuis berekend wat de gemiddelde tijd per patiënt is voor het administratief en coördinerend personeel. Hierop werd geen weging toegepast, elke patiënt kreeg even veel tijd voor administratief en coördinerend personeel toegewezen. De reden hiervoor is dat het personeel in interviews aangaf dat het type en de duur van de behandeling geen impact heeft op de administratieve, logistieke en coördinerende tijd.

De bereidingstijd door apotheek werd in kaart gebracht door tijdsmetingen en interviews met de apotheker verantwoordelijk voor de bereiding in az groeninge.

De tijd per verpleegkundige activiteit in de thuiszorg (zorgmodel A) werd gemeten door 4 thuisverpleegkundigen, waarvan één thuisverpleegkundige van Wit-Gele Kruis West-Vlaanderen (WVK) en drie thuisverpleegkundigen van i-mens. Hiervoor werd door Möbius een datasjabloon opgemaakt. In dit sjabloon werd een onderscheid gemaakt tussen: administratieve taken, planning en voorbereiding, directe zorgtijd, transport naar de patiënt, transport naar het labo van het ziekenhuis en andere activiteiten. In totaal werden 99 metingen uitgevoerd. Op basis van de metingen werd een gemiddelde tijd per activiteit bepaald. Deze tijden werden vervolgens gevalideerd door de 3 thuiszorgorganisaties.

De tijd om een subcutane toediening thuis toe te dienen (zorgmodel B) werd gemeten door een oncologisch verpleegkundige van het dagziekenhuis gedurende 23 meetdagen. Hier werd een onderscheid tussen: (1) administratieve taken, planning en voorbereiding, (2) ophalen chemo bij apotheek, (3) directe zorgtijd bij de patiënt en (4) transport naar de patiënten en terug naar het ziekenhuis. De gemiddelde tijd per activiteit werd vervolgens berekend en gevalideerd door de oncologisch verpleegkundige.

#### *Kost per activiteit*

Om de kost per activiteit te kennen werd per profiel een kost per minuut berekend. Hiervoor werd per organisatie de gemiddelde loonkost per profiel opgevraagd. Om de kost per minuut te berekenen werd opnieuw uitgegaan van 1.605,2 uren/jaar productieve tijd, zoals opgenomen in de handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies, uitgewerkt door het KCE (Swartenbroekx, Obyn et al. 2012). Deze kost per minuut werd vervolgens vermenigvuldigd met het berekend aantal minuten per activiteit en per profiel.

#### *Kosten van materiaal*

De materiaalkosten voor het toedienen van de chemo werden heel gedetailleerd in kaart gebracht voor elk van de zes gedefinieerde zorgpaden door de interne projectcoördinatoren van az groeninge en OLV Waregem. Er werd een onderscheid gemaakt tussen materiaal voor: (1) bloed prikken, (2) aankoppelen chemo, (3) afkoppelen chemo en (4) toedienen subcutane therapie. De verschillen tussen de 2 ziekenhuizen waren beperkt en in het model werd uitgegaan van de gemiddelde kost.

Daarnaast registreerden de thuiszorgorganisaties het materiaal nodig voor het uitvoeren van de bezoeken: laptop, kilometervergoeding, materiaal, ... en het aantal bezoeken dat jaarlijks wordt uitgevoerd. Hiervoor werd door Möbius een sjabloon aangereikt. Op basis van deze informatie werd een gemiddelde kost per bezoek berekend.

#### *Kosten voor afschrijvingen, onderhoud, verwarming, ...*

#### *Ziekenhuizen*

Zowel in az groeninge als in OLV Waregem bedroegen de afschrijvingskosten die direct geboekt worden op het dagziekenhuis 3% bovenop de kosten voor personeel en materiaal. In SJK Izegem werd de boekhouding op dit detailniveau informatie niet verstrekt. Daarom werd in het model voor de afschrijvingskost met 3% gerekend bovenop de kosten voor personeel en materiaal.

Daarnaast worden er in de ziekenhuizen algemene kosten zoals onderhoud, administratie, voeding, linnen, ICT, afschrijvingen op het gebouw ... geboekt op indirecte kostenplaatsen en vervolgens versleuteld naar de zorgafdelingen op basis van wettelijk bepaalde verdeelsleutels, zoals aantal m<sup>2</sup>, aantal VTE,.... Gemiddeld bedroeg dit percentage 61% bovenop de directe kosten in de drie ziekenhuizen, waaronder 56% in az groeninge, 90% in SJK Izegem en 38% in OLV Waregem. Omwille van de grote spreiding tussen de ziekenhuizen, werd ervoor gekozen om het percentage van het KCE uit de handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies

(Swartenbroekx, Obyn et al. 2012) te hanteren. In deze handleiding wordt uitgegaan van 56,6% overheadkosten voor onderhoud, verwarming, linnen, catering, administratie, algemene afschrijvingskosten, .... Dit percentage werd berekend op basis van de kosten van alle Belgische ziekenhuizen in 2006. Hiervan is helaas geen recentere informatie beschikbaar. Dit percentage komt overeen met het percentage van az groeninge en ligt in lijn met het gemiddelde van de drie ziekenhuizen.

### Thuisverpleging

Voor de thuisverpleging werd het gemiddelde overheadpercentage opgevraagd voor de kosten van administratie, gebouwen, ... Het gemiddelde overheadpercentage van WGK en i-mens bedroeg 13,2%. Aangezien ZorgConnect een koepel van zelfstandige thuisverpleegkundigen is, konden zij dit percentage niet aanleveren. Dit gemiddelde percentage werd gehanteerd in het model.

### Opbrengsten

#### Opbrengsten ziekenhuis

Op basis van facturatie van de 3 ziekenhuizen (data 2019) werden de gemiddelde opbrengsten per zorgpad bepaald. De onderstaande tabel geeft de inkomsten per type inkomsten weer. In de facturatie kon geen onderscheid gemaakt worden tussen intraveneuze en subcutane chemo binnen de forfait 'maxi mono' (= 1 toediening intraveneus of subcutaan). Daarom wordt in het model met dezelfde bedragen gewerkt voor deze zorgpaden.

Tabel: Gemiddelde opbrengst per patiënt en per type zorgpad – standaard zorgpad

Gem. opbrengst / patiënt (in euro)	Eén toediening intraveneus / subcutaan (= forfait maxi mono)	Meerdere toedieningen (intraveneus/subcutaan) (= forfait maxi combi)
Toezicht arts	30,38 €	29,00 €
Maxiforfait	124,10 €	166,09 €
Klinische biologie forfaitair	112,97 €	114,29 €
Klinische biologie per test	15,33 €	15,39 €
Totaal	282,87 €	324,76 €

Bron: facturatiegegevens 2019, az groeninge, OLV Waregem, SJK Izegem

#### Opbrengsten thuisverpleging

In overleg met de projectcoördinatoren van i-mens en az groeninge werd bepaald welke nomenclatuur kan aangerekend worden voor zorgmodel A en B.

