

Bouwen aan een toekomstbestendige oncologische zorg

VEILIG OPSCHALEN VAN ALTERNATIEVE TOEDIENING KANKERMEDICATIE

De oncologische zorg heeft de afgelopen jaren aanzienlijke vooruitgang geboekt, maar staat tegelijkertijd onder toenemende druk door groeiende patiëntenaantallen, uitbreiding van behandelopties en nijpende personeelstekorten. Een veelbelovende innovatie is de alternatieve toediening van geneesmiddelen, die de druk op ziekenhuizen significant kan verlichten en tegelijk autonomie en comfort van de patiënt bevordert.

Auteurs

Roelof W.F. van Leeuwen, Leontine Spierings, Maurice C. van Staveren, Annemarie Becker-Commissaris, Petra Edelman, Aart Beeker en Saskia de Fouw-Claassen

Krachten gebundeld in CareCoalition om knelpunten te overwinnen

De Nederlandse gezondheidszorg staat voor een structurele uitdaging, waarbij zelfs wordt gesproken van een dreigend zorginfarct in de komende jaren. Door de vergrijzing, toename van behandel mogelijkheden, stijgende zorgkosten en een tekort aan personeel neemt de druk op de zorg exponentieel toe [1]. Dit geldt ook voor de oncologische zorg, waar het aantal patiënten blijft stijgen en behandelingen steeds complexer worden. Ook het Zorginstituut Nederland (ZiN) benadrukt in zijn recente advies *Arbeid en duurzaamheid in de medisch-specialistische zorg* het belang van innovaties op het gebied van arbeidsefficiëntie. [2].

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) biedt een belangrijk kader voor oplossingen, waaronder passende zorg en 'de juiste zorg op

de juiste plek' [3]. Een concreet voorbeeld van zo'n passende zorgoplossing is het alternatief toedienen van oncolytica en immunotherapie buiten de dagbehandeling. Hierbij zijn twee mogelijke innovaties te onderscheiden: zelftoediening van subcutane oncolytica en immunotherapie door de patiënt of mantelzorger (zie tabel 2), én toediening van intraveneuze oncolytica en immunotherapie via een elastomeerpomp (Connect & Go-principe; zie tabel 1) [4]. Verschillende Nederlandse ziekenhuizen zetten zich al actief in voor de ontwikkeling en implementatie van deze twee vormen van alternatieve toediening. In veel gevallen wordt daarbij nauw samengewerkt met zorgverzekeraars en farmaceutische bedrijven. Deze initiatieven dragen bij aan een hogere mate van mobiliteit, zelfregie en comfort voor de patiënt, en verminderen de zogeheten tijd-toxiciteit [5]. Tegelijkertijd wordt de druk op het ziekenhuispersoneel verminderd, zonder in te leveren op kwaliteit. Dit is geheel in lijn met de principes van het IZA [3].

Knelpunten

Toch blijft landelijke opschaling een uitdaging. Verschillende knelpunten belemmeren een bredere implementatie. Zo stelt de huidige SONCOS-normering, van de Stichting Oncologische Samenwerking, dat (subcutane) toediening van oncolytica en immunotherapie alleen mag worden uitgevoerd door gespecialiseerde (niveau 6) oncologieverpleegkundigen, ook buiten het ziekenhuis [6]. Daarnaast bestaan er zorgen over medicatieveiligheid, financiering en de praktische uitvoerbaarheid van taken in de thuisituatie, inclusief het opleiden en bekwaam maken van verpleegkundigen, patiënten en mantelzorgers. Om deze knelpunten op systematische wijze te overwinnen, is samenwerking binnen de keten essentieel. Daarom hebben we de krachten gebundeld in de CareCoa-

