

Handreiking implementatie methodiek Besluitvorming in de palliatieve fase

Voor leden projectgroep

januari 2019

Handreiking implementatie methodiek Besluitvorming in de palliatieve fase 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

januari 2019

Inhoudsopgave

Inleiding	6
1 Implementatie algemeen	7
1.1 Implementatie methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase'	7
1.2 Implementatiestrategieën en interventies	7
1.3 Wat is een project?	10
2 Voorwaarden implementatie methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase'	11
2.1 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)	13
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)	17
3.1.7 Communicatieplan (H7 format implementatieplan)	18
3.1.8 Borgingsstrategieën (H8 Format implementatieplan)	19
3.1.9 Evaluatieplan (H9 Format implementatieplan)	20
3.1.10 Planning activiteiten (H10 Format implementatieplan)	20
4 Is de organisatie klaar voor de implementatie en borging	21
Bijlagen	23
B1 Palliatieve zorg	24
B2 De methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase'	25
B3 Trainingsmogelijkheden	31
B4 Checklist randvoorwaarden	32
B5 Contextanalyse	34
B6 Literatuuronderzoek implementatie nieuwe werkmethode	37
B7 Literatuuroverzicht	39

Inleiding

Deze handreiking is geschreven voor leden van de projectgroep die de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' (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. Betrokken 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 de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase'. Het gaat hierbij om de volgende onderwerpen:

- implementatie algemeen
- voorwaarden implementatie besluitvormingsmethodiek
- projectorganisatie/implementatieplan

In de bijlagen vindt u:

- achtergrondinformatie over palliatieve zorg en verzorgenden en de set besluitvorming in de palliatieve fase
- 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 krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisaties en/of in de structuur van de gezondheidszorg' (Grol, 2011).

1.1 Implementatie methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase'

Het gebruik van de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' richt zich op het versterken van de competenties van zorgverleners en op het versterken van de afstemming binnen het gehele multi- of interdisciplinaire behandelteam. Voor meer uitleg over deze palliatieve zorg en de methodiek zie bijlagen 1 t/m 3. 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

Evaluatieonderzoek (IKNL, 2015), literatuuronderzoek en opgedane ervaringen laten zien dat een succesvolle implementatie van de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' binnen een zorginstelling meer vraagt dan het aanleren van een nieuwe werkmethode.

Het vooraf inrichten van de projectgroep, stellen van randvoorwaarden en uitvoeren van een contextanalyse, 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 instelling wordt er een basis gelegd voor volledig en duurzaam inbedden van de methodiek in het beleid en de werkwijze van de organisatie

In figuur 1 zijn de verschillende fasen en mogelijke implementatiestrategieën voor de implementatie van de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' 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 een positieve houding
- Fase 3: Gedrag: adopteren positieve houding
- Fase 4: Gedragsbehoud: verandering en invoering (inclusief borging)

Figuur 1

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

Implementatiefase	Implementatiestrategie	Kenmerk implementatiestrategie	Interventies voor implementatie methodiek signalering zoals:
Oriëntatie	Informerende strategie	Bekendheid geven aan/informeren over vernieuwing, kennis verspreiding, 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, praktijkbezoek met feedback, adviesrapport n.a.v. nul, tussen en eindmeting
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. Methodiek signalering in ECD/EPD borgen, trainingen borgen in inwerkprogramma.
	Faciliterende strategie	Een vernieuwing succesvol helpen invoeren door 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 de methode. Klachten en commentaren rondom inzet signaleringsmethodiek 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 de besluitvormingsmethodiek. 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 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 de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' heeft IKNL het Format implementatieplan ontwikkeld waarin enkele handreikingen worden gedaan. In de handreiking wordt hier in hoofdstuk 4 verder op ingegaan.
- **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 besluitvorming. 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 verschillende training aan voor de implementatie van de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' (bijlage 3).
- **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 organisatiegedragsbehoud en gedrag	Borging voor
Maand 1-2	Maand 3-6	Maand 6-9	Doorlopend
<ul style="list-style-type: none"> • Samenstellen projectgroep • Contextanalyse • Implementatieplan • Vaardigheidstraining benoemen aandachtsvelders • Vaardigheidstraining projectmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Introductieworkshop • 2 keer coaching tijdens MDO • Zelf oefenen met de methodiek 	<ul style="list-style-type: none"> • Medewerkers krijgen begeleiding on the job door nog eens 2 x coaching tijdens MDO • Meedenken in vormgevind BPF in EPD/ECD • Spiegelinformatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Coaching deelnemers projectmanagementtraining • Training borgen in inwerkprogramma • MDO, casuïstiekbespreking • Halfjaarlijks evalueren

