

Eindrapport Disseminatie- en implementatieproject keuzekaarten



INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

IN SAMENWERKING MET

- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Vereniging verzorgende & verpleegkundigen Nederland (V&VN)
- Harteraad
- Bekkenbodem4All
- Oogvereniging Nederland
- Psoriasispatiënten Nederland
- Patiëntenfederatie Nederland

MET ONDERSTEUNING VAN

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING

Deze kwaliteitsstandaard werd gefinancierd door Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Daarnaast werd een subsidie voor implementatie- en opschalingscoaching van ZonMw ontvangen.

Colofon

CONCEPTRAPPORT DISSEMINATIE EN IMPLEMENTATIE KEUZEKAARTEN

© 2022

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
secretariaat@nvdv.nl
www.nvdv.nl

Inhoud

Samenvatting	4
Samenstelling werkgroep	5
1. Inleiding	6
2. Inventarisatie keuzekaarten in Nederland	8
2.1 Enquêtes	8
2.2 Literatuuroverzicht	12
2.3 Best practice casus	16
3. Pilots keuzekaarten	18
3.1. Projectopzet pilot	18
3.2 Aanpak	19
4. Duiding van de pilots	47
5. Generieke D&I procedure: aanbevelingen	50
Bijlagen	51
Bijlage A - Vragenlijst consultkaarten	51
Bijlage C - Resultaten enquête keuzekaarten	51
Bijlage B - Vragenlijst consultkaarten	51
Bijlage D - Resultaten beschrijvend professionals die er gebruik van maken	51
Bijlage E - Zoekstrategie	52
Bijlage F - Resultaten patiëntvragenlijsten Meander Medisch Centrum	53
Bijlage G - Leeswijzer keuzekaart eierstokcystes	54
Bijlage H - Poster keuzekaart Eierstokcystes	54
Bijlage I - Infographic keuzekaart zorgverleners	55
Bijlage J - Generiek D&I plan	55
Bijlage K - Disseminatie- en implementatieplan keuzekaarten	55

Samenvatting

Aanleiding

Er zijn in Nederland momenteel zo'n 40 keuzekaarten beschikbaar voor gebruik in de spreekkamer om samen beslissen te ondersteunen (www.thuisarts.nl/keuzekaarten). Keuzekaarten zijn tabellen op één A4 die een overzicht geven van mogelijke zorgopties (kolommen) en veel gestelde vragen (rijen), geprioriteerd door patiënten, met de daarbij behorende antwoorden. Daarnaast bestaan er enkele keuzekaarten-in-beeld, specifiek voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit project richt zich op de standaard keuzekaarten.

Er is veel geld beschikbaar geweest voor het ontwikkelen van deze tools, maar het gebruik blijft achter omdat er nauwelijks aandacht en inspanning is geweest voor het verspreiden en implementeren van de keuzekaarten. Een keuzekaart als hulpmiddel voor samen beslissen verhoogt de gezamenlijke besluitvorming in consulten, geeft een hogere tevredenheid bij de patiënt en verbetert de kennis van de patiënt; de tijdsduur van het consult neemt niet toe (Scalia, 2019). Kort samengevat kan worden gezegd dat iedereen snapt en weet dat samen beslissen belangrijk is en de keuzekaart kan helpen, maar deze niet toepast in de praktijk.

Resultaten op hoofdlijnen

In dit project heeft een korte inventarisatiefase plaatsgevonden om het huidige gebruik in kaart te brengen. Zeer weinig mensen zijn bekend met de keuzekaart en medisch specialisten gebruiken de kaart weinig. Dit is in lijn met de verwachting aangezien er tot nu toe nauwelijks aandacht is besteed aan de verspreiding en implementatie van keuzekaarten. Uit de literatuur zijn elementen geïdentificeerd om het gebruik van de keuzekaart te verhogen en deze elementen zijn gebruikt om de pilots op te zetten.

Er zijn 10 pilots gestart. 96 deelnemers vulden de nulmeting in en 65 vulden de eindmeting in. In de eindmeting gaf 85% van de zorgverleners aan door te gaan met het gebruik van de keuzekaart na afloop van de pilot en 88% raadde de kaart aan collega's aan. De afdelingsspecifieke startbijeenkomst, het webinar (inclusief video's over goed / minder goed gebruik van de keuzekaart) werden goed gewaardeerd. Bij de start van een pilot is het van belang aandacht te hebben op de visie en het draagvlak van de afdeling. Ook het werken met scheurblokken springt eruit als positief resultaat. Dit werkt erg prettig voor de zorgverleners, die zien de kaart letterlijk liggen en hij ligt binnen handbereik. Dit is een eenvoudige en goedkope interventie om te zorgen dat het gebruik van de kaarten kan toenemen.

Aanbevelingen generieke disseminatie en implementatie keuzekaarten

Een generiek disseminatie en implementatieplan voor zorgverleners, wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties is HIER te vinden. Vier kernprincipes om de keuzekaart te gebruiken dan wel het gebruik te verhogen zijn:

1. Om te leren wat een keuzekaart is en hoe het te gebruiken, bleek het webinar (inclusief video's goed / minder goed gebruik keuzekaarten) waardevol. Deze wordt omgezet in een e-learning die vanaf september beschikbaar is via de Digitale Leeromgeving van de Federatie Medisch Specialist. Tot die tijd is het originele webinar HIER terug te kijken.
2. Om de kaart makkelijk te kunnen gebruiken, werkt het inzetten van scheurblokken goed. Dit is een goedkope en effectieve interventie gebleken. Een bestelformulier is HIER te vinden.
3. Voor zorgverleners die willen starten met het toepassen van keuzekaarten, is het het makkelijkst om te beginnen met een kaart waarbij de patiëntengroep frequent gezien wordt zodat ervaring opgedaan kan worden en daarna pas te focussen op patiëntengroepen die minder vaak worden gezien of het inzetten van nieuwe keuzekaarten.
4. 4) Inventariseer met je afdeling hoe je het gebruik kunt integreren in de workflow op de afdeling. Zie dit rapport voor voorbeelden en ideeën.

Samenstelling werkgroep

Onderstaande werkgroep heeft meegewerkt aan dit project. In deze werkgroep hadden leden van de deelnemende verenigingen, leden van relevante secties van V&VN en patiëntenorganisaties zitting. Een deel van deze leden nam ook met zijn/haar afdeling deel aan de pilots. Daarnaast namen ook ziekenhuisafdelingen deel aan de pilots waarvan er géén vertegenwoordiger was in de werkgroep.

- P.M.J.H. (Patrick) Kemperman, dermatoloog, werkzaam in Amsterdam UMC / Dijklander ziekenhuis, NVDV, voorzitter
- Dr. P.M.A.J. (Peggy) Geomini, gynaecoloog, werkzaam in Máxima Medisch Centrum, NVOG
- Dr. J.W.M. (Annemijn) Aarts, gynaecoloog, werkzaam in Amsterdam UMC, NVOG
- Dr. V.M.R. Vera Heijndael, dermatoloog, werkzaam in St. Antonius Ziekenhuis, NVDV
- Prof. dr. J.H. (Joke) de Boer, oogarts, werkzaam in UMCU, NOG
- Dr. L.T. (Lioe-Ting) Dijkhorst – Oei, internist-vasculair geneeskundige, werkzaam in Meander Medisch Centrum, NIV
- P (Paula) de Boer, verpleegkundig specialist gynaecologie, werkzaam in Diaconessenhuis, V&VN
- R. (Renske) Hovingh, verpleegkundig specialist dermatologie, werkzaam in Amphia Ziekenhuis / Elizabeth-Tweesteden ziekenhuis, V&VN
- I. (Ilse) van Ee, coördinator Patiëntenparticipatie en centrale Redactie, Psoriasispatiënten Nederland
- M. (Marlies) Bosch, PR & Belangenbehartiging, Stichting voor Bekkenbodem4All
- H.J. (Anneke) Jansen, adviseur Oogzorg, Oogvereniging
- J.S. Josine van der Kraan, senior adviseur Patiëntbelang, Patiëntenfederatie Nederland
- A.M. (Anne-Margreet) Strijbis, beleidsadviseur, Harteraad

Met ondersteuning van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten:

- E.A. (Ester) Rake MSc, adviseur (projectleider)
- Dr. D.H.H. (Dunja) Dreesens, senior adviseur

Met dank aan:

- Janneke de Groot, implementatiedeskundige, Amplitudo
- Stagiaires Kim Geurts, MSc en Guus Brand, BSc
- Alle zorgverleners, medewerkers en patiënten die vanuit de ziekenhuisafdelingen hebben deelgenomen en bijgedragen aan dit project

1. Inleiding

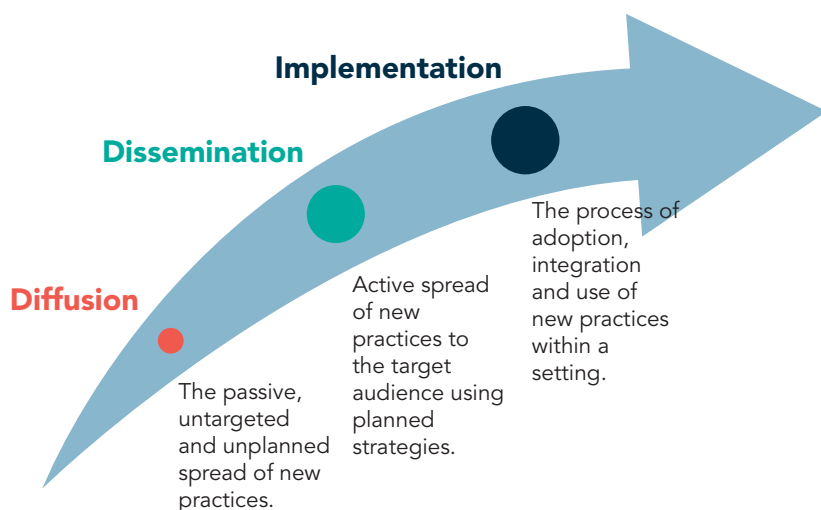
In de periode 2016-2021 zijn 35 keuzekaarten ontwikkeld. Deze keuzekaarten zijn te vinden op www.thuisarts.nl/keuzekaart en vanuit de betreffende richtlijn op de Richtlijndatabase wordt ernaar doorgelinkt. Keuzekaarten zijn tabellen op één A4 die een overzicht geven van mogelijke zorgopties (kolommen) en veelgestelde vragen die zijn geprioriteerd door patiënten (rijen) met de daarbij behorende antwoorden. Echter de bekendheid met en implementatie van keuzekaarten is nog niet optimaal. Daardoor kunnen ze ook niet bijdragen aan samen beslissen.

Daarom heeft de NVDV besloten een project te starten waarin werd uitgezocht wat de huidige situatie is van bekendheid met de keuzekaarten in Nederland en hoe disseminatie en implementatie van de keuzekaarten verbeterd kan worden. In dit project werkt de NVDV samen met andere wetenschappelijke en beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties.

Voor dit project worden de volgende definities voor disseminatie (verspreiding) en implementatie gehanteerd. Figuur 1 geeft een overzicht van de verschillen tussen diffusie, disseminatie en implementatie. We houden de volgende definities aan voor de begrippen disseminatie en implementatie in dit project:

Disseminatie: communicatie van bevindingen (bijvoorbeeld van een project of studie) naar een groter publiek via geplande strategieën zoals publicatie in tijdschriften, (social) media, nieuwsbrieven, rapporten en presentaties¹.

The Diffusion-Dissemination-Implementation Continuum



Figuur 1. Overzicht van relevante termen.

Implementatie: de procesmatige en planmatige invoering van interventies van bewezen waarde, met als doel dat deze interventies een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, het functioneren van organisaties en/ of structuur van de gezondheidszorg (Grol 2004).

¹ Vertaald van: King's Improvement Science glossary of terms used in improvement and implementation. Geraadpleegd op 21-09-2020 <http://www.kingsimprovementscience.org/KIS-glossary>

Werkwijze

Het project bestaat uit drie onderdelen. Ten eerste inventarisatie van de bekendheid met en het huidige gebruik van keuzekaarten inclusief een literatuuranalyse en best practice casus. Ten tweede pilots in een aantal ziekenhuizen en tot slot als derde het opleveren van een Generieke disseminatie- en implementatieprocedure van keuzekaarten voor wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties.

Sommige keuzekaarten zijn sinds kort beschikbaar als keuzekaart in beeld. Deze keuzekaarten zijn specifiek bedoeld voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden voor wie een tabel met tekst soms lastig te begrijpen is. De keuzekaart in beeld heeft zowel eenvoudige afbeeldingen als eenvoudige tekst op A2- en B1-niveau. De tekst en de afbeeldingen ondersteunen elkaar en vertellen dezelfde informatie. Hierdoor is de keuzekaart in beeld meerdere pagina's (geen restrictie tot één A4 zoals de standaard keuzekaart).

Dit project focust zich specifiek op de standaard keuzekaarten van één A4 omdat bij de aanvang van dit project nog geen keuzekaarten in beeld beschikbaar waren. Keuzekaarten en keuzekaarten in beeld vullen elkaar goed aan en bedienen verschillende doelgroepen.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de aanpak en resultaten van de inventarisatiefase (onderdeel 1 van het project) bestaande uit twee enquêtes, een literatuuronderzoek en best practice casus. Hoofdstuk 3 staat stil bij de verschillende pilots op de afdelingen in de diverse ziekenhuizen (onderdeel 2). In het hoofdstuk 4 worden de resultaten geduid en tot slot bevat hoofdstuk 5 aanbevelingen voor de verspreiding en toepassing van keuzekaarten (onderdeel 3) op basis van de inventarisatie en de pilots. In de bijlagen vindt u de onderliggende data in detail.

Gebruikte afkortingen

D&I Disseminatie & Implementatie

KK Keuzekaart

SDM Shared decision-making (Nederlandse term: samen beslissen)

TOA Technisch Oogheelkundig Assistent

Literatuur inleiding

Grol, R., Wensing, M. Implementatie. Effectieve verbetering van patiëntenzorg. Maarssen :Elsevier Gezondheidszorg, 2006

Grol, R., Wensing, M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. Med J Aust 2004; 180 (6): S57. || doi: 10.5694/j.1326-5377.2004.tb05948.x

2. Inventarisatie keuzekaarten in Nederland

Om inzicht te krijgen in de bekendheid, het gebruik en hoe er tegen keuzekaarten in Nederland aangekeken wordt, heeft de projectgroep een inventarisatie uitgevoerd (begin 2021). Deze inventarisatie bestond uit drie onderdelen.

1. Enquêtes:

- Op Consultkaarten.nl; (nu: keuzekaarten via Thuisarts.nl)
- Bij de wetenschappelijke verenigingen die mede-eigenaar zijn van een keuzekaart.

2. Een literatuuroverzicht over wat er al bekend is over het gebruik van de keuzekaart.

3. Best practice: casus Nierpatiënten Vereniging Nederland

2.1 Enquêtes

Om dat inzicht te krijgen in de bekendheid met de keuzekaart en de mate waarin zij er ook daadwerkelijk gebruik van maken is er een enquête opgesteld. Deze enquête is ten eerste uitgezet op de toenmalige website www.consultkaart.nl. Vervolgens is er onder de wetenschappelijke verenigingen die mede-eigenaar zijn van een keuzekaart een gelijksoortige enquête verspreid met de vraag deze door hun leden te laten invullen.

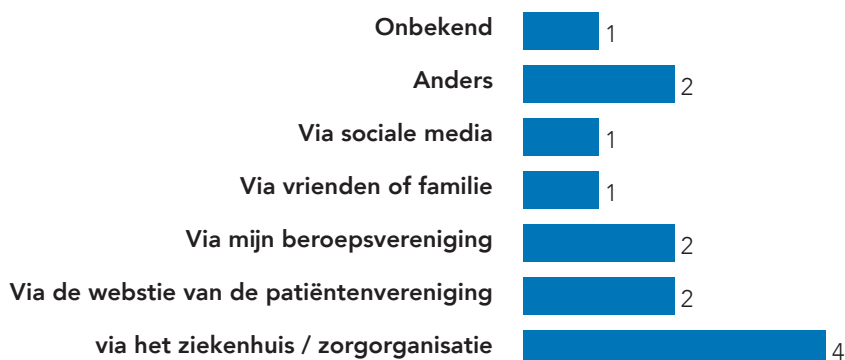
2.1.1 Enquête via www.consultkaart.nl

De enquête (bijlage A) op www.consultkaart.nl heeft opengestaan van februari 2021 tot en met half maart 2021. Indien de respondent een zorgverlener was (i.p.v. bijvoorbeeld een patiënt), volgden verschillende stellingen over samen beslissen. Wanneer de respondent de keuzekaart nog nooit had gebruikt werd de vragenlijst vroegtijdig beëindigd. De gehele resultaten van de enquête zijn te vinden in bijlage C. Hieronder volgt een korte samenvatting.

De respons was laag (n=13 respondenten); gemiddeld wordt de website 1774 keer per maand bezocht (gemiddelde van aantal unieke bezoekers over periode januari t/m september 2020). Van deze 13 bezoekers waren acht patiënt, drie zorgverlener en twee familie of naasten van een patiënt. Deelnemers aan de enquête hebben via uiteenlopende bronnen van www.consultkaart.nl gehoord (zie Figuur 2). Twee respondenten gaven een andere reden op namelijk via de opleiding verpleegkunde en via een zorgverlener. Ongeacht de bron wordt de website vooral voor persoonlijk gebruik bezocht (zie Figuur 3). Eén respondent heeft ingevuld "anders namelijk..." waarbij werd aangegeven dat de zorg op de keuzekaart niet vergoed werd.

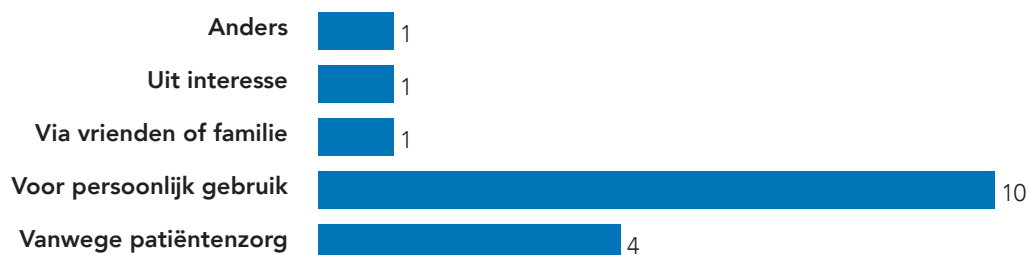
De drie zorgverleners hebben nog een aantal aanvullende vragen beantwoord; echter géén van hen bleek de keuzekaart tot nu toe in de praktijk te hebben gebruikt waardoor veel vragen in de enquête niet konden worden ingevuld. Twee van hen zien regelmatig patiënten die gebruik maken van keuzehulpen.

Hoe heeft u gehoord van de website?



Figuur 2. Aantal respondenten van de enquête via www.consultkaart.nl over of en hoe ze bekend zijn met het product.

Waarom bezoekt u de website?



Figuur 3. Aantal respondenten (het was mogelijk om meerdere antwoorden te geven) met reden van websitebezoek www.consultkaart.nl.

2.1.2 Enquête via wetenschappelijke verenigingen

De enquête (bijlage B) is verstuurd naar alle wetenschappelijke verenigingen die mede-eigenaar zijn van een keuzekaart. Hen is verzocht de enquête te verspreiden onder hun leden.

In totaal hebben 152 medisch specialisten de enquête ingevuld (Zie Tabel 1). Van hen was 40% lid van de NVMDL/ NVGE. NIV en NVOG waren met respectievelijk 16% en 13% vertegenwoordigd.

Tabel 1. Deelnemers per wetenschappelijke vereniging

Wetenschappelijke vereniging	Aantal (n=152)	Percentage (%)
NVMDL/NVGE	60	39,5
NIV	25	16,4
NVOG	19	12,5
NVDV	10	6,6
NOG	9	5,9
NVN	7	4,6
NOV	6	3,9
NVALT	6	3,9
NVKNO	2	1,4
Overig	1	0,7
Meerdere	7	4,6

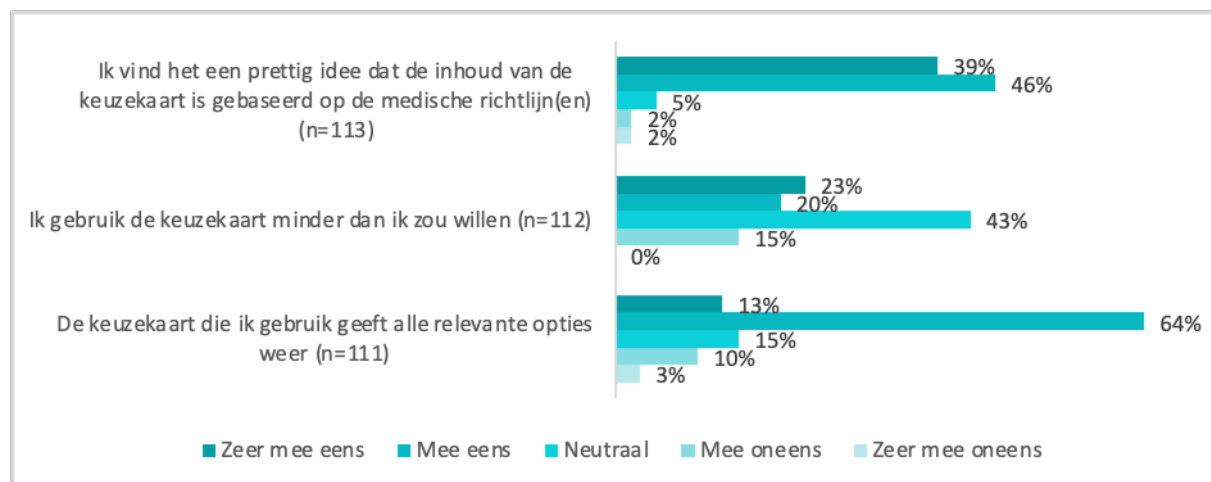
NVMDL: Nederlandse vereniging van Maag-darm-leverartsen; NVGE: Nederlandse vereniging voor gastro-enterologie; NIV: Nederlandse Internisten Vereniging; NVOG: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie; NVDV: Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie; NOG: Nederlands Oogheekkundig Gezelschap; NVN: Nederlandse Vereniging voor Neurologie; NOV: Nederlandse Orthopaedische Vereniging; NVALT: Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose; NVKNO: Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheekunde en Heekunde van het Hoofd-Halsgebied.

De tabel hieronder geeft de antwoorden weer op de vraag wat medisch specialisten nodig hebben om de keuzekaart te gaan gebruiken. De uitgebreide resultaten van alle respondenten is te zien in de powerpoint in bijlage C.

Tabel 2. Overzicht van elementen die bijdragen om Keuzekaart te gaan gebruiken

Wat heeft u nodig om de keuzekaart te gaan gebruiken? (n=144)	
Informatie over effectiviteit van de keuzekaart	32%
Terugkoppeling van patiënten over hun ervaringen met de keuzekaart	25%
Uitleg over het gebruik (bv. door een training/webinar)	24%
Een voorraad papieren keuzekaarten in de spreek- en wachtkamer	24%
Meer consulttijd	22%
Kaarten gespecificeerd voor verschillende patiëntengroepen	22%
Keuzekaart maakt onderdeel uit van het EPD/ZIS	19%
Duidelijkheid bij welke patiënten dit in te zetten	15%
Het is duidelijk dat een bepaalde keuzekaart bij een specifieke richtlijn hoort	14%
Een verantwoordelijke op de afdeling/vakgroep voor samen beslissen	8%
Niets, spreekt vanzelf	15%
Anders	26%

EPD: elektronisch patiëntendossier; ZIS: Ziekenhuisinformatiesysteem.



