

# bebright

*accelerating transformation*

## Starten met en opschalen van prehabilitatie in NL-ziekenhuizen

Kennisbundeling van opties en overwegingen  
bij de implementatie van prehabilitatie

December 2024

16/12/24



Een initiatief van



Met support van

**bebright**  
*accelerating transformation*

**INVESTNL** **noaber**

# Voorwoord

Beste lezer,

In deze rapportage vind je een kennisbundeling van opties en overwegingen bij de implementatie van prehabilitatie. Uiteindelijk compact samengevat in een tweetal instrumenten: de Routekaart en de bijbehorende business-case rekenhulp. Beide instrumenten zijn afgelopen zomer ontstaan in een dynamisch traject van samenwerking tussen zo'n twintig koploper ziekenhuizen onder de kundige leiding van strategie en innovatiebureau BeBright. Onze insteek is dat de inzichten die met deze kennisbundeling tot stand zijn gekomen ook de overige ziekenhuizen in Nederland over de streep gaan trekken om aan de slag te gaan met prehabilitatie.

Hoe mooi en vernuftig deze routekaart en rekenhulp ook moge zijn, toch zien we het als een eerste versie, op basis van de kennis van nú en van de ervaringen van deelnemende ziekenhuizen aan dit project. We verwachten dat naarmate prehabilitatie verder de Nederlandse zorg ingroeit, de inzichten zullen meegroeien. En daarmee deze instrumenten steeds zullen worden aangepast op basis van de nieuwste inzichten. Net zolang totdat iedere patiënt de mogelijkheid krijgt zich optimaal voor te bereiden op een operatie of een ingrijpende behandeling!

De Stichting Fit4Surgery is InvestNL en Noaber zeer erkentelijk voor de steun die zij verleenden waarmee dit traject mogelijk is gemaakt.

**De Stichting Fit4Surgery**



## Aanleiding

- Om de zorg in Nederland ook in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en bemensbaar te houden, is een verschuiving nodig van een focus op ziekteherstel naar het voorkomen van ziekte en het bevorderen van gezondheid. Echter, het huidige zorgstelsel biedt weinig mogelijkheden voor structurele financiering van preventieve zorg. De onzekerheden en risico's rondom de baten van preventieve interventies vormen een belemmering voor de financiering van deze interventies. Dit speelt ook ten aanzien van prehabilitatie [zie kader] in ziekenhuizen. Bekostiging van prehabilitatie vanuit de zorgverzekeringswet is voorlopig niet in zicht na een negatieve duiding van het Zorginstituut in 2024.
- Momenteel biedt meer dan een kwart van de Nederlandse ziekenhuizen prehabilitatie aan, met name voorafgaand aan complexe operaties zoals bij darmkanker, orthopedische ingrepen en cardio-thoracale chirurgie. Vaak wordt dit georganiseerd als een project met een tijdelijke status. In een aantal ziekenhuizen is aangetoond dat de financiële baten van prehabilitatie hoger zijn dan de kosten. Dit kan een belangrijk argument zijn voor ziekenhuisbestuurders om prehabilitatie een vast onderdeel te maken van patiëntenzorg en de projectstatus van prehabilitatie op te heffen. De inzichten, ervaringen en business cases van de ziekenhuizen die begonnen zijn met prehabilitatie zijn zeer waardevol voor de ziekenhuizen die hiermee willen starten.
- De Stichting Fit4Surgery en BeBright hebben samen met twintig koploperziekenhuizen, met steun van InvestNL en Noaber, een routekaart voor het starten met prehabilitatie en een rekenhulp ontwikkeld. Twee instrumenten die ziekenhuizen kunnen helpen om prehabilitatie aan te bieden aan patiënten zonder dat er grote investeringen nodig zijn of extra financiering nodig is. Twee instrumenten die bestuurders kunnen overtuigen om op korte termijn te starten met prehabilitatie. Zo maken we samen de transitie naar de toekomst waarin deze preventieve zorg met zijn vele voordelen voor de patiënt, het ziekenhuis en de maatschappij gemeengoed wordt.

**Prehabilitatie:** het optimaliseren van de gezondheidstoestand van een patiënt voorafgaand aan een operatie<sup>1</sup>

Het aanbieden van prehabilitatie brengt veel voordelen met zich mee<sup>1</sup>:

- ▶ Beschermend effect om operatie te doorstaan
- ▶ Verkorten van opnamedagen
- ▶ Voorkomen van complicaties
- ▶ Verbeteren van kwaliteit van leven na chirurgie
- ▶ Maatschappelijke impact; gezondere populatie, minder arbeidsdruk op de zorg en meer autonomie van de patiënt

### Bronnen

<sup>1</sup> Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. (2023). *Standpunt Prehabilitatie: Voorbereiding van patiënten met colorectaal carcinoom op de operatie*. Geraadpleegd van <https://assets.heelkunde.nl/p/491520/none/Standpunt%20Prehabilitatie%20-%20definitief.pdf>

## Een routekaart en rekenhulp voor ziekenhuizen om aan de slag te gaan met prehabilitatie

- Deze **routekaart** en **business case rekenhulp** (nader te noemen rekenhulp) zijn bedoeld voor ziekenhuizen die aan de slag willen met prehabilitatie. Ze maken op praktische en toegankelijke wijze inzichtelijk óf en hoe prehabilitatie een plaats kan krijgen binnen de eigen ziekenhuisorganisatie. De **routekaart** geeft inzicht in de organisatorische stappen en keuzes om prehabilitatie van de grond te krijgen. De **rekenhulp** helpt ieder ziekenhuis om op basis van de eigen feiten te becijferen hoe het financiële plaatje van prehabilitatie past in het eigen huis.
- Prehabilitatie betekent het optimaliseren van de gezondheidstoestand van een patiënt voorafgaand aan een operatie. Deze routekaart en rekenhulp gaan uit van de definitie van multimodale prehabilitatie conform het standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH).

### Toelichting 'Routekaart'

Hoewel prehabilitatie met het standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) duidelijk is gedefinieerd, zijn er vele keuzes mogelijk ten aanzien van hoe prehabilitatie precies wordt geïmplementeerd. Die keuzes hebben alles te maken met de eigen unieke context van ieder ziekenhuis en verschillende keuzes hebben verschillende consequenties voor onder andere de bijbehorende kosten van prehabilitatie. De routekaart beoogt een praktische gids te zijn naar een lokale implementatie van prehabilitatie en maakt de belangrijke keuzemogelijkheden daarbij inzichtelijk.

### Toelichting 'Rekenhulp'

De rekenhulp voor het opzetten van een businesscase is een spreadsheet waar op basis van de gekozen parameters (zoals het beoogd aantal patiënten, de beoogde inrichting van de prehabilitatie en de gehanteerde kostprijzen) en de wetenschappelijk bekende effecten van prehabilitatie, gekomen wordt tot een voor ieder ziekenhuis specifieke kosten en opbrengsten inschatting van prehabilitatie. Gemakshalve is de spreadsheet met een aantal standaardwaarden gevuld, maar deze zijn geheel, naar de eigen context van ieder ziekenhuis, aanpasbaar. Het invullen van de rekenhulp vereist basiskennis van ziekenhuisfinanciën.

De rekenhulp is strikt op de financiële effecten binnen de ziekenhuisorganisatie gericht. De bredere financiële effecten vallen buiten scope, omdat deze rekenhulp gericht is op het becijferen van de effecten voor het ziekenhuis zelf. Ook de bredere waarde van prehabilitatie (bijvoorbeeld de gevolgen voor de kwaliteit van zorg, het ervaren ziektebeloop van de patiënt en de mate van eigen regie alsmede het verdere herstel na ontslag uit het ziekenhuis en de re-integratie met het dagelijks leven) vallen in deze rekenhulp buiten beschouwing. De rekenhulp is ook geen op zichzelf staand investeringsvoorstel, omdat de aanloopkosten voor het starten van prehabilitatie als onderdeel van het bredere zorgproces, niet in het rekenmodel zijn meegenomen.

