

Hospital-at-home (HAH): Orientations for Belgium

María Isabel Farfan-Portet (KCE), Alain Denis (YW), Lut Mergaert (YW), François Daue (YW), Patriek Mistiaen (KCE), Sophie Gerkens (KCE).



Background

- **In Belgium, the question of developing alternatives to hospitalization is raised**
 - **To reform the Belgian hospital payment system**
 - **To provide health care in the least complex environment that is clinically appropriate**
 - **To improve continuity of care between the hospital and the first line of care**
- **Coordinated with initiatives of FOD – SPF & RIZIV – INAMI**



Background

- **“Hospital at home (HAH)” is one potential alternative**
- **In Belgium, HAH does not designate a specific service or service provider**

HAH provides care in the patient's place of residence that would otherwise need to be delivered in an acute hospital.



Methods

RQ1: Is HAH safe and effective?

- Review of the literature based on systematic reviews

RQ2: What are the lesson learned from abroad?

- Transversal analysis of 4 countries: France, The Netherlands, Spain (AC of Valencia and Basque Country) and Australia (Victoria)

RQ3: What are the key issues in Belgium?

- Review of Belgian reports
- Qualitative analysis, 23 face-to-face interviews and a workshop
- Stakeholder involvement, discussion of recommendations

Results

- Building blocks for the implementation of HAH in Belgium



First findings

Effectiveness & safety

- Equivalent effectiveness and safety; better satisfaction
- Limitations: few data, heterogeneity of populations/models => Need for more studies

HAH concept

- Various terms and definitions around the HAH concept

Various organizational models

- Hospital – Primary care – Mixed model
- Generalist versus specialized profile
- No model was proven as better than another

Belgium

HAH in Belgium?

- Innovative initiatives: oncology, cardiology, complex wound care, IV antibiotics
- Structured initiatives not under the HAH name: Home oxygen therapy, palliative care at home

Do we need HAH?

- Yes, the field is ready. Length of stays and release of hospital beds and,
 - For the quality, security and continuity of care
 - Better integration between the first line of care and the hospital
 - ...but less agreement on whether cost-savings will follow



Belgium: one or multiple models

To adapt or to create?

- Pleading in favour of not creating new structures
- Geographical « care areas » and flexible framework
- ... no consensus on whether current human resources or new teams should be involved

Role and responsibilities

- No clear choice for :
 - A “reference model”
 - Medical follow-up (GP, SP, GP&SP, other physician)
 - Nursing care (community nurse, hospital nurse)
 - Coordination of care (medical care, medical and social care)

For who and for what?

- The generalist approach is preferred but not versus specialized profile
- No model was proven as better than another



Three blocks of recommendations

Pilot projects (R1)

HAH providers (R2-R6)

System (R7-R17)



