



Landelijke kennissessie **Organiseren en Belonen van Samen Beslissen**

Utrecht, donderdag 8 september 2022

Verslag

Op donderdagmiddag 8 september 2022 organiseerde het Programma Uitkomstgerichte Zorg de landelijke kennissessie 'Organiseren en belonen van Samen Beslissen' bij de Social Impact Factory in Utrecht. Ruim 80 deelnemers waren aanwezig. Onder hen inkopers van zorg, beleidsmakers, zorgverleners en patiënt(vertegenwoordigers). Tijdens het plenaire deel en zes interactieve sessies deelden voorlopers op het gebied van Samen Beslissen hun ervaringen.

13.00 uur - Plenaire deel

Opening door dagvoorzitter Jeroen Crasborn:

- Patiënt moet aan het stuur staan van eigen zorg.
- Wat is o.a. nodig om samen beslissen te bewerkstelligen? Flexibiliteit in de bekostiging en meer informatie over de uitkomsten van zorg.
- We zitten hier met een voorlopers ploeg. Voorlopers op het gebied van samen beslissen. Laten we vandaag met elkaar in gesprek gaan over goede voorbeelden en knelpunten. Wat is nodig om samen beslissen beter te borgen?
- Uitkomst Mentimeter: 20% is al 8 jaar en langer bezig met waardegedreven zorg.

Spreker Haske van Veenendaal:

- Samen beslissen hangt samen met gedrag.
- Uit onderzoeken blijkt dat 17 jaar nodig is voor implementatie is bereikt. Is zelf nu 15 jaar bezig.
- Programma Uitkomstgerichte zorg bevat 11 handvatten: waarvan 5 voor betalen en 6 voor organiseren. Zie voor alle 11 de punten de factsheet.
- Kernboodschap = inhoudelijke dialoog. Je moet elkaar in het midden vinden. Samen dit voor elkaar krijgen.

Belangrijkste genoemde punten:

- Sluit aan bij de intrinsieke motivatie van behandelaren
- Kom niet met een 1 vorm oplossing. Maak de verbinding met andere oplossingen. En maak altijd de verbinding met gedragsinterventies.
- Elke organisatie moet zelf uitvinden hoe het wiel in hun organisatie werkt.
- Meetbaar vs. merkbaar. De laatste jaren ligt er (te) veel nadruk op meetbaar. Terwijl merkbaar net zo belangrijk is.
- Maak van uitkomstgerichte zorg geen op zichzelf staand project. Integreer het in de dagelijkse werkzaamheden.

- Laten we de beweging niet afremmen omdat de randvoorwaarden (zoals de bekostiging/ financiering) niet goed zijn.

Patiënten perspectief:

- Samen beslissen = het goede gesprek.
Het is a. belangrijk dat een patiënt weet dat er keuzeopties zijn, en b. dat een patiënt weet wat de verschillende keuzes voor hem/haar betekenen. Zodat de patiënt een keuze kan maken waar hij/zij achter staat.
- Aan de beleidstafels is er merkbaar meer aandacht voor samen beslissen. Dit gaat de goede kant op.
- De praktijk loopt echter nog achter. Veel behandelaars onbewust onbekwaam. Het draait om bewustwording hoe je met de patiënt omgaat. Veel behandelaars zijn gewend om voor patiënten te beslissen, en niet met patiënten.
- Een meldactie van de patiënten federatie laat zien dat patiënten tegenwoordig vaker worden geïnformeerd over de verschillende mogelijkheden die er zijn. Het gesprek hoe de verschillende mogelijkheden passen in het leven van de patiënt blijft nog achter.
- Wat heeft de patiënt nodig? Maak expliciet aan de patiënt duidelijk dat er een keuze is en dat je samen wilt beslissen. Plan altijd twee gesprekken in met de patiënt. Bij een eerste gesprek hoor je als patiënt niet wat eraan gezegd wordt. Las een Time Out in. Zodat je het tweede gesprek wel echt met elkaar in gesprek kan gaan.
- Er zijn verschillende tools die hierbij kunnen ondersteunen. Keuzehulp is een instrument, net als de website watertoedoet.nl. Er is een palet aan instrumenten.
- Het is nodig dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars van elkaar (willen) leren. Dat ze dit samen willen doen. En dat ze de wereld van de patiënt begrijpen, anders kom je er niet.