1.3 Wat is een project?

Er bestaan verschillende definities van wat een project is. In het kader van de implementatie van de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' 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 zijn 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 het 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 methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase'

2.1 Projectgroep

De projectgroep toetst de randvoorwaarden (Bijlage 4) en bepaalt of op dit moment de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' kan worden geïmplementeerd of dat er eerst actie moet worden ondernomen om de randvoorwaarden te verwezenlijken.

De projectgroep bestaat uit diverse mensen die allen vanuit een andere invalshoek met het project te maken hebben of over specifieke kennis beschikken benodigd voor het project. 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 projectgroep leden 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:

- leidinggevende: verantwoordelijke
- arts: doelgroep gebruikers
- verpleegkundige: doelgroep gebruikers
- paramedicus: doelgroep gebruikers
- kwaliteitsfunctionaris en/of opleidingsadviseur: borging in kwaliteitscyclus
- lid team palliatieve zorg (indien aanwezig)

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 (bijlage 4) wordt geadviseerd de projectgroep een contextanalyse (bijlage 5) uit te laten voeren. 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 deze methode? 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 ligt de focus 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 instelling 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 5) 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 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 implementatieplan 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.

- **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)

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 de methode
- 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 de methode en de implementatie daarvan
- zorgen voor de evaluatie van de implementatie en borging van het gebruik van de methode
- zorgen voor het aanleveren van spiegelinformatie aan de kerngroep
- 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.
Kijk naar mogelijkheden van een projectgroep met zorgverleners.

- **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

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 5) 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 5) 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?

- hoeveel sets signalering in de palliatieve fase hebben wij nodig zodat elke verzorgende op elk gewenst moment de set kan toepassen?

- **Mogelijke actiepunten voorafgaand aan het traject**

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

3.1.3 Businesscase (H3 Format implementatieplan)

De businesscase bestaat uit zes 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 de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' zijn de benodigde investering in tijd en materiaal als volgt:

- kosten projectleider (leden projectgroep):
 - opstellen en uitvoeren van het plan van aanpak. In de praktijk investeert de projectleider gedurende een jaar gemiddeld 2-4 uur per week.
- kosten scholing medewerkers:
 - training de zorgverleners die gaan werken met de methode Besluitvorming in de palliatieve fase.
- Aanschaf materialen BPF
- overige verletkosten.

3.1.4 Doelgroepen en doelstellingen van implementatie (H4 Format implementatieplan)

Dit hoofdstuk kent vier paragrafen:

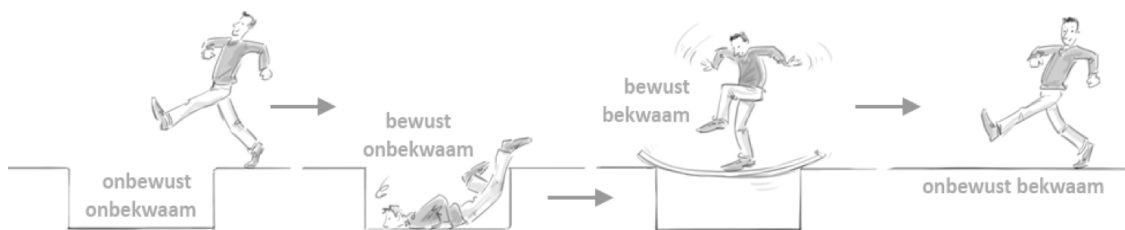
- **Doelgroepen**

Denk hierbij aan de volgende vragen (Contextanalyse Onderdeel B, bijlage 5):

