EQUALIS
strategy & modeling

Oplossen knelpunten voor passende dialysezorg

Utrecht, 30 november 2022

Ir. Gerrit Hamstra
Daisy Pieterse MSc
Indya Duivenbode MSc
Dr. Lieke Boonen

EQUALIS
strategy & modeling

Oplossen knelpunten voor passende dialysezorg

Handreiking om zelf aan de slag te gaan

Equalis Strategy & Modeling B.V.
Jaarbeursplein 6
3521 AL Utrecht
www.equalis.nl

Contactpersoon
Gerrit Hamstra
gerrit.hamstra@equalis.nl
06 10 55 26 28

EQUALIS
strategy & modeling

Inhoud

Woord vooraf 4
1 Inleiding 5
1.1 Aanleiding 5
1.2 Doel van deze handreiking 5
2 Zelf aan de slag 6
2.1 Welke knelpunten belemmeren best-passende zorg? 6
2.2 Wat speelt er binnen de organisatie? 7
2.3 Hoe oplossingen te bepalen en te implementeren? 7
2.3.1 Analyse 8
2.3.2 Voorstel 9
2.3.3 Plannen 9
2.3.4 Oplossen 10
2.3.5 Evalueren 11
3 Tips voor oplossingen bij de knelpunten 12
4 Vragen? 13
5 Bijlagen 14
5.1 Bijlage: Knelpunten 14
5.1.1 Mindset 14
5.1.2 Personeelstekort 15
5.1.3 Financiën 15
5.2 Bijlage: Checklists 17
5.2.1 Checklist knelpunten mindset 17
5.2.2 Checklist knelpunten personeelstekort 18
5.2.3 Checklist knelpunten financiën 19
5.3 Bijlage: Oplossingen 20
5.3.1 Mindset 20
5.3.2 Personeelstekort 23
5.3.3 Financiering 25

Woord vooraf

In de toekomstvisie op dialysezorg zien professionals thuisdialyse als een dialysevorm die veel vaker zou kunnen en moeten worden ingezet[1]. Onder thuisdialyse verstaan we zowel thuishemodialyse als peritoneale dialyse. Uit eerder onderzoek is daarbij ook gebleken dat patiënten vaker thuis willen dialyseren dan nu het geval is. Daarnaast leidt thuisdialyse tot betere uitkomsten en tot een hogere kwaliteit van leven[2].

Om te achterhalen waarom er minder mensen thuis dialyseren dan gewenst, hebben wij samen met patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderzocht welke barrières voor thuisdialyse bestaan. Hierbij komen drie thema's naar voren: de mindset van het team, personeelstekort en de financiering van de dialysezorg. Om beter te begrijpen wat deze barrières betekenen, hebben wij deze in de praktijk geconcretiseerd tot 11 knelpunten.

In dit document delen wij de belangrijkste lessen en bieden een handreiking die ziekenhuizen en dialysecentra ondersteunt in het identificeren en oplossen van knelpunten om zo meer passende zorg aan hun patiënten te leveren. Hiermee hopen we dat ziekenhuizen en dialysecentra een stap kunnen zetten om meer passende zorg aan dialysepatiënten te leveren.

Dit document is tot stand gekomen op basis van de kennis en ervaringen die wij hebben opgedaan in verschillende trajecten:

- Onderzoek naar de toekomstvisie op thuisdialyse[1]
- Verdieping op knelpunten met een kerngroep (met o.a. de patiëntenvereniging, nefrologen, financials, Domestico en leden van de Taskforce thuisdialyse)
- Een pilot voor het oplossen van knelpunten bij Rijnstate
- Analysetraject bij DCG
- Interviews met andere instellingen
- Literatuur

We verwachten dat we met deze handreiking ziekenhuizen en dialysecentra op weg kunnen helpen om de stap naar meer passende dialysezorg te realiseren. We willen alle betrokkenen bedanken voor het delen van hun ideeën, ervaringen en visie. In het bijzonder willen we het Rijnstate Ziekenhuis bedanken voor het openstellen van hun afdeling voor deze pilot en Baxter voor het initiëren van dit onderzoek. Met al deze ervaringen en oplossingen willen we een basis geven om sneller aan de slag te laten gaan.

Daisy, Indya, Gerrit en Lieke

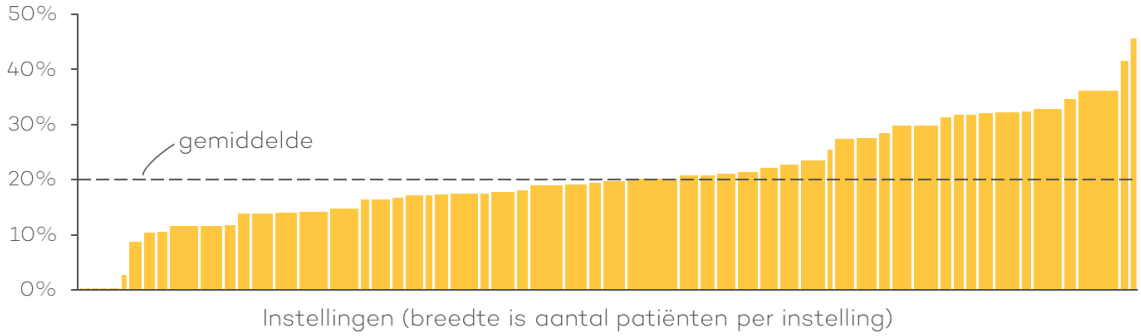
[1] Equalis. Visiedocument toekomst dialysezorg. 2021.
[2] R.T. Krediet et al. The truth on current peritoneal dialysis: state of the art. The Netherlands Journal of Medicine. 2017, Vol. 2017, vol. 75, no. 5

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Uit onderzoek blijkt dat niet alle patiënten de best-passende zorg ontvangen. Patiënten dialyseren minder vaak thuis dan zij wensen. In 2020 dialyseerde 19% van de patiënten thuis, wat historisch en internationaal gezien laag is. Daarbij zijn er grote verschillen tussen zorginstellingen in het percentage patiënten dat thuis dialyseert[3] zoals te zien in onderstaande figuur.

Percentage thuisdialyse per instelling
(Nefrodata, 2020)



Ook zorgprofessionals hebben een sterke voorkeur voor thuisdialyse. Als dialyseprofessionals wordt gevraagd welke behandeling zij zelf zouden kiezen, geeft bijna 90% de voorkeur aan thuisdialyse. Deze groep is natuurlijk niet representatief voor de dialysepopulatie, maar geeft wel aan dat wanneer men goed weet wat de behandelingen inhouden, men vaker kiest voor thuisdialyse. In deze handreiking staat centraal welke barrières thuisdialyse in de weg staan en hoe deze opgelost kunnen worden.

1.2 Doel van deze handreiking

Op basis van onze onderzoeken, de pilot en interviews hebben wij de belangrijkste knelpunten voor thuisdialyse in kaart gebracht. Met deze handreiking willen wij instellingen oplossingen aanreiken waarmee zij binnen hun eigen organisatie aan de slag kunnen om patiënten meer passende dialysezorg te bieden.

Wij hebben deze handreiking geschreven voor nefrologen en teamleiders (van zowel ziekenhuizen als dialysecentra), omdat zij in de praktijk zien wat er speelt en de vertaling naar verbeteringen in de eigen organisatie kunnen maken. Daarbij is het wel belangrijk dat zij hogere managementlagen betrekken om draagvlak voor de verandering te waarborgen. Wij hebben de handreiking zo concreet mogelijk gemaakt, door de oplossingen als een stappenplan aan te bieden.