SELECTIE VAN PRI'S PER GENEESMIDDEL VOOR EEN SNELLE START*

geneesmiddel	situatie nu?	beoogde toedienwijze**	zie addendum
nivolumab IV	IV op DBC	Connect & Go	1a en 1b
pembrolizumab IV	IV op DBC	Connect & Go	2a en 2b
durvalumab IV	IV op DBC	Connect & Go	3a en 3b
carfilzomib IV	IV op DBC	Connect & Go	4a en 4b
panitumumab IV	IV op DBC	Connect & Go	5a en 5b
avelumab IV	IV op DBC	Connect & Go	6a en 6b
cetuximab IV	IV op DBC	Connect & Go	7a en 7b
trastuzumab-deruxtecan IV	IV op DBC	Connect & Go	8a en 8b
daratumumab SC	SC op DBC of door vpk thuis	zelftoediening patiënt of mantelzorger	9a en 9b
trastuzumab SC	SC op DBC of door vpk thuis	zelftoediening patiënt of mantelzorger	10a en 10b
trastuzumab/pertuzumab SC	SC op DBC of door vpk thuis	zelftoediening patiënt of mantelzorger	11a en 11b
nivolumab SC	SC op DBC of door vpk thuis	zelftoediening patiënt of mantelzorger	12a en 12b

Tabel 1

* De PRI's zijn mede mogelijk gemaakt door de deelnemers van de CareCoalition. Binnen deze CareCoalition zijn zorgprofessionals volledig verantwoordelijk voor het nemen van inhoudelijke beslissingen die bijdragen aan oplossingen voor de zorg. Zij handelen daarbij vanuit hun professionele autonomie en baseren zich op normen en ervaringen uit de klinische praktijk. Farmaceutische bedrijven houden zich strikt aan de goedgekeurde productinformatie.

** Criteria zijn onder andere het formaliseren van de mogelijkheid tot toediening buiten het ziekenhuis, zoals door de patiënt zelf of mantelzorger.

DBC: dagbehandelcentrum oncologie, Vpk: verpleegkundige, IV: intraveneus, SC: subcutaan, PRI: prospectieve risico inventarisatie.

lition, een landelijk samenwerkingsverband waarin alle relevante stakeholders uit de zorgsector als volwaardige partners samenwerken aan structurele oplossingen [7]. Binnen de CareCoalition werken zorgverleners, zorgverzekeraars, farmaceutische bedrijven, thuiszorgorganisaties en patiëntvertegenwoordigers samen om alternatieve toedieningsvormen veilig, duurzaam en schaalbaar te implementeren. Door gestructureerd te starten met een selectie van oncolytica en immunotherapieën met een hoog volume en een relatief laag risicoprofiel, bouwen we stapsgewijs ervaring op. Door bestaande kennis, ervaringen, protocollen en *best practices* te delen, ontstaat de mogelijkheid voor een gedragen landelijke beweging richting opschaling van efficiëntere, toekomstbestendige oncologische zorg, met meer autonomie, comfort en tevredenheid voor de patiënt.

SONCOS-normering

Een van de belangrijkste knelpunten bij de landelijke implementatie van alternatieve toedieningsvormen van oncolytica is de huidige SONCOS-normering [6]. Deze norm is in de basis opgesteld ter borging van de veiligheid in de oncologische zorg. Om die reden schrijft de norm voor dat enkel een gespecialiseerd (niveau 6) oncologieverpleegkundige de toediening van oncolytica mag uitvoeren, zowel in het ziekenhuis als daarbuiten [6].

Bij het verplaatsen van zorg buiten het ziekenhuis, is een verschuiving van oncologieverpleegkundigen naar bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties vaak onwenselijk. Ziekenhuizen kampen al met tekorten en binnen het ziekenhuis wordt veelal efficiënter gebruikgemaakt van deze groep gespecialiseerde verpleegkundigen dan buiten het ziekenhuis. Echter, deze norm biedt op dit moment weinig tot geen ruimte voor nieuwe ontwikkelingen zoals de zelftoediening van subcutane oncolytica of de inzet van mantelzorgers bij oncologische thuisbehandeling.

HUIDIGE SONCOS-NORMERING BIEDT WEINIG RUIMTE VOOR NIEUWE ONTWIKKELINGEN

Tegelijkertijd neemt de druk op dagbehandelingen en gespecialiseerd personeel verder toe, terwijl lokaal al verschillende veelbelovende pilots zijn gestart. Het is daarom van belang om deze ervaringen landelijk te verzamelen, delen en vertalen naar werkbare handvatten voor veilige en verantwoorde implementatie.

