

## SYNTHESE

# THUISHOSPITALISATIE: OPTIES VOOR EEN BELGISCH MODEL





## **SYNTHESE**

# THUISHOSPITALISATIE: OPTIES VOOR EEN BELGISCH MODEL

MARIA-ISABEL FARFAN-PORTET, ALAIN DENIS, LUT MERGAERT, FRANÇOIS DAUE, PATRIEK MISTIAEN, SOPHIE GERKENS





## ■ VOORWOORD

U heeft het wellicht niet opgemerkt op de kapt van dit rapport, maar dit is reeds studie nummer 250 van het KCE! Zonder ons in een uitgebreide retrospectieve te storten, kunnen we alleszins beweren dat het KCE een zeer uitgebreide waaier aan problemen heeft bestreken, en dat onze conclusies en aanbevelingen raken aan zowat alle aspecten van de gezondheidszorg en ziekteverzekering. Toch komen uit die grote diversiteit een aantal krachtlijnen naar voor, krachtlijnen die we, niet geheel toevallig, ook zien opduiken in het verhaal dat ons vandaag bezighoudt: thuishospitalisatie.

Eerste vaststelling: als het gaat om hervormingen in de gezondheidszorg, moeten we eens en voorgoed aanvaarden dat er geen toverformules zijn. Net zomin als al die andere innovaties die we in de reeks van onze 250 studies de revue zagen passeren, is ook thuishospitalisatie niet *dé* oplossing die als bij toverslag de problemen van de ziekenhuissector gaat oplossen. Een gezondheidszorgsysteem veranderen, gaat nu eenmaal alleen stap voor stap. En elke stap wordt liefst omzichtig gezet, na enkele pilootprojecten te velde.

Er is een tweede grote krachtlijn die doorheen de grote meerderheid van onze werkzaamheden loopt: geen vooruitgang in de zorg zonder speciale aandacht voor de kwaliteit van die zorg. En die kwaliteit vereist heel vaak dat de professionele excellentie van artsen en andere zorgverstrekkers ingebed wordt in een multidisciplinair zorgteam, met adequate taakverdeling en het delen van informatie. Integratie en continuïteit zijn zowat onontbeerlijke sleutelbegrippen geworden. Ook voor thuishospitalisatie geldt dit onverkort: zij kan slechts zinvol worden uitgebouwd wanneer zij deze logica resoluut integreert.

Een derde constante – en hierbij zullen we het laten – ook weer telkens opduikend in die voorbije twaalf jaren: de bewustwording dat, in deze 21<sup>e</sup> eeuw, de notie van ‘patiënt’ gaandeweg de etymologische betekenis verliest. Van ‘diegene die lijdzaam ondergaat’, wordt de patiënt nu een volwaardige partner, die de eigen gezondheid in handen neemt. Deze actieve rol, soms ook door de mantelzorgers opgenomen, is vanzelfsprekend ook een *conditio sine qua non* om een thuishospitalisatie ook maar enige slaagkans te bieden.

Niets nieuws onder de zon dus? Ja en neen. Want bij elk onderwerp waar onze onderzoekers zich in verdiepen, de wetenschappelijke literatuur doorspitten, de actoren op het terrein beluisteren... stuiten zij telkens toch op nieuwe specifieke uitdagingen en originele oplossingen. Ook hier weer legden ze een aantal vragen bloot die nog op creatieve oplossingen wachten, op maat van de lokale situatie. Dit rapport probeert de contouren te schetsen waarbinnen het praktijkonderzoek zich ideaal zou moeten bewegen.

Christian LÉONARD  
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS  
Algemeen Directeur



## ■ KERNBODSCHAPPEN

- Bij thuishospitalisatie (TH) wordt aan de patiënt thuis zorgen verleend, die anders enkel in het ziekenhuis kunnen worden gegeven.
- De bestaande TH-modellen in andere landen, zijn ontwikkeld om aan specifieke lokale behoeften te voldoen. Deze behoeften hangen op hun beurt dan weer af van de zorgsystemen van het betrokken land of regio. De heterogeniteit van de bestaande modellen en het gebrek aan een voorkeursmodel in de literatuur en bij de Belgische actoren geven aan dat TH momenteel bij ons best niet op grote schaal wordt ingevoerd, maar dat men beter begint met proefprojecten om de verschillende modellen zorgvuldig te kunnen testen en evalueren.
- Ondanks de grote heterogeniteit van de studies over TH kunnen we ervan uitgaan dat, op basis van de bestaande kennis, TH even veilig is als de klassieke hospitalisatie. Er zijn wel geen bewijzen dat ze meer doeltreffend is dan de klassieke hospitalisatie, behalve wat de tevredenheid van de patiënt en zijn omgeving betreft. Omdat overtuigende bewijzen in de literatuur ontbreken, zal dit alles moeten worden bevestigd na evaluatie van de proefprojecten.
- Uit de buitenlandse voorbeelden blijkt dat de criteria om als patiënt in aanmerking te komen voor TH, meer te maken hebben met de intensiteit van de zorgen (multidisciplinair, aantal visites, enz.) dan met een specifieke aandoening. De waaier aan diensten is groot en omvat curatieve zorg (medisch en postoperatief), palliatieve zorg en, in mindere mate, revalidatie en geestelijke gezondheidszorg, in functie van de lokale behoeften.
- Op organisatorisch vlak moet vooral aandacht worden gegeven aan een multidisciplinaire aanpak rond een behandelingsplan. Dat plan wordt opgesteld op basis van de behoeften van de patiënt. Daarnaast zijn empowerment en ondersteuning van de patiënt en zijn omgeving, de coördinatie van de zorg en van de niet-medische diensten, de zorgcontinuïteit (24/7) en de samenwerking met de bestaande structuren belangrijk. De Belgische actoren drongen er op aan om zoveel mogelijk gebruik te maken van de bestaande structuren in plaats van er nieuwe op te richten.
- De buitenlandse voorbeelden tonen aan dat de financiering doorgaans afhangt van de verankering van TH in het aanbod van de andere zorgverleners, en dus van de manier waarop deze laatsten worden gefinancierd. In België zal de TH-financiering afhangen van de aard van de medische interventies en van de verdeling van de verantwoordelijkheden tussen de verschillende partijen. Geschikte financiële stimulansen zijn wel onontbeerlijk voor de ontwikkeling van TH.
- In België is een wetgevend kader nodig om de veiligheid en kwaliteit van de zorg, verleend door deze nieuwe zorgmodaliteiten, te garanderen. Voordat we dergelijk programma invoeren, moeten we ook beschikken over voldoende opgeleid personeel en financiering, geschikte informaticatools en ondersteuning bij de besluitvorming en de coördinatie. Bovendien moeten er bruggen worden geslagen tussen de verschillende bestuursniveaus, omwille van de huidige bevoegdheidsverdeling op het vlak van gezondheidszorg, sociale diensten en persoonlijke bijstand. Hiervoor zullen multilaterale onderhandelingen nodig zijn en moeten nieuwe regels voor de overdracht van budgetten worden uitgewerkt.
- Of TH de kosten zal verminderen, zal afhangen van de manier waarop TH in België zal worden georganiseerd en gefinancierd. Meer studies zullen hiervoor nodig zijn. Het aandeel van de patiënt zal extra aandacht moeten krijgen, om te vermijden dat de kosten naar hem worden overgeheveld. Of een besparing mogelijk is zal uiteindelijk niet alleen afhangen van de mogelijkheid om alternatieven voor een ziekenhuisopname te bieden, maar ook van de mogelijkheid om de ziekenhuizen te herstructureren.



## ■ **SYNTHESE**

### **INHOUDSTAFEL**

■	<b>VOORWOORD</b> .....	1
■	<b>KERNBOODSCHAPPEN</b> .....	2
■	<b>SYNTHESE</b> .....	3
1	<b>CONTEXT VAN DEZE STUDIE</b> .....	5
1.1	ONDERZOEKSVRAGEN .....	5
1.2	METHODOLOGIE .....	6
2	<b>HET CONCEPT THUSHOSPITALISATIE</b> .....	7
2.1	EEN WERKDEFINITIE .....	7
2.2	VERSCHILLENDE MOGELIJKE MODELLEN.....	7
2.3	GEEN SPECIFIEKE DOELPOPULATIES.....	7
2.4	DOELTREFFENDHEID EN VEILIGHEID.....	8
2.5	EERSTE VASTSTELLING: HET IS TE VROEG OM TE VERALGEMENEN .....	8
3	<b>BASISELEMENTEN VOOR DE PROEFPROJECTEN</b> .....	10
3.1	BEPALING VAN PATIËNTEN EN KWALIFICATIECRITERIA.....	10
3.1.1	Kwalificatiecriteria .....	11
3.2	PLANNING, COÖRDINATIE EN VERSTREKKEN VAN DE TH-ZORGEN .....	11
3.2.1	Een multidisciplinair team rond de patiënt .....	11
3.2.2	Het opstellen van een geïndividualiseerd 'behandelingsplan' .....	12
3.2.3	Welke zorgen maken deel uit van TH? .....	12
3.3	NOODPLAN.....	13
3.4	EMPOWERMENT EN ONDERSTEUNING VAN DE PATIËNTEN EN HUN OMGEVING .....	13
3.5	ZORGCONTINUÏTEIT EN INTEGRATIE VAN DE TH-ACTIVITEITEN IN HET GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM .....	14
4	<b>IMPLEMENTATIE VAN EEN BELGISCH TH-PROGRAMMA: GEVOLGEN VOOR HET GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM</b> .....	15
4.1	EEN GESTRUCTUREERD KADER.....	15
	Normen en wetten .....	15
4.2	VOLDOENDE BEKWAAM PERSONEEL .....	16
4.2.1	Geschikt personeel opleiden.....	16



4.2.2	De TH-programma's aantrekkelijker maken en de beschikbare human resources opvolgen.....	16
4.2.3	Nieuwe titels en functies .....	17
4.3	EEN GESCHIKTE FINANCIERING .....	17
4.3.1	Andere punten om in aanmerking te nemen voor de financiering .....	18
4.4	PROCEDURES INZAKE DE ZORGKWALITEIT.....	19
4.5	ICT-TOOLS.....	20
4.6	STRUCTUREN TER ONDERSTEUNING VAN DE COÖRDINATIE EN EEN SAMENWERKING TUSSEN DE VERSCHILLENDE BEVOEGDHEIDSNIVEAUS .....	20
5	<b>BESLUIT</b> .....	<b>21</b>





## 1 CONTEXT VAN DEZE STUDIE

Door de grote technologische vooruitgang in de gezondheidszorg kunnen bepaalde zorgen, die vroeger alleen in een ziekenhuis konden worden gegeven, nu ook ambulante en zelfs gewoon bij de patiënt thuis worden toegediend. Dit vergemakkelijkte het voorbije decennium de opkomst van nieuwe zorgmodellen die de muren van het acute ziekenhuis een beetje deden afbrokkelen, terwijl het toch nog een onmisbare en onvervangbare haven bleef. Het komt er dus vooral op aan het juiste evenwicht te vinden tussen wat 'binnen' en 'buiten' deze muren moet gebeuren.