## De routekaart en rekenhulp zijn mede ontwikkeld en gevalideerd met hulp van twintig ziekenhuizen

- De gepresenteerde routekaart en complementaire rekenhulp is gebaseerd op een inventarisatie bij, deelname aan werkbijeenkomsten van, en validatie bij de volgende ziekenhuizen:

- Momenteel loopt nog een uitvraag onder ziekenhuizen in Nederland naar een kwantitatieve duiding van gebruik van variaties in routing en bijbehorende business case. Daarmee krijgen we een concreet beeld van de wijzen waarop prehabilitatie is ingericht in deze huizen, hoeveel patiënten er gemiddeld genomen per jaar rehabiliteren en wat de kosten/baten verhouding is bij deze huizen. Om daarmee ook gecombineerd een beschouwing te kunnen geven van de 'stand van zaken van prehabilitatie' in Nederland.



## Opbouw van deze rapportage

Aanleiding en introductie

Pagina 3-5

Inhoudsopgave

Pagina 6

Routekaart prehabilitatie: van idee tot schaal

Pagina 7-9

Generieke inrichting prehabilitatie

Pagina 10-14

Inrichting prehabilitatie per modaliteit

Pagina 15-21

Business case rekenhulp

Pagina 22-23

Voor de rekenhulp verwijzen we naar het complementaire document 'Business case rekenhulp prehabilitatie\_december 2024\_Stichting Fit4Surgery'.

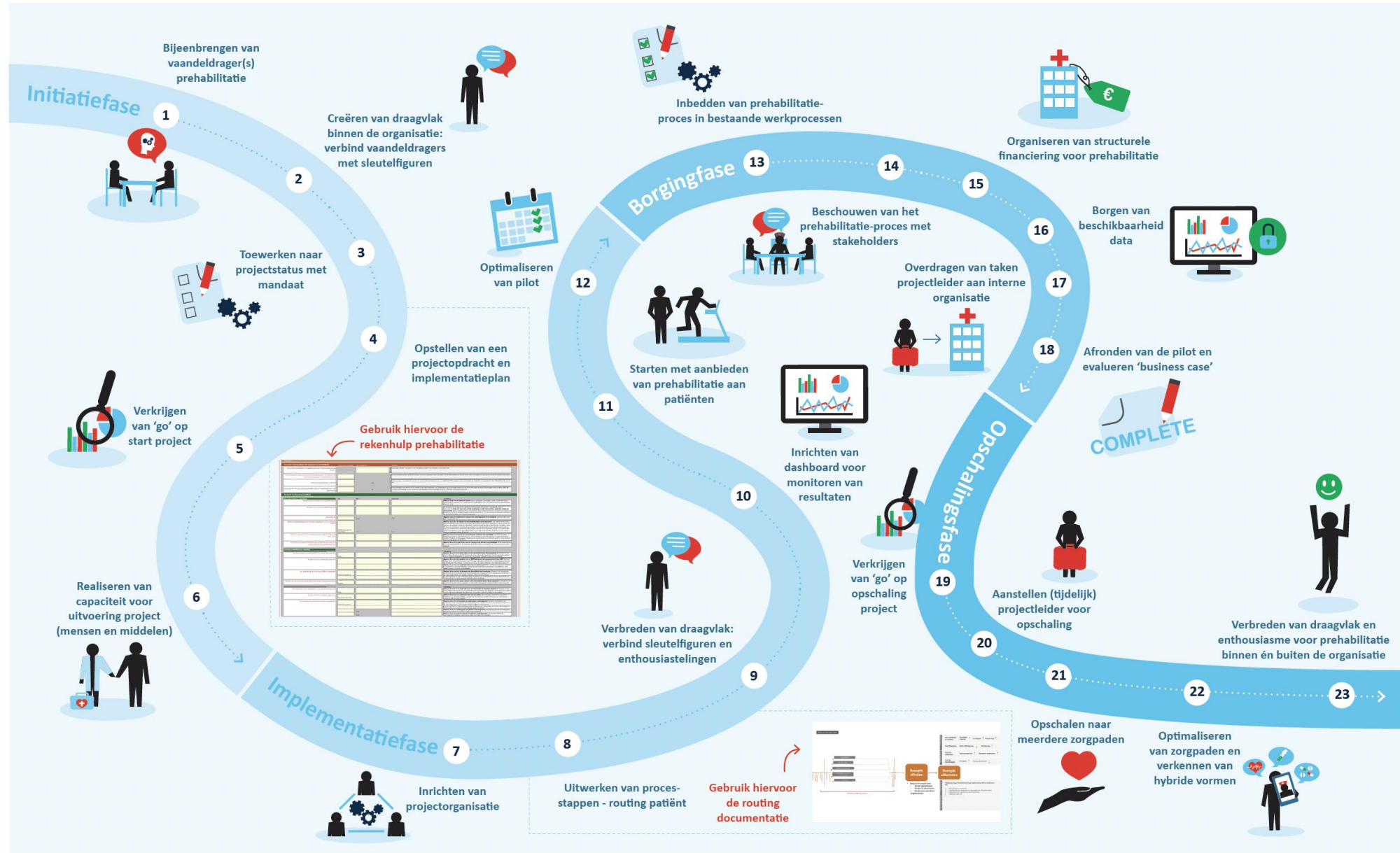
# Routekaart prehabilitatie van idee tot schaal

## Leeswijzer

Op basis van de ervaringen van twintig koploper ziekenhuizen zijn de belangrijkste stappen in kaart gebracht om prehabilitatie succesvol te implementeren. Deze stappen zijn verdeeld over vier fasen: de initiatiefase, implementatiefase, borgingsfase en opschalingsfase. Op de volgende pagina's wordt een overzichtsplaat getoond die als samenvatting en praatplaat kan dienen. Aanvullend wordt een gedetailleerde toelichting gepresenteerd, inclusief praktische aandachtspunten voor elke stap. Dit biedt waardevolle handvatten om prehabilitatie in jouw ziekenhuis effectief vorm te geven en te verankeren.

# Routekaart implementatie prehabilitatie

Op basis van de ervaringen van twintig vooruitstrevende ziekenhuizen zijn de belangrijkste stappen in kaart gebracht om prehabilitatie succesvol te implementeren. Deze stappen zijn verdeeld over vier fasen: de initiatiefase, implementatiefase, borgingsfase en opschalingsfase. In het bijbehorende rapport - 'Kennisbundeling van opties en overwegingen bij de implementatie van prehabilitatie, december 2024' - vind je een gedetailleerde toelichting, inclusief praktische aandachtspunten voor elke stap. Dit biedt waardevolle handvatten om prehabilitatie in jouw ziekenhuis effectief vorm te geven en te verankeren.





