

Less is More ontwikkeltraject

Auteurs: Niels Vrind (Patiëntenfederatie) & Dewi Schmidt (Zorgevaluatie & Gepast Gebruik)

Inhoudsopgave

1. Achtergrondinformatie	1
2. Less is More ontwikkeltraject	1
2.1 Voorbeeld: Less is More Barrettsurveillance	1
2.2 Stappenplan	2
2.2.1 Brainstorm: Inventariseren & identificeren van potentiële onderwerpen	2
2.2.2 Voorselectie potentiële onderwerpen	2
2.2.3 Gezamenlijk selecteren & prioriteren potentiële onderwerpen	2
2.2.4 Draagvlak toetsen bij achterban patiëntenorganisaties, incl. analyse & conclusies trekken	3
2.2.5 Definitieve vaststelling onderwerpen	3
2.2.6 Onderwerpen indienen	3
2.3 Na indiening	3
2.4 Tijdslijnen ontwikkeltraject	4
2.5 Verwachte tijdsinvestering	4
2.6 Financiële tegemoetkoming werkzaamheden	4
2.7 Tips patiëntenorganisatie SPKS n.a.v. ervaringen Barrettsurveillance	4
2.8 Veel gestelde vragen	5
2.9 Contact	6

1. Achtergrondinformatie

Uit eerder onderzoek onder het zorgpanel van Patiëntenfederatie Nederland is gebleken dat 17% van de deelnemers te maken heeft gehad met zorg die zij niet nodig vonden. In een vervolgonderzoek uit 2024 gaf zelfs 41% van de deelnemers aan in de afgelopen 2 jaar één of meerdere keren onnodige zorg te hebben ervaren. Daarnaast is de effectiviteit van de zorg die in Nederland verleend wordt niet altijd wetenschappelijk bewezen. Zo liet een onderzoek van het Kennisinstituut in 2021 zien dat binnen de nieuw gepubliceerde richtlijnen slechts 13% van de aanbevelingen wetenschappelijk sterk waren onderbouwd. Verder kampt de gezondheidszorg in Nederland met een steeds stijgende zorgvraag, krapte in zorgpersoneel en lange wachttijden. Vanwege deze redenen werken de partijen in de medisch specialistische zorg (MSZ) binnen het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) samen, met als doel dat de patiënt de zorg krijgt die wetenschappelijk gezien het beste is.

2. Less is More ontwikkeltraject

Een van de ontwikkeltrajecten binnen ZE&GG focust zich op het veilig stoppen met zorg die geen waarde toevoegt voor de patiënt én die ook niet bewezen effectief is. Stoppen met deze zorg verlaagt de behandellast voor patiënten; vermindert onnodige zorg; vergroot efficiënte inzet van zorgpersoneel; heeft een positieve impact op de capaciteitsproblematiek (beschikbaarheid, middelen, duurzaamheid, wachttijden); en bespaart kosten. Het ontwikkeltraject is gesteund door de MSZ partijen vertegenwoordigd in ZE&GG. Het traject wordt bekrachtigd via de stuurgroep met ZE&GG (zie onderstaande afbeelding), Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Wetenschappelijke verenigingen (WV'en) en patiëntenorganisaties (PO's) worden gevraagd gezamenlijk onderwerpen te identificeren met steun van de achterban, waarbij we streven naar een balans van haalbaarheid en impact.

Less is More Stuurgroep



Niels Vrind,
Adviseur
Patiëntenfederatie
& Werkorganisatie
ZE&GG

Maxime
Verhoeven,
adviseur
Kennisinstituut

Teus van
Barneveld,
directeur
Kennisinstituut

Raphael Hemler,
adviescommissie
FMS &
werkorganisatie
ZE&GG

Ilsallen Bakker,
medisch
adviseur ZE&GG

Kirsten de
Brouwer, senior
beleidsadviseur
ZE&GG

Sjoerd
Repping,
voorzitter
ZE&GG

Veronique van
Dooren,
directeur
ZE&GG



2.1 Voorbeeld: Less is More Barrettsurveillance

In 2023 stond het onderwerp Barrettsurveillance op de kennisagenda van de Nederlandse Vereniging voor Maag-Darm-Leverartsen, met betrokkenheid van de patiëntenorganisaties SPKS. Dit onderwerp is opgepakt via het IJsbreker project. Er werd een de-implementatieteam opgesteld om te stoppen met surveillance bij patiënten met een laag risico op slokdarmkanker.

Een aantal belangrijke stappen in dit project waren het opstellen van een de-implementatieplan, het aanpassen van de richtlijn, actief contact houden met de Patiëntenfederatie en patiëntenorganisatie SPKS, communicatie met het Nederlands Huisartsen Genootschap, en communicatie met de achterban.