Het concept van thuishospitalisatie (TH) kadert perfect in die trend: bedoeling is de patiënt zoveel mogelijk te verzorgen in zijn natuurlijke omgeving, in plaats van in het ziekenhuis. Maar TH staat voor veel verschillende soorten aanpak, die elkaar soms zelfs tegenspreken. Een aantal vragen rijzen daarbij: welke zorgen kunnen buiten het ziekenhuis worden verleend? Wie kan die zorgen geven? Wie schrijft ze voor? Hoe moeten ze worden georganiseerd?

Voor TH kan ook om heel uiteenlopende redenen worden gekozen: het kan een oplossing bieden wanneer er te weinig bedden beschikbaar zijn in overbevolkte ziekenhuizen. Het is ook een manier om de kosten van de gezondheidszorg te verminderen door de verblijfsduur en/of het aantal opnames te verlagen. Daarnaast kunnen patiënten, dankzij TH, zoveel mogelijk in hun vertrouwde omgeving blijven, met respect voor hun voorkeur en vanuit een visie die meer is gericht op de vraag. We gaan er dan wel van uit dat patiënten meestal liever in hun vertrouwde thuisomgeving blijven.

In België is er echter een overcapaciteit aan ziekenhuisbedden (behalve voor geriatrische bedden). Bij ons zou TH dan ook vooral dienen om de zorgcontinuïteit te verzekeren, dus om de kloof tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis te doen verdwijnen, in combinatie met de politieke wens om de mensen zoveel mogelijk binnen hun familiale omgeving te houden.

Bovendien is België onlangs gestart met een grootschalige hervorming van het ziekenhuislandschap. Men buigt zich daarbij over fundamentele vragen zoals de eigenlijke rol van de ziekenhuizen, hun financiering en het beantwoorden aan de behoeften van de bevolking. TH was daarom nooit eerder zo actueel, en het neemt momenteel een prominente plaats op de politieke agenda in.

In 2012 en 2014 formuleerde het KCE al voorstellen voor een hervorming van de zorgorganisatie. Twee belangrijke onderwerpen kwamen daarbij aan bod: de zorg voor chronisch zieken en de financiering van de ziekenhuizen. Een gemeenschappelijk punt van deze studies – die daarmee een internationale tendens volgen – is dat de ziekenhuizen meer aansluiting moeten vinden op het zorgnetwerk rondom hen. Intra muros en extra muros moeten zich met elkaar integreren en aanvullen om de zorgcontinuïteit te versterken (*seamless care*). De noden van de patiënt moeten daarbij centraal staan. We moeten dus evolueren naar een systeem dat meer is toegespitst op de vraag dan op het aanbod.

In deze studie onderzochten we de internationale literatuur over TH en bekeken we de sterke en zwakke punten van de belangrijkste buitenlandse modellen. Vervolgens probeerden we de grote lijnen te schetsen van een model dat in ons land kan worden gebruikt.

### 1.1 Onderzoeksvragen

Deze studie gaat over de lessen die we kunnen trekken uit de buitenlandse TH-ervaringen en over de toepasbaarheid op het Belgische systeem. De drie onderzoeksvragen werden als volgt geformuleerd:

- 1. Welke evidentie is er over de doeltreffendheid en veiligheid van TH?**
- 2. Hoe wordt TH georganiseerd in een selectie van andere landen/regio's en welke lessen kunnen we daaruit trekken?**
- 3. Met welke belangrijke elementen moet rekening worden gehouden om TH in België te organiseren?**

Deze studie behandelt enkel kort de kosten van TH, omdat die zullen afhangen van de gekozen organisatie- en financieringsmodellen. Ze gaat ook niet dieper in op de voorwaarden voor de behandeling van specifieke ziekten in TH in België. Die twee punten zullen in de toekomst moeten worden onderzocht bij de evaluatie van de TH-proefprojecten.



## 1.2 Methodologie

Deze synthese bevat de voornaamste bevindingen en boodschappen uit ons wetenschappelijk werk. De geïnteresseerde lezer kan de meer gedetailleerde methodologie en de exhaustieve resultaten terugvinden in het uitgebreide wetenschappelijke rapport. De gebruikte methodologie omvat veel verschillende elementen:

**Hoofdstuk 1: studie van de systematische literatuurstudies** over de doeltreffendheid en veiligheid van TH. De kwaliteit van de literatuurstudies werd beoordeeld met behulp van de AMSTAR-schaal.

**Hoofdstuk 2: transversale analyse van de organisatie van het TH-systeem in 5 landen/regio's:** Frankrijk, Nederland, de autonome regio's Valencia en Baskenland (Spanje) en de staat Victoria (Australië).

We selecteerden **5 landen/regio's** die een zorgmodel ontwikkelden volgens het TH-concept uit de literatuur, en die er al een zekere ervaring mee hebben opgedaan:

- **Frankrijk** en **Spanje** (autonome regio's **Valencia** en **Baskenland**) worden vermeld als plaatsen waar TH een steeds belangrijker alternatief voor een ziekenhuisopname is geworden;
- **Australië** (staat **Victoria**) waar TH is opgestart in omstandigheden die lijken op de Belgische (met initiatieven op het terrein en proefprojecten);
- **Nederland**, dat strikt genomen nog geen TH-structuren ontwikkelde, maar dat een lange ervaring heeft met het verstrekken van complexe, multidisciplinaire thuiszorg.

Voor elk land analyseerden we websites van overheidsinstellingen en beroepsorganisaties. Die gegevens werden gevalideerd en aangevuld door experts uit die landen. De transversale analyse van de modellen voor een TH-organisatie werd uiteindelijk gevalideerd door internationale experts. De details van die transversale analyse vindt u in het uitgebreide wetenschappelijke rapport, hoofdstuk 2.

**Hoofdstuk 3: overzicht en analyse van gepubliceerde Belgische studies** over verwante thema's die een impact kunnen hebben op de organisatie van TH. Alle KCE-rapporten en andere studies die we via onze contacten met de actoren op het terrein en via de 'sneeuwbalmethode' (*snowball method*) verkregen, werden gescreend.

**Hoofdstuk 4:** bespreking van de mogelijkheden om TH te organiseren in België, op basis van persoonlijke, semi-gestructureerde interviews en workshops met **Belgische actoren in de gezondheidszorg**. De resultaten van dit hoofdstuk geven dus visies en geen 'bewijzen' of feiten weer. De persoonlijk geïnterviewde personen werden vooral gekozen omwille van hun **expertise en praktijkervaring**, terwijl de personen die op de workshop werden uitgenodigd, **vertegenwoordigers van de verschillende stakeholders** zijn. Kort vóór de voltooiing van het rapport, vond er nog een grotere raadpleging van de verschillende stakeholders plaats, om de resultaten en aanbevelingen van deze studie aan voor te stellen. U vindt een samenvatting van deze raadpleging in de bijlage van het rapport (sectie 5 van het Supplement).

De personen die we tijdens die verschillende raadplegingen ontmoetten, worden voortaan in deze synthese '**Belgische actoren**' genoemd. Ze behoren tot de volgende belangengroepen: beleidsmakers (federaal en deeltentiteiten), ziekenfondsen, ziekenhuizen, industrie, huisartsen en specialisten, apothekers, verpleegkundigen, patiënten, medisch-sociale instellingen, diensten voor thuiszorg en -hulp, en coördinatiestructuren.



## 2 HET CONCEPT THUISHOSPITALISATIE

### 2.1 Een werkdefinitie

Hoewel het concept TH al sinds de jaren 1950 bestaat, is er nog altijd geen uniforme definitie. Zowat overal ter wereld werden met veel enthousiasme en creativiteit verschillende modellen en begrippen gebruikt, wat tegelijkertijd voor chaos zorgde. Onze eerste opdracht was daarom het opstellen van een **werkdefinitie** voor het concept thuishospitalisatie (TH). In alle definities die we vonden kwam steeds het **niveau van complexiteit van de te verlenen zorgen terug**, het meest relevante element. De complexiteit van de zorg moet dusdanig zijn dat, zonder TH, de patiënt in het ziekenhuis zou moeten worden behandeld. Daarom gebruikten wij in onze studie de volgende definitie:

**Thuishospitalisatie betekent dat de patiënt thuis zorgen krijgt toegediend die anders enkel in het ziekenhuis kunnen worden gegeven.**

Onder 'thuis' verstaan we elke leefomgeving van een persoon, inclusief woonzorgcentra (WZC) en rust- en verzorgingstehuizen (RVT).

Het begrip TH overlapt met andere concepten die ook het ziekenhuisverblijf moeten verkorten of vervangen, en die de zorgverlening zo dicht mogelijk bij de natuurlijke omgeving van de patiënt moeten houden. Zo zijn er 'discharge planning', 'nurse-led care', 'care pathways', 'transmural care', 'intermediate care' en 'readmissions reduction interventions', die wij niet hebben onderzocht. Ook thuishospitalisatie en thuiszorg verschillen van elkaar. In België bestaat er momenteel nog geen erkend statuut voor TH, hoewel sommige actoren al bepaalde vormen van zorg als TH bestempelen. We ontdekten (en maakten kennis met) diverse initiatieven in verschillende sectoren: pediatrie, oncologie, dialyse en projecten voor 'algemene' ziekenhuiszorg. Onze studie heeft die eerste (niet-erkende) initiatieven niet geëvalueerd, maar hun opkomst toont wel aan dat er dringend een wetgevend kader nodig is om de veiligheid en kwaliteit van zorg binnen deze nieuwe zorgmodaliteiten te verzekeren.

### 2.2 Verschillende mogelijke modellen

Het overzicht van de wetenschappelijke literatuur en de transversale analyse tussen landen leverden ons niet veel betrouwbare informatie op over de beste modellen voor de organisatie van TH. De modellen kwamen meestal voort uit **proefprojecten** die moesten beantwoorden aan **specifieke lokale behoeften**, die op hun beurt dan weer **afhankelijk waren van de respectievelijke zorgsystemen**.

Na de analyse van de literatuur **konden we ook niet bepalen of één model beter is dan een ander**, op basis van de resultaten voor de patiënt of voor het gezondheidszorgsysteem.

Ons basierend op de literatuur stelden wij de **Belgische actoren drie theoretische modellen** voor: (1) een model waarin de zorgverleners van het **ziekenhuis** naar de woonplaats van de patiënt gaan; (2) een model waarin **autonome en onafhankelijke entiteiten** met vooral zorgverleners uit de eerstelijns de zorgen thuis bij de patiënt toedienen, en (3) een **gemengd model** waarin de eerstelijns- en ziekenhuiszorgverleners verschillende specifieke taken vervullen bij de patiënt thuis.

Tijdens de persoonlijke gesprekken kwam duidelijk een **grote polarisatie** van de actoren naar voor. Zij kozen meestal voor het model dat overeenstemde met hun eigen werksituatie.

