

Handreiking implementatie Zorgpad Stervensfase

Voor leden projectgroep

september 2017

Handreiking implementatie Zorgpad Stervensfase Voor leden projectgroep

Uitgever

Integraal Kankercentrum Nederland

Postbus 19079, 3501 DB Utrecht

t 088 234 60 00

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar worden gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever

September 2017

Inhoudsopgave

Inleiding	6
1 Implementatie algemeen	7
1.1 Implementatie Zorgpad Stervensfase	7
1.2 Implementatiestrategieën en interventies	7
1.3 Wat is een project?	10
2 Voorwaarden implementatie Zorgpad Stervensfase	11
2.1 Toetsen randvoorwaarden door projectgroep	11
2.2 Go/no go	11
3 Projectorganisatie / implementatieplan	12
3.1 Implementatieplan opstellen	12
3.1.1 Rollen en taken opdrachtgever, projectleider en projectgroep (H1 Format implementatieplan)	12
3.1.2 Contextanalyse (H2 Format implementatieplan)	14
3.1.3 Businesscase (H3 Format implementatieplan)	15
3.1.4 Doelgroepen en doelstellingen van implementatie (H4 Format implementatieplan)	15
3.1.5 Analyse belemmerende en bevorderende factoren (H5 Format implementatieplan)	17
3.1.6 Activiteitenplan (H6 Format implementatieplan)	18
3.1.7 Communicatieplan (H7 Format implementatieplan)	19
3.1.8 Borgingsstrategieën (H8 Format implementatieplan)	21
3.1.9 Evaluatieplan (H9 Format implementatieplan)	22
3.1.10 Planning activiteiten (H10 Format implementatieplan)	23
4 Is de organisatie klaar voor de implementatie en borging	24
4.1 Blijft het zorgpad in gebruik? De kwaliteit borgen m.b.v. de Plan-Do-Check-Act-cyclus	24
Bijlagen	25
B1 Palliatieve zorg	26
B2 Zorgpad Stervensfase	27
B3 Rollen en taken opdrachtgever, projectleider en projectgroep	31
B4 Trainingsmogelijkheden	34
B5 Checklist randvoorwaarden	36
B6 Contextanalyse	38
B7 Nul-, tussen- en eindmeting	40
B8 Evaluatie	42
B9 Continue kwaliteitscyclus na de projectfase	44
B10 Literatuuronderzoek implementatie nieuwe werkmethode	46
B11 Literatuuroverzicht	47

Inleiding

Deze handreiking is geschreven voor leden van de projectgroep die het Zorgpad Stervensfase (gaan) implementeren binnen de organisatie. De handreiking geeft ondersteuning bij het schrijven van een implementatieplan: door de stappen in de handreiking te volgen is voorafgaand aan de implementatie helder waarom de implementatie van belang is, wie er tijdens de implementatie betrokken zijn en wat ieders rol is. Door bij het opstellen van het implementatieplan vertegenwoordigers uit de organisatie te betrekken, wordt het een breed gedragen plan dat aansluit op de huidige werksituatie. Betrokkenen kunnen de verwachte uitkomsten, nut en noodzaak van het project verder verspreiden in de organisatie.

Deze handreiking bestaat uit drie hoofdstukken die gezamenlijk zorgen voor een opzet van het implementatieplan binnen de organisatie. Hiervoor heeft IKNL een 'Format implementatieplan' ontwikkeld. In elk hoofdstuk wordt ingegaan op de algemene implementatie-items en specifieke items die betrekking hebben op de implementatie van Zorgpad Stervensfase. Het gaat hierbij om de volgende onderwerpen:

- implementatie algemeen
- voorwaarden implementatie Zorgpad Stervensfase
- projectorganisatie/implementatieplan

In de bijlagen vindt u:

- achtergrondinformatie over palliatieve zorg en de stervensfase
- hulpmiddelen voor het schrijven van het implementatieplan
- literatuuroverzicht

1 Implementatie algemeen

Goede patiëntenzorg is gebaseerd op actuele kennis en inzichten. Om deze actuele kennis en inzichten hun weg te laten vinden in de dagelijkse praktijk, is implementatie van nieuwe kennis en *best practices* nodig. Het gaat dan om implementatie als 'een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen waarde) met als doel dat deze een structurele plaats krijgt in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisaties en/of in de structuur van de gezondheidszorg' (Grol, 2011).

1.1 Implementatie Zorgpad Stervensfase¹

IKNL zet zich in voor optimale palliatieve zorg. Het Zorgpad Stervensfase is een kwaliteitsinstrument dat is ontwikkeld om de multidisciplinaire zorg gedurende de stervensfase zorgvuldig af te stemmen op de behoeften van patiënten en hun naasten. Door gebruik te maken van het zorgpad wordt de zorg verleend conform de richtlijn 'Zorg in de stervensfase' (www.pallialine.nl). Voor meer uitleg over het Zorgpad Stervensfase palliatieve zorg en ontstaansgeschiedenis, zie bijlagen 1 en 2. Opgedane kennis vanuit implementatietrajecten binnen organisaties worden landelijk gedeeld en verspreid door IKNL, en waar nodig voert IKNL aanpassingen door.

1.2 Implementatiestrategieën en interventies

Uit het evaluatieonderzoek Implementatie signaleringsmethodiek (IKNL, 2015), literatuuronderzoek en opgedane ervaringen, komt naar voren dat een succesvolle implementatie binnen een zorgorganisatie meer vraagt dan alleen het aanleren van een nieuwe werkmethode.

Het vooraf inrichten van de projectgroep, het stellen van randvoorwaarden en het uitvoeren van een contextanalyse, het benoemen van ieders rol en taken en borgingsstrategieën bepalen, blijken belangrijke factoren voor een succesvolle implementatie. Door deze factoren mee te nemen bij het opstellen van het implementatieplan binnen de organisatie wordt er een basis gelegd voor het volledig en duurzaam inbedden van het zorgpad in het beleid en de werkwijze van de organisatie.

In figuur 1 zijn de verschillende fasen en mogelijke implementatiestrategieën voor de implementatie van het Zorgpad Stervensfase weergegeven.

We onderscheiden hierbij de volgende fasen:

- Fase 1: Oriëntatie: in kaart brengen van actuele situatie, een zogenaamde contextanalyse, en schrijven van een implementatieplan
- Fase 2: Kennis en houding: verspreiding van kennis, vaardigheden en positieve houding
- Fase 3: Gedrag: adopteren van positieve houding
- Fase 4: Gedragsbehoud: verandering en invoering (inclusief borging)

¹ In het vervolg van deze handreiking wordt overal waar zorgpad staat, Zorgpad Stervensfase bedoeld.

Figuur 1

Implementatiefase met strategieën en bijpassende interventies (gebaseerd op Grol, 2011) | Tabel IKNL

Implementatiefase	Implementatiestrategie	Kenmerk implementatiestrategie	Interventies voor implementatie Zorgpad Stervensfase zoals:
Oriëntatie	Informerende strategie	Bekendheid geven aan/informereren over vernieuwing, kennisverspreiding, overbrengen toegevoegde waarde en toepasbaarheid.	Nieuwsbrief, PR, factsheet, website, symposium. Presentaties tijdens werkoverleg.
	Motiverende en draagvlak vergrotende strategie.	Mensen meekrijgen en aanzetten tot verandering.	Persoonlijk contact, bijeenkomsten, feedback en reminders.
Kennis en houding	Educatieve strategie.	Overdracht kennis en vaardigheden gericht op houding en gedrag zodat zij de verandering kunnen uitvoeren.	Groepseducatie, cursus, training, intervisie, casuïstiekbespreking, vaardigheidstraining projectleiders, vaardigheidstraining zorgprofessionals.
Kennis en houding	Motiverende en draagvlak vergrotende strategie.	Interactie op kennis, vaardigheden, gedrag	Werkgroepen, MDO.
Gedragsverandering	Motiverende en draagvlak vergrotende strategie	Mensen meekrijgen en aanzetten tot verandering.	Inspelen op behoefte/huidige en gewenste situatie door startgesprek, startbijeenkomst. Tussenevaluatie en eindevaluatie, eindpresentatie.
Gedragsbehoud	Motiverende en draagvlak vergrotende strategie.	Feedback op gedrag, gedrag behoud.	Spiegelinformatie, advies n.a.v. nul-, tussen- en eindmeting, bespreking/evaluatie in MDO,
Gedragsbehoud	Organisatorische strategie	Aanpassing in organisaties om blokkades op te lossen en processen te stroomlijnen (strategie, management, personeel, cultuur, systeem).	Mankracht, tijd, ruimte, apparatuur, ICT, MDO, teambespreking, inclusief keten. Op maat gemaakt implementatieplan. trainingen borgen in inwerkprogramma.
	Faciliterende strategie	Een vernieuwing succesvol helpen invoeren door in belangrijke randvoorwaarden te voorzien.	
	Marktgerichte strategie	De druk voor implementeren vergroten, door een relatie te leggen tussen vernieuwing en (financiële) gevolgen.	Financiering, beleid, wetgeving, agendering, beïnvloeding, kwaliteitskeurmerk.
	Patiëntgerichte strategie	Vanuit de patiënten de druk vergroten om een vernieuwing toe te passen.	Patiënt informeren over het kwaliteitsinstrument. Klachten en commentaren rondom inzet Zorgpad Stervensfase bijhouden en verwerken.

Zoals in figuur 1 is te zien, zijn er verschillende strategieën en interventies voor een effectieve en efficiënte implementatie. Borging is hier vanzelfsprekend een onderdeel van. Omdat de middelen voor implementatie vaak beperkt zijn, streeft een ieder naar een zo groot mogelijk effect bij beperkte inzet. De effectiviteit en efficiëntie van de implementatie wordt vergroot door:

- *Maatwerk/flexibiliteit* bij implementatie van Zorgpad Stervensfase. Basis voor het implementatieplan is een gedegen contextanalyse van de setting van de aanbeveling en gewenste verandering, met daarbij de factoren van invloed. Daarnaast blijkt het effectief om de strategie aan te passen naar veranderende omstandigheden tijdens het project (Verweij e.a., 2015).
- *Faseren* bij implementatie. In het implementatieplan wordt ingespeeld op de fasen waarin implementatie verloopt: van oriëntatie, verspreiding van kennis en vaardigheden, adoptie en positieve houding, naar verandering en invoering in organisatie en gedrag en borging voor gedragsbehoud (Grol, 2011).
- *Implementatiemethoden*. Voor de implementatie van het Zorgpad Stervensfase heeft IKNL het Format implementatieplan ontwikkeld waarin enkele handreikingen worden gedaan. In de handreiking wordt hier in hoofdstuk 4 verder op ingegaan. IKNL doet landelijk kennis op over belemmerende en bevorderende factoren en strategieën binnen organisaties. Deze worden verspreid bij toekomstige implementaties van Zorgpad Stervensfase.
- *Combineren*. In het Format implementatieplan wordt gestuurd op het maken van combinaties van strategieën en interventies voor implementatie die elkaar bekrachtigen. Een combinatie werkt namelijk beter dan een solo-interventie (Grol, 2011).
- *Expertise*. De organisatie zorgt voor voldoende interne expertise op het gebied van palliatieve zorg en Zorgpad Stervensfase. Uit de contextanalyse kan blijken dat deze nog niet voldoende aanwezig is en dat (*on the job*) training noodzakelijk is. IKNL kent *best practices* van richtlijnimplementatie en deelt de ervaringen met de organisatie. Daarnaast biedt IKNL projectleiderstrainingen (train-de-trainer) aan voor de implementatie van Zorgpad Stervensfase (bijlage 4).
- *Evalueren*. Evalueren van de implementatie wordt gedaan om enerzijds de implementatie aan te scherpen en anderzijds om meer inzicht te krijgen in de effectiviteit van de implementatie-interventies voor toekomstige implementatietrajecten.

voorbeeld van een implementatietraject | Tabel IKNL

Oriëntatie	Kennis begrip en houding	Verandering en invoering in organisatie en gedrag	Borging voor gedragsbehoud
Maand 1-2	Maand 3-6	Maand 6-9	Doorlopend
<ul style="list-style-type: none"> • Samenstellen projectgroep • Benoemen projectleider(s) • Contextanalyse • Implementatieplan • Projectleiderstraining (train de trainer) • Nulmeting 	<ul style="list-style-type: none"> • Interne training Zorgpad Stervensfase door projectleider(s) 	<ul style="list-style-type: none"> • Medewerkers krijgen begeleiding on the job • Tussen- en eindevaluatie medewerkers • Spiegelinformatie • Tussen- en eindmeting op basis van de nulmeting 	<ul style="list-style-type: none"> • Coaching gebruikers zorgpad • Training borgen in inwerkprogramma • MDO, casuïstiekbespreking • Borgen in huidige werkwijzen/procedures

1.3 Wat is een project?

Er bestaan verschillende definities van wat een project is. In het kader van de implementatie van het zorgpad wordt gekozen voor de volgende omschrijving:

Een project heeft een begin- en een einddatum, levert een duidelijk eindproduct op en heeft één opdrachtgever en één projectleider. Het budget is afgebakend en de projectdeelnemers zijn vaak afkomstig uit verschillende afdelingen of organisaties.

Een project is een nieuw, tijdelijk en multidisciplinair samenwerkingsverband, dat bedoeld is om eenmalig een vernieuwing, verbetering of verandering te realiseren. Deze verandering wordt daarna vaak weer opgenomen in de routine. Een project is niet: improviseren en ad hoc werken, en het is geen routinematige bezigheid.

En: een project kan mislukken.

Voor het laten slagen van een project, is een aantal uitgangspunten van belang:

- eerst denken dan doen: opzet, planning en inrichting
- werken met een plan: inzet van mensen en middelen worden afgestemd om binnen tijd en budget doel te bereiken
- afspraak is afspraak: in een project bestaan vaak talloze afhankelijkheden . Afspraken maken en je eraan houden is een gouden regel
- gericht op resultaat: de juiste dingen goed doen

Een goede voorbereiding is het halve werk. Door projectmatig aan de slag te gaan creëer je de mogelijkheid om met kleine en duidelijke stappen te werken naar een van tevoren vastgelegd resultaat.

2 Voorwaarden implementatie Zorgpad Stervensfase

2.1 Toetsen randvoorwaarden door projectgroep

De projectgroep toetst de randvoorwaarden (bijlage 5) en bepaalt of de organisatie op dit moment klaar is voor implementatie van het Zorgpad Stervensfase of dat er eerst actie moet worden ondernomen om de randvoorwaarden te verwezenlijken.

De projectgroep bestaat uit diverse mensen die vanuit een andere invalshoek met het project te maken hebben, of over specifieke kennis beschikken die nodig is voor het project (zie paragraaf 3.1.1). Het doel van de projectgroep is het gezamenlijk behalen van de projectdoelstelling en het verdelen van de noodzakelijke taken. De samenstelling van een projectgroep hangt af van de structuur binnen de eigen werkorganisatie. Uit ervaring weten wij dat vertegenwoordigers van zowel de praktijk - de toekomstige gebruikers - als het management in de projectgroep nodig zijn. De projectgroepleden hebben een belangrijke rol in het creëren van draagvlak bij hun collega's.