Binnenkort wordt de richtlijn aangepast en zal het de-implementietraject van start gaan.

2.2 Stappenplan

Het Less is More ontwikkeltraject bestaat uit het volgende stappenplan:

1. Brainstorm: Inventariseren & identificeren van potentiële onderwerpen (PO & WV afzonderlijk)
 - a. *Let op:* onderwerpen moeten voldoen aan enkele voorwaarden*
2. Voorselectie potentiële onderwerpen aanleveren bij WV/PO (PO & WV afzonderlijk)
3. Gezamenlijk selecteren & prioriteren potentiële onderwerpen (PO & WV gezamenlijk)
4. Draagvlak toetsen bij achterban PO/WV (PO & WV afzonderlijk)
5. Definitieve vaststelling onderwerpen (PO & WV gezamenlijk)
6. Onderwerpen indienen (PO & WV gezamenlijk)

2.2.1 Brainstorm: Inventariseren & identificeren van potentiële onderwerpen

De onderwerpen dienen te voldoen aan de volgende voorwaarden en gestelde afspraken:

1. Indiening gebeurt via het Less is More ontwikkeltraject
2. Het betreft bestaande Medisch Specialistische Zorg, die beschreven staat in richtlijnen
3. Patiëntvertegenwoordigers & medisch specialisten vinden het aannemelijk dat deze zorg geen waarde toevoegt voor de patiënt én dat er veilig gestopt kan worden, zonder verlies van kwaliteit
4. Er is geen/onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing voor het uitvoeren van deze zorg, die niets/zeer weinig waarde toevoegt voor de patiënt
5. Er is schriftelijke steun van de relevante WV, (indirect) betrokken WV'en, relevante PO('s) en eventuele andere stakeholder(s)
6. Stoppen leidt tot een beweging naar passende zorg (wachttijden, ruimte voor effectieve zorg, personeel, capaciteit)

2.2.2 Voorselectie potentiële onderwerpen

Voor de voorselectie van onderwerpen kunnen patiëntenorganisaties hun ideeën aanleveren bij de betrokken wetenschappelijke verenigingen. Daarnaast zullen wetenschappelijke verenigingen ook onderwerpen aanleveren bij patiëntenorganisaties. Indien jullie zelf geen ideeën hebben voor potentiële onderwerpen kunnen jullie dus ook afwachten met welke potentiële onderwerpen een WV naar jullie toe komt. Zonder jullie schriftelijke steun kan een WV geen onderwerp indienen, en kan er dus niet gestart worden met de implementatie.

We willen jullie vragen om de onderwerpen **uiterlijk 18 april** met elkaar te delen én de potentiële onderwerpen te mailen naar lessismore@patientenfederatie.nl.

2.2.3 Gezamenlijk selecteren & prioriteren potentiële onderwerpen

Tijdens de gezamenlijke selectie en prioritering bespreken patiëntenorganisaties en wetenschappelijke verenigingen samen de onderwerpen die zijn aangedragen bij de voorselectie. Jullie bepalen zelf hoe de prioritering wordt vormgegeven. Als suggestie dragen we de volgende criteria aan om te gebruiken:

- | | |
|---|--|
| • Kwaliteit van leven van patiënten | • Burden of disease voor de patiënt |
| • Gezondheidswinst | • Burden of disease voor de patiënt |
| • Verwachte levensduur | • Mogelijke zorgvraag in andere zorgdomeinen |
| • Zelfredzaamheid van patiënten | • Wachttijden arbeidsinzet zorgverleners |
| • Veiligheidsgevoel van patiënten | • Duurzaamheid |
| • Patiënttevredenheid | • Maatschappelijke zorgkosten |
| • Burden of treatment voor de patiënten | • Belasting van mantelzorg(ers) |

2.2.4 Draagvlak toetsen bij achterban patiëntenorganisaties, incl. analyse & conclusies trekken

Voor de geprioriteerde potentiële onderwerpen is het, voor zowel de patiëntenorganisatie als de wetenschappelijke vereniging, belangrijk om te toetsen of er draagvlak is bij hun achterban. Patiëntenorganisaties kunnen voor het uitvoeren van de achterbanraadpleging kiezen om gebruik te maken van hun eigen kanalen of van een voorgeprogrammeerde digitale vragenlijst. De link naar deze vragenlijst kan vanaf **7 april 2025** worden opgevraagd via lessismore@patientenfederatie.nl. Binnen 5 werkdagen na de aanvraag ontvangen jullie een link.

