



Ledenpeiling Samen Beslissen

Versie 1 • Datum: 11-08-2021

1. Introductie

1.1 Samen beslissen

Samen beslissen gaat over het proces van gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener, patiënt¹ en (eventuele) naasten. De patiënt is daarbij voorzien van relevante en objectieve informatie over de behandelmogelijkheden en de zorgverlener is op de hoogte van de behandelvoorkeuren van de patiënt, zodat gezamenlijk de best passende behandeling gekozen kan worden. Uitkomstinformatie zou zorgverleners en patiënten kunnen ondersteunen bij het maken van de keuze.

Verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten² hebben een unieke positie rondom de patiënt en spelen daarom een belangrijke rol bij samen beslissen. Ze zien de patiënt in een andere situatie – zien de ‘mens achter de ziekte’ – en zijn daarnaast voor de patiënt en diens familie vaak heel benaderbaar. Verpleegkundigen kunnen signaleren of er nog vragen zijn, of een patiënt zich zorgen maakt en of een patiënt (on)voldoende kennis heeft over het zorgproces.

Een verpleegkundige kan de patiënt helpen bij het maken van de keuze door bepaalde zaken nog een keer rustig uit te leggen. Of door de gevolgen van de opties concreet te maken en angsten te bespreken. Bijvoorbeeld door antwoord te geven op vragen, zoals: “Hoe ziet het dagelijks leven eruit als je als gevolg van een behandeling incontinent wordt?”

De afgelopen jaren zijn samen beslissen, patiëntgerichtheid en persoonsgerichtheid steeds meer de norm geworden. Zie ook het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017): ‘Zonder context geen bewijs’. Dit rapport heeft haar effect gehad op de medische wereld. Daarin wordt nu een ontwikkeling in gang gezet om meer naar de patiënt toe te bewegen.

1.2 Ledenpeiling

V&VN heeft in het kader van het programma Uitkomstgerichte Zorg en de landelijke campagne Samen Beslissen (zie bijlage) een communicatiestrategie opgesteld met daarin een verpleegkundige focus op samen beslissen. De communicatiestrategie beperkt zich niet tot de ziekenhuissetting, maar is sector en beroepsgroep overstijgend. Het doel is om de meerwaarde van samen beslissen te laten zien en de unieke rol die zorgprofessionals hierin hebben. Eén van de activiteiten is een ledenpeiling over samen beslissen. De peiling geeft een eerste indruk hoe V&VN-leden naar samen beslissen kijken. Het is nadrukkelijk niet bedoeld om er harde conclusies aan te verbinden. Daarom zijn niet alle verdiepende analyses per groep uitgevoerd, maar is naar de hoofdlijnen gekeken. Als er interesse is in de resultaten per groep, dan zijn de tabellen opvraagbaar.

De peiling is vanaf 22 februari 2021 gedurende drie weken uitgezet onder het Ledenpanel van V&VN. Er is één reminder verstuurd.

¹ Hieronder worden ook cliënten en bewoners verstaan.

² Gezien de leesbaarheid worden verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten hierna bedoeld onder de noemer verpleegkundigen.

2. Resultaten Ledenpeiling Samen Beslissen

2.1 Kenmerken respondenten

In totaal hebben 1427 leden de peiling ingevuld. De kenmerken van de respondenten staan weergegeven in tabel 1.

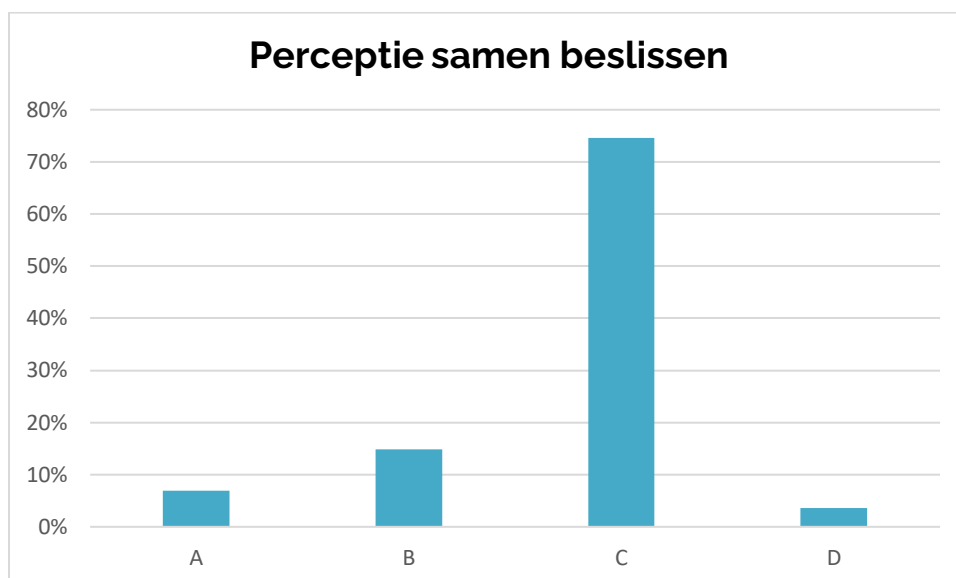
| Omschrijving | N | % |
|------------------------------|------|-------|
| Werkzaam als: | | |
| • Verzorgende | 212 | 14.86 |
| • Verpleegkundige | 794 | 55.64 |
| • Verpleegkundige specialist | 162 | 11.35 |
| • Anders | 259 | 18.15 |
| Geslacht: | | |
| • Vrouw | 1273 | 89.21 |
| • Man | 154 | 10.79 |
| Leeftijd: | | |
| • 18-24 jaar | 50 | 3.50 |
| • 25-34 jaar | 203 | 14.23 |
| • 35-44 jaar | 237 | 16.61 |
| • 45-54 jaar | 443 | 31.04 |
| • 55-64 jaar | 464 | 32.52 |
| • > 65 jaar | 30 | 2.10 |
| Werkzaam in: | | |
| • Academisch ziekenhuis | 65 | 4.56 |
| • Acute zorg | 21 | 1.47 |
| • Algemeen ziekenhuis | 214 | 15.00 |
| • GGZ/verslavingszorg | 129 | 9.04 |
| • Gehandicaptenzorg | 35 | 2.45 |
| • Huisartsenpraktijk | 74 | 5.19 |
| • Jeugdzorg | 9 | 0.63 |
| • Openbare gezondheidszorg | 16 | 1.12 |
| • Revalidatie | 40 | 2.80 |
| • Verpleeghuiszorg | 295 | 20.67 |
| • Wijkverpleging | 393 | 27.54 |
| • Onderwijs | 3 | 0.21 |
| • Ik ben met pensioen | 4 | 0.28 |
| • Anders | 129 | 9.04 |