# Toelichting op de 23 stappen om prehabilitatie succesvol te implementeren. Deze stappen zijn verdeeld over vier fasen: de initiatiefase, implementatiefase, borgingsfase en opschalingsfase

## Initiatiefase



### Aandachtspunten

1	<b>Bijeenbrengen van vaandeldrager(s) prehabilitatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onderscheiden diverse aandachtpunten: herziening zorgpad, aanscherping strategie, maatschappelijke aandachtpunten (zoals passende zorg en IZA), etc.</li> <li>• Pak het idee op met een of meerdere enthousiastelingen</li> </ul>
2	<b>Creëren eerste draagvlak binnen de organisatie: verbind vaandeldragers met sleutelfiguren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besef dat enthousiasme steun nodig heeft om te groeien!</li> <li>• Ga op zoek naar ambassadeurs met sleutelposities in de organisatie. Dit om criticasters te kunnen beïnvloeden</li> <li>• Verbind met sleutelfiguren - veelal professionals en leidinggevenden uit de verschillende modaliteiten van prehabilitatie. Steun van medisch specialisten is essentieel. Haak aan bij taal van de verschillende disciplines</li> <li>• Organiseer inspiratiebijeenkomsten of werkgroepen om bewustwording rondom prehabilitatie te vergroten. Vier successen!</li> <li>• Houd aandacht voor draagvlak in alle volgende stappen. Dat kan ook door structureel een thema rondom prehabilitatie centraal te stellen</li> </ul>
3	<b>Toewerken naar projectstatus met mandaat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiseer steun van bestuur/management en zorgprofessionals. Dit is randvoorwaardelijk</li> <li>• Creëer enthousiasme op de werkvloer. Succes is besmettelijk en zet patiënten in als ambassadeurs</li> </ul>
4	<b>Opstellen van een projectopdracht en implementatieplan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start klein en breid geleidelijk uit! Kies zorgpad om te starten dat al goed loopt, waarvan effecten al goed beschreven zijn en waar het relatief eenvoudig is om te starten en pilot te realiseren</li> <li>• Onderbouw met medische en financiële argumenten. Put uit voorbeelden elders. Hier toe is veel literatuur voorhanden (toets ook bij Stichting Fit4Surgery en SAZ-prehabilitatie werkgroep), als ook tools o.b.v. ervaringen elders. Benaadruk in het plan ook echt de meerwaarde (kwantitatief én kwalitatief)</li> <li>• Gebruik de 'rekenhulp' om inzicht te krijgen in kosten en baten</li> <li>• Leg interne en externe verbinding en voorkom een veelheid aan losse ideeën en initiatieven</li> <li>• Onderzoek vooraf ook de 'organization readiness' om eventuele uitdagingen tijdig in het vizier te hebben</li> <li>• Bepaal wie verantwoordelijk is voor en hoe uitvoering van dat management plaatsvindt</li> </ul>
5	<b>Verkrijgen van 'go' op start project</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behoud steun van bestuur en zorgprofessionals</li> </ul>
6	<b>Realiseren van capaciteit voor uitvoering project (mensen en middelen)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besef dat prehabilitatie niet binnen een paar weken is opgezet</li> <li>• Onderszoek en gebruik diverse financieringsopties: ziekenhuis exploitatie, innovatiemiddelen ziekenhuis, innovatiefonds, transformatiegelden (verzekeraar), aansluiten op landelijke studies en trajecten, inzet op promotietraject</li> </ul>

## Implementatiefase



### Aandachtspunten

7	<b>Inrichten van projectorganisatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reserveer voldoende tijd voor kartrekker (projectleider) voor de coördinatie van de implementatie</li> <li>• Besef dat ook tijd van zorgprofessionals in deze eerste fase cruciaal is voor een succesvolle pilot</li> <li>• Besef dat prehabilitatie niet enkel fysiotherapie is!</li> </ul>
8	<b>Uitwerken van processtappen – routing patiënt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Werk de prehabilitatie routing uit met behulp van de rekenhulp en heb aandacht voor de ziekenhuis context. Hanteer bijvoorbeeld een 'IST'-SOLL' aanpak. Werk vooral ook de routing uit met een afvaardiging van betrouwbare specialisten. Organiseer het daar waar het het beste past</li> <li>• Haak netwerkpartners aan bij de inrichting van samenwerkingsmet de 1e-lijn. Gebruik hierbij de stappenplannen van bijvoorbeeld KNGF en NVD</li> <li>• Oefen het proces ook 'droog' met betrokken stakeholders. Doorleef het proces samen en leer hiervan om van te leren en te doorleven. Zowel in eigen huis, als met de 1e-lijn</li> <li>• Kies om prehabilitatie in deze fase apart te organiseren versus het direct integreren in bestaande organisatieprocessen</li> </ul>
9	<b>Verbreiden van draagvlak: verbind sleutelfiguren en enthousiastelingen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbreed het draagvlak door het organiseren van bijvoorbeeld inspiratie- of startbijeenkomsten in de regio. Met aandacht voor het harmoniseren van de samenwerking rondom prehabilitatie</li> <li>• Blijf effectief communiceren met alle stakeholders. Denk naast het geven van presentaties ook aan het inzetten van visuals en filmpjes om stakeholders (en ook patiënten) te inspireren en informeren. Enthousiasme en succes is aanstekelijk, blijf ook in deze fase mijlpalen vieren om draagvlak te vergroten</li> <li>• Sluit waar relevant aan bij bestaande (landelijke) studies, zoals van uit de Stichting Fit4Surgery</li> </ul>
10	<b>Inrichten van dashboard voor monitoren van resultaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Richt een dashboard in - ook van belang voor tussen- en eindevaluaties project</li> <li>• Bespreek tussentijdse resultaten met stakeholders binnen én buiten de organisatie</li> <li>• Reflecteer op successen en uitdagingen van het prehabilitatie-project</li> <li>• Denk voort om monitoren indicatoren en parameters die ook worden gehanteerd in de 'rekenhulp'</li> </ul>
11	<b>Starten met aanbieden van prehabilitatie aan patiënten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimuleer, volg en bewaak de eerdere aan prehabilitatie</li> <li>• Start met de meest 'kansrijke' casussen en breid geleidelijk uit</li> </ul>
12	<b>Optimaliseren van pilot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer en optimaliseer het proces voortdurend van uit vertrouwen. Bespreek daarbij 'harde' en 'zachte' uitkomsten</li> </ul>

## Borgingsfase



### Aandachtspunten

13	<b>Inbedden van prehabilitatie-proces in bestaande werkprocessen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijs een vaste coördinator aan</li> <li>• Benoem prehabilitatie als standaard zorg</li> <li>• Integreer prehabilitatie in standaard protocollen van het ziekenhuis en ontwikkel een integrale visie op operaties (ERAS en prehabilitatie samen binnen één visie). Zo bewegen patiënten die prehabiliteren bijvoorbeeld naar verwachting ook makkelijker en sneller naar een operatie</li> </ul>
14	<b>Beschouwen van het prehabilitatie-proces met stakeholders</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behoud ambassadeurs prehabilitatie in organisatie</li> <li>• Verken mogelijkheden in voorscholing en opleidingen van prehabilitatie (in de afdelingen e.d.)</li> </ul>
15	<b>Organiseren van structurele financiering voor prehabilitatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start verkenning naar structurele financiering prehabilitatie binnen organisatie. Crudele voorwaarde voor borging én stap naar opschaling. Zie hiervoor de rekenhulp. Verken opties voor vergoeding Zwv in 1e-lijn en 2e-lijn, eigen exploitatie of eigen bijdrage patiënt</li> <li>• Denk ook aan verhoging van plafond afspraken met verzekeraars die wellicht financiële vergoeding voor onderdelen binnen de modaliteiten van prehabilitatie begrenzen</li> <li>• Veranker prehabilitatie in meejaren strategie. Sluit aan op missie/visie ziekenhuis zodat het past in DNA van de organisatie</li> </ul>
16	<b>Borgen van beschikbaarheid data</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Borg de beschikbaarheid van data. Het beheer van data is complex. Een data-analist kan hierbij ondersteunen. Gebruik het dashboard voor kwantificering van processtappen en stuurinformatie. Ook kwalitatieve aspecten zijn meetebaar te maken. Maar voorkom dubbel registreren</li> <li>• Kijk welke BI-tools in het ziekenhuis voorhanden zijn, zoals CTCue, dat onderzoekers toegang biedt tot medische dossiers voor aanvullen onderzoek</li> </ul>
17	<b>Overdragen van taken projectleider aan interne organisatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beleg de taken van de projectleider die na de pilot dienen te worden voortgezet over aan medewerkers in de organisatie</li> </ul>
18	<b>Afronden van de pilot en evalueren 'business case'</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rond de pilot bewust en actief af met alle betrokkenen</li> </ul>

