

Verzilveren met ontschotting

*Onderzoek naar succes- en faalfactoren,
opschaling, maatschappelijke kosten en
baten*

Roos Mesman
Gijs Hesselink
Stef Groenewoud

Verzilveren met ontschotting

Onderzoek naar succes- en faalfactoren, opschaling,
maatschappelijke kosten en baten

Nijmegen, juni 2019

Met medewerking van het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept, de afdeling medische oncologie van het Radboudumc en initiatiefnemers van het zorgprogramma Hartfalen Midden-Brabant.

Dit is een publicatie van Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Radboudumc. De studie is uitgevoerd in opdracht van de AmCham Pharmaceutical Committee.



Inhoud

Samenvatting.....	1
1. Inleiding.....	5
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 Probleemstelling	6
1.3 Doelstelling	7
1.4 Leeswijzer	7
2. Methoden.....	8
2.1 Inleiding	8
2.2 Fase 1 Literatuuronderzoek	8
2.3 Fase 2 Analyse praktijkcases	8
3. Succes- en faalfactoren uit de literatuur	9
3.1 Inleiding	9
3.2 Resultaten	9
4. Resultaten analyse drie cases	11
4.1 Inleiding	11
4.2 Casus immunotherapie thuis	11
4.3 Casus Welzijn op Recept.....	29
4.4 Casus zorgprogramma Hartfalen	41
5. Beschouwing.....	54
5.1 Implementatieproces	54
5.2 Succes- en faalfactoren	55
5.3 Maatschappelijke kosten en baten	55
5.4 Succesvolle strategieën	56
5.5 Inzichten 15de AmCham Health Forum 2019	59
6. Conclusie.....	61
Literatuurlijst (incl. referenties Appendices)	63
APPENDIX A Onderzoeksmethoden	66
APPENDIX B Theoretisch raamwerk.....	72

Samenvatting

Schotten in de zorg

Door toegenomen specialisatie van kennis en kunde, wetten en regelgeving zijn schotten in de gezondheidszorg ontstaan. Begrenzing tussen sectoren van zorg, zoals bijvoorbeeld huisartsenzorg en ziekenhuiszorg, maar ook tussen preventie, zorg en welzijn. Deze schotten hebben een functie voor het verdelen van budgetten en kostenbeheersing, maar vormen ook barrières om patiëntgerichte zorg te leveren. Patiënten hebben vaak zorg nodig in verschillende domeinen en zijn gebaat bij goede samenwerking en informatie-uitwisseling. Daarom zijn de afgelopen jaren talrijke initiatieven gestart om niet de schotten, maar de zorgvraag van de patiënt leidend te laten zijn. In 2016 heeft Adviesbureau Strategies in Regulated Markets (SiRM) een onderzoeksrapport uitgebracht met een verkenning van soorten en niveaus van schotten in de zorg*. SiRM heeft daarnaast de potentiële besparing van ontschotting becijfert. Initiatieven om schotten af te breken en zorg te verschuiven zijn echter vaak kleinschalig en hebben moeite het verankeren van nieuwe werkwijzen op de langere termijn evenals het opschalen. Eén van de opdrachtgevers van het SiRM onderzoek, *The American Chamber of Commerce in the Netherlands* (AmCham), heeft IQ healthcare gevraagd een wetenschappelijk rapport te schrijven over dit implementatievraagstuk met als leidend thema: wat zijn succesvolle strategieën voor ontschotting? De doelen van het onderzoek waren tweeledig:

1. inventariseren wat de belangrijkste succes- en faalfactoren zijn, en te leren hoe deze door beleidsmakers, zorginkopers en zorgaanbieders kunnen worden ingezet om ontschotting te bewerkstelligen en te verzilveren;
2. inzicht krijgen in de kosten en baten van een aantal (nieuwe) zorgvormen en innovaties waarbij de kosten en baten zich nadrukkelijk over de verschillende (sub)domeinen uitspreiden.

Onderzoeksmethoden: kennis uit literatuur en drie praktijkcases

In de eerste fase van het onderzoek is literatuuronderzoek verricht, gericht op het:

1. ontwikkelen van een theoretisch raamwerk gericht op de implementatie van schot-overstijgende zorg waarbij patiënt-gerelateerde uitkomsten centraal staan;
2. verkennen van de succes- en faalfactoren van implementaties die dwars door zorgschotten heen in verschillende compartimenten plaatsvinden.

De inzichten uit het literatuuronderzoek zijn in de tweede fase van het project als basis gebruikt voor het bestuderen van drie cases waarbij sprake is van schotoverstijgende samenwerking gericht op verbetering van de uitkomsten van patiënten:

1. Immunotherapie thuis (Radboudumc),
2. Welzijn op Recept (landelijk)
3. Het zorgprogramma Hartfalen (regio Midden-Brabant).

Voor de analyse van de cases zijn betrokkenen geïnterviewd (totaal 38 interviews) evenals experts, literatuur en projectdocumenten geraadpleegd.

Het implementatieproces

Ontschotten van zorg is in dit onderzoek opgevat als een complex veranderproces, waarbij interventies zoals het opzetten van nieuwe samenwerkingsvormen en het verschuiven van zorg in de praktijk van de gezondheidszorg worden geïmplementeerd. Een veelheid aan wetenschappelijke onderbouwde theorieën en modellen bieden inzicht in hoe dergelijke veranderingen succesvol aangepakt kunnen worden. In overleg met experts op het gebied van ontschotting in de praktijk en implementatietheorieën, is voor dit onderzoeksproject een aantal complementaire modellen gecombineerd in een theoretisch raamwerk. Het theoretisch perspectief dat is gebruikt om de drie cases te onderzoeken bestaat uit een 10 stappenplan met enerzijds aandacht voor het 'hoe' van ontschotting (proces) en anderzijds de beoogde betere uitkomsten voor patiënten, de betrokken organisaties en in sommige cases de maatschappij als geheel.

Uit vergelijking van de aanpak van de drie cases met het theoretisch raamwerk blijkt dat de implementatie enthousiast en pragmatisch is opgepakt door gemotiveerde en bevlogen mensen die veelal intrinsiek overtuigd zijn van de meerwaarde voor de doelgroep (patiënt/ burger). Door de pragmatiek lijken echter de processtappen met betrekking tot het systematisch analyseren, registreren, monitoren en evalueren onderbelicht. Met als gevolg dat er weinig robuust bewijs beschikbaar is over de (meer)waarde en uitkomsten van de interventie evenals informatie over het proces en de samenwerking ontbreekt. Goede borging van nieuwe werkwijzen in de praktijk en opschaling wordt hierdoor bemoeilijkt. Bij professionals die van oudsher weinig tot niet samenwerken is goede feedback over proces en uitkomsten essentieel om gemotiveerd te blijven en samen steeds beter te worden.

Maatschappelijke kosten en baten

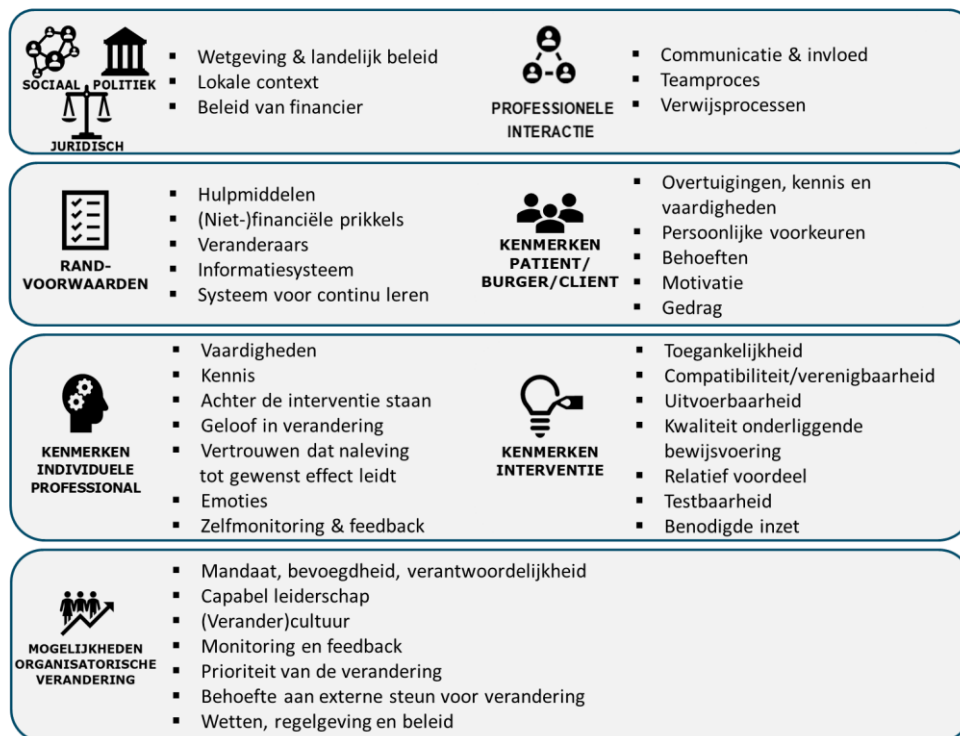
Voor de cases 'immunotherapie thuis' en 'Welzijn op Recept' zijn de kosten en (maatschappelijke) baten geïnventariseerd. Bij de eerste casus lijkt thuistoediening in de huidige structuur niet goedkoper dan behandeling in het ziekenhuis. In de beginperiode worden diverse opstartkosten gemaakt en is de schaalgrootte nog te beperkt. Besparing van kosten was echter niet de primaire aanleiding voor het project in het Radboudumc. De beoogde baten voor de patiënt waren bepalend en uit de interviews met 10 patiënten blijkt dat deze verwachtingen ook worden waargemaakt.

Welzijn op Recept kan bijdragen tot het verbeteren van het welbevinden en onnodig zorggebruik voorkomen. Potentiële besparingen door verminderd zorggebruik vallen binnen de Zorgverzekeringswet, terwijl de kosten voor de interventie binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning worden gemaakt. Gemeenten ervaren vooral de lasten en niet zozeer de baten, waardoor een financiële prikkel ontbreekt om Welzijn op Recept tot een succes te maken.

Belangrijkste succes- en faalfactoren

Het literatuuronderzoek van binnen- en buitenlandse wetenschappelijke en grijze literatuur over de implementatie van ontschottingsinitiatieven heeft in totaal 396 succes- en faalfactoren opgeleverd. Daarnaast hebben de geïnterviewden diverse bevorderende en belemmerende factoren voor de

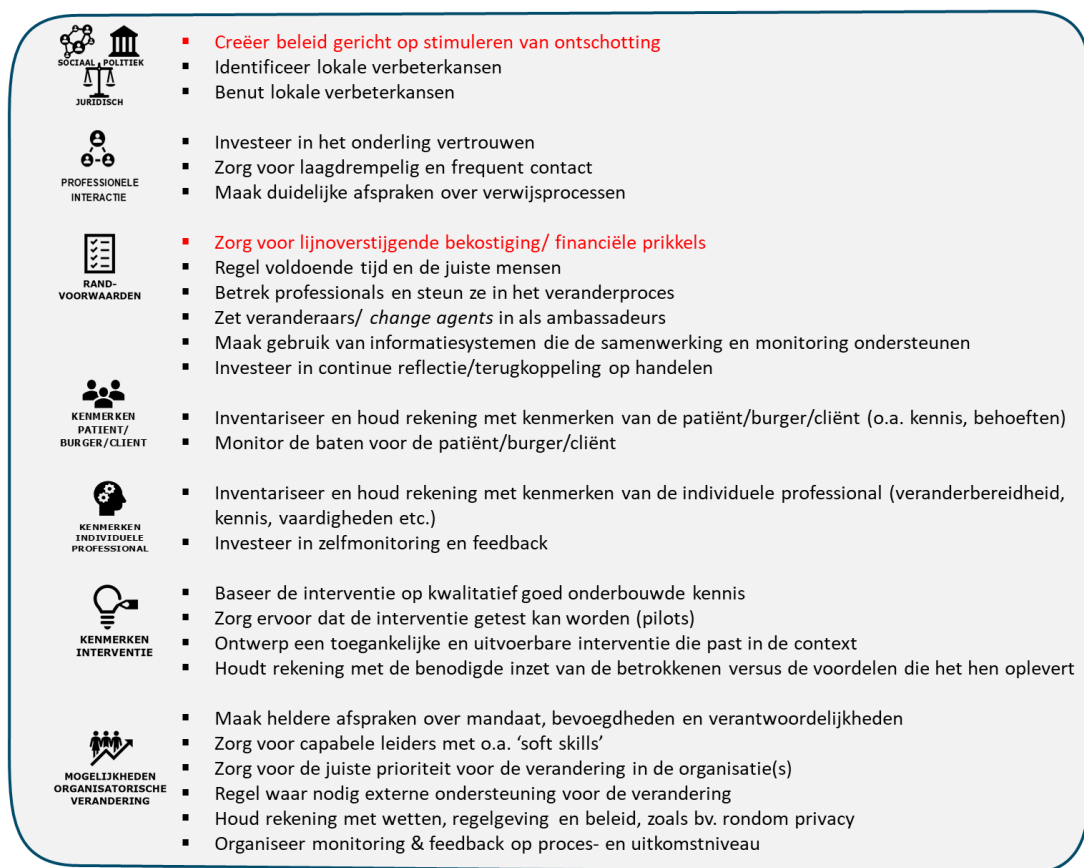
eigen casus genoemd. In figuur 1 zijn alle factoren samengevat en geordend in 7 domeinen vanuit het theoretisch raamwerk.



Figuur 1 Belangrijkste succes- en faalfactoren vanuit literatuur en praktijkcases

Succesvolle strategieën

De resultaten rondom succes- en faalfactoren zijn vertaald in strategieën om ontschotting te bewerkstelligen en te verzilveren (figuur 2). De aanbevolen acties gaan vooral over de implementatiekant en liggen in de invloedsfeer van de initiatiefnemers van een ontschottingsinitiatief. Door bijvoorbeeld kansen in de lokale context te herkennen en aan te grijpen voor ontschotting. Door een interventie te ontwikkelen die goed uitvoerbaar is en rekening houdt met de behoeften van de doelgroep (patiënt/burger/cliënt, evenals professionals). Door de verandering te laten aansturen door capabele leiders met 'soft skills' om eventuele frustraties van projectleden/ betrokkenen goed te kunnen adresseren en mensen te enthousiasmeren. Die met mandaat en de juiste bevoegdheden de benodigde randvoorwaarden kunnen regelen, zoals financiële middelen, tijd, mankracht, faciliteiten en ook steun. Die bovendien de capaciteiten hebben om goede samenwerking in verschillende domeinen tot stand te brengen. Daarbij ook aandacht hebben voor de nieuwe kennis en vaardigheden die de individuele zorgprofessionals nodig hebben voor de verandering. En, zoals eerder genoemd, door de voortgang (proces) en de effecten (uitkomsten) goed te monitoren. Tegelijkertijd kunnen deze pioniers regionaal en landelijk worden ondersteund door beleidsmakers en zorginkopers met bijpassend beleid, wet- en regelgeving (roodgekleurd in figuur 2).



*Figuur 2 Succesvolle strategieën voor ontschotting.
Rood= specifiek voor beleidsmakers en zorginkopers*

Conclusie

Uit de cases in dit onderzoek blijkt dat ontschotting vaak door een kleine, enthousiaste groep wordt opgestart. Vanuit de overtuiging dat samenwerking over de grenzen van het eigen domein, buiten de geijkte paden, betere zorg en resultaten voor de patiënt oplevert. Met volharding en motivatie blijkt veel mogelijk in een systeem waarin wetten, regelgeving en beleid deze schot-overstijgende initiatieven niet ondersteunen of zelfs tegenwerken. Bij de implementatie vragen de stappen rondom het registreren en monitoren meer aandacht. Hierdoor worden de behaalde resultaten op proces en uitkomsten (baten) beter inzichtelijk. Daarnaast is een goede analyse van de doelgroep en setting van belang, zodat bij het ontwerp van de interventie rekening kan worden gehouden met de lokale context en kenmerken van de doelgroepen (patiënt/burger/cliënt en individuele zorgprofessional). Gesteund met de juiste prikkels op de juiste plek vanuit beleidsmaker en zorginkopers, komt het verzilveren van de baten dichterbij.

1. Inleiding

The American Chamber of Commerce in the Netherlands (AmCham) heeft IQ healthcare gevraagd een wetenschappelijk rapport te schrijven met als leidend thema: Hoe beter zicht te krijgen op succesvolle strategieën voor ontschotting? Welke mechanismen en instituties belemmeren betere zorg en kunnen we dit verbeteren en opschalen? In dit rapport staan de aanpak en resultaten van het onderzoek beschreven.

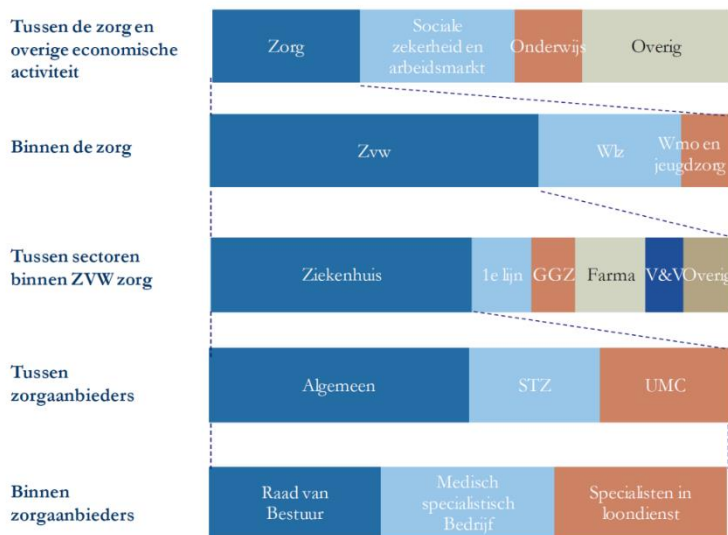
1.1 Aanleiding

Schotten in de gezondheidszorg leiden onherroepelijk tot fragmentatie van het zorgaanbod. Begrenzing tussen sectoren van zorg, zoals bijvoorbeeld huisartsenzorg en ziekenhuiszorg, maar ook tussen preventie, zorg en welzijn zijn hier voorbeelden van. Het bestaan van deze schotten is onder meer te verklaren vanuit de toegenomen specialisatie van kennis, kunde en aanbod gericht op één ziektebeeld.¹ De schotten vormen echter barrières om patiëntgerichte zorg te leveren: de zorg volgt de behoefte van de patiënt. Ze vragen veel managementaandacht en administratieve handelingen van zorgverleners, waardoor het perspectief van de patiënt raakt ondergesneeuwd. Bovendien is vernieuwing niet bepaald aantrekkelijk vanwege het complexe stelsel en de daardoor onduidelijke (financiële) consequenties van ontschotten. Vandaar de roep om 'herschotting' vanuit het perspectief van de patiënt. Adviesbureau *Strategies in Regulated Markets* (SiRM) pleit voor een 'kanteling' van de zorg om daadwerkelijk patiëntgericht te werken: "van de huidige aanbodgerichte zorg naar werkelijk patiëntgerichte zorg".² Deze oproep is ook herkenbaar in een initiatief van zorgpartijen genaamd 'Juiste zorg op de juiste plek'. Hiermee wordt bedoeld: "Het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichtbij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health)".³ Een initiatief dat wordt ondersteund door het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en is opgenomen in recente bestuurlijke akkoorden in de zorg.

Een meer concrete uitwerking van het begrip 'schot' in de context van de Nederlandse gezondheidszorg is te vinden in het onderzoeksrapport van SiRM.² Op basis van vijftien gesprekken en eigen projectervaringen maakt SiRM onderscheid in drie soorten schotten (figuur 1) op vijf verschillende niveaus (figuur 2). Zij concluderen dat met $5 \times 3 = 15$ combinaties van soorten en niveaus het perspectief van de individuele patiënt al snel uit beeld raakt.

Financieel	Regulering	Praktijk
• Uitgaven van zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn opgedeeld • Budgettair Kader Zorg per soort zorg • Separate modellen risicoverevening • Macrobeheersingsinstrumenten	• Regulering en toezicht georganiseerd naar soort zorg • Regulering en toezicht georganiseerd naar soort verzekering • Specifieke verantwoording van zorgverzekeraars en zorgaanbieders over uitgegeven geld	• Oude regulering deels vertaald in organisatiestructuur • Culturele barrières tussen categorieën zorgaanbieders

Figuur 1 Verschillende soorten schotten²



Figuur 2 Schotten in de zorg op 5 niveaus²

Het pleidooi van SiRM doet herinneren aan het rapport “Crossing the Quality Chasm” van *The Institute of Medicine*, waarin de problematiek van fragmentatie in gezondheidszorgsystemen wordt belicht en de noodzaak voor meer continuïteit en integratie van zorg wordt benadrukt.⁴ Deze noodzaak komt ook voort uit het de verschuiving van ziektelast van acute ziekten naar langdurige, meervoudige en chronische ziekten. Het betreft vaak oudere kwetsbare mensen met bijvoorbeeld een hart- en vaatziekte, diabetes en/of psychogeriatrische problematiek. Deze groep is in het bijzonder gebaat bij zorg zonder schotten en drempels (soms letterlijk), omdat zij zorg nodig hebben in verschillende domeinen (bijvoorbeeld in het ziekenhuis, bij de huisarts en in de wijk). Dit vereist coördinatie en afstemming tussen alle zorg-partijen/ -instanties/-verleners om deze patiënten tijdig en adequaat in hun zorgbehoeften te kunnen voorzien. Bij deze complexe situaties is met andere woorden ‘geïntegreerde zorg’ nodig als middel zijn om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit te vergroten.

De afgelopen jaren zijn talrijke initiatieven gestart om de hierboven geschetste transformatie te realiseren. Hierbij valt te denken aan de implementatie van integrale geboortezorg, Proeftuinen Toekomstbestendige Zorg en pilots Regioregie van zorgverzekeraar CZ. Deze initiatieven zijn echter vaak lokaal en hebben moeite met opschalen en duurzaamheid op de langere termijn. Goed opgezet, vergelijkend onderzoek naar de implementatie van ontschotte zorg is echter nog schaars.^{1:5} Dit onderzoeksproject probeert een bijdrage te leveren aan de belangrijke vraag ‘hoe’ de transformatie succesvol aan te pakken op het niveau van zorgverleners en zorgorganisaties.

1.2 Probleemstelling

De focus van deze studie is gericht op succesvolle strategieën voor ontschotting in de zorg. Hoe ontschot je de zorg, welke veranderstrategie werkt en hoe kan je deze implementeren en daarna opschalen?

1.3 Doelstelling

Het doel van de studie is tweeledig:

1. inventariseren wat de belangrijkste succes- en faalfactoren zijn, en te leren hoe deze door beleidsmakers, zorginkopers en zorgaanbieders kunnen worden ingezet om ontschotting te bewerkstelligen en te verzilveren;
2. inzicht krijgen in de kosten en baten van een aantal (nieuwe) zorgvormen en innovaties waarbij de kosten en baten (zorguitkomsten en maatschappelijke baten) zich nadrukkelijk over de verschillende (sub)domeinen uitspreiden.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 staan de onderzoeksmethoden beschreven. In het derde hoofdstuk komen de succes- en faalfactoren vanuit het literatuuronderzoek aan de orde. Het vierde hoofdstuk biedt inzicht in de resultaten van de analyse van drie praktijkcases. Het rapport wordt afgesloten met een beschouwing en conclusie.

2. Methoden

2.1 Inleiding

Het onderzoek is in twee fasen uitgevoerd. In de eerste fase is literatuuronderzoek uitgevoerd. In de tweede fase zijn de inzichten vanuit de literatuur gebruikt in de analyse van drie concrete ontschottingsinitiatieven.

2.2 Fase 1 Literatuuronderzoek

Voor het verkennen succes- en faalfactoren is gekozen voor het design van een *scoping review*. In tegenstelling tot een systematische literatuur *review* kiest een *scoping review* een brede onderzoeksvraag en wordt er geen weging toegepast op de kwaliteit van de diverse gevonden studies.⁶ Het gaat vooral om het verkennen van de kennis en concepten die over het onderwerp aanwezig zijn, en niet zo zeer het ordenen en wegen van de kwaliteit van de aanwezige *evidence* voor succesvolle ontschottingsaanpakken. Het literatuuronderzoek diende twee doelen:

1. verkennen van de succes- en faalfactoren van implementaties die dwars door schotten heen in verschillende compartimenten plaatsvinden;
2. ontwikkelen van een theoretisch raamwerk gericht op de implementatie van schot-overstijgende zorg waarbij patiëntgerelateerde uitkomsten centraal staan.

In de zoektocht naar kennis over ontschotting is wetenschappelijke en grijze literatuur geraadpleegd. We zijn specifiek op zoek gegaan naar de succes- en faalfactoren bij de implementatie. Wat werkte wel en wat werkte niet? Welke interne en externe invloeden werkten belemmerend of bevorderend? De zoekstrategie, identificatie en selectie van literatuur evenals de wijze van verwerking van de resultaten staan in Appendix A in detail beschreven.

Aan de hand van literatuur en in overleg met experts is een theoretisch raamwerk opgesteld voor het bestuderen van het implementatieproces van ontschotting in dit onderzoek. Ontschotting kan worden beschouwd als een complex veranderproces in de zorg. Een veelheid aan theorieën, modellen en raamwerken bieden inzicht in de onderliggende mechanismen bij een dergelijk veranderproces. Het theoretisch raamwerk voor dit onderzoek is gebaseerd op deze wetenschappelijk onderbouwde stappen en aandachtspunten. In Appendix B staan de achtergrond en opbouw van het theoretisch raamwerk in detail beschreven.

2.3 Fase 2 Analyse praktijkcases

De inzichten uit het literatuuronderzoek zijn in de tweede fase van het project als basis gebruikt voor het bestuderen van drie cases waarbij sprake is van schotoverstijgende samenwerking gericht op verbetering van de uitkomsten van patiënten:

1. Immunotherapie thuis (Radboudumc),
2. Welzijn op Recept (landelijk)
3. Het zorgprogramma Hartfalen (regio Midden-Brabant).

Voor de analyse van de cases zijn betrokkenen geïnterviewd (totaal 38 interviews) evenals experts, literatuur en projectdocumenten geraadpleegd. In Appendix A staan de analysemethoden per casus toegelicht.

3. Succes- en faalfactoren uit de literatuur

3.1 Inleiding

Uit de wetenschappelijke en grijze literatuur zijn in totaal 198 succesfactoren en 198 faalfactoren voor dit onderzoek gedestilleerd (totaal 396). De factoren zijn verdeeld over de domeinen die in het theoretisch raamwerk zijn geformuleerd (figuur 3; Appendix B).



Figuur 3 Domeinen indeling succes- en faalfactoren

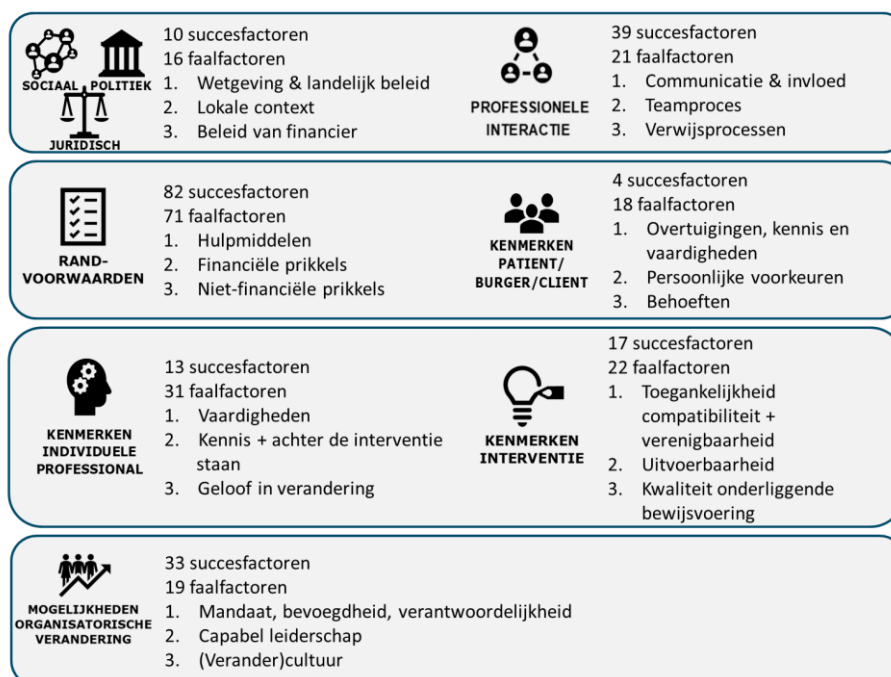
3.2 Resultaten

In figuur 4 staat de verdeling over de domeinen van de weergegeven met voor ieder domein de top 3 items. De meeste succes- en faalfactoren konden worden onderbracht in het domein 'randvoorwaarden' (153). Het gaat hierbij om factoren die te maken hebben met de beschikbaarheid van hulpmiddelen. Hierbij valt te denken aan financiële middelen, de beschikbaarheid van personeel, faciliteiten en ook tijd voor de interventie. Daarnaast zijn financiële prikkels gevonden in de literatuur. In positieve zin als bijvoorbeeld financiële vergoedingen de samenwerking en integratie bevorderen en in negatieve zin als er sprake is van schotten in de financiering of zorgen over bekostiging op de langere termijn. Tot slot zijn bij randvoorwaarden niet-financiële prikkels genoemd als succes- en faalfactoren, die bijvoorbeeld te maken hebben met werkomstandigheden, ervaren steun, betrokken worden, en carrièrepaden.

Bij de succesfactoren waren de items in de volgende domeinen ook goed vertegenwoordigd: 'professionele interactie' (39) en 'mogelijkheden voor organisatorische verandering' (33). De top 3 bij de faalfactoren wordt compleet gemaakt door 'kenmerken van de individuele zorgprofessional' (31) en 'kenmerken van de interventie' (22).

Opvallend is het relatief laag aantal gevonden factoren in het domein ‘kenmerken van de patiënt’ (22). Dit wekt de suggestie dat kennis, behoeften, voorkeuren en gedrag van de patiënt een geringe rol zou spelen bij het succes of falen van ontschotting. Een andere mogelijke verklaring is dat patiënten niet of nauwelijks worden geraadpleegd bij evaluaties, waardoor hun perspectief beperkt in beeld is gekomen.

Wanneer we inzoomen op de meest voorkomende onderliggende items, blijkt dat de succes- en faalfactoren zich grotendeels op dezelfde thema’s afspelen. Volgens sommige auteurs zijn succes- en faalfactoren twee kanten van dezelfde medaille: het ontbreken van een faalfactor of het tegenovergestelde van een faalfactor (bijvoorbeeld goed versus slecht leiderschap) kan de implementatie bevorderen en wordt hierdoor een succesfactor.⁷ Daarnaast beïnvloeden de factoren elkaar: een succes-/faalfactor kan weer nieuwe succes-/faalfactoren veroorzaken. Het is ook aannemelijk dat bij alle geïdentificeerde (zichtbare) factoren diverse andere, minder zichtbare kenmerken van de context en betrokkenen een rol spelen. Door de analyse van drie concrete cases in dit onderzoeksproject, is getracht meer inzicht te krijgen in dit samenspel.