#### Zorgmodel A

Tabel: nomenclatuur die kan aangerekend worden door de thuisverpleegkundige voor bloedafname en anamnese bij de patiënt thuis in zorgmodel A

		Zorgmodel A	
Type activiteit		FFT maxi mono	FFT maxi combi
<b>THUISZORG</b>		€ 33,6	€ 33,6
425014 - Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	Verhoogde tegemoetkoming: 3,95 euro, Gewoon VZ 3,16 euro, kan bij iedere patiënt aangerekend worden. Assumptie: 50% gewoon verzekerd.	€ 3,6	€ 3,6
423054 - Toedienen van geneesmiddelen	Verhoogde tegemoetkoming: 2,52 euro, Gewoon VZ 1,89 euro, kan bij iedere patiënt aangerekend worden. Assumptie: 50% gewoon verzekerd.	€ 2,2	€ 2,2
423113 - Plaatsing van een verblijfskatheter	Verhoogde tegemoetkoming: 42,39 euro, Gewoon VZ 31,8 euro, kan bij 75% patiënten aangerekend worden. Assumptie: 50% gewoon verzekerd.	€ 27,8	€ 27,8
421072 - Verwijdering van een verblijfskatheter	Kan zelden aangerekend worden		

Bron: Interview projectcoördinator i-mens

### Zorgmodel B

Tabel: nomenclatuur die kan aangerekend worden voor subcutane toediening bij de patiënt thuis in zorgmodel B

		Zorgmodel B - Per toediening TZ
<b>THUISZORG</b>		€ 5,3
425014 - Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	Verhoogde tegemoetkoming: 3,91 euro, Gewoon VZ 3,13 euro, kan bij iedere patiënt aangerekend worden. Assumptie: 50% gewoon verzekerd.	€ 3,6
423076 Specifieke zorg (suppl. aan basisverstrekking)	Voor subcutane toediening. Verhoogde tegemoetkoming: 2,32 euro, Gewoon VZ 1,74 euro, kan bij iedere patiënt aangerekend worden. Assumptie: 50% gewoon verzekerd.	€ 1,7

Bron: Interview projectcoördinator az groeninge

### Resultaten

De resultaten van het standaard zorgpad, zorgmodel A en zorgmodel B worden telkens opgesplitst in:

- Forfait maxi mono intraveneus: bij deze patiënten wordt 1 intraveneuze chemo toegediend en daarvoor krijgt het ziekenhuis een forfait (FFT) maxi mono.
- Forfait maxi mono subcutaan (Vidaza): bij Vidaza wordt 7 dagen op rij chemo subcutaan toegediend. Vervolgens is er een periode van 3 weken rust. Per cyclus gebeurt er één bloedafname. In zorgmodel B worden er 3 injecties toegediend in het ziekenhuis (de eerste + in het weekend), 4 injecties worden bij de patiënt thuis toegediend.
- Forfait maxi mono subcutaan (Velcade): bij Velcade telt de cyclus 11 dagen en krijgt de patiënt een subcutane toediening op dag 1, 4, 8 en 11. Per cyclus wordt enkel bij de eerste toediening bloed afgenomen en geanalyseerd. In zorgmodel B krijgt de patiënt telkens één toediening in het dagziekenhuis en 3 toedieningen thuis (op dag 4, 8 en 11).
- Forfait maxi combi: bij deze patiënten worden meerdere intraveneuze chemo's toegediend en daarvoor krijgt het ziekenhuis een forfait (FFT) maxi combi.

### Standaard zorgpad

De onderstaande tabel geeft de gemiddelde kosten en opbrengsten weer van het standaard zorgpad voor elk van de types patiënten en types kosten en opbrengsten.

Tabel: Kosten en opbrengsten van het standaard zorgpad

	Standaard zorgpad			
	FFT maxi mono intravene us	FFT maxi mono subcutaan (Vidaza)	FFT maxi mono subcutaan (Velcade)	FFT maxi combi
<b>KOSTEN TOTAAL ZH + THUIS</b>	€ 218,9	€ 152,4	€ 147,4	€ 307,3
<b>DAGZIEKENHUIS</b>	€ 171,3	€ 120,3	€ 121,8	€ 235,6
<b>PERSONEEL</b>	€ 96,1	€ 72,9	€ 72,9	€ 130,8
Kost personeel - zorgtijd verpleging (direct + indirect)	€ 62,5	€ 39,3	€ 39,3	€ 97,2
Kost personeel - coördinatie en administratie	€ 33,6	€ 33,6	€ 33,6	€ 33,6
<b>ANDERE K DAGZIEKENHUIS</b>	€ 75,2	€ 47,4	€ 48,9	€ 104,8
Materiaal	€ 10,1	€ 1,7	€ 2,6	€ 15,3
Afschrijvingen en andere bedrijfskosten (+ 3%)	€ 3,2	€ 2,2	€ 2,3	€ 4,4
Indirecte kosten: gebouw, verwarming, onderhoud, linnen, ... (+56,6%)	€ 61,9	€ 43,5	€ 44,0	€ 85,2
<b>KOST BEREIDING</b>	€ 47,6	€ 32,2	€ 25,6	€ 71,7
Apotheker	€ 9,9	€ 9,9	€ 9,9	€ 9,9
Apotheker-assistent	€ 7,5	€ 6,0	€ 1,8	€ 9,9
Materiaal	€ 13,0	€ 4,7	€ 4,7	€ 26,0
Andere kosten (afschrijvingen, onderhoud, ... +56,6%)	€ 17,2	€ 11,6	€ 9,3	€ 25,9
<b>OPBRENGSTEN, excl klin biol. en oncoloog</b>	€ 124,1	€ 124,1	€ 124,1	€ 166,1
<b>ZIEKENHUIS</b>	€ 124,1	€ 124,1	€ 124,1	€ 166,1
<b>Maxiforfait</b>	€ 124,1	€ 124,1	€ 124,1	€ 166,1
Honorarium oncoloog	€ 30,4	€ 30,4	€ 30,4	€ 29,0
Klinische biologie - forfait	€ 113,0	€ 113,0	€ 113,0	€ 114,3
Klinische biologie - per test	€ 15,3	€ 2,2	€ 3,8	€ 15,4
<b>RESULTAAT, excl. klin biol en oncoloog</b>	-€ 94,8	-€ 28,3	-€ 23,3	-€ 141,2

Subcutane injecties: assumptie = 1 bloedafname per cyclus van 7 (Vidaza) of 4 (Velcade) toedieningen

Apotheekproducten (chemo en geneesmiddelen) niet in scope omwille van grote variatie in kostprijs

Bron: eigen berekeningen, Möbius

In het standaard zorgpad zijn de inkomsten onvoldoende om de kosten te dekken voor zowel intraveneuze als subcutane toedieningen.

### Zorgmodel A

In zorgmodel A werd berekend wat de kosten en opbrengsten zijn van de bloedafname en anamnese bij de patiënt thuis. Ook werd de tijdswinst in het ziekenhuis door het verschuiven van de bloedafname en de anamnese in rekening gebracht. De onderstaande tabel geeft het overzicht van de gemiddelde kosten van zorgmodel A weer.

In de business case werd geen rekening gehouden met de efficiëntiewinsten die op langere termijn kunnen gerealiseerd worden door de implementatie van zorgmodel A. Door de verkorting van de doorlooptijd kunnen binnen de bestaande capaciteit meer patiënten behandeld worden. Deze efficiëntiewinsten kunnen gerealiseerd worden wanneer het aantal patiënten toeneemt en zullen daardoor verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis.

Tabel: Kosten zorgmodel A

Zorgmodel A						
Type activiteit	Tijd maxi mono	Tijd maxi combi	Kost/min.	FFT maxi mono	FFT maxi combi	
<b>KOSTEN TOTAAL ZH + THUIS</b>				€ 272,3	€ 360,6	
<b>DAGZIEKENHUIS</b>				€ 147,5	€ 211,6	
<b>PERSONEEL</b>	Tijds winst: 20 minuten t.o.v. standaard zorgpad			€ 81,0	€ 115,6	
<b>ANDERE K DAGZIEKENHUIS</b>				€ 66,5	€ 96,0	
<b>Materiaal</b>				€ 1,4	€ 6,5	
<b>Afschrijvingen en andere bedrijfskosten (+ onderhoud, linnen, ... (+56,6% standaard zorgpad)</b>				€ 3,2	€ 4,4	
<b>KOST BEREIDING</b>				€ 61,9	€ 85,2	
<b>KOST BEREIDING</b>				€ 47,6	€ 71,7	
<b>THUISHOSPITALISATIE</b>				€ 77,3	€ 77,3	
<b>PERSONEEL</b>				€ 57,2	€ 57,2	
	Opstart nieuwe patiënt voor die thuiszorgorganisatie (éénmalig) - uitgaande van 2/ronde, 8 min. voor opstart	2,5	2,5	€ 0,7	€ 1,8	€ 1,8
	Per patiënt (zorgtijd + autorit + adm.) - 54 metingen	65	65	€ 0,7	€ 46,8	€ 46,8
	Per werkdag: 20' staal naar ziekenhuis/gem. 6,45 patiënter	3,1	3,1	€ 0,7	€ 2,2	€ 2,2
	Administratie en planning	11,0	11,0	€ 0,6	€ 6,4	€ 6,4
Transport	0,35 euro / km * # km	9,46	9,46	0,35	€ 3,3	€ 3,3
Materiaal				€ 9,2	€ 9,2	
	Kosten ontvangen van TZ organisaties voor laptop, GSM, weegschaal, thermometer, ...				€ 0,2	€ 0,2
	Materiaal voor bloed prikken: wordt nu meegegeven vanuit ziekenhuis. Gem. prikken via PAC en perifeer (incl. plaatsen slot)				€ 9,0	€ 9,0
Indirecte kosten	Gem. 13,2% van loonkost				€ 7,6	€ 7,6