IKNL adviseert om de projectgroep in te richten met de volgende rollen:

- verpleegkundige: doelgroep gebruikers
- leidinggevende: verantwoordelijke
- arts: verwante discipline van gebruikersgroep
- kwaliteitsfunctionaris en/of opleidingsadviseur: borging in kwaliteitscyclus
- lid team palliatieve zorg

Onder de leden van de projectgroep zijn de volgende rollen te onderscheiden:

- projectleider
- projectsecretaris: verantwoordelijk voor het plannen van bijeenkomsten, versturen van notulen en informeren van de projectgroep
- overige teamleden

2.2 Go/no go

Naast het voldoen aan de randvoorwaarden (zie bijlage 5) wordt geadviseerd de projectgroep een contextanalyse uit te laten voeren (bijlage 6).

De context waarin de implementatie plaatsvindt, is een van de belangrijkste belemmerende of bevorderende factoren voor implementatiesucces (Verweij e.a., 2015). In de contextanalyse komen vragen aan de orde als: is er iemand die de kar kan trekken? Is er voldoende tijd en geld? Kunnen we voldoen aan de voorwaarden voor een succesvolle implementatie? Zijn er mogelijkheden om ook na de training systematisch aandacht te besteden aan het werken met dit instrument? De contextanalyse is onderdeel van het implementatieplan (zie paragraaf 3.1.2.).

De inventarisatie geeft antwoord op de kernvraag: 'Is dit het juiste instrument op het juiste moment?' Voldoet de organisatie aan alle randvoorwaarden dan kan men verder met de volgende stap (GO). Zo nee, dan zal de projectgroep moeten beschrijven aan welke punten niet wordt voldaan en hoe deze punten aangepakt kunnen worden (NO GO).

3 Projectorganisatie / implementatieplan

Wanneer aan de randvoorwaarden zijn voldaan, brengt de projectgroep de projectorganisatie in kaart in de vorm van een implementatieplan op afdelings- of organisatieniveau. Het implementatieplan geeft de projectgroep handvatten om daadwerkelijk te werken aan het verbeteren van de zorg en te werken aan de deskundigheidsbevordering van de doelgroep.

3.1 Implementatieplan opstellen

Bij het schrijven van het implementatieplan dient de focus te liggen op een haalbaar plan van aanpak. Durf in de loop van de tijd af te wijken van het plan van aanpak als er nieuwe inzichten ontstaan. Wanneer het implementatieplan op organisatieniveau is beschreven, wordt er op teamniveau een vertaalslag gemaakt indien werkprocessen, communicatie en cultuur binnen de teams verschillen. Naast deze handleiding biedt IKNL ook een Format implementatieplan aan. Aan de hand van dit format kunnen de volgende items voor de organisatie of afdeling beschreven worden:

- rollen en taken opdrachtgever, projectleider en projectgroep
- contextanalyse
- businesscase
- doelgroep en doelstellingen van implementatie
- analyse belemmerende en bevorderende factoren
- activiteitenplan
- communicatieplan
- borgingsstrategieën
- evaluatieplan
- planning activiteiten

Bij het opstellen van het implementatieplan wordt gebruik gemaakt van onderstaande hulpmiddelen:

- contextanalyse

De contextanalyse (bijlage 6) is in het Format implementatieplan verweven. In het format worden vragen uit de contextanalyse gebruikt om te komen tot de beschrijving van:

- de huidige situatie
- inventarisatie kosten, betrokkenen en uit te voeren acties, belemmerende en bevorderende factoren
- doelstellingen implementatie
- rollen en taken projectgroep
- activiteitenplan

- implementatiestrategieën

In figuur 1 op pagina 8 staan de verschillende implementatiestrategieën beschreven. Deze dienen als leidraad voor het implementatieplan. De trainingsmogelijkheden (bijlage 4) en de nul-, tussen- en eindmeting (bijlage 7) zijn hier een onderdeel van.



De allerbelangrijkste input is de ervaring die is opgedaan in voorgaande projecten en implementaties binnen de instelling. Neem dit ook mee in het implementatieplan.



Benut het Netwerk Palliatieve Zorg in jouw regio. Opgedane ervaring van andere leden uit het Netwerk kan van waarde zijn. Mogelijk kan er ook verbinding worden gezocht met andere verbeterprojecten in de regio.

3.1.1 Rollen en taken opdrachtgever, projectleider en projectgroep (H1 Format implementatieplan)

In het format wordt beschreven welke taken en rollen de opdrachtgever, projectleider en projectgroep hebben. Zo is helder wie welke verantwoordelijkheid heeft en wat men van elkaar mag verwachten. (Zie bijlage 3)

- **Opdrachtgever** (inzet, taken, verantwoordelijkheid)

Beschrijf hier de inzet, taken en verantwoordelijkheden van de opdrachtgever.

De volgende taken en verantwoordelijkheden zijn vaak van toepassing:

- is de eigenaar van het project en wil de resultaten van het project zien
- is voorzitter van de stuurgroep
- krijgt mandaat van de directie van de organisatie
- stelt de projectleider aan
- stelt het projectplan vast
- keurt wijzigingen in tijd, geld en scope tijdens het project goed of af
- bepaalt na elke fase, samen met de projectleider, of het zinvol is het project voort te zetten zoals gepland
- is bevoegd het project te stoppen
- creëren van draagvlak binnen de organisatie

Projectleider (inzet, taken, verantwoordelijkheid)

Beschrijf hier de inzet, taken en verantwoordelijkheid van de projectleider.

Het doel van de projectleider is het behalen van de projectdoelstelling, door het plannen en evalueren van activiteiten.

De volgende taken en verantwoordelijkheden zijn vaak van toepassing:

- tuigt het projectteam op: zorgt ervoor dat hij/zij voldoende en kwalitatief adequate mensen en middelen beschikbaar krijgt
- stelt het implementatieplan op in samenwerking met vertegenwoordigers uit de organisatie/de projectgroep
- plant, verdeelt en bewaakt de noodzakelijke activiteiten
- bewaakt de realisatie ten opzichte van de planning
- overzicht houden op de tijdsplanning en de financiële middelen
- stuurt projectmedewerkers aan
- contact met de opdrachtgever over het project
- legt verantwoording af aan de opdrachtgever voor het implementeren van het Zorgpad Stervensfase op de eigen afdeling
- legt op mijlpaalmomenten de beslispunten voor aan de opdrachtgever
- voortgang project monitoren en waar nodig actie ondernemen
- knelpunten in het project signaleren en (gezamenlijk) oplossen
- neemt, wanneer resultaten niet behaald dreigen te worden, corrigerende maatregelen
- draagt bij afsluiting van het project de resultaten over aan de opdrachtgever
- creëert draagvlak binnen de organisatie
- enthousiasmeren van medewerkers
- toezien op het juiste gebruik van het Zorgpad Stervensfase
- goed op de hoogte blijven van de ontwikkelingen op het gebied van de palliatieve zorg
- zorgen voor commitment bij de medewerkers van de afdeling
- zorgen voor (het organiseren van) de scholing van de afdelingsmedewerkers
- aanspreekpunt zijn voor de medewerkers van de eigen afdeling bij vragen over Zorgpad Stervensfase en de implementatie daarvan
- zorgen voor de evaluatie van de implementatie en borging van het gebruik van Zorgpad Stervensfase
- zorgen voor het aanleveren van uitkomsten uit evaluaties en metingen aan de projectgroep
- eventueel deelnemen aan overlegsituaties met projectleiders van andere organisaties



Ga op zoek naar een enthousiaste verpleegkundige/arts en/of teamleider die de kar kan trekken.

- **Projectgroep** (samenstelling, taken, inzet)

Beschrijf hier de inzet, taken en verantwoordelijkheid van de projectgroep.

Het doel van de projectgroep is het gezamenlijk behalen van de projectdoelstelling en het verdelen van de noodzakelijke taken. De taken die noodzakelijk zijn om de projectdoelstelling te behalen, worden verdeeld over de verschillende teamleden.

De projectgroep heeft een belangrijke rol bij de implementatie en moet efficiënt en slagvaardig kunnen optreden. Daarom worden aan de leden van de projectgroep de nodige eisen gesteld. Belangrijk is dat de leden vakkundig zijn en gezag hebben bij de achterban. De allerbelangrijkste eis om aan de projectgroep deel te nemen is enthousiasme.

3.1.2 Contextanalyse (H2 Format implementatieplan)

De contextanalyse (beschrijving beginsituatie/huidige situatie) bestaat uit de volgende hoofdstukken:

- **Huidige situatie organisatie**

Door de huidige situatie in kaart te brengen is het gemakkelijker te beschrijven wat de gewenste situatie moet zijn en hoe deze te bereiken is. Ook geeft de beschrijving van de huidige situatie houvast bij evaluatie van de voortgang van het project.

De ingevulde checklist (Format implementatieplan H2.1) en de vragen uit de contextanalyse onderdeel A (bijlage 6) zoals hieronder beschreven helpen bij het beschrijven van de huidige situatie.

Welk klimaat heerst er in de organisatie?

Wat is onze visie, onze missie in de zorg?

Waarom willen we veranderen?

Wat zijn de externe bronnen voor verandering?

Wat willen we verbeteren?

Tip ► bedenk wie erbij betrokken zijn (externe en interne partijen)

Waar willen we naar toe?

Wat is nodig om onze zorg op een hoger plan te brengen?

Hebben we de wind mee?

Tip ► wie is er vanuit het management bij betrokken?

Is dit het goede moment?

Tip ► is de situatie in de organisatie stabiel?

Is dit het juiste instrument?

Tip ► passen de plannen in de visie van de organisatie?

Krijgen we groen licht?

Een duidelijke beschrijving van de motivatie van de organisatie om deel te nemen aan het project zorgt dat alle neuzen binnen de organisatie dezelfde kant op gaan staan.

- **Inventarisatie kosten en betrokkenen**

De onderstaande vragen van contextanalyse onderdeel B (bijlage 6) kunnen helpen bij het beschrijven van de kosten en betrokkenen:

- welke regels zijn er in onze organisatie?
- wie bepaalt de regels?
- wie heeft de leiding?
- wie heeft voorrang?
- wat gaat het kosten? Zoals verletkosten, trainingskosten, materiaalkosten?

- **Mogelijke actiepunten voorafgaand aan het project**

Beschrijf aan de hand van de uitkomsten in paragraaf 2.1 en 2.2 de actiepunten die uitgevoerd dienen te worden voorafgaand aan het project.

3.1.3 Businesscase (H3 Format implementatieplan)

De businesscase bestaat uit 6 paragrafen. Als een organisatie een eigen format heeft voor een businesscase gebruik deze dan. De businesscase helpt om het project goed te borgen binnen de organisatie. De projectleider en de opdrachtgever kunnen de borging binnen de organisatie verbeteren en nut en noodzaak van het project onder de aandacht brengen bij het management. Dit doen zij door een goede beschrijving te geven van de achtergrond, aanleiding, overwogen mogelijkheden, gekozen oplossingen, verwachte baten, geschatte kosten, financiering en belangrijke risico's.

Voor de implementatie van Zorgpad Stervensfase is de benodigde investering in tijd en materiaal gemiddeld als volgt:

- kosten projectleider
 - deelname aan implementatietraining (train-de-trainer) voor projectleiders ([www.iknl.nl/palliatieve zorg/opleidingen](http://www.iknl.nl/palliatieve_zorg/opleidingen))
 - opstellen en uitvoeren van het plan van aanpak. In de praktijk investeert de projectleider gedurende een jaar gemiddeld 2 tot 4 uur per week
- kosten projectgroep: minimaal vier vergaderingen van twee uur gedurende het project
- kosten scholing van medewerkers
 - scholingsbijeenkomst van 3 uur
 - inwerken van medewerkers in de nieuwe werkwijze (coaching on the job) Aanschaf van benodigde materialen. Informatie over de kosten is te vinden op de webshop van www.iknl.nl
- nulmeting, aan de hand van een vragenlijst worden gegevens verzameld uit de verpleegkundige en medische dossiers van de twintig meest recent overleden patiënten.
- tussen- en eindmeting inzet Zorgpad Stervensfase
- inventarisatie ervaringen medewerkers: een vragenlijst is ontwikkeld voor de medewerkers om een beeld te krijgen van wat zij vinden van het werken met het Zorgpad Stervensfase. Deze evaluatie bestaat uit een vragenlijst die de medewerkers moeten invullen en neemt ongeveer 10 minuten in beslag
- overige verletkosten.

3.1.4 Doelgroepen en doelstellingen van implementatie (H4 Format implementatieplan)

Dit hoofdstuk kent 4 paragrafen:

- **Doelgroepen**

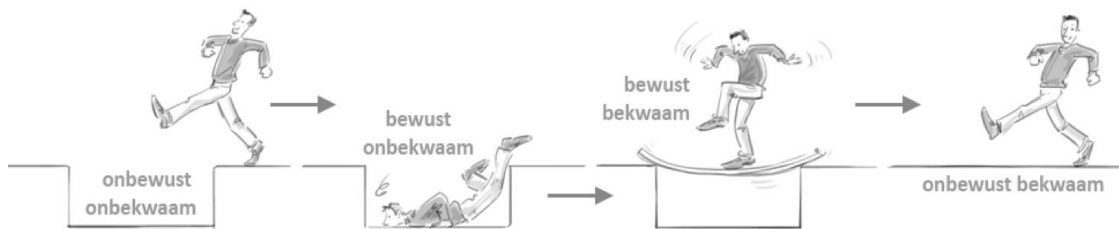
Denk hierbij aan de volgende vragen (Contextanalyse onderdeel B, bijlage 6):

- wie in onze organisatie zijn betrokken bij de invoering van Zorgpad Stervensfase?
- wie in onze organisatie zijn betrokken bij het werken met Zorgpad Stervensfase? Zoals verpleegkundigen, huisarts, psycholoog, geestelijk verzorger et cetera?
- wie zijn er bij de implementatie betrokken?
- hoe betrekken en motiveren we de medewerkers?

- **Gewenste concrete gedragsverandering van de doelgroep**

Elke doelgroep doorloopt bij de implementatie van het Zorgpad Stervensfase een route die vaak begint bij 'onbewust onbekwaam' (geen weet hebben van een methode of de onderliggende nieuwe kennis) en eindigt idealiter bij 'onbewust bekwaam' (het als vanzelfsprekend toepassen van nieuwe kennis).

Onderweg passeert de route eerst nog 'bewust onbekwaam' (weet hebben van nieuwe kennis zonder deze al toe te passen) en 'bewust bekwaam' (nieuwe kennis toepassen, maar nog niet als vanzelfsprekend). Bij implementatie gaat het dus vooral om concrete gedragsverandering (toepassing van nieuwe kennis en kunde in dagelijkse praktijk), inclusief de borging hiervan.



Bron: <http://www.helderensimpel.nl/wp-content/uploads/maslov.png>

Beschrijf per doelgroep wat zij anders, meer of juist minder gaan doen?

