

"We kunnen de zorg niet houden zoals wij het hebben. Wij moeten op zoek naar nieuwe vormen. (...) Wij moeten zorg verplaatsen, de beweging van de wachtkamer naar de huiskamer maken."

Hugo de Jonge (Medisch Contact, 20 Juni 2019)



BACHELORSCRIPTIE CHEMOTHERAPIE THUIS

Het thuis toedienen van subcutane chemotherapie: de totstandkoming, nu en de toekomst van "Chemotherapie Thuis"

UNIVERSITY OF TWENTE.

ALLERZORG
SPECIALIST IN ZORG THUIS ::

Bravis ziekenhuis **adrz** / +



BSC.
GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
Universiteit Twente

Djowin Schippers | s2147912
202000874 & 202000875

25-08-2021

1^e begeleider: Prof. dr. S. Siesling (Universiteit Twente)
2^e begeleider: Dr. J. van Hoeve (Universiteit Twente)
3^e begeleider: S. Claassen, MA (Allerzorg)
4^e begeleider: M. Raatgever, MA (Bravis ziekenhuis)

1. Voorwoord

Voor u ligt de scriptie “Chemotherapie Thuis”. Het onderzoek voor deze scriptie naar de bevorderende en belemmerende factoren van de “Chemotherapie Thuis” pilot is gedaan in opdracht van en in samenwerking met Allerg, Bravis Ziekenhuis en Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding BSc. Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Ik ben van februari 2021 tot en met augustus 2021 bezig geweest met mijn onderzoek en het schrijven van deze scriptie.

Samen met mijn begeleiders ben ik aan de slag gegaan om van dit brede onderwerp een relevante vraag te maken. Het onderwerp was de verplaatsing van chemotherapie naar de patiënten thuis aan de hand van de pilot die op dat moment bezig was. Van financiën tot een businesscase, van de patiënttevredenheid tot de mogelijke medicatie; er was eigenlijk zo veel om naar te kijken. Tot slot zijn we tot de conclusie gekomen om dit onderzoek breed aan te pakken, zoals de Gezondheidswetenschapper dat zou moeten kunnen. De focus kwam te liggen op de bevorderende en belemmerende factoren. Wat gaat er goed? Wat moet absoluut doorgezet worden op deze manier? Maar wat kan er beter? Welke uitdagingen bevinden zich nog in de verplaatsing van chemotherapie naar de thuissituatie? Met kwalitatief onderzoek heb ik de onderzoeksvragen in deze scriptie beantwoord.

Ik hoop dat deze scriptie een daadwerkelijke meerwaarde kan bieden voor elke betrokkene bij de “Chemotherapie Thuis” pilot die interesse heeft in het verloop van de pilot en de toekomst ervan. Ook betrokkenen van ziekenhuizen die nog niet begonnen zijn, maar interesse hebben in de verplaatsing van chemotherapie, zijn meer dan welkom om deze scriptie te lezen en een idee te krijgen van de praktijk van de verplaatsing van chemotherapie.

Dan wil ik nu graag verschillende mensen bedanken voor hun hulp tijdens deze scriptieperiode. Allereerst wil ik Erwin Hans benoemen voor zijn hulp bij het oriënteren op en het vinden van een afstudeeropdracht. Bedankt voor de tijd die je voor me nam.

Daarnaast wil ik natuurlijk mijn begeleiders bedanken: Sabine Siesling (UT/IKNL), Jolanda van Hoeve (UT/IKNL), Saskia Claassen (Allerg) en Mariët Raatgever (Bravis). Jullie zijn gedurende de hele periode altijd hulpvaardig geweest en een goede begeleiding tijdens het proces. In het bijzonder Jolanda en Saskia; het was altijd leuk hoe enthousiast en gedreven jullie waren tijdens de “dagelijkse begeleiding” van mijn project, met de altijd goede feedback die jullie hadden. Jullie stonden open voor input en waren bereikbaar voor het geval dat ik hulp nodig had of ergens niet uit kwam. De verschillende meetings waarbij we brainstormden over van alles en nog wat heeft me altijd geholpen. En gezellig was het eigenlijk ook nog.

Dan wil ik graag Koen de Theije en Brianne Murphy van het ADRZ bedanken voor hun hulp en openheid voor alles wat ik binnen het ADRZ nodig had. Ook Mariët Raatgever van het Bravis Ziekenhuis bedank ik voor haar hulp binnen het Bravis.

Verder wil ik Astrid van Oers bedanken voor de leuke meeloopdag en de openheid tijdens de gesprekken die we hadden. Ik heb veel geleerd over de praktijk vanuit jullie perspectief als verpleegkundigen.

Ook wil ik Wine te Meerman van Allerg bedanken voor de tijd die je had om me op de hoogte te brengen van de financiën rondom deze complexe zorgverplaatsing.

Ook iedereen die ik niet heb benoemd, maar op enige wijze heeft bijgedragen aan mijn scriptie, bedankt! Dit geldt ook voor alle patiënten, zorgverleners en andere respondenten die uitgebreid en met openheid hebben deelgenomen aan mijn interviews.

Tot slot wil ik familie en vrienden bedanken die altijd klaarstonden om te helpen, of door simpelweg een luisterend oor te zijn. In het bijzonder dank ik mijn vader†, moeder, broer en stiefmoeder.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Djowin Schippers

Hellendoorn, 25 augustus 2021

Deze is voor jou pa ~ Harold - 21 juni 2021†

2. Samenvatting

In Nederland is er interesse in de verplaatsing van ziekenhuiszorg. Steeds meer initiatieven worden opgestart op het gebied van ziekenhuis verplaatste zorg. In 2020 is het Bravis Ziekenhuis samen met Allertzorg een pilot gestart, genaamd “Chemotherapie Thuis”. Hierbij is een deel van de chemotherapeutische behandelingen naar de patiënt thuis verplaatst. Enige tijd later heeft ook het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) zich aangesloten bij deze pilot. De pilot is nu meer dan een jaar bezig en de resultaten zijn positief, maar om te weten of deze pilot ook toepasbaar is binnen andere ziekenhuizen, is er onderzoek nodig naar de factoren die van belang zijn voor het succes, of zorgen voor belemmeringen in de huidige pilot. Om de pilot succesvol te kunnen voortzetten en uit te breiden, is het noodzakelijk om onderzoek te doen naar deze factoren.

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen welke bevorderende en belemmerende factoren essentieel zijn binnen de pilot. De hoofdvraag van het onderzoek luidt: *“Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij het verplaatsen van chemotherapeutische behandelingen van oncologische patiënten, in behandeling bij het Bravis Ziekenhuis en het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, volgens het concept “Chemotherapie Thuis”, voor de patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars?”*

Om antwoord te kunnen geven op deze vraag is er in 2021 kwalitatief onderzoek uitgevoerd binnen het Bravis en ADRZ, waarbij interviews zijn gehouden met verschillende betrokkenen, zoals patiënten, verpleegkundigen, artsen, projectleiders, planners, controllers en zorgverzekeraars. Uit de resultaten blijkt dat communicatie essentieel is voor het succes van de pilot. De communicatie tussen de organisatie, de zorgverleners en de patiënten is ook van groot belang. De patiënten zijn tevreden over de zorg die ze thuis ontvangen. De mate van samenwerking tussen de betrokken partijen, zoals de projectleiders, verpleegkundigen en planners, vormt ook een belangrijke indicatie voor het slagen van de pilot. Uit het onderzoek blijkt dat communicatie en samenwerking zoals gewenst verlopen. Wel zijn er verbeteringen mogelijk in de communicatie met betrokkenen in de opstart en onderling bij calamiteiten. Zo zou er sneller geschakeld moeten worden bij dringende gevallen; duidelijkere afspraken zijn gewenst om te zorgen dat er altijd adequaat gehandeld wordt.

Naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek blijkt dat de pilot tot dusver succesvol is verlopen. Wel zijn er verscheidene factoren waar rekening mee moet worden gehouden bij uitbreiding. Zo wordt aanbevolen om belangrijke factoren, zoals communicatie, te monitoren en tussentijds te blijven evalueren. Uit het onderzoek blijkt dat afspraken tussen zorgverleners en andere medewerkers adequaat verloopt en in stand gehouden moet worden, waar ook patiënten voldoende en op tijd geïnformeerd kunnen blijven worden. Er moet tijdens interdisciplinair overleg regelmatig worden bekeken of de samenwerking en communicatie nog adequaat verlopen. Ook wanneer andere ziekenhuizen beginnen aan “Chemotherapie Thuis”, is het van belang om vanaf het begin duidelijke afspraken met elkaar te maken over samenwerking en communicatie; onderling en met patiënten. Wie doet wat, wanneer en welke verantwoordelijkheden iemand draagt, zijn dan relevante vragen. Verpleegkundigen stellen intervisiemomenten met Cfc-verpleegkundigen voor, om de mate van samenwerking en collegiaal leren te vergroten. Bevorderende factoren, zoals de patiënttevredenheid, zullen ook gemonitord moeten blijven worden om te zorgen dat deze niet verslechteren.

Uit het onderzoek blijkt dat de belangrijkste belemmeringen de schaarste aan financiële middelen en de onzekerheid over de financiering in de toekomst zijn. Op dit moment wordt de zorg bekostigd door een directe afspraak tussen het ziekenhuis en de thuiszorgorganisatie. Deze kosten zijn hoger geworden door de verplichte inzet van oncologieverpleegkundigen. Om de routes vol te krijgen moet het ziekenhuis meer uitbesteden, waarbij de kosten boven de vergoeding vanuit de DBC uitlopen. Zorgverzekeraars zijn hier nog niet bij betrokken. De zorgverzekeraar ziet toekomst in de thuistoediening van chemotherapie, en is bereid om mee te werken aan gezamenlijke afspraken over de thuis geleverde zorg. Om “Chemotherapie Thuis” in de toekomst te kunnen blijven aanbieden, willen zorgverzekeraars meehelpen over de aanpak van de financiering van het project, waarbij ook een kostenraming en business case opgesteld kan worden, waardoor “Chemotherapie Thuis” bekostigd en voortgezet kan worden. Ook is het van belang om te bekijken of er geld tekortkomt voor ziekenhuis of thuiszorg en wat er financieel eventueel nog nodig is om de zorg te kunnen blijven verlenen. Uiteindelijk zullen de verkregen factoren meehelpen tot het creëren van een blauwdruk die gebruikt kan worden voor de implementatie van “Chemotherapie Thuis” binnen andere ziekenhuizen.

Inhoudsopgave

1. Voorwoord	2
2. Samenvatting	3
3. Inleiding	6
3.1 Aanleiding	6
3.2 Probleem- en doelstelling	8
3.2.1 Communicatie & Samenwerking	8
3.2.2 Financiering	9
3.3 Vraagstelling	10
3.3.1 Hoofdvraag	10
3.3.2 Deelvragen	10
3.4 Leeswijzer	10
4. Theoretisch kader	11
4.1 Cijfers over chemotherapie	11
4.2 De medicatie	11
4.3 De verplaatsing van ziekenhuiszorg naar huis	12
5. Methodologie	13
5.1 Onderzoekstype	13
5.1.1 Literatuuronderzoek	13
5.1.2 Interviews	13
5.2 Zorgproces	14
5.3 Bekostiging	14
5.4 Dataverwerking	14
5.5 Ethische verantwoording	14
6. Resultaten	15
6.1 Resultaten documenten	15
6.1.1 Thuisoediening	15
6.1.2 Zorgpad	16
6.2 Resultaten interviews	19
6.2.1 Patiënttevredenheid	19
6.2.2 Thuisbehandeling volgens verpleegkundigen	20
6.2.3 Communicatie	21
6.2.4 Samenwerking	22
6.2.5 Financiën	23
7. Conclusie	25
8. Discussie	26
8.1 Validiteit en betrouwbaarheid	26
8.2 Verwachtingen	26

8.3 Interpretatie van resultaten	26
8.4 Nieuwe inzichten	27
8.5 Beperkingen en implicaties.....	27
8.6 Aanbevelingen	27
9. Bibliografie	29
10. Bijlagelijst	32
10.1 Bijlage A. Interviewschema's	32
10.1.1 Patiënten.....	32
10.1.2 Verpleegkundigen	34
10.1.3 Artsen.....	37
10.1.4 Projectleiders	39
10.1.5 Verzekeraars	41
10.1.6 Planners	43
10.1.7 Controllers	44
10.2 Bijlage B. Informed consentformulier.....	45
10.3 Bijlage C. Goedkeuring ethische commissie	48
10.4 Bijlage D. Codelijst interviews.....	56

3. Inleiding

3.1 Aanleiding

Bij verschillende ziekenhuizen en zorginstellingen in Nederland is er interesse in het verplaatsen van ziekenhuiszorg en -behandelingen (Menzis, 2020; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021; Rijksoverheid & Ministerie van VWS, 2012; Roche & Vintura, 2019; Zorginstituut Nederland & Nederlandse Zorgautoriteit, 2020). Dit heeft verschillende redenen, waaronder het feit dat medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen niet meer mag groeien, te lezen in het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport et al., 2018). Dit is tegenstrijdig met het feit dat de oncologische zorg juist groeit. Chemotherapie wordt vaker ingezet als behandeling en komt ook vaker als eerste behandeling in beeld door onder andere de ouder wordende bevolking en het groeiend aantal behandelmogelijkheden. Ook hebben ziekenhuizen de grenzen van de groei van de gezondheidszorg bereikt en blijven hun uitgaven stijgen (RIVM, 2020).

Bovendien wordt in een rapport van de Taskforce van de Rijksoverheid in opdracht van het ministerie van VWS en Financiën beschreven dat er een serieus probleem is met de huidige stijging van (maatschappelijke) zorgkosten, die maar voor 25% te wijten is aan de huidige staat van vergrijzing. Dit wil zeggen dat de oplopende kosten van zorg ook op veel andere plaatsen te vinden zijn dan de ouder wordende bevolking en er veranderingen moeten plaatsvinden om te voorkomen dat de kosten van zorg disproportioneel zullen oplopen in de (nabije) toekomst (Rijksoverheid & Ministerie van VWS, 2012). Ook de vooruitgang in de medische technologie en de daarbij toenemende verwachtingen van de patiënt dragen bij aan de uitdaging van de toenemende kostendruk en bezorgdheid over de financiële duurzaamheid van de gezondheidszorg.

Een betere verdeling van de tweedelijnszorg zal naar verwachting de efficiëntie verbeteren om het hoofd te kunnen bieden aan bovenstaande uitdagingen. De zorg is namelijk onderverdeeld in verschillende lijnen (Nictiz, 2018). Er wordt vaak gesproken over de nulde, eerste, tweede en derde lijn. Elke lijn geeft een “soort” specialisatie van de zorg aan:

- Preventieve zorg, vaak verzorgd vanuit alle GGD 'en, vormt de **nulde lijn**.
- Huisartsen, eerstelijns fysiotherapeuten, tandartsen en dergelijke vormen de **eerste lijn**. Deze eerste lijn is vrij toegankelijk voor iedereen met een zorgverzekering en vormt het eerste aanspreekpunt voor mensen met gezondheidsklachten. Vanuit de eerste lijn kunnen patiënten worden doorverwezen naar de tweedelijns of eventueel de derdelijns zorg.
- De **tweede lijn** is veelal zorg die in het ziekenhuis wordt gegeven; zorgvragen die te complex zijn om in de eerste lijn te verzorgen.
- De **derde lijn** is voor hoog specialistische zorg die veelal wordt gegeven in topklinische instellingen.

Chemotherapie valt in principe onder de tweedelijns zorg; een patiënt wordt na klachten naar de oncologieafdeling van het ziekenhuis doorverwezen voor behandeling van de ziekte.

Vanwege de toenemende beperkingen en druk in de zorg is er een mogelijkheid tot het verplaatsen van deze tweedelijnszorg naar de patiënten thuis, door gebruik te maken van medisch-specialistische thuiszorg (Lüthi et al., 2011). Het is een manier om zo de tweedelijns behandelingen in het ziekenhuis te ontlasten en dus meer capaciteit vrij te maken voor andere tweedelijnsbehandelingen die echt in het ziekenhuis moeten plaatsvinden. De stijgende focus op de verplaatsing van zorg, zorgt ervoor dat er meer mogelijkheden zullen ontstaan waarbij bepaalde behandelingen thuis worden gegeven wanneer mogelijk. Nationaal is hier steeds meer aandacht naar, mede hierdoor wordt dit onderzoek gedaan naar de verplaatsing van chemotherapie naar de thuissituatie (Health~Holland, 2019). Bovendien is het een manier om de patiënt, die al zwaar belast is met een ernstige ziekte, minder te hoeven laten reizen van en naar het ziekenhuis. Ten slotte past deze “zorgverplaatsing” goed bij het geven van de juiste zorg op de juiste plaats, wat steeds belangrijker is geworden de laatste tijd, aangezien de focus van de overheid steeds meer op deze verplaatsing van zorg ligt, wanneer mogelijk.

Gezondheidszorgsystemen hebben geëxperimenteerd met verschillende benaderingen om gespecialiseerde behandelingen van het ziekenhuis naar de patiënten thuis te verplaatsen, met de verwachting dat dit de toegankelijkheid van de diensten en dus het vermogen om kwalitatief goede en persoonlijke zorg te kunnen blijven leveren te garanderen en mogelijk de kosten zal verlagen (King et al., 2000; Lowenthal et al., 1996; Touati et al., 2016). Ook de COVID-19 pandemie heeft deze ontwikkeling gestimuleerd (Nederlandse Zorgautoriteit, 2020), omdat er

hierdoor meer druk ontstaat om behandelingen te creëren waarbij het ziekenhuis zo min mogelijk patiënten hoeft te ontvangen, waardoor de mogelijke spreiding van het COVID-19 virus binnen het ziekenhuis minimaal blijft. Chemotherapie wordt in principe in het ziekenhuis gegeven. Het is een zware behandeling voor kankerpatiënten en bovendien is het voor patiënten nodig om frequent het ziekenhuis te bezoeken voor het ondergaan van de behandelingen. De COVID-situatie en de belastende ziekenhuisbezoeken zorgen voor extra motivatie om te onderzoeken of het verplaatsen van deze zorg mogelijk is.

Het feit dat sommige soorten chemotherapie bovendien buiten het ziekenhuis toegediend kunnen worden, biedt perspectief om te kijken of het ook daadwerkelijk loont om deze medicatie buiten het ziekenhuis toe te dienen. Een bijkomend probleem is wel dat sommige soorten chemotherapie extra risico's en/of bijwerkingen met zich meebrengen, waardoor het noodzakelijk kan zijn om deze medicatie in het ziekenhuis toe te dienen. Ook is het de vraag of alle soorten chemotherapie geschikt zijn om toe te dienen bij de patiënt thuis, of dat de medicatie bijvoorbeeld niet lang genoeg houdbaar is om bij de patiënt thuis toegediend te worden.

In 2020 is het Bravis ziekenhuis, in samenwerking met Allertzorg een pilot gestart waarbij een aantal chemotherapeutische behandelingen naar de thuissituatie zijn verplaatst. Allertzorg is een thuiszorgorganisatie die verschillende soorten zorg levert bij patiënten thuis door heel Nederland. In deze pilot gaat het om subcutane injecties met de medicijnen Bortezomib en Azacitidine. In navolging van het Bravis, is ook het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) begonnen met een pilot samen met Allertzorg, om samen thuistoediening van bepaalde soorten chemotherapie mogelijk te maken. Behalve de subcutane injecties wordt bij het ADRZ ook Trastuzumab intraveneus thuis toegediend. Inmiddels zijn er ook andere ziekenhuizen geïnteresseerd in hoe ze de chemotherapie naar de thuissituatie zouden kunnen verplaatsen. Want wat levert de verplaatsing naar de thuissituatie nou eigenlijk op? Is het een goede strategie?

Deze pilot loopt nu een jaar, waarbij er inmiddels een tussentijdse evaluatie van de pilot is gedaan om te bekijken hoe het thuis toedienen tot dusver gaat. De resultaten van deze evaluatie zijn vooralsnog positief; patiënten blijken erg tevreden met de manier waarop de zorg thuis wordt geleverd en ook de kwaliteit van de zorg lijkt adequaat voor de thuistoediening. Voordelen van "Chemotherapie Thuis" zijn onder andere de persoonlijke aanpak en het voorkomen van reizen voor de patiënt. De persoonlijke aanpak is een gevolg van de oncologieverpleegkundige die aan huis komt voor de behandeling en zo nauw contact heeft met de patiënt en de algehele situatie van de patiënt kan beoordelen. Verder zorgt de thuisbehandeling ervoor dat patiënten zelf niet heen en weer hoeven te reizen naar het ziekenhuis, wat een tijdrovende en soms lastige klus is voor patiënten. Een resultaat van de evaluatie van de pilot is wel, dat er nog niet genoeg informatie is over de efficiëntie van de thuiszorgverlening en de financiële haalbaarheid ervan. Ook is er nog geen beeld van de bevorderende en belemmerende factoren van de pilot.

3.2 Probleem- en doelstelling

Zoals in de aanleiding is genoemd, zijn in Nederland twee ziekenhuizen, samen met thuiszorgorganisatie Allercare, bezig met een pilot. In deze pilot wordt chemotherapie, die subcutaan of intraveneus wordt toegediend, aan patiënten toegediend in de thuissituatie. Ook zijn andere ziekenhuizen bezig om de opties voor thuistoediening van chemotherapie te verkennen. Dit onderzoek gaat over de verplaatsing van chemotherapie naar thuis, niet te verwarren met de thuistoediening van immuuntherapie. Sommige soorten immuuntherapie worden ook verplaatst naar de thuissituatie, maar daar is geen sprake van de verplichting dat de zorg moet worden uitgevoerd door een bevoegde oncologieverpleegkundige. De verplaatsing van immuuntherapie wordt dan in dit onderzoek ook niet meegenomen.

Het probleem is dat, door de huidige toepassing op beperkte schaal, er nog onvoldoende duidelijkheid is over de verschillende factoren die van invloed zijn op deze thuistoediening; bevorderende en belemmerende factoren van “Chemotherapie Thuis” zijn nog niet in kaart gebracht. Hierdoor is er nog geen overzicht van welke factoren belangrijk zijn in deze verplaatsing van medisch-specialistische zorg naar de thuissituatie. Aangezien deze pilot nog relatief nieuw is, is er nog geen “blauwdruk”, waarbij alle belangrijke factoren meegenomen zijn om rekening mee te houden bij het opstarten en monitoren van dit project in andere ziekenhuizen. Dit onderzoek vormt een eerste onderzoek om belangrijke factoren te verkennen die uiteindelijk kunnen bijdragen aan het creëren van een blauwdruk.