Figuur 4 Succes- en faalfactoren ontschotting vanuit de literatuur

4. Resultaten analyse drie cases

4.1 Inleiding

In de tweede fase van het onderzoek zijn drie cases geanalyseerd. In dit hoofdstuk komen de resultaten per casus aan de orde. Het implementatieproces wordt beschreven, waarbij het theoretisch raamwerk als basis is gebruikt (Appendix B). Vervolgens wordt bij iedere casus apart aandacht besteed aan de succes- en faalfactoren. Eén van de subdoelen van dit onderzoeksproject is het in detail zicht te krijgen op de kosten en baten van een aantal (nieuwe) zorgvormen en innovaties waarbij de kosten en baten (zorguitkomsten en maatschappelijke baten) zich nadrukkelijk over de verschillende (sub)domeinen uitspreiden. Hoe dit in de praktijk kan uitpakken, is uitgewerkt voor de casus immunotherapie thuis en de casus Welzijn op Recept.

4.2 Casus immunotherapie thuis

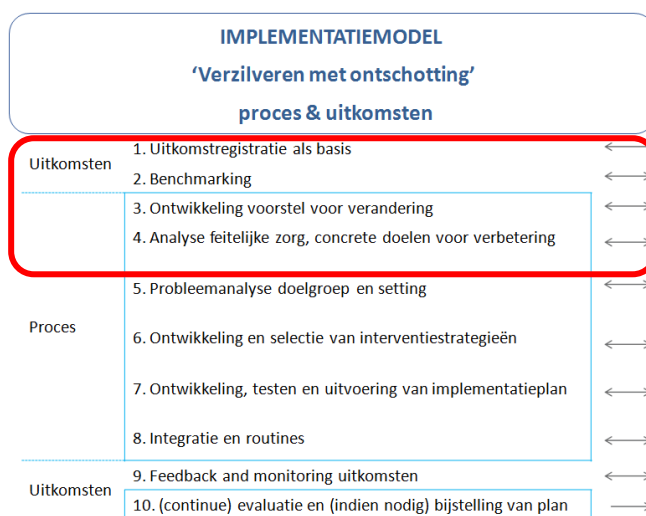
Immunotherapie is een verzamelnaam voor behandelingen tegen kanker waarbij uw eigen afweersysteem wordt gestimuleerd om de kankercellen aan te vallen. Het is een enorme vooruitgang in de behandeling van patiënten voor steeds meer vormen van kanker.

Sinds 2010 behandelt het Radboudumc in Nijmegen patiënten met immunotherapie. De afdeling medische oncologie is in 2016 een project gestart waarbij immunotherapie in plaats van in het ziekenhuis in de thuissituatie van patiënten wordt toegediend. Hiervoor is het Radboudumc een samenwerking met een externe zorgpartij aangegaan: Brocacef Health Services, serviceprovider voor ziekenhuisverplaatste zorg en Patiënt Supportprogramma's. Patiënten die in aanmerking komen voor thuisbehandeling en hier zelf voor kiezen, krijgen immunotherapie thuis toegediend door verpleegkundigen van Brocacef. Het project is in november 2017 gestart met twee geneesmiddelen (Nivolumab en Pembrolizumab) bij melanoompatiënten. In de periode november 2017 tot april 2019 hebben 83 patiënten thuistoediening gekregen. Het streven is om de thuistoediening voor meerdere kankersoorten aan te kunnen bieden. De opschaling naar de uro-oncologie, longoncologie, hoofd-halsoncologie is al in gang gezet.

4.2.1 Implementatieproces

Implementatieproces theoretisch kader (stappen 1 t/m 4; Appendix B)

Het project is gestart vanuit de visie dat je patiënten zo dichtbij huis als mogelijk wilt behandelen, in dit geval zelfs thuis. Voor hen die baat hebben bij immunotherapie en weinig last van bijwerkingen, lukt het behoorlijk goed om door de thuisbehandeling in de maatschappij te blijven staan. De belasting van behandeling is namelijk groot: patiënten komen vaker en langer in het ziekenhuis.



“Melanoompatiënten zijn vaak ook nog jonge mensen met een baan. Ik kon me gelijk goed voorstellen wat voor een winst het zou zijn als de toediening thuis zou kunnen.” (r-5)

Naast comfort voor de patiënt, was de druk op de capaciteit van de dagbehandeling ook een aanleiding. Er komen steeds meer behandelmogelijkheden, patiënten worden langer behandeld. Immunotherapie wordt doorgaans sneller toegediend dan traditionele chemokuren, waardoor de turnover toeneemt en daarmee de werkdruk voor de verpleging. Vandaar de zoektocht naar een andere manier van behandelen. Bij gelijkblijvende capaciteit biedt thuisbehandeling de mogelijkheid om meer zorg te bieden. De initiatiefnemers waren de bedrijfskundig manager medische oncologie met één van de stafartsen. Zij hebben contact gezocht met Brocacef om de toedieningen thuis te verzorgen. Een multidisciplinaire projectgroep heeft het project verder uitgewerkt en geïmplementeerd. In de periode november 2017 tot april 2019 hebben 83 patiënten thuis immunotherapie toegediend gekregen.

Wanneer we kijken naar de stappen van het implementatiemodel uit het theoretisch raamwerk, dan valt op dat bij stappen 1 en 2 een uitkomstregistratie zoals bij *Value Based Health Care* projecten niet aan de orde was. Er is ook geen effect te verwachten op klinische uitkomsten door thuistoediening. Het wel of niet optreden van allergische reactie is echter ook een uitkomst en dat is uitvoerig onderzocht.

“Bij immunotherapie is de toediening relatief eenvoudig. Als er allergische reacties optreden, dan gebeurt dat meestal bij de eerste 4-5 toedieningen. Wanneer zich in de eerste 2-3 maanden niks heeft voorgedaan, dan is het risico dat het alsnog gebeurt heel erg klein. Vandaar dat de eerste toedieningen in het ziekenhuis plaatsvinden.” (r-12)

Daarnaast zijn ook berekeningen gedaan met betrekking tot de effecten op capaciteit en kosten. Een nulmeting van patiëntervaringen heeft niet plaatsgevonden, omdat de tijd ontbrak om dit goed op te zetten.

Het voorstel voor verandering (stap 3) is vooral pragmatisch ingestoken om van IST naar SOLL te komen. In het begin is nog niet alles in detail uitgewerkt, maar gaandeweg ontdekt en aangepakt.

“Het is een beetje zoals projecten in het Radboudumc gaan: vanuit goede wil en eenieder heeft zo zijn kennis en goede suggesties en zo kom je een heel eind.” (r-2)

Bij de analyse van de feitelijke zorg en concrete doelen voor verbetering (stap 4) bood het JCI-accreditatietraject^{*1} houvast. Hoe zien de protocollen eruit? Kan het ook anders? Hoe zit het met het aanbod van patiënten en de beschikbare capaciteit? In een aanvraag voor innovatiegelden zijn de volgende eindpunten geformuleerd (maart 2017).

^{*1} JCI staat voor *Joint Commission International*. Dit is een van oorsprong Amerikaanse non-profitorganisatie die wereldwijd accreditaties verleent aan zorginstellingen. Om hiervoor in aanmerking te komen moeten ziekenhuizen voldoen aan het JCI-normenkader met ruim 1400 meetbare aspecten rond kwaliteit en patiëntveiligheid.

1. De patiënt is tevreden over de bejegening van de verpleegkundigen ($\geq 8,0$);
2. De patiënt is tevreden over het nakomen van de afspraken thuis ($\geq 8,0$);
3. De patiënt ervaart voordeel van thuis toedienen boven toedienen in het ziekenhuis;
4. Er heeft zich maximaal 1 ernstig incident thuis voorgedaan gedurende de looptijd van het project. Als er zich een incident heeft voorgedaan, mag dit niet geleid hebben tot blijvende schade bij of overlijden van de patiënt;
5. De gemiddelde prijs van een thuis toediening ligt niet boven de € 350.

Deze doelen zijn echter niet consequent meegenomen in het implementatietraject.

Bij de analyse van stap 5 (probleemanalyse doelgroep en setting) is naar de context, succes- en faalfactoren en de doelgroepen gekeken. De resultaten rondom succes- en faalfactoren komen later in deze paragraaf aan de orde.

Context (verdieping stap 5)

Wanneer we de contextuele factoren die in onderlinge samenhang relevant zijn voor het bereiken van succesvolle strategische veranderingen afgaan, zijn de bevindingen voor deze casus als volgt.

De *externe druk* komt met name voort uit het feit dat er steeds meer behandelmogelijkheden komen, patiënten langer behandeld worden. Immunotherapie wordt doorgaans ook sneller toegediend dan traditionele chemokuren, waardoor de turnover toeneemt en daarmee de werkdruk voor de verpleging.

“Er werd voorzien dat het aantal patiënten met immunotherapie enorm ging toenemen maar de capaciteit in het ziekenhuis niet afdoende is.”(r-5)

De *organisatiecultuur* van het Radboudumc is bevorderend vanwege de open houding ten aanzien van innovatie, onderzoek en de gedachte om persoonsgerichte zorg in een netwerk te bewerkstelligen.

De *veranderagenda* van dit project kent een goede ‘fit’ met de *lokale context*. Het past bij de missie, visie en strategie van het Radboudumc als enige UMC in een groot verzorgingsgebied om een dergelijk project op te pakken. Aan de andere kant is het ook een grote, logge organisatie.

“Het past bij de kernwaarden van het Radboudumc. Dit initiatief brengt persoonsgerichte zorg in de praktijk. Het is ook een innovatief zorgconcept.”(r-9)

“Het past bij de missie en visie van het Radboudumc. Ook wat het Radboudumc wil uitstralen, en de mogelijkheid ervoor heeft als enige academisch ziekenhuis, in een relatief groot gebied”(r-13)

De *doelen en prioriteiten* zijn eenvoudig en helder: veiligheid en comfort voor patiënten evenals doelmatiger gebruik van de capaciteit in het ziekenhuis. Dit zijn en blijven voor alle ziekenhuizen in Nederland belangrijke pijlers.

Radboudumc investeert in *coöperatieve organisatienetwerken* en er was al een bestaande relatie met Brocacef. Tegelijkertijd hebben de geïnterviewden weinig handvatten ervaren voor het operationeel uitvoeren van de netwerkgedachte van het ziekenhuis.

“We hebben de overall paraplu gemist voor het operationeel uitvoeren van de netwerkgedachte van het ziekenhuis: er was geen leidraad, geen sjabloon, geen raamwerk.”(r-2)

Bij de medische oncologie ervaren de geïnterviewden een goede *relatie tussen management en zorgprofessionals*. Dit project is geïnitieerd door een bedrijfskundig manager, een medisch specialist en de verpleegkundig manager. De driehoek specialist – verpleging – management is hierin samen opgetrokken. De bedrijfskundig manager heeft de randvoorwaarden gecreëerd en is ook sterk inhoudelijk betrokken gebleven. De medisch specialisten, verpleegkundig manager en de verpleegkundigen zijn *in the lead* geweest als het gaat om het inhoudelijk uitwerken van de processen.

Belangrijke *sleutelfiguren die de verandering aansturen* waren in dit project de bedrijfskundig manager, de verpleegkundig manager en het afdelingshoofd van de medische oncologie evenals stafleden en in de beginfase de leidinggevende van de dagbehandeling die de projectleidersrol op zich heeft genomen.

“Centraal persoon die het proces bewaakt, die naast de zorgverlener staat.”(r-12)

De *kwaliteit en samenhang van het beleid* is bij dit initiatief tweeledig: enerzijds zijn de doelen en strategieën consistent met die van het ziekenhuis en de afdeling medische oncologie, maar anderzijds ontbreekt het aan data voor een goede onderbouwing dat thuistoediening tot meer comfort voor patiënten leidt.

Doelgroepen (verdieping stap 5)

De analyse van de doelgroepen is gericht op de medisch specialisten van patiëntengroepen die (nog zullen) aanhaken bij het initiatief (hoofd-hals, urogenitaal en longkanker). Zij zijn niet nauw betrokken geweest bij de pilot en in het kader van de opschaling gevraagd om mee te doen met de ingezette verandering. Drie van de zes geïnterviewden hadden zelf al een patiënt aangemeld voor thuistoediening. Uit de interviews is gebleken dat allen erg positief zijn over het initiatief. Patiëntvriendelijkheid, comfort en minder reistijd worden genoemd als belangrijkste redenen voor de steun voor het project.

“Het concept sta ik heel erg positief tegenover. Ik werk in het ziekenhuis maar het is een noodzakelijk kwaad. Vreselijk dat je als patiënt ineens niet meer de baas bent over je eigen privacy en je eigen dagritme. Dat is echt verschrikkelijk. Dat moet ook wel voor de veiligheid van de zorg, er is ook niet zo heel veel aan te doen, maar zo’n klinische omgeving is natuurlijk vreselijk. Het is toch heel fijn als je niet zo’n hele dag op zo’n ziekenhuisbed hoeft te liggen en gewoon in je eigen omgeving thuis kan blijven met je eigen koffie en je bezoek als je dat wilt en je huisdieren. Ja, dat lijkt me echt fantastisch.”(r-19)

Er wordt ook op gewezen dat het wel van belang is de ervaringen van patiënten ook daadwerkelijk te meten.

“Comfort voor de patiënten is het belangrijkste. Lijkt prettiger thuis, maar wil dat graag gemeten hebben. Er is maar één iemand die dat kan bepalen en dat is de patiënt zelf. Moeten het ze gewoon gaan vragen wat ze ervan vinden. Nu al patiënten die zeggen dat het ze prettig lijkt: niet naar het ziekenhuis reizen en niet parkeren, lopen door het gebouw. Patiënt is het uitgangspunt. Die had zelf niet kunnen bedenken dat thuistoediening kon, dus als het wordt aangeboden moeten we weten wat ze ervan vinden. Als je zoiets doet, moet je vragen wat de patiënt ervan vindt.”(r-15)

De geïnterviewden wijzen wel op het feit dat de eigen patiëntencategorie over het algemeen anders is dan de melanoompatiënten waarmee het project is gestart. Zij verwachten niet zozeer problemen bij de thuistoediening, maar bij deze patiënten is vaker sprake van co-morbiditeit (cardiaal, longproblemen) en antibiotica. Voor sommige patiëntengroepen is thuistoediening niet wenselijk. Naast hun gezondheidssituatie kan ook angst hierbij een rol spelen.

“Patiënten voor wie het niet geschikt is: multizorg, veel problemen, zwakker sociaal milieu met problematiek. Als je ze minder ziet, dan verlies je grip op deze groep. Hele plaatje in de gaten houden. Kanker is vaak niet op de voorgrond, maar de multi-problematiek die aandacht vraagt.”(r-18)

“Bij superangstige patiënten kan ik het wel aanbieden, maar weet al bijna zeker dat ze het niet durven om thuisbehandeling te krijgen. Zeker bij het begin van zo’n project zou ik niet zo iemand als eerste benaderen. Als eerste benaderen: redelijk goede conditie, zichzelf redelijk goed kunnen verzorgen, echt begrip van wat immunotherapie is en wat de risico’s zijn, iemand van wie je overtuigd bent dat informed consent ook echt informed consent is. Patiënten die actief zijn in ziektebeleving en behandeling. Dat zijn ook mensen die goed feedback geven. Iemand die durft te zeggen wat niet prettig voelt of prettig loopt. Dat zijn vaak ook de mensen die meer behoefte hebben om hieraan mee te doen.”(r-19)

Hoewel ze Brocacef niet kennen, geven de geïnterviewden aan vertrouwen te hebben in hun kennis en kunde en de wijze waarop de projectgroep dit heeft opgepakt/ gewaarborgd.

Vier van de zes geïnterviewden hebben aangegeven dat de nieuwe werkwijze administratief omslachtig is en een drempel kan vormen om patiënten dit traject aan te bieden.

“De ICT is dramatisch. De workarounds en effort die dit vraagt. Is dat kosteneffectief voor 2-3 patiënten per dag?”(r-16)

“Ik heb een eerste patiënt aangemeld. Dat betekende heel veel papierwerk en in alle drukte van de dag heb ik geen tijd gehad om te verdiepen in wat het allemaal inhield. (..) Dat is misschien de reden dat het zo lang geduurd heeft. Het is een drempel. Eigenlijk wil je gewoon kunnen doorgeven: deze patiënt komt in aanmerking en regel het. Dan zou ik nu al 10 patiënten hebben gehad.

Administratieve last houdt dit tegen en op het juiste moment in een drukke poli over de juiste papieren kunnen beschikken. Zit niet in je routine en je hebt er geen extra tijd voor in je poli.”(r-18)

Kijkend naar het theoretisch raamwerk, dan bevinden de 6 geïnterviewde stakeholders zich in de fase van Acceptatie en Verandering (Appendix B). Ze hebben een positieve attitude en zijn gemotiveerd om te veranderen. Omdat slechts drie van de zes ook daadwerkelijk gestart zijn met het aanmelden van patiënten, is echter nog beperkt zicht op het nut en effect van de verandering.

Wat betreft opschaling is de projectgroep zich bewust van het feit dat het in de beginperiode nog om een klein team betrokkenen ging, waardoor de ervaringen en successen makkelijk konden worden gedeeld. Om collega's buiten de projectgroep te enthousiasmeren, is meer data nodig. Daarnaast vergt de huidige werkwijze nog redelijk veel handwerk, controles en achteraan jagen. De voorzitter van de projectgroep is als spin in het web nodig, maar dat is niet langer houdbaar als het een grotere groep patiënten wordt.

“Het is veel extra werk voor [naam] en er gaan geen taken af. We moeten voorkomen dat ik ineens “de baas wordt” over 300 immunotherapie patiënten.”(r-5)

Voor nieuwe patiëntengroepen is het van belang de betrokkenen en context goed voor te bereiden. Vertaal de ervaringen in duidelijke instructies en hulpmiddelen (standaardisatie). Tijdens een vergadering van de projectgroep is een systeem voor opschaling gepresenteerd om houvast te bieden (kader 1).

Systeem voor opschaling: 3S

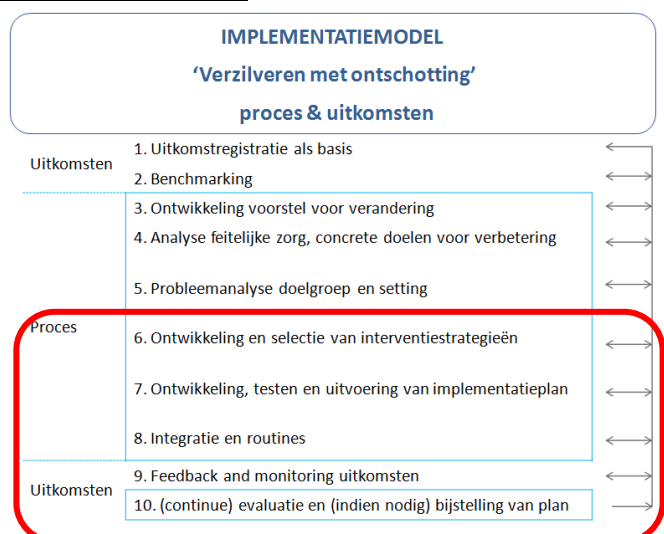
- ✓ Structuur: andere mensen verantwoordelijk maken voor nieuwe patiëntengroep (huidige structuur kan het er niet bij doen)
- ✓ Strategie: acties en taken voor deze andere mensen concreet maken en vraagbaak zijn (huidige betrokkenen wisten vooraf niet goed waar ze aan begonnen)
- ✓ Support: indicatoren vaststellen, meten, terugkoppelen en evalueren (veiligheid, patiëntenervaringen, procesvariabelen, etc..)

Kader 1 Systeem voor opschaling zoals besproken tijdens een projectgroepvergadering⁸

Implementatieproces theoretisch kader (stappen 6 t/m 10; Appendix B)

Bij het ontwikkelen en selecteren van interventiestrategieën (stap 6) is gekozen voor afbakening tot twee geneesmiddelen (Nivolumab en Pembrolizumab) en een specifieke diagnose (melanoom). Patiënten in studieverband zijn uitgesloten. Daarnaast is de afweging gemaakt over de keuzevrijheid van de patiënt.

“Heb je wel patiënten die het willen? En daar kun je twee dingen in kiezen: 1. we bieden helemaal geen keuze, dit is gewoon de dienstverlening die we bieden of 2. je kiest echt voor persoonsgerichte en vrije keuze voor de patiënt. Dat laatste is wat we nu doen. Zolang we geen capaciteitsissues hebben gaan we patiënten de keuze bieden.”(r-3)



Een andere afwezig was: welke partij zal de thuistoediening uitvoeren?

“Nu bewust gekozen voor een leverancier die heel dichtbij het ziekenhuis staat. De verpleegkundigen zijn door onszelf getoetst of ze bevoegd en bekwaam zijn.”(r-3)

“Wie gaat het thuis toedienen? Thuiszorg, eigen beheer of een commerciële partij? Hierbij gekozen voor het laatste: een partij die landelijk werkt. Eigen beheer vanuit academisch ziekenhuis is onhandig omdat patiënten vanuit het hele land komen.”(r-3)

Alle stappen voor de zorg die de patiënten doorlopen zijn gedetailleerd uitgewerkt en verwerkt in een zorgpad. Achter iedere stap en iedere versie zit heel veel overleg tussen professionals.

Bij het ontwikkelen, testen en uitvoeren van de implementatiestrategie (stap 7) is een pilot gestart met 10 patiënten. Voorafgaand zijn in het Radboudumc scholingsavonden georganiseerd voor de verpleegkundigen van Brocacef. Naast algemene informatie over de ziektebeelden en immunotherapie is ook aandacht geschonken aan de logistiek (formulieren, contactpersonen, wat te doen bij bijwerkingen). Daarnaast hebben de verpleegkundigen 3 tot 4 dagen meegelopen op de dagbehandeling en geleerd om infusen te prikken.

“Vertrouwen in het middel en vertrouwen in de mensen die ermee werken. Werken met mensen waarvan je weet dat ze bevoegd en bekwaam zijn en als je twijfelt over het middel: gewoon niet doen. Wilden 100% zeker zijn dat er geen ernstige incidenten thuis voorkwamen.”(r-3)

“Het was fijn om elkaar te leren kennen, wat de sfeer op zo’n afdeling is. Daarnaast het mee kunnen kijken met de handelingen. Dat gaf wel vertrouwen.”(r-11)

“Subcutaan injecteren heel anders dan infuuspaal opzetten, pomp aansluiten, intraveneus te prikken, noodmedicatie bij te hebben. Waren er wel snel uit dat ze immunotherapie ook veilig thuis konden doen. Het kwam met name op praktische dingen aan. Bv. opvouwbaar infuuspaal, grote medicatiekoffer op wieltjes, eigen auto (zonder stickers/reclame). Zorgen ook voor bepaalde back-up materialen die cruciaal zijn om de toediening door te laten gaan. Mocht de apotheek het vergeten mee te geven.”(r-10)

De integratie in de dagelijkse werkprocessen en routines (stap 8) heeft veel moeite gekost. Omdat de projectgroep niet wilde wachten op aanpassingen in de informatiesystemen, is het snel opgetuigd met diverse *workarounds*, waardoor het veel verschilt van het reguliere proces. Dit betekende meer werk, meer risico op fouten en dus meer nauwkeurigheid en controles.

“Het proces is echt nog anders. Redelijk snel iets opgetuigd wat goed werkte om te kunnen starten. Dat ging niet in de huidige procesgang, dus in EPIC en andere systemen zijn wat bypasses verzonnen. Dokters houden niet van werken met bypasses. [naam projectleider] als spin in het web nodig. Als de patiëntenpopulatie blijft groeien, dan kan ze dat niet meer alleen aan.”(r-3)

“(..) nu aan het kijken of het proces voor de thuistoediening net zo kunnen maken als voor de dagbehandeling. Dus dat het voor de dokter eigenlijk niet uitmaakt of je de mensen hier of thuis toedient: met één druk op de knop, behandeling en klaar. En zolang dat er niet is, moeten dokters geschoold in dat proces.”(r-3)

“Het vraagt meer van de dokter om toediening thuis te regelen. Uitleg geven aan patiënten, formulieren voor toestemming, aanmelden, bestellen van de medicatie en plannen van controles is allemaal anders. Dit is een barrière om het op te starten. Delegeren van de deze taken is slechts beperkt mogelijk. Het levert wel tevreden patiënten op.”(r-9)

Feedback en monitoring van de uitkomsten (stap 9) is niet systematisch aangepakt. De monitoring van de eerdergenoemde eindpunten bij stap 4 heeft niet structureel plaatsgevonden. Uitzondering zijn de effecten op de capaciteit.

Berichten over tevreden patiënten komen vanuit de projectgroep, waarbij Brocacef of de artsen dit vertellen. Het gaat hierbij om anekdotische verhalen uit de praktijk. Verder zijn er geen ernstige incidenten geweest in de thuissituatie.

“De beste tevredenheidsscore is een erg tuttige foto van een patiënt die thuis met de verpleegkundige zat met een kerstmuts op de bank. Hoe tevreden kun je zijn?”(r-3)

Voor de laatste stap (continue) evaluatie en (indien nodig) bijstelling van het plan (stap 10) zijn de inzichten van dit onderzoeksproject zinvol. Er zijn ook tussentijdse bijstellingen van de interventie geweest, zoals de overgang naar *fixed dose*, werkafspraken rondom de planning en het registreren in Epic door de verpleegkundigen van Brocacef. Voor de toekomst is verdergaande herschotting nog denkbaar.

“Ik zou het liefst toe willen naar een model dat je dit aan de wijk overlaat. Plat gezegd is het een naald erin stoppen en de medicatie erin. De wijk doet dat nu ook met antibiotica. Dat is net zo toxisch als dit middel, dus waarom al die fuss? Waarschijnlijk om het gevoel van veiligheid te creëren, dus dat je dat los kan laten. Nu toch nog een beetje binnen de schotjes van het ziekenhuis. Als het echt wat meer naar de 1e of 1,5e lijns toe gaat, dan nog een schot om te slechten.”(r-3)

“Ook actueel vanwege het schaarste probleem van de verpleegkundigen. Grootste moeite om vacatures in te vullen in het ziekenhuis. Handig om gebruik te maken van een veel grotere pool dan die je in het ziekenhuis tot je beschikking hebt. Brocacef is bijvoorbeeld een landelijk opererend orgaan, dus die kunnen wat makkelijker verpleegkundigen inzetten. Maar het is nog makkelijker als je naar de grote pool van de wijk toekunt.”(r-3)

Bij deze casus is ook gekeken naar specifieke literatuur over de implementatie van soortgelijke zorgtrajecten. In kader 2 staan aanbevelingen weergegeven voor chemotherapie in de thuissituatie. Hoewel deze aanbevelingen niet bewust zijn meegenomen in de aanpak, is tijdens een vergadering van de projectgroep geconstateerd dat het initiatief in Raboudumc aan alle voorwaarden heeft voldaan.

Thema 1: patiëntgerichtheid

- ✓ Keuzevrijheid patiënt
- ✓ Standaardiseren educatie/training voor patiënten en mantelzorgers

Thema 2: training en teamwork

- ✓ Standaardiseer educatie/training voor artsen en verpleegkundigen
- ✓ Formaliseer het team: samenstelling, rollen, verantwoordelijkheden

Thema 3: kwaliteit en patiëntveiligheid

- ✓ Standaardiseer criteria voor geschiktheid thuistoediening
- ✓ Eerste toediening in het ziekenhuis
- ✓ Standaardiseer het verwijsp proces
- ✓ Ontwikkel een standaard zorgpad
- ✓ Protocollen en veiligheidsmaatregelen op maat voor thuissituatie

Kader 2 Aanbevelingen literatuur chemotherapie in de thuissituatie⁹

4.2.2 Succes- en faalfactoren

Tijdens de 13 interviews met leden van de projectgroep en andere betrokkenen bij de casus is gevraagd naar succes- en faalfactoren. In figuur 5 zijn de door de geïnterviewden genoemde succes- en faalfactoren verdeeld over de domeinen vanuit het theoretisch raamwerk (Appendix B). In de volgende paragrafen staan een aantal items toegelicht met citaten uit de interviews.

Succesfactoren

De genoemde succesfactoren hadden meestal betrekking op het domein ‘professionele interactie’ bij de items ‘teamproces’ en ‘communicatie en invloed’. De geïnterviewden hebben verteld dat veel tijd geïnvesteerd is in het versterken van de onderlinge relaties en het leren kennen van elkaar. Ook refereren zij aan wederzijds vertrouwen en respect evenals de gedrevenheid van het team. Daarnaast worden de korte lijnen en de open communicatie naar elkaar als succesfactoren aangemerkt.

“We hadden de juiste mensen aan tafel en energie om dit voor de patiënt te doen. We zijn hier voor de patiënt en daarom willen professionals zich hiervoor inzetten.”(r-2)

“De multidisciplinaire aanpak heeft geholpen. Er is ook altijd een goede opkomst bij de vergaderingen.”(r-2)

“Goede communicatie is een succesfactor. We weten elkaar te vinden bij problemen.”(r-8)

“Brocacef heeft ook intern goed gecommuniceerd en de lijnen kort gehouden zodat eventuele knelpunten goed doorkwamen.”(r-2)

De geïnterviewden hebben ook vaak succesfactoren genoemd die kunnen worden ondergebracht in de domeinen ‘randvoorwaarden’ en ‘kenmerken van de individuele zorgprofessional’. Hieruit blijkt dat het met name gaat om beschikbaarheid van veranderaars/ *change agents* en hulpmiddelen. Als

veranderaar/ *change agent* is de cruciale rol van de voormalige en huidige projectleider vaak genoemd.

“De rol van [naam projectleider] als spin in het web die alle puntjes aan elkaar verbindt.”(r-3)

Bij hulpmiddelen gaat het met name om al bestaande structuren en middelen bij de apotheek waarvan gebruik kon worden gemaakt. Daarnaast de beschikbaarheid van *dedicated* verpleegkundigen van Brocacef en het feit dat zij beschikken over herkenbare materialen, middelen en eenzelfde werkwijze als in het Radboudumc.

Voor het domein ‘kenmerken van de individuele zorgprofessional’ hebben de geïnventariseerde succesfactoren vooral betrekking op het subdomein ‘cognitie (inclusief attitude)’. De genoemde succesfactoren gaan met name over zorgprofessionals die zich flexibel en veranderbereid tonen evenals vertrouwen hebben dat het initiatief tot gewenste effecten leidt.

“Flexibel opstellen door bereid te zijn om gedurende het traject te leren en het flowschema telkens aan te passen als dat een verbetering oplevert.”(r-7)

“Enthousiasme is een belangrijke factor. Bij de verpleging, bij [namen medisch specialisten]. Aanpakken en doorpakken, want er zijn redenen genoeg om ermee te stoppen. Begeesterd zijn, volhardend.”(r-9)

“Er is veel inzet en geduld nodig geweest om het van de grond te krijgen en dan helpt de motivatie dat het voor de patiënt beter wordt.”(r-2)

“Enthousiasme: gewoon doorgaan omdat je ziet hoe blij de patiënten ermee zijn.”(r-5)

Faalfactoren

De genoemde faalfactoren hadden meestal betrekking op de domeinen ‘randvoorwaarden’ en ‘kenmerken van de individuele zorgprofessional’. Bij ‘randvoorwaarden’ ging het vaak over de items ‘informatiesysteem’ en ‘beschikbaarheid van hulpmiddelen’. De verschillende ICT-systemen van Radboudumc en Brocacef zijn door de geïnterviewden vaak genoemd als belemmerend bij de samenwerking.

“Op dagbehandeling wordt gewerkt met behandelplannen in de voorschrijfmodule met een mooie registratie. Dit wil je behouden in het zorgproces, ook bij ziekenhuisverplaatste zorg. Maar bij samenwerking met organisaties buiten het ziekenhuis vervalt deze mogelijkheid.”(r-2)

“Een beperking is dat de verpleegkundige [van Brocacef] nog niet in EPIC kunnen. Hierdoor is het voor de zorgverleners een belangrijke uitdaging hoe je belangrijke gegevens in het dossier krijgt die zij nodig hebben. Nu gaat dat via veel omwegen.”(r-8)

Bij 'beschikbaarheid van hulpmiddelen' zijn faalfactoren genoemd als gebrek aan beschikbare tijd van de leden van de projectgroep en voorschrijvers, mankracht (bij Brocacef en de ICT-afdeling) en fysieke capaciteit (bij het bereidingencentrum van de apotheek).