Tabel 1: Kenmerken respondenten ledenpeiling

2.2 Toepassing van samen beslissen in de praktijk

Met een aantal stellingen is gevraagd naar de perceptie van samen beslissen en de toepassing ervan in de praktijk. De eerste vraag gaat over het begrip samen beslissen. Welk van de onderstaande antwoordopties past volgens de respondenten het beste bij samen beslissen?

- A. Het maken van een keuze samen met de patiënt/cliënt. Bijvoorbeeld over het kiezen van behandeling A of B, wel of geen overplaatsing naar een andere zorgvorm, wel of niet staken van een behandeling.
- B. Het in kaart brengen van de wensen en behoeften van een patiënt/cliënt met betrekking tot zijn of haar persoonlijke doelen. En vervolgens hoe dit invloed heeft op de keuzes of besluiten die genomen worden.
- C. Zowel A als B.
- D. Anders, namelijk



Grafiek 1: Definitie van samen beslissen.

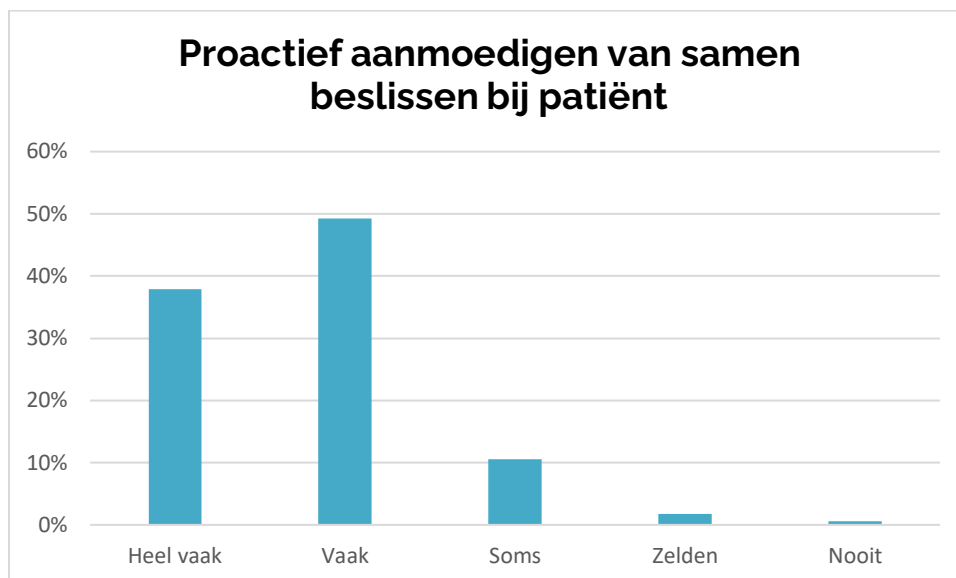
In totaal gaat 75% van de respondenten voor antwoord C en 15% voor antwoord B (grafiek 1). Bij de respondenten vanuit de huisartsenpraktijk blijkt 88% een voorkeur te hebben voor antwoord C. Binnen de andere sectoren zijn de verschillen in antwoorden minder groot. Van alle verzorgenden kiest 72% voor antwoord C. Bij de verpleegkundig specialisten ligt dit percentage iets hoger: 78%.

Vervolgens zijn een paar stellingen voorgelegd die betrekking hebben op de toepassing van samen beslissen.

Ik moedig mijn patiënten/cliënten aan om samen keuzes te maken of samen doelen te verkennen. Ik doe hier tijdens een gesprek moeite voor en vraag de patiënt/cliënt proactief naar zijn of haar mening.

Van alle respondenten geeft 87% aan dat zij dit vaak tot heel vaak doen. Ruim 10% doet dit soms (grafiek 2). Verpleegkundig specialisten doen dit vaker dan verzorgenden (94% versus 62%).

Verpleegkundigen geven aan dit in 82% van de gevallen vaak tot zeer vaak te doen. Per sector liggen de percentages hoger in de ggz (94%), huisartsenpraktijk (96%), revalidatie (90%) en wijkverpleging (90%). In de acute zorg (62%), gehandicaptenzorg (77%), verpleeghuiszorg (84%) ligt dit juist lager. Datzelfde geldt voor de respondenten werkzaam in de ziekenhuizen (82%).