15.45 uur - Plenaire deel

Knelpunten te agenderen in het vervolg op Uitkomstgerichte Zorg

- Het is moeilijk om van gesubsidieerde pilot naar lijn financiering te komen, vanwege o.a.:
 - Het ontbreken van betaaltitels voor samen beslissen die verschuiving in de keten mogelijk maken (bijv. meekijk consult).
 - Keuzehulpen zijn niet op een landelijk openbaar platform gratis beschikbaar.
- Er moeten procesgerichte kpi's opgesteld worden om te financieren op basis van waarde (i.p.v. PxQ), en daarna kpi's op de uitkomst.
- Het digitaal uitwisselen van gegevens door de keten heen moet verbeteren om meer inzicht te creëren.
- In richtlijnen moeten meer opties voor samen beslissen worden meegenomen, zodat zorgverleners kunnen richten op de belangrijkste waarden voor de patiënt.
- Financiering vanuit IZA is incidenteel en niet structureel.
- Er moet vertrouwen zijn om met elkaar aan samen beslissen te werken.
- Gedragsverandering van zorgverleners (om niet alleen op harde uitkomsten te beslissen) kost bewustzijn en tijd.
- De ontwikkelde scholing van zorgverleners op samen beslissen moet nog geïmplementeerd worden.

Verslaglegging deelsessies

Samen Beslissen = duurzaamheid; do's en don'ts vanuit de praktijk

Irene Rootjes, Noordwest Ziekenhuisgroep

- In het NWZ-ziekenhuis is samen beslissen ingevoerd.
- Voor goede invoering is het belangrijk om het in het DNA van het ziekenhuis te implementeren, hiervoor zijn de volgende acties nodig/uitgevoerd:
 - o Samen beslissen is opgenomen in het meer jaren beleid van het ziekenhuis
 - o In de maandelijkse gesprekken van het bestuur met de staf wordt samen beslissen meegenomen
 - o Er is een opleidingsplan voor samen beslissen. De Aio's hebben veel interesse, bij de opleiders is dit vaak een minder bekend onderwerp
 - o Bij de jaarlijkse opleiding dag is dit een thema
 - o Inbouw in het EPD van de keuzehulpen zodat de vragenlijsten uitgestuurd kunnen worden naar de patiënten en de resultaten beschikbaar zijn voor de zorgverleners
 - NWZ was voor HIX een pilot ziekenhuis, dit systeem is nog maar net opgeleverd
 - o De afdeling patiënten communicatie moet worden meegenomen in projectgroep, omdat de patiënt essentieel is voor het succes van samen beslissen
- Het is belangrijk om de patiënten goed mee te nemen.
 - o Door middel van voorlichtingsmateriaal en filmpjes op de website
 - o Gebruik keuzehulpen
 - o In de patiënten nameting zit ook een vraag over Samen beslissen hoe dat is ervaren
- Belangrijk is ook de huisartsen te informeren en mee te nemen.
- Kwaliteit is de basis, Samen beslissen is geen doelmatigheid.
 - o Zorgverzekeraars zagen minder operaties bij de orthopedie en dachten dat dat door samen beslissen kwam. De orthopeden hadden betere afspraken met de huisartsen/fysiotherapeuten in de regio hadden wat betreft doorverwijzen. Ze waren niet bewust bezig met samen beslissen.
 - o Andere vakgroepen zorgde samen beslissen juist voor duurdere keuzes.
- Maak samen beslissen geen item in het contract of een KPI. Dat geeft alleen administratie. Samen beslissen moet in het DNA komen van het ziekenhuis, dat kan beter met transformatiegelden.
- Keuzehulpen hebben hoge kosten, zowel het gebruik, de implementatie in het EPD en de jaarlijkse onderhoudskosten. Dit levert hier een slechte business case op voor het ziekenhuis. Keuzehulpen zouden gratis beschikbaar moeten zijn voor iedereen.