### 2.3 Geen specifieke doelpopulaties

Onze transversale analyse hielp ons niet om een limitatieve lijst op te stellen van aandoeningen die in aanmerking kunnen komen voor TH. De meest gebruikte kwalificatiecriteria baseerden zich op de **intensiteit van de te verlenen zorgen**. Ze worden in elk land anders gekwantificeerd, maar worden in het algemeen bepaald door de mate van multidisciplinariteit of het aantal visites die de patiënt nodig heeft. Het aantal aandoeningen is immers groot: problemen met de luchtwegen, kanker, hematologische, cardiovasculaire en neurologische aandoeningen, NKO, reuma, spijsverteringsproblemen, aids en andere infectieziekten, diabetes enz.

In de literatuur vonden we zowel publicaties over **'algemene' TH-initiatieven** als over **specifieke doelgroepen**, zoals patiënten met mucoviscidose, respiratoire insufficiëntie (COPD), nierinsufficiëntie, diverse kankers, hartaandoeningen, CVA, longembolie of diepe veneuze trombose. Ook wordt er een veelheid aan technieken toegepast bij TH: dialyse, beademing, parenterale voeding, enz.



Alle Belgische actoren drongen aan op **duidelijk omschreven kwalificatiecriteria**, maar hun mening over de doelgroepen liep uiteen. Een meerderheid vond dat een TH-initiatief mogelijk moest zijn voor alle aandoeningen, terwijl de minderheid, die al proefprojectervaring had opgedaan, specifieke projecten per aandoening verkoos. Sommigen hadden al deelgenomen aan onafhankelijke initiatieven die net de bedoeling hadden om de patiëntengroepen te bepalen, die baat kunnen hebben bij TH (of waarvoor het ziekenhuis er financieel belang bij heeft om ze naar TH over te dragen). Er werd echter geen lijst van aandoeningen opgemaakt. Uiteraard zijn de doelgroepen ook afhankelijk van het plaatselijk beschikbare zorgaanbod.

## 2.4 Doeltreffendheid en veiligheid

In onze analyse van de internationale wetenschappelijke literatuur zagen we onduidelijke definities van het concept TH en een heel grote heterogeniteit bij de patiëntenpopulaties, de uitgevoerde tussenkomsten, de zorgorganisatie en de evaluatiemethoden. Een globale evaluatie van de **doeltreffendheid** of **veiligheid** van de geanalyseerde praktijken was daarom moeilijk uit te voeren.

### Verblijfsduur en heropnames

De resultaten m.b.t. de behandelingsduur zijn moeilijk onderling te vergelijken. Hoewel bepaalde studies een verkorting van het ziekenhuisverblijf vermelden, zijn er weinig bewijzen van een verkorting van de **totale duur van de zorgfase** (ziekenhuis + TH). Dit aspect lijkt niet onderzocht te zijn. We kunnen dus niet uitsluiten dat een langdurige TH de thuiszorg vervangt. Er zijn evenmin bewijzen dat TH het aantal heropnames vermindert of vermeerdert.

### Levenskwaliteit

M.b.t. de levenskwaliteit en de tevredenheid van de patiënten en hun omgeving, zijn de resultaten tussen de twee opties (ziekenhuis of TH), ietwat in het voordeel van TH. We mogen echter niet vergeten dat de meeste TH-proeven werden uitgevoerd bij patiëntenpopulaties die hadden ingestemd met een deelname (zelf-selectie) en die bovendien vrij streng werden geselecteerd.

### Complicaties en sterftecijfer

Geen enkele publicatie vermeldt een opmerkelijk hoger aantal complicaties of overlijdens bij TH dan bij een klassieke hospitalisatie.

Ondanks enig voorbehoud omwille van de heterogeniteit van de populaties en enkele methodologische beperkingen kunnen we – met de huidige kennis van zaken – stellen dat TH niet minder veilig lijkt dan de klassieke hospitalisatie, wanneer ze in een goed gestructureerd kader verloopt. Door de onzekerheden in de huidige studies zal dit wel moeten worden bevestigd door een evaluatie van de eerste initiatieven in België (bijvoorbeeld via proefprojecten).

De details van het literatuuronderzoek staan in deel 1 van het gedetailleerde wetenschappelijke rapport.

## 2.5 Eerste vaststelling: het is te vroeg om te veralgemenen

Na deze eerste fase van de studie stelden we het volgende vast: door **de heterogeniteit van de bestaande modellen en het gebrek aan een voorkeursmodel in de literatuur en bij de Belgische actoren vermoeden we dat TH momenteel best niet op grote schaal wordt ingevoerd. Er moeten eerder proefprojecten worden opgestart waardoor de verschillende mogelijke modellen zorgvuldig kunnen worden getest en geëvalueerd.**

Een bijkomende – en belangrijke – vaststelling is dat de Belgische actoren zeker vragende partij zijn en bereid zijn om deel te nemen. Een TH-programma in ons land zou volgens hen de volgende voordelen bieden:

- **een verbetering van de levenskwaliteit en de tevredenheid van de patiënten en hun omgeving;**
- **de de-institutionalisering van de patiënten, de vrijmaking van ziekenhuisbedden en de vermindering van de heropnames;**
- **een betere zorgkwaliteit en een vermindering van de risico's op ziekenhuisinfecties;**
- **een herwaardering van het imago van de eerstelijnszorg;**
- **meer patiëntgerichte zorgen en een meer holistische aanpak;**
- **een betere complementariteit tussen de verschillende zorgomgevingen;**



- **een betere therapeutische impact** (bijv. een beter begrip van het zorgplan, met empowerment van de patiënt en een verbetering van de therapietrouw), er bestaat daarbij ook wel **bezorgdheid voor een vermindering van de therapietrouw** (door een gebrek aan controle).

**De mogelijkheid om besparingen te doen** lijkt daarentegen geen grote motivator. Het lijkt hen trouwens weinig waarschijnlijk dat dit het geval zal zijn.

Ze pleiten **tegen de oprichting van nieuwe structuren**, maar wel voor een planning en organisatie van TH **volgens geografische zones** en voor **specifieke maar flexibele normen die aan verschillende behandelingsmodellen kunnen worden aangepast**.

Een mogelijk obstakel voor TH is de 'densiteit' die voor bepaalde zorgen vereist is. Soms houdt men een patiënt liever in het ziekenhuis, niet omwille van de 'complexiteit' van de zorg, maar omdat de zorgconcentratie voor een grotere efficiëntie en veiligheid zorgt. Het is bijvoorbeeld gemakkelijker om 20 patiënten met een intraveneus infuus op één afdeling te hebben dan 20 patiënten die allemaal thuis zijn.

Op basis van die eerste vaststelling stellen we hier een **eerste reeks aanbevelingen voor de uitwerking van de proefprojecten** voor:.

Verder in dit rapport analyseren we de beschikbare gegevens en de opmerkingen van de Belgische actoren grondiger, om zo de grote lijnen van de operationalisering van een Belgisch model te kunnen schetsen, en formuleren we:

- concrete aanbevelingen voor de mensen/organisaties op het terrein over de belangrijke activiteiten die op het terrein zullen moeten worden uitgevoerd bij de lancering van deze proefprojecten (**deel 3**);
- aanbevelingen gericht aan de beleidsmakers van volksgezondheid over de voorwaarden voor dit Belgisch model (**deel 4**).

### Aanbeveling 1

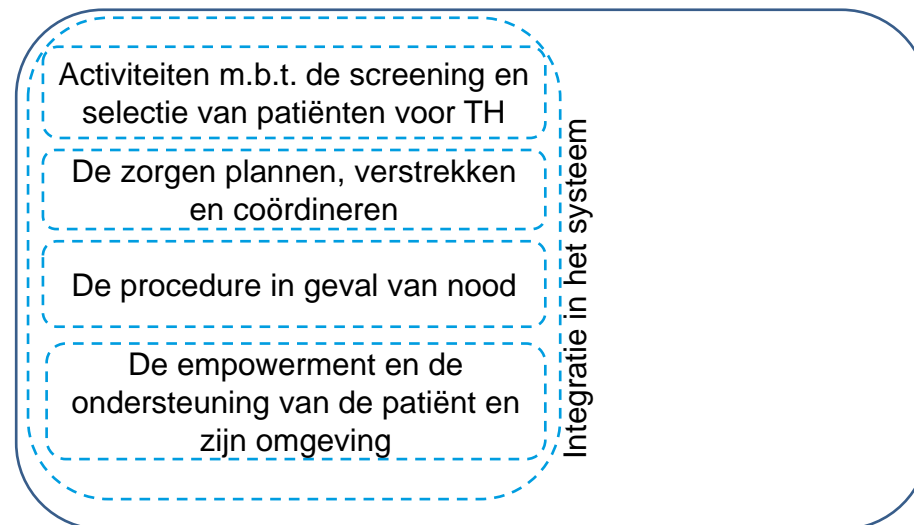
- **TH wordt momenteel best niet op grote schaal uitgevoerd. Beter is om verschillende modellen uit te proberen binnen het kader van proefprojecten.**
  - **Er moet een comité voor de begeleiding van die proefprojecten worden opgericht, om de projecten te selecteren, op te volgen en uiteindelijk te evalueren.**
  - **De criteria en indicatoren voor deze evaluatie moeten vóór de opstart van de proefprojecten door het begeleidingscomité worden vastgelegd en moeten door elk proefproject worden geregistreerd.**
  - **Met behulp van deze criteria en indicatoren kan voor elk van de betrokken zorgdomeinen de kwaliteit en het resultaat van de zorg (doeltreffendheid en efficiëntie) worden geëvalueerd, en kunnen ook de tevredenheid en levenskwaliteit van de patiënten en hun omgeving worden gemeten, om zo deze verschillende items te kunnen vergelijken met bestaande alternatieven (klassieke hospitalisatie en dagziekenhuis) over de volledige zorgperiode.**
  - **De definitie en de organisatiekenmerken van TH mogen momenteel niet te restrictief zijn, zodat er bewegingsruimte blijft voor vernieuwende initiatieven en een zekere flexibiliteit op lokaal niveau. Een minimale voorwaarde is wel dat de definitie van TH gerespecteerd blijft, m.a.w. dat men zich beperkt tot het verstrekken van zorg die anders in een ziekenhuis had moeten worden aangeboden.**
  - **Elk TH-project moet zijn eigen selectiecriteria bepalen, die worden vastgesteld in termen van (minimale en maximale) zorgcomplexiteit, de frequentie en duur van de dagelijks vereiste zorgen, de vereiste vaardigheden en apparatuur, en de geografische zone die wordt bediend.**
  - **Een verzekerde experimenteermarge moet aan de proefprojecten worden toegestaan om verschillende financieringsmodaliteiten te kunnen testen (bijv. via een conventie), met inbegrip van de mogelijkheid om zorg, die momenteel uitsluitend binnen het ziekenhuis wordt gefinancierd, ook buiten het ziekenhuis te financieren.**



### 3 BASISELEMENTEN VOOR DE PROEFPROJECTEN

Dit deel omschrijft de basiselementen voor de lancering van proefprojecten om op het terrein diverse TH-modellen uit te proberen.