Het doel van het onderzoek is om te kijken naar de inrichting van het zorgproces van “Chemotherapie Thuis” en de voorwaarden die hierin van belang zijn. De thuistoediening van chemotherapie blijkt op kleine schaal niet financieel rendabel en doordat het concept nog in kinderschoenen staat is nog onbekend hoe “Chemotherapie Thuis” het best vervolgd kan worden. Daarbij ontstaat dan ook de vraag over hoe dit concept opgeschaald kan worden door gebrek aan informatie over de kosten; *wat is belangrijk voor het implementeren van de pilot op bredere schaal? Wat vormen de bevorderende en belemmerende factoren binnen de pilot?* Er zijn verschillende signalen voortgekomen uit de evaluatie van de pilot tot dusver; wel is het zaak om deze signalen te bevestigen en zoveel mogelijk relevante informatie te verkrijgen over de loop van de pilot.

Een eis vanuit het Bravis Ziekenhuis is dat zij geen extra werk willen hebben aan het thuis toedienen van chemotherapie, zoals bijvoorbeeld administratieve taken, aangezien dit te veel extra last voor het ziekenhuis met zich meebrengt. Daarom is het belangrijk dat er organisatorisch rekening wordt gehouden met eisen zoals deze. De thuiszorg kan zorgen voor de toediening, waarbij tegelijkertijd de regie wel bij de medisch specialisten uit het ziekenhuis blijft en alle vorderingen in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) genoteerd worden, zodat alle betrokken zorgverleners op de hoogte blijven. Dit laat al zien dat er sprake is van een bepaalde samenwerking tussen ziekenhuis en thuiszorg, maar ook individueel tussen arts, verpleegkundige en projectleider. Het doel is dan ook om te ontdekken in hoeverre deze factoren meespelen in de pilot.

Dit onderzoek tracht duidelijkheid te geven over de bevorderende en belemmerende factoren die het “Chemotherapie Thuis” concept beïnvloeden. De resultaten bieden informatie voor toekomstige beslissingen en gebruiken rondom de (verdere) implementatie van “Chemotherapie Thuis”.

In context van dit onderzoek zijn er verschillende factoren die op voorhand een rol zullen spelen. Hieronder wordt kort ingegaan op de onderdelen communicatie, samenwerking en financiering met de relevante context voor dit onderzoek.

3.2.1 Communicatie & Samenwerking

Een gegeven is dat door de betrokkenheid van meerdere partijen zoals het ziekenhuis, de ziekenhuisapotheek en de thuiszorgorganisatie, er veel onderling geregeld zal moeten worden, op het gebied van bijvoorbeeld personeel, medicatie en planning. Dit zorgt voor de noodzaak tot duidelijke afspraken, heldere communicatie en duidelijke verantwoordelijkheden. Zo zijn er voor verschillende soorten chemotherapie andere eisen bijvoorbeeld wat betreft houdbaarheid, met alle gevolgen van dien op de route-indeling en -planning. Vanwege het uit handen geven van de behandeling aan oncologieverpleegkundigen door de artsen, lijkt het logisch dat de communicatie tussen de zorgverleners onderling ook goed moet zijn, en er gecommuniceerd wordt in het geval van bijzonderheden of calamiteiten (bij de patiënt). Deze mate van communicatie en samenwerking kan een belangrijke voorwaarde voor het slagen van de pilot zijn. In het onderzoek wordt gekeken naar deze communicatie en samenwerking, en hoe het tot dusver gaat.

3.2.2 Financiering

Er heerst onduidelijkheid over de financiering van “Chemotherapie Thuis” en de al dan niet financiële voordelen die het toedienen van chemotherapie thuis oplevert. Momenteel bestaat de opvatting dat het thuis toedienen duurder is in vergelijking met het ziekenhuis, voornamelijk om de reden dat er thuis één verpleegkundige per patiënt werkzaam is, terwijl in het ziekenhuis één verpleegkundige meerdere patiënten onder zijn of haar hoede heeft. Echter, het feit dat patiënten niet meer hoeven te reizen van en naar het ziekenhuis zorgt ervoor dat de zorgverzekeraars geld besparen, aangezien er minder geld uitbetaald hoeft te worden aan de patiënten die een reis declareren. Niet elke patiënt maakt kosten voor het reizen van en naar het ziekenhuis, maar in tussentijdse evaluaties is berekend dat de besparing van reiskosten alsnog veel geld scheelt. Wellicht is dan “Chemotherapie Thuis” toch goedkoper in vergelijking met de behandeling in het ziekenhuis. Naast de besparing van kosten gaat het ook om de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Als een patiënt de zorg thuis als veel prettiger ervaart, telt dat ook mee in de voordelen. De verhouding tussen deze kosten en kwaliteit van zorg speelt mogelijk een belangrijke rol.

Een ander onderdeel van de financiering, met name van toepassing op ziekenhuizen, is de bekostiging van behandelingen via een zogenaamde Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Het gaat hier om de kosten op organisatieniveau, niet per individueel patiënt. Ziekenhuizen maken voor het incasseren van geld voor behandelingen gebruik van DBC's, waarbij voor een bepaald zorgpad of zorgproces een vast bedrag wordt verrekend door de zorgverzekeraar. De gemiddelde kosten van een patiënt die de verschillende onderdelen van een bepaald zorgpad doorloopt, worden bij elkaar opgeteld om zo tot een DBC te komen. Ziekenhuizen krijgen vanuit de verzekeraar een vast bedrag voor elke patiënt die de DBC doorloopt. Echter, doordat de kosten stijgen door het thuis toedienen van de chemotherapie, komen de kosten boven de vergoeding van de DBC uit. Reden is onder andere het feit dat de thuistoediening duurder is dan normaliter in het ziekenhuis, door de reistijd van de verpleegkundige die elke patiënt individueel bezoekt. Echter, momenteel wordt de besparing in reiskosten, zoals benoemd in de vorige alinea, niet meegerekend in het behandelingsproces, wat dus leidt tot een duurder behandeling. Het bedrag horende bij de DBC stijgt niet mee, met oplopende kosten tot gevolg. Dit wil zeggen dat het ziekenhuis nog steeds hetzelfde bedrag ontvangt voor de duurder zorg die er geleverd wordt. In deze pilot wordt Allertzorg direct door de ziekenhuizen betaald. Het is wellicht mogelijk dat er in de toekomst te weinig geld beschikbaar is om de thuisbehandelingen te kunnen opschalen, waardoor de continuïteit van “Chemotherapie Thuis” in het gedrang kan komen.

De financiële onzekerheid blijkt ook uit een thesis van Janssen (2018), waarin een relevante discrepantie wat betreft de financiën van de thuisbehandeling met specialistische medicatie wordt beschreven. Een genoemde oplossing is het benoemen van een coördinator op de dagbehandeling van het ziekenhuis die ervoor zorgt dat de patiënten thuis behandeld kunnen worden en er goede afstemming plaatsvindt tussen alle betrokkenen. Verder moeten vragen van betrokkenen, logistieke problemen en medische consulten worden opgepakt door de juiste mensen; zodat relevante verantwoordelijkheden bij de juiste personen liggen. Ook zal er gezorgd moeten worden voor een administratieve last die draagbaar is voor alle betrokkenen. Ten slotte zouden de financiële aspecten van het toedienen van chemotherapie thuis beter onderzocht moeten worden, inclusief een business case, waarbij ook de maatschappelijke kosten worden meegenomen.

3.3 Vraagstelling

Aan de hand van de situatie zoals beschreven in de probleem- en doelstelling, zijn de volgende vragen geformuleerd.

3.3.1 Hoofdvraag

De hoofdvraag luidt als volgt:

“Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren voor het verplaatsen van chemotherapeutische behandelingen van oncologische patiënten, in behandeling bij het Bravis Ziekenhuis en Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, volgens het “Chemotherapie Thuis” concept, voor patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars?”

3.3.2 Deelvragen

Om de hoofdvraag overzichtelijk onder te verdelen in verschillende deelvragen, zijn deze verschillende deelvragen opgesteld die worden behandeld in deze scriptie:

- *Hoe ziet het zorgpad eruit van het thuis geven van chemotherapie?*
 - *Welke route doorloopt de patiënt binnen het (veranderde) zorgpad?*
 - *Hoe worden de verwijzingen geregeld en wie is het aanspreekpunt voor de patiënt?*
- *Is er voldoende draagvlak in het thuis toedienen van chemotherapie in de ogen van de zorgverleners?*
- *Hoe wordt de pilot “Chemotherapie Thuis” bekostigd?*
 - *Wat betekent “Chemotherapie Thuis” voor de kosten voor patiënten, ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties en zorgverzekeraars?*
 - *In hoeverre zijn de kosten en de bekostiging inzichtelijk?*
- *Hoe kan “Chemotherapie Thuis” zo efficiënt mogelijk opgeschaald worden?*
 - *Wat is belangrijk bij het continueren van “Chemotherapie Thuis”?*
 - *Wat vormen de bevorderende factoren voor het gebruik van “Chemotherapie Thuis”?*
 - *Wat vormen de belemmerende factoren voor het gebruik van “Chemotherapie Thuis”?*

3.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 4 wordt de theorie behandeld die relevant is voor het onderzoek; zo wordt de medicatie die gebruikt wordt in deze thuistoediening uitgelegd en wordt de verplaatsing van ziekenhuiszorg naar huis beschreven. In hoofdstuk 5 wordt de methode van het onderzoek beschreven. Verder komen in hoofdstuk 6 de resultaten aan bod. Ten slotte worden in hoofdstuk 7 en 8 respectievelijk de conclusie en discussie van het onderzoek behandeld. Aan het eind van de scriptie zijn de bronnen en bijlagen opgenomen in hoofdstuk 9 en 10.

4. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de theorie achter de onderzoeksvragen behandeld. Dit hoofdstuk begint met inleidende informatie over de toepassing van chemotherapie als behandeling, de medicatie en de verplaatsing van ziekenhuiszorg naar huis, wat op voorhand is uitgezocht om meer bekend met het onderwerp te raken door middel van literatuuronderzoek en het raadplegen van interne rapporten en evaluaties. De thuistoediening en het zorgpad worden in de resultaten (hoofdstuk 6) behandeld.

4.1 Cijfers over chemotherapie

In Nederland is er een grote stijging zichtbaar van het aantal patiënten dat wordt behandeld met chemotherapie. Men ziet een stijging van 7.000 gevallen in het jaar 1990, wat vervolgens oploopt tot meer dan 30.000 gevallen in 2015. Dit is een stijging van 400%. Behalve het feit dat dit te verklaren is doordat meer mensen met kanker gediagnosticeerd worden, is het ook gevolg van de stijgende inzet van chemotherapie bij meerdere vormen en stadia van kanker (Vonk et al., 2016). Uit onderzoek van Plasmans et al. (2019), blijkt dat er in 2017 in totaal 5,9 miljard euro aan zorgkosten werd besteed voor alle soorten kanker. Dit bedrag vormt 6,7% van de totale zorgkosten (87,9 miljard euro) van dat hele jaar. 84% van deze kosten zijn besteed aan de ziekenhuiszorg. Verder zijn er in 2020 ongeveer 115.000 nieuwe kankerdiagnoses vastgesteld. Op 1 januari 2020 waren er ongeveer 604.000 mensen met kanker in Nederland (Gommer et al., 2021). Het feit dat dus mensen steeds ouder worden (=vergrijzing), samen met het feit dat kanker steeds langer behandelbaar is, zorgt ervoor dat in de loop van de tijd steeds meer mensen te maken krijgen met chemotherapie als behandeling tegen kanker.

4.2 De medicatie

De medicatie (cytostatica) die gemeoid is met de thuisbehandelingen zijn verschillende soorten chemotherapie. In deze pilot en dit onderzoek gaat het dusver om Bortezomib en Azacitidine. Beide medicijnen zijn voorbeelden van cytostatica. Cytostatica zijn complexe medicijnen, waarbij de toediening zorgvuldig dient te gebeuren door een oncologieverpleegkundige die daartoe bevoegd is, zoals afgesproken in de nieuwste SONCOS-normen (Federatie Medisch Specialisten & Stichting Oncologische Samenwerking, 2021).

Uit gegevens van KWF Kankerbestrijding & redactie kanker.nl; National Cancer Institute (2018), blijkt dat chemotherapie een veel voorkomende behandeling bij kankerpatiënten is, waarbij de patiënt wordt behandeld met cytostatica. Deze cytostatica remmen of doden snel delende cellen in het lichaam. Doordat kankercellen (maligne cellen) zich erg snel delen, zijn cytostatica hier een geschikt middel voor. Echter, de medicatie maakt geen onderscheid tussen gezonde en maligne cellen, waardoor ook andere, gezonde cellen aangevallen worden, zoals bijvoorbeeld witte bloedcellen. Een veelvoorkomende bijwerking is dan ook de verhoogde kans op infecties, aangezien de witte bloedcellen, die verantwoordelijk zijn voor de afweer in het lichaam, worden verminderd als gevolg van de cytostatica. Verder zijn er, afhankelijk van de soort kanker, medicatie en patiënt, nog verschillende andere bijwerkingen mogelijk, zoals haaruitval, misselijkheid, vermoeidheid et cetera. Er zijn verschillende soorten chemotherapie, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende situaties waarin de chemotherapie wordt ingezet. De eerste mogelijkheid is (neo-)adjuvante chemotherapie, ofwel aanvullende chemotherapie, waarbij chemotherapie wordt ingezet voor een operatie (neo-adjuvant) of na een operatie (adjuvant), om de tumor kleiner te maken en zo ervoor te zorgen dat een operatie minder ingrijpend hoeft te verlopen, of de kanker verder geneest na een operatie. De tweede mogelijkheid is curatieve chemotherapie. Curatieve chemotherapie wordt ingezet met het doel om de ziekte te doen genezen, meestal op zichzelf, dus zonder operatie. Als laatste is er palliatieve chemotherapie mogelijk. Deze vorm van chemotherapie zorgt als remmer van de ziekte wanneer de ziekte in veel gevallen gemetastaseerd (uitgezaaid) is en de kans van overleven erg klein is. Het doel is dan voornamelijk om het overlijden uit te stellen en de kwaliteit van leven van de patiënt zoveel en lang mogelijk te kunnen waarborgen.

Tenslotte zijn er nog meerdere mogelijkheden wat betreft de toediening van chemotherapie (National Cancer Institute, 2018). Afhankelijk van de soort kanker en de soort medicatie die wordt toegediend is het mogelijk om de chemotherapie oraal, intramusculair, subcutaan, intrathecaal of intraveneus toe te dienen. Voor elke manier van toedienen geldt dat het medicijn wordt opgenomen in het bloed om vervolgens te worden verspreid in het lichaam. Voor de "Chemotherapie Thuis" pilot geldt dat het gaat om chemotherapie die subcutaan wordt toegediend.

Met de verplichte aanwezigheid van een kundige oncologieverpleegkundige lijkt het mogelijk te zijn om de patiënten thuis van een kwalitatieve behandeling te kunnen voorzien, zoals is gebleken in de pilot die nu lopend is bij het Bravis Ziekenhuis en het ADRZ.

4.3 De verplaatsing van ziekenhuiszorg naar huis

Uit onderzoek van Van Ginneken (2015, p. 887) blijkt dat Nederland een geschiedenis heeft met pogingen om de gezondheidszorg te optimaliseren. De auteur stelt dat de efficiëntie verbeterd zou moeten worden zonder de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor burgers te benadelen. Hoewel men kan zeggen dat de zorg in Nederland over het algemeen erg goed geregeld is en het systeem tot de beste stelsels van Europa behoort (Health Consumer Powerhouse et al., 2019), is de ziekenhuiszorg alsnog onderhevig aan grote druk en risico tot overcapaciteit. Specialistische behandelingen vinden in principe allemaal plaats in het ziekenhuis en het is belangrijk om naar manieren te kijken hoe de zorg “ontlast” kan worden, door bijvoorbeeld behandelingen naar de thuissituatie te verplaatsen.

Deze verplaatsing van zorg is een populair onderwerp binnen onderzoek naar de verbetering en ontlasting van zorg, en zoals al benoemd maakt de COVID-19 situatie het nog relevanter. Zo zijn er tijdens de pieken van de coronacrisis verschillende aanpassingen gemaakt om de zorg toegankelijk te houden, door bijvoorbeeld bepaalde zorg en consulten digitaal te kunnen leveren (Zorginstituut Nederland & Nederlandse Zorgautoriteit, 2020). De zorg kan een voorbeeld nemen aan deze snelle adaptatie om na deze pandemie de zorg flexibel te houden, om zo de toenemende druk het hoofd te kunnen bieden.

Uit de pilot blijkt dat de toediening van “Chemotherapie Thuis” niet leidt tot een afname in de kwaliteit van de geleverde zorg en dat de patiënten de zorg als adequaat ervaren. Buiten de gewenste resultaten die vooralsnog blijken uit de pilot, zijn er financiële vraagstukken binnen de verplaatsing van oncologische zorg, zoals benoemd in §3.2.2. Bovendien is het zo dat de toediening van chemotherapie efficiënter is als deze in grotere getallen gebeurt, aangezien de verpleegkundige dan een betere route kan rijden met meer patiënten per route. Dit vereist meer onderzoek naar de financiële mogelijkheden van de pilot, aangezien de schaal groter zou moeten zijn om de zorg rendabel te houden. Ook zorgen nieuwe regels vanuit de SONCOS-normering ervoor dat het verplicht is dat de thuistoediening van chemotherapie wordt uitgevoerd door oncologieverpleegkundigen. De verplichte inzet van deze verpleegkundigen is tevens duurder dan reguliere verpleegkundigen.

De toediening van chemotherapie leidt tot de noodzaak voor specialistische kennis van de oncologieverpleegkundige die belast is met het toedienen van de chemotherapie. Zo moet de verpleegkundige kunnen omgaan met gevaarlijke stoffen, vanwege de stoffen die aanwezig zijn in cytostatica (Antoni van Leeuwenhoek & Nederlands Kanker Instituut, 2018), kennis hebben voor het adequaat kunnen prikken van patiënten en daarbij kunnen beslissen of patiënten thuis geprikt kunnen worden. Daarnaast moeten de verpleegkundigen in staat zijn om de risico's, bijwerkingen en gezondheidstoestand van de patiënt klinisch te beoordelen. Er komt dus veel meer kijken bij een chemotherapie behandeling dan slechts het geven van een injectie met medicatie.

Er heerst enthousiasme en er klinken positieve geluiden over de introductie van “Chemotherapie Thuis”, wat bijvoorbeeld ook blijkt uit het onderzoek van Janssen (2018). Uit deze resultaten blijkt dat de vele partijen die betrokken zijn bij het geven van chemotherapie thuis, zoals patiënten, zorgverleners, thuiszorgorganisaties, zorgverzekeraars, et cetera, erg positief zijn over het concept en dat er zeker potentie in de thuistoediening zit. Echter, er klinken geluiden van medisch specialisten die nog niet volledig het vertrouwen hebben om hun medische verantwoordelijkheid uit handen te geven door de toediening thuis te laten plaatsvinden, vaak door een externe organisatie.

Een uitspraak van (demissionair) minister Hugo de Jonge van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Medisch Contact, 20 Juni 2019) luidt als volgt: *“We kunnen de zorg niet houden zoals wij het hebben. Wij moeten op zoek naar nieuwe vormen. (...) Wij moeten zorg verplaatsen, de beweging van de wachtkamer naar de huiskamer maken.”* Deze uitspraak maakt nogmaals de relevantie van de “Chemotherapie Thuis” pilot duidelijk.

5. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de methodologie van het onderzoek besproken, die gebruikt is om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Het type onderzoek, de respondenten, dataverzameling, analyse van de data en de kwaliteit komen aan bod.

5.1 Onderzoekstype

In dit onderzoek is gebruikgemaakt van twee soorten onderzoek; literatuuronderzoek en kwalitatief onderzoek via het houden van interviews.

5.1.1 Literatuuronderzoek

Ten eerste is gebruikgemaakt van literatuuronderzoek om zo informatie en context te verkrijgen over de huidige situatie van de thuistoediening van chemotherapie. Ook zijn interne documenten, evaluaties en protocollen geanalyseerd voor een inzicht in de praktijk van de behandeling. De verkregen informatie is verwerkt in zowel hoofdstuk 4, als in §6.1, waarbij onderscheid is gemaakt in algemene informatie in hoofdstuk 4, en antwoord op de deelvragen in §6.1. Er is gebruikgemaakt van verschillende wetenschappelijke zoekmachines, zoals PubMed, Google Scholar en Scopus om relevante artikelen te vinden. De gebruikte artikelen zijn te vinden in de bibliografielijst aan het einde van dit verslag. Bij het zoeken bleek dat er nog weinig relevante literatuur te vinden is over dit onderwerp. Het gebruiken van de sneeuwbal methode, door in relevante artikelen te zoeken naar nog meer relevante stukken door in de literatuurlijst van het betreffende artikel te zoeken, leverde wel extra bronnen op. Ook zijn er interne documenten, zoals protocollen en tussentijdse evaluaties, geraadpleegd om informatie over specifieke processen in te winnen.

Bij het uitvoeren van het literatuuronderzoek is er ook samen met een informatiespecialist van de universiteit naar goede literatuur gekeken; alweer bleek dat er weinig literatuur beschikbaar was. Desondanks heeft de bestaande literatuur een basis kunnen vormen voor de theorie achter dit onderzoek.

5.1.2 Interviews

Ook is data verkregen via het houden van interviews. Op basis van literatuuronderzoek, andere verkregen documenten, evaluaties en gesprekken met de begeleiders, zijn de interviewvragen opgesteld. Veel van de onderwerpen in de interviews komen voort uit de resultaten van de tussentijdse evaluatie die samen door het Bravis Ziekenhuis en Allergisch is gedaan. De focus van de interviews waren onderwerpen die naar aanleiding van die resultaten nog meer duidelijkheid behoeften. Onderwerpen zoals de behandeling, voordelen, nadelen, financiën, samenwerking en communicatie waren belangrijk binnen deze dataverzameling. De interviews zijn gehouden met patiënten en zorgverleners in verschillende functies, die betrokken zijn bij "Chemotherapie Thuis". Ook andere betrokkenen, zoals projectleiders en zorgverzekeraars zijn geïnterviewd, om zo op brede schaal informatie te verkrijgen van alle betrokkenen bij de "Chemotherapie Thuis" pilot. De groepen die deel hebben genomen aan de interviews zijn te zien in tabel 1, te vinden in hoofdstuk 6. De vragen per respondentengroep zijn in bijlage A aan het eind van de scriptie bijgevoegd. De interviews zijn semigestructureerd uitgevoerd, wat wil zeggen dat de interviews zijn gehouden volgens een vast interviewschema, maar dat afwijken tijdens de interviews mogelijk is om bijvoorbeeld door te vragen op interessante onderwerpen.

