



Samen beslissen bij ouderen met kanker



umcg



Wilhelmina Ziekenhuis Assen



Martini Ziekenhuis

EVIDENCIO



nfk



Zilveren
Kruis

Regionale
Oncologienetwerker



Zorginstituut Nederland

Inhoud

Leeswijzer	3
Managementsamenvatting	4
Lijst met afkortingen en begrippen	5
Inleiding	6
Rationale	6
Model passend behandelplan	7
Financiering	7
Periode	7
Deelnemende zorgtrajecten en ziekenhuizen	7
Projectverloop	8
Projectorganisatie	8
Interne projectorganisatie	8
Organisatie van de deelnemende zorgtrajecten	8
Projectplan	9

Deelprojecten	11
Deelproject 1: Patiëntinformatie voor samen beslissen	11
Deelproject 2: Informatiebehoefte zorgverleners / Verwerking Huisartsgegevens in Evidencio	12
Deelproject 3: Terugkoppeling MDO naar huisartsen	14
Deelproject 4: Scholing	15
Deelproject 5-7: Implementatie	17
Deelproject 5 Implementatie UMC	17
Deelproject 6: Implementatie perifeer ziekenhuis 1	19
Deelproject 7: Implementatie perifeer ziekenhuis 2	19
Deelproject 8: Evaluatie, borging en opschaling	21
Deelproject 9 Financiering	28
Stappenplan	30
Bijlage 1. Informatiepakket samen beslissen voor patiënten	36
Bijlage 2. Factsheet aanvullende informatie zorgverleners 1e en 2e lijn	37
Bijlage 3. Visuele weergave van interventie	38
Bijlage 4. Voorbeeld: brief aan huisarts	39

Leeswijzer

Welkom! Voor u ligt de implementatiegids van het project 'Samen beslissen bij ouderen met kanker'. We hopen dat het zal dienen als voorbeeld en naslagwerk, maar vooral ook als inspiratiebron om zelf in je eigen werkomgeving mee aan de slag te gaan. Want wij zijn ervan overtuigd dat Samen beslissen heel belangrijk is, en dat het zeker bij ouderen met kanker een plek verdient in de zorg. En dat het die plek onder andere kan krijgen door informatie over de kwetsbaarheid en behandeldoelen van de patiënt te betrekken bij de besluitvorming, waarbij idealiter die informatie afkomstig is uit de eerste en de tweede lijn.

In deze implementatiegids vindt u alle informatie over het project dat gefinancierd werd door het Zorginstituut Nederland (ZIN) en dat wij in 2019–2021 hebben uitgevoerd in drie noordelijke ziekenhuizen (UMC Groningen, Martini Ziekenhuis en Wilhelmina Ziekenhuis Assen). Daarbij willen we niet alleen 'droog' vertellen wat we hebben gedaan en wat de uitkomsten waren, maar ook vooruitdenken. Wat hebben wij geleerd en hoe kunnen anderen dat gebruiken als zij eenzelfde soort project gaan uitvoeren?

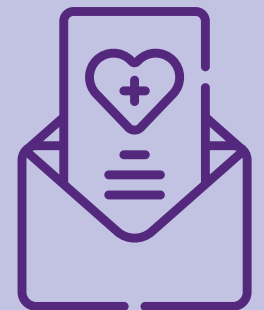
U treft in deze gids in het eerste hoofdstuk de uitleg aan over de opzet van de projectorganisatie. In de volgende hoofdstukken wordt u meegenomen in de inhoud van het project en de resultaten. Ieder hoofdstuk sluit af met tips en leerpunten.

Achterin in deze gids is een (digitaal) invulbaar stappenplan weergegeven. Dit stappenplan kunt u gebruiken voor het implementeren van deze werkwijze in uw eigen omgeving.

Deze implementatiegids geeft weer hoe de implementatie van het project 'Samen beslissen bij ouderen met kanker' is verlopen en vormt samen met het stappenplan een leidraad voor hoe u het project kunt implementeren bij uw eigen afdeling/ziekenhuis. We wensen u daarom heel veel lees- én doeplezier!



Huisarts



Managementsamenvatting

Tussen 2019 en 2021 heeft in drie ziekenhuizen in Noord Nederland (Universitair Medisch Centrum Groningen, Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Martiniziekenhuis Groningen) een interventie plaatsgevonden om gezamenlijke besluitvorming bij ouderen met kanker te bevorderen. Om adequaat samen te kunnen beslissen met alle zorgverleners en patiënt is volledige en tijdige informatie nodig. Het gaat dan om informatie over de ziekte en de mogelijke behandelopties, maar ook over de fysieke, psychische en sociale context van een patiënt en welke doelen en voorkeuren patiënten hebben.

In dit project zijn er binnen vier zorgtrajecten interventies uitgevoerd om deze informatie beter beschikbaar te maken voor zorgverleners en zo het Samen Beslissen te bevorderen.

Dit is gedaan aan de hand van de volgende interventies:

1. De verpleegkundige verzamelt tijdens een gesprek met de patiënt informatie over de gezondheidssituatie en de doelen en voorkeuren van de patiënt, en brengt deze informatie vervolgens in tijdens het Multidisciplinair Overleg (MDO).
2. Informatie over de sociale en gezondheidssituatie en kwetsbaarheid van de patiënt wordt opgevraagd bij de huisarts en deze wordt ingebracht tijdens het MDO (over het algemeen ook door de verpleegkundige).
3. Aanwezigheid en inhoudelijke input tijdens het MDO van de verpleegkundige en een geriater of internist ouderengeneeskunde .
4. Delen van de overwegingen en besluiten van het MDO met alle betrokkenen inclusief de huisarts.

Daarnaast is er geïnventariseerd bij patiënten welke informatie zij wensen en nodig hebben om goed deel te kunnen nemen aan Samen Beslissen. Hiervoor zijn informatiepakketten ontwikkeld. Binnen ieder zorgtraject zijn verschillende onderdelen van de interventie uitgevoerd.

Het uitvragen van informatie over kwetsbaarheid en behandeldoelen door een verpleegkundige en deelname van de verpleegkundige aan het MDO werd door alle deelnemers van deze interventie goed beoordeeld. De input van de verpleegkundige in het MDO wordt gewaardeerd en verpleegkundigen geven zelf aan dat zij de gesprekken een waardevolle toevoeging vinden op hun werk. De aanwezigheid van de geriater/ internist ouderengeneeskunde in het MDO wordt ook door alle partijen gewaardeerd.

Het opvragen en gebruiken van huisartsinformatie kan van meerwaarde zijn. Echter, het is afhankelijk van de inrichting van het zorgpad en van de digitale mogelijkheden van een EPD in hoeverre dit proces efficiënt in te richten is. Belangrijk aandachtspunt is dat wanneer er informatie van de huisarts beschikbaar is, dat deze ook daadwerkelijk besproken wordt in het MDO.

Lijst met afkortingen en begrippen

Colorectale tumoren	Darmkanker
EPD	Elektronisch patiëntendossier
Mammatumoren	Borstkanker
MDO	Multidisciplinair overleg
MZH	Martiniziekenhuis Groningen
POH	Praktijk Ondersteuner Huisarts
Samen Beslissen	Samen Beslissen is het proces waarin arts en patiënt samen tot een besluit komen over welke zorg of behandeling het beste bij iemand past.
UMCG	Universitair medisch centrum Groningen

Verpleegkundige anamnese	In het project verzamelen we informatie over kwetsbaarheid en behandeldoelen door middel van de verpleegkundige anamnese. De kwetsbaarheid wordt in kaart gebracht met de 4 domeinen (somatisch, psychisch, sociaal, functioneel).
WZA	Wilhelmina Ziekenhuis Assen
ZIN	Zorginstituut Nederland
Zorgbelang Groningen	Zorgbelang Groningen – organisatie voor individuele en collectieve belangenbehartiging op het gebied van zorg en welzijn. Werkt samen met zorginstellingen en het sociaal domein ten behoeve van kwaliteit van zorg en goede dienstverlening.

Inleiding

Rationale

Per jaar krijgen ongeveer 40.000 patiënten van 70 jaar of ouder de diagnose kanker en dit aantal stijgt. Tegelijkertijd nemen behandel mogelijkheden toe. Sommige behandelingen kunnen grote gevolgen hebben voor het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven. Een goede balans tussen medisch-technische mogelijkheden, en de wensen en mogelijkheden van de patiënt, is daarom essentieel. Om die goede balans te bereiken is het belangrijk om relevante informatie over de patiënt te weten.

Voorbeelden hiervan zijn informatie over:

kwetsbaarheid

sociaal netwerk

behandeldoelen

coping

In veel gevallen is deze informatie (deels) wel bekend. Bijvoorbeeld bij diens huisarts, Praktijk ondersteuning Huisarts (POH) of bij een zorgverlener in het ziekenhuis. Om een goede balans te kunnen bereiken kan deze informatie gebruikt worden in gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en patiënt.

Momenteel is nog niet altijd sprake van daadwerkelijke gezamenlijke besluitvorming of slechts in beperkte mate ondanks verschillende pogingen daartoe. Eerder onderzoek laat zien dat patiënten vaak niet op de hoogte zijn van het feit dat er verschillende behandelopties zijn of de voor- en nadelen van deze opties niet kennen¹. Patiënten die zich wel bewust zijn van verschillende behandelopties geven in sommige gevallen ook aan hierover graag in gesprek te willen, bijvoorbeeld met de huisarts. De huisarts beschikt echter niet altijd (op tijd) over alle relevante informatie om dit gesprek goed geïnformeerd te kunnen voeren².

Daarnaast is het van belang dat patiënten op een passende manier geïnformeerd worden over hun rol in gezamenlijke besluitvorming. Hierdoor weten patiënten beter wat zij kunnen verwachten tijdens hun ziekte en behandeling en wat er van hen verwacht wordt, bijvoorbeeld bij een keuze voor een behandeling.

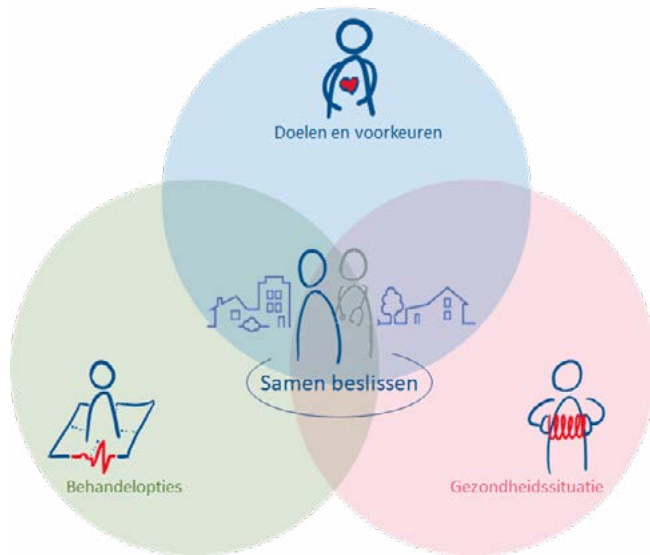
In november 2021 is het project 'samen beslissen voor ouderen met kanker' van start gegaan. Het doel van dit project was om het besluitvormingsproces voor ouderen (70 jaar en ouder) met kanker te verbeteren.

Dit wilden we bereiken door het volgende in gang te zetten:

1. De verpleegkundige verzamelt tijdens een gesprek met de patiënt informatie over de gezondheidssituatie en de doelen en voorkeuren van de patiënt, en brengt deze informatie vervolgens in tijdens het Multidisciplinair Overleg (MDO).
2. Informatie over de sociale en gezondheidssituatie van de patiënt wordt opgevraagd bij de huisarts en deze wordt ingebracht tijdens het MDO (over het algemeen ook door de verpleegkundige).
3. Aanwezigheid en inhoudelijke input tijdens het MDO van de verpleegkundige en een geriatr of internist ouderengeneeskunde.
4. Delen van de overwegingen en besluiten van het MDO met alle betrokkenen inclusief de huisarts.
5. Adequate informatievoorziening voor patiënten over het proces van Samen Beslissen.

¹ NFK: brochure Samen Beslissen 2018.

² Stegmann, M.E., et al., Correspondence between primary and secondary care about patients with cancer: a Delphi consensus study. *Supportive Care in Cancer*, 2019. 27(11): p. 4199-4205.



Model passend behandelplan

Het project is onderdeel van een grotere beweging in het UMCG genaamd 'Passend Behandelplan'.

Het model Passend behandelplan beschrijft dat drie informatiecomponenten noodzakelijk zijn voor een weloverwogen besluitvormingsgesprek waarin Samen Beslissen wordt toegepast. Het gaat om behandelmogelijkheden (medisch technische behandelopties), gezondheidssituatie (dagelijks fysiek, sociaal en psychisch functioneren) en de doelen en voorkeuren van de patiënt (bijvoorbeeld in kaart te brengen met de Outcome Prioritization Tool).

Financiering

Dit project is gefinancierd door het Zorginstituut Nederland als onderdeel van het stimuleringsprogramma Samen Beslissen onder de subsidieregeling 'Leren gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen beslissen' (Jaargang 2021 – Thema Samen Beslissen met kwetsbare ouderen).