Grafiek 2: Proactief aanmoedigen van samen beslissen

Op de stelling: Ik moedig patiënten/cliënten aan om wensen en behoeften met familie en naasten te bespreken als het gaat om belangrijke keuzes en besluiten die gemaakt moeten worden (bijvoorbeeld over behandelwensen of behandelgrenzen) antwoordt een groter percentage met soms (16%) dan bij de vorige. Ook hier geeft meer dan 80% (82%) van de respondenten aan dit vaak tot heel vaak te doen (grafiek 3). Alleen verzorgenden scoren hier lager (78%). Per sector scoren gehandicaptenzorg (86%), revalidatiezorg (83%) en de wijkverpleging (89%) hoger, terwijl de openbare gezondheidszorg (56%) en de huisartsenpraktijk (73%) juist lager uitkomen.

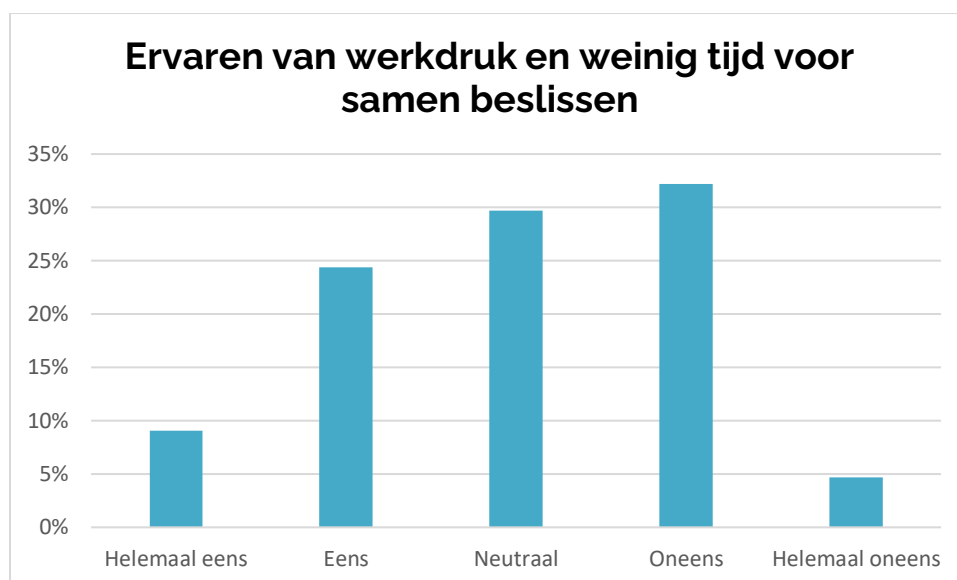


Grafiek 3: Patiënten aanmoedigen wensen en behoeften met naasten te bespreken.

Op de vraag of men een hoge werkdruk ervaart, waardoor men weinig tijd heeft voor een gesprek over de verschillende mogelijkheden, wensen en behoeften van de patiënt/cliënt zijn de meningen ongeveer gelijk verdeeld. Van de respondenten is 37% het hier mee oneens of helemaal oneens, 30% was neutraal en 33% was het hier mee eens of helemaal mee eens (grafiek 4).

Onder de beroepsgroepen blijken de verschillen groter. Voor de groep verzorgenden is werkdruk in hogere mate (heel vaak tot vaak) de reden waardoor samen beslissen minder wordt toegepast (46%). Onder verpleegkundigen (36%) en verpleegkundige specialisten (17%) is dit veel minder het geval. Sterker: voor bijna de helft (49%) van de verpleegkundig specialisten is werkdruk zelden een reden dat er geen tijd is voor een gesprek over mogelijkheden, wensen en behoeften.

Als er wordt gekeken naar de verschillen tussen sectoren in de zorg, blijkt dat in de meeste sectoren (9 van de 12) wordt aangegeven dat werkdruk en tijdsgebrek zelden en soms de reden zijn dat samen beslissen moeilijker verloopt. Bij drie sectoren wordt hier 'vaak' als antwoordcategorie gekozen, namelijk: openbare gezondheidszorg (38%), revalidatiezorg (40%) en de verpleeghuiszorg (30%).