Bron: eigen berekeningen, Möbius

Ook werden de opbrengsten in het ziekenhuis en de thuishospitalisatie in kaart gebracht. De volgende tabel geeft het geaggregeerde overzicht weer van de kosten en opbrengsten in het ziekenhuis en in de thuiszorg. Hierbij wordt een opsplitsing gemaakt in één (FFT maxi mono) of meerdere toedieningen (FFT maxi combi).

Tabel: Geaggregeerd overzicht van de gemiddelde kosten en opbrengsten in zorgmodel A

Zorgmodel A		
	FFT maxi mono	FFT maxi combi
<b>KOSTEN TOTAAL ZH + THUIS</b>	€ 272,3	€ 360,6
<b>DAGZIEKENHUIS</b>	€ 147,5	€ 211,6
<b>KOST BEREIDING</b>	€ 47,6	€ 71,7
<b>THUISHOSPITALISATIE</b>	€ 77,3	€ 77,3
<b>OPBRENGSTEN, excl klin biol. en oncoloog</b>	€ 157,7	€ 199,7
<b>ZIEKENHUIS</b>	€ 124,1	€ 166,1
<b>Maxiforfait</b>	€ 124,1	€ 166,1
<b>THUISHOSPITALISATIE</b>	€ 33,6	€ 33,6
<b>RESULTAAT, excl. klin biol en oncoloog</b>	-€ 114,7	-€ 160,9

Bron: eigen berekeningen, Möbius

Vervolgens werden de gemiddelde kosten en opbrengsten van zorgmodel A en het standaard zorgpad met elkaar vergeleken.

Tabel: Vergelijking zorgmodel A met het standaard zorgpad

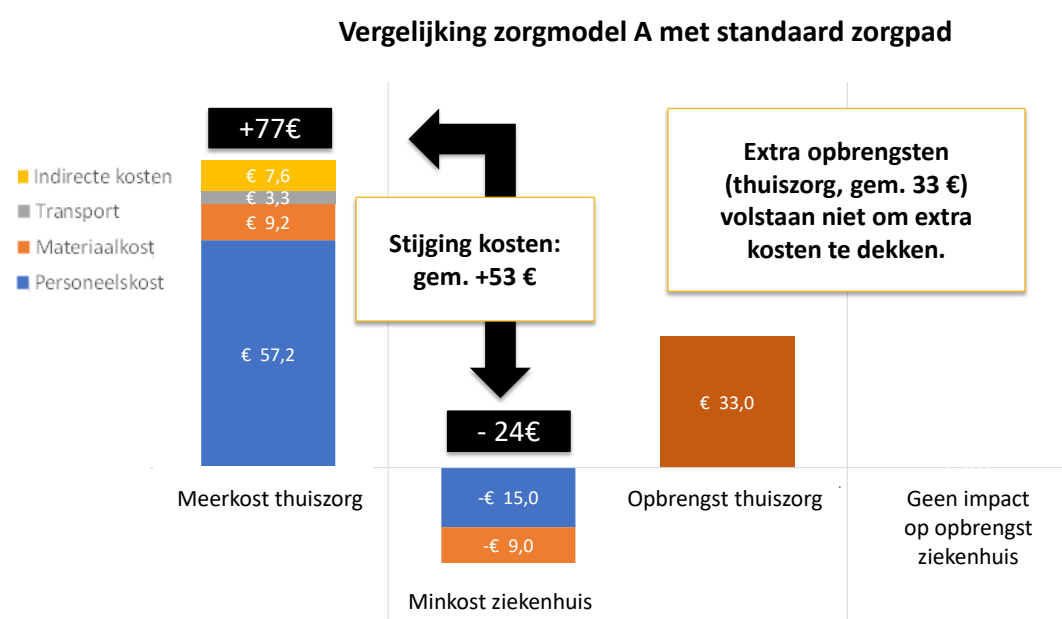
	Standaard zorgpad		Zorgmodel A		Verschil zorgmodel A vs standaard	
	FFT maxi mono	FFT maxi combi	FFT maxi mono	FFT maxi combi	FFT maxi mono	FFT maxi combi
<b>KOSTEN TOTAAL ZH + THUIS</b>	€ 218,9	€ 307,3	€ 272,3	€ 360,6	€ 53,4	€ 53,3
DAGZIEKENHUIS	€ 171,3	€ 235,6	€ 147,5	€ 211,6	-€ 23,9	-€ 24,0
KOST BEREIDING	€ 47,6	€ 71,7	€ 47,6	€ 71,7	€ 0,0	€ 0,0
THUISHOSPITALISATIE			€ 77,3	€ 77,3	€ 77,3	€ 77,3
<b>OPBRENGSTEN, excl klin biol. en oncoloog</b>	€ 124,1	€ 166,1	€ 157,7	€ 199,7	€ 33,6	€ 33,6
ZIEKENHUIS	€ 124,1	€ 166,1	€ 124,1	€ 166,1	€ 0,0	€ 0,0
Maxiforfait	€ 124,1	€ 166,1	€ 124,1	€ 166,1	€ 0,0	€ 0,0
<b>RESULTAAT, excl. klin biol en oncoloog</b>	-€ 94,8	-€ 141,2	-€ 114,7	-€ 160,9	-€ 19,8	-€ 19,7
ZIEKENHUIS	-€ 94,8	-€ 141,2	-€ 71,0	-€ 117,3	€ 23,9	€ 24,0
THUISZORG	€ 0,0	€ 0,0	-€ 43,7	-€ 43,7	-€ 43,7	-€ 43,7

Bron: eigen berekeningen, Möbius

We stellen vast dat de kosten globaal hoger zijn in zorgmodel A ten opzichte van het standaard zorgpad. Ook zien we dat de opbrengsten in de thuiszorg onvoldoende zijn om de kosten te dekken. In de ziekenhuizen is er een daling van de kosten doordat de bloedafname thuis wordt uitgevoerd. Deze daling van de kosten is onvoldoende om de meerkost in de thuiszorg te dekken.

De volgende figuur vat de vergelijking samen. Gemiddeld stijgen de kosten met 53 euro door de bloedafname en anamnese thuis uit te voeren. De kost in de thuiszorg bedraagt gemiddeld 77 euro en de kosten in het ziekenhuis dalen gemiddeld met 24 euro. Hier staan 33 euro aan extra inkomsten tegenover. Efficiëntiewinsten door het beter benutten van het dagziekenhuis zijn niet meegenomen in deze berekening. Deze efficiëntiewinsten kunnen gerealiseerd worden in een groeiscenario waarbij het aantal dagopnames op het oncologisch dagziekenhuis toeneemt.

Figuur: vergelijking zorgmodel A met standaard zorgpad



Bron: eigen berekeningen, Möbius

Bij toename van het aantal patiënten op het dagziekenhuis kan op langere termijn wel efficiëntiewinst worden gerealiseerd door anamnese en bloed prikken op D-1 uit te voeren. Hierdoor kan de doorlooptijd op het dagziekenhuis sterk gereduceerd worden, waardoor de beschikbare capaciteit aan bedden en zetels beter kan benut worden. Ook kan de aanlevering van cytostaticabereidingen vanuit apotheek efficiënter verlopen. In het model is geen rekening gehouden met deze efficiëntiewinsten op langere termijn, aangezien dit sterk afhankelijk is van (1) de groei van dagopnames en (2) de manier van bereiden (eigen clean room, centralisatie, uitbesteding, ...).