Periode

November 2021 – November 2023

Deelnemende zorgtrajecten en ziekenhuizen

Universitair Medisch Centrum Groningen

- Bot en weke delen tumoren
- Chirurgie
- Orthopedie



UMCG

- Hoofd-hals tumoren
- Keel- neus- en oorheelkunde
- Dermatologie



Martiniziekenhuis

- Mammatumoren



Wilhelmina Ziekenhuis Assen

- Colorectale tumoren



Projectverloop

In dit hoofdstuk lichten we toe hoe het project is opgebouwd en welke acties in elke fase zijn ingezet.

Hierbij besteden we eerst aandacht aan de organisatie van het project en vervolgens aan de inhoudelijke stappen binnen het project.

Projectorganisatie

In dit project is samengewerkt tussen verschillende ziekenhuizen, huisartsen en met verschillende disciplines. Het betreft daardoor een zeer complex project met veel verschillende deelnemende partijen en belanghebbenden.

De ervaring in dit project heeft geleerd dat het erg belangrijk is om de interne projectorganisatie goed op orde te brengen.

Interne projectorganisatie

In dit project hebben we gewerkt met een structuur van drie schillen:

- De binnenste schil, het kernteam, had dagelijkse leiding over de uitvoering over het project. Met deze groep vond wekelijks overleg plaats om werkafspraken te maken. Dit was een beperkte groep mensen, die snel kon schakelen. Hierin zat een huisarts en penvoerder van het project, een algemeen projectleider, een verpleegkundige, een researchverpleegkundige en een AIOTO (PhD en huisarts in opleiding).
- Daaromheen vormde zich de projectgroep vanuit het UMCG die een besluitvormende rol had. Deze groep nam inhoudelijke besluiten over de inhoud, organisatie en financiële aspecten van het project. De projectgroep kwam maandelijks bijeen.
- In de buitenste schil zaten de stakeholders die we tijdens het project mee wilden nemen in het project. De stakeholders bestonden uit aangehaakte organisaties, adviseurs en patiëntverenigingen. Deze groep kwam 2 keer per jaar samen. Het doel van de bijeenkomsten was alle betrokken partijen op de hoogte houden, enthousiast krijgen en te houden.

TIPS / LEERPUNTEN

- Indien er sprake is van een gesubsidieerd project, trek dan zoveel mogelijk tijd uit tussen honorering van de subsidieaanvraag en de werkelijke startdatum van het project. Deze tijd kun je benutten voor het samenstellen van de projectgroep, informerende gesprekken en het opstellen van noodzakelijke overeenkomsten en projectplannen.
- Denk van te voren goed na over de projectorganisatie. Wie heeft welke taken, verantwoordelijkheden en welk mandaat? Wat zijn de overlegstructuren en hoe worden alle betrokkenen geïnformeerd?
- Indien mogelijk, zorg voor secretariële ondersteuning in het project voor het organiseren van de vele afspraken.
- Investeer in de beginfase van het project in het regelmatig live zien van alle betrokkenen. In de latere fases van het project is het eenvoudiger om ook digitaal overleg te voeren.

Organisatie van de deelnemende zorgtrajecten

Binnen dit project is hebben verschillende is de interventie geïmplementeerd bij verschillende zorgtrajecten. Dit noemen we deelnemende zorgtrajecten. Ieder zorgtraject had een verschillende beginsituatie, andere motivatie en andere zorgverleners die een voortrekkersrol vervulden. Hierdoor was de manier waarop een deelnemende groep zich organiseerde verschillend in dit project. In alle zorgtrajecten waren in ieder geval medisch specialisten en verpleegkundigen betrokken. In de meeste groepen was ook de medische administratie betrokken.

TIPS/LEERPUNTEN

- Zorg voor een goed bereikbaar aanspreekpunt per deelnemend zorgtraject
- Betrek naast zorgverleners ook beleidsmedewerkers, adviseurs of managers om de organisatorische kant van het project op locatie te begeleiden.

Projectplan

In dit project is aan het begin van de projectperiode een projectplan opgesteld waarin gewerkt werd met een fasering in vier inhoudelijke fases. De fases vormden globaal ook de volgorde van de activiteiten en het tijdschema van het project, maar hadden ook overlap met elkaar.

Fase 1 Voorbereiding

- Inventariseren welke informatie huisartsen en medisch specialisten belangrijk vinden om uit te wisselen.
- Inventariseren welke informatie patiënten waardevol vinden om goed geïnformeerd te worden over Samen Beslissen.

Fase 2 ICT ontwikkeling

- Ontwikkelen en inrichten van ICT-platform om digitaal informatie over een patiënt op te kunnen vragen bij een huisarts.

Fase 3 Implementatie

- Implementeren van de interventie in drie deelnemende centra.
- Implementatie wordt gedaan op basis van de lokale situatie, waarbij de beginsituaties verschillend zijn per centrum.

Fase 4 Evaluatie en opschaling

- Evalueren van de werkbaarheid voor deelnemers en de tevredenheid bij patiënten
- Evalueren van het effect op gezamenlijke besluitvorming
- Evalueren van het type informatie wat gedeeld wordt in het MDO.
- Opschalen naar een nieuw zorgtraject.

Om de fases in het project verder te concretiseren en de taken te verdelen is gewerkt met negen deelprojecten. Ieder deelproject had één of meerdere verantwoordelijken, waardoor er duidelijkheid ontstond in de projectgroep en ieder kan participeren in het onderwerp van zijn keuze.

In het volgende hoofdstuk volgt een uitgebreidere toelichting van de activiteiten per deelproject.

- Deelproject 1: Patiëntinformatie voor samen beslissen
- Deelproject 2: Informatiebehoefte zorgverleners / Verwerking Huisartsgegevens in Evidencio
- Deelproject 3: Terugkoppeling MDO naar huisartsen
- Deelproject 4: Scholing
- Deelproject 5-7: Implementatie
- Deelproject 8: Evaluatie, borging en opschaling
- Deelproject 9 Financiering

Communicatie

Communicatie is een cruciaal onderdeel in het project, waarbij het gaat om zowel interne als externe communicatie. Door adequate communicatie voelen mensen zich betrokken en blijven ze alert op de verandering.

In dit project is de communicatie vormgegeven op de volgende manier:

Project

- Wekelijks overleg Kerngroep
 - Dagelijkse gang van zaken
- Maandelijks overleg met volledige projectgroep
 - stand van zaken
 - belangrijke besluiten
 - vervolg
- Avondbijeenkomsten 'passend behandelplan UMCG'
 - Bredere perspectief met alle projecten rondom het thema 'passend behandelplan'
- Newsflash
 - Elke twee maanden
 - Schriftelijke update over de implementatie

Stakeholders

- Nieuwsbrieven
 - Elke twee maanden
 - Update over het project en de stand van zaken
 - Aankondigingen van bijeenkomsten
- Digitale meetings
 - Startbijeenkomst
 - 1 jaars bijeenkomst

TIPS / LEERPUNTEN

- Stel aan het begin van het project een projectplan op
- Leg vast welke leden uit de projectgroep verantwoordelijk zijn voor welk onderdeel
- Bespreek open met elkaar welke wensen en ambities de projectgroep leden hebben met dit project.
- Hou als binnenste schil regie op de deelprojecten en verbind ze waar nodig op inhoud.

Deelprojecten

Deelproject 1: Patiëntinformatie voor samen beslissen

Doel: Vaststellen wat de patiëntengroep ouderen met kanker nodig heeft om op een passende manier deel te kunnen nemen aan gezamenlijke besluitvorming.

Om te komen tot gezamenlijke besluitvorming weten we dat er zowel voor zorgverleners als voor patiënten stimulerende en belemmerende factoren zijn. In dit deelproject hebben we de focus gelegd op wat patiënten nodig hebben om gezamenlijk tot een goed behandelbesluit te komen. Er is een inventarisatie gedaan naar de bestaande communicatiemiddelen zoals websites of flyers. Samen met een patiënten belangen vereniging (Zorgbelang Groningen) is er een focusgroep georganiseerd, waarbij patiënten bij de deelnemende ziekenhuizen en via patiëntorganisaties uitgenodigd zijn om deel te nemen. De onderwerpen die besproken zijn tijdens de focusgroep zijn: 'wat helpt jou om samen te kunnen beslissen en wat houdt je tegen om samen te kunnen beslissen'. 'Op welke momenten wil je graag bepaalde informatie hebben en op welke manier zou je die informatie willen ontvangen'. De deelnemers gaven onder andere aan dat het heel belangrijk is om volledige informatie te krijgen, waarbij geen informatie werd weggelaten. Ook werd het belangrijk gevonden dat zorgverleners de tijd namen voor een gesprek en dat de naasten erbij betrokken werden. Met de opgedane informatie uit de focusgroep en de inventarisatie van de patiënteninformatie over samen beslissen die nu gebruikt wordt op de deelnemende afdelingen is een informatiepakket opgesteld. Er is kritisch gekeken naar welke informatie er beschikbaar is en welke informatie voor welk moment geschikt is.

Vervolgens is de inhoud van dit informatiepakket nogmaals getoetst bij patiënten. Er is een tweede focusgroep georganiseerd om te toetsen wat de patiënten vinden van de geselecteerde informatie over samen beslissen: welke informatie zouden ze zelf gaan gebruiken, wanneer willen ze welke informatie ontvangen en wat vinden ze van de informatie. Uit de focusgroep kwam naar voren dat het maatwerk is en dat het erg afhangt van de wensen en de situatie van het individu welke informatie nuttig is. De ene patiënt heeft behoefte om alles te willen weten over het ziektebeeld en het hele zorgtraject, terwijl de ander zegt ik hoef niet alles te weten want ik vertrouw op wat de dokter zegt. Ook kan het zijn dat de patiënt van zichzelf mondig genoeg is om vragen te durven stellen terwijl de ander helemaal dichtklapt wanneer deze het slechte nieuws heeft ontvangen en dan wel baat zou kunnen hebben bij specifieke informatie.

Het ontwikkelde informatiepakket is beschikbaar in bijlage 1.

TIPS/LEERPUNTEN:

- Betrek patiënten bij het project op verschillende momenten in het proces.
- Zorg bij het betrekken van patiënten voor een diverse en representatieve afspiegeling van de doelgroep
- Trek samen op met een belangenvereniging voor patiënten

Deelproject 2: Informatiebehoefte zorgverleners / Verwerking Huisartsgegevens in Evidencio

Doel: Op basis van volledige informatie over de patiënt kunnen er behandeladviezen geformuleerd worden en kunnen deze gezamenlijk worden besproken met de patiënt.

Om tot een goed behandeladvies te komen is het nodig om te weten welke informatie men in het ziekenhuis in een vroeg stadium wil ontvangen van de huisarts en welke informatie teruggebracht moet worden van het ziekenhuis naar de huisarts. Hiervoor kunnen we gedeeltelijk putten uit eerder verricht onderzoek, waaruit bleek dat er behoefte is aan het beter delen van informatie over kwetsbaarheid en sociale situatie van patiënten en informatie over behandelopties en overwegingen³. Aanvullend zijn er vragenlijsten samengesteld voor artsen en verpleegkundigen in 2e- en 3elijns ziekenhuizen en voor huisartsen en praktijkondersteuners (POH) om input te verkrijgen over welke informatie van belang kan zijn voor de specialisten en verpleegkundigen en andersom.

Evidencio



Evidencio levert een beslisondersteunend platform aan UMCG, WZA en MZH voor multidisciplinaire oncologische overleggen. Ziekenhuizen hanteren verschillende werkwijzen, maar het gebruik van dit beveiligde platform is optioneel. Via het EPD kan een beveiligde brief naar de huisarts worden gestuurd om patiëntinformatie op te vragen, met inloggegevens gekoppeld aan de patiënt. Artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis kunnen deze informatie bekijken en gebruiken tijdens het MDO voor behandelbesluitvorming.

Een overzicht van de geselecteerde items is weergegeven in een factsheet (zie bijlage 2).

Naar aanleiding van de vragenlijsten is een formulier opgesteld om de informatie bij de huisarts op te vragen. Dit formulier wordt weergegeven in het platform van Evidencio (zie kader).

Wanneer het EPD het niet toelaat om een brief te versturen kan ervoor gekozen worden om de brief per mail te versturen naar de huisarts. De praktijk laat zien dat de mail niet altijd goed aankomt waardoor de informatie van de huisarts ontbreekt op het moment dat het MDO plaatsvindt.

Zorgdomein

Wanneer men geen gebruik kan of wil maken van Evidencio is er een alternatief waarbij er via Zorgdomein standaard informatie meegeleverd wordt met de verwijzing. Het Martini ziekenhuis heeft ervoor gekozen om een aantal vragen toe te voegen aan Zorgdomein bij vrouwen van 70 jaar of ouder met sterke verdenking op borstkanker. Bij de verwijzing heb je dan al meer informatie over de kwetsbaarheid van de patiënt.

De volgende vragen zijn toegevoegd aan Zorgdomein:

- Acht u de patiënt kwetsbaar of twijfelt u of patiënt behandelingen zoals chemotherapie aan zou kunnen? Vermeld dit dan bij aanvullende informatie
- Wilt u dat er contact met u wordt opgenomen als de diagnose borstkanker wordt gesteld alvorens de behandeling wordt besproken in het MDO? Dan ook graag vermelden
- Kwetsbare oudere ja/nee

³ Stegmann, M.E., et al., Correspondence between primary and secondary care about patients with cancer: a Delphi consensus study. *Supportive Care in Cancer*, 2019. 27(11): p. 4199-4205.