De interviews zijn allemaal via Microsoft (MS) Teams of telefoongesprek uitgevoerd. De patiënten hebben de keuze gekregen en ervoor gekozen om via een telefoongesprek te worden geïnterviewd. De rest van de respondenten is geïnterviewd via MS Teams, door middel van een videogesprek. Het interviewen op afstand is gekozen om twee redenen, namelijk dat fysiek contact door de COVID-19 pandemie zoveel mogelijk beperkt moet worden, en het feit dat de reisafstand naar de meeste respondenten erg groot is.

Elke groep respondenten heeft unieke soorten vragen gekregen, die speciaal voor die groep zijn opgesteld. Daarbij lag voor elke groep een bepaalde focus op de te verkrijgen informatie. In totaal zullen de volgende aantallen personen geïnterviewd worden: 5 patiënten, 5 oncologieverpleegkundigen, 2 artsen (internist-oncologen/hematologen), 4 projectleiders, 2 planners, 1 controller en 1 zorgverzekeraar.

5.2 Zorgproces

Voor het inventariseren van het zorgproces is er naast literatuuronderzoek gebruikgemaakt van de analyse van interne documentatie. Interne documenten, zoals rapporten en protocollen, hebben een praktische inkijk gegeven in het zorgproces, wat behandeld is in hoofdstuk 4, en zal worden besproken in §6.1. Deze documenten bevatten informatie over het zorgpad, de medicijnen, protocollen en de (praktische) werkwijze van “Chemotherapie Thuis”. Door de analyse van deze documenten is er meer duidelijkheid ontstaan over het gehele zorgproces en de werkwijze binnen dit project. Ook is er een dag meegelopen met een oncologieverpleegkundige die deze chemotherapie thuis toedient, om meer inzicht te krijgen in het zorgproces van het toedienen en wat erbij komt kijken. Gesprekken met deze zorgverleners hebben ook bijgedragen aan het inventariseren van de zorgprocessen rondom het geven van chemotherapie thuis.

5.3 Bekostiging

Door de complexiteit van alle kosten en de complexe bekostigungsstructuren is het niet mogelijk om alle kosten helder in beeld te krijgen tijdens dit onderzoek. Door een verschuiving in de focus van het onderzoek, is op het onderdeel kosten minder de nadruk gelegd. In dit onderzoek ligt de focus niet op het overzichtelijk maken van alle kosten, maar op het informatie verkrijgen van de projectleiders en controllers over de staat van de financiën, en hoe deze verbeterd kunnen worden om de thuistoediening van chemotherapie ook in de toekomst te kunnen waarborgen. Deze mogelijkheden worden in de dataverzameling meegenomen.

5.4 Dataverwerking

Alle interviews zijn opgenomen en omgezet in tekst via een “speech to text” programma, genaamd Amberscript. Dit programma maakt het mogelijk om de antwoorden van de respondenten in tekst om te zetten, waarna ze geanalyseerd kunnen worden. De interviews zijn woordelijk getranscribeerd, waarbij bijvoorbeeld onnodige stopwoordjes worden weggelaten, om de duidelijkheid van de interviews te waarborgen. De interviews zijn niet toegevoegd aan deze scriptie, maar zijn wel beveiligd opgeslagen ter naslag. Nadat alle interviews getranscribeerd waren, is met behulp van coderen een analyse uitgevoerd. Het coderen is uitgevoerd in het programma Atlas Ti 9. Coderen is zowel deductief als inductief uitgevoerd, oftewel, sommige codes zijn van tevoren gemaakt om verschillende uitspraken van respondenten in onder te brengen (deductief). Bovendien zijn andere codes opgesteld aan de hand van de bevindingen die uit de interviews zijn gekomen (inductief). Verschillende codes die nauw lijken samen te hangen worden gegroepeerd in groepscores. Alle relevante uitspraken zijn naderhand geconverteerd in een overzichtelijk rapport, waarna de resultaten zijn afgeleid.

De codes en groepscores die zijn opgesteld zijn te vinden in bijlage D. Alle interviews zijn doorlopen waarbij de betreffende codes aan de uitspraken van de respondenten toegevoegd. De resultaten van de analyse worden in hoofdstuk 6 behandeld.

5.5 Ethische verantwoording

Voor dit onderzoek zijn er interviews gehouden met zowel patiënten als allerlei andere betrokken personen in dit project. Elke deelnemer heeft een informed consentformulier getekend waarbij hij/zij akkoord is gegaan met de voorwaarden van het interview.

Ook is er ethische toestemming gevraagd aan de BMS Ethical Committee van de Universiteit Twente. De ethische commissie heeft het onderzoek goedgekeurd. Aangezien het Bravis ziekenhuis en het ADRZ onderdeel zijn van de opdrachtgevers, is er geen aparte toestemming gevraagd aan de ziekenhuizen. Bovendien is, zoals vermeld, aan elk individu apart om toestemming gevraagd. Alle respondenten zijn op de hoogte van de voorwaarden en kunnen de onderzoeker altijd bereiken bij vragen of andere opmerkingen.

Ten slotte is dit onderzoek niet langs een Medisch Ethische Toetsings Commissie (METC) gegaan. De Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek (WMO) stelt het verplicht om een onderzoek door een METC te laten goedkeuren wanneer deelnemers bepaalde gedragsregels opgelegd krijgen of er veel tijd en/of moeite van de deelnemer (patiënt) gevraagd wordt. Daar is in dit onderzoek geen sprake van.

6. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek behandeld. In §6.1 wordt eerst de theorie behandeld die is verzameld aan de hand van het literatuuronderzoek. Vervolgens worden in §6.2 de resultaten van de interviews beschreven. De resultaten zijn gevormd aan de hand van de codes die zijn opgesteld naar aanleiding van de interviews. Per code wordt informatie gegeven over een bepaald deel van het onderzoek. De informatie verkregen uit het coderen vormt de kern van de resultaten, waarna ze in hoofdstuk 8 in context worden gebracht. Op deze manier ontstaat een beeld van de huidige situatie omtrent “Chemotherapie Thuis” en kan een advies gegeven worden over de zaken die al goed gaan en zaken die nog verbeterd kunnen worden in de toekomst, oftewel de bevorderende en belemmerende factoren.

6.1 Resultaten documenten

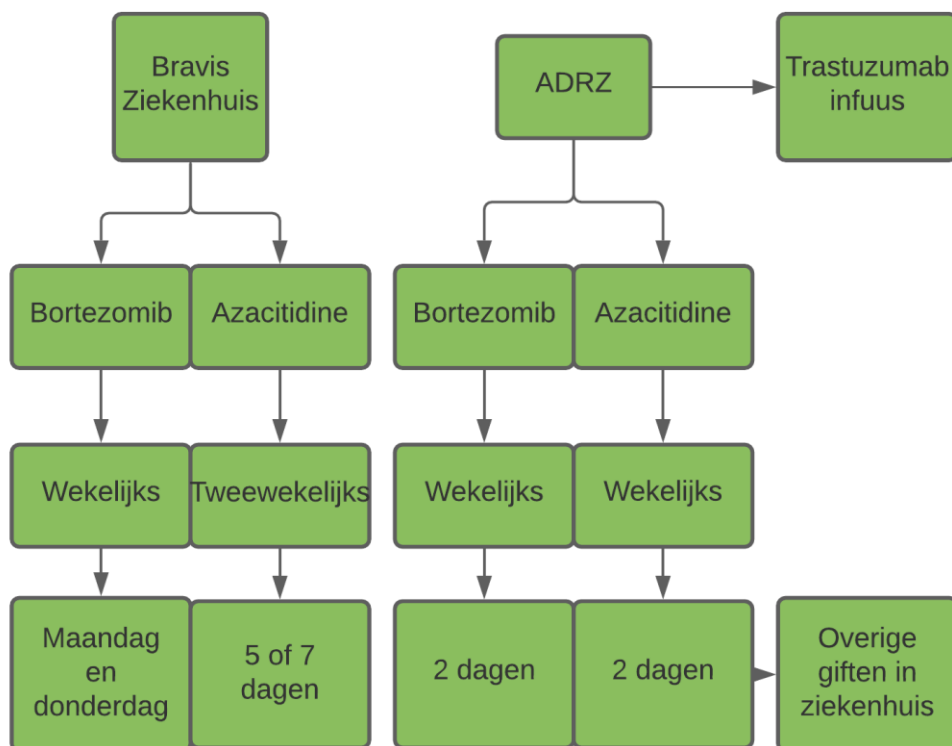
De informatie over de behandeling en het zorgpad dat hoort bij de thuistoediening van “Chemotherapie Thuis” wordt beschreven.

6.1.1 Thuistoediening

Er zijn verschillende kankerpatiënten die voor chemotherapie onder behandeling zijn bij het Bravis Ziekenhuis en het ADRZ. Zij moeten herhaaldelijk naar het ziekenhuis voor een nieuwe chemokuur. Door de zogenaamde verplaatsing van zorg, die “Chemotherapie Thuis” met zich meebrengt, kunnen patiënten thuis behandeld worden. De verplaatsing van chemotherapie gaat in dit onderzoek over Bortezomib en Azacitidine; beide met andere eisen voor de frequentie van toediening:

- Bortezomib: Wordt tweemaal per week gegeven.
 - Bravis: De Bortezomib wordt wekelijks op dinsdag en vrijdag thuis toegediend.
 - ADRZ: De Bortezomib wordt wekelijks op maandag en donderdag thuis toegediend.
- Azacitidine: Wordt tweewekelijks voor vijf of zeven achter elkaar gegeven.
 - Bravis: De Azacitidine wordt om de week elke vijf of zeven dagen thuis toegediend.
 - ADRZ: De Azacitidine wordt elke week op maandag en donderdag thuis toegediend; voor de overige giften moeten de patiënten wel naar het ziekenhuis.

In figuur 1 staat het toedieningsschema schematisch weergegeven.



Figuur 1. Het toedieningsschema van de medicatie

In het ADRZ wordt ook immuuntherapie gegeven door middel van een Trastuzumab-infuus. Deze behandeling is geen onderdeel van het onderzoek naar “Chemotherapie Thuis”. Voorwaarde voor deze thuistoediening is, net zoals bij de chemotherapie, dat een eerste behandeling in het ziekenhuis wordt gegeven en dat deze zonder complicaties verloopt. Verder is er sprake van in- en exclusiecriteria waarvan wordt bepaald of de patiënt in kwestie geschikt is voor het concept “Chemotherapie Thuis”.

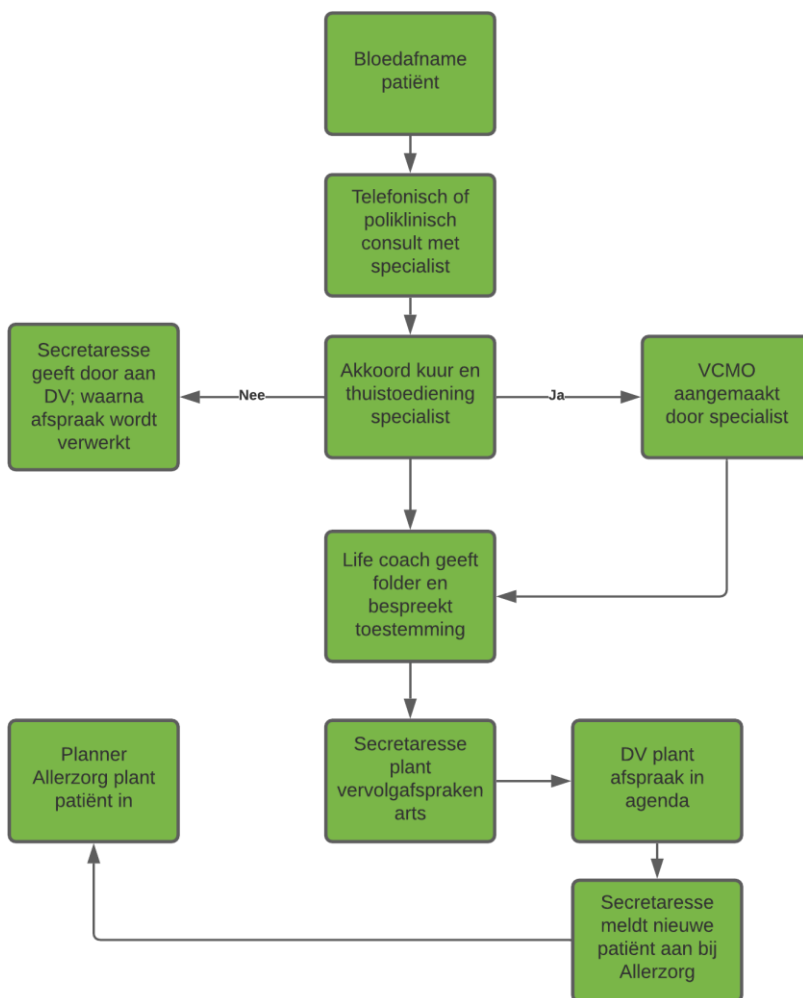
Er bestaan verschillende exclusiecriteria die patiënten (vooralnog) uitsluiten van deelname; de belangrijkste zijn:

- Een grote kans op heftige bijwerkingen, waardoor de behandeling thuis te risicovol is.
- Patiënten die moeilijk te prikken zijn, doordat de aders zich niet aan de oppervlakte van de huid bevinden.
- Patiënten die een andere behandeling op de dagverpleging nodig hebben.

Bij goedkeuring van de arts heeft de patiënt de keuze om de chemotherapie in het vervolg thuis te ontvangen. Ook kunnen patiënten geëxcludeerd worden, doordat zij niet willen deelnemen aan deze vorm van behandeling. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat patiënten weigeren dat hun gegevens worden uitgewisseld tussen de verschillende betrokken zorgverleners.

6.1.2 Zorgpad

Voorafgaand aan het thuis toedienen van chemotherapie is er een proces om te bepalen of een patiënt kan deelnemen aan de thuistoediening. Wanneer hier akkoord voor is, volgen verschillende stappen om de patiënt aan te melden voor thuistoediening. Na een eerste succesvolle toediening van chemotherapie in het ziekenhuis volgt bloedafname van de patiënt met daarna een telefonisch of poliklinisch consult met een medisch specialist, waarbij de mogelijkheden voor thuistoediening worden besproken. Nu kan worden bepaald of de patiënt in aanmerking komt voor thuistoediening. Er zijn dan ook twee opties voor het verdere verloop van de behandeling van de patiënt, zoals te zien is in figuur 2.



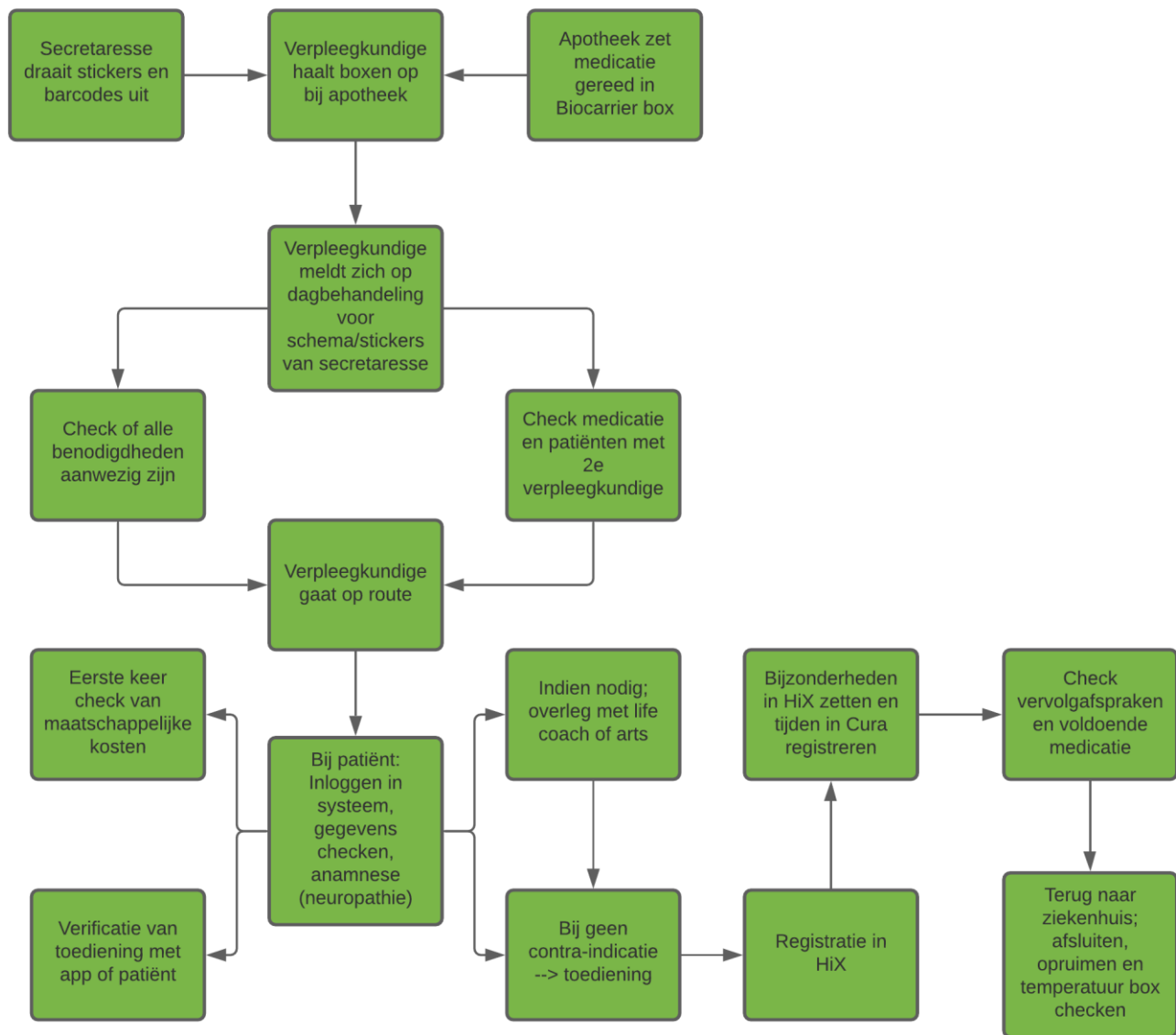
Figuur 2. Zorgpad voorschrijven behandeling (afgeleid van interne documentatie Allergozorg)

1. **Geen thuistoediening:** als gevolg van een of meerdere exclusiecriteria, zoals het optreden van complicaties na de eerste behandeling, of het weigeren van de patiënt om thuis chemotherapie te krijgen, vindt het vervolg van de behandelingen in het ziekenhuis plaats. De secretaresse stelt het secretariaat van DV (dagverpleging) hiervan op de hoogte om vervolgens een nieuwe afspraak in te plannen in het ziekenhuis.
2. **Wel thuistoediening:** de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria en wil de chemotherapie thuis ontvangen; het proces van aanmelden begint. Door de medisch specialist wordt een voorgedefinieerde combinatie van medicatieopdrachten (VCMO) aangemaakt die naar de apotheek wordt gestuurd voor de aanlevering van de juiste medicatie. Een VCMO maakt het juist voorschrijven en doseren van medicatie eenvoudiger voor de medisch specialist. Ook wordt een life coach aangesteld door het ziekenhuis, die als casemanager fungeert voor de patiënt. Deze coach zorgt voor de informatievoorziening en bespreekt de toestemming en de Care-for-Cancer-begeleiding (CfC-begeleiding) voor de patiënt. CfC wordt namens Allercare bij de patiënten thuis gedaan, waarbij er geen sprake is van een behandeling met medicatie, maar met de patiënt wordt gesproken over vragen, onzekerheden, de behandeling, het ziekteverloop en allerlei andere dingen waar de patiënt wat over wil weten of iets over kwijt wil.

Vervolgens beginnen achter de schermen processen die ervoor zorgen dat de patiënt wordt opgenomen in de thuistoediening. De life coach zorgt ervoor dat het toestemmingsformulier in het dossier van de patiënt komt en stuurt (indien aan de orde) een e-mail naar de planner om een eerste afspraak te maken. De life coach is het eerste aanspreekpunt van de patiënt en houdt het totale zorgproces van de patiënt in de gaten. Daarna zorgt de planner ervoor dat de patiënt wordt aangemeld voor "Chemotherapie Thuis". De verschillende handelingen worden getoond in figuur 2.

Aan het begin van het bezoek van de oncologieverpleegkundige neemt de verpleegkundige een aantal vragen door (anamnese) met de patiënt met betrekking tot eventuele bijwerkingen die de patiënt kan ervaren door de behandeling. Mochten er bijzonderheden zijn, dan zal de verpleegkundige die met de patiënt bespreken en indien nodig ook contact opnemen met de behandelend arts. De verpleegkundige noteert ook alle bevindingen in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) van de patiënt. Als er geen bijzonderheden zijn, wordt de behandeling toegediend. Hiervoor zijn verder geen speciale voorzorgsmaatregelen nodig. Wel moet de verpleegkundige de gelegenheid hebben om de eigen handen te wassen en de ruimte hebben om de behandeling kort voor te bereiden.

De voortgang van de behandeling van de patiënten wordt, net zoals in het ziekenhuis gedaan zou worden, bijgehouden in het EPD. Dit is een groot voordeel, aangezien elke betrokkene (arts, verpleegkundige, life coach) zo via de reguliere weg in het dossier van de patiënt kan komen. Zo blijft de patiënt onder controle, en kan de behandelend oncoloog bijvoorbeeld inspringen als dit nodig is. Dit kan gezien worden als bevorderende factor. Bovenstaande stappen voor de behandeling zelf staan weergegeven in figuur 3.



Figuur 3. Zorgpad behandeling

6.2 Resultaten interviews

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven die zijn verkregen uit de interviews. De resultaten worden opgesplitst in de kernonderwerpen die volgden uit de dataverzameling, namelijk: patiënttevredenheid, de thuisbehandeling volgens verpleegkundigen, communicatie, samenwerking en financiën. Per onderwerp worden de bevindingen beschreven. Het aantal interviews dat bij de groepen is gedaan met de daarbij horende focus staat beschreven in tabel 1.