- Wie in onze organisatie zijn betrokken bij de invoering van de methodiek?
- Wie in onze organisatie zijn betrokken bij het werken met de methodiek? Zoals verpleegkundigen, huisarts, psycholoog, geestelijk verzorger enz.
- 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 de besluitvormingsmethodiek een route die vaak begint bij 'onbewust onbekwaam' (geen weet hebben van een methode c.q. 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/minder gaan doen?

Voorbeeld:

Het multidisciplinaire team:

- markeert gezamenlijk de palliatieve fase
- brengt de patiënt op de vier dimensies van palliatieve zorg in beeld
- zet prioriteiten en wensen van de patiënt centraal
- betreft ook naasten en andere betrokken zorgverleners
- stelt proactief beleid op
- communiceert eenduidig naar patiënt en naasten
- maakt afspraken over de evaluatie van beleid

• **Criteria voor succes**

Beschrijf hier wanneer de gedragsverandering 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 doelgroepen**

Beschrijf hier wie getraind worden om de implementatie succesvol te laten verlopen. Ook voor medewerkers die deelnemen aan trainingen dient de projectgroep te beschrijven wie in aanmerking komen voor de training en wat de verwachtingen van de deelnemers zijn 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 dagelijkse praktijk), inclusief de borging hiervan.

Alle disciplines die met de methodiek gaan werken moeten voor de daadwerkelijke invoering over voldoende kennis en vaardigheden beschikken. 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.

Voorbeeld:

De deelnemers kunnen methodiek toelichten aan hun collega's en de eigen collega's ondersteunen in het gebruik hiervan. De verpleegkundigen hebben aangegeven getraind te willen worden in het symptoom delier. Hiervoor wordt een klinische les verzorgd waar verpleegkundigen en andere geïnteresseerden binnen de afdeling aan deel kunnen nemen.

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
De methodiek BPF wordt geborgd in een werkwijze/procedure, gekoppeld aan de Richtlijn 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 bijstellen Richtlijn Palliatieve Zorg

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 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. Geef aan 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: De methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' wordt geborgd in een werkwijze/procedure en past binnen de missie en visie van de instelling							
Acties n.a.v. Factoren naar implementatiefase							
Oriëntatie	Doelgroep	Kennis, houding	Doelgroep	Gedrag	Doelgroep	Gedragsbehoud	doelgroep
Huidige Richtlijnen Palliatieve Zorg opzoeken	Secretaris Projectgroep	Inventarisatie benodigde aanpassingen huidige Richtlijn	Secretaris Projectgroep i.s.m. Vpk consulent pall zorg	Aanpassen huidige Richtlijn en MT concept voorleggen	Secr. Projectgroep	Vaststellen aangepaste Richtlijn Pall. Zorg en opname in Handboek Kwaliteit	Medewerkers organisatie

3.1.7 Communicatieplan (H7 format implementatieplan)

Het communicatieplan beschrijft wat 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 de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase'.

IKNL adviseert voorafgaand, tijdens en aan het einde van het project breed te communiceren over de inhoud, de toegevoegde waarde en de toepasbaarheid van de methodiek 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 de methodiek te implementeren. Naast de directe medewerkers op de afdeling is het ook belangrijk om andere disciplines te informeren die bij de zorgverlening op de afdeling betrokken zijn (bijvoorbeeld de diëtist of de fysiotherapeut).

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 de signaleringsmethodiek te maken.