"Tekort aan mankracht bij ICT. Het heeft maanden geduurd voordat de voorschrijfprotocollen voor de immunotherapie voor de nieren en de blaas waren omgebouwd tot iets dat werkbaar was in de computer."(r-5)

"Er is een spanning tussen het aantal toedieningen op een dag, de planning en beschikbare verpleegkundigen."(r-10)

Bij het domein 'kenmerken van de individuele zorgprofessional' vielen de subdomeinen 'kennis en vaardigheden' en 'cognitie (inclusief attitude)' op. Het gaat bij de laatstgenoemde om een ander item dan bij succesfactoren, namelijk 'achter de interventie staan, betrokkenheid en inzet tonen'. Hierbij verwijzen de geïnterviewden met name naar professionals buiten de projectgroep.

"Niet alle dokters sturen patiënten door voor thuistoediening, waardoor opschaling lastig is."(r-9)

"Collega's die terughoudender zijn. Zien eerder de beren op de weg."(r-12)

"Niet alle stafleden zijn even enthousiast. Bij voorkeur heb je iedereen mee. Zij vinden dat het proces lastig is en willen niet veranderen. Soms zien niet alle artsen thuisdoening zitten, dan wel bij een type patiënt, dan wel andere redenen. Dit kan niet altijd goed onder woorden gebracht worden waar dat op gebaseerd is. Kan wel vervelende situaties opleveren."(r-13)

Met betrekking tot 'kennis en vaardigheden' is door de geïnterviewden onder meer aangegeven dat er geen blauwdruk bestond voor de behandeling met immunotherapie thuis. De kennis over de afwijkingen en bijzonderheden in het (administratieve) proces was bij slechts een beperkt aantal mensen bekend.



Figuur 5 Succes- en faalfactoren casus immunotherapie

4.2.3 Maatschappelijke kosten en baten

Kosten

Radboudumc declareert de overeengekomen tarieven aan de zorgverzekeraars voor de DBC waar toediening van immunotherapie deel van uitmaakt. Voor deze financiering maakt het niet uit of (een gedeelte van) de zorg in het ziekenhuis plaatsvindt of elders. De behandeling start in het ziekenhuis en als aan alle voorwaarden wordt voldaan en de patiënt hiertoe bereid is, vindt de toediening van immunotherapie vervolgens in de thuissituatie plaats. Patiënten komen periodiek naar het ziekenhuis voor controleafspraken en beeldvormend onderzoek. Om thuistoediening mogelijk te maken, betaalt de afdeling medische oncologie van Radboudumc:

- Een tarief aan de Radboud apotheek voor de bereiding van de medicatie;

- Een tarief aan de Radboud apotheek voor het transport van de medicatie naar het huis van de patiënt;
- Een tarief aan Brocacef voor de thuistoediening door een verpleegkundige.

Totaal komt dit per toediening uit op ongeveer € 200,-.

Uit de interviews met medisch specialisten is verder gebleken dat het voorschrijven van thuistoediening gemiddeld 15 minuten meer tijd per patiënt vraagt vergeleken met toediening op de dagbehandeling. In deze extra tijd wordt onder meer voorlichting gegeven en informatiemateriaal toegelicht en uitgedeeld evenals het uitvoeringsverzoek ingevuld. De kosten hiervoor zijn verscholen in de salarissen die worden betaald.

Bij Brocacef zijn ook vaste en variabele kosten voor de thuistoediening van toepassing. Er is bijvoorbeeld een noodkoffer aangeschaft evenals diverse middelen en materialen (latex handschoenen, alcohol). De activiteiten van de verpleegkundige tijdens het bezoek aan de patiënt zijn uitgewerkt in minuten gekoppeld aan een tarief per 5 minuten. Voorbeelden van activiteiten zijn: voor toediening gereed maken (VTGM) van de medicatie, klaarzetten (pomp aansluiten, controlelijst en protocol met patiënt doorlopen, diverse metingen, infuus aanprikken), opruimen en rapportage.

Baten

Allereerst is gekeken naar baten in de vorm van welzijn en gezondheid. De gangbare eenheid voor het meten van gezondheidswinst is de QALY (*quality-adjusted life year*), waarbij levensverlenging en kwaliteit van leven in één getal worden gecombineerd. Voor de casus 'immunotherapie thuis' is dit echter niet aan de orde, omdat er geen klinische effecten te verwachten zijn bij patiënten door toediening in de thuissituatie. Toename van welzijn is wel een belangrijke drijfveer bij het project. Door de leden van de projectgroep wordt hierbij gerefereerd aan het verhogen van het comfort van de patiënten door in hun eigen omgeving zorg te ontvangen met 1-op-1 aandacht.

Uit interviews met negen patiënten, waarin hun ervaringen met immunotherapie in de thuissituatie is besproken, komen de volgende thema's naar voren: 1) minder belasting; 2) meer comfort; 3) patiëntgericht; 4) positieve impact op naasten; 5) communicatie over behandeling; 6) organisatie en logistiek; en 7) veiligheidsgevoel.

Minder belasting (1)

Alle patiënten gaven aan dat immunotherapie thuis hun veel reis- en wachttijd bespaarde. Een behandeling in het ziekenhuis was al snel een dagbesteding. Vaak ook voor naasten, die patiënten in het ziekenhuis vergezelden en optraden als mantelzorger.

"Het heen- en weer gereis heb je dus niet, hè. Dat is fijn. Nijmegen is helemaal geen wereldreis, maar goed (...) het kan toch wel heel vermoeiend zijn". [p-3]

Volgens patiënten bespaarde thuistoediening hen ook veel regel (o.a. van vervoer en ondersteuning door naasten) ten opzichte van een toediening in het ziekenhuis.

"Dus het [reizen] was voor mij altijd wel een uitdaging. Je moet veel organiseren. (...) Het [immunotherapie thuis] scheelt een hoop gedoe". [p-3]

Patiënten zagen in thuistoediening ook een vorm van tijdsbesparing. Het leverde hen tijd op die kon worden besteed aan andere dagelijkse activiteiten, ook tijdens de behandeling (bijvoorbeeld aan werk of visite).

"Thuisbehandeling is een luxe. Je kunt rustig opstarten 's morgens. (...) Met immunotherapie in het ziekenhuis ben je eigenlijk een drie kwart dag bezig, ongemerkt". [p-4]

Thuistoediening werd ook door de meeste patiënten ervaren als minder belastend doordat ze in de thuissituatie niet geconfronteerd werden met ernstig zieke patiënten, zoals dat bij de behandeling in het ziekenhuis vaak wel het geval was. Verschillende patiënten gaven aan met de thuisbehandeling zich minder patiënt te voelen en minder als patiënt te worden benaderd.

"Ik vond het heel vervelend om met andere mensen op een zaal te moeten zitten of te liggen. Het prikken ging een paar keer heel moeilijk bij sommige mensen. En dat werd dan heel erg gedetailleerd verteld door de verpleegster (...) daar had ik gewoon op dat moment geen behoefte aan". [p-5]

Meer comfort (2)

Patiënten gaven aan het erg prettig te vinden om in hun eigen vertrouwde omgeving te worden behandeld. Het comfort van thuis geeft hen rust tijdens de behandeling. In de thuissituatie werd door patiënten tevens meer vrijheid ervaren in het bepalen van hoe de toediening plaats vond (bijvoorbeeld zittend, liggend, in de woonkamer, in de keuken, et cetera).

"Je zit in je eigen stoel. Je krijgt je eigen koffie. Hoewel de koffie in het ziekenhuis ook goed is hè. Daar word je ook verwend. (...) Maar ja, je zit hier [thuis] toch in je eigen omgeving wat gemakkelijker". [p-2]

"Als je gewoon thuis bent (...) dan is dat gewoon heel rustig. (...) Dat is een omgeving waar, waar op dat moment niks gek gebeurt (...) niks anders dan even die immunotherapie. Dus je hebt geen afleiding of geen confrontatie met andere patiënten". [p-5]

Patiëntgericht (3)

Het merendeel van de geïnterviewde patiënten vond het prettig om een vaste verpleegkundige te hebben die de immuun toediening thuis verzorgde. Volgens patiënten was het fijn om niet telkens opnieuw "af te hoeven stemmen" met de verpleegkundige en wist een vaste verpleegkundige beter in te spelen op de wensen en voorkeuren van de patiënt en de thuissituatie van de patiënt.

"Maar het was wel fijn dat je niet elke keer jezelf weer voor hoeft te stellen en dan je verhaal weer te vertellen. (...) Ik wist wat ze dronk. Het was gewoon iemand die hier vertrouwd in huis was". [p-3]

Hoewel er veel begrip was voor de hoge werkdruk onder de verpleegkundigen bij de dagopname, ervoeren patiënten meer persoonlijke aandacht bij thuistoedieningen. Bijvoorbeeld in het controleren van hoe het met de patiënt gaat en om vragen te stellen.

"Voor mij is het fijn om heel veel vragen te kunnen stellen, omdat ik ook nieuwsgierig was naar veel dingen. Dus dat [immunotherapie thuis] heeft waarschijnlijk wel geholpen met veel informatie krijgen. (...) In het ziekenhuis is dat natuurlijk minder, want je zag dat die verpleegsters gewoon hartstikke druk waren". [p-5]

Hoewel veel patiënten het fijn vonden om de verpleegkundige nabij te hebben tijdens de toediening, en om met hem/haar een sociaal gesprek (o.a. ter afleiding), kon dit ook door patiënten als drukkend worden ervaren. Een aantal patiënten gaven daarom het belang aan van afstemming in sociale omgang tussen patiënt en verpleegkundige in de thuissituatie. Daarnaast gaven verschillende patiënten aan met de thuisbehandeling zich minder patiënt te voelen en minder als patiënt te worden benaderd.

"De klik was goed, dus we waren altijd wel aan het kletsen en doen, maar ze gaf ook zelf aan dat het niet moest. Ze gaf duidelijk ook de grenzen aan (...) "Ik ben hier wel, ik moet hier zijn, maar jij hoeft niet per se te kletsen". Dus ja, het voelde gewoon goed". [p-3]

"Je hebt het gevoel van dat je conversatie moet voeren (...) omdat iemand één meter naast je zit om het [de toediening] in de gaten te houden. (...) Je wilt ook beleefd zijn, want iemand is in je huis". [p-5]

Positieve impact op naasten (4)

Een aantal patiënten gaven aan dat de thuisbehandeling ook heeft bijgedragen aan een betere beeldvorming van immunotherapie bij naasten. Door de toediening met eigen ogen te zien, in een vertrouwde en comfortabele setting, werden naasten ook meer gerustgesteld en kreeg de behandeling een minder ernstige lading.

"Je vertelt wel over immunotherapie thuis, maar heel veel mensen hebben daar een heel ander beeld van. Mijn ouders zijn ook een keertje geweest. Zij zitten dan gewoon erbij en die zien dan ook aan mij dat ik er relaxed bij zit". [p-3]

"Mijn kinderen vonden dat [immunotherapie thuis] een hele geruststelling. Je hebt kanker en dat is nogal een woord. En als je dan thuis behandeld wordt, dan is het net alsof de kanker een beetje aan het weggaan is. Dat schrikt minder af". [p-4]

Communicatie over thuisbehandeling (5)

Geïnterviewde patiënten hadden wisselende ervaringen met de communicatie over de thuisbehandeling. Zo vonden een aantal patiënten dat ze onvoldoende geïnformeerd waren over wat ze konden verwachten van de thuisbehandeling en hoe middelen en materialen moesten worden bewaard. Daarnaast vonden patiënten dat de levering van het medicijn en de komst van de verpleegkundige beter had kunnen worden afgestemd.

"In het ziekenhuis word je tot Sint-Juttemis toe geattendeerd op afspraken. Ik krijg brieven, meldingen in de app, ook nog eens een keer sms'jes (...) En dan ga je over naar die thuisbehandeling en dan krijg je één telefoontje (...) en voor de rest krijg ik geen bevestiging (...) dat vind ik vervelend (...) Je moet er maar vanuit gaan dat het goed gaat". [p-1]

"Ik zou een soort instructievideo maken of een ervaringsvideo waarin patiënten kunnen zien hoe het in zijn werk gaat (...) dat spreekt veel meer tot de verbeelding dan een brief met instructies". [p-1]

Organisatie van thuisbehandeling (6)

De betrokkenheid van en afstemming tussen verschillende partijen (apothek en Brocacef verpleegkundige) die thuistoediening mogelijk maken zorgde soms voor stress, bijvoorbeeld als er vertraging was in het afleveren van middelen. Meerdere patiënten gaven aan dat vertraging van levering van het medicijn en een vertraagde komst van de verpleegkundige regelmatig leidde tot stress en irritatie. De meerwaarde van tijdswinst en minder belasting met thuisbehandeling werd voor hun gevoel door deze vertragingen teniet gedaan.

"Dat de apothek een uur te laat was geeft alweer stress. Want de verpleegkundige staat hier straks denk je dan, en dat spul [medicijn] is er niet. (..) En dan denk je: "Potverdorie, straks moet ik toch nog naar het ziekenhuis". [p-3]

"Als het normaal om 10 uur komt dan is er niks aan de hand. Maar als het tot 11 uur a 12 uur duurt, dan kan ik net zo goed naar het Radboudumc rijden (...) en dan ben ik ook klaar. Dan weet ik waar ik aan toe ben. Het gaat erom dat je weet waar je aan toe bent en niet dat je continu zit te wachten. Dat geeft heel veel stress met zich mee". [p-6]

Daarnaast vonden meerdere patiënten dat zij onnodig veel middelen en materialen als voorraad kregen toegestuurd.

"Het zou misschien qua kostenaspect misschien wat beter kunnen bekeken worden. Dat ze niet teveel materiaal sturen". [p-2]

Veiligheidsgevoel (7)

Hoewel de meeste patiënten vertrouwen hadden in/ een veilig gevoel hadden bij de thuisbehandeling, was de eerste thuisbehandeling spannend en stressvol voor veel patiënten. Een patiënt had hierbij meer begeleiding bij gewenst.

"Uit een hele veilige setting ga je naar een gevoel van: "Stel dat het nu helemaal misgaat, dan zit ik hier met haar [Brocacef verpleegkundige]". (...) Die overgang zou ik voor patiënten wat meer begeleiden". [p-1]

Een aantal patiënten gaven aan dat het hebben van (positieve) ervaringen met immunotherapie in het ziekenhuis het veiligheidsgevoel en vertrouwen in de toediening thuis bevordert.

"Ik had het [immunotherapie] al een paar keer natuurlijk gehad in het ziekenhuis. (...) dus tegen de tijd dat het thuis gebeurde stelde het eigenlijk niks voor". [p-3]

Andere baten

Naast baten rondom welzijn, besparen patiënten reis- en parkeerkosten. Analyse van de reisafstanden van de eerste groep patiënten wijst uit dat zij gemiddeld € 14,30 aan reiskosten besparen als een toediening thuis plaatsvindt in plaats van in het ziekenhuis.*² Daar kunnen de gemiddelde parkeerkosten bij het ziekenhuis nog bij opgeteld worden (€ 9,00).

Toediening thuis levert ook tijdswinst op voor patiënten en eventuele naasten die hen vergezellen. Als de gezondheidstoestand het toelaat, zouden zij in de vrijgekomen tijd maatschappelijk actief kunnen zijn blijven. Door bijvoorbeeld betaalde of onbetaalde arbeid te verrichten of als oppas voor kleinkinderen. Dit effect is echter lastig te vertalen in monetaire eenheden. Een aantal geïnterviewde patiënten waren echter er wel van overtuigd dat immunotherapie thuis kan bijdragen aan een kostenreductie.

"Je gaat [met immunotherapie in het ziekenhuis] onnodig parkeerplaatsen bij het ziekenhuis bezet zitten houden. Je gaat verkeersbewegingen in gang zetten die niet nodig zijn. En een behandeling hier, in het ziekenhuis, lijkt mij duurder uitpakken dan thuis" [p-1].

De baten voor het ziekenhuis in deze casus zijn sterk gerelateerd aan de context van het Radboudumc met krapte in zowel fysieke als personele capaciteit. Met de huidige capaciteit is de afspraak om maximaal 40 patiënten per dag te behandelen op de dagbehandeling Medische Oncologie (200 per week). Om de toenemende groep patiënten te kunnen behandelen zou een verbouwing nodig zijn waardoor extra bedden worden gerealiseerd. Door thuistoediening worden bedden "vrijgespeeld", waardoor op hetzelfde aantal plekken op de dagbehandeling meer patiënten kunnen worden behandeld. Een verbouwing is hierdoor niet nodig. Door thuistoediening worden echter niet zozeer verpleegkundigen van de dagbehandeling "vrijgespeeld", maar kunnen met dezelfde personele bezetting op de dagbehandeling meer patiënten worden behandeld. Aannemen van extra personeel- in een krappe arbeidsmarkt- is hierdoor niet nodig. Op de dagbehandeling behandelt een verpleegkundige gelijktijdig meerdere patiënten en thuis is een 1-op-1 model. Brocacef is een landelijk opererende partij en werft in een andere doelgroep dan het ziekenhuis, namelijk medewerkers die bewust voor het 1:1 contact en ambulant werken kiezen.

Voor Brocacef geldt dat de thuistoediening met de huidige aantallen nog geen winstgevende activiteit is. Deels komt dit door opstartkosten: hoge frequentie van vergaderingen en de daarbij behorende reistijd evenals het vrijspelen van mensen en aanschaf van materialen (o.a. noodkoffer). Radboudumc was echter al een belangrijke klant en in de mix van activiteiten is het een aantrekkelijke dienst om te verlenen. Immunotherapie kent een duidelijk groeiperspectief en de behoefte aan thuistoediening neemt toe. Bovendien stelt de nauwe betrokkenheid bij het project Brocacef in staat om unieke kennis en ervaring op te doen, waarmee ze zich kunnen onderscheiden van hun concurrenten.

*² Gebaseerd op de gemiddelde reisafstanden van de eerste 67 patiënten, vervoer per auto met variabele kosten van € 0,19 per km en dagtarief voor parkeren bij het Radboudumc.

Inzichten uit literatuur

Omdat er geen literatuur gevonden is over toediening van immunotherapie in de thuissituatie, is gekeken naar studies gericht op chemotherapie thuis. Uit een overzichtsstudie van 506 afzonderlijke papers blijkt dat thuistoediening van chemotherapie ten opzichte van toediening in het ziekenhuis zowel veilig als potentieel kosteneffectief is en de voorkeur krijgt van patiënten.⁹ In figuur 6 zijn de in deze studie verzamelde ervaringen van patiënten.

Patient views and experiences of home-based chemotherapy	
Patient-reported advantages of chemotherapy at home	Patient-reported concerns about chemotherapy at home
• Communication, availability, and personalised care by nurses in the home • More active treatment role for patient, increasing sense of control and independence • Fewer transport difficulties and travel expenses • More involvement of family members in patient's treatment • Less disruption to daily and family life • Reduced treatment-related anxiety • Fewer financial concerns • Reduced waiting time • Fewer side effects • Familiar environment • Privacy	• Fear of the pump malfunctioning or adverse event at home • Lack of hospital staff and supervision • Commitment of (unpaid) time to patient treatment and supervision by informal caregiver • Adjusting to wearing the portable pump, including potential restriction in daily activities or hobbies and sports • Decreased opportunity to share experience with other cancer patients in the hospital setting • No 'escape' from the illness/treatment

Figuur 6 Ervaringen van patiënten met chemotherapie in de thuissituatie⁹

Voor meer robuuste uitspraken over kosten en kosteneffectiviteit wordt gepleit voor meer onderzoek vanwege de grote diversiteit in context, aanpak, zorgprocessen en kostenberekeningen in de beschikbare onderzoeken. Ook wordt opgemerkt dat thuisbehandeling kan leiden tot een verschuiving van kosten binnen het gezondheidszorgsysteem van ziekenhuizen naar thuiszorgorganisaties, patiënten en familie.

In een gerandomiseerd onderzoek zijn voor een groep van 97 patiënten de verschillen tussen chemotherapie in een ziekenhuissetting en in de wijk (thuis- en huisartsensetting) vergeleken.¹⁰ Hieruit is gebleken dat er geen statistisch significante verschillen waren in kwaliteit van leven. Van de twee settings in de wijk had de onderzoeksgroep een significante voorkeur voor thuis. Er waren geen aanwijzingen dat de patiëntveiligheid buiten het ziekenhuis in het geding was. De kosten van de zorg in de drie settings bleken ook vergelijkbaar, waarbij de huisartsensetting de hoogste kosten had gevolgd door het ziekenhuis en de thuissituatie. Eenzelfde rangorde was zichtbaar voor *Quality adjusted life years* (QALY's) (figuur 7).

Table 4. Cost per QALY, by study arm				
	Cost (N = 50)		QALYs (N = 48)	
	Mean	s.d.	Mean	s.d.
Hospital	£2221	£1831	0.174	0.034
GP	£2497	£1759	0.191	0.040
Home	£2139	£1590	0.165	0.053
Abbreviations: GP = general practice; QALY = quality adjusted life year.				

Figuur 7 Kosten per QALY bij chemotherapie vergeleken in 3 setting¹⁰

4.3 Casus Welzijn op Recept

Welzijn op Recept is een interventie waarbij zorgverleners in de eerste lijn patiënten met lichte psychosociale problematiek verwijzen naar een welzijnsorganisatie.¹¹ De volgende stap is een intake met een welzijnscoach. Tijdens een intakegesprek krijgt de welzijnscoach zicht op in de wensen, behoeften, drijfveren, interesses, ervaringen en het sociale netwerk van de deelnemer. Samen wordt gezocht naar passende oplossingen gezien de vraag en de (kleine) stappen die een deelnemer kan zetten. In dit proces ligt de focus op wat iemand wel kan en minder op problemen en symptomatische ziektebeelden. De welzijnscoach en deelnemer zoeken samen naar een match met passende activiteiten op het gebied van ontmoeting, sport of cultuur met als doel het sociale, emotionele en fysieke welbevinden te vergroten. De welzijnscoach kan ook concluderen dat een doorverwezen persoon niet past binnen het aanbod van welzijn en meer gebaat is bij terug- of doorverwijzing.

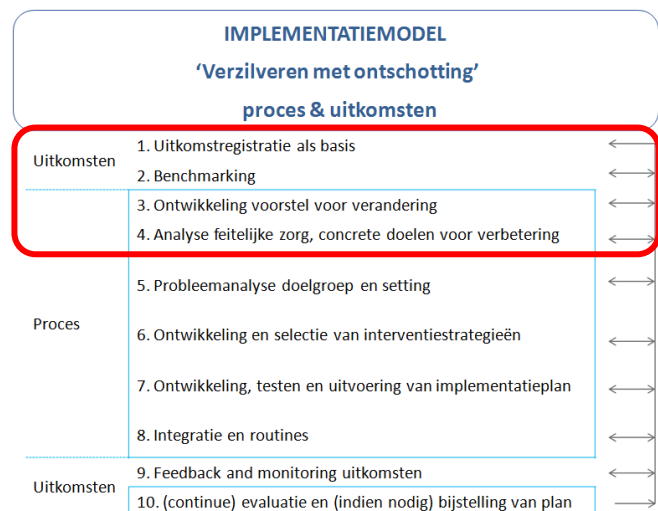
4.3.1 Implementatieproces

Implementatieproces theoretisch kader (stappen 1 t/m 4; Appendix B)

In 2011 is 'Welzijn op Recept' als project ingediend bij het ZonMW-programma 'Op één lijn'. Het eerste recept werd in 2012 voorgeschreven in Nieuwegein. Uitgangspunt was een andere aanpak bij mensen met psychosociale problematiek. Een alternatief voor het 'traditionele pilletje' of een verwijzing naar de tweede lijn. Een aanpak gebaseerd op de 6 principes van duurzaam geluk.¹² In de beginperiode waren de voorgeschreven activiteiten gestoeld op wetenschappelijke inzichten over wat bij welke doelgroep effectief zou zijn (bijvoorbeeld bewegen bij een depressie). Het

bleek echter dat deze activiteiten niet altijd aansloten bij de voorkeuren en behoeften van de deelnemers. De bewezen effectiviteit is daarom meer losgelaten en wordt samen met deelnemers op zoek gegaan naar passende activiteiten en betekenisvolle ontmoetingen die positieve prikkels en emoties opleveren. Deze uitkomsten zijn echter niet bij ieder initiatief structureel verzameld (stap 1), gemonitord en vergeleken. *Benchmarking* (stap 2) vond vooral plaats tijdens landelijke conferenties. Om dit proces te stimuleren, is in 2017 het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept opgericht.

Bij het *voorstel voor verandering* (stap 3) speelt de kernachtige titel een belangrijke rol. Het woordje 'recept' is bewust gekozen om de acceptatie door huisartsen te bevorderen.¹¹ De huisarts is immers gewend om aan het einde van een consult een recept uit te schrijven. Tegelijkertijd lijkt de interventie hierdoor eenvoudig, overzichtelijk en routinematig. Het vraagt echter ook om een andere denkwijze en een verbinding tussen verschillende professionele domeinen. In 2014 heeft het Trimbos instituut de concrete stappen om de interventie te implementeren verwerkt in een handleiding.¹³



Bij de *analyse van de feitelijke zorg* (stap 4) is het becijferen van de huisartsconsulten die betrekking hebben op psychosociale problematiek relevant (kader 3)¹¹. Huisartsen kunnen deze patiëntengroep nu een oplossing bieden die buiten de zorg ligt in plaats van doorverwijzen naar andere zorgverleners of medicatie voorschrijven. Met de toenemende druk op de spreekuren van huisartsen is het ook prettig als deze groep van veelgebruikers minder vaak komen. De *concrete doelen voor verbetering* spelen op drie niveaus:

- Meer welbevinden voor de patiënt
- Samenwerking tussen zorg, welzijn en gemeente
- Daling van onnodig zorggebruik

- Naar schatting 50% van de patiënten heeft psychosociale problemen
- Bij 25% van de huisartsenconsulten is psychosociale problematiek als reden geregistreerd
- Mensen met psychosociale problemen maken vaker gebruik van de huisartsenzorg: 1/6 van die 25% heeft meer dan 20 keer per jaar contact met de huisarts t.o.v. 4 contactmomenten als het landelijk gemiddelde voor inwoners van Nederland

Kader 3 psychosociale problematiek in huisartsenpraktijken¹¹

Context (verdieping stap 5)

Wanneer we de contextuele factoren die in onderlinge samenhang relevant zijn voor het bereiken van succesvolle strategische veranderingen afdelen, zijn de bevindingen voor deze casus als volgt.

De *externe druk* is sinds de start van Welzijn op Recept verandert. De toegenomen aandacht voor het gedachtengoed van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag evenals het terugdringen van eenzaamheid geven een positieve impuls.^{14;15} Hetzelfde geldt voor de politieke aandacht voor 'de juiste zorg op de juiste plek'. Daarnaast is de druk op huisartsenpraktijken toegenomen en daardoor de noodzaak voor innovatieve oplossingen. De financiering van welzijnsorganisaties staat ook steeds verder onder druk. Welzijn op Recept is een nieuws verwijskanaal en kan hun bestaansrecht versterken.

Bij de factor *bevorderende organisatiecultuur* kunnen we ons richten op huisartsenpraktijken, welzijnsorganisaties en gemeenten. Samenwerking tussen deze drie partijen is een belangrijke uitgangspunt voor Welzijn op Recept. Uit ervaringen van de afgelopen jaren blijkt dat hier de nodige uitdagingen en hindernissen ontstaan. Het zijn sectoren die van oudsher onafhankelijk van elkaar functioneren, dus de verschillen in werkwijzen en communicatiestijlen van deze organisaties kunnen de samenwerking bemoeilijken.

De 'fit' tussen de *veranderagenda en lokale context* is cruciaal voor de beschikbaarheid van middelen voor Welzijn op Recept. Met andere woorden: past de verandering die bij Welzijn op Recept wordt beoogd in de ontwikkelingen en invloeden in de lokale context? Hoe is de aandacht voor vraagstukken rondom welzijn en gezondheid bij de lokale overheid? Hoe is de positie van het sociaal wijkteam in een gemeente? Hoe is de samenwerking tussen zorg en welzijn? Is er behoefte aan een brug tussen beide domeinen en zien betrokken partijen Welzijn op Recept als interventie om de samenwerking te versterken? En is de gemeente bereid om de samenwerking tussen zorg en welzijn praktisch te ondersteunen met financiële middelen en een lokale projectleider? Zijn huisartsen en

welzijnscoaches in de gemeente bereid tot de benodigde inzet in tijd en aandacht om samen te werken?

De Welzijn op Recept interventie heeft *eenvoudige, heldere doelen en prioriteiten*. Ervaring leert dat betrokkenen zich moeiteloos kunnen vinden in de overstijgende bedoeling. In essentie gaat het om het bieden van passende ondersteuning aan kwetsbare mensen met een verminderd welbevinden.

Goed functionerende *coöperatieve organisatienetwerken* zijn onmisbaar voor Welzijn op Recept. Voor een verwijzing is het van belang dat huisartsen en welzijnswerkers elkaars expertise en vakmanschap leren kennen en erkennen. Zonder dat vertrouwen in het netwerk komen verwijzingen niet tot stand. In de samenwerking is verwachtingenmanagement van belang: welke belangen zijn er? Wat voor beeld hebben we van elkaars vakgebied? Wat kunnen we wel en niet van elkaar verwachten? Onderlinge afspraken vastleggen in een overeenkomst kan de samenwerking een steviger basis bieden.¹¹

De *relatie tussen management en (zorg)professionals* is in deze casus ook relevant. Bij een gezondheidscentrum is het van belang dat de interventie zowel door een directie/ bestuur als de huisartsen en ondersteuners wordt omarmd. Van bovenaf opleggen komt het draagvlak vaak niet ten goede. Tegelijkertijd kan een bottom-up aanpak niet zonder steun van een directie/ bestuur. Hetzelfde geldt voor welzijnsorganisaties. Welzijn op Recept helpt om bruggen te slaan tussen zorg en welzijn. Dit vereist sterke leiders die de belangen en perspectieven van de eigen professionals goed kunnen vertegenwoordigen.

Op landelijk niveau heeft een aantal *sleutelfiguren* een belangrijke rol gespeeld bij de ontwikkeling van Welzijn op Recept. Personen en instanties die de interventie hebben bedacht, gesteund en doorontwikkeld. Hierbij valt te denken aan: ZONMw voor de initiële financiering en formele interventiestatus, de oprichters van het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept en het Trimbos Instituut dat het initiatief de wetenschappelijke basis en legitimiteit heeft gegeven. Op lokaal niveau kan de verandering worden aangestuurd door een zorgverzekeraar, maar ook door sleutelfiguren vanuit de gemeente, de zorg of welzijn.

De *kwaliteit en samenhang van het beleid* is tweeledig voor deze casus: enerzijds zijn de doelen en strategieën consistent met landelijk beleid gericht op terugdringen van eenzaamheid, het gedachtengoed van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag en de beweging van de 'juiste zorg op de juiste plek'. Anderzijds ontbreekt het nog aan data voor een goede onderbouwing dat Welzijn op Recept de doelen behaalt.