Tabel 1. De respondenten van het onderzoek, inclusief focus

Respondentengroep	Focus
Patiënten (3)	Ervaring van de behandeling, tevredenheid, de verpleegkundige, vertrouwde en veiligheid
Oncologieverpleegkundigen (3)	Zorgproces, observatie patiënt, voorwaarden, invloed op beroep, communicatie, toekomstbeeld
Artsen (internist-oncologen/hematologen) (2)	Ervaring, controle van patiënt, samenwerking, vertrouwen
Projectleiders (4)	Organisatie, financiën, draagvlak
Planners (2)	Organisatie, planning, samenwerking, communicatie
Controllers (1)	Financiën, organisatie, toekomstvisie, bekostiging
Zorgverzekeraars (1)	Financiën, betrokkenheid, bekostigen, toekomstvisie

Zowel bij de patiënten als bij de verpleegkundigen zijn er twee personen minder per groep geïnterviewd dan voorgenomen in de methode (hoofdstuk 5). Dit komt door de datasaturatie die optrad na de gehouden interviews. Het daadwerkelijk aantal geïnterviewde personen staat genoteerd in tabel 1.

6.2.1 Patiënttevredenheid

Patiënten blijken tevreden met hoe de thuiszorg wordt verleend. Een belangrijk voordeel voor de patiënten is het niet meer hoeven reizen van en naar het ziekenhuis. Een patiënt was in het bijzonder afhankelijk van een naaste om naar het ziekenhuis te kunnen komen, en voor die persoon bood "Chemotherapie Thuis" een zeer welkome oplossing. Een andere patiënt gaf aan dat het reizen geen enkel probleem is, aangezien de patiënt erg dicht bij het ziekenhuis woont. Ook wordt een ander voordeel benoemd, namelijk dat de thuisbehandeling veel minder tijd kost. De patiënt kan thuisblijven totdat de verpleegkundige langskomt om de behandeling toe te dienen. Bovendien duurt het in het ziekenhuis langer voordat de behandeling klaar is. Zo duurt de thuisbehandeling ongeveer dertig minuten, waar die in het ziekenhuis één of anderhalf uur in beslag neemt.

(Patiënt): "Het kost veel minder tijd voor mij. Ik blijf gewoon bezig tot het moment dat de verpleegkundige komt, en anders moet ik eerst ook nog met de auto naar het ziekenhuis."

Verschillende patiënten geven aan het fijn te vinden dat dezelfde medicatie thuis kan worden gegeven. Sommige patiënten kregen in het ziekenhuis een infuus, maar die manier van toediening is inmiddels veranderd in een injectie, om thuistoediening mogelijk te maken. Een belemmerende factor is de aaneensluiting van de injecties (giften) na elkaar. Niet elke soort chemotherapie (Azacitidine) kan tot dusver elke dag van de week worden toegediend, doordat in het weekend geen chemotherapie bij de patiënt thuis wordt gegeven. Dit leidt tot een week opschuiven van de laatste twee giften, met als gevolg een kortere herstelperiode voor de patiënt.

Op het gebied van persoonlijke en individuele aandacht zijn de patiënten tevreden. Patiënten hebben het idee dat de verpleegkundigen genoeg tijd hebben om de behandeling uit te voeren en met de patiënt te praten over zorgen en andere vragen. Verpleegkundigen zijn geïnteresseerd in hoe het gaat met de patiënt, en vragen altijd of alles goed gaat of dat er misschien dingen zijn die ze samen kunnen bespreken. Ook worden naasten van de patiënt bij het zorgproces betrokken, wat leidt tot tevredenheid bij de patiënten. Deze adequate aandacht voor de patiënt vormt een

bevorderende factor binnen de pilot. Bijna alle patiënten moeten wennen aan het feit dat de medicatie ineens thuis werd toegediend, maar er heerst tevredenheid over de manier waarop de behandelingen naar de thuissituatie zijn verplaatst. Hierbij worden belangrijke of dringende zaken door verpleegkundigen snel besproken binnen het team, waardoor de patiënt het idee heeft serieus genomen te worden. De ervaring en hoeveelheid kennis die verpleegkundigen bezitten, worden ook als pluspunten gezien. Het feit dat patiënten tijdig op de hoogte worden gebracht van het tijdstip van de behandeling, zorgt bovendien voor een gerust gevoel.

Verder zijn patiënten tevreden over de manier waarop ze van de ziekenhuiszorg naar thuisbehandelingen zijn gegaan. Er is overleg geweest met de behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige en er was sprake van voldoende informatievoorziening. Aan de andere kant is er wel een patiënt die benoemde geen keuzemogelijkheid te hebben gehad bij de verplaatsing naar de thuissituatie. Vanwege de COVID-19-situatie is verteld dat de behandeling, vanaf het moment van de heftige uitbraak, bij de patiënten thuis ging plaatsvinden, terwijl er voor deze verplaatsing geen akkoord is gevraagd aan de patiënt. Echter, ook in het geval van deze patiënt, is de patiënt niet ontevreden over de thuisbehandeling, maar had het proces daarnaartoe beter gekund.

Ten slotte blijkt uit een eerdere enquête die is uitgezet (2020) onder patiënten dat de patiënten grotendeels positieve reacties geven op de behandelingen thuis. Alle deelnemende patiënten aan deze enquête gaven aan voldoende geïnformeerd te zijn en dat vragen voldoende afgehandeld worden. Volgens de enquête waren er twee verbeterpunten, namelijk dat patiënten aangeven het fijn te vinden om ruim van tevoren te horen wanneer de verpleegkundige ongeveer langskomt en dat het tijdstip preciezer mag zijn.

Bovenstaande twee verbeterpunten zijn in dit onderzoek nogmaals bevestigd aan de patiënten. Patiënten blijken tevreden met de manier waarop ze momenteel kennismaken van de geschatte tijd dat de verpleegkundige langskomt. Deze tevredenheid is dus in de tussentijd verbeterd. Desondanks vond een patiënt het merkwaardig dat de thuistoediening werd geregeld door twee organisaties, namelijk het ziekenhuis en Allercare. Deze patiënt vroeg zich af waarom de behandeling niet in één organisatie is ondergebracht.

6.2.2 Thuisbehandeling volgens verpleegkundigen

Verpleegkundigen zijn over het algemeen positief over de thuistoediening in deze pilot. Zo laat een verpleegkundige weten *“eigenlijk geen nadelen te zien”*. Een andere verpleegkundige stelde dat ze *“alleen maar voordelen ziet op dit moment”*.

De verpleegkundigen vinden dat deze manier van zorg verlenen voordelig is in vergelijking met de zorg in het ziekenhuis op het gebied van zorg en aandacht voor de patiënt. Zo noemen alle verpleegkundigen dat er meer tijd is voor de patiënt. Het een op een zorg verlenen met extra aandacht voor de patiënt zorgt voor tevredenheid. Er is tijd om daadwerkelijk te kijken naar hoe het met de patiënt gaat. Bovendien merkt een verpleegkundige ook op dat de patiënt het fijn vindt dat er extra tijd en aandacht beschikbaar is. Dit extra element van *“coachen”*, waarbij de verpleegkundige de patiënt als een coach kan helpen in het ziekteproces, voegt dus waarde toe aan het werk.

(Verpleegkundige): “Ik vind het gewoon heel leuk om bij de mensen thuis te komen en de tijd ervoor te nemen, het gesprek aan te gaan en gewoon even de tijd te hebben om bij dingen stil te staan.”

Een punt van aandacht voor de verpleegkundigen is de tijdsdruk bij bepaalde soorten cytostatica. Bij bijvoorbeeld Azacitidine moet het medicijn eerst bij de patiënt op kamertemperatuur gebracht worden alvorens de medicatie kan worden toegediend. Dit zorgt er soms voor dat de behandeling in de gestelde tijd erg krap is om uit te voeren. Het medicijn moet namelijk zorgvuldig verwarmd worden om te voorkomen dat het medicijn niet meer mag worden toegediend. Ook melden sommige verpleegkundigen de fysieke last als belemmerende factor. Verpleegkundigen moeten drie (zware) koffers van het ziekenhuis naar de auto tillen en vervolgens naar de patiënt brengen, wat *“geen fijne manier van werken”* is. Ten slotte wordt het gebruik van een auto van het ziekenhuis of thuiszorgorganisatie aanbevolen, want momenteel moeten verpleegkundigen hun eigen auto gebruiken voor het rijden van de routes.

(Verpleegkundige): “Het is eigenlijk juist een hele leuke aanvulling in combinatie met het werk op de dagbehandeling.”

Desondanks zorgt de thuistoediening van chemotherapie wel voor een 'leuke afwisseling' voor de verpleegkundigen, die ook vaak werkzaam zijn binnen het ziekenhuis. Het vormt een welkome aanvulling op het werk als oncologieverpleegkundige. De combinatie en aanvulling op het reguliere werk als oncologieverpleegkundige vormt een bevorderende factor. De combinatie van de wat meer verpleegtechnische zorg in het ziekenhuis, met de psychosociale zorg bij de patiënten thuis, maakt die combinatie juist zo leuk.

6.2.3 Communicatie

Veel respondenten geven het belang van communicatie aan. Opvallend is dat communicatie sterk samenhangt met de factor "samenwerking". De samenwerking zal in §6.2.4 verder uitgelicht worden.

Een voordeel volgens de verpleegkundigen is de aanwezigheid van korte lijnen tussen de collega's onderling. De life coach en arts kunnen bereikt worden bij bepaalde (dringende) vragen of calamiteiten. Bovendien is er geen drempel om hulp te vragen. De groep verpleegkundigen die betrokken is bij "Chemotherapie Thuis" is klein, en daardoor is duidelijk wie bereikt moet worden in welke situatie. Ook de directe toegang in het EPD van patiënten voor verpleegkundigen is een belangrijke uitkomst; het vormt een belangrijke bevorderende factor voor duidelijke communicatie tussen zorgverleners. Verpleegkundigen hebben rechtstreeks toegang tot het systeem van het ziekenhuis om notities te maken en wijzigingen bij te houden in het dossier van de patiënt. Deze toegang voorkomt dat diverse systemen moeten worden gebruikt door de verschillende verpleegkundigen. Hierdoor kunnen verpleegkundigen, artsen, life coaches en andere betrokken zorgverleners allemaal in hetzelfde systeem de voortgang zien van de patiënten. Door dit gedeelde systeem kwam een verpleegkundige er tijdens de observatie van een patiënt achter dat een bepaalde bloedfactor gecontroleerd moest worden. De verpleegkundige kon eenvoudig in het dossier kijken en de rapportage opmaken, wat meteen zichtbaar wordt voor andere betrokken zorgverleners.

Volgens de artsen is er met de opstart van de pilot duidelijk en voldoende gecommuniceerd. De artsen voelen zich goed meegenomen en voelen zich gewaardeerd in de totstandkoming van de thuistoediening van chemotherapie, wat zorgt voor meer vertrouwen en draagvlak omtrent de pilot. Voor de artsen is het belangrijk dat het duidelijk is wat precies de redenen en voordelen zijn van de gehele verplaatsing van de behandelingen, om het vertrouwen groot te houden.

Naast de bovengenoemde voordelen, spreken de projectleiders vanuit de ziekenhuizen en de thuiszorg ook over een belangrijk voordeel van de pilot, vanwege de korte lijnen die er zijn tussen de projectleiders onderling. De projectleiders vinden het fijn dat ze elkaar goed kennen en snel met elkaar kunnen schakelen wanneer dit nodig is. Zo kunnen problemen snel opgelost worden, mochten deze ontstaan.

(Projectleider ziekenhuis): "Als je kijkt naar hoe het georganiseerd is – het naar huis verplaatsen, de patiëntenervaringen, de organisatie – heb ik daar eigenlijk geen aanmerkingen op, dat loopt goed."

De hoge betrokkenheid van verpleegkundigen kan de communicatie incidenteel belemmeren. Volgens twee projectleiders zijn de verpleegkundigen erg zelfstandig en betrokken bij hun werk, maar in de pilot ontstond er incident waarbij een probleem onderling, tussen de verpleegkundigen, werd opgelost, zonder communicatie met de projectleiders. Hierdoor waren de projectleiders niet op de hoogte van dit probleem. Als gevolg ontstaat het risico dat problemen vaker kunnen voorkomen doordat ze per incident worden opgelost, zonder dat het bij de projectleiders bekend is. Projectleiders kunnen zo niet inspringen waar nodig en de verpleegkundigen ondersteunen bij het vinden van een oplossing. Betere afspraken en heldere communicatie kunnen in de toekomst tot verbetering leiden. Gebrek aan communicatie zou een belemmerende factor kunnen vormen wanneer het mogelijk vaker misgaat.

Ten slotte geven de planners aan dat communicatie met collega's onderling (ziekenhuis en thuiszorg) ook een belangrijke voorwaarde en bevorderende factor is om het werk goed te kunnen doen. Bij afwijkingen, vragen of problemen, is het van belang om helder te communiceren. Buiten de onderlinge communicatie tussen planners van het ziekenhuis en de thuiszorg, is heldere communicatie met de ziekenhuisapotheek ook belangrijk om ervoor te zorgen dat de apotheek op de hoogte is wanneer welke medicatie klaar moet liggen, zodat het op tijd opgehaald kan worden door de dienstdoende verpleegkundige. Het is zo dat het vaak lastig blijft voor de planners om goed en efficiënt te plannen, door de onzekerheid die bestaat bij het plannen. Deze moeite komt bijvoorbeeld door de frequentie van de

behandelingen en het feit dat een behandeling kort van tevoren kan worden geannuleerd, bijvoorbeeld wanneer bepaalde bloedwaarden van de patiënt het niet toelaten om thuis behandeld te worden. Verder zorgt de grote afstand tussen patiënten dat een onverwachte uitval van een patiënt kan leiden tot het opnieuw maken van een route, aangezien de oude niet meer efficiënt zou zijn. Deze onzekerheden maken snelle en duidelijke communicatie des te belangrijker, doordat het soms snel schakelen vereist. Tenslotte is er nog een belangrijke voorwaarde volgens de planners van de thuisbehandelingen, namelijk dat zij nu toegang hebben of gaan hebben tot het HiX-systeem van het ziekenhuis. Dit is de elektronische omgeving waarin planners de gegevens van patiënten kunnen inzien, inclusief de daarbij behorende behandeling.

(Planner): "Het fijne is dat ik ook in het ziekenhuissysteem kan. Dat heet HiX. Dus ik kan zelf zien hoe de afspraken gepland zijn."

Deze verandering zorgt voor een groot voordeel in de communicatie en samenwerking tussen de planners. In het begin van de pilot was het zo dat het ziekenhuis de patiënten in het systeem zet voor het ontvangen van de chemotherapie, met daarbij een toegewezen datum en tijd. Echter, deze toewijzing is in principe automatisch en niet geoptimaliseerd voor de patiëntenroute die de verpleegkundige aflegt. De thuiszorgorganisatie plant vervolgens, met de gegevens van het ziekenhuis in het achterhoofd, de route zo efficiënt en handig mogelijk in, waarna de patiënt een indicatie krijgt van het tijdstip. Dit gebeurde in een apart systeem. Dat de planners nu samen in hetzelfde systeem (HiX) kunnen plannen, vormt een bevorderende factor voor zowel communicatie als samenwerking.

6.2.4 Samenwerking

Zoals benoemd in §6.2.3 hangt samenwerking nauw samen met communicatie. Onderstaande aspecten zijn ondergebracht onder samenwerking, aangezien deze hier het best bijpassen.

De samenwerking tussen verpleegkundigen vindt plaats in kleine teams van 4 personen, hierdoor kennen zij elkaar goed als gevolg van het directe contact. Vragen of problemen omtrent casussen worden door verpleegkundigen besproken en effectief samen opgelost. Op operationeel gebied worden door middel van evaluaties en besprekingen aandachtspunten en input van de verpleegkundigen meegenomen in het verbeterproces van de totale zorgverlening. Dit verbeterproces is een continu proces waarbij de pilot steeds verbeterd wordt aan de hand van evaluaties. Het regelmatig bespreken van de zorgverlening en casussen en de mogelijkheid om met collega's te kunnen overleggen, zijn aspecten die als fijn worden ervaren.

Buiten deze evaluatiemomenten is er nog wel vraag naar extra momenten om met collega's te sparren of van elkaar te leren. Hierbij werden twee specifieke verbeterpunten aangekaart. Ten eerste stelde een verpleegkundige intervisiemomenten voor, waarbij verpleegkundigen van elkaar kunnen leren en daarbij tegelijkertijd kunnen zien of iedereen zijn werk nog naar behoren uitvoert, aangezien de verpleegkundigen veel op zichzelf aangewezen zijn tijdens hun werk in de thuissituatie. Ten tweede werd voorgesteld om de verpleegkundigen van "Chemotherapie Thuis" mee te laten doen met CfC-intervisiemomenten, aangezien CfC steeds meer een onderdeel gaat worden van de thuis geleverde oncologische zorg. Samen met consulenten CfC-intervisies houden, kan volgens de verpleegkundige bijdragen aan de informatie-uitwisseling en de kwaliteit van de zorg vergroten. Deze opgeschaalde vorm van samenwerking sluit goed aan bij een standpunt van de geïnterviewde business controller, die verwacht dat steeds meer (thuis geleverde) zorg integraal zal worden gegeven.

Vervolgens is ook de samenwerking in de vorm van gezamenlijke participatie van belang. Het gaat hierbij om de samenwerking binnen de opstart en organisatie van de pilot. Bij deze pilot gaat het erom in hoeverre verschillende partijen samenwerken bij het opstarten en laten fungeren van de pilot. Geïnterviewde artsen waren hier bijvoorbeeld erg tevreden over. Ze werkten mee aan een risico-inventarisatie van de medicijnen die mogelijk konden worden ingezet. Ook waren artsen betrokken bij andere relevante zaken die vanuit medisch-specialistisch perspectief van belang waren.

(Arts): "We moeten eigenlijk echt door met de pilot, de pilot mag niet stoppen na zes maanden."

Het is volgens artsen van belang om samen te werken, om zo op de hoogte te blijven van elkaars zorgen en om elkaar aan te vullen in de loop van het proces. Wel is er op dit gebied sprake van terughoudendheid om de behandeling volledig toe te vertrouwen aan verpleegkundigen. Deze terughoudendheid gaat vooral om de verpleegkundigen die niet bij het ziekenhuis werkzaam zijn, maar wel de thuistoedieningen geven. De terughoudendheid als gevolg van

“onbekende” verpleegkundigen zou wel grotendeels opgelost kunnen worden door goed kennis te maken met de verpleegkundigen die de thuisroutes zullen lopen, om zo elkaar persoonlijk te leren kennen en de behandelingen beter toe te kunnen vertrouwen. Artsen die bekend zijn met de thuistoediening geven aan juist vertrouwen te hebben gekregen door de nauwe samenwerking en het verkregen inzicht in het werken op deze manier. De verdere samenwerking met verpleegkundigen en life coaches verloopt naar behoren. Artsen zijn bereikbaar voor collega zorgverleners in het geval van medische noodgevallen of vragen tijdens het behandelen van de patiënt. Door de toegang in het EPD is de arts ook in staat om het behandelproces van de patiënt te blijven volgen en in te springen wanneer nodig.

Wanneer projectleiders niet bevoegd zijn om meteen beslissingen te kunnen nemen, of bepaald personeel te kunnen aansturen, betekent dit dat het langer duurt voordat een oplossing in werking wordt gezet, doordat een andere (team)leider of manager moet beslissen over het probleem. Om dergelijke problemen te voorkomen, is het belangrijk om van tevoren duidelijk en gezamenlijk af te spreken wie waar verantwoordelijk voor is, en welke bepaalde zaken of calamiteiten met wie afgestemd moeten worden. Volgens een geïnterviewde projectleider zou het handig kunnen zijn dat elke deelnemende projectleider, of in ieder geval één per instantie, bevoegdheid heeft tot het nemen van beslissingen of het aansturen van personeel, zodat bepaalde situaties snel en adequaat opgelost kunnen worden.

Ook de zorgverzekeraars zien het belang in van een goede samenwerking om zo de thuistoediening van chemotherapie in andere ziekenhuizen op te starten en de huidige pilot mogelijk te blijven maken. Er ligt al een soort “framework” klaar dat binnen andere ziekenhuizen kan worden toegepast, doordat verzekeraars thuistoediening van chemotherapie nu al inkopen voor bepaalde ziekenhuizen in Nederland. Bovendien staat de zorgverzekeraar open om met ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties te praten over hoe ze bij kunnen dragen aan de continuïteit van de succesvolle pilot. Zij willen dus samenwerken om de thuistoediening van chemotherapie voort te kunnen zetten, voor zover dit mogelijk is.

6.2.5 Financiën

De financiering van “Chemotherapie Thuis” blijkt een grote rol te spelen in de haalbaarheid en de mogelijke toekomst van de pilot. Hieronder zijn de bevorderende en belemmerende factoren genoemd wat betreft de financiën.

Een belangrijke belemmering op de totale financiering is een rem op de groei van oncologische zorg, door de afspraken die zijn gemaakt in het hoofdlijnenakkoord. Er wordt steeds meer gefocust op de juiste zorg op de juiste plek – en de pilot “Chemotherapie Thuis” is een uiting van dit streven. Bij dit streven is dus de belangrijke financiële voorwaarde dat er geen stijging in de kosten ontstaat.

Het is mogelijk om de thuistoediening van chemotherapie door te zetten op de huidige manier, met de financiële middelen die er momenteel zijn. Tussen de ziekenhuizen en thuiszorgorganisatie zijn directe afspraken gemaakt om de thuistoediening te financieren. De thuiszorgorganisatie wordt door het ziekenhuis direct betaald om de behandelingen bij de patiënten thuis uit te voeren. Ook worden verpleegkundigen vanaf het ziekenhuis gedetacheerd naar de thuiszorgorganisatie, vanwaar ze de behandelingen uitvoeren. Er zijn dus afspraken gemaakt over hoe de thuistoediening gefinancierd dient te worden. Afgezien het feit dat de pilot momenteel te financieren is, staat “Chemotherapie Thuis” tegelijkertijd voor financiële uitdagingen in de toekomst. Uit het gesprek met de controllers blijkt dat het voornaamste probleem de ontoereikende tarieven voor verpleegkundigen zijn. Verpleegkundigen vereisen een bepaald salaris per uur dat hoger is geworden door de (verplichte) inzet van oncologieverpleegkundigen, die ook nog eens individueel een route rijden. Als gevolg zijn de uurtarieven per verpleegkundige duurder en kost het meer doordat een enkele verpleegkundige langs meerdere patiënten gaat. Dit in tegenstelling tot in het ziekenhuis, waar één verpleegkundige toeziet op meerdere patiënten. Echter, het bedrag dat ziekenhuizen ontvangen voor de behandeling van hun patiënten is ongewijzigd, dit betekent dus dat er geen sprake meer is van volledige kostendekking. Extra gemaakte kosten voor het thuis behandelen van patiënten wordt niet meegenomen in de verleende vergoedingen.

