

Adviesrapport

Landelijke implementatie van de PROMs in de geriatric /ouderengeneeskunde



Initiatief

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)

Algemene gegevens

Dit project werd ondersteund door het Kennisinstituut van Medisch Specialisten (www.kennisinstituut.nl) en werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS), in co-financiering met TOPICS-MDS en Mediquest.

'De in dit document getoonde informatie, zoals teksten en afbeeldingen, of informatie in andere vorm, is eigendom van de NVKG. De informatie uit dit document mag, ongeacht de verschijningsvorm, niet worden gewijzigd, gereproduceerd of gedistribueerd, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de NVKG'.



Stuurgroep

Mw. dr. Y. Schoon, klinisch geriater, Radboudumc Nijmegen voorzitter stuurgroep

Mw. drs. M. Harkes, klinisch geriater, Maasstadziekenhuis Rotterdam

Dhr. drs. J. van Campen, klinisch geriater, OLVG West Amsterdam

Mw. drs. J. Wilmer, klinisch geriater, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Mw. M. Hems, MSc., klinisch geriater in opleiding, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Mw. drs. F. Leeuwis, projectmanager TOPICS-MDS, Radboudumc Nijmegen

Dhr. dr. R. Melis, principal investigator TOPICS-MDS, Radboudumc Nijmegen

Mw. A. Vogelaar, projectleider Mediquest

Mw. dr. C. Hofman, senior onderzoeker Vilans

Met ondersteuning van:

Mw. M. Verhoeff, MSc., adviseur Kennisinstituut van Federatie Medisch Specialisten

Mw. dr. M. Pols, senior adviseur Kennisinstituut van Federatie Medisch Specialisten

Mw. A. Koopman, expert Vilans

Mw. R. Pel-Littel, expert Vilans

Dhr. J. Schaefer, CEO Mediquest

Werkgroep

Dhr. drs. R.W. Vingerhoets, klinisch geriater, Elisabeth TweeStedenziekenhuis Tilburg

Mw. drs. A.A. van de Poll, klinisch geriater, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen

Dhr. drs. D. Jansen, klinisch geriater, Radboudumc Nijmegen

Mw. drs. K.M.T. Dermout, klinisch geriater, Sint Jansgasthuis Weert

Mw. drs. J.T.N. Driessen, klinisch geriater, Bernhoven Uden

Mw. drs. H. Wind, klinisch geriater, Spaarne Gasthuis Haarlem

Mw. drs. L. Schreur, klinisch geriater, Deventer ziekenhuis

Co-creatiegroep

Dhr. drs. J.A.J. Bart, senior adviseur patiëntbelang/uitkomstgerichte zorg Patiëntenfederatie Nederland

Mw. drs. I.C. van Aalst, beleidsadviseur Landelijke seniorenorganisatie KBO-PCOB

Mw. drs. M.J. Mosselman, verpleegkundig specialist, V&VN



Inhoud

Aanleiding voor dit project.....	5
Samenvatting	6
 1 Opzet en implementatiestrategie	
Initiatief en samenstelling van stuurgroep, werkgroep en co-creatiegroep	7
<i>Initiatief en stuurgroep.....</i>	<i>7</i>
<i>Werkgroep</i>	<i>7</i>
<i>Co-creatiegroep</i>	<i>8</i>
Beoogde doelgroep voor de implementatie	8
<i>Samenstelling doelgroep</i>	<i>8</i>
<i>Werving van ziekenhuizen voor deelname</i>	<i>8</i>
<i>Motivatie voor deelname</i>	<i>8</i>
<i>Parallel implementatietraject ‘Samen beslissen met TOPICS-SF’</i>	<i>8</i>
Globale implementatiestrategie.....	9
<i>Methode voor afname van de PROM.....</i>	<i>9</i>
<i>Eigenaarschap en beheer van data</i>	<i>10</i>
<i>Lokale strategie voor implementatie</i>	<i>10</i>
Vorbereiding van de implementatie	11
<i>Plenaire voorbereiding van de implementatie</i>	<i>11</i>
<i>Individuele voorbereiding van implementatie.....</i>	<i>13</i>
<i>Dataverzameling en geplande duur van het implementatieproject</i>	<i>13</i>
 2 Resultaten en ervaringen uit het implementatieproject	
Deelname van ziekenhuizen.....	14
Verkrijgen van toestemming binnen ziekenhuizen.....	14
<i>Verschillende routes binnen het ziekenhuis</i>	<i>14</i>
<i>Vertragingen door verschillende routes en onduidelijkheden</i>	<i>15</i>
<i>Uiteindelijk resultaat: benodigdheden voor toestemming</i>	<i>17</i>
Opstartfase lokale implementatie	18
<i>Wie coördineert de PROM-afname?</i>	<i>18</i>
<i>Hoe krijg je de afdeling mee?</i>	<i>18</i>
<i>Organisatie PROM-afname bij intake en invoer vragenlijsten</i>	<i>19</i>
<i>Organisatie van PROM-afname bij follow-up</i>	<i>20</i>
<i>Case-mix formulieren</i>	<i>21</i>
<i>Informed consent.....</i>	<i>21</i>
Aanvullende ervaringen uit anonieme enquête betrokken zorgverleners.....	22
 3 Evaluatie van het implementatieproject	
Randvoorwaarden voor succesvolle verandering.....	25
<i>Visie.....</i>	<i>25</i>
<i>Vaardigheden</i>	<i>26</i>



<i>Motivat</i> ie	28
<i>Middelen</i>	30
<i>Plan</i>	31
Praktische overwegingen en aanbevelingen	34
Slotwoord.....	36
Referenties	37
Bijlage 1 Vragen over organisatie van PROM-afname	
Bijlage 2 Project ‘Samen beslissen op basis van TOPICS-SF’ van Vilans	
Bijlage 3 Rapportage Pilotonderzoek PROMS door Mediqu est	
Bijlage 4 Voorbeeld ingevulde vragenlijst in Mediqu est-systeem (test-patiënt)	



Aanleiding voor dit project

De NVKG is al enige tijd bezig met kwaliteitsmetingen in de vorm van door zorgverleners geregistreerde indicatoren. De directe inbreng van de patiënt werd echter nog gemist, zowel wat betreft ervaringen over de zorg als door de patiënt gerapporteerde uitkomsten van zorg (patient reported outcome measures (PROMs)). In het project “PROMs voor opgenomen kwetsbare ouderen in een ziekenhuis” werd de TOPICS-MDS gekozen als PROM, en vervolgens doorontwikkeld naar de kortere versie: de TOPICS-SF. Er bestond een duidelijke wens om deze PROM in te zetten, omdat hiermee de directe inbreng van de patiënt meegenomen kon worden. Dit project is in 2016 afgerond met een adviesrapport “PROMs in de geriatrie” (Harkes, 2016), wat goed is ontvangen door het bestuur en de leden van de NVKG. Er zijn toen tevens twee artikelen gepubliceerd in Nederlandse tijdschriften. (Harkes, 2017; Hems, 2017) De NVKG heeft een duidelijke wens de PROM te gaan gebruiken. Om dit te realiseren is dit vervolg(implementatie)project opgezet, waarin de randvoorwaarden en bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie zijn onderzocht en de uitkomsten zijn geëvalueerd. Dit rapport is opgedeeld in drie delen. Het eerste deel beschrijft de opzet van het project en de vooraf uitgedachte implementatiestrategie. Het tweede deel bevat de resultaten en ervaringen met betrekking tot het uitvoeren en opstarten van de implementatie. Het derde deel is de evaluatie van het implementatietraject inclusief de bevorderende/belemmerende factoren en aanbevelingen.



Samenvatting

Op initiatief van de NVKG is in mei 2018, in samenwerking met TOPICS-MDS, Mediquest en Vilans, gestart met het project 'Landelijke Implementatie van de PROMS in de Geriatrie/Ouderengeneeskunde'. De eerdergenoemde partijen namen plaats in een stuurgroep die de implementatie aanstuurde. Zij verzamelde een groep van elf enthousiaste klinisch geriateren in een werkgroep, die als lokale trekkers de implementatie in hun ziekenhuis gingen opzetten. De lokale trekker maakte een keuze uit drie verschillende settings (polikliniek, kliniek en medebehandeling) waar zij de PROM konden gaan implementeren. Mediquest verzorgde het digitale verzamelsysteem waarmee de ziekenhuizen de vragenlijsten konden afnemen, verzamelen en bewaren. Na een plenaire bijeenkomst met uitleg over het project, gingen de lokale trekkers vol enthousiasme van start.

Voordat de implementatie van de PROM opgestart kon worden in de lokale ziekenhuizen namen de lokale trekkers veel verschillende routes in het ziekenhuis om toestemming te verkrijgen. Het was niet altijd duidelijk wie de toestemming zou moeten geven, waardoor er veel verschillende afdelingen bezocht werden (juridische afdeling, functionaris gegevensbescherming, raad van bestuur, wetenschapsbureau). Verder moesten de trekkers verschillende gegevens aanleveren en regelen voor het gebruik van het Mediquest-systeem, maar was niet voor iedereen meteen duidelijk wat er precies aangeleverd en geregeld moest worden. Voorgaande heeft vertraging opgeleverd voordat er uiteindelijk gestart kon worden. Twee lokale trekkers hebben zich in deze fase teruggetrokken. Uit deze gang van zaken werd lering getrokken, en voor een vervolgproject zou een checklist met de benodigheden voor het verkrijgen van toestemming deze fase kunnen ondersteunen.

Bij het opleveren van dit rapport waren zes van elf ziekenhuizen uiteindelijk van start gegaan met het verzamelen van de PROM. Na het regelen van toestemming, kwamen de lokale trekkers voor de uitdagingen: "hoe krijg ik de afdeling mee?" en "hoe organiseer ik de afname van de PROM op mijn afdeling?". Ook hierbij was de aanpak van de lokale trekkers divers, met belangrijke lessen voor de organisatie, zoals het belang van een coördinator met tijd en uitleg aan/betrokkenheid van het hele team. Er kwamen veel vragen naar boven over bijvoorbeeld de case-mixformulieren, meetmomenten maar ook de verwachte effecten en hoe deze gebruikt kunnen worden. Het verder uitwerken van de antwoorden op deze vragen kan als basis dienen voor de doorontwikkeling van het gebruik van de PROM in de geriatrie/ouderengeneeskunde.

De betrokkenen waren van tevoren enthousiast over de inzet van de TOPICS-SF als PROM om de kwaliteit van de geriatrische zorg in Nederland naar een volgend niveau te tillen. Dit project laat echter zien dat er behoefte is aan verder concretiseren van het doel, het globale plan voor implementatie en gebruik van de resultaten van de PROM. Focus op inzet in de poliklinische setting, gekoppeld aan het gespreksmodel samen beslissen, is één van de aanbevelingen die de stuurgroep hierbij heeft geformuleerd. De ervaringen uit dit project zijn volgens de stuurgroep zeer geschikt voor een vervolgproject om de volgende stap te zetten naar de optimale inzet van de PROM in de geriatrie om de zorg voor alle (kwetsbare) oudere patiënten te verbeteren.



1 Opzet en implementatiestrategie

Initiatief en samenstelling van stuurgroep, werkgroep en co-creatiegroep

Initiatief en stuurgroep

Dit project werd geïnitieerd vanuit de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). Er werd een stuurgroep gevormd, waarvoor vier klinisch geriateren en een klinisch geriater in opleiding werden afgevaardigd door de NVKG. Drie van de vier klinisch geriateren waren ook betrokken bij het eerste project “PROMs voor opgenomen kwetsbare ouderen in het ziekenhuis”. Er namen ook drie externe partijen plaats in de stuurgroep: TOPICS-MDS, Vilans en Mediquest.

- TOPICS-MDS: bracht de PROM (TOPICS-SF) in en bewaakte de kwaliteit ervan, door middel van het toetsen en doorontwikkelen van het instrument met de verzamelde data.
- Vilans: startte gelijktijdig met een eigen implementatieproject ‘Samen beslissen op basis van TOPICS-SF’ in vijf van de elf ziekenhuizen uit dit project. Vilans verzorgde bovendien de doorontwikkeling van de PROM feedback tot het ontwerp van een digitale gesprekstool in het project ‘Less is More’. In samenwerking met zorgprofessionals en patiënten van twee van de deelnemende ziekenhuizen uit het eerste project “PROMs voor opgenomen kwetsbare ouderen in het ziekenhuis”, zijn interviews gedaan en ontwerpessies gehouden waarbij in co-creatie de digitale gesprekstool ontworpen is. De digitale gesprekstool zou mogelijk van meerwaarde kunnen zijn voor de praktijk en kunnen bijdragen aan de kwaliteit van leven van oudere patiënten. De verwachting was dat deze gesprekstool de kwaliteit en inhoud van het gesprek tussen arts en patiënt bevordert, omdat deze gemakkelijk in te vullen is door de patiënt en direct terugkoppeling geeft van de resultaten. De digitale tool is tot op heden echter nog niet gebouwd en was daardoor geen onderdeel van dit implementatieproject. Zij namen plaats in de stuurgroep om te zorgen dat de twee parallel-lopende implementatieprojecten op elkaar afgestemd bleven. Zie box 1 aan het eind van dit hoofdstuk voor meer informatie over het Vilans project ‘Samen beslissen op basis van TOPICS-SF’.
- Mediquest: was de leverancier van de digitale PROM en verantwoordelijk voor de instructie voor het gebruik van de software. Daarnaast bood het een Helpdesk-functie met betrekking tot het gebruik van de digitale PROM. Mediquest verzamelde de (meta)data en verzorgde data feedback naar de deelnemende PROM ziekenhuizen.

De stuurgroep had als taak om de voortgang van de implementatie te monitoren. Daartoe had de stuurgroep regelmatig telefonische vergaderingen. De stuurgroep was ook verantwoordelijk voor het evalueren van de ervaringen en resultaten, en het schrijven van dit adviesrapport.

Werkgroep

De werkgroep van dit project bestond uit de stuurgroep en de lokale trekkers (klinisch geriateren) van ieder deelnemend ziekenhuis. Tijdens het project werd drie keer een plenaire bijeenkomst georganiseerd met de werkgroep (inclusief co-creatiegroep) om informatie en



ervaringen omtrent het project uit te wisselen. De lokale trekkers waren verantwoordelijk voor het opstarten en organiseren van de implementatie in hun eigen ziekenhuis. Tevens heeft de werkgroep commentaar kunnen geven op dit adviesrapport.

Co-creatiegroep

Voor de co-creatiegroep van dit project werden een aantal partijen uitgenodigd die mogelijk relevante ervaringen hadden met implementatie van PROMS of met de zorg voor (kwetsbare) ouderen. De leden van de co-creatiegroep werden uitgenodigd voor de plenaire bijeenkomsten om kritisch te reflecteren op de informatie en gerapporteerde ervaringen die tijdens een bijeenkomst gedeeld werd.

Beoogde doelgroep voor de implementatie

Samenstelling doelgroep

De doelgroep voor de implementatie waren de zorgverleners die ervoor moesten zorgen dat de PROM afgenomen werd op hun afdeling. De zorgverleners binnen één ziekenhuis bepaalden samen hoe de PROM afname ingepast zou kunnen worden in hun werkroutine.

Er nam een klinisch geriater uit ieder deelnemend ziekenhuis plaats in de werkgroep. De PROM kan afgenomen worden bij patiënten in verschillende settings (klinisch, medebehandeling of poliklinisch). De keuze voor de setting werd vrij gelaten en door de trekker van ieder ziekenhuis gemaakt. De lokale trekker was verantwoordelijk voor het opstarten van de implementatie in de gekozen setting in zijn/haar ziekenhuis. Uitvoerende zorgverleners die de PROM afnamen konden klinisch geriaters, arts-assistenten, verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten zijn.

Werving van ziekenhuizen voor deelname

In 2018 heeft de werkgroep van het voorgaande project een workshop gegeven op de Geriatriedagen waarbij ziekenhuizen gevraagd werden voor deelname aan dit vervolgproject. Daarnaast zijn geriateren ook benaderd via de nieuwsbrieven van de NVKG. In totaal 11 ziekenhuizen toonden interesse voor deelname aan dit implementatie project en werden uitgenodigd voor de startbijeenkomst.

Motivatie voor deelname

Deelname aan dit implementatieproject was vrijwillig. De verwachting was dat het gebruik van de PROM de zorgverlener inzicht zou geven in het effect van de geriatrische zorg op door de patiënt gerapporteerde uitkomsten, en dat deze zorg hierdoor verder zou kunnen verbeteren. Bovendien gaf deelname aan de pilot de klinisch geriateren de mogelijkheid om de PROM te evalueren en invloed uit te oefenen op de werkwijze voor verdere implementatie.

Parallel implementatietraject 'Samen beslissen met TOPICS-SF'

Er was daarnaast een samenwerking met Vilans die vanaf september 2018 startte met de voorbereiding en werving van geriatrische afdelingen voor hun project 'Samen beslissen op basis van TOPICS-SF'. Vijf ziekenhuizen uit de werkgroep deden vanaf januari 2019 ook mee



aan dit project van Vilans. Het doel van dit project was om middels de toepassing van een gespreksmodel de uitkomsten van de TOPICS-SF met de patiënt te kunnen bespreken om het 'samen beslissen' en de kwaliteit van het gesprek tussen arts en patiënt te bevorderen. NB: om misverstanden te voorkomen: Dit was dus niet het toepassen van de digitale gesprekstool uit het eerder genoemde project 'Less is more'. Want deze digitale gesprekstool is tot op heden nog niet gebouwd en niet beschikbaar. In bijlage 2 is een uitgebreide beschrijving opgenomen van dit implementatieprogramma 'Samen Beslissen op basis van TOPICS-SF. Dit implementatieprogramma is nog niet afgelopen, maar ten behoeve van deze evaluatie en rapportage zijn ook in dit programma eerste bevindingen opgehaald. Deze staan tevens opgenomen in bijlage 2.

Globale implementatiestrategie

Methode voor afname van de PROM

Per deelnemend ziekenhuis werd vooraf één of meerdere settings voor implementatie gekozen (polikliniek, kliniek of medebehandeling). Binnen de gekozen setting werd iedere nieuwe patiënt geïnccludeerd, tenzij er sprake was van een opname korter dan 48 uur, een patiënt in de stervensfase of een taalbarrière. In iedere setting werd de PROM op drie meetmomenten afgenomen. Daarnaast werd voor iedere klinische patiënt bij T0 een case-mix formulier ingevuld door de zorgverlener. Het case-mix formulier bevat vragen over bijvoorbeeld de woonsituatie, comorbiditeit, situatie bij opname en/of situatie bij ontslag. Het formulier werd door de zorgverlener ingevuld op basis van gegevens uit het gesprek of uit het dossier. Gezien de heterogeniteit van de populatie ouderen is een goede verzameling van case-mix variabelen essentieel. De case-mix van patiënten wordt niet alleen bepaald door het ziekenhuis (academisch verschilt bijvoorbeeld van perifeer), het zal daarom onvoldoende zijn alleen voor de setting te corrigeren.

Patiëntengroepen verschilden afhankelijk van de gekozen setting waarin de PROM werd afgenomen. Er werd verwacht dat de verschillende settings evenredig verdeeld zouden worden onder de deelnemende ziekenhuizen. Op basis daarvan werd het verwachte aantal patiënten berekend per setting bij een looptijd van 1 jaar. Tabel 1 laat een overzicht zien van de patiëntengroep, het verwacht aantal patiënten en de verschillende meetmomenten.

Tabel 1 Overzicht van patiëntengroep, maximaal aantal te includeren patiënten en de meetmomenten per setting

Setting	Patiëntengroep	Maximaal aantal te includeren patiënten	Meetmoment 1	Meetmoment 2	Meetmoment 3
Klinisch	Opgenomen patiënt waarbij de klinisch geriater hoofd-behandelaar is	4 ziekenhuizen x 600 opgenomen patiënten per ziekenhuis = 2400 patiënten	Dag van opname (patiënt + zorgverlener)	Bij ontslag uit ziekenhuis (patiënt)	Na 3 maanden (patiënt + zorgverlener)



Mede-behandeling	Opgenomen patiënt waarbij klinisch geriater in consult of mede-behandeling is	4 ziekenhuizen x 100-1000 patiënten met positieve screening = 400-4.000 patiënten	Eerste consult (patiënt + zorgverlener)	Bij ontslag uit ziekenhuis (patiënt)	Na 3 maanden (patiënt +zorgverlener)
Poliklinisch	Nieuwe patiënt op polikliniek en dagkliniek van de klinische geriatrie	4 ziekenhuizen x 130-300 nieuwe patiënten op polikliniek/dagk liniek = 400-4.000 patiënten	Eerste consult (patiënt + zorgverlener)	Na 3 maanden (patiënt + zorgverlener)	Na 6 maanden (patiënt + zorgverlener)

Patiënten werden bij de eerste afname van de PROM om twee informed consents gevraagd:

- eenmaal om toestemming voor het verzamelen en invoeren van de gegevens in het digitale platform en het delen van deze gegevens met TOPICS-MDS voor wetenschappelijke doeleinden;
- eenmaal om toestemming voor het terugsturen van de gegevens door Mediquist naar de behandelaar.

