

Samen Beslissen: ziekenhuis & zorgverzekeraar in gesprek

Rapport

Auteurs: Wilma Savelberg en Daisy de Bruijn





Het project is initiatief van en werd mogelijk gemaakt door het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg, CZ en Zilveren Kruis (Stichting Achmea Gezondheidszorg).

Inhoudsopgave

Inleiding.....	4
Methode	5
Resultaten	6
A. Stand van zaken in ziekenhuizen tijdens het Implementatieprogramma Beslist samen!	6
B. Resultaten van de dialoogsessies zorgverzekeraars en ziekenhuizen.....	8
Conclusie	11
Aanbevelingen.....	12
Afkortingen	13
Bijlage 1. Registratiecode Samen Beslissen.....	14

Inleiding

Samen beslissen – zorgprofessional en patiënt die in het licht van waarden en voorkeuren van de patiënt, samen beslissen over de zorg (diagnostiek, behandeling, nazorg) die het beste past bij de patiënt op dat moment - staat niet alleen hoog op de agenda van VWS (Kamerbrief VWS Bekostiging Samen Beslissen, november 2016; Uitkomsttransparantie voor Samen Beslissen maart 2017). Ook het zorgveld zelf bundelt - onder meer in het implementatieprogramma Beslist Samen! - krachten om Samen beslissen in de praktijk van de zorg op een hoger plan te brengen. Een actuele vraag daarbij is hoe ziekenhuis en zorgverzekeraar samen kunnen optrekken om de toepassing van Samen beslissen duurzaam te stimuleren en te honoreren in het kader van inkoop en bekostiging van zorg.

De registratie van een zorgactiviteitcode (per 1 januari 2018 met een gewijzigde definitie) vormt onderdeel van een breder pallet van instrumenten om de inzet van ziekenhuizen op samen beslissen zichtbaar te maken (Kamerbrief VWS Bekostiging Samen Beslissen, november 2016). Ook de profielbeschrijving van de zorg, de inzet van patiëntversies van richtlijnen en keuzehulpen, het bespreken van Patiënt Reported Outcome Measures (PROMs) in de spreekkamer, en de ervaringen van patiënten ten aanzien van hun betrokkenheid in het keuzeproces (Patiënt Reported Experience Measures (PREMs) en casuïstiek) werpen licht op hoe zorgverlener en patiënt in een gezamenlijk proces beslissingen nemen over gezondheids- en behandeldoelen.

Wat precies de gevolgen zijn van de implementatie van Samen beslissen (op financieel gebied), is voor zowel ziekenhuis als zorgverzekeraar nog onbekend. Mogelijk vraagt het een andere tijdsinvestering van zorgverleners of leidt samen beslissen tot andere behandelkeuzes, die vervolgens financiële consequenties kunnen hebben voor het ziekenhuis.

De aanleiding voor dit project was onder andere de intentie om als ziekenhuizen en zorgverzekeraars samen te leren welke informatie bij kan dragen aan het goede onderlinge gesprek over de ambitie voor en toepassing van Samen beslissen. De ervaringen van de deelnemende ziekenhuizen tijdens het implementatieprogramma Beslist Samen! boden een uitgelezen kans om aanvullend op dit lopende traject, ook meer inzicht te krijgen in de benodigde informatie en mogelijke (innovatieve) oplossingen die het goede (inkoop cq kwaliteits)gesprek over samen beslissen, tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars mogelijk maken.

Het project werd geleid door Wilma Savelberg en Daisy de Bruijn, beide MUMC+ en begeleid door Marion Verduijn (NFU-consortium Kwaliteit van Zorg), Hanneke Stas (CZ), Linda Stomphorst (Zilveren Kruis).

Doelstelling

De doelstellingen van het project waren:

- Verkrijgen van een eerste gedeeld beeld van ziekenhuizen en zorgverzekeraars over hoe de implementatie en toepassing van Samen beslissen in onderlinge interactie en samenwerking te stimuleren en honoreren.
- Zicht krijgen op relevante issues ten aanzien van de bekostiging, waaronder de toepasbaarheid van (de definitie van) de zorgactiviteit code.

Methode

Het project vond plaats parallel aan het implementatieprogramma Beslist Samen!, waarin 10 ziekenhuizen en 2 UMC's van maart 2017 t/m augustus 2018 samen werkten aan de implementatie en borging van samen beslissen in twee zorgprocessen per ziekenhuis. De ontwikkeling en ervaring van deze ziekenhuizen zijn benut om meer zicht te krijgen op welke informatie het goede gesprek tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg mogelijk maakt.