## Opschalingsfase



### Aandachtspunten

19	<b>Verkrijgen van 'go' op opschaling project</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg voor breed draagvlak en steun van de RvB</li> </ul>
20	<b>Aanstellen (tijdelijk) projectleider voor opschaling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stel een (tijdelijke) projectleider aan voor de opschaling. Ervaring leert dat dit belangrijk is</li> </ul>
21	<b>Opschalen naar meerdere zorgpaden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiseer voldoende ruimte én financiële ruimte</li> <li>• Tuig eventueel een programmastructuur op</li> <li>• Overweeg om van verschillende losstaande zorgpaden toe te werken naar een integrale 'prehabilitatiestraat'</li> </ul>
22	<b>Optimaliseren van zorgpaden en verkennen van hybride vormen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimaliseer de zorgpaden, leer van eerdere ervaringen en verkenn hybride vormen</li> </ul>
23	<b>Verbreiden van draagvlak en enthousiasme voor prehabilitatie binnen én buiten de organisatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blijf werken aan draagvlak en enthousiasme voor prehabilitatie binnen én buiten de organisatie</li> <li>• Deel de uitkomsten van prehabilitatie met stakeholders</li> </ul>

# Generieke inrichting prehabilitatie

## Leeswijzer

In grote lijnen is er sprake van een generieke 'routing' die patiënten doorlopen bij prehabilitatie in Nederlandse ziekenhuizen. Veelal worden daarbij de vijf modaliteiten van prehabilitatie aangehouden, namelijk 1. Fysieke fitheid, 2. Voedingsstatus, 3. Mentale weerbaarheid, 4. Comorbiditeit, anemie en kwetsbaarheid, en 5. Intoxicaties.

Onderdelen van deze routing worden op verschillende manieren georganiseerd en ingevuld. De meeste variëteit zit in hoe de verschillende modaliteiten van prehabilitatie zijn georganiseerd, met name in: 'wie is betrokken' en 'waar vindt de interventie plaats'. Variaties op de organisatie van prehabilitatie komen voort uit de ziekenhuiscontext en de consequenties van keuzes voor financiën en organisatie.

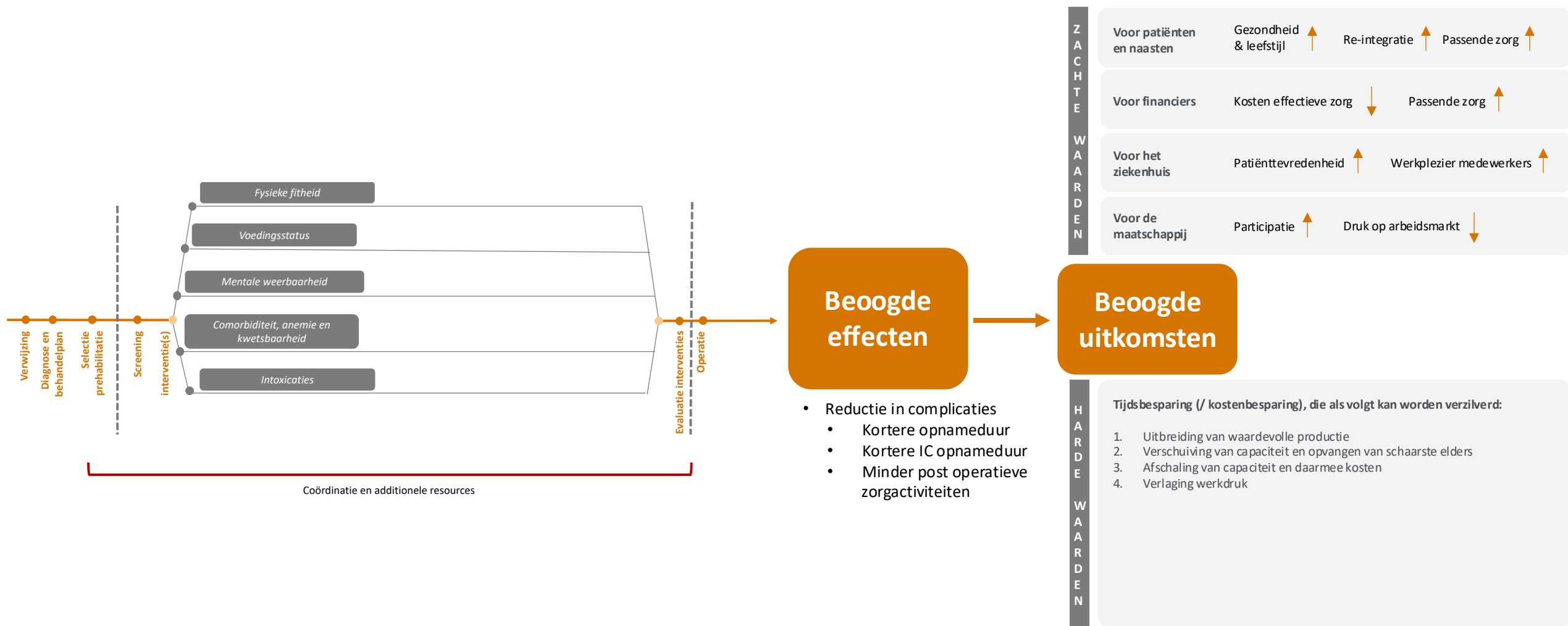
Op de volgende pagina's wordt deze generieke 'routing' modelmatig gevisualiseerd. Hierbij worden de stappen en onderliggende varianten voor inrichting gepresenteerd, zoals zijn opgehaald bij de deelgenomen ziekenhuizen. De volgende onderdelen van de routing worden daarbij gepresenteerd:

- **A)** de instroom van patiënten
- **B)** de coördinatie en uitvoering van de vijf modaliteiten van prehabilitatie
- **C)** de evaluatie en uitstroom van patiënten naar operatie

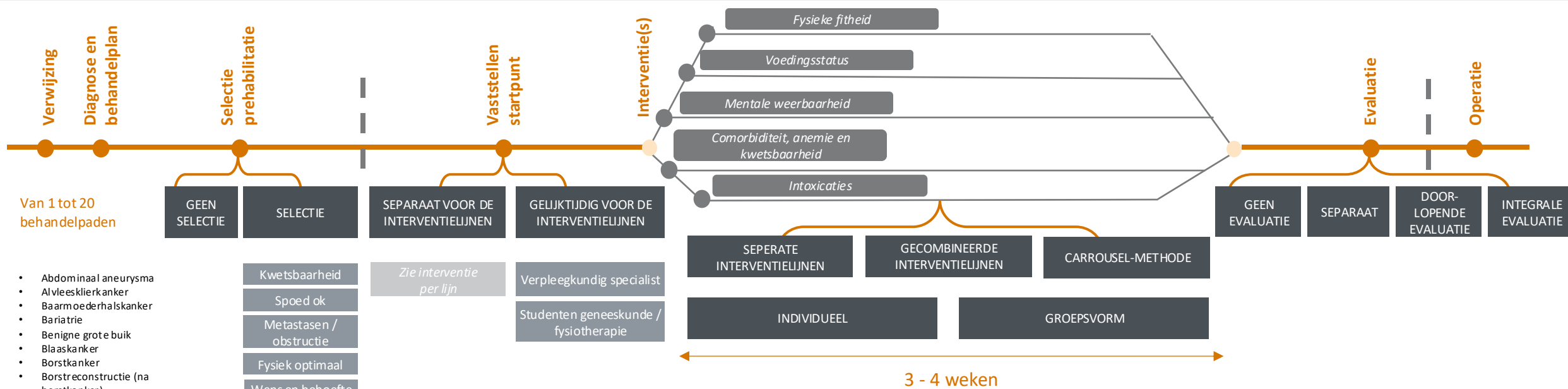
Deze routing van patiënten leidt uiteindelijk tot beoogde effecten en daarmee beoogde uitkomsten. En daarmee vormt dit model ook de basis voor de opgestelde business case rekenhulp.