Doelgroepen (verdieping stap 5)

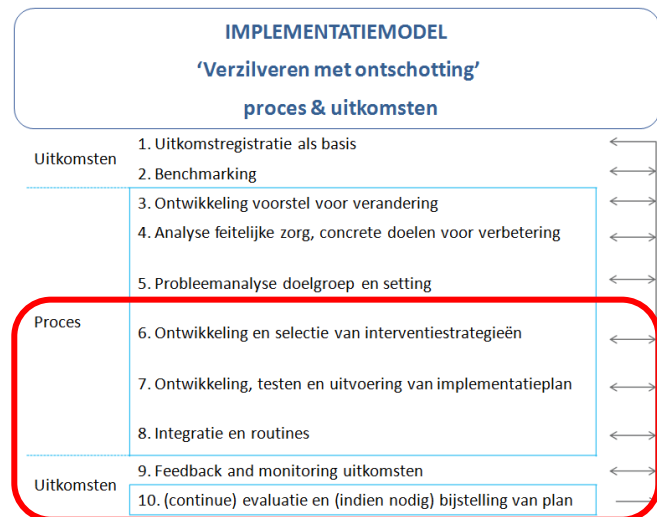
In de eerste fase van Welzijn op Recept (2012-2018) heeft Welzijn op Recept bij zowel zorgprofessionals als gemeenten en zorgverzekeraars veel interesse gewekt. Op dit moment (juni 2019) hebben 70 gemeenten de interventie ingevoerd. Betrokkenen geven echter aan dat de borging van de continuïteit en het op peil houden cq. laten groeien van het aantal verwijzingen lastig is. Uit een inventarisatie van praktijkvoorbeelden door Het Landelijk kennisnetwerk blijkt dat de werkwijze en bijbehorende stappen niet altijd goed worden doorlopen. Vertaald naar het model van Wensing & Grol kan de oorzaak liggen in het feit dat de fasen 'inzicht' en 'verandering' onvoldoende aandacht

hebben gekregen (Appendix B). Al eerder is gesproken over de ogenschijnlijk eenvoud van de interventie. Gecombineerd met de veelal actiegerichtte houding van doelgroepen in de zorg, kan de verandering te snel en daardoor onvolledig zijn ingevoerd. Daarnaast is veelal geen sprake van continue monitoring en feedback, waardoor de bevestiging van het nut en effect niet kan plaatsvinden. Het gevolg is dat men niet in de fase van ‘behoud’ van de verandering kan komen.

Implementatieproces theoretisch kader (stappen 6 t/m 10; Appendix B)

Bij het *ontwikkelen en selecteren van interventiestrategieën* (stap 6) zijn verwijsprocedures uitgewerkt en stroomdiagrammen naar activiteiten. De implementatie van de interventie is uitgewerkt in de eerdergenoemde Handleiding van het Trimbos Instituut.¹³

Het *testen en uitvoeren van het implementatieplan* (stap 7) heeft in pilots op patiënt en procesniveau plaatsgevonden. De pilot in Nieuwegein was de eerste en in 2015 zijn 8 evaluatiestudies van pilots uitgevoerd, die zich met name op het proces en niet zozeer uitkomsten hebben gericht.

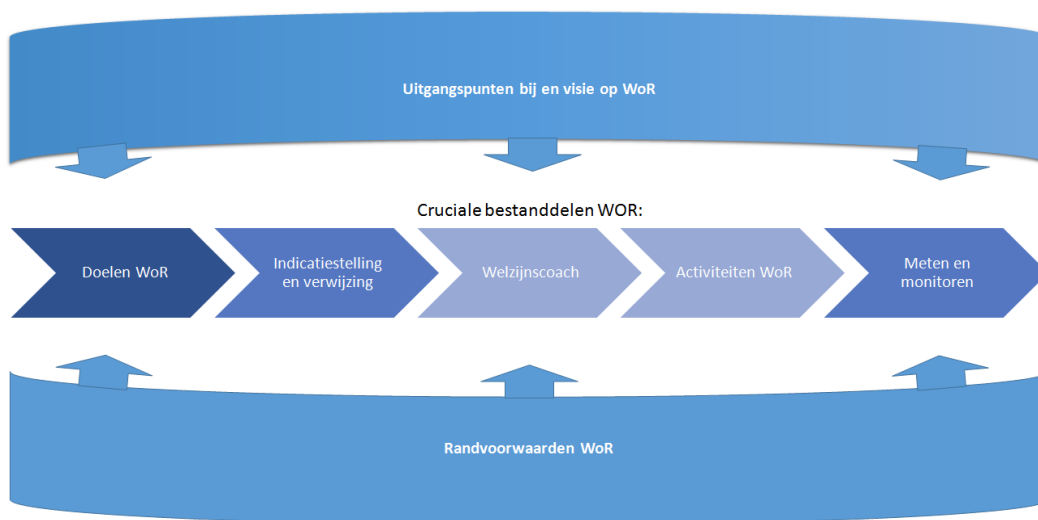


De *integratie van de verandering in routines* (stap 8) is bij Welzijn op Recept nog een aandachtspunt. De interventie is in veel gemeenten opgepakt, aangepast aan de lokale context en ingevoerd. In de praktijk blijkt echter dat sommige cruciale bestanddelen niet goed zijn ingeregeld, zoals continue monitoring en feedback (stap 9). Hierdoor kan de onderlinge samenwerking en het verwijsproces stagneren. Evaluatie van de afgelopen jaren wijst bijvoorbeeld uit: “Een adequate terugkoppeling blijkt de brandstof te zijn van de verwijsmotor”¹¹. Een huisarts wil graag weten wat er gebeurt met de patiënt die is doorverwezen naar een welzijnscoach.

Stappen 9 en 10 vragen zowel op landelijk als lokaal niveau de aandacht. Zoals eerdergenoemd, vragen actieve monitoring, terugkoppeling en evaluatie nog aandacht. Op lokaal niveau zijn intervisie- en feedbackbijeenkomsten met alle samenwerkingspartners van belang om Welzijn op Recept onder de aandacht te houden en door te ontwikkelen. Deze vinden echter niet consequent plaats. Inzicht in de resultaten helpt om gemotiveerd te blijven. Landelijk heeft het kennisnetwerk een *learning community* van koplopergemeenten opgericht waarbij successen, knelpunten en oplossingen uit de praktijk worden gedeeld. Het leerproces rondom Welzijn op Recept blijft echter beperkt door het ontbreken van systematisch verzamelde informatie. Vandaar dat het Landelijke kennisnetwerk de onderwerpen monitoring en evaluatie recent hebben uitgewerkt in een nieuw boek.

4.3.2 Succes- en faalfactoren

De succes- en faalfactoren van deze casus zijn geïnventariseerd tijdens een sessie met het Landelijk kennisnetwerk. Hierbij zijn ook inzichten uit diverse evaluaties en literatuur betrokken. Bijvoorbeeld onderstaand model (figuur 8) dat ontstond tijdens één van de eerste workshops over de cruciale bestanddelen van Welzijn op Recept.¹⁶ Het toont de cruciale bestanddelen, de uitgangspunten en de randvoorwaarden die nodig zijn voor het realiseren en welslagen van Welzijn op Recept. De elementen uit dit model komen ook terug bij de beschrijving van de succes- en faalfactoren aan de hand van de domeinen uit het theoretisch raamwerk van dit onderzoek (Appendix B).



Figuur 8 Conceptueel model Welzijn op Recept¹⁶

Sociale, politieke en juridische factoren

Zoals benoemd bij de analyse van de context, zijn de sociale, politieke en juridische factoren veranderd sinds het begin van Welzijn op Recept. De domein-overstijgende aanpak sluit goed aan bij een aantal recente maatschappelijke bewegingen:

- De drie decentralisaties in het sociale domein:
 - De verantwoordelijkheid voor langdurige en/of intensieve zorg verschuift van AWBZ naar de Wet langdurige zorg (Wlz) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet ;
 - De inwerkingtreding van de Participatiewet, die beoogt om meer mensen, ook diegenen met een arbeidsbeperking, aan het werk te krijgen;
 - De jeugdhulpplicht van gemeenten voor kinderen tot 18 jaar met psychische problematiek en/of verstandelijke en/of lichamelijke beperkingen.
- Een toenemende druk op de zorgvoorzieningen in met name de eerstelijnszorg, waarbij een groot deel van de zorgvraag bestaat uit psychosociale problematiek
- Hiermee samenhangend: de oplopende kosten van de zorg, die maar moeilijk af te remmen zijn.
- De beweging 'De juiste zorg op de juiste plek' waarbij een verschuiving van focus op ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag centraal staat.

Randvoorwaarden

Bij het domein randvoorwaarden zijn met name de financiële middelen en prikkels essentieel. De inkoop van voldoende gesprekken met de welzijnscoaches door de gemeente vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Maar ook financiering voor een projectleider om het initiatief te ondersteunen en verletkosten voor huisartsen die deelnemen aan vergaderingen en projectgroepen. Er ontbreekt echter een financiële prikkel voor gemeenten, omdat zij vooral de lasten en niet de baten ervaren van Welzijn op Recept. Als het zorggebruik inderdaad afneemt, zullen de besparingen namelijk vooral bij de zorgverzekeraars merkbaar zijn. De financiële prikkels komen voor de huisarts vanuit de contracten met zorgverzekeraars en die zijn vaak concreter dan de afspraken in een samenwerkingsovereenkomst voor Welzijn op Recept. Voor gemeenten is het lastig om huisartsen afzonderlijk aan te spreken op het gebrek aan samenwerking tussen zorg en welzijn.¹¹ De gemeente financiert het welzijnswerk en wil graag dat zoveel mogelijk inwoners er op een goede manier gebruik van kunnen maken. Samenwerking binnen Welzijn op Recept biedt een gezamenlijk visie, strategie en doelen zodat inwoners een zinvol, gezond en gelukkig leven leiden.

Indien goed gefaciliteerd kunnen enthousiaste huisartsen als *change agents* en ambassadeurs fungeren naar hun collega's. De aanwezigheid van voldoende welzijnscoaches en vrijwilligers aan de activiteitenkant zijn ook succesfactoren. Belangrijke randvoorwaarde voor een goede uitvoering van de rol als welzijnscoach is voldoende tijd naast de overige werkzaamheden, bijvoorbeeld een vast aantal uren per week. Het investeren en onderhouden van relaties met verwijzers voor de samenwerking binnen Welzijn op Recept kost namelijk tijd. Zoals eerder genoemd is een systeem voor continu leren door bijvoorbeeld het inplannen van structureel overleg en trainingen ook van belang. Bij Welzijn op Recept wordt nauwelijks gebruik gemaakt van informatiesystemen voor digitale verwijzingen en registraties. In huisartseninformatiesystemen zijn de mogelijkheden beperkt en welzijnsorganisaties zijn beperkt geautomatiseerd. Een beveiligd communicatiesysteem tussen beide samenwerkingspartners is vaak niet beschikbaar.

Mogelijkheden voor organisatorische verandering

In huisartsenpraktijken is het lastig om een interventie als Welzijn op Recept prioriteit te geven. Wat kunnen ze aan in de dagelijkse druk van de praktijk? Tegelijkertijd kan de interventie ze juist helpen om de drukte in het spreekuur te reduceren. Binnen het welzijnsdomein is een transitie gaande, waarbij meer wordt bewogen naar output, standaardisatie en registratie. Een nieuwe lichter ondernemers in dit werkveld zien Welzijn op Recept als kans met doelgroepen waar geld in te verdienen valt.

Capabel leiderschap vanuit zowel eerste lijn, welzijn als gemeenten is nodig om de samenwerking professioneel op te zetten. Een werkplan met duidelijke afspraken over de cruciale bestanddelen van Welzijn op Recept kan hierbij helpen: doelen, indicatiestelling en verwijzing, welzijnscoach, activiteiten, meten en monitoren. Het laatstgenoemde is belangrijk om de verandering goed te kunnen evalueren, bijstellen en borgen in de praktijk. Zoals eerdergenoemd is dat nog een aandachtspunt op zowel lokaal als landelijk niveau. In huisartsenpraktijken en welzijnsorganisaties zijn de beschikbare tijd, kennis en ervaring met innovaties en projecten vaak beperkt. Ondersteuning van een projectleider vanuit de gemeente is daarom een belangrijke succesfactor.

Wat betreft wet- en regelgeving is het waarborgen van privacy binnen het verwijzingsproces relevant om te noemen.¹¹ In de huisartsenzorg is dit een vanzelfsprekend onderdeel van de professionaliteit, terwijl binnen de welzijnssector geen vergelijkbare geheimhoudingsplicht geldt. Dit verschil en het veelal ontbreken van een beveiligd communicatiesysteem zorgt bij sommige huisartsen voor koudwatervrees. In goed onderling overleg en met praktische oplossingen zoals beveiligde e-mails kan deze vrees worden weggenomen.

Professionele interactie

Bij Welzijn op Recept staat de samenwerking tussen de eerste lijn en welzijnsorganisaties centraal in het domein professionele interactie. Beide domeinen hebben andere normen, waarden en zijn onder invloed van jarenlang strikt gescheiden financieringsstromen op veel plekken geheel los van elkaar zijn komen te staan.¹¹ De verwijzer en welzijnscoach komen uit twee verschillende disciplines en kunnen stereotype beelden over elkaar hebben. Uit diverse literatuur blijkt dat effectieve samenwerking daarom tijd kost, een zekere mate van vertrouwen en sterk leiderschap vereist. Communicatie is de sleutel, zowel ad hoc en informeel als gestructureerd en formeel. Door elkaar persoonlijk en professioneel te leren kennen, hoeven verschillen in werkwijze en communicatiestijlen geen belemmering te vormen.

Vanuit Nederlandse ervaringen zijn de volgende succesfactoren benoemd voor samenwerking bij Welzijn op Recept:^{11;16}

- duidelijke rol- en taakverdeling voor alle betrokken professionals waarin duidelijk de verschillende verantwoordelijkheden worden bepaald;
- een intentieverklaring en/of samenwerkingsovereenkomst met betrokken partijen om de samenwerking te borgen;
- goede afspraken tussen de verwijzer en de welzijnscoach over het overdrachtsmoment: hoe en wanneer wordt contact opgenomen met de patiënt? Op welke wijze wordt er gerapporteerd richting de verwijzer?;
- laagdrempelig contact en korte lijnen met de welzijnscoaches;
- persoonlijke samenwerking met een bekende en vertrouwde welzijnscoach;
- tijdige en consequente terugkoppeling;
- structureel overleg tussen welzijnscoaches met de POH'ers om op casusniveau de voortgang van deelnemers te bespreken.

In Engelstalige literatuur zijn onderstaande randvoorwaarden gevonden voor een verwijzing¹⁷:

- Toestemming van de patiënt;
- Duidelijk wat de reden is van verwijzen en wat de patiënt nodig heeft;
- Patiënt heeft een idee wat hij of zij wil en nodig heeft;
- Patiënt heeft enige communicatieve vaardigheden;
- Verwijzer zorgt ervoor dat alle relevante informatie bij de welzijnscoach terecht komt;
- Procesafspraken tussen de verwijzer en de welzijnscoach
 - Duidelijkheid over hoe en op welke wijze de verwijzer feedback verwacht;
 - Duidelijkheid over voor welke taken de welzijnscoach verantwoordelijk is;
 - Duidelijkheid over wat wel en niet onder Welzijn op Recept valt.

Kenmerken individuele zorgprofessional

Naast huisartsen kunnen ook andere verwijzers een welzijnsrecept voorschrijven: praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en psychologen. Gemakshalve beperken we ons hier tot de huisarts. In onderstaand citaat staat helder weergegeven wat Welzijn op Recept van de huisartsen vraagt:

“Welzijn op Recept biedt de huisarts de mogelijkheid om te kiezen voor een ander model van consultvoering: het gaat dan om een verschuiving van het medische model naar het sociale model. De focus ligt daarbij niet langer op de klachten zelf, maar verschuift naar het achterhalen van de daadwerkelijke oorzaak van de klachten. Dit leidt tot een persoonsgerichte manier van gesprekvoering die naast het verhelderen van de vraag vooral aansluit bij de specifieke leefsituatie van de patiënt. Waar maakt deze patiënt zich zorgen over? Wat speelt er thuis, op het werk, in de familie en in de wijk? Waar heeft hij echt behoefte aan?”¹¹

Deze werkwijze is voor veel huisartsen wennen en vraagt extra tijd en energie. De bereidheid en vaardigheden om deze nieuwe consultvoering op te pakken verschilt per huisarts. Voor het succes van Welzijn op Recept is het vooral van belang dat huisartsen potentiële deelnemers herkennen in de eigen praktijk en bij een consult een welzijnsrecept in overweging nemen. Dat laatste zal afhangen van hun houding ten opzichte van het nieuwe verwijskanaal: staan zij erachter? Hebben zij er vertrouwen in dat patiënten met psychosociale problematiek beter op hun plek zijn binnen het welzijnsdomein? En dat deze veelgebruikers vervolgens ook minder vaak op het spreekuur zullen komen? Voor een verwijzing is ook de houding van huisartsen ten aanzien van de welzijnscoaches cruciaal: hebben zij vertrouwen in hun vakmanschap en een goede begeleiding van patiënten die ze doorverwijzen? Huisartsen die al goed verbonden zijn met het sociale domein, zullen Welzijn op Recept sneller oppakken en ook andere kansen zien in de samenwerking. Tot slot spelen huisartsen een belangrijke rol in het aanspreken van patiënten als de deelname aan activiteiten niet volgens afspraken verloopt en ze weer onnodig op het spreekuur verschijnen.

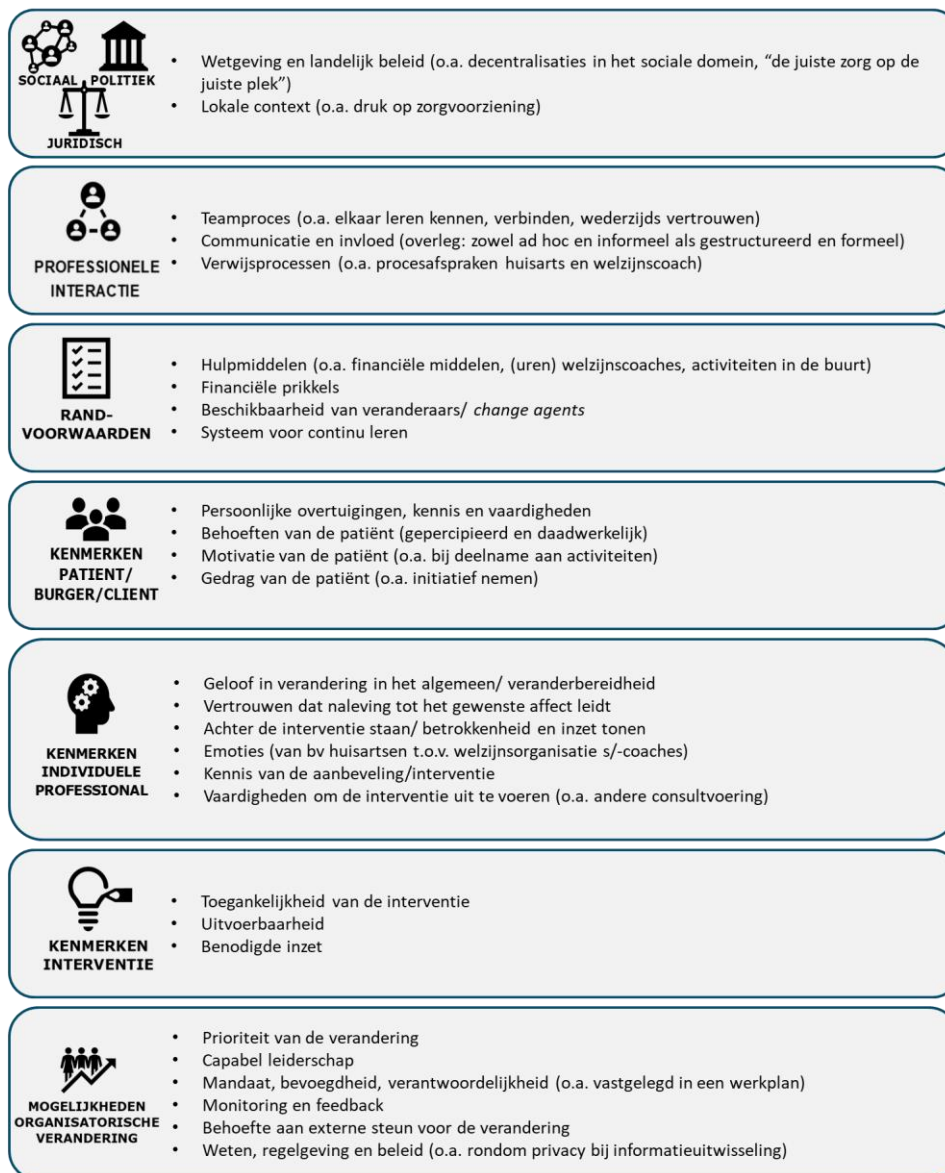
Kenmerken patiënt/ cliënt/ burger

Het succes van Welzijn op Recept is sterk afhankelijk van het vermogen van de patiënt om in te zien dat de lichamelijke en/of psychische klachten een uiting zijn van onderliggende problematiek. In het proces van Welzijn op Recept maakt de betrokkene een rolverandering door: van passieve patiënt naar een actieve deelnemer aan het eigen herstelproces. Het hiervoor genoemde andere model van consultvoering en de vertrouwdeheid en autoriteit van de huisarts kunnen hieraan bijdragen. Vervolgens spelen de persoonlijke voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt een rol bij het vinden van een passende activiteit. Als deze onvoldoende aansluit, dan doet dit de motivatie om deel te nemen geen goed. De welzijnscoach speelt een belangrijke rol in het vinden van een goede match en het houden van contact in de beginperiode. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat de kwetsbare doelgroep met name in het begin van het traject een groot risico lopen om af te haken: “(..) hun zelfvertrouwen is nog wankel en men voelt zich onzeker over de nieuwe sociale contacten”¹¹. De verwezen patiënt krijgt de ruimte om zelf initiatief te tonen, maar tegelijkertijd is de welzijnscoach proactief en onderneemt actie wanneer een patiënt niet zelf contact legt. De patiënten van de doelgroep WOR zijn namelijk kwetsbaar en hierdoor vaak passief.

Kenmerken interventie

Zoals eerder genoemd zijn de opzet en doelen van Welzijn op Recept simpel uit te leggen. Deze succesfactor heeft echter ook een keerzijde: de interventie lijkt ogenschijnlijk simpel uitvoerbaar en is hierdoor wellicht te toegankelijk. Het feit dat het een nieuwe samenwerkingsvorm is en een omslag in denken vraagt, wordt soms onderschat. De ervaringen van de afgelopen jaren tonen aan dat enthousiaste mensen in veel gemeenten voortvarend zijn gestart. De handleiding en stappen zijn hierbij niet altijd gevolgd. Er wordt onvoldoende geprofiteerd van ervaringen elders en *lessons learned*. Omdat belangrijke voorwaarden dan niet geregeld zijn, ervaart men problemen die met enige kennis van de interventie voorkomen hadden kunnen worden. De (meer)waarde van de interventie wordt minder gevoeld, het aantal verwijzingen stagneert en oude routines sluipen weer in het proces.

In figuur 9 staan de belangrijkste bevindingen zoals hiervoor omschreven samengevat in de domeinen van het theoretisch raamwerk (Appendix B).



Figuur 9 Succes- en faalfactoren casus Welzijn op Recept

4.3.3 Maatschappelijke kosten en baten

Kosten

De kosten van de gesprekken met de welzijnscoach vallen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en worden per gemeente ingekocht. Het integrale uurtarief voor een welzijnscoach bedraagt op dit moment ongeveer € 70,-. Gemiddeld krijgt een ontvanger van een welzijnsrecept ongeveer 6 uur begeleiding door een welzijnscoach. Hierdoor bedragen de gemiddelde kosten van begeleiding per ontvanger ongeveer € 420,-.¹⁸

Voor het opzetten van een Welzijn op Recept interventie is ook financiering nodig. In tabel 1 is een indicatie weergegeven van de integrale kosten voor het 1^e jaar bij een huisartsenpraktijk van 3 fte (6.000 - 7.500 patiënten) en 50 welzijnsrecepten. Alleen de cliëntgebonden kosten van de huisartsen wordt betaald vanuit reguliere financiering.

Activiteiten/ middelen	Indicatie kosten
Projectteam/ontwikkelkosten	€ 20.000
Cliëntgebonden uren Welzijnscoach: 50 x 10 uur x 70 euro	€ 35.000
Niet-clientgebonden uren Welzijnscoach 2 uur/week x 45 weken x 70 euro	€ 6.300
Cliëntgebonden uren huisartsen = 50 x 2 dubbele consulten	€ 997
Materiele kosten (ontwerp- en drukkosten foldermateriaal etc.)	€ 2.500
Structureel overleg: team van 5 personen 2 uur per maand, 75 euro per uur	€ 9.000
TOTAAL	€73.797

Tabel 1 Indicatie startkosten 1e jaar Welzijn op Recept

Baten

Het ontbreekt nog aan goed opgezet en diepgaand onderzoek naar de effectiviteit van Welzijn op Recept in Nederland.¹⁶ De Nederlandstalige rapporten richten zich voornamelijk op de output en meten de uitvoering van de interventie. Metingen richten zich hierbij vooral op: het aantal verwijzingen naar de welzijnscoach, het aantal deelnemers, percentage deelnemers dat na 3 of 6 maanden nog deelneemt aan welzijnsactiviteiten. Voor het wetenschappelijke aantonen van de effecten is het uitvoeren van een *randomized controlled trial* (RCT) de gangbare methode. Bij Welzijn op Recept gaat het echter om psychosociale problematiek, waarbij vaak verschillende factoren van invloed zijn op het welbevinden van mensen. De uitdaging is om te onderzoeken wat werkt, onder welke omstandigheden en voor wie. Onderzoek naar de effectiviteit van sociale innovaties vraagt andere methoden dan *randomized controlled trials* (RCT), zoals kwalitatief onderzoek in combinatie met gevalideerde meetinstrumenten gericht op welbevinden en gezondheid.

Over *social prescribing* interventies in Engeland is meer literatuur beschikbaar^{*3}. De bevindingen uit Nederlandse en Engelstalige onderzoek zijn hieronder samengevat voor de thema's welzijn en welbevinden, verminderd zorggebruik en *social return on investment*. Hierbij moet worden opgemerkt dat kwantitatieve studies met een robuuste methodologische kwaliteit schaars zijn.^{17;19-21}

*3 Welzijn op Recept onderscheidt zich van *social prescribing* doordat er geen zelfmanagement programma's in zijn opgenomen en de rol van de *link worker* is anders dan de welzijnscoach.

Welzijn en welbevinden

Het primaire doel van Welzijn op Recept is het vergroten van het welzijn en welbevinden van de deelnemers. Om dit effect te meten zijn diverse meetinstrumenten beschikbaar. In verschillende onderzoeken zijn positieve effecten gevonden in *health related quality of life* (HRQL), duurzaam geluk, welbevinden en zelfredzaamheid na deelname aan een Welzijn op Recept interventie.²²⁻²⁷ In een systematische evaluatie van 86 *social prescribing* initiatieven worden de volgende baten genoemd door deelnemers en verwijzers²⁸:

- Toename in zelfvertrouwen, gevoel van invloed en empowerment;
- Verbetering in psychologisch of mentaal welbevinden en een positieve gemoedstoestand;
- Reductie in angst en/of depressie en negatieve gemoedstoestand;
- Verbetering in fysieke gezondheid en leefstijl;
- Toename in *sociability*, communicatieve vaardigheden en sociale contacten;
- Reductie in sociale isolatie en eenzaamheid, steun voor mensen die lastig te bereiken zijn;
- Verbetering in motivatie en betekenisvol leven, hetgeen leidt tot hoop en optimisme;
- Verwerven van leren, nieuwe interesses en vaardigheden.

Naast kwantificeerbare gezondheidsbaten, kan Welzijn op Recept ook bredere sociale en economische baten opleveren.^{18;29} Deelnemers die zich beter en gelukkiger voelen, zullen actiever bijdragen aan de maatschappij door bijvoorbeeld (terugkeer naar) arbeid en vrijwilligerswerk en zorgtaken binnen de familie. Ook kunnen problemen op andere gebieden minder worden, zoals verslaving, overgewicht of schulden.

Verminderd zorggebruik

Zoals eerder omschreven zijn deelnemers vaak bekende veelgebruikers van zorg. Door deelname aan Welzijn op Recept is het de bedoeling om hun welbevinden te verhogen met als gevolg dat ze ook minder gebruik zullen maken van zorg. Over dit effect is weinig data beschikbaar in Nederland. Een evaluatie van Welzijn op Recept in Delft uit 2015, gebaseerd op 30 patiënten, rapporteert het volgende³⁰:

- Het zorggebruik binnen het gezondheidscentrum van de 30 cliënten daalt met gemiddeld 20%;
- Het aantal huisartsenconsulten vanwege psychosociale problematiek is met 56,5% afgenomen.

Van Engelstalige *social prescribing* initiatieven is meer bekend over zorggebruik in zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg. Na deelname zijn dalingen in het aantal contacten met de huisarts waargenomen, evenals een afname in het aantal SEH-bezoeken, opnamen en afspraken op de polikliniek.^{17;20; 21; 31; 32; 33-35} Studies rondom veranderingen in het aantal herhaalrecepten en medicijngebruik evenals doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg vertonen een wisselend beeld.^{17;35-37}

Social Return on investment

Diverse studies rondom *social prescribing* hebben de *Social Return on Investment* (SROI) geïntroduceerd. De in de literatuur ingeschatte SROI variëren van £0.43³² tot £2.90²⁹ per geïnvesteerde £1. Dit betekent dat elke geïnvesteerde Britse pond een sociale waarde in een range van £0.43 tot £2.90 oplevert. Over Welzijn op Recept in Nederland zijn dergelijke analyses niet beschikbaar.

4.4 Casus zorgprogramma Hartfalen

Per 1 april 2018 is in het kader van Samendraads (een regionaal samenwerkingsverband tussen het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, de Zorggroep Regionale Coöperatie Huisartsen en zorgverzekeraars) gestart met het zorgprogramma Hartfalen. Het uitgangspunt van het zorgprogramma is: het bevorderen van een optimale begeleiding en behandeling van een patiënt met hartfalen door middel van multidisciplinaire en transmurale samenwerking, afstemming en coördinatie van de zorg tussen de eerste en tweede lijn. Concrete doelstellingen van het zorgprogramma zijn:

- Een gedegen zorgbeleid voor patiënten met stabiel hartfalen die al in de eerste lijn behandeld worden.
- Een verplaatsing van patiënten met stabiel hartfalen van de tweede naar de eerste lijn. Een duurzame uitrol van het zorgprogramma moet uiteindelijk bijdragen aan een aantoonbaar: 1) betere ervaren gezondheid, 2) betere kwaliteit van zorg en 3) lagere zorgkosten (Triple Aim) in de regio Midden-Brabant.