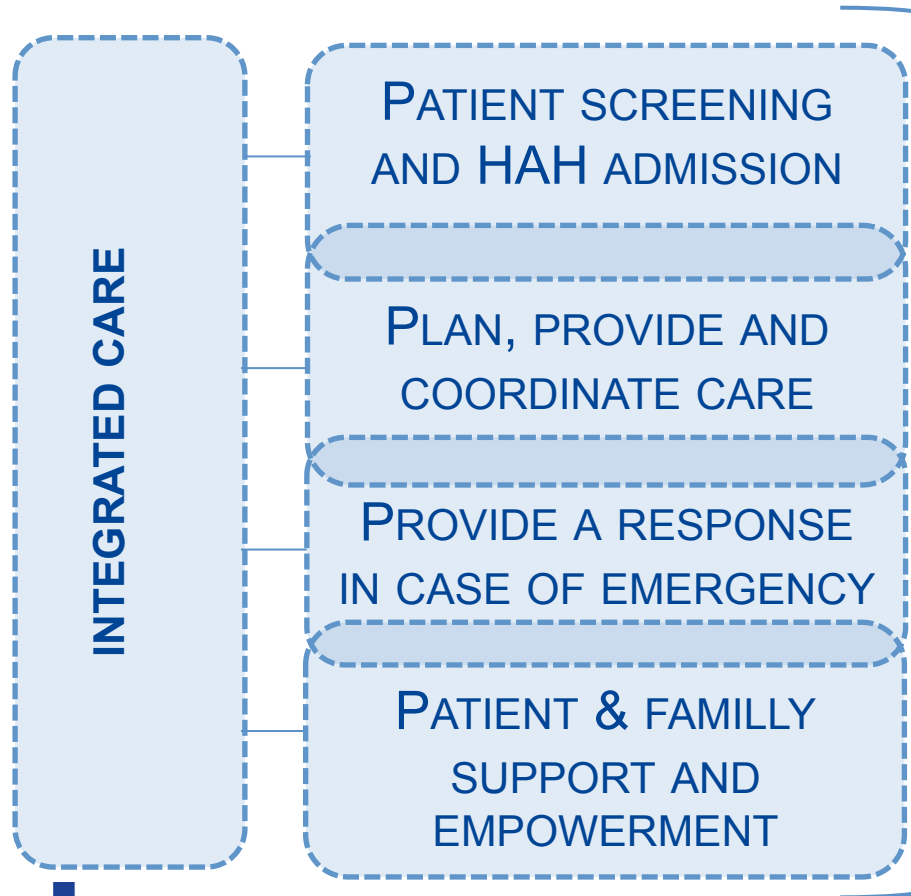
Pilot projects

Testing pilot projects before launching HAH at a large scale

- Steering committee: project selections, follow-up and evaluation.
- Broad HAH definition
- Each pilot project should define their own eligibility criteria



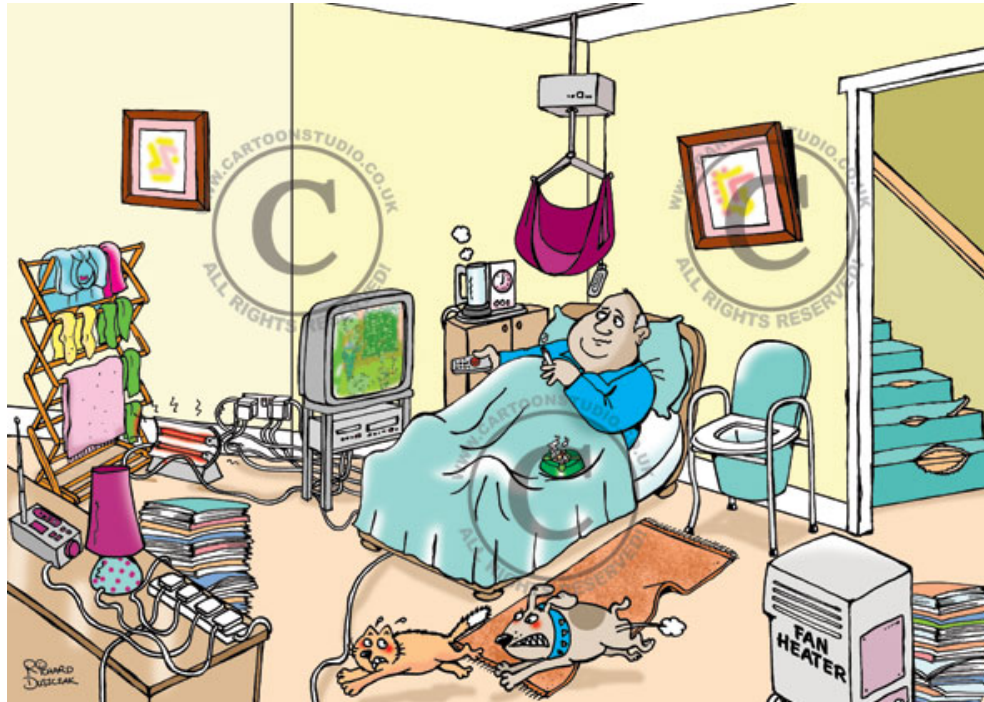
HAH PROVIDERS: CORE ACTIVITIES



SYSTEM REQUIREMENTS

Structured framework
Appropriate workforce
Financial incentives
Process in support of
quality of care
Appropriate IT-tools

The importance of the social and family environment... an illustration



Recommandation 1

- Il est préférable de ne pas déployer l'HAD à grande échelle à l'heure actuelle, mais de commencer par tester différents modèles via des projets pilotes qui devront être évalués par une équipe d'accompagnement
 - Sélection de critères et indicateurs a priori (efficacité, efficience) sans oublier la satisfaction du patient et l'entourage
 - Pour l'épisode complet de soins et par rapport aux alternatives existantes.
 - Ouverture à différents types de projets définissant des critères d'éligibilité en terme de complexité qui respectent la définition de HAD
 - Marge d'expérimentation permettant de pouvoir tester différentes modalités de financement

Recommandation 2

- **En plus de l'évaluation clinique, la décision d'admission de chaque patient doit reposer sur une évaluation de son environnement social et familial, afin de déterminer s'il bénéficie d'un soutien suffisant et si son environnement de vie est suffisamment sûr et approprié pour une HAD.**
- **Le patient et son entourage doivent être pleinement informés des choix possibles entre l'HAD et d'autres modalités (en général, l'hôpital) et doivent donner leur consentement s'ils décident (le patient mais aussi son entourage) d'opter pour l'HAD.**