Figuur 4. Overzicht van antwoorden op stellingen (alle respondenten).

Gebruikers

Van deze 152 medisch specialisten geven 49 (32%) aan een keuzekaart wel eens te gebruiken (Zie Tabel 3). De NOG (Nederlands Oogheelkundig Gezelschap) heeft geen respondenten die aangaven de keuzekaart wel eens te gebruiken.

Tabel 3. Deelnemers die de keuzekaart gebruiken per wetenschappelijke vereniging

Wetenschappelijke vereniging	Frequentie (n=49)	Percentage (%)
NVOG	19	38,8
NIV	12	24,5
NOV	5	10,2
NVN	5	10,2
NVMDL	3	6,1
NVALT	2	4,1
NVDV	2	4,1
NVKNO	1	2,0

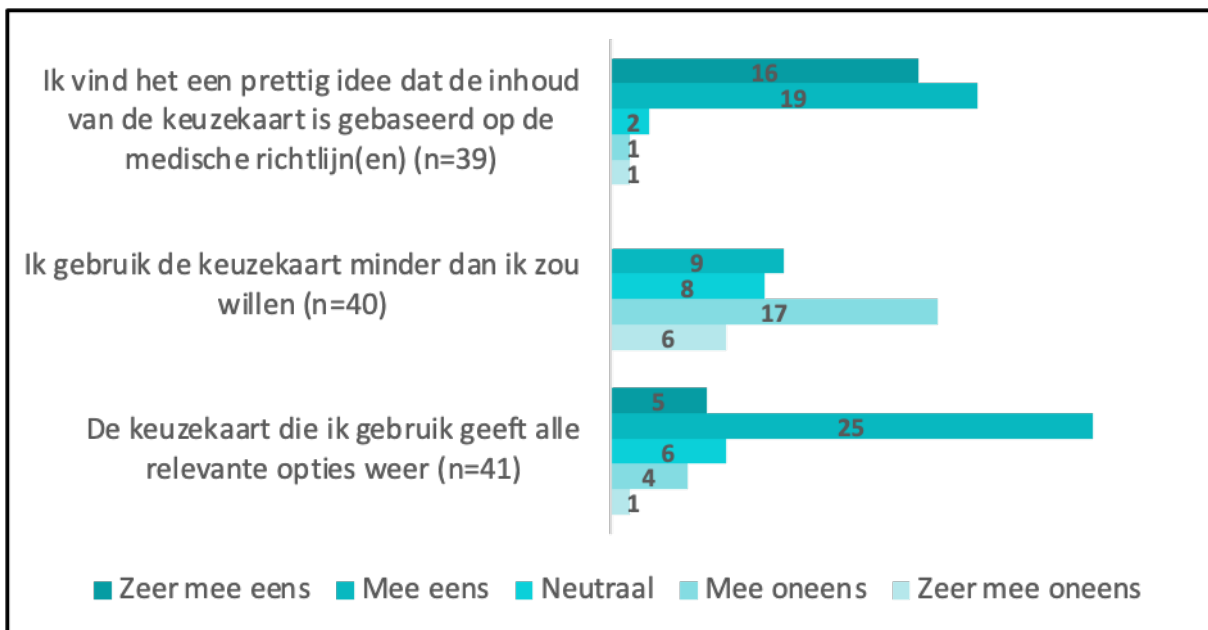
NVOG: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie; NIV: Nederlandse Internisten Vereniging; ; NOV: Nederlandse Orthopaedische Vereniging; NVN: Nederlandse Vereniging voor Neurologie; NVMDL: Nederlandse vereniging van Maag-darm-leverartsen; NVALT: Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose; NVDV: Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie; NVKNO: Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheekunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied.

Zevenenvijftig procent (28/49) van de respondenten gaf aan dat hun maatschap / instelling een visie over samen beslissen heeft waar ze mee bekend zijn. De meeste respondenten voelen zich gesteund door hun organisatie / maatschap bij het inzetten van samen beslissen (61%). Iets minder dan de helft van hen (43%) heeft zelf de keuzekaart op de afdeling geïntroduceerd en 29% van de respondenten geeft aan dat een collega van dezelfde afdeling de keuzekaart heeft geïntroduceerd.

De volgende manieren worden genoemd waarop de respondenten bekend zijn geraakt met de keuzekaart:

- Via een congres of meeting
- Via nieuwsbrief van de wetenschappelijke vereniging
- Via de opleiding
- Via een collega elders
- Zelfstudie

De uitgebreide resultaten zijn te zien in bijlage D (respondenten die de keuzekaart gebruiken).



Figuur 5. Overzicht van antwoorden op stellingen (respondenten die keuzekaart al gebruiken).

Duiding van de resultaten

De website consultkaart.nl was zeer onbekend. Dit is in lijn met een studie naar de implementatie van keuzehulpen die in paragraaf 2.2 wordt beschreven (Stacey (2019)).

Van de medisch specialisten die de enquête invulden via hun wetenschappelijke vereniging, heeft bijna de helft de keuzekaart zelf geïntroduceerd op de afdeling. Dit kan positieve vertekening geven van de resultaten, blijkbaar hebben veel respondenten affiniteit met de keuzekaart. En hebben er dus relatief weinig respondenten deelgenomen die weinig tot geen affiniteit hebben met de keuzekaart.

2.2 Literatuuroverzicht

Samenvatting van geïnccludeerde artikelen

Er is gezocht naar artikelen die disseminatie- en implementatiestrategieën voor keuzehulpen beschreven en evalueerden, bij voorkeur keuzehulpen die tijdens het consult worden gebruikt (encounter decision aids). De search (Zie bijlage E voor de zoekstrategie) werd uitgevoerd op 12 november 2021 leverde 72 resultaten op. Op basis van titel en abstract werden 11 artikelen geselecteerd. Vervolgens zijn op basis van full tekst 8 artikelen geëxcludeerd. Hierdoor kwam het totaal van geïnccludeerde artikelen op drie, welke zijn beschreven in tabel 4 (Légaré (2012), Scalia (2018) en Stacey (2019)). Drie overige artikelen zijn kort weergegeven vanwege relevante achtergrondinformatie (Dobler (2019); Koon (2020); en Liverpool (2021)). Het artikel van Liverpool heeft een publicatiedatum na de search, maar was ten tijde van de search al via internet beschikbaar. Daarnaast verscheen kort na de searchdatum een artikel van Joseph-Williams (2021) dat een overzicht biedt van implementatiemogelijkheden ('programma's) voor keuzehulpen. Deze wordt ook kort beschreven.

Het artikel van Legaré (2012) richt zich niet specifiek op ePDA's maar is wel relevant: er is gekeken naar welke interventies leiden tot toepassing van 'samen beslissen'. Daarnaast werd gekeken naar interventies gericht op zorgprofessionals en patiënten. Een gecombineerde aanpak (multifaceted) gericht op beide doelgroepen lijkt het meeste impact te hebben.

Stacey (2019) onderzoekt factoren die van invloed zijn op de toepassing van keuzehulpen. Enkele daarvan kunnen ook beschouwd worden als disseminatie- of implementatiestrategie.

Tabel 4. Overzicht van geïncludeerde studies

Artikel	Doel	Resultaten	Conclusies
<p>Légaré, 2012 Systematic review Europe, North America & Australia</p>	<p>To evaluate patients' perceptions of the effectiveness of interventions to improve health professionals' adoption of shared decision making in routine clinical practice.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 21 studies (10 primary care, 11 specialized care) • Studies compared single intervention-usual care/single intervention (12), multifaceted interventions-usual care/single intervention/multifaceted interventions (9) • 3 studies reported a statistically significant effect/difference in adopting SDM 	<ul style="list-style-type: none"> • PDA as single intervention no significant impact • Studies combining training health professionals and a patient-mediated intervention (e.g. PDA) reported a positive impact on adopting SDM <ul style="list-style-type: none"> o For the three positive studies that included training health professionals as an intervention, the duration of the consultation was not observed to vary according to professionals' aptitudes in shared patients decision making, as perceived by patients. • Our systematic review reveals that the study of implementing shared decision making in routine clinical practice is a recently established field of inquiry. • Finally, none of the 21 studies evaluated the costs and benefits of their interventions (regarding training hours). <p>→ interventions that target both the health professional (one or more health professional educational meetings) and the patient himself / herself (a patient-mediated intervention, such as a patient decision aid) appear promising in translating shared decision making into routine clinical practice.</p>

Artikel	Doel	Resultaten	Conclusies
<p>Scalia, 2018 Systematic review & narrative synthesis Europe, North America & Australia</p>	<p>A SR To 1) determine the effect associated with the use of encounter PDAs by conducting a meta-analysis of RCTs, and 2) conduct a narrative synthesis of non-randomized studies to determine the feasibility, utility and integration into clinical workflow from different stakeholder perspectives.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • meta-analysis: 23 RCT's and narrative synthesis: 30 non-randomized studies • control arms: usual care, educational package or a risk communication tool. • tools were provided to patients (23) • professionals received training (15) <p>According to clinicians, there are three key barriers to integration of encounter tools: 1) time constraints; 2) lack of training on how to use encounter PDAs, and; 3) disagreement with the content and format of the tools. Implementation of encounter PDAs was considered feasible provided clinicians agree to their use to improve healthcare delivery, the clinical team agrees on the mechanisms to disseminate the tools to patients, and there is a critical appraisal process to identify and address barriers as a group.</p> <p>Healthcare organizations that wish to promote SDM by using encounter PDAs report the need to invest in educating clinicians on the value of these tools and provide training on how to use them. Investment in education increases familiarization and can change the perception that time is an insurmountable barrier. Giving patients time to read the content and enabling clinicians to personalize the tool during the clinical encounter are factors that were reported to increase the feasibility of implementation (e.g. help of nurses that showed ePDA to patients prior to consultation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encounter PDAs significantly increase patient knowledge, reduce Decision Conflict Scores and, based on observational data, increase SDM without increasing encounter duration. • Encounter PDAs are capable of being implemented, provided that healthcare organizations formulate policies that support the use of encounter PDAs to facilitate SDM and invest in strategies (i.e. provide training to clinicians) to implement these tools in practice. • There is some indication emerging that as clinicians become familiar with encounter PDAs they are less likely to be concerned about the barriers. Yet, this review highlights the challenge that faces healthcare organizations when considering how to create climates that are conducive to the implementation of these tools. <p>→ ePDAs have high utility according to all stakeholders in the clinical setting, but clinicians have concerns about integration. Feasibility may be possible provided organizations get buy-in from their clinical teams on implementing encounter PDAs to improve healthcare delivery, and if they are provided with an education on how to use these tools in practice.</p>

Artikel	Doel	Resultaten	Conclusies
<p>Stacey, 2019 Descriptive study Europe, North America, Australia & Asia</p>	<p>To determine subsequent PDA use in clinical practice after evaluation in RCTs. Specific objectives were to determine a) the extent of use and b) author- perceived factors influencing uptake.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participants reported that 22 (21.4%) PtDAs were implemented into clinical practice. Participants described that implementation research was conducted for another 7 PtDAs (6.8%) to better understand the processes and factors associated with successful integration of PtDAs in clinical practice. • Participants of 9 PtDAs described dissemination (8.7%). • Factors influencing uptake, grouped the other 24 factors into various levels of influence: <ul style="list-style-type: none"> o PDA: <ul style="list-style-type: none"> • Up to date • Online availability • Delivery mechanism • (not) designed for practice • Personalized info needs to be added • Controversial topic • End user in development team o Clinicians: <ul style="list-style-type: none"> • Agreement with PtDA use • Lack of time • Awareness of PtDA • Lack of knowledge about PtDA o Practice environment: <ul style="list-style-type: none"> • Lack of funding • Endorsement and dissemination by (prof) organisation or guideline • Integration in the process of care • Lack of infrastructure support • Champion for implementation • Training for clinician and team • Leadership support • Interferes with practices and workflow • Cultural norms for patient-centered care • Availability/funding of healthcare options o A further discrete category of influence arose that we have termed researcher: <ul style="list-style-type: none"> • lack of implementation or dissemination plan 	<ul style="list-style-type: none"> • Researchers reported that 44% of the PDAs were subsequently implemented, disseminated to target users, or passively diffused at the trial sites or elsewhere following the RCT. The most commonly reported barriers to PDA use were lack of funding to support these efforts, outdated PtDAs, and clinician disagreement with PtDAs use. • Our findings showed a minority of PtDAs are implemented after RCTs. Only 7% of PtDAs were used in subsequent studies to evaluate its implementation in clinical practice. • The most commonly identified barriers interfering with posttrial implementation were lack of funding to update the PDA, lack of funding to disseminate and implement the PDA, and lack of research funding to evaluate implementation. <p>→ To enable PDA use posttrial, researchers identified the importance of codesigning PtDAs and conducting RCTs together with patients and clinicians to ensure that the PtDAs fit within the process of care.</p> <p>Another enabler was having a plan for implementation/ dissemination.</p> <p>There is a growing argument for more centralized systems of development and implementation of PtDAs, as has happened with clinical guidelines.</p>

ePDA: encounter patient decision aid; PDA: patient decision aid; RCT: randomized controlled trial; SDM: shared decision-making; SR: systematic review.

Achtergrondinformatie op basis van de overige artikelen

Joseph Williams (2020) heeft een review geschreven over wat werkt om keuzehulpen te implementeren in routine clinical practice. Na het analyseren van 23 implementatiestudies werden er 8 elementen geïdentificeerd die belangrijk zijn om gecombineerd toe te passen, namelijk 1) coproductie van de keuzehulp samen met de gebruikers; 2) als de organisatie het thema samen beslissen als prioriteit heeft, vergemakkelijkt dit de implementatie van de keuzehulp; 3) het aanwijzen van een verantwoordelijke om de keuzehulp te implementeren; 4+5) betrek het gehele afdelingsteam bij het doel en gebruik van de keuzehulp en erken hierbij het belang van elk teamlid (ook de administratie en organisatie-medewerkers); 6) geef adequate vaardigheidstraining om de keuzekaart toe te passen; 7) simpelere hulpmiddelen zijn makkelijker te implementeren in het zorgproces; 8) bereid patiënten voor op het proces van samen beslissen zodat ze zich hier comfortabel bij voelen.

Dobler (2019) heeft gekeken in hoeverre keuzehulpen als onderdeel van samen beslissen een effect op klinische uitkomsten hebben. De klinische uitkomsten werd maar in een minderheid van de studies onderzocht. Wat daarnaast uit de geïncludeerde studies naar voren kwam is dat zorgprofessionals keuzehulpen bruikbaar achten als deze eenvoudig te gebruiken zijn en in te passen zijn in het werkproces. Het merendeel van de artsen gaf aan dat patiënten meer tevreden leken met de geleverde zorg na het gebruik van een keuzehulp; hier werden veel redenen voor aangedragen. Het moeten bespreken van opties die niet van toepassing zijn voor de patiënt werd als een belemmering ervaren. Het informeren van de patiënt voorafgaand aan het consult over de keuzehulp zou tijd kunnen besparen tijdens het consult en leiden tot een mogelijk soepeler gesprek. Artsen die eenmaal gewerkt hebben met keuzehulpen lijken meer geneigd deze blijven te gebruiken en collega's aan te raden deze te gebruiken. Ook bleek dat ze met meer ervaring meer vertrouwd ermee raakten en de keuzehulp aanpasten aan specifieke patiëntkenmerken.

Koon (2020) keek naar het ontwikkel- en implementatieproces van keuzehulpen. In dit kader doet hij voorstellen hoe de inhoud en weergave van keuzehulpen verbeterd kan worden. Zaken als actuele en relevante informatie, consistente en begrijpelijke communicatie van risico's (onder meer visueel) en het inpassen van waarden en voorkeuren van de patiënt dragen bij aan geaccepteerde en bruikbare keuzehulpen. Het betrekken van zorgprofessionals ('engagement') bij het ontwikkelproces wordt als cruciaal gezien. Hetzelfde geldt voor het implementatieproces. De toepassing van keuzehulpen blijft vaak achter. Hiervoor worden argumenten als onverschilligheid bij de professional, irrelevante informatie in de keuzehulp, werkproces verstorend, niet passend bij de patiënt en verlenging van het spreekuur gebruikt. Door zorgprofessionals (en patiënten) te betrekken bij de implementatie kan een groot deel van de argumenten geadresseerd worden en weggenomen worden als barrière. Voor het ontwikkelen van een kwalitatief goede keuzehulp wordt gebruik van de International Patient Decision AIDS (IPDAS) tool/checklist aanbevolen.

Liverpool (2021) geeft een overzicht van SDM-interventies in de jeugd GGZ met factoren die een rol spelen bij de toepassing van deze interventies. Deze factoren zijn onder te verdelen in drie categorieën: tijd, toegankelijkheid en geschiktheid. Voor de patiënten gelden gebruiksgemak, begrijpelijkheid, timing van de keuzehulp en het aanmoedigen tot het stellen van vragen als belangrijke factoren voor het gebruiken van een keuzehulp. Verder was de omvang/lengte van de keuzehulp van belang en dat de keuzehulp het consult niet veel langer deed duren. Zorgprofessionals gaven aan een bepaald minimum aan training te willen volgen en net als de patiënten waardeerden ze het wanneer de keuzehulp het consult niet verlengde. Gerelateerd daaraan werd opgemerkt dat de keuzehulp bij voorkeur niet het proces verstoort en/of een wissel trekt op de ondersteuning. Verder mogen keuzehulpen geen inbreuk plegen op de praktijkvoering. Tot slot bleek dat het taalgebruik (eenduidig en toepasselijk) ook van belang is.

2.3 Best practice casus

Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) past sinds 2016 samen beslissen in richtlijnen in. In dat kader zijn keuzekaarten ontwikkeld én Nierwijzer. De Nierwijzer bestaat uit video's met patiënten en wat de verschillende behandelopties voor de patiënt in het dagelijkse leven betekenen. Zowel de keuzekaarten als Nierwijzer zijn gezamenlijk met 'drie goede vragen' onder de aandacht gebracht. En vanuit de richtlijnen wordt doorgelinkt naar de keuzekaarten. In 2018 bleek dat de keuzekaarten en keuzehulpen echter weinig werden ingezet (Nierwijzer werd iets beter gebruikt). **Uit onderzoek** bleek dat het tegenvallende gebruik lag aan:

- geen follow-up binnen het team; de ene zorgverlener reikte de keuzekaart uit maar de volgende zorgverlener kwam er niet op terug;
- weinig tot geen personen die als trekker wilden fungeren;
- onduidelijkheid over hoe te gebruiken in de praktijk; deze informatie staat wel ergens maar men zoekt het niet op;
- bruikbaarheid van de keuzekaarten (kleine letters) en gezondheidsvaardigheden van de patiënten.

Naar aanleiding van deze uitkomsten heeft NVN een **handreiking Samen Beslissen** ontwikkeld. Deze bevat informatie over: wat is samen beslissen; wat staat er in de richtlijnen; wat is een keuzekaart en wat is het doel ervan. Samen met een externe partij heeft men in 20 ziekenhuizen een werksessie over de handleiding georganiseerd. Daarnaast zijn recent 'keuzekaarten in beeld' ontwikkeld samen met andere disciplines. Dit zijn keuzekaarten met plaatjes en minder tekst, geschikt voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden.

Voor de NVN was een van de lessen van dit traject dat je als vereniging niet alles in je eentje kunt behappen. Voor het betrekken van ziekenhuizen hebben zij geleerd zaken over te dragen aan regionale afdelingen. En samen te werken met een externe partner door wie deuren makkelijker opengaan; dat is niet per se de wetenschappelijke vereniging. Ook werken ze in een nieuw project samen met Santeon waarin samen beslissen centraal staat. NVN omschrijft het als een keuzehulp 2.0: alles is geïntegreerd, het is online en interactief.

Daarnaast is tijd een belangrijke factor. De beleidsmedewerker van NVN heeft geruime tijd circa 20% van haar uren aan samen beslissen besteed. Tot slot heeft NVN ook nog online kennismodule 'samen beslissen' ontwikkeld, die ook geschikt is voor belangenbehartigers.

Literatuur bij hoofdstuk 2

- Dobler, C. C., Sanchez, M., Gionfriddo, M. R., Alvarez-Villalobos, N. A., Ospina, N. S., Spencer-Bonilla, G., ... & Montori, V. M. (2019). Impact of decision aids used during clinical encounters on clinician outcomes and consultation length: a systematic review. *BMJ quality & safety*, 28(6), 499-510.
- Joseph-Williams, N., Abhyankar, P., Boland, L., Bravo, P., Brenner, A. T., Brodney, S., ... & van der Weijden, T. (2021). What works in implementing patient decision aids in routine clinical settings? A rapid realist review and update from the international patient decision aid standards collaboration. *Medical Decision Making*, 41(7), 907-937.
- Koon, S. (2020). Important considerations for design and implementation of decision aids for shared medical decision making. *The Permanente Journal*, 24.
- Légaré, F., Turcotte, S., Stacey, D., Ratté, S., Kryworuchko, J., & Graham, I. D. (2016). Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice. *Patient*. 2012; 5: 1-19.
- Liverpool, S., Pereira, B., Hayes, D., Wolpert, M., & Edbrooke-Childs, J. (2021). A scoping review and assessment of essential elements of shared decision-making of parent-involved interventions in child and adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(9), 1319-1338.
- Scalia, P., Durand, M. A., Berkowitz, J. L., Ramesh, N. P., Faber, M. J., Kremer, J. A., & Elwyn, G. (2019). The impact and utility of encounter patient decision aids: systematic review, meta-analysis and narrative synthesis. *Patient education and counseling*, 102(5), 817-841.
- Stacey, D., Suwalska, V., Boland, L., Lewis, K. B., Presseau, J., & Thomson, R. (2019). Are patient decision aids used in clinical practice after rigorous evaluation? A survey of trial authors. *Medical Decision Making*, 39(7), 805-815.

3. Pilots keuzekaarten

3.1. Projectopzet pilot

Op basis van de resultaten en kennis uit het eerste deel van het project werd een pilot opgezet om verschillende disseminatie- en implementatiestrategieën voor de keuzekaarten uit te testen. De volgende keuzekaarten zijn gebruikt, met daarbij vermeld de bijbehorende ziekenhuisafdelingen, beroepsvereniging en patiëntenorganisatie:

- Matige tot ernstige psoriasis: systemische medicatie - afdeling dermatologie (NVDV – Psoriasispatiënten Nederland)
- Eierstokcysten (vergroot ovarium) - afdeling gynaecologie (NVOG – Bekkenbodem 4 All)
- Hoge bloeddruk die moeilijk te behandelen is - afdeling interne geneeskunde (NIV - Harteraad)
- Niet-infectieuze uveïtis - afdeling oogheelkunde (NOG – Oogvereniging Nederland)

De keuze van deze specifieke keuzekaarten is gemaakt door de wetenschappelijke vereniging in samenspraak met de betreffende patiëntenorganisatie. In sommige gevallen (NOG, NVOG) is gekozen voor een keuzekaart die zover bekend minder vaak wordt gebruikt dan andere keuzekaarten voor dezelfde beroepsgroep (bijvoorbeeld Cataract – NOG of Hevig menstrueel bloedverlies – NVOG).