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

Het communicatieplan draagt bij aan het verkrijgen van helderheid over:

- de te benaderende doelgroepen;
- welke (nieuwe) informatie door implementatie van de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' gecommuniceerd wordt;
- welke voortgang en huidige uitkomsten van het implementatieproject op welk moment gecommuniceerd wordt. 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:

- tussentijdse evaluatie;
- 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.

	Datum / tijdsindicatie	Middel/ communicatie activiteit	Doelgroepen	Doelstellingen en centrale boodschap	Verantwoordelijke
1	10-12	Nieuwsbrief	medewerkers van de teams	aankondiging project Besluitvorming in de palliatieve fase nulmeting en scholing IKNL	teamleider
2	10-12	Informatiebrief organisatie	(Contactpersonen) patiënten	aankondiging project Besluitvorming in de palliatieve fase	teamleider
3	15-12	nieuwsbrief medewerkers	medewerkers / vrijwilligers en RvT	aankondiging project 'Besluitvorming in de palliatieve fase'	afdelingsmanager
4	februari	teamoverleg van de afdeling	teamleden	gebruik set 'Besluitvorming in de Palliatieve Fase' aan de hand van eigen casus en ondersteuning door collega die training heeft gevolgd	teamleider
5	maart	Nieuwsbrief	Medewerkers van de teams	aankondiging tussenevaluatie project; terugkommiddag in april en tussenmeting in teams	teamleider en projectleider
6	april 2016	Informatiebrief	(contactpersonen) patiënten	tussenevaluatie en verder verloop project benoemen	teamleider en projectleider
7	juli 2016	Nieuwsbrief	Medewerkers van de teams	aankondiging afsluiting project	teamleider en projectleider
8	juli 2016	PG informatiebrief	contactpersonen PG cliënten	terugblik	teamleider en projectleider
9	augustus 2016	evaluatie project op teamoverleg	Medewerkers van de teams	resultaat voor eigen team bespreken	teamleider en projectleider

3.1.8 Borgingsstrategieën (H8 Format implementatieplan)

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

Door vooraf te beschrijven in welke huidige werkprocessen de methodiek onderdeel moet zijn, is er voor de gebruikers en andere betrokkenen helderheid wanneer de methodiek 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 de set 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 de set 'Besluitvorming in de palliatieve fase' onderdeel is geworden.



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



Maak gebruik van de verandering binnen je organisatie. Als er een nieuwe werkwijze wordt geïmplementeerd laat dan de methodiek hierbij aansluiten (en/of geef aan wat de verhouding is ten opzichte van de methodiek) zodat er niet een opeenvolging van veranderingen ontstaat.

Voorbeeld:

De borgingsfase is erop gericht om het gebruik van de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' op lange termijn te garanderen. Borging in de organisatie is te realiseren door de set een structurele plek te geven in bestaande structuren en werkprocessen zoals:

- protocollen
- inwerkprogramma waarin de trainingen die tijdens de implementatie worden gegeven geborgd worden
- cliënt/patiënt besprekingen/MDO
- startgesprek cliënt/patiënt waar de set een onderdeel van is
- intern kwaliteitssysteem
- werkoverleggen waar de methodiek vast op de agenda staat
- ECD/EDP
- functioneringsgesprek

Wellicht dienen er ook nieuwe bijeenkomsten georganiseerd te worden zoals:

- jaarlijkse terugkombijeenkomsten om ervaringen uit te wisselen
- jaarlijkse workshop besluitvorming voor nieuwe medewerkers en leerlingen
- begeleiding van verzorgenden *on the job* voor de duur van het project

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 de methodiek een meerwaarde heeft voor de organisatie, de werknemers, de zorgvrager enzovoort. IKNL adviseert minimaal een tussenevaluatie- en eindevaluatiegesprek te voeren binnen de projectgroep.

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 de methodiek kan het plan van aanpak uitgevoerd worden.

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

- Is er sprake van een verbetering van de zorg in de palliatieve fase?
- Is er sprake van een positieve beoordeling van het gebruik van de methodiek door medewerkers?
- Staat voor het management het positieve effect van de implementatie vast?
- Blijft de methodiek in gebruik?