Een eerste stap om dit gestructureerd mogelijk te maken is het uitvoeren van een prospectieve risico-inventarisatie

(PRI) per geneesmiddel. Op basis van een systematische risicoanalyse kunnen zorgprofessionals, beleidsmakers en toezichthouders beter inschatten welke oncolytica en immunotherapieën geschikt zijn voor alternatieve toediening, en onder welke voorwaarden dit veilig kan plaatsvinden. Deze risico-inventarisatie wordt uitgevoerd volgens de HFMEA-methode (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis [8]) in een multidisciplinaire werkgroep bestaande uit (hemato-)oncologen, longartsen, ziekenhuisapothekers, zorgmanagers, gespecialiseerde oncologieverpleegkundigen en thuiszorgverpleegkundigen.

Binnen de CareCoalition hebben we met het maken van PRI's reeds een start gemaakt door een aantal oncologische geneesmiddelen te selecteren die voldoen aan criteria zoals: bestaande lokale projecten, hoog volume en laag risicoprofiel (zie tabel 1 en addenda).

EERSTE STAP IS MAKEN VAN EEN PROSPECTIEVE RISICO-INVENTARISATIE PER GENEESMIDDEL

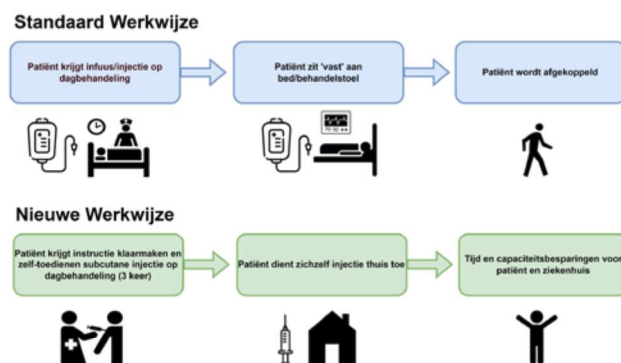
Naast risico's worden ook de minimale kwalificaties in kaart gebracht die een zorgprofessional, patiënt of mantelzorgger nodig heeft om de betreffende middelen verantwoord toe te dienen (zie tabel 2 voor kwalificatieniveaus [6]).

Het uiteindelijke doel is handvatten te bieden om te komen tot een breed gedragen en goed onderbouwd besluit over welke oncologische middelen veilig buiten het ziekenhuis kunnen worden toegediend. De reeds opgestelde PRI's kunnen door ziekenhuizen worden gebruikt en (naar lokaal protocol) aangepast. Daarnaast kunnen ze eventueel op-

genomen worden als addendum bij de huidige SONCOS-norm en op termijn bijdragen aan een herziening ervan. Hiermee ontstaat ruimte voor innovatie, zonder in te boeten op patiëntveiligheid of zorgkwaliteit, in lijn met de doelen van passende zorg zoals verwoord in het IZA en de gezamenlijke ambities van de CareCoalition [3,7].

EPA-gericht opleiden

De bovengenoemde prospectieve risico-inventarisaties (PRI's) bieden niet alleen inzicht in de geschiktheid van geneesmiddelen voor alternatieve toediening, maar vormen ook een fundament voor het opleiden van zorgprofessionals, patiënten en mantelzorgers via het principe van *entrustable professional activities* (EPA's) [9]. Op basis van de specifieke risico's en benodigde handelingen kunnen individuen gericht worden opgeleid, en daarmee bevoegd en bekwaam gemaakt worden om de alternatieve toedieningsvorm veilig en kwalitatief gelijkwaardig uit te voeren. Het gaat hierbij niet alleen om technische vaardigheden zoals het zetten van een injectie of het aansluiten van een elastomeerpomp. Alternatieve toediening vraagt ook andere vormen van klinisch redeneren, het nemen van verantwoordelijkheid, inzet van ICT en effectieve communicatie binnen het behandelteam. Juist deze bredere competenties worden met het EPA-model op een gestructureerde en efficiënte wijze in het leerproces geïntegreerd. De toepassing van EPA's biedt daarmee een kader om het leerproces doelgericht en praktijkgericht te ondersteunen. Tegelijkertijd vereist dit een zorgvuldige afweging: per ziekenhuis dient zorgvuldig te worden beoordeeld in hoeverre de inzet van EPA-gericht opleiden praktisch uitvoerbaar is, hoe deze aansluit bij de daadwerkelijk benodigde competenties in de betreffende zorgsetting, en welke organi-



Figuur 1.

