



Nr.	Vraag	Webinar antwoord
1.	Leidt het omzetten van IV naar SC thuis niet tot omzetverlies voor het ziekenhuis of minder normuren voor de vrijgevestigde specialist?	Het omzetten van een intraveneuze toediening naar subcutaan kan inderdaad leiden tot omzetverlies, omdat een dagbehandeling van langer dan twee uur een aparte prestatie oplevert. Bij een subcutane toediening ligt een patiënt vaak minder lang, waardoor deze prestatie kan vervallen. De verschuiving kan ook gevolgen hebben voor inkomstenverdeling tussen vakgroepen, afhankelijk van de indicatie en of er nog een declarabele prestatie overblijft. Het blijft een belangrijk punt om de vakgroepen mee te nemen in de besluitvorming.
2.	In hoeverre heeft het zelf thuis toedienen van geneesmiddelen door patiënten tot gevolg dat de DBC 'toediening geneesmiddelen' niet meer declarabel is, en leidt dit tot een negatieve businesscase voor het ziekenhuis?	Dankzij de nieuwe NZa-prestatiecode voor zelftoediening van dure geneesmiddelen (per 1 januari) hoeft thuis zelf toedienen niet meer tot een negatieve businesscase te leiden. Voorheen zou het ziekenhuis inderdaad inkomsten mislopen, maar met de nieuwe code kan een passende vergoeding worden afgesproken. Daarnaast wordt in de praktijk elk vrijgekomen bed direct opgevuld door een andere patiënt door de grote vraag, waardoor de totale productie gelijk blijft. Hierdoor is het financiële effect in de praktijk beperkt.
3.	Wat is de reactie van patiënten in het algemeen?	Patiënten reageren over het algemeen heel positief. Zeker bij het verkorten van observatietijden waarbij ze niet meer twee uur hoeven te wachten. Hoewel sommige patiënten het verblijf op de dagbehandeling gezellig vinden, ervaren de meesten het als prettig dat ze sneller naar huis kunnen wanneer dat veilig kan
4.	Kunnen jullie voorbeelden geven van gewijzigde inlooptijden door middelen? Bijv. Bevacizumab, Carboplatin?	De inlooptijden zijn voor meerdere middelen verkort. Zo is de inlooptijd van <i>carboplatine</i> teruggebracht naar 10 minuten (hoewel de SmPC zelfs 5 minuten toestaat, gaf dat bij patiënten te veel klachten). Ook voor <i>bevacizumab</i> (<i>BVC-map</i>) zijn de inlooptijden ingekort.
5.	Hebben jullie tegenstrijdigheden of andere bevindingen gevonden in jullie eigen bron t.o.v. de literatuur	We hebben geen tegenstrijdigheden gevonden tussen onze eigen CTcue-data en de literatuur. Wanneer de literatuur veel infusiereacties beschreef, zagen we dat ook terug in onze eigen gegevens en voerden we de maatregel niet door. Alleen wanneer



		literatuur en eigen data overeenkwamen, pasten we een aanpassing toe. In enkele gevallen was er weinig literatuur beschikbaar, maar hadden we wél veel eigen toedieningen; dan gebruikten we vooral onze eigen data. Echte tegenstrijdigheden kwamen we niet tegen, en als die er wel waren geweest, zouden we de maatregel niet doorvoeren om de patiëntveiligheid te waarborgen.
6.	Hebben deze maatregelen ook impact op de apotheek werkzaamheden zoals meer productie doordat er meer patiënten behandeld kunnen worden?	De maatregelen hebben beperkt impact op de apotheekwerkzaamheden. Aan de ene kant neemt het aantal behandelde patiënten toe, maar doordat veel premedicatie is omgezet naar orale toediening, hoeft de apotheek minder IV-voorbereidingen te maken. Hierdoor ontstaat juist extra ruimte om de noodzakelijke IV-medicatie wél tijdig te bereiden, ondanks personeelstekorten. Netto is er dus geen grote toename in productie, hooguit een lichte stijging door de groeiende patiënteninstroom.
7.	De elastomeerpompen zijn toch ook geschikt om thuis af te laten sluiten door thuiszorg?	Elastomeerpompen kunnen in principe thuis worden afgesloten door de thuiszorg, maar binnen dit project zijn ze nauwelijks gebruikt. Voor de middelen die hier geoptimaliseerd zijn, worden elastomeerpompen bijna niet ingezet, omdat ze veel duurder zijn dan reguliere infusen. Ze worden vooral gebruikt voor antibiotica die volledig thuis worden gegeven. Sommige cytostatica kunnen wel via een elastomeerpomp met thuisafsluiting worden toegediend, maar dit maakte geen onderdeel uit van de dagbehandelingsoptimalisatie.
8.	Is CTcue een licentie-model en/of een consultant die je inhuurt?	CTcue werkt met een licentiemodel. Bij de start krijgen ziekenhuizen standaard ondersteuning van een consultant om het gebruik van de tool goed in te richten en gebruikers op weg te helpen. Zodra een ziekenhuis zelfstandig met CTcue kan werken, blijft de consultant beschikbaar op de achtergrond voor vragen of ondersteuning wanneer nodig