In 11 van de 12 deelnemende ziekenhuizen zijn tussen december 2017 en januari 2018 semi gestructureerde interviews gehouden met de projectleiders van Beslist Samen!. In de helft van de ziekenhuizen namen ook zorgverleners, die direct betrokken waren in het project Beslist Samen!, deel aan de interviews. De interviews werden face-to-face gehouden en duurden gemiddeld 1 uur. De gesprekken werden op audio tape opgenomen. Onderwerpen van gesprek waren:

1. Hoe zien de ingevoerde nieuwe processen met betrekking tot samen beslissen er uit en welke activiteiten worden concreet uitgevoerd?
2. Hebben door invoering van het gewenste zorgproces, veranderingen in personeelsbezetting plaats gevonden. Zo ja, welke? Wat is hiervan de financiële consequentie?
3. Waar en wanneer is binnen het gewenste zorgproces substantieel meer tijd nodig? Welke functionarissen hebben deze extra tijd nodig? Wat zijn hiervan de financiële consequenties?
4. Welke extra materialen, ruimtes of apparatuur zijn nodig om het gewenste zorgproces te bestendigen? Wat zijn daarvan de kosten?
5. Wat zijn met betrekking tot het kosten aspect belemmerende en bevorderende factoren binnen de organisatie om te komen tot een gewenst zorgproces?
6. Wat is nodig om de interventie te bestendigen en de kwaliteit van het nieuwe zorgproces te borgen? Welke kostenaspecten zijn hierop van toepassing?

De interviews zijn geanalyseerd door de onderzoeker en de projectleider. Gedurende de interviews bleek duidelijk dat de deelnemende ziekenhuizen nog onvoldoende helder hadden wat de feitelijke (financiële) consequenties waren van de implementatie van samen beslissen. In september 2018 werden de projectleiders na toezending van een samenvatting van het initiële interview opnieuw, ditmaal telefonisch, geïnterviewd. Tijdens dit interview werd besproken tot welke nieuwe inzichten men was gekomen.

Twee dialoogsessies met als thema: "Het goede kwaliteitsgesprek over Samen beslissen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar" vonden plaats in november 2018. Deelnemende ziekenhuizen waren: Erasmus MC, Elkerliek, Bernhoven, Reinier de Graaf, en Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis. Namens de deelnemende ziekenhuizen waren aanwezig: de projectleiders van Beslist Samen!, zorgverkopers, kwaliteitsfunctionarissen en zorgverleners. Daarnaast waren bij elke sessie een zorginkoper en beleidsmedewerker van zorgverzekeraars CZ en Zilveren Kruis aanwezig. De sessies werden geleid door een onafhankelijke voorzitter. De deelnemers uit de ziekenhuizen gaven bij de start van de sessie een presentie waarin ze hun ambities, de projecten en de knelpunten ten aanzien van de financiering toonden. Daarna volgde een discussie over mogelijke aanknopingspunten om tijdens kwaliteits- en verkoopgesprekken samen beslissen op zinvolle wijze te bespreken.

De resultaten uit deze dialoogsessies en de hieruit geformuleerde aanbevelingen zijn tijdens een klankbord-bijeenkomst waaraan vertegenwoordigers (en/of uit de achterban) van NFU, NVZ, ZN, FMS, V&VN, NZA en VWS hebben deelgenomen zijn de aanbevelingen besproken en aangescherpt.

Resultaten

A. Stand van zaken in ziekenhuizen tijdens het Implementatieprogramma Beslist samen!

De 12 ziekenhuizen die hebben deelgenomen aan het implementatieprogramma Beslist Samen! zijn tijdens de implementatie van samen beslissen tegen een aantal (financiële) knelpunten aangelopen. In onderstaand overzicht staan deze per thema omschreven.

1. KOSTEN VAN DE IMPLEMENTATIE VAN SAMEN BESLISSEN

Keuzehulpen

Ondanks dat er ook andere hulpmiddelen zijn om samen beslissen te ondersteunen, maakten keuzehulpen vaak een deel uit van de implementatie en de ondersteuning van het proces van samen beslissen. Ook binnen de projecten van Beslist Samen! werd vaak gekozen voor de ontwikkeling of ingebruikname van een keuzehulp. Ziekenhuizen gaven tijdens de interviews aan dat de kosten voor de ontwikkeling en implementatie van keuzehulpen varieerden van € 2000,- voor de implementatie van een bestaande keuzehulp tot € 12.000,- voor de ontwikkeling en implementatie van een nieuwe keuzehulp.

Professionele ontwikkeling

Trainingen (trainingskosten en tijdsinvestering medewerkers) zagen sommige ziekenhuizen als een eenmalige investering die te verwaarlozen is, andere ziekenhuizen ervoeren trainingen voor professionals als doorlopende kostenpost. Kosten voor een training, los van de uren van medewerkers varieerden van € 25 (aansluiten bij een ander ziekenhuis) tot € 1000 per persoon. Bij dit laatste bedrag was er sprake van een door het ziekenhuis samen met een professioneel bureau nieuw ontwikkelde training voor 7 personen. Op termijn worden de kosten voor zelf ontwikkelde trainingen per persoon lager als een training een vast format heeft, niet meer doorontwikkeld hoeft te worden en vaker wordt uitgevoerd. Hoe hoog deze kosten zijn, is op dit moment nog niet te bepalen omdat de training pas recent ontwikkeld is.