Telefonisch

Wanneer er geen gebruik gemaakt wordt van Evidencio kan er telefonisch informatie opgevraagd worden aan de hand van de voorgestelde items. De items kunnen vastgelegd worden in een standaard notitie in het EPD zodat wanneer er telefonisch contact is met de huisarts de informatie gestructureerd vastgelegd kan worden in deze notitie en dit beschikbaar blijft in het EPD.

Eventueel kan – in plaats van de huisarts – de doktersassistente of de praktijkondersteuner van de huisarts de informatie verstrekken over de patiënt indien deze de patiënt kent.

Ervaringen tijdens de implementatie

Bij het deelproject implementaties is per implementatiegroep beschreven waar men tegen aan liep bij het opvragen van informatie en hoe dit is opgelost. In het algemeen bleek belangrijk dat de uitnodiging voor het delen van informatie kort maar wel helder is met de belangrijkste boodschap zowel bovenaan als onderaan de brief. Verschillende huisartsen maakten zich zorgen over de privacy, het is daarom belangrijk te benoemen dat het delen van deze informatie onder reguliere zorg valt en geen aanvullende toestemming vereist. Een huisarts gaf aan dat hij het niet nodig vond om informatie te delen en liever had dat het ziekenhuis de informatie zelf volledig in kaart bracht zonder hem lastig te vallen. De meeste huisartsen bleken echter na deze aanpassingen tevreden over het verzoek. Wel bleef in alle implementatiegroepen het resultaat wisselend: niet voor alle patiënten deelde de huisarts informatie. We hebben niet onderzocht of dit te maken had met de specifieke situatie van de patiënt (bijvoorbeeld niet kwetsbaar) of met andere factoren omdat dit buiten de scope van dit implementatie project viel.

TIPS/LEERPUNTEN:

- Bij het versturen van een verzoek om informatie naar de huisarts moet het duidelijk zijn wat er verwacht wordt van de huisarts. Stel een duidelijke vraag! Houdt bij de formulering van de vraag er rekening mee dat nog niet bij iedere patiënt de diagnose is vastgesteld. Een voorbeeld brief is beschikbaar in bijlage 4.
- Het opvragen van de informatie van de huisarts over een patiënt valt onder de reguliere verwijzing en vereist geen extra toestemming van een patiënt. Vermeld dit eventueel extra in het bericht naar de huisarts.
- Huisartsen reageren niet altijd direct op het verzoek. Bepaal of er vanuit het ziekenhuis een (telefonische) reminder wordt gedaan en zo ja door wie. Dit kunnen zorgverleners zijn, maar ook een secretariaat of medische administratie.
- Het platform Evidencio is open toegankelijk voor alle ziekenhuizen. Echter voor het gebruik in de directe patiëntenzorg is een licentieovereenkomst noodzakelijk, waar kosten aan verbonden kunnen zijn.

Deelproject 3: Terugkoppeling MDO naar huisartsen

Doel: De verschillende besproken behandelopties en de uitkomsten van het MDO worden per brief teruggekoppeld aan de huisarts.

De praktijk laat zien dat naar aanleiding van het polikliniekbezoek van een patiënt een brief gestuurd wordt naar de huisarts. Hierin wordt vaak informatie verstrekt over diagnose, anamnese en de medische voorgeschiedenis, maar wordt niet altijd gestructureerd ingegaan op de mogelijke behandelopties en de argumentatie voor het gekozen behandelbesluit. Huisartsen geven aan dit wel graag duidelijker terug te willen zien in de brief, zodat ze zelf in de spreekkamer met de patiënt de verschillende behandelopties nog eens door kunnen nemen indien de patiënt daar behoefte aan heeft⁴.

Een eerder project (genaamd INFUZE, vanuit het Citrien programma) heeft een format opgeleverd voor een brief van medisch specialisten naar huisartsen. Echter, dat project heeft ook geleerd dat het exacte gebruik van de brief sterk bepaald wordt door persoonlijke voorkeur van artsen en dat dit zich niet volledig laat uniformeren. In de implementatie van dit deelproject hebben we de geleerde lessen uit het INFUZE project gedeeld en opties aangedragen waarmee medisch specialisten de informatie beter kunnen terugkoppelen in hun brieven. Dit deelproject is niet bij alle deelnemende zorgtrajecten als interventie geïmplementeerd. De focus lag bij de meeste groepen meer op het verzamelen en gebruiken van aanvullende informatie en minder op de terugkoppeling. De totale interventie was voor veel zorgtrajecten groot en vroeg veel van de deelnemers. Door de veelheid aan verschillende interventies raakten deelnemers 'verandermoe'. Er werd veel verandering van ze gevraagd, waardoor ze dat niet allemaal tegelijk konden uitvoeren. Dit deelproject is daarom lager geprioriteerd dan de implementatie van de nieuwe werkwijzen in het MDO en is daarmee minder goed tot uitvoer gekomen. Bij enkele van de deelnemende groepen is hier wel een start mee gemaakt.

TIPS/LEERPUNTEN:

- Iedere groep zorgverleners heeft een eigen standaardopmaak waarin zij de brief versturen naar de huisarts. Hou hier rekening mee als je de brief wil aanpassen.
- In het gehele project wordt soms veel gevraagd van deelnemende zorgtrajecten en van individuele zorgverleners. Niet alle veranderingen kunnen tegelijk gerealiseerd worden, of groepen zijn 'verandermoe'.

⁴ Stegmann, M. E., Meijer, J. M., Nuver, J., Havenga, K., Hiltermann, T. J., Maduro, J. H., ... & Berendsen, A. J. (2019). Correspondence between primary and secondary care about patients with cancer: a qualitative mixed methods analysis. *European journal of cancer care*, 28(1), e12903.

Deelproject 4: Scholing

Doel: De betrokken verpleegkundigen en specialisten krijgen een scholing aangeboden om het proces van gezamenlijke besluitvorming vorm te geven in de praktijk

Binnen het UMCG is – samen met het instituut voor scholing en opleiding – door een aantal medewerkers een interdisciplinaire scholing ontwikkeld; "van patiënt naar persoon". Tijdens deze scholing worden handvatten aangereikt om als team (arts en verpleegkundige) een passend behandel- en zorgplan te bepalen dat afgestemd is op de voorkeuren/doelen van de oudere patiënt. De scholing kan gegeven worden in verschillende varianten met een duur variërend van één dagdeel tot twee volledige dagen. Met een trainingsacteur wordt er door verpleegkundigen geoefend met het afnemen van een verpleegkundige anamnese en het in kaart brengen van doelen en voorkeuren. In de scholing wordt gebruik gemaakt van verschillende methoden en instrumenten. De Outcome Prioritization Tool (OPT) is een voorbeeld van een instrument om doelen en voorkeuren met patiënten te bespreken. (Zie kader).

Verpleegkundigen leren daarbij ook hoe zij als volwaardige deelnemer kunnen participeren in het MDO. Anderzijds leren medisch specialisten over de nut en noodzaak van aanvullende informatie over kwetsbaarheid en behandeldoelen voor de besluitvorming. In dit project is per deelnemende groep een passende scholing aangeboden die aansluit bij de wensen en behoeften van de groep. Vervolgens hebben de verpleegkundigen in de praktijk meegekeken bij meer ervaren collega's op dit gebied en hebben ze de eerste keer onder begeleiding een verpleegkundige anamnese afgenomen. Deze vorm van 'teaching on the job' zorgt voor een snel leereffect.

Algemene informatie over de standaard scholing is te vinden op de website van het UMCG Van patiënt naar persoon (umcg.nl).

Beschrijving van de interventie

1. **Verpleegkundige anamnese afnemen**
Verpleegkundigen gaan in gesprek met de patiënt om aanvullende informatie te verzamelen
2. **Huisartsinformatie opvragen**
De huisartsinformatie wordt opgevraagd door middel van een brief.
3. **Deelname MDO**
De verpleegkundige en de ouderengeneeskundige / geriater sluit aan bij het MDO
4. **Meewegen aanvullende informatie in besluitvorming**
De informatie van de verpleegkundige en huisartsinformatie wordt meegewogen in de behandelbesluitvorming in het MDO of in de spreekkamer.
5. **Terugkoppeling naar de huisarts**
De huisarts wordt op de hoogte gebracht van het behandelbesluit en ontvangt de terugkoppeling.

Outcome prioritization tool (OPT)

De OPT (Outcome Prioritization Tool) is een gesprekshulp om met de patiënt te bespreken welke algemene (behandel)doelen het belangrijkste zijn. Deze gesprekshulp kan gebruikt worden voor allerlei aanstaande behandelkeuzes. De OPT is een kaart met vier visueel analoge schalen die elk een algemeen behandelgoal weergeven:

- Levensverlenging
- Onafhankelijkheid bewaren
- Verminderen of wegnemen van pijn
- Verminderen of wegnemen van andere symptomen

Door een plaats op deze schaal te kiezen drukt de patiënt uit hoe belangrijk het betreffende doel is. Daarbij moet de patiënt prioriteren en dus afwegen welk doel het belangrijkste is.

Meer informatie www.optool.nl

TIPS/LEERPUNTEN:

- Plan de scholing tijdig in. De spreekuren van artsen zijn vaak al ver van tevoren vastgesteld.
- Maak een maatwerkprogramma en sluit aan bij waar de behoefte ligt. Je kunt de scholing niet opdringen, wanneer men aangeeft dat het niet zinvol is. Investeer dan in het aantonen van de urgentie.

Deelproject 5-7: Implementatie

Deelnemers

- **UMCG**
 - Bot/weke delen
 - Chirurgie
 - Orthopedie
- Hoofd hals oncologie
 - KNO
 - Dermatologie
- **Martiniziekenhuis**
 - Mammacarcinoom
 - Chirurgie
- **Wilhelmina Ziekenhuis**
 - Colorectaalcarcinoom
 - Chirurgie

Doel: Het implementeren van de interventie in de verschillende ziekenhuizen. Uitvoeren, evalueren, aanpassen en opnieuw uitvoeren.

Een tekstueel overzicht van de interventie is beschreven in het kader. Een visuele weergave van de interventie is beschikbaar in bijlage 3. Per deelnemend ziekenhuis of afdeling is een projectgroep samengesteld, bestaande uit verschillende zorgverleners. De samenstelling van de projectgroep was verschillend in de diverse groepen, vanwege de specifieke doelen per groep en vanwege de inrichting van het zorgtraject binnen de groep, maar er was minimaal 1 arts en 1 verpleegkundige aanwezig.

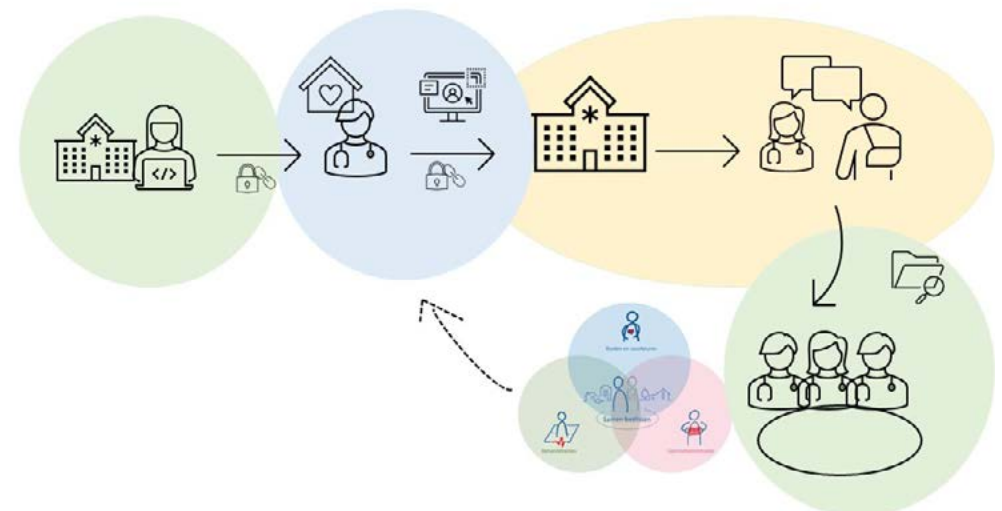
In de beginfase is het doel van het project gepresenteerd aan de beoogde deelnemers en aan de hand daarvan hebben groepen zelf besloten op welke wijze zij wilden participeren aan het project en met welke interventies. De belangrijkste vraag hierbij was waar deelnemers zelf enthousiast van werden en waar zij meerwaarde in zagen.

Per deelnemende groep zijn er - aangepast op de bestaande werkwijze en voorkeuren - verschillende interventies geïmplementeerd. Hieronder staat beschreven hoe de interventie per deelnemende groep is geïmplementeerd. In deze paragrafen zijn de deelnemende zorgtrajecten weergegeven aan de hand van het type organisatie waar de implementatie plaatsvond, namelijk een UMC of een perifere ziekenhuis.