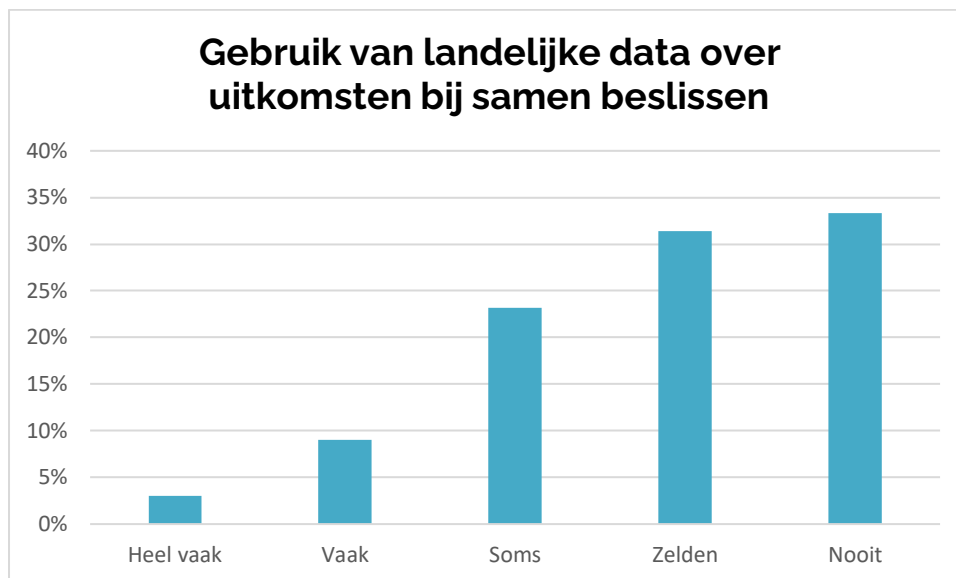


Grafiek 4: Ervaren van werkdruk en weinig tijd voor samen beslissen

Aan het ledenpanel is ook de vraag voorgelegd of er bij het gesprek met een patiënt/cliënt over de verschillende zorg- en behandelopties gebruik wordt gemaakt van landelijke cijfers of uitkomstinformatie. Als voorbeeld werd verwezen naar data uit het elektronisch patiënten- of cliëntendossier (zoals ONS-NEDAP, Chipsoft of EPIC).

Slechts 12% van de respondenten doet dit vaak of heel vaak, 23% soms. Ongeveer 65% doet dit echter zelden of nooit (grafiek 5). Daarbij is er een duidelijk verschil zichtbaar tussen de beroepsgroepen als het gaat om het gebruik van data. Het blijkt dat verpleegkundig specialisten het vaakst verwijzen naar data, 17% gebruikt 'heel vaak' tot 'vaak' landelijke uitkomsten in het gesprek met de patiënt. Voor de groep verzorgenden is dit 15% en verpleegkundigen 9%.

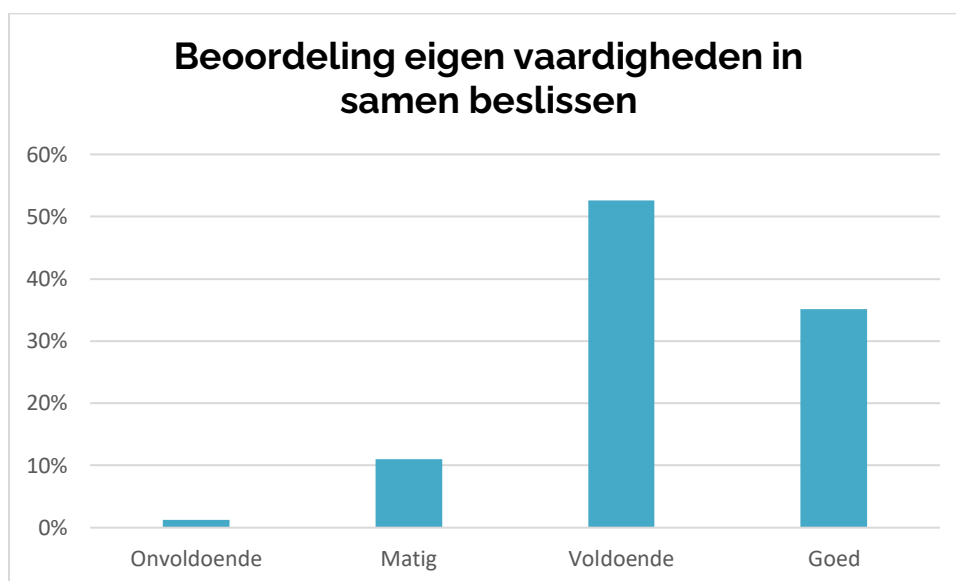
Binnen de verschillende sectoren zijn geen grote uitschieters zichtbaar, maar het blijkt wel dat er in de verpleeghuiszorg het meest gebruik wordt gemaakt van data (14%).



Grafiek 5: Gebruik van landelijke data over uitkomsten bij samen beslissen

Op de vraag: “In hoeverre voel jij je vaardig om samen met een patiënt/cliënt en diens naasten beslissingen te maken?” beoordelen 53% de eigen vaardigheden als voldoende en 35% als goed. Een kleiner deel (11%) vindt deze vaardigheid matig en slechts 1% voelt zich onvoldoende vaardig en (grafiek 6).

De eigen vaardigheden worden hoger ingeschat in de ggz (94%), gehandicaptenzorg (90%) en huisartsenpraktijk (92%). In de acute zorg (81%), revalidatiezorg (81%) en ziekenhuiszorg (83%) worden eigen vaardigheden juist lager ingeschat. Verpleegkundig specialisten voelen zich het meest vaardig (96%), terwijl 86% van de verpleegkundigen en 79% van de verzorgenden hun vaardigheid als voldoende tot goed beoordelen.



Grafiek 6: Beoordeling vaardigheid in samen beslissen

Ook is gevraagd naar ervaren knelpunten met betrekking tot samen beslissen met patiënten/cliënten en diens familie/naasten. Van de respondenten geeft 27% aan geen knelpunten te ervaren. Een grote meerderheid van bijna 60% zegt wel knelpunten te ervaren. De meest genoemde knelpunten zijn beschreven in tabel 2.