Tijdsinvestering niet-zorgverleners

Bij de meeste ziekenhuizen was sprake van extra inzet van medewerkers om de implementatie van samen beslissen te begeleiden. Tijdens het project Beslist Samen! waren deze kosten door de subsidie vanuit Zorginstituut Nederland (ZN) gedekt en stelde elk ziekenhuis een eigen projectleider aan, maar na dit project zal de inzet van medewerkers die zorgverleners ondersteunen, in meer of mindere mate nodig blijven. Hoewel dit ook varieert wordt de inzet van ondersteunende expertise geschat op ongeveer 0,5 dag per week per zorgproces.

2. STRUCTURELE KOSTEN SAMEN BESLISSEN

Keuzehulpen

Licentiekosten voor keuzehulpen varieerden van € 1000,- tot € 2000,- per jaar, per keuzehulp (afhankelijk van de aanbieder). Hoe meer ziekenhuizen dezelfde (commerciële) keuzehulp voor een aandoening gebruiken, hoe lager de kosten op termijn worden. Aandachtspunt was dat keuzehulpen voor doelgroepen met een laagfrequente aandoening, zeer kostbaar waren, maar wel van grote waarde voor de patiënt konden zijn. Sommige ziekenhuizen hebben grote ambities, bijv. om voor 50 aandoeningen een keuzehulp in gebruik te hebben in 2020. Bij realisatie bedragen de feitelijke kosten € 100.000,- per jaar per ziekenhuis aan licenties.

Ziekenhuizen die werken met keuzehulpen gaven aan dat de implementatie van samen beslissen bevorderd zou kunnen worden door een koppeling tussen keuzehulpen en het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Dit verhoogt het gebruiksgemak, geeft een completer beeld van de wensen en overwegingen van patiënten en draagt bij tot de dialoog tussen patiënt en zorgverlener. De koppelingen is op het gebied van ICT echter een moeizaam, kostbaar en langdurig proces. Ondanks inspanningen

van diverse projectleiders is dit nog in geen van de deelnemende ziekenhuizen gerealiseerd, waardoor op dit moment de kosten nog niet te duiden zijn.

Professionele ontwikkeling

De meeste van de deelnemende ziekenhuizen gaven aan dat de investering op het gebied van training een constante factor blijft, omdat steeds opnieuw geschoold moet worden. Deze kosten bedragen, los van de tijdsinvestering van medewerkers, tussen € 25,- en € 200,- per persoon (afhankelijk van de groepsgrootte), per training.

Tijdsinvestering zorgverleners

Tijdens het project Beslist Samen! was in vrijwel elk deelnemend ziekenhuis sprake van (een) extra consult(tijd) voor verpleegkundigen en artsen variërend van 5 minuten (extra consulttijd) tot 3 uren (extra consulten), per patiënt. Ziekenhuizen gaven echter aan dat extra consulttijd op den duur mee zou kunnen vallen, zodra de nieuwe manier van werken routine is geworden. De extra consulten zijn wel blijvend omdat sprake is van een nieuw of veranderd zorgpad. Sommige ziekenhuizen hadden hun formatie verpleegkundigen uitgebreid, om het proces beter te laten verlopen en de voorbereiding optimaal uit te voeren. Per FTe verpleegkundige kostte dit een ziekenhuis gemiddeld € 54.000,- per jaar. Bovendien werden extra taken (met bijbehorende tijdsinvestering) door artsen vaak gedelegeerd wordt naar verpleegkundigen. Slechts tweemaal bleek de arts zelf meer tijd nodig te hebben.

In de meeste ziekenhuizen was ook sprake van indirecte extra tijd die werd ingezet (meer telefonische gesprekken ter voorbereiding op een consult, (extra Multi Disciplinair patiëntenOverleg (MDO), extra administratieve taken). Ziekenhuizen vulden de benodigde tijd hiervoor op eigen wijze in. In sommige ziekenhuizen kregen baliemedewerkers aanvullende taken, in andere ziekenhuizen kregen verpleegkundigen extra taken. Dit had volgens de ziekenhuizen geen financiële consequenties, maar wel weerslag op de werkdruk.