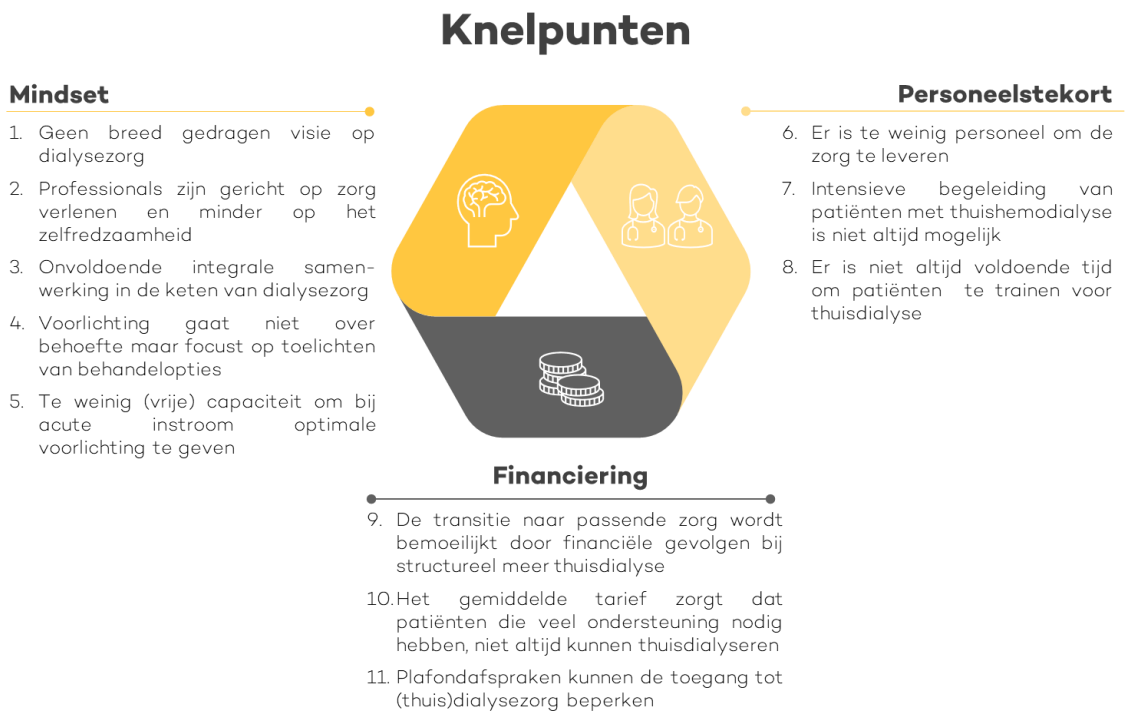
We hopen dat deze handreiking een inspiratie is om aan de slag te gaan. Er zijn genoeg goede voorbeelden en onze ervaring is dat mensen erg behulpzaam en gemotiveerd zijn om de zorg in Nederland te verbeteren!

[3] Nefrovisie. Renine annual report, 2021.

2 Zelf aan de slag

2.1 Welke knelpunten belemmeren best-passende zorg?

In dit hoofdstuk worden de eerdergenoemde barrières - mindset, personeelstekort en financiering - die de best-passende dialysezorg in weg staan concreet uitgewerkt in een aantal knelpunten per barrière (zie onderstaande figuur).



De knelpunten bij mindset gaan over samenwerking en gelijk-gerichtheid in de organisatie. De grootste uitdaging is als organisatie hetzelfde doel na te streven waarbij iedereen in de organisatie daar ook hetzelfde idee over heeft. De knelpunten bij personeelstekort gaan over zowel de zorgverlening als de training voor thuisdialyse als belangrijkste redenen waarom de best-passende zorg niet gerealiseerd wordt. Bij financiering zijn - naast een paar specifieke systeem-problemen rondom tarieven en plafondafspraken - de bekostiging van de transitie en transitie van de financiering de grootste uitdagingen. Deze moeten samen met de zorgverzekeraar opgelost worden.

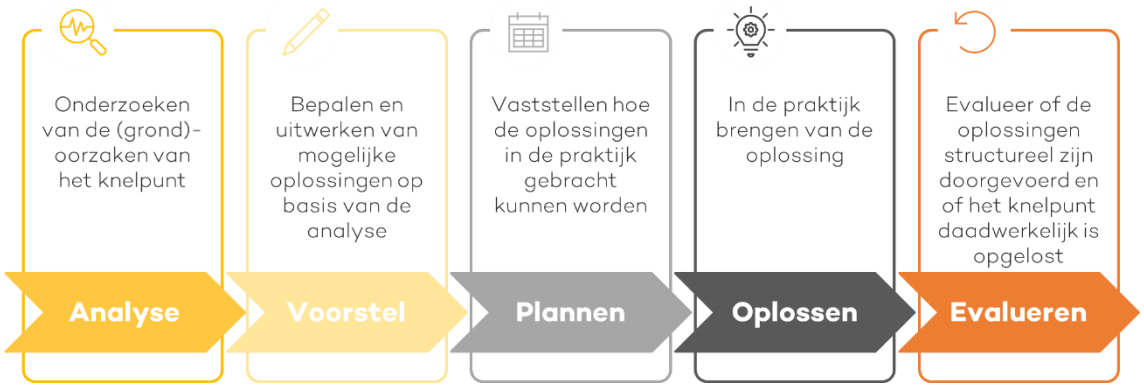
In **5.1 Bijlage: Knelpunten** staat bij elk geïdentificeerd knelpunt een nadere toelichting.

2.2 Wat speelt er binnen de organisatie?

De eerste stap om tot beter passende zorg te komen, is het inventariseren wat er in de organisatie speelt. Voor alle knelpunten hebben wij in kaart gebracht welke symptomen hierbij gezien worden in de praktijk. Op basis hiervan hebben we de drie barrières, mindset, personeelstekort & financiën, checklists opgesteld Als de checklists voor de eigen instelling worden ingevuld, wordt duidelijk in hoeverre bepaalde knelpunten in de praktijk aanwezig zijn. Hoe meer symptomen herkend worden binnen de eigen organisatie, hoe groter de kans dat het knelpunt een rol speelt en hoe hoger de urgentie om het knelpunt op te lossen.

2.3 Hoe oplossingen te bepalen en te implementeren?

Met behulp van de checklists over symptomen zijn knelpunten geïdentificeerd die kunnen spelen binnen de organisatie. Om deze knelpunten op te lossen is het belangrijk de oorzaken van deze knelpunten te achterhalen. Vervolgens kan een oplossing worden uitgewerkt en geïmplementeerd. Hiervoor adviseren we de volgende vijf opeenvolgende stappen:

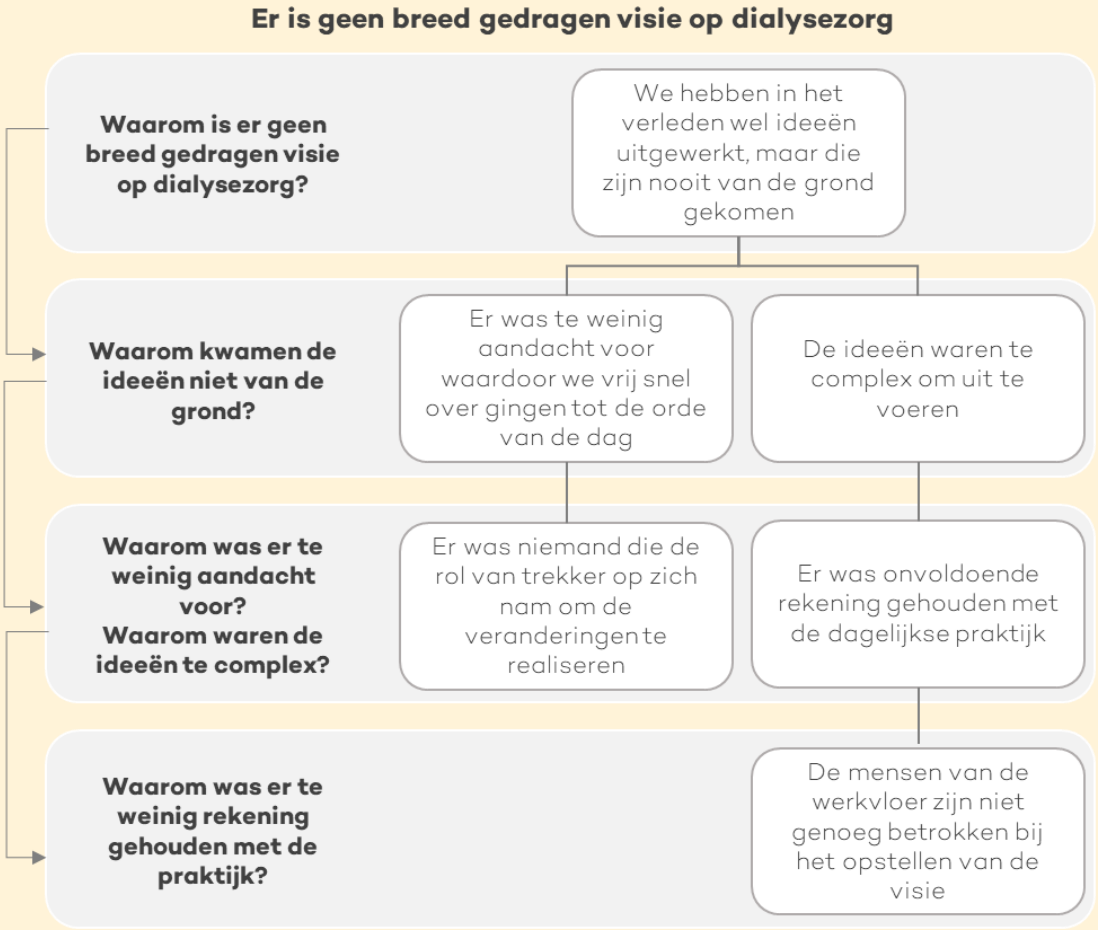


2.3.1 Analyse

Als uit de checklist een knelpunt naar voren komt, is het belangrijk om te weten waarom dit in de organisatie speelt. Vaak liggen er onderliggende oorzaken aan ten grondslag. Een beproefde methode om de (grond)oorzaken te achterhalen is herhaaldelijk de 'waarom'-vraag te stellen.