Bijlagen

B1 Palliatieve zorg

Wat goede palliatieve zorg is staat beschreven in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. Hoe de goede zorg vorm te geven staat in diverse richtlijnen vermeld. (www.pallialine.nl).

Voor een beknopte uitleg over wat palliatieve zorg is verwijzen we naar de animatie: Wat is palliatieve zorg. (https://www.youtube.com/watch?v=XuSf_kjvCaU)

B2 De methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase'

De methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' is ontwikkeld voor zorgverleners in de palliatieve zorg en is zowel individueel te gebruiken als tijdens besprekingen in het multidisciplinair behandelteam. Het bestaat uit een beslisschijf en veertien toepassingskaarten.

De beslisschijf:

De beslisschijf bevat de samenvatting van de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase'. Het is gebaseerd op de methodiek van palliatief redeneren. Een toegepaste vorm van klinisch redeneren, gecombineerd met de principiële uitgangspunten van palliatieve zorg: multidimensioneel individueel, anticiperend en proactief. De beslisschijf geeft in vier fasen de methode palliatief redeneren weer. Bij besluitvorming in de palliatieve fase worden deze vier fasen systematisch doorlopen.

1. **Breng de situatie in kaart:**
In deze fase worden alle stukjes van de puzzel van de patiënt in kaart gebracht. Zo ontstaat een compleet beeld van de patiënt. Op de schijf staan de factoren die van belang zijn om een zo volledig mogelijk beeld van de situatie van de patiënt te krijgen. De volgorde geeft een min of mee logische werkwijze weer, maar is niet dwingend. Soms is het niet mogelijk om een compleet overzicht te krijgen. Dan is het van belang te weten wat er nog ontbreekt.
2. **Vat problematiek samen en maak proactief beleid**
In deze fase formuleert het multidisciplinair behandelteam met de gegevens uit fase één het beleid. Doel is een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven voor de patiënt. Het beleid is gebaseerd op de gezamenlijk geformuleerde werkhypothese, in feite de kapstok. Nauwkeurig formuleren van de werkhypothese is essentieel voor gedegen besluitvorming (en evaluatie)
3. **Maak afspraken over evaluatie van het beleid**
In deze fase maakt het multidisciplinair behandelteam afspraken over de evaluatie. Schriftelijk wordt vastgelegd wanneer, hoe en door wie evaluatie van het beleid plaatsvindt.
4. **Stel het beleid zo nodig bij en blijf evalueren**
In deze fase wordt uitgebreid stilgestaan bij het effect van het beleid. Regelmatig evalueren is van belang omdat in de palliatieve fase vaak sprake is van een voortschrijdend ziekteproces. Problemen kunnen terugkeren en er kunnen nieuwe problemen ontstaan. Ook kunnen in fase 1 of 2 belangrijke punten zijn gemist. Het is dan nodig om weer opnieuw de situatie in kaart te brengen en het beleid te herzien.

De toepassingskaarten:

De toepassingskaarten omvatten een nadere uitwerking van de fasen uit de beslisschijf voor veertien richtlijnen Palliatieve zorg.

Gebruik van de set draagt bij aan methodische, systematische besluitvorming in de palliatieve fase. Het behandelbeleid is afgestemd op de individuele patiënt en is transparant voor patiënt, naasten en zorgverleners. De kwaliteit van de zorg wordt hierdoor achteraf ook toetsbaar.