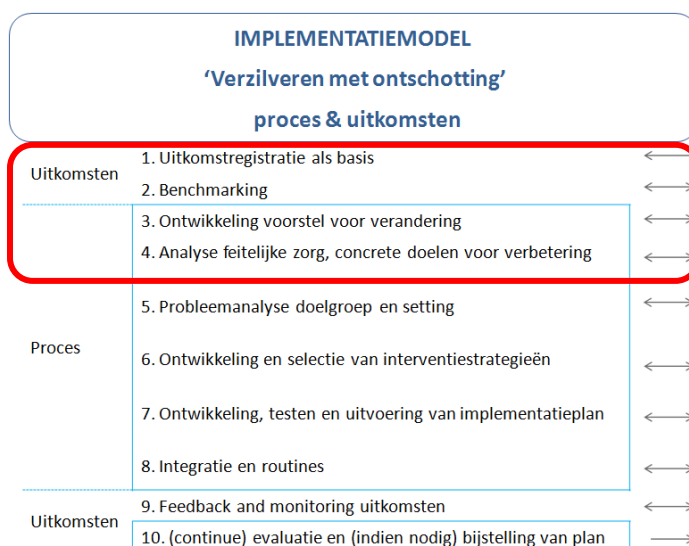
Het zorgprogramma bestaat uit de volgende pijlers:

- Deskundigheidsscholing voor huisartsen, verpleegkundigen en praktijkondersteuners van deelnemende huisartspraktijken. De inhoud van de scholing bestaat uit details over hartfalen en op welke wijze de zorg voor deze patiënten in de eerste lijn vormgegeven kan worden;
- Duidelijke afspraken over inhoud van de zorg en afstemming tussen de eerste (huisartsen en POH/praktijkverpleegkundigen) en tweede lijn (cardiologen/PA's);
- Omgeving die snelle afstemming tussen eerste en tweede lijn omtrent hartfalen patiënten bevordert (o.a. gebruik van e-consult om bij twijfel snel advies te vragen aan de cardioloog/PA).

4.4.1 Implementatieproces

Implementatieproces theoretisch kader (stappen 1 t/m 4; Appendix B)

Wanneer we kijken naar de stappen van het implementatiemodel uit het theoretisch raamwerk, dan valt op dat ten tijde van het uitwerken van het programma idee nog vrij onduidelijk was op welke specifieke proces en uitkomstmaten zou worden geregistreerd, en hoe de registratie zou moeten plaatsvinden (stap 1). Daarnaast is er geen benchmarking uitgevoerd (stap 2). Bij de totstandkoming van het programma, en mede beïnvloed door druk vanuit de zorgverzekeraars, is er een eenduidig meet-monitoringsplan opgesteld.



"In het begin was er geen goed projectplan. Het waren allemaal losse documenten. Er waren wel kwaliteitsindicatoren bedacht, maar die waren moeilijk te vertalen naar een business case". [r-9]

Het voorstel voor verandering (stap 3) heeft inhoudelijk snel vorm kregen. De twee oorspronkelijke initiators en kartrekkers van het programma – een cardioloog en kaderhuisarts hart- en vaatziekten, beiden gespecialiseerd in hartfalen – hadden een duidelijk gezamenlijk idee over hoe transmurale samenwerking rondom hartfalen in de regio vorm moest krijgen. Daarnaast is het programma ingebed in een landelijk kwaliteitsproject van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), dat zich richt op het bevorderen van de samenwerking tussen huisartsen en cardiologen en het stroomlijnen van transmurale hartfalenzorg in Nederland (nvvconnect.nl). NVVC Connect vormde een belangrijk startpunt en informatiebron bij de totstandkoming van het programmavoorstel (o.a. met het aanbieden van bestaande richtlijnen, scholingsdocumenten, voorlichting en meetindicatoren).

"De bedoeling van NVVC Connect is dat zij een soort kapstok geven. En daarmee moet je een plan in de regio zelf gaan uitwerken. Afspraken maken met de zorgverzekeraars en het plan realiseren. Dus zij geven je een soort tool-kit en daarmee bouwde je het uit". [r-4]

"We hebben de Europese en landelijke richtlijnen gebruikt. En ook geprobeerd om daar zo dicht mogelijk bij te blijven. En alleen aangepast om het praktisch uitvoerbaar te maken. Elke keer zelf iets nieuws bedenken vonden we niet oké". [r-8]

Voorafgaand aan de implementatie van het programma is er in de regio geen grondige analyse van de feitelijke zorg uitgevoerd (stap 4). Er zijn bij de start van het programma wel concrete verbeterdoelen opgesteld gericht op het invoeren van regionale transmurale afspraken en het verplaatsen van patiënten met stabiel hartfalen van de tweede naar de eerste lijn.

"Het doel van het programma was om in het eerste jaar 200 patiënten van de tweede naar de eerste lijn te verplaatsen voor monitoring en behandeling". [r-5]

Context (verdieping stap 5)

Voorafgaand aan de implementatie van het programma heeft er geen uitvoerige probleemanalyse van de doelgroep en setting plaatsgevonden. De motivering en verantwoording om dit programma te implementeren is voornamelijk gebaseerd op het ontbreken van regionale transmurale afspraken rondom hartfalenzorg en op praktijkervaringen waaruit blijkt dat hartfalen zorg anders en beter georganiseerd kan worden.

"Er is bij de aanvang van dit programma geen duidelijke probleemdefinitie gemaakt voor wat er specifiek in de regio nodig is. Er is niet gestart vanuit een toetsing van lokale knelpunten". [r-9]

"De wens was er al veel langer. (...) Het is heel erg van onderaf gekomen, vanuit het veld, dat we echt beter moesten gaan samenwerken". [r-4]

Het aantal hartfalen patiënten in Nederland neemt gestaag toe. Daarnaast is er toegenomen aandacht voor het gedachtegoed om zorg voor patiënten dicht bij huis te laten plaatsvinden. Deze ontwikkelingen hebben bijgedragen aan een 'sense of urgency' bij zorgaanbieders (huisartsen,

cardiologen), bestuurders en zorgverzekeraars om een transmuraal hartfalen programma in de regio te implementeren. Hierbij was er sprake van een *fit tussen de veranderagenda en de ontwikkelingen en invloeden in de lokale context*.

"Landelijke ontwikkelingen, de hoofdlijnakoorden die gesloten zijn, hebben ook bijgedragen aan het mogelijk maken van dit soort [transmurale] afspraken. Daarin werd vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich sterk moesten gaan maken om substitutie van zorg tot stand te brengen". [r-1]

Doelgroepen (verdieping stap 5)

Vrijwel alle huisartsen in de regio zijn op de hoogte van het bestaan van het hartfalen programma. Ongeveer 80 procent van de huisartspraktijken in de regio doen momenteel mee. Dit relatief hoge deelnamepercentage toont aan dat huisartsen geïnteresseerd zijn in transmurale samenwerking rondom hartfalen. Nascholing in hartfalenzorg draagt bij aan het vergroten van kennis van en begrip voor een nieuwe transmurale werkwijze onder huisartsen en praktijkondersteuners. Volgens het model van Grol en Wensing (Appendix B) bevindt het programma zich nu in een fase waarin deelnemers inzicht hebben op gedaan in de nieuwe transmurale werkwijze en gemotiveerd zijn om te veranderen (*inzicht en acceptatie*). De volgende stap is om deelnemers *structureel* te laten werken volgens deze nieuwe werkwijze (*verandering en behoud*).

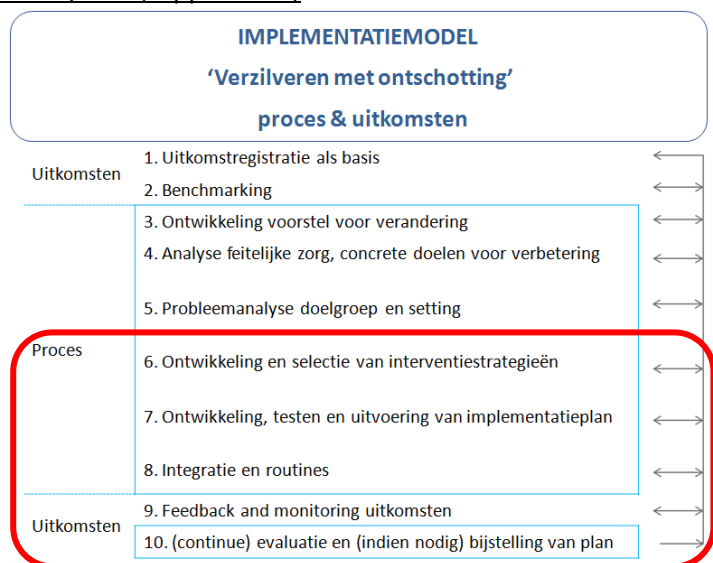
Implementatieproces theoretisch kader (stappen 6 t/m 10; Appendix B)

Bij het ontwikkelen en selecteren van interventiestrategieën (stap 6) is voor een groot gedeelte aangesloten bij de blauwdrukken en bestaande materialen van NVVC Connect. Hoewel de implementatie van het programma is uitgewerkt in een plan, zijn programma componenten zoals het toepassen van (transmurale) richtlijnen en het uitvoeren van nascholing niet in diverse pilots getest (stap 7).

Het integreren van een nieuwe transmurale werkwijze in de dagelijkse werkprocessen en routines van eerste en tweedelijns

deelnemers (stap 8) is nog altijd een aandachtspunt voor het projectteam. In de praktijk blijkt dat het structureel inbedden van de nieuwe werkwijze voornamelijk wordt belemmerd door het relatief kleine aantal hartfalen patiënten die huisartsen en praktijkondersteuners zien en de eenmalige, korte scholing die zij hierover hebben gekregen.

"Eén scholingssessie zoals nu gebeurt vind ik te weinig. Hartfalen of CVRM, daar zit wel degelijk een groot verschil tussen. Er is behoefte aan een verdieping, of op zijn minst herhaling, want de kracht van herhaling moet er wel zijn. (...) Eenmalig een scholing van twee uurtjes is denk ik niet voldoende om dingen te laten beklijven". [r-6]



"De kracht van herhaling valt momenteel wat weg. Ze [huisartsen] hebben een jaar geleden scholing gehad. En een klein percentage van hun patiënten heeft hartfalen. Dus de kennis die via scholing is opgedaan zakt weg". [r-2]

Feedback en monitoring van de uitkomsten (stap 9) van het programma zijn momenteel ook een punt van aandacht. Interne ontwikkelingen, zoals de invoering van een nieuw zorg informatiesysteem in zowel de eerste als tweede lijn, en technische beperkingen van deze informatiesystemen (o.a. om gegevens te filteren op relevante indicatoren en om eerste en tweedelijns systemen op elkaar aan te sluiten) belemmeren het feedback en monitoringsproces. Daarnaast vindt monitoring momenteel nog vooral plaats op procesuitkomsten in plaats van harde uitkomstmaten gerelateerd aan kwaliteit van zorg, zorgervaringen en kostenbesparing ('Triple Aim').

"Je ziet dat op het uitvoeringsniveau niet altijd duidelijk is hoe hier [de registratie op uitkomsten van het programma] navolging aan moet worden gegeven. (...) Dus waar stuur je dan op? (...) Dat wil niet zeggen dat het project aan het mislukken is, maar we weten het gewoon niet". [r-9]

"Je zou veel meer inzicht kunnen genereren [in de voortgang en de effecten van het programma] als je gebruik maakt van elkaars data". [r-9]

Evaluatie en bijstelling van het programma (stap 10) vindt voornamelijk plaats met de inzet van zogenaamde zorgconsulenten. Deze consulenten – werkzaam in dienst van de Regionale Coöperatie Huisartsen (RCH) – bezoeken een aantal keren per jaar de deelnemende huisartspraktijken. Tijdens deze overlegmomenten wordt onder andere de voortgang van het hartfalenprogramma besproken: wat gaat goed, waar loopt men tegen aan, en wat kan beter? Deze informatie wordt vervolgens gedeeld met, en opgevolgd door, het projectteam. Om snel en adequaat problemen op te kunnen pakken probeert het projectteam om voor deelnemers makkelijk benaderbaar te zijn en ze te stimuleren om problemen kenbaar te maken. In frequente overlegmomenten wordt er door het projectteam nagedacht over benodigde aanpassingen aan het programma (bijvoorbeeld over de scholingsvorm, -duur en -frequentie).

"Bij de zorggroep hebben we drie consulenten. De consulenten gaan twee keer per jaar bij alle praktijken langs. En dan worden alle zorgprogramma's besproken. En dan wordt het hartfalen programma ook meegenomen: "Hoe gaat het? Waar loop je tegen aan?" [r-8]

"En de laagdrempeligheid hè. Als er iets is (...) dan krijgen ze ook direct feedback. (...) Dus als we merken dat er ontevredenheid is, dan nemen we dat heel serieus en doen we er iets mee. En dat zien zij [deelnemers] ook. Dat geeft ook vertrouwen om er mee door te gaan". [r-8]

4.4.2 Succes- en faalfactoren

Tijdens de 10 interviews met leden van de projectgroep en andere betrokkenen bij de casus is gevraagd naar succes- en faalfactoren. In figuur 10 zijn de door de geïnterviewden genoemde succes- en faalfactoren verdeeld over de domeinen vanuit het theoretisch raamwerk (Appendix B). Een aantal factoren staan hieronder toegelicht met citaten uit de interviews.

Sociale, politieke en juridische factoren

Landelijk beleid

Zoals eerder benoemd heeft de ontwikkeling en implementatie van het hartfalenprogramma goed kunnen aanhaken bij het landelijk kwaliteitsproject NVVC Connect. Deze landelijke beweging vormde een belangrijk startpunt bij en nuttige informatiebron (o.a. richtlijnen, scholingsdocumenten, voorlichting, meetindicatoren) voor het projectteam in het ontwikkelen en uitrollen van het programma in de regio. De initiatiefnemers in de regio Midden-Brabant hebben hierdoor niet opnieuw het wiel hoeven uit te vinden en sluiten hierdoor aan bij soortgelijke samenwerkingsinitiatieven in andere regio's.

"Er is veel gebruik gemaakt van de landelijke documenten en protocollen". [r-7]

Lokale context

De implementatie van het hartfalen programma werd volgens geïnterviewden belemmerd en bevorderd door een aantal contextuele factoren. Allereerst werd de totstandkoming van het programma bevorderd door het beperkte aantal betrokken zorgpartijen in de regio die overeenstemming moesten bereiken over de inhoud, organisatie en financiering van het programma, namelijk één ziekenhuis (ETZ), één huisartsen coöperatie (RCH) en twee zorgverzekeraars (CZ en VGZ).

"Wij hebben een unieke regio. Het ETZ is het enige grote ziekenhuis in de regio. (...) En we hebben ook één hele grote zorggroep met 165 huisartsen. (...) In andere regio's heb je meer ziekenhuizen en meer zorggroepen, en dan zie je dat het veel moeilijker van de grond komt". [r-8]

"We zijn denk ik de eerste of tweede regio waar het ook echt werkt. In een andere regio zitten ze met zes a zeven ziekenhuizen en evenveel huisartsengroepen. Nou, probeer daar maar eens zaken te doen". [r-4]

De goede onderlinge verstandhouding tussen zorgaanbieders uit beide lijnen heeft volgens geïnterviewden ook bijgedragen aan de totstandkoming van gezamenlijke afstemming en afspraken over het verplaatsen van zorg voor hartfalen patiënten in de eerste lijn.

"Zoals bij elke samenwerking moet er wel sprake zijn van wederzijds vertrouwen in elkaar. Ik denk dat in de regio Midden-Brabant hier een goede voedingsbodem voor is. Zorgaanbieders staat al sinds jaar en dag op goede voet met elkaar. Er zijn jaarlijks bijvoorbeeld ontmoetingen. (...) Dat draagt ertoe bij dat cardiologen er sneller vertrouwen in hebben dat wat zij aan zorg afstoten (...) verantwoord kan worden opgepakt in de eerste lijn". [r-1]

Daarentegen zag een aantal geïnterviewden het startmoment van het hartfalen programma als belemmerende factor voor een goede implementatie ervan. Zo had het ETZ vrij kort na de start van het programma te maken met het wennen aan (en het aanpakken van kinderziektes bij) de invoering van een nieuw ziekenhuisinformatiesysteem (EPIC). De aandacht voor deze interne problemen ging volgens een aantal geïnterviewden ten koste van het adequaat uitvoeren van de gemaakte transmurale afspraken.

"De consequentie dat EPIC er dwars doorheen liep is dat de afgesproken verschuiving van stabiele hartfalen patiënten van de tweede naar de eerste lijn niet gerealiseerd is. (...) Dus timing is ook erg bepalend. De huisartsen die geschoold waren zaten te wachten op patiënten die zouden worden terugverwezen...dat doet mogelijk ook iets met je commitment". [r-9]

Randvoorwaarden

Financiële prikkels

De beschikbaarheid van substitutiegelden – budget dat conform de landelijke hoofdlijnakkoorden vanuit de ziekenhuizen is vrijgemaakt om te investeren in huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg – heeft geholpen om het hartfalen programma (voor een bepaalde tijd) financieel mogelijk te maken.

"Het scheelde wel dat er substitutiegelden waren (...) en dat in de 1^e lijn er geld bij kon voor scholing". [r-8]

Daarnaast blijkt de aanwezigheid van financiële compensatie voor huisartspraktijken een belangrijke prikkel voor programmadeelname te zijn. Een financiële vergoeding werd ook als belangrijke factor gezien om deelnemers op lange termijn volgens de richtlijnen van het zorgprogramma te laten werken (o.a. het identificeren van stabiele hartfalen patiënten, terugverwijzen naar de eerste lijn en gebruik van het e-consult). De introductie van een nieuw hartfalen DBC [Diagnose Behandel Combinatie], waarmee huisartsen per patiënt iets meer vergoeding krijgen dan de oude CVRM [Cardio Vasculair Risicomanagement] DBC, heeft geholpen om deze prikkel vorm te geven.

"Wat de implementatie vergemakkelijkt heeft is dat er met de zorgverzekeraar een DBC is afgesproken. Voor de zorgconsulenten was het makkelijk om huisartsen te stimuleren om mee te doen. (...) Voor consulenten was het ook een bekend verhaal en konden ze, wat ze altijd doen voor diabetes of CVRM hetzelfde verhaal doen en dan alleen de naam vervangen met hartfalen". [r-9]

Echter, volgens geïnterviewden staat deze financiële compensatie niet in verhouding tot de investering (in tijd en kosten) die praktijken tot nu toe hebben moeten steken in het scannen en monitoren van patiënten ten behoeve van het programma. Dit zou op termijn de deelname aan en een goede uitvoering van het programma kunnen belemmeren.

"Voor de huisartsen is het wel heel veel werk. Want er moeten patiënten gescreend worden, in kaart gebracht worden. En heel veel praktijken hebben maar één a twee patiënten die er dan daadwerkelijk uitkomen [als hartfalen patiënt]. En dan krijg je maar 20 euro per jaar extra. En dan moet je daar al die scholing voor doen". [r-8]

"Patiënten met hartfalen mogen nu in de hartfalen DBC. (...) Het tarief voor die patiënt is iets meer. Maar dat is niet veel meer. Dus wat ze verdienen hebben voor al die inspanningen...Ze moeten honderden patiënten scannen en dossiers doorploegen". [r-7]

Het huidige financieringssysteem binnen het ziekenhuis zorgt volgens een aantal geïnterviewden daarentegen dat cardiologen juist negatief geprikkeld worden om, als onderdeel van de transmurale samenwerking, stabiele hartfalenpatiënten terug te verwijzen naar de eerste lijn.

"(...) in het ziekenhuis krijg je een groter stuk van de taart [interne verdeling van gelden] als je meer productie gedraaid hebt. Je hebt dus te maken met compleet tegengestelde belangen. Met dit soort transmurale projecten zijn we heel actief bezig om patiënten terug te verwijzen, gepaste zorg, waarbij je aan het einde van de rit afgestraft wordt omdat je minder productie hebt gedraaid. Dat is dus een verkeerde prikkel". [r-4]

Hulp van onafhankelijke partij bij totstandkoming van programma

Hoewel het programma medisch-inhoudelijk snel vorm heeft gekregen, duurde het volgens geïnterviewden een lange tijd voordat het project daadwerkelijk geïmplementeerd kon worden. Het heeft tijd gekost om financiële afspraken te maken en een degelijk project- en verantwoordingsplan op te stellen waarin alle partijen (ziekenhuis, cardiologen, RCH en zorgverzekeraars) zich konden vinden. De coördinerende ondersteuning van een onafhankelijke partij, met kennis en begrip van de belangen en werkwijzen van alle verschillende partijen, werd als onmisbaar ervaren bij de totstandkoming van het programma.

"Het opstellen van een projectplan en waarop je wilt monitoren. (...) Dat is geen standaard jargon van dokters. Als je met een dokter praat over wat je met het project wil bereiken, dan komt er een patiënt-gedreven verhaal uit. Maar wat je moet doen om daar te komen hoor je niet. Dus daar heb je echt iemand voor nodig in de ondersteuning". [r-9]

"Het is belangrijk dat je tijdens de onderhandelingen, naast een inhoudelijk goed verhaal, met een stevige partij aankomt die weet hoe de hazen lopen bij de zorgverzekeraar. (...) die het verhaal van het ziekenhuis en van de huisartsengroep begrijpt. (...) Eenieder denkt vanuit zijn eigen straatje en eigen belang. Zonder haar waren we niet door al die discussies gekomen". [r-8]

Ondersteuning door zorgconsulenten

De ondersteunende rol van zorgconsulenten werd tevens genoemd als een belangrijke bevorderende factor bij de implementatie van het programma. Door een paar keer per jaar alle huisartspraktijken in de regio te bezoeken, hielpen consulenten bij het werven van huisartspraktijken voor deelname aan het hartfalen programma. Daarnaast vormden consulenten de 'verlengde arm' tussen het projectteam en de deelnemende praktijken in het programma door in de huisartsenpraktijken vragen te beantwoorden, informatie en ontwikkelingen aangaande het programma te verspreiden, en de voortgang van deelnemende praktijken te monitoren en terug te koppelen.

"In de gesprekken van de zorgconsulent met de huisartsen en praktijkondersteuners bespreken zij benchmarkcijfers, zorgprogramma's, lopende ontwikkelingen vanuit de zorggroep, en halen zij informatie op vanuit de praktijken om terug te brengen naar de zorggroep. (...) Om de zorggroep dichter bij de praktijk te brengen, en de praktijk dichter bij de zorggroep". [r-6]

Informatiesystemen en beschikbaarheid van relevante informatie

Geïnterviewden beschreven de aanwezigheid van een goed werkend informatiesysteem, waarmee patiënten met hartfalen in de eerste en tweede lijn gemakkelijk kunnen worden herkend en

gemonitord, ook als belangrijke randvoorwaarde voor een goede implementatie van het programma. Dit blijkt in de praktijk vaak nog een knelpunt te zijn. Informatiesystemen waren bij aanvang van het programma niet goed ingericht op het gemakkelijk filteren van hartfalen patiënten. Dit leidde ertoe dat patiëntenbestanden handmatig gescreend moesten worden. Bovendien ontbrak regelmatig belangrijke informatie voor deelnemers om te bepalen of patiënten in de 'hartfalengroep' vallen en wie hun hoofdbehandelaar was (ziekenhuis of huisarts).

"Het monitoren was best lastig. (...) Er zijn [met ...] afspraken gemaakt over indicatoren waarover we gaan rapporteren. Dan loop je toch tegen zaken aan dat het lastig is om gegevens voor indicatoren uit de registratie van huisartsen in het HIS en het medisch dossier van cardiologen te halen". [r-5]

"Mensen uit het HIS die potentieel hartfalen hebben. Dat zijn er heel veel. De praktijkondersteuners moeten die lijsten doorkijken. En die vinden het heel erg moeilijk. Ook omdat de brieven van de cardiologen vaak niet zo duidelijk zijn. (...) Dan staan bijvoorbeeld de ejectiefracties er niet bij. Of dan is niet duidelijk wie de hoofdbehandelaar is. En dan moeten de huisartsen die lijsten doorkijken. Dat is vaak niet hun favoriete werk". [r-8]

Beperkte tijd en mankracht voor screening en registratie

Geïnterviewden noemden de beperkte tijd voor huisartsen en beperkte mankracht bij huisartspraktijken als een belemmerende factoren bij het uitvoeren van een belangrijk programmaonderdeel, namelijk: het screenen van hartfalen patiënten en het registreren van relevante gegevens. Hier gaat veel tijd zitten en is iets waar overdag in de praktijken niet veel tijd en ondersteuning voor is.

Mogelijkheden organisatorische verandering

Mandaat vanuit eerste en tweede lijn

Een belangrijke voorwaarde om middels het hartfalen programma tot een structurele nieuwe werkwijze te komen is het mandaat dat het projectteam heeft van de overkoepelende zorgorganisaties in de eerste en tweede lijn: de zorggroep RCH en het ziekenhuis/de maatschap cardiologie.

"De allergrootste kracht is (...) dat we allebei onze groepen achter ons hebben staan. Dat we een mandaat hebben van onze achterban, die het ook dragen". [r-8]

Het overtuigen van huisartspraktijken om aan het programma deel te nemen was volgens geïnterviewden echter een veel grotere uitdaging dan bij cardiologen. Dit had volgens hen te maken extra belasting voor huisartsen bovenop de reeds ervaren hoge werkdruk. Daarnaast was het bereiken en werven van huisartsen in vergelijking tot cardiologen moeilijker gezien het grote aantal praktijken in de regio en hun meer zelfstandige positie.

"De deelname vanuit het ziekenhuis is veel makkelijker te regelen dan de deelname van alle huisartspraktijken. Je hebt in het ziekenhuis te maken met een paar cardiologen die iets anders moeten gaan werken ten opzichte van ongeveer 160 huisartsen die het anders moeten gaan doen. Nu zijn de huisartsen wel lid van de zorggroep, maar het blijven individuele praktijken die hun eigen

beleid bepalen en zelf zeggen waar ze wel of niet aan meedoen. Bij de cardiologen is het makkelijker om het intern terug te koppelen. En bovendien zijn er maar een paar cardiologen die de hartfalen patiënten zien. Dan zijn het maar een paar personen die je hoeft mee te krijgen". [r-5]

Leiderschap vanuit huisartsen en medisch specialisten

De aanwezigheid van een kaderhuisarts en cardioloog als initiators en 'trekkers' van het hartfalen programma werd door geïnterviewden genoemd als belangrijke bevorderende factor voor verandering. Beide personen genieten respect van collega's in de eerste in tweede lijn, mede door hun inhoudelijke expertise op het gebied van hartfalen. Daarnaast zorgt hun 'klik' op inhoudelijk en persoonlijk vlak ervoor dat zij het programma goed vanuit een gezamenlijke visie en lijn-overstijgend belang naar (beoogde) deelnemers van het programma weten uit te dragen. Deze aspecten helpen bij het vergroten van draagvlak en betrokkenheid onder deelnemers en bij het nemen van besluiten ten aanzien van het programma.

"Elkaar kennen en samen vanuit de inhoud samenwerken, ik denk dat dat de kracht is geweest". [r-4]

Ook het proactief handelen bij problemen en het analyseren van verbeterpunten door projectleiders (bijvoorbeeld bij het registratieproces, het gebruik van e-consult en de nascholing) werd genoemd als belangrijke bevorderende factor.

Monitoring en feedback

Het gebruiken en naleven van een duidelijk meetplan op basis van een set van proces- en uitkomstmaten werd genoemd als belangrijke factor om deelnemers volgens een nieuwe wijze te laten werken. Met behulp van meetgegevens kan namelijk op termijn de meerwaarde van het programma worden aangetoond aan betrokken partijen. Ook het continu onder de aandacht brengen van het hartfalen programma en tussentijdse terugkoppeling naar deelnemende praktijken (waar staan ze momenteel, wat kan beter?) werden gezien als een belangrijke factoren voor het realiseren van structurele verandering.

Prioriteit van de verandering

Geïnterviewden gaven aan dat het relatief zeer lage aantal hartfalen patiënten, die door huisartsen en praktijkondersteuners worden gezien, mogelijk een factor is die huisartsen ervan weerhoudt om deel te nemen aan het programma of deelname (o.a. het screenen van hartfalen patiënten) minder goed uit te voeren.

"Het gaat om best weinig patiënten. Met één procent van je totale populatie is dit natuurlijk ook maar een klein programmaatje. Diabeten, daar hebben we er veel meer van. Als je overheadtijd en kosten deelt over deze groep patiënten, dan is dat interessanter". [r-8]

Kenmerken professional

Kennis en vaardigheden

Op het gebied van de individuele professional gaven geïnterviewden aan dat veel huisartsen en praktijkondersteuners intrinsiek gemotiveerd zijn om meer kennis op te doen over specifieke

aandoeningen en om nieuwe werkwijzen toe te passen. Deze motivatie wordt aangedragen als belangrijke factor voor het hoge aantal huisartspraktijken dat momenteel deelneemt aan het programma.

"We waren best verbaasd dat na een jaar 80% van de huisartsen geschoold zijn. En dat zijn allemaal huisartsen die vrijwillig zijn gekomen. Die hebben daar hun eigen tijd in gestoken. (...) en betaald voor hun praktijkondersteuner. (...) De huisartsen hebben daar echt een investering in gedaan. Terwijl je ook kunt denken: "nou, zitten ze daar wel op te wachten"? Dus dat is allemaal intrinsieke motivatie geweest". [r-8]

Uit de interviews komt echter ook naar voren dat er momenteel een duidelijk niveauverschil in medische kennis is, met name onder praktijkondersteuners die deelnemen aan de nascholing. Dit belemmert het projectteam in het effectief scholen van deelnemers op het gebied van hartfalenzorg.

"We zijn nu bezig met een verdiepingsscholing, omdat sommigen de scholing toch wel erg moeilijk vinden. (...) Er zit een verschil in het niveau van praktijkondersteuners. Sommigen hebben op het hoogste niveau zelf op de cardiologie gewerkt en anderen zijn een doktersassistent. Daar heb je ook mee om te gaan". [r-8]

Veranderbereidheid

Geïnterviewden ervaren naast intrinsieke motivatie ook weerstand bij deelnemers. Terwijl huisartsen en praktijkondersteuners vaak te kampen hebben met beperkte tijd en capaciteit neemt het aantal zorgtaken en nieuwe werkwijzen voor hen juist toe. De registratielast die hoort bij deelname aan het hartfalen programma staat dan ook voor veel huisartsen niet in verhouding met het relatief kleine aantal hartfalen patiënten die zij zien en de financiële vergoeding die zij hiervoor krijgen.

"Huisartsen in de scholing gaven in het begin best veel weerstand, omdat er volgens hun constant vernieuwingen zijn. Allemaal vernieuwing waar ze constant aan moeten denken en waar ze op een gegeven moment moe van worden. (...) En dan komen wij ook weer aan met een hartfalen zorgprogramma". [r-2]

"De registratieplicht die we voor de huisartsen opleggen, dat is wel een last voor ze. Tegelijkertijd hebben we het nodig omdat we anders niets over het effect kunnen zeggen. Dat is een knelpunt wat ik ook meemaak bij andere projecten. (...) Het spanningsveld tussen registratielast en verantwoording". [r-5]

Kenmerken patiënt

Uit de interviews kwamen geen specifieke belemmerende en bevorderende factoren naar voren die horen binnen dit domein.

Kenmerken interventie

Scholing

Geïnterviewden noemden een aantal factoren gerelateerd aan de nascholing die de *uitvoerbaarheid* van de transmurale samenwerking bij hartfalen belemmeren en bevorderen. Ten eerste worden de

huidige frequentie en duur van de scholing gezien als belangrijke knelpunten. De eenmalige scholing van een paar uur wordt als onvoldoende ervaren om huisartsen en praktijkondersteuners goed te informeren en informatie te laten beklijven, zowel op inhoud (hartfalenzorg) als proces ("Wat moet ik als deelnemer precies doen en aanleveren in het programma?"). Herhaling van scholing en deelnemers meer ruimte geven voor eigen inbreng is volgens een aantal geïnterviewden van essentieel belang om huisartsen en praktijkondersteuners het consequent en goed toepassen van een nieuwe transmurale werkwijze aan te leren.