Voorbeeld

Stel dat een van de knelpunten is: 'geen breed gedragen visie op dialysezorg', waardoor keuzes in het proces te veel op zichzelf staan. De 'waarom'-vragen kunnen dan bijvoorbeeld als volgt worden beantwoord:



In dit voorbeeld is de uitkomst onder andere dat een trekker belangrijk is om de verandering levend te houden. Dit voorbeeld is niet toevallig gekozen, omdat wij geloven dat het succes staat of valt met een bevlogen trekker. In onze onderzoeken hebben wij gezien dat de centra met veel thuisdialyse vaak een enthousiaste en overtuigde aanjager hebben die de verandering actief in gang zet, ook als het niet helemaal vanzelf gaat.

2.3.2 Voorstel

Uit de analyse van stap 1 volgen één of meerdere grondoorzaken bij een knelpunt. Het oplossen van deze grondoorzaken vormen de basis voor het oplossen van het knelpunt. In sommige gevallen kan het knelpunt al opgelost zijn als de grondoorzaken worden opgelost, maar soms moeten ook de bovenliggende oorzaken worden aangepakt.

Bij deze stap kan het ook handig zijn om management en eventueel bestuurlijke lagen aan te haken. Om uiteindelijke plannen te laten slagen is het belangrijk om commitment van het hoger management te hebben. Bij deze stap kan alvast inzicht worden gegeven in welke knelpunten er zijn, hoe deze kunnen worden opgelost, hoe deze bijdragen aan de doelen en invulling geven aan de ambitie van het ziekenhuis of dialysecentrum.

Voorbeeld

In het voorbeeld uit stap 1 is het dus belangrijk om een actieve trekker aan te wijzen die zeer gemotiveerd is om een succes van de verandering te maken. Zonder deze trekker is het onmogelijk om een succesvolle verandering te realiseren.
De andere grondoorzaak die naar voren komt is dat mensen van de werkvloer onvoldoende betrokken zijn bij het opstellen van de visie. Het is dus belangrijk om een zo breed mogelijke vertegenwoordiging te hebben bij het opstellen van de visie. Zorg ervoor dat deze mensen vanaf het begin betrokken zijn.

2.3.3 Plannen

Na het uitwerken van de voorstellen is de volgende stap het maken van een plan om de oplossingen in de praktijk te brengen. Er volgen waarschijnlijk verschillende veranderlijnen uit stap 1 en 2. Om dit geheel goed in samenhang te coördineren is een projectmatige aanpak het meest effectief. Dat betekent dat er een projectleider moet worden aangesteld die het overzicht bewaakt en stuurt op de voortgang van het project. Hierbij is een duidelijke planning, die regelmatig met de medewerkers wordt gedeeld, essentieel. Ook is het belangrijk dat medewerkers ruimte vrijmaken om bij te dragen aan de veranderingen.

In deze stap is het de bedoeling om zo goed mogelijk in kaart te brengen wat de voorstellen uit stap 2 in de praktijk betekenen. Als dat tot grote wijzigingen leidt is het belangrijk om ook het transitiepad te beschrijven. Dit is de voorbereiding op stap 4 waar de implementatie in de praktijk plaatsvindt. Het oplossen van een knelpunt kan ook een kleine aanpassing zijn in de dagelijkse gang van zaken, bijv. het aanpassen van het voorlichtingsmateriaal. Hiervoor hoeft dan geen projectleider te worden aangewezen, maar het is wel belangrijk dat de verantwoordelijkheid bij iemand wordt belegd, zodat het wel daadwerkelijk wordt doorgevoerd.

Als er een uitwerking van de oplossingen ligt kan deze ook nog getoetst worden bij het management en/of bestuur. Zo krijgen zij een concreter zicht op wat de plannen betekenen en kunnen daar eventueel in faciliteren.

Voorbeeld
In deze stap wordt concreet in kaart gebracht wie de taak van trekker op zich zou willen nemen en wat dit voor die persoon in de praktijk betekent. Er wordt tijd vrij gemaakt voor deze persoon om het plan om te komen tot een gedragen visie uit te werken: welke collega's worden er betrokken, hoeveel bijeenkomsten moeten er gepland worden, welk tijdpad hoort hierbij etc.
Dit plan wordt ook voorgelegd aan het hoger management voor akkoord.

2.3.4 Oplossen

Uit stap 3 volgt een zo gedetailleerd mogelijke beschrijving van de veranderingen die nodig zijn om het knelpunt op te lossen. Er is een projectorganisatie ingericht met een duidelijke planning. De laatste stap is het implementeren van de oplossingen. Hierbij is de aangewezen projectleider verantwoordelijk voor het uitvoeren van de transitie of de aangewezen verantwoordelijke voor het direct uitvoeren van de aanpassing. Deze persoon houdt de voortgang bij, bekijkt eventuele wijzigingen als blijkt dat bepaalde aspecten niet uitvoerbaar zijn en zorgt ervoor dat de verandering ook structureel wordt geborgd in de dagelijkse praktijk.

Een belangrijk onderdeel van deze stap is het onder de aandacht brengen van het project onder de medewerkers. Het doorvoeren van een verandering in de organisatie, heeft effect op alle medewerkers. Het is daarom van belang om aandacht te besteden aan waarom deze transitie of aanpassing nodig is, wat deze inhoudt en wat het plan is. Doe dit tijdig, zodat de aanpassing niet als een verrassing komt, maar medewerkers eraan kunnen wennen en eventueel ook vragen kunnen stellen of feedback kunnen geven.

Voorbeeld
In deze stap wordt het plan voor het uitwerken van een visie in de praktijk gebracht. Hiervoor worden werksessies gehouden met de betrokkenen die zijn benaderd om hieraan deel te nemen. In deze sessies wordt gebrainstormd over de toekomstvisie, ambities en de strategie om de ambities te behalen:

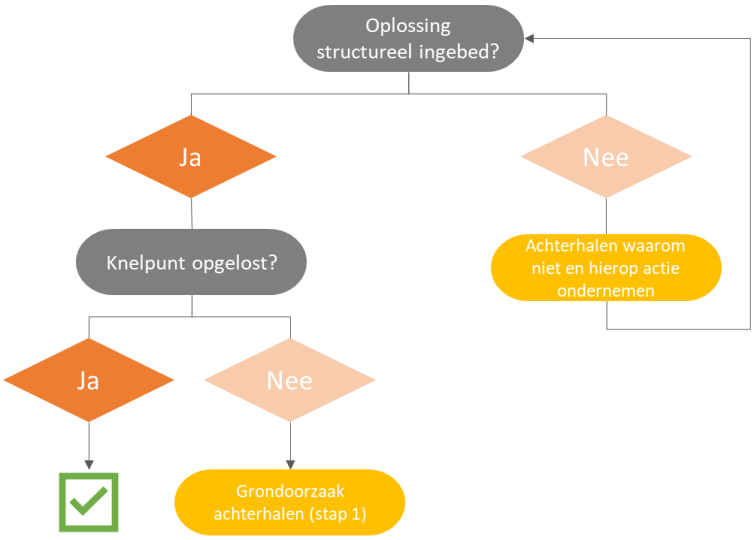
- Sessie 1: Toekomstige situatie schetsen, waar willen we heen en waarom?
- Sessie 2: Ambities vormgeven, welke doelen moeten stellen om de toekomstsituatie te behalen? Toetsing van ambities op haalbaarheid, begrijpelijkheid, flexibiliteit.
- Sessie 3: Strategie vormgeven, wat betekent dit in de praktijk? Hoe kunnen we dit borgen in de organisatie?
- Sessie 4: Visie, ambities en strategie vaststellen

Als in de sessies tot een visie is gekomen, wordt deze in een visiedocument uitgewerkt en wordt samen met de communicatieafdeling gekeken hoe dit verder uit te dragen binnen de rest van de organisatie. De trekker is hierbij verantwoordelijk voor de voortgang, de voorbereiding en uitwerking ervan en het afstemmen van de uitkomsten met andere betrokkenen (communicatie, management, raad van bestuur etc.). De trekker voert niet alle acties zelf uit, maar zorgt wel dat deze worden gedaan.