Knelpunten rondom het niet op één lijn zitten van de patiënt/cliënt en familie/naasten is verreweg het vaakst genoemd (181 keer). De redenen zijn het verschil van mening, maar ook gebrek aan ziekte-inzicht bij de familie/naasten, gebrek aan kennis over het zorgaanbod en afwezigheid van familie/naasten op bepaalde beslismomenten.

| Knelpunt | N |
|---|-----|
| Familie/naasten niet op één lijn en/of niet eens met patiënt/cliënt | 181 |
| Gebrek aan tijd | 168 |
| In de organisatie of het organiseren van de zorg | 49 |
| Patiënt/cliënt niet in staat tot samen beslissen of geen ziekte-inzicht | 47 |
| Positie binnen de organisatie | 42 |
| Andere visie op samen beslissen | 36 |
| Gebrek aan kennis | 29 |
| Taal van de patiënt/cliënt | 27 |

Tabel 2: Knelpunten met betrekking tot samen beslissen

In de open antwoorden zijn aanvullende knelpunten benoemd:

- De samenwerking in de driehoek patiënt, arts en verpleegkundige verloopt niet altijd goed, waardoor er niet optimaal van ieders expertise gebruik wordt gemaakt.
- Patiënten laten de keuze soms ook heel bewust bij de arts of verpleegkundige, omdat ze het zelf moeilijk vinden om een keuze te maken.
- De patiënt legt de keuze bewust neer bij de familie, waarna de professional merkt dat de familie vervolgens hoofdzakelijk met eigen wensen rekening houdt. Bijvoorbeeld: “Dan woont mijn moeder dichterbij en heb ik minder reistijd.”
- Het antwoord ‘andere visie op samen beslissen’ werd nader toegelicht, bijvoorbeeld door culturele verschillen of andere normen en waarden vanuit religieus oogpunt.

Tot slot is gevraagd naar wat professionals nodig hebben om de eigen vaardigheden voor samen beslissen te verbeteren. Dit was een open vraag, de antwoorden zijn grotendeels onder te verdelen in de volgende categorieën:

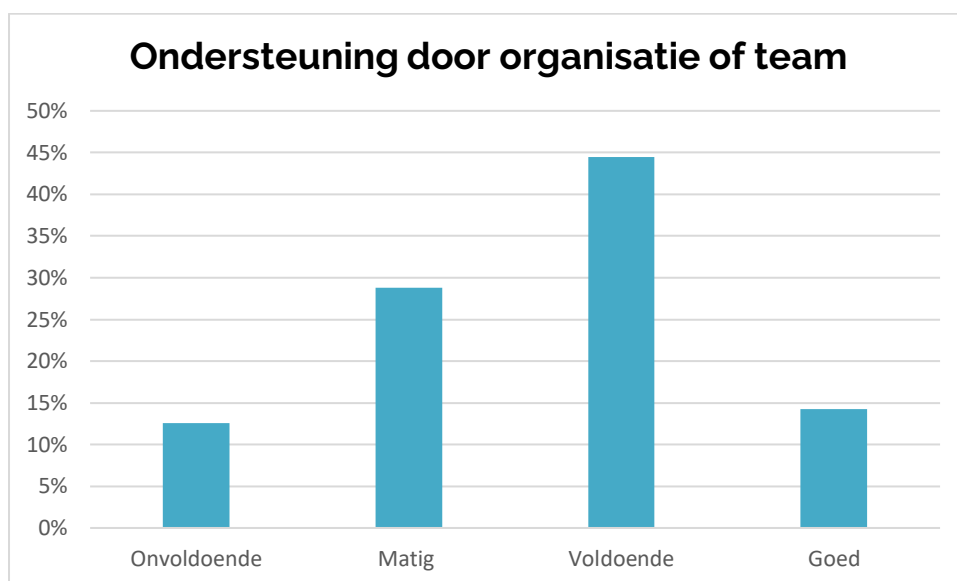
- Duidelijkheid over de verschillende rollen en expertises binnen een multidisciplinair team en elkaar hier ook in erkennen en aanspreken.
- Training in de vorm van gespreks- en communicatietechnieken. Dit voornamelijk in de vorm van teamtraining, zodat hiermee de cultuur binnen een organisatie en multidisciplinaire teams ook meer gericht is op samen beslissen.
- Stimuleren dat samen beslissen meer onderdeel wordt van het werk, in plaats van iets dat erbij gedaan moet worden.
- Scholing gericht op het ophalen van wensen en behoeften bij mensen met een cognitieve achterstand en/of beperkte gezondheidsvaardigheden.

- Handvatten/gespreksmateriaal in de vorm van illustraties in plaats van tekst zodat het beter aansluit bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.
- Sparringpartner om de verschillende zorg- en behandelopties mee te bespreken (intern in de vorm van intervisie of extern als er individualistisch gewerkt wordt).
- Meer toegang tot uitkomst informatie om mee te nemen in het gesprek met de patiënt/cliënt.

2.3 Ondersteuning vanuit team of organisatie om samen beslissen toe te passen

De eerste vraag bij dit onderdeel heeft betrekking op de mate waarin respondenten in eigen team of organisatie ondersteund worden om samen met patiënten/cliënten en diens naasten te beslissen. Denk aan de aanwezigheid van informatie en brochures, specifieke vragenlijsten die je af kunt nemen of het kunnen volgen van scholingen over samen beslissen.

Minder dan de helft (44%) van de ondervraagden vindt de mate van ondersteuning voldoende, terwijl 29% dit als matig heeft ervaren (zie grafiek 7). De antwoordcategorieën onvoldoende en goed lagen met elkaar in lijn, respectievelijk 13% en 14%. Er is weinig verschil zichtbaar (range van 5%) tussen de antwoordcategorieën van de groepen verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden of sectoren. Alle deelgroepen hebben een vergelijkbare ervaring op bovenstaande vraag.