Tijd voor inhoud - Ruud Sijbers (Annatommie) en Jasper Bosma (Proctos Kliniek)

- Zorg dat verzekeraars en klinieken/ziekenhuizen wel over samen beslissen spreken, maar maak er geen KPI van.
- Belangrijk is intrinsieke motivatie van de kliniek en verzekeraar over Samen beslissen. Het gesprek moet gaan over hoe barrières weggenomen kunnen worden.
- Zorg voor goede tijd aan de voorkant van het proces: goede triage, ophalen informatie van de patiënt wat vindt hij/zij belangrijk, goede en snelle diagnostiek, multidisciplinair. In deze huizen gebeurt dat op één dag zodat de patiënt aan het einde van de dag een behandelplan heeft.
- Spanning tussen alles op één dag en de patiënt mee laten beslissen. De patiënt heeft bedenktijd nodig. Dit wordt deels ondervangen door de patiënt van tevoren al te informeren over de mogelijke aanpak op de website. En de behandeling start niet meteen op de dag dat de diagnose wordt gesteld en het behandelplan wordt vastgesteld, de patiënt kan daarna de behandeling nog aanpassen.
- Als de patiënt achter het behandelplan staat, is de patiënt ook gemotiveerder voor de behandeling.
- Meer tijd voor eerste consult leidt vaak tot meer conservatieve behandelingen. Patiënt wordt vaak doorgestuurd door de huisarts voor operatie, terwijl andere oplossingen nog niet besproken of geprobeerd zijn.
- Er zijn in het systeem verkeerde financiële prikkels voor keuzes.
 - o Bij zorgverleners: operaties leveren vaak financieel meer op. Betere prijs voor intake zou dat kunnen oplossen.
 - o Bij patiënt: niet alle conservatieve behandelingen (denk aan fysiotherapie, brace, dieet) worden vergoed door de verzekeraar, terwijl de operatieve behandeling wel wordt vergoed.

Samen Beslissen, Samen Ontdekken - Inge Blokzijl, Gé Keizers (Bernhoven) en Jacqueline Batenburg (VGZ)

- Maandelijks bijeenkomsten in het begin, vanuit variabele beloning medische staf geschoold. Dit werd door patiënten heel positief ervaren. Focusgroepen gehouden en implementatie verplicht gesteld. Het vergt commitment van specialisten en patiënten.
- Hulpmiddelen voor de arts, tijd, registratie en financiering zijn randvoorwaarden. Daar hoort ook een exit strategie bij. Al heel snel 15% minder ingrepen, maar zo snel kun je de kosten niet terugbrengen.
- Je moet evalueren en in gesprek blijven met de zorgverzekeraar. Afscheid nemen van dingen die niet werken.
- Bernhoven heeft vaak last gehad van de wet op de remmende voorsprong. Zo is er nu een pilot mogelijk met een meekijkconsult bij de huisarts, dit wordt enorm gewaardeerd door huisartsen en patiënten. Maar toen Bernhoven hiermee begon voor dermatologen was een pilot nog niet mogelijk. Het ziekenhuis betaalde, terwijl 60% van de patiënten hierdoor niet naar het ziekenhuis hoefden voor een behandeling, waardoor de financiering een probleem werd.
- Je moet binnen de DBC-systematiek goede financiële afspraken maken, dat kan ook met MSB's, niet alleen met specialisten in loondienst.
- De aanneemsom wil je na verloop van tijd vanaf, omdat het minder goed monitoring biedt en minder prikkelt tot continu verbeteren.

- Je kan 4 patiëntengroepen onderscheiden met een eigen financieringsmethode afhankelijk van het doel: Voor chronische patiënten een abonnement; voor acute zorg beschikbaarheid; voor de OK lean and mean en dan heb je nog diagnostiek, waarbij je geen invloed hebt op wat er vanuit de huisarts wordt ingestuurd.
- Het is een cultuur die in de haarvaten van het ziekenhuis moet zitten. Na te streven doelen echt bespreken met de patiënt, daarna kun je beter de familie aan. Het daarom erg belangrijk dat de verpleegkundige hier ook bij betrokken is.