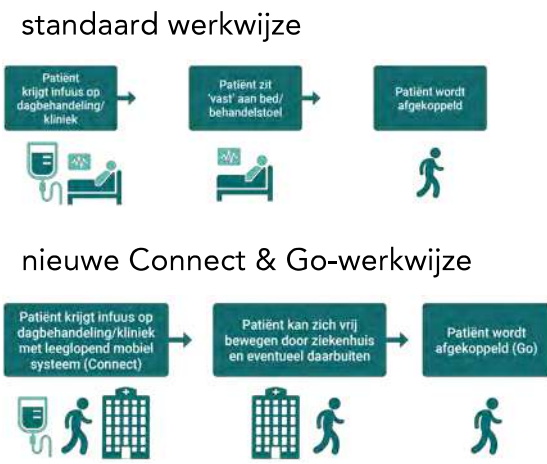
Zelftoediening door de patiënt of mantelzorgger thuis.

Onderzoek door onder meer het Spaarne ziekenhuis laat zien dat het toedienen van SC-geneesmiddelen door de patiënt mogelijk is met behoud van kwaliteit en veiligheid van zorg.

Hiermee is het mogelijk om in theorie meer dan 90% van alle SC-geneesmiddelen door de patiënt zelf toe te laten dienen (in plaats van een specialistische verpleegkundige thuis of in het ziekenhuis).

Bij deze werkwijze worden de eerste twee giften echter nog wel in het ziekenhuis gegeven om acute infuusreacties (bijvoorbeeld allergieën) te ondervangen en tegelijkertijd de patiënt of mantelzorgger te instrueren voor zelftoediening.

Effect: kostenbesparing en capaciteit.



Figuur 2.
Connect & Go (home*)-principe.

satorische randvoorwaarden aanwezig zijn om dit succesvol te implementeren.

Voor een succesvolle implementatie is het cruciaal dat ziekenhuizen nauw samenwerken met patiënten(organisaties), thuiszorgorganisaties, medisch specialisten, apothekers, verpleegkundigen, zorgverzekeraars en andere relevante stakeholders. Deze samenwerking moet leiden tot uniform medicatiebeleid, heldere protocollen en scholing op maat voor degene die de medicatie toedient; of dat nu een zorgprofessional, patiënt of mantelzorg is.

In verschillende ziekenhuizen, waaronder het Spaarne Gasthuis, wordt momenteel ervaring opgedaan met het EPA-gericht opleiden voor subcutane toedieningen in de thuissituatie. Ook wordt in samenwerking met de beroepsvereniging V&VN onderzocht hoe dit EPA-concept breder uitgerold kan worden en welke rol verpleegkundigen daarin spelen als begeleider, opleider en kwaliteitsbewaker [9]. Deze ontwikkeling biedt bovendien waardevolle kansen voor de verdere professionele verrijking van het verpleegkundig beroep in de oncologische keten.

Financiële knelpunten

Een belangrijke barrière bij de implementatie van alternatieve toedieningsvormen van oncolytica en immunotherapie zijn de financiële consequenties voor ziekenhuizen. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld korter op de dagbehandeling verblijft of zelfstandig subcutane medicatie thuis toedient, betekent dit in de huidige bekostigingsstructuur vaak een verlies van DBC-inkomsten. Deze verschuiving van zorg kan daarmee tot aanzienlijke financiële risico's leiden voor instellingen, terwijl de maatschappelijke voordelen, zoals hogere patiënttevredenheid, lagere

Onderzoek uit het Erasmus MC laat zien dat de actieve tijd dat een verpleegkundige bezig is met een patiënt voor én na infusie met **55% afneemt***. **Deze besparing is onafhankelijk van de infuusduur.** De patiënt zit daarbij tijdens het infuus niet meer op de stoel [4,11].