Aanvullend worden de belangrijkste overwegingen ten aanzien van de keuzes in varianten op de generieke inrichting van prehabilitatie geschetst.

# De 'gemiddelde' routing voor prehabilitatie t.a.v. patiënten in Nederlandse ziekenhuizen leidt tot een reductie in complicaties en daarmee in uitkomsten voor het ziekenhuis en uitkomsten voor patiënten, financiers en de maatschappij



# Varianten in routing | Algemeen – organisatie en coördinatie



Van 1 tot 20 behandelpaden

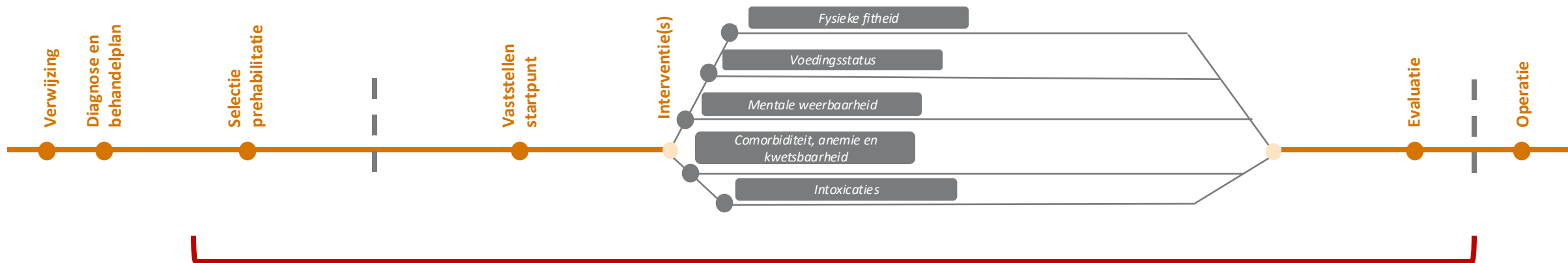
- Abdominaal aneurysma
- Alveesklierkanker
- Baarmoederhalskanker
- Bariatrie
- Benigne grote buik
- Blaaskanker
- Borstkanker
- Borstreconstructie (na borstkanker)
- Cardiothoracale chirurgie
- Dikke darmkanker
- Eierstokkanker
- Endeldarmkanker
- Heupprothese – nieuw of revisie
- Keelkanker
- Knieprothese – nieuw of revisie
- Leverkanker
- Litterenbreuk
- Longkanker
- Maagkanker
- Meningeomen
- Nefrectomie
- Nierkanker
- Schaamlipkanker
- Slokdarmkanker
- Weke delen tumoren buik

- Kwetsbaarheid
- Spoed ok
- Metastasen / obstructie
- Fysiek optimaal
- Wens en behoefte patiënt

Zie interventie per lijn

- Verpleegkundig specialist
- Studenten geneeskunde / fysiotherapie

## Varianten in routing | Algemeen – organisatie en coördinatie



### Coördinatie en additionele resources

GEEN COÖRDINATOR	COÖRDINATOR	GEEN ONDERSTEUNING	ONDERSTEUNING	GEEN APARTE FACILITEITEN	APARTE FACILITEITEN
	Verpleegkundige / verpleegkundig specialist		Studenten geneeskunde / fysiotherapie		Eigen ontvangstlocatie
	Studenten geneeskunde / fysiotherapie		Secretaresse / secretariaat		
	Fysiotherapeut tweede lijn		Verpleegkundige / verpleegkundig specialist		
	Diëtist tweede lijn				
	Onderzoeksmedewerker				

## Belangrijkste overwegingen ten aanzien van de algemene organisatie van prehabilitatie

### 1 Wel/niet toepassen van selectie voor aanbod prehabilitatie aan patiëntenpopulatie

#### Overwegingen om wél selectiecriteria te hanteren

- Niet voor alle patiënten noodzakelijk, niet overbehandelen
- Niet voor alle patiënten mogelijk (contra-indicaties)
- Niet voldoende capaciteit / financiële middelen om voor elke patiënt prehabilitatie aan te bieden
- Aanbrengen van focus op de populatie waar rendement mogelijk naar verwachting grootste is
- Bieden van zorg op maat / stepped care

#### Overwegingen om geen selectiecriteria te hanteren

- Uitgangspunt: iedere patiënt heeft baat bij prehabilitatie

### 4 Wel/niet toepassen van carouselvorm (het na elkaar doordraaien) voor alle interventielijnen

#### Overwegingen om wél een carouselvorm te organiseren

- De verschillende modaliteiten werken synergetisch / versterkend aan elkaar

#### Overwegingen om geen carouselvorm te organiseren

- Interventies vinden op verschillende momenten, dan wel verschillende locaties plaats

### 2 Wel/niet gelijktijdig vaststellen van startpunt voor alle modaliteiten van prehabilitatie

#### Overwegingen om wél gelijktijdig startpunt te bepalen

- Uitgangspunt: het is één integraal traject
- Minimaliseren van reisbewegingen, efficiëntie naar patiënt en organisatie. Combineren van zoveel mogelijk afspraken op één dag

#### Overwegingen om niet gelijktijdig startpunt te bepalen

- Logistiek niet haalbaar

### 5 Wel/niet toepassen van nameting na afronding prehabilitatietraject voor operatie

#### Overwegingen om wél nameting uit te voeren

- Inzichtelijk maken van vooruitgang patiënt
- Stimuleren van leereffect organisatie
- Borgen van de kwaliteit

#### Overwegingen om geen nameting uit te voeren

- Beperkte capaciteit (menskracht én financiën)

### 3 Wel/niet toepassen modaliteiten in groepsverband (en varianten daarop)

#### Overwegingen om wél in groepsverband te organiseren

- Logistiek effectiever
- Groepsverband kan ook positieve stimulans hebben op prehabilitatie-traject individu

#### Overwegingen om niet in groepsverband te organiseren

- Niet voor elke patiënt en situatie haalbaar en realiseerbaar

# Inrichting prehabilitatie per modaliteit

## Leeswijzer

In aanvulling op de stappen en onderliggende varianten in de generieke 'routing' die patiënten doorlopen bij prehabilitatie in Nederlandse ziekenhuizen, zijn de vijf modaliteiten van prehabilitatie nader verdiept.