### Zorgmodel B

Het zorgmodel B is voorlopig enkel uitgerold in az groeninge. De business case werd uitgewerkt op basis van de concrete situatie van az groeninge, waarbij de verpleegkundige van het dagziekenhuis de chemotherapie ophaalt in de apotheek en vervolgens bij de patiënt thuis de chemo subcutaan toedient. Alle coördinatie- en administratieve taken van deze concrete case worden dus uitgevoerd door az groeninge.

De business case werd uitgewerkt voor twee producten, namelijk Vidaza en Velcade. Bij Vidaza wordt 7 dagen op rij chemo subcutaan toegediend. Vervolgens is er een periode van 3 weken rust voorzien in de cyclus. Per cyclus gebeurt er één bloedafname. In zorgmodel B worden er 3 injecties toegediend in het ziekenhuis (de eerste + in het weekend) en 4 injecties per cyclus worden bij de patiënt thuis toegediend. Bij Velcade telt de cyclus 11 dagen en krijgt de patiënt een subcutane toediening op dag 1, 4, 8 en 11. Per cyclus wordt enkel bij de eerste toediening bloed afgenomen en geanalyseerd. In zorgmodel B krijgt de patiënt telkens één toediening in het dagziekenhuis en 3 toedieningen thuis (op dag 4, 8 en 11).

De volgende tabel geeft de gemiddelde kosten weer van zorgmodel B, uitgewerkt voor Vidaza.

Tabel: Kosten voor de toediening van een cyclus Vidaza

		Zorgmodel B - Vidaza						
		Per toediening zh, excl labo		Per test labo (bij 1 op 7 toediening)	Gem. per toe-diening ZH	Per toe-diening TZ	Per cyclus	Gem. per toediening ZH + THUIS
<b>KOSTEN TOTAAL ZH + THUIS</b>		€ 151,2		€ 8,8	€ 152,4	€ 177,4	€ 1 171,9	€ 167,4
<b>DAGZIEKENHUIS</b>		€ 119,0		€ 8,8	€ 120,3	€ 79,3	€ 683,0	€ 97,6
<b>KOST BEREIDING</b>		€ 32,2			€ 32,2	€ 32,2	€ 225,3	€ 32,2
<b>THUISSHOSPITALISATIE</b>						€ 65,9	€ 263,6	€ 37,7
<b>PERSONEEL</b>						€ 61,8	€ 247,0	€ 35,3
	Opbellen patiënt, arts, apotheek	6	€ 0,8			€ 4,8	€ 19,2	€ 2,7
	Ophalen medicatie in dagziekenhuis: 8 min. per werkdag.	3	€ 0,8			€ 2,6	€ 10,2	€ 1,5
	Directe zorg (25') + transport, incl. reistijd naar ziekenhuis	55	€ 0,8			€ 44,0	€ 176,0	€ 25,1
	Opstart nieuwe patiënt onco@home: 40', uitgaande van 12 toedieningen/ patiënt	3	€ 0,8			€ 2,4	€ 9,6	€ 1,4
	Administratieve afhandeling/patiënt	10	€ 0,8			€ 8,0	€ 32,0	€ 4,6
Transport	0,35 euro / km * # km	9,46	0,35			€ 3,3	€ 13,2	€ 1,9
Materiaal						€ 0,4	€ 1,6	€ 0,2
Indirecte kosten	<i>Coördinatie en indirecte kosten: wordt in deze case opgenomen door het dagziekenhuis AZ Groeninge. Extra te voorzien indien toediening door thuiszorgorganisatie gebeurt.</i>							

Bron: eigen berekeningen, Möbius

De volgende tabel geeft de geaggregeerde kosten en opbrengsten van het toedienen van Vidaza weer.

Tabel: Gemiddelde kosten en opbrengsten van het toedienen van Vidaza



Zorgmodel B - Vidaza					
1 zorgtraject = 7 dagen op rij subcutane toediening en 3 weken rust					
1 cyclus = 3 toedieningen in DZH & 4 toedieningen thuis.					
Assumptie: 1 labotest per cyclus.					
-> berekeningsbasis = 1 'bezoek' = 3/7 DZH + 4/7 TZO					
	Per toediening zh, excl	Per test labo (bij 1 op 7	Per toediening TZ	Per cyclus	Gem. per toediening ZH + THUIS
<b>KOSTEN TOTAAL ZH + THUIS</b>	€ 151,2	€ 8,8	€ 177,4	€ 1 171,9	€ 167,4
DAGZIEKENHUIS	€ 119,0	€ 8,8	€ 79,3	€ 683,0	€ 97,6
KOST BEREIDING	€ 32,2		€ 32,2	€ 225,3	€ 32,2
THUISHOSPITALISATIE			€ 65,9	€ 263,6	€ 37,7
<b>OPBRENGSTEN, excl klin biol. en oncoloog</b>	€ 124,1	€ 0,0	€ 5,3	€ 393,5	€ 56,2
ZIEKENHUIS	€ 124,1	€ 0,0	€ 0,0	€ 372,3	€ 53,2
Maxiforfait	€ 124,1			€ 372,3	€ 53,2
THUISHOSPITALISATIE			€ 5,3	€ 21,2	€ 3,0
<b>RESULTAAT, excl. klin biol en oncoloog</b>					-€ 111,2

Bron: eigen berekeningen, Möbius

In de volgende tabel wordt de subcutane toediening in zorgmodel B vergeleken met het standaard zorgpad.

	Standaard zorgpad		Zorgmodel B - Vidaza	Zorgmodel B - Velcade	Verschil zorgmodel B vs standaard	
	FFT maxi mono subcutaan (Vidaza)	FFT maxi mono subcutaan (Velcade)	FFT maxi mono	FFT maxi mono	FFT maxi mono subcutaan (Vidaza)	FFT maxi mono subcutaan (Velcade)
<b>KOSTEN TOTAAL ZH + THUIS</b>	€ 152,4	€ 147,4	€ 167,4	€ 167,0	€ 15,0	€ 19,6
DAGZIEKENHUIS	€ 120,3	€ 121,8	€ 97,6	€ 92,0	-€ 22,7	-€ 29,8
KOST BEREIDING	€ 32,2	€ 25,6	€ 32,2	€ 25,6	€ 0,0	€ 0,0
THUISHOSPITALISATIE	€ 0,0	€ 0,0	€ 37,7	€ 49,4	€ 37,7	€ 49,4
<b>OPBRENGSTEN, excl klin biol. en oncoloog</b>	€ 124,1	€ 124,1	€ 56,2	€ 34,7	-€ 67,9	-€ 89,4
ZIEKENHUIS	€ 124,1	€ 124,1	€ 53,2	€ 31,0	-€ 70,9	-€ 93,1
Maxiforfait	€ 124,1	€ 124,1	€ 53,2	€ 31,0	-€ 70,9	-€ 93,1
Honorarium oncoloog	€ 30,4	€ 30,4	€ 13,0	€ 7,6	-€ 17,4	-€ 22,8
Klinische biologie - forfait	€ 113,0	€ 113,0	€ 48,4	€ 28,2	-€ 64,6	-€ 84,7
Klinische biologie - per test	€ 2,2	€ 3,8	€ 2,2	€ 3,8	€ 0,0	€ 0,0
THUISHOSPITALISATIE	€ 0,0	€ 0,0	€ 3,0	€ 3,7	€ 3,0	€ 3,7
<b>RESULTAAT, excl. klin biol en oncoloog</b>	-€ 28,3	-€ 23,3	-€ 111,2	-€ 132,3	-€ 82,8	-€ 109,1
IMPACT OP INKOMSTEN KLIN BIOLOGIE	€ 113,0	€ 113,0	€ 48,4	€ 28,2	-€ 64,6	-€ 84,7
IMPACT OP HONORARIUM ONCOLOOG	€ 30,4	€ 30,4	€ 13,0	€ 7,6	-€ 17,4	-€ 22,8