3. MOGELIJKE FINANCIËLE CONSEQUENTIES VAN SAMEN BESLISSEN OP LANGERE TERMIJN

De kosten van niet benutte capaciteit (minder OK) bij een keuze voor niet behandelen is voor betreffende ziekenhuizen, een pijnpunt. Vooral daar waar het gaat om kleine ingrepen, zoals bijvoorbeeld een liesbreuk ziet men een terugloop van de operaties. OK-tijd opvullen met andersoortige operaties, voor aandoeningen waarvoor wachtlijsten bestaan was in deze ziekenhuizen op dit moment geen, maar op termijn wel een optie. Men gaf aan dat tijd nodig is om veranderingen in processen door te voeren. Intussen blijven medewerkers wel in loondienst.

Ook was sprake van inkomstenderving, hetzij voor het ziekenhuis, hetzij voor de maatschap. Dit maakte dat enkele geïnterviewde aangaven dat de arts wellicht niet altijd alle alternatieven bespreekt. Het gevoel dat je jezelf financieel in de vingers snijdt wanneer je te actief bezig bent om de 'niet-behandeloptie' te bespreken met de patiënt, lijkt wel te leven in ziekenhuizen. Op het moment van de interviews waren de precieze gederfde inkomsten nog niet helemaal duidelijk (cijfers die door enkele ziekenhuizen genoemd werden zijn 16/20% minder, vooral kleinere ingrepen, denk aan liesbreuken, galblaasoperaties enzovoort).

Ziekenhuizen gaven aan dat een perverse prikkel in het systeem zit, omdat ze betaald worden voor behandelingen. Dit staat regelmatig haaks op de uitgangspunten van samen beslissen, zoals bijvoorbeeld bij de keuze tussen wel of geen ingreep bij liesbreuk, wel of geen chemotherapie bij kanker, wel of geen galblaasoperatie. De keuze voor geen ingreep heeft voor het ziekenhuis nadelige financiële consequenties omdat een patiënt blijven volgen, meer kost dan een eenmalige operatie.

4. CULTUUR EN GEDRAGSVERANDERING

Ondanks de investering in samen beslissen, blijft het 'Dat doe ik al'-gevoel een belemmerende factor binnen de ziekenhuizen. Tijdens de projectfase van Beslist samen! was een projectleider in elk van de ziekenhuizen werkzaam die niet alleen de implementatie ondersteunde, maar ook zorgde voor bewustzijn bij betrokken professionals ten aanzien van hun eigen gedrag. Daarnaast kende en toonde de projectleider de mogelijkheden voor het gebruik van hulpmiddelen, hetgeen motiverend werkte voor professionals.

Ziekenhuizen gaven aan dat samen beslissen ook andere inbreng en vaardigheden vraagt van patiënten, dit betekent dat ziekenhuizen investeren in de bewustwording van patiënten, hen duidelijk maken dat ze zelf mogen meedenken over hun behandeling en in het teweeg brengen van een gedragsverandering bij patiënten. De meeste ziekenhuizen hadden gekozen om de campagne "3 Goede vragen" te introduceren binnen hun ziekenhuis. Hoewel de basismaterialen gratis verkrijgbaar zijn, werd er door ziekenhuizen ook geïnvesteerd in eigen materialen. Daarnaast organiseerden enkele ziekenhuizen speciale informatie dagen om samen beslissen onder de aandacht te brengen.

B. Resultaten van de dialoogsessies zorgverzekeraars en ziekenhuizen

Tijdens de dialoogsessies gaven de ziekenhuizen een korte presentatie over de visie van het ziekenhuis op samen beslissen, de projecten die ze hadden uitgevoerd, de resultaten en de knelpunten. De zorgverzekeraars roemden de aanpak van ziekenhuizen, met mooie voorbeelden waarbij ook over de keten heen werd gekeken. Men vond aanpak van de voorlopers in samen beslissen veelbelovend voor de toekomst.

Zorgverzekeraars kregen wel de indruk dat de mindset en de visie van een ziekenhuis heel belangrijk zijn in de verdere implementatie van samen beslissen. Daar ligt volgens hen dan ook duidelijk een rol bij de ziekenhuizen zelf, zij moeten een gedrags- en cultuurverandering op gang brengen zowel bij professionals als patiënten zodat samen beslissen een vanzelfsprekendheid wordt. In onderstaand overzicht wordt een aantal thema's besproken waarover tijdens de dialoogsessies werd gediscussieerd.

Uniformiteit begrip samen beslissen

Tijdens de dialoogsessies bleek dat de definitie van samen beslissen lastig is en niet eenduidig wordt gebruikt. Zorginkopers lijken niet goed te weten wat bedoeld wordt met samen beslissen en welke activiteiten en randvoorwaarden noodzakelijk zijn om samen beslissen te implementeren. De criteria waaraan een "goed" proces van samen beslissen moet voldoen, zijn eveneens niet helder. Zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars vinden dat deze moeten worden vastgesteld door de beroepsgroep en patiënten (vertegenwoordigers) en niet door de zorgverzekeraar.