Figuur 6. Overzicht van deelnemende ziekenhuizen en afdelingen. De drie light-pilots zijn in lichtere kleur weergegeven. De dermatologie pilot in het zuiden van het land werd op twee locaties van één ziekenhuis uitgevoerd.

Deze keuzekaarten zijn vervolgens verspreid en toegepast in tien deelnemende ziekenhuizen: acht topklinische ziekenhuizen, één perifeer ziekenhuis en één universitair medisch centrum (zie figuur 6).

3.2 Aanpak

Afdelingsleiders van deze ziekenhuisafdelingen zijn benaderd door leden van de werkgroep met de vraag of hun afdeling geïnteresseerd zou zijn in het meedoen aan.

In totaal zijn er vijftien ziekenhuizen benaderd waarvan er tien hebben besloten deel te nemen (67%). De vijf ziekenhuizen die niet wilden deelnemen noemden hier diverse redenen voor:

- Geen commitment van afdeling gekregen omdat:
 - de verpleegkundige de artsen op de afdeling niet kon meekrijgen in het plan om mee te doen aan dit project (n = 1);
 - ze niet de juiste doelgroep patiënten zagen op de polikliniek (n=1).
- Er was al voldoende aandacht voor samen beslissen en/of het afdelingshoofd gaf aan dat ze niet de juiste patiëntengroep op de polikliniek zagen die voor de keuzekaart in aanmerking komt (n = 1).
- Beoogd trekker van project wisselde van functie op moment dat dit project zou opstarten en collega's hadden het te druk (n=1)
- Onvoldoende gelegenheid en prioriteit om aan dit project deel te nemen (n=1).

Onder begeleiding van een externe implementatiecoach zijn de mogelijkheden voor verschillende implementatiestrategieën verkend. Vanuit de genoemde wetenschappelijke publicaties (zie paragraaf 2.2) was al veel bekend over de belangrijkste succesfactoren en belemmeringen bij de implementatie. Daarom is gekozen voor een generieke implementatiestrategie waarin deze zijn verwerkt, bestaande uit vier basiselementen. De elementen zijn

- 1) visie en draagvlak,
- 2) ondersteuning zorgprofessionals,
- 3) ondersteuning patiënten en
- 4) leren en evalueren.

Voor deze verschillende onderdelen is een minimumscenario benoemd (verplichte activiteiten) en optioneel aanvullende activiteiten per afdeling. Het minimumscenario gaat uit van een projectmatige aanpak waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij bestaande werk- en zorgprocessen.

De generieke implementatiestrategie is verder ingevuld in overleg met de deelnemende afdelingen. Indien de afdeling wilde deelnemen, werd een contactpersoon aangesteld (vaak een medisch specialist of verpleegkundig specialist) om de pilot op de afdeling op te starten en uit te voeren. Er is een plan van aanpak opgesteld op basis van een generiek format. Dit plan werd gedeeld met de afdeling. Per afdeling is in paragraaf 3c kort toegelicht hoe dit plan van aanpak er uit zag.

Er was regelmatig afstemming met de contactpersoon en de ondersteuners vanuit het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten om de pilot op de afdeling vorm te geven, te ondersteunen en voortgang te bespreken. Alle pilots duurden minimaal drie tot maximaal zes maanden. Bij elke pilot werd een nul- en eindmeting gedaan en vond er aan het eind een evaluatie plaats met de contactpersoon van de afdeling. Tussentijds was er ook geregeld contact om bij te sturen indien nodig. De afdelingen ontvingen een tegemoetkoming voor hun deelname.

De pilotfase begon met het afnemen van de nulmeting op elke deelnemende afdeling. Hierbij werd in kaart gebracht of de deelnemers al bekend waren met de keuzekaart en wat hun verwachtingen waren. Voorafgaand aan de start van elke pilot nam het merendeel van de deelnemende afdelingen deel aan een geaccrediteerd webinar over hoe de keuzekaart te gebruiken. De webinar is [hier](#) te vinden. De afdelingen die niet deelnamen aan dit webinar hanteerden een 'light' implementatiestrategie ("pilot light"). De reden hiervoor was dat deze afdelingen pas in beeld kwamen toen dit project al in de afrondende fase was en er daarom niet meer voldoende tijd was voor een uitgebreide pilot.

Hieronder worden de elementen beschreven die onderdeel uitmaakten van de implementatie strategieën.

1 Visie en draagvlak

Door middel van drie onderdelen werd er in de pilots aandacht besteed aan de visie over samen beslissen en keuzekaarten en het creëren van draagvlak voor de pilot en het toepassen van de keuzekaarten. In tabel 5 staat weergegeven wat op welke afdeling is toegepast.

A. Webinar (verplicht)

De zorgverleners op de afdeling werden uitgenodigd om deel te nemen aan een webinar à 1 uur (verplicht) specifiek over keuzekaarten. Dit webinar focuste zich vooral op de medisch specialisten die de kaarten in het consult zouden gaan toepassen. Dit webinar was vooraf geaccrediteerd en ging over:

- Wat zijn keuzekaarten;
- Praktijkvoorbeeld keuzekaarten;
- Hoe pas je dit toe in de praktijk;
- Video's met voorbeelden goed en minder goed gebruik van keuzekaarten in de spreekkamer – interactief. Deze zijn ook los te bekijken.

B. E-learning over samen beslissen

Elke deelnemer kreeg de mogelijkheid om een geaccrediteerd e-learning over samen beslissen in het algemeen te volgen: [E-learning Samen Beslissen](#)

C. Startbijeenkomst afdelingsspecifiek (verplicht)

De gehele afdeling werd uitgenodigd zodat de zorgverleners en ook de assistenten of niet-zorgmedewerkers op de afdeling op de hoogte waren van de pilot en hoe het gebruik van de keuzekaart werd ingebed in de workflow. Na de startbijeenkomst werd een mail naar de afdeling gestuurd met de diaslides van de bijeenkomst, informatie over het project, de infographic (zie bijlage I) en een link naar de nulmeting.

2. Ondersteuning zorgprofessional

A. Scheurblokken op spreekkamers (verplicht)

Voor elke afdeling werden de keuzekaarten gedrukt op scheurblokken. Per spreekkamer was er een scheurblok aanwezig zodat de zorgverlener de keuzekaarten altijd bij de hand heeft.

B. Geplastificeerde keuzekaarten

Een aantal afdelingen ontving ook geplastificeerde keuzekaarten die op de spreekkamers gelegd konden worden. Dit betrof ook keuzekaarten anders dan die specifiek in de pilot waren opgenomen. Voor de gynaecologie waren ook geplastificeerde kaarten gemaakt voor hevig menstrueel bloedverlies en stuitligging.

C. Toelichting arts uit ander ziekenhuis

Zorgprofessionals die veel vragen bleven houden over het gebruik van de kaart of de inhoud t.o.v. de richtlijn, werd aangeboden om deel te nemen aan een 30-minuten overleg met een arts van een andere pilot-afdeling voor extra toelichting en uitleg.

3. Ondersteuning patiënten

A. Betrokkenheid patiëntenorganisatie

Bij het gehele project waren de patiëntenorganisaties betrokken. Per pilot verschilde de inzet. Zo werd de startbijeenkomst in het Sint Antonius ziekenhuis gedeeltelijk gegeven door Psoriasis NL. Voor de gynaecologie werd er een poster over de keuzekaart ontwikkeld die opgehangen kon worden op de afdelingen.

B. Triage patiënten

Op een aantal afdelingen kregen de patiënten voorafgaand aan het consult de keuzekaart opgestuurd (ofwel met de uitnodigingsbrief mee op papier ofwel digitaal via het Patiëntenportaal, afhankelijk van het zorgproces). Hiervoor was triage nodig.

C. Leeswijzer keuzekaart

Bij sommige keuzekaarten werd een 'achterkant' ontwikkeld, zoals voor Psoriasis en voor eierstokcysten. Deze achterkant betrof een leeswijzer waarop stond wat een keuzekaart is en hoe je deze in het consult samen met de zorgverlener kunt toepassen.

D. Zakkaartjes

Voor de keuzekaart psoriasis werd een 'visite'kaartje ontwikkeld met QR-codes van de keuzekaart en van de keuzehulp psoriasis (een samenbeslis-ondersteunend instrument aanvullend op de keuzekaart). Dit kaartje werd aan de patiënt gegeven na afloop van het consult.

E. Wachtkamerscherm.

Op diverse afdelingen hangt een digitaal scherm in de wachtkamer waarop informatie voor patiënten wordt getoond. Daarom is er een informatiedia gemaakt (per keuzekaart) die op deze schermen getoond kan worden.

4. Leren en evalueren

A. Ondersteuning vanuit Kennisinstituut (verplicht)

Elke afdeling had een contactpersoon die geregeld (meestal 2-wekelijks) met de betrokken adviseur van het Kennisinstituut sprak. De pilot werd geëvalueerd en besproken of en hoe er bijgestuurd moest worden. Op die manier konden er bijvoorbeeld nog scheurblokken bijbesteld worden of andere dingen tussentijds geregeld worden, zoals de toelichting van een arts uit ander ziekenhuis (zie element 2C).

B. Ondersteuning via collega (verplicht)

De afdeling zelf kon bij de contactpersoon terecht voor vragen over de pilot, het gebruik van de keuzekaart etc.

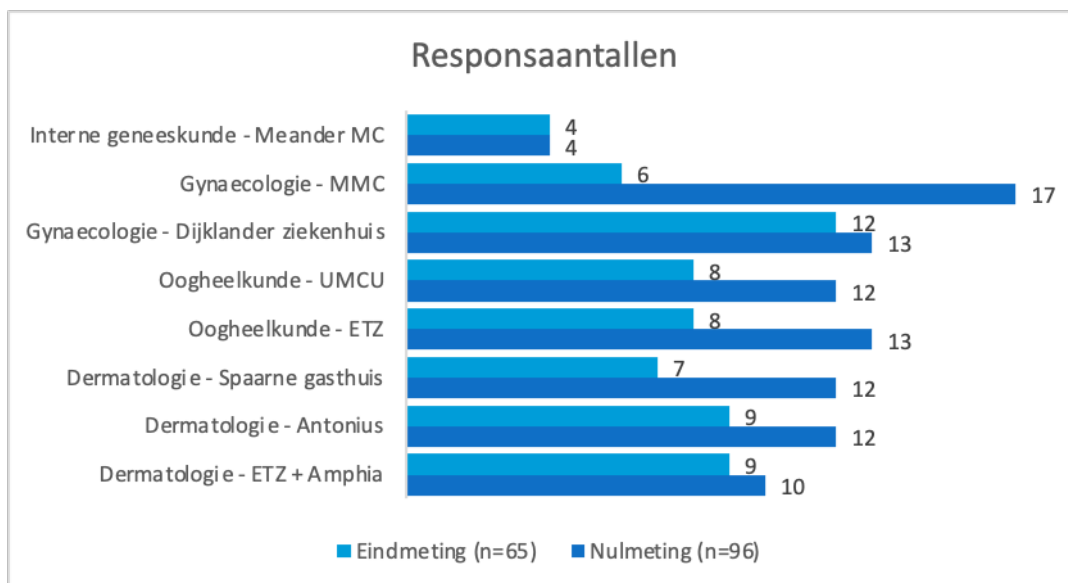
Bij de light-pilots (OLVG (interne), Spaarne (derma) (en Antonius - interne)) hebben de trekkers op de afdeling een toelichting op het project ontvangen. Daarnaast is besproken waar en hoe de keuzekaarten in het zorgpad/proces ingepast kunnen worden en zijn de scheurblokken met de keuzekaarten toegestuurd. Het OLVG en Spaarne gasthuis hebben ook de nulmeting ingevuld, het St. Antoniusziekenhuis (hypertensie) niet. In het OLVG is net als in het Meander Medisch Centrum de nulmeting uitgebreid met een periode van 6 weken waarin patiënten gevraagd werd naar hun ervaren betrokkenheid bij het zorgproces zonder dat de keuzekaart werd gebruikt. In de periode erna waarin de keuzekaart werd gebruikt werden patiënten (opnieuw) bevraagd over hun ervaring. De insteek is zodanig gekozen dat de light-pilots nog binnen dit project konden worden gestart en afgerond, waardoor e.e.a. is ingekort en er minder tijd en aandacht was om de pilots te laten draaien.

Tabel 5. Plan van aanpak per deelnemende afdeling

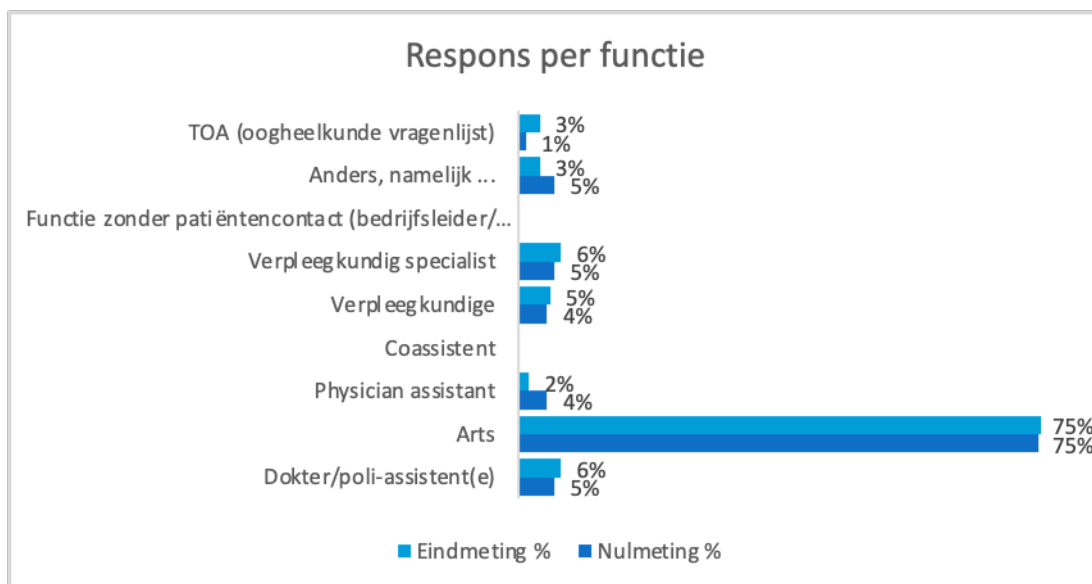
	Dijklander ziekenhuis	MMC Veldhoven	Elisabeth Tweesteden ziekenhuis	UMC Utrecht	St. Antonius ziekenhuis	Amphia ziekenhuis	Elisabeth Tweesteden ziekenhuis	Meander Medisch Centrum
	Gynaecologie: Eierstokcysten	Oogheelkunde: niet-infectieuze uveïtis	Dermatologie: Matige tot ernstige Psoriasis; systemische medicatie	Interne: Moeilijk behandelbare hoge bloeddruk				
Visie en draagvlak	A. Webinar	✓	✓	✓	✓			✓
	B. E-learning over samen beslissen			N=1	N=1			
	C. Startbijeenkomst	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ondersteuning zorgprofessionaal	A. Scheurblokken	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	B. Geplaatste keuzekaarten	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	C. Toelichting arts uit ander ziekenhuis	✓						
Ondersteuning patiënten	B. Triage vooraf	✓	Bij tweede afspraak pas KK		Soms	Alleen terugkom-afspraken	Alleen terugkom-afspraken	Meegeven bij intake en bij 2 ^e gesprek bespreken
	B. Ontvangt patiënt de keuzekaart vooraf?	✓ (papier - afspraakbrief)	(online via Patiënten-portaal)	Krijgen audio opname tijdens wachttijd in consult		✓	✓	✓
	C. Leeswijzer	✓	✓		✓	✓	✓	✓
	D. Zakkaartjes	✓	✓		✓	✓	✓	✓
	E. Wachtkamer-scherm	✓	✓	✓				
Leren en evalueren	A. Ondersteuning Kennisinstituut	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	B. ondersteuning via collega	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

3b. Resultaten overkoepelend

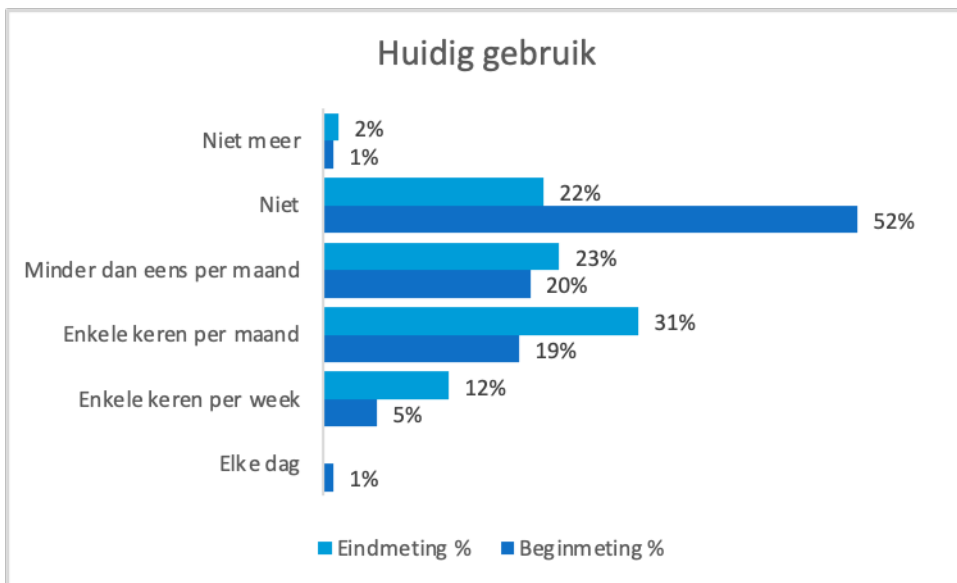
Hieronder staan de resultaten weergegeven van de nulmetingen en eindmetingen op de pilotafdelingen. 96 deelnemers hebben de nulmeting ingevuld en 65 deelnemers de eindmeting (Figuur 7). De responsaantallen zijn bij de eindmeting lager, dit kan komen doordat een deel van de zorgverleners die aan de nulmeting had deelgenomen, de keuzekaart uiteindelijk niet in de praktijk heeft gebruikt doordat ze de betreffende patiëntenpopulatie niet zien. Het overgrote merendeel van de respondenten was medisch specialist (Figuur 8).



Figuur 7. Responsaantallen nul- vs. eindmeting



Figuur 8. Type respondenten nul- en eindmetingen



Figuur 9. Huidig gebruik keuzekaarten

Het gebruik van de keuzekaarten is toegenomen tijdens de pilot (Figuur 9), zoals te verwachten is als er aandacht wordt besteed aan iets, zoals hier de keuzekaart. Dit is ook terug te zien in de antwoorden waar is gevraagd naar de mate van gebruik t.o.v. het begin. Deze vraag werd ingevuld door 47/65 respondenten. Daarin gaf bijna iedereen aan de keuzekaart vaker te gebruiken dan vóór de pilot (29/47). O.a. als reden werd genoemd: "omdat deze kaart nu op het bureau ligt". Daarnaast gaf 16/47 deelnemers aan dat het gebruik hetzelfde was gebleven, twee van hen gaven als reden dat ze in de pilotperiode niet de patiënten op spreekuur hebben gehad waarbij de diagnose paste bij de situatie op de keuzekaart. Niemand gaf aan de keuzekaart minder te hebben gebruikt dan vóór de pilot. Twee deelnemers gaven een antwoord in de 'overig' categorie: "Ik gebruikte deze kaart alleen i.v.m. de pilot. Ik heb er niet zo'n behoefte aan daar ik de mensen voor het consult adviseer keuzehulp.info te bekijken." en: "Geen patiënt gezien met vergoot ovarium".

Blijft doorgaan met gebruik keuzekaart na pilot

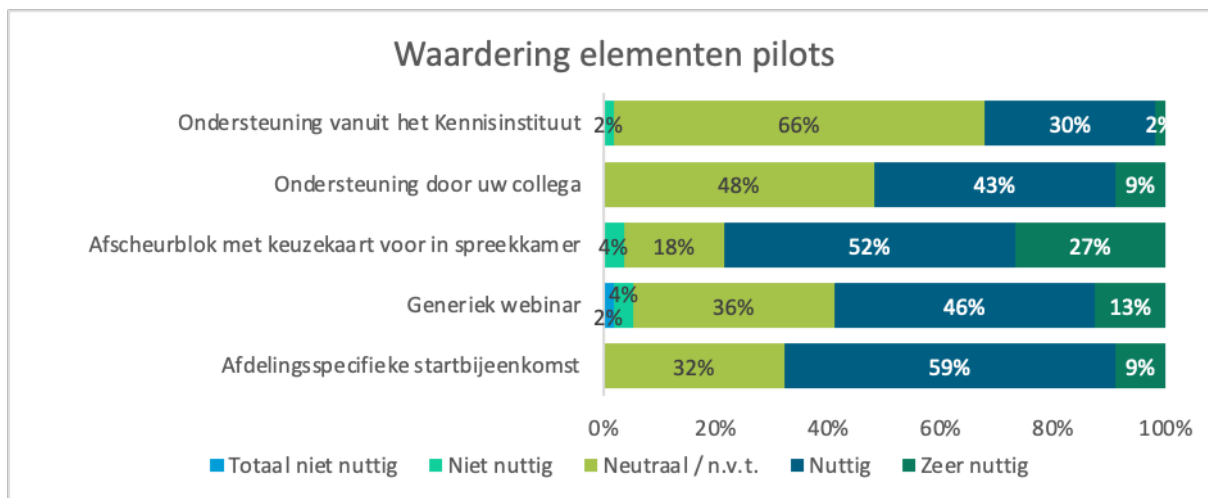


Raadt keuzekaart aan aan collega's



Figuur 10a en b laten zien dat bijna alle respondenten willen doorgaan met het toepassen van de keuzekaart en hem aan collega's zou aanraden.

Waardering generieke elementen pilot:



Figuur 11. Waardering generieke elementen uit 8 pilots.

Figuur 11 bevat alle pilots. De licht-pilots hebben niet allemaal een startbijeenkomst en geen webinar gevolgd en zijn uit deze figuur gelaten. De resultaten laten zien dat het webinar en de startbijeenkomst waardevol bleken bij het opstarten van het project. Daarnaast werd het scheurblok goed gewaardeerd en ook de vraagbaak vanuit de collega op de afdeling en in mindere mate het Kennisinstituut was nuttig. Het Kennisinstituut speelde voor de meeste deelnemers een achtergrondrol omdat ze weinig direct contact hadden met de adviseurs. De contactpersoon/ zorgverlener op de afdeling had wel veel contact met de adviseurs van het Kennisinstituut; er werd ongeveer twee-wekelijks tot elke maand gepolst hoe de pilot verliep. Dit werd als erg prettig ervaren door de contactpersonen.

3c. Resultaten per afdeling

DERMATOLOGIE

A. St. Antonius Ziekenhuis

De pilot liep van 8 april tot en met 31 juli 2021. De helft van de respondenten van de nulmeting gaf aan bekend te zijn met keuzekaarten voor de start van de pilot. Deze pilot ging specifiek over de keuzekaart Matige tot ernstige Psoriasis – systemische medicatie.