2.3.5 Evalueren

Als laatste stap is het van belang om na enige tijd te kijken of de oplossing structureel is geborgd in de dagelijkse praktijk: wordt deze nog steeds uitgevoerd? Nog steeds volgens het originele plan of zijn er aanpassingen gedaan, zo ja, waarom? Daarnaast is het belangrijk om na te gaan of het knelpunt dat moest worden opgelost nu daadwerkelijk is opgelost.

Aanvullend op de bevindingen uit deze stap kunnen vervolgstappen worden bepaald.



Voorbeeld

In deze stap bekijkt de trekker, eventueel samen met een aantal betrokkenen bij het project of de visie is uitgewerkt en of deze al structureel is ingebed in de dagelijkse praktijk. Hiervoor kan de trekker wat steekproeven doen op de afdeling om te kijken in hoeverre de strategie wordt toegepast. Als bepaalde acties niet worden uitgevoerd, kan de trekker onderzoeken waarom dit niet gebeurt en bekijken of hier extra aandacht aan besteed moet worden of dat de actie moet worden aangepast, bijv. omdat deze niet haalbaar is in de praktijk, of omdat de medewerkers er geen tijd voor hebben, het geen prioriteit heeft etc.

Ook is het de taak van de trekker om te monitoren en/of evalueren in hoeverre de visie bijdraagt aan het hoofddoel: vaker best-passende zorg en zo nodig bij te sturen.

3 Tips voor oplossingen bij de knelpunten

In de praktijk hebben wij een aantal oplossingen doorgevoerd die mogelijk ook op andere situaties toepasbaar zijn. In onderstaande figuur staan een aantal oplossingen die bij de geïdentificeerde knelpunten passen. In deze handreiking geven wij tips op basis van onze ervaringen met het in de praktijk brengen van deze oplossingen. Deze staan per oplossing beschreven in: **5.3 Bijlage: Oplossingen.**

Knelpunten	Oplossingen
Mindset	
1. Geen breed gedragen visie op dialysezorg	1. Ontwikkelen & borgen van een visie op dialysezorg
2. Professionals zijn gericht op zorg verlenen en minder op het zelfredzaamheid	2. Cultuuromslag creëren waarbij zorgprofessionals gericht zijn op zelfredzaamheid van de patiënt
3. Onvoldoende integrale samen-werking in de keten van dialysezorg	3. Anders inrichten van de organisatie, samenwerking in de keten
4. Voorlichting gaat niet over behoefte maar focust op toelichten van behandelopties	4. Eerst behandeldoel, daarna behandeling
5. Te weinig (vrije) capaciteit om bij acute instroom optimale voorlichting te geven	5. Hogere mate van zelfstandigheid bij patiënten en meer inzicht genereren in instroom acute patiënten
Personeelstekort	
6. Er is te weinig personeel om de zorg te leveren	6. In lijn met het integraal zorgakkoord afspraken maken over meer thuisdialyse als dat leidt tot minder personele inzet
8. Er is niet altijd voldoende tijd om patiënten te trainen voor thuisdialyse	7. Patiënten zelfstandiger maken voor training Thuis-HD 8. Opschalen van de capaciteit voor PD-training
Financiering	
9. De transitie naar passende zorg wordt bemoeilijkt door financiële gevolgen bij structureel meer thuisdialyse	9. Inzicht in financiering van dialyse voor vormgeving transitie
11. Plafondafspraken kunnen de toegang tot (thuis)dialysezorg beperken	10. Opstellen transitieplan voor bespreking met verzekeraars

Voor elke oplossing geldt dat wij het stappenplan uit paragraaf 2.3 hebben gevolgd: analyse, voorstel, plannen, implementeren & evalueren. De implementatiefase is grotendeels overgelaten aan de professionals in de praktijk. Het evaluatiemoment is gepland, maar moet nog worden uitgevoerd.

EQUALIS
strategy & modeling

4 Vragen?

Mocht je naar aanleiding van deze handreiking vragen hebben, dan helpen wij je graag of kunnen we je verbinden met anderen die bezig zijn met (thuis)dialyse. Zoals gezegd, er zijn genoeg goede voorbeelden en gemotiveerde mensen die je graag helpen om de dialysezorg binnen jouw organisatie een stap verder te helpen.

Ir. Gerrit Hamstra
E-mail: gerrit.hamstra@equalis.nl
Telefoon: 06 10 55 26 28

Daisy Pieterse, MSc
E-mail: daisy.pieterse@equalis.nl
Telefoon: 06 21 94 01 40

Dr. Lieke Boonen
E-mail: lieke.boonen@equalis.nl
Telefoon: 06 25 06 24 68

5 Bijlagen

5.1 Bijlage: Knelpunten

5.1.1 Mindset

De mindset van de professionals is misschien wel de belangrijkste factor in de keuze voor de vorm van dialyse. De cultuur op de werkvloer werkt uiteindelijk ook door in het voorlichtingstraject en heeft daardoor grote invloed op het aantal patiënten dat kiest voor een vorm van thuisdialyse, zowel in positieve als negatieve zin.

Wij zien de volgende punten als de belangrijkste knelpunten die voortkomen uit de mindset onder professionals:

1. Geen breed gedragen visie op dialysezorg waardoor keuzes in het proces te veel op zichzelf staan

De beste zorg voor de patiënt wordt alleen bereikt als de hele keten rondom de patiënt op elkaar is ingespeeld. Dat begint ermee dat iedereen dezelfde ambitie nastreeft en dat ook met elkaar deelt. De onbekendheid van elkaars ideeën, kwaliteiten, kennis en kunde heeft het risico in zich dat er voor de veilige en zekere weg wordt gekozen die mogelijk niet aansluit bij de wensen van de patiënt. Het vraagt ook leiderschap om deze visie consequent en eenduidig uit te dragen, omdat niet iedereen zich er direct in zal herkennen. Dit vraagt tijd en aandacht.

2. Professionals zijn gericht op zorg verlenen en minder op het zelfredzaam maken van patiënten

Het zit diep in de haarvaten van zorgverleners om zorg te verlenen, waardoor sturen op zelfredzaamheid onvoldoende wordt ingezet. De zorg is te veel gericht op de behandeling waardoor er onvoldoende aandacht is voor de wensen van het individu. Dit vraagt een omslag in het denken en het benaderen van de patiënt. Hierbij is het belangrijk dat dit door het team gedragen wordt en het belang ervan door de leiding wordt uitgedragen.

3. Onvoldoende integrale samenwerking tussen de professionals in de keten van dialysezorg (van voorlichting tot uitvoering dialyse)

Zoals ook bij de visie is benoemd, wordt de beste zorg voor de patiënt alleen bereikt als de hele keten rondom de patiënt op elkaar is ingespeeld. In de praktijk zien we dat afdelingen niet altijd voldoende van elkaar - en belangrijker - van de patiënt weten. Als ook een goede overdracht ontbreekt, gaat waardevolle informatie over de wensen en behoefte van de patiënt verloren.

4. Voorlichting gaat niet over de behoefte van het individu en welke behandelplan daarbij past, maar focust zich op het toelichten van de behandelopties

De zorg is te veel gericht op de behandeling waardoor er onvoldoende aandacht is voor de wensen van het individu. De nadruk ligt nog vaak op de behandelopties en niet op de primaire behoeften van de patiënt.

5. Er is te weinig capaciteit (en taaktoewijzing) om bij acute instroom van patiënten de meest optimale voorlichting te geven
Zeker bij acute instroom is het plannen van de voorlichting complex. Er is dan weinig tijd om de wensen van de patiënt te bespreken en een keuze voor thuisdialyse te overwegen.