Nederlandse Ziekenhuis Autoriteit (NZA) registratiecode samen beslissen

Zorgverzekeraars pleiten voor het gebruik van de nieuwe NZA-code voor samen beslissen (zie bijlage 1). Deze registratie code zorgt voor transparantie en geeft de zorgverzekeraars handvatten om te bepalen in welke zorgactiviteit samen beslissen plaatsvindt. De definitie: "een consult moet minimaal tweemaal de standaardconsulttijd die voor het betreffende specialisme gebruikelijk is, in beslag nemen (voor een herhaalconsult of voor een consult op de verpleegafdeling)" van de in 2018 geïntroduceerde code sluit niet aan bij de definitie en de dagelijkse praktijk van samen beslissen. Gedurende het zorgproces vinden bij allerlei (grotere en kleinere) keuzes gezamenlijke besluitvorming plaats. De registratiecode is slechts van toepassing op een specifiek geval van samen beslissen. Van de registratie van de code kan niet worden afgeleid of samen beslissen in het zorgproces naar behoren heeft plaatsgevonden. Tevens kunnen indirecte activiteiten die noodzakelijk zijn om samen beslissen te implementeren en te bestendigen niet worden geregistreerd. Op dit moment levert het gebruik van de NZA-code vooral registratiedruk op. Bovendien is de code nog niet gekoppeld aan financiering en daarom gebruiken de meeste ziekenhuizen de NZA-code niet. Zorgverzekeraars herkennen dit probleem, maar pleiten toch voor het gebruik van de NZA-code omdat ze verwachten dat hiermee

samen beslissen transparanter wordt gemaakt. Ze vragen zich wel af of en wat zij zouden kunnen bijdragen om de registratiedruk te verminderen. NZA en VWS zouden met de veldpartijen nagaan of en welke registratiecode nodig is om samen beslissen te registreren en transparant te maken.

Kosten – baten

Wat opvalt in de presentaties van de ziekenhuizen is dat de deelnemende ziekenhuizen zich realiseren dat ze moeten investeren in samen beslissen, zonder dat ze nu al een volledige beeld hebben van de baten op termijn. Ziekenhuizen hebben over het algemeen de indruk dat ze op termijn geen extra geld nodig hebben om samen beslissen in te bedden als reguliere zorg, in het proces. Voor de opstartfase geldt evenwel dat geïnvesteerd moet worden om de omslag op gang te brengen, nieuwe ontwikkelingen te stimuleren en de randvoorwaarden goed neer te zetten. Denk daarbij aan een bewustzijnsvergroting bij professionals en patiënten, trainingen, de juiste plek inrichten om samen beslissen in het zorgpad mogelijk te maken, de ondersteuning voor zowel patiënten, als professionals, om samen beslissen toe te passen.

Door deel te nemen aan het project Beslist Samen! is binnen de deelnemende ziekenhuizen een flinke sprong voorwaarts gemaakt. Het project maakte het mogelijk dat men gedegen aan de slag kon met het meer toepassen van samen beslissen binnen de organisatie. Het landelijk programma zorgde ervoor dat samen beslissen hoger op de agenda kwam. De relatief kleine subsidie zorgde ervoor dat er een projectleider kon worden aangesteld, een kartrekker die zorglijnen ondersteunde en faciliteerde. Met behulp van dit geld konden bovendien trainingen worden uitgevoerd, de drie goede vragen en (soms zelf ontwikkelde) keuzehulpen worden ontwikkeld. Ziekenhuizen laten hiermee zien dat met weinig geld al veel bereikt kan worden.

Ziekenhuizen denken dat samen beslissen uiteindelijk een besparing op de kosten in de gezondheidszorg kan opleveren, maar dit moet nog verder onderzocht worden omdat er te veel onzekere factoren zijn. Zo kost niet iedere minder invasieve behandeling per definitie minder geld (denk aan wait and see versus operatie bij endeldarmkanker). Een onderzoek in Bernhoven bij patiënten met een liesbreuk, die kiezen voor niet opereren, laat zien dat deze patiënten niet naar andere ziekenhuizen gaan om toch een behandeling te krijgen. Het is echter nog niet duidelijk of dit ook voor andere patiënten en in andere ziekenhuizen geldt. Daarnaast is nog geen enkel zicht op de consequenties van samen beslissen voor de eerste lijn. Effecten van samen beslissen op de financiering kunnen nog jaren na-ijlen waardoor pas over een aantal jaren conclusies kunnen worden getrokken. Ziekenhuizen kijken wel met vrees naar de effecten van samen beslissen op de bedrijfsvoering.

Samen beslissen meetbaar maken

Zorgverzekeraars zouden graag zien dat ziekenhuizen aantonen dat ze werken volgens het samen beslissen principe en hoe ze dit doen, omdat ze zicht willen krijgen in hoeverre samen beslissen daadwerkelijk geïmplementeerd wordt. Een presentatie en terug horen dat het wel gebeurt, is voor zorgverzekeraars niet voldoende. Ze willen zeker weten dat daadwerkelijk samen beslist wordt in de spreekkamer.