Let op: De onderwerpen die jullie willen uitvragen dienen nog door jullie ingevoegd te worden, waarna de link verspreid kan worden onder jullie achterban.

Bij een gratis account kan de vragenlijst maximaal 200 keer worden ingevuld. Indien gewenst kunnen één of meerdere duplica(a)t(en) van de vragenlijst worden aangemaakt en verspreid onder jullie leden.

Jullie bepalen zelf hoe lang jullie mensen de tijd geven om de vragenlijst in te vullen. Jullie kunnen zelf de resultaten inzien. Patiëntenorganisaties zijn zelf verantwoordelijk voor de analyse van de het trekken van conclusies. Mochten jullie hierover vragen hebben, neem dan contact op met lessismore@patientenfederatie.nl.

2.2.5 Definitieve vaststelling onderwerpen

Als duidelijk is welke Less is More onderwerpen breed gedragen worden door jullie achterban, stellen jullie samen met de betrokken wetenschappelijke vereniging vast voor welke zorg jullie een de-implementatietraject willen starten. Deze onderwerpen dienen verder uitgewerkt te worden in het indienformat. Dit document zal uiterlijk 1 mei met jullie worden gedeeld. In overleg bepalen jullie wie het indienformat invult. Het is belangrijk dat jullie beiden achter de inhoud staan.

Let op: Als uit de achterbanraadpleging blijkt dat er onder patiënten (en/of medisch specialisten) onvoldoende draagvlak is om met bepaalde zorg te stoppen, dan wordt er niet voldaan aan de voorwaarden die gelden voor het Less is More ontwikkeltraject. Het onderwerp zal dan dus niet worden geaccepteerd.

Er mogen maximaal drie onderwerpen ingediend worden per deelnemende wetenschappelijke vereniging en patiëntenorganisatie.

2.2.6 Onderwerpen indienen

Deelnemende wetenschappelijke verenigingen dienen, namens zichzelf en de betrokken patiëntenorganisatie(s), het indienformat in. Bij het indienformat dienen verklaringen afgegeven te worden waarmee steun van het onderwerp en commitment voor deelname aan het de-implementatieteam worden onderschreven. De benodigde verklaringen zullen uiterlijk 1 mei met jullie worden gedeeld.

Er mogen per WV maximaal 3 onderwerpen worden ingediend. **De deadline voor indiening is 1 juni 2025.**

2.3 Na indiening

Na de indiening van de onderwerpen zal er selectie en prioritering plaatsvinden door de stuurgroep van Less is More. De Werkorganisatie van ZE&GG besluit uiteindelijk welke onderwerpen doorgang zullen vinden. Het streven is dat elke WV die (namens een WV en PO) een onderwerp indient, aan de slag kan met een onderwerp.

Na deze selectie zal het formeren van het de-implementatie team en het verder uitwerken van het de-implementatieplan in gang worden gezet. Daarna volgt de start van de-implementatie, waarbij het streven is dat binnen een half jaar de richtlijn wordt aangepast.

2.4 Tijdslijnen ontwikkeltraject

Tijdslijnen ontwikkeltraject	
Bestuurlijk commitment WV-ontwikkeltraject	1 maart 2025
Webinar patiëntenorganisaties	6 & 10 maart
Bijeenkomst WV-en (pitchen plan van aanpak)	19 maart
- Inventariseren potentiële Less is More onderwerpen & WV informeren	Tot 7 april
- Gezamenlijk selecteren & prioriteren van potentiële onderwerpen (& mailen naar lessismore@patiëntenfederatie.nl)	Tot 18 april
- Achterbanraadpleging incl. analyse data & conclusies trekken (indien gewenst link naar digitale vragenlijst opvragen via lessismore@patiëntenfederatie.nl)	Tot 16 mei
- Definitieve vaststelling onderwerpen & uitwerken indienformat	Tot 31 mei
Indiening onderwerp incl. verklaringen steun & commitment	1 juni
Besluitvorming werkorganisatie ZE&GG	2 juli
Formeren de-implementatie team	Juli/augustus
Uitwerken de-implementatieplan	Zomer
Start de-implementatie & aanpassen richtlijn	2026

De tijdslijnen in april en mei zijn indicatief. Zolang de onderwerpen op 1 juni ingediend worden kan er, indien gewenst, afgeweken worden van deze planning.

Let op: Elke wetenschappelijke vereniging heeft andere momenten waarop het bestuur vergadert. Om die reden adviseren we jullie om de planning af te stemmen met de relevante wetenschappelijke vereniging.