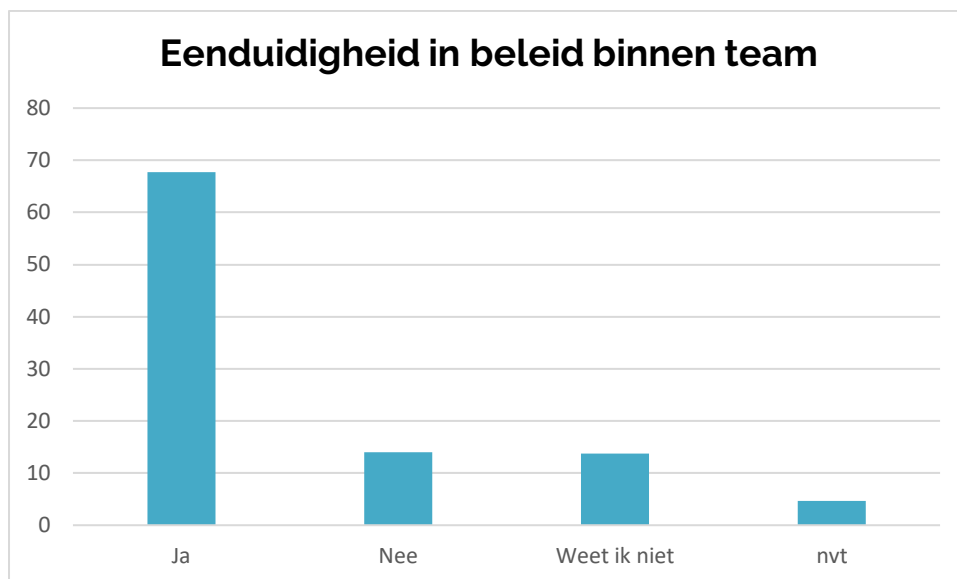


Grafiek 7: Mate van ervaren ondersteuning in samen beslissen door organisatie of team.

Daarnaast bevroegen wij of respondenten erop kunnen rekenen dat wanneer zij met een patiënt/cliënt en diens naasten samen een besluit nemen over de zorg of behandeling, collega's die lijn volgen. Zie grafiek 8 voor de visuele weergave.

Het grootste deel van de ondervraagden (ruim 67%) beantwoordt deze stelling positief, waar 14% ervaart dat de ingezette lijn niet altijd door collega's wordt overgenomen. De verpleegkundig specialisten zijn het meest te spreken over het aanhouden van eenduidig beleid binnen het team:

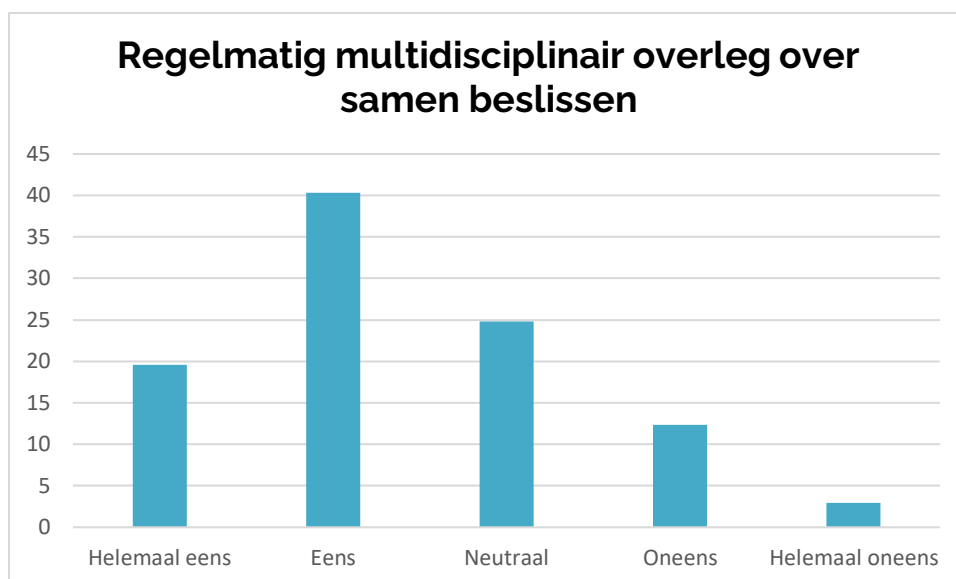
76% beantwoordt deze stelling met 'ja', waar dit onder verpleegkundigen en verzorgenden respectievelijk 66% en 64% is. Daarnaast blijkt dat het voeren van eenduidig beleid binnen de wijkverpleging (75% zegt met 'ja') en huisartsenpraktijk (82% zegt met 'ja') gemakkelijker blijkt dan bijvoorbeeld in het verpleeghuis (60% zegt met 'ja').



Grafiek 8: Mate waarin collega's de ingezette lijn volgen

De laatste vraag van dit onderdeel (grafiek 9) heeft betrekking op het multidisciplinaire karakter van samen beslissen. Wij stelden: 'Ik heb regelmatig multidisciplinair overleg (met de arts of andere zorgprofessionals) over de verschillende opties/beslissingen voor de patiënten/cliënten. Het verpleegkundig/verzorgend perspectief wordt daar goed in meegewogen.'

Respondenten reageren over het algemeen positief (60%), 15% is negatief. De ervaringen hierover loopt binnen de beroepsgroepen echter uiteen. Ruim driekwart (76%) van de verpleegkundig specialisten beantwoordt de stelling positief, terwijl minder dan de helft (47%) van de verzorgenden positief is. De verschillen binnen de sectoren lopen minder uiteen. In de wijkverpleging wordt de samenwerking binnen het multidisciplinaire team het minst positief ervaren: 51% ervaart het multidisciplinaire karakter positief, 20% negatief.