5.1.2 Personeelstekort

Binnen zorginstellingen is er over het algemeen voldoende personeel om patiënten te begeleiden. Het personeelstekort wordt met name in bepaalde regio's en situaties (volledige begeleiding en training) als probleem benoemd en vormt het personeelstekort op dit moment een barrière voor thuisdialyse. Wij zien de volgende punten als de belangrijkste knelpunten die voortkomen uit het personeelstekort:

6. Er is te weinig personeel om de zorg te leveren (hoewel er grote regionale verschillen zijn)
De barrière van het personeelstekort binnen de zorginstelling lijkt zich op dit moment met name in de Randstad voor te doen. Daarbuiten lukt het instellingen in het algemeen om met de huidige bezetting de patiënten de zorg te bieden die zij nodig hebben. Instellingen verwachten wel dat personeelstekort de komende jaren zal toenemen en van invloed kan zijn op de zorg die geleverd kan worden.

7. Volledige begeleiding van patiënten met thuishemodialyse is niet altijd mogelijk
Met name bij thuishemodialyse is voor sommige patiënten de ondersteuning thuis zo intensief dat dit te veel druk legt op de beschikbaarheid van het personeel. In die gevallen is het niet altijd mogelijk om gekwalificeerd personeel in een-op-een-ondersteuning in te zetten. Met de toenemende arbeidskrapte in de zorg is het de vraag of deze vorm volledige begeleiding houdbaar is.

8. Er is niet altijd voldoende tijd om patiënten te trainen voor thuisdialyse
We zien dat het verzorgen van de training voor thuisdialyse (zowel hemodialyse als peritoneale dialyse) ook beïnvloed wordt door personeelskrapte. Het lukt niet altijd om binnen de bestaande bezetting van de instelling ruimte te maken voor de training. Een toename in thuisdialyse zet de capaciteit verder onder druk. Doordat er geen expliciete financiering voor de training is, is het lastiger om de bezetting hierop aan te passen.

5.1.3 Financiën

De impact van de financiering en financiële prikkels kan heel groot zijn, maar het blijkt in de praktijk moeilijk om dat concreet te duiden. We hebben dan ook geen concrete aanwijzingen dat mensen vanwege financiële redenen niet thuis kunnen dialyseren. Het is in ieder geval duidelijk dat het voor de nefroloog financieel gezien geen verschil maakt hoe iemand dialyseert, de rol en inzet van de nefroloog is min of meer gelijk. Ook de financiële afspraken van de zorginstelling met de zorgverzekeraar hebben beperkte invloed. In het geval van een ziekenhuis wordt er op een veel hoger niveau op de kosten gestuurd dan op het niveau van dialysezorg. Ook in de

onderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis worden geen specifieke afspraken over dialysezorg gemaakt.

Toch vormt financiering ook een barrière voor thuisdialyse. Wij zien de volgende punten als de belangrijkste knelpunten die voortkomen uit de financiering:

9. De transitie naar passende zorg (vaker thuis) wordt bemoeilijkt doordat de overgang naar (veel) meer thuisdialyse financiële gevolgen heeft

Als er een substantiële verschuiving van centrumdialyse naar thuisdialyse plaatsvindt, dan heeft dat financiële gevolgen voor de zorginstelling. De vaste lasten van de infrastructuur voor centrumdialyse blijven, naast de (extra) uitgaven voor thuisdialyse. Dat maakt het voor een zorginstelling lastig om de transitie naar passende zorg in te zetten.

10. Het gemiddelde tarief voor thuishemodialyse zorgt ervoor dat patiënten die veel ondersteuning nodig hebben, niet altijd de zorg krijgen die zij wensen.

Specifiek voor thuishemodialyse lijkt het gemiddelde tarief, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt naar ondersteuningsbehoefte, er soms toe te leiden dat patiënten niet de zorg krijgen die zij wensen. Het gemiddelde tarief gaat uit van een mix van patiënten met verschillende ondersteuningsbehoefte. Dat betekent dat patiënten met volledige ondersteuning een te lage vergoeding krijgen en patiënten met weinig ondersteuning een te hoge vergoeding. Doordat deze patiëntengroep relatief klein is (4% van alle dialysepatiënten), is het moeilijk om een gebalanceerde populatie te bedienen binnen de financiële middelen die er beschikbaar zijn. De veilige keuze is dan om vaker mensen met weinig ondersteuning thuis te laten dialyseren.

11. Plafondafspraken kunnen ervoor zorgen dat de toegang tot dialysezorg beperkt wordt en uitgeweken moet worden naar een andere zorgaanbieder of andere dialysevorm

Plafondafspraken van verzekeraars met zorginstellingen kunnen tot beperking in de toegang tot dialysezorg leiden. Naar mate het jaar vordert, neemt de kans toe dat er onvoldoende ruimte over is binnen de plafondafspraak om nieuwe patiënten in zorg te nemen. Omdat de zorg voor dialysepatiënten relatief duur is, kan dat voor kleinere ziekenhuizen of dialysecentra een belemmering zijn.

5.2 Bijlage: Checklists

5.2.1 Checklist knelpunten mindset

Knelpunten	Symptomen	Check
Geen breed gedragen visie op dialysezorg waardoor keuzes in het proces te veel op zichzelf staan	Mensen op de werkvloer weten niet wat de ambitie op dialysezorg van de instelling is	
	Er ontbreekt een uitgewerkt en/of recent visiedocument	
	Er wordt niet structureel aandacht besteed aan de ambitie op (thuis)dialysezorg	
	Het hoger management weet niet wat de ambitie op (thuis)dialysezorg is of het commitment ontbreekt	
Professionals zijn gericht op zorg verlenen en minder op het zelfredzaam maken van patiënten	Patiënten worden volledig verzorgd, (bijna) niemand organiseert zijn eigen dialyse (machine opbouwen, aanprikken, etc.)	
	Er is een cultuur van vertroeteling, patiënten worden op hun wenken bediend	
	Er is geen mogelijkheid voor patiënten om zelf hun machine op te bouwen of zij worden hier onvoldoende in gestimuleerd	
Onvoldoende integrale samenwerking tussen de professionals in de keten van dialysezorg	De chronische nierschade poli en de dialyseafdeling zijn (fysiek) gescheiden afdelingen	
	Er is geen ketenoverleg tussen de chronische nierschade poli en de dialyseafdeling	
	De dialyseafdeling is niet of nauwelijks betrokken bij de keuze van de patiënt	
	Er is geen warme overdracht van de chronische nierschade poli naar de dialyseafdeling is	
Voorlichting gaat niet over de behoefte van het individu en welke behandelplan daarbij past, maar focust zich op het toelichten van de behandelopties	De voorlichting is vooral zenden, waarbij alle mogelijke dialysevormen worden toegelicht	
	Er wordt niet geredeneerd vanuit de behoefte van de patiënt om de kwaliteit van leven te optimaliseren	
	Iedere patiënt doorloopt hetzelfde voorlichtingsproces	
	Iedere patiënt “moet” vrij snel een keuze maken nadat de voorlichting is afgerond	
Er is te weinig capaciteit (en taaktoewijzing) om bij acute instroom van patiënten de meest optimale voorlichting te geven	Acute instroom blijft vrijwel altijd in het centrum dialyseren	
	Acute instroom komt niet bij de voorlichtingsverpleegkundigen	

Terug naar **paragraaf 2.2**

5.2.2 Checklist knelpunten personeelstekort

Knelpunten	Symptomen	Check
Er is te weinig personeel om de zorg te leveren (hoewel er grote regionale verschillen zijn)	Het gebeurt regelmatig dat we patiënten niet in zorg kunnen nemen omdat er geen personeel beschikbaar is.	
	Het gebeurt regelmatig dat we patiënten moeten verplaatsen naar een andere groep om de patiënten te kunnen dialyseren.	
	Er wordt actief gestuurd om de shifts vol te plannen zodat het beschikbare personeel optimaal benut wordt	
Volledige begeleiding van patiënten met thuishemodialyse is niet altijd mogelijk	Het gebeurt regelmatig dat een patiënt geen thuishemodialyse krijgt aangeboden omdat de ondersteuning niet geleverd kan worden	
Er is niet altijd voldoende tijd om patiënten te trainen voor thuisdialyse	Door hoge werkdruk lukt het niet om patiënten te trainen voor thuisdialyse (HD en/of PD)	
	Er is geen structuur of proces op de afdeling om mensen te trainen voor thuisdialyse	
	Patiënten die gekozen hebben voor thuisdialyse komen toch in het centrum omdat zij niet getraind kunnen worden	
	Patiënten die gekozen hebben voor thuisdialyse komen toch in het centrum omdat zij lang moeten wachten tot zij kunnen starten met de training	

