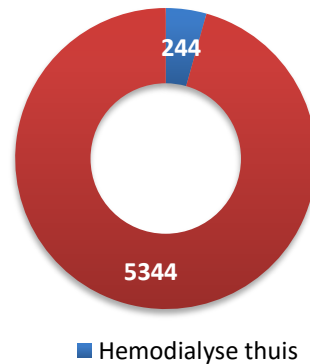


# Casus Nierteam Aan Huis

## De feiten

Ruim 16.000 mensen in Nederland hebben nierfalen, waarvoor ze een nierfunctie vervangende behandeling (hebben) ontvangen: dialyse of transplantatie. Eind 2014 waren er 6.461 mensen die dialyse ondergingen, waarvan 5.588 hemodialyse (bloed via dialysemachine) en in dat jaar kregen 1.002 mensen een donornier. Er stonden dat jaar ruim 600 mensen op de wachtlijst voor een donornier en de gemiddelde wachttijd is ruim 3 jaar. In 2014 overleden 80 mensen voordat zij een donornier konden ontvangen. Van de totale groep dialysepatiënten overlijdt jaarlijks ongeveer 1 op de 6 mensen.

dialysepatiënten (1-1-2015)



## De innovatie

Nierteam Aan Huis is een initiatief van het Erasmus Medisch Centrum, ondersteund door de Nierstichting. Het Nierteam Aan Huis, bestaande uit een psycholoog en een transplantatiecoördinator en bezocht gedurende 2 jaar (2011-2013) een aantal nierpatiënten en hun sociale netwerk aan huis. Het team gaf groepsvoorlichting over de nierziekte en de behandelingsmogelijkheden waaronder thuisdialyse en nier donatie bij leven.

Nierteam Aan Huis richt zich met haar innovatieve dienst op:

1. Het verhogen van de het aantal transplantaties van een nier afkomstig van een levende donor (i.p.v. een donor die reeds overleden is)
2. Het verhogen van het aantal nierdialyses thuis ten opzicht van in het ziekenhuis/dialysecentrum

De verwachte resultaten van Nierteam Aan Huis (bij volledige invoering):

1. Besparing van € 65.000 per cliënt in het geval van donatie van een levende nier en afname van de wachtlijst voor een donornier (in potentie kan de wachtlijst 3 jaar na de start van Nierteam Aan Huis verdwenen zijn)
2. Besparing van € 4.000 per patiënt per jaar als nierdialyse thuis plaatsvindt in plaats van in het ziekenhuis of dialysecentrum

## Samenwerking met de zorgverzekeraar

In 2013, aan het einde van de pilot namen de initiatiefnemers van Nierteam Aan Huis contact op met de zorgverzekeraar (VGZ). Na gesprekken tussen de initiatiefnemers van Nierteam Aan Huis en VGZ afdeling Medisch Advies is het Nierteam Aan Huis overgegaan tot een aanvraag voor financiering bij VGZ.

De initiële business case van Nierteam Aan Huis was goed opgezet, echter zorgverzekeraars rekenen de business cases vaak zelf ook door omdat zij met eigen gegevens specifiek moeten kunnen

aantonen dat de informatie juist is voordat zij tot structurele financiering overgaan. VGZ geeft hierop samen met Nierteam Aan Huis een uitgebreide business case opgezet met specifieke doorberekening van de kosten en baten van de innovatie. Dit nam een groot deel van 2014 en 2015 in beslag.

Na de doorberekening van de business case hebben Nierteam Aan Huis en VGZ uiteindelijk besloten de financiering van deze innovatie breder aan te pakken, mede vanuit het maatschappelijk belang. In het najaar van 2015 heeft Nierteam Aan Huis in samenwerking met VGZ een aanvraag tot financiering ingediend bij Zorgverzekeraars Nederland (de belangenbehartiging van alle zorgverzekeraars).

Zorgverzekeraars Nederland heeft besloten om financiering ter beschikking te stellen om Nierteam Aan Huis verder te implementeren. Op dit moment (voorjaar 2016) wordt er vormgegeven aan deze beslissing.



## Geleerde lessen

### 1. Kom goed voorbereid bij de zorgverzekeraar:

Creëer draagvlak onder zorgverleners en patiënten door hen in een vroegtijdig stadium te betrekken bij de ontwikkeling van het idee. Zorg vervolgens voor een uitgewerkte business case waarin de kosten en baten van het idee opgenomen zijn. Het heeft de voorkeur van de zorgverzekeraar dat er al een pilot is gedaan waarbij het uitgewerkte idee klaar is voor de zorgpraktijk.

### 2. Beschik over een lange adem en doorzettingsvermogen:

Zorginnovaties zijn niet van vandaag op morgen gerealiseerd maar hebben jaren nodig om van idee tot volledige implementatie te komen. Zorgverzekeraars vragen een stevige onderbouwing (evaluatie pilot), gaan zorgvuldig te werk en moeten zich verantwoorden over de besteding van innovatiegelden. Ook na een geslaagde pilot duurt het vaak lang voordat structurele financiering geregeld is. Dit alles vraagt om doorzettingsvermogen en de nodige eigen middelen van de kant van de ondernemer zoals ook in deze casus van het Nierteam Aan Huis wel blijkt.