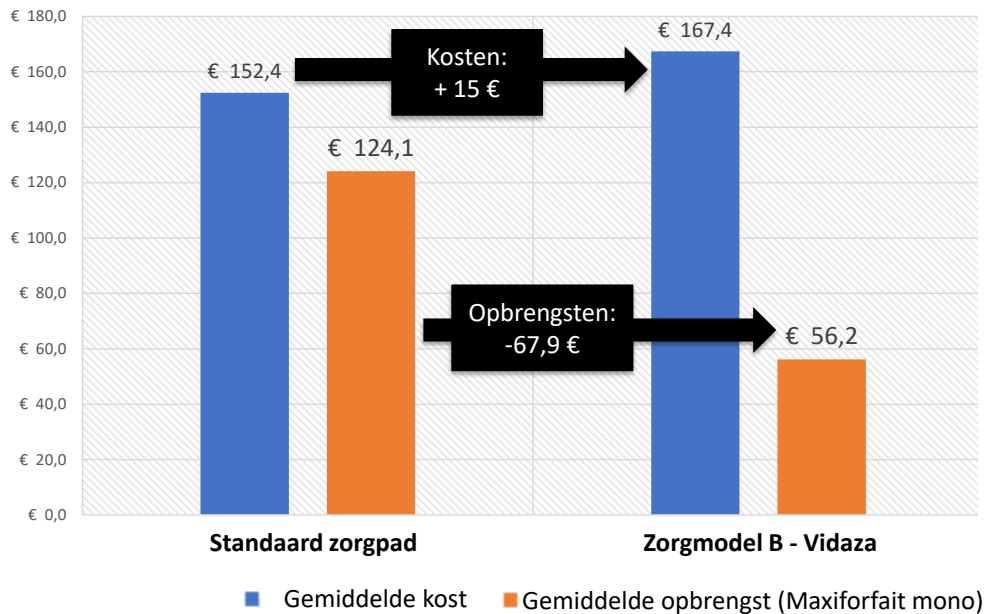
Bron: eigen berekeningen, Möbius

Door subcutane injecties thuis toe te dienen heeft het ziekenhuis een beperkte meerkost per toediening, namelijk gemiddeld per toediening +15 euro (Vidaza) of +20 euro (Velcade). Deze meerkost is te wijten aan de reistijd van de oncologisch verpleegkundige naar de patiënt. De inkomsten dalen echter fors door subcutane injecties thuis toe te dienen. Ook daalt de forfaitaire vergoeding voor klinische biologie en voor de oncoloog. Dit wordt ook gevisualiseerd in de onderstaande figuur. Gemiddeld nemen de kosten voor Vidaza toe met 15 euro per toediening, maar de opbrengsten dalen

met 67,9 euro. Dit komt voornamelijk doordat er quasi geen financiering is in de nomenclatuur voor het thuis toedienen van een subcutane injectie.

### Vergelijking standaard zorgpad en zorgmodel B – Vidaza

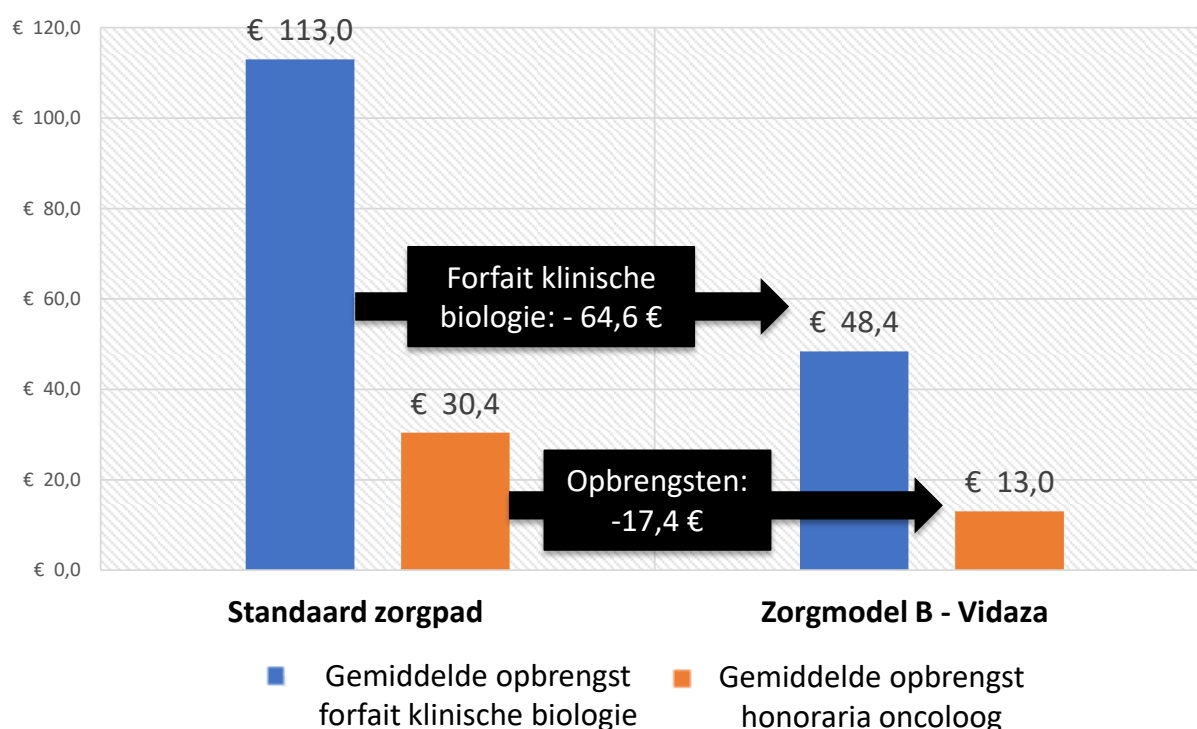
(gemiddelde kosten: toediening + bereiding chemo door apotheek)



Bron: eigen berekeningen, Möbius

Ook dalen de gemiddelde inkomsten voor klinische biologie en voor de oncoloog door het verschuiven van subcutane toedieningen naar de thuiszorg.

## Vergelijking standaard zorgpad en zorgmodel B – Vidaza



Bron: eigen berekeningen, Möbius

Voor zorgmodel B kunnen we concluderen dat er quasi geen financiering is voor een subcutane toediening in de thuiszorg, terwijl de kosten toenemen. Bij toediening in het dagziekenhuis ontvangt het ziekenhuis een maxiforfait mono (124 euro per toediening). Daarnaast is bij toediening in het dagziekenhuis een forfaitaire vergoeding voorzien voor klinische biologie en is er een vergoeding voorzien voor de oncoloog. Deze vergoedingen zijn er niet bij een subcutane toediening bij de patiënt thuis. Structurele financiering is daarom nodig om dit model van thuishospitalisatie ingang te doen vinden.

### Coördinatie en projectmanagement

Voor het proefproject in 3 ziekenhuizen en 3 thuiszorgorganisaties werd voor opstart, coördinatie en projectmanagement specifiek bijkomende financiering voorzien door Kom op tegen Kanker. Deze financiering is nodig voor het voorzien van: overleg en projectmanagement, opleiding van de oncologisch verpleegkundigen in de thuiszorg en het voorzien van IT-aanpassingen om de communicatie tussen de thuiszorgorganisaties en de ziekenhuizen te faciliteren.

Concreet werd hiervoor vanuit Kom op tegen Kanker volgende financiering voorzien:

- 1 VTE projectmanagement in az groeninge gedurende 3 jaar
- 1 dag projectmanagement per week in projectjaar 1 in SJK Izegem en OLV Waregem
- 19.248,5 euro/thuiszorgorganisatie voor het eerste jaar
- Een bedrag per prestatie waar ook een aandeel voor de coördinatie in vervat zit. Dit bedrag werd berekend op basis van een time driven activity based costing, uitgevoerd tijdens het allereerste proefproject, enkel in az groeninge.