Meerwaarde set 'Besluitvorming in de palliatieve fase'

Door de snelle systematische multidimensionale benadering ontstaat enerzijds voor de patiënt en naasten en anderzijds voor de professionals optimaal inzicht in:

- wat er (waarschijnlijk) met de patiënt aan de hand is
- wat hij wil en/of kan (herkenbaarheid eigen systeem van de patiënt)
- wat zijn behandelaar/behandelend team tot doel heeft, wil en/of kan (concretisering verwachtingen, afspraken, uitkomsten en momenten van evaluatie)

-
- wat de risico's zijn van bepaalde keuzes (mogelijke acute veranderingen: vooruit denken op basis van kennis en de betekenis van symptomen en de mogelijke verdere gevolgen voor het lijden)
 - wat de mogelijkheden voor aanpak en continue bijstelling zijn



Achtergrond

Besluitvorming in de palliatieve fase

Afstemmen op de patiënt



Zorg rond het levenseinde kan zeer complex zijn. De nadruk ligt daarbij al lang niet meer enkel op fysiek gebied. Ook psychische, sociale en existentiële vraagstukken vormen een integraal onderdeel van de laatste levensfase. Het instrument *Besluitvorming in de palliatieve fase* is een hulpmiddel om in deze fase adequaat te reageren op actuele ziekteverschijnselen en te anticiperen op toekomstige vraagstukken. Het steunt vroegtijdige zorgplanning door kritische beslismomenten zichtbaar te maken.

In 2011 overleden in Nederland ongeveer 136.000 mensen, van wie 32 procent aan kanker en 29 procent aan hart- en vaatziekten. Naar verwachting zal de absolute sterfte rond 2050 - door bevolkingsgroei en vergrijzing - toenemen tot bijna 200.000 sterfgevallen per jaar. Bij een groot aantal ziekten vindt een verschuiving plaats: leidden deze aandoeningen vroeger vaak tot acuut overlijden, nu leven patiënten met dezelfde aandoeningen vaak langer. In de palliatieve zorg gaat het doorgaans om mensen die niet-onverwacht komen te overlijden. In 2010 is door artsen geschat dat er bij 108.500 mensen sprake is van verwacht overlijden, dit is 80 procent van het totale aantal sterfgevallen.¹

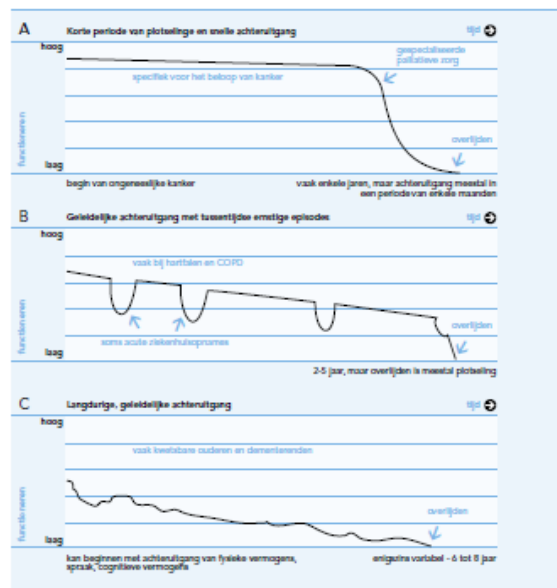
Drie ziektrajecten

Binnen de groep 'verwacht overlijden' worden drie ziektrajecten onderscheiden (Murray, 2005).²

Traject A gaat over de oncologische patiënt. Na een periode van geleidelijke achteruitgang treedt plotseling een knik op, waarna er sprake is van forse achteruitgang tot de dood volgt. De palliatieve fase kan jaren duren (zoals bij een patiënt met een ossaal gemetastaseerd mammacarcinoom), of slechts enkele maanden (zoals bij een patiënt met een gemetastaseerd longcarcinoom).

Traject B staat voor een patiëntengroep met COPD en hartfalen. Dit traject schetst een beeld van een meer geleidelijke achteruitgang met daarin een onvoorspelbaar aantal exacerbaties (toename van ziektesymptomen). Het is vaak moeilijk in te schatten of er na een exacerbatie nog verbetering op zal treden of dat dit het begin is van het stervensproces.