Het is volgens de zorgverzekeraar lastig om meteen met elk potentieel nieuw ziekenhuis afspraken te maken. Dit zal gefaseerd moeten gebeuren volgens de geïnterviewde zorgverzekeraar, om de introductie van de pilot soepel te introduceren. Zo verschillen de omstandigheden per ziekenhuis, waardoor er wellicht per ziekenhuis andere afspraken gemaakt moeten worden. Ook kan het zijn door de regio waarin het ziekenhuis ligt, er een andere zorgverzekeraar afspraken moet maken. De inkoop van medisch-specialistische thuiszorg is bekend terrein voor de zorgverzekeraars, waardoor er voor de verzekeraars al een soort “framework” ligt voor de financiering van chemotherapie in de

thuisituatie. Dit scheelt tijd voor zowel de zorgverzekeraar als voor het ziekenhuis. De zorgverzekeraar kijkt positief naar de verandering van chemotherapie naar de thuisituatie en verwacht zelfs dat op termijn nog veel meer zorg naar de thuisituatie wordt verplaatst, of naar een tussenstadium, zoals bijvoorbeeld een medisch centrum. Dit “framework” zal dus ingezet kunnen worden om nationaal de thuistoediening van chemotherapie verder op te schalen.

Een genoemde oplossing is om zorgverzekeraars bij de pilot te betrekken. Tot nu toe zijn alle financiën onderling tussen het ziekenhuis en de thuiszorgorganisatie geregeld, waarbij samen wordt gewerkt om de thuistoedieningen succesvol te realiseren. Patiënten die voor hun chemotherapie naar het ziekenhuis moeten, declareren hun kosten voor de auto, taxi, of in het duurste geval de ambulance, bij de zorgverzekeraar. Deze kosten maakt de patiënt nu niet meer, waardoor minder gedeclareerd wordt bij de verzekeraars. Deze bespaarde kosten bij de zorgverzekeraar kunnen weer geïnvesteerd worden in de kosten van ziekenhuis en thuiszorg, om zo de thuisbehandelingen te kunnen blijven aanbieden. Deze besparing kan mee worden genomen in het “framework” dat nu aanwezig is bij de zorgverzekeraar. Wanneer andere ziekenhuizen ook willen gaan beginnen met de thuistoediening van chemotherapie, is het eenvoudiger om een centrale regeling te hebben, waarbij de kosten bij de introductie van “Chemotherapie Thuis” gelijk gedekt worden. Die insteek staat haaks op de huidige situatie, waarbij ziekenhuis en thuiszorgorganisatie van tevoren individuele afspraken moeten maken over de kosten. Een belemmering hierbij zijn de regionale verschillen zoals het aantal patiënten, de afstand tussen patiënten, de soorten medicatie, de organisatie binnen het ziekenhuis, et cetera. Dat maakt het lastig om een universeel “framework” te creëren voor alle ziekenhuizen. Ook is het zo dat bijvoorbeeld in de regio Zeeland een andere verzekeraar, die groter is, het voortouw moet nemen in het maken van de afspraken, waarna andere verzekeraars kunnen aansluiten bij de afspraken.

Volgens de business controller zijn er voor het ziekenhuis en de thuiszorgorganisatie twee opties om de financiële gezondheid in de toekomst te kunnen waarborgen. Als eerste kan het bedrag dat wordt verkregen van de zorgverzekeraars verhoogd worden. Het tarief binnen de DBC moet dan verhoogd worden om de medisch-specialistische zorg thuis te kunnen betalen. Ziekenhuizen hebben baat bij een aanpassing van de DBC; waarbij ze structureel meer geld krijgen per behandelde patiënt. Door de complexiteit van de werking van DBC's is dit wellicht niet eenvoudig om te bewerkstelligen. Belangrijk is dat het vanuit het perspectief van de thuiszorgorganisatie vooral belangrijk is om het tarief voor de verpleegkundigen te verhogen, zodat zij de inzet van dure verpleegkundigen kunnen veroorloven.

De zorgverzekeraar is dus positief over de verplaatsing van zorg naar de thuisituatie en staat open om samen met ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties het gesprek aan te gaan om te kijken hoe gezamenlijk kan worden gezorgd dat de thuistoediening van chemotherapie voortgezet kan worden. Er moet gekeken worden naar alle randvoorwaarden en de specifieke eigenschappen van het ziekenhuis en de patiëntengroep die het ziekenhuis vertegenwoordigt. Het is in ieder geval een waardevol uitgangspunt dat de zorgverzekeraar een partner kan zijn in de verdere discussie over de financiering van de pilot.

7. Conclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek gaat in op de bevorderende en belemmerende factoren voor de “Chemotherapie Thuis” pilot binnen het Bravis en ADRZ. Uit de resultaten blijkt dat patiënttevredenheid, de thuisbehandeling volgens verpleegkundigen, communicatie, samenwerking en financiën belangrijke factoren zijn voor het succes van “Chemotherapie Thuis”. Verder blijkt dat de gezamenlijke intensieve samenwerking en interactie binnen de communicatie een sleutelrol vormt binnen de bevorderende factoren van de pilot.

Patiënten zijn erg tevreden over hoe de zorg wordt geleverd en dat die even prettig is, of prettiger dan in het ziekenhuis. Patiënten hoeven niet meer te reizen en ook de kwaliteit van de geleverde zorg is in de ogen van de patiënten adequaat en bovendien minstens zo prettig als in het ziekenhuis.

In de ogen van de verpleegkundigen is de thuistoediening van chemotherapie een goede aanvulling op het werk als oncologieverpleegkundige. De combinatie van technische en psychosociale zorg, samen met genoeg tijd en aandacht voor de individuele patiënt, zorgt voor een fijne manier van zorg verlenen bij patiënten thuis. Echter, er zijn ook verbeterpunten, zoals de fysieke last en het onwenselijke gebruik van de eigen auto. Ook hebben verpleegkundigen soms onvoldoende tijd om de gehele behandeling, inclusief psychosociale begeleiding te kunnen geven.

Heldere communicatie blijkt een voorwaarde te zijn voor het slagen van “Chemotherapie Thuis”. Communicatie tussen zorgverleners, planners en projectleiders is van belang, net zoals de communicatie tussen de verpleegkundige en patiënt. Hierbij is het belangrijkste dat duidelijk wordt afgesproken hoe en met wie de communicatie moet verlopen in welke situaties. Ook de betrokken managers en projectleiders moeten zorgen voor een soepele communicatie, zodat drempels of problemen in het proces (vrijwel) meteen opgelost kunnen worden. Deze communicatie loopt tot dusver goed, want het is bekend wie bereikt moet worden in welke situaties. Bovendien worden problemen of ongeregelheden snel en helder opgelost. Mensen kennen elkaar en kunnen snel schakelen. Wel is het van belang dat de juiste personen op de hoogte worden gesteld wanneer nodig, en dat niet alles intern wordt opgelost. Het maken van duidelijke afspraken kan ook deze belemmering verbeteren.

Ook de samenwerking is over het algemeen goed verlopen, net zoals het geval is met de communicatie. Wel zouden er betere afspraken gemaakt moeten worden over wie verantwoordelijk is voor welke zaken, in de nog wat bijzondere of minder voorkomende situaties, om ook in deze situaties problemen of onduidelijkheden te voorkomen. De samenwerking verloopt verder goed in kleine teams, waar ook artsen onderdeel waren van de samenwerking in de opstart van de pilot en zij zijn nog steeds bereid om bij te springen wanneer verpleegkundigen of life coaches hulp nodig hebben.

Er zijn ook verbeterpunten aangedragen: verpleegkundigen kunnen meer samenwerken om van elkaar te kunnen leren, bijvoorbeeld in de vorm van intervisiemomenten, waar ook CfC-verpleegkundigen aan toegevoegd moeten worden om de CfC verder te integreren in de thuisbehandeling met chemotherapie, aangezien deze al onderdeel is van Allercare. Een andere belangrijke belemmering is het gebrek aan duidelijkheid over de personen met beslissingsbevoegdheid in bepaalde situaties. Voor een soepele afhandeling van dringende zaken is het belangrijk om vooraf duidelijk af te spreken wie er bereikbaar is in welke situaties en wie er (eind)verantwoordelijk is voor de verschillende onderdelen.

Ten slotte is de financiering van “Chemotherapie Thuis” een punt van aandacht, aangezien de zorg wordt betaald zonder de tussenkomst van een zorgverzekeraar, waardoor de kosten hoog zijn. De zorgverzekeraar geeft aan open te staan om samen met ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties te kijken naar de bekostiging van “Chemotherapie Thuis” in de toekomst. Zorgverzekeraars zijn positief om samen met ziekenhuis en thuiszorgorganisatie te sparren; wel is het van belang om afspraken te maken over de voorwaarden, waarbij het al bestaande “framework” gebruikt kan worden. Deze informatie, samen met informatie die in de toekomst wordt vergaard, kan de blauwdruk vormen die de toepassing van “Chemotherapie Thuis” in de toekomst makkelijker en meer gestructureerd kan maken.

8. Discussie

In dit hoofdstuk worden de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek behandeld. Ook wordt ingegaan op de interpretatie van de resultaten en nieuwe inzichten die volgen uit het onderzoek. Ten slotte worden de beperkingen en implicaties benoemd en worden aanbevelingen gedaan voor het vervolg van “Chemotherapie Thuis”.

8.1 Validiteit en betrouwbaarheid

Het verrichte onderzoek is betrouwbaar omdat het herhaalbaar is op basis van de interviewvragen die opnieuw gesteld kunnen worden. Wel is er op sommige uitspraken doorgevraagd; deze informatie is minder makkelijk opnieuw te reproduceren. Sommige informatie zou bij herhaling dan niet naar boven kunnen komen, terwijl andere informatie kan worden vergaard die in dit onderzoek niet naar voren is gekomen. De belangrijkste informatie is reproduceerbaar aangezien deze wordt verkregen door het stellen van de vragen die opgesteld zijn. In hoofdstuk 5 is beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd.

Om de gegevens te meten die gemeten moesten worden (om kortom validiteit te realiseren), is gebruikgemaakt van semigestructureerde interviews om doelgericht de respondenten te ondervragen, maar met de mogelijkheid om door te vragen naar interessante onderwerpen en daardoor meer diepgang te creëren. Voor het plaatsvinden van de interviews zijn de interviewvragen getest, waarna ze zowel op inhoud als op vorm zijn verbeterd. Uit de interviews is relevante data naar voren gekomen; het onderzoek heeft de data gemeten zoals van tevoren is opgesteld.

De populatievaliditeit van de respondenten die betrokken zijn bij de thuistoediening is beperkt, omdat de onderzoekspopulatie van deze pilot erg klein is, door de kleinschalige opzet waar de pilot zich momenteel in bevindt. Het is daardoor mogelijk dat de uitspraken van enkele personen veel verschil maken in de resultaten van het onderzoek. Echter, veel van de antwoorden van de personen binnen de verschillende groepen (patiënten, zorgverleners) kwamen overeen. Met de laatste interviews van de verschillende groepen kwam er geen nieuwe informatie naar voren; er is sprake van datasaturatie.

Alle betrokken respondenten zijn betrokken bij de afdeling oncologie van het ziekenhuis of de thuiszorg. Het gaat hierbij om de medisch-specialistische thuistoediening van bepaalde soorten chemotherapie. Vanwege de complexiteit van het thuis toedienen van chemotherapie in vergelijking met “reguliere” thuiszorg, is het onderzoek niet te generaliseren naar de gehele thuiszorg. Het onderzoek heeft wel gemeten wat op voorhand de bedoeling was, waardoor het onderzoek als valide kan worden bestempeld. De resultaten komen overeen met de verwachtingen. Ook op het gebied van inhoudsvaliditeit is het onderzoek valide, want meerdere onderdelen van de verschillende onderwerpen zijn bij alle respondenten ondervraagd, waardoor een compleet beeld van de situatie is verkregen. Ten slotte, wanneer de huidige pilot wordt toegepast binnen andere ziekenhuizen, is het onduidelijk of dezelfde resultaten zullen ontstaan, want de situatie kan per ziekenhuis en regio sterk verschillen. Desondanks kan bij andere ziekenhuizen dezelfde basis als bij dit onderzoek worden aangehouden.

8.2 Verwachtingen

De resultaten komen overeen met wat van tevoren werd verwacht. De situatie dat een van de begeleiders zelf werkzaam is binnen het “Chemotherapie Thuis” project en dat er al evaluaties van het project hebben plaatsgevonden, zorgen ervoor dat sommige aandachtspunten binnen de pilot voor het onderzoek al bekend waren, waardoor gegronde verwachtingen ontstonden. Deze situatie heeft voor extra informatie rondom de pilot gezorgd, aangezien er meer informatie vanuit de praktijk beschikbaar was om rekening mee te houden. De valkuil die had kunnen ontstaan is het feit dat het onderzoek te veel in de richting wordt gestuurd van de begeleider door de vele voorkennis die beschikbaar was. Dit is voor zover bekend niet gebeurd; de vragen zijn objectief opgesteld en ook de resultaten zijn objectief verwerkt aan de hand van de verkregen informatie tijdens de dataverzameling.

8.3 Interpretatie van resultaten

Elke bevroegde respondent die deelnam aan een interview, is op de een of andere manier betrokken bij het zorgproces, waarbij iedereen het zorgproces wil verbeteren. Het gezamenlijke doel om van dit project een succes te maken en ermee door te kunnen gaan, zorgt ervoor dat de motivatie van respondenten hoog is. De resultaten van dit onderzoek verduidelijken de praktijk, aangezien er duidelijkheid wordt gegeven over factoren die het succes of de belemmeringen van de pilot aanstippen. Het interpreteren van de resultaten was over het algemeen goed te doen; de antwoorden op

de vragen waren duidelijk en de meeste respondenten reageerden uitgebreid op de vragen. Ook het feit dat de onderzoeker goed bekend is geworden met het onderwerp en de praktijk, zorgt ervoor dat het interpreteren en verwerken van de resultaten goed verloopt. Kleine barrières waren het feit dat sommige factoren of gegevens uit de resultaten erg incidenteel of “vaag” zijn, het is moeilijk om daar de waarde van te bepalen. Bovendien zorgt de overvloed aan informatie voor een uitdaging in het overzichtelijk houden van de hoofd- en bijzaken in het kader van de onderzoeksvragen van het onderzoek.

8.4 Nieuwe inzichten

Het is gebleken dat heldere communicatie en sterke samenwerking ervoor zorgen dat een medisch-specialistisch zorgproces, zoals in deze pilot, goed kan verlopen wanneer deze bij patiënten thuis wordt gegeven. De gemakkelijke en intensieve samenwerking over de loop van het hele project hebben bijgedragen aan het succes van de thuistoediening. De artikelen die behandeld zijn in het theoretisch kader, bevatten vooral theoretische informatie en maken de effecten (gevolgen) van het doen van thuisbehandelingen in de praktijk niet erg duidelijk. Dit gebrek aan praktische informatie komt overeen met het feit dat medisch-specialistische zorg die thuis toegediend wordt nog steeds een vrij nieuw onderwerp is binnen de zorg. Dit onderzoek draagt dan ook bij aan het systematisch inzichtelijk maken van bevorderende en belemmerende factoren in de thuistoediening van medisch-specialistische oncologische zorg in de praktijk. Verschillende voordelen die geïnterviewden noemden, zijn praktische gevolgen van de pilot, die niet in de literatuur aanwezig zijn en daarbij specifiek voor deze pilot toepasbaar zijn. Dit brengt inzicht in het verdere verloop van de pilot.

8.5 Beperkingen en implicaties

Het onderzoek is relatief kleinschalig uitgevoerd, aangezien de thuistoediening van medicatie een pilot is. Hierdoor kunnen verklarende factoren ontbreken vanwege de beperkte schaal. Echter, bij elke groep geïnterviewden kwam wel dezelfde informatie naar boven. Van elke relevante groep zijn mensen geïnterviewd, waardoor de belangrijkste factoren voor elke groep naar voren zijn gekomen. Wanneer “Chemotherapie Thuis” ook in gebruik genomen wordt binnen andere ziekenhuizen, resulteert deze uitbreiding in een grotere onderzoeksgroep. Het is mogelijk dat bijvoorbeeld patiënten, artsen en verpleegkundigen van andere ziekenhuizen niet hetzelfde denken over de thuistoediening van chemotherapie. Deze mogelijk verschillende standpunten, met andere aandachtspunten tot gevolg, zullen dan ook in de toekomst vastgesteld kunnen worden.

8.6 Aanbevelingen

Dit onderzoek biedt een heldere weergave van de eerste resultaten van de medisch-specialistische oncologische thuiszorg in de praktijk. Het blijkt dat ziekenhuizen in samenwerking met een thuiszorgorganisatie succesvol een pilot hebben uitgevoerd, waarbij thuis chemotherapie wordt toegediend. Ondanks de grote tevredenheid die heerst bij patiënten en zorgverleners, zijn echter ook verbeterpunten benoemd door de geïnterviewden. De volgende aanbevelingen zijn op te stellen aan de hand van het gedane onderzoek:

- Zorgverzekeraars kunnen meer betrokken worden bij ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties om samen te kunnen overleggen over de voortzetting van “Chemotherapie Thuis”. Belangrijk is om vast te stellen wat er mogelijk is en hoe de verschillende organisaties elkaar (financieel) kunnen ondersteunen. Ook de kennis van zorgverzekeraars over de inkoop van deze zorg kan helpen.
- Het is van belang om de kwaliteit van zorg en het gemak voor de patiënt van de thuistoediening onderdeel te maken van de afweging in hoeverre “Chemotherapie Thuis” rendabel is. Behalve de financiering en bekostiging, telt ook het gemak voor de patiënt mee in de kosten en baten van de pilot. De patiënt is uiteindelijk de belangrijkste partij; dat is waar de pilot voor is gecreëerd. Het is dan een vraag in hoeverre de stijging van kwaliteit van zorg voor de patiënt geld mag kosten.
- In het vervolg dient de patiënttevredenheid bij het Bravis/ADRZ en andere ziekenhuizen gemonitord of weer gevalideerd (door opnieuw interviews of vragenlijsten af te nemen) worden om er zeker van te zijn dat de kwaliteit van zorg voor de patiënt gehandhaafd blijft. De zorg voor de patiënt mag niet verslechteren als gevolg van de verplaatsing van de behandeling naar de thuissituatie.
- Door de thuisbehandelingen is er mogelijk meer sprake van psychosociale zorg als gevolg van de grotere individuele aandacht die verpleegkundigen voor de patiënten hebben. Een mogelijke reden is het feit dat de verpleegkundigen thuis meer informatie over de patiënt interpreteren en opnemen dan in het ziekenhuis,

waardoor bepaalde medische verschijnselen of bijwerkingen eerder opgemerkt kunnen worden. Het is van belang om in de toekomst te onderzoeken in hoeverre deze verandering echt aanwezig is en of deze verandering tot een kostenbesparing op langere termijn kan leiden.

- Aan de hand van de gemonitorde tijd van de verpleegkundigen is het van belang om te bekijken of de verpleegkundigen (bij bepaalde medicatie) tijd te kort komen voor de vereiste handelingen. Het is onwenselijk dat verpleegkundigen niet genoeg tijd hebben om de patiënt met genoeg aandacht te behandelen. Bovendien is er vraag naar een bredere integratie van verschillende verwante zorghandelingen. Door de benodigde tijd in kaart te brengen, kan hier ook meer op ingespeeld worden en is duidelijk hoeveel tijd de behandelingen kosten per soort medicatie.
- Een advies voor de planners is dat planners zelf de afspraken in het HiX kunnen maken en wijzigen. Dit is een groot voordeel, aangezien planners van het ziekenhuis en van de thuiszorg dan geen systemen parallel hoeven te gebruiken om afspraken te plannen, wat tot frustratie kan leiden bij patiënten die soms verkeerde tijden doorkrijgen.
- Het is van belang om de verschillende betrokkenen (patiënt, zorgverleners, projectleiders, et cetera) mee te nemen in het proces van de verplaatsing van chemotherapie van het ziekenhuis naar de thuissituatie, om draagvlak te creëren. Uit de interviews blijkt dat adequate communicatie van belang is voor elke betrokkene. Gezamenlijke evaluaties zorgen ervoor dat informatie tijdig kan worden uitgewisseld om het zorgproces voortdurend te kunnen verbeteren. Vaste afspraken over wie bij welke situatie gecontacteerd moet worden, zorgen er ook voor dat de communicatie helder en snel kan verlopen.
- Het advies is om op tijd, en met elke relevante betrokkene, te communiceren over relevante onderwerpen. Het gaat om zorginhoudelijke onderwerpen, maar ook om organisatorische onderwerpen. Het is goed om binnen de organisaties kenbaar te maken wat de pilot inhoudt en wat het voor iedereen betekent. Verder is het belangrijk om afspraken te maken over wie te bereiken moet zijn in welke situaties. Maar ook wanneer er overlegd of gecommuniceerd moet worden. Artsen, die misschien in theorie minder betrokken zijn bij de pilot dan de verpleegkundigen, dienen ook betrokken te worden. Het is goed om iedereen te informeren en de mogelijkheid tot input te geven of vragen te stellen, zo blijft de pilot transparant en is er mogelijkheid voor inspraak voor elke betrokkene. Deze afspraken en richtlijnen zouden geïmplementeerd kunnen worden in het huidige zorgpad, om zo de duidelijkheid te waarborgen.
- Ten slotte luidt het advies om op verschillende gebieden nog vervolgonderzoek te laten plaatsvinden om nog meer informatie te krijgen:
 - Vervolgonderzoek is gewenst om te bekijken wat de exacte kosten van bepaalde (nog onbekende) onderdelen (opstartkosten) van de pilot zijn, en welke kosten bespaard kunnen worden voor het ziekenhuis, de thuiszorgorganisatie en de zorgverzekeraar. Het gaat dan voornamelijk om de kosten die direct met de behandeling gemoeid zijn. Echter, een indicatie van de maatschappelijke kosten is ook gewenst om te zien welke kosten indirect worden bespaard.
 - Vervolgonderzoek naar de werking van de blauwdruk op “Chemotherapie Thuis” kan relevant zijn. Draagt de blauwdruk in de toekomst voldoende bij aan de organisatie van “Chemotherapie Thuis”? Of zijn er nog steeds onduidelijkheden die ontstaan tijdens het verdere en bredere verloop van de pilot? Wellicht zijn er andere factoren die ook meespelen wanneer er sprake is van een opschaling. Met dit vervolgonderzoek kan op brede schaal worden gekeken of de bevorderende en belemmerende factoren voldoende zijn blootgesteld of dat er misschien meer informatie naar voren komt dat tot op heden onbekend is.