Deelproject 5 Implementatie UMC

UMC, Zorgtraject 1, afdeling A

Deze afdeling werkte al geruime tijd met het "passend behandelplan"-model. Bij het eerste consult is zowel de verpleegkundige als de arts aanwezig. De verpleegkundige verzamelt aan de hand van een verpleegkundige anamnese gestructureerd informatie over onder andere kwetsbaarheid en behandeldoelen van de patiënt. Speciaal voor oudere kankerpatiënten is er een bijzonder MDO opgezet om uitgebreider in te gaan op behandelbeslissingen. Bij dit MDO zijn naast de chirurg ook een internist ouderengeneeskunde en een verpleegkundige aanwezig. In dit MDO bespreekt de verpleegkundige de informatie verkregen uit de verpleegkundige anamnese. Voor specifieke oncologische aandoeningen zijn aparte MDO's waarin



met een groep behandelaren een behandelvoorstel per patiënt wordt geformuleerd. Zo is er ook een MDO voor patiënten in dit specifieke zorgtraject. In dit MDO werd doorgaans het behandelvoorstel geformuleerd op basis van medisch technische mogelijkheden. Hierin werd de werkwijze van het 'bijzondere' MDO nog niet gevolgd. In het kader van dit project is de werkwijze van het 'bijzondere' MDO in het reguliere MDO geïntegreerd.

De medewerker Medische Administratie (MMA) stuurt een brief naar de huisarts met een link naar Evidencio om patiëntinformatie te verzamelen.

Bovendien wordt de aanvullende informatie van de patiënt niet meer apart besproken in het speciale MDO, maar in het reguliere MDO voor patiënten met bot- of weke delen tumoren. Dit betekent dat de verpleegkundige en de internist ouderengeneeskunde standaard aanwezig zijn bij het MDO om aanvullende informatie over de kwetsbaarheden en behandeldoelen van oudere patiënten te delen. Hierdoor krijgt de verpleegkundige een belangrijke rol in het MDO en speelt zij een essentiële rol in de besluitvorming over de behandeling. Tijdens de implementatie van deze veranderingen bleek dat effectieve communicatie en tijdige informatievoorziening aan alle betrokkenen bij het MDO van groot belang zijn. In eerste instantie was de focus op de zorgverleners gericht. Maar gezien de extra verantwoordelijkheden voor verpleegkundigen (en MMA's), is het ook verstandig om leidinggevendend tijdig te betrekken bij eventuele organisatorische kwesties.

UMC, zorgtraject 1, afdeling B

Patiënten van deze afdeling worden besproken tijdens hetzelfde Multidisciplinair Overleg (MDO) als de patiënten van afdeling A. De behandelaren hebben aangegeven dat ze ook graag meer inzicht willen hebben in de kwetsbaarheid van oudere patiënten. De verpleegkundigen staan ook achter het model passend behandelplan, maar lopen tegen praktische belemmeringen aan. Zij hebben niet

altijd de tijd voor een uitgebreid gesprek met de patiënt. Daarom hebben we gezocht naar een passende oplossing.

De verpleegkundigen krijgen nu een standaard notitie waarmee ze de informatie over kwetsbaarheid en doelen en voorkeuren van de patiënt kunnen vastleggen wanneer ze wel de gelegenheid hebben om de patiënt te spreken. Deze notitie bevat koppelingen die doorlinken naar informatie die al is opgeslagen in het EPD, waardoor dubbele registratie zoveel mogelijk voorkomen wordt.

Als er opvallende informatie naar voren komt over de situatie van een patiënt, brengen de verpleegkundigen dit ook ter sprake tijdens het MDO. Hierdoor kunnen ze de zorg voor hun patiënten nog beter afstemmen op de persoon.

Bij het betreffende MDO zijn ook andere deelnemers aanwezig zoals de radioloog, patholoog, radiotherapeut en medisch oncoloog. Deze specialisten waren geen actief onderdeel van de projectgroep. In dit project lag de focus op de poortspecialismen. De andere MDO deelnemers hebben door de deelname van de verpleegkundige en de internist ouderengeneeskunde in het MDO wel kennis genomen van de interventie.

UMC, zorgtraject 2

Patiënten met aandoeningen in dit zorgtraject worden behandeld in een multidisciplinair team met onder andere de afdelingen A en B. Deze afdelingen hebben al verschillende initiatieven genomen om de zorg voor kwetsbare patiënten te verbeteren. Deze oudere patiënten ondergaan uitgebreide screening waarbij de gezondheidssituatie op 4 domeinen in kaart wordt gebracht. De resultaten van deze screening worden besproken tijdens een speciaal opgericht MDO. Tijdens dit MDO worden de specifieke kwetsbaarheden van de patiënten besproken. Vaak blijkt uit het MDO dat aanvullende informatie van de huisarts noodzakelijk is. Om deze reden is de interventie "opvragen huisartsinformatie" toegevoegd aan dit zorgtraject.

UMC, zorgtraject 2, afdeling A

Bij afdeling A is besloten dat de verpleegkundige het verzoek naar de huisartsen stuurt. De verpleegkundige heeft een belangrijke rol in het beoordelen van oudere patiënten, en deze taak past goed binnen haar takenpakket omdat ze ook kan inschatten voor wie de informatie relevant is. Na een proefperiode merkte de afdeling dat de respons van huisartsen laag was en dat er vrijwel altijd achteraan gebeld moest worden om een reactie te krijgen. Daarom werd de werkwijze aangepast, waarbij er direct contact werd opgenomen met de huisartsen om de informatie mondeling op te vragen. Na enkele wijzigingen in de brief aan de huisartsen, is afdeling A uiteindelijk weer overgestapt naar het opvragen van informatie middels een brief.

In de evaluaties is onderzocht aan de hand van data of de huisartsinformatie daadwerkelijk een meerwaarde biedt, en of de tijd die wordt geïnvesteerd in het opvragen ervan opweegt tegen de hoeveelheid respons en verbetering van de zorg.

UMC, zorgtraject 2, afdeling B

Bij afdeling B screent de verpleegkundige of de MMA de spreekuren en stuurt vanuit het EPD een verzoek naar de huisarts om aanvullende informatie te verstrekken via een link naar Evidencio. De informatie van de huisarts kan vervolgens worden meegenomen in het MDO.

Deelproject 6: Implementatie perifeer ziekenhuis 1

Perifeer ziekenhuis 1, zorgtraject 1

In dit perifere ziekenhuis deed één zorgtraject mee met één afdeling. Voor hen was het model passend behandelplan een nieuwe vorm van zorg. Deze groep heeft besloten om het screenen van patiënten op kwetsbaarheid door een verpleegkundige en het opvragen van informatie bij huisartsen te implementeren en deze informatie in het MDO te integreren, waar de verpleegkundige en de geriater bij aanwezig zijn.

Verpleegkundigen krijgen nu de ruimte om uitgebreide gesprekken met de patiënten te voeren en de doelen en voorkeuren van de patiënt vast te leggen. Ze geven aan dat dit hun werk boeiender maakt en zien echt de meerwaarde hiervan. Momenteel wordt huisartsinformatie opgevraagd via e-mail, maar met de standaard content in het HiX EPD dat het WZA in november zal implementeren, zal een standaardbrief kunnen worden aangemaakt en verzonden via het EPD. Dit kan de verpleegkundigen aanzienlijk ontlasten, omdat ze dan niet meer telefonisch het e-mailadres hoeven op te zoeken, een e-mail moeten opstellen en versturen. Deze verandering zal de efficiëntie vergroten en de administratieve last verminderen voor de verpleegkundigen. Alle deelnemers ervaren dit als een prettige werkwijze.

Deelproject 7: Implementatie perifeer ziekenhuis 2

Perifeer ziekenhuis 2, zorgtraject 1

Het perifere ziekenhuis 2 is bekend met het model passend behandelplan. In dit ziekenhuis wordt de patiënt van 70 jaar of ouder gescreend op kwetsbaarheid. Wanneer uit de screening blijkt dat er sprake is van kwetsbaarheid wordt de patiënt verwezen naar het behandelteam van de geriatrie. Vaak wordt er ook een afspraak gepland met de internist oncoloog om andere behandelopties te bespreken wanneer patiënt niet geopereerd kan of wil worden. De uitkomsten van deze consulten worden teruggekoppeld aan de hoofdbehandelaar/chirurg en worden meegenomen in de besluitvorming tijdens het MDO. De geriater en de verpleegkundig casemanager sluiten aan bij het MDO. Wat nog ontbrak is het opvragen van de huisartsinformatie. De huisarts wordt weleens gebeld voor aanvullende informatie maar dit gebeurt niet structureel. De zorgverleners hebben een aantal vragen opgesteld over kwetsbaarheid. De vragen worden toegevoegd aan de verwijzing in Zorgdomein. De huisarts kan dan bij het schrijven van de verwijzing informatie geven over de kwetsbaarheid van de oudere patiënt met een hoge verdenking op mammacarcinoom. Onder deelproject 2 is weergegeven welke zinnen zijn toegevoegd aan Zorgdomein.

TIPS/LEERPUNTEN

- Bij elke deelnemend zorgtraject verloopt de implementatie anders. Zorgtrajecten verschillen inhoudelijk van elkaar waardoor niet elke interventie op dezelfde manier in het traject past.
- Motivatie van zorgverleners kan verschillend zijn. De urgentie voor een bepaald onderdeel van de interventie kan wisselen. Begin bij het onderdeel waar de meeste motivatie voor is.
- Plan een meeloop dag in om het zorgtraject duidelijk in kaart te brengen.
- Verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in dit project. Zij verzamelen aanvullende informatie over de patiënt en vertegenwoordigen de patiënt in het MDO.
- In dit project was budget beschikbaar voor de inzet van verpleegkundigen in de deelnemende groepen. Financiële vergoeding kan helpen om de inzet van bepaalde zorgverleners in extra taken te bevorderen.

Deelproject 8: Evaluatie, borging en opschaling

Evaluatie van het effect

Allereerst is het goed te vermelden dat bij de deadline voor deze implementatiegids nog niet alle data zijn verwerkt en geanalyseerd. De hieronder weergegeven resultaten zijn dus voorlopig. Ze moeten daarom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd en kunnen veranderen als de gegevens compleet zijn. Ben je benieuwd naar de (meer) definitieve uitkomsten? Neem dan vooral contact met ons op.

We hebben het effect van de interventie op een aantal niveaus geëvalueerd. Hieronder volgen achtereenvolgens de gegevens over de MDO-observaties, patiënten, medisch specialisten en huisartsen.

MDO-observaties

Bij elke deelnemende afdeling is het MDO structureel geobserveerd voorafgaand aan en na invoering van de implementatie. In tabel 1 zijn de resultaten weergegeven. Het aantal patiënten waarbij contextinformatie wordt besproken stijgt van 63% naar 76%. Over alle domeinen wordt meer informatie gedeeld, maar de grootste stijging zit in het psychische en sociale domein (van beide 32% naar respectievelijk 51% en 48%). Het aantal patiënten waarbij doelen worden besproken blijft min of meer gelijk (17% en 19%).

Er wordt vaker informatie vanuit de eerste lijn wordt ingebracht, maar dit nog steeds niet heel gebruikelijk is (stijgt van 4 naar 9.7%). De inbreng van de verpleegkundige steeg van 24% naar 51% van de patiënten.

Ook worden er vaker meerdere behandelopties besproken (50% vs 60%), waarbij ook vaker de context wordt betrokken: mogelijkheden op basis van zowel contextinformatie als medisch-technische mogelijkheden stijgt van 23% naar 43%.

	Voormeting	Nameting
Geobserveerde MDO's n (%)	45	45
Locatie A	13	7
Locatie B	10	16
Locatie C	12	22
Locatie D	10	0
Geobserveerde patiënten n (%)	222	195
Locatie A	62	40
Locatie B	70	91
Locatie C	27	64
Locatie D	63	0
Leeftijd patiënten gemiddelde (sd)	78.1 (6.1)	78.8 (6.0)
Bespreking tenminste een domein aan contextinformatie n (%)	140 (63)	149 (76)
Fysieke domein	132 (58)	134 (69)
Psychische domein	71 (32)	100 (51)
Sociale domein	72 (32)	93 (48)
Bespreking persoonlijke doelen n (%)	38 (17)	36 (19)
Informatie uit eerste lijn ingebracht n (%)	9 (4)	19 (10)
Verpleegkundige informatie ingebracht n (%)	54 (24)	100 (51)
Bespreking meerdere behandelopties n %	112 (50)	118 (60)
Op basis van technische/medische mogelijkheden	52 (23)	26 (13)
Op basis van contextinformatie	10 (5)	9 (5)
Op basis van beide zaken	50 (23)	83 (43)

Tabel 1: MDO-observaties

Patiënten

Er werden 29 patiënten geïncludeerd. Zij beantwoorden een korte telefonische vragenlijst. In tabel 2 zijn de uitkomsten samengevat. Het merendeel van de patiënten (48%) wil graag samen met de arts beslissen. Over het gesprek over de behandeling met de hoofdbehandelaar in het ziekenhuis gaf het merendeel van de patiënten geeft aan dat de arts wilde weten hoe zij betrokken wilden worden in de besluitvorming (72.4%), dat zij geholpen hebben om alle informatie te begrijpen (96.6%), en dat er een gezamenlijke keuze is gemaakt (72.3%). Minder vaak wordt aangegeven dat de arts verschillende behandelingsmogelijkheden heeft toegelicht (55.1%),

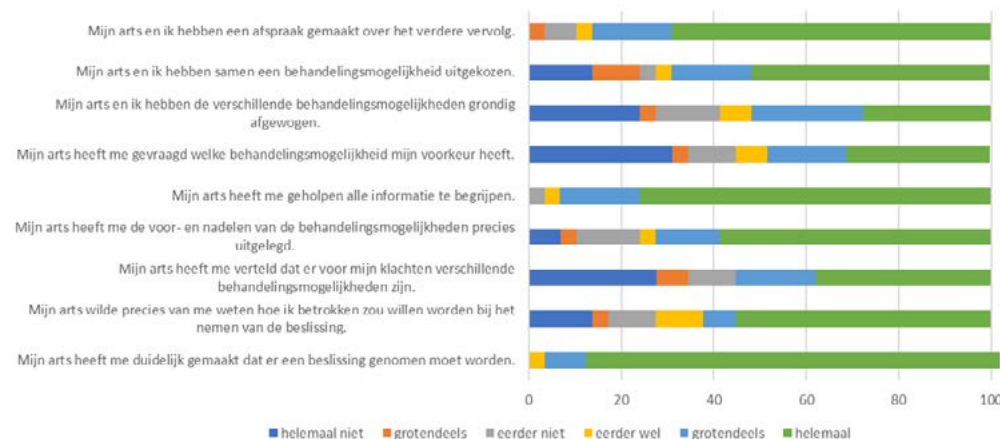
of dat deze verschillende mogelijkheden grondig worden afgewogen (58.6%). Zie figuur 1 voor de volledige SDM-Q-9.