Ziekenhuizen begrijpen deze wens van zorgverzekeraars maar geven aan dat meten op patiëntniveau of zorgverlener niveau op termijn niet wenselijk is. Wel kan op deze twee niveaus gemeten worden aan het begin van projecten om samen beslissen zichtbaar te maken, maar op een zeker moment moet dit worden losgelaten. Met andere woorden: meten tijdens de implementatie, bijvoorbeeld het effect van een e-learning, training, video consulten voor en na, wordt als zinvol ervaren, maar zodra de implementatie en evaluatie periode is afgerond, is dit niet meer zinvol.

Aan de slag gaan met samen beslissen, betekent dat randvoorwaarden moeten worden ingevuld om samen beslissen te implementeren, zoals o.a. instrumenten om patiënten te ondersteunen (keuzehulpen/consultkaarten), deskundigheidsbevordering voor zorgverleners en zorgpaden zo

aanpassen zodat samen beslissen gefaciliteerd wordt. Dit kan een ziekenhuis wel zichtbaar maken, maar het zegt nog niets over de kwaliteit van samen beslissen. Bijvoorbeeld, het gebruik van een keuzehulp zegt niks over het beslisgesprek tussen arts en patiënt. Laat onverlet dat als de randvoorwaarden ontbreken, het lastig is om samen beslissen te implementeren.

Het inkoopgesprek/kwaliteitsgesprek

Samen beslissen is nog niet structureel een onderdeel van het inkoop- of kwaliteitsgesprek. Er is een hoeveelheid aan onderwerpen die besproken moet worden en samen beslissen hoort hier niet vanzelfsprekend bij. Zorgverzekeraars vinden dat ziekenhuizen zelf samen beslissen hoger op de agenda moeten zetten, zodat dit ook echt besproken wordt. Zorgverzekeraars hebben behoefte aan informatie over het type patiënten en zorgpaden, de daarbij behorende DBC, de businesscase, de noodzaak van de investering en de inpasbaarheid in het hoofdlijnenakkoord zoals zij dit hebben vastgesteld met ziekenhuizen. Samen beslissen kan op deze wijze meegenomen worden in de grotere bewegingen die zorgverzekeringen en ziekenhuizen samen maken, met betrekking tot vernieuwing van de zorg. Samen beslissen kan laten zien dat de zorg verandert, maar ziekenhuizen blinken niet altijd uit in zichtbaar maken van wat ze doen en wat de resultaten hiervan zijn. Daartegenover zijn zorgverzekeraars ook niet altijd even duidelijk over hun doelstellingen op het gebied van de veranderingen in de zorg, waaronder samen beslissen.

Financiering

Sommige zorginkopers vinden dat samen beslissen een onderdeel is van de zorgverlening. Waarom zou hiervoor extra betaald moeten worden? Immers, zorgverzekeraars en ziekenhuizen spreken een bedrag af en het ziekenhuis bepaalt zelf wat het moet investeren om die zorg te verlenen en te verbeteren, ook in een implementatiefase. Mocht sprake zijn van financieel negatieve gevolgen door samen beslissen, dan kunnen deze wel besproken worden. Andere zorginkopers zien zichzelf wel in een faciliterende rol. Zij geven aan dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen samen kunnen kijken welke afspraken gemaakt kunnen worden, om als er sprake is van een krimp, dit gereguleerd te realiseren. Maar, om samen beslissen tot een succes te maken, moeten beide partijen zich inzetten en investeren.

Zorgverzekeraars zijn bereid om afspraken te maken over kosten, die gemaakt worden tijdens de implementatie van samen beslissen. Ziekenhuizen zouden hiervoor moeten inventariseren wat samen beslissen betekent voor het proces met een schatting van de tijd die samen beslissen gaat kosten, het aantal consulten dat nodig is en de zorgverleners die daarbij nodig zijn. Maar ook hoe patiënten hiermee moeten omgaan, hoe ze keuzes maken. Op basis van een kosten-baten analyse, kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraar in gesprek gaan. Ziekenhuizen zouden hierbij met kleinere projecten kunnen beginnen. Zorgverzekeraars adviseren ziekenhuizen om in eerste instantie een "gemakkelijk" zorgpad te kiezen, met redelijk gelijkwaardige keuzes, waardoor de start laagdrempelig is en ervaring kan worden opgedaan. Een voorinvestering behoort tot de mogelijkheden, maar dan moet samen beslissen wel iets opleveren. Eventueel zouden ziekenhuizen garanties kunnen geven dat na de afgesproken periode niet opnieuw om geld wordt gevraagd.