Samengevat is het doel om een concept te creëren dat toepasbaar is in nieuwe ziekenhuizen, om tot een blauwdruk te komen. Dit wil zeggen dat veel afspraken, regels en protocollen zo worden opgesteld dat ze ook eenvoudig in andere ziekenhuizen gebruikt kunnen worden, maar nog wel aanpasbaar zijn op de situaties en omstandigheden van de individuele ziekenhuizen. Daarvoor is het cruciaal dat er aandacht is voor bevorderende en belemmerende factoren. Alle verkregen factoren uit dit onderzoek kunnen gezamenlijk dienen als blauwdruk wanneer “Chemotherapie Thuis” daadwerkelijk wordt opgestart binnen andere ziekenhuizen. Hiervoor is het dus ook van belang dat het ziekenhuis, de thuiszorgorganisatie en de zorgverzekeraar gezamenlijk gaan overleggen om te bepalen wat mogelijk is in de toekomst en om de huidige belemmeringen te overbruggen.

9. Bibliografie

- Antoni van Leeuwenhoek & Nederlands Kanker Instituut. (2018, februari). *Kwaliteitshandboek Cytostatica* (Nr. 6). Antoni van Leeuwenhoek. <https://www.avl.nl/media/3510/kwaliteitshandboek-cytostatica-2018-2020-avl.pdf>
- Beck, S. L., Eaton, L. H., Echeverria, C., & Mooney, K. H. (2017). SymptomCare@Home. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 35(10), 520–529. <https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000364>
- Bravis Oncologie Centrum. (z.d.). *Chemotherapie*. <https://www.bravisoncologiecentrum.nl/chemotherapie>
- Cool, L., Vandijck, D., Debruyne, P., Desmedt, M., Lefebvre, T., Lycke, M., De Jonghe, P. J., Pottel, H., Foulon, V., & Van Eygen, K. (2018). Organization, quality and cost of oncological home-hospitalization: A systematic review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 126, 145–153. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2018.03.011>
- Crisp, N., Koop, P. M., King, K., Duggleby, W., & Hunter, K. F. (2014). Chemotherapy at home: Keeping patients in their “natural habitat”. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 24(2), 89–94. <https://doi.org/10.5737/1181912x2428994>
- Durieux, P., Romerd, J. G., Viens-Bitker, C., Blum-Boisgard, C., Bassot, V., Brasnu, D., Laccoureye, H., & Duleu, D. (1988). Preoperative chemotherapy at home or in hospital; a cost comparison. *Gestions Hospitalieres*, 272, 17–20. <https://www.scopus.com>
- ECORYS Research & Consulting & Verwey-Jonker Instituut. (2008, april). *Handleiding voor kosten-batenanalyses in het sociale domein* (FvZ/SCY/II16393). Ministerie van VROM. https://www.verwey-jonker.nl/doc/vitaliteit/1277_Eindversie%20handleiding%20kosten%20batenanalyse.pdf
- Federatie Medisch Specialisten & Stichting Oncologische Samenwerking. (2021). Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland (Nr. 9). SONCOS. <https://www.soncos.org/wp-content/uploads/2021/03/SONCOS-normeringsrapport-versie-9-2021.pdf>
- Garvey, E. C. (1987). Current and future nursing issues in the home administration of chemotherapy. *Seminars in Oncology Nursing*, 3(2), 142–147. [https://doi.org/10.1016/0749-2081\(87\)90035-0](https://doi.org/10.1016/0749-2081(87)90035-0)
- Gommer, A. M., RIVM, Poos, M. J. J. C., & Hendriks, C. (2021, 1 maart). *Kanker | Cijfers & Context | Huidige situatie*. Volksgezondheidsinformatie. <https://www.volksgezondheidsinformatie.nl/onderwerp/kanker/cijfers-context/huidige-situatie>
- Grover, L. L., PhD. (2019, september). *How Cost-Effectiveness Analysis Helps in Health Care Decision-Making*. Modern Optometry. <https://modernod.com/articles/2019-sept/how-cost-effectiveness-analysis-helps-in-health-care-decision-making?c4src=article:infinite-scroll>
- Health Consumer Powerhouse, Björnberg, A., & Phang, A. Y. (2019, februari). *Euro Health Consumer Index 2018*. Health Consumer Powerhouse Ltd. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
- Health~Holland. (2019). *Kennis- en Innovatieagenda 2020–2023: Vitaal functionerende burgers in een gezonde economie*. https://www.health-holland.com/sites/default/files/downloads/kennis-en-innovatieagenda-2020-2023-gezondheid-en-zorg_0.pdf
- Janssen, P. J. J. M. (2018, april). *Behandeling met specialistische geneesmiddelen thuis* (Thesis). Erasmus Centrum voor Zorgbestuur. <https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/dynamic/media/24/documents/Paul%20Janssen-Behandeling%20met%20specialistische%20geneesmiddelen%20thuis.pdf>
- King, M. T., Hall, J., Caleo, S., Gurney, H. P., & Harnett, P. R. (2000). Home or Hospital? An Evaluation of the Costs, Preferences, and Outcomes of Domiciliary Chemotherapy. *International Journal of Health Services*, 30(3), 557–579. <https://doi.org/10.2190/cy03-ev15-k38y-x4aa>
- Kodama, Y., Kami, M., Yuji, K., Kuboya, M., & Komatsu, T. (2007). Feasibility and obstacles in home chemotherapy for malignant lymphoma. *International Journal of Hematology*, 86(5), 418–421. <https://doi.org/10.1007/bf02983999>

KWF Kankerbestrijding & redactie kanker.nl. (2016, december). *Chemotherapie*. kanker.nl.
<https://www.kanker.nl/soorten-behandelingen/chemotherapie/behandeling/chemotherapie>

Lippert, M., Semmens, S., Tacey, L., Rent, T., Defoe, K., Bucsis, M., Shykula, T., Crysdale, J., Lewis, V., Strother, D., & Lafay-Cousin, L. (2017). The Hospital at Home program: no place like home. *Current Oncology*, 24(1), 23.
<https://doi.org/10.3747/co.24.3326>

Lowenthal, R. M., Piaszczyk, A., Arthur, G. E., & O'Malley, S. (1996). Home chemotherapy for cancer patients: Cost analysis and safety. *Medical Journal of Australia*, 165(4), 184–187. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1996.tb124921.x>

Lüthi, F., Fucina, N., Divorne, N., Santos-Eggimann, B., Currat-Zweifel, C., Rollier, P., Wasserfallen, J.-B., Ketterer, N., & Leyvraz, S. (2011). Home care—a safe and attractive alternative to inpatient administration of intensive chemotherapies. *Supportive Care in Cancer*, 20(3), 575–581. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1125-9>

Menzis. (2020, september). *Toetsingskader ziekenhuisverplaatste zorg*. <https://www.menzis.nl/zorgaanbieders/-/m/publieke-sites/menzis/zorgaanbieders/downloads/zorginkoop/toetsingskader-ziekenhuisverplaatste-zorg-01092020.pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 19 februari). *NZa: Focus op verplaatsing van zorg en waarde gedreven zorg in contractering msz*. Nederlandse Zorgautoriteit. <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/10/04/nza-focus-op-verplaatsing-van-zorg-en-waardengedreven-zorg-in-contractering-msz>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, NVZ, NFU, Patiëntenfederatie Nederland, ZKN, FMS, ZN, V&VN, & Minister voor Medische Zorg en Sport. (2018, 4 juni). *Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022*. Rijksoverheid. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2018/06/04/bestuurlijk-akkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-t-m-2022>

National Cancer Institute. (2018a, december). *Chemotherapy | SEER Training*. NIH National Cancer Institute. <https://training.seer.cancer.gov/treatment/chemotherapy/therapy.html>

National Cancer Institute. (2018b, december). *Types of Chemotherapy Drugs | SEER Training*. NIH National Cancer Institute. <https://training.seer.cancer.gov/treatment/chemotherapy/types.html>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2020, juli). *Stimuleren van passende zorg en digitale zorg*. Rijksoverheid. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2020/07/16/advies-stimuleren-van-passende-zorg-en-digitale-zorg/advies-stimuleren-van-passende-zorg-en-digitale-zorg.pdf>

Nictiz. (2018, 24 april). *Zorgdomeinen*. <https://www.nictiz.nl/overzicht-standaarden/zorgdomeinen/>

Olsen, M. K. M., LeFebvre, K., Brassil, K. J., LeFebvre, K. B., & Oncology Nursing Society. (2019). *Chemotherapy and Immunotherapy Guidelines and Recommendations for Practice*. Oncology Nursing Society.

O'Mahony, C., Murphy, K. D., O'Brien, G. L., Aherne, J., Hanan, T., Mullen, L., Keane, M., Donnellan, P., Davey, C., Browne, H., Malee, K., & Byrne, S. (2020). A cost comparison study to review community versus acute hospital models of nursing care delivered to oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 49, 101842.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101842>

Plasmans, M. H. D., RIVM, Ramjiawan, V. R., Vonk, R. A. A., & Hulshof, T. (2019, 28 oktober). *Kanker | Kosten | Zorguitgaven*. Volksgezondheidszorg.info.
<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/kanker/kosten/zorguitgaven#node-kosten-van-zorg-voor-kanker>

Rijksoverheid & Ministerie van VWS. (2012, juni). *Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven: Naar beter betaalbare zorg*. Rijksoverheid. <https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=a23d8438-f53f-4c38-bd19-ccadb886a0e&title=Rapport%20%E2%80%98Naar%20beter%20betaalbare%20zorg%E2%80%99%20van%20de%20Taskforce%20Beheersing%20Zorguitgaven.pdf>

RIVM. (2020). *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015–2060: Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Deel 1: Toekomstprojecties* (Nr. 2020–0059). <https://doi.org/10.21945/RIVM-2020-0059>

Roche & Vintura. (2019, mei). *Hoe breng je ziekenhuiszorg naar huis?* Roche. [https://www.roche.nl/content/dam/rochexx/roche-nl/pdf/Care@Home%20Paper%20deel%201%20\(Roche%20Vintura\).pdf](https://www.roche.nl/content/dam/rochexx/roche-nl/pdf/Care@Home%20Paper%20deel%201%20(Roche%20Vintura).pdf)

Shepperd, S., Doll, H., Angus, R. M., Clarke, M. J., Iliffe, S., Kalra, L., Ricauda, N. A., & Wilson, A. D. (2008). Hospital at home admission avoidance. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007491>

Touati, M., Lamarsalle, L., Moreau, S., Vergnenègre, F., Lefort, S., Brillat, C., Jeannet, L., Lagarde, A., Daulange, A., Jaccard, A., Vergnenègre, A., & Bordessoule, D. (2016). Cost savings of home bortezomib injection in patients with multiple myeloma treated by a combination care in outpatient hospital and hospital care at home. *Supportive Care in Cancer*, 24(12), 5007–5014. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3363-3>

van Ginneken, E. (2015). Perennial Health Care Reform — The Long Dutch Quest for Cost Control and Quality Improvement. *New England Journal of Medicine*, 373(10), 885–889. <https://doi.org/10.1056/nejmp1410422>

Vonk, R., RIVM, NIVEL, ZiN, Korevaar, J., van Saase, L., & Schoemaker, C. (2016). *Een samenhangend beeld van kanker: Ziekte, zorg, mens en maatschappij*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. https://www.staatvenz.nl/sites/default/files/rap_2016-0054_met_omslag_beveiligd_v3.pdf

Zorginstituut Nederland & Nederlandse Zorgautoriteit. (2020, november). *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*. ZiN & NZa. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2020/11/27/samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu/samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu.pdf>

10. Bijlagelijst

10.1 Bijlage A. Interviewschema's

10.1.1 Patiënten

Introductie patiënt

Fijn dat u wil meewerken aan dit onderzoek door een interview met mij doen. Met dit interview wil ik kijken naar uw ervaringen en standpunten over de chemotherapie die u nu thuis ontvangt **in plaats van in het ziekenhuis**. Ik doe dit onderzoek in kader van mijn bacheloropdracht, waarbij ik dus kijk naar de chemotherapie die nu thuis wordt gegeven in plaats van in het ziekenhuis. De zorg die geleverd wordt draait natuurlijk altijd om de patiënt, de kwaliteit van zorg voor de patiënt is 1e prioriteit en daarom is jullie mening erg belangrijk. Jullie ervaren hoe de zorg gegeven wordt en wat er erg fijn is of misschien wel anders of beter kan. Buiten alle andere belangrijke factoren zoals logistiek, financiën, efficiëntie, et cetera, blijft de zorg van de patiënt het meest belangrijk. De zorg die thuis geleverd wordt mag geen verminderde kwaliteit opleveren. Buiten de vragenlijst die al vanuit Bravis is gedaan, wil ik graag persoonlijk wat verdere vragen stellen over uw ervaringen.

Aan de hand van de resultaten van deze interviews krijg ik een beter beeld bij wat de patiënten vinden van de thuisbehandeling. De gegevens van de interviews worden slechts gebruikt voor mijn bachelorscriptie en zullen helpen bij het verder implementeren van Chemotherapie Thuis voor in de toekomst. Mijn begeleiders zullen de scriptie lezen, maar ik zal alle gegevens anoniem verwerken in enige tekstuele verslaglegging. Ook worden de benodigde gegevens beveiligd opgeslagen en zullen niet-belanghebbenden geen toegang hebben tot de gegevens. Het interview zal ongeveer een half uur duren.

- Introductie van mezelf; student UT GZW 3e en laatste jaar → voor bacheloropdracht doe ik onderzoek naar het Chemotherapie Thuis project.
- Allereerst: Bedankt dat u deel wil nemen aan deze interview, dat helpt me echt :)
- Belang van de patiënten om te kijken naar ervaringen en standpunten over de thuisbehandeling in plaats van in het ziekenhuis → Belangrijk! Patiënt 1e plaats!
- Resultaten dragen bij aan de verbetering van de thuistoediening in de toekomst en mijn opdracht
- Informatie zal niet gedeeld worden met derden, wordt veilig opgeslagen en alleen gebruikt voor mijn scriptie, waar alles anoniem wordt genoteerd tenzij er expliciet toestemming is voor een andere manier van vastleggen.
- Nog vragen o.i.d. vooraf? Alles duidelijk?
- Nogmaals, geeft u toestemming voor het opnemen van deze interview zodat ik deze in tekst om kan zetten?

Onderwerp: *Ervaring van de thuis gegeven chemotherapie*

De behandeling thuis

1e vraag: Heeft u voor deze thuisbehandelingen meerdere behandelingen in het ziekenhuis gekregen?

Ongeacht of deze vraag met ja of nee wordt beantwoord, stel ik de volgende vragen. Patiënten die de chemotherapie wel langere tijd in het ziekenhuis hebben gehad kunnen misschien meer zeggen over het verschil tussen de verschillende manieren van behandeling.

- In het algemeen, vindt u het thuis krijgen van chemotherapie een goed alternatief voor de behandeling in het ziekenhuis?
 - Waarom wel?
 - Waarom niet?
- Wat vindt u van de thuisbehandeling? (Globaal, in het algemeen)
 - Wat vindt u de voor- en nadelen van het krijgen van de behandeling thuis?
- Ervaart u de thuisbehandeling als prettig?
 - (Waarom?)

- Prettiger dan in het ziekenhuis?
- Ervaart u de thuisbehandeling als efficiënt?
 - (Waarom?)
 - Efficiënter dan in het ziekenhuis?
- Ervaart u de thuisbehandeling als veilig?
 - (Waarom?)
 - Veiliger dan in het ziekenhuis?

Ervaringen met de verpleegkundige

Dit volgende deel gaat wat meer specifiek over uw ervaring met de verpleegkundige die bij u thuis komt.

- Wat vindt u ervan dat een verpleegkundige individueel bij u thuis komt om de behandeling bij u te doen?
 - Waarom?
 - Zijn er (ook) negatieve punten? Wat bevalt u niet? Waarom?
 - Wat kan er beter in dit thuis behandelingsproces?
 - Is er bij u thuis genoeg aandacht voor uw naasten, behalve uzelf?
 - Zorgt de thuisbehandeling voor ontlasting van uw naasten?

Daaropvolgend wil ik u een paar extra vragen stellen over de verpleegkundige zelf wat betreft bekwaamheid en aandacht voor u.

- Vindt u dat de verpleegkundige genoeg bekwaam is om de behandeling bij u thuis uit te voeren?
- Heeft u het gevoel dat de verpleegkundige genoeg de tijd met u neemt om vragen met u te bespreken of andere zaken omtrent uw gezondheid?
 - Dus → Vindt u dat u genoeg individuele aandacht krijgt, nu de verpleegkundige bij u thuis komt?
 - Zit er verschil in de mate van persoonlijke aandacht, in vergelijking met in het ziekenhuis? Voorkeur voor thuis of juist ziekenhuis en waarom?
- Vindt u de informatievoorziening voor de thuisbehandeling duidelijk?
 - Bent u voldoende op de hoogte van hoe en wat en wist u dus wat u kon verwachten?
- Zo nee, wat kan er anders of beter?
- **Vertrouwdheid van de thuisbehandeling**
- Voelt het vertrouwd als de verpleegkundige bij u thuis komt voor de behandeling? (JA/NEE) → stukje uitleg met traditioneel het ziekenhuis dat misschien meer vertrouwd aanvoelt dan thuis, mocht het misgaan et cetera.
 - Dus, voelt u zich gerust met het feit dat uw verpleegkundige u thuis behandelt?
 - We hadden het al even over de veiligheid. Dus vindt u dat u goede zorg krijgt zonder dat u in het ziekenhuis bent?
 - Bij zowel ja of nee, wat is de reden dat de thuisbehandeling voor u wel/niet veilig/vertrouwd voelt?
- **Belasting bij thuisbehandeling**
- Zorgt de behandeling thuis van chemotherapie voor meer of minder belasting (in vergelijking met in het ziekenhuis)?
 - Zorgt de thuisbehandeling voor meer of minder belasting?
 - Wat zorgt ervoor dat je meer of minder belasting ervaart?
- Hoe zou nog beter kunnen?
- Merkt u verschil in de energie die u overhoudt als u kijkt naar de thuisbehandeling of wanneer u naar het ziekenhuis moet voor de behandeling?
- In het algemeen nog opmerkingen, vragen of dingen waar ik niet naar gevraagd heb die u me wel mee wil geven?

10.1.2 Verpleegkundigen

Algemene doel van de interviews van verpleegkundigen:

De verpleegkundigen zijn de mensen die de medicatie toedienen en het directe contact met de patiënt hebben. De verpleegkundigen zijn een erg belangrijke schakel binnen het zorgproces. Verpleegkundigen zorgen voor een correcte toediening van de medicatie en volgen de voortgang van de patiënt nauwkeurig. De interviews met de verpleegkundigen zullen informatie geven over hoe de verpleegkundigen het verlenen van de zorg ervaren.

Introductie verpleegkundigen

Fijn dat u wil meewerken aan dit onderzoek door een interview met mij doen. Met dit interview wil ik kijken naar uw ervaringen en standpunten over de chemotherapie die u nu bij patiënten thuis geeft **in plaats van in het ziekenhuis**. Ik doe dit onderzoek in kader van mijn bacheloropdracht, waarbij ik dus kijk naar de chemotherapie die nu thuis wordt gegeven in plaats van in het ziekenhuis. De zorg die geleverd wordt draait natuurlijk altijd om de patiënt, de kwaliteit van zorg voor de patiënt is 1e prioriteit en daarom is het erg belangrijk om te kijken naar de behandeling zelf. De verpleegkundigen kunnen natuurlijk goed inschatten of deze manier van zorg werkt en zijn natuurlijk ook medisch gezien erg op de hoogte van wat werkt en wat niet. Jullie ervaren hoe de zorg gegeven wordt en wat er erg fijn is of misschien wel anders of beter kan. Aan de hand van de resultaten van deze interviews krijg ik een beter beeld bij wat de verpleegkundigen vinden van de thuisbehandeling. Ik kijk onder andere naar het toedienen thuis en de voor- en eventuele nadelen hiervan. Ook kijk ik naar de invloed van het thuis zorg verlenen op het beeld van uw beroep als oncologieverpleegkundige. De gegevens van de interviews worden slechts gebruikt voor mijn bachelorscriptie en zullen helpen bij het verder implementeren van Chemotherapie Thuis voor in de toekomst. Mijn begeleiders zullen de scriptie lezen, maar ik zal alle gegevens anoniem verwerken in enige tekstuele verslaglegging. Ook worden de benodigde gegevens beveiligd opgeslagen en zullen niet-belanghebbenden geen toegang hebben tot de gegevens. Het interview zal ongeveer een half uur duren.

Onderwerp: Het toedienen van chemotherapie thuis + carrièreperspectief: Meerwaarde van de oncologieverpleegkundigen i.p.v. "normale" verpleegkundigen + invloed op beroep

- Introductie van mezelf; student UT GZW 3e en laatste jaar → voor bacheloropdracht doe ik onderzoek naar het Chemotherapie Thuis project.
- Allereerst: Bedankt dat u deel wil nemen aan deze interview, dat helpt me echt :)
- Belang van de patiënten om te kijken naar ervaringen en standpunten over de thuisbehandeling in plaats van in het ziekenhuis → Belangrijk! Patiënt 1e plaats!
- Resultaten dragen bij aan de verbetering van de thuistoediening in de toekomst en mijn opdracht
- Informatie zal niet gedeeld worden met derden, wordt veilig opgeslagen en alleen gebruikt voor mijn scriptie, waar alles anoniem wordt genoteerd tenzij er expliciet toestemming is voor een andere manier van vastleggen.
- Nog vragen o.i.d. vooraf? Alles duidelijk?
- Nogmaals, geeft u toestemming voor het opnemen van deze interview zodat ik deze in tekst om kan zetten?