Het project heeft grote opschalingspotentie, zie ook **tabel 1**

Bij het Connect & Go **home**-principe verwijdt de patiënt of mantelzorg **zelf** thuis het infuus, een stap die nu nog in pilotfase is.

Effect: kostenbesparing maar vooral ook voordelen voor arbeidsinzet en capaciteit.

milieubelasting en arbeidsbesparing, zich vooral buiten het ziekenhuis manifesteren.

Het is daarom cruciaal om bij het verplaatsen van zorg de financiële impact over de gehele keten inzichtelijk te maken. Een integraal financieel model dat zowel het perspectief van het ziekenhuis als dat van de maatschappij, duurzaamheid en arbeidsbesparing meeneemt, biedt hiervoor een waardevol kader. Tools zoals een Treatment Impact Model (TIM) en een Life Cycle Assessment (LCA) kunnen hierin ondersteunend zijn om zowel zorginhoudelijke als economische en duurzame keuzes goed te onderbouwen [2,10,11,12].

VERPLAATSING VAN DEZE ZIEKENHUIZORG VRAAGT OM STRUCTURELE MONITORING

Dergelijke modellen maken het ook mogelijk om met zorgverzekeraars het gesprek aan te gaan over nieuwe vormen van bekostiging, waarin passende zorg en doelmatigheid wél worden beloond. Deze gesprekken zijn inmiddels gestart, onder meer binnen het kader van de CareCoalition, waarin ziekenhuizen, Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT), zorgverzekeraars, farmaceutische bedrijven en patiëntenorganisaties als volwaardige partners samenwerken aan duurzame oplossingen voor (oncologische) zorg [7].

Ziekenhuizen en VVT worden daarnaast nadrukkelijk opgeroepen om hun overwegingen, ervaringen en uitkomsten op dit vlak te delen of te publiceren. Alleen door trans-

parantie, samenwerking en een ketenbrede benadering kunnen we zorgen dat alternatieve toediening daadwerkelijk leidt tot slimme zorgverplaatsing in plaats van zorgverhuiving met ongewenste neveneffecten.

Om de potentie van subcutane oncolytica en immunotherapie volledig te benutten, vinden wij het belangrijk om samen te werken met farmaceutische bedrijven die de geneesmiddelen ontwikkelen en op de markt brengen. Dit omvat onder meer het formaliseren van de mogelijkheid tot toediening buiten het ziekenhuis, zoals door de patiënt of mantelzorgers zelf of in de thuisituatie onder professionele begeleiding. Daarvoor is het essentieel dat farmaceutische bedrijven hun verantwoordelijkheid nemen in het actualiseren van het productlabel (SmPC).

Daarnaast zijn aspecten als voldoende houdbaarheid en stabiliteit van de medicatie relevant bij de verplaatsing van zorg buiten het ziekenhuis. Dergelijke aanpassingen vereisen niet alleen wetenschappelijke onderbouwing, maar ook een proactieve en transparante samenwerking tussen zorgverleners, ziekenhuizen en beleidsmakers. Door elkaar te erkennen als volwaardige partners kunnen we innovatieve farmaceutische formuleringen succesvol integreren in de dagelijkse praktijk.

Continue monitoring

De alternatieve toediening van oncolytica en immunotherapie en verplaatsing van deze ziekenhuiszorg is een dynamische en innovatieve ontwikkeling die vraagt om structurele monitoring. Om veiligheid, effectiviteit en werkbaarheid te kunnen waarborgen, is het van belang dat nieuwe initiatieven zorgvuldig worden gevolgd én dat uitkomsten actief worden gedeeld met andere instellingen. Alleen door transparantie en samenwerking kunnen we optimaal leren van elkaars ervaringen en de werkwijze waar nodig tijdig bijstellen.