Terug naar **paragraaf 2.2**

5.2.3 Checklist knelpunten financiën

Knelpunten	Symptomen	Check
De transitie naar passende zorg (vaker thuis) wordt bemoeilijkt doordat de overgang naar (veel) meer thuisdialyse financiële gevolgen heeft	Wij zetten niet volledig in op thuisdialyse omdat wij weten dat we daarmee verlies gaan lijden.	
	Doordat de plafondafspraak met de zorgverzekeraar sneller volloopt bij thuisdialyse (hoger tarief), zijn wij terughoudend om volledig op thuisdialyse in te zetten.	
	Er wordt actief gestuurd op het resultaat, waardoor we patiënten vaker centrumdialyse aanbieden	
Het gemiddelde tarief voor thuishemodialyse zorgt ervoor dat patiënten die veel ondersteuning nodig hebben, niet altijd de zorg krijgen die zij wensen.	Vooral patiënten die veel ondersteuning thuis nodig hebben bij hemodialyse, gaan ondanks hun keuze niet naar huis.	
	Het is voor de instelling niet op te brengen om mensen met volledige begeleiding thuis te laten hemodialyseren.	
Plafondafspraken kunnen ervoor zorgen dat de toegang tot dialysezorg beperkt wordt en uitgeweken moet worden naar een andere zorgaanbieder of andere dialysevorm	Als de plafondafspraak met de zorgverzekeraar bijna is volgelopen, dan moeten wij patiënten van deze zorgverzekeraar weigeren.	
	Als de plafondafspraak van de zorgverzekeraar met het dialysecentrum dat de thuishemodialyse voor ons verzorgt bijna is volgelopen, dan wordt deze patiënt door het dialysecentrum geweigerd.	
	Doordat toegankelijkere machines duurder zijn dan de huidige machines kunnen wij deze niet aanbieden binnen de huidige plafondafspraken en gaan er dus minder patiënten naar huis.	

Terug naar **paragraaf 2.2**

5.3 Bijlage: Oplossingen

5.3.1 Mindset

1. Ontwikkelen & borgen van een visie op dialysezorg
Een van de belangrijkste knelpunten die wij tegenkwamen in de praktijk is het ontbreken van een door de organisatie gedragen visie. Een belangrijke oplossing is dus ook een gedragen visie te ontwikkelen. Als er al een visie is, maar deze wordt in de praktijk niet uitgedragen, dan is het goed om deze nog eens goed tegen het licht te houden en de waaromvraag te stellen: waarom wordt deze niet ondersteund in de organisatie?

Het ontwikkelen van een visie kan het beste gedaan worden met een afvaardiging van alle betrokkenen bij het zorgpad van de patiënt. Wij hebben met een selecte groep zorgverleners een aantal sessies gehouden om een visie, ambities en strategie vorm te geven. In deze strategie wordt ook meegenomen hoe de visie geborgd kan worden binnen de organisatie.

Acties die kunnen bijdragen aan het ontwikkelen en borgen van een visie zijn:

- Organiseren een eind/startbijeenkomst om de resultaten van het visietraject met de hele organisatie te presenteren. Besteed hier ook voornamelijk aandacht aan 'waarom'.
- Zorgen dat de visie zichtbaar is, bijvoorbeeld door een zakkaartje/flyer/sleutelhanger/spreuk van de week. Op deze manier wordt iedereen continu herinnert aan wat de belangrijkste uitgangspunten zijn en komen deze regelmatig naar voren.
- Bepalen van een pakkende en makkelijk te onthouden titel waarmee deze transitie benoemd wordt.
- Creëren van ambassadeurs: personen die deze visie ook bij anderen onder de aandacht brengen.

2. Cultuuromslag creëren waarbij zorgprofessionals gericht zijn op zelfredzaamheid van de patiënt
Voor thuisdialyse is het noodzakelijk dat patiënten enige zelfstandigheid hebben in het uitvoeren van de dialyseafdeling en hier ook comfortabel mee zijn. Al bij de voorlichting kan een zorgverlener (onbewust) sturend zijn in de keuze voor de behandeling, maar ook op de dialyseafdeling kunnen verpleegkundigen onbedoeld alle zorg voor de patiënt op zich nemen waardoor het de patiënt makkelijk wordt gemaakt. Als de zorg gericht is op het verhogen van het aantal thuisdialyse behandelingen, moeten professionals de patiënt ook meer durven loslaten. Hiervoor is een cultuuromslag nodig bij professionals in het gehele zorgpad van de patiënt.

Acties en afspraken die kunnen bijdragen aan een cultuuromslag zijn:

- Het met elkaar opstellen van een visie op over de toekomst van thuisdialyse en hoe deze er in het centrum uitziet (zie ook oplossing 1).
- Elkaar aanspreken wanneer de afspraken niet worden gevolgd (spreek ook af dat dit mag).

- Bespreken van de mate van zelfstandigheid van patiënten in vergaderingen en/of dagevaluaties en hoe hiermee om te gaan in de dagelijkse praktijk.
- Werken met een stappenplan of 'selfcare boek' zodat het voor de patiënt duidelijk is hoe de behandeling werkt, maar ook voor de zorgverlener (zie ook oplossing 7).

3. Anders inrichten van de organisatie, samenwerking in de keten

In het zorgpad komt de patiënt verschillende afdelingen, specialismen en/of organisaties tegen. In de praktijk zien we terug dat er veel op een 'eigen eilandje' wordt gewerkt. Concrete acties die kunnen bijdragen aan een betere samenwerking in de gehele zorgketen zijn:

- Creëren van een warme overdracht tussen de verschillende afdelingen:
  - Een vertegenwoordiging van afdelingen in één MDO bijeenbrengen.
  - Een format in het EPD bouwen waar belangrijke punten voor de overdracht tussen afdelingen kan worden beschreven.
  - Procesafspraken maken om patiënten regulier aan te melden bij het MDO ter bespreking als de verwachting is dat deze binnenkort van afdeling gaan wisselen.
- Voorlichtingsproces gezamenlijk uitvoeren:
  - De onderdelen van het voorlichtingsproces verdelen: HD verpleegkundige geeft voorlichting over HD, PD verpleegkundige over PD, nierfalenverpleegkundige gaat in op de behoefte van de patiënt, het behandeldoel etc.
- Samenwerking met externe aanbieders van thuisdialysezorg intensiveren:
  - Structureel werkoverleg inplannen waarin patiënten die mogelijk in aanmerking komen voor thuisdialyse kunnen worden besproken.
  - Casusbesprekingen in voeren: waar ging het goed en hoe kwam dat? Waar ging het mis en hoe kunnen we dit verbeteren?

4. Eerst behandeldoel, daarna behandeling

De verwachting is dat betere aansluiting op de behoefte van de patiënt leidt tot andere keuzes. Factoren die hierbij een rol spelen zijn beperkte tijd voor voorlichting, mindset van de medewerkers en de praktische invulling hiervan.

De volgende oplossingen kunnen bijdragen bij aan het meer centraal stellen van het behandeldoel:

- Ervaringsdeskundigen betrekken bij de voorlichting, bijvoorbeeld door een voorlichtingsavond, 1-op-1 gesprekken met ervaringsdeskundige, huisbezoek bij of door een ervaringsdeskundige.
- Voorlichtingsmateriaal herzien: focus op behandeldoel, kwetsbaarheid en daarbij informeren over dialysevormen (voorlichting) in plaats van focus op voor- en nadelen van elke vorm van dialysebehandeling.

- Huisbezoek bij alle patiënten die een voorkeur uitspreken voor thuisdialyse om op deze manier al een kijkje te nemen in het leven van de patiënt en te beoordelen hoe dialyse hier inpast. Daarnaast kan de patiënt dan ook naasten uitnodigen bij het gesprek en in een ontspannen omgeving de voorlichting ontvangen en zo de keuze maken.
- Mindset van het personeel meer richting behoefte van patiënt door uitdragen en herhalen van de opgestelde visie over dialysezorg kan helpen om personeel meer bewust te maken van de keuze die de patiënt moet maken en deze daarin te ondersteunen.
- Gespreksstrategieën trainen: hoe kun je het gesprek hebben over de behoefte van de patiënt, wat het behandeldoel moet zijn en hoe dialyse past in het leven van de patiënt.
- Organiseren van scholingsmomenten om casuïstiek te bespreken, inhoudelijke kennis van thuisdialyse of ervaringen te delen. Hiermee houdt de kennis van (thuis)dialyse bij alle medewerkers op peil gehouden en kan de patiënt wellicht nog beter worden voorgelicht.
- Behandeldoel bewust vastleggen in het EPD waar deze goed zichtbaar is voor alle zorgverleners, zodat deze bij de overdracht niet verloren gaat en de patiënt niet in het centrum blijft 'hangen'.
- Regelmatige evaluatiemomenten inplannen in de behandeling van de patiënt: past deze behandeling nog bij de behoeft, kwetsbaarheid en het behandeldoel?