Belangrijk om te vermelden: ook de thuiszorgorganisaties en betrokken ziekenhuizen investeren nog in de onderbouw van het project (IT-toepassingen, opleidingstijd van afzonderlijke verpleegkundigen) ... Deze kosten werden niet afzonderlijk in kaart gebracht.

#### Belemmeringen en beperkingen

De haalbaarheidsstudie werd uitgevoerd op basis van de concrete case in 3 ziekenhuizen en 3 thuiszorgorganisaties. Ook wordt zorgmodel B voorlopig enkel uitgerold in az groeninge met oncologische verpleegkundigen van het ziekenhuis.

## Referenties

- Cool L, Vandijck D, Debruyne P, Desmedt M, Lefebvre T, Lycke M, De Jonghe PJ, Pottel H, Foulon V, Van Eygen K. Organization, quality and cost of oncological home-hospitalization: A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2018 Jun;126:145-153. doi: 10.1016/j.critrevonc.2018.03.011. Epub 2018 Apr 10. PMID: 29759557.
- Cool L, Missiaen J, Vandijck D, Lefebvre T, Lycke M, De Jonghe PJ, Vergauwe P, Foulon V, Pottel H, Debruyne P, Van Eygen K. An observational pilot study to evaluate the feasibility and quality of oncological home-hospitalization. *Eur J Oncol Nurs*. 2019 Jun;40:44-52. doi: 10.1016/j.ejon.2019.03.003. Epub 2019 Mar 23. PMID: 31229206.
- Cool L, Brewaeys C, Viaene S, Missiaen J, Lycke M, Lefebvre T, Tack L, Foulon V, Pottel H, Debruyne P, Vandijck D, Van Eygen K. Shifting specialized oncological care from hospital- to home-setting: is there support among patients, specialists and general practitioners? *Acta Clin Belg*. 2020 Aug;75(4):250-257. doi: 10.1080/17843286.2019.1605467. Epub 2019 Apr 19. PMID: 31003594.
- Cool L, Callewaert N, Pottel H, Mols R, Lefebvre T, Tack L, Lycke M, Missiaen J, Debruyne P, Vandijck D, Van Eygen K. Quality of blood samples collected at home does not affect clinical decision making for the administration of systemic cancer treatment. *Scand J Clin Lab Invest*. 2020 May;80(3):215-221. doi: 10.1080/00365513.2020.1716267. PMID: 32282290.
- Cool L. (2020), *Oncological Home Hospitalization. Implementation and evaluation of an integrated care model*. (Unpublished doctoral dissertation), Ghent University, Ghent.
- “De zes dimensies van zorg.”, <https://blog.acco.be/paramedisch/de-zes-dimensies-van-zorg/>, 09/12/2019, geconsulteerd 01/06/2021
- Farfan-Portet Maria-Isabel, Denis Alain, Mergaert Lut, Daue François, Mistiaen Patriek, Gerkens Sophie, *Implementation of hospital at home: orientations for Belgium*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 250.

## Bijlagen

### Interviewleidraad Onco@home

#### Definitie en afbakening van het concept

**Vanaf wanneer is het volgens u mogelijk om van thuishospitalisatie te spreken? Welke basiskennmerken moet een praktijk hebben om van thuishospitalisatie te kunnen spreken? Op welke vlakken zijn er dan verschillen mogelijk?**

**Van welke (grote en kleine) thuishospitalisatieprojecten of initiatieven heeft u weet? Kan u deze opnoemen? Bent u hier op een bepaalde manier bij betrokken?**

(Wat zijn volgens u de meest relevante praktijken? En waarom? Waarom kiest u juist voor deze?)

Wat zijn volgens u de doelstellingen die men tracht te bereiken met thuishospitalisatie en hoe verhouden die zich ten opzichte van elkaar? Wat is de belangrijkste vanuit het perspectief dat u vertegenwoordigt, bijvoorbeeld? Wat zijn andere belangrijke doelstellingen? En wat zijn fijne bijkomstigheden?

Zijn er ook aspecten van thuishospitalisatie waar u twijfels bij heeft of die u minder ziet zitten? Wat kan een eventuele oplossing voor deze twijfels zijn?

Hoe zou u "patiëntgerichte zorg" definiëren? Welke aspecten aan thuishospitalisatie zijn wel en niet patiëntgericht?

#### De toekomst van thuishospitalisatie

**Hoe ziet u de praktijk van thuishospitalisatie -zowel positief als negatief - evolueren op korte termijn? En op lange termijn?**

**Hoe ziet u het aandeel (toekomstig belang) van thuishospitalisatie in de gezondheidszorg? En het potentieel van patiënten die hiervoor in aanmerking zouden kunnen komen?**

Welke (maatschappelijke of andere) ontwikkelingen of veranderingen binnen en buiten de gezondheidszorg oefenen een invloed uit op deze evolutie? Ook hier mag u hier weer denken aan positieve of negatieve invloed?

Welke belemmeringen moeten er worden aangepakt om van thuishospitalisatie een succesverhaal te maken? En welke opportuniteiten kunnen hierbij een katalysator zijn?

#### Beleidscontext

**Welke lopende dossiers/beleidsinitiatieven hebben ook betrekking op de praktijk van thuishospitalisatie (bijv. hervorming financiering dagziekenhuizen)? Wordt thuishospitalisatie in deze dossiers meegenomen als een opportuniteit of zouden ze juist belemmerend kunnen werken? Staat thuishospitalisatie überhaupt op de radar in deze dossiers?**

**Hoe zal de toekomstige financiering van het ziekenhuis/dagziekenhuis/thuiszorg eruitzien? Wat is relevant voor thuishospitalisatie?**

**Wat zijn mogelijk doorslaggevende argumenten voor de overheid om thuishospitalisatie te gaan beschouwen als een normaal onderdeel van de reguliere zorg? Op korte en/of lange termijn? Ook als het niet kostenneutraal kan worden georganiseerd? Welke kosten en baten moeten in kaart gebracht worden en wie moet dat doen?**

**Wat zijn drempels en barrières voor de implementatie van thuishospitalisatie in de zorgpraktijk? (SWOT) Zijn er (tegengestelde) belangen die hier een rol in spelen? En wie moet deze oplossen/ de knoop doorhakken?**

### Thuishospitalisatie in de praktijk

**Wat zijn voor het ziekenhuis, thuiszorgorganisatie, doorslaggevende argumenten om met thuishospitalisatie van start te gaan? En voor de patiënt? Zit er daar een spanningsveld tussen?**

We noemen hieronder enkele aspecten op die als een belemmering of een kans voor thuishospitalisatie kunnen worden gezien. Kan u van elke aspect zeggen of u het als een kans of belemmering ziet en beargumenteer.

- financiering/kostprijs voor patiënt
- logistieke organisatie (bezoek thuis, ophaling/aflevering therapieën,... )
- opleiding en training zorgverleners/kwaliteitsvereisten
- participatie van patiënt
- andere:....

Wat zijn mogelijke oplossingen voor de knelpunten die u daarnet aangeraakt hebt?