Grafiek 9: Regelmatig multidisciplinair overleg over samen beslissen.

2.4 Visie op samen beslissen

In het laatste deel van de ledenpeiling legden we de respondenten drie stellingen voor rondom het thema samen beslissen. We vroegen welk antwoord het meest van toepassing is.

In de eerste stelling bevroegen wij hoe respondenten zichzelf inschatten bij het maken van keuzes samen met de patiënt. Onderstaande tabel laat de verschillende antwoordcategorieën zien. In de groepstotalen zijn de volgende gemiddelden gevonden:

| | |
|--|-----|
| Ik vind dat de mening van mijn patiënt/cliënt het zwaarst weegt, zwaarder dan mijn professionele kennis. | 31% |
| Ik vind dat mijn professionele kennis zwaarder weegt dan de mening van mijn patiënt/cliënt. | 3% |
| Ik vind dat onze inbreng gelijkwaardig is. | 53% |
| Anders | 12% |

Tabel 2: Manier waarop samen beslissen wordt ingezet

Ruim de helft van de respondenten (53%) geeft aan dat inbreng van de patiënt/cliënt en de professional gelijkwaardig is. Ruim 31% vindt daarentegen dat de mening van de patiënt/cliënt het zwaarst weegt, zwaarder dan de eigen professionele kennis. De respondenten die de eigen professionele kennis zwaarder vinden wegen, zijn in de minderheid (minder dan 3%).

Bij het vergelijken van de groepen blijkt dat verpleegkundigen nagenoeg gelijk scoren als het groepsgemiddelde. Uitschieters zijn te vinden in de groep verzorgenden, waar 37% aangeeft dat de mening van de cliënt zwaarder weegt dan de eigen mening. Onder verpleegkundig specialisten gaat het om 28%.

In de open antwoorden zijn enkele nuances en toevoegingen zichtbaar:

- De mate van samen beslissen is sterk afhankelijk van de context en situatie. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt een acute crisissituatie doormaakt, de mate van wilsbekwaamheid/ziekte-inzicht en/of de risico's die meespelen bij bepaalde keuzes.
- De keuze ligt uiteindelijk bij de patiënt, waarbij wel nadrukkelijk wordt aangegeven dat goede informatievoorziening/voorlichting vanuit de professional essentieel is. Respondenten geven aan dat patiënten pas écht een weloverwogen keuze kunnen maken als alle relevante informatie is verstrekt.
- In de wijkverpleging wordt sterk ervaren dat de zorgwetten in het land en/of de regels vanuit de zorgverzekeraar de keuze bepalen en dat dit de wensen van de cliënt en professional overruled.

Met de tweede stelling onderzochten wij hoe respondenten zichzelf classificeren, gebaseerd op de verschillende segmenten uit het Kantar-rapport (2020). Dit rapport beschrijft de segmenten: de natuurlijke samen beslisser, de rationele samen beslisser en de (eind)beslisser.

Ruim 57% beschouwt zichzelf als een natuurlijke samen beslisser. De persoon is van nature geneigd om samen beslissen toe te passen vanuit empathisch vermogen en stimulans door de omgeving. Ongeveer een derde (ruim 32%) zet het samen beslissen op een meer rationele wijze in, bijvoorbeeld door heel bewust tijd vrij te maken om het gesprek aan te gaan. Een minderheid (bijna 6%) geeft aan vaak zelf de keuze voor de patiënt/cliënt te maken vanuit eigen professionele overwegingen.

Van de verpleegkundig specialisten zegt 70% een natuurlijke samen beslisser zijn. Dit is opvallend meer dan bij de groepen verzorgenden (46%) en verpleegkundigen (51%). Binnen de sectoren zijn uitschieters te vinden in de sectoren verpleeghuiszorg en ggz. In de verpleeghuiszorg beschouwt 35% zichzelf als een rationele samen beslisser, terwijl dit percentage in de ggz op 24% ligt.

Bij de open antwoorden worden de volgende nuances genoemd:

- Respondenten vinden dat ze van nature geneigd zijn om samen te beslissen, maar dat dit niet voldoende wordt gestimuleerd vanuit de werkomgeving. Bijvoorbeeld vanwege het ontbreken van multidisciplinair overleg, een goede samenwerking tussen arts en verpleegkundig team en werkdruk.
- Er is sprake van een verandering: vroeger werden professionals opgeleid met de gedachte dat zij wisten wat goed was voor de patiënt/cliënt. Respondenten ervaren een verschuiving en stellen zich tegenwoordig meer open voor de mening van de patiënt.

De laatste stelling gaat over of het samen beslissen met de patiënt/cliënt en diens naasten als basishouding van het handelen in het beroep wordt gezien. Een overgrote grote meerderheid (bijna 96%) is het hiermee eens.

De respondenten die positief reageren, geven aan:

- Samen beslissen wordt veel in lijn getrokken met menselijkheid, respect naar de cliënt en het 'eerlijk en neutraal' geven van voorlichting. Dit hoort volgens de respondenten bij een professionele verpleegkundige en verzorgende beroepshouding. Een respondent noemt 'dat zij anders geen bestaansrecht als verpleegkundig specialist zou hebben'.