### 3. Begin klein maar denk groot

Het Nierteam Aan Huis heeft een pilotstudie gedaan met 76 cliënten. Alle patiënten dialyseerden om te overleven en het merendeel stond ruim twee jaar op de wachtlijst voor een niertransplantatie. Het aantal deelnemers aan de pilot is slechts een fractie van het aantal mensen met nierfalen, maar de innovatie kan in potentie enorm bijdragen aan de kwaliteit van leven en levensverwachting van 16.000 mensen in Nederland en bijdragen aan de betaalbaarheid van zorg.

## 4. Innoveer met passie en gedrevenheid

Het publieke beeld van dialyse is te rooskleurig. Dialyse is een zware behandeling met hoge sterfte. Deze ondernemer is sterk vanuit de inhoud gedreven, heeft passie voor het vak en werkt vanuit de motieven dat het beter kan en dat meer mensen goede zorg moeten krijgen.



### Kenmerkend voor deze innovatie:

*“De ondernemer toonde vanaf dag één de bereidheid om transparant te zijn, veel informatie delen en heel vroeg met ons in gesprek te gaan. We merkten dat hij echt samenwerking zocht om verder te komen” aldus de consultant zorgvernieuwing van VGZ.*

## Innovatie in de media



**Nier gezocht!**  
 Mogelijk leven de huishouders niet alleen extra levende donoren, maar ook meer registraties in het donoregister op.  
 Hoe maak je bij familie, vrienden en bekenden bespreekbaar dat je een donormier nodig hebt? Hoe vind je iemand die bij leven een nier aan jou wil afstaan? Het Rotterdamse Erasmus MC deed de afgelopen drie jaren onderzoek naar dit thema: hiervoor werd een speciaal Nierteam aan huis ingezet.

## Feiten en cijfers



**Feiten en cijfers**  
 Feiten en cijfers over nierschade, dialyse en transplantatie

De impact van nierschade, dialyse en transplantatie op het leven van nierpatiënten en de samenleving is onvoldoende bekend. Mede om die reden heeft de Nierstichting de cijfers op een overzichtelijke manier bijeengebracht in acht factsheets. De factsheets zijn hieronder te downloaden. Tevens is er een referentielijst beschikbaar.

1. Nieren en chronische nierschade
2. Oorzaken van chronische nierschade
3. Stadia chronische nierschade
4. Klachten en behandeling chronische nierschade
5. Vroeg opsporen en voorkomen achteruitgang chronische nierschade
6. Nierfalen en behandeling
7. Niertransplantatie, donatie en wachtlijst
8. Dialyse
9. Nieren en zout
10. Referenties

Delen

## Onderbouwing van de innovatie



**Home-Based Family Intervention Increases Knowledge, Communication and Living Donation Rates: A Randomized Controlled Trial**

S. Y. Ismail<sup>1,2</sup>, A. E. Luchinsburg<sup>3</sup>, R. Titman<sup>1,4</sup>, W. C. Zuidema<sup>5</sup>, C. Boonstra<sup>6</sup>, W. Weimar<sup>1,2</sup>, J. A. V. Busschbach<sup>1,2</sup> and E. K. Messer<sup>7</sup>

**Abstract:** The superior outcomes for living donor kidney transplantation (LDKT) compared with deceased donor kidney transplantation (DDKT) as a treatment for renal end-stage disease are well-established (1). However, as found in other countries (2,3), there is inequality in access to LDKT among ethnic minorities in the Netherlands (4). General studies have reported on factors contributing to access to LDKT. A number of modifiable factors such as medical, socioeconomic and ethnic factors have shown to be independently related to the choice of receiving an LDKT (5-7). A number of modifiable factors, such as knowledge, attitudes, risk perception, communication and cultural sensitivity, are also independently related to the choice of receiving an LDKT (8-11). A recent paper explored which of the modifiable cognitive and psychosocial factors are associated with LDKT (12). Knowledge on various disease and renal replacement therapies among patients and donating LDKT non-eligible close ones is suggested to be potential targets for interventions to promote access to LDKT.

**Introduction:** The superior outcomes for living donor kidney transplantation (LDKT) compared with deceased donor kidney transplantation (DDKT) as a treatment for renal end-stage disease are well-established (1). However, as found in other countries (2,3), there is inequality in access to LDKT among ethnic minorities in the Netherlands (4). General studies have reported on factors contributing to access to LDKT. A number of modifiable factors such as medical, socioeconomic and ethnic factors have shown to be independently related to the choice of receiving an LDKT (5-7). A number of modifiable factors, such as knowledge, attitudes, risk perception, communication and cultural sensitivity, are also independently related to the choice of receiving an LDKT (8-11). A recent paper explored which of the modifiable cognitive and psychosocial factors are associated with LDKT (12). Knowledge on various disease and renal replacement therapies among patients and donating LDKT non-eligible close ones is suggested to be potential targets for interventions to promote access to LDKT.

**Methods:** In North America, differences in uptake of LDKT between ethnic groups have been reported (13). This health care inequity, for ethnic minorities and individuals who find it hard to discuss living donation, needs to be addressed (14). In response, a home-based intervention has been developed (15). The results showed superior effects for the home-based education compared with standard hospital education in terms of higher knowledge, more communication with others regarding LDKT and more consent toward LDKT (15). Additionally, there was a significant