5. Hogere mate van zelfstandigheid bij patiënten en meer inzicht genereren in instroom acute patiënten

Omdat de instroom acuut is, moet snel gehandeld kunnen worden als een patiënt start met de dialyse. Om meer flexibiliteit in het team te ontwikkelen en zo tijd vrij te maken voor acute instroom, is het zelfstandiger maken van patiënten een belangrijke stap. Als patiënten meer zelfstandig zijn, is het gemakkelijker om patiënten (tijdelijk) zelf verantwoordelijker te laten zijn voor hun dialyse en kan er tijdens een dialyseshift ook aandacht zijn voor een patiënt die acuut instroomt.

Een andere oplossing is om kritisch naar de instroom van acute patiënten te kijken. Mogelijk is de planbaarheid groter dan gedacht of te creëren of is er op basis van ervaringscijfers een inschatting te maken hoeveel acute instroom te verwachten is; welke patiënten stromen acuut in en wat hebben zij gemeen? Daarmee is het mogelijk om proactief flexibiliteit in de shifts in te bouwen.

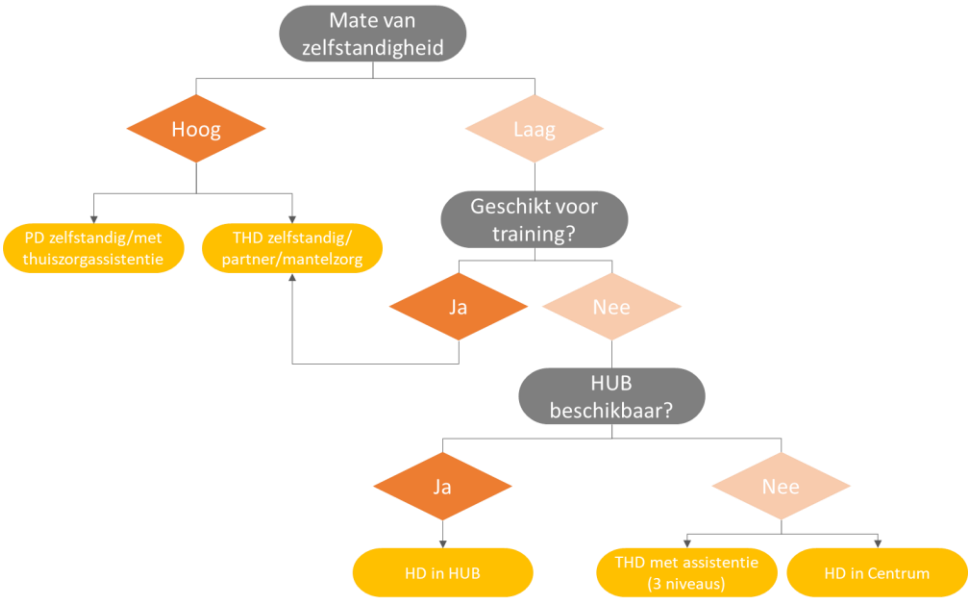
5.3.2 Personeelstekort

6. In lijn met het integraal zorgakkoord, afspraken maken over meer thuisdialyse als dat leidt tot minder personele inzet

In het integraal zorgakkoord is één van de uitganspunten: Passende zorg vindt dichtbij plaats als het kan, en verder weg als het moet vanwege kwaliteitseisen of doelmatige inzet van dure infrastructuur en/of schaars personeel.
Voor dialysezorg speelt vooral 'dichtbij als het kan' en 'schaars personeel'.

Dichtbij is voor dialysepatiënten thuis of zo dicht mogelijk bij huis, bijvoorbeeld in een hub. Schaars personeel heeft twee kanten: bij een centrumbehandeling of hub kan één verpleegkundige aan meerdere patiënten zorg tegelijk leveren, in de thuissituatie niet. De Taskforce Thuisdialyse heeft een aantal zorgconcepten beschreven in de handreiking thuisdialyse[4] om de schaarste van personeel op te vangen. Bij PD geven zij aan dat regionaal samenwerken tussen dialysecentra zou kunnen leiden tot een efficiëntere inzet van (thuiszorg)verpleging. Bij THD worden verschillende zorgconcepten gedefinieerd: THD zelfstandig, THD met hulp van een mantelzorger of partner, THD met assistentie (dialyseverpleegkundige, BIG-geregistreerde niet-dialyseverpleegkundige of dialyse-assistent).

Om de schaarste van het personeel te kunnen opvangen is het van belang kritisch te kijken naar welke vorm van dialyse wordt ingezet en of het mogelijk is om gebruik te maken van de zorgconcepten die de Taskforce Thuisdialyse aanbeveelt. Hieronder hebben wij een beslisschema opgesteld dat kan ondersteunen bij de keuze voor de behandeling:



.

[4] Taskforce Thuisdialyse/Nederlandse Federatie voor Nefrologie (NFN). Handreiking Thuisdialyse. 2022.

7. Patiënten zelfstandiger maken voor training Thuis-HD

Als patiënten in het centrum zelfstandiger de dialysebehandeling uitvoeren, is de stap naar thuisdialyse makkelijker en kan de training voor thuis-HD wellicht sneller worden doorlopen dan nu het geval is (~12 weken).

Aanpassingen die kunnen helpen bij meer zelfstandigheid van patiënten zijn:

- Het gebruik van een trainingsboek en/of stappenplan voor zelfstandiger maken van patiënten. Bij de start van de dialysebehandeling krijgt de patiënt een soort 'selfcare boek' waarbij verschillende stappen tot zelfstandigheid kunnen worden doorlopen. De patiënt hoeft niet alle niveaus te behalen, maar kijkt welk niveau bij hem of haar past. Er zijn verschillende dialysecentra die dit hebben opgezet en het is mogelijk om bij hen een voorbeeld te vragen.
- Inrichten van een actieve ruimte waarin patiënten de behandeling (zoveel mogelijk) zelfstandig uitvoeren, eventueel met prik-assistentie. Patiënten hebben hier meer regie over eigen behandeling en het kan andere patiënten zelfvertrouwen geven om ook meer zelf te doen. De actieve afdeling kan ook bijdragen aan het personeelstekort.
- Verleiden van patiënten om zelfstandiger te worden. Bijv. door flexibele aansluittijden te realiseren als patiënten de behandeling zelf uitvoeren. Hierbij is het noodzakelijk dat er een ruimte wordt ingericht en er verpleegkundig personeel aanwezig is voor als er iets misgaat.

Randvoorwaardelijk bij deze oplossing is de cultuuromslag op de afdeling(en): het toelaten dat de patiënt het zelfstandig doet (zie ook oplossing 2).

8. Opschalen van de capaciteit voor PD-training

Als de PD-behandelingen toenemen, neemt de vraag naar capaciteit voor PD-training natuurlijk ook toe. Echter is de instroom van patiënten onvoorspelbaar en daarmee de capaciteit voor de training lastig planbaar. Om deze reden moet een flexibele oplossing worden gezocht. Oplossingen die kunnen bijdragen aan het optimaliseren van het PD proces zodat er meer capaciteit is voor PD-training zijn:

- Kijk naar de wijze van aanmelden van de patiënt voor PD: kan dit bijvoorbeeld eerder of is er één moment in het proces van de patiënt waarbij de kans dusdanig groot is dat deze voor PD gaat, dat er vast rekening gehouden kan worden met de PD training. Een optie zou kunnen zijn bijvoorbeeld het inplannen van het plaatsen van de katheter.
- Meer verpleegkundigen opleiden die ook de PD-training kunnen doen, maar óók op de dialyseafdeling kunnen werken. Zo creëer je meer flexibiliteit
- Trainingsmateriaal optimaliseren waardoor patiënten sneller (met minder intensieve begeleiding) zelfstandig zijn
- Verkennen van mogelijkheden met een VR-bril zodat een PD-training mogelijk minder capaciteit vraag van een verpleegkundige

5.3.3 Financiering

9. Inzicht creëren in financiering dialyse voor vormgeving transitie
Inzicht verkrijgen in de inkomsten en de kosten van de dialysebehandelingen gebeurt in samenwerking met de financiële afdeling. Zij kunnen inzichtelijk maken hoe geldstromen lopen en verdeeld zijn. Dat vraagt mogelijk nog wel wat creativiteit omdat de koppeling tussen de behandeling de gemaakt kosten niet voor alle kosten een-op-een gemaakt kan worden. Sommige kosten zijn generiek en vragen een verdeling naar de onderliggende activiteiten. Een beproefde manier om kosten toe te rekenen is activity based costing (abc). Hiermee worden de kosten toegerekend aan de activiteiten van het ziekenhuis. Daarmee wordt duidelijk wat de gevolgen zijn als een activiteit vaker of minder vaak wordt ingezet. Met deze informatie kunnen de lange termijn financiële gevolgen voor het ziekenhuis geobjectiveerd worden.