Het project en de pilot werd door het projectgroep lid van Psoriasis Nederland gepresenteerd aan het Team Dermatologie. Vervolgens heeft de adviseur van het Kennisinstituut samen met het projectgroep lid dat dermatoloog is in het Antonius een startbijeenkomst verzorgd. Het webinar werd door een groot deel van het Team Dermatologie bijgewoond. Regelmatig was er contact met het Kennisinstituut om te vernemen hoe de pilot verliep en of er aanvullende acties nodig waren.

Het Team Dermatologie was en is enthousiast over de keuzekaarten en vooral de scheurblokken. Je kunt er niet omheen als ze op het bureau in de spreekkamer liggen.

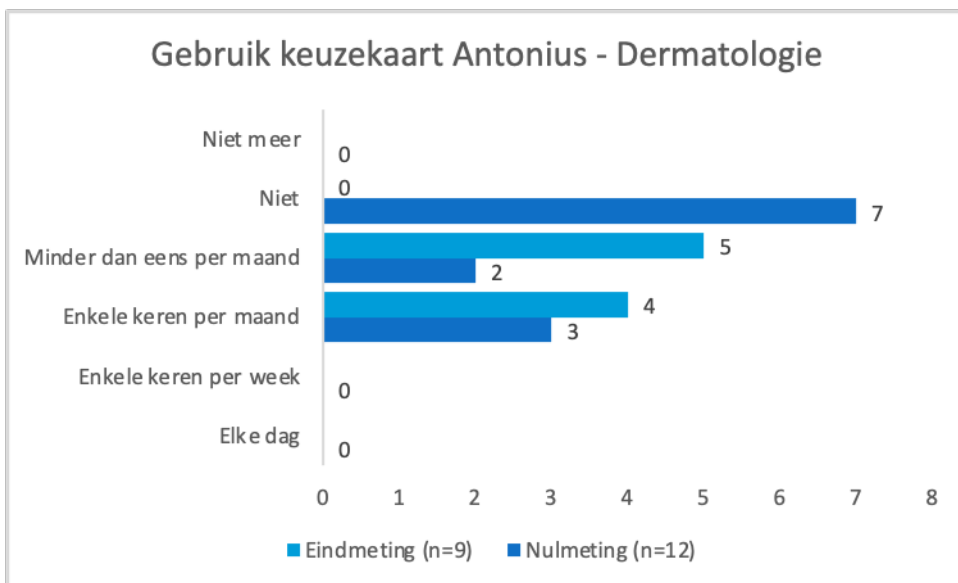
Strategie

- Iedere locatie (3) van het St Antonius ziekenhuis met een afdeling dermatologie was aanwezig bij de online startbijeenkomst en iedere spreekkamer op alle deelnemende locaties werd voorzien van scheurblokken.
- De achterzijde van de keuzekaart in de dermatologiepilot was bedrukt met een toelichting over hoe deze te gebruiken, tevens was er ruimte om vragen en opmerkingen te noteren (zie kaart op www.thuisarts.nl/keuzekaart - Matige tot ernstige Psoriasis).
- Het projectgroep lid vroeg geregeld tijdens het werkoverleg naar het gebruik van en de ervaringen met de keuzekaart.
- Een kort artikel over de pilot in het ziekenhuisblad.

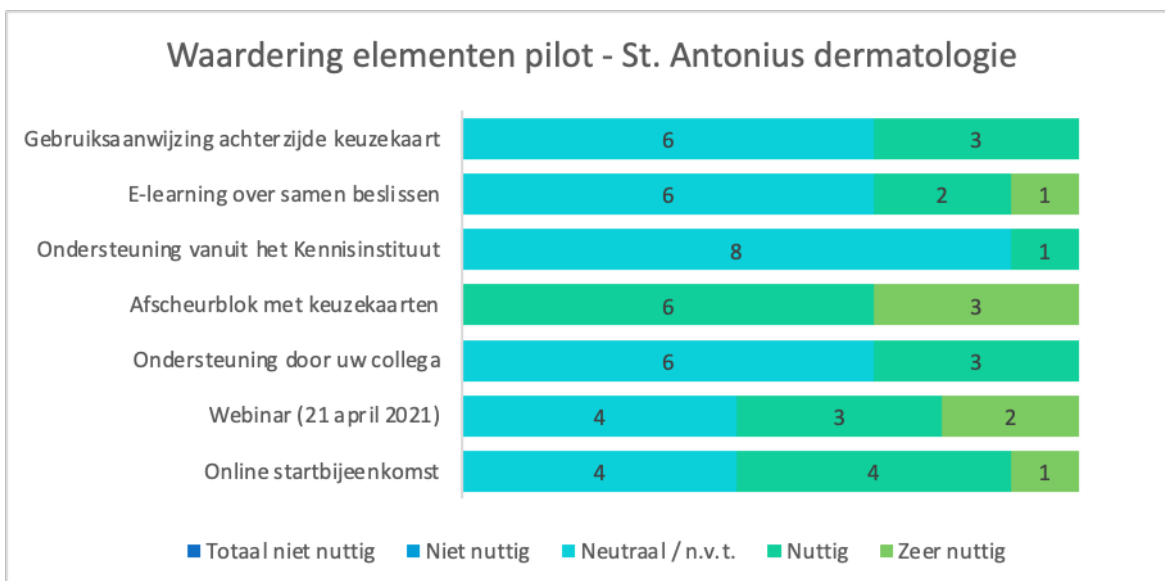
Kwantitatieve resultaten

In de nulmeting gaven zeven van de respondenten aan dat ze de keuzekaarten niet gebruikten. Twee gaven aan deze minder dan eens per maand te gebruiken en drie gebruikten de keuzekaart enkele keren per maand. Zie ook figuur 12. Het merendeel van respondenten (66,6%) ziet drie of minder patiënten per week bij wie de keuzekaart gebruikt kan worden. Een derde van de respondenten ziet 4 of meer patiënten per week bij wie de keuzekaart Psoriasis – systemische medicatie gebruikt kan worden.

Eindmeting: negen zorgverleners van team dermatologie hebben de eindmeting ingevuld; hiervan waren er 8 arts en een verpleegkundig specialist. Zeven van deze negen had voorafgaand aan de pilot van keuzekaarten gehoord. Twee derde heeft het gebruik van de keuzekaart als prettig tot zeer prettig ervaren. Alle negen respondenten geven aan de keuzekaart te blijven gebruiken (zie ook Figuur 13). Hetzelfde aantal zou de keuzekaart aan collega's en patiënten aanraden.



Figuur 12. Gebruik keuzekaart nul- vs. eindmeting.



Figuur 13. Waardering elementen pilot: aantal respondenten.

Kwalitatieve resultaten

Nulmeting

Bij de vraag in welke situaties de gebruikers van de keuzekaarten verwachten deze te gebruiken, variëren de antwoorden van bij welke patiëntengroep en welk moment.

- Bij ernstige vormen van eczeem of psoriasis waarbij er een keuze gemaakt moet worden voor systemische behandeling;
- Als patiënt geen of te weinig baat blijkt te hebben bij topicale en lichttherapie;
- "Systemische therapie eczeem of psoriasis vooral bij eerste stap naar";
- Bij matig tot ernstige psoriasis.

Eindmeting

Bij de vraag of men belemmeringen heeft ervaren in het gebruik van de keuzekaart, gaven:

- Drie van de negen respondenten aan geen belemmering te ontvangen.
- Drie de beperkte consulttijd aan als belemmering.
- Een noemde de hoeveel informatie die doorgenomen moest worden en het opleidingsniveau en gezondheidsvaardigheden van de patiënt.

Twee respondenten hadden geen mening.

Op de vraag of men door zou gaan met gebruik van de keuzekaart gaven de respondenten de volgende toelichtingen:

- het is (bij een deel van de patiënten) prettig alle behandelmogelijkheden in één overzicht te hebben
- het helpt bij samen beslissen
- het verbetert het besluitvormingsproces in een aantal gevallen

Argumenten die de respondenten gaven voor het aanbevelen van het gebruik van de keuzekaart aan collega's en patiënten luiden:

- mooi en duidelijk overzicht – met voors en tegens - voor de patiënt; objectieve en naleesbare info voor patiënt geeft
- het helpt bij samen beslissen
- het is praktisch
- het is heel handig om de behandelkeuzes zo op papier te hebben liggen en mee naar huis te kunnen geven (scheurblok)

Eindevaluatie met contactpersoon afdeling

- Het blijven gebruiken van de scheurblok wordt hoog ingeschat; deze ligt nu immers gewoon naast je. Of dat effect ook bereikt wordt zonder voorbereidende werkzaamheden en extra aandacht wordt betwijfeld.
- Keuzekaart wordt op verschillende manieren ingezet; tijdens het consult maar wordt ook meegegeven naar huis. Omdat het een nette print is, heeft het ook meer 'cachet' dan een 'kladje' van de arts.
- Voorafgaand aan de pilot waren er twijfels over meerwaarde van de keuzekaart maar het wordt als zeer prettig ervaren.
- Voor de voortzetting van het gebruik van de keuzekaarten zou het fijn zijn om te weten of de scheurblokken beschikbaar blijven en toegestuurd worden (bijv. door op 10 pagina's voor het einde een 'bestel nieuwe blok' pagina op te nemen).

B. Elizabeth Tweesteden Ziekenhuis (ETZ) Tilburg en Amphia Ziekenhuis Breda

In beide ziekenhuizen Elizabeth Tweesteden en Amphia heeft een pilot Psoriasis plaatsgevonden. Er is een separate nulmeting per ziekenhuis ingevuld maar voor de eindmeting hebben beide ziekenhuizen een en dezelfde eindmeting ingevuld.

De pilots liepen van 7 juni tot en met 30 september 2021. De helft van ETZ-respondenten gaf in de nulmeting aan bekend te zijn met keuzekaarten voor de start van de pilot. Voor het Amphia Ziekenhuis was driekwart van de respondenten. Deze pilot ging specifiek over de keuzekaart Matige tot ernstige Psoriasis – systemische medicatie.

Het heeft in het begin moeite gekost om de pilots te laten plaatsvinden. Het projectgroeplid van deze ziekenhuizen heeft echter volgehouden en nadat ze in beide ziekenhuizen een presentatie over het project en de pilot heeft gegeven is er ingestemd. Vanwege de latere start hebben de deelnemende afdelingen dermatologie de webinar later teruggekeken. Samen met het projectgroeplid is de verdere implementatiestrategie bepaald en deze was in beide ziekenhuis gelijk. De adviseur van het Kennisinstituut en het projectgroeplid hadden regelmatig contact om de voortgang te bespreken en te bepalen of meer of andere inzet nodig was.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat de afdelingen dermatologie niet onverdeeld enthousiast zijn, al waren ze positief over de startpresentatie van hun collega en de webinar. Ook lijkt de waardering en het gebruik hoger dan bij de start van de pilot.

Strategie

- Dermatologen gaven aan patiënten met wie ze systemische medicatie bespraken de keuzekaart mee en een 'visite'kaartje met daarop de QR-codes van zowel de keuzekaart als die van de keuzehulp Psoriasis van Patient+.
- Ze verzochten de patiënt de kaart te bestuderen voor hun vervolgspraak met de verpleegkundig specialist.
- In de vervolgspraak nam de verpleegkundig specialist de keuzekaart met de patiënt door.
- De achterzijde van de keuzekaart in de dermatologiepilot was bedrukt met een toelichting over hoe deze te gebruiken, tevens was er ruimte om vragen en opmerkingen te noteren.
- In de wachtkamer lagen geplastificeerde keuzekaarten.
- Het projectgroeplid vroeg tijdens overleggen met de collega's naar het gebruik van en ervaringen met de keuzekaart en tijdens een maandelijks vakgroepoverleg heeft de tussenevaluatie plaatsgevonden.

Kwantitatieve resultaten

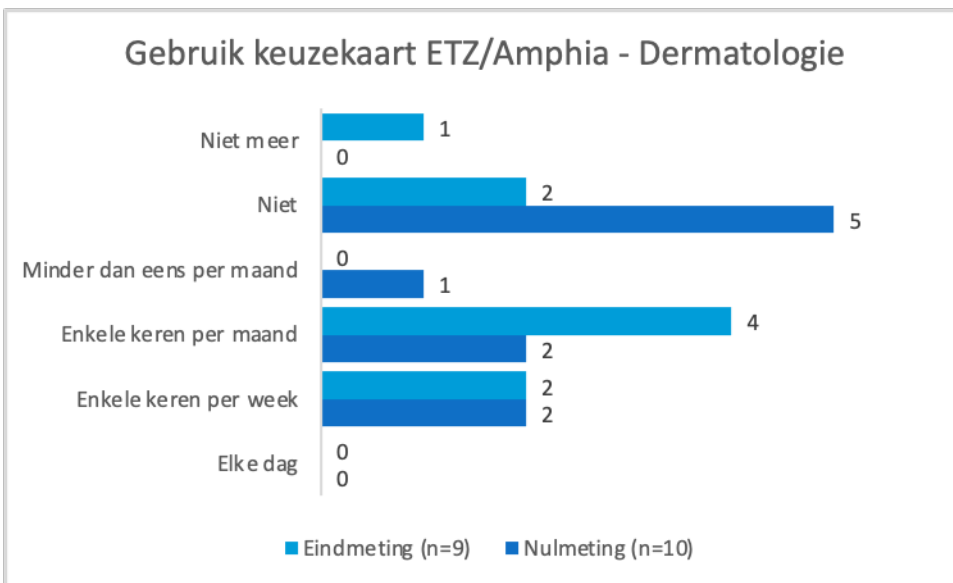
Nulmeting ETZ: in het ETZ gebruikte de helft (3) van de respondenten (6) de keuzekaart niet. Een respondent gebruikte de kaart enkele keren per week, een ander enkele keren per maand en een andere respondent minder dan eens per maand. Zie ook grafiek 14. De helft van de respondenten ziet meer dan zes patiënten per week bij wie de keuzekaart gebruikt kan worden. De andere helft zag 0-6 patiënten per week.

Nulmeting Amphia: in het Amphia gebruikte de helft (2) van de respondenten (4) de keuzekaart niet. Een respondent gebruikte deze enkele keren per week en de andere respondent enkele keren per maand. De ene helft van de respondenten ziet tussen de 0-3 patiënten per week en de andere helft zag meer dan zes patiënten per week bij wie de keuzekaart gebruikt kan worden.

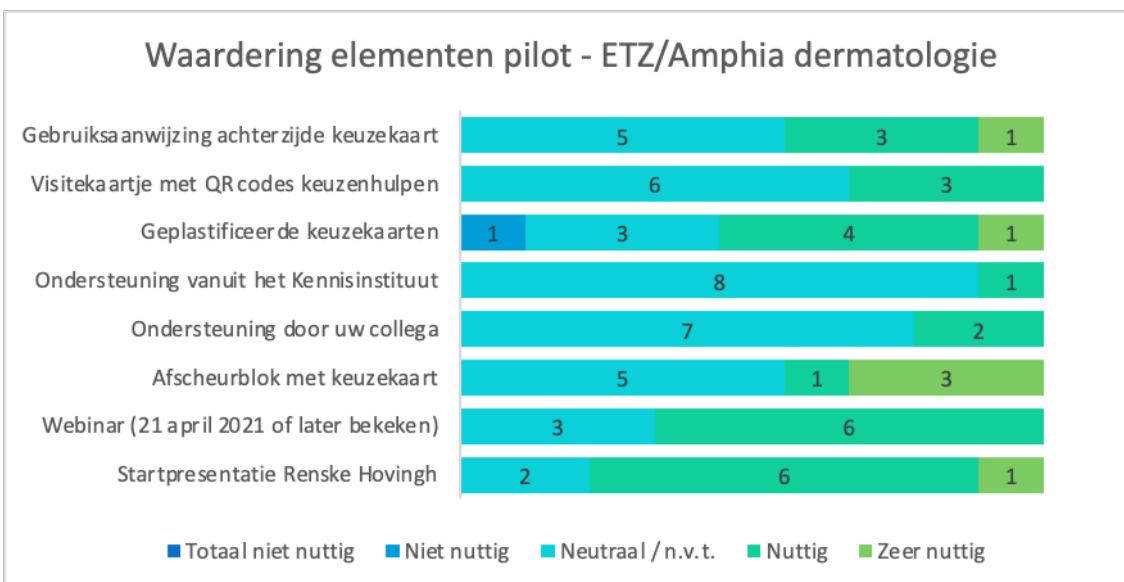
Eindmeting ETZ en Amphia:

Zoals hierboven al genoemd hebben beide afdelingen dezelfde eindmeting ingevuld. Omdat deze meting anoniem is kunnen de antwoorden niet per afzonderlijk ziekenhuis weergegeven worden. Negen zorgverleners van de teams dermatologie in beide ziekenhuizen hebben de eindmeting ingevuld. Hiervan waren er zeven arts en 2 verpleegkundig specialist². Zeven van deze negen had voorafgaand aan de pilot van keuzekaarten gehoord. Iets meer dan de helft van de respondenten heeft het gebruik van de keuzekaart als prettig en zeer prettig ervaren. Wederom iets meer dan de helft blijft de keuzekaart gebruiken (zie Figuur 15). Zes van de negen geven aan de keuzekaart bij collega's en patiënten aan te raden.

2 Hier treedt een vertekening op omdat een verpleegkundig specialist die in beide ziekenhuizen werkt, de eindmeting maar een keer heeft ingevuld.



Figuur 14. Gebruik keuzekaart nul- vs. eindmeting in aantallen.



Figuur 15. Waardering elementen pilot: aantal respondenten.

Kwalitatieve resultaten

Nulmeting ETZ

Bij de vraag in welke situaties de gebruikers van de keuzekaarten verwachtten deze te gebruiken, hebben de respondenten de volgende situaties opgegeven:

- Bij alle patiënten met psoriasis die onvoldoende effect hebben van lokale medicatie en/of UVB en zich willen laten informeren over gebruik van systemische medicatie;
- Wanneer er indicatie bestaat voor systemische therapie bij psoriasis;
- Patiënten die gaan starten met systemische medicatie voor psoriasis (en eczeem).

Nulmeting Amphia

Bij de vraag in welke situaties de gebruikers van de keuzekaarten verwachtten deze te gebruiken, gaven de respondenten van het Amphia de volgende antwoorden:

- Bij het opstarten systemische medicatie bij psoriasis;

- Nadat de patiënt de keuzehulp informatie thuis heeft gelezen bij psoriasis systemische medicatie;
- In de reguliere zorg voor patiënten met exacerbatie van de matig tot ernstige psoriasis.

Eindmeting ETZ en Amphia

Bij de vraag of men belemmeringen heeft ervaren in het gebruik van de keuzekaart, gaven:

- Drie van de negen respondenten aan geen belemmeringen te hebben ervaren;
- Een respondent aan inhoudelijke bezwaren te hebben ('geen echte opties', eigen voorkeur op basis van ervaring);
- Twee respondenten de beschikbare tijd en hoeveelheid tekst als belemmering te ervaren;
- Een respondent gaf ook tijd aan en noodzaak om deze mee te geven aan patiënt om thuis te bestuderen waardoor later gestart dan gewenst werd.
- Een respondent aan dat niet altijd duidelijk waar de keuzekaart was en stelde voor deze in Epic in te bouwen of digitaal beschikbaar te stellen.

Een respondent had geen mening.

Op de vraag of men door zou gaan met gebruik van de keuzekaart gaven de respondenten de volgende toelichtingen:

- Het helpt de patiënt bewuster een keuze te maken;
- Het handig te vinden bij samen beslissen;
- Het een prettig hulpmiddel te vinden.

Twee respondenten gaven aan de kaart niet verder te willen gebruikt omdat het tijdens de pilot niet was gelukt om het in het werkproces in te passen en een ander omdat er weinig voordeel werd gemerkt en diegene het alleen wilde inzetten bij patiënten waar de respondent zelf geen voorkeur voor behandeling had.

Argumenten die de respondenten gaven voor het aanbevelen van het gebruik van de keuzekaart aan collega's en patiënten luiden: nuttig hulpmiddel en het biedt een goed overzicht. Een respondent gaf de voorkeur aan de keuzehulp Psoriasis.

Eindevaluatie met contactpersoon afdeling

De contactpersoon voor beide afdelingen dermatologie in het ETZ en Amphia was positief voor beide afdelingen over het nut en de meerwaarde van de keuzekaarten voor de collega's en patiënten. Dit geldt ook voor de vaardigheden en de toekomstige ondersteuning – zowel vanuit het ziekenhuis als door de afdeling – voor het blijven gebruiken van de keuzekaart.

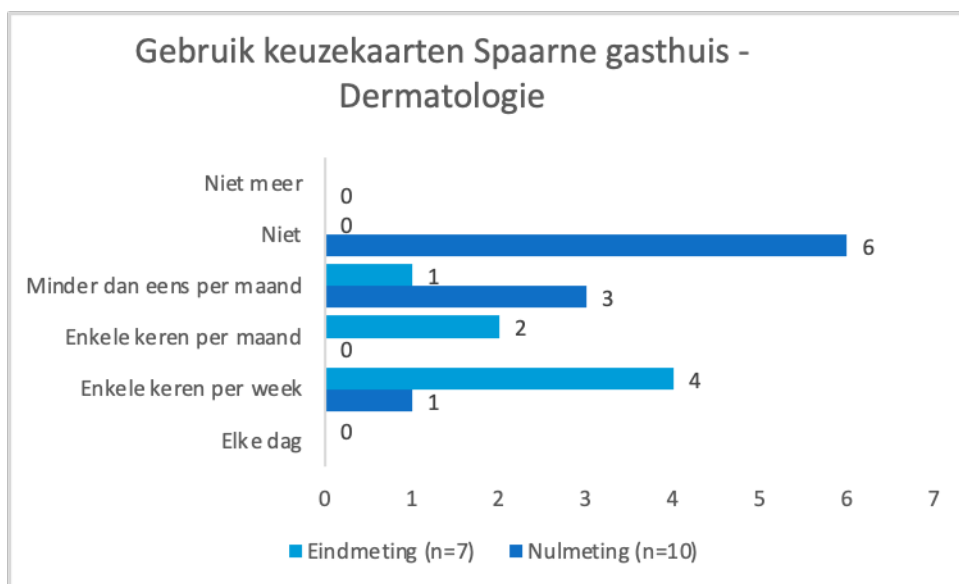
C. Spaarne gasthuis – pilot light

In het Spaarne Gasthuis heeft een pilot 'light' gelopen omdat ze pas eind 2021 konden starten. Dat betekent dat de implementatiestrategie minder uitgebreid is geweest. De pilot liep van 15 december 2021 tot 14 maart 2022. Zes van de tien respondenten gaf in de nulmeting aan bekend te zijn met keuzekaarten voor de start van de pilot. Deze pilot ging specifiek over de keuzekaart Matige tot ernstige Psoriasis – systemische medicatie.