Continue monitoring maakt het mogelijk om *best practices* te identificeren en door te ontwikkelen. Daarbij is het essentieel dat niet alleen proces- en uitkomstdata worden verzameld, maar ook de ervaringen van patiënten en zorgverleners actief worden meegenomen. Regelmatige evaluaties via interviews, vragenlijsten of feedbacksessies kunnen waardevolle inzichten opleveren in knelpunten, draagvlak en verbeterpotentieel in de dagelijkse praktijk.

Het actief delen van deze ervaringen, bijvoorbeeld binnen netwerken zoals de CareCoalition [7], bevordert landelijke afstemming en voorkomt dat ieder ziekenhuis het wiel opnieuw moet uitvinden. Monitoring moet dan ook niet gezien worden als een verplichting, maar als een krachtige hefboom voor continue verbetering en veilige opschaling. De mogelijkheid om oncolytica op alternatieve wijze toe te dienen, vertegenwoordigt met >300.000 giften per jaar [13] een belangrijke en impactvolle stap richting meer zelfredzaamheid van de patiënt, en ontlasting van de dagbe-

handeling en verpleegkundige capaciteit. Om deze innovatie veilig en verantwoord te implementeren, moeten er nog een aantal belangrijke stappen gezet worden. Door per geneesmiddel een prospectieve risico-inventarisatie (PRI) uit te voeren creëren we een gestructureerd handvat waarmee alternatieve toedieningsvormen en verplaatsing van zorg veilig kunnen worden geïntroduceerd en praktijkervaring kan worden opgedaan. Zorginstellingen kunnen de PRI desgewenst afstemmen op de eigen lokale situatie. Daarbij helpt het delen van *best practices*, zoals binnen de CareCoalition, de oncologische gemeenschap om efficiënt het goede voorbeeld te volgen en wildgroei in werkwijzen te voorkomen [7]. Tevens dient ook het EPA-gerichte opleiden van zorgverleners, patiënten en mantelzorgers, én de financiële en duurzame modellen (zoals TIM en LCA) integraal meegenomen te worden [2,9,10]. Essentieel is bovendien dat we blijven monitoren en waar nodig optimaliseren, zodat de veiligheid van de patiënt gewaarborgd blijft, de werkwijze continu verbetert en het vertrouwen van zorgprofessionals behouden blijft.

ACTIEF DELEN ERVARINGEN VOORKOMT DAT IEDER ZIEKENHUIS HET WIEL OPNIEUW MOET UITVINDEN

Met deze eerste stap hebben we een basis gelegd voor veilige landelijke implementatie van alternatief toedienen van oncolytica en immunotherapie buiten de dagbehandeling. Dit kan tevens als basis dienen voor verdere differentiatie van de SONCOS-norm. De samenwerking tussen V&VN en NVMO is hierbij belangrijk, maar juist ook een brede coalitie kan zorgen voor een efficiëntere, duzame en kwalitatief betere oncologische zorg. Daarom roepen wij alle relevante stakeholders, ziekenhuizen, thuiszorg, zorgverzekeraars, farmaceutische bedrijven en patiëntenverenigingen op om hun *best practices* te delen en samen een levendig platform op te richten. Dan bouwen we samen aan een toekomstbestendige oncologische zorg waarin de patiënt écht centraal staat! ■

Roelof W.F. van Leeuwen is werkzaam bij Healthbridgers BV. Leontine Spierings is werkzaam op de afdeling Interne geneeskunde, Alrijne ziekenhuis. Maurice C. van Staveren is werkzaam bij Healthbridgers BV. Annemarie Becker-Commissaris is werkzaam bij de afdeling Longgeneeskunde, Amsterdam UMC. Petra Edelman is werkzaam bij de afdeling Interne Geneeskunde en Oncologie, Treant. Aart Beeker is werkzaam op de afdeling Interne Geneeskunde, Spaarne Gasthuis. Saskia de Fouw-Claassen is werkzaam bij Bloezem-Care for Cancer, Zorg Thuis.

Zie voor de literatuurreferenties, tabel 2 en addenda: pw.nl.