VGZ

- Samen Beslissen is een onderdeel binnen de Zinnige zorgstrategie van VGZ. Keuzehulpen kun je gebruiken om samen te beslissen, maar er zijn meerdere instrumenten. VGZ heeft 150 initiatieven, die zijn ontwikkeld door het veld, in het zonnetje gezet en opgeschaald naar andere aanbieders in het hele land. Er wordt een podium geboden op vele manieren om de voorbeelden meer bekendheid te geven.
- In gebruikersgroepen wordt samengewerkt met 6 à 8 ziekenhuizen om gezamenlijk te werken aan implementatie, door de KPI's te delen met elkaar en te verdiepen op onderwerpen. Voor deze groep zijn prijsafspraken gemaakt met keuzehulpleveranciers om de keuzehulpen laagdrempelig beschikbaar te krijgen.
- Opschaling neemt in vogelvlucht toe, met o.a.:
 - o Ziekenhuisbrede trainingsprogramma's
 - o Initiatieven die passen bij de lokale context en continu verbeteren stimuleren
 - o Leren met elkaar (proudly copied from) door verbeteringen van elkaar over te nemen
 - o Aanpassing van het zorgproces (i.p.v. het erbij doen)
 - o Ambassadeurs op het podium

Take away:

- Doen: succes vieren, bijsturen en afstoten als het moet;
- de manier van financieren van onze zorg verbeteren, en;
- bij nieuwe projecten al nieuwe coderingen vaststellen.

Van project naar organisatie - Anne Vogelaar en Ellen Parent (Santeon)

- Het doel van het Experiment waardegedreven zorg van Santeon is data zo inzetten dat de patiënt er ook wat aan heeft.
- Voor patiënten met borstkanker en chronische nierschade is gekeken hoe je data in de spreekkamer kan brengen op verschillende manieren, voor patiënt en professional. Per sleutelmoment wordt gekeken wat het beste past.
- Verwachte effecten:
 - Minder: twijfel, spijt, kosten, operaties
 - Meer: zie powerpoint presentatie
- Het experiment wordt gedeeld op de website (procesbeschrijvingen etc.), zodat de blauwdruk gebruikt kan worden door iedereen. Er ligt een studie onder het experiment, waarin de effecten worden bekeken, daar wordt op termijn over gepubliceerd.

Borstkanker

- Behandeling, kwaliteit van leven en complicaties worden gevolgd in een dashboard.

- Waar ligt het aan als patiënten stoppen met hormonale therapie? Samen kan je onderzoeken wat de redenen zijn en kijken wat de mogelijkheden zijn (bijv. wisselen van medicatie of tijdelijk stoppen).
- Er wordt een keuzehulp nacontrole ingezet. Opties worden toegelicht in de keuzehulp en de voorkeuren worden besproken in het ziekenhuis. Bij alle 7 ziekenhuizen draait de keuzehulp, participatie tussen 60 en 70%. Patiënten met lage gezondheidsvaardigheden wordt het makkelijker gemaakt door een uitrijvel dat de arts invult en de patiënt meekrijgt na het consult. Er wordt ook gestimuleerd om een naaste mee te nemen.

Chronische Nierschade

- Er zijn in Nederland 1,7 miljoen mensen met chronische nierschade. Op basis van de bloedwaarden gaan patiënten bij matig tot zeer ernstige schade naar het ziekenhuis voor preventie van nierfunctie achteruitgang en behandelen als niervervangende therapie nodig is.
- Er zijn minder sleutelmomenten dan bij borstkanker, maar veel behandelopties. Ook hier wordt een dashboard (gevuld vanuit EPD en Questmanager) en keuzehulp ingezet, plus filmpjes van andere patiënten en een kwaliteit van leven instrument (wat wil ik). Er zijn ook linkjes naar nieren.nl in de pdf voor de patiënt.
- Maasstad heeft 60 patiënten geïnccludeerd, 70% vult de PROM in (kan met Hix en Epic).
- Er worden 4 vragen aan de patiënt gesteld voorafgaand aan het spreekuur. Het doel is inzicht geven in de ziekte, het ziektebeloop en de knoppen waaraan gedraaid kan worden.