"Je merkt dat scholing van 2 uur best wel kort is. Vandaar dat er nu wordt nagedacht over verdiepende scholing, omdat toch veel mensen hebben aangegeven daar behoefte aan te hebben, want: "Het ging toch allemaal wel heel snel". [r-5]

Daarnaast houdt de huidige scholingsvorm onvoldoende rekening met het verschil in kennisniveau onder deelnemers. Het houden van aanvullende scholing sessie moet in de nabije toekomst helpen dieper in te kunnen gaan op de inhoud en beter vragen te kunnen behandelen die leven bij deelnemers. Uit terugkoppelingsmomenten kwam tevens naar voren dat de casuïstiek die wordt gebruikt in de scholing vaak *onvoldoende aansluit* bij de dagelijkse praktijk waar huisartsen en praktijkondersteuners zelf mee te maken hebben. De optie voor deelnemers om op facultatieve wijze eigen casuïstiek in te brengen en te bespreken moet dit probleem in de toekomst helpen oplossen.

E-consult

Het online consulteren van hartfalen verpleegkundigen en cardiologen door huisartsen en praktijkondersteuners, via het zogenaamde 'e-consult' vormt ook een belangrijk onderdeel van het programma. Uit interviews blijkt dat het e-consult een nuttige bijdrage kan leveren in de samenwerking en afstemming van zorg tussen eerste en tweedelijns zorgverleners. Echter, binnen het hartfalen programma wordt deze functie tot op heden weinig gebruikt. Voor het projectteam is het nog onduidelijk waaraan dit precies ligt. Het vermoeden bestaat dat onbekendheid onder eerstelijns zorgverleners met het bestaan van de e-consult optie een belangrijke reden is voor het minimale gebruik ervan. Daarnaast is er vermoedelijk sprake van een drempel voor, met name praktijkondersteuners, om collega's in de tweede lijn te consulteren.

"Van e-consult wordt heel weinig gebruik van gemaakt. (...) Dat heeft onder andere te maken met het feit dat dergelijke e-consulten moeten plaatsvinden binnen het KIS. En de huisarts werkt niet in het KIS, alleen de praktijkondersteuner". [r-6]

Kenmerken professionele interactie

Communicatie en invloed/ teamproces

Volgens geïnterviewden spelen interpersoonlijke en 'zachte' factoren een grote rol bij de totstandkoming en implementatie van het hartfalen programma. Zoals bij elke transmurale samenwerking, is het volgens hen een uitdaging om eerste en tweedelijns professionals op inhoudelijk vlak bij elkaar te brengen en lijnoverstijgend te laten samenwerken. De verschillen in werkwijzen en communicatiestijlen van huisartsen en praktijkondersteuners enerzijds en cardiologen en hartfalenverpleegkundigen anderzijds, die vanuit het verleden gewend zijn onafhankelijk van

elkaar te werken, kunnen de samenwerking bemoeilijken. Onbekendheid met elkaars werkwijze en elkaar als persoon maken dat eerste en tweedelijns deelnemers aan het programma elkaar nog niet altijd even goed weten te vinden. Volgens geïnterviewden is de rol van hartfalen verpleegkundigen in de scholing belangrijk om de onderlinge bekendheid te vergroten en de drempel voor praktijken om de tweede lijn te consulteren weg te nemen.

"De scholing wordt gegeven door een cardioloog, huisarts en twee hartfalen verpleegkundigen. Ik vind het heel goed dat er ook een hartfalen verpleegkundige bij betrokken is. Dat maakt dat de eerste en tweede lijn elkaar beter kunnen vinden. (...) De praktijkondersteuner zal niet de hartfalenverpleegkundige uit zichzelf opzoeken. Doordat je er dus een gezicht bij hebt is dat heel prettig". [r-6]

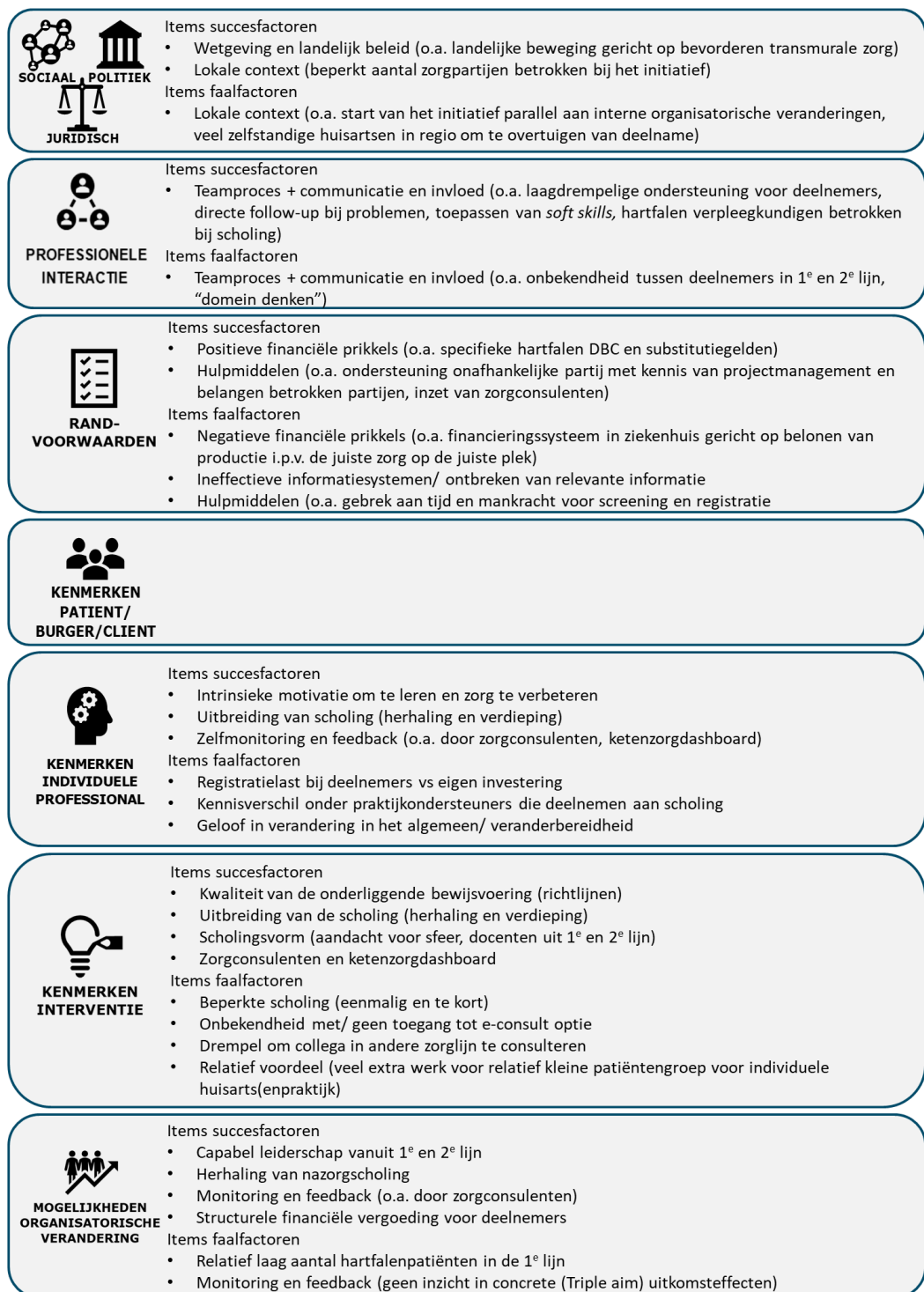
"Het is best wel domein denken: "De cardiologen doen dit" en "Ja, maar de huisartsen doen dat...". Daar moet je echt uit. En als je elkaar dan kent geeft het wel vertrouwen". [r-8]

Het gebruik van 'soft-skills' heeft volgens geïnterviewden een positieve invloed op de deelname aan en uitvoering van het programma. Zo probeert het projectteam voor deelnemers laagdrempelig benaderbaar te zijn, deelnemers te enthousiasmeren en direct actie te ondernemen bij ontevredenheid of vragen die leven bij deelnemers.

"Het zit hem veelal in de zachte, niet meetbare dingen. Dat maakt wel vaak het verschil". [r-5]

Daarnaast wordt tijdens de scholing aandacht geschonken aan een goede verstandshouding tussen eerste en tweedelijns zorgverleners. De sfeer waarin scholing plaatsvindt (gezellig, constructief en op basis van gelijkwaardigheid) wordt gezien als een belangrijke factor dat bijdraagt aan het relatief hoge aantal deelnemende huisartspraktijken en de betrokkenheid van deze praktijken bij het programma.

"Het wereldje is toch ook wel vrij klein. Iedereen kent elkaar. Dan wordt er gezegd: "He, ben je al bij hartfalen[scholing] geweest? Nou, was best gezellig". [r-8]



Figuur 10 Succes- en faalfactoren casus Zorgprogramma Hartfalen (Midden-Brabant)

5. Beschouwing

Dit onderzoeksproject was gericht op de implementatie van ontschottingsinitiatieven. Aan de hand van theoretische modellen is getracht inzicht te bieden in succesvolle strategieën en hierdoor een bijdrage te leveren aan het 'hoe' van ontschotting. De belangrijkste inzichten worden in dit hoofdstuk in samenhang bekeken en in een breder perspectief geplaatst.

5.1 Implementatieproces

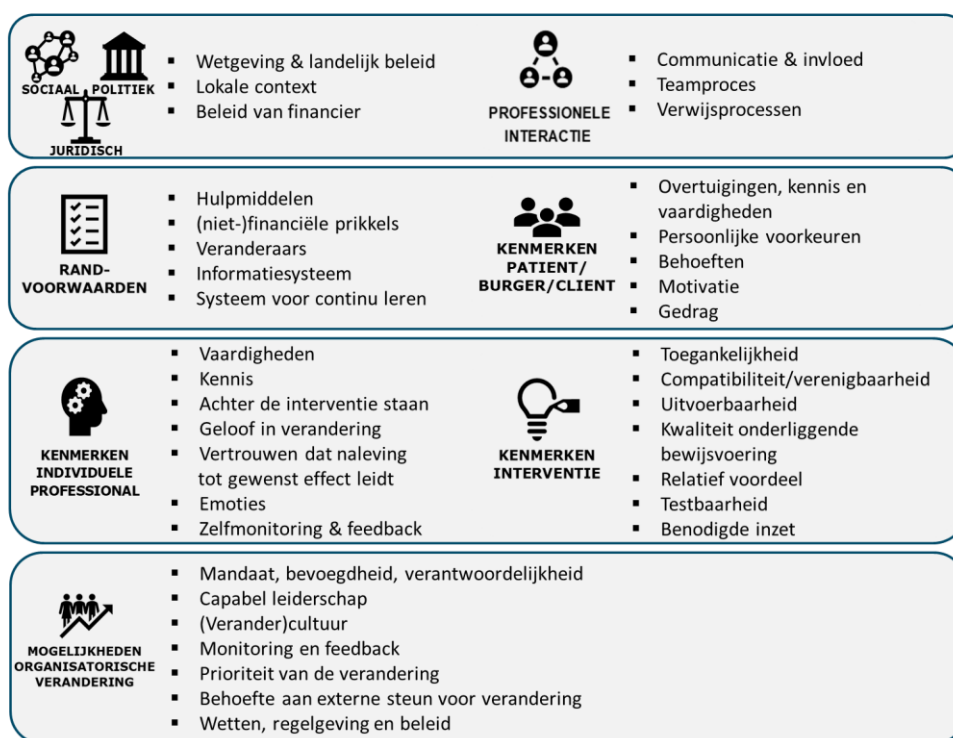
De cases zijn geanalyseerd aan de hand van een theoretisch raamwerk waarin verschillende wetenschappelijke inzichten en theorieën zijn gecombineerd. De basis bestaat uit een 10 stappenplan met aandacht voor zowel het proces als de uitkomsten van de interventie, in deze studie ontschottingsinitiatieven. De ontschotting is immers ingezet met bepaalde doelen voor ogen voor zowel patiënt, de betrokken organisatie(s) en zelfs de maatschappij als geheel. Uit een vergelijking van de aanpak van de drie cases met het theoretisch raamwerk blijkt dat de implementatie enthousiast en pragmatisch is opgepakt door gemotiveerde mensen die veelal intrinsiek overtuigd zijn van de meerwaarde voor de doelgroep. Door de pragmatiek lijken echter de processtappen met betrekking tot het systematisch analyseren, registreren, monitoren en evalueren onderbelicht te worden. Het gevolg hiervan is dat er weinig robuust bewijs beschikbaar is over de (meer)waarde van de interventie. Daarnaast ontbreekt informatie over het proces en de samenwerking. Goede borging van nieuwe werkwijzen in de praktijk wordt hierdoor bemoeilijkt en voor verdere opschaling wordt een overtuigende onderbouwing gemist.

In termen van het theoretisch raamwerk zijn met name de volgende stappen niet geheel bewust of systematisch doorlopen: 1 (uitkomstregistratie als basis), 2 (benchmarking), stap 5 (probleemanalyse doelgroep en setting) en 9 (feedback en monitoring uitkomsten). Deze stappen zijn vooral bij ontschottingsinitiatieven van belang. Bij professionals die van oudsher weinig tot niet samenwerken is goede feedback over proces en uitkomsten essentieel om gemotiveerd te blijven en samen steeds beter te worden. Bovendien gaat het om innovaties die zich vaak in kleine setting (hebben) moeten bewijzen met tijdelijke financiering en andere ondersteuning. Overtuigend bewijs van het succes, die de anekdotes overstijgen, is onmisbaar voor opschaling naar andere plekken en voor duurzame bekostiging van zorg.

Het theoretisch raamwerk is een handzame methodiek gebleken voor het gericht bestuderen van ontschottingsinitiatieven. Aan de hand van interviews met betrokkenen en kwalitatieve analyses van relevante documenten zijn verschillende initiatieven gereconstrueerd en vanuit verschillende invalshoeken (zorgverleners, patiënten, zorgverzekeraars, et cetera) onderzocht. In dit onderzoeksproject is het implementatieproces retrospectief in kaart gebracht. Voor een volgend onderzoek zou het interessant zijn om een interventie vanaf het begin volledig volgens de 10 stappen op te zetten en het effect hiervan te monitoren.

5.2 Succes- en faalfactoren

In dit onderzoek zijn factoren die de implementatie van ontschotting kunnen belemmeren en bevorderen geïnventariseerd middels literatuuronderzoek en de analyse van drie cases. In figuur 11 zijn alle factoren samengevat en geordend in 7 domeinen vanuit het theoretisch raamwerk.



Figuur 11 Belangrijkste succes- en faalfactoren vanuit literatuur en praktijkcases

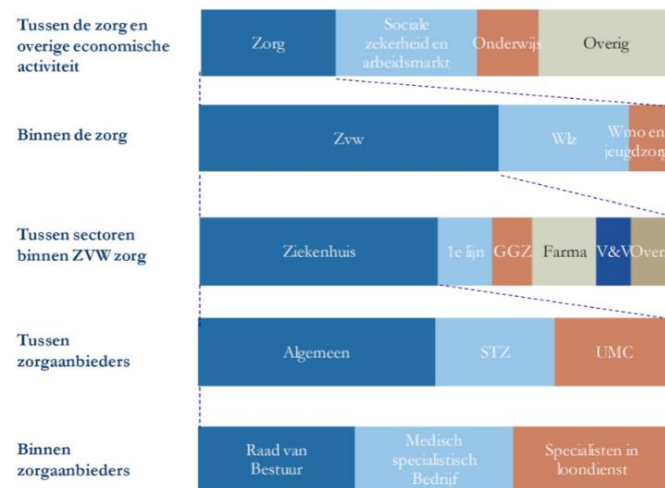
5.3 Maatschappelijke kosten en baten

Een subdoel van dit onderzoek was inzicht krijgen in de kosten en baten van een aantal (nieuwe) zorgvormen en innovaties waarbij de kosten en baten (zorguitkomsten en maatschappelijke baten) zich nadrukkelijk over de verschillende (sub)domeinen uitspreiden. Hoe dit in de praktijk kan uitpakken, is uitgewerkt voor de casus immunotherapie thuis en de casus Welzijn op Recept.

Bij de eerste casus lijkt thuistoediening in de huidige structuur niet goedkoper dan behandeling met immunotherapie in het ziekenhuis. In de beginperiode worden diverse opstartkosten gemaakt en is de schaalgrootte nog te beperkt. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis hanteert bij de pilot 'thuistoediening chemo- en immunotherapie' dan ook als uitgangspunt dat de thuistoediening binnen 3 jaar kostenneutraal is.⁵³ Bij voldoende schaalgrootte kan een verpleegkundige zo efficiënt mogelijk worden ingezet én kan de capaciteit in het ziekenhuis (dagbehandeling) anders worden ingezet. Kostenbesparing was echter niet de primaire aanleiding voor het project in het Radboudumc. De beoogde baten voor de patiënt waren bepalend en zoals blijkt uit de interviews zijn deze verwachtingen waargemaakt.

In termen van de soorten schotten zoals onderscheiden door SiRM (figuur 12), ligt het zwaartepunt van de kosten van deze casus binnen het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De baten verspreiden zich over verschillende domeinen:

- zorg (meer patiënten behandelen met dezelfde capaciteit),
- patiënten en familie (besparing reis- en parkeerkosten)
- maatschappelijke participatie (vrijgekomen tijd actief zijn/blijven)
- bedrijfsleven (uitbreiding dienstverlening, versterking concurrentiepositie)



Figuur 12 Schotten in de zorg op 5 niveaus²

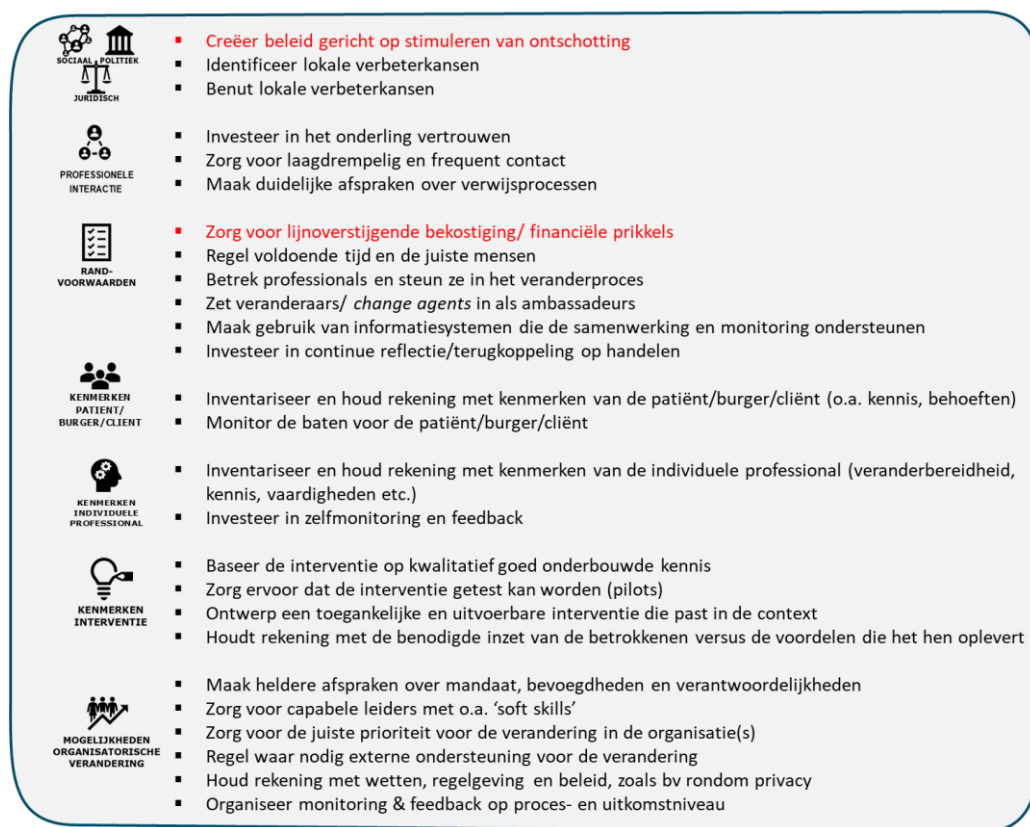
Welzijn op Recept kan bijdragen tot het verbeteren van het welbevinden en onnodig zorggebruik voorkomen. Kijkend naar figuur 12 behoren potentiële besparingen door verminderd zorggebruik binnen de Zorgverzekeringswet (zorgverzekeraars) en vallen de kosten binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (gemeenten). Echter, doordat gemeenten vooral de lasten en niet zozeer de baten ervaren, ontbreekt er een financiële prikkel om Welzijn op Recept tot een succes te maken. Integrale bekostiging of ook wel populatie bekostiging zou een oplossing kunnen zijn.¹⁶ Het idee hiervan is dat één tarief wordt vastgesteld voor de doelgroep die geschikt is voor Welzijn op Recept, opgebouwd uit een groot deel voor welzijn, een groter deel voor huisartsenzorg en een beperkt deel medisch specialistische zorg. Op deze manier zullen zowel gemeenten als zorgverzekeraars bijdragen aan de tariefstelling voor de doelgroep van Welzijn op Recept.

Concluderend blijkt dat bij de twee cases in dit onderzoek de (potentiële) maatschappelijke baten meer op de voorgrond staan dan de kosten. De nieuwe werkwijze is (nog) niet aantoonbaar goedkoper. Voor een goede start, voortzetting en opschaling is een passende financiering nodig met de juiste prikkels op de juiste plek.

5.4 Succesvolle strategieën

Hoe kunnen beleidsmakers, zorginkopers en zorgaanbieders de resultaten rondom succes- en faalfactoren inzetten om ontschotting te bewerkstelligen en te verzilveren? De resultaten rondom succes- en faalfactoren zijn vertaald in strategieën om ontschotting te bewerkstelligen en te

verzilveren (figuur 13). De aanbevolen acties gaan vooral over de implementatiekant en liggen in de invloedssfeer van de initiatiefnemers van een ontschottingsinitiatief. Door bijvoorbeeld kansen in de lokale context te herkennen en aan te grijpen voor ontschotting. Door een interventie te ontwikkelen die goed uitvoerbaar is en rekening houdt met de behoeften van de doelgroep (patiënt/burger/cliënt evenals professionals). Door de verandering te laten aansturen door capabele leiders met 'soft skills' om eventuele frustraties van projectleden/ betrokkenen goed te kunnen adresseren en mensen te enthousiasmeren. Die met mandaat en de juiste bevoegdheden de benodigde randvoorwaarden kunnen regelen, zoals financiële middelen, tijd, mankracht, faciliteiten en ook steun. Die bovendien de capaciteiten hebben om goede samenwerking in verschillende domeinen tot stand te brengen. Daarbij ook aandacht hebben voor de nieuwe kennis & vaardigheden die de individuele zorgprofessionals nodig hebben voor de verandering. En - zoals eerdergenoemd -, door de voortgang (proces) en de effecten (uitkomsten) goed te monitoren. Tegelijkertijd kunnen deze pioniers regionaal en landelijk worden ondersteund door beleidsmakers en zorginkopers met bijpassend beleid, wet- en regelgeving (roodgekleurd in figuur 13).



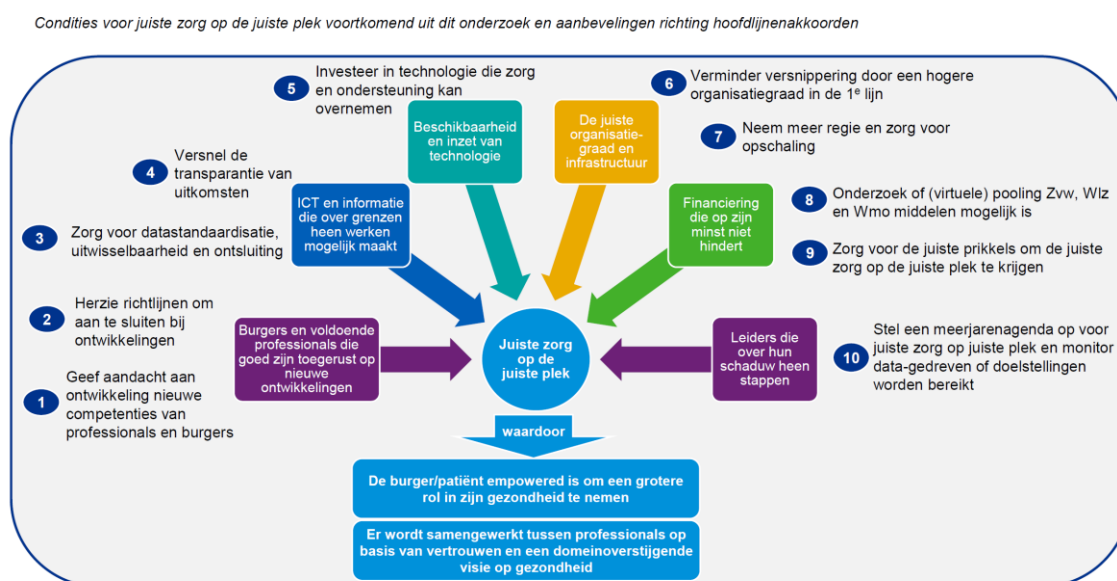
Figuur 13 Succesvolle strategieën voor ontschotting.

Rood= specifiek voor beleidsmakers en zorginkopers

De strategieën vertonen overeenkomsten met de acties die SiRM heeft geformuleerd voor kanteling van zorg (figuur 14) en de condities voor juiste zorg op de juiste plek van KPMG (figuur 15).^{2;38}

Financieel	Regulering	Praktijk
• Maak het verschuiven van budgetten makkelijker. • Maak realistische inschattingen van benodigde middelen.	• Haal zo veel mogelijk redundante reguleringsbarrières weg. • Stimuleer integrale zorginkoop	• Stimuleer patiëntgericht ondernemerschap • Werk aan een cultuur van samenwerken in de zorg. • Verbeter de transparantie van kwaliteit over de gehele keten • Werk aan onderling vertrouwen in het onderhandelingsproces

Figuur 14 Acties kanteling van zorg zoals omschreven door SiRM²



Figuur 15 Conditie juiste zorg op de juiste plek zoals omschreven door KPMG

Uit figuur 13 blijkt dat in dit onderzoek vooral de initiatienemers zelf aan zet zijn. Dit doet denken aan onderstaande oproep in de rapportage van de Taskforce De juiste zorg op de juiste plek:

“Mensen zijn de sleutel, wij zijn de sleutel! Echte verandering van ons gedrag begint met een gedeelde ambitie en visie. Dat we mogelijkheden zien en we in staat zijn die te benutten. Maar vooral ook: dat we de motivatie hebben dat te doen. Dat we gegrepen worden door het “waarom” van de verandering en ons aangesproken voelen in onze eigen wensen en professionele ambitie. Meedoen met de beweging voor de juiste zorg op de juiste plek mag niet vrijblijvend zijn, voor niemand. Willen, kunnen, durven!”³

De mensen in de drie cases van dit onderzoek hebben deze oproep niet nodig gehad. Zij hebben bevlogen samengewerkt met verbetering voor de individuele patiënt voor ogen.

5.5 Inzichten 15de AmCham Health Forum 2019

De resultaten van het onderzoek zijn tijdens het 15e AmCham Health Forum op 21 juni 2019 gepresenteerd. Aan de hand van onderstaande stellingen is discussie gevoerd in een panel met behandelaars, beleidsmakers, zorginkopers, en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties. Hierbij was ook ruimte voor inbreng voor de ca. 70 andere deelnemers, die onder meer werkzaam zijn bij ziekenhuizen, de overheid, pensioenorganisaties, adviesbureaus en de farmaceutische industrie.

STELLING 1	Ontschotting gaat alleen werken als de zorgprofessionals serieus de ruimte krijgen de sprong van klein naar groot te maken
STELLING 2	Om succes te boeken moet er locoregionaal initiatief worden genomen; dat kan het best door de ziekenhuizen en de wijkteams
STELLING 3	De patiënt moet worden verleid ('nudging') dan wel gedwongen om verantwoordelijkheid voor hoge en stijgende zorgkosten te nemen.

De belangrijkste bevindingen van de discussie zijn hieronder samengevat.

Ontschotten vraagt om professioneel verandermanagement

Activiteiten die bijdragen aan ontschotting worden vaak in gang gezet door zorgprofessionals met inhoudelijke kennis, gedrevenheid en enthousiasme. Dergelijke projecten doen zij meestal naast hun reguliere werk, waardoor er weinig tijd voor beschikbaar is. Daarnaast zijn de meeste zorgprofessionals niet opgeleid in verandermanagement. Ontschotting is echter een complex veranderproces, waarbij ondersteuning van een projectmanager met expertise op het gebied van (complexe) veranderprocessen wenselijk is. Met deze expertise kunnen vanaf het begin de voorbereidingen worden georganiseerd voor de fase van borging en opschaling. Als onderdeel hiervan hoort ook het opzetten van een gedegen proces rondom meten & monitoren. En daarnaast organiseren dat het patiënten perspectief zorgvuldig wordt meegenomen in het veranderproces: welke informatie heeft de patiënt nodig en hoe wordt deze informatie besproken/ aangereikt? Hoewel de zorgverzekeraar een project-/transitiemanager (tijdelijk) kan financieren, is het ook goed mogelijk dat deze persoon vanuit de betrokken organisatie(s) wordt ingezet. De feitelijke implementatie, inclusief borging, kost veel tijd en aandacht. Dat geldt ook voor de opschaling.

Ontschotting vraagt om een landelijke visie en locoregionale uitwerking

De problematiek, context en behoefte aan ontschotting kan verschillen per regio. Succesvolle initiatieven starten meestal lokaal en kleinschalig. Betekent dit dat de regie voor ontschotting vanuit locoregionaal niveau zou moeten plaatsvinden? In ons huidige stelsel van marktwerking concurreren zorgverzekeraars op prijs, maar er is ruimte om elkaar op inhoud te vinden. Teruggaan naar het oude systeem van regiovertegenwoordiging is dus wellicht niet nodig. Bepaalde problematiek vraagt bovendien om een landelijke visie en aanpak. De *sense of urgency* kan niet alleen bottom-up komen: de financiële en personele druk in de zorg vragen om een grote transformatie vanuit een visie en met meer snelheid. Enthousiasme en energie van individuen zijn waardevol, maar het thema moet naar een strategischer niveau worden getrokken. In veel projecten wordt namelijk de operatie ontschot, terwijl de onderliggende systeemproblemen onveranderd blijven. De visie in de hoofdlijnenakkoorden kan als strategische leidraad gelden. Dat geldt bijvoorbeeld voor Zorg op de

Juiste Plek. De sterkte toename van de multimorbiditeit onder de Nederlandse bevolking maakt dat ontschotting hét inhoudelijke vraagstuk van de toekomst is. Het komt nu neer op het operationaliseren van de hoofdlijnenakkoorden. Hierbij gaat het wellicht niet eens zozeer om wie het initiatief neemt, maar om het verbinden, faciliteren en kennis delen. Een zogenaamde “zwaan-kleef-aan beweging”.

Patiënten hebben ook een rol bij het beteugelen van de zorgkosten

In Nederland is sprake van een solidair gezondheidszorgsysteem, waarbij iedereen inkomensafhankelijk bijdraagt aan de zorgkosten van degenen die ziek worden. Zowel bij de hoogte van de premie voor de verplichte basisverzekering als de toegang tot de gezondheidszorg spelen persoonskenmerken zoals leeftijd, gezondheidstoestand en ziektekansen geen rol. Dat vinden we erg belangrijk. Tegelijkertijd zijn de zorguitgaven in Nederland onlangs tot een nieuwe record van € 100 miljard gestegen. Wat kan de rol van de patiënt zelf zijn in het beteugelen van de uitgaven in de zorg? De negatieve voorbeelden van patiënten die geen oog hebben voor de kosten in de zorg zijn bekend: patiënten met een ongezonde leefstijl die adviezen niet naleven, patiënten die onnodig naar de huisarts komen, patiënten die door betaling van € 1.200 per jaar de zorg als een *all you can eat* buffet beschouwen. Maar hoe maak je patiënten beter bewust van de kosten van hun keuzes? Binnen onze cultuur en met het complexe bekostigingssysteem in Nederland is het niet zo eenvoudig om de benodigde kennis en informatie op een goede manier over te brengen. Cruciaal is het goede gesprek in de spreekkamer: met voldoende tijd en de juiste informatie worden betere besluiten genomen. Besluiten die leiden tot passende en vaak goedkopere zorg en meer inzicht bij de patiënt over de eigen rol in het ziekteproces.