Voorbeeld:

Verpleegkundigen en artsen op een verpleegafdeling:

- kunnen herkennen wanneer de stervensfase is aangebroken
- benoemen en bespreken in multidisciplinair overleg of de stervensfase dichtbij is of is aangebroken
- bereiken onderlinge afstemming of het Zorgpad Stervensfase ingezet gaat worden en wie met de patiënten en naasten in gesprek gaat
- betrekken van de contactpersoon of mantelzorger, waar mogelijk
- consulteren consultatieteam bij onduidelijkheden, vragen of onvoldoende effect op interventies
- registreren en rapporteren volgens afspraak in het Zorgpad Stervensfase

• **Criteria voor succes**

Beschrijf hier wanneer de gedragsveranderingen succesvol zijn:

- wanneer zijn je doelen bereikt?
- wanneer ben je tevreden?

• **Meetmethoden voor succes**

Beschrijf hier aan de hand van onderstaande vragen de criteria voor succes:

- hoe kun je straks meten dat je succes hebt geboekt met de implementatie?
- hoe meet je de benoemde resultaten?
- wanneer meet je de benoemde resultaten?

• **Trainen gebruikers**

Beschrijf hier wie getraind worden om de implementatie succesvol te laten verlopen. Ook voor medewerkers die deelnemen aan (interne) trainingen dient de projectgroep te beschrijven wie in aanmerking komen voor de training en wat de verwachtingen zijn van de deelnemers na afloop van de training. Bij taken voor deelnemers aan de training gaat het vooral om concrete gedragsverandering (toepassing van nieuwe kennis en kunde in de dagelijkse praktijk), inclusief de borging hiervan. Voor de train-de-trainer van IKNL zijn de items beschreven voor het selecteren van projectleiders die deelnemen aan deze training (bijlage 4).

Alle verpleegkundigen, verzorgenden en artsen die met het Zorgpad Stervensfase gaan werken moeten voor de daadwerkelijke invoering over voldoende kennis en vaardigheden beschikken. Voor artsen is het over het algemeen voldoende als zij geïnformeerd zijn over de inhoud en de werkwijze, voor verpleegkundigen en verzorgenden is doorgaans meer nodig dan alleen informatie en is gerichte scholing noodzakelijk.

Het is de verantwoordelijkheid van de projectleider om de scholing af te stemmen op de rol en de specifieke behoeften van deze medewerkers, bijv. ontwikkelen van vaardigheden op het gebied van coaching.

Organisatie van de scholing

De wijze waarop de scholing opgezet wordt en wie daarbij betrokken worden verschilt per organisatie. Denk in een vroeg stadium na over de organisatie van de scholing. De scholing kan dan tijdig gepland worden, ruimtes en materialen kunnen worden gereserveerd en iedereen kan de datum en tijdstippen alvast reserveren in de agenda. Ook met roosters en kosten kan dan tijdig rekening worden gehouden.



Betrek in een vroeg stadium een opleidingsfunctionaris uit de organisatie bij het opzetten van de scholing.

De grootte van de organisatie, de verscheidenheid aan doelgroepen en de beschikbare middelen zijn van invloed op het aantal bijeenkomsten dat noodzakelijk is om alle medewerkers te scholen.



Voor de training in de werkwijze van Zorgpad Stervensfase is het raadzaam tijdens de trainingen ook andere disciplines aan te laten sluiten. Zo kan bijvoorbeeld een geestelijk verzorger/(huis)arts/specialist ouderengeneeskunde eigen ervaringen inbrengen en nut en noodzaak van het gebruik het Zorgpad Stervensfase onderschrijven.

Voorbeeld:

De deelnemers kunnen het gebruik van het Zorgpad Stervensfase uitleggen aan hun eigen collega's en deze collega's ondersteunen in het gebruik hiervan. Indien er behoefte is aan scholing rond een specifiek symptoom of algemene zorg in de stervensfase dan wordt er een scholing of een klinische les georganiseerd. Hierbij worden andere disciplines uitgenodigd om kennis en ervaringen te delen .

3.1.5 Analyse belemmerende en bevorderende factoren (H5 Format implementatieplan)

Beschrijf aan de hand van de afzonderlijke doelstellingen de belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie (realisatie van gedragsverandering). Gebruik hiervoor de tabel in het format. Doe dit in termen van kennis en vaardigheden, organisatorische en/of financiële randvoorwaarden.

Voorbeeld:

	Doelstelling	Belemmerende factoren	Bevorderende factoren
1	Het werken met het zorgpad wordt geborgd in een werkwijze/procedure, gekoppeld aan de Richtlijn Zorg in de stervensfase en andere richtlijnen palliatieve zorg, en opgenomen in het Handboek Kwaliteit .	Onduidelijkheid over vervolg afspraken ten aanzien van borging.	Afspraak over borging vastleggen met de kwaliteitsfunctionaris en planning maken voor opnemen richtlijn zorg in de stervensfase en andere richtlijnen palliatieve zorg in bij- en nascholing

3.1.6 Activiteitenplan (H6 Format implementatieplan)

Het activiteitenplan beschrijft de acties in de tijd. Hierbij ligt de focus op verschillende implementatiefases en doelgroepen.

- **Factoren vertalen naar implementatiefase**

Beschrijf in de tabel in het format (H6) de doelstellingen uit hoofdstuk 5. Zet de belemmerende en bevorderende factoren om in acties (implementatie strategieën en interventies) in de verschillende fases. Beschrijf met welke fase de acties verbonden zijn:

- Fase 1: Oriëntatie: in kaart brengen van actuele situatie, een zogenaamde contextanalyse en schrijven implementatieplan
- Fase 2: Kennis en houding: verspreiding van kennis, vaardigheden en positieve houding
- Fase 3: Gedrag: adopteren positieve houding
- Fase 4: Gedragsbehoud: verandering en invoering (inclusief borging).

Voor welke doelgroep is de activiteit? Denk hierbij niet alleen aan interne, maar ook aan externe betrokkenen. Hieronder volgt een voorbeeld voor het invullen van de tabel:

Voorbeeld activiteitenplan

Doelstelling 1: het Zorgpad Stervensfase wordt geborgd in een werkwijze/procedure, gekoppeld aan de landelijke richtlijn Zorg in de stervensfase en opgenomen in het Handboek Kwaliteit							
Acties:							
Oriëntatie	Doelgroep	Kennis, houding	Doelgroep	Gedrag	Doelgroep	Gedragsbehoud	doelgroep
huidige richtlijn Zorg in de stervensfase opzoeken	projectgroep	inventarisatie benodigde aanpassingen vanuit huidige richtlijn	projectgroep in samenwerking met verpleegkundigen en medisch consulent palliatieve zorg	aanpassen werkwijzen MT concept voorleggen	projectgroep	vaststellen aangepaste werkwijze en opname in Handboek Kwaliteit	medewerkers organisatie

- **Het Zorgpad Stervensfase daadwerkelijk gebruiken**

Als alle medewerkers zijn geschoold kan het zorgpad daadwerkelijk gebruikt worden. Zorg dat de tijd tussen de scholing van de medewerkers en het daadwerkelijk gaan gebruiken van het zorgpad zo kort mogelijk is. In het plan van aanpak is beschreven op welke afdeling of unit het zorgpad gebruikt gaat worden. Als implementatie op één afdeling of unit plaatsvindt, heeft dit als voordeel dat het overzichtelijk en behapbaar blijft.

In het begin is het belangrijk om het gebruik van het zorgpad intensief te volgen en waar nodig bij te sturen. Medewerkers zullen het gebruik in het begin mogelijk lastig vinden. Zorg dat er een duidelijk aanspreekpunt is, waar medewerkers met hun vragen en opmerkingen over het starten of het invullen van het zorgpad meteen of in ieder geval snel terecht kunnen.



Medewerkers hebben de neiging vast te houden aan de 'oude' manier van rapporteren waardoor de 'oude en de nieuwe' manier door elkaar gebruikt worden. Dit maakt een juist gebruik van het zorgpad lastig. Spreek af dat alleen in het zorgpad gerapporteerd wordt en dat alleen dossieronderdelen toegevoegd worden die niet in het zorgpad zijn opgenomen, bijvoorbeeld een medicatie-aftekenlijst.

Om na te gaan of de zorgpaden goed ingevuld zijn, is het wenselijk dat in het begin de projectleider of de leidinggevende de ingevulde zorgpaden naloopt. Zo wordt inzichtelijk waar het goed gaat, waar knelpunten liggen en of zaken onduidelijk zijn of ontbreken. Bespreek tijdens een teambespreking alle ervaringen en resultaten van het werken met het zorgpad, zodat medewerkers ook van elkaar horen en leren hoe de invoering verloopt. Met name de verbeteringen voor de directe patiëntenzorg en de zorg voor de naasten zijn belangrijke aspecten voor een teamoverleg.

3.1.7 Communicatieplan (H7 Format implementatieplan)

Het communicatieplan beschrijft waarover en hoe te communiceren over het project met betrekking tot verschillende doelgroepen. Communicatie is een belangrijk onderdeel om de zorgprofessionals de route te laten doorlopen van 'onbewust onbekwaam' naar 'onbewust bekwaam' bij implementatie van het Zorgpad Stervensfase.

IKNL adviseert voorafgaand, tijdens en aan het einde van het project breed te communiceren over de inhoud, de toegevoegde waarde en de toepasbaarheid van het zorgpad zowel intern als extern. Gebruik een verscheidenheid aan communicatiekanalen. Als eenmaal is begonnen met implementatie is het belangrijk om de juiste communicatiekanalen te gebruiken, bijvoorbeeld nieuwsbrieven, intranetberichten, foldermateriaal en presentaties binnen de teams. Hierbij is het belangrijk dat de zorgverleners elkaar inspireren en dat je de doelgroep op een juiste manier aanspreekt.

- **Informereren van gebruikers**

Medewerkers willen graag geïnformeerd worden over wat in de organisatie speelt en wat de achtergrond is van veranderingen, zeker als het de eigen werkzaamheden betreft. Het is belangrijk om medewerkers zo snel mogelijk te informeren nadat het management heeft besloten om het zorgpad te implementeren. Naast de directe medewerkers op de afdeling is het ook belangrijk om andere disciplines te informeren die bij de zorgverlening van de patiënt betrokken zijn (bijvoorbeeld de geestelijk verzorgers of de huisarts en wijkverpleegkundige).

Het is belangrijk om medewerkers gedurende de projectperiode regelmatig te informeren over de voortgang en de resultaten. De manier en de momenten waarop betrokkenen worden geïnformeerd staan beschreven in het plan van aanpak. Dit kan bijvoorbeeld door een aparte informatiebijeenkomst, in een bestaande (digitale) nieuwsbrief, tijdens het teamoverleg of op het prikbord. Ook kan ervoor gekozen worden om een aparte nieuwsbrief speciaal over het zorgpad te maken.



Ter bevordering van de communicatie kan het waardevol zijn om een speciaal e-mailadres aan te maken, bijvoorbeeld zorgpadstervensfase@ziekenhuisx.nl. Vragen kunnen naar dit centrale en algemeen bekende adres gestuurd worden. Meestal beheert de projectleider dit e-mailadres.

Voor organisaties die werken met vrijwilligers is het belangrijk af te spreken op welke manier zij over de invoering van het Zorgpad Stervensfase worden geïnformeerd. In toenemende mate zijn zij betrokken bij het verlenen van palliatieve zorg. Vrijwilligers signaleren veel zaken die van belang zijn voor de zorg en gebruiken in veel situaties een eigen overdrachtsmap. In principe schrijven vrijwilligers hun bevindingen niet in het zorgpad. Het gebruik van het zorgpad komt wat dat betreft overeen met het gebruik van ieder verpleegkundig of medisch dossier, waardoor dezelfde wettelijke regels en organisatieafspraken van toepassing zijn.



Vrijwilligers kunnen hun bevindingen noteren in een apart communicatieschrift. Voor naasten kan het ook prettig zijn om hierin te schrijven hoe het met de patiënt gaat. Na het overlijden is dit schrift een

aandenken aan de periode van afscheid nemen.

Het communicatieplan draagt bij aan het verkrijgen van helderheid over:

- de te benaderende doelgroepen
- welke (nieuwe) informatie door implementatie van Zorgpad Stervensfase gecommuniceerd wordt
- welke voortgang en huidige uitkomsten van het implementatieproject op welk moment gecommuniceerd worden. Hierbij kan gedacht worden aan de volgende momenten:
 - startbijeenkomst
 - slot/evaluatiebijeenkomst
 - presentatie van project in bijvoorbeeld een nieuwsbrief, op symposia, bij regionale netwerk palliatieve zorg, consortia PZ, artikel in vakblad et cetera.
 - aankondiging van trainingsdagen
 - uitkomsten van trainingsdagen
 - afronding fasen benoemen en vieren

De volgende middelen kunnen als input dienen voor de communicatie uitingen:

- nul-, tussen- en eindmeting voor gebruik Zorgpad Stervensfase (bijlage 7)
- evaluatie medewerkers (zie bijlage 8)
- aankondiging van trainingsdagen
- uitkomsten van startbijeenkomst, trainingsdagen, slotbijeenkomst, evaluatiebijeenkomst

Houd bij het beschrijven van de communicatie voor ogen wat de centrale boodschap is, welke doelstellingen je hebt en welke middelen je hiervoor wilt inzetten.

Voorbeeld:

	Datum/tijds- indicatie	Middel/ communicatieact iviteit	Doelgroepen	Doelstellingen en centrale boodschap	Verantwoordelijke
1	10-12 2015	aandachtvelders per team	medewerkers teams	aankondiging project Zorgpad Stervensfase nulmeting en scholing IKNL	projectleider
2	15-12 2015	nieuwsbrief	medewerkers en RvT	aankondiging project Zorgpad Stervensfase	manager
3	februari 2016	teamoverleg/MDO	eigen teams	gebruik en werkwijze zorgpad aan de hand van eigen casus en ondersteuning door collega die training heeft gevolgd	projectleider/medew erker team
4	maart 2016	nieuwsbrief	medewerkers teams	aankondiging tussenevaluatie project; terugkommiddag in april en tussenmeting in teams	leidinggevende en projectleider
5	april 2016	Informatie- brief/teamoverleg	medewerkers teams	tussenevaluatie en verder verloop project benoemen	leidinggevend en projectleider
6	juli 2016	nieuwsbrief	medewerkers teams	aankondiging afsluiting project en eindmeting in	leidinggevend en projectleider

				teams. Wanneer eindrapportage verwachten?	
7	juli 2016	Informatiebrief/ teamoverleg	medewerkers teams	terugblik en verwacht moment van eindrapportage benoemen	leidinggevend en projectleider
8	augustus 2016	evaluatie project op teamoverleg	teams	rapportage eindmeting en resultaat voor eigen team bespreken	leidinggevend, projectgroep en projectleider
9	augustus 2016	nieuwsbrief	medewerkers en RvT	terugblik en resultaat in eindrapportage project Zorgpad Stervensfase	stafmedewerker beleid i.o.m. projectleider

3.1.8 Borgingsstrategieën (H8 Format implementatieplan)

Borging van het zorgpad stopt niet aan het einde van een project. Beschrijf in het format de huidige werkprocessen waar het zorgpad onderdeel van wordt en blijft en waar de uitkomsten van het zorgpad besproken (gaan) worden.

Door vooraf te beschrijven in welke huidige werkprocessen het zorgpad onderdeel moet zijn, is er voor de gebruikers en andere betrokkenen helderheid wanneer het zorgpad moet worden toegepast, bij wie en waar de uitkomsten worden besproken/vastgelegd.