**Afbeelding 1 – Lijst met activiteiten vereist voor een hoogwaardig en patiëntgericht TH-programma** (geïnspireerd door de position paper over de zorg aan chronische patiënten (KCE Report 190))



#### 3.1 Bepaling van patiënten en kwalificatiecriteria

##### Aanbeveling 2

- Naast de klinische evaluatie moet de beslissing tot opname van elke patiënt gebaseerd zijn op een evaluatie van zijn sociale en familiale omgeving, om na te gaan of hij voldoende ondersteuning krijgt en of zijn leefomgeving veilig en geschikt is voor een TH.
- De patiënt en zijn omgeving moeten goed geïnformeerd zijn over de mogelijkheid om te kiezen tussen TH en andere modaliteiten (meestal het ziekenhuis). Als ze (de patiënt, maar ook zijn omgeving) kiezen voor TH, moeten ze hiervoor toestemming geven.

In de buitenlandse modellen kunnen medisch **specialisten en huisartsen** een TH voorstellen. Maar in de praktijk komt zo'n voorstel zelden van een professional van buiten het ziekenhuis. We zien hier een gelijkenis met de palliatieve zorg in België, waar huisartsen ook aarzelen om deze zorg (tijdig) aan te bieden aan patiënten die er baat bij kunnen hebben. Daarom nemen de onderzochte landen momenteel initiatieven om **huisartsen te sensibiliseren**. We ontdekten ook een aantal informaticatools om de patiënten die in aanmerking kunnen komen voor TH **proactief te identificeren**. De tools worden echter uitsluitend ontwikkeld in ziekenhuisafdelingen (en dan vooral op spoeddiensten). Zie voor details hierover het Supplement (secties 'IT services')

De Belgische actoren zijn het niet unaniem eens over de eindverantwoordelijkheid voor de beslissing om een patiënt in TH te plaatsen. Volgens sommigen ligt die verantwoordelijkheid uitsluitend bij de **voorschrijver** (de huisarts of de ziekenhuisspecialist, afhankelijk van het model), terwijl volgens anderen die beslissing **samen moet worden genomen** door de voorschrijver, de patiënt en zijn familie, en andere terreinactoren, zoals de thuiszorgstructuren. Ook de rol van een **coördinerend arts** of een **coördinatiecentrum** werd genoemd.



### 3.1.1 Kwalificatiecriteria

In de uitwerking van proefprojecten moet een zekere vrijheid worden gelaten om te experimenteren. Elk project moet wel **duidelijke insluitings- en uitsluitingscriteria** voor TH bepalen. Dit vermijdt vooral de insluiting van patiënten die klassieke nursingzorgen aan huis moeten krijgen.

Zoals hierboven al vermeld (deel 2.3), hanteren de TH-programma's in het buitenland criteria die vooral zijn gebaseerd op de **intensiteit van de zorg** (multidisciplinair karakter, frequentie van visites enz.) eerder dan op een specifieke aandoening. De criteria voor die zorgintensiteit verschillen van land tot land en evolueren doorheen de tijd en naargelang de technieken (zie de bijlage bij het rapport voor een omschrijving van die criteria per land).

Naast de criteria m.b.t. de zorgintensiteit wijzen de internationale analyse, de interviews en de focusgroepen met de Belgische actoren ook op de volgende voorwaarden die moeten zijn vervuld:

- de patiënt moet zich in een **stabiele toestand** bevinden;
- zijn toestand mag geen zware apparatuur of de permanente aanwezigheid van een professional vereisen;
- de patiënt moet **voldoende en goed zijn omringd**;
- de **woonplaats** moet geschikt en veilig zijn;
- de patiënt en zijn naasten moeten **hun toestemming geven** voor de thuishospitalisatie. Dat betekent dat ze duidelijk **werden ingelicht dat ze de keuze hadden** tussen zorg in het ziekenhuis en in de woonst, en dat ze die keuze formeel hebben aangegeven;
- de **geografische afstand** die het TH-team moet afleggen werd ook als criterium aangehaald.

## 3.2 Planning, coördinatie en verstrekken van de TH-zorgen

### Aanbeveling 3

- **Er moet een interdisciplinair team worden samengesteld, met een gemeenschappelijk behandelingsplan dat afgestemd is op de noden van de patiënt en de lokale situatie. De rol en verantwoordelijkheden van elke gezondheidswerker, van de andere partijen betrokken bij de behandeling, en van de patiënt en zijn omgeving moeten in dit behandelingsplan duidelijk omschreven worden. Dit plan bepaalt o.a. wie de activiteiten tussen de verschillende gezondheidsdiensten en tussen de gezondheidsdiensten en de sociale diensten coördineert, welke arts instaat voor de medische opvolging en wie het dossier van de patiënt moet bijwerken.**
- **De medische en niet-medische diensten die binnen het TH-project worden verleend, moeten zoveel mogelijk steunen op reeds bestaande diensten, structuren en programma's. Voor zeer gespecialiseerde of 'zeldzame' tussenkomsten worden best overeenkomsten tussen de TH-dienst en 'gespecialiseerde centra' of 'gespecialiseerde gezondheidswerkers' afgesloten.**

De transversale analyse en de Belgische actoren wezen op het belang van een **multidisciplinair team** en de uitwerking van een nauwkeurig, gedetailleerd en geïndividualiseerd **behandelingsplan** dat de rollen van elke partij verduidelijkt, en dat rekening houdt met de patiënt en zijn omgeving.

#### 3.2.1 Een multidisciplinair team rond de patiënt

Het belang van een multidisciplinaire aanpak op basis van de behoeften van de patiënt vormt een rode draad door de literatuur en de modellen in de verschillende bestudeerde landen. De rol van elke zorgverlener moet duidelijk worden omschreven:

##### De rol van de arts

De rol van de specialist en/of huisarts bij de huisbezoeken is niet in alle landen gelijk. In Frankrijk staat een huisarts – bij voorkeur de behandelende arts van de patiënt – in voor de medische opvolging. In de Spaanse



autonome regio's is die rol voorbehouden aan een arts verbonden aan de TH-structuur, huisarts of internist. In Victoria (Australië) en in Nederland moet de medische opvolging in handen blijven van een specialist van het ziekenhuis.

Voor de Belgische actoren is de **betrokkenheid van de huisarts essentieel om de zorgcontinuïteit te kunnen garanderen**, maar over de graad van betrokkenheid verschillen de meningen. Enkele voorwaarden zijn echter essentieel voor de **medische opvolging** door de huisarts: een nauw contact met de specialist kunnen onderhouden, zich door een collega kunnen laten vervangen wanneer hijzelf is verhinderd, en een efficiënte coördinatie tussen de medische zorg, de sociale diensten en de ondersteuningsdiensten. Het huidige werkingsmodel voor palliatieve zorgen werd herhaaldelijk vernoemd als een oplossing die aan TH kan worden aangepast, met een gespecialiseerd ondersteuningsteam om de huisarts bij te staan.

#### **De rol van het verplegend personeel**

Alle bronnen die wij raadpleegden, **geven de verpleegkundigen een heel belangrijke rol** in de TH-initiatieven. Voor de eerste lijn (thuiszorg) kunnen specifieke opleidingen noodzakelijk zijn (zie deel 4.2). Bij heel complexe zorgen of als de eerste lijn niet beschikt over de nodige expertise (bijv. voor zeldzame ziekten), werd voorgesteld een beroep te kunnen doen op de verpleegkundige ziekenhuisteams. Maar wat zijn precies 'complexe zorgen'?

#### **De rol van de apotheker**

De rol van de apotheker hangt vooral af van de link tussen TH en ziekenhuis. In Australië zijn sommige ziekenhuisapothekers lid van het TH-team. In Frankrijk, waar autonome TH-eenheden mogelijk zijn, wordt de rol van de apotheker bij de opvolging van de medicatie van de patiënt steeds belangrijker. We komen hier later nog op terug (zie deel 4.2).

#### **De rol van de andere professionals**

Uit de transversale analyse blijkt dat de betrokkenheid van andere professionals (medisch en andere) meestal per geval wordt bepaald. Omdat in België steeds meer patiënten hun ziekenhuiszorg thuis zullen krijgen, worden volgens de Belgische actoren de andere professionals best op een gestructureerde manier geïntegreerd in de zorgprocessen.

#### **De rol van technici en de industrie**

De rol van de technici die specifieke apparatuur leveren en van de aanverwante diensten wordt enkel in de Franse projecten vermeld. De Belgische actoren onderstreepten het belang van een goede **omschrijving van de rol van de industrie** voor het gebruik van de medische apparatuur en de aflevering van bepaalde medicatie in TH.

#### *3.2.2 Het opstellen van een geïndividualiseerd 'behandelingsplan'*

Het behandelingsplan (term wordt verkozen boven 'zorgplan' omdat behandeling ruimer is dan enkel verzorging) moet worden uitgewerkt volgens de **doelstellingen die samen met de patiënt en zijn familie worden bepaald**. Het moet de volgende elementen bevatten: de verdeling van de medische verantwoordelijkheden, het beheer van de geneesmiddelen, de planning van de opvolging, de begindatum, de te nemen stappen bij een noodgeval en een duidelijke limiet die bepaalt wanneer de patiënt niet langer wordt beschouwd als zijnde in TH. Het plan moet ook rekening houden met de psychologische en sociale noden van de patiënt.

Uit de buitenlandse voorbeelden blijkt dat de **niet-medische aspecten**, zoals de levering van maaltijden, thuishulp enz. soms ook zijn opgenomen in het behandelingsplan. Het hangt af van de reikwijdte van het aanbod van de TH-initiatieven en de lokaal beschikbare diensten.

Wanneer de patiënt ook **klassieke thuiszorg** nodig heeft, zoals gewassen worden, moet het behandelingsplan vermelden of die diensten worden geleverd door de TH of door bestaande, lokale diensten. In dat laatste geval moet het plan een coördinatie met die diensten voorzien.

#### *3.2.3 Welke zorgen maken deel uit van TH?*

In alle bestudeerde landen hangt de aard van de zorg af van de lokale zorgorganisatie en -infrastructuur. Een basisprincipe is dat de patiënten **gelijkwaardige diensten** moeten krijgen, thuis of in het ziekenhuis. De vraag over de levering van niet-medische zorgen blijft echter open, en we vonden geen eenvoudige uitleg over hoe dit in de praktijk moet gebeuren.

**Medische zorg:** de analyse van de internationale gegevens uit de geselecteerde landen en van de literatuur levert een grote waaier aan diensten op, waaronder curatieve zorg (medisch en postoperatief),





palliatieve zorg en, in mindere mate, revalidatie en geestelijke gezondheidszorg.