De PROM werd digitaal (via computer of tablet) of op papier afgenomen. Mediquist was voor dit project betrokken als de leverancier van de digitale PROM (niet alle ziekenhuizen hebben hier gebruik van gemaakt) en was verantwoordelijk voor het leveren van de software en de instructies voor het gebruik. Daarnaast boden ze een helpdeskfunctie met betrekking tot het gebruik van de digitale PROM. In elk patiëntendossier op het digitale Mediquist platform konden zorgverleners de resultaten invoeren (indien de PROM niet direct digitaal was afgenomen) en inzien. De resultaten konden op drie verschillende manieren door de zorgverlener bekeken worden: als een inhoudelijk rapport per patiënt, als een geaggregeerd rapport over alle patiënten per zorgverlener en als een rapport over alle patiënten uit het ziekenhuis. Na het invullen konden de resultaten in het inhoudelijk rapport meteen samen met de patiënt bekeken worden (zie figuur 1, pagina 11, voor een screenshot van een ingevulde vragenlijst in het Mediquist-systeem).

Eigenaarschap en beheer van data

De NVKG en Mediquist tekenden een samenwerkingsovereenkomst, waarin afspraken werden vastgelegd over bijvoorbeeld het doel van de samenwerking, de besluitvorming, het dataprotocol, taak- en rolverdeling. Ook afspraken omtrent eigenaarschap van data (de meetgegevens) en databeheer waren hierin opgenomen.

Lokale strategie voor implementatie

Met de informatie over de hierboven omschreven methode voor afname van de PROM, konden trekkers lokaal met hun team van zorgverleners de implementatie gaan inrichten. De keuze voor de lokale strategie van PROM-afname (zoals bijvoorbeeld: wie zorgt dat



vragenlijsten worden afgenomen, wie voert gegevens in het systeem in) werd overgelaten aan de individuele ziekenhuizen. Voor iedere setting was één stuurgroep, die ervaring had met PROM-implementatie vanuit het voorgaande project, beschikbaar voor vragen of overleg over de lokale strategie.

987654	Mevr. , 1 Januari 1940	
PROMs Geriatrie Klinisch Follow-up		
Geriatrie Klinisch - 7 Februari 2019		
Datum	14 Februari 2019	
Gezondheidsstatus		
Algemene gezondheid		
Op een schaal van 0 tot 10: hoe is in het algemeen uw gezondheid? Waar 0 'volledig ziek' betekent en 10 'volledig gezond'	8	
Pijn		
Pijn en ongemak		
Heeft u op dit moment pijn of ongemak?	Een beetje	
Generieke vragen		
Hersenfuncties		
Heeft u klachten over uw geheugen?	Ja	
Taken en bezigheden in het dagelijkse leven		
Taken en bezigheden in het dagelijkse leven		
Kunt u zich, geheel zelfstandig...		
... aan- en uitkleden	Ja, dat kan ik zelfstandig zonder enige moeite	
... vanuit een stoel overeind komen	Ja, dat kan ik zelfstandig met enige moeite	
... uw hele lichaam wassen en afdrogen	Ja, dat kan ik zelfstandig zonder enige moeite	
... de trap oplopen en aflopen	Ja, dat kan ik zelfstandig zonder enige moeite	
... buitenshuis rondlopen (eventueel met een stok of een rollator)	Ja, dat kan ik zelfstandig met enige moeite	
... uw voeten en teennagels verzorgen	Ja, dat kan ik zelfstandig zonder enige moeite	
... lichte huishoudelijke werkzaamheden verrichten (bijvoorbeeld afstoffen, opruimen)	Ja, dat kan ik zelfstandig met enige moeite	
... de boodschappen doen	Ja, dat kan ik zelfstandig zonder enige moeite	
... uw medicijnen innemen	Ja, dat kan ik zelfstandig zonder enige moeite	
... van uw eigen of openbaar vervoer gebruik maken	Ja, dat kan ik zelfstandig zonder enige moeite	
Hoe u zich voelt		
Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich kalm en rustig?	Voortdurend	

Figuur 1. Screenshot uit Mediquessysteem. Resultaten van ingevulde vragenlijst (van test-patiënt), zie bijlage 4 voor volledige vragenlijst.

Vorbereiding van de implementatie

Plenaire voorbereiding van de implementatie

Alle geworven ziekenhuizen werden uitgenodigd voor een startbijeenkomst in juni 2018. Bij de startbijeenkomst werd de methode voor PROM-afname gepresenteerd en uitgelegd dat



de lokale strategie voor implementatie door de lokale trekkers werkgroepleden zelf uitgewerkt mocht worden. Als achtergrondinformatie over het ontstaan van dit implementatieproject werd het adviesrapport 'PROMs in de geriatrie' en de subsidieaanvraag rondgestuurd.

Tijdens het project werden de trekkers van de deelnemende ziekenhuizen per mail op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen rondom het project door middel van een nieuwsbrief die ongeveer eens per twee maanden werd rondgestuurd. Nadat een deelnemend ziekenhuis van start was gegaan vonden er periodieke telefonische evaluaties plaats tussen de trekker van het deelnemende ziekenhuis en de adviseur van het Kennisinstituut. Tijdens deze evaluatie werd de stand van zaken besproken, hoe de afname van de PROM lokaal georganiseerd was, welke problemen en ervaringen men daarbij had en hoe het invullen van de vragenlijsten verliep. Deze evaluatie vond na de start van de implementatie iedere 4-6 weken plaats, afhankelijk van de voortgang van de implementatie. Indien een deelnemend ziekenhuis nog niet gestart was met de implementatie, werd voorafgaand aan iedere stuurgroepvergadering (ongeveer eens per 8 weken) telefonisch of per mail geïnventariseerd wat de stand van zaken met betrekking tot de voorbereidingen was. Bij vragen konden deelnemers van dit project telefonisch of per e-mail contact opnemen met de betrokken adviseur van het Kennisinstituut, de projectleider van Mediquist of de voorzitter van de stuurgroep. De procesondersteuning tijdens dit project is in figuur 2 schematisch weergegeven.

Plenaire bijeen- komsten	Kennis- instituut adviseur	Kennis- instituut adviseur	Kennis- instituut adviseur	Stuurgroep	Mediquist	Mediquist	Mediquist
Juni 2018 Maart 2019 Oktober 2019	Eerste aanspreek- punt voor vragen gedurende gehele project- periode	Periodieke tele- fonische evaluaties 1x/ 4-8 weken gedurende gehele project- periode	Nieuws- brief 1x/ 8 weken geduren de gehele project- periode	Contact- persoon geriater per setting (n=3), telefonisch bereikbaar gedurende gehele project- periode	Webinar ter beschikking met instructies bij start digitale data- verzameling	Kick-off bijeen- komst lokaal ziekenhuis bij start digitale data- verzameling	Help-desk functie gedurende gehele project- periode

Figuur 2. Schematische weergave van procesondersteuning tijdens dit project

Er werd in maart 2019 een tweede plenaire bijeenkomst georganiseerd om de voortgang van de implementatie te bespreken en de ervaringen uit te wisselen. In oktober 2019 werd een afsluitende plenaire bijeenkomst georganiseerd, waar de resultaten en ervaringen uit het project werden gepresenteerd en de deelnemers konden reflecteren op hun eigen deelname en ervaringen.



Individuele voorbereiding van implementatie

Ter voorbereiding van de lokale implementatie moesten de trekkers een aantal zaken regelen:

- Ondertekenen van verwerkersovereenkomst voor het gebruik van het Mediquessysteem, om afspraken rondom gegevensverwerking en -uitwisseling vast te leggen
- Aanleveren informatie over ziekenhuis, zoals logo en emailadres, zodat het Mediquessysteem gepersonaliseerd kon worden
- Keuze maken over emailinstellingen (de manier waarop patiënten e-mails vanuit het systeem ontvangen)
 - Email vanuit het ziekenhuis zelf (met een emailadres vanuit het ziekenhuis). Dit vereist afstemming met de ICT van het ziekenhuis
 - Email vanuit het Mediquessysteem (met een mailadres dat eindigt op @sdsmedical.com, van Mediquess)
- Presentatie met instructievideo's van Mediquess bekijken ter voorbereiding van het werken met het systeem
- Inplannen van een kick-off bijeenkomst met Mediquess, zodat medewerkers van Mediquess live aanwezig zijn voor instructie en eventuele vragen en ondersteuning bij het gebruik van het systeem

Dataverzameling en geplande duur van het implementatieproject

Zoals hierboven beschreven werden de stand van zaken rondom voorbereiding en de eerste ervaringen met de implementatie gemonitord en bijgehouden door middel van periodieke evaluaties per telefoon of email. Daarnaast werden twee plenaire bijeenkomsten georganiseerd waar ervaringen konden worden uitgewisseld. Aan het eind van de verzamelperiode (september 2019) werd een enquête met open vragen verzonden aan alle lokale zorgverleners die direct bij de implementatie betrokken waren om extra kwalitatieve informatie te verzamelen over hun ervaringen. De antwoorden werden anoniem verzameld door middel van een online enquêteprogramma (SurveyMonkey) en verwerkt door de betrokken adviseur. De resultaten van de enquête zijn verwerkt in de evaluatie in het derde deel van dit rapport.

De afgenomen PROM-formulieren werden verzameld in het digitale Mediquess-systeem. Aan het eind van het project werden deze gegevens door Mediquess verwerkt en klaargemaakt voor presentatie in dit rapport. De geplande duur van het implementatieproject was 12 maanden.



2 Resultaten en ervaringen uit het implementatieproject

Deelname van ziekenhuizen

Bij aanvang van het project gaven 11 ziekenhuizen aan geïnteresseerd te zijn in deelname aan het project. Er waren afgevaardigden van 8 ziekenhuizen aanwezig bij de startbijeenkomst op 27 juni 2018.

Op 1 oktober 2019:

- werd de PROM afgenomen in vijf ziekenhuizen;
- waren drie ziekenhuizen nog bezig met de voorbereidingen (toestemming verkrijgen, ICT regelen) NB. Eén van deze ziekenhuizen is op 22 oktober 2019 alsnog van start gegaan;
- hadden drie ziekenhuizen afgezien van deelname (twee ziekenhuizen na de plenaire bijeenkomst op 27 juni 2018 vanwege niet (eenvoudig) verkrijgen van toestemming, een ziekenhuis in september 2019 vanwege ontbreken draagvlak bij collegae en tekort aan staf).

N.B.: vijf van de zes ziekenhuizen die bij oplevering van dit rapport de PROM afnamen in hun ziekenhuis namen ook deel in het implementatieprogramma 'Samen beslissen met de TOPICS-SF' van Vilans.

Verkrijgen van toestemming binnen ziekenhuizen

Bij de startbijeenkomst werd besproken dat de deelnemende ziekenhuizen in principe van start konden gaan na het tekenen van de verwerkersovereenkomst met Mediquest en het aanleveren van de benodigde materialen. Het was van tevoren niet gespecificeerd wie de verwerkersovereenkomst moest ondertekenen.

Verschillende routes binnen het ziekenhuis

De werkgroepleden namen verschillende routes voor het verkrijgen van toestemming voor de verwerkersovereenkomst en het van start gaan met het project. Welke route werd genomen, werd bepaald door de afspraken binnen een ziekenhuis.

De verschillende routes betroffen:

- Zelf ondertekenen van de verwerkersovereenkomst door een van de klinisch geriater/vakgroepvoorzitter;
- Via een van de commissies van de Raad van Bestuur, bijvoorbeeld de Kwaliteitscommissie;
- Via de juridische afdeling;
- Via de functionaris gegevensbescherming;
- Via het researchbureau;

Twee van de 11 ziekenhuizen zijn uiteindelijk tijdens deze fase afgehaakt vanwege de volgende redenen:

- 1 Negatief advies van de afdeling kwaliteit en veiligheid omdat het ziekenhuis het daaropvolgende jaar ziekenhuisbreed PROMS wilde gaan invoeren;



- 2 Juridische afdeling had veel vragen en commentaar, waardoor de afdeling ervan overtuigd raakte dat het teveel energie en tijd zou gaan kosten om ermee door te gaan, ondanks pogingen van de klinisch geriater die de trekker was in dit ziekenhuis om de twijfels weg te nemen. De juridische afdeling koppelde terug dat de verwerkersovereenkomst te uitgebreid was en de antwoorden van Mediquiest niet bevredigend genoeg.

Vertragingen door verschillende routes en onduidelijkheden

Tijdens de periodieke evaluaties en de plenaire bijeenkomst op 13 maart 2019 koppelden de werkgroepleden hun ervaringen terug. Onderstaande punten leidden tot vertragingen bij het verkrijgen van toestemming en voorbereiden van de implementatie:

- Onduidelijkheid over aan te leveren documenten
Het was onduidelijk welke documenten precies aangeleverd moesten worden aan Mediquiest. Soms dachten werkgroepleden alles ingeleverd te hebben, maar bleek er toch een formulier te missen. Duidelijke communicatie en uitleg over wat er door wie aangeleverd moet worden kan hierbij helpen.
- Onduidelijkheid over wie er binnen het ziekenhuis toestemming mag en moet geven
Zelf ondertekenen van de documenten voelde voor sommige werkgroepleden niet goed omdat het dan onduidelijk was wie er verantwoordelijk zou zijn. Ondanks de samenwerkingsovereenkomst die ondertekend was door de NVKG, TOPICS en Mediquiest, gaven de werkgroepleden aan zich nog steeds af te vragen wie verantwoordelijk zou zijn als het mis zou gaan bij de dataverwerking.
- Er speelt soms meer binnen ziekenhuizen dat van invloed is op het verkrijgen van toestemming
 - Overweging om een generieke PROM in te voeren
 - Ziekenhuis wilt niet dat er meerdere media worden gebruikt voor het verzamelen van verschillende PROMs
- De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)
De nieuwe wet was net van kracht geworden, waardoor er extra aandacht werd gevestigd op projecten waarbij gegevens verzameld en uitgewisseld worden.
- Niet meteen de juiste mensen aan elkaar gekoppeld
Het hielp om mensen te koppelen die dezelfde taal spreken, door bijvoorbeeld de juridische afdeling of ICT direct met een contactpersoon van Mediquiest te laten overleggen, en niet via verschillende tussenpersonen.
- Onduidelijkheid over emailinstellingen
Het was vooraf onduidelijk wat de keuze voor de verschillende emailinstellingen aan extra voorbereiding vroeg. De keuze voor een email vanuit het ziekenhuis had de voorkeur, maar daarvoor moest de ICT afdeling van het ziekenhuis betrokken worden, die weer



afstemming moesten zoeken met Mediquest. Ook vanuit de ICT-afdeling kwamen soms vragen over privacy of gegevensverwerking, waarbij werkgroepleden soms opnieuw het hele ziekenhuis door werden gestuurd voor toestemming.

Mede afhankelijk van de gekozen route(s) duurde het drie tot meer dan twaalf maanden voordat deelnemende ziekenhuizen daadwerkelijk van start konden gaan met de implementatie. Tabel 2 laat een overzicht van de genomen routes, de vertragende factor bij het verkrijgen van toestemming en de uiteindelijke startdatum per ziekenhuis zien.

Tabel 2. Overzicht van routes, vertragende factor bij het verkrijgen van toestemming en de uiteindelijke startdatum per ziekenhuis

Ziekenhuis	Route	Vertragende factor bij verkrijgen toestemming	Uiteindelijke startdatum
Ziekenhuis 1	Via Raad van Bestuur	Geen vertraging bij verkrijgen toestemming, zelf de tijd genomen om afname in te vullen en daarom pas later van start	1-4-2019
Ziekenhuis 2	Via ziekenhuisjurist	Vragen via ziekenhuisjurist aan Mediquest, echter via ICT pas bericht dat het ziekenhuis een ziekenhuisbrede PROM wil invoeren/met VitalHealth wil gaan werken	22-10-2019
Ziekenhuis 3	Commissie van Raad van Bestuur, juridische afdeling	Juridische afdeling betrokken ten aanzien van privacybeoordeling in het kader van de nieuwe wetgeving. Vragen aan Mediquest ten aanzien van verwerkersovereenkomst	Op 1-11-2019 nog niet gestart
Ziekenhuis 4	Zelf ondertekend	Geen vertraging bij verkrijgen toestemming	7-1-2019
Ziekenhuis 5	Via Kwaliteitsbureau	In principe geen bezwaar, maar vanwege personeelsswisseling veel vertraging	Afgezien van deelname
Ziekenhuis 6	Via Raad van Bestuur	Geen vertraging, hebben vlot besloten om te verzamelen via eigen platform (VitalHealth) en koppeling met Mediquest systeem te maken	14-11-2018
Ziekenhuis 7	Via Researchbureau	Veel vragen omtrent opzet, werd gezien als wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast onderbezetting op afdeling, dus veel tijd genomen om goed uit te denken hoe de verzameling in te richten	23-7-2019
Ziekenhuis 8	Zelf ondertekend	Geen vertraging bij verkrijgen toestemming, wel bij invullen benodigde documenten	18-3-2019
Ziekenhuis 9	Via Kwaliteit en Veiligheid	Werd in zomer 2018 nagedacht over ziekenhuisbrede digitale tool voor verzameling. Bovendien wordt PROM gezien als indicator, moest daardoor eerste beoordeeld worden door lokale indicatorencommissie	Op 1-11-2019 nog niet gestart
Ziekenhuis 10	Via ziekenhuisjurist	Ziekenhuis zou volgende jaar ziekenhuisbrede PROMS invoeren, wilden nu niet committeren aan één partij (Mediquest)	Afgezien van deelname



Ziekenhuis 11	Via ziekenhuisjurist	Algemene voorwaarden en verwerkersovereenkomst niet goed afgestemd. Onduidelijkheden over persoonsgegevens verwerking, risico's en extra kosten bij extra taken Mediquest.	Afgezien van deelname
------------------	----------------------	--	-----------------------

Uiteindelijk resultaat: benodigheden voor toestemming

Op basis van bovenstaande ervaringen werden verschillende elementen genoemd die hadden kunnen helpen bij het verkrijgen van toestemming:

- 1 Duidelijkheid over welke documenten aangeleverd moeten worden, op welke manier en door wie
- 2 Tips ten aanzien van de te nemen route door het ziekenhuis, voor het verkrijgen van toestemming
- 3 Omschrijving van de afspraken omtrent privacy en gegevensverwerking, waarin het voor iedere betrokkene duidelijk wordt wat er precies met de gegevens wordt gedaan
- 4 Heldere verwerkersovereenkomst, met een duidelijk aanspreekpunt voor vragen omtrent de inhoud
- 5 Stappenplan voor het regelen van de ICT-instelling, met tips zoals het koppelen van de juiste personen en de stappen die ondernomen moeten worden



Opstartfase lokale implementatie

Na verkrijgen van toestemming en het regelen van de juiste ICT instellingen kon de implementatie lokaal worden opgestart. Mediquest organiseerde in ziekenhuizen indien gewenst een startbijeenkomst, zodra een ziekenhuis gereed was voor de start. Tijdens deze bijeenkomst kreeg het team instructies en ondersteuning bij het gebruik van het Mediquest-systeem. Er hebben uiteindelijk twee startbijeenkomsten plaatsgevonden (in ziekenhuis 7 en ziekenhuis 8), in ziekenhuis 5 is Mediquest op bezoek geweest voor overleg.

Wie coördineert de PROM-afname?

De lokale trekkers maakten verschillende keuzes ten aanzien van de coördinatie van de afname. Er was niet altijd ruimte of tijd voor de lokale trekker om zelf de implementatie op te starten op de afdeling. De verschillende coördinatoren waren:

- Een kwaliteitsmedewerker
- Een verpleegkundig specialist
- Het lokale researchbureau
- De lokale trekker (klinisch geriater) zelf
- Collega klinisch geriater (in opleiding)

Hoe krijg je de afdeling mee?

Verschillende trekkers zijn gestart met het organiseren van een onderwijsmoment/presentatie om de collega's op de afdeling voor te lichten over de implementatie. Sommige werkgroepleden besloten om alleen aan de artsen van de afdeling het project toe te lichten, andere kozen ervoor de gehele afdeling inclusief verpleegkundigen en ondersteunend personeel voor te lichten. Ziekenhuis 2 heeft deze opstartfase zeer uitgebreid aangepakt door vooraf in een werkgroep, die nog bestond van het vorige project, te bespreken hoe de implementatie te organiseren. Daarnaast droeg de trekker uit dat het project vooruitstrevend is, gezien de focus op waarde-gedreven zorg en dat uitkomstindicatoren daarvoor van groot belang zijn. Ook is de verpleging actief betrokken in scholingen en kon deze meedenken hoe de implementatie vorm te geven. Ook de georganiseerde coaching, intervisie, en inspiratiebijeenkomsten (vanuit het andere project van Vilans) werden als ondersteunend ervaren om de implementatie lokaal op te starten.

Sommige coördinatoren stuiten op weerstand bij aanvang van de implementatie. Het grootste bezwaar was de tijdsinvestering/registratielast. Dit had bijvoorbeeld ook te maken met de gelijktijdige schrap sessies in het kader van registratielast. In de plenaire bijeenkomst in oktober 2019 kwam ter sprake dat het goed werkt als je de vragenlijst zelf afneemt/besprekt in bijvoorbeeld een doelgesprek of bij de (verpleegkundige) anamnese. Een kanttekening die hierbij werd geplaatst was dat in sommige ziekenhuizen de verpleegkundige anamnese niet meer wordt afgenomen en daardoor ook de meerwaarde van afname door verpleegkundige minder duidelijk wordt. Daarnaast werd besproken in de plenaire bijeenkomst in oktober 2019 dat het belangrijk is om te realiseren dat het implementeren van de PROM een gelaagd proces is, waarbij verschillende mensen een rol op zich kunnen nemen. Zoveel mogelijk aansluiten bij reguliere werkprocessen zou ook goed

kunnen werken, omdat extra taken (een extra systeem, een extra lijst afnemen zonder direct nut) tot weerstand kunnen leiden.