Voor een afdeling is het aan te raden om de verantwoordelijkheid voor het (juiste) gebruik van het Zorgpad Stervensfase na de projectperiode niet te koppelen aan een persoon, maar aan een functie. Op deze manier blijft in de toekomst de continuïteit beter gewaarborgd. Ook is het verstandig een verantwoordelijke te noteren die monitort en stuurt in het betreffende werkproces waarvan het Zorgpad Stervensfase onderdeel is geworden.



Voer periodiek monitoring en evaluatie uit, hierdoor blijft het zorgpad op de agenda staan



Maak gebruik van de veranderingen binnen je organisatie. Als er een nieuwe werkwijze wordt geïmplementeerd laat dan het zorgpad hierbij aansluiten (en/of geef aan wat de verhouding is t.o.v. het zorgpad) zodat er niet een opeenvolging van veranderingen ontstaat.

Voorbeeld:

De borgingsfase is erop gericht om het gebruik van het Zorgpad Stervensfase op lange termijn te garanderen. Borging in de organisatie is te realiseren door het zorgpad een structurele plek te geven in bestaande structuren en werkprocessen zoals:

- op organisatieniveau
 - organisatiebreed protocollen opstellen waarin het gebruik van het zorgpad is vastgelegd
 - deelnemen aan bijeenkomsten over het zorgpad georganiseerd door de netwerken palliatieve zorg
 - opnemen van het zorgpad in het operationeel jaarplan en begroting van de organisatie
 - inbedden van het zorgpad in het kwaliteitssysteem van de organisatie
 - betrekken van de kwaliteitsfunctionaris

- toezien op het juiste gebruik van het zorgpad door een (eventueel op te richten) interne commissie
- werkoverleggen waar het zorgpad vast op de agenda staat
- op afdelingsniveau
 - maken van afdelingsafspraken over samenwerking in de stervensfase
 - opnemen van de scholing over het zorgpad in het inwerkprogramma (van nieuwe medewerkers)
 - opnemen van het zorgpad als vast onderdeel van het teamoverleg
 - uitvoeren van vervolgmetingen en het vastleggen van verbeterpunten
 - organiseren van bijscholing, intervisie of themabijeenkomsten
- startgesprek cliënt/patiënt waar het zorgpad een onderdeel van is
- zorgpad gebruiken om evaluaties van zorg na het overlijden van cliënt/patiënt op een meer structurele manier plaats te laten vinden
- intern kwaliteitssysteem
- werkoverleggen waar het zorgpad vast op de agenda staat
- ECD/EDP
- functioneringsgesprek

Wellicht dienen er ook nieuwe bijeenkomsten georganiseerd te worden zoals:

- begeleiding van artsen en verpleegkundigen on the job ook na het implementatieproject, in het kader van borging.

3.1.9 Evaluatieplan (H9 Format implementatieplan)

Evalueren van de implementatie is nodig om enerzijds de implementatie aan te scherpen en anderzijds meer inzicht te krijgen in de effectiviteit van de implementatie-interventies. Het activiteitenplan is daardoor onderdeel van het evaluatieplan. In het implementatieplan staat een tabel die gebruikt kan worden om de evaluatiemomenten te plannen en de agenda vorm te geven. Stel aan de hand van de doelstellingen (H3) en activiteiten (H5 en H7) een evaluatieplan op. Dit kan aan de hand van tabellen die in hoofdstuk 9 van het Format implementatieplan zijn opgenomen. Denk hierbij ook aan eventuele enquêtes die je kunt uitzetten onder de doelgroepen om zo te bepalen of het zorgpad een meerwaarde heeft voor de organisatie, de werknemers, de zorgvrager enzovoort.

Het is belangrijk om na een periode van ongeveer zes maanden het gebruik van het zorgpad op verschillende niveaus te evalueren. Op die manier ontstaat zicht op het effect van de invoering. Zowel de patiënt en naasten, de medewerkers als het management zijn gebaat bij een evaluatie. Voor de patiënt en naasten kan de zorg verbeteren als uit de evaluatie blijkt dat bepaalde aspecten van de zorg onvoldoende zijn. De medewerkers bespreken dan in het team hoe deze knelpunten opgelost worden. Dit helpt de medewerkers bovendien om gemotiveerd gebruik te blijven maken van het zorgpad. Voor het management is een evaluatie van belang om het effect van de invoering vast te stellen waardoor de gedane investering verantwoord kan worden.

IKNL heeft voor het in kaart brengen van het verloop van de implementatie van het Zorgpad Stervensfase een nul-, tussen- en eindmeting ontwikkeld (bijlage 7). Daarnaast is er ook een evaluatieformulier voor medewerkers die ingezet kunnen worden als tussen- en eindevaluatie (bijlage 8). Het advies is minimaal één tussenevaluatiegesprek en een eindevaluatiegesprek met de projectgroep in te plannen om ook het project in zijn geheel te evalueren

3.1.10 Planning activiteiten (H10 Format implementatieplan)

Het laatste hoofdstuk van het implementatieformat geeft de planning weer van alle activiteiten tijdens het implementatietraject. Voeg hier alle activiteiten en evaluatiemomenten samen in één overzicht op volgorde van tijd.

4 Is de organisatie klaar voor de implementatie en borging

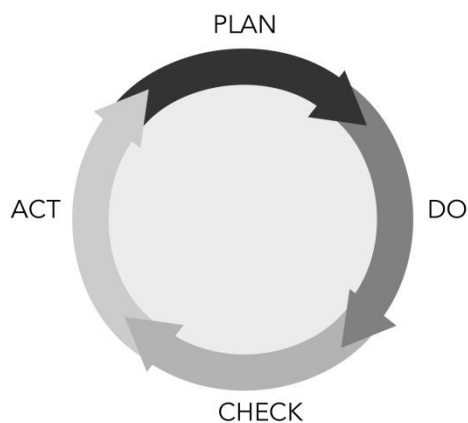
Wanneer het management akkoord is met het plan van aanpak en er draagvlak is om te starten met de invoering van het Zorgpad Stervensfase, kan het plan van aanpak daadwerkelijk uitgevoerd worden.

Uit de evaluatie blijkt of de implementatie van het zorgpad geslaagd is en in gebruik blijft. De organisatie is dan klaar voor de borging van het zorgpad. De volgende vragen zijn dan met ja te beantwoorden:

- Is er sprake van een verbetering van de zorg in de stervensfase ten opzichte van de nulmeting?
- Is er sprake van een positieve beoordeling van het gebruik van het zorgpad door medewerkers?
- Staat voor het management het positieve effect van de implementatie vast?

4.1 Blijft het zorgpad in gebruik? De kwaliteit borgen m.b.v. de Plan-Do-Check-Act-cyclus

Het Zorgpad Stervensfase is een goed instrument om met regelmaat de zorg in de stervensfase te evalueren en waar nodig bij te stellen. Een veel gebruikte manier om hiernaar te kijken is de Deming circle: de Plan-Do-Check-Act-cyclus. (zie ook bijlage B8).



- 1 PLAN** De kwaliteitscyclus begint met een plan om een bepaald resultaat te bereiken.
Voorbeeld 1: uit de eindevaluatie van het project blijkt dat het zorgpad weinig is ingezet: bij 30 procent van het totaal aantal overlijdens. Medewerkers geven aan dat zij nog onvoldoende kennis hebben om het zorgpad ook daadwerkelijk te gebruiken. Naar aanleiding van de resultaten is een plan voor extra scholing en begeleiding opgezet.
Doel is dat na een periode van een half jaar in 50 procent het zorgpad is ingezet. De vragenlijst wordt na zes maanden opnieuw afgenomen. In diezelfde periode wordt het aantal ingevulde zorgpaden en het totaal aantal overlijdens bijgehouden.
- 2 DO** Het opgestelde plan wordt uitgevoerd.
Voorbeeld: alle medewerkers krijgen extra scholing van drie uur over gebruik van het zorgpad. De leidinggevende besteedt in ieder teamoverleg aandacht aan de vragen over het gebruik. Registratie van het aantal overleden patiënten en het aantal ingevulde zorgpaden.
- 3 CHECK** Aan de hand van vooraf opgestelde evaluatiecriteria wordt bekeken of het gewenste resultaat is bereikt.
Voorbeeld: medewerkers vullen opnieuw de lijst in met vragen over kennis en gebruik van het zorgpad. Het percentage ingevulde zorgpaden wordt berekend door het aantal ingevulde zorgpaden te delen door het totaal aantal overlijdens over een periode van zes maanden.
- 4 ACT** Bijstellen van het plan.
Voorbeeld: het blijkt dat het percentage van 50 procent niet is gehaald. Bij nadere analyse komt naar voren dat de medewerkers het lastig vinden om het gesprek met de patiënt en de naasten aan te gaan. Hierop kan geanticipeerd worden door een specifieke scholing aan te bieden.

Bijlagen

B1 Palliatieve zorg

Definitie palliatieve zorg

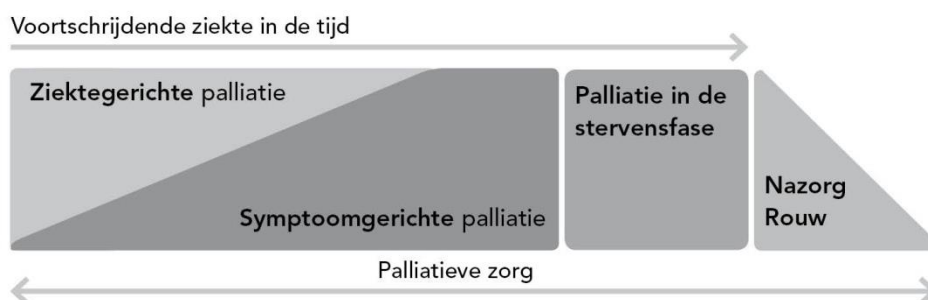
De World Health Organization (WHO, 2002) geeft de volgende definitie van palliatieve zorg:

“Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van zorgvragers en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard”.

Bij palliatieve zorg:

- is niet de genezing van de zorgvrager het doel, maar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven, waardoor het ziekteverloop mogelijk positief beïnvloed kan worden
- is de dood een normaal, natuurlijk proces, dat niet vertraagd of versneld wordt
- is er aandacht voor lichamelijke én psychische klachten
- worden de psychologische en spirituele aspecten in de zorg geïntegreerd benaderd
- is er emotionele ondersteuning voor de zorgvrager en zijn naasten om zo actief mogelijk te leven
- is er emotionele ondersteuning voor de naasten om te leren omgaan met de ziekte van de zorgvragers en met eigen rouwgevoelens
- wordt, indien nodig, vanuit een team zorgverleners gewerkt, zodat aan alle noden van zorgvragers en naasten tegemoet kan worden gekomen; indien nodig ook na het overlijden van de zorgvragers (ondersteuning bij verliesverwerking)
- kan de zorg vroeg in het ziekteverloop aan de orde zijn, in combinatie met therapieën die levensverlengend zijn (zoals chemotherapie en radiotherapie). Palliatieve zorg kan ook (medische) onderzoeken omvatten die nodig zijn om pijnlijke, ingewikkelde problemen en gevolgen van de ziekte en behandeling te begrijpen en te behandelen

In het oorspronkelijke zorgmodel van Lynn en Adamson (2003) is deze vroegsignalering van problemen een belangrijk punt in de palliatieve zorgverlening. In het boek Richtlijnen voor de praktijk (VIKC, 2010) wordt het aangepaste zorgmodel van Wanrooij et al. (2010) gebruikt.



Samenwerken in de palliatieve zorg

Palliatieve zorg is geen zaak van één enkele zorgverlener, het is teamwerk. In de optimale situatie wordt de palliatieve zorgverlening door alle leden van het multi- en interdisciplinair team gedeeld: iedere discipline levert vanuit de eigen betrokkenheid én de eigen deskundigheid een unieke bijdrage aan het proces van besluitvorming. Voor gedegen besluitvorming en constructieve samenwerking is daarbij erkenning van ieders bijdrage essentieel.

B2 Zorgpad Stervensfase

In de gezondheidszorg gaat steeds meer aandacht uit naar palliatieve zorg. De stervensfase is daarin een specifieke periode waarin alle dimensies van palliatieve zorg intensief samenkomen. In Groot-Brittannië wordt de zorg voor stervenden, zoals deze in hospices wordt verleend, gezien als de gouden standaard. John Ellershaw, specialist palliatieve zorg en werkzaam in het Marie Curie hospice en het academisch ziekenhuis in Liverpool, stelde zich met zijn team tot doel deze hospicezorg voor stervenden te vertalen naar het ziekenhuis. Dit leidde in 1997 tot de ontwikkeling van de Liverpool Care Pathway for the Dying Patient (LCP). Hierin is goede zorg voor stervenden in de vorm van doelen omschreven.

In de praktijk bood het LCP de artsen, verpleegkundigen en verzorgenden in het ziekenhuis een enorme ondersteuning in de zorg voor stervenden en hun naasten. Ook de zorgverleners in de hospices bleken het prettig te vinden met het LCP te werken. Inmiddels is het gebruik van het LCP in Groot-Brittannië opgenomen in the NHS National Cancer Plan 2000 (het Nationaal Plan voor de behandeling en benadering van patiënten met kanker). Als gevolg van de goede ervaringen in het ziekenhuis zijn er ook voor het hospice, het verpleeghuis en de thuiszorg versies van het zorgpad ontwikkeld.

De Nederlandstalige versie van het LCP is in 2001 in de regio Zuidwest-Nederland geïntroduceerd en door het toenmalige Integraal Kankercentrum Rotterdam (IKR)² in samenwerking met Erasmus MC Rotterdam in diverse organisaties ingevoerd. Vanaf maart 2009 is er in Nederland sprake van een toenemend gebruik van het zorgpad in alle settingen van zorg. Hierbij valt te denken aan de ziekenhuizen, hospices, verpleeg- en verzorgingshuizen, de thuiszorg en de huisartsenzorg. Ook 'partijen' zoals de vrijwilligersorganisatie VPTZ, de Associatie van High Care Hospices, het ministerie van VWS, ZonMw en zorgverzekeraars zijn inmiddels zeer geïnteresseerd in dit praktische kwaliteitsinstrument.

Eind 2009 is in Engeland op basis van praktijkervaringen en publieke discussies een nieuwe versie van het LCP verschenen. In Nederland heeft dit in 2011 geleid tot de tweede Nederlandstalige versie: Zorgpad Stervensfase 2.0. Ook alle bijbehorende materialen zijn in 2011 herzien en waar nodig aangepast.

Wat is het Zorgpad Stervensfase?

Het zorgpad is een kwaliteitsinstrument dat is ontwikkeld om de zorg in de stervensfase zorgvuldig af te stemmen op de behoeften van patiënten en hun naasten. Alle aspecten van de multidisciplinaire zorg in deze laatste dagen van het leven zijn in het zorgpad aan de hand van zorgdoelen beschreven. Het zorgpad is een zorgdossier, een checklist en een evaluatie-instrument in één. Informatie over de ontwikkeling is opgenomen in bijlage 1.