Ervaringen:

- Patiënten worden geïnccludeerd omdat ze het leuk vinden. Ze vinden het veel fijner als ze thuis kunnen inloggen, maar dat lukt nog niet.
- Professionals geven aan dat er heel veel informatie is en agendasetting belangrijk is, zodat je bespreekt wat noodzakelijk is.
- Er komen ook klachten uit voort en punten waar de professional niet in is opgeleid, waar meer expertise op nodig is (bijv. van een seksuoloog).
- Er wordt vaker gekozen voor thuisdialyse, maar er is wel een capaciteitsprobleem in de begeleiding hiervan.

Geleerde lessen:

- Consulten kosten extra tijd in het begin, worden wel efficiënter ingezet uiteindelijk
- Mogelijk extra consulten nodig
- Bij implementatie extra inzet nodig
- ICT niet altijd toereikend

In de organisatie borgen:

- Ervaren waarde tastbaar maken
- SB op alle niveaus op de agenda
- Geschoolde teams
- Eigenaarschap van projectleider naar zorgprofessional krijgen
- Oplossing voor de besparing elders

Uitdagingen:

- Hoe blijven jonge AIO's gemotiveerd om volgens het juiste proces te werken als het in de praktijk anders gaat?
- Spanningsveld: maatschappelijk gezien wil je de best passende zorg voor de patiënt niet combineren met sturen op minder zorg.
- De NZa mag meer vaart maken als het gaat om oplossingen voor het financieringssysteem.
- Hoe ga je naar lijnfinanciering. Je maakt meer kosten en behandelt minder, hoe kan je de waarde daarvan concreet maken in een KPI. Patiënten zijn al heel gauw dankbaar en geven allemaal een goed cijfer, dat beperkt de waarde ervan.
- Je kan ook observaties doen met steekproeven, waarin met de option 5 methode wordt vastgesteld of de vaardigheden aanwezig zijn. Onbewuste onbekwaamheid haal je hiermee naar boven en je kan het meenemen in training. Dit willen leren en blijven trainen zou je verplicht moeten stellen. Wel starten bij artsen die er ontvankelijk voor zijn en accreditatiepunten aan hangen of compenseren, want er is nog best veel weerstand hiertegen.

Waardegerichte contracten als oplossing voor de zorgcrisis - Dennis Diederix en Linnea Christiaans (Maasstad Ziekenhuis en Zilveren Kruis)

Introductie:

- Hoe wij denken wordt bepaald door de kaders waarin we denken. Het is de kunst om anders te gaan denken en te gaan doen. 'Als je doet wat je deed, krijg je wat je kreeg' (Einstein).
- Mentimeter:
Vraag: Wat houdt Samen Beslissen het meeste tegen?
Antwoorden: Urgentie, budget, tijd, financiering op de lange termijn (op de korte termijn zijn er voldoende subsidiemogelijkheden, daarna stopt de geldstroom).

Vraag: Samen Beslissen is een middel. Wat willen we bereiken?
Antwoorden (keuzeopties): Hogere kwaliteit van zorg: 59%, Hogere patiënttevredenheid: 42%. Minder maatschappelijke kosten: 6% verhogen medewerkers tevredenheid: 0%.

Waardegedreven contract tussen ZK en Maasstad Ziekenhuis als oplossing voor de crisis in de zorg:

- Hoe wij denken wordt bepaald door de kaders waarin we denken. Het is de kunst om anders te gaan denken en te gaan doen. 'Als je doet wat je deed, krijg je wat je kreeg' (Einstein)
- Uit onderzoek blijkt dat Samen Beslissen leidt tot conservatiever behandelen en dit leidt tot minder kosten.
- **Discussiepunt: Gaan de zorgkosten door Samen Beslissen wel altijd omlaag?** Als je over alle patiënt gesprekken 2 zo lang doet (omdat je standaard 2 gesprekken inplant), dan vergt dit heel wat winst opleveren op andere plekken om dit te compenseren.
Reactie: Studies laten zien dat Samen Beslissen effectiever is op de long run.
- **De basis van een waardegedreven contract is slimmer werken.** De oplossing moeten we niet zoeken in meer productie. Slimmer werken is meer aandacht voor triage, zorg op de juiste plek. Op de manier kan je effectiever behandelen.