Organisatie PROM-afname bij intake en invoer vragenlijsten

Tijdens de opstartfase werd door de coördinator of de lokale trekker bedacht hoe de afname en invoer van de vragenlijsten zou moeten worden ingericht. Sommige lokale trekkers kozen ervoor om zelf te starten met de afname en vanuit daar proberen de afname verder uit te rollen. Andere lokale trekkers kozen voor de inzet van andere afdelingscollega's, zoals secretaresses of verpleegkundigen.

Met name in de klinische setting ervoeren verschillende lokale trekkers dat er veel patiënten waren die de vragenlijst niet zelf in konden vullen, vanwege bijvoorbeeld verwardheid of geheugenstoornissen. Een mantelzorger was niet altijd snel beschikbaar of bereid om de vragenlijst op tijd (binnen 24 uur) in te vullen. Ook in de enquête kwamen deze ervaringen terug, waarbij verschillende respondenten aangeven dat afname in de kliniek op de vastgestelde momenten niet haalbaar bleek, vanwege te zieke patiënten en belasting van de naasten, op wie al zoveel afkomt bij een opname.

In tabel 3 hieronder staat een overzicht van de verschillende keuzes die de lokale trekkers uiteindelijk hebben gemaakt bij de organisatie van de afname en invoer van vragenlijsten en een korte samenvatting van de ervaringen.

Tabel 3. Overzicht organisatie en ervaring afname en invoer vragenlijsten per ziekenhuis

Ziekenhuis	Setting	Organisatie afname en invoer in Mediquist systeem	Ervaring afname en invoer door collega's	Ervaring invullen vragenlijst patiënten
Ziekenhuis 1	Kliniek	Coördinatie belegd bij secretaresses, zij zorgen voor uitreiken van vragenlijsten op de juiste momenten tijdens opname. Uitreiken en ophalen van vragenlijsten door secretaresses of door verpleegkundigen. Invoer door secretaresses.	Erg lastig om overzicht te houden over waar de vragenlijsten zich bevinden. Daarnaast lukt het net opgenomen patiënten niet altijd om de vragenlijst in te vullen, en is een mantelzorger niet altijd beschikbaar. Vragenlijsten terughalen blijkt moeizaam te lopen, zorgt voor frustratie bij zowel secretaresses als verpleegkundigen. 2x afnemen leek niet haalbaar, gecontinueerd met 1x afnemen en bespreken in voortgangsoverzicht. Volgende stap is implementatie proberen op de polikliniek.	Patiënten niet altijd in staat zelf in te vullen, mantelzorger niet altijd vlot beschikbaar
Ziekenhuis 4	Poli-kliniek en kliniek	Kliniek: in eerste instantie gestart door 1 klinisch geriater die zelf de vragenlijsten afnam en daarna was het de bedoeling dat verpleegkundigen dit zouden gaan oppakken. Daarna nieuwe trekker (klinisch geriater) en	Kliniek: weerstand bij opstarten in de kliniek, verpleegkundigen wilden eigenlijk niet meewerken, tenzij er andere werkzaamheden geschrapt zouden worden. Na enige tijd nieuwe trekker aangesteld. Daarnaast physician assistant van de polikliniek gevraagd om samen te werken met deze trekker en klinisch geriater om resultaten te bespreken.	Niet alle patiënten zijn helder genoeg om de vragenlijsten in te vullen



		enthousiaste verpleegkundige, die vragenlijsten eerst in EPIC invoeren (invoer Mediquessysteem moet nog verder uitgewerkt worden) Polikliniek: physician assistant neemt de vragenlijst zelf af tijdens eigen spreekuur, voert de vragenlijsten ook zelf in.	Polikliniek: PA + werkgroep poli nemen deel in Vilans project, en het loopt op de polikliniek goed, veel ingevulde vragenlijsten. Goede ondersteuning door een secretaresse.	
Ziekenhuis 6	Kliniek	Klinisch geriater in samenwerking met verpleegkundige namen de vragenlijsten af. Zij waren ook verantwoordelijk voor de invoer in het systeem (VitalHealth).	Zeer enthousiast van start gegaan, maar lastig om de gehele afdeling erbij te betrekken. Klinisch geriater en verpleegkundige probeerden de anderen te betrekken door bijvoorbeeld op een groot bord bij te houden bij hoeveel opnames de vragenlijst was afgenomen. De ervaring was dat het lastig was om iedereen mee te krijgen. Toen er ook nog onderbezetting ontstond, is tijdelijk gepauzeerd met afname.	Patiënten niet altijd in staat zelf in te vullen, mantelzorger niet altijd vlot beschikbaar
Ziekenhuis 7	Poli-kliniek	Opsturen van vragenlijsten voorafgaand aan de poliklinische afspraak door researchbureau, patiënt neemt vragenlijst mee naar de afspraak op de polikliniek. Researchbureau zorgt voor invoer, lijsten worden verzameld op de poli, researchverpleegkundige haalt het een keer per zoveel tijd in.	Trekker meldt dat het werken met de vragenlijst zeer verhelderend werkt. Dat een patiënt bijvoorbeeld zeer slecht scoort op de somatiek, maar toch goed scoort op kwaliteit van leven, of vice versa, kan handvatten geven voor de anamnese. Echter, krijgen de lijst niet ter voorbereiding en het lukt niet altijd dit van tevoren door te nemen. Intern logistiek ook uitdaging, er zijn geen stickers nu, dus aandachtspunt hoe je alles op papier bij elkaar blijft.	Uit eerdere ervaringen weten ze dat patiënten opgestuurde vragenlijsten vaak niet terugsturen, dus nu nemen ze dit mee naar poli
Ziekenhuis 8	Poli-kliniek (valpolikliniek en geheugenpolikliniek)	Vragenlijsten worden afgenomen samen met standaardvragenlijsten bij intake door verpleegkundige. Invoer door 1 verpleegkundige. Afname vragenlijst tijdens intake, dan wordt informed consent ook besproken. Bij uitslaggesprek wordt informed consent nogmaals besproken.	In eerste instantie was er wat weerstand, omdat er nog een formulier ingevuld zou moeten worden. Verpleegkundige leek geschikte voor afname, omdat er dan ook uitleg over de vragenlijst en informed consent gegeven kon worden. Lastig punt was de wettelijke bedenktijd voor het informed consent.	Geen informatie beschikbaar

Organisatie van PROM-afname bij follow-up

Vier ziekenhuizen kwamen in dit project tot de follow-up fase en hebben daarbij actief nagedacht over de inrichting van de follow-up. In principe is ingebouwd in het Mediquessysteem dat er automatisch een mail aan patiënt wordt gestuurd (indien het emailadres



bekend is). Er is tevens een belijst in het systeem, waar patiënten die een follow-up vragenlijst moeten invullen verschijnen. Sommige ziekenhuizen waren hier niet volledig van op de hoogte of werkten niet met het Mediquet-systeem en bedachten zelf manieren om bij te houden welke patiënt een follow-up formulier toegestuurd moest krijgen, zoals bijvoorbeeld in Excel of een aparte lijst in het EPD.

In de plenaire bijeenkomst in maart werd bovendien besproken wat de follow-up precies inhoudt. Kijkt er bijvoorbeeld nog een arts naar, en weet de patiënt dat? Omdat er momenteel in principe bij afname van de follow-up vragenlijst niet direct een arts betrokken hoeft te zijn, is het belangrijk dat de patiënt weet dat dit geen communicatie met de arts is. De follow-up vragenlijst kan namelijk thuis door de patiënt ingevuld worden en de antwoorden hoeven niet standaard door een zorgverlener bekeken te worden. Twee ziekenhuizen hebben daarom tijdens dit project een brief voor de patiënt geschreven, waarin dit expliciet was opgenomen en werd uitgelegd dat de follow-up alleen voor kwaliteitsdoeleinden dient. Ook de vraag of de telefonische follow-up als vervanging van policonrole kan dienen werd besproken, waarbij vast werd gesteld dat dat momenteel niet zo is als er alleen gebeld wordt voor de afname van de vragenlijst.

Case-mix formulieren

Per setting waren er verschillende case-mixformulieren. De case-mixformulieren in het Mediquet-systeem weken af van de case-mixformulieren die opgenomen waren in het vorige adviesrapport, omdat de formulieren in de tussentijd nog waren aangepast. Dit zorgde voor verwarring bij één van de trekkers die een scholing voor collega's wilde organiseren. Er is gediscussieerd of de case-mix ook door de patiënt zelf ingevuld zou kunnen worden, maar de stuurgroep was het erover eens dat het invullen van de case-mix het beste door een zorgverlener ingevuld kan worden als die gegevens toch al in het dossier vermeld staan. Ook ontving de stuurgroep vragen over het moment van invullen van het case-mixformulier, er was onduidelijkheid of de case-mix alleen bij de intake of ook bij de follow-up ingevuld moet worden door de zorgverlener en hoe dat werkt als de patiënt geen follow-up afspraak heeft. In de stuurgroep werd besproken dat de case-mix ingevuld dient te worden door de zorgverlener bij de klinische opname/ medebehandeling. In de poliklinische setting is de case-mix namelijk opgenomen in de PROM vragenlijst zelf. Bij de follow-up wordt de patiënt gevraagd om de bijkomende co-morbiditeit zelf te scoren. In de plenaire bijeenkomst in oktober 2019 werd besproken dat de relevantie en het nut van sommige vragen uit de case-mix formulieren onduidelijk waren. Het betrof de vraag over het geboorteland van de ouders van de patiënt genoemd. De achterliggende reden waarom deze vragen in de vragenlijst zijn opgenomen waren niet geheel helder voor sommige collega's. Dit leidde lokaal tot ervaren frustratie.

Informed consent

Sommige werkgroepleden hadden vragen over het informed consent.

- Werkgroepleden vroegen zich af of patiënten het informed consent wel begrepen. De ervaring is dat patiënten het informed consent gewoon ondertekenen. Een informed consent is een vereiste voor data-invoer, dus moet ingevuld worden. Vanuit TOPICS is er



reeds een aangepaste versie beschikbaar, die nu nog niet in het Mediquess-systeem verwerkt is.

- Er was onduidelijkheid of informatie in het Mediquess-systeem ingevoerd mocht worden als een patiënt niet toestemt met het tweede gedeelte van het informed consent, wat betreft gegevensuitwisseling met TOPICS.
- In de plenaire bijeenkomst van oktober 2019 werd besproken dat het doel en de inhoud van het informed consent ook afhangen van hoe de implementatie wordt geïnterpreteerd. Sommige ziekenhuizen behandelden het informed consent zoals in een wetenschappelijk onderzoek, terwijl de stuurgroep het erover eens is dat het project het beste kan worden gedefinieerd als kwaliteitsverbeteringsproject. Het is nog onduidelijk hoe zich dit verhoudt tot het informed consent, maar mogelijk zou het informed consent hiervoor aangepast moeten worden
- Hoe bouw je de officiële bedenktijd voor een informed consent in? In één van de deelnemende ziekenhuizen wordt het informed consent meegegeven bij de intake, waar ook de vragenlijst wordt afgenomen. Het uitslaggesprek is vaak op een andere dag en dan wordt het informed consent eventueel nogmaals besproken en verzameld. Ook dit wordt bepaald door het achterliggende doel en de inhoud van het informed consent, voor een informed consent voor een kwaliteitsverbeteringsproject is een wettelijke bedenktijd wellicht niet verplicht.

De stuurgroep besprak dat het wenselijk is dat nog duidelijker wordt gecommuniceerd waarvoor het informed consent dient (voor de gegevensuitwisseling en -opslag binnen een kwaliteitsverbeteringsproject) en dat wettelijke bedenktijd niet nodig is (omdat het geen wetenschappelijk onderzoek betreft). Het is een uitdaging om de juiste balans te vinden tussen de juridische eisen voor het informed consent en een begrijpelijk document voor de patiënt.

Aanvullende ervaringen uit anonieme enquête betrokken zorgverleners

Zeventien respondenten vulden de anonieme enquête in die eind september 2019 werd uitgestuurd naar alle trekkers en de lokaal betrokken collega's. De enquête was bedoeld om op een laagdrempelige manier mogelijke aanvullende ervaringen te verzamelen. Vanwege de lage aantallen kunnen de resultaten niet zondermeer kwantitatief geïnterpreteerd worden.

Doel van de implementatie

Respondenten noemen uiteenlopende doelen van de implementatie, van "evaluatie en verbetering van kwaliteit geriatrische zorg" en "hulpmiddel voor samen beslissen" tot "patiënt-gerelateerde uitkomstmaat als uitkomst na ziekenhuisopname" en "benchmark creëren in de geriatrie". Alle respondenten vinden hun omschreven doel enigszins belangrijk tot zeer belangrijk.

Lokale plan voor implementatie

Het lokale plan voor implementatie was niet voor alle respondenten even duidelijk (de antwoorden varieerden van zeer onduidelijk tot zeer duidelijk). Het huidige lokale plan leidde tot barrières en vragen volgens een aantal respondenten. Andere respondenten



meldden zelf een lokaal plan of mondelinge afspraken te hebben gemaakt gebaseerd op het lokale plan.

Werken met het Mediquest-systeem

Zeven respondenten meldden wisselende ervaringen met het Mediquest-systeem en acht respondenten hadden wisselende ervaringen met de instructies over het systeem. In de beperkte toelichting kwam naar voren dat het lastig was om fouten die gemaakt zijn te verbeteren en dat het lastig was dat het een ander systeem is dan het ziekenhuis-systeem.

Duidelijkheid over rol bij implementatie

Het was enigszins onduidelijk tot zeer duidelijk voor respondenten wat er van hen verwacht werd met betrekking tot het traject. Het was bijvoorbeeld in het begin zoeken, maar later duidelijk. Enkele respondenten plaatsten kanttekeningen bij de haalbaarheid, duidelijkheid en relevantie van sommige (onderdelen van hun) taken.

Beschikbare middelen voor implementatie

Negen respondenten gaven aan dat er voldoende middelen beschikbaar waren om hun rol uit te voeren bij de implementatie van de PROMS, bijvoorbeeld door het gelijktijdig deelnemen aan het Vilans-project of doordat ze de ruimte daarvoor gecreëerd hebben. Zes respondenten gaven aan dat er onvoldoende middelen beschikbaar worden, waarbij met name 'geen extra tijd', 'onderbezetting' en 'dubbel werk door los (Mediquest) systeem naar het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)'.

Bevorderende en belemmerende factoren

- Bevorderende factoren voor implementatie benoemd door 15 respondenten
 - Enthousiasme en 1 trekker
 - Ondersteuning en medewerking
 - Duidelijke werkwijze
 - Communicatie
- Belemmerende factoren voor implementatie benoemd door 15 respondenten
 - Onvoldoende haalbaarheid van afname op vastgestelde momenten in de klinische setting
 - Onvoldoende informatie over plan en eerdere ervaringen
 - Tijdsinvestering en extra werk (ook het werken met Mediquest-systeem/twee ICT systemen)
 - Organisatorische aspecten waar je zelf geen grip op hebt
 - Afhankelijkheid van onvoldoende inzet van betrokkenen
 - Informatie casemixformulieren niet altijd relevant, terwijl relevante informatie geen plek heeft
 - Nut heeft zich nog niet (voldoende) uitgewezen

Motivatie voor implementatie

- De meest genoemde motivaties om je rol uit te voeren bij de implementatie van de PROMS waren patiënt-gerelateerd, zoals 'verbeteren van zorg voor patiënt' of 'uitvoer



bevordert de relatie met/kennis van patiënt met soms een verrassende aanvulling'. Ook kwaliteit-gerelateerde ('maat voor kwaliteit van werk'/'goed om mee te werken aan onderzoek/verbetering') en proces-gerelateerde motivatie (bijvoorbeeld 'een nieuwe werkwijze').

- De meest genoemde demotivatie om je rol uit te voeren bij de implementatie van de PROMS waren proces-gerelateerd zoals 'te weinig tijd', 'onderbezetting', 'moeizame start en langzaam tempo' en 'onduidelijkheden'. PROMS-gerelateerde demotivatie werd ook genoemd, drie respondenten benoemden bijvoorbeeld 'twijfel over effect/inschatting Value Based Healthcare/benchmark wel gehaald worden'.

Doorgaan met implementatie en aanraden aan anderen

- Het merendeel van de respondenten zou door willen gaan met het verzamelen van de PROMS, maar benoemt daarbij wel voorwaarden. Voor overige respondenten is de meerwaarde nog onvoldoende duidelijk.
- Zeven respondenten zouden het implementeren van de PROMS aanraden aan een andere ziekenhuis, zeven respondenten zouden dit niet aanraden en één respondent twijfelt. Een verbeterde werkwijze (ook op basis van opgedane ervaringen) is een belangrijke voorwaarde. Sommige respondenten achtten het resultaat of huidige condities momenteel onvoldoende.

Aanbevelingen vanuit de enquête

- Aanbevelingen van respondenten ter verbetering van de implementatie:
 - Draaiboek of tips/adviezen
 - PROMS vragenlijst aanpassen
 - Afname niet haalbaar bij opname en ontslag, vragenlijst maar eenmaal afnemen bij opname, niet op dag 1 maar paar dagen na opname of 1x tijdens opname
 - Tijd voor de lokale projectleider / afdeling om in eigen werkwijze te verwerken
 - Koppeling met EPD en uitleg geven over Mediquiest aan alle mensen die dit per werkplek gaan implementeren
 - Meer draagvlak creëren

Resultaten uit het Mediquiest-systeem

In bijlage 3 is een rapportage van de resultaten van de implementatie uit het Mediquiest-systeem opgenomen.



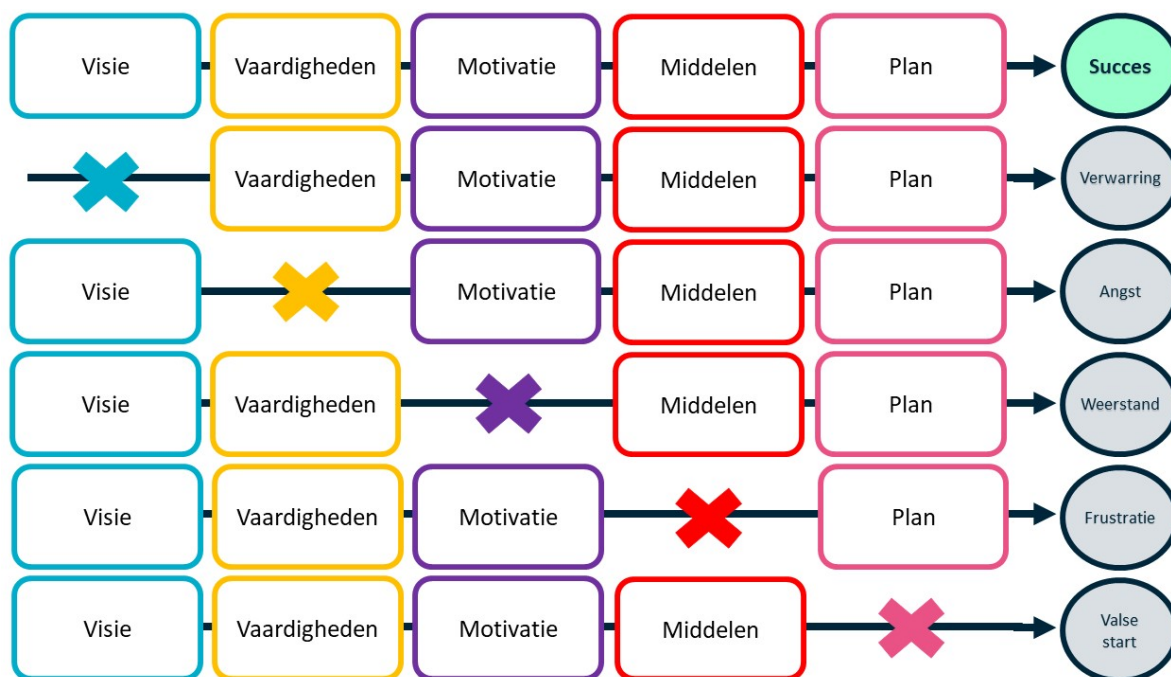
3 Evaluatie van het implementatieproject

Randvoorwaarden voor succesvolle verandering

Volgens het Complex Change Model van dr. Mary Lippitt (1987) zijn er 5 sleutelementen voor succesvolle verandering:

- Visie
- Kennis en vaardigheden
- Motivatie
- Middelen
- Plan

Als één van deze elementen ontbreekt of onvoldoende gewaarborgd is, zal implementatie waarschijnlijk niet succesvol zijn.



Figuur 3 Complex change model van Lippitt (1987)

Om het project 'Landelijke implementatie van de PROMs in de geriatrie/ouderengeneeskunde te evalueren, zullen we reflecteren op de mate waarin de verschillende sleutelementen in dit project aanwezig waren om uiteindelijk tot een set randvoorwaarden en aanbevelingen voor een vervolgproject te komen.