Het zorgpad bestaat uit drie delen:

- **Deel 1** Beoordeling bij de start van het zorgpad door arts en verpleegkundige
Dit deel wordt eenmalig ingevuld op het moment dat het multidisciplinaire team constateert dat de stervensfase is aangebroken.
- **Deel 2** Beoordeling van patiëntgebonden problemen
Dit deel omvat de voortgangsrapportage en heeft betrekking op de gehele stervensfase: het moment dat geconstateerd wordt dat de stervensfase is aangebroken tot aan het overlijden.
- **Deel 3** Zorg na overlijden
Dit laatste deel heeft betrekking op de zorg na het overlijden.

² Per 1 januari 2011 is het IKR samen met andere integrale kankercentra gefuseerd tot IKNL.



Soms kan al bij opname (bijvoorbeeld in hospices) of bij de start van de zorgverlening een groot gedeelte van deel 1 van het zorgpad ingevuld worden. Als het multidisciplinaire team later constateert dat de stervensfase is aangebroken, is het alleen nodig om deze gegevens te controleren.

Drie verschillende versies

Niet elke setting waarin mensen overlijden is gelijk. Om deze verschillen te ondervangen zijn drie verschillende versies van het zorgpad ontwikkeld: een ziekenhuis-, een verpleeghuis- en een thuiszorgversie. De opzet van de versies is hetzelfde: alle bestaan uit de drie bovengenoemde delen. De verschillen zitten met name in de gebruikte terminologie en in het aantal registratiemomenten. In de thuiszorgversie is een aantal doelen uit deel 3 niet van toepassing.

Door de versie te hanteren die voor uw setting geschikt is kan het zorgpad snel 'eigen' gemaakt kan worden. In de tabel zijn de verschillen tussen de versies weergegeven.

Wat is het doel van het Zorgpad Stervensfase?

Het zorgpad is primair bedoeld om de kwaliteit van de zorg in de stervensfase te optimaliseren. Het besteedt niet alleen op een gestructureerde manier aandacht aan de symptoomcontrole, maar draagt ook bij aan de samenwerking tussen zorgverleners, de communicatie met de patiënt en naasten en aan een eenduidige rapportage.

Bovendien stimuleert het gebruik van het zorgpad de evaluatie en de optimalisatie van de zorg aan stervenden en de multidisciplinaire samenwerking rond de markering van de stervensfase. Tot slot levert het een bijdrage aan de kennis van zorgprofessionals over de stervensfase.

Wat is de meerwaarde van het Zorgpad Stervensfase?

De meerwaarde van het gebruik van het zorgpad ligt op meerdere terreinen en is per organisatie verschillend. Uit wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaringen blijken de volgende voordelen van het gebruik van het zorgpad.

- Voor patiënten
 - betere kwaliteit van leven (minder symptoomlast) in de stervensfase
 - minder diagnostische interventies in de stervensfase
 - het veilige gevoel in professionele handen te zijn
- Voor naasten
 - optimale en eenduidige communicatie in de stervensfase
 - betere informatievoorziening
 - betere rouwverwerking
 - het veilige gevoel dat de patiënt op professionele wijze wordt verzorgd
- Voor individuele zorgverleners
 - structuur en houvast; je ziet niets over het hoofd
 - zelfvertrouwen
 - een goed hulpmiddel bij het observeren van problemen
 - optimaal contact met de naasten
- Voor het multidisciplinaire team
 - optimale en gestructureerde samenwerking
 - eenduidige rapportage

- overzicht van actuele problemen
 - meer bewustzijn van en vertrouwdheid met het stervensproces
 - duidelijkheid ten aanzien van de markering van de stervensfase
 - proactief werken in de palliatieve terminale fase
 - makkelijker inwerken van nieuwe collega's
- Voor organisaties
 - betere documentatie van de geleverde zorg in de stervensfase
 - borging van en inzicht in de kwaliteit van zorg in de stervensfase
 - gestructureerde mogelijkheid voor evaluatie en verbeterprojecten
 - mogelijkheid voor toeslag palliatieve zorg bij het zorgkantoor (dit kan per zorgkantoor en per jaar verschillend zijn)

Hoe wordt het Zorgpad Stervensfase gebruikt?

Starten met het zorgpad

Het zorgpad wordt ingezet op het moment dat het multidisciplinaire team (artsen, verpleegkundigen en verzorgenden) (h)erkent dat de stervensfase is aangebroken. Dit is de markering van de stervensfase; de fase waarin kenmerken van het sterven zichtbaar worden en het sterven onafwendbaar lijkt. De stervensfase wordt gemarkeerd door een aantal, soms heel subtiele, veranderingen in de toestand van de patiënt. Voorbeelden zijn dat de patiënt verminderd aanspreekbaar is en dat de patiënt niet meer uit bed komt. Het (vaak geleidelijk) minder innemen van vocht door de patiënt is ook een indicatie dat de dood nabij is. In de meeste gevallen signaleert de verpleegkundige of de verzorgende als eerste dat de dood nabij is. Het is van belang deze signalen te bespreken met alle professionals die bij de zorg van de patiënt betrokken zijn. Als gezamenlijk geconcludeerd wordt dat het waarschijnlijk is dat de patiënt binnen een aantal dagen zal overlijden, dan wordt het zorgpad gestart. Het besluit om te starten met het zorgpad is altijd een teambeslissing. Als een multidisciplinaire beslissing niet mogelijk is (bijvoorbeeld in een nachtdienst) kan het zorgpad toch gestart worden. Andere disciplines worden dan, zo snel mogelijk, alsnog betrokken bij de zorg.

Bij het starten van het zorgpad kunnen de volgende vragen worden gesteld:

- Wat vinden de verpleegkundigen en verzorgenden?
- Wat vindt de behandelend arts?
- Zijn er andere disciplines betrokken die moeten worden geconsulteerd of geïnformeerd?
- Is het mogelijk om met de patiënt te communiceren?
- Wie informeert de patiënt en naasten?



Als het zorgpad gestart wordt, moet het direct beschikbaar zijn. Zorg ervoor dat het zorgpad op een vaste plaats op de afdeling ligt. Neem het zorgpad eventueel standaard op in het verpleegkundig dossier.

Doel van de zorg in de stervensfase

Het uitgangspunt bij het verlenen van de zorg in de stervensfase zijn de richtlijnen die zijn opgenomen in het boek 'Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk'. Deze zijn ook beschikbaar op www.pallialine.nl. Daarnaast geeft de definitie van palliatieve zorg richting aan de zorgverlening in de stervensfase (zie bijlage 2). Het is belangrijk dat informatie tussen alle betrokken zorgverleners uitgewisseld wordt. Hierdoor ontstaat overeenstemming over het doel van de zorg waardoor de patiënt en naasten integraal afgestemde zorg krijgen.

Taakverdeling bij het gebruik van het zorgpad

Het zorgpad wordt door de arts en de verpleegkundige en verzorgende gezamenlijk doorgenomen. De verpleegkundige of verzorgende is verantwoordelijk voor de coördinatie van de schriftelijke vastlegging. De arts vult de medische doelen en items in: het niet-reanimerenbeleid, het informeren van de huisarts of medisch specialist en de procedures met betrekking tot obductie en orgaandonatie. Raadpleeg om een goed beeld te krijgen van de opzet en werkwijze van het zorgpad de Handleiding Zorgpad Stervensfase, versie 2.0.

Dossiervoering

Op het moment dat het zorgpad ingezet wordt, vervangt het in principe het verpleegkundig en medisch dossier. Daardoor wordt op een eenduidige manier gerapporteerd en zijn alle patiëntgegevens op één plaats te vinden. In het verpleegkundig en medisch dossier wordt genoteerd dat gestart is met het zorgpad. In de praktijk worden soms lijsten toegevoegd aan het zorgpad, bijvoorbeeld de medicatie(afteken)lijst.

Staken van het zorgpad

Incidenteel komt het voor dat de patiënt onverwacht opknapt na de inzet van het zorgpad. In dat geval wordt het gebruik van het zorgpad gestaakt. Het tot dusver ingevulde zorgpad wordt opgenomen in het patiëntendossier volgens de afspraken in de organisatie. Eventueel wordt later weer een nieuw zorgpad gestart.

B3 Rollen en taken opdrachtgever, projectleider en projectgroep

Opdrachtgever (inzet, taken, verantwoordelijkheid)

De volgende taken en verantwoordelijkheden zijn vaak van toepassing:

- is de eigenaar van het project en wil de resultaten van het project zien
- is voorzitter van de stuurgroep
- krijgt mandaat van de directie van de organisatie
- stelt de projectleider aan
- stelt het projectplan vast
- keurt wijzigingen in tijd, geld en scope tijdens het project goed of af
- bepaalt na elke fase, samen met de projectleider, of het zinvol is het project voort te zetten zoals gepland
- is bevoegd het project te stoppen
- creëren van draagvlak binnen de organisatie

Het is van groot belang na te gaan of het management weet wat het Zorgpad Stervensfase inhoudt en of het positief staat tegenover de invoering. Alleen dan zal het management de benodigde organisatorische en financiële middelen ter beschikking stellen. De projectleider heeft de belangrijke taak om de meerwaarde van het zorgpad aan het management duidelijk te maken.

Het kan zijn dat het management het Zorgpad Stervensfase wil implementeren omdat andere afdelingen of teams hiermee werken. Ook dan is het belangrijk om te kijken of het zorgpad past bij dat specifieke deel van de organisatie. Stem als projectleider ook in die situatie de organisatorische en financiële randvoorwaarden af met het management.

Om de voortgang van het project te garanderen is de betrokkenheid van het management bij de go/no-go-momenten van belang. Het management moet de definitieve goedkeuring geven om het project te starten (go/no-go-moment 1), om het zorgpad werkelijk te implementeren (go/no-go-moment 2) en om het na de evaluatie eventueel op andere afdelingen te gaan gebruiken (go/no-go-moment 3). Om de betrokkenheid van het management gedurende het hele project te garanderen, is het aan te bevelen dat de projectleider regelmatig voortgangsrapportages verzorgt.

• **Projectleider** (inzet, taken, verantwoordelijkheid)

De volgende taken en verantwoordelijkheden zijn vaak van toepassing:

- tuigt het projectteam op: zorgt ervoor dat hij/zij voldoende en kwalitatief adequate mensen en middelen beschikbaar krijgt
- stelt het implementatieplan op in samenwerking met vertegenwoordigers uit de organisatie / de projectgroep
- plant, verdeelt en bewaakt de noodzakelijke activiteiten
- bewaakt de realisatie ten opzichte van de planning
- overzicht houden op de tijdsplanning en de financiële middelen
- stuurt projectmedewerkers aan
- contact met de opdrachtgever over het project
- legt verantwoording af aan de opdrachtgever voor het implementeren van de methode op de eigen afdeling
- legt op mijlpaalmomenten de beslispunten voor aan de opdrachtgever
- voortgang project monitoren en waar nodig actie ondernemen
- knelpunten in het project signaleren en (gezamenlijk) oplossen
- neemt, wanneer resultaten niet behaald dreigen te worden, corrigerende maatregelen
- draagt bij afsluiting van het project de resultaten over aan de opdrachtgever
- creëert draagvlak binnen de organisatie
- enthousiasmeren van medewerkers

- Toezien op het juiste gebruik van het Zorgpad Stervensfase
- goed op de hoogte blijven van de ontwikkelingen op het gebied van de palliatieve zorg
- zorgen voor commitment bij de medewerkers van de afdeling
- zorgen voor (het organiseren van) de scholing van de afdelingsmedewerkers
- aanspreekpunt zijn voor de medewerkers van de eigen afdeling bij vragen over Zorgpad Stervensfase en de implementatie daarvan
- zorgen voor de evaluatie van de implementatie en borging van het gebruik van Zorgpad Stervensfase
- zorgen voor het aanleveren van spiegelinformatie aan de kerngroep
- eventueel deelnemen aan overlegsituaties met projectleiders van andere organisaties

Een projectleider heeft de volgende eigenschappen:

- affiniteit met palliatieve zorg
- HBO werk- en denkniveau
- zelfstandig, initiatiefrijk, creatief en omgevingsbewust
- ervaring met projectmatig werken
- (werk)processen kunnen overzien
- in staat mensen te enthousiasmeren en om te gaan met weerstanden
- coachingsvaardigheden
- vindt het leuk om training te geven voor een groep
- is goed in het vertalen van letheorie naar praktijkvoorbeelden
- is flexibel en bereid om op verschillende werkdagen (in onderlinge afstemming)training te geven
- heeft een goed inlevingsvermogen en blijft te allen tijde professioneel
- kan meehelpen de opgedane kennis te verspreiden en te borgen, nu (tijdens het project) en in de toekomst
- doorzettingsvermogen(implementatie vergt vaak een lange adem)
- kan op een aansprekende manier het zorgpad onder de aandacht brengen
- inzicht in eigen (noodzakelijk te ontwikkelen) competenties
- minstens drie jaar ervaring in de gezondheidszorg



Ga op zoek naar een enthousiaste verpleegkundige/arts en/of teamleider die de kar kan trekken.

Om de rol van projectleider optimaal te kunnen vervullen is het belangrijk dat de projectleider (een zekere) beslissingsbevoegdheid heeft. Daarnaast is het wenselijk dat de projectleider kennis van en ervaring met het implementeren van nieuwe werkwijzen heeft. Afhankelijk van de organisatiecultuur en de ervaring met implementatieprojecten kunnen in een organisatie specifieke competenties gewenst zijn. Als er in een organisatie bijvoorbeeld sprake is van 'oud zeer' dan is het belangrijk dat de projectleider in staat is hiermee om te gaan. Kortom, het is van belang dat de projectleider kan anticiperen op behoeften van de organisatie.



Continuïteit in de projectleiding is een belangrijke succesfactor. Neem daarom in overweging om al vanaf de start naast de projectleider een tweede persoon nauw bij de invoering te betrekken. Dit voorkomt bij de projectleider het gevoel er alleen voor te staan. En als de projectleider langdurig afwezig is of de organisatie verlaat is er direct een vervanger beschikbaar.

- **Projectgroep** (samenstelling, taken, inzet)

Het doel van de projectgroep is het gezamenlijk behalen van de projectdoelstelling en het verdelen van de noodzakelijke taken. De taken die noodzakelijk zijn om de projectdoelstelling te behalen, worden verdeeld over de verschillende teamleden.

De projectgroep heeft een belangrijke rol bij de implementatie en moet efficiënt en slagvaardig kunnen optreden. Daarom worden aan de leden van de projectgroep de nodige eisen gesteld. Belangrijk is dat de leden vakkundig zijn en gezag hebben bij de achterban. De allerbelangrijkste eis om aan de projectgroep deel te nemen is enthousiasme.

Bij de samenstelling van de projectgroep dient minimaal een medewerker van de afdeling waar het zorgpad gebruikt gaat worden deel uit te maken van de projectgroep. Deze medewerker van de afdeling kent namelijk de dagelijkse gang van zaken en kan in het team draagvlak creëren. Ook is het belangrijk dat een arts in de projectgroep zit. Hij kan inschatten wanneer en hoe andere artsen die het zorgpad gaan gebruiken benaderd moeten worden. Ook de link naar het management is belangrijk. Welke persoon hiervoor het meest geschikt is, zal per situatie bepaald moeten worden.