2.5 Verwachte tijdsinvestering

Werkzaamheden	Aantal uur
<u>Optioneel:</u> Stap 1: Brainstorm bijeenkomst voor zelf identificeren & aandragen onderwerpen	2
Stap 2 & 3: WV benaderen (of benaderd worden), gezamenlijk onderwerpen bespreken, selecteren & prioriteren met WV voor achterbanraadpleging (incl. voorbereiding)	2
Stap 4: Achterbanraadpleging incl. analyse data & conclusies trekken	3
Stap 5 & 6: Definitieve onderwerpen vaststellen, uitwerken en/of tegenlezen indienformat, incl. steunverklaring afgeven	2
Informeren en afstemmen met Patiëntenfederatie Nederland over voortgang & proces	1

2.6 Financiële tegemoetkoming werkzaamheden

Patiëntenorganisaties kunnen een financiële tegemoetkoming krijgen voor de werkzaamheden tot aan indiening van de Less is More onderwerpen. Er kan een vergoeding aangevraagd worden voor de uren zoals weergegeven in paragraaf 2.5 'Verwachte tijdsinvestering'. Het uurtarief is €110. Informatie over het aanvraagproces van de vergoedingen volgt uiterlijk 1 mei.

Wel is reeds besloten dat de de-implementatie teams een subsidie ontvangen per geselecteerd onderwerp, wat is bedoeld voor:

- Werkzaamheden de-implementatieteam
- Uitvoering de-implementatieteam
- Uitvoering de-implementatieplan
- Aanpassen van de richtlijn(module)
- Communicatie
- Eventuele registratie (slechts in uitzonderlijke situaties mogelijk)

Patiëntenorganisaties die actief deelnemen aan het de-implementatieteam komen ook voor vergoeding in aanmerking.

2.7 Tips patiëntenorganisatie SPKS n.a.v. ervaringen Barrettsurveillance

Vanuit de ervaring van patiëntenorganisatie SPKS bij de Barrettsurveillance zijn een aantal tips opgesteld voor de uitvoer van een de-implementatie traject.

1. Vul de [participatiematrix](#) in, zodat duidelijk is wat er van elkaar verwacht kan worden in de samenwerking
 - a. Kies minimaal voor de rol van meedenker; de rol van toehoorder wordt binnen dit project gezien als onvoldoende patiëntparticipatie.
 - b. Maak afspraken over wie verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van patiëntinformatie.
2. Spreek af hoe vaak er contact is met de werkgroep
3. Denk na over hoe en in welke frequentie de achterban te betrekken bij het project (algehele uitvraag, focusgroep, diepte-interviews, ... etc.)
4. Denk na over hoe om te gaan met angsten vanuit de achterban
 - a. In uitzonderlijke, specifieke situaties (bijvoorbeeld als het stoppen met bepaalde zorg veel angst oproept bij patiënten en/of medisch specialisten en geruststelling nodig is om daadwerkelijk over te durven gaan op de implementatie), kan overwogen worden om te registreren wat de gevolgen zijn van het stoppen met de zorg.

2.8 Veel gestelde vragen

Vraag: Wat als een wetenschappelijke vereniging onze patiëntenorganisatie niet goed weet te vinden? Kan er dan alsnog gestopt worden met het verlenen van zorg?

Antwoord: Wetenschappelijke verenigingen zijn in het traject verplicht om contact op te nemen met jullie als zij een onderwerp willen indienen dat jullie achterban betreft. Als een patiëntenorganisatie geen schriftelijke steun verleent & commitment afgeeft voor de implementatie van een onderwerp, kan het onderwerp niet ingediend worden voor het Less is More traject.

Vraag: Als een onderwerp onder verschillende wetenschappelijke verenigingen valt, welke wetenschappelijke vereniging moet ik dan benaderen?

Antwoord: de zorg die als Less is More onderwerp wordt aangedragen moet beschreven staan in een bestaande richtlijn. We adviseren om contact te zoeken met de wetenschappelijke vereniging die de richtlijn initieerde.

Vraag: Wat als de beroepsgroep met wie wij contact hebben een subgroep is van een grotere wetenschappelijke vereniging?

Antwoord: We adviseren om eerst contact op te nemen met de beroepsgroep en daarna met de WV. Indien van toepassing zou je ook eerst contact kunnen opnemen met een specifieke expertisegroep. Als daar draagvlak is, helpt dat mogelijk als je daarna contact opneemt met de wetenschappelijke vereniging.

Houd er rekening mee dat er mogelijk concurrentie is met de onderwerpen die andere beroepsgroepen indienen.

Vraag: De tijdslijnen zijn kort. Ik zou graag de tijd nemen om te brainstormen en ideeën op te halen bij de achterban, om dan eventueel volgend jaar een onderwerp in te kunnen dienen. Kan dat?