Visie

Visie wordt in het rapport van Rebel (van Baalen, Gommans en Berens, 2018) omschreven als "Het vermogen om een gedeelde koers te bepalen voor een te behalen einddoel of resultaat. Wat is het doel, is het doel eenduidig of verdeeld en hebben betrokkenen



hetzelfde beeld?”. In het eerste project waarin de huidige PROM ontwikkeld is, werd het doel als volgt omschreven:

“Het doel van het inzetten van een PROM in de geriatrie is het meten van uitkomsten (op groepsniveau) vanuit het perspectief van de patiënt, waardoor een bijdrage geleverd kan worden aan kwaliteitsverbetering.”

Hoe inzet van de PROM uiteindelijk een bijdrage kan leveren aan kwaliteitsverbetering is in de aanvraag van dit vervolgproject uitgewerkt tot een drietal elementen: de zorgverlener krijgt inzicht in het effect van de geriatrische zorg, de reguliere kwaliteitsmetingen worden aangevuld met patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten en via het gespreksmodel ‘samen beslissen’ (dat niet door alle ziekenhuizen in dit implementatieproject is gebruikt) wordt de regie van de patiënt en samen beslissen bevorderd. Deze drie elementen sluiten aan bij de door het in het rapport van Nivel en Zorginstituut (de Boer, Bos en Zuidgeest, 2018) omschreven gebruiksdoelen van patiëntervaringen: spreekkamer, leren en verbeteren en openbaarheid van gegevens. Uit het enthousiasme van de 11 verschillende ziekenhuizen lijkt af te leiden dat het overkoepelende doel van de inzet van de PROM door allen werd ondersteund. Immers, zij waren gemotiveerd om hiermee van start te gaan. Er worden echter verschillende gebruiksdoelen tegelijkertijd nagestreefd zonder duidelijk primair gebruiksdoel. In het implementatieproces, waar ieder zelf de methode van implementatie kon vormgeven, lijkt dit in sommige ziekenhuizen te hebben geleid tot een focus op ‘meten’, voldoende respons bewerkstelligen en de invoer van gegevens in het Mediquist-systeem realiseren. Focus op gebruik van PROM in de spreekkamer zou pas volgen nadat het ‘meten’ goed geïmplementeerd zou zijn. De ziekenhuizen die de afname bij de patiënt combineerden met het gesprek met de patiënt rapporteerden juist dat “er andere soort gesprekken worden gevoerd” of de PROM “soms een verrassende aanvulling” oplevert. Deze ervaringen sluiten weer meer aan bij het doel ‘gebruik in de spreekkamer’. Zowel in het rapport Rebel als in het rapport van het NIVEL en Zorginstituut wordt beschreven dat het beter is om een primair gebruiksdoel te kiezen. Het rapport Rebel voegt daaraan toe dat een primair gebruiksdoel namelijk bepaalt waar op ingezet wordt qua middelen en motivatie.

Voor een vervolgproject wordt daarom geadviseerd om een primair gebruiksdoel te kiezen, om op deze wijze de focus van de implementatie te sturen en het plan richting te geven. Idealiter sluit het primaire doel ook aan bij de behoefte van degene die het moet implementeren. Een primair gebruiksdoel werkt namelijk door op de sleutelementen motivatie en plan, welke tevens afgestemd kunnen worden op dit primaire doel. Op basis van dit project en de input van andere partijen vindt de stuurgroep dat een focus op gebruik in de spreekkamer de voorkeur verdient.

Vaardigheden

Om de uitvoer van een implementatie op de juiste wijze te laten verlopen hebben diegenen die hierbij betrokken zijn de juiste vaardigheden nodig. De benodigheden voor afname van de PROM werden door de stuurgroep beschikbaar gesteld aan de werkgroepleden.

Werkgroepleden en hun collega’s kregen op locatie instructie en uitleg over het gebruik van



het Mediquess-systeem, door een presentatie met instructiefilmpjes en aanwezigheid van een Mediquess-medewerker bij de start met het verzamelen. Respondenten in de enquête gaven aan dat het systeem even wennen was, maar dat het uiteindelijk zichzelf wijst.

Over de manier van afnemen van de PROM kregen werkgroepleden geen instructie, omdat verondersteld werd dat het invullen van de vragenlijst zichzelf zou wijzen. Uiteindelijk kozen veel ziekenhuizen ervoor om de vragenlijst en het informed consent uit te printen en op papier te laten invullen door de patiënt. Deze keuze werd gemaakt op basis van gebrek aan middelen (geen Ipad beschikbaar) of op basis van de keuze ten aanzien van de organisatie van de afname (per brief opsturen voorafgaand aan gesprek/zelf afnemen maar pas later invoeren). Sommige uitvoerende zorgverleners kozen ervoor om de vragenlijst samen met de patiënt in te vullen, bijvoorbeeld tijdens de anamnese. Eén respondent uit de enquête merkte op dat hij/zij graag zou zien dat de patiënt de vragenlijst zelf invoert via een tablet of laptop. De vaardigheden die nodig zijn bij het afnemen van de PROM kunnen dus ook niet los gezien worden van de beschikbare middelen voor de afname of de organisatie van de afname en hangen dus ook daarvan af (zie ook het onderdeel 'Middelen').

Op het moment dat de patiënt zelf de vragenlijst invult, zijn ook de vaardigheden van de patiënt voor het invullen van de vragenlijst van belang. De ervaring van verschillende respondenten in de enquête en verschillende trekkers bij evaluatie was dat het in de klinische setting niet goed mogelijk was om op de vastgestelde meetmomenten de vragenlijst af te nemen, omdat de patiënt te ziek was en de naaste(n) vaak veel andere dingen aan hun hoofd hadden. Eén trekker van een deelnemend ziekenhuis gaf aan dat ze daarom de vaste meetmomenten hebben losgelaten en de vragenlijst slechts één keer per opname afnemen. Hoe streng de vastgestelde meetmomenten nageleefd dienen te worden, hangt samen met het primaire doel, maar ook met de secundaire doelen die men beoogt te bereiken met de PROM-afname (zie ook het onderdeel 'Visie'). Voor het gebruik in de spreekkamer zijn vastgestelde meetmomenten minder relevant dan voor 'benchmarken' of het analyseren van geaggregeerde data. Bovendien zou er voor gebruik van de PROM in de spreekkamer ook aandacht moeten zijn voor afspraken over terugkoppeling van de resultaten aan de patiënt en het gebruik van de PROM in het proces van samen beslissen (zoals in het implementatieproject van Vilans 'Samen beslissen op basis van TOPICS-SF', zie bijlage 2). Daarnaast benoemden de geriatrische patiënten die door Vilans zijn geïnterviewd dat sommige vragen mogelijk te moeilijk geformuleerd zijn om te beantwoorden en dat er een risico bestaat op sociaal wenselijke antwoorden.

Zorgverleners die direct betrokken waren bij de afname moesten bovendien ook een case-mix formulier invullen. Het moment van invullen van de case-mix was niet duidelijk voor sommige werkgroepleden. Respondenten in de enquête gaven bovendien aan dat het onduidelijk was waarom case-mix formulieren verschilden in de verschillende settings en dat zij sommige informatie uit de case-mix formulieren niet relevant vinden voor hun dagelijkse praktijk. Ook was het onduidelijk of een case-mix formulier ook ingevuld moet worden wanneer er geen follow-up afspraak is ingepland en de patiënt de vragenlijst alleen thuisgestuurd krijgt.



In dit project kwam tevens naar voren dat het huidige informed consent aangepast zou kunnen worden zodat het beter te begrijpen is voor de patiënt. De ervaring vanuit de stuurgroep is dat patiënten het informed consent vaak ondertekenen zonder te lezen. Er werd besproken dat er reeds een aangepaste versie vanuit TOPICS bestaat, die momenteel nog niet in het Mediquist-systeem is opgenomen. De stuurgroep is van mening dat de implementatie van de PROM hoofdzakelijk gezien moet worden als een kwaliteitsverbeteringsproject. In dat kader verschilt de inhoud en het doel van het informed consent van het informed consent dat bij wetenschappelijk onderzoek wordt ingezet. Desalniettemin achten de stuur- en werkgroepleden het van belang dat de inhoud en het doel van het informed consent voor zowel patiënt als zorgverlener duidelijk is, ook al moet deze bepaalde juridische delen bevatten.

Als laatste kwam zowel in de evaluatie als in de enquête naar voren dat enthousiasme en motivatie een bevorderende factor waren voor de implementatie. Men ziet meerwaarde in een bevlogen trekker, met de vaardigheden om de implementatie te coördineren en op te zetten en daarbij enthousiasme en motivatie stimuleert. Hierbij spelen natuurlijk ook de middelen (tijd) die beschikbaar zijn een rol, maar ook de steun/ondersteuning van andere collega's, die als een bevorderende factor werd gezien, is hierbij van invloed.

Voor een vervolgproject is van belang bij het ontwikkelen en borgen van de juiste vaardigheden om:

- Aanwijzingen te geven voor de manier(en) van afnemen van de PROMs (door patiënt zelf of samen met zorgverlener, op papier of digitaal)
- Nog eens kritisch naar de vragenlijst te kijken en naar de momenten/setting van afname en de toepasbaarheid op de situatie van de patiënt (met name in de klinische setting) en daarbij rekening te houden met het primaire doel van de PROM-afname
- Wanneer de focus wordt gelegd op gebruik in de spreekkamer, afspraken te maken over het terugkoppelen van de resultaten van de PROM en training te organiseren in het gebruik van de PROM in het proces van samen beslissen
- Duidelijke uitleg en informatie beschikbaar te stellen over de inhoud, het moment van invullen en de relevantie van het case-mix formulier
- De minimale inhoud van het informed consent vast te stellen indien de implementatie van de PROM gezien kan worden als kwaliteitsverbeteringsproject, vervolgens het informed consent aan te passen zodat deze beter te begrijpen is voor de patiënt en duidelijk wordt met welk doel informed consent wordt verleend (en wat dus het gevolg is van geen toestemming verlenen)
- De meerwaarde van één enthousiaste trekker te beseffen en te realiseren dat steun/ondersteuning van andere collega's de implementatie bevordert

Motivatatie

Zonder voldoende motivatie voor de implementatie, zal er weerstand optreden bij de betrokkenen. Verschillende werkgroepleden hebben op een of andere manier weerstand ervaren vanuit lokale betrokkenen en in de plenaire bijeenkomst is nagedacht over de



manieren waarop in het vervolg weerstand kan worden voorkomen, zodat alle betrokkenen gemotiveerd blijven om hun rol uit te voeren.

Uit het animo van klinisch geriaters aan de start van het project maar ook de reacties uit de enquête blijkt dat veel betrokkenen gemotiveerd waren om de PROM te implementeren. De stip op de horizon, zoals het 'verbeteren van zorg voor de patiënt', 'meewerken aan kwaliteitsverbetering/onderzoek' of 'een maat voor de kwaliteit van werk', werden in de enquête dan ook beschreven door sommige respondenten als motiverend om hun rol uit te voeren bij de implementatie. Er lijkt een duidelijke samenhang tussen het doel en de motivatie. Ook in de plenaire bijeenkomst in oktober 2019 werd benoemd dat het motiveert dat het iets nieuws is waar men in vooroploopt. Vooral de inzet van de PROM bij samen beslissen werd als een motiverende factor omschreven.

Factoren die juist niet motiveerde volgens respondenten in de enquête hadden te maken met het implementatie-proces zelf, zoals de beschikbare middelen (tijd of personen) of de moeizame start. Ook onduidelijkheden in het proces werkten demotiverend. Het op tijd betrekken van alle potentiële betrokkenen, in bijvoorbeeld een werkgroep, met de focus op hoe het met z'n allen geregeld kan worden werd in de plenaire bijeenkomst in oktober genoemd als een bijdragende factor voor gelijke motivatie in een team. Hierbij werd het belang van luisteren en serieus nemen van bezwaren van teamleden benadrukt. Een andere factor die niet motiveerde was twijfel over het effect van de PROM. Een aantal respondenten twijfelden of de resultaten wel gebruikt kunnen worden voor de benchmark of Value Based Healthcare en omschreven dat als een demotiverende factor. In de plenaire bijeenkomst in oktober 2019 kwam juist ook een voorbeeld naar voren dat enthousiasme op de afdeling juist ontstond toen de meerwaarde werd ingezien (bij gebruik op de afdeling bij het gesprek met de patiënt (en voor samen beslissen)). Zowel in dit voorbeeld als in de enquête kwam naar voren dat men ervoer dat het gesprek met de patiënt soms anders verloopt, dat de PROM een verrassende aanvulling of nuttige toevoeging voor het gesprek kon zijn.

In de PROM-wijzer van het Zorginstituut (2018) staat omschreven dat *"attitudes en het draagvlak voor PROMs kunnen worden verbeterd door professionals inzicht te geven in de argumenten voor het gebruik van PROMs en door hen vroegtijdig te betrekken bij de planning en uitvoering."* Argumenten voor het gebruik van PROMs en het (verwachte) effect hangt grotendeels met elkaar samen. De stip op de horizon is duidelijk voor de meeste betrokkenen en motiveert, maar ook het lokaal direct zien van het nut in het gesprek met de patiënt motiveert, terwijl twijfel of onduidelijkheid over de haalbaarheid van een benchmark juist als een demotiverende factor werd omschreven. Het (verwachte) effect van de PROM hangt ook samen met het beoogde (primaire) doel van de PROM, en dus ook met de visie (zie ook het onderdeel 'Visie').

Voor een vervolgproject wordt geadviseerd om de visie verder uit te werken, waarbij concrete (verwachte) effecten worden omschreven en waaruit argumenten volgen voor het gebruik van PROMs om alle betrokkenen te motiveren en gemotiveerd te houden. Uit de



ervaringen blijkt dat het zelf ook kunnen zien van het effect motiverend kan werken (zoals bij gebruik in de spreekkamer), dus raadt de stuurgroep aan om focus te leggen op het zichtbaar maken van het effect voor alle betrokkenen. Daarnaast adviseert de stuurgroep om alle potentiële (lokale) betrokkenen vroegtijdig te betrekken bij de planning en uitvoering van de implementatie van de PROM.

Middelen

Als basis voor het bereiken van een succesvolle implementatie, hebben uitvoerders middelen nodig. Als er onvoldoende middelen beschikbaar zijn, kan dat leiden tot frustratie en uiteindelijk tot het stagneren van het implementatieproces. De belangrijkste middelen die naar voren kwamen in dit project zijn tijd (en/of geld), goede ICT-ondersteuning en ondersteuning bij de organisatie van de implementatie.

Tijdens de plenaire bijeenkomst in oktober 2019 werd gereflecteerd op de implementatiestrategie van de verschillende ziekenhuizen. Meerdere aanwezigen waren het erover eens dat de coördinatie van de gehele implementatie door een klinisch geriater niet wenselijk lijkt, vanwege de tijdsinvestering die hiervoor nodig is. Een coördinator die hiervoor voldoende tijd krijgt kan op die manier bevorderend werken. Wie de coördinatie op zich kan nemen, is afhankelijk van de lokale situatie. Zo is dit in het ene ziekenhuis bij een kwaliteitsmedewerker belegd, bij een ander ziekenhuis bij een verpleegkundig specialist of een medewerker van het researchbureau en bij nog een ander ziekenhuis bij een arts-assistent in opleiding tot klinisch geriater. Voor alle ziekenhuizen werkte dat goed. De coördinatoren van de ziekenhuizen die deelnamen aan het Vilans-project werden tevens deels gefaciliteerd (met geld, coaching en bijeenkomsten voor uitwisselen van ervaringen) vanuit dat project. Maar niet alleen een coördinator met tijd is van belang, ook tijd voor andere betrokkenen lijkt mee te spelen in het succes van de implementatie. Zo stagneerde de implementatie of afname van de PROM (tijdelijk) in twee deelnemende ziekenhuizen op het moment dat er sprake was van onderbezetting op de afdeling of werd door collega's gevraagd welke andere werkzaamheden in mindering konden worden gebracht op het moment dat de afname van de vragenlijst erbij ingevoegd zou moeten worden. Tijdens de plenaire bijeenkomsten kwam ter sprake dat de PROM-afname ook ingebouwd zou kunnen worden in een reeds bestaand proces, zoals bijvoorbeeld de (verpleegkundige) anamnese. In de enquête gaven sommige respondenten aan dat het bij hen mogelijk was om tijd vrij te maken. Het lijkt dus van belang om daar aandacht voor te hebben in het implementatieproces.

Naast de tijd om de implementatie te coördineren en realiseren, lijkt ook de ondersteuning van het ICT-systeem een belangrijk middel. Het oorspronkelijke idee was om de PROM-afname zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de gewone werkprocessen. Voor het digitaal kunnen gebruiken en analyseren van de data is er bij dit project gekozen om te werken met een digitaal systeem dat door Mediquest werd geleverd. Twee trekkers van ziekenhuizen hebben hier geen gebruik van gemaakt, maar de vragenlijsten laten inbouwen in Questmanager (waar in hun ziekenhuis reeds gebruik van werd gemaakt). In de enquête kwamen wisselende ervaringen met het Mediquest-systeem en de instructies naar voren,



één respondent gaf hierbij aan dat het Mediquessysteem in het begin wennen was, maar daarna zichzelf wees. Wel merkte een andere respondent op dat het gebruik van twee systemen (Mediquessysteem en eigen EPD) als ‘dubbel werk’ werd ervaren. Eén van de trekkers die de vragenlijsten in Questmanager (en het EPD) heeft laten inbouwen gaf aan dat het is opgenomen tussen andere relevante EPD-onderdelen, zoals laboratoriumonderzoek en radiologie. Voor het integreren van de PROM-afname en gebruik in het normale zorgproces kan integratie in het elektronisch patiëntendossier een bevorderende factor zijn (mede gelet op de ontwikkelingen rondom uitkomstgerichte zorg mogelijk ook een randvoorwaardelijke of noodzakelijke factor). Twee systemen kan extra tijd en moeite kosten en de meerwaarde en/of integratie van het losse systeem ten opzicht van/met het EPD is dan belangrijk. Het is bij de keuze voor een systeem opnieuw van belang wat het primaire doel is voor de PROM-verzameling (zie ook het onderdeel ‘Visie’). Ook de mogelijkheden en gewenste functionaliteiten spelen een rol hierbij. In de plenaire bijeenkomsten werd bijvoorbeeld gesproken over of patiënten de resultaten ook elk gewenst moment zelf in zouden kunnen zien, iets wat momenteel niet mogelijk is, en de gewenste gebruiksvriendelijkheid dat een systeem dan nodig heeft (zoals de door Vilans ontworpen digitale gesprekstool (zie bijlage 2)). Ook het gebruik van bijvoorbeeld een Ipad voor de afname is een functionaliteit waarvan bekeken moet worden welk systeem daarvoor nodig is. Kortom, de visie voor de PROM-implementatie en het plan voor de afnamemethode zal ook meespelen in de keuze voor het systeem waarmee de PROM verzameld wordt.

Voor een vervolgproject adviseert de stuurgroep om altijd een coördinator van het project aan te stellen, die bij voorkeur vervolgens een klein, multidisciplinair implementatieteam samenstelt. Bij het opstarten van het implementatieproces zal er aandacht moeten zijn voor de tijdsinvestering die wordt gevraagd van de verschillende betrokkenen en waar mogelijk uitleg geven of ondersteuning te bieden bij de uitvoering (door bijvoorbeeld het verminderen van andere taken of het laten integreren in een al bestaand proces zoals de (verpleegkundige) anamnese). Daarnaast zal bekeken moeten worden welke functionaliteiten gewenst zijn en wat voor digitaal systeem daarvoor geschikt is. Hierbij zal de focus moeten liggen op bruikbaarheid in het reguliere zorgproces en bewezen nut wanneer het extra werk behoeft. Dit zal ook afhangen van welk primair doel er nagestreefd wordt.

Plan

Het laatste belangrijke sleutelement is het plan, waaruit duidelijk wordt welke stappen er gezet worden maar ook hoe geëvalueerd gaat worden of het resultaat bijdraagt aan het behalen van het doel of de doelen uit de visie. Zonder plan of duidelijkheid over de middelen en het proces loopt men het risico op een ‘valse start’, en dat er ‘maar wat gebeurt’. (van Baalen, Gommans en Berens, 2018) In dit implementatieproject was er bewust voor gekozen om de implementatiemethode vrij te laten, omdat de stuurgroep zich bewust was van de verschillen in lokale zorgorganisaties en de trekkers niet wilde beperken bij het realiseren van de implementatie. Als gevolg hiervan verschilden de genomen routes voor het verkrijgen van toestemming, maar ook de organisatie van de PROM-afname tussen alle deelnemende ziekenhuizen. Uit de verzamelde ervaringen uit de evaluatie, enquête en de plenaire



bijeenkomsten blijkt echter dat er wel behoefte is aan meer handvatten voor implementatie, over de volledige breedte van het proces.

Met betrekking tot de voorbereidende fase gaven werkgroepleden aan dat het bevorderend zou kunnen werken als de te nemen stappen ten aanzien van het regelen van toestemming binnen het ziekenhuis en de aan te leveren documenten voor Mediquist, in de vorm van bijvoorbeeld een stappenplan, van tevoren beschikbaar zouden zijn. In dit document zou tevens opgenomen kunnen worden wat de afspraken zijn omtrent privacy en gegevensverwerking, zodat de lokale trekker dit zelf ook helder kan communiceren in de eigen organisatie. Daarnaast werd in de plenaire bijeenkomst in oktober ook nog geformuleerd dat er ook tips opgenomen kunnen worden voor het regelen van de ICT-instellingen, zoals het koppelen van de juiste personen en de stappen die apart voor deze instellingen ondernomen moeten worden.