Van de geïnterviewde patiënten heeft 62% contact gehad met de huisarts, 7% had dit niet maar had het wel graag willen hebben. Van de achttien patiënten die wel contact hebben gehad met hun huisarts geeft 83% van de patiënten aan dat de huisarts heeft geluisterd naar hun zorgen en overwegingen. De huisarts legt in de minderheid van de gevallen uit dat hun mening belangrijk is bij het maken van een keuze (22%), of bespreekt wat zij belangrijk vinden in het leven en de gevolgen van de behandeling daarop (33%). De ruime meerderheid (86%) denkt dat communicatie tussen huisarts en ziekenhuis voor zover zij kunnen zien goed is geweest.

	N (%)
Control preference scale	
Dat ik samen met de arts beslis	14 (48)
Dat de arts beslist met medenemen voorkeuren patiënt	9 (31)
Dat de arts beslist	3 (10)
SDMQ-9 patiënt over ziekenhuis	
De arts wilde weten hoe ik betrokken wilde worden in de besluitvorming	21 (72)
De arts heeft me geholpen de informatie te begrijpen	28 (97)
Er is een gezamenlijke keuze gemaakt	21 (72)
De arts heeft de verschillende behandelmogelijkheden toegelicht	16 (55)
De behandelmogelijkheden werden grondig afgewogen	17 (59)
Contact met de huisarts	
Contact gehad met de huisarts	18 (62)
Geen contact gehad maar wel gewild	2 (10)
Indien contact gehad (n=18)	
De huisarts heeft geluisterd naar zorgen en overwegingen	15 (83)
De huisarts heeft uitgelegd dat mijn mening belangrijk is bij het maken van een keuze	4 (22)
De huisarts heeft met me besproken wat voor mij belangrijk is in het leven en wat de gevolgen van behandeling daarop zijn	6 (33)
Communicatie tussen huisarts en ziekenhuis was goed	25 (86)
Ik kan de communicatie tussen huisarts en ziekenhuis onvoldoende beoordelen	3 (10)

Tabel 2: Ervaringen van patiënten tijdens de implementatie

Uitkomsten SDM-Q9 (n=29)



Verpleegkundigen en Medisch Specialisten

De medisch specialisten en verpleegkundigen vulden voorafgaand aan het project een vragenlijst in.

De 17 verpleegkundigen die de vragenlijst invulden hadden gemiddeld 26 jaar ervaring in die functie. 14 (82%) woonden er (voor de interventie) al MDO's bij. Allemaal (100%) vonden ze dat ze als verpleegkundige beschikten over informatie over de patiënt die relevant kon zijn bij de besluitvorming. Over de door hen gewenste rol in het MDO zeggen sommigen dat ze tevreden zijn, anderen geven aan weinig ruimte te ervaren. Ze willen graag 'de stem van de patiënt zijn' en belangrijke informatie over de context en wensen inbrengen. Meer dan de helft (53%) nam al wel eens contact op met de huisarts of praktijkondersteuner om informatie te krijgen over de context van de patiënt en ongeveer evenveel (59%) wel eens om informatie over de patiënt te delen.

Wat betreft de inhoud van het MDO vond de meerderheid (65%) dat er te weinig aandacht was voor een of meer contextdomeinen tijdens het MDO. Daarbij verschilde de mening over welke onderwerpen te weinig aandacht kregen. Niemand vond dat bepaalde contextonderwerpen te veel aandacht kregen.

	Verpleegkundigen n (%)	Medisch Specialisten n (%)
	N=17	N=26
Ziekenhuis		
A	6 (35)	7 (27)
B	5 (29)	9 (35)
C	3 (18)	6 (23)
D	3 (18)	4 (15)
Aantal jaar ervaring (sd)	26.5 (11,3)	14.2 (8.2)
Control preference scale		
Het liefst beslis ik met de patiënt samen		16 (62)
Het liefst neem ik zelf de beslissing, maar houd daarbij sterk rekening met de mening van de patiënt.		4 (15)
Het liefst laat ik de beslissing over aan de patiënt, waarbij deze wel sterk rekening houdt met mijn mening.		4 (15)
Het liefst laat ik de beslissing over aan de patiënt.		2 (8)
Heb je het gevoel dat je als verpleegkundige relevante informatie verzamelt die van invloed is op debehandelbesluitvorming?	17 (100)	
Woon je MDO's bij?	14 (82)	
Neem je wel eens contact op met de eerste lijn?		
Contact met de eerste lijn voor het verkrijgen van informatie	9 (53)	
Contact met eerste lijn voor het delen van informatie	10 (59)	
Informatie uit de eerste lijn		
Wordt zelden of nooit betrokken		19 (73)
Vind ik wel of heel erg belangrijk		16 (62)
Inhoud MDO		
Er is voor niets te weinig aandacht	6 (35)	4 (15)
Er is te weinig aandacht voor		
- Lichamelijke domein	3 (18)	5 (19)
- Sociale domein	5 (29)	12 (46)
- Psychische domein	3 (18)	16 (62)
- Cognitieve klachten	4 (24)	11 (42)
- Dagelijks functioneren	6 (35)	12 (46)
- Wensen en voorkeuren	4 (24)	15 (58)
Er is voor niets te veel aandacht	17 (100)	26 (100)

Tabel 3: Mening verpleegkundigen en Medisch specialisten voorafgaand aan de implementatie

De 26 medisch specialisten die de vragenlijst voor de implementatie invulden hadden gemiddeld 14 jaar werkervaring in die functie. De meerderheid (62%) gaf aan het liefst samen met de patiënt te beslissen.

Wat betreft informatie uit de eerste lijn betrekken tijdens het MDO gaf de meerderheid (62%) aan dit wel of zelfs heel erg belangrijk te vinden terwijl tegelijkertijd 73% aangaf dat dit zelden of nooit gebeurde. Verder vond 85% van de medisch specialisten dat er te weinig aandacht besteed werd aan contextinformatie tijdens het MDO. Hierbij werd vooral informatie over het psychische domein (62%) en de wensen en voorkeuren van de patiënt (58%) erg vaak gemist, maar ook informatie over het sociale domein (46%), cognitieve klachten (42%) en dagelijks functioneren (46%) misten bijna de helft van de medisch specialisten. Niemand vond dat bepaalde contextonderwerpen te veel aandacht kregen. De vragenlijsten die door verpleegkundigen en medisch specialisten werden ingevuld na afloop van de implementatieperiode waren bij de opmaak van deze implementatiegids nog niet verwerkt.

Huisartsen

Van de 29 patiënten die toestemming gaven voor het benaderen van de huisarts waren er 9 bereid een telefonische vragenlijst te beantwoorden. De meeste huisartsen geven aan dat zij het prima vinden om informatie aan te leveren, enkele huisartsen geven aan dat de manier waarop het digitaal moest worden aangeleverd handiger had gekund. Daarnaast geven twee huisartsen aan dat telefonisch delen van contextinformatie wat hen betreft de voorkeur had gehad. Twee huisartsen geven aan dat zij de indruk hebben dat er ook iets gedaan is met de door hen aangeleverde informatie, de overige huisartsen geven aan dat dat niet zo is (n=4) of dat zij dat niet kunnen beoordelen (n=3). Alle huisartsen hebben na het MDO een brief ontvangen, en 8 van de 9 huisartsen vonden dat deze brief behulpzaam was bij verdere gesprekken met de patiënt. Vier huisartsen geven aan dat de afwegingen die in het MDO werden gemaakt beter in de brief kunnen worden weergegeven dan nu gebeurt.

Evaluatie van de implementatie

UMC, zorgtraject 1, afdeling A

Gedurende de implementatieperiode is er geëxperimenteerd met het opvragen van huisartsinformatie en het bespreken van aanvullende informatie over kwetsbaarheid en behandeldoelen van de patiënt in het MDO. Hierbij waren de verpleegkundige en de internist ouderengeneeskunde structureel aanwezig bij het bespreken van deze patiënten. Dit is zowel door de chirurgen als de verpleegkundigen erg positief ervaren. Men geeft aan dat het een completer beeld van de patiënt biedt en dat hierdoor het gesprek over verschillende behandelopties makkelijker gevoerd wordt.

Het opvragen van informatie van de huisarts is in veel gevallen goed verlopen en dit werd regelmatig aangeleverd door huisartsen. Echter, dit werd in het MDO vaak niet expliciet besproken, waardoor deze informatie vaak onbenut bleef. De betrokken zorgverleners hebben aangegeven de werkwijze te willen voortzetten. Hierbij wordt nog een optimalisatie aangebracht door beter te letten op de aanwezigheid van informatie van de huisarts om dit beter te kunnen benutten.

UMC, zorgtraject 1, Afdeling B

Deze afdeling is later aangesloten in het implementatieproces. Een betrokken arts heeft de projectgroep benaderd om uit te vragen wat het project inhield en of zij konden deelnemen aangezien deze patiënten worden besproken in hetzelfde MDO van dit zorgtraject.

Na enkele gesprekken met artsen en verpleegkundigen gaf de afdeling aan zelf al veel tijd en energie te steken in de gesprekken met patiënten voor Samen Beslissen. Daarnaast gaven zij aan dat er relatief weinig oudere patiënten met primaire bottumoren bij hun in zorg zijn. Dit maakte dat zij twijfelden over deelname aan het project.

Voor de verpleegkundigen was er voordeel te bereiken wanneer gegevens over de situatie van de patiënt gestandaardiseerd konden worden geregistreerd. Extra registratielast was voor deze groep een zeer grote belemmering. Binnen het project was hier beperkt ruimte

voor om dit aan te passen. Er is een standaard notitie ontwikkeld in het EPD waar een aantal discrete gegevens in genoteerd kunnen worden. Desgevraagd gaf een verpleegkundige aan dit te willen proberen, maar wel te twijfelen over de meerwaarde hiervan.

UMC, zorgtraject 2, Afdeling A

Deze afdeling heeft uitgebreid getest met het versturen van verzoeken om informatie naar de huisarts. In de beginfase liep dit stroef en kwam er vrijwel geen respons terug. Vervolgens is over gegaan op het telefonisch benaderen van huisartsen. Dit levert goede respons op maar heeft als nadeel dat het arbeidsintensief is. De verpleegkundige belt met de huisartsenpraktijk, maar is sterk afhankelijk van de beschikbaarheid van de huisarts. Wanneer deze niet beschikbaar is wordt een terugbelverzoek ingediend. Dit vraagt veel flexibiliteit en inzet van de verpleegkundige. In het vervolg van dit project is onderzoek gedaan bij huisartsen naar de non-respons op de informatieverzoeken. Hieruit bleek dat het voor veel huisartsen niet duidelijk was dat er een concrete actie verwacht werd. Na een tekstuele aanpassing in het verzoek naar de huisarts is de respons toegenomen. Bij de afdeling dermatologie wordt de informatie van de huisarts gewaardeerd en in sommige gevallen als toegevoegde waarde beschouwd. Het blijft wel sterk afhankelijk van de situatie van de patiënt wanneer het meer of minder relevant is. De afdeling gaat onderling in overleg hoe zij dit proces willen vervolgen en voor welke patiënten.

UMC, zorgtraject 2, Afdeling B

De artsen en verpleegkundigen van deze afdeling hebben bij de start van het project aangegeven dat zij de informatie van de huisarts beter wilden betrekken in hun zorg en het liefst voor het MDO al beschikbaar wilden hebben. Gedurende de implementatie bleek dat het zorgtraject van de betreffende patiënten zo ingericht was dat zij vaak op zeer korte termijn gepland werden voor een polikliniek bezoek en een MDO. Daardoor was de tijd om informatie op te vragen bij de huisarts zeer kort. Het is niet realistisch gebleken om de informatie van de huisarts voor deze patiënten beschikbaar te hebben voor het MDO.

Artsen en verpleegkundigen geven aan dat zij zich gedurende dit project wel meer bewust zijn geworden van de informatie van de huisarts. Verpleegkundigen nemen telefonisch contact op met de huisarts na het consult wanneer zij nog wat willen overleggen of zij kijken van te voren gericht in de verwijfsbrief naar informatie die iets zegt over de persoonlijke situatie of voorkeuren van de patiënt.