Kwantitatieve resultaten

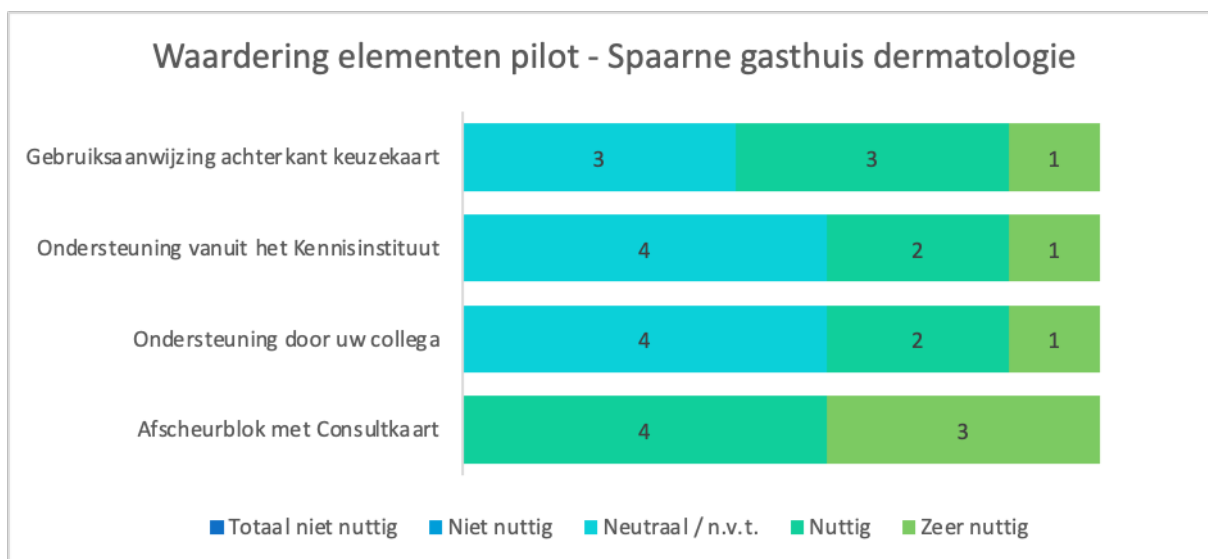
Nulmeting: in het Spaarne Gasthuis gebruikte zes respondenten de keuzekaart niet, drie respondenten gebruikten deze minder dan een keer per maand. Een respondent gebruikte de kaart enkele keren per week. Vier respondenten ziet meer dan zes patiënten per week bij wie de keuzekaart gebruikt kan worden. Vier zagen zag 0-3 patiënten per week en twee respondenten 4-6 patiënten per week.

Eindmeting: de eindmeting is door zeven respondenten ingevuld, dat zijn er drie minder dan de nulmeting. Hiervan waren er zes arts en een was een physician assistent. Zes van deze zeven had voorafgaand aan de pilot van keuzekaarten gehoord. Vijf respondenten hebben het gebruik van de keuzekaart als prettig tot zeer prettig ervaren. Twee respondenten stonden er neutraal tegenover. Alle respondenten blijven de keuzekaart gebruiken en eveneens alle respondenten geven aan de keuzekaart bij collega's en patiënten aan te raden. Het verschil in huidig gebruik tussen de nul- eindmeting wordt weergegeven in Figuur 16.



Figuur 16. Gebruik keuzekaart nul- vs. eindmeting.

Figuur 17 laat zien dat het afscheurblok als nuttig werd ervaren door 4/7 respondenten en door 3/7 als zeer nuttig. De gebruiksaanwijzing werd ook redelijk goed beoordeeld. De ondersteuning werd als minder relevant ervaren.



Figuur 17. Waardering elementen pilot: aantal respondenten.

Kwalitatieve resultaten

Nulmeting

Bij de vraag in welke situaties de gebruikers van de keuzekaarten verwachten deze te gebruiken, hebben de respondenten de volgende situaties opgegeven:

- uitleg systemische therapie opties aan patiënt;
- bij alle patiënten met psoriasis die onvoldoende effect hebben van lokale medicatie en/of UVB en zich willen laten informeren over gebruik van systemische medicatie;
- systemische behandeling start bij inflammatoire aandoeningen
- wanneer er indicatie bestaat voor systemische therapie bij psoriasis;
- voor het bepalen van het beleid;
- patiënten die gaan starten met systemische medicatie voor psoriasis (en eczeem).

Eindmeting

Bij de vraag of men belemmeringen heeft ervaren in het gebruik van de keuzekaart, gaven:

- Vijf respondenten aan geen belemmeringen te hebben ervaren;
- Een respondent aan dat het voor de patiënt nog niet altijd alles duidelijk is om zelf een beslissing te maken;
- Een respondent aan dat het pallet aan mogelijkheden betekent dat deze ook allemaal besproken moeten worden.

Een respondent had geen mening.

Op de vraag of men door zou gaan met gebruik van de keuzekaart gaven de respondenten de volgende toelichtingen:

- omdat de kaarten nog niet op zijn, het papier besparend is (minder folders nodig) en overzichtelijk werkt;
- het wel makkelijk is dat alle voor-en nadelen van de verschillende behandelopties op een rijtje staan en het helpt bij samen beslissen;
- de patiënt komt soms zelfs tot andere keuzes;
- het helpt mee met de besluitvorming;
- met name patiënten het als zeer prettig ervaren;
- handig overzicht.

Eén respondent had geen mening.

Argumenten die de respondenten gaven voor het aanbevelen van het gebruik van de keuzekaart aan collega's en patiënten luiden:

- Makkelijk in gebruik;
- Het wel makkelijk is dat alle voor-en nadelen van de verschillende behandelopties op een rijtje staan en het helpt bij samen beslissen.

Drie respondenten hadden geen mening.

Eindevaluatie met contactpersoon afdeling

- De inschatting is dat de maatschap niet heel anders is gaan werken maar het heeft wel bepaalde zaken makkelijker gemaakt; het is mooie aanvulling op de bestaande werkwijze.
- Het werkt toch wel zo'n scheurblok op je bureau; je kan er dan eigenlijk niet omheen.
- Bovendien ga je papierverspilling tegen omdat je minder folders (over geneesmiddelen) meegeeft.
- De vakgroep ziet de meerwaarde en ondersteunt het gebruik van de keuzekaart mits deze up-to-date gehouden wordt.
- Als de blokken op zijn, gaat de vakgroep ze zelf (laten) afdrukken of ze aanvragen bij de NVDV.
- Misschien een idee om een stapel scheurblokken op het voor- en najaarscongres van de NVDV neer te leggen zodat deelnemers deze mee kunnen nemen.
- Vanuit het ziekenhuis zou er zeker steun zijn geweest want het Spaarne is zeer gericht op persoonsgerichte zorg en het volgen van richtlijnen en kwaliteitsbeleid.

GYNAECOLOGIE

A. MMC Veldhoven

De pilotperiode liep van 1 mei t/m 1 oktober 2021. In vergelijking tot andere nulmetingen wordt in het MMC aangegeven dat de keuzekaarten vooraf aan het project al relatief veel gebruikt wordt, vooral die van hevig menstrueel bloedverlies. Het webinar werd door zes gynaecologen/aios bijgewoond. De online startbijeenkomst had een hoge opkomst en de adviseur van het Kennisinstituut lichtte samen met de contactpersoon van de afdeling de pilot toe en er was ruim de tijd om vragen te beantwoorden. Elke twee weken was er een contactmoment tussen de adviseur en contactpersoon om de voortgang van de pilot te bespreken en eventueel bij te sturen. Halverwege de pilot bleek de triage al zo goed te werken dat dit ook voor de patiëntgroepen van andere keuzekaarten werd opgezet. Daarnaast bleek tijdens de tussenevaluaties dat het wachtkamerscherf niet altijd aan stond, dit kwam door tijdgebrek en andere prioriteiten van de balie-assistenten. Dit is vervolgens besproken en er is een pot snoep bij de balie gezet met een sticker erop: wachtkamerscherf aanzetten.

Samenvattend was deze afdeling erg enthousiast over de pilot en zal de keuzekaart in de toekomst blijven gebruiken. De triage die onderdeel was van de implementatiestrategie is nu een vast onderdeel van het werkproces. Het webinar en de filmpjes over goed/minder goed gebruik werden als nuttig ervaren.

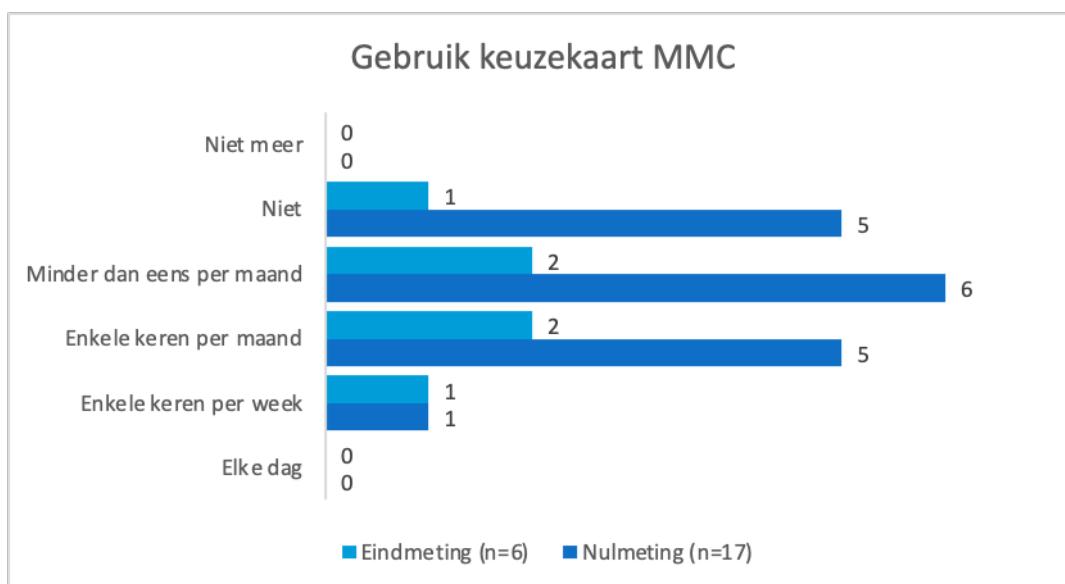
Strategie

- Eén gynaecoloog deed triage van patiënten zodat voor hen de keuzekaart inclusief leeswijzer (bijlage G) kon worden klaargezet in het patiënten portaal. In de startbijeenkomst werd dit toegelicht.
- In de wachtkamer op het wachtkamerscherf werd een dia getoond over de keuzekaart en wat dit is. Dit was opgenomen in de reeks diaslides met informatie over andere aandoeningen / projecten die op het scherm werd getoond.
- Er was een poster beschikbaar om op te hangen op de afdeling (bijlage H)

Kwantitatieve resultaten

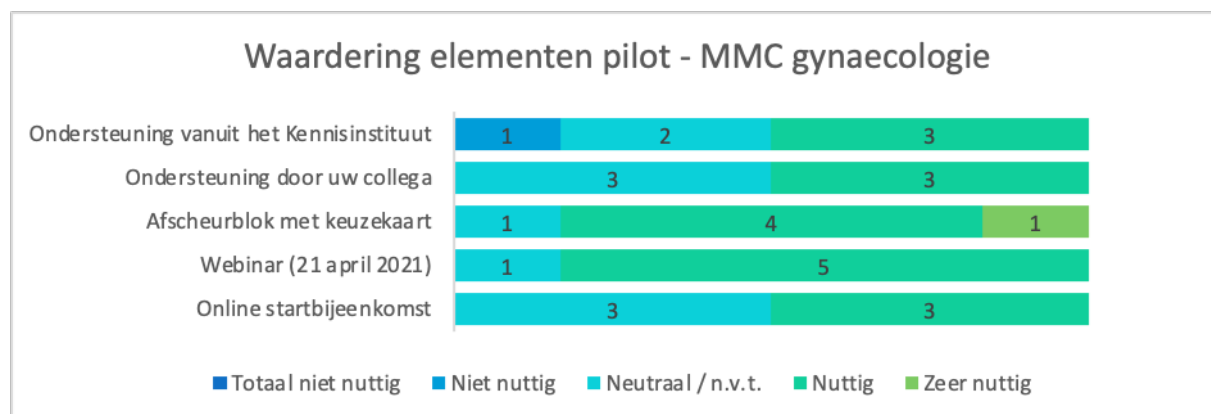
Deze pilot ging specifiek over de keuzekaart eierstokcystes; sommige gynaecologen gebruikten vóór de pilot vooral andere keuzekaarten van de gynaecologie. De nulmeting werd ingevuld door 17 gynaecologen; de eindmeting door zes.

Het huidige gebruik is hieronder weergegeven in Figuur 18, waarbij de eindmeting door veel minder gynaecologen is ingevuld.



Figuur 18. Gebruik keuzekaart nul- vs. eindmeting.

De eindmeting in het MMC is door zes artsen ingevuld, zij hadden allemaal vooraf aan het project al van de keuzekaart gehoord en zijn overwegend positief over het gebruik van de keuzekaart. Vijf van de zes geven aan de keuzekaart te blijven gebruiken en alle zes zouden ze de keuzekaart aan collega's en/of patiënten aanraden.



Figuur 19. Waardering elementen pilot: aantal respondenten.

Wat betreft de elementen van de pilot werden vooral het afscheurblok en het webinar als nuttig ervaren (Figuur 19). En daarnaast de triage van patiënten (niet in de figuur weergegeven).

Kwalitatieve resultaten

Nulmeting

Tijdens de nulmeting gaven de gynaecologen de volgende verwachtingen aan over het gebruiken van de keuzekaart:

- dat de patiënte beter geïnformeerd zal zijn en dat het patiënten geruststelt;
- dat de informatie completer en meer gestructureerd is;
- dat het kan leiden tot meer keuzes voor operaties, waar dat niet per se nodig is;
- dat het leidt tot een gericht gesprek met de patiënt, de patiënt is beter ingelezen;
- dat de patiënt de informatie thuis nog rustig kan nalezen.

Eindmeting

Bij de eindmeting werd één belemmering genoemd, namelijk dat de patiënt de keuzekaart niet altijd had ontvangen voorafgaand aan het consult.

Bij de vraag waarom de gynaecologen door wilden gaan met de keuzekaart gebruiken (5/6 reageerden positief) werden twee redenen gegeven:

- patiënt is veel beter geïnformeerd en beter in staat te kiezen;
- je geeft duidelijke, objectieve en naleesbare informatie aan de patiënt.

Deze laatste reden werd ook genoemd als argument om de keuzekaart aan te raden aan collega's.

Vooraf het webinar en de scheurblokken werden als nuttig ervaren door de gynaecologen.

Eindevaluatie met contactpersoon afdeling

Bij de eindevaluatie met de contactpersoon kwamen de volgende punten ter sprake:

- De triage van de patiënten met als doel om ze vooraf de keuzekaart te sturen via het patiëntenportaal blijft standaard onderdeel van onze workflow na deze pilot. Dit is ook uitgebreid naar triage voor de keuzekaart hevig menstrueel bloedverlies. Deze werkwijze bevalt erg goed.
- Het gebruiken van de keuzekaart kost niet meer tijd dan anders. Ik heb aan mijn collega's meegegeven dat ze heel expliciet mogen zeggen dat er iets te kiezen valt. En met de aios heb ik besproken dat ze niet alle details van de keuzekaart moeten door willen spreken, maar aan de patiënt de vraag kunnen stellen: wat zijn belangrijke punten voor u om te bespreken. Dat waren mooie inzichten uit het webinar.
- Filmpjes over (on)juist gebruik van de keuzekaart waren erg nuttig.
- Het is niet realistisch om als gynaecoloog van alle soorten keuzekaarten een scheurblok op je bureau te hebben liggen. Maar van tevoren digitaal versturen naar patiënten werkt erg goed. Het zal een uitdaging zijn om hele afdeling mee te blijven krijgen in dit proces, dus dat bijvoorbeeld de assistentes het van tevoren meesturen en dat de gynaecologen weten hoe ze de keuzekaart in hun consult kunnen toepassen.

B. Dijklander ziekenhuis

De pilotperiode liep van 28 juni t/m eind september. De keuzekaart eierstokcyste was uitgangspunt van deze pilot en daarvoor werden scheurblokken beschikbaar gesteld; echter er zijn ook geplastificeerde keuzekaarten geleverd (geen scheurblokken) over de andere gynaecologische aandoeningen zoals stuitbevalling en hevig menstrueel bloedverlies, om op die manier de aandacht voor de keuzekaart in het algemeen te verhogen. Er namen 10 zorgverleners deel aan het webinar.

Tussentijdse evaluatie werd maandelijks gedaan tijdens de OK-indicatiebespreking. De medewerker van het Kennisinstituut sloot digitaal aan bij het deel van deze bespreking waar de pilot werd besproken. Hieruit bleek dat er nog aanvullende vragen waren onder de zorgverleners over de inhoud van de keuzekaart t.o.v. de richtlijn. Daartoe werd besloten om een gynaecoloog uit te nodigen van de andere pilot om in de volgende bespreking hier toelichting op te geven.

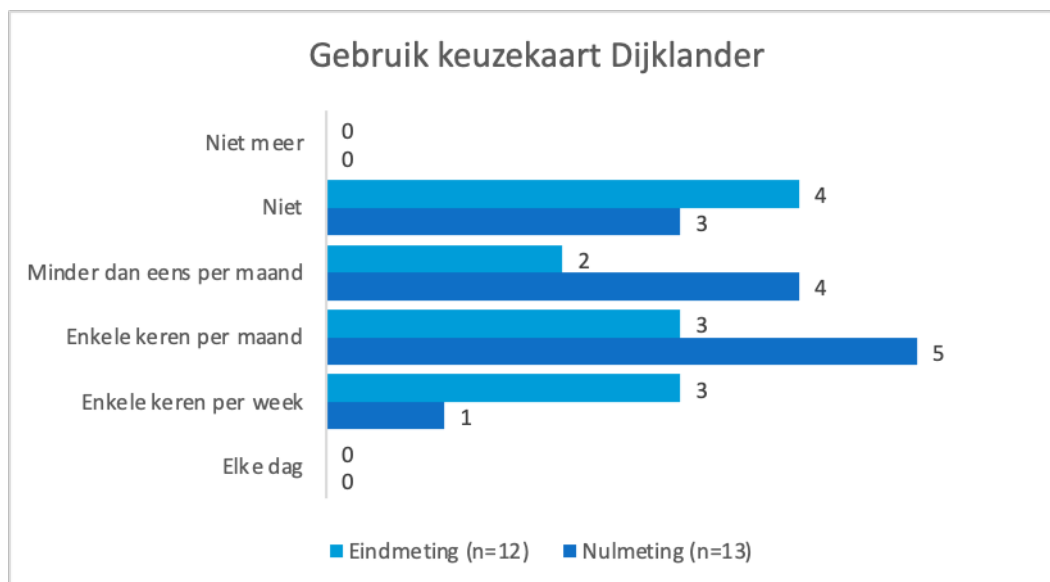
Samenvattend kan worden gesteld dat de scheurblokken en met name de geplastificeerde kaarten als erg handig werden ervaren. De startbijeenkomst werd goed ontvangen en naast gynaecologen ook bijgewoond door de poli-assistenten die de afspraakbrieven versturen. De kaart over eierstokcysten wordt als minst relevant gezien op deze afdeling, de kaart over hevig menstrueel bloedverlies wordt veel vaker gebruikt.

Kwantitatieve Resultaten

De nulmeting werd ingevuld door negen gynaecologen, drie doktersassistenten en één respondent met een andere functie. De eindmeting werd ingevuld door acht gynaecologen, drie doktersassistenten en één respondent had een andere functie.

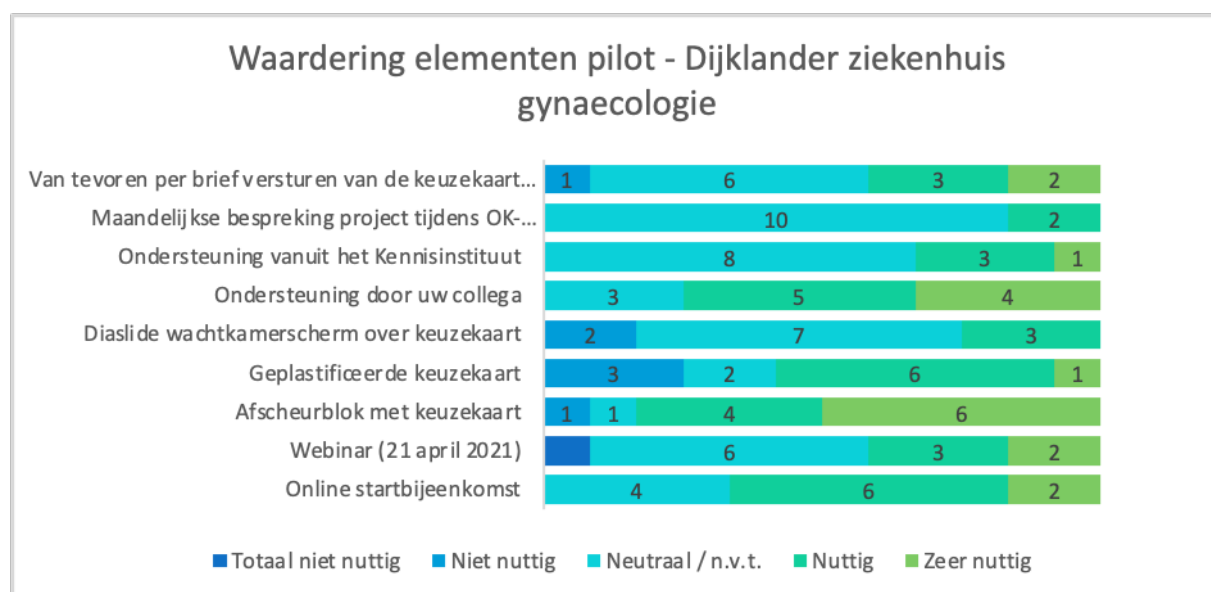
Alle zorgverleners geven in de eindmeting aan door te gaan met het gebruiken van de keuzekaart. Elf van de twaalf zorgverleners geven aan de keuzekaart aan collega's en/of patiënten aan te raden.

Figuur 20 laat het huidige gebruik zien van de nul- vs. de eindmeting.



Figuur 20. Gebruik keuzekaart nul- vs. eindmeting.

Figuur 21 geeft de waardering van de specifieke elementen van deze pilot weer. Vooral de ondersteuning vanuit collega's, de geplastificeerde keuzekaart, het afscheurblok en de online startbijeenkomst werden vaak als nuttig dan wel zeer nuttig beoordeeld.



Figuur 21. Waardering elementen pilot: aantal respondenten.

Kwalitatieve resultaten

Nulmeting

De respondenten hadden de volgende verwachtingen over gebruik van de keuzekaart en eventuele verandering gesprek:

- Het kan duidelijkheid geven tijdens het consult, het kan een goed hulpmiddel zijn.
- Het is een handig overzicht voor de patiënt en de patiënt kan de informatie thuis nog rustig kan nalezen.
- Er is meer ruimte voor vragen vanuit de patiënt.

Eindmeting

Drie respondenten gaven expliciet aan geen belemmeringen te hebben ervaren. Vier respondenten noemden de volgende belemmeringen bij het gebruik van de keuzekaart:

- De richtlijn adviseert af te wachten terwijl de keuzekaart aangeeft dat de patiënt kan kiezen voor behandelen. Dit is verwarrend.
- Vergeten eraan te denken.
- Teveel informatie om te overzien / uit te leggen.
- Te weinig patiënten gezien met deze aandoening tijdens pilot periode.