Ook ten aanzien van de methode van implementatie zouden toelichting of adviezen van meerwaarde kunnen zijn. In de plenaire bijeenkomst in oktober werd aangegeven dat de ervaring was dat implementatie op een afdeling een gelaagd proces is, waarbij verschillende betrokkenen verschillende rollen op zich kunnen nemen. In het onderdeel 'Motivatie' werd reeds het belang onderstreept van het vroeg betrekken van alle potentiële betrokkenen bij de planning en uitvoering van de implementatie. Welke rol ieder op zich neemt kan afhangen van de meetmomenten en de methode van afname (op papier/digitaal of voorafgaand/tijdens consult). In de enquête werd een duidelijke werkwijze ook als bevorderende factor omschreven. Voor een duidelijke werkwijze lokaal, is ook duidelijkheid ten aanzien van de meetmomenten en formulieren van belang. Met name in de klinische setting bleken de huidige vaste meetmomenten niet haalbaar. Opnieuw evalueren van de noodzaak van de afname op bepaalde momenten lijkt gepast om de aansluiting bij het reguliere zorgproces te verbeteren. De meetmomenten zullen ook moeten aansluiten bij de gebruiksdoelen, waarbij het primaire gebruiksdoel op de voorgrond zou kunnen staan. Door de meetmomenten te laten aansluiten bij de gebruiksdoelen kan ook de noodzaak van afname op bepaalde momenten beter worden toegelicht. Uit de enquête en de plenaire bijeenkomst in oktober 2019 kwam ook naar voren dat niet alle betrokkenen begrijpen waarom bepaalde vragen opgenomen zijn in bijvoorbeeld het case-mixformulier. De PROM-wijzer van het Zorginstituut (2018) geeft aan dat het uitvragen van informatie alleen zin heeft als deze informatie ook echt gebruikt wordt en de patiënt er wat aan heeft. Dit vergroot de respons omdat patiënten dan vaker later bereid zijn om opnieuw een vragenlijst in te vullen. Een kritische beoordeling en vervolgens uitleg aan betrokkenen waarom bepaalde vragen zijn opgenomen en op welke manier de resultaten van deze vragen worden gebruikt (en of de patiënt daar wat aan heeft), zou kunnen bijdragen aan het verbeteren van de implementatie.

Ten aanzien van het sleutelement 'plan' in het vervolgproject beveelt de stuurgroep aan om de methode voor implementatie voor de verschillende fases verder uit te werken met de opgedane ervaringen, zonder de ruimte voor lokale invulling te verliezen.



- Voor de voorbereidende fase is het behulpzaam om een document beschikbaar te stellen waarin is opgenomen wat de te nemen stappen zijn voor het verkrijgen van toestemming, ICT-instellingen, welke documenten wanneer en waarom moeten worden aangeleverd bij welke personen en duidelijke uitleg welke afspraken er zijn over privacy en gegevensverwerking.
- Geef voor de methode van implementatie adviezen en toelichting over de werkwijze, bijvoorbeeld ten aanzien van een duidelijke taakverdeling (gezien de verschillende taken die deze implementatie bevat). Een duidelijke werkwijze betekent ook dat in een vervolgproject duidelijk omschreven moet worden welke meetmomenten aangehouden dienen te worden en de achterliggende redenen hiervoor. Ook voor de vragen die bij de afname van de PROM worden ingevuld, werkt toelichting over de achterliggende redenen en toepasbaarheid bevorderend voor de implementatie.
- Kies een focus voor de implementatie op basis van de visie en het gekozen doel/de gekozen doelen. Deze focus stuurt de verwachtingen van betrokkenen ten aanzien van de resultaten en het zien van meerwaarde bij het gebruik van de PROM.
- Bij gebruik van de TOPICS-SF in spreekkamer kan ook de toolbox 'Samen beslissen met TOPICS-SF' van Vilans gebruikt worden.



Praktische overwegingen en aanbevelingen

Dit implementatieproject was een eerste stap naar de verdere implementatie van de TOPICS-SF als PROM in de geriatrie/ouderengeneeskunde in Nederland. Door enthousiaste klinisch geriaters als lokale trekkers hun ziekenhuizen de implementatie van de PROM in verschillende settings te laten opzetten, zijn er veel waardevolle lessen geleerd voor een eventueel vervolgproject. Voor een vervolgproject zijn er verschillende aandachtspunten en mogelijkheden voor verdere verbetering geïdentificeerd. De stuurgroep heeft hiervoor een aantal aanbevelingen voor het NVKG bestuur, de projectgroep van het vervolgproject en lokale uitvoerders van de implementatie geformuleerd.

Deze eerste opschaling van de implementatie van de PROM in de klinische geriatrie/ouderengeneeskunde bracht aan het licht dat het opstarten van een implementatie in een ziekenhuis veel voeten in de aarde kan hebben. Zowel beïnvloedbare factoren (zoals heldere uitleg over benodigheden en adviezen/tips over de aanpak) als niet-beïnvloedbare factoren (zoals ziekenhuis-brede ontwikkelingen/besluiten of een nieuwe privacywet) bleken aanzienlijke vertraging op te leveren voordat er uiteindelijk van start kon worden gegaan. Een aantal ziekenhuizen is het hierdoor uiteindelijk niet gelukt om voor het einde van dit project van start te gaan met de implementatie. Ten aanzien van de beïnvloedbare factoren heeft de stuurgroep een aantal concrete aanbevelingen geformuleerd waarmee volgende ziekenhuizen kunnen worden ondersteund bij het doorlopen van deze opstartfase om deze zo soepel mogelijk te laten verlopen.

De stuurgroep heeft ook een aantal concrete aanbevelingen geformuleerd ten aanzien van de organisatie van de implementatie op basis van de ervaringen van de ziekenhuizen die uiteindelijk van start zijn gegaan met de implementatie. De visie ten aanzien van het 'waarom' van de PROM is hierbij van groot belang. Uit een concreet uitgewerkte visie, met bijvoorbeeld het benoemen van een primair gebruiksdoel, geeft richting aan waarop gefocust moet worden tijdens het organiseren van de implementatie. Ook kan hiermee uitleg en toelichting worden gegeven over de achterliggende redenen voor bepaalde keuzes ten aanzien van meetmomenten en vragen, zodat de uitvoerende partijen hierin worden meegenomen en tevens weten wat ze kunnen verwachten aan resultaat wanneer zij de PROM gaan gebruiken. Daarnaast heeft de stuurgroep ook een aantal praktische aanbevelingen geformuleerd voor de lokale implementatie, om volgende ziekenhuizen te kunnen adviseren hoe zij de organisatie in hun lokale ziekenhuis kunnen aanpakken.

De concrete aanbevelingen van de stuurgroep zijn hieronder puntsgewijs samengevat.

Aanbevelingen voor het NVKG bestuur

- Schaal de implementatie van de PROM op met aanpassingen op basis van de aanbevelingen uit dit rapport
- Zet bij een vervolgproject niet bij voorbaat in op meerdere doelen, maar kies in eerste instantie één doel, waarbij de voorkeur van de stuurgroep uitgaat naar inzet van de PROM in de spreekkamer
- Overweeg om een vervolgproject op te zetten in 1 setting (de stuurgroep zou de poliklinische setting adviseren)



- Combineer in het vervolgproject expliciet het afnemen van de PROM in combinatie met het gebruik van het gespreksmodel samen beslissen
- Stimuleer integratie en gebruik in het reguliere zorgproces, om te voorkomen dat het alleen als registratielast in het kader van een kwaliteitsverbeteringsproject wordt gezien

Aanbevelingen voor de projectgroep van het vervolgproject

- Zorg dat duidelijk gecommuniceerd wordt wat de visie is van het project, welk (primaire) gebruiksdoel of gebruiksdoelen worden nagestreefd en welk resultaat/effect de betrokkenen kunnen verwachten
- Zorg dat helder is dat het een kwaliteitsverbeteringsproject betreft (dus geen wetenschappelijk onderzoek), pas het informed consent aan zodat het hierbij aansluit en helder is voor zowel zorgverlener als patiënt waar het informed consent toe dient in deze context. Onderzoek bovendien of één compleet informed consent (in plaats van twee) gebruikt kunnen worden.
- Zorg dat de meetmomenten aansluiten bij het nagestreefde (primaire) gebruiksdoel.
- Licht toe wat het belang en nut van de vragen in de vragenlijsten en case-mixformulieren zijn, zodat iedereen begrijpt en kan uitleggen waarom deze vragen gesteld worden
- Zorg voor de beschikbaarheid van een inhoudelijke toelichting ten aanzien van de keuzes die zijn gemaakt in de vorm en inhoud en hoe deze keuzes bijdragen aan het realiseren van de doelen uit de visie, zodat betrokkenen ook inhoudelijk meegenomen kunnen worden
- Zorg dat het digitale systeem aansluit bij het reguliere zorgproces, maar ook bij de nagestreefde doelen (zodat het nut van bijvoorbeeld het gebruik van een ander systeem duidelijk wordt). Focus op een bepaald doel kan andere keuzes voor functionaliteiten en voor het wel/niet hebben van een apart systeem/koppeling met het EPD tot gevolg hebben. Zorg dat ook de achterliggende overwegingen voor deze keuzes duidelijk zijn voor de betrokkenen.

Aanbevelingen ten aanzien van de opstartfase

- Benoem ten minste 1 coördinator/trekker (dit hoeft niet per se een klinisch geriater te zijn) en zorg ervoor dat deze persoon tijd krijgt voor de coördinatie
- Ga op tijd in gesprek met het ziekenhuis over het systeem dat gebruik kan/gaat worden om de data te verzamelen (systeem dat reeds in ziekenhuis wordt gebruikt/extern systeem)
- Laat de coördinator een klein, multidisciplinair implementatie team samenstellen
- Maak een toolbox met een aantal ondersteunende documenten voor de lokale coördinator met tips/adviezen ten aanzien van de verschillende benodigdheden en acties tijdens de opstartfase:
 - Document met adviezen ten aanzien van de te nemen route voor het verkrijgen van toestemming in het ziekenhuis (met heldere uitleg over de afspraken ten aanzien van privacy en dataverwerking). Neem hierin ook op welke problemen een coördinator kan tegenkomen en welke stappen hij/zij daarbij kan ondernemen



- Document met de benodigde formulieren en document die aangeleverd moeten worden, aan welke partijen deze aangeleverd moeten worden en waarom deze aangeleverd moeten worden
- Document met uitleg over de ICT-instellingen, de keuzes hierin en de gevolgen voor de te nemen route. Neem hier ook adviezen t.a.v. de vervolgstappen op, zoals het koppelen van de juiste (ICT) personen

Aanbevelingen ten aanzien van de lokale organisatie van de implementatie

- Begin op tijd met het betrekken van iedereen die mogelijk een taak of taken zal gaan uitvoeren bij de implementatie, organiseer bijeenkomsten waarin uitgelegd wordt wat de visie en het plan (te aanzien van de planning en uitvoering) voor dit project is (en heb daarbij ook aandacht voor de middelen die hiervoor nodig zijn)
- Realiseer dat de implementatie van de PROM een gelaagd proces is, waarbij verschillende mensen betrokken kunnen zijn. Zorg voor een goede taakverdeling en een heldere werkwijze
- Probeer waar mogelijk de afname en het gebruik van de PROM zoveel mogelijk in te passen in het reguliere zorgproces (en leg daarbij de focus op het (primaire) gebruiksdoel)

Slotwoord

De stuurgroep blijft onverminderd enthousiast over de TOPICS-SF als PROM in de geriatrie, ondanks de onverwachte uitdagingen die zij en de lokale trekkers zijn tegengekomen in dit project. Dit implementatieproject heeft de mogelijkheden voor verbetering van het implementatieproces blootgelegd. Desalniettemin gelooft de stuurgroep dat de inzet van de PROM in de klinische geriatrie/ouderengeneeskunde de kwaliteit van de zorg ten goede komt. Inzet in de poliklinische setting lijkt het best uitvoerbaar, en door de PROM te combineren met het gespreksmodel voor samen beslissen worden de gesprekken tussen patiënt en zorgverlener bevorderd. De stuurgroep is namelijk van mening dat het ondersteunend is voor zowel patiënt als zorgverlener wanneer in het zorgproces relevante uitkomstmaten voor de (kwetsbare) oudere patiënt worden gemeten en standaard ook onderwerp van gesprek zijn. Het inzetten van dezelfde uitkomstmaten in het netwerk rondom de (kwetsbare) oudere patiënt, zal zorgverleners in de hele keten stimuleren en ondersteunen om de zorg zo goed mogelijk af te stemmen op wat de individuele patiënt nodig heeft en waar hij/zij behoefte aan heeft.



Referenties

- Balen, van M., Gommans, T. en Berens, M., 2018. PROMs in de spreekkamer: Succes- en faalfactoren en lessen voor implementatie. Door Rebel in opdracht van Zorginstituut Nederland. Beschikbaar via:
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/10/26/proms-in-de-spreekkamer-succesfactoren-en-faalfactoren-en-lessen-voor-implementatie>.
- Boer, de D., Bos, N., en Zuidgeest, M. 2018. Ontwikkelingen in het meten en gebruiken van patiëntervaringen en patiëntgerapporteerde uitkomsten. Nivel en Zorginstituut Nederland. Beschikbaar via:
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/07/25/ontwikkelingen-in-het-meten-en-gebruiken-van-patientervaringen-en-patientgerapporteerde-uitkomsten>
- Harkes, M., et al. 2016. Adviesrapport “Patient Reported Outcome Measures in de geriatrie”. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Beschikbaar via:
https://www.nvkg.nl/sites/nvkg.nl/files/Adviesrapport%20PROMs%20in%20de%20geriatrie%20-pdf_0.pdf
- Harkes, M., Hems, M. en Schoon, Y., 2017. Proms in de geriatrie. *Ins & Ouds* 2017; 2: 11-14.
- Hems, M., et al., 2017. Eerste ervaringen met patiënt gerapporteerde uitkomstmaten in de geriatrie. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2017; 48(6):287-296. doi:10.1007/s12439-017-0237-1
- Lippit, M., 1987. The Managing Complex Change Model. Copyright, 1987, door Dr. Mary Lippitt, Founder and President of Enterprise Management, Ltd.
- PROM-wijzer, 2018. NIVEL, IQ healthcare, VSOP (Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties) en Patiëntenfederatie Nederland, in opdracht van Zorginstituut Nederland. Beschikbaar via:
<https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/prom-toolbox/startpagina-prom-wijzer>



Bijlage 1 Vragen over organisatie van PROM-afname

Vanuit de lokale trekkers kwamen verschillende vragen ten aanzien van de organisatie van de PROM-afname. Hieronder staan de vragen en antwoorden over de organisatie van PROM-afname en vragenlijsten.

Tabel 4. Vragen vanuit de werkgroep over de organisatie van de PROM-afname

Vraag	Antwoord
Hoeveel tijd kost een afname?	In de pilot kostte een afname ongeveer 10 minuten. In het Mediquessysteem kan een verpleegkundige of secretaresse het patiëntendossier alvast “aanmaken en klaarzetten”.
Wanneer laat je de vragenlijst afnemen?	In de toekomst mogelijk voorafgaand aan het gesprek. Uit de werkgroep kwam de vraag of achteraf ook mogelijk is. De deelnemende ziekenhuizen in dit project maken zelf die keuze. Bij de follow-up ben je nu gebonden aan vaste tijdsintervallen die zijn vastgelegd in het Mediquessysteem.
Kan de vragenlijst op ieder willekeurig moment afgenomen worden?	Momenteel zijn er bepaalde tijdsintervallen afgesproken. Bij T0 worden patiënten geïnccludeerd, T1 en T2 zijn daardoor gebonden aan een tijdsinterval. Er kan dus momenteel geen vragenlijst op een willekeurig moment afgenomen worden in het systeem van Mediquessysteem. De ziekenhuizen die de vragenlijst hebben ingebouwd in Questmanager geven aan dat zij wel een extra vragenlijst kunnen invullen, bijvoorbeeld voorafgaand aan een gesprek omtrent samen beslissen.
Wat doe je bij een heropname?	Het Mediquessysteem voorziet hierin. Bij een heropname kan het behandeltraject gewijzigd worden en een einde behandeling geregistreerd worden. Daarbij kan een reden opgegeven worden (heropname). Een nieuwe traject kan vervolgens geopend worden, waarna de patiënt opnieuw vanaf T0 meedoet.
Kun je ergens geen deelname, uitval of reden van uitval registreren?	Momenteel voorziet het Mediquessysteem niet in de registratie van geen deelname. Twee ziekenhuizen dachten erover na om zelf een lijst bij te gaan houden van vragenlijsten die niet zijn afgenomen met de reden erbij. Ze kunnen niet in het Mediquessysteem geregistreerd worden omdat zij geen informed consent hebben gegeven hiervoor. Als de patiënt uitvalt na een T0-afname, kan het einde van de behandeling worden geregistreerd in het Mediquessysteem. De datum van het einde van de behandeling wordt geregistreerd, waarna ook de reden van uitval kan worden geregistreerd.



Bijlage 2 Project ‘Samen beslissen op basis van TOPICS-SF’ van Vilans

Auteurs: R. Pel-Littel, A. Koopman en M. Schellekens, experts Vilans

Vijf van de ziekenhuizen die meededen aan het implementatieproject van de NVKG, maakten ook deel uit van het implementatieprogramma ‘Samen beslissen op basis van persoonlijke uitkomstinformatie’. Dit programma wordt uitgevoerd door Vilans met KBO-PCOB, de TOPICS-MDS werkgroep en de geriatrie afdelingen van het Maasstad ziekenhuis, Elisabeth Tweestedenziekenhuis, Catharina ziekenhuis, Radboudumc en Spaarne Gasthuis, ondersteund door de NVKG en V&VN afdeling geriatrie. Het programma loopt van september 2018 tot september 2020 en wordt gefinancierd door Zorginstituut Nederland.

Doelen en beoogde resultaten ‘Samen beslissen op basis van TOPICS-SF’

Doel van het programma is dat ouderen zich uitgenodigd voelen om als partner in proces van samen beslissen te participeren, zich zekerder voelen over de keuzes die ze maken, gemotiveerder zijn om een behandeling vol te houden en minder vaak kiezen voor behandelingen die niet bijdragen aan hun kwaliteit van leven. Doel voor de zorgverleners is dat zij meer voldoening hebben bij deze manier van werken, omdat er vaker gekozen wordt voor interventies die positief bijdragen aan wat er toe doet in het leven van ouderen en naasten. Op landelijk niveau is het doel ook andere ziekenhuizen en ketenpartners enthousiast worden dit te gaan toepassen in hun werkpraktijk.

Binnen het programma is een van de beoogde resultaten dat ouderen en mantelzorgers voorbereid zijn op een samen beslissen gesprek. Daarnaast leren artsen en verpleegkundigen werken volgens het gespreksmodel voor ‘Samen beslissen met ouderen’ en komen zo op basis van patiënt-gerapporteerde-uitkomstinformatie samen met de patiënt en naasten tot beslissingen over de zorg en behandeling. Er wordt gedurende het programma in samenwerking met de samenwerkingspartners en ouderen een toolbox ontwikkeld met hulpmiddelen om de implementatie van deze werkwijze te faciliteren voor andere ziekenhuizen of in de keten.

Werkwijze ‘Samen beslissen op basis van TOPICS-SF’

De werkwijze binnen het programma is dat er Taskforceteams worden gevormd in de vijf ziekenhuizen, waarbij één persoon als Taskforceleider wordt aangesteld. In een team zit in ieder geval een geriater en een verpleegkundige, vaak ondersteund door iemand van het secretariaat. In totaal vinden er gedurende het programma vier inspiratiebijeenkomsten plaats, waar het hele Taskforceteam bij aanwezig is. Naarmate het project vordert, worden bij de inspiratiebijeenkomsten meer partijen uitgenodigd om de beweging verder op gang te brengen. Daarnaast komen de Taskforceleiders gedurende het project zeven keer samen in een gezamenlijk overleg. Hierin worden ervaringen uitgewisseld en wordt gezamenlijk nagedacht over volgende stappen. Gedurende het project kunnen de Taskforceteams terugvallen op een coach vanuit Vilans. Deze coach neemt regelmatig contact op met de Taskforceteams om de stand van zaken door te spreken. Op een aantal belangrijke



momenten binnen het project bezoeken de coach en projectleider de Taskforceleiders op locatie om ervaringen en plannen door te spreken.

Ouderen worden geïnformeerd over het samen beslissen en het gebruik van de PROM doordat er door de KBO-PCOB bijeenkomsten worden georganiseerd in de regio's van de deelnemende ziekenhuizen.