Perifeer ziekenhuis 1, zorgtraject 1

Voor de patiënten in één oncologisch zorgtraject is een afdeling van dit perifere ziekenhuis gestart met gespreksvoering door verpleegkundigen. In deze gesprekken wordt op een gestructureerde manier de kwetsbaarheid, sociale situatie en behandeldoelen van een patiënt uitgevraagd. De verpleegkundige is vervolgens samen met de geriater aanwezig bij het MDO om deze informatie te bespreken. De ervaringen hiermee zijn zeer positief. Verpleegkundigen vinden de gesprekken een waardevolle aanvulling op hun werk en vinden het prettig al in een vroeg stadium bij de patiënt betrokken te zijn. De geriater geeft aan op deze manier beter input te kunnen leveren op eventuele kwetsbaarheden of risico's in de behandeling. Artsen geven aan dat de informatie helpt om beter te onderbouwen waarom een behandeling wel of niet geschikt is. In de uiteindelijke besluiten lijkt volgens de deelnemers weinig veranderd te zijn, maar het geeft de zorgverleners wel meer comfort over de behandeladviezen.

Ook is hier geëxperimenteerd met het opvragen van informatie bij de huisarts. Door de inrichting van het EPD was het niet mogelijk om een brief rechtstreeks vanuit het EPD naar de huisarts te sturen. Daardoor moesten verpleegkundigen via de beveiligde mail de brief met het informatieverzoek naar het algemene emailadres van de praktijk sturen. Dit heeft geleid tot weinig respons van huisartsen. Zorgverleners in het ziekenhuis geven aan dat zij de informatie uiteindelijk ook niet echt gemist hebben gedurende de projectperiode.

Perifeer ziekenhuis 2, zorgtraject 1

In dit ziekenhuis wordt nu voor één zorgtraject bij de verwijzing in Zorgdomein de mogelijkheid geboden om extra informatie aan te leveren over de context van kwetsbare patiënten. De dossier-evaluatie hiervan volgt nog maar de indruk van de betrokken medisch specialisten is dat dit nog maar weinig wordt gebruikt. Deze informatie zou wel erg op prijs gesteld worden. Het is daarom het plan om te bekijken of een vraag hierover een verplicht karakter kan krijgen zodat de huisarts niet kan verwijzen zonder op zijn minst 'nee' of 'nvt' in te vullen.

Verder is er in het zorgproces niet veel veranderd en dat was ook de verwachting omdat een screening op kwetsbaarheid en indien van toepassing in kaart brengen al bestond, evenals de optie dat de geriater aansluit bij het MDO. Wel is er mogelijk door het project weer een grotere alertheid ontstaan over contextinformatie.

TIPS/ LEERPUNTEN

- Elke groep had een eigen eindsituatie, mede doordat de beginsituatie, wensen en behoeften verschillend waren per deelnemende groep.
- Ook als de implementatie niet volgens het initiële plan is verlopen heeft het project meerwaarde gehad voor zorgverleners.

Wetenschappelijk onderzoek versus implementatie

Bij een implementatieproject kan er een spanningsveld ontstaan tussen het implementeren van een nieuwe werkwijze en het (wetenschappelijk) onderzoeken van de effectiviteit van deze werkwijze. Implementatie vraagt andere inzet van zowel de projectgroep als de deelnemende groepen.

Dit project was gericht op implementatie van een nieuwe werkwijze die passend was bij de lokale situatie. Daarmee was het niet van tevoren volledig bepaald hoe deze interventie er precies uit moest zien, er was ruimte voor centrum specifieke aanpassing.

In wetenschappelijk onderzoek is het doorgaans van belang dat de interventie op een geprotocolleerde wijze wordt uitgevoerd, waarbij ook op een gedegen en valide manier data verzameld wordt. In de praktijk kan het voorkomen dat de implementatie van de nieuwe werkwijze niet gelijk opgaat met het tempo of de voorwaarden van het wetenschappelijk onderzoek. Dit kan leiden tot vertraging bij de implementatie of het kan de implementatie in de weg zitten.

TIPS/LEERPUNTEN

- Wetenschappelijk onderzoek vergt protocollen, procedures en toestemming van verschillende partijen. Dit kan zorgen voor een langere doorlooptijd dan gewenst is voor de implementatie
- Spreek in de projectgroep af welk doel (implementatie of onderzoek) voorrang krijgt als er keuzes gemaakt moeten worden in tijd of capaciteit.

Borging

Als een nieuwe werkwijze is ingericht en naar tevredenheid werkt, wil je deze graag behouden. Dit noemen we het borgen van een werkwijze in de organisatie.

In dit project hebben we verschillende stappen ondernomen om vanaf het begin de borging van de nieuwe werkwijze op iedere locatie te stimuleren.

- De implementatie werd altijd uitgevoerd door medewerkers van de eigen afdeling
- Er werd maatwerk verricht om de interventie zo te maken dat deze passend was in de lokale situatie.
- Enkel de onderdelen van de interventie waar deelnemers enthousiast over zijn werden geïmplementeerd.

Opschaling

Om dit initiatief verder te verspreiden (opschalen) zijn ook verschillende stappen ondernomen.

Hiervoor hebben we met name ingezet op communicatie acties en het delen van enthousiaste ervaringen van deelnemers. Dit heeft geleid tot het volgende:

UMC, zorgtraject 1, Afdeling B

In eerste instantie zijn we gestart met vier implementatiegroepen en was deze afdeling nog geen deelnemer in dit project. Na het eerste jaar van het project bleken zij interesse te hebben in dit project en hebben zij de projectgroep benaderd over de mogelijkheid tot deelname. Zodoende zijn zij onderdeel geworden van het project en waren zij de eerste 'opschalingsgroep'.

Perifeer ziekenhuis 1

In dit ziekenhuis waren de verpleegkundigen enthousiast over de werkwijze van de verpleegkundige anamnese en is dit ter sprake gekomen in een oncologie overleg. Hieruit bleek dat verpleegkundigen betrokken bij andere oncologische aandoeningen hier mogelijk ook interesse in hadden. Het aanbod vanuit de projectgroep is gedaan om een presentatie te geven (of te ondersteunen) voor een nieuwe groep, maar dat bleek nog te vroeg.

UMC, zorgtraject 1, afdeling C

In dit ziekenhuis waren meerdere specialisten vanuit een betrokken specialisme geïnteresseerd in de nieuwe werkwijze omdat zij deze hadden gezien in het betreffende MDO. Toen dit vernomen werd is ook bij hen het aanbod gedaan voor een toelichtende presentatie voor de afdeling. Dit is nog niet ingezet. Meerdere specialisten hebben zich wel ingeschreven voor de scholingsdag 'van patiënt naar persoon'.

Oncologienetwerk Groningen Drenthe – Werkgroep 1e lijn

In Noord-Nederland bestaat het oncologienetwerk Groningen – Drenthe. Dit netwerk zorgt voor samenwerking in de oncologische zorg in Noord Nederland, zowel medisch inhoudelijk samenwerking op tumorniveau als samenwerking op beleidsniveau. Binnen het oncologienetwerk Groningen Drenthe bestaat een werkgroep '1e lijn' om ook de samenwerking binnen de oncologische zorg met de eerste lijn te versterken. Het project 'samen beslissen voor ouderen met kanker' is meerdere malen besproken binnen deze werkgroep en waar mogelijk hebben deelnemers meegedacht over de implementatie in de verschillende huizen. Ook is er vanuit deze werkgroep informatie over dit project verspreid naar ziekenhuizen en afdelingen die nog niet deelnamen aan dit project.

TIPS/ LEERPUNTEN

- Denk vanaf de start van het project na over borging en opschaling. Leg vanaf de start zoveel mogelijk eigenaarschap bij de zorgverleners en de zorgtrajecten die deelnemen.
- Deel informatie over het project op zoveel mogelijk verschillende plekken om de kansen voor opschaling te vergroten.

Contracten en overeenkomsten

Samenwerking met verschillende ziekenhuizen en zorgverleners vraagt om goede (contractuele) afspraken. Voor een succesvolle samenwerking en de betrokkenheid van een leverancier (Evidencio) zijn voor dit project een consortiumovereenkomst en een verwerkersovereenkomst opgesteld en ondertekend.

Deelproject 9 Financiering

Bij dit project was zorgverzekeraar Zilveren Kruis betrokken als partner. Het doel van dit deelproject was om in kaart te brengen welke belemmeringen er naar boven komen bij deze interventie met betrekking tot de financiering van zorg.

Er zijn een aantal knelpunten rondom financiering gedefinieerd in dit project en in andere soortgelijke projecten. Een van de belangrijkste knelpunten die in dit project en aanpalende projecten naar voren komt is de inzet van de verpleegkundige. De verpleegkundige heeft een belangrijke rol in de gespreksvoering met de patiënt om doelen, voorkeuren en kwetsbaarheid uit te vragen. Daarnaast is de verpleegkundige aanwezig bij het MDO wat een extra tijdsinvestering vraagt. Deze extra investeringen zijn niet apart vergoed in het huidige financieringssysteem. Dit is één van de belemmeringen die ervaren wordt op gebied van financiering.

Echter, dit project vindt ook plaats in aanvulling op een uitgebreidere samenwerking met Zilveren Kruis. Dit deelproject is daarom een aanvulling op de ontwikkeling en onderzoek naar financieringskwesties bij samen beslissen, een project van UMCG en Zilveren Kruis. In dat project voert een wetenschappelijk onderzoeksteam samen met Zilveren Kruis gedurende drie jaar een onderzoek uit naar de effecten van het passende behandelplan voor oncologische patiënten van 70 jaar of ouder. Dit onderzoek richt zich op oncologische patiënten met een primaire diagnose van colorectaal carcinoom of oesophagus/maag carcinoom, die doorverwezen zijn naar het UMCG. Het team past het passende behandelplan toe bij alle patiënten met gastro-intestinale maligniteit, ongeacht hun leeftijd. De centrale vraag luidt: "Hoe beïnvloedt het passende behandelplan voor patiënten met gastro-intestinale maligniteit het zorgpad, de uitkomsten voor de patiënt, de kosten en de financiering?"

Om deze vraag te beantwoorden, brengt het team de huidige en toekomstige zorgpaden in kaart met behulp van de Metro Mapping-methode. Deze methode biedt een overzicht van betrokkenen en de benodigde tijd en capaciteit voor het zorgpad. Het team berekent de werkelijke kosten van het zorgpad op basis van de middelen en activiteiten in dit overzicht met behulp van de Time Driven Activity Based Costing (TD-ABC) methode, waardoor ze de kosten op micro-niveau analyseren. De financiering van de zorgpaden wordt bepaald aan de hand van declaratiegegevens van het ziekenhuis en de zorgverzekeraars. Het team berekent het gemiddelde van de werkelijke kosten per patiënt op basis van daadwerkelijke declaraties en bijbehorende prijzen.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, verzamelt het team gegevens vanuit het UMCG en de declaratiedata van Zilveren Kruis, waarvoor ze de nodige toestemmingen en juridische contracten hebben opgesteld, inclusief patiënttoestemming. Vanuit Zilveren Kruis ondersteunt een team van data-analisten, de juridische afdeling en zorginkoop dit onderzoek. Daarnaast is er met Zilveren Kruis gedurende de drie onderzoeksjaren een passende financiële afspraak gemaakt zodat er geen onnodige financiële belemmeringen ontstaan gedurende de jaren van het onderzoek.

TIPS/ LEERPUNTEN

- Veranderingen op financiering of bekostiging moeten idealiter plaatsvinden op een volledig zorgtraject en niet op een deel van een interventie.
- De doorlooptijd van bekostigingsvraagstukken is erg lang en reikt vaak verder dan de invloedssfeer van individuen en of enkele organisaties

TIPS/LEERPUNTEN

- De balans in communicatie kan lastig zijn. Te veel informatie is vermoeiend en arbeidsintensief, bij te weinig informatie voelen mensen zich onvoldoende betrokken.
- De voorkeurswijze van communicatie verschilt per persoon. Probeer waar mogelijk je wijze van communicatie aan te passen aan de voorkeur van je doelgroep.
- Spreek van te voren af hoe en met welke frequentie en communicatie plaatsvindt.

Stappenplan

Nu kunt u zelf aan de slag!

Dit stappenplan vormt een handleiding om als ziekenhuis, zorgtraject of afdeling zelf aan de slag te gaan met het verzamelen en gebruiken van informatie over de situatie en doelen van de patiënt. Zo kunnen zorgverleners en patiënten samen beslissen over de best passende behandeling bij kanker.

Dit stappenplan geeft weer welke stappen u kunt zetten om dit succesvol te implementeren in uw praktijk



Fase 1 Voorbereiding

- Stap 1: Idee en doelstelling
- Stap 2: doelgroep bepalen en team samenstellen
- Stap 3: uitdagingen in kaart brengen



Fase 2 ICT ontwikkeling

- Stap 1: strategie bepalen
- Stap 2: planning en uitvoering



Fase 3 Implementatie

- Stap 1: hoe is de implementatie verlopen?
- Stap 2: hoe kun je verandering in de toekomst behouden?

Fase 1 voorbereiding

Stap 1 Idee en doelstelling

Maak je implementatie concreet!

Doel

We willen graag de gezamenlijke besluitvorming rondom de behandeling van patiënt van 70+ verbeteren.