Het zorgproces (toedienen van de behandeling)

- Focus op het verlenen van de zorg (het uitvoeren)
 - Welke skills heb je nodig om deze chemotherapie te kunnen geven?
 - Heeft het zijn van een oncologieverpleegkundige een meerwaarde in dit zorgproces?
- Is het mogelijk om de behandeling te geven in de gegeven tijd?
 - Zo nee, heb je dan meer tijd nodig?
 - Of is een deel van de behandeling te lang, ingewikkeld, et cetera?
- Is het behandelproces voldoende duidelijk? (Dus wat je moet doen terwijl je bij de patiënt aanwezig bent?)
 - Wat zijn de knelpunten in het huidige proces c.q. de behandeling?
 - Hoe kan dit verbeterd worden?

- Wat is daarvoor nodig?
- Als u de thuisbehandeling vergelijkt met de behandeling die u in het ziekenhuis zou geven, welke behandeling verkiest dan uw voorkeur?
 - Waarom die behandeling? Wat is het verschil/de meerwaarde?
- Heeft u het gevoel dat u alles heeft wat u nodig hebt om de zorg thuis adequaat te kunnen verlenen?
 - En zo nee, wat mist er nog?
- Wat merk je bij de patiënt door deze manier van behandelen, reageert deze neutraal of juist positief/negatief op de thuis toediening?
 - Hoe zie je dit aan een patiënt?
 - Heb je hier concrete voorbeelden van?
- Zijn alle verantwoordelijkheden duidelijk in de huidige manier van thuis zorgverlening?
 - Ter verduidelijking: Weet u wie u moet bereiken bij welk soort problemen?
 - Heeft iedereen een duidelijke rol in het proces?
 - Zijn alle verantwoordelijkheden bekend voor de personen zelf en alle collega's?

Zorg voor de patiënt en observaties

- Kan je de situatie van de patiënten beter interpreteren doordat je bij de patiënten thuiskomt?
 - Heeft het voordelen om de patiënt in de thuissituatie te zien?
 - Zo ja, welke voordelen zijn dit?
 - Dragen deze "huisbezoeken" bij aan patiëntgerichte zorg?
 - Op welke manier?
- Merkt u dat er bepaalde belemmeringen zijn in het zorgproces thuis?
 - Op het gebied van belemmeringen of ervaringen van de patiënt
 - Op het gebied van materiaal, middelen, et cetera.
 - Zo ja, welke? En hoe zijn ze op te lossen?

Benodigdheden

- Heeft u de verplaatsing van chemotherapie naar de patiënt thuis meegemaakt?
 - Zo ja, is de "verschuiving van deze zorg" goed verlopen?
 - Zo nee, wat kon er beter in deze verschuiving?
 - Wat is er nog nodig van ziekenhuis/Allerzorg?
- Vind je de mogelijkheden tot delen van informatie toereikend?
 - Is het delen van relevante patiëntgegevens goed geregeld?
 - Kunnen jullie elkaars gegevens gemakkelijk inzien?
 - Wat kan er beter?
 - Kunnen jullie als verpleegkundige goed communiceren met thuiszorg, life coach en artsen?

Thuisoediening en jullie beroep

- Maakt het thuis toedienen van chemotherapie het beroep aantrekkelijker?
 - In andere woorden, wat zorgt ervoor dat deze manier van zorg verlenen het beroep van oncologieverpleegkundige aantrekkelijker maakt?
- Wat zorgt ervoor dat dit een meer waardevolle manier van zorg verlenen is, in vergelijking met de reguliere zorgverlening in het ziekenhuis?
 - Heeft de combinatie van technische- en psychosociale zorg hier invloed op?

Voor jullie als verpleegkundigen is deze manier van thuis zorg verlenen misschien al wel bijna heel normaal, maar eigenlijk is het best bijzonder. Een medisch specialistische behandeling thuis bij de patiënt geven zonder dat de patiënt een stap in het ziekenhuis hoeft te zetten, is best een grote verandering.

- Wat is jullie rol binnen deze manier van thuis zorg kunnen verlenen?
 - Ben je tevreden met die rol?
 - Verwacht je andere taken of verantwoordelijkheden in dit zorgproces?

10.1.3 Artsen

Algemene doel van de interviews van artsen:

De artsen spelen ook een belangrijke rol binnen de verplaatsing van chemotherapie naar thuis. De artsen blijven in principe medisch gezien eindverantwoordelijk voor de patiënt, dus zal de arts voldoende mogelijkheid moeten blijven hebben om de voortgang en toestand van de patiënt te blijven monitoren. Er zijn echter geluiden waarbij het lijkt dat de artsen nog niet altijd voldoende vertrouwen in het geven van de chemotherapie thuis. Ze willen natuurlijk graag de controle houden en zeker weten dat de medicatie goed wordt toegediend. Ook tijdens mijn meeloopdag hoorde ik dat dit inderdaad een punt van aandacht is, misschien wel mede door onduidelijkheid van het noteren in het EPD waardoor artsen niet goed de notities kunnen vinden die verpleegkundigen of life coaches maken. Het is belangrijk om de artsen in dit onderzoek mee te nemen.

Introductie artsen

Fijn dat u wilt meewerken aan dit onderzoek door een interview met mij doen. Met dit interview wil ik kijken naar uw ervaringen en standpunten over de chemotherapie die nu bij patiënten thuis wordt gegeven in plaats van in het ziekenhuis. Ik doe dit onderzoek in kader van mijn bacheloropdracht, waarbij ik dus kijk naar de chemotherapie die nu thuis wordt gegeven in plaats van in het ziekenhuis. De zorg die geleverd wordt draait natuurlijk altijd om de patiënt, de kwaliteit van zorg voor de patiënt is 1e prioriteit en daarom is het erg belangrijk om te kijken naar deze verplaatsing van zorg vanuit jullie perspectief als medisch specialist. De artsen zijn natuurlijk uiteindelijk eindverantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt en willen de allerbeste voor de patiënt. Ook zorgt een thuis zorgverlening natuurlijk voor een heel ander manier van zorg, met minder direct toezicht van de arts. Aan de hand van de resultaten van deze interviews krijg ik een beter beeld bij wat de artsen vinden van de thuisbehandeling. Ik kijk onder andere naar het toedienen thuis en de voor- en eventuele nadelen hiervan. Ook kijk ik naar de invloed van het thuis zorg verlenen voor jullie als medisch specialisten. De gegevens van de interviews worden slechts gebruikt voor mijn bachelorscriptie en zullen helpen bij het verder implementeren van Chemotherapie Thuis voor in de toekomst. Mijn begeleiders zullen de scriptie lezen, maar ik zal alle gegevens anoniem verwerken in enige tekstuele verslaglegging. Ook worden de benodigde gegevens beveiligd opgeslagen en zullen niet-belanghebbenden geen toegang hebben tot de gegevens. Het interview zal ongeveer een half uur duren.

Onderwerp: Kijken naar draagvlak, vertrouwen vanuit medisch specialistisch perspectief

- Introductie van mezelf; student UT GZW 3e en laatste jaar → voor bacheloropdracht doe ik onderzoek naar het Chemotherapie Thuis project.
- Allereerst: Bedankt dat u deel wil nemen aan deze interview, dat helpt me echt :)
- Belang van de patiënten om te kijken naar ervaringen en standpunten over de thuisbehandeling in plaats van in het ziekenhuis → Belangrijk! Patiënt 1e plaats!
- Resultaten dragen bij aan de verbetering van de thuistoediening in de toekomst en mijn opdracht
- Informatie zal niet gedeeld worden met derden, wordt veilig opgeslagen en alleen gebruikt voor mijn scriptie, waar alles anoniem wordt genoteerd tenzij er expliciet toestemming is voor een andere manier van vastleggen.
- Nog vragen o.i.d. vooraf? Alles duidelijk?
- Nogmaals, geeft u toestemming voor het opnemen van deze interview zodat ik deze in tekst om kan zetten?

Voordelen, nadelen en ervaringen

- Wat zijn de beoogde voordelen van de verplaatsing van chemotherapie naar huis?
 - Hoe denkt u over deze verplaatsing voor jullie als artsen?
 - Bent u voldoende betrokken (geweest) bij dit proces?
 - Is er bij de verplaatsing genoeg rekening gehouden met jullie als artsen?
 - Worden jullie nu, dus nu de thuisbehandelingen plaatsvinden, genoeg meegenomen in de zorgverlening en het gehele proces?

- Wat levert het op? (Gezien vanuit medisch perspectief)
- Wat zijn de nadelen of knelpunten in dit proces?
- Wat zijn uw ervaringen tot nu toe met de thuistoediening van chemotherapie?
 - *Eventueel doorvragen op interessante punten*
 - Heeft u vertrouwen in het toedienen van chemotherapie thuis?
 - Wat zorgt er dan voor dat u wel of geen vertrouwen hebt?
 - Heeft u voldoende controle over het behandelproces van uw patiënten?
 - Heeft u voldoende informatie over het behandelproces van uw patiënten, nu ze ook thuis worden behandeld?
 - Is deze informatie goed toegankelijk?

Thuistoediening

- Is de thuistoediening een gelijkwaardige of betere manier om de chemotherapie te geven, op gebied van kwaliteit van zorg?
 - Wat gaat er momenteel goed in de thuistoediening?
 - Wat kan er nog beter volgens u?

Controle op de patiënten

- Heeft u tijdens dit proces genoeg controle kunnen houden op uw patiënten?
 - Wat heeft u nodig om in met deze verplaatste zorg wel uw werkzaamheden goed te kunnen uitvoeren?
 - Wat is er nodig om voldoende vertrouwen te creëren voor medisch specialisten om de patiënten goed en veilig thuis te behandelen?
 - Wordt er thuis adequaat gereageerd bij complicaties door de verpleegkundige?
- (VOOR ADRZ/HAGA) Of, wanneer dit nog moet gebeuren: Hoe lopen de voorbereidingen voor de implementatie van het Chemotherapie Thuis project?
 - Waarom loopt dit juist goed of niet zo goed?

Samenwerking tussen verschillende partijen

- Hoe vindt u de samenwerking tussen ziekenhuis/arts en verpleging/Allerzorg?
- Heeft u voldoende samenwerkingsmogelijkheden met andere actoren (verpleegkundigen, thuiszorg, life coach, et cetera).
 - Kunt u zo de goede zorg voor uw patiënten (blijven) garanderen?
 - Kunt u op deze manier nog steeds functioneren als inhoudelijk eindverantwoordelijk?
- Heeft u het gevoel dat u voldoende informatie kan vinden in het EPD om zo uw patiënten goed te kunnen blijven volgen, ook wanneer ze minder vaak naar het ziekenhuis hoeven voor een behandeling?
 - Hoe vindt u dat dit werkt? (Prima of juist niet goed; waarom?)
- Heeft u nog aandachtspunten of juist complimenten over de manier hoe verantwoordelijkheden en taken nu zijn verdeeld?

10.1.4 Projectleiders

(Toevoegen van een extra projectleider van de andere thuiszorgorganisatie)

Algemene doel van de interviews van projectleiders:

Verder hebben we de projectleiders van het Chemotherapie Thuis project die op organisatorisch gebied van grote waarde kunnen zijn voor het onderzoek. Helemaal aangezien de verschillende organisaties hun eigen projectleiders hebben waardoor we van meerdere perspectieven input krijgen. De projectleiders kunnen duidelijkheid geven over planning, organisatie, financiën, et cetera.

Onderwerp: Kijken naar de organisatie van het Chemotherapie Thuis project

Algemeen inleidend stukje: Allereerst, bedankt dat jullie mee willen werken aan dit onderzoek, erg belangrijk. Jullie aan de beurt als projectleiders. Ik interview dus meerdere partijen en vind dus ook de projectleiders een goede aanwinst als groep, vooral door de overstijgende kennis over het reilen en zeilen van het Chemotherapie Thuis project. Voordat we beginnen, hebben jullie het informatieformulier doorgenomen? Op- of aanmerkingen? En is het goed dat ons gesprek wordt opgenomen? Dan start ik nu de opname en vraag ik nogmaals of ik de opname mag starten.

Gaan jullie akkoord met het nu starten van de opname van het interview? Voor de rest is ook alles duidelijk over jullie deelname?

- Hoe vindt u het Chemotherapie Thuis project momenteel lopen?
 - Wat loopt er goed en wat zou er beter kunnen?
 - Wat is de rol van de projectleider in dit project?

Organisatie van de zorg

- *Samenwerking tussen ziekenhuis en thuiszorg*
- Hoe zijn de taken en verantwoordelijkheden geregeld onder alle meewerkende personeelsleden van zowel het ziekenhuis als de thuiszorgorganisatie?
- Dus, is er een bepaalde beschrijving/richtlijn/protocol waarin is vastgesteld wie waarvoor verantwoordelijk is?
→ Zijn de verantwoordelijkheden duidelijk?
 - Weet dus iedereen wie verantwoordelijk is voor welke zaken?
 - Is er eventueel meer behoefte aan samenwerking om dit helder te krijgen?
- Werkt dit op deze manier?
- Wat kan er anders?
- Hoe verloopt de communicatie tussen ziekenhuis en thuiszorg?
- Is deze communicatie vastgelegd?
 - Staat er vast wat er met wie gecommuniceerd moet worden?
 - Wat zou er veranderd kunnen worden om de algehele communicatie te stimuleren?
- Hoe worden acute problemen in de zorgverlening opgelost?
 - Welke personen worden “ingeschakeld” wanneer er iets met prioriteit moet worden opgelost? (Zijn er specifieke mensen verantwoordelijk?)
 - Stel, een collega is plotseling ziek of niet in staat om te werken. Hoe moet dit worden opgelost?
 - En gaat dit hoe het zou moeten?
- Wie of welke partij heeft de (algehele) regie in dit zorgproces?
 - Is dit gezamenlijk of heeft het ziekenhuis of juist de thuiszorg de regie?
 - In welke mate is het belangrijk dat de regie bij het ziekenhuis ligt, of juist niet?

Financiële voorwaarden

- Heeft het “Chemotherapie Thuis” project dusver gezorgd voor financiële voor- of nadelen?

We weten dat er al veel duidelijk is over de kosten van deze zorg-verplaatsing, maar er ook nog veel onduidelijk is.

- Kunnen jullie deze manier van zorg voortzetten met het budget en middelen die nu beschikbaar zijn? (Naar jullie mening/gegevens → of onbekend?)
 - Zo nee, wat is er nodig om dit wel te laten slagen?
- Ziekenhuis/Thuiszorg
 - Is het voor jullie rendabel om deze zorg bij de mensen thuis te geven?
 - Wat is er nog nodig om deze zorg te kunnen blijven geven in de toekomst?
 - Wat hebben jullie van ziekenhuis/thuiszorg nodig om deze manier van zorg verder te verlenen?
 - Denkt u dat een zorgverzekeraar mee kan helpen in de financiering van het project?

Overig

- Hebben jullie nog aandachtspunten of andere belangrijke opmerkingen voor het voortzetten van het Chemotherapie Thuis project?
- Zien jullie voor de zorgverzekeraar nog een andere rol weggelegd behalve het bieden van financiële bijdragen?
- Wat is er tussen ziekenhuis en thuiszorg nog nodig om de chemotherapie thuistoediening mogelijk te blijven maken?
 - Zijn er zaken die dringend anders moeten om de continuïteit van het project te bevorderen?

Draagvlak (Voor de mening van de projectleiders, ~~buiten de artsen om~~)

- Heeft u het gevoel dat er onder het deelnemende personeel (verpleegkundigen, artsen, planners, et cetera) voldoende draagvlak is voor het toedienen van chemotherapie thuis?
 - Zijn er in jullie ogen specifiek bepaalde groep(en) die nog een gebrek aan draagvlak vertonen in dit project? Die dus niet erg positief aankijken naar dit project?
 - Wat zou de reden kunnen zijn van dit gebrek aan vertrouwen?
 - Gebrek aan draagvlak?
 - Niet genoeg medewerkers meegenomen in dit project?
 - Gebrek aan andere informatie of geld?
 - Wat kunnen we doen om te zorgen dat het draagvlak in deze manier van zorg stijgt?

10.1.5 Verzekeraars

Algemene doel van de interviews van verzekeraars:

Het lijkt erop dat verzekeraars een sleutelrol spelen in de toekomst van Chemotherapie Thuis. Voor een goede financiering zijn ze niet te missen en het is dan ook essentieel om de verzekeraars in het onderzoek te betrekken. Hoe kijken zij tegen dit project aan? En kunnen en willen ze in de toekomst misschien meewerken om de financiering van de thuistoediening van chemotherapie rond te krijgen?

Onderwerp: Kijken naar de standpunten van de verzekeraars en hun mogelijke samenwerking

Definitie Chemotherapie Thuis → Het toedienen van bepaalde soorten chemotherapie bij de patiënten thuis, in principe in samenwerking tussen ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties. Waar ziekenhuizen en artsen de regie hebben (door medische verantwoordelijkheid over de patiënt voor de medisch specialisten) en geven van de chemotherapie uitbesteed kan worden. Hierbij worden meerdere patiënten op een route geplaatst waardoor een oncologieverpleegkundige langskomt en de chemotherapie geeft. Specialistische medische kennis (door verplichtingen SONCOS-normering) bij de patiënt thuis, met besparing in reiskosten en een verlichting van de lasten voor patiënt als gevolg.

Standpunten over de thuistoediening van chemotherapie

- Welke ideeën hebben jullie over het toedienen van chemotherapie thuis?
 - Wat weten jullie al over dit project?
 - Zijn jullie al betrokken bij het Chemotherapie Thuis project?
 - En zo ja, op welke manier?
 - Hoe is jullie houding tegenover het “Chemotherapie Thuis” project?
 - → Positief, negatief of neutraal?
- Wat kunnen voordelen zijn van het project volgens jullie? (Zijn jullie op de hoogte van de voordelen die deze manier van zorg biedt voor de patiënten?)
 - (==> Wat is de meerwaarde, en hoe kan de meerwaarde vanuit medisch/kosten-baten perspectief bewezen worden?
- Welke nadelen zien jullie in deze manier van zorg verlenen?
 - Waarom zijn dit nadelen?
 - Hoe kan dit verbeterd worden?
- Is het volgens jullie van belang dat zorg naar huis kan worden verplaatst?
 - Wat is er vanuit jullie perspectief nodig om deze verplaatste manier van zorg voort te kunnen zetten?
 - Zijn er verwachtingen voor het ziekenhuis vanuit jullie perspectief? (Geld, andere middelen, een bepaalde samenwerking) om de zorg thuis te kunnen blijven geven?
 - Zijn er verwachtingen voor de thuiszorg vanuit jullie perspectief? (Geld, andere middelen, een bepaalde samenwerking) om de zorg thuis te kunnen blijven geven?
 - Is er op landelijk niveau aandacht voor dit project?
 - Zo ja, hebben jullie een idee van wat er landelijk gedacht wordt van Chemotherapie Thuis?
- Welke bijdrage kunnen en willen jullie leveren om het realiseren van de chemotherapie thuis mogelijk te blijven maken?
 - Hoe zien jullie de rol van de zorgverzekeraar in het naar huis verplaatsen van chemotherapie?
 - Wat heb je als zorgverzekeraar nodig?
 - Wanneer is een dergelijk project geslaagd voor jullie als zorgverzekeraar?

Een voorbeeld op financieel gebied is bijvoorbeeld het feit dat er minder reiskosten bij zorgverzekeraars worden gedeclareerd vanwege de reizen van en naar het ziekenhuis die de patiënten dus niet meer hoeven te maken, aangezien de zorg thuis wordt gegeven.

- Wat hebben jullie ervoor over om ziekenhuizen/thuiszorgorganisaties te ondersteunen? (Door dus besparing voor verzekeraars door bovenstaande verhaal)
 - Of zien jullie een andere mogelijkheid om hier een aandeel in te leveren?

- Welke rol zouden jullie willen hebben in de toekomst als ziekenhuis/thuiszorg deze zorg op deze manier kunnen blijven organiseren, waarbij de zorg voor patiënten toegankelijker is en betere zorg oplevert voor lagere kosten?

10.1.6 Planners

Introductie: Introductie van mezelf; student UT GZW 3e en laatste jaar → voor bacheloropdracht doe ik onderzoek naar het Chemotherapie Thuis project.

- Allereerst: Bedankt dat u deel wil nemen aan deze interview, dat helpt me echt :)
- Belang van de planners in dit proces om te kijken naar ervaringen en standpunten over de thuisbehandeling in plaats van in het ziekenhuis
- Resultaten dragen bij aan de verbetering van de thuistoediening in de toekomst en mijn opdracht
- Informatie zal niet gedeeld worden met derden, wordt veilig opgeslagen en alleen gebruikt voor mijn scriptie, waar alles anoniem wordt genoteerd tenzij er expliciet toestemming is voor een andere manier van vastleggen.
- Nog vragen o.i.d. vooraf? Alles duidelijk?
- Nogmaals, geeft u toestemming voor het opnemen van deze interview zodat ik deze in tekst om kan zetten?

- Deed u hiervoor ook al plannen of is de functie veranderd zeg maar?
- Tot dusver: Hoe vindt u het plannen van de Chemotherapie Thuis routes gaan?
- Wat gaat er goed?
 - Waarom?
- Wat gaat er (nog) minder goed?
- Wat zou u graag willen zien dat veranderd en/of verbeterd wordt in het doen van uw werk; namelijk het plannen van de routes van de chemotherapie?
- Krijgt u feedback van verpleegkundigen en/of patiënten over de planningen?
 - Zo ja, heeft u voorbeelden?
 - Waren deze positief of juist negatief?
- Heeft u alle middelen om uw werk goed te kunnen doen?
 - Mist er bepaalde informatie, gegevens, apparatuur, software?
- Nog andere werkzaamheden naast het plannen?
 - Gaat dit goed samen?
- Hoe is de samenwerking tussen collega's en het ziekenhuis, ADRZ in uw geval?
 - Loopt het goed?
 - Wat kan er beter of anders?
 - Tips of aanmerkingen hierop?

- Nog op-, of aanmerkingen of dingen die ik echt moet weten om mee te nemen in mijn onderzoek?

10.1.7 Controllers

Introductie: Introductie van mezelf; student UT GZW 3e en laatste jaar → voor bacheloropdracht doe ik onderzoek naar het Chemotherapie Thuis project.