Recommandation 3

- **Une équipe multidisciplinaire, partageant un plan de prise en charge répondant aux besoins du patient et adapté à la situation locale doit être mise en place. Le rôle et les responsabilités de chaque professionnel de santé et autre intervenant impliqués dans la prise en charge – ainsi que ceux du patient et de son entourage – doivent être clairement décrits dans ce plan de prise en charge. Ce plan doit entre autres déterminer qui coordonne les activités entre les différents services de santé mais aussi entre les services de santé et les services sociaux , qui est le médecin responsable du suivi médical et qui est responsable de la mise à jour du dossier du patient.**
- **Les services médicaux et non médicaux fournis par le projet HAD doivent le plus possible s'appuyer sur des services, structures et programmes déjà existants. Pour les interventions très spécialisées ou « rares », des conventions entre le service d'HAD et des « centres spécialisés » ou des « professionnels de santé spécialisés » doivent être privilégiées.**

Recommandation 4

- **Pour chaque programme d'HAD, un plan d'urgence détaillé doit être conçu. Il doit mentionner le rôle et les responsabilités de chaque intervenant en cas d'urgence.**

Recommandation 5

- **Le patient (avec son entourage) doit être impliqué dans son plan de prise en charge. Une attention particulière doit également être portée à l'éducation du patient et de son entourage. En outre, il faut veiller à soutenir l'entourage afin de prévenir son épuisement.**

Recommandation 6

- **Pour assurer la continuité des soins, le travail en réseau, avec des accords avec d'autres prestataires et services de soins, tant en amont (hôpitaux) qu'en aval (première ligne) de l'HAD doit être privilégié.**

Recommandation 7

- **Une évaluation des critères d'éligibilité utilisés par les différentes initiatives pilotes devra être faite afin de définir les critères à retenir pour l'implémentation à large échelle de l'HAD. Les instruments choisis pour évaluer ces critères d'éligibilité devront avoir été validés**

Recommandation 8

- **Un cadre légal de base devra être élaboré, avec des normes de sécurité et de qualité des soins adaptés aux spécificités de l'HAD. Ce cadre légal devra aussi prévoir des normes en termes de subsidiarité, de délégation et de responsabilité.**

Recommandation 9

- **En fonction du modèle choisi, des programmes de formation appropriés devront être développés comme par exemple des programmes d'éducation continue adaptés aux exigences des interventions complexes fréquemment effectuées en HAD ou encore des programmes de formation par des personnes du terrain (collaboration avec le secteur hospitalier, création de plateformes d'échange).**

Recommandation 10

- **L'attractivité des programmes d'HAD pour les médecins et les praticiens de l'art infirmier devra être renforcée, notamment via une information proactive sur le concept d'HAD.**

Recommandation 11

- **La nécessité de nouvelles descriptions de fonction pour certains professionnels de santé devra être évaluée sur base des projets pilotes.**
- **La coordination de la prise en charge autour du patient étant un point clé de l'HAD, les réflexions actuelles sur la fonction de « gestionnaire de cas » (case manager) pour les patients chroniques devraient tenir compte de la possibilité d'élargir cette fonction aux patients en HAD.**

Recommandation 12

- **Les modalités de financement testées durant les projets pilotes devront être évaluées. Le choix d'un système tiendra compte de tous les coûts directs et indirects liés aux soins du patient (y compris la coordination des soins, l'éducation du patient et de l'aidant proche, etc.). Le financement devra être cohérent avec les autres cadres de soins, de manière à permettre des transferts dans le meilleur intérêt du patient.**
- **Il faudra porter une attention particulière à la rémunération des professionnels de santé afin qu'elle reflète le niveau de charge de travail et de spécialisation nécessaire.**
- **Une attention particulière devra également être accordée au remboursement des médicaments.**
- **Le coût pour le patient et les questions des suppléments et de la transférabilité des assurances hospitalisation devront être investiguées spécifiquement pour l'HAD.**



Recommandation 13

- **Un processus d'assurance de la qualité et de la sécurité devra être mis en place ; il devra être accompagné d'une collecte d'indicateurs de processus et de résultat (sécurité, efficacité) et d'indicateurs socio-économiques (efficacité). La satisfaction et la qualité de vie du patient et de son entourage doivent également être évalués.**

Recommandation 14

- **Des guidelines, des protocoles, des outils d'information et des outils de screening proactif du patient devront être développés.**



Recommandation 15

- Des systèmes d'échanges informatisés de données (intégré au plan national e-health) sont indispensables, pour permettre le partage d'informations entre professionnels de santé et entre les différents cadres de soins, le recueil de données pour le financement et le suivi de la qualité des soins.

Recommandation 16

- Pour soutenir la coordination des services mobilisés pour l'HAD, il faudra poursuivre le développement des structures de coordination et des réseaux locaux existants et s'appuyer sur ceux-ci.

Recommandation 17

- Un accord entre les différents niveaux de compétence devra être négocié, en vue d'une meilleure coordination entre les politiques d'aides à la personne et les politiques de santé, et de modalités de financement qui soutiennent le meilleur intérêt du patient.