Resultaat

Aan het einde van het project verzamelt de verpleegkundige de informatie over kwetsbaarheid en behandeldoelen en wordt er informatie opgevraagd bij de huisarts. Deze informatie wordt onderdeel van de behandelbesluitvorming. De resultaten van de behandelbesluitvorming worden teruggekoppeld aan de huisarts.

Het project bestaat uit verschillende interventies die onderdeel kunnen zijn van het verbeteren van de gezamenlijke besluitvorming rondom de behandeling.

Bepaal waar je mee aan de slag wilt gaan:

- Verpleegkundigen gaan in gesprek met de patiënt om aanvullende informatie te verzamelen
- De huisartsinformatie wordt opgevraagd door middel van een brief.
- De verpleegkundige en geriater / internist ouderengeneeskunde sluit aan bij het MDO
- De informatie van de verpleegkundige en huisartsinformatie wordt meegenomen in de behandelbesluitvorming.
- De huisarts is op de hoogte van het behandelbesluit en ontvangt de terugkoppeling.

Hoe

1. Stel van wat je wil bereiken met de implementatie van de verandering
2. Bespreek waarom je hiermee aan de slag wil
3. Zoek uit of er binnen de afdeling al protocollen zijn die overeenkomen met de werkwijze.

Tips

- Stel een projectplan op
- Maak een korte pitch over het project zodat je kort en krachtig kunt vertellen wat het project inhoudt.
- Benoem duidelijk alle interventies
- Wanneer je dingen wilt gaan onderzoeken geef dit ook duidelijk aan en geef dit schematisch weer.
- Ga op zoek naar enthousiasme.
- Bespreek de belangen van alle betrokkenen

Stap 2 doelgroep bepalen en team samenstellen

Vóór wie en mét wie ga je dit doen?

Doel

Bepaal voor wie de verandering bedoeld is en wie je erbij gaat betrekken.

Resultaten

1. Een overzicht van de doelgroep voor wie de interventie bedoeld is.
2. Een projectgroep met wie je gaat werken aan dit project.

Hoe

Resultaat 1.

1. Definieer duidelijk je doelgroep en identificeer wie door de verandering wordt beïnvloed.
2. Onderzoek of er voldoende draagvlak is voor de voorgestelde interventie binnen de doelgroepen.
3. Zoek naar rolmodellen binnen de zorgprofessionals, personen die kunnen fungeren als inspiratiebron om anderen te enthousiasmeren.
4. Denk na over patiëntparticipatie en overweeg hoe je de patiënt actief kunt betrekken bij de implementatie van de verandering. Dit zorgt voor een patiëntgerichte benadering en kan waardevolle inzichten opleveren.

Resultaat 2.

1. Stel een projectgroep samen met verschillende disciplines die betrokken zullen zijn bij de implementatie, zoals specialisten, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, leidinggevenden van de afdeling, en eventuele bestuurders/adviseurs.
2. Organiseer een startbijeenkomst met het projectteam om de verwachtingen en doelstellingen te bespreken.
3. Bespreek tijdens deze bijeenkomst wat van elk teamlid wordt verwacht en zorg voor een heldere taakverdeling.

4. Stel vast hoe het team met elkaar zal overleggen en plan regelmatige overlegmomenten om goede communicatie te waarborgen.
5. Zorg voor een vast aanspreekpunt binnen het team en overweeg iemand aan te wijzen die verantwoordelijk is voor het beheren van de agenda's van specialisten en het plannen van afspraken.
6. Als onderzoek een rol speelt, betrek dan vanaf het begin iemand van de onderzoeksafdeling op locatie.
7. Beoordeel de haalbaarheid van de hoeveelheid interventies die je wilt implementeren om realistische doelen te stellen en te zorgen dat het project beheersbaar blijft

Tips

- Zoek gepassioneerde mensen die niet alleen enthousiast zijn, maar ook anderen kunnen inspireren en motiveren.
- Overweeg om in de begroting ruimte te reserveren voor een secretaresse die kan helpen bij het plannen van afspraken, omdat dit veel tijd kan kosten.
- Bedenk dat er aanzienlijke verschillen kunnen zijn tussen universitaire en perifere ziekenhuizen. In universitaire ziekenhuizen hebben specialisten vaak meer tijd voor onderzoek, terwijl dit in perifere ziekenhuizen beperkter kan zijn.
- Als je samenwerkt met huisartsen, wees je bewust van de diverse werkwijzen, systemen en procedures. Het kan een uitdaging zijn om tot een passende werkwijze te komen.
- Houd rekening met het feit dat een groep slechts een beperkt aantal nieuwe interventies tegelijkertijd kan implementeren. Te veel veranderingen in één keer kunnen leiden tot verzadiging, waarbij de motivatie om iets nieuws te leren afneemt. Zorg er ook voor dat jouw projectgroep de nodige ondersteuning kan bieden voor alle groepen en bijbehorende interventies.

Stap 3 uitdagingen in kaart brengen

Wat werkt mee en wat werkt tegen?

Doel

Weten welke factoren gaan helpen in je implementatie (bevorderende factoren) en welke factoren de implementatie kunnen tegenhouden (belemmerende factoren).

Resultaat

Totaaloverzicht van beïnvloede factoren.

Hoe

1. Start met het plannen van een dag waarop je meeloopt met zowel de specialist als de verpleegkundige tijdens hun spreekuren.
2. Overweeg daarna een aparte dag in te plannen om het volledige traject van de patiënt te volgen, van begin tot eind.
3. Na het meelopen, breng je het volledige zorgtraject in kaart en werk je dit gedetailleerd uit.
4. Controleer het zorgtraject bij de betrokken zorgverleners om ervoor te zorgen dat het compleet en accuraat is.
5. Presenteer het uitgewerkte zorgtraject aan de projectgroep voor verdere bespreking.
6. Beoordeel de motivatie van de deelnemers voor (specifieke delen van) de voorgestelde interventie. Begin met de onderdelen waar ze het meest enthousiast over zijn.
7. Laat de projectgroep zelf nadenken over hoe de interventies binnen het bestaande zorgtraject passen, maar doe eventueel suggesties ter ondersteuning.
8. Onderzoek wat er nodig is om het project daadwerkelijk te starten, zoals budget, medewerking en tijdsinvestering, en plan dienovereenkomstig.

Tips

- Denk in kleine stapjes
- Houd er rekening mee dat het bij elke deelnemende groep anders gaat.

Fase 2 Uitvoering/ implementatie

Stap 1 strategie bepalen

Hoe ga je komen tot actie?

Doel

Over [tijd] zijn we gestart met [Interventie].

Resultaat

Overzicht van acties die nodig zijn om implementatie van de interventie te bereiken.

Hoe

1. Bepaal welk deel van de interventie je wilt implementeren en concentreer je op dat specifieke aspect.
2. Zoek aansluiting bij bestaande initiatieven of lopende projecten binnen de afdeling of organisatie om synergie te creëren.
3. Maak de verandering tastbaar en helder door specifiek te definiëren welke personen op welk moment welke acties moeten ondernemen.
4. Bereid je acties grondig voor en zorg voor een continue informatiestroom naar alle betrokkenen, zodat iedereen op de hoogte is van de geplande gebeurtenissen. Vergeet hierbij niet de leidinggevenden en huisartsen in de regio te betrekken. Open en effectieve communicatie is essentieel voor succes

Tips

- Besef dat bewustwording niet altijd meteen leidt tot actie. Gedragsverandering vraagt om doorzettingsvermogen.
- Houd de betrokkenen op de hoogte door regelmatig updates te geven en resultaten en cijfers te delen. Dit biedt een sterke onderbouwing, aangezien zorgverleners vaak graag willen zien hoe de verandering zich vertaalt in meetbare resultaten. Hierdoor blijven ze gemotiveerd en geïnformeerd.

Stap 2 planning en uitvoering

Doel

Maak een planning en ga aan de slag.

Resultaat

Uitvoering van de interventie.

Hoe

1. Stel een gedetailleerd stappenplan op waarin helder wordt beschreven welke stappen door wie worden uitgevoerd. Dit creëert duidelijkheid onder alle betrokken zorgverleners over hun respectievelijke verantwoordelijkheden binnen het zorgproces.
2. Organiseer een scholingsmoment voor zorgverleners om ervoor te zorgen dat ze goed voorbereid zijn op de veranderingen en nieuwe taken.
3. Begin de uitvoering! Zodra je weet wie welke rol vervult, start dan met de implementatie. Het hoeft niet meteen perfect te zijn; de belangrijkste stap is om te beginnen en gaandeweg te verbeteren.

Tips

- Overweeg om de voorgestelde werkwijze te testen bij een select aantal huisartspraktijken in de regio met verschillende huisarts Informatie Systemen (HIS-en). Dit dient als een proefperiode om eventuele obstakels te identificeren en een efficiënte aanpak te ontwikkelen.
- Houd rekening met de diverse werkwijzen en systemen bij het samenwerken met huisartsen. Erken dat het moeilijk kan zijn om een passende werkwijze te vinden.
- Plan regelmatige tussentijdse evaluaties om het proces te monitoren en aan te passen waar nodig. Dit zorgt voor voortdurende flexibiliteit en verbetering gedurende het implementatieproces.

Fase 3 Evaluatie en borging

Stap 1 Hoe is de implementatie verlopen?

Wat is gelukt en wat niet?

Doel

Laten zien of het vooraf gestelde doel is bereikt.

Resultaat

Overzicht met resultaten van de interventie, inclusief conclusie.

Hoe

1. Monitor de verandering
2. Verzamel data over de interventie
3. Evalueer de ervaringen bijvoorbeeld aan de hand van feedbacksessies.
4. Analyseer feedback en data en trek conclusie over succes

Tips

- Vier de overwinningen en successen!
- Deel behaalde successen breed binnen de organisatie om anderen te inspireren.
- Richt je aandacht op de positieve aspecten van de verandering om vertrouwen te versterken.
- Houd betrokkenen gedurende het hele proces geïnformeerd en betrokken.

Stap 2 Borgen en behouden van de verandering

Hoe zorg je ervoor dat je houdt wat je hebt veranderd?

Doel

Wat je hebt veranderd blijft behouden, ook na het project.

Resultaat

Afspraken en eigenaarschap over de nieuwe werkwijze.

Hoe

1. Bepaal duidelijk eigenaarschap binnen het project of de verandering.
2. Blijf voortdurende ondersteuning bieden aan het team.
3. Investeer in de ontwikkeling van kennis en vaardigheden, en benoem ambassadeurs binnen het project.
4. Stop met activiteiten die niet succesvol zijn of niet blijken te werken.

Tips

- Bedenk vooraf wie eigenaar moet worden van het nieuwe proces
- Kijk vanaf het begin wat belemmeringen zijn voor structurele inbedding.
- Laat - vanaf de start - de interventie zoveel mogelijk door de mensen zelf uitvoeren. Ondersteun met name in hulp en faciliteren van de nieuwe werkwijze.

Bijlage 1. Informatiepakket samen beslissen voor patiënten

Hieronder kunt u informatie vinden die u kan helpen om u voor te bereiden op een gesprek in het ziekenhuis of bij de huisarts.

3 goede vragen

Deze vragen kunnen u helpen om een open gesprek te voeren met de arts waarbij de arts de juiste informatie kan geven. De 3 goede vragen helpen u om alle informatie goed op een rijtje te kunnen zetten. U kunt op de website de 3 goede vragen folder, poster, visitekaartje en ansichtkaart downloaden.

3goedevragen.nl

Home - Begin een goed gesprek

Website met heel veel informatie, over samen beslissen, tips en ervaringen. Er zijn meerdere links te vinden naar verschillende websites/tools. Bij de tips kunt u tips vinden voor een goed gesprek en wat u zelf kunt doen, voor het gesprek, tijdens het gesprek en na het gesprek. Bij ervaringen leest u hoe andere patiënten samen beslissen met hun zorgverlener.

begineengoedgesprek.nl

Nadenken over een behandeling met een keuzehulp

Deze keuzehulp helpt u met het nadenken over wensen voor zorg en behandeling, en het bespreken en vastleggen daarvan. Dit kan op elk moment, ook als u nog gezond bent.

3 stappen komen aan bod:

- Nadenken over zorgwensen
- Bespreken van zorgwensen
- Vastleggen van zorgwensen

[Verken uw wensen voor zorg en behandeling \(keuzehulp\) | Thuisarts.nl](#)

Praatkaarten voor zorgverleners met begrijpelijke uitleg over kanker | NFK

- De praatkaart kan gebruikt worden in de spreekkamer
- Bied ondersteuning tijdens het gesprek met patiënt en zorgverlener
- Praatkaart voor zorgverleners met begrijpelijke uitleg over kanker
- De praatkaart bevat begrijpelijke informatie in beeld en woord
- De informatie gaat over de diagnose, behandeling, of late gevolgen van kanker.

[Praatkaarten NFK](#)

Wat er toe doet

- Wat er toe doet helpt je duidelijk te maken wat voor jou belangrijk is in je leven, met behulp van 4 vragen.

- Je kunt de 4 vragen beantwoorden en uitprinten. Zodat je de antwoorden mee kunt nemen naar de afspraak.