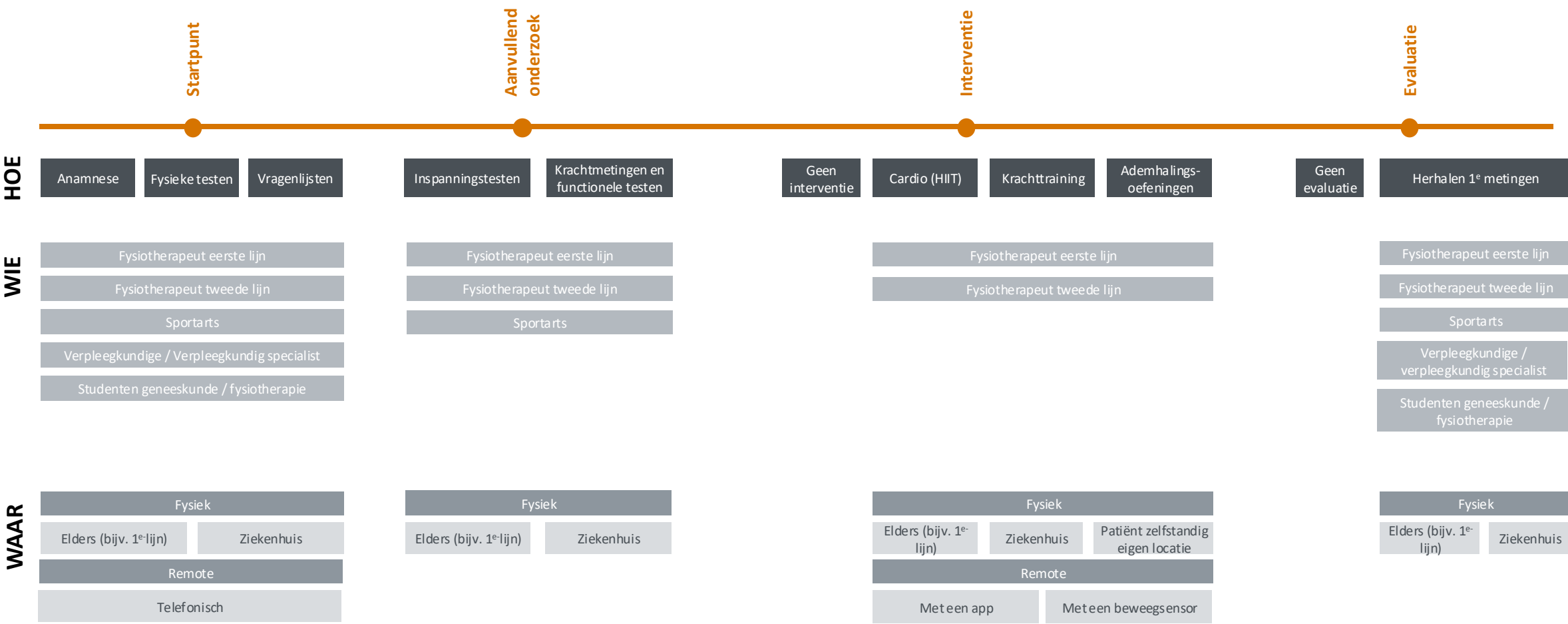
Op de volgende pagina's is daarmee een uitwerking te vinden van de volgende modaliteiten: 1. Fysieke fitheid, 2. Voedingsstatus, 3. Mentale weerbaarheid, 4. Comorbiditeit, anemie en kwetsbaarheid, en 5. Intoxicaties. Zoals eerder vermeld is er grote variëteit in hoe de verschillende modaliteiten van prehabilitatie zijn georganiseerd, met name in: 'wie is betrokken' en 'waar vindt de interventie plaats'. Variaties op de organisatie van prehabilitatie komen voort uit de ziekenhuiscontext en de consequenties van keuzes voor financiën en organisatie.

In de modelmatig visualisering op de volgende pagina's wordt per modaliteit de volgende onderdelen gepresenteerd:

- **A)** bepalen van startpunt van patiënten
- **B)** uitvoeren van aanvullend onderzoek bij patiënten
- **C)** uitvoeren van interventies bij patiënten
- **D)** uitvoeren van evaluatie bij patiënten

Aanvullend worden de belangrijkste overwegingen ten aanzien van de keuzes in varianten op de inrichting van de verschillende modaliteiten bij prehabilitatie geschetst.

# Varianten in routing | Fysieke fitheid





# Varianten in routing | Voedingsstatus

Startpunt

Aanvullend onderzoek

Interventie

Evaluatie

HOE

Vragenlijsten / scorelijst  
Voedings-anamnese (waaronder eiwitinname)  
Testen (metingen van spiermassa, handknijpkracht, BIA)

Geen aanvullend onderzoek  
Aanvullend onderzoek (BIA, handknijpkracht, ..)

Eiwit verrijkt dieet, mogelijk met suppletie  
Vitamine- en mineralen suppletie  
Drinkvoeding

Geen evaluatie  
Gewicht meten  
Herhalen 1<sup>e</sup> metingen

WIE

Diëtist eerste lijn  
Diëtist tweede lijn  
Verpleegkundige / Verpleegkundig specialist  
Fysiotherapeut eerste lijn  
Fysiotherapeut tweede lijn

Diëtist eerste lijn  
Diëtist tweede lijn

Zorgt voor het initiële voedingsadvies en evaluatie van de eiwitbehoefte, biedt begeleiding bij suppletie en voeding  
Diëtist eerste lijn  
Diëtist tweede lijn  
Verpleegkundige / Verpleegkundig specialist

Diëtist eerste lijn  
Diëtist tweede lijn  
Verpleegkundige / Verpleegkundig specialist  
Fysiotherapeut eerste lijn  
Fysiotherapeut tweede lijn

Verantwoordelijk voor het opvolgen van het dieetadvies, het consumeren van de juiste eiwitrijke voeding en/of supplementen, en het bijhouden van een voedingsdagboek  
Patiënt

WAAR

Fysiek  
Elders (bijv. 1<sup>e</sup> lijn) Ziekenhuis  
Remote  
Digitaal

Fysiek  
Elders (bijv. 1<sup>e</sup> lijn) Ziekenhuis

Fysiek (advies en ondersteuning)  
Elders (bijv. 1<sup>e</sup> lijn) Ziekenhuis  
Remote (advies en ondersteuning)  
Digitaal (app) Telefonisch

Fysiek  
Elders (bijv. 1<sup>e</sup> lijn) Ziekenhuis

# Varianten in routing | Mentale weerbaarheid

Startpunt

Aanvullend onderzoek

Interventie

Evaluatie

HOE

(Inschatting na) gesprek / anamnese  
 Vragenlijst (o.a. lastmeter)

Geen aanvullende screening  
 Aanvullende screening

Geen interventie  
 Gesprekken / traject  
 Ademhalings- en ontspanningsoefeningen

Geen evaluatie  
 Evaluatie uit gesprek  
 Herhaling lastmeter

WIE

Verpleegkundige / Verpleegkundig specialist  
 Fysiotherapeut

Verpleegkundige / Verpleegkundig specialist  
 Maatschappelijk werk  
 Klinisch psycholoog

Verpleegkundige / Verpleegkundig specialist  
 Maatschappelijk werk  
 POH GGZ eerste lijn  
 Fysiotherapeut tweede lijn  
 Geestelijke verzorging

Verpleegkundige / Verpleegkundig specialist  
 Maatschappelijk werk  
 POH GGZ eerste lijn