In Frankrijk is de **samenwerking tussen TH en gespecialiseerde diensten** een belangrijk element. In plaats van binnen het TH-programma specifieke vaardigheden te ontwikkelen, lijkt het beter om samen te werken met andere bestaande, reeds gespecialiseerde diensten. Zo worden de veiligheid en de doeltreffendheid van de zorg verzekerd en wordt een overlapping van de diensten en een overaanbod van lokale actoren vermeden.

**De toegang tot farmaceutische producten en medische apparatuur** is een aandachtspunt. Er moet een duidelijke samenwerking tussen de TH-programma's en de apotheken tot stand worden gebracht. Bij een ziekenhuisprogramma zal meestal de **apothek van dat ziekenhuis** de farmaceutische producten en medische apparatuur leveren. In andere gevallen zijn er afspraken nodig met **lokale apotheken** en ziekenhuisapotheken voor de geneesmiddelen en apparatuur waarover enkel het ziekenhuis beschikt. In Nederland en Frankrijk kan ook de industrie rechtstreeks producten voor TH leveren.

Ook met afvalbeheer moet rekening worden gehouden.

**Niet-medische diensten:** voor de diensten die behoren tot de 'hotelfunctie' van het ziekenhuis is de situatie minder duidelijk. Ze worden gedeeltelijk door de **familie** en gedeeltelijk door de **diensten voor thuiszorg** verleend, voor zover die beschikbaar zijn. De overheden van de bestudeerde landen verkiezen doorgaans **samenwerkingsakkoorden** met andere gespecialiseerde diensten boven de ontwikkeling van gespecialiseerde vaardigheden binnen de TH-structuur. De *'position paper'* van het KCE over chronische zorg (KCE Report 190) drong eveneens aan op het **gebruik van de bestaande structuren**, waar mogelijk, i.p.v. nieuwe structuren in het leven te roepen. Dat standpunt komt overeen met dat van de Belgische actoren. Er zal grondig moeten worden nagedacht over de activiteiten die in TH moeten worden ontwikkeld.

Ook met de externe actoren die **informatica tools** moeten ontwikkelen, moet men rekening houden.

### 3.3 Noodplan

#### Aanbeveling 4

- **Voor elk TH-programma moet een gedetailleerd noodplan worden opgemaakt. Het moet de rol en verantwoordelijkheden van elke tussenkomen partij bij een noodgeval vermelden.**

In alle bestudeerde landen voorzien de TH-programma's een **gedetailleerd actieplan bij nood**. Het omschrijft de rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken professionals, vermeldt hun gegevens om hen snel te kunnen contacteren en het reactieproces. Dit proces berust in eerste instantie altijd op de TH-professionals. De hulpdiensten worden enkel ter aanvulling ingeschakeld en nemen niet de plaats van het TH-team in.

De garantie op een **bereikbaarheid 24u/24 en 7dagen/7** was een verplichte voorwaarde in alle landen. Dit houdt in dat er afspraken moeten worden gemaakt met de lokale ziekenhuizen (zie ook deel 3.5).

De Belgische actoren vonden dat er geen specifieke noodstructuren voor TH moesten worden opgericht, en verkozen **samenwerkingen met de bestaande structuren**, ook als dat betekent dat die moeten worden versterkt.

### 3.4 Empowerment en ondersteuning van de patiënten en hun omgeving

#### Aanbeveling 5

- **De patiënt (met zijn omgeving) moet worden betrokken bij zijn behandelingsplan en hun educatie moet bijzondere aandacht krijgen. Ook moet worden toegezien op de ondersteuning van die omgeving, om uitputting te voorkomen.**

Het belang van een weloverwogen en actieve beslissing van de patiënten en hun omgeving bij de keuze voor TH, en hun empowerment komt terug in de TH-programma's van alle bestudeerde landen. Het is echter moeilijk te zeggen in hoeverre en hoe dat laatste principe wordt toegepast. Het hangt hoofdzakelijk af van de middelen die voorhanden zijn om de betrokkenen te informeren en op te leiden.



In complexe situaties kan de rol van de mantelzorgers heel zwaar worden, en het kan dan nodig zijn om bijkomende steun te voorzien om een hospitalisatie of heropname te vermijden.

De Belgische actoren delen dit standpunt volledig, en voegen eraan toe dat de empowerment en educatie van de patiënt ook van belang zijn om de naleving van de behandeling te versterken.

De aanbevelingen van het KCE over de empowerment van de patiënten, uit de *position paper on chronic care* (KCE Report 190), staan ook in het gedetailleerde wetenschappelijke rapport, deel 3.8

### 3.5 Zorgcontinuïteit en integratie van de TH-activiteiten in het gezondheidszorgsysteem

#### Aanbeveling 6

- **Om de zorgcontinuïteit te verzekeren, moet het werken in netwerken de voorkeur krijgen, waarbij afspraken worden gemaakt met andere dienstverleners en zorgdiensten, zowel stroomopwaarts (ziekenhuizen) als stroomafwaarts (eerste lijn) in de TH-zorgketen.**

De gezondheidszorginstanties van alle onderzochte landen beogen de integratie en continuïteit van de zorgen doorheen de verschillende niveaus van het systeem. De ingevoerde oplossingen **formuleren meestal duidelijke regels** en **voorzien stimulansen** om de samenwerking tussen alle zorgverleners te bevorderen, **zowel stroomopwaarts als stroomafwaarts in de zorgketen voor TH.**

Hierbij zijn er een aantal aandachtspunten:

- **gebrek aan integratie van TH met de eerste lijn.** Doorverwijzingen van patiënten door de eerste lijn gebeuren zelden in alle bestudeerde landen. Dit is minder het geval wanneer de TH-behandelingen gedeeltelijk door de huisarts gebeuren, zoals in Frankrijk;
- **het risico dat de TH-diensten onjuist worden gebruikt**, en dan vooral voor minder complexe gevallen, waarvoor ze niet nodig zijn. Oorzaak is een slechte of geen coördinatie tussen zorgdiensten en slecht afgebakende grenzen van hun voorrechten. Dit is vooral het

geval wanneer eenzelfde entiteit of groep van gezondheidswerkers TH-zorg en de meer courante thuiszorg aanbiedt;

- **een onderbreking in de continuïteit bij de levering van farmaceutische producten** aan de patiënt in het begin en/of op het einde van het TH-programma.

Ook in België werd de **overgang tussen de verschillende zorglijnen** regelmatig vermeld als een heel belangrijk element. De ondervraagde Belgische actoren gaan allen uit van het principe dat ons zorglandschap **prioriteit moet geven aan de continuïteit** en dat, in de behandelingsplannen, extra aandacht moet gaan naar **overgangen**, zowel stroomop-als stroomafwaarts. Dat houdt in dat het gebruik van **zorgprotocols** en onder instellingen **gedeelde digitale dossiers** moet worden ontwikkeld en aangemoedigd (zie deel 4.5).

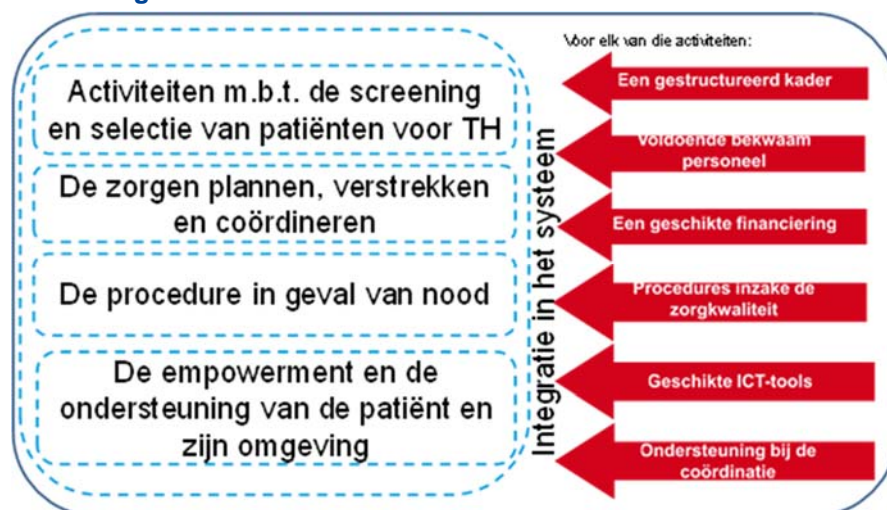
Het is ook om die reden dat de samenwerking tussen de TH-programma's en de andere terreinactoren moet worden aangemoedigd en dat er met hen overeenkomsten moeten worden afgesloten om hun respectievelijke taken duidelijk te omschrijven. Vooral de samenwerking met de **diensten voor thuiszorg** is heel belangrijk

We konden ook vaststellen dat in het buitenland **elk TH-programma altijd aan een ziekenhuis is gekoppeld**. Ook de autonome en onafhankelijke TH-programma's moeten een overeenkomst sluiten met een ziekenhuis om de zorgcontinuïteit te verzekeren, vooral bij een noodgeval.



## 4 IMPLEMENTATIE VAN EEN BELGISCH TH-PROGRAMMA: GEVOLGEN VOOR HET GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM

Afbeelding 2 – Vereisten m.b.t. de kernactiviteiten van TH



### 4.1 Een gestructureerd kader

#### 4.1.1 Normen en wetten

##### Aanbeveling 7

- De selectiecriteria die door de verschillende proefprojecten worden gehanteerd, moeten worden beoordeeld om criteria te bepalen die kunnen worden gebruikt bij de grootschalige implementatie van TH. De instrumenten voor de beoordeling van die kwalificatiecriteria moeten gevalideerd worden.

##### Aanbeveling 8

- Er moet een wettelijk basiskader worden uitgewerkt, met normen voor veiligheid en zorgkwaliteit die zijn afgestemd op de specifieke kenmerken van TH. Dit kader zal ook normen moeten voorzien op het vlak van subsidiariteit, delegatie en verantwoordelijkheid.

In alle landen bevatten de TH-programma's organisatorische normen. Die normen voorzien een systeem voor communicatie vanop afstand, een permanente verbinding met de patiënt, zijn familie en het TH-personeel, en een gegarandeerd minimumaantal zorgverleners. Elk land of regio legt ook **gedetailleerde inclusiecriteria** vast (op het vlak van zorgintensiteit) om zo nauwkeurig mogelijk te bepalen welke patiënten TH kunnen krijgen.

Voor de Belgische projecten zou ook best een wettelijk kader worden voorzien om de kwaliteit en veiligheid van TH te waarborgen. Het denkwerk over die voorwaarden zal worden geïnspireerd door de evaluatie van de proefprojecten, en zal vooral afhangen van de schakel tussen TH en het ziekenhuis en/of de eerstelijnszorg. Het is ook op basis van de evaluatie van de proefprojecten dat er **duidelijke kwalificatiecriteria** moeten worden bepaald, die gelden voor alle Belgische TH-programma's. De Belgische actoren vinden die stap essentieel.