Alle zorgverleners (12/12) willen doorgaan met het gebruik van de keuzekaart. Twee van hen gaven een reden, namelijk:

- je hoeft dan minder uit te leggen;
- de patiënt komt beter voorbereid naar het consult.

Elf van de twaalf respondenten zou de keuzekaart aanraden aan collega's.

Bij de overige opmerkingen werden nog een aantal overkoepelende punten genoemd, namelijk:

- soms blijkt de keuzekaart toch niet van toepassing terwijl de patiënt hem dan al wel heeft ontvangen, dit kan verwarrend zijn.
- de keuzekaart over eierstokcysten vind ik de minst nuttige van de gynaecologie

In deze pilot werd ook een collega gynaecoloog van een ander ziekenhuis uitgenodigd om de kaart toe te lichten omdat er vragen waren over de inhoud van de kaart ten opzichte van de adviezen in de richtlijn. Deze meeting werd als erg nuttig ervaren.

Eén respondent gaf aan de online startbijeenkomst te hebben gemist en via een collega van dit project te hebben gehoord.

Eindevaluatie met contactpersoon afdeling

Bij de eindevaluatie met de contactpersoon kwamen de volgende punten ter sprake:

- Het gebruik van de keuzekaarten heeft een boost gekregen, vooral die van hevig menstrueel bloedverlies die eigenlijk niet in deze pilot zat. Een diagnose eierstokcysten komt minder frequent voor dan hevig menstrueel bloedverlies en door de spreiding van het consult eierstokcysten over een grotere groep gynaecologen, is het maandelijks gebruik per zorgverlener laag.
- Qua onderwerp is eierstokcysten wat minder goed 'vertegenwoordigd' op onze afdeling.
- Het webinar en de filmpjes hebben goed geholpen om te weten hoe de keuzekaart te gebruiken in het consult.
- De uitdaging is om het blijvend te integreren, het zakt nu weer wat weg nu dit project is afgerond.
- De geplastificeerde keuzekaarten bevallen erg goed, die kan iedereen er zelf bij pakken en vervolgens de betreffende keuzekaart printen om mee te geven.
- Toesturen van de keuzekaart van tevoren lijkt goed te helpen, we willen kijken hoe dit nu blijvend te integreren in onze workflow.

INTERNE GENEESKUNDE

Voordat de pilot en de resultaten voor de keuzekaart toegelicht worden, moet opgemerkt worden dat deze keuzekaart na het verschijnen ervan op geen enkele manier onder de aandacht van internisten is gebracht.

A. Meander Medisch Centrum

De pilot liep van 1 juli tot en met 30 november 2021. Voorafgaand aan de pilot hebben internisten en arts-assistenten (tezamen 5) die de patiënten uit de doelgroep met moeilijk behandelbare hypertensie het meest zien, vragen over de keuzekaart beantwoord om te kunnen bepalen of er voldoende animo was voor een pilot. Ondanks dat er bij enkele zorgverleners bedenkingen leefden over de opzet en inhoud van de keuzekaart werd er besloten deel te nemen aan de pilot.

Uitsluitend nieuw verwezen patiënten die het zorgpad 'Screening met betrekking tot (secundaire) hypertensie' doorliepen ontvingen de keuzekaart tijdens het verrichtingspreekuur van de doktersassistente als onderdeel van een beperkt 'instructiepakket'. Instructiepakketten worden vooraf klaargemaakt voor patiënten. Een wegens hypertensie verwezen patiënt krijgt op genoemd verrichtingspreekuur (enkele van) de volgende onderzoeken: bloedafname, instructie met betrekking tot 24-uursurineverzameling, een ECG, echo nieren/aorta, enkelarmindexmeting en opstart van een 24-uursbloeddrukmeting met instructie over bijhouden van een activiteitendagboek. Ongeveer een week nadien komt de patiënt op het spreekuur van internist of arts-assistent. Er was in dit zorgpad/werkproces dus ruim gelegenheid voor een patiënt om vooraf de keuzekaart te lezen en een goede borging mogelijk om alle patiënten in deze categorie de keuzekaart te verstrekken.

Strategie

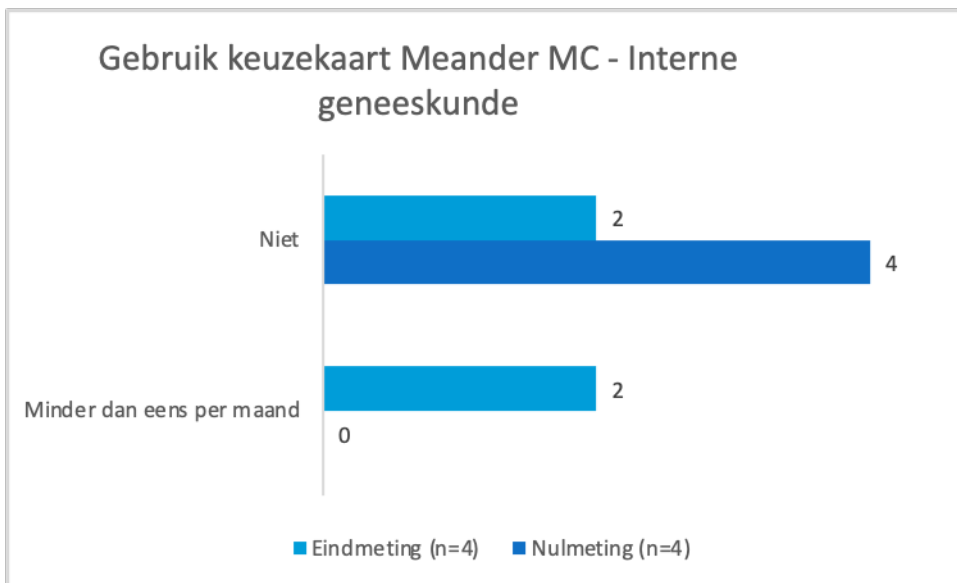
Kwantitatieve resultaten

Nulmeting

Naast bovengenoemde vragenlijst onder 5 artsen is de nulmeting door 4 artsen ingevuld. Alle respondenten gebruikten de keuzekaart niet voorafgaand aan de pilot. Driekwart van de respondenten gaf in de nulmeting aan niet bekend te zijn met keuzekaarten voor de start van de pilot. Drie van de vier respondenten (66,6%) ziet drie of minder patiënten per week bij wie de keuzekaart gebruikt kan worden; één respondent gaf aan 3-6 patiënten per week te zien in deze doelgroep.

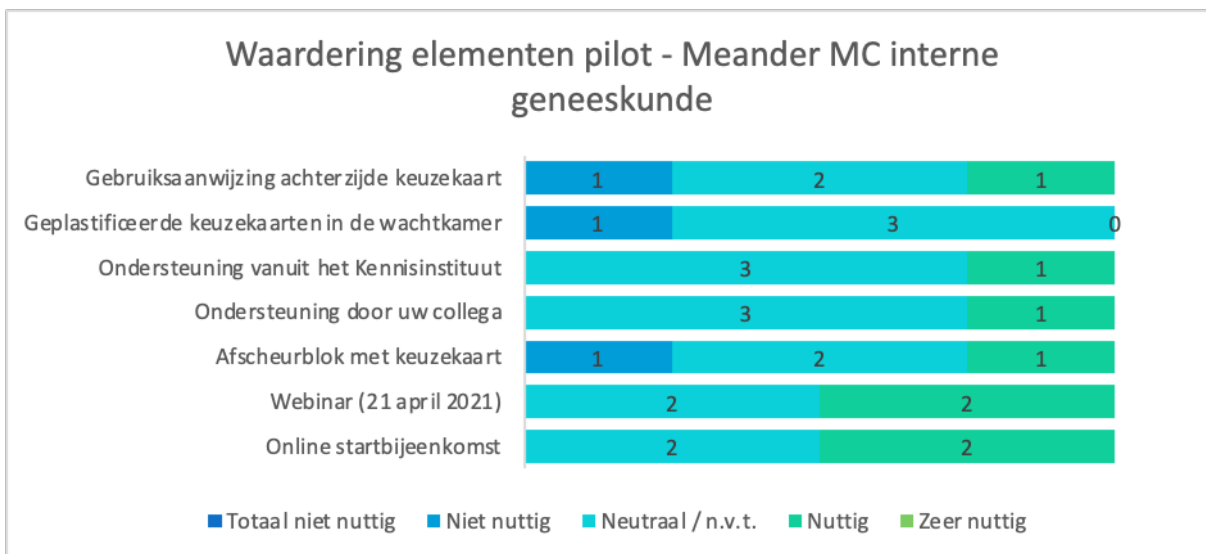
Eindmeting

Vier zorgverleners van Interne geneeskunde hebben de eindmeting ingevuld; hiervan waren er 3 arts en een doktersassistente. Twee van deze vier hadden voorafgaand aan de pilot gehoord van keuzekaarten. Alle respondenten hebben het gebruik van de keuzekaart als neutraal ervaren. De helft van de respondenten (2) geven aan de keuzekaart te blijven gebruiken. Hetzelfde aantal zou de keuzekaart aan collega's en patiënten aanraden. Het verschil in gebruik tussen de nul- en eindmeting is weergegeven in Figuur 22.



Figuur 22. Gebruik keuzekaart nul- vs. eindmeting.

Figuur 23 laat zien dat de meeste elementen neutraal / niet van toepassing werd gewaardeerd. Het webinar en de online startbijeenkomst werd door twee van de vier respondenten als nuttig ervaren.



Figuur 23. Waardering elementen pilot: aantal respondenten.

Kwalitatieve resultaten

Nulmeting

Bij de vraag in welke situaties de gebruikers van de keuzekaarten verwachten deze te gebruiken, werden de volgende antwoorden gegeven:

- Bij patiënten met moeilijk behandelbare hypertensie en resistente therapie;
- Bij patiënten die veel medicatie (moeten) slikken, met name zij die een verhoogd risico op comorbiditeit hebben;
- Bij nieuw patiënten met hypertensie die uitleg kunnen gebruiken;
- Bij patiënten die vragen stellen over medicatie en/of bijwerkingen;
- Indien de patiënt graag meebeslist over de keuze van de therapie.

Eindmeting

Bij de vraag of men belemmeringen heeft ervaren in het gebruik van de keuzekaart, werd opgemerkt:

- Nog nooit van deze kaart gehoord te hebben;
- Dat de kaart alleen bij het doorlopen van het diagnostisch zorgpad voor de nieuw verwezen patiënt met hypertensie (de zogenaamde "screening op secundaire hypertensie") wordt gebruikt en als men geen screening doet dan gebruikt men de kaart heel weinig;
- Geen toegevoegde waarde gemerkt tijdens het consult en de patiënten kwamen er zelf niet mee, ook al hadden ze deze vooraf ontvangen;
- Kaart voldoet vaak niet aan de specifieke vraagstelling van het consult.

Op de vraag of men door zou gaan met gebruik van de keuzekaart gaven de respondenten de volgende toelichtingen:

- Men kan de patiënt vooraf de mogelijkheid bieden om alvast na te denken welke behandelmethodes eventueel gebruikt kan worden;
- Wel bekend met de keuzekaart inmiddels maar deze zal niet meer standaard meegegeven worden aan alle nieuwe verwezen patiënten met hypertensie omdat de kaart niet op deze manier inzetbaar is. Maar misschien nu de inhoud beter bekend is en soms wel van toepassing kan zijn, zal de kaart een enkele keer per jaar gebruikt worden. Misschien kunnen de doktersassistentes gevraagd worden de keuzekaart mee te geven aan patiënten die drie antihypertensiva gebruiken of geplastificeerde wachtkamerkaarten inzetten.
- Geen behoefte om de keuzekaart te blijven gebruiken;
- Niet bekend met de keuzekaart.

Argumenten die de respondenten gaven voor het aanbevelen van het gebruik van de keuzekaart aan collega's en patiënten luiden:

- Dat de patiënt zelf al in kan zien welke behandelmethoden ingezet kunnen worden;
- Dat de geselecteerde patiënten er voordeel bij hun behandeling van kunnen hebben.

Vragenlijsten patiënten

Er zijn negen vragenlijsten ingevuld door patiënten ontvangen. Vier zijn ingevuld in de pilotfase waarin de keuzekaart niet meegegeven werd aan de patiënt en vijf zijn er in de fase ingevuld toen de keuzekaart wel meegegeven werd aan de patiënt.

De patiënten kregen vier vragen voorgelegd:

- Bent u voldoende geïnformeerd over behandelingen voor uw hoge bloeddruk?
- Denkt u dat er een goede beslissing genomen is genomen voor de behandeling?
- Vindt u dat u voldoende betrokken bent bij de beslissing?
- Bent u bekend met de keuzekaart medicatie bij moeilijk behandelbare hoge bloeddruk?

De antwoordopties voor alle vier de vragen waren: volstrekt oneens – oneens – geen mening – eens – geheel eens – niet van toepassing. De scores zijn te vinden in Bijlage F.

Er zit geen echt verschil tussen de scores van de twee fases, met uitzondering van mogelijk vraag 3. Een groter aantal patiënten scoort daar hoger op betrokkenheid bij de beslissing.

Over het algemeen zijn de patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld in beide fases (erg) tevreden.

Eindevaluatie met contactpersoon afdeling

- Inzet van de keuzekaart varieert en is niet duidelijk: soms informatiefolder, handvat voor de patiënt om mee te lezen of keuzehulp waarin je kan wijzen op de voor- en nadelen van de keuzes.
- De afdeling ziet een mogelijke beperkte meerwaarde ten opzichte van het werken zonder keuzekaart aangezien bedenkingen over toepasbaarheid (niet alle behandelopties zijn altijd van toepassing bij elke patiënt) na de blijven pilot bestaan.
- Voordat het team een uitspraak doet over de meerwaarde van de keuzekaart in het algemeen is er behoefte aan meer ervaring en evaluatie binnen het team. Dan kan er ook een uitspraak gedaan worden over het inpassen in de manier van werken; zoals we het in de pilot gedaan hebben, aan iedereen, of op een andere manier aan een selectie van patiënten.

- Verder bleek dat alle patiënten die de keuzekaart hadden meegekregen er niet graag zelf over beginnen.
- Men heeft voldoende vertrouwen in de vaardigheden om de keuzekaart te gebruiken en ervaart ook steun binnen de organisatie om de keuzekaart te gebruiken.
- Spijtig dat de pilot zo veel last had van COVID19; hierdoor is de implementatie niet helemaal gelopen zoals beoogd.
- Een bredere uitvraag van reguliere zorg bij patiënten door het Kennisinstituut was goed geweest. De beperktere uitvraag die binnen de pilot is uitgevoerd geeft onvoldoende houvast voor uitspraken.

B. OLVG – pilot light

De pilot liep van 19 november 2021 tot en met 28 februari 2022. Bij het OLVG is een lichtere implementatiestrategie ingezet zodat de pilot nog binnen de looptijd van het project uitgevoerd kon worden. De contactpersoon heeft informatie over het project en de pilot ontvangen en deze met het team gedeeld. Net als in het Meander Medisch Centrum is er een periode van zes weken geweest waarin de keuzekaart nog niet gebruikt werd maar de patiënt met een korte vragenlijst naar zijn ervaring is gevraagd. Na die periode is men de keuzekaart wel gaan gebruiken en werden de patiënten (wederom) gevraagd naar hun ervaring van het consult.

Tweederde van de respondenten gaf in de nulmeting aan niet bekend te zijn met keuzekaarten voor de start van de pilot.

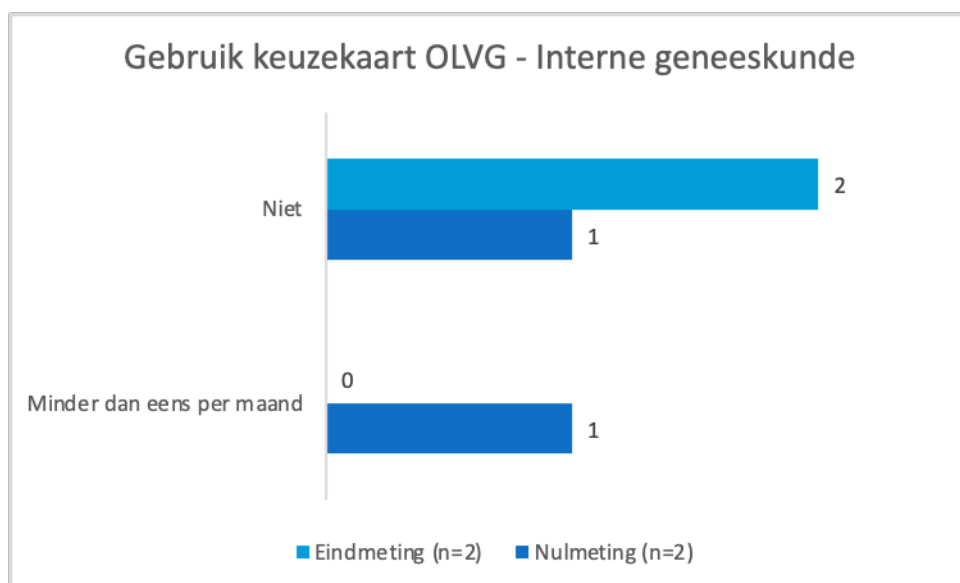
Kwantitatieve resultaten

Nulmeting

Een respondent gaf aan de keuzekaart minder dan eens per maand te gebruiken. Een respondent gebruikte kaart niet en een andere respondent heeft de vraag niet beantwoord. Een respondent ziet drie of minder patiënten per week bij wie de keuzekaart gebruikt kan worden. Een respondent ziet meer dan zes patiënten per week bij wie de keuzekaart Hoge bloeddruk die moeilijk te behandelen is gebruikt kan worden. Een respondent heeft de vraag niet beantwoord.

Eindmeting

Twee respondenten hebben de eindmeting ingevuld en beide hadden voorafgaand aan de pilot niet gehoord van keuzekaarten. Beide respondenten hebben het gebruik van de keuzekaart als neutraal ervaren. Eén van beide respondenten geeft aan de keuzekaart te blijven gebruiken. Eveneens één van de twee zou de keuzekaart aan collega's en patiënten aanraden. Figuur 24 geeft het verschil in gebruik aan tussen de nul- en eindmeting.



Figuur 24. Gebruik keuzekaarten nul- vs. eindmeting.

Kwalitatieve resultaten

Nulmeting

Bij de vraag in welke situaties de gebruikers van de keuzekaarten verwachten deze te gebruiken, lichtte een respondent toe dit te doen bij patiënten die op het spreekuur staan en een hoge bloeddruk hebben.

Eindmeting

Bij de vraag of men belemmeringen heeft ervaren in het gebruik van de keuzekaart, gaf de ene respondent aan dat er geen belemmeringen waren ervaren en de andere respondent gaf aan dat er een te korte looptijd is geweest.

Op de vraag of men door zou gaan met gebruik van de keuzekaart antwoordde de ene respondent dit te blijven doen en de andere respondent dit niet te doen. Er zijn hierop geen toelichtingen gegeven.

Er werden eveneens geen argumenten door de respondenten gegeven waarom de ene respondent het gebruik wel zou aanbevelen aan collega's en patiënten en de ander niet.

Vragenlijsten patiënten

In totaal zijn er drie vragenlijsten door patiënten ingevuld. Twee in de periode dat er nog niet gewerkt werd met de keuzekaart. De patiënten geven daarin aan goed voorgelicht te zijn en tevreden over de besluitvorming. Een vragenlijst is van de periode dat er wel gewerkt werd met de keuzekaart en de patiënt geeft ook hier aan tevreden te zijn met de voorlichting en besluitvorming. Ook geeft deze patiënt aan niet bekend te zijn met de keuzekaart.

Eindevaluatie met contactpersoon afdeling

- Begrijpen wat er verwacht wordt van je is één, het vervolgens doen is twee; en dat blijkt lastig(er). De vaardigheden leer je jezelf niet zo maar aan; je moet er toch even induiken en dan ook in het proces inpassen.
- Op basis van de pilot geen mening over de meerwaarde van de keuzekaart al is wel bekend uit de literatuur dat die er is.
- Er is wel nog steun voor het gebruik ervan ondanks de teleurstellende ervaring met de pilot.
- Er wordt nog met de groep geëvalueerd en daarin zal ook aan de orde komen of de groep er verder mee wil.
- Het was een kleine trial, anderen hadden wel interesse maar zijn niet ingestapt; wellicht de volgende keer meer mensen mee laten doen. De wens was er maar de wilskracht ontbrak.
- Mogelijk dat een mail vanuit Harteraad geholpen had om de animo te verhogen.

C. Antonius Ziekenhuis – pilot light

Het Antonius Ziekenhuis heeft ook meegedaan maar met een nog lichtere pilot dan het OLVG; er resteerde nog weinig tijd en de verschillende strategieën om in te zetten legden vanwege COVID een te groot beslag op de beschikbare tijd. Scheurblokken zijn toegestuurd en er is uitleg gegeven aan de contactpersoon van de afdeling. De pilot duurde van 1 oktober 2021 tot en met 15 januari 2022. Navraag leerde dat er gedurende de pilot weinig gebruik van de keuzekaart was gemaakt. De manier waarop het Antonius Ziekenhuis de poli heeft ingericht maakt dat het inpassen van de keuzekaart in het werkproces – zoals in het Meander Medisch Centrum is gedaan – moeilijk is. Overigens werken er op de poli geen verpleegkundig specialisten die de keuzekaart op een eerder moment aan de patiënt kunnen meegeven zodat het bij de (vervolg)afspraken met de arts besproken kan worden. De contactpersoon liet weten dat hij de keuzekaart weleens tijdens een consult erbij pakt maar de collega's waren volgens hem minder geïnteresseerd. Er heeft in overleg met de contactpersoon geen nul- en eindmeting plaatsgevonden.

Samenvattend kan worden gezegd dat de pilot light op deze afdeling niet is geslaagd en dat de minimalistische insteek niet heeft geleid tot het gebruiken van de keuzekaart op de afdeling.

OOGHEELKUNDE

Bij de pilots op de oogheelkunde afdelingen werd de klein-letter kaart als scheurblok gebruikt, echter door de oogdruppels die de patiënten ontvangen kunnen ze op het moment van het consult vaak niet goed lezen en daarom is ook de grootletterkaart gebruikt. Dit is een vergroting van de keuzekaart met dezelfde inhoud. Deze vergrote kaart werd geplastificeerd in de spreekkamers gelegd. Daarnaast werd in het UMCU een audio-opname beschikbaar gesteld voor de patiënten die moeilijk of niet konden lezen.