- Allereerst: Bedankt dat u deel wil nemen aan deze interview, dat helpt me echt :)
- Belang van de planners in dit proces om te kijken naar ervaringen en standpunten over de thuisbehandeling in plaats van in het ziekenhuis
- Resultaten dragen bij aan de verbetering van de thuistoediening in de toekomst en mijn opdracht
- Informatie zal niet gedeeld worden met derden, wordt veilig opgeslagen en alleen gebruikt voor mijn scriptie, waar alles anoniem wordt genoteerd tenzij er expliciet toestemming is voor een andere manier van vastleggen.
- Nog vragen o.i.d. vooraf? Alles duidelijk?
- Nogmaals, geeft u toestemming voor het opnemen van deze interview zodat ik deze in tekst om kan zetten?

We hebben dus ongeveer een half uur, op zich moet dat genoeg zijn denk ik. Ik zou graag vooral nog even willen weten wat naar jouw mening de huidige situatie is wat betreft de financiën e.d. van het project en wat er dan anders kan of moet om het project in de toekomst te kunnen voortzetten.

Financiële voorwaarden

- Wat vind je van de huidige financiële situatie omtrent het Chemotherapie Thuis project?
 - Kan dit verbeterd worden, en zo ja, hoe?
- Wat zijn de echte struikelblokken op financieel gebied momenteel?
- Moeten er dingen veranderd worden om Chemotherapie Thuis in de toekomst voort te kunnen zetten?
 - Vanuit ziekenhuis, thuiszorg of juist de zorgverzekeraars?
 - Wat zie jij, als expert, dan graag veranderd worden? Wat zou je willen zien?

We weten dat er al veel duidelijk is over de kosten van deze zorg-verplaatsing, maar er ook nog veel onduidelijk is. We hadden het al een beetje over de zorgverzekeraars net.

- Denk je dat een zorgverzekeraar mee kan helpen in de financiering van het project?
 - Hoe kan deze bijdragen?

Je hebt natuurlijk een heleboel kennis van dit onderwerp; wat is in jouw optiek belangrijk om naar te kijken/een oplossing voor te vinden voor in de toekomst?

10.2 Bijlage B. Informed consentformulier

Informatieblad voor onderzoek 'Chemotherapie Thuis'

Doel van het onderzoek

Dit onderzoek gaat over het thuis behandelen van patiënten met chemotherapie.

Het doel van dit onderzoek is om meer informatie te verkrijgen over het thuis toedienen van chemotherapie n.a.v. de pilot die het Bravis in samenwerking met Allertzorg heeft gedaan. Zijn de patiënten tevreden met deze manier van zorg? Welke voordelen of juist barrières kleven er aan deze manier van zorg verlenen? En hoe zitten de kosten in elkaar? Doel is om hier meer duidelijkheid in te verkrijgen en daardoor waardevolle informatie te kunnen bundelen om de werking van het Chemotherapie Thuis project in de toekomst te kunnen garanderen en uitbreiden.

Hoe gaan we te werk?

U neemt deel aan een onderzoek waarbij we informatie zullen verzamelen door het houden van een interview.

- Een interview waarbij uw antwoorden worden genoteerd of opgenomen via een audio-opname/video-opname. Er zal ook een transcript worden uitgewerkt van het interview.

De onderzoeksresultaten zullen verwerkt worden in de thesis van de student ten behoeve van het afronden van de opleiding BSc Gezondheidswetenschappen. Alleen de onderzoekende student zal inzicht hebben in de gegevens, waar andere betrokkenen slechts toegang hebben tot de verwerkte en tevens geanonimiseerde gegevens. De andere betrokkenen staan achteraan dit formulier op de volgende pagina.

Potentiële risico's en ongemakken

Er zijn geen fysieke, emotionele, juridische of economische risico's verbonden aan uw deelname aan deze studie. U hoeft geen vragen te beantwoorden die u niet wilt beantwoorden. Uw deelname is vrijwillig en u kunt uw deelname op elk gewenst moment stoppen.

Vergoeding

U ontvangt voor deelname aan dit onderzoek geen vergoeding. Uw deelname zorgt voor waardevolle informatie die de verdere zorgverlening omtrent "Chemotherapie Thuis" kan verbeteren.

Vertrouwelijkheid van gegevens

Wij doen er alles aan uw privacy zo goed mogelijk te beschermen. Er wordt op geen enkele wijze vertrouwelijke informatie of persoonsgegevens van of over u naar buiten gebracht, waardoor iemand u zal kunnen herkennen.

In een publicatie zullen anonieme gegevens of pseudoniemen worden gebruikt. Mochten we uw persoonlijk willen noemen in een publicatie, dan wordt hier eerst expliciet toestemming van u voor gevraagd alvorens deze gegevens worden gebruikt. Echter, in principe zullen gegevens zonder naam, of met een pseudoniem worden verwerkt. De audio-opnamen, formulieren en andere documenten die in het kader van deze studie worden gemaakt of verzameld, worden opgeslagen op beveiligde (versleutelde) gegevensdragers van de student.

De onderzoeksgegevens worden bewaard voor een periode van 10 jaar. Uiterlijk na het verstrijken van deze termijn zullen de gegevens worden verwijderd of worden geanonimiseerd zodat ze niet meer te herleiden zijn tot een persoon.

De onderzoeksgegevens worden indien nodig (bijvoorbeeld voor een controle op wetenschappelijke integriteit) en alleen in anonieme vorm ter beschikking gesteld aan personen buiten de onderzoeksgroep.

Dit onderzoek is aan goedkeuring van een ethische commissie onderhevig vanwege de aard van het onderzoek. Het onderzoek is goedgekeurd door de BMS Ethical Committee van de Universiteit Twente. De soort vragen en de opzet van de interviews is in samenwerking met de afstudeerbegeleiders opgesteld; er is geen sprake van een enorme last voor deelnemers; daarbij zullen de uitspraken die u doet in het kader van dit onderzoek geen enkele consequentie hebben voor uw medische behandeling of uw werk in uw organisatie.

Vrijwilligheid

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. U kunt als deelnemer uw medewerking aan het onderzoek te allen tijde stoppen, of weigeren dat uw gegevens voor het onderzoek mogen worden gebruikt, zonder opgave van redenen. Het stopzetten van deelname heeft geen nadelige gevolgen voor u.

Als u tijdens het onderzoek besluit om uw medewerking te staken, zullen de gegevens die u reeds hebt verstrekt niet meer worden meegenomen in het onderzoek.

Wilt u stoppen met het onderzoek, of heeft u enige andere vragen en/of klachten? Neem dan contact op met de onderzoeksleider:

Djowin Schippers | BSc Gezondheidswetenschappen | Universiteit Twente

d.schippers@student.utwente.nl | +31629896365

De andere betrokkenen die een relatie hebben tot het onderzoek zijn de volgende personen:

1. Prof. Dr. Sabine Siesling (1^e begeleider afstudeeropdracht)
2. Dr. Jolanda van Hoeve (2^e begeleider afstudeeropdracht)
3. Saskia Claassen, MA (begeleider afstudeeropdracht vanuit praktijk; verpleegkundig specialist Allergologie)
4. Mariët Raatgever, MA (begeleider vanuit Bravis; Manager oncologie)

Voor bezwaren met betrekking tot de opzet en of uitvoering van het onderzoek kunt u zich ook wenden tot Dr. Jolanda van Hoeve, begeleider van de student, via J.vanHoeve@iknl.nl. Dit onderzoek wordt uitgevoerd vanuit de Universiteit Twente, faculteit Technische Natuurwetenschappen (TNW) of Science and Technology (S&T).

Door dit toestemmingsformulier te ondertekenen erken ik het volgende:

1. Ik ben voldoende geïnformeerd over het onderzoek door middel van een separaat informatieblad. Ik heb het informatieblad gelezen en heb daarna de mogelijkheid gehad vragen te kunnen stellen. Deze vragen zijn voldoende beantwoord.
2. Ik neem vrijwillig deel aan dit onderzoek. Er is geen expliciete of impliciete dwang voor mij om aan dit onderzoek deel te nemen. Het is mij duidelijk dat ik deelname aan het onderzoek op elk moment, zonder opgaaf van reden, kan beëindigen. Ik hoef een vraag niet te beantwoorden als ik dat niet wil.
3. Ik ga ermee akkoord dat het interview wordt opgenomen en dat mijn gegeven informatie geanonimiseerd gebruikt kan worden in het onderzoek. Het interview wordt mogelijk getranscribeerd om de essentiële informatie hieruit te halen.

Naam Deelnemer:

Naam Onderzoeker:

Handtekening:

Handtekening:

Datum:

Datum:

UNIVERSITY OF TWENTE.

210781 REQUEST FOR ETHICAL REVIEW

FACULTY BMS

Request nr: 210781
Researcher: Schippers, D.
Supervisor: Siesling, S.
Reviewer: Beerlage - de Jong, N.
Status: Approved by commission
Version: 2

1. START

A. TITLE AND CONTEXT OF THE RESEARCH PROJECT

1. What is the title of the research project? (max. 100 characters)

Chemotherapie Tuis

2. In which context will you conduct this research?

Bachelor's Thesis

3. Date of the application

28-04-2021

5. Is this research project closely connected to a research project previously assessed by the BMS Ethics Committee?

No/Unknown

B. CONTACT INFORMATION

6. Contact information for the lead researcher

6a. Initials:

D.

6b. Surname:

Schippers

6c. Education/Department (if applicable):

B-GZW

6d. Staff or Student number:

2147912

6e. Email address:

d.schippers@student.utwente.nl

6f. Telephone number (during the research project):

+316xxxxxxxx

6g. If additional researchers (students and/or staff) will be involved in carrying out this research, please name them:

Prof. Dr. Sabine Siesling (s.siesling@utwente.nl) & Jolanda van Hoeve (j.c.vanhoeve@utwente.nl)

6h. Have you completed a PhD degree?

No

7. Contact information for the BMS Supervisor 7a.

Initials:

S.

7b. Surname:

Siesling

7c. Department:

BMS-HTSR

7d. Email address:

s.siesling@utwente.nl

7e. Telephone number (during the research project):

+315xxxxxxxxx

8. Is one of the ethics committee reviewers involved in your research? Note: not everyone is a reviewer.

No

C. RESEARCH PROJECT DESCRIPTION

9a. Please provide a brief description (150 words max.) of the background and aim(s) of your research project in non-expert language.

My research is about the relocation of chemotherapy care from the hospital to the homes of the patients. Bravis Ziekenhuis, in collaboration with Allierzorg, has started a pilot where some kinds of chemotherapy for patients have been moved to their homes; given by an oncology nurse who will visit the patients individually. It seems that this manner of giving care is beneficial for the patients, where nurses also have more time for their patients and the capacity of the day-care ward of the hospital increases. The question is which factors lead to the success or failure of this project and how we can make sure that this project is sustainable in the future. Thus, how can we make sure that this project can carry on with benefits for all parties? --> Patients, doctors, project leaders, health insurers.

9b. Approximate starting date/end date of data collection:

Starting date: 2021-05-11

End date: 2021-05-30

9c. If applicable: indicate which external organization(s) has/have commissioned and/or provided funding

for your research.

Commissioning organization(s):

Bravis Ziekenhuis & Allerzorg

Funding organization(s):

Not applicable

2. TYPE OF STUDY

Please select the type of study you plan to conduct:

My study will involve both existing and new data.

3. RESEARCH INVOLVING EXISTING DATA OR DOCUMENTS

A. WHICH DATA AND/OR DOCUMENTS WILL BE ACCESSED AND HOW?

10. Please provide a brief description of the data or documents that you plan to use (max. 2000 characters, including spaces).

For my research, I will use existing data, mainly in form of literature research/desk research. I will look for scientific articles, documents, reports etc. about the topic of relocating care to homes that I need for the theoretical part of my thesis.

11. Please indicate whether the data/documents you will use are:

- Publicly available

B. CONFIDENTIALITY AND ANONYMITY

12. Does the dataset contain information (or a combination of information) that can be traced back to specific individuals/organizations?

No

4. RESEARCH INVOLVING THE COLLECTION OF NEW DATA

A: RESEARCH POPULATION

20. Please provide a brief description of the intended research population(s):

For my research, I need to interview multiple people to gather information from each perspective. The different types of people that I need to interview are as following: Patients, oncology nurses, doctors (medical specialists; haematologists, internist- oncologists), project leaders and health insurers. All these different types of people are in a way stakeholder in this project with each another role in the whole picture. For my research, it is important to gather all kinds of information from multiple people of the mentioned groups.

21. How many individuals will be involved in your research?

In total, probably around +-14 interviews will be held. This number is still uncertain as it is of course not yet sure how many interviews are needed in order to get information saturation. When I have enough

information with, let's say 10 interviews, it is logical that I won't interview any other people.

22. Which characteristics must participants/sources possess in order to be included in your research?

The inclusion criteria for this research are pretty simple. The nurses, doctors and project leaders, are of course employed in their respective roles. Further, they need to be connected to the "Chemotherapie Thuis" project in order to be an asset in this research. The nurses need to give the chemotherapy at home in order to be included in the research. Participating patients of course need to get their chemotherapy at home. All the patients/nurses/doctors come from either Bravis, ADRZ or Haga hospitals. All these hospitals have started with the chemotherapy at-home project or will be starting soon. Further than these "groups", there are no special in- or exclusion criteria.

23. Does this research specifically target minors (<16 years), people with cognitive impairments, people under institutional care (e.g., hospitals, nursing homes, prisons), specific ethnic groups, people in another country or any other special group that may be more vulnerable than the general population?

No

24. Are you planning to recruit participants for your research through the BMS test subject pool,SONA

No

B. METHODS OF DATA COLLECTION

25. What is the best description of your research?

- Interview research

26. Please provide a brief yet sufficiently detailed overview of activities, as you would in the Procedure section of your thesis or paper. Among other things, please provide information about the information given to your research population, the manipulations (if applicable), the measures you use (at construct level), etc. in a way that is understandable for a relative lay person.

For this research, each participant that will do the interview will be asked about their experiences and opinions of the "Chemotherapy at Home" project, from their OWN perspective. CORRECTION AFTER REVIEW BY COMMISSION: To summarize the different topics per group: - Patients: The patients are the group for whom the care is delivered. The quality of care and the experiences in the eye of the patient is thereby a very important aspect of the project and my data collection. I will ask the patients about their experiences with the home administration of their chemotherapy and subjects related to this "movement from the hospital". They can tell about how they think of it and what they think can be done better in the future to enhance their patient experience. -Nurses: The nurses are the caregivers who are directly involved in this care process. They will have to give the chemotherapy and are the frontline of this care path. The nurses are responsible

for a safe and well giving medication, but also are able to obtain a good impression of the state of their patients. I will ask the nurses about the care process itself (how does the administration work and how can it be done better?), their needs, their care and attention for the patient, and the influence of the home administration on their profession to get a clear picture of this project from the perspective of the nurses. -Doctors: The doctors/medical specialists are ultimately responsible for the care that is given to their patients and are in charge of the treatment path. This home administration is of course a change to the doctors as well. I want to ask the doctors what they think of this "care movement" and what they think is beneficial or disadvantageous, the monitoring of their patients and the cooperation between them and other relevant colleagues such as the nurses etc. That will give me a clear picture of their opinions. - Project leaders: The project leaders are the controllers in the background and make sure that everything works well and that problems and/or other things get solved. They have contact with multiple other parties and have their own vision on multiple parts of the Chemotherapie Thuis. I will ask the project leaders about the organisation, finances, support and other factors. -Health insurers: The health insurers may play a vital part in the continuation of this project. I will ask them about their involvement in this project until now and their opinion on the advantages of this project and they might need or give in this project. Can they add a contribution that maybe helps the hospitals/homecare organisations in the keeping the chemotherapy administered at home? The above descriptions briefly summarize what I will ask the different groups. It is not very intrusive or personal information, but experiences/opinions from own perspective that greatly helps me in my research.

How much time will each participant spend (mention the number of sessions/meetings in which they will participate and the time per session/meeting)?

I think all sessions won't take longer than +- 30 minutes.

C: BURDEN AND RISKS OF PARTICIPATION

27. Please provide a brief description of these burdens and/or risks and how you plan to minimize them:

In principle, this research does not cause any major inconveniences or burdens to the participants. Other than a little bit of their time, nothing extra is expected from the participants. They will just talk to me about their experiences and opinions of the project. All participants will be sufficiently given an explanation about my research; so why I do an interview them and why their answers to my questions are valuable. All participants can choose what to share me with and whatnot, and can at all times, cancel the interview if they

don't want to cooperate anymore.

28. Can the participants benefit from the research and/or their participation in anyway?

No

29. Will the study expose the researcher to any risks (e.g., when collecting data in potentially dangerous environments or through dangerous activities, when dealing with sensitive or distressing topics, or when working in a setting that may pose 'lone worker' risks)?

No

D. INFORMED CONSENT

30. Will you inform potential research participants (and/or their legal representative(s), in case of non-competent participants) about the aims, activities, burdens and risks of the research before they decide whether to take part in the research?

Yes

Briefly clarify how:

Each participant will be asked for their consent before the interview. I will tell them about the goal of the research, the nature of questions that I will ask and of course the rights they have (withdraw at any time, cancel at any time, etc.) I have created an informed consent form with the detailed information that all participants can read before agreeing with participating in the research.

32. How will you obtain the voluntary, informed consent of the research participants (or their legal representatives in case of non-competent participants)?

Signed

33. Will you clearly inform research participants that they can withdraw from the research at any time without explanation/justification?

Yes

34. Are the research participants somehow dependent on or in a subordinate position to the researcher(s) (e.g., students or relatives)?

No

35. Will participants receive any rewards, incentives or payments for participating in the research?

- No

36. In the interest of transparency, it is a good practice to inform participants about what will happen after their participation is completed. How will you inform participants about what will happen after their participation is concluded?

- Participants will receive the researcher's contact details, so that they can contact the researcher if they have questions/would like to know more.
- Participants will receive oral/written information about what the researcher(s) will do with the collected data.

E. CONFIDENTIALITY AND ANONYMITY

37. Does the data collected contain personal identifiable information that can be traced back to specific individuals/organizations?

Yes

38. Will all research data be anonymized before they are stored and analysed?

Pseudonymization

39. Will you make use of audio or video recording?

Yes

- What steps have you taken to ensure safe audio/video data storage?

The audio files will be strictly and only used for transcribing the interviews in order to analyse them. The audio files will be securely saved on a protected pc or cloud storage. Nobody else other than me, as the researcher, has direct access to the saved files.

- At what point in the research will tapes/digital recordings/files be destroyed?

In principle, the audio files are not needed anymore after they are processed into a transcript. As soon as the grading of the bachelor thesis is done and I have permission from my supervisors to delete the files, I will delete them immediately.

5. DATA MANAGEMENT

- I have read the UT Data policy.
- I am aware of my responsibilities for the proper handling of data, regarding working with personal data, storage of data, sharing and presentation/publication of data.

6. OTHER POTENTIAL ETHICAL ISSUES/CONFLICTS OF INTEREST

40. Do you anticipate any other ethical issues/conflicts of interest in your research project that have not been previously noted in this application? Please state any issues and explain how you propose to deal with them. Additionally, if known indicate the purpose your results have (i.e., the results are used for e.g., policy, management, strategic or societal purposes).

I can't think of other possible issues or any other problems in this research. The information that will be

gathered is not traceable and safely saved and not shared with any external person or organisation. The data will be solely used for the data collection of the bachelor thesis.

7. ATTACHMENTS

Informed consent formulier 2.0.pdf

8. COMMENTS

Resolved

9. CONCLUSION

Status: Approved by commission

The BMS ethical committee / Domain Humanities & Social Sciences has assessed the ethical aspects of your research project. On the basis of the information you provided, the committee does not have any ethical concerns regarding this research project. It is your responsibility to ensure that the research is carried out in line with the information provided in the application you submitted for ethical review. If you make changes to the proposal that affect the approach to research on humans, you must resubmit the changed project or grant agreement to the ethical committee with these changes highlighted.

Moreover, novel ethical issues may emerge while carrying out your research. It is important that you re-consider and discuss the ethical aspects and implications of your research regularly, and that you proceed as a responsible scientist.

Finally, your research is subject to regulations such as the EU General Data Protection Regulation (GDPR), the Code of Conduct for the use of personal data in Scientific Research by VSNU (the Association of Universities in the Netherlands), further codes of conduct that are applicable in your field, and the obligation to report a security incident (data breach or otherwise) at the UT.

10.4 Bijlage D. Codelijst interviews

Code	Code Groups
○ Aandachtsgebieden proces	Aandachtspunten
○ Aandachtspunten planners	Aandachtspunten
○ Aandachtspunten volgens artsen	Aandachtspunten
○ Aandachtspunten volgens projectleiders	Aandachtspunten
○ Aanleiding voor thuisbehandeling	Aandachtspunten
○ Advies voor toekomst	Advies voor toekomst
○ Al geïntegreerde oplossing	Advies voor toekomst
○ Beroep verpleegkundige	Vereisten en richtlijnen thuisbehandeling
○ Communicatie	Communicatie en samenwerking
○ Eigenschappen behandeling	Vereisten en richtlijnen thuisbehandeling
○ Financiering	Financiën
○ Gebruiken behandeling	Vereisten en richtlijnen thuisbehandeling
○ Nadelen volgens artsen	Nadelen
○ Nadelen volgens projectleiders	Nadelen
○ Nadelen voor patiënt	Nadelen
○ Nadelen voor planners	Nadelen
○ Obstakels in behandeling	Obstakels
○ Obstakels voor apotheek	Obstakels
○ Obstakels voor organisatie	Obstakels
○ Obstakels voor verpleegkundigen	Obstakels
○ Pluspunten organisatie	Voordelen
○ Reactie van patiënten	Voordelen Nadelen
○ Samenwerking	Communicatie en samenwerking
○ Veranderingen tijdens pilot	
○ Verantwoordelijkheden	Vereisten en richtlijnen thuisbehandeling
○ Vereisten voor organisatie	Vereisten en richtlijnen thuisbehandeling
○ Vereisten voor verpleegkundigen	Vereisten en richtlijnen thuisbehandeling
○ Verschil in uitvoering	
○ Voordelen patiënten	Voordelen
○ Voordelen thuisbehandeling	Voordelen
○ Voordelen verpleegkundigen	Voordelen
○ Voordelen volgens artsen	Voordelen
○ Voordelen volgens projectleiders	Voordelen
○ Voordelen voor planners	Voordelen