Voor de definitieve voordracht aan het management is het goed om te weten welke collega's in principe belangstelling hebben voor deelname aan de projectgroep. Benader hen persoonlijk om uit te leggen wat het project inhoudt. Het is belangrijk met hen de volgende zaken te bespreken:

- Wat wordt er van hen verwacht?
- Welke bijdrage (specifieke taak) kan het projectgroep lid leveren?
- Hoe vaak wordt vergaderd en hoeveel tijd kost deelname aan de projectgroep?
- In welke mate wordt de projectgroep gefaciliteerd door het management?



In de projectgroep kan een geestelijk verzorger uit de organisatie ook een waardevolle bijdrage leveren.

Samenstelling projectgroep in een thuiszorgorganisatie is in principe hetzelfde als bij andere organisaties. De arts in de projectgroep zal in de thuiszorgsituatie (veelal) een huisarts zijn. De voorkeur heeft een huisarts die affiniteit heeft met palliatieve zorg en die in staat is collega's te enthousiasmeren om het zorgpad te gebruiken. Ook is het belangrijk dat de betreffende arts weet op welke manier en op welk moment de huisarts in de wijk of de gemeente geïnformeerd moeten worden

Hoe vaak de projectgroep bij elkaar komt, hangt af van de lokale situatie. In de ene organisatie komt de projectgroep wekelijks bijeen terwijl in de andere organisatie maandelijks is of allen als er belangrijke beslissingen genomen moeten worden. Laat de projectgroep minimaal vier keer vergaderen: aan het begin van het project, vlak voor de daadwerkelijke invoering, voor de evaluatie en aan het einde van het implementatieproject.



Het is voor artsen vaak moeilijk om bij alle bijeenkomsten van de projectgroep aanwezig te zijn. Dit maakt deelname van een arts aan de projectgroep echter niet onmogelijk. Betrek de arts vooral bij bepaalde onderdelen van de implementatie: het geven van feedback op het plan van aanpak, het geven van scholing of het enthousiasmeren van collega's.

B4 Trainingsmogelijkheden

IKNL biedt elke organisatie de mogelijkheid projectleiders - hierna te noemen deelnemers - training te laten volgen. Voor meer informatie en actuele programma's verwijzen we naar onze site [www.iknl.nl/palliatieve zorg/opleidingen](http://www.iknl.nl/palliatieve_zorg/opleidingen).

Opzet van de training

De opzet van de training is gericht op kennisoverdracht en interactieve deelname. Met opdrachten en verschillende werkvormen wordt de deelnemer geactiveerd de eigen praktijksituatie te bekijken en deze tijdens de training intern in te brengen. Er wordt verwacht dat de deelnemer ter voorbereiding op de bijeenkomsten gemiddeld 2 à 3 uur tijd besteedt aan voorbereiding. Alle deelnemers zijn in het bezit van de lesmodule en de beschikbare materialen zoals het Zorgpad Stervensfase (ziekenhuis-, verpleeghuis-, thuiszorgversie) en de handleiding Zorgpad Stervensfase, versie 2,0

Er zijn twee soorten trainingen

- **train-de-trainer**

De train-de-trainer is voor organisaties die meerdere teams willen laten trainen of gezamenlijk met andere organisaties de training willen volgen en de implementatie van het zorgpad willen beleggen bij projectleiders. Deze projectleiders stellen zowel een plan van aanpak op voor de toebedeelde teams en trainen deze teams zelf op een later moment.

- **Interne training binnen de instelling**

De interne training wordt gegeven binnen de instelling door eigen projectleiders die het Zorgpad Stervensfase kunnen onderwijzen. IKNL levert hiervoor de onderwijsmaterialen aan.

Train-de-trainer

Door een projectleider binnen een team te selecteren zal het verankeren van het zorgpad binnen de huidige handelingen verbeteren. Deze projectleider heeft de mogelijkheid om zijn/haar collega's te coachen bij het gebruik van het zorgpad en medewerkers kunnen met vragen bij de projectleider terecht. Deze train-de-trainer geeft de projectleider handvatten om zelf de medewerkers te trainen en hen te ondersteunen in het gebruik van het zorgpad.

Voor het selecteren van een projectleider zie paragraaf 3.1.1. of bijlage 3, waarin de rollen, taken en eisen van een projectleider staan beschreven.

Doel van de train-de-trainer is dat de projectleiders:

- kennis en verdieping verkrijgen over projectmatig implementeren en de eigen rol daarbij
- kennis verkrijgen over het coachen en scholen van teamleden die met het zorgpad gaan werken
- kennis verkrijgen over de inhoudelijke aspecten en het gebruik van het zorgpad
- kunnen aangeven wat de aandachtspunten zijn voor gebruik van het zorgpad
- in staat zijn het Zorgpad Stervensfase te implementeren in de toebedeelde teams
- in staat zijn teamleden te coachen en te scholen die met het zorgpad gaan werken

Een train-de-trainer bestaat uit drie dagdelen:

- dagdeel 1
Kennismaking met het zorgpad. De deelnemer is in staat het zorgpad toe te passen in de praktijk
- dagdeel 2
Projectmanagement en eerste stap plan van aanpak
- dagdeel 3 (tussen dagdeel 2 en 3 zit minimaal drie weken)
Het delen van ervaringen met het werken met het zorgpad en bespreken van ervaren knelpunten (zowel methodiek als plan van aanpak). Daarnaast krijgen de deelnemers training in het doceren van het zorgpad aan andere teamleden

Interne training binnen de instelling

Doel van de interne training is het zorgpad als kwaliteitsinstrument te kunnen gebruiken. Deze is bedoeld voor organisaties die hun eigen medewerkers willen scholen. IKNL levert hiervoor onderwijsmaterialen aan.

De medewerker kan:

- uitleggen wat het Zorgpad Stervensfase inhoudt
- uitleggen uit welke drie delen het Zorgpad bestaat
- de meerwaarde van het Zorgpad Stervensfase vanuit verschillende invalshoeken toelichten
- vertellen hoe het Zorgpad Stervensfase gebruikt wordt in een praktijksituatie
- vertellen hoe de stervensfase gemarkeerd wordt aan de hand van een casus
- kan een multidisciplinair overleg voorbereiden
- kan de verkregen gegevens noteren in het dossier (eenduidige rapportage)

De interne training Zorgpad Stervensfase bestaat uit twee dagdelen à 2,5 uur, gepland op twee dagen. Het eerste dagdeel is vooral gericht op de inhoud en het gebruik van het Zorgpad Stervensfase, tevens wordt er ingegaan op onderwerpen zoals markering van de stervensfase. Men ervaart zelf wat de meerwaarde is van het gebruik en welke weerstanden en vragen het werken met het kwaliteitsinstrument en het materiaal oproepen.

In het tweede dagdeel, de terugkomdag, worden de inhoud uit de eerste bijeenkomst en de ervaringen uit de praktijk gecombineerd. Waar lopen de deelnemers tegenaan en waar kunnen ze hulp bij gebruiken om het Zorgpad Stervensfase nog beter in de praktijk toe te passen? Voor dit dagdeel vragen we de deelnemers zelf een casus uit de praktijk mee te nemen om te bespreken tijdens de bijeenkomst.

De keuze voor twee dagdelen, met daartussen enkele weken, is gebaseerd op de mogelijkheid die dit de deelnemers biedt om in de praktijk het zorgpad te oefenen en aan de hand hiervan op dagdeel twee dit te bespreken en vragen te stellen aan de docent.

IKNL adviseert om ook de arts binnen de instelling bij de training te betrekken.

B5 Checklist randvoorwaarden

Voorwaarden voor de implementatie van het Zorgpad Stervensfase

Nadat de wens is geuit om binnen jouw organisatie met het zorgpad te starten, is het belangrijk te kijken of aan een aantal voorwaarden voldaan wordt. De ervaring leert dat de implementatie succesvol(ler) verloopt als de organisatie aan deze voorwaarden voldoet. Als blijkt dat een voorwaarde niet gegarandeerd is dan moet hier (extra) aandacht naar uit gaan.

De voorwaarden zijn:

- beschikbaarheid van de juiste personen: projectleider en projectgroep
- betrokkenheid van het management
- inzicht in de noodzakelijke investeringen
- aanwezigheid bevorderende factoren voor de implementatie in de organisatie

Per voorwaarde is een aantal vragen geformuleerd die in de organisatie kunnen worden gesteld om te bepalen of aan de voorwaarde wordt voldaan.

Beschikbaarheid van de juiste personen: projectleider en projectgroep

- Zijn de taken en verantwoordelijkheden van de projectleider duidelijk en uitvoerbaar?
- Zijn de taken en verantwoordelijkheden van de projectgroep duidelijk en uitvoerbaar?

Betrokkenheid van het management

- Weet het management wat het werken met het zorgpad inhoudt?
- Staat het management over het algemeen positief tegenover projecten met als doel de kwaliteit van de (palliatieve) zorg te verbeteren?
- Staat het management positief tegenover het implementeren van het zorgpad?
- Bestaat helderheid ten aanzien van de rol van het management bij de go/no-go-momenten?

Inzicht in de noodzakelijke investeringen

- Kan er in de organisatie voldoende tijd en geld vrijgemaakt worden voor de implementatie?

Aanwezigheid bevorderende factoren voor de implementatie in de organisatie

- Is er in de organisatie voldoende basiskennis over palliatieve zorg?
- Is er een visie op palliatieve zorg in de organisatie?
- Is er een duidelijke en bestendige organisatiestructuur met een uitgebalanceerd team en vaste leidinggevenden?
- Zijn er op het moment dat het implementatieproject gaat lopen nog andere projecten en is dit project met deze andere projecten qua tijd en geld te combineren?
- Zijn er voldoende (positieve) ervaringen binnen de organisatie met implementatieprojecten?
- Zijn er enthousiaste 'kartrekkers' in de organisatie die het zorgpad promoten?
- Kunnen de medewerkers die geschoold zijn voldoende frequent met het zorgpad werken om er vertrouwd mee te raken? Met andere woorden zijn er voldoende sterfgevallen?

De ervaring leert dat het zorgpad optimaal geïmplementeerd wordt als voorafgaand aan de implementatie in een organisatie voldoende basiskennis en -vaardigheden ten aanzien van de palliatieve zorg aanwezig zijn. In de praktijk wordt dit gerealiseerd door medewerkers voorafgaand aan de implementatie een basisscholing palliatieve zorg aan te bieden. Naast de aanwezigheid van voldoende kennis en vaardigheden is het zinvol om in de organisatie een voor iedereen bekende en geaccepteerde visie op palliatieve zorg te hebben. Hierdoor zijn voor alle medewerkers de uitgangspunten voor palliatieve zorgverlening helder en eenduidig. Ook is het belangrijk dat op de afdeling waar het project plaatsvindt

voldoende personeel aanwezig is. Een organisatie die bezig is met een fusie of reorganisatietraject, heeft niet het optimale klimaat voor invoering van het zorgpad.

Voldoende overlijdens is een belangrijke voorwaarde voor succes: alleen dan kunnen medewerkers regelmatig ervaring opdoen met het gebruik van het zorgpad en er vertrouwd mee raken. Uit de praktijk weten we dat dit het geval is als er gemiddeld drie overlijdens per maand zijn.

Nu kan het zijn dat in een organisatie het aantal sterfgevallen per maand lager is of erg varieert. In dat geval zal intern een afweging gemaakt worden of alle medewerkers voldoende met het zorgpad kunnen werken. Er kan eventueel gezocht worden naar specifieke structuren of werkwijzen in de organisatie om de implementatie toch mogelijk te maken. Het inzetten van aandachtsvelders voor meerdere afdelingen kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat het zorgpad toch voldoende onder de aandacht blijft.

Checklist go/no-go-moment

Is het zorgpad voor de organisatie het juiste instrument, op het juiste moment en de juiste plaats?

- Sluit de doelstelling van het zorgpad aan bij de doelstelling van de organisatie?
- Is er sprake van een meerwaarde voor de patiënt en naasten?
- Is er sprake van een meerwaarde voor de zorgverleners en de organisatie?
- Past het gebruik van het zorgpad in de werkwijze van de organisatie?
- Is de beoogde projectleider beschikbaar?
- Zijn de beoogde projectgroep leden beschikbaar?
- Is de betrokkenheid van het management gegarandeerd?
- Zijn de bevorderende factoren voor de implementatie in de organisatie aanwezig?
- Bestaat er inzicht in de noodzakelijke investeringen en kunnen deze worden gegarandeerd?

Zijn alle vragen met ja beantwoord, dan is het zorgpad voor de organisatie het juiste instrument, op het juiste moment en op de juiste plaats.

B6 Contextanalyse

Samenwerking in de palliatieve zorg: ieder radertje doet ertoe!

A

Voorbereiding en de noodzakelijke randvoorwaarden

Breng de situatie in de organisatie in kaart

Welk klimaat heerst er in de organisatie?

Wat is onze visie, onze missie in de zorg?

Waarom willen we veranderen

Wat zijn de externe bronnen voor verandering

Wat willen we verbeteren?

Tip ► benoem de resultaten zo concreet mogelijk

Waar willen we naar toe?

Tip ► bedenk wie erbij betrokken zijn

Wat is nodig om onze zorg op een hoger plan te brengen?

Hebben we de wind mee?

Tip ► wie is er vanuit het management bij betrokken?

Is dit het goede moment?

Tip ► is de situatie in de organisatie stabiel?

Is dit het juiste instrument?

Tip ► passen de plannen in de visie van de organisatie?

Krijgen we groen licht?

B

Inventarisatie

Welke regels zijn er in onze organisatie?

Wie bepaalt de regels?

Wie heeft de leiding?

Wie heeft voorrang?

Wat gaat het kosten?

Wie in onze organisatie zijn betrokken bij de invoering van het zorgpad?

Wie in onze organisatie zijn betrokken bij het werken met de set?

Hoe betrekken en motiveren we de medewerkers?

C

Planning van activiteiten

Wie heeft de ruimte en tijd om de rol als projectleider op zich te nemen?

Tip ► ga op zoek naar een enthousiaste verpleegkundige en/of teamleider die de kar kan trekken

Tip ► kijk naar mogelijkheden van een projectgroep met verschillende zorgverleners

Hoe maken we in onze drukke werkzaamheden tijd vrij om alle activiteiten uit te voeren?

Tip ► besteed ook tijdens teamoverleg aandacht aan Zorgpad Stervensfase

Welke obstakels denken we tegen te komen als we de set gaan invoeren?

Hoe kunnen we deze obstakels oppakken?

D

Uitvoering

Start van het project!

Tip ► organiseer een helpdesk voor de verzorgenden en andere zorgverleners

Hoe gaan we dit kenbaar maken?

Tip ► bespreek gezamenlijk ideeën voor de voorbereiding van het MDO

Gezamenlijk trainen en oefenen met de set SPF

Resultaten bijhouden

Tip ► vraag ook bij de zorgvragers na hoe ze de verandering ervaren

E

Evaluatie en borging

Hoe houden we de kwaliteitscirkel draaiende?

Wie zijn er bij betrokken?

Hoe worden nieuwe collega's hierin geschoold?

Tip ► houd een logboek bij voor het noteren van ervaringen tijdens de implementatie

Op welke momenten kijken we weer hoe het gaat?

Wat doen we als aandachtsvelder/projectlid vertrekt?

Hoe blijven we up-to-date?

B7 Nul-, tussen- en eindmeting

Waarom een nul-, tussen- en eindmeting?