Aangezien TH niet beantwoordt aan de wettelijke definitie van een klassieke hospitalisatie, zal ook moeten worden onderzocht welke wetgeving moet worden gevolgd, welke interventies kunnen worden uitgevoerd buiten het ziekenhuis, enz.



## 4.2 Voldoende bekwaam personeel

### 4.2.1 Geschikt personeel opleiden

#### Aanbeveling 9

- In functie van het gekozen model moeten er gepaste opleidingen en nascholingsprogramma's worden ontwikkeld, die zijn afgestemd op de eisen van complexe interventies die vaak in TH worden uitgevoerd. Ook opleidingsprogramma's gegeven door personen op het terrein (samenwerking met de ziekenhuissector, opzetten van uitwisselingsplatformen) moeten worden georganiseerd.

In de onderzochte buitenlandse ervaringen bestond het merendeel van het TH-personeel uit verpleegkundigen. Doorgaans hadden die geen specifieke TH-kwalificaties of geen speciale opleiding gevolgd. De klemtoon lag vooral op hun praktische ervaring en nascholing.

De Belgische actoren vinden het eveneens essentieel dat het verpleegkundig TH-personeel voldoende vaardigheden en ervaring kan opdoen, en dat dit enkel mogelijk is via veel praktijkervaring.

Een tekort aan opgeleid personeel kan het vinden van vervangers en het uitbesteden of delegeren van zorg aan professionals die niet regelmatig in het TH-team werken, wel vermoeilijken.

Een ander aangehaald probleem is het gebrek aan kennis van de eerstelijnszorgverleners over de complexe zorg die meestal in het ziekenhuis wordt verleend. Er moeten daarom opleidingsmodules worden voorzien in de cursussen van de studenten en in de nascholing.

Het is wel niet realistisch om te eisen dat alle verpleegkundigen zich specialiseren in alle complexe zorg die in TH worden verstrekt, en dan zeker niet in zorg die zelden worden verleend. In bepaalde landen sluit men daarvoor overeenkomsten met gespecialiseerde professionals of structuren af.

### 4.2.2 De TH-programma's aantrekkelijker maken en de beschikbare human resources opvolgen

#### Aanbeveling 10

- TH-programma's voor artsen en verpleegkundigen moeten aantrekkelijker worden gemaakt, vooral d.m.v. proactieve informatie over het TH-concept.

Het gebrek aan informatie over het TH-concept en ontoereikende financieringen blijken in de andere landen grote hindernissen te zijn voor de ontwikkeling van TH. Het medisch korps, dat vaak slecht geïnformeerd was over TH, toonde zich sceptisch over de meerwaarde van TH en stelde zich terughoudend op, omwille van de door hen ervaren druk.

Dit was vooral het geval in Frankrijk, waar de huisarts een overheersende rol speelt. De Franse gezondheidszorginstanties werken vandaag aan een betere zichtbaarheid en aantrekkelijkheid van TH door de huisartsen proactief te informeren, door hun vertegenwoordigers te betrekken bij het denkwerk rond de ontwikkeling van TH en door het aantal TH-stages tijdens de studies te verhogen. Ook een aanpassing van hun vergoeding ligt ter discussie.

Uit de raadpleging van de Belgische actoren blijkt dat de **bereidwilligheid van de huisartsen** om mee te werken aan TH-programma's en de **beschikbaarheid van opgeleid zorgpersoneel** kritieke voorwaarden zijn om een TH-project op te starten. Het tekort aan voldoende opgeleide verpleegkundigen en huisartsen worden gezien als zeer negatieve factoren. De voorbije jaren werden maatregelen genomen om deze beroepen aantrekkelijker te maken. De mogelijkheid om in een TH-kader te werken zou een bijkomende maatregel kunnen zijn, maar uit de analyse van de buitenlandse ervaringen blijkt hoe belangrijk het is om de professionals goed te informeren over dit concept, om zo bepaalde vooroordelen uit de weg te helpen.

Voor verpleegkundigen is TH een nieuwe specialisatiemogelijkheid die het beroep aantrekkelijker kan maken, maar het zou ook het tekort aan verplegend personeel in ziekenhuizen en andere zorgstructuren kunnen aanscherpen. Een systeem voor de monitoring van human resources is daarom heel belangrijk.



### 4.2.3 Nieuwe titels en functies

#### Aanbeveling 11

- **De noodzaak van nieuwe functieomschrijvingen voor bepaalde gezondheidswerkers moet worden beoordeeld op basis van de proefprojecten.**
- **Omdat de coördinatie van de behandeling rond de patiënt een essentieel punt is in TH, moet bij de huidige denkoefening over de functie van 'case manager' voor chronische patiënten rekening worden gehouden met de mogelijkheid om die functie te verruimen tot patiënten in TH.**

#### Gespecialiseerde verpleegkundigen

Op internationaal niveau duiken er talloze nieuwe titels en functies voor verpleegkundigen op: *nurse practitioner*, *advanced practice nurse*, *nurse consultant*, *clinical nurse specialist* enz. Ze hebben echter niets met TH te maken. Bij de Belgische actoren werd de erkenning van een *clinical nurse specialist*, een titel die bij ons nog niet bestaat, aangehaald als een interessante piste voor TH. De meerderheid vond echter dat TH beter zou werken met de bestaande titels.

#### Een case-managementfunctie

Een gemeenschappelijk punt bij alle bestudeerde TH-programma's is de centrale rol van de *case manager*. Deze belangrijke functie wordt er uitgeoefend door een gezondheidswerker. Hij/zij beheert de behandelingsplannen van de patiënten en coördineert de verschillende partijen aan het ziekbed (de niet-medische diensten inbegrepen).

Ook in België is men het eens over het belang van de **functie van case manager**. Ze staat nu trouwens centraal in de denkoefening over de zorg aan chronische patiënten. De ondervraagde Belgische actoren stellen ook voor om een dergelijke functie te integreren in bepaalde structuren, zoals in multidisciplinaire groepspraktijken van huisartsen, of in organisaties voor thuiszorg.

#### Een grotere rol voor de apotheker

Bepaalde buitenlandse TH-programma's willen de rol van de apotheker verruimen en hem betrekken bij het geneesmiddelenbeheer van de patiënten. Ook België is begonnen met het op punt stellen van deze nieuwe rol. De rol van de ziekenhuisapotheken moet eveneens een grotere aandacht krijgen als het aantal TH aanzienlijk zou stijgen.

#### Obstakels voor de creatie van nieuwe functies in België

In de position paper over chronische zorg (2012) vermelden we reeds de mogelijke hindernissen bij het invoeren van nieuwe functies in de Belgische gezondheidszorg, zoals de tegenkating van andere gezondheidswerkers, de moeilijkheid om de wetgeving af te stemmen op de verschillende competentieniveaus, de noodzaak van een correcte financiering, het gebrek aan geschikte opleidingen en het huidige tekort aan verplegend personeel.

### 4.3 Een geschikte financiering

#### Aanbeveling 12

- **De financieringsmodaliteiten die in de proefprojecten worden getest, moeten worden geëvalueerd. Bij de keuze voor een systeem moet rekening worden gehouden met alle directe en indirecte kosten voor de verzorging van de patiënt (met inbegrip van de zorgcoördinatie, de educatie van patiënt en omgeving enz.). De financiering moet coherent zijn met de andere zorgkaders, zodat overgangen tussen zorgomgevingen kunnen gebeuren in het beste belang van de patiënt.**
  - Een bijzondere aandacht moet gaan naar de verloning van de zorgverleners, die moet zijn afgestemd op de werklast en de vereiste specialisatie.
  - Ook de terugbetaling van geneesmiddelen moet worden bekeken.
  - De kost voor de patiënt en de kwestie van de supplementen en de overdraagbaarheid van de hospitalisatieverzekeringen moeten specifiek worden onderzocht voor TH.



Uit de analyse van de buitenlandse voorbeelden blijkt duidelijk dat de manier waarop de TH-diensten worden gefinancierd rechtstreeks afhangt van hun verankering in het globale zorgsysteem en dus van het type van financiering van de andere zorgverleners.

Net als voor alle zorg moet er vooral een manier worden gevonden om de middelen optimaal toe te wijzen. Uit onze transversale analyse blijkt dat het gebruik van **homogene activiteitengroepen**, zoals gedefinieerd in de ziekenhuizen, als basis voor de financiering van TH, een heel controversiële oplossing is. De classificatiesystemen van de ziekenhuizen komen immers niet per se overeen met de behandelingsschema's die in TH worden gebruikt. Enkel Frankrijk ontwikkelde een **specifieke classificatie voor TH**, die verschilt van die voor gehospitaliseerde patiënten. Die classificatie, gebaseerd op een lijst met behandelingswijzen, kent ook haar grenzen. Omdat die behandelingswijzen niet altijd voldoende precies zijn, gaf dit immers aanleiding tot ongerechtvaardigde coderingspraktijken, om de inkomsten te verhogen.

Een ander probleem dat bleek uit onze transversale analyse, zijn de **vervoerskosten van de zorgverleners**. De niet- terugbetaling van die kosten kan de financiële gezondheid van bepaalde TH-programma's schaden, vooral in landelijke gebieden.

Zie voor meer details over de financieringswijzen per land het wetenschappelijke rapport deel 2.11.3.

De manier waarop TH zal worden gefinancierd in België zal afhangen van de aard van de medische activiteiten en van de verdeling van de verantwoordelijkheden tussen de verschillende partijen. Los van de discussie over het organisatorische kader van TH, waren de Belgische actoren positief over een gemengd **financieringssysteem**, met een basisforfait en bijkomende vergoedingen voor bepaalde gespecialiseerde diensten, of voor specifieke geneesmiddelen of apparatuur.

Als de tarieven worden losgekoppeld van de kosten, is er wel het risico dat de forfaitaire betalingen een selectie van de patiënten veroorzaken. De Belgische actoren drongen er daarom op aan om **de tarieven te koppelen aan het gebruik van de middelen**. Tegelijkertijd wezen ze ook op de moeilijkheid van dergelijke aanpak, ze vrezen dat we hiervoor niet klaar zijn. Ze meldden ook dat als er wordt gekozen voor een gemengd systeem, er heel duidelijk moet worden bepaald wat er onder het forfait valt, vooral wat de geneesmiddelen en medische apparatuur betreft.

Uiteraard moeten de besprekingen over de financiering van TH afgestemd blijven op de huidige gesprekken over de globale hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Die discussies kunnen zorgen voor een verfijning van de financiering op basis van *Diagnosis Related Groups* (DRG), die is gebaseerd op de gemiddelde kosten (waarvoor een systeem voor de inzameling van de kosten nodig is, gebaseerd op een representatief staal van de ziekenhuizen), die een link legt met kwaliteit en die voor een evolutie naar een globale financiering van de zorgfasen kan zorgen.