WAAR

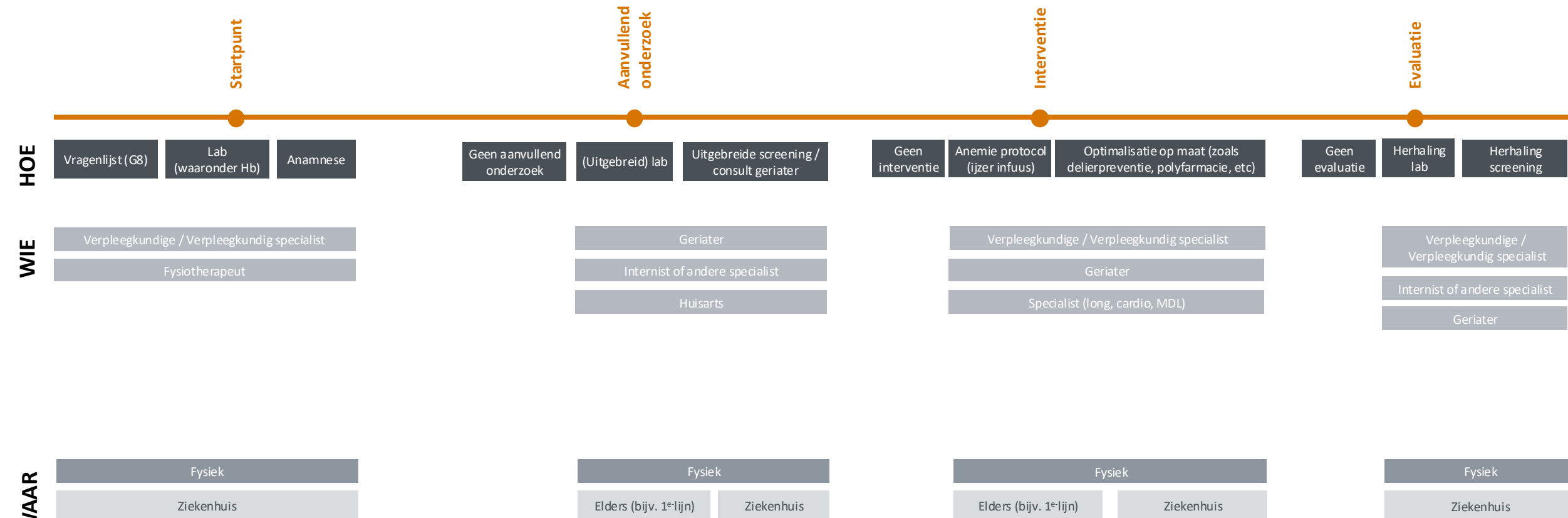
Fysiek  
 Ziekenhuis  
 Remote  
 Digitaal

Fysiek  
 Elders (bijv. 1<sup>e</sup> lijn) Ziekenhuis  
 Remote  
 Telefonisch

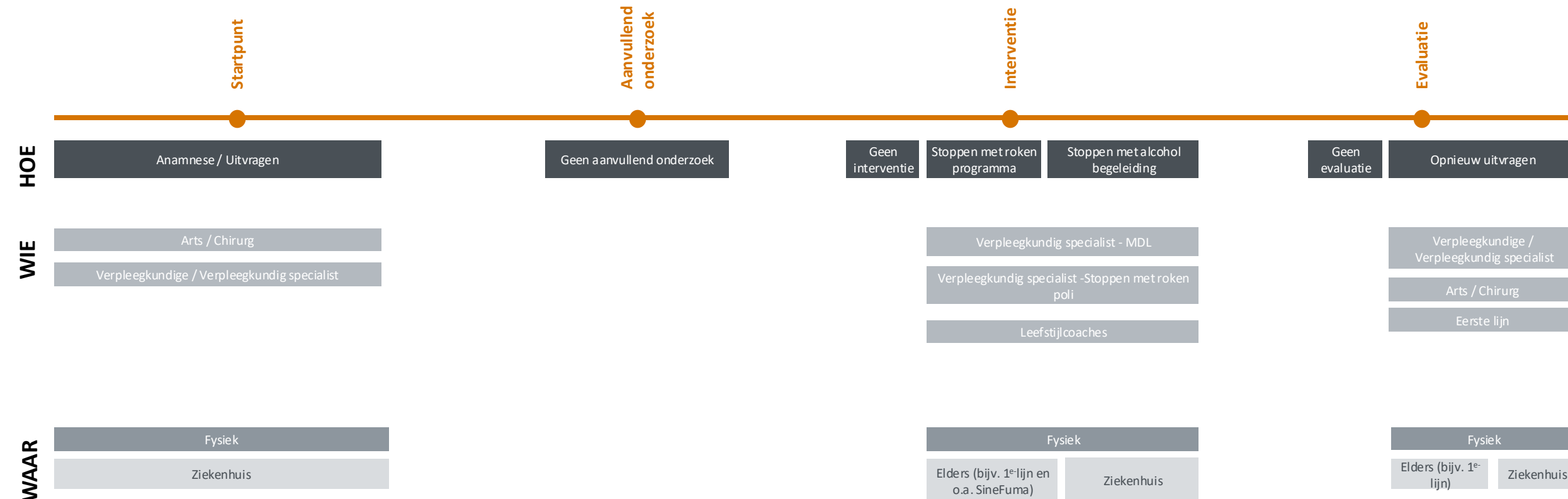
Fysiek (advies en ondersteuning)  
 Elders (bijv. 1<sup>e</sup> lijn) Ziekenhuis  
 Remote (advies en ondersteuning)  
 Telefonisch

Fysiek  
 Elders (bijv. 1<sup>e</sup> lijn) Ziekenhuis

## Varianten in routing | Comorbiditeit, kwetsbaarheid, anemie



## Varianten in routing | Intoxicaties



## Belangrijkste overwegingen ten aanzien van het organiseren van de verschillende modaliteiten

1

### Overwegingen voor selecteren van locatie 'waar' modaliteit wordt uitgevoerd

#### Overwegingen voor thuis

- Postoperatief eenvoudigst vol te houden in dagelijks leven voor patiënt
- Beperken van reisdreigingen en – afstand, en daarmee energieverlies patiënt

#### Overwegingen voor de eerste lijn

- Uitgangspunt: Juiste zorg op de juiste plek
- Veelal dichterbij huis voor de patiënt. Beperken van reisdreigingen en – afstand
- Grotere kans dat na operatie patiënt onderdelen vervolgt in eerste lijn
- Niet de capaciteit (financieel en in menskracht) om alles in ziekenhuis uit te voeren – ontbreken van mogelijkheden in huis
- Bestaan van goed lopende (paramedische) netwerken in de regio
- Kortere wachtlijsten voor bijv. mentale weerbaarheid dan intern
- Voortbouwen op wellicht al bestaande relatie van patiënt bij hulpverlener
- Goede ervaringen elders, zoals SineFuma voor 'stoppen met roken'

#### Overwegingen voor de tweede lijn

- Capaciteit (financieel, locatie en in menskracht) beschikbaar om in ziekenhuis te organiseren
- Kosten beperken voor de patiënt, en onafhankelijk van verzekering
- Eenvoudiger te combineren met andere afspraken patiënt (evt. voor andere modaliteiten)
- Organiseren van contact met lotgenoten
- Direct kunnen opstarten van prehabilitatie-traject, beperkte doorlooptijd
- Soms is de rol van zorgprofessional in modaliteit dermate beperkt dat efficiënter te organiseren is in eigen ziekenhuis
- (Nog) ontbreken van goed netwerk, kortere lijnen in eigen organisatie
- Beperken en voorkomen van onnodige overdrachten en intakes
- Aanwakkeren en behouden van intern enthousiasme voor prehabilitatie

2

### Overwegingen voor selecteren van manier 'waarop' modaliteit wordt uitgevoerd

#### Overwegingen voor fysiek

- Behoeft en typering patiëntenpopulatie
- Niet alle patiënten geschikt voor remote – i.e. kwetsbare populatie lastig bereikbaar voor remote
- Direct contact met de patiënt, met als bijvangst beter zicht op andere aspecten (valrisico bijvoorbeeld)
- Creëert makkelijker een extra checkmoment in de begeleiding
- Veiligheid voor kwetsbare patiënten
- Stimuleert lotgenoten contact
- Geeft vertrouwen en mentale ondersteuning
- Bereidt patiënten beter voor op een eventuele opname
- Objectievere metingen
- Naar verwachting betere effecten
- Financiering tot nu ook nog veelal ingericht op 'fysieke interventies'
- *Veelal wel wens uitgesproken om prehabilitatie ook in 'hybride' vorm aan te bieden*