6. Conclusie

Op basis van dit onderzoeksproject kan een aantal conclusies worden getrokken ten aanzien van succesvolle strategieën voor ontschotting van zorg, alsmede de mechanismen die de implementatie van deze strategieën bevorderen en belemmeren.

Uit de cases in dit onderzoek blijkt dat ontschotting vaak door een kleine, enthousiaste groep wordt opgestart. Vanuit de overtuiging dat samenwerking over de grenzen van het eigen domein, buiten de geijkte paden, betere zorg en resultaten voor de patiënt oplevert. Met volharding en motivatie blijkt veel mogelijk in een systeem waarin wetten, regelgeving en beleid deze schot-overstijgende initiatieven niet ondersteunen of zelfs tegenwerken. Bij de implementatie vragen de stappen rondom het registreren en monitoren meer aandacht. Hierdoor worden de behaalde resultaten op proces en uitkomsten (baten) beter inzichtelijk. Daarnaast is een goede analyse van de doelgroep en setting van belang, zodat bij het ontwerp van de interventie rekening kan worden gehouden met de lokale context en kenmerken van de doelgroepen (patiënt/burger/cliënt en individuele zorgprofessional). Ontschotting kan worden beschouwd als een complex veranderproces en ondersteuning van een verandermanager kan bijdragen aan een goede start, duurzame voortzetting en opschaling van lokale initiatieven. Daarnaast zijn ook de beleidsmakers en zorginkopers aan zet. Met een strategische visie vertaald in passende financiering, wet- en regelgeving met de juiste prikkels op de juiste plek kan ontschotting op grote schaal worden toegepast. Anders blijft het beperkt tot lokale initiatieven van mensen die willen en durven pionieren en blijft een grootschalige transitie uit.

Missie *Waardevolle zorg voor iedereen.*

Onze missie is het met kennis en kunde ondersteunen van beleid en praktijk bij het streven naar goede, veilige en verantwoorde gezondheid(zorg).

Organisatie IQ healthcare is één van de 50 afdelingen binnen het Radboudumc en onderdeel van het Radboud Institute for Health Sciences. De leiding van IQ healthcare is in handen van Prof. dr. Gert P. Westert (directeur) en dr. Mariëlle Ouwers, MBA (bedrijfsleider).

IQ healthcare is een projectenorganisatie waarbinnen de projecten leidend zijn. Deze projecten hebben betrekking op onze drie kerntaken Onderzoek, Onderwijs en Dienstverlening. Alle projecten staan in onderlinge verbinding binnen de kennisgebieden van de thema's en de leerstoelen.

Thema's

- Persoonsgerichte zorg
- Professionele ontwikkeling en samenwerking
- Duurzame organisatie van zorgsystemen
- Verantwoord innoveren en ethiek
- Implementeren & evalueren van verbeteringen en innovaties

Leerstoelen

- Gezondheidszorgonderzoek
- Betaalbaarheid en doelmatigheid
- Kwaliteit van zorg voor infectie- en ontstekingsziekten
- Integrale zorg voor kwetsbare ouderen
- Patiëntgerichte innovatie
- Paramedische zorg
- Verplegingswetenschap
- Ethiek van zorg
- Farmaceutische zorg in de eerstelijnszorg

Contact

IQ healthcare
Postbus 9101, huispost 114
6500 HB Nijmegen
Telefoon: +31 (0)24 3615305
website: ighealthcare@radboudumc.nl

Bezoekadres
Geert Grooteplein 21, looproute 114
6525 EZ Nijmegen

www.ighealthcare.nl

Literatuurlijst (incl. referenties Appendices)

1. Wensing M, Grol RP. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Springer Media B.V.; 2017.
2. Strategies in Regulated Markets (SiRM). Next Level gezondheidszorg: hoe zorg beter en efficiënter kan. 2016.
3. Taskforce Zorg op de Juiste Plek. De juiste zorg op de juiste plek: wie durft? 2018. <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/>
4. Committee on Quality of HealthCare in America, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st century. Washington D.C.: National Academies Press; 2001.
5. Valentijn P. Rainbow of chaos: A study into the theory and practice of integrated primary care Ede: Print Service Ede; 2015.
6. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. Implementation Science. 2010;5:69.
7. Auschra C. Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. International Journal of Integrated Care. 2018;18(1): 5, 1–14.
8. Øvretveit J, Garofalo L, Mittman B. Scaling up improvements more quickly and effectively. International Journal for Quality in Health Care. 2017;29(8):1014–1019
9. Evans JM, Qiu M, MacKinnon M, Green E, Peterson K, Kaizer L. A multi-method review of home-based chemotherapy. European Journal of Cancer Care. 2016;25:883–902.
10. Corrie PG, Moody AM, Armstrong G, Nolasco S, Lao-Sirieix SH, Bavister L, Prevost AT, Parker R, Sabes-Figuera R, McCrone P, Balsdon H, McKinnon K, Hounsell A, O'Sullivan B, Barclay S. Is community treatment best? a randomised trial comparing delivery of cancer treatment in the hospital, home and GP surgery. British Journal of Cancer. 2013;109(6):1549-55.
11. Heijnders M, Meijs JJ. Welzijn op Recept: de uitdaging van samenwerken tussen zorg en welzijn. Nieuwegein: 2018.
12. Walburg JA. Mentaal Vermogen -Investeren in geluk (Mental Capital - The investment in happiness). Amsterdam: Nieuw Amsterdam; 2008.
13. Sinnema H, Smiesing J, de Ruiter M, Vossepoel L, Bolier L, Muntingh A, de Groot K. Welzijn op recept. Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept. Trimbos Instituut Utrecht; 2014.
14. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? BMJ. 2011;343: p. d4163.
15. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eenzaamheid>
16. Ranke S, van Haren J, Groenewoud S. Welzijn op Recept (WOR): hoe werkt het? Literatuuronderzoek naar de cruciale bestanddelen, hun werking en geschikte methoden voor het meten en monitoren van Welzijn op Recept. IQ healthcare: 2018.
17. Polley, M, Kimberlee R, Pilkington K, Refsum C. A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. 2017.
18. Pomp MV, Smiesing J, de Groot K, Heijnders M. Effectstudie Welzijn op Recept. Studie naar zorggebruik, sociale participatie en kosten. Nieuwegein: 2015.

19. Kinsella S. Social prescribing. A review of the evidence. Wirral: Wirral Council Business & Public Health Intelligence Team; 2015.
20. Gray CC. Bristol Health & Wellbeing Board. Developing a Social Prescribing approach for Bristol. 2013, NHS/ Bristol City Council: Bristol.
21. Bragg R, Leck C. Good practice in social prescribing for mental health: The role of nature-based interventions. Natural England Commissioned Reports; 2017.
22. Baker CL, Ellis E, Crone D. Artlift Wiltshire Move On Groups Final Report. University of Gloucestershire: Gloucester; 2017.
23. Bertotti M, Frostick C, Hutt P, Sohanpal R, Carnes D. A realist evaluation of social prescribing: an exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector. *Primary Health Care Research & Development*. 2017;19(3):232-245.
24. Dayson CB. Evaluation of Doncaster Social Prescribing Service: understanding outcomes and impact. Sheffield Hallam University: Sheffield: 2016.
25. Roseboom YK. Factsheet Welzijn op Recept Lewenborg. PRO-MPT Interim Management & Consultancy en Onderzoek en Statistiek Groningen: Groningen: 2016.
26. Kimberlee R. Gloucestershire clinical commissioning groups social prescribing service: Evaluation report. 2016.
27. Morton L, Ferguson M, Baty F. Improving wellbeing and self-efficacy by social prescription. *Public Health*. 2015;129(3):286-289.
28. Chatterjee HJ, Camic PM, Lockyer B, Thomson LMJ. Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. *Arts & Health*. 2017:1-27.
29. Kimberlee R. Proving our value: measuring the economic impact of wellspring healthy living Centre's social prescribing wellbeing programme for low level mental health issues encountered by GP services. Bristol: University of the West of England; 2014.
30. Vissers, D., Eindrapport Welzijn op Recept Delft. Pilot in twee huisartsenpraktijken in Delft 2013-2015. Zorgorganisatie Eerste Lijn: Delft; 2015.
31. Bertotti M, Frostick C, Hutt P, Sohanpal R, Carnes D. A realist evaluation of social prescribing: an exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector. *Primary Health Care Research & Development*. 2017;19(3):232-245.
32. Kimberlee R. Gloucestershire clinical commissioning groups social prescribing service: Evaluation report. 2016.
33. Fuller, M., Patient empowerment: a prescription for success. *Trends in Urology & Mens Health*, 2017. 8(6): p. 32-33.
34. Thomson LJ, Camic PM, Chatterjee HJ. Social prescribing: a review of community referral schemes. London: University College London; 2015.
35. Mossabir R, Morris R, Kennedy A, Blickem C, Rogers A. A scoping review to understand the effectiveness of linking schemes from healthcare providers to community resources to improve the health and well-being of people with long-term conditions. *Health & Social Care in the Community*. 2015;23(5):467-84.
36. Loftus AM, McCauley F, McCarron MO. Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. *Public Health*. 2017;148:96-101.
37. Weld S, Kimberlee R, Biggs O, Blackburn K, Clifford Z, Jones M. For All Healthy Living Centre's Healthy Connections Project. Final evaluation report and Social Return on Investment (SROI) Analysis. 2015.

38. KPMG. Juiste zorg op de juiste plek: onderzoek naar condities en consequenties. KPMG Advisory N.V: 2018.
39. VWS, Zorgverzekeraars Nederland en Alzheimer Nederland. Leidraad Ketenzorg Dementie. 2008.
40. Francke, A. Transmurale zorg: begrippen, beleidsontwikkelingen en basisvormen. In: Jaarboek Verpleegkunde '97. Dwingelo: Uitgeverij Kavanah; 1997.
41. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Transmurale zorg in Nederland. Een inventarisatie op basis van bestaande gegevensbestanden. Utrecht: Nivel; 1996.
<https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/betere-organisatie-van-zorg/>
42. NZa rapport Advies Substitutie 2012 / D. Wiersma, H. Kluiter, F. Nienhuis, M. Rüphan, R. Giel. Evaluatieonderzoek naar substitutie in de GGZ, Tijdschrift voor Psychiatrie. 1989;31(9).
43. Lemmens LC, Drewes HW, Lette M, Baan CA. Populatiegerichte aanpak voor verbinding van preventie, zorg en welzijn. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde 2017;161:D849.
44. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Goddycki-Cwirko M, Baker R, Eccles MP. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. Implementation Science. 2013;8:35.
45. Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School; 2006.
46. Pettigrew A, Ferlie E, McKee L. Shaping strategic change – The case of the NHS in the 1980s, Public Money & Management. 1992;12:3: 27–31.
47. Porter ME, Kaplan RS. How to Pay for Health Care. Harvard Business Review 2016;94, 7-8:88-100.
48. Van der Nat P, van Veghel D, Daeter E, Crijns H, Koolen J, Houterman S, Soliman M, de Mol B, Meetbaar Beter Study Group. Insights on value-based healthcare implementation from Dutch heart care. International Journal of Healthcare Management. 2017;1-4.
49. Kaplan RS, Witkowski M, Abbott M, Guzman AB, Higgins LD, Meara JG, Padden E, Shah AS, Waters P, Weidemeier M: Using Time-Driven Activity-Based Costing to Identify Value Improvement Opportunities in Healthcare. J Healthc Manag 2014; 59:399-413.
50. Porter ME. What is value in health care? New England Journal of Medicine. 2010;363:2477-2481.
51. Zipfel, N. Voordracht Skipr Masterclass 7 Value-Based Health Care: Methoden om verbetering te implementeren. 2018.
52. Grol R, Wensing M. Effective implementation of change in healthcare: a systematic approach. Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care, Second Edition 2013; 2:40-63.
53. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Improving patient care: the implementation of change in health care. John Wiley & Sons; 2013.
54. Wensing M, Grol R. Determinants of effective change. Improving patient care. 2005; 94-108.
55. World Health Organization (WHO), Regional office for Europe. Health system transformation: making it happen. 2016.

APPENDIX A Onderzoeksmethoden

Fase 1: literatuuronderzoek

Voor het verkennen succes- en faalfactoren is gekozen voor het design van een *scoping review*. In tegenstelling tot een systematische literatuur *review* kiest een *scoping review* een brede onderzoeksvraag en wordt er geen weging toegepast op de kwaliteit van de diverse gevonden studies.⁶ Het gaat vooral om het verkennen van de kennis en concepten die over het onderwerp aanwezig zijn, en niet zo zeer het ordenen en wegen van de kwaliteit van de aanwezige *evidence* voor succesvolle ontschottingsaanpakken. Het literatuuronderzoek dient uiteindelijk twee doelen:

1. verkennen van de succes- en faalfactoren van implementaties die dwars door schotten heen in verschillende compartimenten plaatsvinden;
2. ontwikkelen van een theoretisch raamwerk gericht op de implementatie van schot-overstijgende zorg waarbij patiënt-gerelateerde uitkomsten centraal staan.

In de zoektocht naar kennis over ontschotting is wetenschappelijke en grijze literatuur geraadpleegd. We zijn specifiek op zoek gegaan naar de succes- en faalfactoren bij de implementatie. Wat werkte wel en wat werkte niet? Welke interne en externe invloeden werkten belemmerend of bevorderen?

Zoekstrategie

De term ontschotting kent geen formele definitie. In kader A1 staan diverse omschrijvingen evenals begrippen weergegeven die in Nederlandstalige literatuur een soortgelijke ontwikkeling lijken aan te duiden. De kern van alle genoemde termen is een beweging of kanteling van aanbodgerichte naar werkelijk patiëntgerichte zorg. Zorg die wordt georganiseerd rondom een bepaalde groep patiënten, waaraan zorgverleners vanuit verschillende achtergronden en domeinen een bijdrage leveren.

Wetenschappelijke literatuur

In kader A2 staat de zoekstrategie uitgewerkt. Voor de verkenning van Engelstalige literatuur zijn de zoektermen *integrated care*, *interorganizational care* en *interorganizational collaboration* gehanteerd. Om succes- en faalfactoren te vinden zijn de volgende zoektermen toegevoegd: *barriers*, *fail*, *success*, *lessons learned*, *facilitators*, *beneficial*. De opbrengst van pilot zoekopdrachten was dusdanig omvangrijk en heterogeen, dat is besloten de aandacht te richten op *reviews* en de zoekperiode af te bakenen tot 5 jaar. De artikelen zijn afzonderlijk door twee onderzoekers gescreend. Bij twijfel over inclusie vond discussie plaats om uiteindelijk tot consensus te komen. De uiteindelijke identificatie en selectie van studies staan in figuur A1 toegelicht. De 6 geïnccludeerde *reviews* hebben in totaal 229 afzonderlijke studies meegenomen in hun analyse. Slechts twee studies kwamen in meerdere *reviews* voor (1 artikel in 2 reviews en 1 artikel in 4 reviews). Vanwege de verschillende manieren waarop de *reviews* de resultaten uit deze twee studies hebben verwerkt, zijn ze niet buiten beschouwing gelaten.

Ontschotting²

Gestructureerde en geïntegreerde regionale samenwerking tussen de domeinen in de zorg.

Ketenzorg³⁹

Ketenzorg is het samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij de patiënt centraal staat. In de zorgketen bestaan gradaties van eenvoudig en strikt volgtijdelijk tot complexe zorg.

Transmurale zorg⁴⁰

Uitgaande van de gedachte dat bij transmurale zorg sprake is van samenwerking tussen hulpverleners uit het eerste en tweede echelon, beschrijft een studie van het Nivel drie vormen van transmurale zorg:

1. Transmurale zorg verleend door specialistische en generalistische zorgverleners gezamenlijk.
2. Transmurale zorg door generalistische zorgverleners, met ondersteuning van specialistische zorgverleners.
3. Transmurale zorg rond opnames in of ontslag uit een specialistische instelling, geleverd door generalistische zorgverleners

Het betreft altijd muuroverschrijdende zorg.

Geïntegreerde zorg⁴¹

Geïntegreerde zorg is het bevorderen van interprofessionele samenwerking in en tussen de sectoren preventie, zorg en welzijn.

Substitutie⁴²

Het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie.

Populatiegerichte aanpak⁴³

Heeft tot doel de gezondheid van een populatie en de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de groei van kosten te beheersen, de zogenoemde *Triple aim*.

Kader A1 Begrip ontschotting en soortgelijke concepten

Grijze literatuur

Het onderzoeksrapport 'Next Level gezondheidszorg: hoe zorg beter en efficiënter kan' van SiRM is als belangrijke basis gebruikt.² De hierin opgenomen initiatieven bleken echter grotendeels niet of nog niet te zijn geëvalueerd, zodat weinig tot geen succes- en faalfactoren terug te vinden waren. Daarnaast zijn op de websites van de volgende organisaties relevante rapporten opgezocht: Rijksoverheid, MOvactor, Trimbos en RIVM (kader A2). Relevante referenties uit deze rapporten, zijn ook nagezocht. Aangezien de focus van SiRM op de schotten in de Zorgverzekeringswet (Zvw) lag, is ook expliciet gezocht naar initiatieven binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR

Database: PubMed

Zoektermen: ("integrated care"[Title/Abstract] OR "interorganisational collaboration"[Title/Abstract] OR "interorganizational collaboration"[Title/Abstract]) AND ("barriers"[Title/Abstract] OR "fail"[Title/Abstract] OR "success"[Title/Abstract] OR "lessons learned"[Title/Abstract] OR "facilitators"[Title/Abstract] OR "beneficial"[Title/Abstract]) AND ("2013/06/01"[PDAT] : "2018/06/01"[PDAT])

Inclusiecriteria:

1. Periode: 1 juni 2013 tot 1 juni 2018 (5 jaar)
2. Fulltekst in Engels of Nederlands beschikbaar
3. Type studie: systematische review
4. Ontschotting: gestructureerde en geïntegreerde regionale samenwerking tussen de domeinen in de zorg.
5. Het onderzoek moet zich richten op het implementatieproces van ontschotting. Exclusie volgt:
 - a. indien ontschotting alleen als 'interventie' of 'oplossing' wordt aanbevolen
 - b. indien slechts de effecten/ resultaten van de implementatie van ontschotting worden beschreven
 - c. indien slechts de zorginhoudelijke werkwijze/werkafspraken van het ontschottingsinitiatief worden uitgewerkt
6. Het onderzoek moet informatie bevatten over succes- en/of faalfactoren;
7. Populatie: geen restrictie in patiëntengroepen/ ziektebeelden

NEDERLANDSTALIGE GRIJZE LITERATUUR

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten>

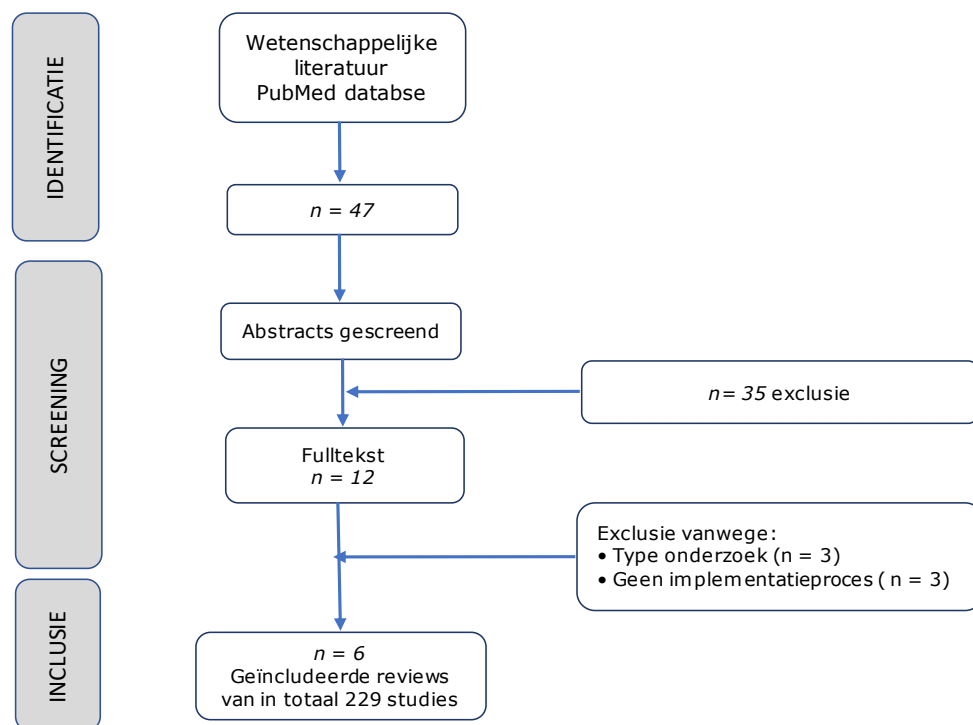
<https://www.trimbos.nl/>

<http://www.movactor.nl/>

<https://www.rivm.nl/>

Websites van de landelijke proeftuinen populatiemanagement

Kader A2 Zoekstrategie succes- en faalfactoren



Figuur A1 Identificatie en selectie van wetenschappelijke literatuur succes- en faalfactoren

Verwerken van de resultaten

Om de gevonden succes- en faalfactoren systematisch te ordenen, is de *Tailored Implementation For Chronic Diseases* (TICD) checklist als basis gehanteerd.⁴⁴ Deze checklist is ontwikkeld om *determinants of practice* te identificeren. Met andere woorden: factoren die verbetering in de praktijk van zorg kunnen bevorderen en/of belemmeren. De checklist sluit hierdoor goed aan bij de doelstelling van dit literatuuronderzoek.

De volgende stappen zijn doorlopen om de resultaten te ordenen en verwerken tot bruikbare input voor de volgende fase van dit onderzoek:

- Stap 1 *Longlist* opgesteld van alle gevonden succes- en faalfactoren in zowel de wetenschappelijke als de grijze literatuur.
- Stap 2 De factoren uit de *longlist* toegewezen aan domeinen en items van de TICD checklist en waar nodig items toegevoegd/aangepast.
- Stap 3 De aantallen succes- en faalfactoren geteld per domein en per item van de TICD checklist om tot een rangorde te komen.

Bij stap 2 zijn de factoren door twee onderzoekers toegewezen aan de verschillende domeinen en items van de TICD checklist. Bij elke factor is gekozen voor de meest geschikte optie en vond bij twijfel discussie en raadpleging van de bron plaats. We zijn ons ervan bewust dat enkele succes- en faalfactoren in meerdere domeinen zouden kunnen worden ondergebracht. De formulering van de factoren is dichtbij de bron gehouden. Sommige factoren zijn zowel als succes- en als faalfactor opgenomen. Ook zijn items die op het eerste gezicht positief overkomen toch gelabeld als een faalfactor, omdat dit in het artikel/document zo is weergegeven. In totaal zijn 36 factoren buiten beschouwing gelaten. Bijvoorbeeld omdat een adequate omschrijving ontbrak voor een goede interpretatie of vanwege te veel detail waardoor het lastig tot een bruikbare, algemene categorie was terug te brengen. Voor een aantal factoren bleek geen passend item in de TICD checklist beschikbaar. Vanwege het belang van deze factoren, is gekozen om voor dit onderzoek vijf items toe te voegen aan het raamwerk. In bijlage A1 is de complete TICD checklist weergegeven evenals de toegevoegde items. Figuur A2 biedt een visuele weergave van de domeinen uit de TICD-checklist.



Figuur A2 Domeinen TICD checklist⁴⁴

Raadpleging experts

In de eerste fase van het onderzoeksproject zijn ook diverse experts geconsulteerd om praktijkvoorbeelden te leren kennen en de onderzoeksmethode en selectie van theorieën voor het raamwerk verder aan te scherpen (tabel A1).

Naam	Affiliatie en beroep
prof. dr. Richard Grol	Emiritus-hoogleraar aan de Radboud Universiteit Nijmegen Onafhankelijk adviseur in de gezondheidszorg en als toezichthouder voor zorginstellingen
dr. Jan Peter Heida en Jori Hoendervanger, MSc.	Partner en consultant bij SiRM
drs. Corinne Tutein-Nolthenius	Directeur kortdurende zorg Rivas Zorggroep
drs. Wink de Boer	MDL-arts en tot 1 juli 2018 medisch directeur ziekenhuis Bernhoven
dr. Jan van Lieshout	Huisarts en senior onderzoeker bij IQ healthcare.
Nina Zipfel, MSc.	Promovenda IQ healthcare op het gebied van <i>Value Based Health Care</i>

Tabel A1 Geraadpleegde experts/stakeholders

Fase 2: Casuïstiek

De eerste fase van het onderzoeksproject heeft een overzicht van succes- en faalfactoren en een theoretisch raamwerk opgeleverd. Deze inzichten zijn in de tweede fase van het project als basis gebruikt voor het bestuderen van drie cases. Hierbij is de aandacht gericht op:

- het implementatieproces,
- succes- en faalfactoren,
- maatschappelijke kosten en baten (bij 2 van de 3 cases)

De cases zijn in overleg met de opdrachtgevers gekozen, waarbij een aantal criteria is gehanteerd:

- er is sprake van “schotoverstijgende” samenwerking,
- gericht op verbetering van de uitkomsten voor patiënten,
- waarbij kosten en baten zich over verschillende domeinen verspreiden.

Uiteindelijk zijn de volgende drie cases onderzocht: immunotherapie thuis (Radboudumc), Welzijn op Recept (landelijk) en het zorgprogramma Hartfalen (regio Midden-Brabant). In de volgende paragrafen staat weergegeven op welke wijze deze cases zijn geanalyseerd.

Casus immunotherapie thuis

Tijdens dit onderzoeksproject is de casus ‘immunotherapie thuis’ als volgt geanalyseerd:

- interviews met (oud-)leden van de projectgroep en management (n=13),
- interviews met medisch specialisten van patiëntengroepen die in het kader van opschaling relevant zijn (n=6),
- interviews met patiënten die thuistoediening hebben gekregen (n=9),
- analyse van project documenten: zorgpaden, notulen van de projectgroep, projectdocumenten.

Leden van de projectgroep en management zijn via de voorzitter van de projectgroep benaderd met de vraag of ze hun ervaringen willen delen voor een onderzoek naar de implementatie, succes- en faalfactoren van ontschotting. Iedereen wilde medewerking verlenen, echter met twee medisch specialisten van de “opschalingsgroep” is het agenda technisch niet gelukt om tot een afspraak te komen. Geïnterviewde patiënten waren patiënten die voor een gemetastaseerd melanoom immunotherapie in de thuissituatie kregen of hebben gekregen. Op basis van variatie in ervaringen met immunotherapie, geslacht, leeftijd, aantal thuisbehandelingen en hun reisafstand tot het Radboudumc werden patiënten, die voldeden aan de inclusiecriteria, mondeling of schriftelijk door een verpleegkundig specialist en onderzoeker benaderd voor deelname aan het onderzoek.

De interviews zijn afgenomen aan de hand van een topiclijst en duurden gemiddeld 30 minuten. Alle interviews zijn opgenomen en geluidsopnames zijn vervolgens uitgewerkt tot een samenvatting, en in het geval van de patiënten, een volledig transcript. Interview samenvattingen en transcripten zijn vervolgens thematisch geanalyseerd op basis van de selectie van relevante audio- en tekstpassages. In bijlage A2 is een overzicht van alle geïnterviewden weergegeven.

Voor het verkrijgen van inzicht in de maatschappelijk kosten en baten is financiële informatie opgevraagd via de managementverantwoordelijken in Radboudumc en Brocacef. Daarnaast is literatuur geraadpleegd.

Casus Welzijn op Recept

Onderstaand citaat geeft kernachtig weer waarom de casus relevant is in dit onderzoeksproject¹¹:

(..) “Want al lijkt Welzijn op Recept op het eerste gezicht een overzichtelijke interventie, achter de kernachtige titel houdt zich de volledige complexiteit van de wereld van zorg en ondersteuning schuil. Denk daarbij aan verschillende professionele domeinen met ieder een volledig eigen taal en cultuur, die opereren in verschillende wettelijke kaders, op basis van verschillende vergoedingssystemen en met verschillende paradigma’s over begrippen als onderbouwing en verantwoording.”

In dit onderzoek is ervoor gekozen om Welzijn op Recept als landelijk interventie te analyseren. Sinds de start in 2012 is de interventie in 70 gemeenten ingevoerd. De casus is als volgt geanalyseerd:

- sessies met de oprichters van het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept;
- literatuuronderzoek naar de effecten van Welzijn op Recept;
- literatuuronderzoek naar cruciale bestanddelen Welzijn op Recept (gebruik makend van een realist review door IQ healthcare (september 2018)).

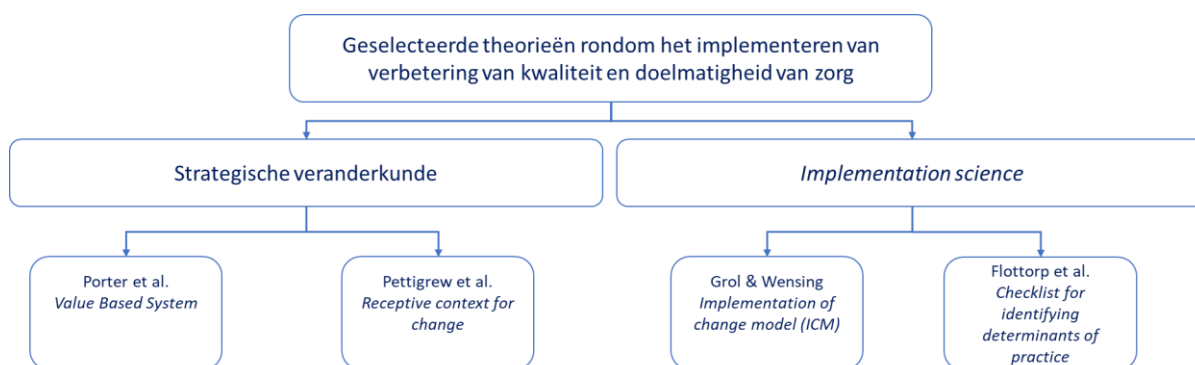
Casus zorgprogramma Hartfalen

De casus zorgprogramma Hartfalen (regio Midden-Brabant) is onderzocht aan de hand van 10 interviews met betrokken personen (uit de werkgroep Samendraads, het projectteam zorgprogramma Hartfalen, de Zorggroep Regionale Coöperatie Huisartsen; het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis en zorgverzekeraars CZ en VGZ) en de analyse van project documenten.