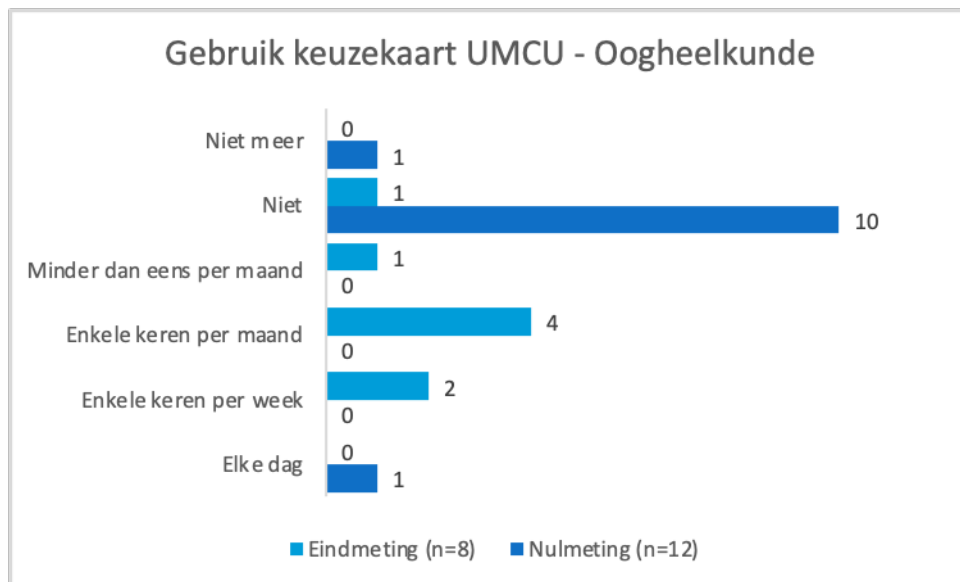
A. UMC Utrecht

De pilotperiode liep van 23 april t/m 21 november 2021. De keuzekaart niet-infectieuze uveïtis werd ongeveer één tot twee keer per week gebruikt. Het webinar werd door 10 oogartsen gevolgd. De startbijeenkomst had een hoge opkomst afdelingsbreed; het werd in hybride vorm aangeboden, de adviseur van het Kennisinstituut kwam fysiek de presentatie geven samen met de oogarts en daarnaast konden deelnemers digitaal inloggen. Er was een evaluatiemoment via een Whatsapp groepje elke paar weken. De adviseur is daarnaast nog een keer op de afdeling langs geweest tijdens de pilot en heeft bij de 'dagstart' het project kort toegelicht. Bij de ondersteuners heerste het gevoel dat ze het niet prettig vonden om de keuzekaart mee te geven aan patiënten waarvan de diagnose niet-infectieuze uveïtis nog niet definitief was vastgesteld. Met hen is besproken hoe dit aan te pakken en wat je tegen de patiënten kan zeggen.

Samenvattend kan worden gesteld dat de zorgverleners de pilot als moeizaam hebben ervaren vanwege hoog ziekteverzuim. Verder was de audio-opname een erg mooi hulpmiddel maar kwam dit lastig van de grond omdat de afdeling zelf niet de geluidsinstellingen van de iPad mocht aanpassen maar dit via ICT moest lopen.

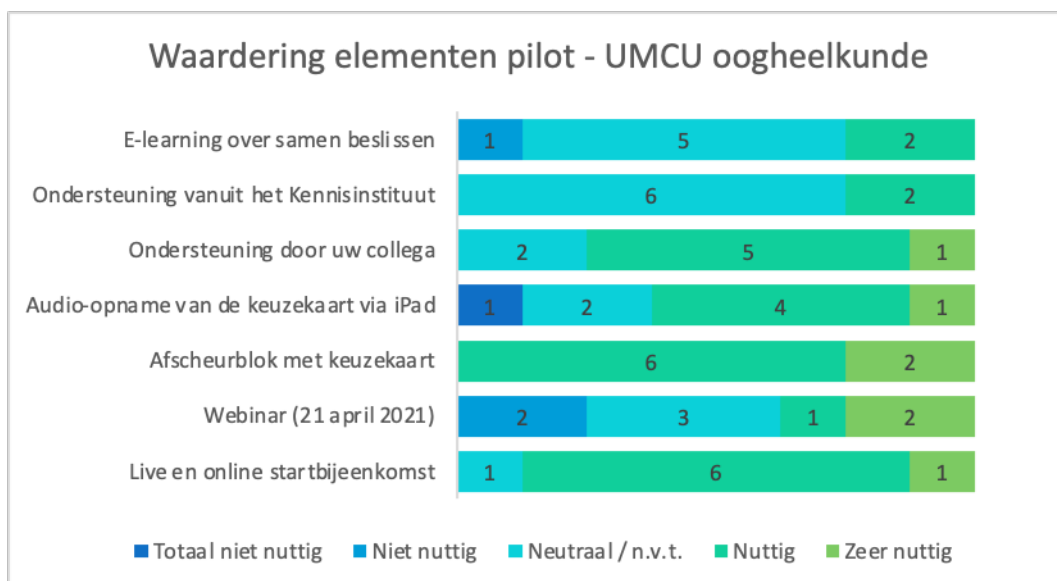
Kwantitatieve resultaten

Tijdens de nulmeting geven tien van de twaalf zorgverleners aan de keuzekaart helemaal niet te gebruiken en niet te weten wat het is. Dit was aantal was in de eindmeting een stuk lager en het gebruik was toegenomen (Figuur 25).



Figuur 25. Gebruik keuzekaart nul- vs. eindmeting.

Figuur 26 geeft per element van de pilot de ervaring weer. Vooral de ondersteuning vanuit de eigen collega, het afscheurblok en de startbijeenkomst werden als nuttig ervaren, in mindere mate de audio-opname ook. De audio-opname had wat kinderziektes omdat de geluidssterkte niet aan te passen was op de iPad; dit moest via ICT geregeld worden.



Figuur 26. Waardering elementen pilot: aantal respondenten.

Kwalitatieve resultaten

Nulmeting

De nulmeting werd ingevuld door 12 zorgverleners: zes oogartsen, één poli-assistente, drie verpleegkundigen, één verpleegkundig specialist en één technisch oogheekundig assistent (TOA). Tijdens de nulmeting gaven de zorgverleners de volgende verwachtingen aan over het gebruiken van de keuzekaart:

- dat de patiënt beter op de hoogte is van de behandelmogelijkheden;
- er weinig verandert omdat je nog steeds dezelfde informatie geeft maar op een andere manier;
- de patiënt beter op de hoogte zal zijn van de bijwerkingen, die kan hij/zij rustig nalezen;
- de patiënt met meer vragen komt waardoor het gesprek langer wordt;
- er minder vragen komen bij de patiënt door betere informatie;
- er een gelijkwaardiger gesprek plaatsvindt omdat de patiënt beter is geïnformeerd.

Eindmeting

De eindmeting werd ingevuld door acht zorgverleners: drie oogartsen, twee verpleegkundigen, één verpleegkundig specialist en twee TOA's. Bij de eindmeting werden een aantal belemmeringen genoemd om de keuzekaart te gebruiken, namelijk:

- tijdsgebrek (2x);
- onduidelijk welke patiënt in aanmerking komt;
- patiënten refereren er niet aan in het consult;
- het haalt de spontaniteit weg uit het gesprek.

Bij de vraag waarom de zorgverleners door wilden gaan met de keuzekaart gebruiken (7/8 reageerden positief) werden onderstaande redenen gegeven:

- het is prettig voor de patiënt om deze informatie op papier te hebben (2x);
- de patiënt er dan achteraf over na kan denken;
- als ondersteuning van het gesprek;
- afhankelijk van de uitkomsten van deze pilot.

Daarnaast gaven 7/8 zorgverleners aan de keuzekaart aan te raden aan collega's. Twee respondenten gaven toelichting:

- de patiënt is beter betrokken en het verbetert het samen beslissen;
- de keuzekaart een handig document is om patiënten snel en goed te informeren en patiënten achteraf de informatie terug kunnen kijken.

Overkoepelend werd twee keer opgemerkt dat het scheurblok kleine letters bevat die patiënten door de wijde pupil niet kunnen lezen. Dit is tijdens de pilot opgelost door de groot letter kaart in te zetten en in de spreekkamers te leggen.

Eindevaluatie met contactpersoon afdeling

Bij de eindevaluatie met de contactpersoon kwamen de volgende punten ter sprake:

- De TOA's gaven de keuzekaart mee nadat de patiënt oogdruppels hadden gehad. Dit werd verschillend ervaren door de ondersteuners, sommigen vonden het prima om te doen, anderen hadden moeite met het idee dat ze nog niet zeker wisten of de patiënt in aanmerking kwam voor de keuzekaart.
- Patiënten lijken makkelijker vragen te stellen aan de hand van de keuzekaart.
- Het is belangrijk om blijvend aandacht geven aan deze tool. Wat een idee kan zijn is dat artsen ter voorbereiding van het consult in het dossier opschrijven dat de keuzekaart door de verpleegkundige meegegeven kan worden. En/of een checklist of pop-up in het EPD kan helpen, dit wordt besproken met ICT.
- Er zijn voldoende middelen, vooral de grootletterkaart is zinvol omdat de patiënt die beter kan lezen.
- Het project is moeizaam verlopen op onze afdeling door hoog ziekte verzuim van medewerkers en artsen.

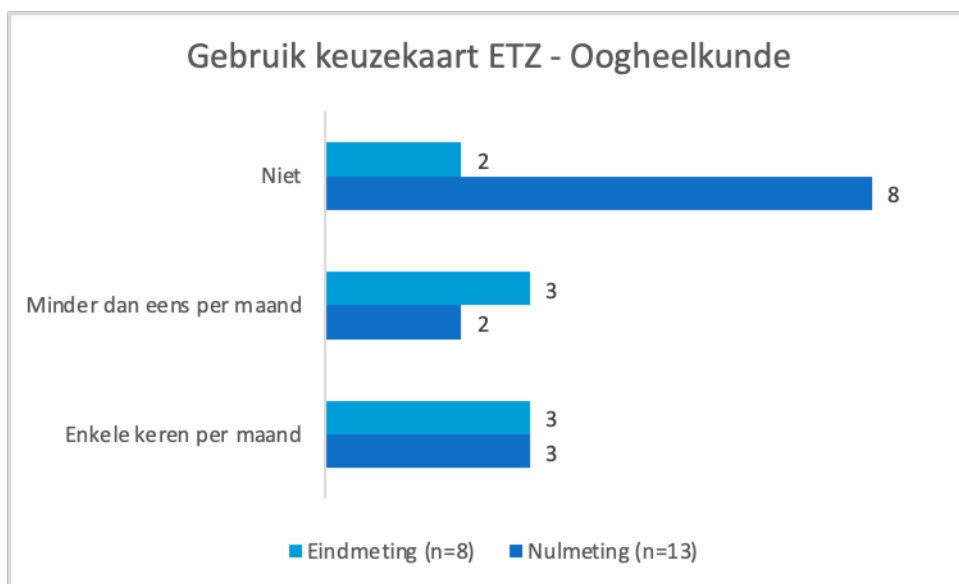
B. Elizabeth Tweesteden Ziekenhuis (ETZ) Tilburg

De pilotperiode liep van 1 mei t/m 1 november 2021. Vooraf werd ingeschat dat er weinig patiënten op deze afdeling komen die in de doelgroep van de keuzekaart vallen. Dit was bekend vóórdat de pilot begon en deze afdeling is bewust geïnccludeerd in het project om te kijken hoe de keuzekaart geïmplementeerd kan worden op een afdeling waar de doelgroep klein is. De startbijeenkomst en het webinar werden geïntegreerd aangeboden tijdens een geplande digitale bijeenkomsten. Hierbij waren alle 14 oogartsen / aios aanwezig van de afdeling. Het proces was als volgt: de oogarts geeft de keuzekaart mee aan het einde van het consult en bespreken de kaart een week later bij het vervolgoverleg. Gedurende de pilot was er maandelijks contact tussen de adviseur van het Kennisinstituut en de contactpersoon om de voortgang te bespreken en bij te sturen. De contactpersoon (oogarts) benoemde de pilot en de keuzekaart bij elke maatschapvergadering.

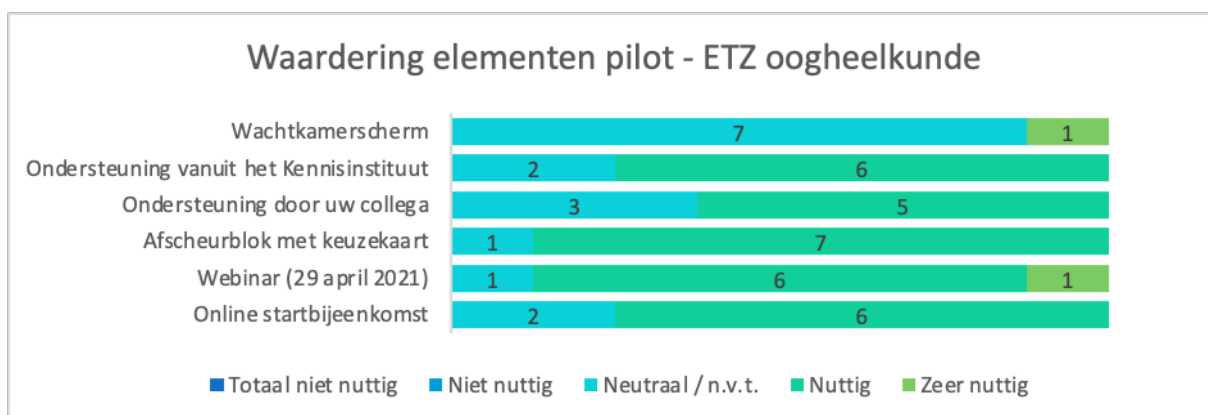
Samenvattend kan worden gesteld dat deze afdeling de keuzekaart prettig vond om te gebruiken, maar dat de patiëntengroep die in aanmerking komt voor de kaart over niet-infectieuze uveïtis erg klein is; er waren uiteindelijk 6 patiënten geïnccludeerd tijdens de pilot-periode. De kaart over cataract is veel vaker te gebruiken. Het webinar en de startbijeenkomst waren goede elementen van de pilot. Het scheurblok met de keuzekaarten werd ook goed ontvangen; voor in de toekomst is het belangrijk om te kijken hoe de kaart digitaal in te bouwen in het patiëntendossier i.v.m. de clean desk policy op de afdeling.

Kwantitatieve resultaten

De nulmeting werd ingevuld door 13 zorgverleners: negen oogartsen, twee physician assistants en twee met een andere functie. De eindmeting werd ingevuld door acht oogartsen. Figuur 27 geeft het verschil weer tussen de nul- en eindmeting qua gebruik van de keuzekaarten.



Figuur 27. Gebruik keuzekaarten: nul- vs. eindmeting.



Figuur 28. Waardering elementen pilot: aantal respondenten.

Qua pilotelementen werden vooral de startbijeenkomst, het webinar en het scheurblok als nuttig ervaren (Figuur 28). Ook de ondersteuning vanuit het Kennisinstituut werd goed gewaardeerd. Dit werd hoger gewaardeerd dan op andere afdelingen, omdat het Kennisinstituut het webinar hier specifiek voor deze afdeling had gegeven waardoor de zorgverleners direct contact hadden gehad met de begeleiding van het Kennisinstituut.

Kwalitatieve resultaten

Nulmeting

Tijdens de nulmeting gaven de zorgverleners de volgende verwachtingen aan over het gebruiken van de keuzekaart:

- dat het meer inzicht geeft voor de patiënt (4x);
- dat ze beter in kunnen gaan op individuele vragen van de patiënt (2x);
- dat de patiënt beter geïnformeerd een beslissing kan nemen;
- dat ze samen beslissen willen toepassen voor zover dat kan.

Eindmeting

Bij de eindmeting gaven vier oogartsen aan dat ze geen belemmeringen hadden ervaren. De andere vier oogartsen noemden de volgende belemmeringen bij het gebruik van de keuzekaart:

- De keuzekaart cataract is nuttig; de keuzekaart over steroïden bij niet-infectieuze uveitis is te zeldzaam (2x)
- Het kost tijd (2x), ik geef de keuzekaart liever mee.

Bij de vraag waarom de zorgverleners door wilden gaan met de keuzekaart gebruiken (7/8 reageerden positief) werd tweemaal de reden genoemd dat het de keuzes voor de patiënt vergemakkelijkt. Daarnaast gaven twee oogartsen aan dat ze wel door willen gaan met de keuzekaart cataract maar niet met die van uveitis, enerzijds omdat het niet de expertise van die betreffende oogarts was en anderzijds omdat het te weinig voorkomt bij hen op de afdeling.

Alle acht de oogartsen zou het gebruik van de keuzekaarten aanraden aan collega's. De volgende redenen werden genoemd:

- ik vind de interactie tussen dokter en patiënt belangrijk vind: het door de patiënt meebeslissen/meedenken;
- de patiënt bewust maken van dat er een keuze is bij een behandeladvies;
- dan kan de patiënt het thuis nog een keer nalezen.

Eén respondent merkte op dat het mooi zou zijn als de keuzekaart voor meerdere aandoeningen beschikbaar komt.

Patiënten ervaringen

Tijdens de pilotperiode waren er zes patiënten die in aanmerking kwamen voor de keuzekaart. Dit was ongeveer de verwachting qua aantallen (één patiënt per maand). De oogarts heeft ze achteraf gebeld om hun ervaring te vragen:

- Vijf van de zes patiënten hebben de kaart meegekregen:
- Patiënt A (vrouw) vond het heel leerzaam, ze was het eens met het behandelvoorstel vanuit de oogarts
- Patiënt B (vrouw, geboortjaar 1957) snapte de informatie. Ze gaf aan dat ze de behandelbeslissing aan de arts over heeft gelaten, dat vond ze niet bij haarzelf liggen om over mee te beslissen.
- Patiënt C (vrouw, geboortjaar 1951) gaf aan dat ze de kaart erg prettig vond en heeft hem in totaal 3x doorgelezen. Het heeft haar veel extra informatie gegeven, verder is er bij haar nog geen behandeling ingezet.
- Patiënt D: (vrouw) had geen Nederlands telefoonnummer en kon niet bereikt worden om naar haar ervaringen te vragen.
- Patiënt E (man) was niet bereikbaar, nam de telefoon niet op ondanks meerdere belpogingen.
- Eén patiënt kwam in aanmerking voor de kaart, maar sprak de Nederlandse taal niet (hij is statushouder) dus uiteindelijk heeft hij de kaart niet meegekregen.

Eindevaluatie met contactpersoon afdeling

Bij de eindevaluatie met de contactpersoon kwamen de volgende punten ter sprake:

- Voor uveitis is er vaak spoed en snelle actie nodig. Echter, uveitis patiënten hebben vervolgens meerdere afspraken (screening, uitkomst, oog bekijken). Het is dus een mogelijkheid om de keuzekaart in een vroeg stadium, bij de 1e afspraak alvast mee te geven zodat de oogarts en patiënt het de volgende keer kunnen bespreken. Op die manier hoef je in het vervolgconsult niet opnieuw te beginnen en hebben de patiënten al wat voorkennis.
- De Clean Desk policy van ETZ maakt dat scheurblokken van papier niet toekomstbestendig zijn. Het is daarom de moeite waard om uit te zoeken of ontsluiting via EPIC (het elektronisch patiëntendossier in het ETZ) mogelijk is.
- We gaan blijvend aandacht besteden aan de keuzekaarten in de maatschap vergaderingen.
- Het gebruik in andere ziekenhuizen/ op andere afdelingen kan vooral verhoogd worden door meer ruchtbaarheid te geven aan de keuzekaart. Wij wisten niet van het bestaan van de Uveitiskaart af. Hier lijkt een taak voor het NOG te liggen, om dit beter te communiceren richting de leden zodat oogafdelingen in andere ziekenhuizen de keuzekaart ook kunnen gaan gebruiken.

4. Duiding van de pilots

Algemene resultaten en interpretatie

De afdelingsspecifieke startbijeenkomst, het webinar (inclusief video's over goed / minder goed gebruik van de keuzekaart) werden goed gewaardeerd. Bij de start van een pilot is het van belang aandacht te hebben voor de visie en het draagvlak binnen de afdeling. Ook het werken met scheurblokken springt eruit als positief resultaat. Dit werkt erg prettig voor de zorgverleners, die zien de kaart letterlijk liggen en hij is binnen handbereik. Dit is een eenvoudige en goedkope interventie om te zorgen dat het gebruik van de kaarten kan toenemen. Bij een clean desk policy is een scheurblok niet handig, maar kan de zorgverlener de kaart zelf uitprinten per consult om te bespreken en mee te geven. Echter dit vraagt extra handelingen.

De meeste zorgverleners die de eindmeting hebben ingevuld geven aan de keuzekaart te willen blijven gebruiken en zouden de keuzekaart aanraden aan collega's. Hier lijkt mee te spelen dat als ze eenmaal weten hoe ze de kaart moeten gebruiken in de praktijk, het niet meer zo spannend en ingewikkeld is als ze van tevoren dachten. Het werken met de keuzekaart is vaak goed in te passen in de werk- en zorgprocessen van de professionals. Daarnaast blijkt ook dat als je zaken toevoegt die afwijken van het normale proces, zoals een audio-opname van de keuzekaart Uveitis op een i-Pad, het al snel ingewikkelder wordt om dit goed te stroomlijnen.

Om afdelingen warm te krijgen om deel te nemen aan dit project en daarnaast de zorgverleners mee te nemen in het proces, bleek het van belang dat er een enthousiaste zorgverlener was ('ambassadeur') die de kar wilde trekken. In dit project verliep dit via de contactpersonen. Indien de contactpersoon een verpleegkundige of verpleegkundig specialist was in plaats van een medisch specialist, bleek het lastiger om de gehele afdeling mee te krijgen. Ook de inzet van patiëntenorganisaties zonder steun van zorgverleners lijkt onvoldoende te werken. In dit project bleek de aanwezigheid van 'power balances' dus zeker van invloed op het wel/niet slagen van de pilot.

COVID-19

De pilots (inclusief voorbereiding en het vinden van deelnemende afdelingen) hebben plaatsgevonden in de periode januari 2021 t/m maart 2022, midden in de coronapandemie. Dit heeft invloed gehad op verschillende aspecten van het project, namelijk:

- Het was vooral voor de keuzekaart Moeilijk behandelbare hoge bloeddruk lastig om deelnemende afdelingen te vinden, aangezien de internisten het meest direct betrokken waren bij COVID-19. De andere specialismen in deze pilot (oogheelkunde, gynaecologie, dermatologie) hadden hier iets minder last van.
- Er is gericht op simpele routine clinical practice implementatie strategieën. Trajecten die meer tijd kosten, zoals het oefenen van consulten met een trainingsacteur of het feedback geven op consulten door ze door iemand bij te laten wonen, was niet haalbaar voor de deelnemende afdelingen. De implementatiestrategieën hebben zich vooral gericht op de ondersteuning van de zorgverleners.

Effect op gebruik andere keuzekaarten binnen afdeling

Binnen dit project was de keuze van de keuzekaarten in een paar gevallen specifiek gericht op de kaarten die minder makkelijk toe te passen zijn in de praktijk. Een voorbeeld hiervan zijn de keuzekaarten eierstokcysten en uveitis; deze diagnoses komen minder vaak voor dan respectievelijk hevig menstrueel bloedverlies en cataract waar ook keuzekaarten voor beschikbaar zijn. Hierdoor zijn waardevolle lessen geleerd, bijvoorbeeld dat triage goed werkt (zie pilot in MMC Veldhoven) en dat de implementatie van de ene kaart (eierstokcysten) ook het gebruik van andere kaart(en) een boost/impuls kan geven (zie pilot Dijklander). In het Dijklander hebben we specifiek ingezet op de implementatie van de kaart eierstokcysten, maar ook geplastificeerde keuzekaarten aangeboden voor de situatie stuitligging en hevig menstrueel bloedverlies. De afdeling gaf aan dat dit goed werkte om ook de andere kaarten meer te gebruiken.