Opgehaalde ervaringen Vilans implementatieprogramma 'Samen Beslissen met TOPICS-SF' tot nu toe

Op basis van de uitgevoerde vooronderzoeken, de meest recente 'on tour' inspiratiesessies met de Taskforceteams en het laatste overleg met de Taskforceleiders zijn de volgende ervaringen tot nu toe (na het eerste jaar van het programma, september 2019) opgehaald:

Inhoudelijk:

- Uit onderzoek onder 17 geriatrische patiënten en hun naasten kwam naar voren dat zij verwachten dat gesprekken in het ziekenhuis meer patiëntgericht zullen zijn wanneer zij persoonlijke informatie d.m.v. de TOPICS-SF gedeeld hebben. Maar ook denken ze dat sommige vragen uit de TOPICS-SF te moeilijk geformuleerd zijn om goed te kunnen beantwoorden. Als risico benoemden ze dat mensen misschien wat sociaal wenselijke antwoorden invullen, i.p.v. hoe het echt met ze gaat.
- Uit enquêtes gehouden onder 13 deelnemende professionals en verdiepende interviews met 5 professionals kwam het volgende naar voren. Voor zorgprofessionals ligt de meerwaarde van de TOPICS-SF in relatie tot samen beslissen erin dat je snel een overzicht hebt van de belangrijkste problemen die bij geriatrische patiënten spelen. Ook komen problemen boven tafel die patiënt zelf niet altijd aangeven, bijvoorbeeld stemmingsproblemen. De zorgprofessionals uit ons project zoeken nog naar de wijze waarop patiënten kunnen aangeven welke domeinen uit de TOPICS-SF zij belangrijk vinden om te bespreken met de zorgprofessional en wat hun persoonlijke doelen zijn. Nu vraagt de TOPICS-SF daar niet naar en wordt er ook niets in de TOPICS-SF over opgeschreven. Het ontwerp voor de TOPICS-SF dat in het 'Less is more'- project is opgesteld voldoet aan deze eisen, maar zolang dit technisch nog niet gerealiseerd is, wordt een patiëntenfolder (zie bijlage 2 voor een voorbeeld) in een deel van de deelnemende ziekenhuizen nu als tussenoplossing gebruikt. In een ziekenhuis waar met een ander technisch system wordt gewerkt, is het wel gelukt om dit alvast in de TOPICS-SF (of in het Elektronisch Patiënten Dossier) in te bouwen.

Proces:

- De patiënten en naasten uit ons onderzoek gaven aan dat zij de vragenlijst graag thuis, op papier, in alle rust zouden willen invullen.
- Het mooiste is als je als professional zelf de volgende TOPICS-SF (na 3 maanden) weer af kunt nemen. Dat geeft continuïteit en laat zien of er verbeteringen of verslechtingen zijn in het functioneren. Eigenlijk wil je dan vooral ook kunnen zien of de patiënt zijn persoonlijke doelen gehaald heeft, maar dat staat nu nog niet in de TOPICS-SF.



- Het is in elk ziekenhuis zoeken hoe je de informatie uit de TOPICS-SF goed mee kan nemen in het gesprek waarin samen beslist wordt. Soms komt de informatie te laat om het mee te kunnen nemen in het gesprek. Bijvoorbeeld doordat er standaard afname momenten zijn die niet aansluiten bij de gespreksmomenten met de patiënt en zijn naasten. Kijk dus goed naar de inrichting van dit proces!
- Het blijkt in de praktijk een grote uitdaging om het samen beslissen met de TOPICS-SF in de kliniek vorm te geven. De patiënten zijn vaak te ziek om zelf de TOPICS-SF in te vullen en wie de belangrijkste naaste is, is soms onduidelijk. Er zijn veel verschillende zorgprofessionals (verpleegkundigen, artsen) betrokken tijdens opname, en er is vaak hoge werkdruk/hectiek op de afdeling. De ervaringen op de polikliniek zijn veel beter, de consulten zijn gepland en de mensen kunnen thuis of in de wachtkamer de TOPICS-SF invullen. Omdat de situaties minder acuut en heftig zijn, kunnen de patiënten en hun naasten ook beter participeren in het samen beslissen.

Geleerde lessen en adviezen Vilans uit het implementatieprogramma 'Samen beslissen op basis van de TOPICS-SF'

- TOPICS-SF wordt door Samen beslissen meer een nuttig en bruikbaar middel voor betere zorg. Hoewel het door sommige zorgprofessionals als belastend ervaren wordt om de vragenlijsten in te (laten) vullen, is de meerwaarde ervan duidelijker als het in de praktijk ingezet kan worden voor een beter Samen beslissen gesprek.
- Samen beslissen o.b.v. TOPICS-SF is beter compatibel met proces in polikliniek dan kliniek / de polikliniek leent zich er meer voor omdat het beter te plannen is. Hier is het ook bruikbaar voor het Samen beslissen omdat voorafgaand aan het consult de informatie al bij de geriater is.
- Ieder ziekenhuis heeft duidelijk een eigen context / geen standaardmanier voor goede implementatie TOPICS-SF. Goed om ruimte te maken voor maatwerk.
- Lastig om het onderzoeksdoel te verenigen met het gebruik voor de praktijk - casemix die moeilijk in te vullen is. Daardoor is de informatie uit de TOPICS-SF niet altijd betrouwbaar.
- Het maken van een plan van aanpak met daarin aandacht voor veranderkundige aspecten, kan helpend zijn voor het goed laten verlopen van de implementatie.
- Het ontbreken van vragen over wat voor de patiënt belangrijk is/het stellen van doelen, wordt gemist bij de vragenlijst. De eerder genoemde ontworpen tool die binnen het project Less is More ontworpen is zou hierin helpend kunnen zijn. De tool zou daarnaast mogelijk beter inzicht kunnen geven in de resultaten.

Adviezen vanuit Vilans

Op basis van de uitgevoerde vooronderzoeken, de meest recente 'on tour' inspiratiesessies met de Taskforceteams en het laatste overleg met de Taskforceleiders zijn de volgende adviezen tot nu toe (na het eerste jaar van het programma, september 2019) opgehaald:

Implementatie werkwijze:

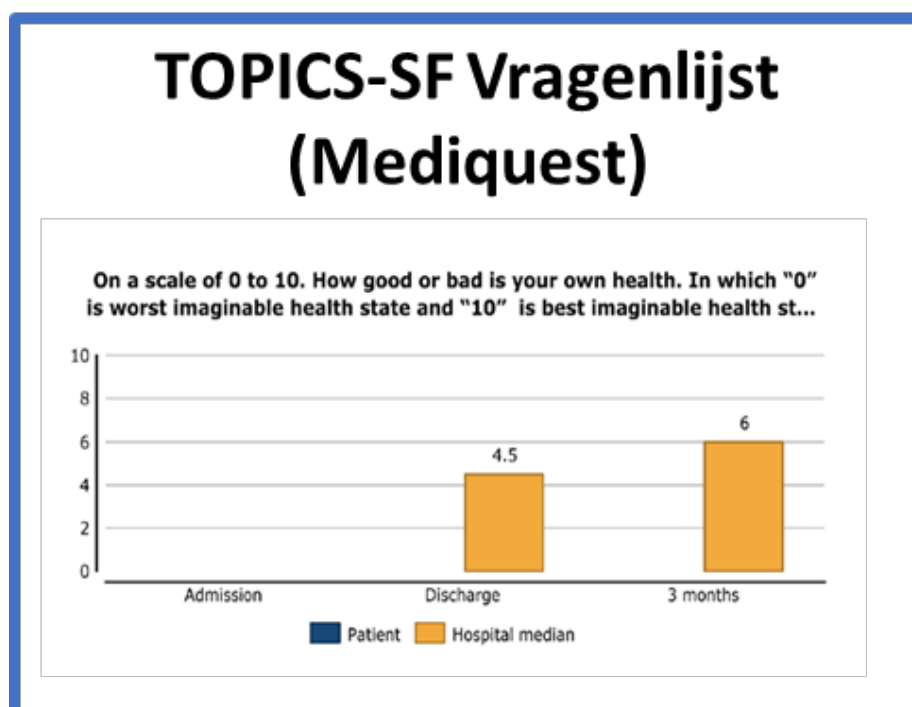
- Maak een plan van aanpak met daarin aandacht voor veranderkundige aspecten. Hou echt rekening met de lokale context. Er moeten een paar enthousiaste



trekkers/ambassadeurs zijn, anders lukt het eigenlijk niet om het van de grond te krijgen. Ambassadeurs zijn nodig om het naar collega's uit te dragen.

- Ga vroeg om de tafel met de ziekenhuis ICT en de technische partij om de TOPICS-SF en de voorbereiding op het samen beslissen (welke domeinen mensen willen bespreken en wat hun persoonlijke doelen zijn) te integreren in het ziekenhuisinformatie systeem.
- Bedenk hoe je de verschillende disciplines bij de implementatie betreft. Wie heeft welke rol? Wat valt er 'te halen' voor een discipline? Als bijv. een verpleegkundige alleen meer administratielast ervaart omdat zij de TOPICS-SF moet afnemen, maar verder niets met de resultaten doet, is de kans op succes gering.
- Probeer het administratieve proces te faciliteren, goede secretariële ondersteuning kan het verschil maken.
- Kijk goed met elkaar hoe het werkproces eventueel aangepast kan worden zodat zowel professional die het samen beslis-gesprek voert, als de patiënt zich daadwerkelijk kan en gaat voorbereiden. Door de bril op te zetten van deze professional danwel patiënt bij zijn 'reis door het ziekenhuis' kom je achter kleine dingen die hier bevorderend danwel belemmerend in kunnen werken.
- Sta periodiek stil om te kijken hoe het ervoor staat: om de oogst van de verrichte inspanningen te vieren en weer energie te richten en te bundelen voor vervolgstappen.

Verduidelijking begrippen



Figuur 4. Printscren uit het Mediquest-systeem, weergave van antwoorden op vraag (mediaan van ziekenhuis en (hier niet aanwezig) de antwoorden van de patiënt



Ontwerp digitale gesprekstoel

Radboudumc Nederlands -

INFORMATIE

Mijn Beoordeling

WAT IK BELANGRIJK VIND

VRAAGEN AAN MIJN ARTS

MAAK EEN KEUZE

Algemene gezondheid

Pijn

Cognitief

Dagelijks leven

Hoe voelt u zich

Sociale activiteiten

Kwaliteit van leven

**Hoe belangrijk vindt u dit
onderwerp om met uw
behandelaar te bespreken?**

**Welk cijfer geeft u uw leven?
Wat moet er gebeuren om een punt
omhoog te gaan?
Wat wilt u met uw behandelaar
bespreken?**

Figuur 5. Ontwerp digitale gesprekstoel, door Vilans ontworpen in het project 'Less is More'

Patiëntenfolder

(= papieren alternatief digitale gesprekstoel)

Vorbereitung op het gesprek in het ziekenhuis

Beste mijnheer, mevrouw

U heeft binnenkort een afspraak in het ziekenhuis.
Wilt u deze folder thuis invullen en meenemen naar
de afspraak?

Uw behandelaar heeft
medische kennis

U hebt kennis over uw
persoonlijke situatie

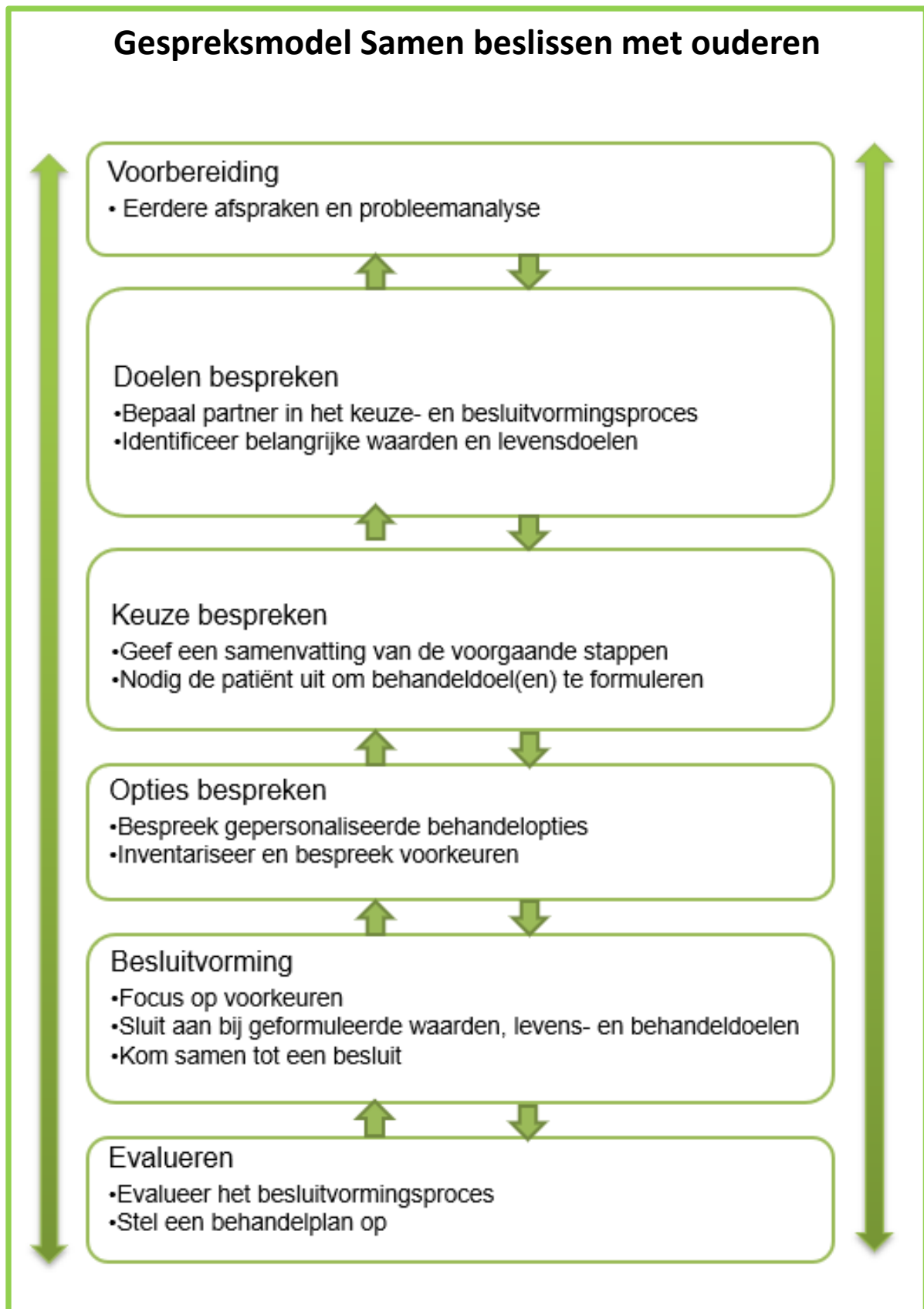


Samen kunnen we beslissen wat

het beste voor u is!



Figuur 6. Patiëntenfolder door Vilans ontwikkeld voor de toolbox Samen Beslissen met de TOPICS-SF



Figuur 7. Gespreksmodel Samen beslissen met ouderen zoals gebruikt wordt in het Vilans project (Dynamic model for shared decision making with frail older persons, v.d. Pol et al, 2016)



Vilans Samen beslissen met de TOPICS-SF

Inhoud Toolbox

Informatie voor patiënten

- Animatie film uitleg TOPICS-SF en samen beslissen
- Patiëntenfolder
- Voorbeeldbrief polikliniek patiënten

Promotie materialen

- Posters
- Kaarten
- Folder
- Stickers
- Mijlpalen poster

Training samen beslissen

- Basis E-learning met oefenscenario's
- 3 follow-ups E-learning

Veranderkundige informatie

- Patiënt journey samen beslissen met TOPICS-SF

Achtergrondinformatie

Voorbeeld presentaties Powerpoint

mediquest



Rapportage Pilotonderzoek PROMS

Door:

Jeroen de Bruijn
Colene Zomer

Datum:

09-12-2019

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Respons per type vragenlijst	4
Polikliniek.....	4
Kliniek.....	4
Respons per ziekenhuis.....	5
Totaal.....	5
Polikliniek.....	6
Kliniek.....	6
Percentage ingevulde vragen per vragenlijst.....	7
Polikliniek.....	7
Kliniek.....	8
Benchmark analyse	9
Ervaren gezondheid (polikliniek).....	9
Kwaliteit van leven (polikliniek).....	10
Activities of Daily Living (ADL).....	10
ADL - Polikliniek.....	10
ADL4 - Polikliniek	11
iADL4 - Polikliniek	11
Psychologisch welbevinden (polikliniek)	12
Multimorbiditeit (polikliniek)	12
Frailty index (polikliniek).....	13
Conclusie	13

Inleiding

De PROM geriatricie is gedurende 2018 en 2019 uitgezet onder een selectie van ziekenhuizen. Het huidige rapport geeft een eerste inzage in de respons op de vragenlijsten en toont de verschillen in aanlevering tussen ziekenhuizen.

De PROM geriatricie kan worden uitgevraagd op drie meetmomenten voor poliklinische patiënten en voor klinische patiënten. Op alle meetmomenten kunnen 2 vragenlijsten ingevuld worden: de TOPICS-SF en de Casemix vragenlijst.

Poliklinische patiënten (TOPICS-SF & Casemix):

- T0: Baseline, 1^e polikliniek bezoek.
- T1: Follow-up (3 maanden)
- T2: Follow-up (6 maanden)

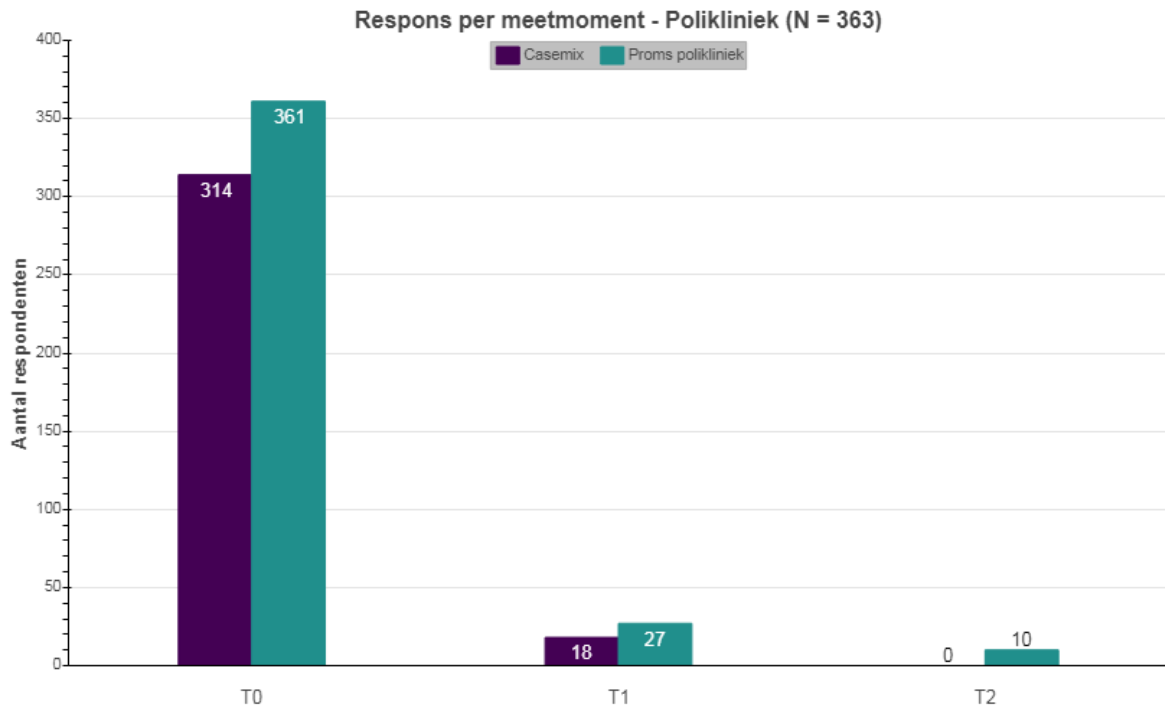
Klinische patiënten (TOPICS-SF & Casemix):

- T0: Baseline, 24 uur na opname in ziekenhuis
- T1: Follow-up, ontslag ziekenhuis
- T2: Follow-up (3 maanden)

In dit rapport wordt de nadruk gelegd op de mate van implementatie van de PROM geriatricie. Daarnaast is er een eerste aanzet gedaan om de ziekenhuizen te benchmarken op verschillende resultaten en somscores. In enkele gevallen is besloten om data niet te tonen vanwege onvoldoende respons, het is dan niet mogelijk om een betrouwbare uitspraak te doen. Indien dit het geval is dan wordt dit bij de grafiek toegelicht.