Antwoord: Vooralsnog is dit een eenmalige ronde. We hopen dat het Less is More traject een toekomst krijgt, maar dat is nog onzeker. Het is dus onduidelijk of er in de toekomst ook onderwerpen aangedragen kunnen worden.

Vraag: Kunnen we onderwerpen aandragen die gaan over het verschuiven van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn?

Antwoord: Het is begrijpelijk dat dit wenselijk is vanuit het perspectief van patiënten, maar dit vraagt ook grote aanpassingen van de eerstelijnszorg en valt daardoor helaas buiten de scope van het Less is More traject. Natuurlijk is het wel belangrijk om de eerste lijn te betrekken en informeren als er gede-implementeerd wordt, want het stoppen met leveren van medisch specialistische zorg kan mogelijk wel invloed hebben op patiënten die naar de huisarts gaan.

Vraag: Zou het anders organiseren van zorg, bijvoorbeeld een digitaal consult i.p.v. een consult in het ziekenhuis, een Less is More onderwerp kunnen zijn?

Antwoord: Het is begrijpelijk dat dit wenselijk is vanuit het perspectief van patiënten, maar organisatie van zorg staat vaak niet in richtlijnen beschreven en valt daarom helaas buiten de scope van het Less is More traject.

Vraag: Bij patiënten wordt door gebrekkige gegevensuitwisseling regelmatig hetzelfde onderzoek (bijvoorbeeld bloedonderzoek) meerdere keren uitgevoerd. Dit zien wij als onnodige verlening van zorg. Zou dit een Less is More onderzoek kunnen zijn?

Antwoord: Dit is inderdaad een voorbeeld van inefficiënte zorgverlening, maar dit probleem kan niet verholpen worden door een richtlijnaanpassing en een de-implementatietraject. Daarom is dit helaas niet geschikt voor het Less is More ontwikkeltraject.

Vraag: Wat als er geen wetenschappelijk bewijs is voor een bepaalde zorg die wel waarde toevoegt voor patiënten?

Antwoord: Als er geen wetenschappelijk bewijs is dat iets werkt, betekent dat niet dat het geen toegevoegde waarde heeft voor patiënten. Als een patiëntenorganisatie of wetenschappelijke vereniging van mening is dat bepaalde zorg waarde toevoegt voor patiënten, wordt niet voldaan aan de voorwaarden die gelden voor het aandragen van een Less is More onderwerp. Je zou zelfs kunnen beargumenteren dat, om te kunnen beoordelen of je veilig kunt stoppen met het leveren van zorg, er eerst wetenschappelijk bewijs moet zijn dat de zorg niet werkt. Het kan echter jaren duren om wetenschappelijk bewijs te verzamelen. Met dit Less is More ontwikkeltraject willen we dat onderzoek overslaan en op basis van overeenstemming tussen patiëntenorganisaties en medisch specialisten direct overgaan tot de-implementatie in de praktijk.

Vraag: Hoe gaat het prioriteren van onderwerpen? Gaat dat zoals bij de kennisagenda, bijvoorbeeld met gezamenlijke bijeenkomsten, of is dat afhankelijk van de vereniging?

Antwoord: Het proces verschilt per wetenschappelijke vereniging. Er worden wel handvatten gegeven over hoe te prioriteren, maar uiteindelijk bepalen de wetenschappelijke verenigingen zelf welke onderwerpen ze willen voorleggen aan een patiëntenorganisatie en eventueel willen indienen.

Vraag: Is het noodzakelijk om een achterbanraadpleging te doen?

Antwoord: Ja, bij onderwerpen die worden ingediend is het een voorwaarde dat er breed draagvlak is bij patiënten als medisch specialisten. Het is dus belangrijk om de onderwerpen daadwerkelijk voor te leggen aan patiënten en te kijken wat zij ervan vinden.

Vraag: Hoe kunnen we zorgen voor goede communicatie richting de patiënten als er wordt gestopt met het leveren van zorg?

Antwoord: Het is belangrijk dat patiënten goed geïnformeerd worden over de veranderingen. Daarom wordt aan patiëntenorganisaties gevraagd om deel te nemen in het implementatieteam. Zo kunnen jullie meedenken over hoe de patiëntinformatie vorm te geven.

2.9 Contact

Dit is een nieuw traject, waardoor we lerende en in ontwikkeling zijn. Mochten jullie vragen, feedback of suggesties hebben, dan horen we dat graag via lessismore@patiëntenfederatie.nl. We vragen jullie ook om de Patiëntenfederatie via dit e-mailadres op de hoogte te houden van de ontwikkelingen.