Traject C schetst een patiëntengroep met een fragiele gezondheid, soms in combinatie met dementie. Er is sprake van achteruitgang van fysieke vermogens en soms ook van cognitieve vermogens. De periode tot aan het sterven is gemiddeld lang en kan wel zes tot acht jaar zijn.



Ziektrajecten (uit: Murray, 2005)

Benadering

De palliatieve fase van een patiënt loopt vanaf het moment dat duidelijk wordt dat genezing niet (meer) mogelijk is tot aan het moment van overlijden. Daarbij zijn verschillende doelstellingen van de palliatieve zorg te onderscheiden. Als een patiënt ongeneeslijk ziek is, zijn er vaak nog mogelijkheden om de ziekte tijdelijk terug te dringen en daarmee de klachten te verlichten door middel van een ziektegerichte behandeling (ziektegerichte palliatie), naast de behandeling van symptomen. Wanneer er geen mogelijkheid meer is de progressieve ziekte terug te dringen en symptomen zich meer opdringen, verandert de doelstelling: het gaat nu om het voorkomen en bestrijden van symptomen en daarmee

Tekst: Marjolain van Moggelen

Achtergrond

samenhangende problemen (symptoomgerichte palliatie). In de stervensfase verschuift de focus van kwaliteit van leven naar een zo goed mogelijke kwaliteit van sterven (palliatie in de stervensfase) en (anticiperend) rouwen. Vanuit dit veranderend levensperspectief vindt een aangepaste benadering plaats van de patiënt en zijn omgeving. In de gehele palliatieve fase komen somatische, psychologische, relationele/sociale en existentiële vraagstukken aan bod.

Palliatieve zorg in de praktijk

Uit interviews met patiënten en naasten blijkt dat 73 procent van de Nederlands bevolking graag thuis wil overlijden.⁵ Uit het sterfgevallenonderzoek (2010) komt naar voren dat 53 procent van de mensen die niet-onverwacht komen te overlijden, sterft in de thuissituatie.⁶ Wijkverpleegkundigen dienen daarom deskundig en toegerust te zijn om tegemoet te komen aan de wens van mensen om thuis te kunnen sterven.

Zorg rond het levenseinde kan complex zijn. Patiënten ervaren vaak meerdere symptomen en klachten tegelijk. Bij kanker bestaat de top-5 aan klachten uit vermoeidheid, pijn, gebrek aan energie, zwakte en verlies van eetlust.⁷ Bij hartfalen en COPD zijn dyspnoe, vermoeidheid, spierzwakte, hoesten, sombere stemming en slaapproblemen de meest voorkomende klachten.⁴ Veel symptomen in de palliatieve fase hangen met elkaar samen. Denk hierbij aan het inzetten van morfine bij pijn, wat vervolgens weer obstipatie en angst voor verslaving kan veroorzaken.

Besluitvorming in de palliatieve fase

Het instrument *Besluitvorming in de palliatieve fase* is een hulpmiddel om adequaat te reageren en te anticiperen op problemen. Door gezamenlijke besluitvorming over risicofactoren, mogelijke scenario's en het vastleggen daarvan, ontstaat transparantie voor de patiënt, diens naasten en de betrokken hulpverleners. Het instrument bestaat uit een beslisschijf en veertien toepassingskaarten.



De basis wordt gevormd door de methodiek van het palliatief redeneren en de richtlijnen palliatieve zorg. Palliatief redeneren is een methodische combinatie van klinisch redeneren en de principiële uitgangspunten van de palliatieve zorg: multidimensionaal, op maat voor de patiënt, multidisciplinair, anticiperend en proactief.⁷ De methodiek bestaat uit vier fasen. In de casus wordt uitvoerig en gedetailleerd beschreven hoe deze fasen eruit zien.