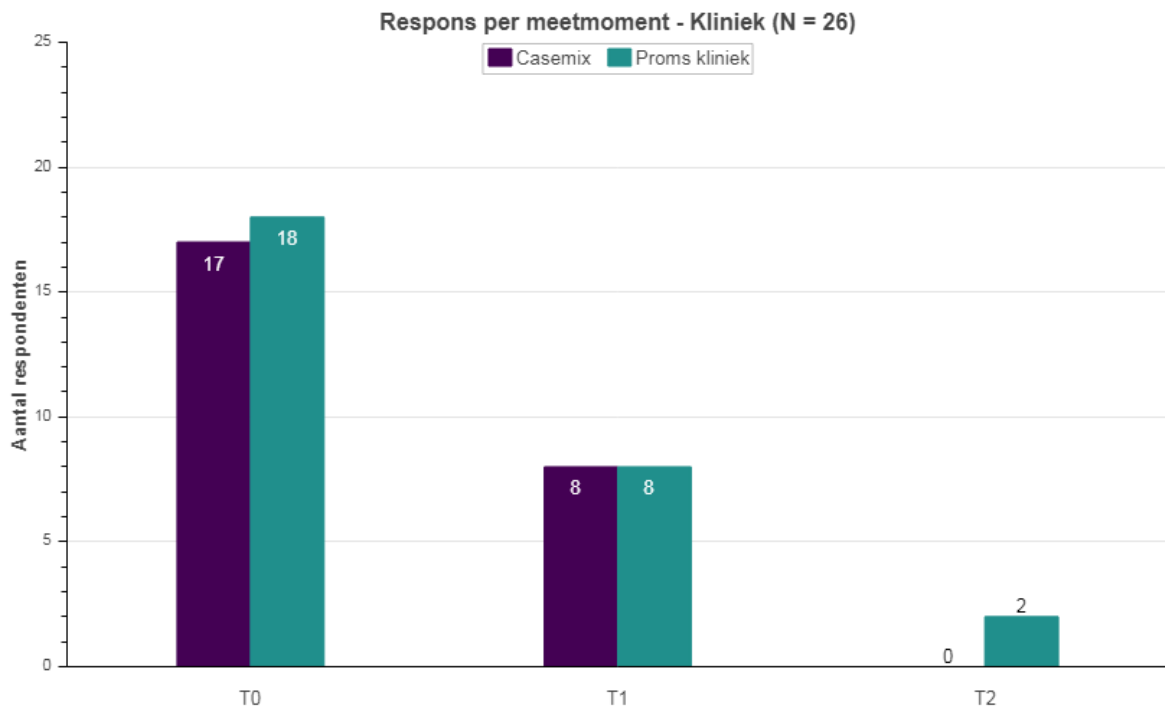
Respons per type vragenlijst

Polikliniek



Bovenstaand is de respons op de poliklinische vragenlijsten in kaart gebracht. Er is geen casemix data aangeleverd over Meetmoment 2. Daarnaast is er een duidelijke afname van respons zichtbaar over de meetmomenten heen. De poliklinieken data is verzameld door 4 verschillende ziekenhuizen.

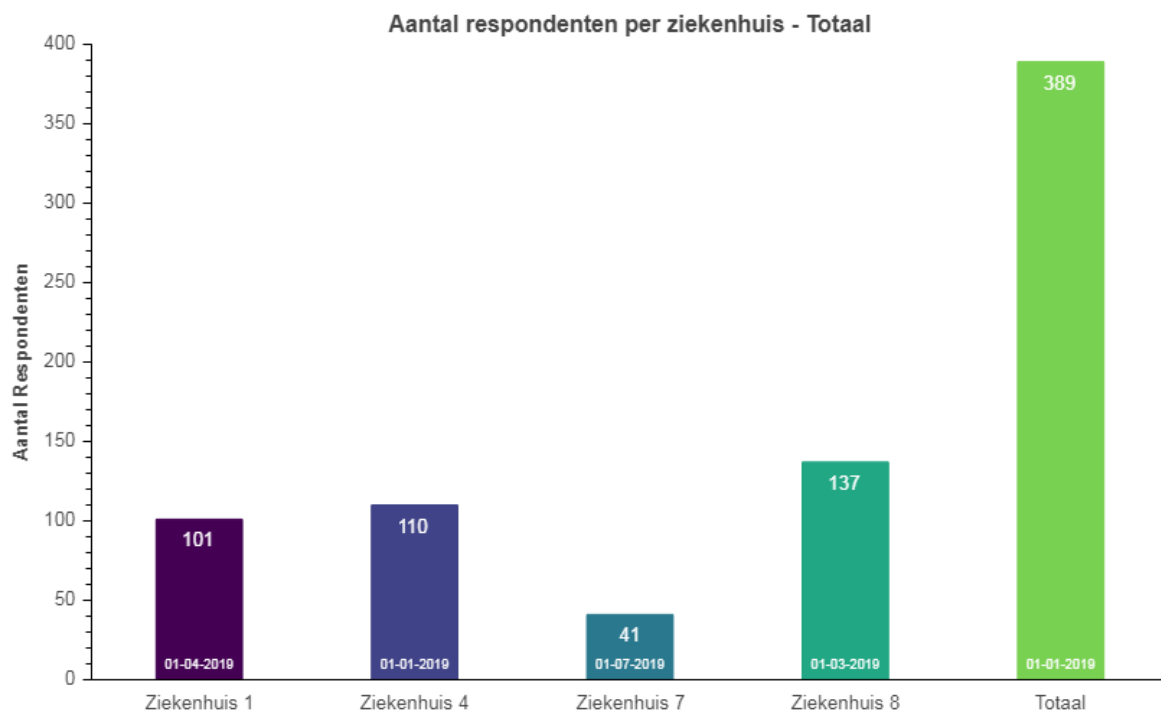
Kliniek



De respons op de klinische vragenlijst is duidelijk lager dan bij de poliklinische vragenlijsten, met name op T0. Voor T2 is geen casemix data aangeleverd. De klinische data is verzameld door 2 verschillende ziekenhuizen.

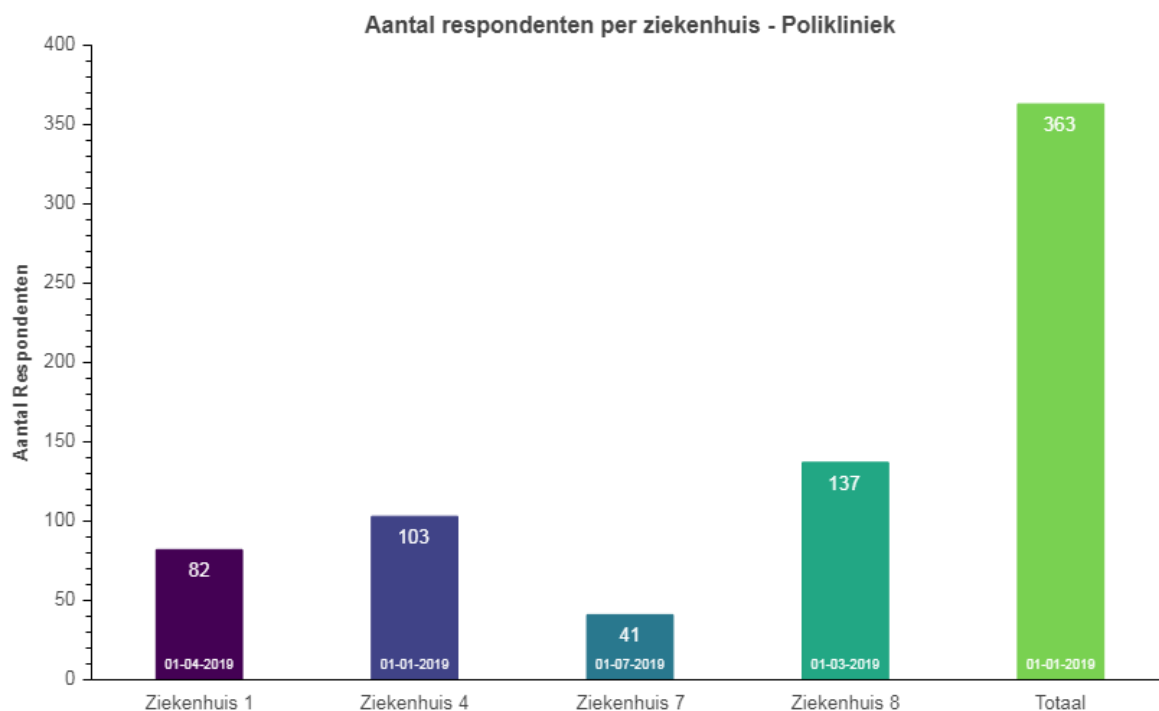
Respons per ziekenhuis

Totaal



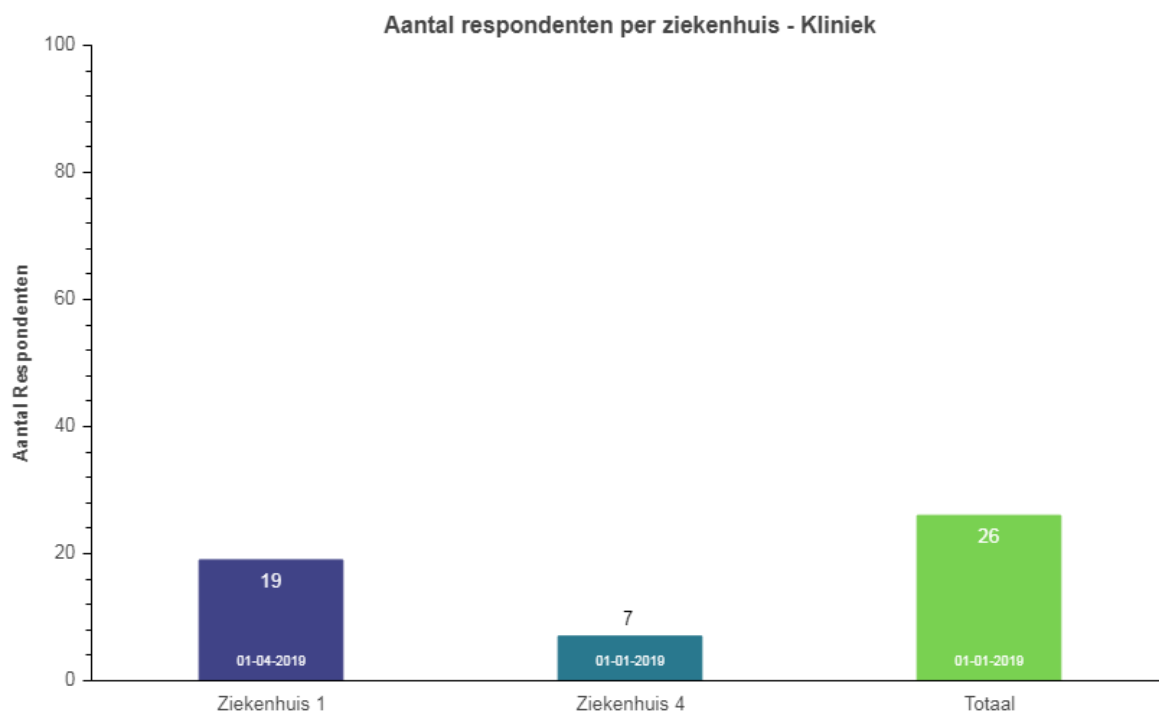
De respons van alle ziekenhuizen waar tot op heden data van beschikbaar is, is in kaart gebracht. Bovenstaande grafiek betreft een combinatie van de klinische en de poliklinische vragenlijsten. Onderin de balken wordt de startdatum van dataverzameling van het desbetreffende ziekenhuis weergegeven. Een latere start kan een lagere respons verklaren. Ziekenhuis 6 (Questmanager) is niet opgenomen in de onderstaande berekeningen. Dit ziekenhuis heeft, met als startdatum 19-11-2018, 76 volledige trajecten gemeten en 3 onvolledige trajecten.

Polikliniek



Het grootste deel van de respons komt uit de poliklinische vragenlijst (93% van de totale aanleveringen). Deze vragenlijst wordt, zoals eerder vermeld, aangeleverd door 4 verschillende ziekenhuizen.

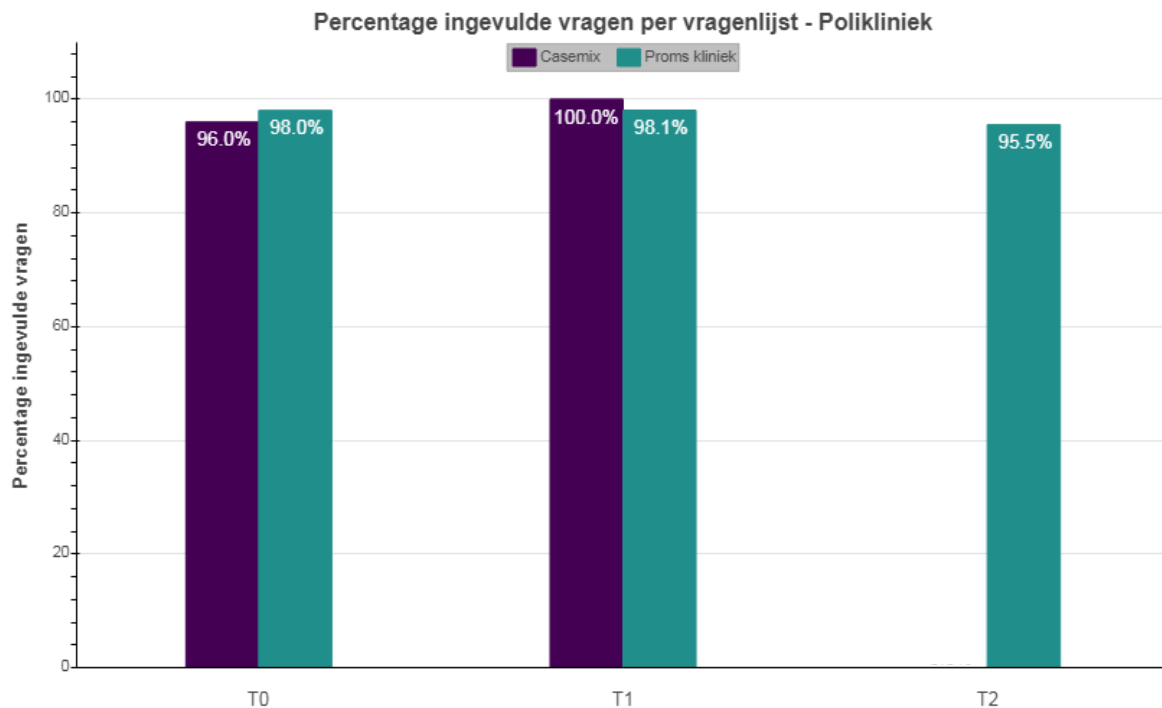
Kliniek



Voor de klinische vragenlijsten is alleen data van twee ziekenhuizen beschikbaar. Mede hierdoor is de totale respons laag. Echter is ook de respons per ziekenhuis zeer laag.

Percentage ingevulde vragen per vragenlijst

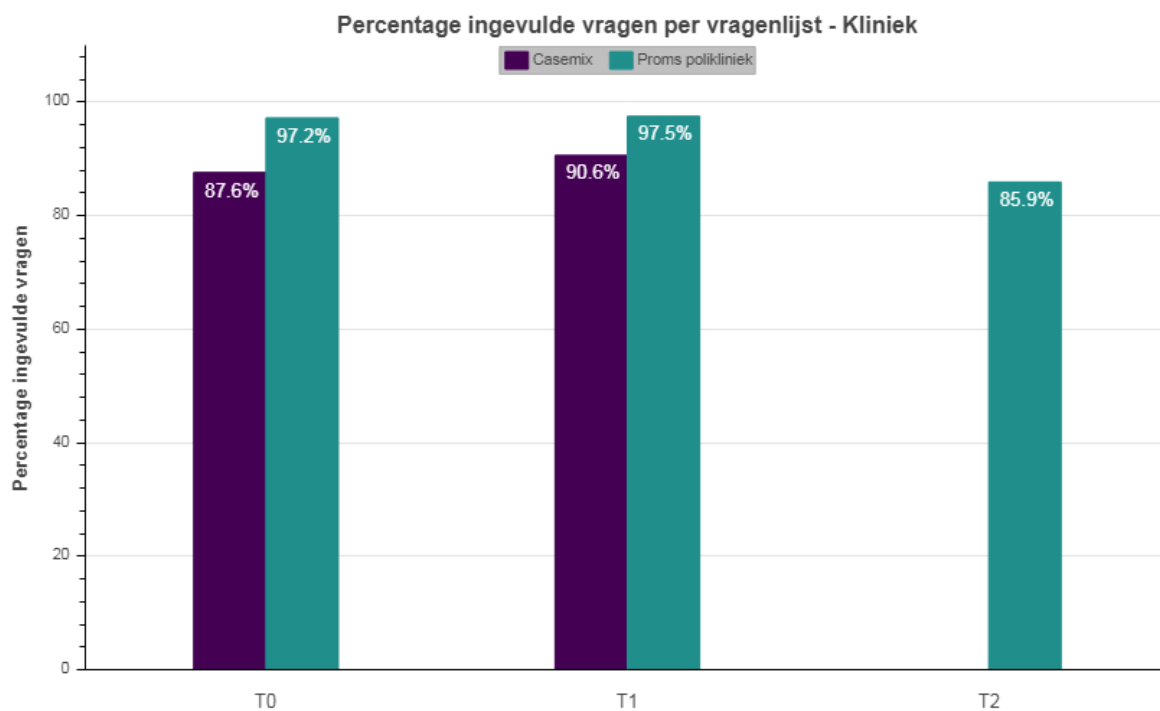
Polikliniek



Het percentage ingevulde vragen per vragenlijst is uiteengezet in bovenstaande grafiek.

Respondenten vullen de vragenlijsten over het algemeen goed in, met percentages ingevulde vragen van boven de 90% op iedere meetmoment. De Casemix vragenlijst wordt op T1 zelfs altijd volledig (100%) ingevuld.

Kliniek



De vragenlijsten voor klinische afdelingen worden minder volledig ingevuld dan de polikliniek vragenlijsten, al wordt in alle gevallen nog steeds meer dan 80% van de vragen beantwoord. Ter verdieping en evaluatie van de vragenlijsten kan er gekeken worden welke vragen er vaak worden overgeslagen bij het invullen.

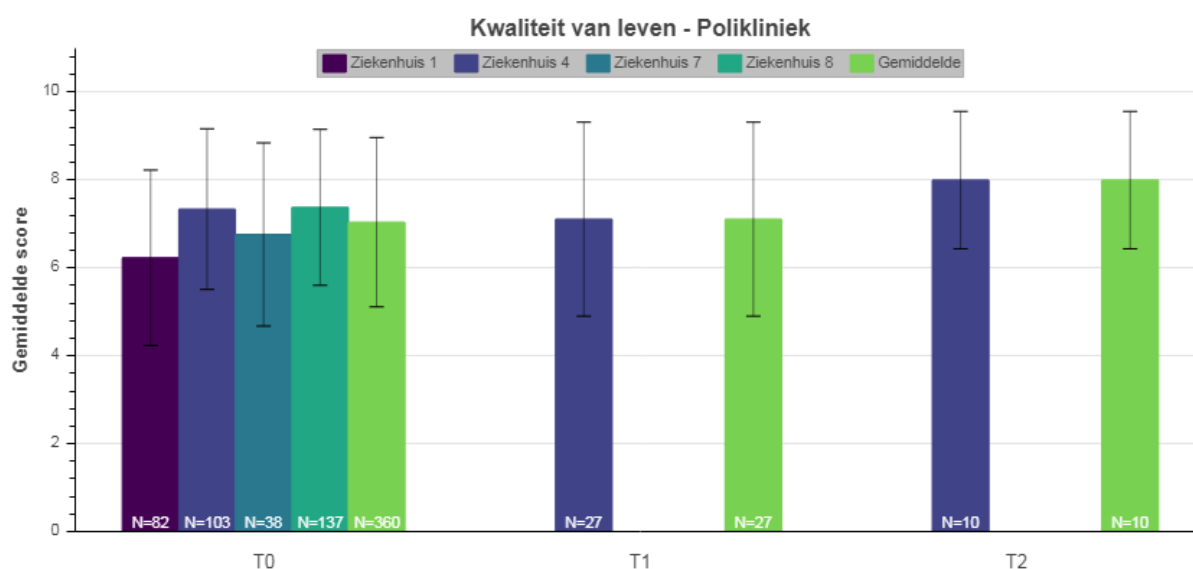
Benchmark analyse

Ten behoeve van de vergelijking tussen ziekenhuizen wordt een benchmark gedaan op verschillende dimensies uit de vragenlijsten. Dit zijn: Ervaren Gezondheid, Kwaliteit van Leven, ADL (activities of daily living), Psychologisch welbevinden, Multimorbiditeit en Frailty (kwetsbaarheid). De respons tussen meetmomenten en vragenlijsten verschilt sterk. Om een betrouwbare vergelijking te kunnen maken tussen ziekenhuizen, wordt in de huidige analyse alleen data getoond van ziekenhuizen met een N van 10 of meer.

Er is maar één ziekenhuis met voldoende N om, naast T0, ook op T1 en T2 scores weer te geven voor de poliklinische vragenlijsten. Om die reden zal er alleen op de resultaten op T0 ingegaan worden.