APPENDIX B Theoretisch raamwerk

Een veelheid aan theorieën, modellen en raamwerken bieden inzicht in de onderliggende mechanismen bij het implementeren van veranderingen. Uit de consultatie van experts is gebleken dat er geen blauwdruk bestaat. Vandaar dat in dit onderzoeksproject is gekozen voor een combinatie van complementaire theorieën/modellen als basis voor het bestuderen van de cases (figuur A3):

1. Theorie gericht op het opschalen van goede uitkomsten: *value based system*⁴⁵
2. Theorie gericht op het implementeren van verbeteringen: *Implementation of change model (ICM)*¹
3. Theorie gericht op de context van verandering: *receptive context for change*⁴⁶
4. Theorie gericht op het identificeren van factoren die verbetering in de praktijk van zorg kunnen bevorderen en/of belemmeren: *Tailored Implementation For Chronic Diseases (TICD)-checklist*⁴⁴
5. Theorie gericht op kenmerken van de doelgroep: fasen en stappen in het proces van verandering van zorgverleners en teams¹



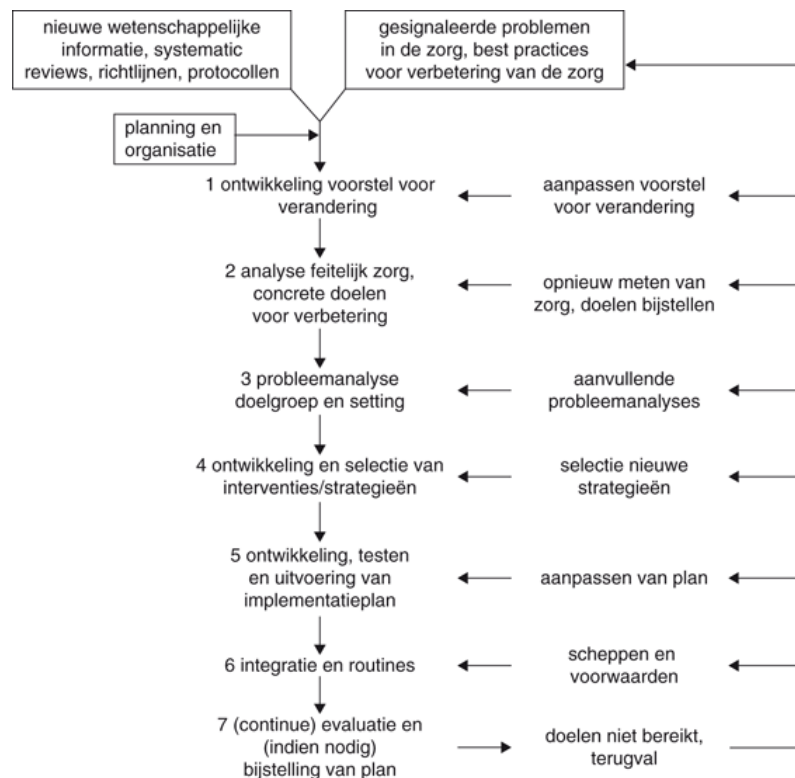
Figuur A3 Selectie verander- en implementatietheorieën voor dit onderzoeksproject

De basis van het model: proces en uitkomsten

Een belangrijk aangrijpingspunt voor succesvolle ontschotting ligt in het 'hoe' van de implementatie. Wensing & Grol hebben een wetenschappelijke aanpak voor het implementeren van interventies in de operationele setting van de geneeskunde en de gezondheidszorg ontwikkeld (figuur A4).¹ Dit *Implementation of Change Model (ICM)* vormt de basis van het theoretisch raamwerk voor dit onderzoeksproject.

Implementatie kan voortkomen uit nieuwe wetenschappelijke inzichten evenals problemen die gesignaleerd zijn in het zorgproces. Veranderingen kunnen zowel top-down als bottom-up worden gestart en gerealiseerd. De eerste stap in het model is het ontwikkelen en vaststellen van een voorstel voor verandering (concreet en haalbaar). De tweede stap is het in kaart brengen van de feitelijke zorgverlening (conform de voorgestelde werkwijze? belangrijkste afwijkingen?). De derde stap betreft een analyse van de doelgroep en setting. Binnen welke context vindt de verandering plaats, wat zijn de kenmerken van de stakeholders en welke factoren bevorderen of belemmeren de

implementatie? Op basis van de antwoorden op deze vragen vindt in stap vier de selectie van strategieën plaats. Hierbij wordt gestreefd naar een kosteneffectieve mix van maatregelen, methoden en strategieën die eventueel wordt uitgetest bij de doelgroep. Bij stap vijf worden de implementatieactiviteiten ontwikkeld, uitgetest en uitgevoerd. De volgende stap is gericht op het behoud van de verandering in de praktijk: de integratie van nieuwe werkwijzen of verbeteringen in routines (borgen). Tot slot vindt in stap 6 evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan plaats. De auteurs benadrukken dat het stappenplan niet bedoeld is als “rigide raamwerk, maar als een flexibel houvast”.¹ Tijdens het proces kan men op basis van evaluaties stappen teruggaan of juist een aantal stappen vooruitnemen.



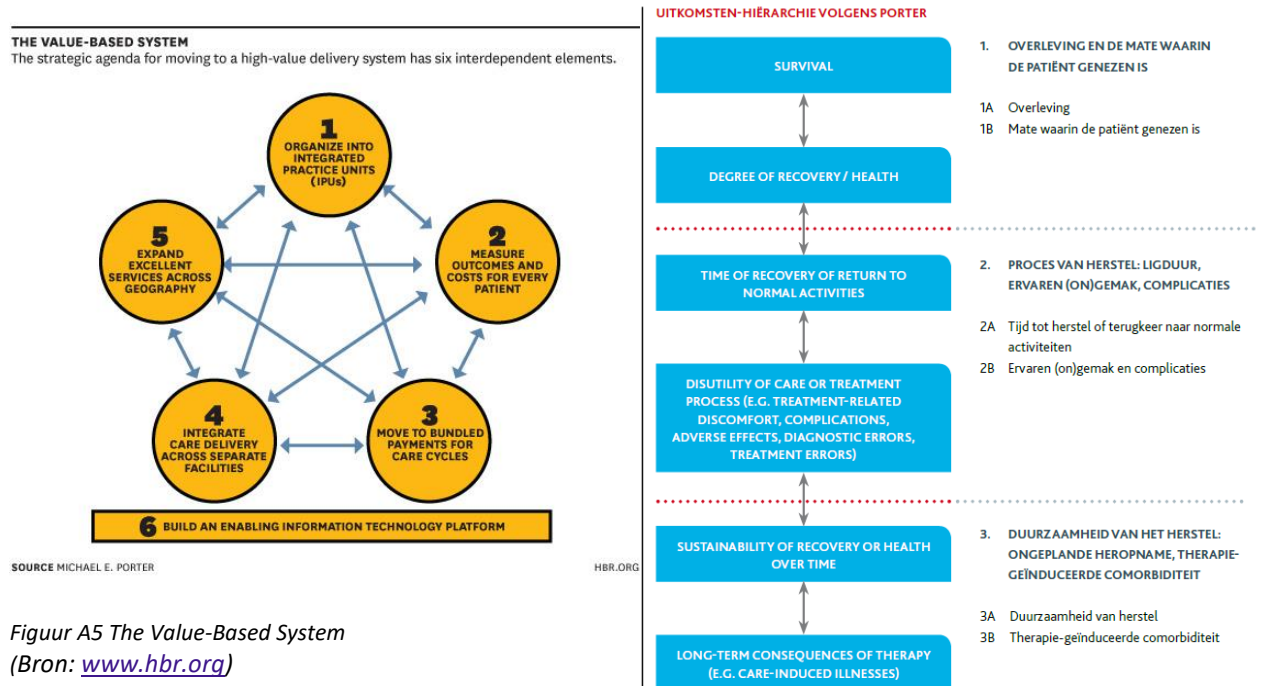
Figuur A4 Implementation of change model (ICM)¹

Vanwege de belangstelling voor het verbeteren van uitkomsten bij ontschotting van zorg, is het gedachtegoed van Porter in dit onderzoeksproject betrokken.⁴⁵ Porter & Teisberg introduceerden *value-based competition* gericht op resultaten als de beste strategie om bestendige verbetering van kwaliteit en doelmatigheid te realiseren. De *outcome* van de zorg voor de patiënt en de *bundle* van de producten en diensten om daar te komen staan centraal.⁴⁷ Porters' zogeheten *Value Based System* legt de nadruk op zaken zoals de organisatie van zorg en op het meten van de uitkomst van de behandeling (figuur A5). *Value Based Healthcare* (VBHC) heeft als doel om de gezondheidszorg te reorganiseren zodat meer waarde voor de patiënt wordt gerealiseerd.^{48;49} Waarde betekent volgens Porter: *achieving the best outcome at the lowest cost*.⁵⁰ Door uitkomsten en kosten te meten per aandoening, kunnen variaties worden geïdentificeerd en verbetermaatregelen bedacht. De financiering dient zich hierop te baseren. Het creëren van een *Value Based System* kan de aanleiding zijn tot ontschotting evenals het sluitstuk door betere grip op kwaliteit en kosten.

Uitkomsten kennen in de VBHC-methodologie een bepaalde hiërarchie (figuur A6):

- Niveau 1 overleving en de mate van herstel/verkregen gezondheidsstatus
- Niveau 2 het proces van herstel en eventuele complicaties
- Niveau 3 duurzaamheid van het herstel en lange termijn consequenties

Om een goed inzicht te bieden in de kwaliteit van zorg zijn alle drie de niveaus van belang.

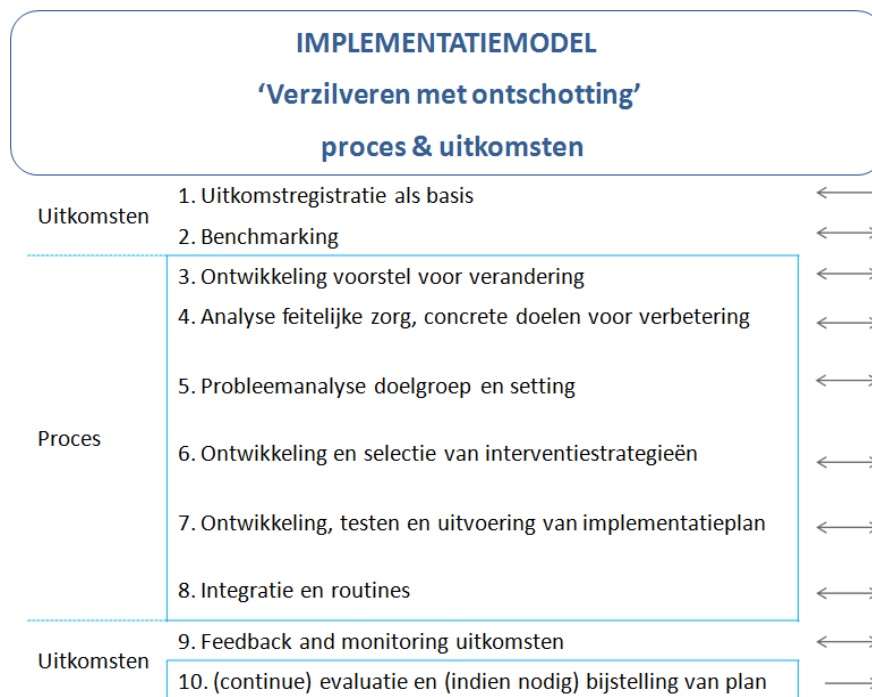


Figuur A5 The Value-Based System
(Bron: www.hbr.org)

Figuur A6 Uitkomstenhiërarchie VBHC

ICM en het VBHC gedachtegoed vullen elkaar goed aan. Dit is ook bevestigd tijdens de consultatie van experts. In de VBHC methodiek ontbreekt het aan een systematische aanpak voor de implementatie van verbeterinterventies. Ook is er minder aandacht voor politieke factoren, hoewel deze zich deels verschuilen achter stap 5 in figuur 9: *expand excellent services*. Tegelijkertijd is de aandacht voor het meten, benchmarken en continue feedback van uitkomsten wat minder prominent aanwezig in ICM. Vandaar dat beide modellen zijn gecombineerd (figuur A7). Dit model is ontwikkeld in een promotieonderzoek naar de implementatie van VBHC verbeterinterventies.⁵¹ Stappen 1 en 2 (uitkomstregistratie en benchmarken) zijn hierbij toegevoegd aan ICM, voorafgaand aan het ontwikkelen van een voorstel voor verandering (stap 1 in ICM). Vervolgens is stap 9 toegevoegd: feedback en monitoring van uitkomsten. Het model richt zich hierdoor op zowel proces als uitkomsten.

Stap 5 is een cruciale stap in het implementatieproces.⁵²⁻⁵⁴ Op basis van de bij deze stap verkregen informatie (succes- en faalfactoren, analyse relevante stakeholders) worden geschikte strategieën gekozen. In dit onderzoeksproject zijn we ook op zoek naar succesvolle ontschottingsstrategieën. Vandaar dat deze stap samen met experts nader is uitgewerkt met aanvullende theorieën.



Figuur A7 Basis theoretisch raamwerk voor dit onderzoek: ICM en VBHC⁵¹

Analyse van de doelgroep en setting

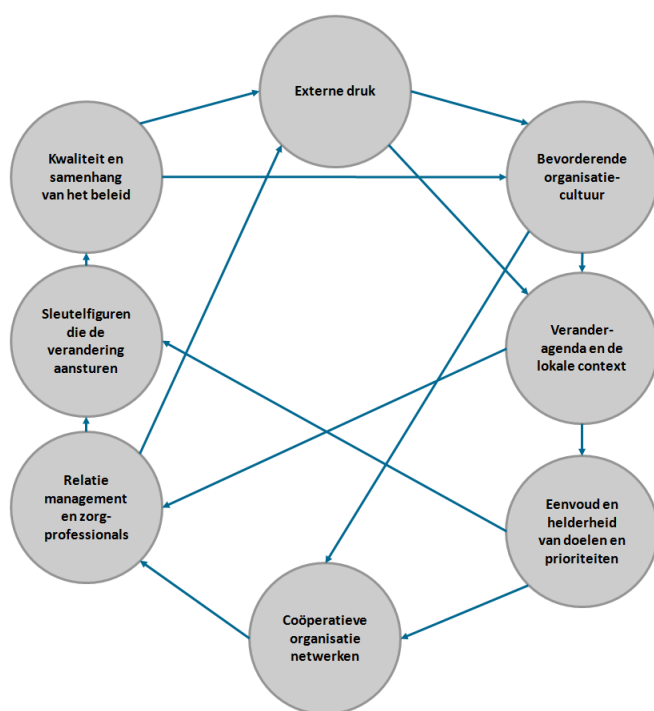
Voor de analyse van de doelgroep en setting zijn voor dit onderzoeksproject drie theoretische modellen gekozen die in deze paragraaf worden toegelicht.

Een theorie met expliciete aandacht voor de politieke context van een verandering komt van Pettigrew en collega's. Zij benadrukken het belang van een *receptive context for change* (kader A3).^{46;55}

"Receptive context are defined as situations where there are features of context, and also of management action that seem to be favourably disposed to change, and are associated with forward movement. On the other hand, non-receptive contexts are those situations where a combination of conditions effectively creates blockages or resistance to change."⁴⁶

Kader A3 Definitie receptive context for change

De auteurs onderscheiden 8 factoren die in onderlinge samenhang relevant zijn voor het bereiken van succesvolle strategische veranderingen (figuur A8). Ze waarschuwen dat het model niet gebruikt kan worden als een simpele afvinklijst, aangezien er voor het implementeren van complexe veranderingen geen simpel recept of *quick fix* is. De nadruk ligt op de context en processen die belangrijk zijn om grootschalige verandering te bereiken. Dit leidt tot andersoortig vragenstellingen en implementatie-strategieën. In tabel A2 staan de factoren zoals ze in dit onderzoeksproject zijn gehanteerd nader toegelicht.



Figuur A8 Receptieve context strategische verandering^{46;55}

Factor	Toelichting
Externe druk	Druk van buitenaf die tot meer urgentie leidt voor de verandering, (politiek) momentum
Bevorderende organisatiecultuur	Een cultuur die ruimte biedt voor het uitdagen en aanpassen van ideeën over succes en hoe dit kan worden bereikt.
Veranderagenda en lokale context	De 'fit' tussen de veranderagenda en de ontwikkelingen en invloeden in de lokale context
Eenvoud en helderheid van doelen en prioriteiten	Makkelijk te begrijpen doelen en prioriteiten die op de lange termijn houdbaar blijven
Coöperatieve organisatienetwerken	Samenwerking in een netwerk van verschillende organisaties vanuit diverse domeinen
Relatie tussen management en zorgprofessionals	De verstandhouding tussen managers en zorgprofessionals en de mate waarin ze kunnen samenwerken
Sleutelfiguren die de verandering aansturen	Sleutelfiguren op invloedrijke posities die de leiding nemen in de verandering.
Kwaliteit en samenhang van het beleid	Beleid dat is onderbouwd met robuuste data en consistentie tussen doelen, haalbaarheid, implementatievoorwaarden en beleid op andere terreinen

Tabel A2 Toelichting factoren receptieve context of change^{46;55}

Een verdere verdieping van het model van Pettigrew, is de *Tailored Implementation For Chronic Diseases* (TICD)- checklist van Flottorp et al.⁴⁴ Op basis van literatuuronderzoek en consensusbijeenkomsten hebben de auteurs een uitgebreide, geïntegreerde checklist van determinanten ontwikkeld, die verbetering in de zorgpraktijk kunnen bevorderen en/of belemmeren. Zoals in stappen 5 en 6 van het model in figuur A7 is het streven om deze determinanten in kaart te brengen, zodat strategieën op maat kunnen worden gemaakt voor een specifieke setting (*tailored implementation interventions*). De checklist sluit hierdoor goed aan bij de doelstelling van dit literatuuronderzoek en is ook door de geconsulteerde experts aangeraden. Het biedt voldoende

detailniveau voor de ordening van de succes- en faalfactoren uit de literatuur en voor analyse van de cases (bijlage A1).

Bij het implementeren van verbeteringen is het belangrijk om goed inzicht te verkrijgen in de betrokkenen, hun belangen en rollen in het proces.¹ Zoals weergegeven in ICM, doorlopen individuen, groepen (teams) of organisaties bij implementatie van veranderingen een aantal stappen om tot het beoogde handelen te komen. De fase waarin doelgroepen zich bevinden, is medebepalend voor de aanpak. Wensing & Grol hebben verschillende stapsgewijze modellen in de literatuur samengevat (figuur A9). Het is een verdere verdieping van het domein 'Professionele interactie (zorgverleners onderling)' in de TICD-checklist, zodat bij selectie van passende strategieën goed rekening kan worden gehouden met de fase waarin zorgverleners zich bevinden.

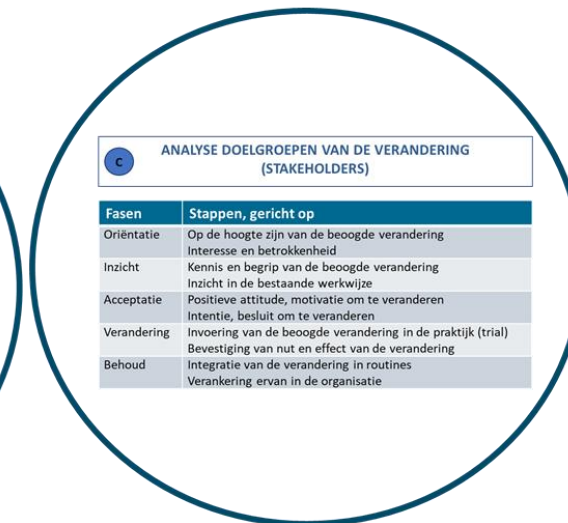
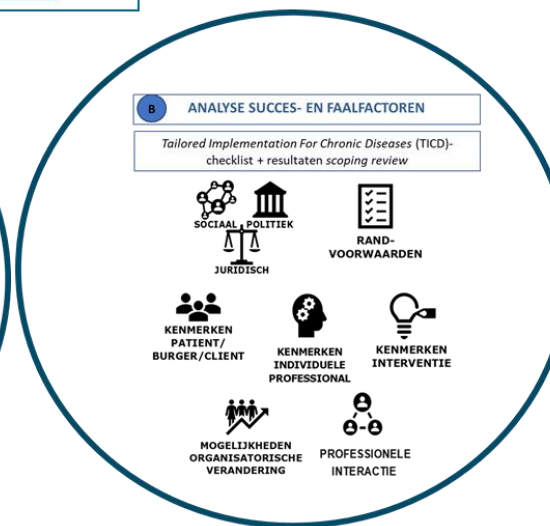
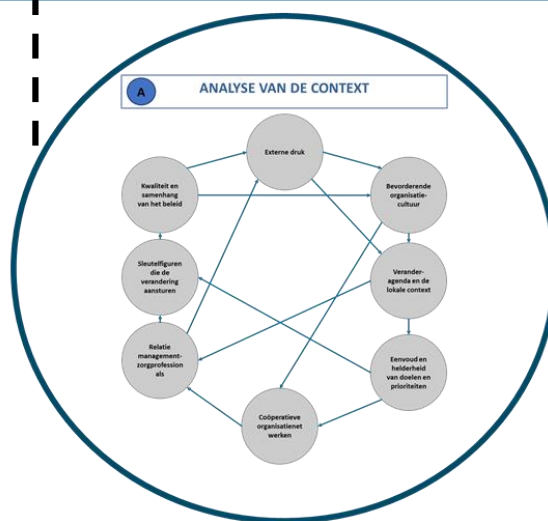
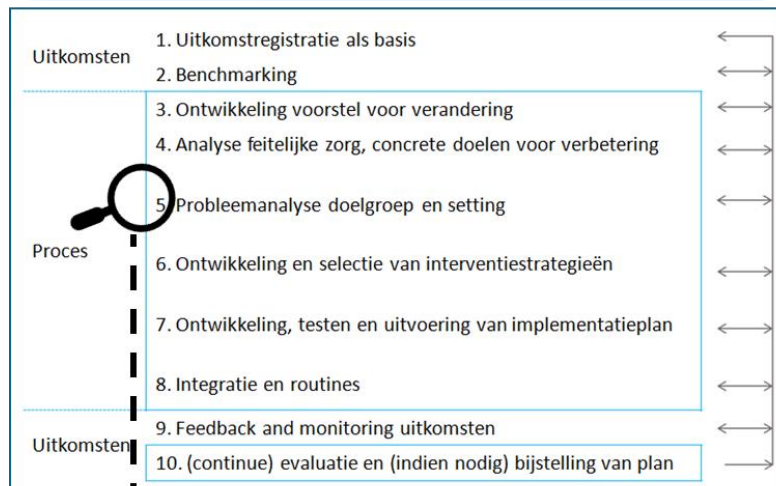
Fasen	Stappen, gericht op
Oriëntatie	Op de hoogte zijn van de beoogde verandering Interesse en betrokkenheid
Inzicht	Kennis en begrip van de beoogde verandering Inzicht in de bestaande werkwijze
Acceptatie	Positieve attitude, motivatie om te veranderen Intentie, besluit om te veranderen
Verandering	Invoering van de beoogde verandering in de praktijk (trial) Bevestiging van nut en effect van de verandering
Behoud	Integratie van de verandering in routines Verankering ervan in de organisatie

Figuur A9 Fasen en stappen in het proces van verandering van zorgverleners en teams¹

Door de theorieën/modellen in dit hoofdstuk te combineren, is een theoretisch raamwerk ontwikkeld dat we hebben gebruikt om de drie cases te analyseren (figuur A10). Linksboven is de basis van het raamwerk weergegeven: ICM met aandacht voor zowel proces als uitkomsten (VBHC). Vervolgens zijn onderaan drie complementaire theoretische modellen weergegeven voor de analyse in stap 5:

- A. Analyse van context (Pettigrew et al.)
- B. Analyse van succes- en faalfactoren (TICD-checklist Flottorp et al.) en de resultaten van de *scoping review*.
- C. Analyse van de doelgroepen van de verandering (stakeholders) (Wensing & Grol).

IMPLEMENTATIEMODEL 'Verzilveren met ontschotting' proces & uitkomsten



Figuur A10 Theoretisch raamwerk onderzoeksproject 'Verzilveren met ontschotting'

Bijlage A1 TAILORED IMPLEMENTATION FOR CHRONIC DISEASES CHECKLIST (TICD checklist)

Toegevoegde items aan TICD checklist voor dit onderzoeksproject:

Domeinen TICD checklist	Nieuw toegevoegde items n.a.v. literatuuronderzoek
(rand)voorwaarden	- gedeelde visie, strategie, waarden en doelen - investeren in vergroten kennis en vaardigheden professionals - beschikbaarheid van veranderaars/ change agents
mogelijkheden voor organisatorische verandering	(verander)cultuur van organisatie(s)
sociale, politieke en juridische factoren	lokale context

TICD checklist: origineel en versie zoals gehanteerd in dit onderzoekproject:

TICD CHECKLIST			TOEPASSING IN DIT ONDERZOEKSPROJECT		
TICD CHECKLIST DOMEINEN	SUBDOMEIN	DETERMINANTEN	DOMEINEN	SUBDOMEINEN	FACTOREN
Guideline factors	Recommendation	Quality of evidence supporting the recommendation	Kenmerken van de innovatie/ interventie	De innovatie/ interventie	kwaliteit van onderliggende bewijsvoering
		Strength of the recommendation			relatief voordeel
		Clarity			compatibiliteit / verenigbaarheid
		Cultural appropriateness			geloofwaardigheid
		Accessibility of the recommendation			consistentie
		Source of the recommendation			uitvoerbaarheid
		Consistence with other guidelines			toegankelijkheid
		Clarity			
	Recommended clinical interventies	Feasibility		Aanbevolen gedrag	
		Accessibility of the intervention			
	Recommended behaviour	Compatibility			compatibiliteit / verenigbaarheid
		Effort			benodigde inzet
		trialability			testbaarheid

TICD CHECKLIST			TOEPASSING IN DIT ONDERZOEKSPROJECT		
TICD CHECKLIST DOMEINEN	SUBDOMEIN	DETERMINANTEN	DOMEINEN	SUBDOMEINEN	FACTOREN
		Observability			evalueerbaarheid
Individual health professional factors	Knowledge and skills	Domain knowledge	Kenmerken van de individuele zorgprofessional	Kennis & vaardigheden	kennis van het specifieke domein/het ziektebeeld
		Awareness and familiarity with the recommendation			kennis van de aanbeveling/ interventie
		Knowledge about own practice			kennis over de eigen praktijkvoering
		Skills needed to adhere			vaardigheden om de interventie uit te voeren
	Cognitions (including attitudes)	Agreement with the recommendation		Cognitie (inclusief attitude)	achter de interventie staan/ betrokkenheid en inzet tonen
		Attitudes towards guidelines in general			geloof in verandering in het algemeen/ veranderbereidheid
		Expected outcome			vertrouwen dat naleving tot gewenst effect leidt
		Intention and motivation			concreet plan voor de interventie/ verandering
		Self-efficacy			vertrouwen de aanbeveling te kunnen opvolgen
		Learning style			voorkeuren m.b.t. leren/educatie
		Emotions			emoties
	Professional behaviour	Nature of the behaviour		Professioneel gedrag	kenmerken van het gedrag (wat moet anders: wanneer, waar, hoe, hoe vaak en met wie)
		Capacity to plan change			vermogen om veranderingen te organiseren
		Self-monitoring and feedback			zelf-monitoring en feedback
Patient factors		Patient needs	Kenmerken van de patiënt	n.v.t.	behoeften van de patiënt (gepercipieerd en daadwerkelijk)
		Patient beliefs and knowledge			persoonlijke overtuigingen, kennis en vaardigheden
		Patient preferences			persoonlijke voorkeuren
		Patient motivation			motivatie van de patiënt
		Patient behaviour			gedrag van de patiënt
Professional interactions		Communication and influence	Professionele interactie (zorgverleners onderling)	n.v.t.	communicatie en invloed
		Team processes			teamproces
		Referral processes			verwijsprocessen
Incentives and resources		Availability of necessary resources	(rand)voor-waarden	n.v.t.	beschikbaarheid van hulpmiddelen (financieel, personeel, faciliteiten, tijd etc.)
		Financial incentives and disincentives			financiële prikkels (positief en negatief)

TICD CHECKLIST			TOEPASSING IN DIT ONDERZOEKSPROJECT		
TICD CHECKLIST DOMEINEN	SUBDOMEIN	DETERMINANTEN	DOMEINEN	SUBDOMEINEN	FACTOREN
		Nonfinancial incentives and disincentives			niet-financiële prikkels (werkomstandigheden , ervaren steun, betrokken worden, carrière pad etc.)
		Information systems			Informatiesysteem (registratie en uitwisseling data)
		Quality assurance and patient safety systems			kwaliteits- en veiligheidsmanagementsystemen
		Continuing education system			systeem voor continu leren
		Assistance for clinicians			hulpmiddelen voor zorgverleners (checklists, patiëntinfo, decision aids etc.)
					gedeelde visie, strategie, waarden en doelen (NIEUW)
					investeren in vergroten kennis en vaardigheden professionals (NIEUW)
					beschikbaarheid van veranderaars/ <i>change agents</i>
Capacity for organisational change		Mandate, authority, accountability	mogelijkheden voor organisatorische verandering	n.v.t.	mandaat, bevoegdheid, verantwoordelijkheid
		Capable leadership			capabel leiderschap
		Relative strength and opponents			mate van steun of oppositie
		Regulations, rules, policies			wetten, regelgeving en beleid
		Priority of necessary change			prioriteit van de verandering
		Monitoring and feedback			monitoring en feedback
		Assistance for organisational change			behoefte aan externe steun voor verandering
					(verander)cultuur van organisatie(s) (NIEUW)
Social, political and legal factors		Economic constraints on the health care budget	sociale, politieke en juridische factoren	n.v.t.	beperkte financiële middelen voor de gezondheidszorg/ gelimiteerde groei
		Contracts			lopende contracten
		Legislation			wetgeving en landelijk beleid
		Payer or funder policies			beleid van financier
		Malpractice liability			aansprakelijkheid
		Influential people			invloedrijke personen
		Corruption			corruptie
		Political stability			politieke stabiliteit
					lokale context (NIEUW)

Bijlage A2 Interviews casus immunotherapie thuis

Funcities geïnterviewden	Rol in het project
apothekers (2x)	leden van de projectgroep
operationeel leidinggevende dagbehandeling en planbureau	Voormalig voorzitter projectgroep
Bedrijfskundig manager medische oncologie	Managementverantwoordelijke Projectgroeplid
Seniorsecretaresse Afdeling E30 dagbehandeling & kliniek Medische Oncologie	Ondersteuning projectgroep
Planner Medische Oncologie	Voormalig projectgroeplid
Verpleegkundige van de dagbehandeling	Projectgroeplid
Afdelingshoofd medische oncologie	Managementverantwoordelijke
Manager operations Brocacef	Managementverantwoordelijke Projectgroeplid
Verpleegkundige Brocacef	Projectgroeplid
Internist-oncoloog	Voormalig projectleider/ initiatiefnemer
Internist-oncoloog	Projectleider/ voorzitter van de projectgroep
Casemanager melanomen, verpleegkundige in opleiding tot specialist	Projectgroeplid
Internist-oncoloog met als aandachtsgebied nierkanker, blaaskanker, zaadbalkanker en neuro-oncologie	Behandelend specialist nieuwe patiëntengroep
Internist-oncoloog met hoofd-halskanker/ speekselklierkanker als aandachtsgebied	Behandelend specialist nieuwe patiëntengroep
Longarts met oncologie als aandachtsgebied (2x)	Behandelend specialist nieuwe patiëntengroep
Internist-oncoloog met sarcomen en nierkanker als aandachtsgebied	Behandelend specialist nieuwe patiëntengroep
Medisch oncoloog met urogenitale oncologie als aandachtsgebied	Behandelend specialist nieuwe patiëntengroep

Kenmerken van geïnterviewde patiënten met immunotherapie thuis (n=9)	
Geslacht, vrouwen (%); mannen (%)	67; 33
Leeftijd in jaren, mediaan (range)	51 (28-70)
Aantal thuisbehandelingen, mediaan (range)	8 (2-31)
Reisafstand (in km) naar ziekenhuis, mediaan (range)	1. 9-57)