[Wat er toe doet - brochure](#)

[Wat er toe doet](#)

Samen beslissen met een keuzekaart

- Thuisarts.nl
- De keuzekaart kan u helpen bij het samen beslissen.
- Op de keuzekaart staan alle behandelmogelijkheden voor uw aandoening of ziekte op een rij.
- Voor sommige aandoeningen is er ook een keuzekaart met plaatjes en korte teksten.

[Keuzekaart \(patientenfederatie.nl\)](#)

[Overzicht keuzekaarten | Thuisarts.nl](#)

Gesprekskaart voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden

De gesprekskaart kan je gebruiken wanneer je het lastig vindt om precies te vertellen wat je klachten zijn of dat je niet goed weet met wie je welke klachten kan bespreken.

[Gesprekskaart voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden - Pharos](#)

Zingeving

In dit overzicht kun je zien bij wie je terecht kunt met zingevingvragen.

[Agora infographic](#)

Samen beslissen bij ouderen met kanker: contextinformatie eerste lijn

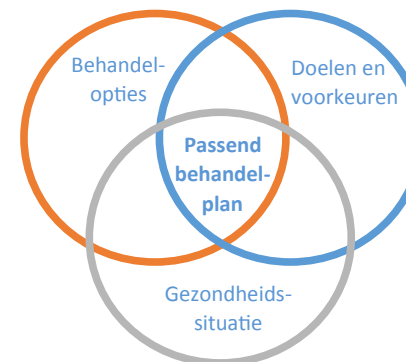
Het project: In november 2021 is het project 'Samen beslissen bij ouderen met kanker' gestart. Het doel van dit project is om het besluitvormingsproces bij ouderen met kanker te verbeteren. We willen ervoor zorgen dat elke zorgverlener die betrokken is bij het zorgproces, alle relevante informatie over de patiënt beschikbaar heeft. Daarbij gaat het om informatie over de ziekte en over de kwetsbaarheid van de patiënt, maar ook om informatie over de patiënt als mens.

Dit onderzoek: Om na te gaan welke contextinformatie uit de eerste lijn relevant kan zijn is er een vragenlijst verspreid onder de 1e en de 2e lijn.

 **145** zorgverleners deden mee: 39 huisartsen, 19 POH's, 41 medisch specialisten en 46 verpleegkundigen.

"Ik juich het toe om meer met elkaar samen te werken en elkaar te informeren bij de kwetsbare/complexere oudere patiënt"
(Praktijkondersteuner)

"De nuance ontbreekt gauw als het bij ja/nee blijft, soms moet er duidelijker gecommuniceerd worden"
(Huisarts)



1e lijn



■ Huisartsenpraktijk platteland
■ Huisartsenpraktijk stad

2e lijn

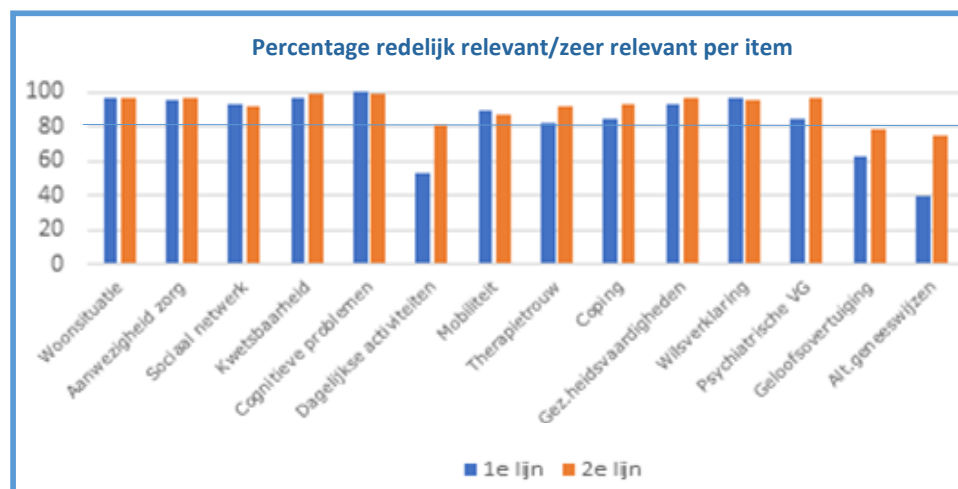


■ Ziekenhuis perifeer
■ Ziekenhuis topklinisch
■ Ziekenhuis Academisch

Medisch specialisten

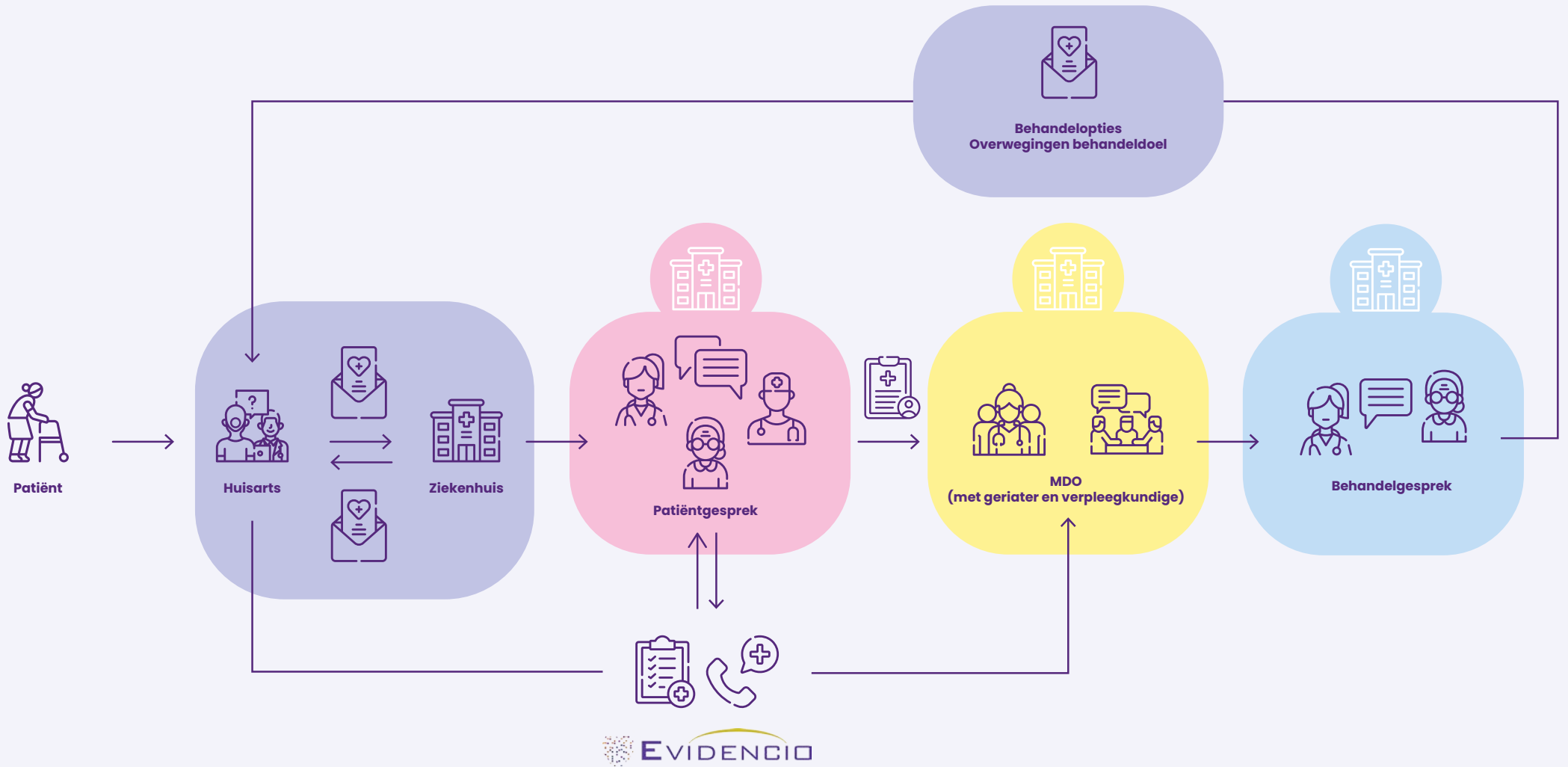


■ Specialist Ouderengeneeskunde
■ (Oncologisch) Chirurg
■ Medisch Oncoloog
■ Radiotherapeut
■ (Oncologisch) Gynaecoloog
■ (Oncologisch) Longarts
■ Overig



De volgende stap: We gaan zorgen dat er over de meest relevante context-items informatie wordt opgevraagd bij de huisarts/POH. Zodat deze informatie beschikbaar is tijdens het MDO en meegenomen kan worden in het besluitvormingsproces.

Bijlage 3. Visuele weergave van interventie



Bijlage 4. Voorbeeld: brief aan huisarts

Verzoek aan de huisarts

Bij bovengenoemde patiënt is mogelijk sprake van een oncologische aandoening. Binnenkort wordt uw patiënt besproken in het MDO. We willen u (en/of uw POH-ouderen) vragen om voorafgaand aan het MDO informatie te verstrekken over de context van uw patiënt. Het aanleveren van de informatie kan door middel van de volgende beveiligde website met bijbehorende inloggegevens:

Website: <https://mdo2.evidencio.com/voorbereiding>

Patiëntcode: [***]

Verificatiecode: [***]

Wanneer u de informatie liever telefonisch bespreekt met de betrokken arts of verpleegkundige, dan kunt u contact opnemen met [***].

Waarom dit verzoek?

Oudere patiënten hebben een verhoogde kans op complicaties na een behandeling. Daarom is het belangrijk om behandelbeslissingen zorgvuldig af te wegen. Door informatie over de context van de patiënt te integreren in het MDO, willen we zorgverleners stimuleren om de behandelopties meer te personaliseren.

Zo draagt u bij:

- Inbreng: u vult de relevante contextinformatie over de patiënt in de digitale omgeving in.
- Tijdsbesteding: circa 5-15 minuten.
- Resultaat: uw informatie wordt meegenomen in de besluitvorming in het MDO
- Evaluatie: mogelijk neemt een projectmedewerker binnenkort contact op om enkele evaluatievragen te stellen.

- Belasting: We realiseren ons dat dit verzoek mogelijk een extra belasting is, terwijl de druk in de meeste praktijken toch al hoog ligt. We proberen de belasting zo laag mogelijk te houden en stellen uw medewerking zeer op prijs. U helpt de zorg voor uw patiënt te verbeteren.

Beroepsgeheim

Er is geen sprake van het doorbreken van het beroepsgeheim bij het verstrekken van deze informatie. Dat komt omdat de afdeling die de informatie opvraagt, voor deze patiënt(e) (mede)behandelaar is. Met het instemmen met verwijzing heeft de patiënt(e) impliciete toestemming gegeven voor het verstrekken van alle informatie die nodig is voor het komen tot een diagnose en het opstellen van een behandelplan voor die diagnose.

Meer informatie?

Het opvragen van contextinformatie bij de huisarts is onderdeel van het zorgverbeteringsproject 'Samen beslissen bij ouderen met kanker' gefinancierd door het Zorginstituut. De nieuwe werkwijze wordt in praktijk gebracht, geëvalueerd en waar nodig aangepast. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met dr. Mariken Stegmann (huisarts) via m.e.stegmann@umcg.nl of via het algemene mailadres samenzin@umcg.nl.

Conclusie

We willen u (en/of uw POH-ouderen) vragen om voorafgaand aan het MDO informatie te verstrekken over de context van uw patiënt. Het aanleveren van de informatie kan door middel van beveiligde link in de eerste alinea van deze brief.

COLOFON

Projectgroep

- Dr. M.E. Stegmann, Huisarts, epidemioloog, postdoc onderzoeker. Afdeling Eerstelijngeneeskunde en Langdurige Zorg UMCG
- Dr. D. Brandenburg, Epidemioloog, Universitair Docent. Afdeling Eerstelijngeneeskunde en Langdurige Zorg UMCG
- Drs. V.C. Hanewinkel, projectleider, beleidsmedewerker. Afdeling Strategie & beleid UMCG
- Drs. P.M.M. Tjepkema, arts en promovenda. Afdeling Eerstelijngeneeskunde en Langdurige Zorg.
- A.B. Bennink-Miedema, Researchverpleegkundige. Afdeling Chirurgie UMCG
- Y. Koops – Projectmedewerker, verpleegkundige Afdeling Chirurgie UMCG
- Drs. H. van der Wal-Huisman, onderzoeker, verpleegkundige. Afdeling Chirurgie UMCG
- Dr. S. Festen, internist ouderengeneeskunde, Universitair Centrum Ouderengeneeskunde UMCG
- Dr. P. de Graeff, internist ouderengeneeskunde, Universitair Centrum Ouderengeneeskunde UMCG
- Dr. R. Pleijhuis, chief medical officer, Evidencio
- Prof. Dr. N. Scherpbier – de Haan, huisarts, afdelingshoofd Eerstelijngeneeskunde en Langdurige Zorg UMCG, hoogleraar huisartsgeneeskunde
- Prof. Dr. B.L. van Leeuwen, oncologisch chirurg, hoogleraar Chirurgische Oncologie, Afdeling Chirurgie UMCG.

Voor meer informatie, hulp of tips, neem vooral contact op via samenzin@umcg.nl



Wilhelmina Ziekenhuis Assen



Martini Ziekenhuis

EVIDENCIO



nfk



Regionale
Oncologienetwerker



Zorginstituut Nederland