**Welke drempels voor de implementatie van thuishospitalisatie ziet u binnen de regionale netwerken (ziekenhuisnetwerken, zorgregio's,...)? En voor opschaling op nationaal niveau?**

## Analysekader thuishospitalisatie

Paradigma	Brede thematiek
<b>Definitie thuishospitalisatie (technische specificatie - mogelijke modellen)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kenmerken               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Overeenkomsten</li> <li>○ Verschillen</li> </ul> </li> <li>• Overzicht besproken modellen</li> </ul>
<b>Thuishospitalisatie waarom (niet) (functionele specificatie – mogelijk gebruik)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doelstellingen/ Impact               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patient (+ patiëntgerichtheid)</li> <li>○ Zorgverleners</li> <li>○ Overheid</li> <li>○ Andere stakeholders</li> </ul> </li> <li>• Twijfels over gebruik</li> </ul>
<b>Randvoorwaarden (haalbaarheid – behoeften)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Randvoorwaarden               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wettelijk                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bevorderend/ belemmerend?</li> </ul> </li> <li>○ Financieel</li> <li>○ Processen en systemen</li> <li>○ Aansturing en organisatie</li> <li>○ Service en expertise</li> <li>○ Cultuur en houding</li> </ul> </li> </ul>
<b>Context (marktverkenning)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huidige context gezondheidszorg               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gedrag/voorkeur en houding?                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patient</li> <li>▪ Zorgverlener</li> <li>▪ Andere</li> </ul> </li> <li>○ Belangen verschillende stakeholders</li> </ul> </li> <li>• Toekomst               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verwachte evoluties                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reden</li> <li>▪ Voorwaarden</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>



## Bevraging Onco@home – az groeninge

Opvolgnummer



### Uw feedback over het oncologisch dagziekenhuis

Tegenwoordig worden vele oncologische centra geconfronteerd met een toenemende drukte. Bijgevolg zijn er op het dagziekenhuis grotere wachttijden voor oncologische en hematologische patiënten. Gezien dagziekenhuisbezoeken daarenboven zowel emotioneel als fysiek belastend zijn, werd op zoek gegaan naar nieuwe zorgmodellen om hieraan tegemoet te komen. Zo kwam 'Onco@Home' tot stand met de steun van Kom op tegen Kanker.

Graag willen we dit zorgmodel evalueren met de feedback van patiënten, zodat we deze werkwijze nog verder kunnen verbeteren.

We zouden u daarom willen vragen om deze korte vragenlijst zo goed mogelijk in te vullen. Zodat wij de resultaten hiervan kunnen gebruiken om onze dienstverlening te optimaliseren.

Is er iets onduidelijk of heeft u een vraag? Stel uw vraag gerust aan de verpleegkundige!

*Alvast van harte bedankt voor uw feedback!*

### 1. Algemene tevredenheid

A. Hoe tevreden bent u met de huidige werking van het oncologisch dagziekenhuis? (Kruis een cijfer tussen 0 en 10 aan)

Kan niet erger	Extreem ontevreden	Heel ontevreden	Ontevreden	Eerder ontevreden	Neutraal	Eerder tevreden	Tevreden	Heel tevreden	Extreem tevreden	Kan niet beter
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B. Wat maakt dat u deze score geeft?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indien een deel van uw oncologische zorg THUIS wordt uitgevoerd, ga naar '2. Onco@Home'

Indien alle oncologische zorgen op het dagziekenhuis worden uitgevoerd, ga meteen naar '3. Perceptie thuishospitalisatie'

2. *Onco@Home* : Onderstaande vragen moeten enkel worden ingevuld als een deel van uw oncologische zorg THUIS wordt uitgevoerd via *Onco@Home*. Indien u niet eerder in aanraking kwam met *Onco@Home*, sla dan onderstaande vragen over en ga naar '3. Perceptie thuishospitalisatie.'

A. Hoe tevreden bent u met de huidige werking van *Onco@Home*? (Kruis een cijfer tussen 0 en 10 aan)

Kan niet erger	Extreem ontevreden	Heel ontevreden	Ontevreden	Eerder ontevreden	Neutraal	Eerder tevreden	Tevreden	Heel tevreden	Extreem tevreden	Kan niet beter
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B. Wat maakt dat u deze score geeft?

.....

.....

.....

.....

.....

C. Als u de gewone aanpak op het dagziekenhuis vergelijkt met de aanpak van *Onco@Home* (bloedafname dag voordien of therapietoediening thuis d.m.v. onderhuidse injectie), welke vorm geniet uw voorkeur?

- Mijn voorkeur gaat naar de standaardbehandeling op het dagziekenhuis waarbij de zorgen allemaal op het dagziekenhuis plaatsvinden.
- Ik heb geen voorkeur, mij is het eender.
- Mijn voorkeur gaat naar de behandeling via *Onco@Home* waarbij (een deel van) de gespecialiseerde zorgen thuis gebeuren.

D. Wat maakt dat u deze optie verkiest?

.....

.....

.....

.....

E. Wat zijn uw suggesties voor een verbeterde werking van *Onco@Home*?

.....

.....

.....

.....

*U kan de vragen in deel '3. Perceptie thuishospitalisatie' volledig overlaten en de laatste vragen beantwoorden in '4. Vragen over uzelf'.*

3. Perceptie thuishospitalisatie. Onderstaande vragen moeten enkel ingevuld worden als u alle zorgen toegediend krijgt op het oncologisch dagziekenhuis.

**Achtergrondinformatie:** Onco@Home is een zorgmodel waarbij gespecialiseerde zorg bij de patiënt gedeeltelijk of geheel thuis toegediend wordt in de plaats van in het dagziekenhuis. Iedere patiënt kan zelf kiezen of hij of zij openstaat voor deze innovatieve werkwijze.

**Gedeeltelijke thuiszorg:** Hierbij wordt de bloedafname daags voordien, op een afgesproken tijdstip, bij de patiënt thuis uitgevoerd. Daarnaast worden ook parameters gecontroleerd en de symptomen bevestigd, waardoor de arts kan beslissen of de kuur zal kunnen doorgaan. Indien de therapie beter een weekje wordt uitgesteld wordt de patiënt telefonisch op de hoogte gebracht en wordt een vervolgspraak voorzien.

**Volledige thuiszorg:** Bij bepaalde therapieën is het mogelijk om de therapietoediening veilig thuis te laten gebeuren. Hierbij wordt, na telefonisch contact, een huisbezoek ingepland waarbij een onderhuidse injectie veilig thuis kan worden toegediend waardoor onnodige dagziekenhuisbezoeken vermeden kunnen worden.

A. Mocht u in aanmerking komen voor één van deze vormen van thuishospitalisatie, zou u dit dan overwegen?

- Neen, ik kies sowieso voor de standaardbehandeling op het dagziekenhuis waarbij de zorgen allemaal op het dagziekenhuis plaatsvinden.
- Ik heb geen voorkeur, mij is het eender.
- Ja, mocht ik in aanmerking komen kies ik voor de behandeling via Onco@Home waarbij (een deel van) de gespecialiseerde zorgen thuis gebeuren.

B. Wat maakt dat u deze optie verkiest?

.....

.....

.....

.....

.....

C. Wat zou u nodig hebben om met een goed gevoel in te stappen in Onco@Home?

.....

.....

.....

.....

.....

---

4. Nog enkele vragen over uzelf.

---

**Geslacht**  Vrouw  
 Man  
 Andere

**Woonsituatie**  Ik woon alleen  
 Ik woon samen met mijn partner, familie of vrienden  
 Ik woon in een serviceflat, begeleid wonen, woonzorgcentrum,...

**Provincie**  West-Vlaanderen  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Leeftijd**  18 tot 24 jaar  
 25 tot 34 jaar  
 35 tot 44 jaar  
 45 tot 54 jaar  
 55 tot 64 jaar  
 65 tot 74 jaar  
 75 tot 84 jaar  
 85+ jaar

**Heeft u een Belgische nationaliteit?**  
 Ja  
 Neen: \_\_\_\_\_

**Bent u in België geboren?**  
 Ja  
 Neen: \_\_\_\_\_

**Welke taal spreekt u meestal thuis?**  
 Nederlands  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Wat is uw hoogste opleidingsniveau dat u voltooid hebt?**  
 Lager onderwijs  
 Secundair onderwijs  
 Hoger, niet universitair onderwijs  
 Universitair onderwijs

**Bent u professioneel actief tijdens uw behandeling?**  
 Neen  
 Ja

Indien u 'ja' antwoordde:

<input type="checkbox"/> Ik ben zelfstandige	Heeft u kunnen blijven werken tijdens uw behandeling?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
<input type="checkbox"/> Ik ben loontrekkende	Heeft u ziekteverlof moeten aanvragen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen

Hoe komt u gewoonlijk naar het dagziekenhuis?