Dit is een mooie illustratie dat het werken met een keuzekaart aanspreekt. Voor zorgverleners die willen starten met het toepassen van keuzekaarten, is het logisch om te beginnen met een kaart waarbij de patiëntengroep frequent gezien wordt zodat ervaring opgedaan kan worden en daarna pas te focussen op patiënten met aandoeningen die minder vaak voorkomen of het inzetten van nieuwe keuzekaarten.

Aantal blootstellingen aan (informatie over) keuzekaarten

Om het gebruik van keuzekaarten te verhogen is een belangrijke factor het aantal blootstellingen, zowel voor zorgverleners als voor patiënten. In dit project hebben we de volgende blootstellingen geprobeerd te realiseren:

- Voor patiënt:
 - Wachtkamer – werkwijze afhankelijk van setting: bijvoorbeeld poster (zie bijlage H), geplastificeerde keuzekaarten of slide op digitaal scherm.
 - Keuzekaart van tevoren online toesturen (via Patiëntenportaal), meesturen met uitnodigingsbrief of meegeven bij eerste consult.
 - Leeswijzer op de achterkant van de keuzekaart met uitleg over wat het is en hoe te gebruiken.
 - Zak/'visite'kaartjes uitdelen met QR-code naar website keuzekaarten en andere tools.
- Voor zorgverlener:
 - Leeswijzer op de achterkant van de keuzekaart met uitleg over wat het is en hoe te gebruiken.
 - Zakkaartjes uitdelen met QR-code naar website keuzekaarten en andere tools.
 - Interactieve video's over goed en minder goed gebruik keuzekaarten
 - Infographic met samenvatting van wat een keuzekaart is en hoe te gebruiken
 - Webinar
 - Startbijeenkomst
 - Mailing naar zorgverleners op de afdeling

Om te zorgen dat het aantal blootstellingen hoog blijft, is dit een startpunt voor het generieke disseminatie- en implementatieplan voor de wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties. Hier is aandacht voor het opstellen van nieuwsberichten, berichten via sociale media, nieuwsbrieven en andere manieren van het bereiken van het juiste publiek.

Verwacht effect van ontsluiting keuzekaarten via Thuisarts.nl

De naamswijziging van Consultkaart naar keuzekaart die heeft plaatsgevonden op 20 mei 2022 heeft geleid tot een verandering van website waar alle keuzekaarten te vinden waren. De keuzekaarten staan niet meer op Consultkaart.nl maar op Thuisarts.nl. Hiermee wordt een veel groter bereik verwacht dan via de website Consultkaart.nl die weinig bekendheid heeft zoals de resultaten van de enquêtes laten zien (zie paragraaf 2.1). De disseminatie van de keuzekaarten zal hiermee hoogstwaarschijnlijk een boost/impuls krijgen omdat Thuisarts.nl door gemiddeld 5 miljoen bezoekers per maand wordt bezocht.

Keuzekaart ter sprake brengen in consult

In twee pilots werden patiëntervaringen opgehaald. Vaak beginnen patiënten niet zelf over de kaart in het consult. Dit is een aandachtspunt voor de toekomst, de verantwoordelijkheid van het ter sprake brengen van de kaart ligt bij de zorgverlener. Het is zeker ook belangrijk om patiënten bewust te maken van het feit dat ze naar de kaart mogen vragen, maar vaak blijkt dit toch lastig in de praktijk.

Ondersteuning door Kennisinstituut

In dit project was er voor elke afdeling ondersteuning vanuit het Kennisinstituut voor vragen en om dingen te regelen. Er was tweewekelijks tot maandelijks contact met de contactpersoon. De adviseurs van het Kennisinstituut zorgden voor het voorbereiden van startbijeenkomsten, opstellen van mailings naar zorgverleners, bestellen scheurblokken etc. Het ging dus om allerlei praktische werkzaamheden in de voorbereiding op de start van de pilot en tijdens de pilots. Na dit project is deze ondersteuning niet meer geborgd. Met de disseminatie- en implementatie toolbox beogen we dat afdelingen, zorgverleners, patiëntenorganisaties en wetenschappelijke verenigingen deze taken zelf, gezamenlijk kunnen oppakken.

Draagvlak voor inzet keuzekaart

Bij de pilots van de keuzekaart moeilijk behandelbare hoge bloeddruk (interne geneeskunde) was er sprake van een bij voorbaat verminderd draagvlak. Dit kwam omdat er destijds bij de publicatie van de keuzekaart geen aandacht aan was besteed door de wetenschappelijke vereniging. Hierover verschilden de patiëntenorganisatie en wetenschappelijke vereniging van mening. Naast de invloed van COVID-19 speelde ook nog mee dat deze kaart 'matched-care' opties bevat, waarbij de opties op de kaart niet als gelijkwaardig worden beschouwd; niet alle behandelopties zijn in alle gevallen van toepassing voor de patiënt. In dat geval is het belangrijk dat de zorgverlener aangeeft welke opties op dat moment van toepassing zijn en welke niet. Deze kunnen worden 'weggestreept'. In de video's over goed / minder goed gebruik wordt toegelicht hoe je dit kunt aanpakken in het consult.

Vertekening van de resultaten?

De nulmeting is door veel meer zorgverleners ingevuld dan de eindmeting (96 vs. 65 respondenten). We weten niet waarom een derde van de respondenten van de nulmeting de eindmeting niet heeft ingevuld. Daarnaast is niet bekend of de zorgverleners die het webinar hebben bijgewoond dezelfde zijn als die de begin- of eindmeting hebben ingevuld. Verder bleek uit de resultaten dat de vragenlijsten vooral door medisch specialisten zijn ingevuld en veel minder door bijvoorbeeld verpleegkundigen. Hierdoor missen we wellicht dit perspectief. De resultaten zijn overall redelijk laag in aantal, maar de kwalitatieve evaluaties en terugkoppeling vanuit de afdelingen geeft een overall positief beeld. Hierbij merken we op dat het implementeren vaak gekenmerkt wordt door weerstand, barrières en kinderziektes. In dit project is geprobeerd dit van tevoren zo goed mogelijk te tackelen en op in te spelen.

Light-pilots

De light-pilots zijn vooral tot stand gekomen doordat projectgroepleden collega's/mensen in hun netwerk hiervoor enthousiasmeerden. Omdat deze ziekenhuizen later zijn aangedragen en daardoor op het einde van het traject zijn ingestapt, en vanwege een ervaring van COVID was de voorbereiding minder uitgebreid en minder intensief. Ook al hebben er maar drie light pilots plaatsgevonden, de beperktere en korte voorbereiding lijkt zijn weerslag te hebben gehad op de resultaten. De resultaten leken wat minder positief, wellicht door de korte looptijd van deze light-pilots en omdat er minder mogelijkheid was om aandacht te geven aan visie en draagvlak. en tijdsduur.

5. Generieke D&I procedure: aanbevelingen

Een generiek disseminatie- en implementatieplan voor wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties kunt u vinden in bijlage J en K.

Om te leren wat een keuzekaart is en hoe het te gebruiken, bleek het webinar (inclusief video's goed / minder goed gebruik keuzekaarten) waardevol. Deze wordt omgezet in een e-learning die vanaf september beschikbaar is via de Digitale Leeromgeving van de Federatie Medisch Specialisten. Tot die tijd is het originele webinar [HIER](#) terug te kijken.

Om de kaart makkelijk te kunnen gebruiken, werkt het inzetten van scheurblokken goed. Dit is een goedkope en effectieve interventie gebleken. Deze zijn te bestellen via: [invoegen]

Voor zorgverleners die willen starten met het toepassen van keuzekaarten, is het aan te bevelen om te beginnen met een kaart waarbij de patiëntengroep frequent gezien wordt zodat ervaring opgedaan kan worden en daarna pas te focussen op meer 'niche' doelgroepen of het inzetten van nieuwe keuzekaarten.

Om de kaart te gebruiken op de afdeling, zijn er een aantal vragen die beantwoord kunnen worden. Uit de pilots is gebleken dat er verschillende manieren zijn waarop de kaart in het werkproces past.

Hoe kunt u de keuzekaart introduceren op uw afdeling en in de workflow inpassen?

Bekijk per kaart hoe het zorgpad van de patiënt eruit ziet. Hoe ziet het zorgpad van de patiënt met deze aandoening eruit en wat is het meest logische moment om de kaart te bespreken?

- Wanneer krijgt de patiënt de keuzekaart voor de eerste keer te zien?
 - Kan de keuzekaart voor het consult aan de patiënt toegestuurd worden als de diagnose bekend is of bijna zeker is?
Zo ja: stuur dan de keuzekaart mee met de uitnodigingsbrief of zet hem digitaal klaar in het patiëntenportaal.
- Welke zorgverlener gaat de kaart met de patiënt bespreken?
 - De medisch specialist, verpleegkundige, verpleegkundig specialist? Of een andere zorgverlener? Zorg dat die zorgverlener de e-learning volgt (beschikbaar vanaf september 2022) of het webinar kijkt zodat hij weet hoe de kaart in de praktijk toe te passen.
- Wanneer is het beslismoment?
 - Soms vindt het beslismoment plaats in hetzelfde consult als waarin de keuzekaart besproken is, soms wil de patiënt na het consult nog nadenken voordat hij een keuze maakt. Plan dan een terugbelmoment in. Dit voelt wellicht als extra tijd, maar bedenk dat patiënten die achter hun keuze staan, minder spijt hebben achteraf (en minder vaak terugkomen) en betere therapietrouw tonen!
- Clean desk policy in het ziekenhuis?
 - Dan is een scheurblok met keuzekaarten niet van toepassing. Print dan de keuzekaart zelf per keer uit via thuisarts.nl/keuzekaart. Een andere mogelijkheid is om de kaart digitaal aan de patiënt te laten zien. Het gebruik van de keuzekaart op papier heeft de voorkeur i.v.m. omcirkelen van vragen van de patiënt en het wegstrepen van opties die patiënt niet relevant vindt etc.

Bijlagen

Bijlage A Vragenlijst consultkaarten

Vragenlijst Consultkaarten

Beste lezer,

Met deze korte vragenlijst (5 minuten) willen we vragen of en hoe u Consultkaarten gebruikt. De resultaten worden gebruikt om voor een project om het gebruik van Consultkaarten te verbeteren. Deelname aan de enquête is anoniem.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Indien u vragen heeft, kunt u contact opnemen met info@consultkaart.nl.

Hoe heeft u gehoord van de website www.consultkaart.nl?

Via mijn beroepsvereniging
 Via het ziekenhuis/zorgorganisatie
 Via de website van de patiëntenvereniging
 Via Social Media (Facebook, Instagram, ...)
 Via een collega
 Via vrienden of familie
 Anders, namelijk

Waarom bezoekt u deze website?

Voor persoonlijk gebruik
 Iets interesse
 Anders, namelijk

In welke rol bezoekt u deze website?

Patient
 Familie/naaste van patient
 Arts
 Verpleegkundige
 Andere zorgverlener, namelijk
 Beleidsmedewerker
 Onderzoeker
 Anders, namelijk

Buiten doelgroep
 De verdere vragenlijst is voor artsen, verpleegkundigen en zorgverleners; u valt buiten deze doelgroep.
 We danken u voor het invullen van het eerste deel van de vragen.

→download – Word document

Bijlage B Vragenlijst consultkaarten

Vragenlijst Consultkaarten

Beste lezer,

Middels een korte vragenlijst (5 minuten) willen we vragen of en hoe u Consultkaarten gebruikt. De resultaten worden gebruikt om voor een project om het gebruik van Consultkaarten te verbeteren. Deelname aan de enquête is anoniem.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Indien u nog vragen heeft, neem dan contact op met info@consultkaart.nl.

Hoe lang bent u werkzaam als medisch specialist?

Ben nog in opleiding (AIOS)
 < 5 jaar
 5 - 15 jaar
 > 15 jaar

Bij welke wetenschappelijke vereniging bent u aangesloten?

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie
 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
 Nederlands Oochekundig Gezelschap
 Nederlandse Internisten Vereniging
 Anders, namelijk

Gebruikt u de Consultkaart wel eens?

Ja
 Nee

Kunt u kort aangeven hoe u de Consultkaart gebruikt?

Kunt u kort aangeven waarom u de Consultkaart niet gebruikt?

→download – Word document

Bijlage C Resultaten enquête keuzekaarten



→download – Powerpoint

Bijlage D Resultaten beschrijvend professionals die er gebruik van maken



→download – Powerpoint

Bijlage E

Zoekstrategie

In de database Embase is op 12-11-2020 met relevante zoektermen gezocht naar systematische reviews over 'patient decision aids'. De literatuurzoekactie leverde 72 unieke treffers op.

Embase

No.	Query	Results
#5	#3 AND #4	72
#4	('meta analysis'/exp OR 'meta analysis (topic)'/exp OR metaanaly*:ti,ab OR 'meta analy*':ti,ab OR metanaly*:ti,ab OR 'systematic review'/de OR 'cochrane database of systematic reviews'/jt OR prisma:ti,ab OR prospero:ti,ab OR (((systemati* OR scoping OR umbrella OR 'structured literature') NEAR/3 (review* OR overview*)):ti,ab) OR ((systemic* NEAR/1 review*):ti,ab) OR (((systemati* OR literature OR database* OR 'data base*') NEAR/10 search*):ti,ab) OR (((structured OR comprehensive* OR systemic*) NEAR/3 search*):ti,ab) OR (((literature NEAR/3 review*):ti,ab) AND (search*:ti,ab OR database*:ti,ab OR 'data base*':ti,ab)) OR (('data extraction':ti,ab OR 'data source*':ti,ab) AND 'study selection':ti,ab) OR ('search strategy':ti,ab AND 'selection criteria':ti,ab) OR ('data source*':ti,ab AND 'data synthesis':ti,ab) OR medline:ab OR pubmed:ab OR embase:ab OR cochrane:ab OR (((critical OR rapid) NEAR/2 (review* OR overview* OR synthes*)):ti) OR (((critical* OR rapid*) NEAR/3 (review* OR overview* OR synthes*)):ab) AND (search*:ab OR database*:ab OR 'data base*':ab)) OR metasynthes*:ti,ab OR 'meta synthes*':ti,ab) NOT (('animal'/exp OR 'animal experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp)	664604
#3	#1 AND #2 AND [english]/lim AND [2010-2020]/py NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it)	670
#2	'implementation'/exp OR 'dissemination'/exp OR implement*:ti,ab OR disseminat*:ti,ab	828262
#1	'decision aid'/exp OR 'decision aid*':ti,ab OR 'decision box':ti,ab OR pda:ti,ab OR 'option grid*':ti,ab OR 'issue card*':ti,ab	21437

Bijlage F

Resultaten patiëntvragenlijsten Meander Medisch Centrum

De patiëntvragenlijst in het Meander MC is door negen patiënten ingevuld. Vier in de pilotfase zonder keuzekaartgebruik en vijf in de pilotfase waarin de keuzekaart wel aan de patiënt werd meegegeven. Hieronder de resultaten van de vragenlijst per fase.

Er zit geen echt verschil tussen de scores van de twee fases, met uitzondering van mogelijk vraag 3 en 4. Een groter aantal patiënten scoort daar hoger op betrokkenheid bij de beslissing. Daarnaast geven de patiënten die hebben deelgenomen in de pilot aan dat ze veel vaker bekend zijn met de keuzekaart (0 vs. 4 patiënten). Dit is een logisch verschil vanwege het meegeven van de keuzekaart tijdens de pilotfase.

Over het algemeen zijn de patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld zijn in beide fases (erg) tevreden.

Tabel 7. Overzicht resultaten vragenlijst patiënten pilotfase zonder keuzekaart.

	1/ Bent u voldoende geïnformeerd over behandelingen voor uw hoge bloeddruk?	2/ Denkt u dat er een goede beslissing is genomen voor de behandeling?	3/ Vindt u dat u voldoende betrokken bent bij de beslissing?
Volstrekt oneens	0	0	0
Oneens	0	0	0
Geen mening	0	0	0
Eens	1	1	2
Geheel eens	3	3	2
Nvt	-	0	-
4/ Bent u bekend met de keuzekaart 'medicatie bij moeilijk behandelbare hoge bloeddruk'?			
Ja	0		
Nee	3		
N.v.t. (zelf ingevuld)	1		

Tabel 8. Overzicht resultaten vragenlijst patiënten pilotfase met keuzekaart.

	1/ Bent u voldoende geïnformeerd over behandelingen voor uw hoge bloeddruk?	2/ Denkt u dat er een goede beslissing is genomen voor de behandeling?	3/ Vindt u dat u voldoende betrokken bent bij de beslissing?
Volstrekt oneens	0	0	0
Oneens	0	0	0
Geen mening	0	0	0
Eens	2	1	1
Geheel eens	3	4	4
Nvt	-	0	-
4/ Bent u bekend met de keuzekaart 'medicatie bij moeilijk behandelbare hoge bloeddruk'?			
Ja	4		
Nee	1		
N.v.t. (zelf ingevuld)	0		

Bijlage G
Leeswijzer keuzekaart eierstokcysten



→ download – pdf

Bijlage H
Poster keuzekaart Eierstokcysten



→ download – pdf

Bijlage I Infographic keuzekaart zorgverleners

SAMEN BESLISSEN MET DE KEUZekaART

WAT EN WAAROM?

84% van de patiënten samen met huisarts / (huis)artsassistent (Huisarts en Ziekenhuis, 2017). In de praktijk ligt echter dat dit nog lang niet altijd gebeurt (Huisarts, 2017). Dit heeft vaak te maken met de barrières die medisch specialisten of patiënten ervaren. Een keuzekaart, zoals de keuzekaart, kan ondersteunen in het bespreken van samen beslissen en de vaak korte consulttijd met de patiënt.

De keuzekaart is een keuzekaart die wordt gebruikt in de consultatie. De kaart helpt om overtuigd te zijn van de verschillende opties die passen bij een bepaalde situatie en de bijbehorende voor- en nadelen. Om deze informatie te delen met de patiënt, kan de keuzekaart gebruikt worden om de patiënt te helpen bij de keuze.

“Het heeft mij wel enigzins verbaasd met die keuzekaart hebben patiënten bepaalde keuzes gemaakt die ik van tevoren niet zelf had bedacht”

WAT ZIJN DE VOORDELEN VAN EEN KEUZekaART VOOR*

DE PATIËNT

- Beter geïnformeerd over de mogelijke opties en bijbehorende voor- en nadelen van elke optie
- Grotere betrokkenheid aan het besluitvormingsproces
- Meer zin in de zorgopties, bereidheid om mee te werken aan de mogelijke opties

DE ARTS

- Verbeterde communicatie met de patiënt
- Zorg beter aan laten sluiten bij de wensen/behoeften van de patiënt

MAAK DEET DAT NIET VOEL EXTRA TIJD

De keuzekaart kan gebruikt worden om de tijd van de consult niet echt korter te maken, maar het kan wel helpen om de tijd van de consult te efficiënter te maken.

→download – pdf

Bijlage K Disseminatie- en implementatieplan keuzekaarten

Disseminatie- en implementatieplan keuzekaarten

Voor een goede implementatie van de keuzekaart is het kiezen van een goede disseminatie- en implementatiestrategie belangrijk. Op basis van de knoepnet die je voorzie bij de implementatie, kan je daardoor gericht acties uitzetten. Als hulp bij de disseminatie en implementatie hebben we dit handvat gemaakt. Door het doorlopen van de onderstaande stappen kan je de juiste strategie kiezen en de daarbij mogelijke activiteiten inzetten.

Stappen naar de implementatie:

1. Bepaal de doelgroep
 - Medisch specialisten, huisartsen, physiciën assistenten, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, andere zorgverleners of patiënten. Wie gaat de keuzekaart gebruiken?
2. Analyseer de doelgroep
 - Wat is ieders rol en belang van de keuzekaart. Hoe kan je de doelgroep bereiken?
3. Afstemmen op koplopers, achterblijvers en een middengroep
 - Niet iedereen gaat gelijk van start met de nieuwe keuzekaart. Alle drie hebben verschillende drijfveren om iets nieuws te introduceren.
4. Bepaal mogelijke belemmeringen/barrières voor goede implementatie
 - Stem je implementatiestrategie af op je doelgroep
5. Maak een implementatieplan met activiteiten/publicaties
 - Stem je implementatiestrategie af op je doelgroep
 - Kan je met de introductie aanpakken bij andere initiatieven
6. Evalueer je strategie en pas hem afhankelijk van de resultaten aan.
 - Maak een communicatieplan voor de lange termijn

→download – pdf

Bijlage J Generiek D&I plan

Keuzekaarten how to: verspreiding en implementatie

Project-aanpak	<p>Projectaanpak richtlijn + Thuisartsinformatie + keuzekaart</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij het aanpakken van een richtlijnproject / ontwikkelen van richtlijnen, wordt er vaak niet of een beperkte keuzekaart ontwikkeld of gebruikt moet worden. Beide producten kunnen door de keuzekaart worden ondersteund en verspreid. Het gebruik van de keuzekaart kan de verspreiding van de keuzekaart ondersteunen en de verspreiding van de keuzekaart kan de verspreiding van de keuzekaart ondersteunen. <p>WV, PO, onderbouwde partij, Bijvoorbeeld Kenniscentrum Richtlijnwerkgroep</p>
Ontwikkelbase	<p>Voorbereidingen voor Disseminatie & Implementatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkel een kort disseminatieplan voor de keuzekaart op basis van de voorbereidingen van de richtlijnproject en de keuzekaart. • Zorg dat de keuzekaart als eenduidig te gebruiken is. • Denk de WV en PO mee in een onderbouwde partner zodat een tijd van publicatie er in een nieuw berichtstrategie klaar ligt. <p>Keuzekaartwerkgroep, WV + PO, Richtlijnwerkgroep</p>
Diffusie: publicatie keuzekaart	<p>Richtlijndatabase.nl</p> <p>Stem of dat er op de startpagina van de richtlijn een update komt over de keuzekaart (de te verspreiden datum van publicatie van de keuzekaart)</p> <p>Keuzekaartwerkgroep</p> <p>Thuisarts.nl</p> <p>Communicatieplan onderbouwde richtlijnproject, goed samen met de keuzekaart ook beschikbaar is en dat er van belang is in het kader van samen beslissen</p> <p>PO, WV, Richtlijnwerkgroep</p>
	<p>Thuisarts.nl</p> <p>Publicatie op thuisarts.nl/keuzekaart en de bijbehorende Thuisartsinformatie</p> <p>Keuzekaartwerkgroep</p>
	<p>Online / sociale media</p> <p>Zorg voor publicatie op minimaal twee kanalen: WV en WV of de informatie over de aanpak. Plaats de link naar de PDF van de keuzekaart op de website van de relevante WV en PO (de website van de keuzekaart) hier staat het bronbestand van de kaart zodat alle de keuzekaart ontvanger is.</p> <p>WV en PO</p> <p>Stel een bericht op over de keuzekaart om te publiceren op sociale media. Verzend het bericht. Nieuw bericht over aankomende X te vinden via thuisarts.nl/keuzekaart. De keuzekaart gaat over X en heeft bij de richtlijn X.</p> <p>WV en PO</p>

→download – pdf