Conclusie

Zorginkopers en -verkopers zijn nog relatief onbekend met samen beslissen. Prioritering tijdens het kwaliteits- en inkoopgesprek, met de juiste deelnemers uit ziekenhuizen: zorgprofessionals die samen beslissen hun dagelijkse praktijk hebben geïmplementeerd en (indien beschikbaar) de projectleider samen beslissen en medisch adviseur als vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, is daardoor niet vanzelfsprekend maar wel noodzakelijk.

Samen beslissen hoort op den duur tot de reguliere zorg en vormt een onderdeel in een groter geheel van veranderingen en verbeteringen in de zorg. Voor de initiële implementatie is echter tijdelijk extra investering nodig. Ziekenhuizen moeten investeren in een cultuuromslag en een gedragsverandering, zowel bij professionals als bij patiënten. Daarnaast zijn investeringen in de randvoorwaarden om samen beslissen goed vorm te geven noodzakelijk. Voor een juiste aanpak zijn kennis en ervaring nodig in een ziekenhuis. Het heeft de voorloperziekenhuizen enorm geholpen om met een beperkt budget veranderingen in gang te zetten. Een dergelijk soort ondersteuning kan wellicht ook andere ziekenhuizen over de streep helpen. Stimuleringsgelden kunnen bijdragen om de randvoorwaarden voor (de implementatie van) samen beslissen te ontwikkelen en in te voeren. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn het erover eens dat inspanning van beide kanten moeten komen.

Volumedaling of sturen op minder operaties is niet wenselijk en mag niet het doel van Samen beslissen zijn. Het doel van samen beslissen is altijd het leveren van zorg die op dat moment het best bij de patiënt past.

Aanbevelingen

Wat

Zorg dat door zorgprofessionals en patiënten (vertegenwoordigers) een gezamenlijke definitie voor Samen beslissen opgesteld wordt. Leid daar als beroepsgroepen, patiënten (vertegenwoordigers), ziekenhuizen en zorgverzekeraars gezamenlijk heldere criteria uit af waaraan samen beslissen in de praktijk moet voldoen. Ontwikkel samen een set met componenten waarmee een ziekenhuis kan aantonen dat er gewerkt wordt volgens het samen beslissen principe. Kijk daarbij ook naar de bestaande kwaliteitsnormen van NIAZ en JCI en alternatieve vormen van toetsing die intrinsieke gedragsverandering in beeld kunnen brengen.

Zorg als ziekenhuis en zorgverzekeraars dat samen beslissen een thema is tijdens het inkoop/kwaliteitsgesprek. Maak als ziekenhuis de eigen ambities duidelijk door aan te geven hoe je aan de slag wilt, in welke zorgpaden en wat en hoelang je nodig hebt, tijdelijk voor de versnellingsfase en voor de langere termijn, op continue basis. Ook voor zorgverzekeraars: maak je eigen ambities duidelijk aan de ziekenhuizen waarmee je onderhandelt.

Laat zorgverzekeraars onderling afstemmen wat zij van ziekenhuizen verwachten ten aanzien van de implementatie van samen beslissen.

Zorgverzekeraars zouden een financiële impuls aan ziekenhuizen kunnen geven om versnelling van de toepassing van samen beslissen te realiseren. Bedenk samen welke doelen een ziekenhuis zou kunnen nastreven. Het effect van samen beslissen is internationaal bewezen, dus opnieuw effecten meten is zinloos.

Onderscheid tijdens het inkoop/kwaliteitsgesprek de verschillende fases waarin een ziekenhuis zich ten aanzien van samen beslissen bevindt: stimulering, onderhoud, bestendigen. Voer per fase een ander inkoopgesprek met verschillende financieringsmogelijkheden.

Stel, als ziekenhuis, een projectleider aan die helpt om de eerste stappen te zetten, praktische dingen doet en de kar trekt. Een voorfinanciering door zorgverzekeraars is daarin wenselijk. Borg expertise op het gebied van samen beslissen in de organisatie voor de langere termijn

Onderzoek als ziekenhuis en zorgverzekeraar samen de mate en de effecten van (on)bedoelde verschuiving van zorg naar andere centra en eerste lijn.

Met betrekking tot de tarieven kan de optie overwogen worden om niet alleen in verrichtingen te betalen maar ook in diensten (het goede gesprek). Niet opereren kost een ziekenhuis extra geld, omdat de opvolging van patiënten niet betaald wordt. Zorg dat de prikkel om te opereren wordt weggenomen en er prikkels zijn om zorg te leveren die het best past bij elk individu.

Zoek uit of er kansen liggen in het Versnellingsprogramma Informatie uitwisseling van patiënten en professional (VIPP) voor de ICT problemen die ervaren worden bij samen beslissen.

Ga in gezamenlijkheid na of en welke registratiecode (NZA-code) nodig is om samen beslissen te registreren en transparant te maken.