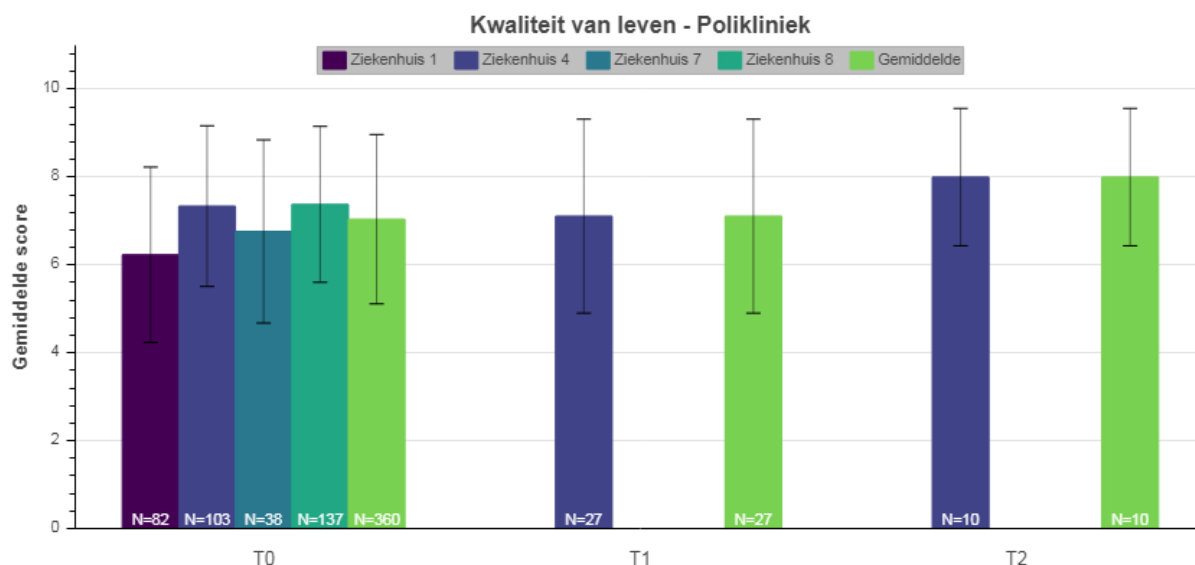
Op de klinische vragenlijsten zijn te weinig respondenten en te weinig ziekenhuizen aanwezig om een benchmark weer te geven. Om deze reden wordt er geen klinische data weergegeven in de benchmarks.

Ervaren gezondheid (polikliniek)



Op T0 voldoen alle ziekenhuizen aan de minimale N voor het tonen van de data. De scores liggen voor alle ziekenhuizen tussen de 6 en 8. Daarnaast is te zien dat de standaarddeviaties groot zijn, wat betekent dat er binnen de ziekenhuizen veel variatie is in de scores. Hierdoor is het lastig om noemenswaardige verschillen tussen de ziekenhuizen te benoemen.

Kwaliteit van leven (polikliniek)

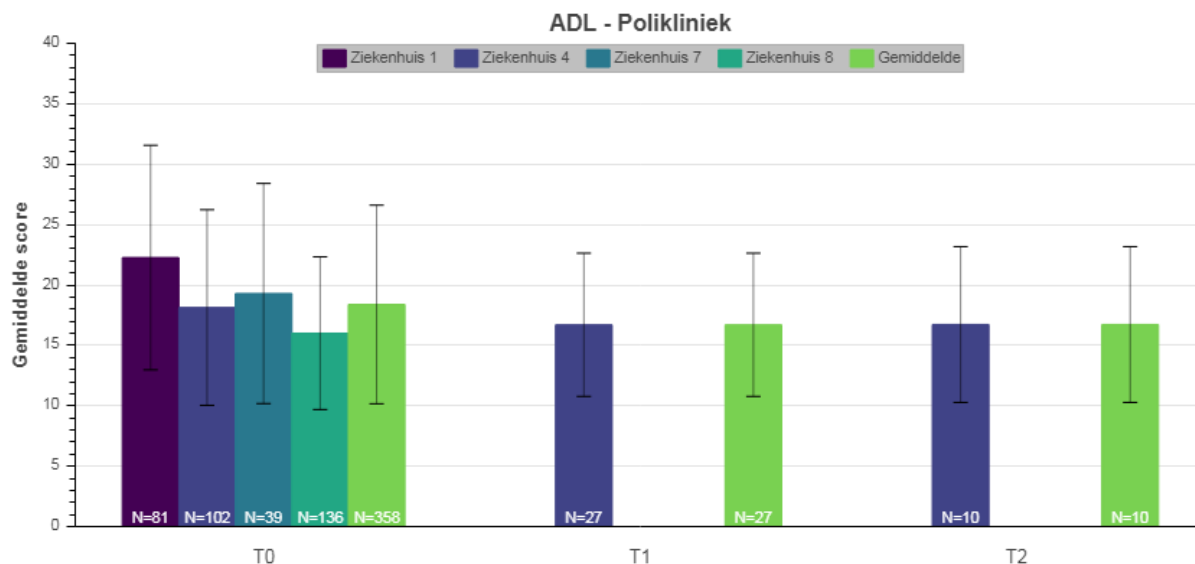


Op T0 zijn er verschillen zichtbaar tussen de ziekenhuizen, maar ook hier zijn de standaarddeviaties groot.

Activities of Daily Living (ADL)

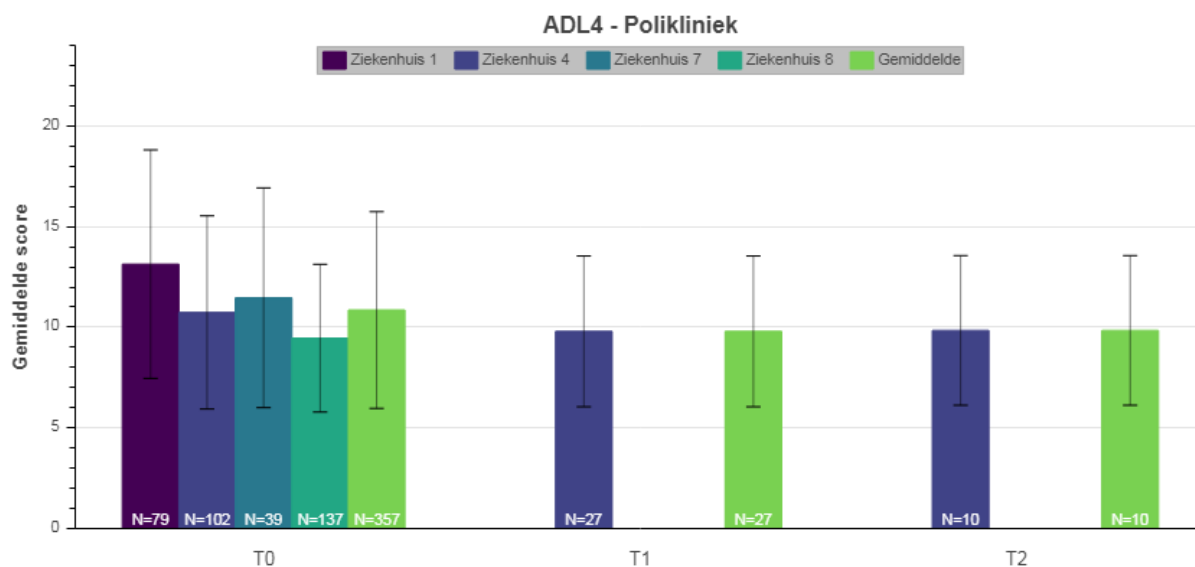
De ADL vragenlijst bestaat uit 10 items, gericht op het in kaart brengen van de zelfstandigheid waarbij dagelijkse activiteiten worden uitgevoerd op een schaal van 1-4.

ADL - Polikliniek



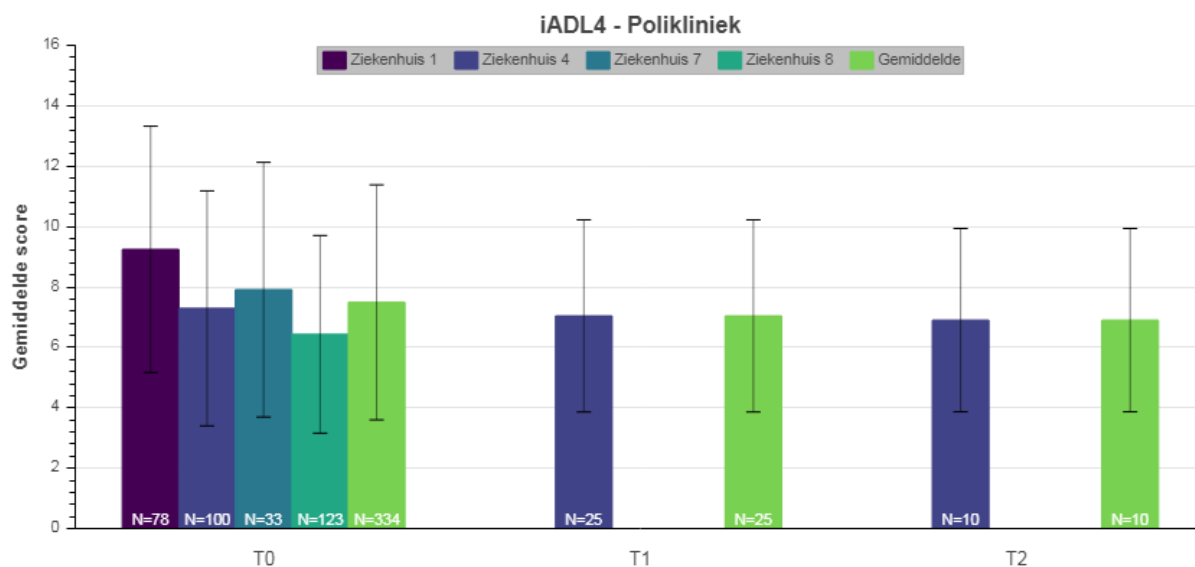
Bovenstaande grafiek geeft de optelling weer van de 10 items van de ADL vragenlijst (range van 10 tot 40). In de berekening wordt gecorrigeerd voor missende waarden. Indien er meer dan 2 antwoorden ontbreken is de betreffende vragenlijst niet meegenomen in de berekening. Hoe hoger de score, hoe beperkter het individu is in het zelfstandig uitvoeren van dagelijkse activiteiten.

ADL4 - Polikliniek



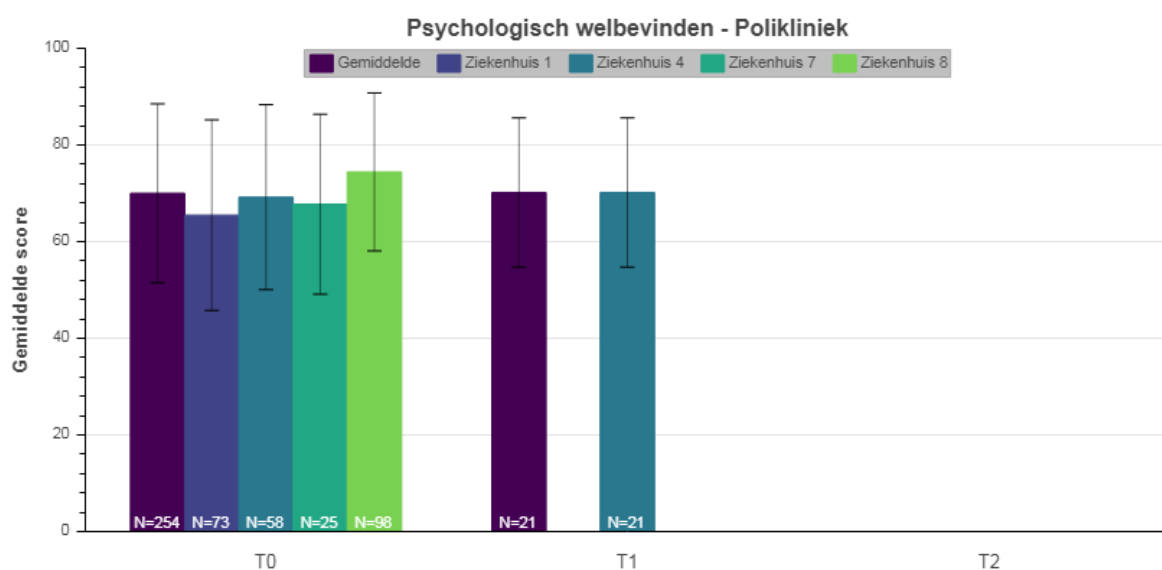
De ADL4 betreft een samenstelling van 6 items uit de ADL vragenlijst, dit betreffen de vragen: aankleden, opstaan stoel, wassen, traplopen, wandelen en teennagels verzorgen. In de totaalscore (range 6-24) worden enkel items meegenomen waar minimaal 5 van de 6 vragen zijn beantwoord.

iADL4 - Polikliniek



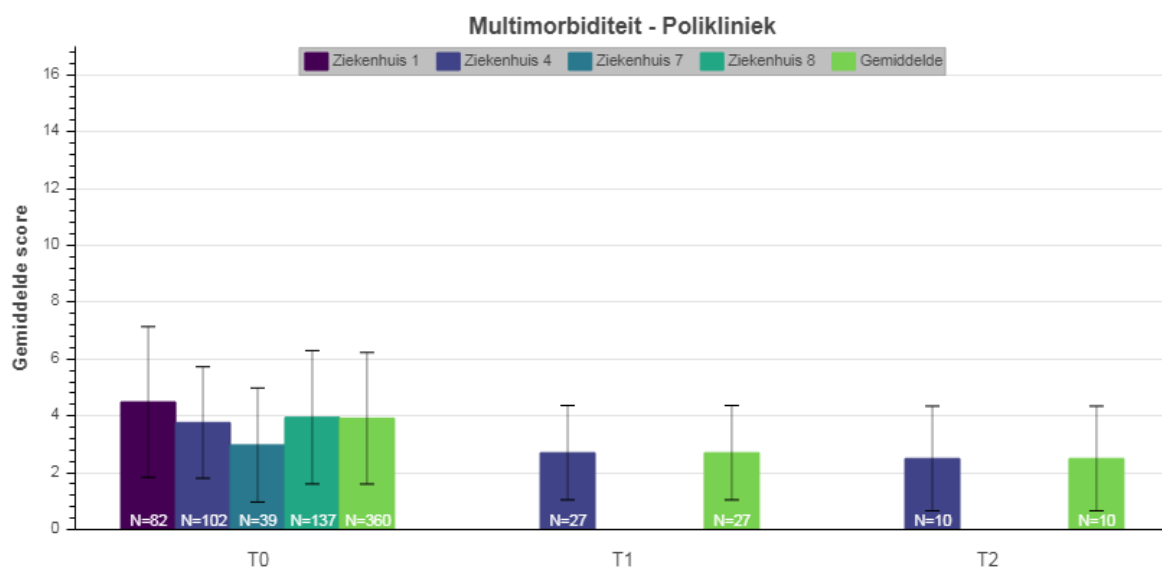
De iADL4 betreft een samenstelling van 4 vragen uit de ADL vragenlijst, namelijk: huishouden, boodschappen, medicatie inname en vervoer/reizen. De totaalscore van deze items (range 4-16) wordt gecorrigeerd indien maximaal 1 item ontbreekt.

Psychologisch welbevinden (polikliniek)



Het psychologisch welbevinden is gemeten met 3 items op een schaal van 1 tot 6. Op de y-as is de gemiddelde getransformeerde schaalscore zichtbaar. Op meetmoment T1 heeft slechts 1 ziekenhuis data aangeleverd over het psychologisch welbevinden, op T2 voldoet geen van de ziekenhuizen aan de minimale N om te tonen in de benchmark grafiek (N = 8).

Multimorbiditeit (polikliniek)



Bovenstaand wordt een optelling weergegeven van de vragen over ziektelast (17 items). Op T0 is de respondent, over alle ziekenhuizen heen (N = 360), in aanraking gekomen met 3.9 van deze aandoeningen in de afgelopen 12 maanden.

Vragen op deze vragenlijst dienen te worden beantwoord met “ja” of “nee”. Indien geen antwoord gegeven is op een vraag is dit antwoord gerekend als “nee”.

Frailty index (polikliniek)



De frailty index bestaat uit een samenvoeging van vragen van de kwaliteit van leven, ADL, Psychologisch welbevinden en Multimorbiditeit. Deze 35 vragen zijn omgezet naar een schaal van 0-1 waar participanten met een score boven de 0.25 worden geclassificeerd als kwetsbaar. De meeste ziekenhuizen scoren gemiddeld rond deze grenswaarde. Echter, valt op dat 'Ziekenhuis 1' met een gemiddelde frailty van 0.36 aanzienlijk hoger scoort dan de andere ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen hebben een grote standaard deviatie. Dit duidt erop dat er binnen de ziekenhuizen veel verschil is tussen patiënten wat betreft kwetsbaarheid. De data is gecorrigeerd voor missende waarden.

Conclusie

Er is een groot verschil in respons tussen meetmomenten. T1 en T2 hebben veel minder respons dan T0. Dit is het geval bij zowel polikliniek als kliniek.

Het aantal respondenten op de klinische vragenlijsten is lager dan op de poliklinische vragenlijsten, zowel doordat er overall minder respondenten zijn per meetmoment, als omdat minder ziekenhuizen deze vragenlijst aanleveren. Om deze reden was het niet mogelijk een benchmark tussen ziekenhuizen te laten zien voor de klinische vragenlijsten.

De benchmark laat weinig verschil zien tussen ziekenhuizen, de standaard deviatie is over het algemeen groot. Dit duidt op veel variatie op de score binnen het ziekenhuis.

Een interessante verdiepende analyse is het controleren van de missende waarden. Een reden dat vragen leeg gelaten worden kan zijn omdat het een gevoelig onderwerp betreft, of omdat de vraag niet goed wordt geïnterpreteerd.

Data van ziekenhuis 6 (Questmanager) is niet opgenomen in huidige analyse, omdat deze data niet op tijd is aangeleverd voor analyse. Dit ziekenhuis heeft 76 volledige trajecten gemeten en 3 onvolledige trajecten. De toevoeging van deze data zou de benchmarkinformatie op T1 en T2 informatiever kunnen maken.

Bijlage 4 Voorbeeld ingevulde vragenlijst in Mediquest-systeem (test-patiënt)

987654

Mevr. , 1 Januari 1940

PROMs Geriatrie Klinisch Follow-up

Geriatrie Klinisch - 7 Februari 2019

Datum

14 Februari 2019

Gezondheidsstatus

Algemene gezondheid

Op een schaal van 0 tot 10: hoe is in het algemeen uw gezondheid? Waar 0 'volledig ziek' betekent en 10 'volledig gezond'

8

Pijn

Pijn en ongemak

Heeft u op dit moment pijn of ongemak?

Een beetje

Generieke vragen

Hersenfuncties

Heeft u klachten over uw geheugen?

Ja

Taken en bezigheden in het dagelijkse leven

Taken en bezigheden in het dagelijkse leven

Kunt u zich, geheel zelfstandig...

... aan- en uitkleden

Ja, dat kan ik zelfstandig zonder enige moeite

... vanuit een stoel overeind komen

Ja, dat kan ik zelfstandig met enige moeite

... uw hele lichaam wassen en afdrogen

Ja, dat kan ik zelfstandig zonder enige moeite

... de trap oplopen en aflopen

Ja, dat kan ik zelfstandig zonder enige moeite

... buitenshuis rondlopen (eventueel met een stok of een rollator)

Ja, dat kan ik zelfstandig met enige moeite

... uw voeten en teennagels verzorgen

Ja, dat kan ik zelfstandig zonder enige moeite

... lichte huishoudelijke werkzaamheden verrichten (bijvoorbeeld afstoffen, opruimen)

Ja, dat kan ik zelfstandig met enige moeite

... de boodschappen doen

Ja, dat kan ik zelfstandig zonder enige moeite

... uw medicijnen innemen

Ja, dat kan ik zelfstandig zonder enige moeite

... van uw eigen of openbaar vervoer gebruik maken

Ja, dat kan ik zelfstandig zonder enige moeite

Hoe u zich voelt

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich kalm en rustig?

Voortdurend

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich neerslachtig en somber?

Meestal

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken voelde u zich gelukkig?

Meestal

Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen *gedurende de afgelopen 4 weken* uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

Meestal

Bijlage 4. Voorbeeld ingevulde vragenlijst in Mediquest-systeem (test-patiënt)

Kwaliteit van leven

De volgende vraag gaat over uw 'kwaliteit van leven'. Daarmee wordt bedoeld wat u van uw leven vindt. Bijvoorbeeld of u tevreden bent met uw leven, of u plezier in uw leven heeft en of uw leven u voldoening geeft.

Op een schaal van 0 tot 10: hoe tevreden bent u met uw leven? Waar 0 'volledig ontevreden' betekent en 10 'volledig tevreden'.

7

Relatie

Wat is uw burgerlijke staat?

Gehuwd

Wonen

Wat is uw woonsituatie?

Zelfstandig, alleen

Problemen

Welke aandoening heeft u op dit moment of heeft u in de afgelopen 3 maanden gehad?
Kies "Ja" als u de ziekte / aandoening heeft.
Kies "Nee" als u de ziekte / aandoening niet (gehad) heeft.

Suikerziekte (diabetes)	Nee
Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	Nee
Hartfalen, hartinfarct of andere hartaandoening	Nee
Een vorm van kanker (kwaadaardige aandoening)	Nee
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem, of CARA/COPD	Nee
Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)	Nee
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma)	Nee
Chronische gewrichtsontsteking (artritis)	Nee
Botontkalking (osteoporose)	Nee
Gebroken heup of andere botbreuken	Nee
Duizeligheid	Nee
Ziekte van het zenuwstelsel (Parkinson, MS, epilepsie)	Nee
Depressie	Nee
Angst- en/of paniekstoornis	Nee
Dementie	Nee
Gehoorproblemen (ondanks gehoorapparaat)	Nee
Problemen met zien (ondanks bril/lenzen)	Nee
Bent u de afgelopen 3 maanden gevallen?	Nee

Hulp bij invullen

Heeft iemand u geholpen bij het invullen van deze vragenlijst?

Nee, ik heb de lijst alleen ingevuld.

Opmerking

Heeft u nog vragen en/of op- of aanmerkingen?

Nee

Bijlage 4. Voorbeeld ingevulde vragenlijst in Mediquest-systeem (test-patiënt)