De invoering van het zorgpad beoogt een verbetering van de kwaliteit van zorg in de stervensfase. Vaak bestaat er gevoelsmatig wel een idee over de kwaliteit van de zorg, maar dit is vaak gekleurd en geeft in de meeste gevallen geen helder beeld. Om werkelijk het effect van de invoering van het zorgpad te bepalen is het noodzakelijk een vergelijking te maken tussen de (documentatie van de) geleverde zorg in de periode voor en na de invoering. Een meting aan de hand van een gestructureerde vragenlijst geeft een objectief beeld van de geleverde zorg. Met de vragenlijst worden systematisch gegevens verzameld over: de beoordeling van de patiënt bij het begin van de stervensfase, de beoordeling van patiëntgebonden problemen in de stervensfase en de zorg na het overlijden. Deze vragenlijst is beschikbaar (hieronder vindt u het registratieformulier nulmeting). Hetzelfde registratieformulier nulmeting kunt u gebruiken voor de tussen- en eindmeting.

Aantal dossiers

Voor de nulmeting worden aan de hand van een vragenlijst gegevens verzameld uit de verpleegkundige en medische dossiers van de twintig meest recent overleden patiënten. Indien langer dan een jaar teruggegaan moet worden om twintig dossiers op te nemen in de nulmeting, dan kan worden volstaan met de dossiers van de patiënten die in het afgelopen jaar overleden zijn.

Bij het verzamelen van gegevens kan de beschikbaarheid van dossiers een knelpunt zijn. Als een organisatie gebruikmaakt van een elektronisch patiëntendossier (EPD) kan het bijvoorbeeld zo zijn dat gegevens zes à acht weken na het overlijden niet meer in het EPD kunnen worden teruggevonden of dat de gegevens alleen door bepaalde medewerkers kunnen worden ingezien. Voorafgaand aan de nulmeting moet dus worden nagedacht hoe met een dergelijk knelpunt om te gaan. Hierdoor voorkomt men dat het uitvoeren van de nulmeting een langdurige of onmogelijke zaak wordt.

Door wie worden de metingen uitgevoerd?

De projectleider is primair verantwoordelijk voor de uitvoering van de nulmeting. De projectleider kan er ook voor kiezen om deze taak te delegeren aan bijvoorbeeld een stagiair, student of secretaresse. In dat geval ziet de projectleider toe op de juistheid van het uitvoeren van de meting. Het is belangrijk dat de ingevulde gegevens betrouwbaar zijn en op een eenduidige manier verzameld en verwerkt worden. Het is daarom wenselijk dat de meting zo veel mogelijk door één persoon wordt uitgevoerd.

Gebruik van gegevensmetingen

De resultaten van de nulmeting maken duidelijk welke zorg in de stervensfase wel en welke zorg niet is verleend of genoteerd. Op basis van de resultaten kan de projectgroep kiezen welke aandachtspunten voor de projectperiode nog opgenomen worden in het plan van aanpak. Als blijkt dat het symptoom 'onrust' slechts in beperkte mate wordt herkend, kan ervoor gekozen worden om medewerkers op dit specifieke onderdeel te scholen.

De resultaten van de nulmeting kunnen worden gepresenteerd aan de medewerkers en het management. Dit vergroot ieders betrokkenheid, waardoor de implementatie een gezamenlijk project wordt.

Registratieformulier nulmeting

Afdeling:..... Patiëntnummer:.....

Verzamel onderstaande gegevens met behulp van de medisch en verpleegkundig patiëntendossiers van de laatste twintig patiënten die zijn overleden. Noteer de gegevens voor zover deze bekend zijn in het Excel-bestand 'Nulmeting'.

Beoordeling bij begin stervensfase

In het verpleegkundig of medisch dossier zijn genoteerd:

volledige gegevens van de patiënt

markering van de stervensfase:

- datum
- tijdstip

diagnose

aanwezigheid van andere ziekten

symptomen bij het begin van de stervensfase

beoordeling van de mogelijkheden en beperkingen in de communicatie van de patiënt en diens naasten

inzicht van de patiënt en diens naasten in het begin van de stervensfase

beoordeling van het medicatiebeleid

eventuele aanpassingen van het medicatiebeleid

beoordeling van de handelingen

eventuele aanpassing van de handelingen

Beoordeling van patiëntgebonden problemen

In het verpleegkundig of medisch dossier zijn de volgende patiëntgebonden problemen in de stervensfase systematisch beoordeeld

pijn

rusteloosheid

slijmvorming

misselijkheid

braken

kortademigheid

mictieproblemen

problemen met ontlasting

andere symptomen (oedeem, jeuk)

veiligheid en comfort van de patiënt m.b.t. toediening van medicatie

mondverzorging

comfort en veilige omgeving

psychisch welbevinden

welbevinden van naasten

Zorg na het overlijden

In het verpleegkundig of medisch dossier is vermeld dat:

de dood is vastgesteld :

- datum
- tijdstip

zorg na overlijden conform de afspraken/protocollen in de organisatie is verleend

betrokken zorgverleners op de hoogte zijn gebracht van het overlijden van de patiënt

evaluatie van zorg heeft plaatsgevonden conform de afspraken van de organisatie met naasten

evaluatie van zorg heeft plaatsgevonden conform de afspraken van de organisatie met collega's

Het uitvoeren van de evaluatie

Het uitvoeren van een gedegen evaluatie brengt veel werk met zich mee. In het plan van aanpak is aangegeven wie bij de evaluatie zijn betrokken, wanneer de evaluatie plaatsvindt en welke verbeteringen door het gebruik van het zorgpad worden nagestreefd. Ondersteuning bij de evaluatie kan gevraagd worden aan een kwaliteitsfunctionaris binnen de organisatie. Deze heeft vaak expertise op het gebied van het evalueren van implementatieprojecten.

Realiseer je dat het leren toepassen van het zorgpad tijd vergt; het duurt ongeveer een jaar mits er gemiddeld drie sterfgevallen per maand zijn. Bij een kleiner aantal sterfgevallen kan het langer duren. Houdt hier rekening mee bij het kiezen van het moment waarop de evaluatie wordt uitgevoerd. In de regel vindt een eerste evaluatie (tussenevaluatie) plaats na zes maanden, gerekend vanaf het eerste gebruik van het zorgpad. Een eindevaluatie kan het best plaatsvinden aan het eind van de projectperiode van twaalf maanden.

Tussen- en eindevaluatie

Gebruik voor de tussen- en eindevaluatie dezelfde vragenlijst als voor de nulmeting, zodat de resultaten eenvoudig te vergelijken zijn en het direct zichtbaar wordt wat de effecten zijn van het invoeren van het zorgpad.

De gegevens kunnen op twee verschillende manieren verzameld worden: óf alle gegevens worden aan het eind van een fase verzameld óf de gegevens worden gedurende de hele periode verzameld door direct na het overlijden van een patiënt de gegevens uit het dossier te verwerken. Bij de laatstgenoemde werkwijze voorkomt men dat gegevens na verloop van tijd niet terug te vinden zijn. Bovendien wordt zo voorkomen dat aan het einde van het project een evaluatie door tijdgebrek in gevaar komt.

Het voordeel van een tussentijdse evaluatie is dat tijdig kan worden bijgestuurd. Voorbeeld: de tussenevaluatie toont aan dat er voor de naasten geen regels zijn voor parkeergelegenheid en verblijf. Dit is dan een actiepoint in het tweede deel van het implementatietraject.

Ervaringen van medewerkers

Ook voor de inventarisatie van de ervaringen van medewerkers is een vragenlijst ontwikkeld, om een beeld te krijgen van wat zij van het werken met het zorgpad vinden. Desgewenst is deze evaluatie aan te vullen met het afnemen van interviews. Hiermee zijn de sterke punten en bijvoorbeeld de oorzaak van mogelijke knelpunten, verder te achterhalen. Hieronder vindt u de vragenlijst voor medewerkers.

Terugkoppeling resultaten evaluatie

Koppel de resultaten van de evaluatie terug naar het management. Dit kan tussentijds en aan het eind van het project. Inzicht in de resultaten is belangrijk omdat het management op basis hiervan besluit om door te gaan, uit te breiden of te stoppen. De projectgroep kan kiezen voor het schrijven van een evaluatierapport. Het kan ook zijn dat het management een mondelinge toelichting op prijs stelt.

Naast het informeren van het management is het waardevol de medewerkers inzicht te geven in de resultaten. Voor medewerkers is het leerzaam en motiverend om te horen en te zien wat er veranderd is. Bespreek de resultaten en ga na of ze deze herkennen. Neem hiervoor voldoende tijd. Een globaal overzicht van de resultaten van de evaluatie in een nieuwsbrief kan informatief zijn voor alle medewerkers, ook voor hen die (nog) niet bij het project betrokken zijn.

Vragenlijst medewerkers

Vraag na afloop van de implementatie aan de medewerkers om onderstaande vragen te beantwoorden. Verwerk de uitkomsten in het Excelbestand Evaluatie medewerkers.

- Wat is je functie?
- Hoe vaak heb je sinds de invoering het zorgpad gebruikt?
- Als je het zorgpad nog niet hebt ingezet, wat is daarvan de reden?
 - nog geen aanleiding geweest
 - nog niet voldoende kennis
 - onvoldoende steun van collega's
 - overig
- Is het duidelijk wanneer je het zorgpad kunt inzetten?
- Als je het zorgpad wil inzetten, hoe doe je dat?
 - alleen
 - altijd in overleg met arts of collega
 - meestal in overleg met arts of collega
- Is het duidelijk hoe je het zorgpad invult?
- Heeft gebruik van het zorgpad meerwaarde? Zo ja, waarvoor?
 - de kwaliteit van de zorg
 - samenwerking met collega's
 - communicatie met patiënt en naasten
- Wat heb je nodig om het zorgpad te blijven gebruiken?

B9 Continue kwaliteitscyclus na de projectfase

Bij evaluaties van zorg gaat het niet over absolute aantallen. Interpretatie van gegevens is alleen mogelijk aan de hand van percentages. Als het zorgpad bij acht patiënten is ingezet is de interpretatie totaal anders bij een totaal van tien overlijdens dan bij een totaal van honderd overlijdens. Er is dus altijd sprake van een teller en een noemer. Iedere organisatie zal zelf een keuze maken voor de onderwerpen voor de evaluatie. Het gaat hier dus niet om de vraag óf er is geregistreerd zoals bij de nulmeting, maar vooral om wát er is geregistreerd. Ook de norm zal per organisatie anders zijn. In onderstaand model vind je een uitgewerkt overzicht.

a Proces

- inzet van het zorgpad: aantal ingevulde zorgpaden ten opzichte van het totaal aantal overlijdens
- duur van de inzet: aantal zorgpaden korter dan drie dagen ten opzichte van totaal aantal ingevulde zorgpaden
- registratie: aantal volledig ingevulde delen 1, 2, 3 ten opzichte van het totaal aantal ingevulde zorgpaden

b Uitkomst

- markering van de stervensfase: doel X ten opzichte van het aantal ingevulde zorgpaden
- symptoomcontrole
- aantal genoteerde A's bij doel X ten opzichte van het aantal registratiemomenten
- acties: aantal genoteerde acties bij doel X ten opzichte van het aantal A's bij doel X
- nazorg: doel X ten opzichte van het aantal ingevulde zorgpaden

Factor	Berekening
Algemeen	
% van de overleden patiënten waarbij gebruik is gemaakt van het zorgpad	aantal ingezette zorgpaden/totaal aantal overledenen
% zorgpaden met een duur ≤3 dagen (72 uur)	aantal zorgpaden ≤3 dagen (72 uur)/aantal ingezette zorgpaden
% van de ingevulde zorgpaden waarbij deel 1 (2,3) volledig is ingevuld.	aantal zorgpaden waarin deel 1 (2,3) volledig is ingevuld/aantal ingezette zorgpaden
Deel 1: Beoordeling bij start van het Zorgpad Stervensfase	
% zorgpaden waarin de datum markering van de stervensfase is genoteerd	aantal datumnotaties op blad 1/aantal ingezette zorgpaden
% zorgpaden waarin het tijdstip markering van de stervensfase is genoteerd	aantal tijdstipnotaties op blad 1/aantal ingezette zorgpaden
% zorgpaden waarin diagnose is vermeld	aantal zorgpaden waarin diagnose is vermeld/aantal ingezette zorgpaden
% zorgpaden waarin andere ziekten zijn vermeld	aantal zorgpaden waarin andere ziekten zijn vermeld/aantal ingezette zorgpaden
% zorgpaden waarin symptomen bij het begin van de stervensfase zijn vermeld	aantal zorgpaden waarin symptomen bij het begin van de stervensfase zijn vermeld/aantal ingezette zorgpaden
% zorgpaden waarin – waar mogelijk – met de patiënt gecommuniceerd is over de zorg in de stervensfase	aantal zorgpaden waarin – waar mogelijk – met de patiënt gecommuniceerd is over de zorg in de stervensfase aantal ingezette zorgpaden/aantal ingezette zorgpaden
% zorgpaden waarin – waar mogelijk – met de naasten gecommuniceerd is over de zorg in de stervensfase	aantal zorgpaden waarin – waar mogelijk – met de naasten gecommuniceerd is over de zorg in de stervensfase/aantal ingezette zorgpaden
% zorgpaden waarin het medicatiebeleid is beoordeeld en zo nodig aangepast	aantal zorgpaden waarin het medicatiebeleid is beoordeeld en zo nodig aangepast/ aantal ingezette zorgpaden
% zorgpaden waarin handelingen zijn beoordeeld en zo nodig aangepast	aantal zorgpaden waarin handelingen zijn beoordeeld en zo nodig aangepast/ aantal ingezette zorgpaden
Deel 2: Beoordeling van patiëntgebonden problemen	
% ingevulde A's voor 'pijn'	aantal A's bij doel 1/aantal observatiemomenten
% genoteerde acties voor 'pijn'	aantal genoteerde acties bij doel 1/aantal A's bij doel 1
% ingevulde A's voor 'rusteloosheid'	aantal A's bij doel 2/aantal observatiemomenten
% genoteerde acties voor 'rusteloosheid'	aantal genoteerde acties bij doel 2/aantal A's bij doel 2
Idem voor doel 3 t/m 14	Idem voor doel 3 t/m 14
Deel 3: Zorg na het overlijden	
% zorgpaden waarin datum en tijdstip van overlijden zijn genoteerd	aantal zorgpaden waarin datum en tijd van overlijden zijn genoteerd/aantal ingezette zorgpaden/ aantal ingezette zorgpaden
% zorgpaden waarin de zorg na overlijden conform afspraken/protocollen is verleend	aantal zorgpaden waarin de zorg na overlijden conform afspraken/protocollen is verleend/ aantal ingezette zorgpaden
% zorgpaden waarin alle betrokken hulpverleners op de hoogte zijn gebracht van het overlijden van de patiënt	aantal zorgpaden waarin alle betrokken hulpverleners op de hoogte zijn gebracht van het overlijden van de patiënt/ aantal ingezette zorgpaden
% zorgpaden waarin de evaluatie van zorg met de naasten heeft plaatsgevonden conform de afspraken van de organisatie	aantal zorgpaden waarin de evaluatie van zorg met de naasten heeft plaatsgevonden conform de afspraken van de organisatie/ aantal ingezette zorgpaden
% zorgpaden waarin de evaluatie van zorg met de collega's heeft plaatsgevonden conform de afspraken van de organisatie	aantal zorgpaden waarin de evaluatie van zorg met de collega's heeft plaatsgevonden conform de afspraken van de organisatie/ aantal ingezette zorgpaden

B10 Literatuuronderzoek implementatie nieuwe werkmethoediek

Resultaten

Het is bekend dat het invoeren van nieuwe middelen en werkmethoden op de werkvloer meer vraagt dan overdracht van kennis van het instrument alleen. Er zijn veel componenten van invloed op het uiteindelijke resultaat van een implementatietraject. Voor de invoering van het Zorgpad Stervensfase in de praktijk van verpleegkundigen en andere zorgverleners is dit niet anders.