Wie

In Landelijk Netwerk Samen Beslissen (Patiëntenfederatie Nederland, FMS, V&VN, NVZ, SAZ, STZ, NFU en ZN)

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars

ZN

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen (ZN, NVZ, SAZ, STZ, NFU)

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars

Ziekenhuizen

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars

VWS/NZA

NVZ

NZA/ZN/NVZ/NFU

Afkortingen

NFU	Nederlandse Federatie Universitaire Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Ziekenhuis Autoriteit
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg
JCI	Joint Commission International
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
STZ	Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bijlage 1. Registratiecode Samen Beslissen

Uit: Wijzigingen dbc-release RZ18a
Ingangsdatum 1 januari 2018

2.2 Samen beslissen

Referentienummer: 202341
Releaseproduct(en): NR, ZAT
Specialisme(n): Meerdere
Zorgproductgroep(en): Meerdere

2.2.1 Aanleiding en achtergrond

We hebben een analyse uitgevoerd waaruit blijkt dat er in principe voldoende mogelijkheden zijn voor het belonen van samen beslissen binnen de huidige bekostigingssystematiek. Er zijn verschillende zorgaanbieders en zorgverzekeraars die al gebruik maken van deze mogelijkheden. Toch geven partijen aan dat het wenselijk is om de inzet voor samen beslissen transparanter te maken.

Meer achtergrondinformatie over dit project is te vinden het document 'Verantwoording dbc-pakket 2018 (RZ18a)'.

2.2.2 Doorgevoerde wijziging(en)

De bestaande zorgactiviteit voor samen beslissen (190063) komt te vervallen. Hiervoor in de plaats introduceren wij een nieuwe zorgactiviteit. Deze registratiecode vormt een onderdeel van een breder pallet aan instrumenten die ingezet kunnen worden om zicht te krijgen op de ontwikkelingen in de ziekenhuizen en de extra effort die wordt ingezet om (meer) volgens het samen beslissen model te gaan werken. Zo kan tijdens kwaliteitsgesprekken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars voorafgaand aan de zorginkoop aandacht geschonken worden aan de wijze waarop ziekenhuizen hier invulling aan geven (o.a. via gebruik patiëntversies van richtlijnen, keuzehulpen). En kan ook inzicht worden verkregen in patiëntervaringen, door gebruik te maken van Patient Reported Experience Measures (PREMs).

Deze registratiecode wordt bij declaratie ook op de nota getoond. Zorgaanbieders kunnen deze registratiecode ook voor alle relevante voorkomende situaties gebruiken (niet alleen voor intensieve gesprekken in de laatste levensfase, zoals bij de huidige versie van de registratiecode voor samen beslissen het geval was).

Za-code	Za-omschrijving	Consumentenomschrijving	ZPK	Op nota	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
190063	Intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties.	Intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties. Samen met patiënt en of sociale omgeving van patiënt beslissen over het al of niet staken of starten van een curatieve of levensverlengende behandeling.	1	J	20140601	20171231	Beëindigd
Za-code	Za-omschrijving	Consumentenomschrijving	ZPK	Op nota	Ingangsdatum	Einddatum	Mutatie
190066	Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger.	Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger.	99	J	20180101		Nieuw

De nieuwe zorgactiviteit is bedoeld voor beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitoefenen (zie nadere regel NR artikel 24 lid 6). Met deze code kunnen zij aangeven dat zij met de patiënt (en/of zijn/haar vertegenwoordiger) in een gezamenlijk proces beslissingen hebben genomen over gezondheids- en behandeldoelen en dat hier substantieel meer tijd aan is besteed dan aan een regulier consult. In overleg met vertegenwoordigers van zorgaanbieders is 'substantieel' hier gedefinieerd als een consult dat minimaal tweemaal de standaardconsulttijd in beslag neemt die voor het betreffende specialisme gebruikelijk is (voor een herhaalconsult of voor een consult op de verpleegafdeling). De zorgactiviteit mag dan ook alleen in deze gevallen worden vastgelegd.

De nieuwe zorgactiviteit krijgt een puur registratieve functie en kan naast de reguliere codes waar de contactmomenten onder kunnen vallen (herhaalpolibezoek, screen-to-screen consult of verpleegdag) worden vastgelegd.

De reguliere codes voor de contactmomenten zijn bepalend voor de productafleiding. De registratieve code 'lift mee' en is zichtbaar in het profiel van dit zorgproduct. De registratiecode geeft hier dan meer informatie over het contactmoment, namelijk dat hier tweemaal zoveel tijd aan is besteed ten behoeve van samen beslissen.

NB: Registratie van zorgactiviteit 190066 vereist niet dat er tijdens het consult ook gelijk een besluit wordt genomen over de uiteindelijk te verkiezen behandeling. Het gaat om het vastleggen van de uitgebreide consultaties die plaatsvinden om samen te kunnen beslissen.