10. Opstellen transitieplan voor bespreking met verzekeraars
Een (grootschalige) transitie naar meer thuisdialyse heeft op de lange termijn financiële gevolgen voor het ziekenhuis. Door vroegtijdig goede afspraken met de zorgverzekeraar(s) te maken, kunnen problemen worden voorkomen. Hiervoor kan onderstaande opzet voor een financieel plan een basis bieden. Dit plan vormt het vertrekpunt voor het gesprek met de zorgverzekeraar. Gezamenlijk moet invulling gegeven worden aan de benodigde transitie en de financiële afspraken die daarbij horen.

Financieel plan

Beschrijving inhoudelijke ambitie op basis van het visietraject	Inschatten financiële impact op de lange termijn	Beschrijven van de financiële eindsituatie	Uitwerken (financiële) transitie naar de eindsituatie
De eerste stap is het beschrijven van de verwachte en wenselijke situatie die moet volgen uit de ambitie. Wat verandert er voor de patiënt, in de zorgverlening, in bezetting van centrum, voor de rol van het personeel?	In de tweede stap worden de financiële consequenties van de veranderingen uit de ambitie in kaart gebracht. Hierbij gaat het erom om een zo goed mogelijke inschatting te maken van de verschuiving van de kosten door de veranderingen in de zorgverlening.	De derde stap is het beschrijven van de eindsituatie. In deze fase moet een (financiële) situatie ontstaan die voor alle partijen passend is. Het moet duidelijk zijn welke besparingen gerealiseerd worden en/of welke investeringen nodig zijn.	De vierde stap beschrijft wat er nodig is om de verschuivingen te realiseren. Mogelijk is er tijdelijke financiering nodig om een transitie te overbruggen. Bijvoorbeeld als er capaciteit onbenut is, maar nog niet kan worden afgeschaald.

Beschrijving inhoudelijke ambitie
Deze beschrijving vormt de basis voor het financieel plan. Dit is waarschijnlijk ook de moeilijkste stap, omdat er een inschatting van de toekomstige situatie moet worden gemaakt. Een belangrijk onderdeel hierbij is om te beschrijven wat het voordeel is van de nieuwe situatie. Dat is bijvoorbeeld een betere kwaliteit van leven, betere kwaliteit van zorg, lager personeelsbeslag of hogere kosteneffectiviteit. Daarnaast is het belangrijk om in te schatten hoe het aantal patiënten bij de verschillende dialysevormen zich ontwikkeld. Betrek daarbij ook de verwachte toename in aantal patiënten door vergrijzing. Daardoor zal niet alleen het aantal dialysepatiënten, maar

ook het aantal patiënten dat conservatief behandeld wordt toenemen. Dit komt dan vooral doordat de patiënten ook steeds ouder worden.

Deze nieuwe situatie vraagt om een andere inzet van middelen en mensen; zo zal waarschijnlijk de capaciteit in het centrum afnemen en de rol van het personeel veranderen. Deze verandering verloopt geleidelijk en zal waarschijnlijk enkele jaren duren, waardoor strategische personeelsplanning belangrijk is. Ook hier speelt de vergrijzing een rol: het verouderende personeel heeft een andere belastbaarheid en een deel bereikt de pensioengerechtigde leeftijd. De transitie naar meer thuisdialyse biedt hierbij mogelijk ook kansen; bijvoorbeeld als het personeel een meer begeleidende rol krijgt. In het plan moet de fasering in de tijd duidelijk terug komen, dit kan door de jaarlijkse mijlpalen te beschrijven.

Het belangrijkste voor deze stap is misschien wel dat het samen met het personeel wordt vormgegeven. Dat leidt tot betere resultaten en zorgt voor een hogere betrokkenheid. Het is belangrijk dat de transitie als kans wordt gezien om betere zorg voor de patiënt te leveren en tegelijkertijd de druk op het personeel te verminderen.

Inschatten financiële impact

De beoogde transitie leidt tot een verandering in zowel de inkomsten als de uitgaven. Als patiënten vaker thuis of conservatief behandeld worden, dan leidt dat tot een andere DBC waar (in de meeste gevallen) een ander tarief bij hoort. De uitgaven veranderen ook als vaker thuis wordt gedialyseerd. De kosten voor de machine, materialen, onderhoud en personeel (bij thuishemodialyse) moeten door de zorgverlener betaald worden. Tegelijkertijd blijven de vaste kosten en semi-variabele kosten op korte termijn bestaan. Denk hierbij aan de kosten voor de fysieke ruimte in het centrum, machines, installaties, overhead, bedden en personeel. Alleen de variabele kosten, zoals verbruiksmaterialen en energie, vervallen. Deze worden bij centrumdialyse op ongeveer 15% geschat.

Naast de (hogere) kosten is het ook belangrijk om alle baten in kaart te brengen. Naast de financiële aspecten spelen hier ook een hogere kwaliteit van leven en duurzamere personeelsinzet een rol. Voor deze baten is het lastiger om een financiële impact te bepalen, maar het is wel goed om hier een inschatting van te maken. Samen met de zorgverzekeraar kan ook gekeken worden naar de reiskosten die vervallen als mensen thuis dialyseren.

In de vorige stap zijn de jaarlijkse mijlpalen benoemd. Hieraan kan dan ook de financiële impact gekoppeld worden. Daarmee wordt duidelijk wat de jaarlijkse financiële implicaties zijn.

Beschrijven financiële eindsituatie

Als duidelijk is wat de jaarlijkse financiële impact is, kan bepaald worden welke eindsituatie gewenst is. Deze stap wordt in het gesprek met de zorgverzekeraar geconcretiseerd, maar het is goed om hier alvast een eerste aanzet voor te doen.

Bedenk welke afspraken over bijvoorbeeld volumes en tarieven passend zijn. Het is ook de vraag of een plafondafspraak voor dialysezorg wel passend is omdat patiënten hoe dan ook moeten dialyseren. Als het uitgangspunt is dat de patiënt passende zorg krijgt, dan heeft een plafond mogelijk een beperkend effect. Andere vormen van doelmatigheidssturing leiden mogelijk tot betere resultaten. Denk hierbij aan het sturen op zelfredzaamheid waardoor minder ondersteuning nodig is of de keuze voor een conservatieve behandeling als dialyseren niet tot betere uitkomsten leidt.

Uitwerken (financiële) transitie

Als voorgaande stappen zijn uitgewerkt, kan een inschatting gemaakt worden van de benodigde transitie. Dat gaat niet alleen om de financiële implicaties, ook bijvoorbeeld de afbouw van de capaciteit in het centrum (voor zover aan de orde) hoort hierbij. Voor een rendabele situatie moeten (toekomstige) vraag en aanbod op elkaar afgestemd zijn.

In het Integraal Zorgakkoord wordt de mogelijkheid geboden om transitiegelden in te zetten om een structurele verandering in de zorg mogelijk te maken. Het uitgangspunt hierbij is passende zorg die dichtbij is als het kan en verder weg is als het moet. De zorgverzekeraars gaan over de inzet van deze middelen. Ook kunnen er in aanvulling hierop meerjarenafspraken met zorgverzekeraars worden gemaakt om financiële zekerheid te bieden en zo een transitie mogelijk te maken. Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol om samen met het ziekenhuis of dialysecentrum de ambitie waar te maken. Vanuit het integraal Zorgakkoord is het de bedoeling om te werken aan zogenaamde regionale impactvolle transities. Voor deze transities geldt dat zorgverzekeraars elkaar moeten volgen in het beleid in de regio. Uiteindelijk kan deze transitie alleen worden uitgevoerd als alle betrokken partijen bereid zijn hieraan mee te werken, dus zowel zorgverleners, management, bestuur als zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars zijn in ieder geval bereid om de ambities voor deze transitie gezamenlijk te verkennen als het dialysecentrum of ziekenhuis gemotiveerd is en concrete plannen heeft om de zorgverlening te verbeteren.

EQUALIS

Equalis Strategy & Modeling B.V.
info@equalis.nl
www.equalis.nl