#### 4.3.1 *Andere punten om in aanmerking te nemen voor de financiering*

##### **In het systeem voor de verloning van professionals meer rekening houden met de werklast en hun niveau van specialisatie**

In België worden specialisten en huisartsen meestal per prestatie betaald (met uitzondering van specialisten in universitaire ziekenhuizen, die meestal in loondienst zijn). Uit de transversale analyse en de Belgische rapporten bleek dat die tarieven moeten worden afgestemd op de werklast en het niveau van specialisatie. Zo staan in Frankrijk bepaalde huisartsen huiverig tegenover een deelname aan een TH-programma. Ze vinden dat de verloning niet overeenstemt met de werklast, die samenhangt met de complexiteit van de gevallen, noch met de tijd die ze investeren in activiteiten die niets met de eigenlijke verzorging hebben te maken, zoals de coördinatie of de educatie van de patiënt en zijn omgeving.

Als de verpleegkundigen per prestatie worden betaald, moet de huidige nomenclatuur worden aangepast. Dit zal betekenen dat bij de verloning meer rekening moet worden gehouden met de werklast en het niveau van specialisatie, en ze zou ook meer prestaties moeten omvatten.

##### **Samenhang tussen de financieringsmechanismen van de verschillende modellen en aandacht voor dubbele betalingen**

Uit de internationale literatuur blijkt dat de financiering van een TH-programma ook moet **afgestemd zijn op die van de andere zorgkaders** (ziekenhuis, dagziekenhuis, ambulante zorg). We stelden vast dat de verschillen in verloningsniveaus, samen met een gebrek aan duidelijke kwalificatiecriteria, er voor kunnen zorgen dat de TH-middelen worden gebruikt voor gevallen waarvoor TH niet echt nodig is.



Enkele Belgische studies wijzen erop dat er een grotere **neutraliteit** tussen de financieringsmechanismen van de verschillende zorgkaders nodig is, om bijvoorbeeld te vermijden dat de patiënt om financiële redenen in het ziekenhuis wordt gehouden. Om die neutraliteit te verhogen is het beter om de verschillende betalingswijzen van die zorgkaders te koppelen aan het gebruik van middelen. Er werd ook nagedacht over stimulansen om de keuzen tussen de verschillende zorgmodaliteiten te optimaliseren. Zonder goede **financiële stimulansen** (bijv. als het ziekenhuis financieel interessanter is) kan TH zich in België niet ontwikkelen.

Onze transversale analyse wees ook op het **risico op dubbele betalingen** voor eenzelfde zorgfase. Dit kan zich voordoen wanneer de patiënt 'tijdelijk' van zorgkader verandert (bijv. om naar een dagziekenhuis te gaan). Hij kan dan worden gezien als een patiënt die van beide kaders zorgen krijgt, en dat leidt tot een dubbele betaling. In Frankrijk wil men meer samenhang brengen tussen de verschillende zorgkaders (ziekenhuizen, dagziekenhuizen, medisch-sociale instellingen, revalidatiecentra, TH).

In de internationale literatuur vonden we tot slot geen evaluatie van de kosten voor de **hele zorgfase** (deels in het ziekenhuis, deels in TH). Hoewel bepaalde studies een verkorting van de verblijfsduur in het ziekenhuis melden, zou het aantal dagen in TH langer kunnen zijn, en is het belangrijk om na te gaan of TH niet de plaats inneemt van de klassieke thuiszorg (of ambulante zorgen).

#### Aandacht voor de toegankelijkheid

Alle landen proberen de kosten van TH neutraal te houden voor de patiënten. In de praktijk zijn de grenzen van wat door het TH-programma wordt gedekt echter niet altijd duidelijk. Dit geldt vooral voor de regelingen ivm de niet-medische noden, want deze kunnen voor de patiënt bijkomende kosten meebrengen. In België wordt aan de patiënten regelmatig ereloon-supplementen aangerekend. Hierover zal dus goed moeten worden nagedacht. In de besprekingen over de financiering van TH moet ook het probleem van de **terugbetaling van geneesmiddelen** aan bod komen, om te vermijden dat die verschilt naargelang het statuut van de patiënt en de organisatie die geneesmiddelen levert (ambulant of ziekenhuis). Ook de rol van hospitalisatieverzekeringen bij de terugbetaling van de kosten moet nog worden onderzocht.

Naast de louter financiële elementen hangt de toegang tot TH ook rechtstreeks af van de fysieke omgeving van de patiënt, wat de facto kan leiden tot een **ongelijke toegang** tot de zorgen.

## 4.4 Procedures inzake de zorgkwaliteit

### Aanbeveling 13

- Een procedure voor het verzekeren van de kwaliteit en veiligheid moet worden ontwikkeld, waarbij proces- en resultaatindicatoren (veiligheid, werkzaamheid) en sociaal-economische indicatoren (efficiëntie) worden verzameld. De tevredenheid en de levenskwaliteit van de patiënt en zijn omgeving moeten eveneens worden beoordeeld.

### Aanbeveling 14

- Er moeten richtlijnen, protocollen, informaticatools en tools voor een proactieve screening van de patiënt worden ontwikkeld.

In de bestudeerde landen bepaalt de graad van integratie van TH in de rest van de gezondheidszorg grotendeels de **kwaliteitsnormen** waaraan TH moet voldoen. Om die reden bestaan er **weinig indicatoren voor specifieke TH-processen of resultaten**.

De zorgkwaliteit moet een essentiële motivatie zijn voor TH en ze moet dus heel goed worden opgevolgd. Dit veronderstelt volgens de Belgische actoren een betere coördinatie tussen de beslissingsniveaus en de verschillende organisaties betrokken bij zorgkwaliteit, vooral om een dubbele gegevensinzameling te voorkomen.



## 4.5 ICT-tools

### Aanbeveling 15

- **Computersystemen voor gegevensuitwisseling (geïntegreerd in het nationale e-healthplan) zijn onontbeerlijk voor de uitwisseling van informatie tussen de zorgverleners en tussen de verschillende zorginstellingen. Ze zijn ook belangrijk voor de verzameling van gegevens voor de financiering en de opvolging van de zorgkwaliteit.**

Er bestaan maar weinig specifieke ICT-tools voor TH. In de bestudeerde landen hangt het gebruik van ICT-tools bij TH-interventies vooral samen met de globale informatisatiegraad van de gezondheidszorg. Het voorafgaandelijk bestaan van een **gedeeld digitaal systeem** voor elke patiënt is wel een essentiële voorwaarde voor het opzetten van een TH-initiatief.

De TH-programma's moeten trouwens ook kunnen beschikken over **communicatiemiddelen** waardoor er een **permanent contact** met de patiënten, hun omgeving en het zorgteam mogelijk is.

We vonden niet veel informatie over het gebruik van **telegeneeskunde** in TH-programma's. In Valencia ontwikkelden bepaalde initiatieven specifieke programma's om de parameters van de patiënten van op afstand op te volgen.

In België is de informatisering van de gezondheidszorg gekoppeld aan het **eHealth programma**, dat streeft naar een algemeen onlinegebruik door de gezondheidszorgdiensten tegen 2018.

Sommige stakeholders vinden dat er meer moet worden geïnvesteerd in **systemen voor telemonitoring** waarmee het TH-team van aan het ziekbed van de patiënt bijvoorbeeld het advies van de ziekenhuisspecialist kan inroepen.

Tot slot vereisen meerdere, reeds aangehaalde denkpunten een informatica-investering:

- Voor een toegang tot het medisch dossier door alle betrokken professionals is er een compatibiliteit tussen de computersystemen van alle zorgplaatsen en alle professionals nodig;
- De informatisering is ook onmisbaar voor het opvolgen van de kwaliteit;
- Automatische herinneringen (hulp bij het nemen van beslissingen) kunnen worden gebruikt om te bepalen welke patiënten in aanmerking komen voor TH en om de naleving van de guidelines te verbeteren.

## 4.6 Structuren ter ondersteuning van de coördinatie en een samenwerking tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus

### Aanbeveling 16

- **Om de coördinatie van de diensten voor TH te ondersteunen, moeten bestaande lokale netwerken en coördinatiestructuren verder worden ontwikkeld.**

### Aanbeveling 17

- **Er moeten onderhandelingen worden gevoerd over een akkoord tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus, voor een betere coördinatie tussen het beleid voor bijstand aan personen en het gezondheidszorgbeleid, en om financieringsmodaliteiten te ontwikkelen in het belang van de patiënt.**





Uit de internationale analyse is gebleken dat alle landen een bijzondere aandacht geven aan de coördinatie tussen de gezondheidszorgdiensten onderling, en tussen de gezondheidszorgdiensten en de sociale diensten. Een centrale rol moet daarvoor worden toebedeeld aan meer algemene ondersteuningsstructuren op gemeenschapsniveau. In België bestaan er al veel coördinatiestructuren, platformen en lokale netwerken, in het medische domein en in de sociale ondersteuning. De overlappingsen en het gebrek aan interactie tussen deze structuren kwam al eerder aan bod. Deze coördinatiestructuren moeten dus verder worden ontwikkeld, maar ook worden vereenvoudigd en gerationaliseerd.

De integratie en continuïteit van de zorgen vereisen duidelijke regels en de ontwikkeling van **stimulansen om de samenwerking tussen alle zorgverleners te bevorderen**.

Tot slot zal een **samenwerking tussen de verschillen bestuursniveaus in België** nodig zijn. Door de huidige verdeling van de bevoegdheden tussen de federale en deelentiteiten in de sociale sector en die van de gezondheidszorg zal voor de invoering van TH in België onderhandelingen nodig zijn tussen deze verschillende actoren, net als de uitwerking van nieuwe regels voor de overdracht van de budgetten.

## 5 BESLUIT

Dit rapport wilde de verschillende kernelementen bepalen die nodig zijn voor de uitwerking van een organisatorisch kader voor TH in België. Het concept TH zelf blijft moeilijk te definiëren. TH kan van toepassing zijn op een groot aantal aandoeningen en kan een grote verscheidenheid aan (soms complexe) zorg en technologieën vereisen. Ook is het, als we een foutieve toepassing willen vermijden, essentieel om de grenzen van een behandeling in TH duidelijk af te bakenen (definitie, insluitings- en uitsluitingscriteria, financiering, normen ...). Volgens de literatuur lijkt de veiligheid van TH geen probleem te vormen, terwijl de levenskwaliteit en de tevredenheid van de patiënten minstens vergelijkbaar lijken te zijn met die van de klassieke hospitalisatie. Door een gebrek aan betrouwbare bewijzen in de literatuur zal dit echter moeten worden bevestigd door een evaluatie van de eerste initiatieven in België (bijvoorbeeld dmv proefprojecten).