- Maasstad Ziekenhuis en Zilveren Kruis zijn afgestapt van p x q. Wel is een aanneemsom afgesproken + 4 kpi's waarop wordt gestuurd. Vooralsnog zijn dit kpi's die procesgericht zijn. (het is ook proces om door te ontwikkelen). Het doel is om uiteindelijk kpi's op uitkomst af te spreken.
- Zilveren Kruis: Het was een voordeel dat we met Maasstad Ziekenhuis een meerjarenafspraken hebben staan. Daar konden we makkelijk op voortbouwen. We zijn onderweg naar uitkomst kpi's. Idealiter zijn er hoogover 2 kpi's waarbinnen een ziekenhuis ruimte heeft.
- Maasstad Ziekenhuis: Het is belangrijk om de zorgverleners mee te krijgen in het verhaal. Het stellen van interne kpi's helpt daarbij. Op die manier begrijpen ze intern ook beter waar we het over hebben en waar we naar toe willen. We merken dat kpi's zijn ook prettig werkbaar zijn voor interne afspraken.

Samen beslissen = samen bekostigen: vraagt samenwerking en lef! - Hanneke van der Wal-Huisman en Floor Nuenen (UMCG)

- Hanneke en Floor zijn 8 jaar geleden begonnen met 'passende zorg voor de patiënt'.
- Hanteren het 'Model passend behandelplan': dit beschrijft wat je allemaal in het behandelproces zou willen hebben.
- Werkwijze UMCG: Bij het MDO is een internist ouderengeneeskunde aanwezig. De ervaring leert dat de internist ouderengeneeskunde een holistisch perspectief meebrengt.
- Zorgprofessionals vinden het helemaal niet makkelijk om een goed gesprek te voeren met de een patiënt en te bespreken wat er nu echt toe doet. Dat vergt ervaring en tijd.
- Een verpleegkundige moet van goeden huize komen om in het mdo het patiëntperspectief goed te kunnen belichten. Dit moet goed gepitcht worden anders zal de medicus hier niet op aangaan. Het UMCG traint verpleegkundige om het patiëntperspectief goed te belichten in een mdo.

Onderzoek van het UMCG wijst uit: Bij 250 patiënten is het goede gesprek aangegaan. Bij 27% van de patiënten is het advies daarna aangepast.

- De winst behaal je door al vroeg het gesprek aan te gaan.
- Verpleegkundigen hebben een belangrijke rol bij samen beslissen.
- De verpleging is ook aanwezig bij het gesprek. Ze hebben hier een dubbelrol. 1. Om de patiënt bij te staan. 2. Om de arts te ondersteunen.
- Het is superbelangrijk om verpleegkundigen hierin te scholen; hoe pitch je het perspectief van de patiënt bij de medicus? De medicus vindt het lastig om te gaan met de informatie van de verpleegkundigen. Omdat het niet gericht is op harde uitkomsten.

Knelpunten:

- De winst behaal je door al vroeg het gesprek aan te gaan.
- De financieringsstructuur is een groot obstakel. Richt de dbc structuur anders in. Passende financiering is randvoorwaardelijk.
- Er is geen financiering/ prestatie voor de tijd van de verpleegkundige.

- De angst om minder te doen is groot. Samen beslissen kan negatieve financiële consequenties hebben. (Een dbc met een operatie levert veel meer op dan een dbc zonder operatie.)
- Tijd is een terugkomend knelpunt als het gaat om samen beslissen. Er is wel tijd om 10 à 12 uur te opereren. Maar een gesprek van een uur daar is geen tijd voor. Dit heeft met de organisatie en de bekostiging te maken.

Aanbeveling:

- Meten = weten. Meten geeft inzichten. Maar het is lastig om een goede kostenvergelijking te maken. Je kan als aanbieder of als verzekeraar niet zomaar in dossiers kijken. Het zou een enorm voordeel zijn als meer gegevens uitgewisseld kunnen worden. Over de gehele keten heen.
 - Meten geeft ook motivatie tot gedragsverandering. Het vereist een gedragsverandering, ook van de medici zelf, om niet op harde uitkomsten te beslissen. En dit verandert niet van de een op de andere dag, maar kost tijd.
- Einde -

Hartelijk dank voor jouw belangstelling!