#### Overwegingen voor remote

- Behoeft en typering patiëntenpopulatie t.b.v. stepped care
- Uitgangspunt is passende zorg. Sommige patiënten geen noodzaak tot supervisie
- Effectiever omgaan met capaciteit (financieel én schaarse tijd van zorgprofessionals)

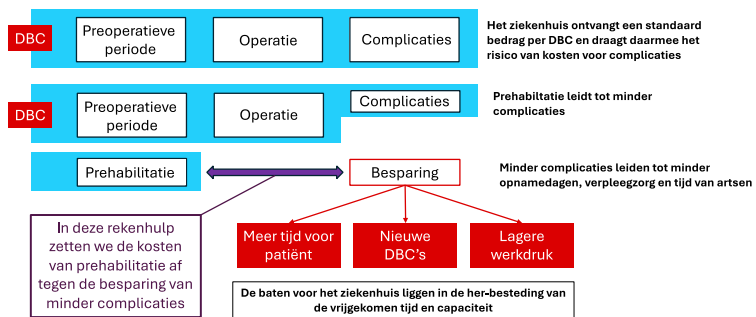
# Business case rekenhulp

## Leeswijzer

De volgende slide geeft meer inzicht in het gebruik en toepasbaarheid van de ontwikkelde rekenhulp. Voor gebruik van de tool verwijzen we naar het complementaire document '**Business case rekenhulp prehabilitatie\_december 2024\_Stichting Fit4Surgery**'

# De rekenhulp helpt om op basis van eigen feiten te becijferen hoe het financiële plaatje van prehabilitatie wel/niet past

- De rekenhulp biedt individuele ziekenhuizen daarmee een universele tool om laagdrempelig een beeld te vormen van prehabilitatie en te ondersteunen bij het (door)starten en/of doorontwikkelen van prehabilitatie. Het invullen van de rekenhulp vereist basiskennis van de ziekenhuisfinanciën en de specifieke kostenstructuren binnen zorginstellingen.
- De financiële opbrengsten in deze businesscase zijn gebaseerd op de besparing in kosten door een wetenschappelijk onderbouwde reductie van opnamedagen en postoperatieve activiteiten die zonder prehabilitatie nodig zouden zijn. Het is belangrijk om te benadrukken dat deze berekening geen directe financiële winst vertegenwoordigt, maar eerder een indicatie geeft van de vrijgekomen middelen in termen van kostenbesparing en capaciteit. Bij de meeste behandelingen worden de totale kosten gedekt door een DBC, waarbij vooraf vastgestelde tarieven gelden, ongeacht de werkelijke duur van de opname of de omvang van de postoperatieve zorg. Dit betekent dat de financiële vergoeding doorgaans niet verandert bij een kortere opname of minder zorgactiviteiten. De werkelijke winst zit in de vrijgekomen tijd en middelen, zoals opnamedagen, die kunnen worden ingezet om meer patiënten te behandelen binnen dezelfde capaciteit.



**Organisatorische businesscase rekenhulp**

Instructie gebruik organisatorische businesscase rekenhulp prehabilitatie

**Algemeen**

Dit hulpmiddel helpt u om de financiële businesscase van prehabilitatie te berekenen. Het is gebaseerd op de besparing in kosten door een wetenschappelijk onderbouwde reductie van opnamedagen en postoperatieve activiteiten die zonder prehabilitatie nodig zouden zijn. Het is belangrijk om te benadrukken dat deze berekening geen directe financiële winst vertegenwoordigt, maar eerder een indicatie geeft van de vrijgekomen middelen in termen van kostenbesparing en capaciteit.

**Opbrengsten**

De financiële opbrengsten in deze businesscase zijn gebaseerd op de besparing in kosten door een wetenschappelijk onderbouwde reductie van opnamedagen en postoperatieve activiteiten die zonder prehabilitatie nodig zouden zijn. Het is belangrijk om te benadrukken dat deze berekening geen directe financiële winst vertegenwoordigt, maar eerder een indicatie geeft van de vrijgekomen middelen in termen van kostenbesparing en capaciteit.

**Werkwijze businesscase rekenhulp**

Werkwijze invullen tabbladen

Ward of organisatie van het prehabilitatietraject ondersteund door een coördinator?  Ja  Nee

Is er sprake van inzet van ondersteunende diensten voor administratie of ondersteunende functies bij de prehabilitatie?  Ja  Nee

**Verrijking prehabilitatie per modaliteit**

Ward of organisatie van het prehabilitatietraject ondersteund door een coördinator?  Ja  Nee

Is er sprake van inzet van ondersteunende diensten voor administratie of ondersteunende functies bij de prehabilitatie?  Ja  Nee

**Dashboard prehabilitatie op basis van 90 patiënten**

Kosten en opbrengsten (€)

Tijdsinvestering en opbrengsten (uren en opnamedagen)

# Kennisbundeling van opties en overwegingen bij de implementatie van prehabilitatie in NL-ziekenhuizen

## Redactie

Jonas Rosenstok, Linda van Heusden - Scholtalbers, Elly Kommer, Lisanne de Moel, Sjoerd Emonts en Irene Mommers

## Initiatiefnemer

Stichting Fit4Surgery

## Gesteund door

BeBright, Noaber & InvestNL

## Met dank aan

Amphia Ziekenhuis (Tessa Backhuijs), Albert Schweitzer Ziekenhuis (Geertruid Mares, Laura Vollering en Mirjam Lieve), Bernhoven (Wout van der Meij), Deventer Ziekenhuis (Charissa Bakker-Weber), Elkerliek Ziekenhuis (Elske Berkvens), Jeroen Bosch Ziekenhuis (Emiel Verdaasdonk), Martini Ziekenhuis (Floortje Meulman), MaximaMC (Christian Koot en Lisa Geomini), Medisch Centrum Leeuwarden (Gosse Braaksma en Oda Westra-Prins), NoordWest Ziekenhuisgroep (Erick Jan Verheul en Lucienne Dol), OLVG (Kiki Jansen en Lisanne Herlé), RadboudUMC (Jonas Rosenstok en Linda van Heusden - Scholtalbers), Rijnstate (Anne Slaghuis en Susan van Grinsven), SAZ-ziekenhuizen (Joyce Bakker), St. Antonius ziekenhuis (Femke Corbiere, Ingrid van Beerschoten en Wencke Raterink), Treant Zorggroep (Diederik Bolkestein en Hanneke Griepink), UMCU (Alinde van der Wind en Petra Bor), VieCuri Medisch Centrum (Ilse Raetsen en Ruud Franssen), Ziekenhuis Gelderse Vallei (Floris Mathijs Vermeer), Ziekenhuis Nij Smellinghe (Geert van der Sluis), Ziekenhuis St. Jansdal (Remco van den Berg en Karlijn Woensdregt)

De voorbeelden en informatie die in deze publicatie worden gebruikt zijn verworven tijdens de gemeenschappelijke bijeenkomsten, individuele gesprekken en literatuuronderzoek. En vastgesteld met goedkeuring. Zij die desondanks menen aanspraak te kunnen maken op deze rechten, kunnen zich tot de redactie wenden.

Copyright © December 2024, BeBright

BeBright Consulting  
Jaarbeursplein 6  
Utrecht, Nederland  
Telefoon: + 31 (0)30 888 79 27  
E-mail: [info@bebright.eu](mailto:info@bebright.eu)

LEAD THE FUTURE  
BE BRIGHT!



**bebright**  
*accelerating transformation*