**De heterogeniteit van de bestaande modellen en het gebrek aan een voorkeursmodel in de literatuur en bij de Belgische actoren versterken het idee dat TH best niet op grote schaal wordt ingevoerd. Het is beter om te beginnen met proefprojecten om de verschillende modellen zorgvuldig te kunnen testen en evalueren.**

Er zijn veel aandachtspunten voor de uitwerking van de proefprojecten en voor het toekomstige kader van het Belgische TH-programma. Op organisatorisch vlak zal vooral aandacht moeten worden gegeven aan een multidisciplinaire aanpak rond een behandelingsplan dat wordt opgesteld volgens de behoeften van de patiënt. Verder moeten de diensten worden aangeboden op maat van de lokale behoeften en moet er aandacht gaan naar de zorgcoördinatie en de niet-medische diensten, naar de empowerment en ondersteuning van de patiënt en zijn omgeving, en naar de zorgcontinuïteit en de samenwerking met de bestaande structuren. Er moet een procedure voor officiële erkenning worden uitgewerkt, met minimumcriteria voor de veiligheid en de kwaliteit. Voordat we het programma uitvoeren, moeten we beschikken over voldoende opgeleid personeel, voldoende financiering, geschikte informaticatools en ondersteuning bij de besluitvorming en de coördinatie. Tot slot moeten er bruggen worden geslagen tussen de verschillende bestuursniveaus, omwille van de huidige verdeling van de bevoegdheden op het vlak van gezondheidszorg, sociale diensten en persoonlijke bijstand tussen de federale en deelentiteiten. Hiervoor zullen multilaterale onderhandelingen



nodig zijn en moeten nieuwe regels voor budgetoverdracht worden uitgewerkt.

De hoop dat de alternatieven voor hospitalisatie, zoals TH, de kosten zullen verminderen, blijft een vraag die op Belgisch niveau uitgebreid moet worden onderzocht. Daarvoor moet in de eerste plaats een berekening gebeuren van de kosten voor de verschillende betrokkenen, waaronder de patiënten en hun omgeving. Vervolgens mogen we niet vergeten dat, om te kunnen besparen niet alleen alternatieven voor de zorg moet kunnen aangeboden worden, maar dat ook de capaciteit van de ziekenhuizen moet worden geherstructureerd, en dat dus bedden en zelfs volledige afdelingen moeten worden gesloten. Dit blijft een moeilijke politieke beslissing die een precieze financiering van de verschillende diensten – binnen en buiten het ziekenhuis – zal vereisen. Het organisatorische kader van TH kan niet worden uitgetekend zonder rekening te houden met de rollen van de zorgverleners van de eerste, tweede en zelfs derde lijn.

De grenzen van wat efficiënt kan worden behandeld in TH zijn momenteel slecht afgebakend en hangen bovendien nauw samen met de technologische evoluties die een overdracht van de zorg van het ziekenhuis naar de woonplaats mogelijk maken. Bovendien zullen niet alleen de mogelijkheid tot overdracht, maar ook de manier waarop dit gebeurt bepalend zijn. Hoewel TH in theorie wordt gezien als een mogelijkheid om de verblijfsduur te verminderen of een ziekenhuisopname te vermijden, stellen we vast dat de TH-programma's in de praktijk vaker voldoen aan het eerste opzet dan aan het tweede. Naar de vermindering van de opnamen via TH wordt momenteel nog onderzoek gedaan.

In een ideale wereld, waar we van nul kunnen beginnen om een nieuw gezondheidszorgsysteem uit te denken, zouden de TH-diensten worden opgenomen in – en nooit de tegenhanger vormen van – de andere zorgdiensten. De huidige discussie over de alternatieven voor een hospitalisatie biedt dus een mooie kans om ons af te vragen hoe we een systeem, dat geleidelijk is uitgegroeid tot een goed bedoeld patchwork van diensten, kunnen omvormen tot een uniek en globaal systeem van onderling verbonden diensten.





## COLOFON

Titel:	Thuishospitalisatie: opties voor een Belgisch model – Synthese
Auteurs:	Maria-Isabel Farfan-Portet (KCE), Alain Denis (Yellow Window), Lut Mergaert (Yellow Window), François Daue (Yellow Window), Patriek Mistiaen (KCE), Sophie Gerkens (KCE)
Project coordinator:	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Redactie van de synthese:	Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Reviewers:	Anja Desomer (KCE), Nadia Benahmed (KCE), Carine Van de Voorde (KCE), Dominique Paulus (KCE), Raf Mertens (KCE)
Externe experts:	Daniel Crabbe (RIZIV – INAMI), Bart Criel (ITG), Juan Gallud (Conselleria de Sanitat Comunitat Valenciana, Spain), Jan Heyrman (KU Leuven), Romain Jarry (Statelys, France), Charles Mentink (Marente, The Netherlands), Michael Montalto (Hospital in the Home, Royal Melbourne Hospital, Australia), Saskia Van den Bogaert (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Ann Van Hecke (Universiteit Gent), Jan Veerkamp (Zorgverzekeraars Nederland, The Netherlands)
Stakeholders:	Diego Backaert (E-VITA), Frédérique Basselet (UGIB), Christine Bierme (Direction Générale Opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé), Frédéric Chaussade (Stratelys voor Fédération des Hôpitaux Privés de Belgique (FHPB)), Aude Cleve (Union National des Mutualités Libres (MLOZ)), Claudio Colantoni (Fédération des Centrales de Services à Domicile (FCSD)), Lode De Bot (Vlaams Patiëntenplatform), Paul De Munck (GBO voor le Cartel), Bernard Debbaut (CM), Wouter Decat (AUVB), Guy Defraigne (Domus Medica), Jean Desbeek (Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB)), Ellen De Wandeler (NVKVV voor AUVB), Pierre Drielsma (Fédération des Maisons Médicales (FMM voor le Cartel)), Micky Fierens (Ligue des Usagers des Soins de Santé (LUSS)), Aline Hotterbeex (Fédération des Institutions Hospitalières (FIH)), Liselotte Huyghe (RIZIV – INAMI), Fred Mabrouk (Arémis voor Fédération des Hôpitaux Privés de Belgique (FHPB)), Michel Mahaux (Santhea), Isabelle Martin (Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales (FNAMS)), Laurent Mont (Direction Générale Opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé), Guy Navarre (Ligue des Usagers des Soins de Santé (LUSS)), Mathias Neelen (Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten (NVSM)), Ingrid Nolis (Zorgnet Vlaanderen), Stefaan Noreilde (Solidariteit voor het Gezin), Louis Paquay (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw), Alex Peltier (MC), Edgard Peters (Fédération Aide et Soins à Domicile (FASD)), Geert Peuskens (Agentschap Zorg en Gezondheid), Marie-Claire Sepulchre (Fédération wallonne de services d'aide à domicile (FEDOM)), Daphné Thirifay (Union National des Mutualités Socialistes (UNMS)), Isabelle Van der Brempt (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Hendrik Van Gansbeke (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw), Michel Van Halewyn (Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)), Thierry Vandebussche (Forum des Associations de Généralistes (FAG)), Patrick Verliefd (RIZIV – INAMI), Karel Verlinde (UNAMEC), Annelies Veys (Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten (NVSM)), Dirk Vos



(Algemene Pharmaceutische Bond (APB)), Dominique Wouters (Association Belge des Pharmaciens Hospitaliers (APBH))

Externe validatoren: Karine Chevreul (Unité de recherche clinique en économie de la santé de l'Île-de-France (URC ECO), France), Jozef Pacolet (KU Leuven), Jean Macq (UCL)

Acknowledgements: Daniel Crabbe (RIZIV – INAMI), Lieselotte Huyghe (RIZIV – INAMI), Isabelle Van Der Brempt (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Anneleen Craps (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Saskia Van Den Bogaert (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Virginie Verdin (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Frédéric Chaussade (Stratelys), Fred Mabrouk (Arémis), Martine Braem (Mederi), Sofie Menu (Mederi) en alle geïnterviewde personen.

Andere gemelde belangen: Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Fred Mabrouk (Arémis), Jean Desbeek ((CHAB), Cliniques Universitaires Saint-Luc), Mathias Neelen (NVSM), Annelies Veys (FNBV), Claudio Colantoni (FCSD), Frédéric Chaussade (Stratelys), Louis Paquay (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw), Christine Bierme (Direction Générale Opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé, SPW DGO5 direction soins hospitaliers), Ingrid Nolis (staff member Zorgnet Vlaanderen), Isabelle Martin (FNAMS), Daphné Thirifay (UNMS), Michel Mahaux (Santhea), Dominique Wouters (UCL St Luc; ABPH), Pierre Drielsma (le Cartel; FMM; GBO), Bernard Debbaut (adviseur geneesheer CM), Wouter Decat (AUVB), Guy Navarre (LUSS), Romain Jarry (Santelys), Hendrik Van Gansbeke (algemeen coordinator Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw)

Houder van intellectuele eigendomsrechten (patent, ontwikkelaar van een product, copyrights, trademarks, etc.): Fred Mabrouk (Arémis houder van het Benelux gedeponerd handelsmerk 'Cité Sérine')

Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Jean Desbeek (Cliniques Universitaires Saint-Luc lopend pilotproject ivm antibiotherapie thuis), Claudio Colantoni (FCSD consultant voor een ziekenhuis; project 'Hospital at home'), Frédéric Chaussade (Stratelys), Pierre Drielsma (studiedienst FMM; data-analyses)

Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Fred Mabrouk (CEO Arémis), Stefaan Noreilde (Solidariteit voor het Gezin is een thuiszorgbedrijf dat (in de toekomst) de mogelijkheid wil bieden van ziekenhuiszorgen thuis), Karel Verlinde (werkt als vice adviseur voor UNAMEC), Bernard Debbaut (adviseur geneesheer CM), Romain Jarry (consultancy voor Santelys), Hendrik Van Gansbeke (algemeen coordinator Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw)

Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Pierre Drielsma (reisvergoedingen voor EFPC, SUG, WONCA...)

Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Fred Mabrouk (voorzitter en afgevaardigde voor Arémis), Marie-Claire Sepluchre (FEDOM), Louis Paquay (Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw), Ingrid Nolis (Zorgnet



Vlaanderen bestuurslid ziekenhuis), Michel Mahaux (Santhea), Pierre Drielsma (studiedienst FMM), Dirk Vos (eerste secretaris APB), Hendrik Van Gansbeke (algemeen coördinator Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw)  
Andere mogelijke belangen die kunnen leiden tot een potentieel of reëel belangenconflict: Wouter Decat (coördinator AUVB)

Layout:

Ine Verhulst

**Disclaimer:**

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum:

9 juli 2015 (3<sup>th</sup> print; 2<sup>nd</sup> print: 3 juli 2015; 1<sup>st</sup> print: 3 juli 2015)

Domein:

Health Services Research (HSR)

MeSH:

Home Care Services, Hospital-Based; Organization and Administration; Delivery of Health Care, Integrated; Patient-Centered Care; Continuity of Patient Care

NLM classificatie:

WY 115

Taal:

Nederlands

Formaat:

Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot:

D/2015/10.273/65

Copyright:

De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd »  
<http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.





Hoe refereren naar dit document?

Farfan-Portet M-I, Denis A, Mergaert L, Daue F, Mistiaen P, Gerkens S. Thuishospitalisatie: opties voor een Belgisch model – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 250As. D/2015/10.273/65.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.