Wat draagt bij aan succesvol implementeren van methoden bij zorgverleners? Wat weten we hierover?

Wat zegt recent onderzoek? Om hier meer zicht op te krijgen is gekeken naar literatuur over implementatie van methoden voor verzorgenden in de periode van 2006-2011.

Algemeen geldt dat een combinatie van verschillende strategieën voor invoering effectiever is dan het gebruik van één strategie. De aanwezigheid van bevorderende factoren is nog geen garantie. Er is meer nodig voor succes. Maar wat is dat 'meer' dan? In de literatuur wordt meer dan voorheen het belang van multidisciplinaire samenwerking en het belang van een werkklimaat waarin samen leren centraal staat, benadrukt. Recente onderzoeken tonen zelfs een significant verband tussen de mate van teamleren en het succes van implementatietrajecten. Tot slot is er altijd iemand nodig die de kar trekt: een enthousiaste, deskundige projectleider die bereikbaar is voor verzorgenden. Deze 'kartrekker' vervult een belangrijke, zo niet essentiële rol. Bij verandertrajecten in de thuiszorg lijkt een projectleider zelfs een noodzakelijke voorwaarde voor succes.

De resultaten uit de literatuurstudie en de toepassing daarvan op dit implementatieplan zijn onder te brengen in een viertal categorieën van succesfactoren:

1 De medewerkers

- medewerkers hebben kennis over richtlijnen in het algemeen en de achterliggende problematiek van een richtlijn in het bijzonder (onderkennen van het probleem en kennis van interventies), positieve ervaringskennis en een passend opleidingsniveau
- in de samenwerking is er sprake van sociale samenhang, onderlinge betrokkenheid, samen leren en onderling vertrouwen
- er zijn voor de medewerkers mogelijkheden voor ondersteuning zoals bij verzorgenden supervisie door een verpleegkundige en er is sprake van bekwaam leiderschap. Samenwerking tussen 'trekkers' kan dit gunstig effect nog versterken

2 De organisatie

- de implementatie sluit aan bij het beleid van de organisatie
- de organisatie biedt voldoende mogelijkheden en ondersteunt de implementatie
- er is voor de implementatie voldoende en deskundig personeel beschikbaar
- er is voldoende tijd en geld beschikbaar
- het implementatietraject heeft instemming van een groot deel van het personeel

3 De richtlijn

- de richtlijn is geschreven in heldere en begrijpelijke taal
- het resultaat is zo veel mogelijk omschreven in meetbare termen en sluit aan bij de opvattingen van de medewerkers
- de vormgeving is bij voorkeur zo veel mogelijk aangepast aan de werkwijze van de specifieke organisatie

4 De context

- de verandering heeft direct effect op de zorgvrager
- financiële impulsen, bijdragen van zorgverzekeringen, wet- en regelgeving en dergelijke kunnen stimulerend werken

B11 Literatuuroverzicht

- Actiz (2006). Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking. Werken met het model Zorgleefplan
- Actiz, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS, & ZN (2007). Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (langdurige en complexe zorg).
- Baar FPM. Palliatieve terminale zorg. De laatste dagen en uren, 2006, stichting Leerhuizen©
- Berta, W., Teare, G. F., Gilbert, E., Ginsburg, L. S., Lemieux-Charles, L., Davis, D., & Rappolt, S. (2010). Spanning the know-do gap: understanding knowledge application and capacity in long-term care homes. *Social Science & Medicine (1982)*, 70(9), 1326-1334. doi:10.1016/j.socscimed.2009.11.028
- Boström, A. M., Kajermo, K. N., Nordström, G., & Wallin, L. (2008). Barriers to research utilization and research use among registered nurses working in the care of older people: Does the BARRIERS Scale discriminate between research users and non-research users on perceptions of barriers? *Implementation Science*, 3(1), 24.
- Caluwe, L., de, & Vermaak, H. (2006). Alphen aan de Rijn: Vakmedianet Management.
- Centraal Bureau voor Statistiek (2013) <http://statline.cbs.nl>
- Colón-Emeric, C. S., Lekan, D., Utley-Smith, Q., Ammarell, N., Bailey, D., Corazzini, K., & Anderson, R. A. (2007). Barriers to and facilitators of clinical practice guideline use in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(9), 1404-1409.
- Dalhuisen, F.C., Schouten, M.S., van de Vegte, A., van de., & leden IKNL werkgroep Psychosociale zorg. (2011 augustus). Evaluatierapport implementatie richtlijn.
- Dekkers A. Landelijke uitrol Zorgpad Stervensfase. *Pallium*, 11(3), 2009, 8-10.
- Dekkers A, Taminau-Bloem E, Schneider S, Weerbarstige praktijk. Implementatie Zorgpad Stervensfase in de thuiszorg; evaluatie binnen Thuiszorg Rotterdam. *Pallium*, 13(3), 2011, 21-23.
- Ellershaw J. An integrated care pathway for the dying. *Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve Zorg*, 3(2), 2002, 41-44
- Ellershaw J. Clinical pathways for care of the dying: An Innovation to disseminate clinical excellence. *Journal of Palliative Medicine*, 5(4), 2002, 617-621
- Ellershaw J, Foster A, Murphy D, Shae T and Overill S. Developing an integrated care pathway for the dying patient. *European Journal of Palliative Care*, 4(6), 1997, 203-207
- Ellershaw J and Murphy D. The Liverpool care Pathway (LCP) influencing the UK national agenda on care of the dying. *International journal of Palliative Nursing*, 11(3), 2005, 132-134
- Ellershaw J, Smith C, Overill S, Walker SE and Aldridge J. care of the dying: Setting standards for symptom control in the last 48 hours of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(1), 2001, 12-17
- Ellershaw J and Ward C. Care of the dying patient: The last hours or days of life. *British Medical Journal*, 326, 2003, 30-34
- Ellershaw J and Wilkinson S. (editors). Care of the dying. A pathway to excellence. Oxford University Press, 2003
- Fleuren, M.A.H., Keijsers, J.F.E.M., Kamphuis, M., Kramer, J., Koense, Y., Schouten, L., Ploeg, M., van Veenendaal, H., Swinkels, J., Sinnema, H., & Franx, G. (2009) Casusbeschrijving richtlijnen: ontwikkeling en toepassing van een analyse-instrument. TNO, Trimbos Instituut en CBO.
- Fleuren, M.A.H., Keijsers, J.F.E.M., Koense, Y., Swinkels, J. (2010). Richtlijnen genoeg, nu de uitvoering nog. *Medisch Contact*, 65 (7), 306-308.
- Gootjes J, Jobse A, de Graeff A. Zakboekje Palliatieve zorg. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC), 2010.
- Graeff, A. de, Bommel, J.M.P. van, Deijck, R.H.P.D. van, Eynden, B.R.L.C. van den, Krol, R.J.A., Oldenmenger, W.H., & Vollaard, E.J. (2010) Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. VIKC
- Lokker ME, van Zuylen L, Dekkers A, van der Heide A. Zorgpad Stervensfase gaat nieuwe fase in. *Oncologica*, 28 (3), 2011, 15-17

- Lokker ME, van Zuylen L, Veerbeek L, van der Rijt CC, van der Heide A. Awareness of dying: it needs words 2011 Support Care Cancer 2011.
- Handreiking Palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond (Nivel, 2011)
- Hutt, E., Radcliff, T. A., Liebrecht, D., Fish, R., McNulty, M., & Kramer, A. M. (2008). Associations among nurse and certified nursing assistant hours per resident per day and adherence to guidelines for treating nursing home-acquired pneumonia. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(10), 1105-1111.
- Lau, D. T., Banaszak-Holl, J., & Nigam, A. (2007). Perception and use of guidelines and interprofessional dynamics: assessing their roles in guideline adherence in delivering medications in nursing homes. *Quality Management in Health Care*, 16(2), 135-145. doi:10.1097/01.QMH.0000267451.78370.d3
- Lekan, D., Hendrix, C. C., McConnell, E. S., & White, H. (2010). The Connected Learning Model for disseminating evidence-based care practices in clinical settings. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 243-248. doi:10.1016/j.nepr.2009.11.013
- Lynn, J., & Adamson, D.M. (2003). Living Well at the End of Life. Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age, White Paper Rand Health
- Marchionni, C., & Ritchie, J. (2008). Organizational factors that support the implementation of a nursing best practice guideline. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 266-274. doi:10.1111/j.1365-2834.2007.00775.x
- McConigley, R., Toye, C., Goucke, R., & Kristjanson, L. J. (2008). Developing recommendations for implementing the Australian Pain Society's pain management strategies in residential aged care. *Australasian Journal on Ageing*, 27(1), 45-49. doi:10.1111/j.1741-6612.2007.00266.x
- Meesterberends, E., Halfens, R. J. G., Lohrmann, C., Schols, J. M. G. A., & Wit, R. de. (2011). Evaluation of the dissemination and implementation of pressure ulcer guidelines in Dutch nursing homes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 705-712.
- NIVEL, jaarplan 2012
- Pooler J, McCrory F, Steadman Y, Westwell H and Peers S. Dying at home: A care pathway for the last days of life in a community setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 9(6), 2002, 258-264
- Schreuder-Cats, H.A., Hesselmann, G.M., Vrehan, H.M., Moonen, A.A.J., Graeff, A.de, & Teunissen, S.C.C.M. (2008). Systematiek in de palliatieve zorg. Ontwikkeling van de beslisschijf 'Besluitvorming in de palliatieve fase'. *Nederlands-Vlaams Tijdschrift voor Palliatieve Zorg*, 3.
- Schröder-Baars, C., Verkaik, R., Crijns, M., Veenendaal, H. van, & Deurenberg, R. (2011 juni). Belemmerende en bevorderende factoren bij proefimplementatie van een richtlijn in de care. Eindrapportage. Regieraad, V&VN en NIVEL.
- Signalering in de palliatieve fase. IKNL, 2016
- Somerville E, Mahyoub M, Hales K en Squire J. Adapting the Liverpool Care Pathway for the dying patient. *European Journal of Palliative care*, 12(6), 2005, 239-242
- Swart SJ, van Veluw H, Koningswoud J, Baar FPM, van der Rijt CCD en van Zuylen L. van 'Liverpool integrated care Pathway for the dying phase' naar 'Zorgpad voor de Stervensfase – Rotterdam'. *Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve Zorg*, 4(1), 2003, 12-16
- Swart SJ, van Veluw H, van Zuylen L, Gambles M en Ellershaw J. Dutch experiences with the Liverpool Care Pathway. *European Journal of Palliative Care*, 13, 2006, 156-159
- Swart SJ, van Veluw H, van Zuylen L, Gambles M en Ellershaw J. Dutch experiences with the Liverpool Care Pathway. *European Journal of Palliative Care*, 13, 2006, 156-159
- Stosz, L., & Carpenter, I. (2009). The use of an assessment tool in care homes. *Nursing Older People*, 21(1), 24-25.
- Takahashi, I., & Turale, S. (2010). Evaluation of individual and facility factors that promote hand washing in aged-care facilities in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 12(1), 127-134. doi:10.1111/j.1442-2018.2009.00509.x
- Veer, A.J.E. de, Dieteren., C.M., & Francke, A.L. (2017). Goed voorbeeld, goed volgen? Evaluatie van het Verbeterprogramma Palliatieve Zorg. NIVEL.

- Veerbeek L. Care and Quality of Life in the dying Phase. The Contribution of the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient. Dissertatie, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2008
- Veerbeek L. Methode Zorgpad Stervensfase effectief. *Pallium*, 11(1), 2009, 18-19.
- Veerbeek L, van der Heide A, de Vogel-Voogt E, de Bakker R, van der Rijt CCD, Swart SJ, van der Maas PJ en van Zuylen L. Using the LCP: bereaved relatives' assessment of communication and bereavement. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 25(3), 2008, 207-214
- Veerbeek L, van Zuylen L, Gambles M, Swart SJ, van der Heide A, van der Rijt CCD en Ellershaw JE. Audit of The Liverpool Care Pathway for the dying patient in a Dutch cancer hospital. *Journal of Palliative Care*, 22(4), 2006, 305-308
- Veerbeek L, van Zuylen L, Swart SJ, Jongeneel G, van der Maas PJ en van der Heide. Does recognition of the dying phase have an impact on the use of medical interventions? *Journal of Palliative Care*, 24(2), 2008, 94-99
- Veerbeek L, van Zuylen L, Swart SJ, van der Maas PJ en van der Heide A. The last three days of life in three different care settings in the Netherlands. *Supportive Care in Cancer*, 15(10), 2007, 1117-1123
- Veerbeek L, van Zuylen L, Swart SJ, van der Maas PJ, de Vogel-Voogt E, van der Rijt CCD en van der Heide A. The effect of the Liverpool care pathway for the dying: a Multi centre study. *Palliative Medicine*, 22(2), 2008, 145-151
- Velden, L.F.J. van der, Francke, A.L. & Batenburg, R.S.(2011 november). Vraag- en aanbodontwikkeling in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen. NIVEL.
- Velden, L.F.J., Francke, A.L., Hingstman, L., & Willems, D. (2009). Dying from cancer or other chronic diseases in the Netherlands: ten-year trends derived from death certificate data. *BMC Palliative Care*, 8 (4).
- Veluw H, van Schrofer Y, Swart SJ en van Zuylen L. Een zorgpad voor de stervensfase. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2, 2004, 45-48
- Verweij, L.M., Baines, R., Friele, R.D., Wagner, C., NIVEL (2015), Implementatie van doelmatige interventies vraagt kennis van de praktijk, aandacht voor de context en flexibiliteit
- VWS (2011, oktober 11). Arbeidsmarktbrief: Vertrouwen in professionals. Brief van Minister Schippers en staatssecretaris Veldhuijzen v van Zanten-Hyllner (VWS) aan de Tweede Kamer.
- VWS (2011, januari 13). Verankering van palliatieve zorg in de praktijk. Brief van staatssecretaris Veldhuijzen v van Zanten-Hyllner (VWS) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer.
- Wanrooij, B., Graeff, A. de, Koopmans, R., Leget, C., Prins, J., Vissers, K.C., Vrehan, H. & Zuurmond, W. (2010) Palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum
- Zuylen L, van Vos PJ, Veerbeek L, Swart SJ, Dekkers AGWM, van der Rijt CCD en van der Heide A. Een goed einde. *Medisch Contact*, 63(50), 2008, 2098-2101

Integraal Kankercentrum
Nederland
info@iknl.nl
www.iknl.nl