- Samen beslissen wordt nadrukkelijk als een samenwerking gezien. Het is de expertise van de patiënt over zijn of haar wensen en de expertise van de zorgprofessionals over de voor- en nadelen van behandel- en zorgopties.
- Samen beslissen wordt nadrukkelijk als 'enige optie en way to go' geformuleerd wanneer het gaat over kwaliteit van zorg. Dit wordt met name genoemd in het licht van therapietrouw en motivatie voor behandeltrajecten. Een respondent geeft aan: "Zelfbeschikking is het grootste goed wat je hebt. Zelf controle houden over jouw doen en laten. Bovendien als iemand ergens niet achter staat is de uitkomst nihil."
- Respondenten geven aan dat zij patiënten willen benaderen, zoals zij zelf ook benaderd willen worden als ze medische of verpleegkundige hulp nodig hebben.

De groep respondenten die samen beslissen niet als basishouding van het beroep ziet, geeft aan:

- Dat de beslissing, of de rol in de beslissing, als klein wordt ervaren. Bijvoorbeeld omdat de arts of medisch specialist de keuze vaak voor hen maakt of omdat ze ervaren dat de keuze wordt bepaald door geldende wet- en regelgeving.
- Respondenten hebben de ervaring dat de beslissing primair ligt bij de patiënt en dat de eigen rol dus minimaal is.

3. Bijlagen

3.1 Programma Uitkomstgerichte Zorg

Een goede behandeling past bij de persoonlijke situatie van een patiënt. Zorgverlener en patiënt horen samen te kunnen beslissen wat voor een persoon de beste behandeling is. Dit kan bijdragen aan het verbeteren van levenskwaliteit voor de patiënt. Welke behandeling geeft medisch gezien de beste uitkomst? Wat zijn de voor- en nadelen? Soms kan er ook worden gekozen om (vooral nog) niet te behandelen en wat betekent dit dan? Wat past persoonlijk bij de patiënt en waar kan de patiënt die behandeling dan het beste krijgen? Hoe beoordelen andere patiënten die in een vergelijkbare situatie verkeren dat? De beweging naar uitkomstgerichte zorg probeert hier antwoorden op te vinden.

Het programma Uitkomstgerichte Zorg (Zie www.uitkomstgerichtezorg.nl) is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de betrokken koepelorganisaties in de medisch specialistische zorg, namelijk: Federatie Medisch Specialisten (FMS), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het programma wordt financieel mogelijk gemaakt door een subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De betrokken partijen hebben met elkaar afspraken gemaakt in het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg (HLA-partijen). De HLA-partijen dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de op te leveren producten vanuit het programma. Met andere woorden: voor, door en van patiënten en hun zorgverleners in de ziekenhuizen, universitair medische centra of zelfstandige klinieken.

Het programma heeft als doelstelling:

- Het bevorderen van samen beslissen van zorgverlener-patiënt op basis van uitkomstinformatie;
- Het bevorderen van Leren & Verbeteren door de zorgverlener op basis van uitkomstinformatie.

Het programma kent een viertal ontwikkellijnen:

1. Meer inzicht in uitkomsten;
2. Meer samen beslissen;
3. Meer uitkomstgericht organiseren en betalen;
4. Betere toegang tot relevante en actuele uitkomstinformatie.

Daarnaast worden er implementatie strategieën ontwikkeld middels de veranderaanpak en bij kennisvraagstukken speelt de kennisagenda een rol.

De programmaliijn Meer Samen Beslissen bestaat vervolgens uit onderstaande deelprojecten. De resultaten van de peiling worden meegenomen in deze deelprojecten, zodat de projectresultaten aansluiten bij de behoefte van onze leden.

1. Een sector overstijgende campagne die inzet op gedragsverandering. De campagne zorgt voor een gezamenlijke en verbindende taal voor dit onderwerp.

2. Goede keuzehulpen zijn een bewezen effectief instrument voor 'samen beslissen'. Ze ondersteunen het goede gesprek. We willen ervoor zorgen dat goede en betrouwbare keuzehulpen vindbaar, toegankelijk en te gebruiken zijn voor ziekenhuizen/klinieken, zorgprofessionals en patiënten.
3. Scholing en opleiding is belangrijk voor borging van 'samen beslissen' in de toekomst. We zorgen ervoor dat samen beslissen wordt verankerd in de opleiding en (na)scholing van zorgprofessionals zodat zij beter toegerust worden om samen met de patiënt te kunnen beslissen.
4. Leren van elkaar: Door gebruik te maken van elkaars kennis en ervaring wordt implementatie van 'samen beslissen' in de dagelijkse praktijk versneld. Voor zorginstellingen en professionals worden uitwisselingsbijeenkomsten georganiseerd en praktijkvoorbeelden beschikbaar gesteld. Voor patiënten worden modules en (beeld)materiaal ontwikkeld (vanuit vragen van patiënten), die ingezet kunnen worden bij bijeenkomsten met patiënten door patiëntenorganisaties, ziekenhuizen/klinieken en zorgverzekeraars.
5. Verbinding met beperkte gezondheidsvaardigheden: Om samen te kunnen beslissen is het belangrijk dat informatie voor iedereen te vinden, te begrijpen en te gebruiken is. We zorgen dat zorgprofessionals en informatievoorzieningen rekening houden met en speciale aandacht hebben voor deze groep.
6. Organiseren en belonen: Zorginstellingen krijgen handvatten om 'samen beslissen' te organiseren en om van elkaar te leren. Ook wordt kennis uitgewisseld tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen om financiële knelpunten op te lossen, die gepaard gaan met het organiseren van 'samen beslissen'.