- Ik rij zelf
- Ik word gebracht door ziekenvervoer of ambulancedienst
- Ik word gebracht door een familielid, vriend of kennis

Heeft deze persoon werkverlet moeten aanvragen?

Ja  Neen

Andere: \_\_\_\_\_

Wat was uw reistijd tot het dagziekenhuis? (Onder reistijd verstaan we de tijd om u te verplaatsen van thuis tot het dagziekenhuis)

- ..... minuten
- Ik weet het niet

Hoeveel kilometer moest u afleggen tot het dagziekenhuis?

- ..... km
- Ik weet het niet

Hoe zou u in het algemeen uw gezondheidstoestand beoordelen:

- Slecht
- Redelijk
- Goed
- Zeer goed

Sinds wanneer krijgt u een behandeling op dit dagziekenhuis?

- < 1 maand
- 2 - 6 maand
- 7 - 12 maand
- 1-2 jaar
- > 2 jaar

Deelname Onco@Home

- Ik participeer niet aan Onco@Home en krijg mijn volledige behandeling op het dagziekenhuis.
- Ik word thuis bezocht door een verpleegkundige voor een bloedafname daags voor ik naar het dagziekenhuis kom.
- Ik word thuis bezocht door een verpleegkundigen voor de toediening van een onderhuidse injectie in de plaats van naar het dagziekenhuis te komen.

Hoeveel keer werd u via Onco@Home thuis bezocht?

- 0 keer / Niet van toepassing
- 1 keer
- 2-5 keer
- 6 -10 keer
- >10 keer

*Van harte bedankt!*

Opvolgnummer  Ziekenhuis:  Onze Lieve Vrouw van Lourdes Waregem  
 Sint Jozefskliniek Izegem



**Uw feedback over het oncologisch dagziekenhuis**

Tegenwoordig worden vele oncologische centra geconfronteerd met een toenemende drukte. Bijgevolg zijn er op het dagziekenhuis grotere wachttijden voor oncologische en hematologische patiënten. Gezien dagziekenhuisbezoeken daarenboven zowel emotioneel als fysiek belastend zijn, werd op zoek gegaan naar nieuwe zorgmodellen om hieraan tegemoet te komen. Zo kwam 'Onco@Home' tot stand met de steun van Kom op tegen Kanker.

Graag willen we dit zorgmodel evalueren met de feedback van patiënten, zodat we deze werkwijze nog verder kunnen verbeteren om vervolgens ook in ons ziekenhuis te implementeren.

We zouden u daarom willen vragen om deze korte vragenlijst zo goed mogelijk in te vullen. Zodat wij de resultaten hiervan kunnen gebruiken om onze dienstverlening te optimaliseren.

Is er iets onduidelijk of heeft u een vraag? Stel uw vraag gerust aan de verpleegkundige!

*Alvast van harte bedankt voor uw feedback!*

**1. Algemene tevredenheid**

A. Hoe tevreden bent u met de huidige werking van het oncologisch dagziekenhuis? (Kruis een cijfer tussen 0 en 10 aan)

Kan niet erger	Extreem ontevreden	Heel ontevreden	Ontevreden	Eerder ontevreden	Neutraal	Eerder tevreden	Tevreden	Heel tevreden	Extreem tevreden	Kan niet beter
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Wat maakt dat u deze score geeft?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 2. Perceptie thuishospitalisatie Onco@Home

---

*Achtergrondinformatie: Onco@Home is een zorgmodel waarbij gespecialiseerde zorg bij de patiënt gedeeltelijk of geheel thuis toegediend wordt in de plaats van op het dagziekenhuis. Iedere patiënt kan zelf kiezen of hij of zij openstaat voor deze innovatieve werkwijze.*

*Gedeeltelijke thuiszorg: Hierbij wordt de bloedafname daags voordien, op een afgesproken tijdstip, bij de patiënt thuis uitgevoerd. Daarnaast worden ook parameters gecontroleerd en de symptomen bevroegd, waardoor de arts kan beslissen of de kuur zal kunnen doorgaan. Indien de therapie beter een weekje wordt uitgesteld, wordt de patiënt telefonisch op de hoogte gebracht en wordt een vervolgafspraak voorzien.*

*Volledige thuiszorg: Bij bepaalde therapieën is het mogelijk om de therapietoediening veilig thuis te laten gebeuren. Hierbij wordt, na telefonisch contact, een huisbezoek ingepland waarbij een onderhuidse injectie veilig thuis kan worden toegediend waardoor onnodige dagziekenhuisbezoeken vermeden kunnen worden.*

A. Mocht u in aanmerking komen voor één van deze vormen van thuishospitalisatie, zou u dit dan overwegen?

- Neen, ik kies sowieso voor de standaardbehandeling op het dagziekenhuis waarbij de zorgen allemaal op het dagziekenhuis plaatsvinden.
- Ik heb geen voorkeur, mij is het eender.
- Ja, mocht ik in aanmerking komen kies ik voor de behandeling via Onco@Home waarbij (een deel van) de gespecialiseerde zorgen thuis gebeuren.

B. Wat maakt dat u deze optie verkiest?

---

---

---

---

---

---

---

---

C. Wat zou u nodig hebben om met een goed gevoel in te stappen in Onco@Home?

---

---

---

---

---

---

---

---

### 3. Vragen over uzelf.

---

**Geslacht**     Vrouw  
                   Man  
                   Andere

**Woonsituatie**  Ik woon alleen  
                      Ik woon samen met mijn partner, familie of vrienden  
                      Ik woon in een serviceflat, begeleid wonen, woonzorgcentrum,...

**Provincie**     West-Vlaanderen  
                   Andere: \_\_\_\_\_

**Leeftijd**      18 tot 24 jaar  
                   25 tot 34 jaar  
                   35 tot 44 jaar  
                   45 tot 54 jaar  
                   55 tot 64 jaar  
                   65 tot 74 jaar  
                   75 tot 84 jaar  
                   85+ jaar

**Heeft u een Belgische nationaliteit?**  
 Ja  
 Neen: \_\_\_\_\_

**Bent u in België geboren?**  
 Ja  
 Neen: \_\_\_\_\_

**Welke taal spreekt u meestal thuis?**  
 Nederlands  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Wat is uw hoogste opleidingsniveau dat u voltooid hebt?**  
 Lager onderwijs  
 Secundair onderwijs  
 Hoger, niet universitair onderwijs  
 Universitair onderwijs



Bent u professioneel actief tijdens uw behandeling?

- Neen  
 Ja

Indien u 'ja' antwoordde:

- Ik ben zelfstandige  
Heeft u kunnen blijven werken tijdens uw behandeling?  Ja  Neen
- Ik ben loontrekkende  
Heeft u ziekteverlof moeten aanvragen?  Ja  Neen

Hoe komt u gewoonlijk naar het dagziekenhuis?

- Ik rij zelf  
 Ik word gebracht door ziekenvervoer of ambulancedienst  
 Ik word gebracht door een familielid, vriend of kennis  
Heeft deze persoon werkverlof moeten aanvragen?  Ja  Neen
- Andere: \_\_\_\_\_

Wat was uw reistijd tot het dagziekenhuis? (Onder reistijd verstaan we de tijd om u te verplaatsen van thuis tot het dagziekenhuis)

- ..... minuten  
 Ik weet het niet

Hoeveel kilometer moest u afleggen tot het dagziekenhuis?

- ..... km  
 Ik weet het niet

Hoe zou u in het algemeen uw gezondheidstoestand beoordelen:

- Slecht  
 Redelijk  
 Goed  
 Zeer goed

Sinds wanneer krijgt u een behandeling op dit dagziekenhuis?

- < 1 maand  
 2 - 6 maand  
 7 - 12 maand  
 1-2 jaar  
 > 2 jaar

*Van harte bedankt!*

Swartenbroekx, N., C. Obyn, P. Guillaume, M. Lona and I. Cleemput (2012). "Handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies." KCE Reports **KCE Reports 178A**.