Casus meneer Pietersen

Meneer Pietersen is een 76-jarige, gehuwde man. Sinds een jaar is hij bekend met een longcarcinoom en hartfalen. Hij is gestart met palliatieve chemo- en radiotherapie. Meneer woog voor de diagnose 76 kilo. Hij is sinds een half jaar afgevallen tot 57 kilo. Meneer P heeft geen eetlust. Een diëtiste is ingeschakeld en heeft energieverrijkte voeding voorgeschreven. Meneer is intens vermoeid en vindt dit zijn grootste probleem. Tijdens de chemotherapie zijn er ziekenhuisopnames geweest in verband met algehele malaise. Meneer is vanwege zijn vermoeidheid voornamelijk bedlegerig en zijn stemming is soms somber. Hij heeft moeite om zijn ziekte te accepteren. Zijn echtgenote helpt hem waar mogelijk, zij heeft reuma.



Fase 1

Symptoommanagement begint met een gestructureerde, methodische inventarisatie van alle relevante informatie. Daarnaast vindt een analyse plaats van ieder symptoom door middel van een anamnese en lichamelijk onderzoek. Het is van belang te inventariseren welke essentiële informatie ontbreekt.

Medische voorgeschiedenis

De medische voorgeschiedenis vermeldt een kleincellig longcarcinoom, diagnose in 2014, met als comorbiditeit hartfalen. Meneer Pietersen is bezig aan zijn derde chemotherapie.

Beeld op de patiënt op basis van vier dimensies:

- Lichamelijk: meneer is moe, ligt grotendeels op bed, ECOG performance status 3.
- Psychisch: emoties. Meneer is somber; hij heeft moeite om zijn ziekte te accepteren, zijn cognitie is helder en adequaat
- Sociaal: meneer is getrouwd, echtgenote is slecht mobiel vanwege reuma. Er is een zoon van 44 jaar. Twee keer per week biedt een wijkverpleegkundige hulp bij het douchen. Verder zijn er weinig sociale contacten
- Existentieel: meneer is katholiek opgevoed, maar niet meer actief gelovig. Elke nieuwe dag ervaart hij als erg zwaar. Hij geeft aan dat zijn lijf 'op' is.

Zijn levensverwachting wordt geschat op iets meer dan een half jaar. Het is onduidelijk of meneer Pietersen dit zelf weet.

Medicatie

Anti-misselijkheidsmiddelen, behorend bij de chemotherapie

- Metropolol 2 x daags 50 mg
- Furosemide 1 x daags 40 mg

Symptoomanalyse

Meneer ervaart continue vermoeidheidsverschijnselen. Hij is daardoor ernstig beperkt in zijn doen en laten. Zichzelf wassen lukt hem nog net, maar verder kan hij weinig. Af en toe leest hij de krant, verder brengt hij veel tijd door voor de televisie. Bij lichamelijk onderzoek wordt een cachectische bleke man gezien. Er zijn verder geen andere afwijkingen.

Betekenisgeving

Meneer geeft aan dat het zo voor hem niet langer meer hoeft. De vermoeidheid is zo intens dat hij aangeeft 'totaal op' te zijn.

Meetinstrument

Bij het aangeven van een vermoeidheidscijfer scoort meneer Pietersen een 9 (op een NRS -schaal8 van 0 tot 10).

Fase 2

In deze tweede stap worden de problemen benoemd en worden daaronder werkhypothese's geformuleerd. Dat wil zeggen dat de aard van het symptoom, de context en de oorzakelijke en/of beïnvloedende factoren worden benoemd. Hier komen we bij de kern van de gezamenlijke besluitvorming: je wisselt met elkaar van gedachten over de meest waarschijnlijke oorzaak van het symptoom of klacht waar de patiënt het meeste last van heeft. Vaak zijn er meerdere oorzaken aan te wijzen.



Bij meneer is de werkhypothese vermoeidheid, met als mogelijke oorzaken:

1. gemetastaseerde ziekte
2. anorexie-cachexie-syndroom
3. anemie ten gevolge van de chemotherapie
4. sombere gevoelens

Beleidsafwegingen

Hiermee wordt een afweging gemaakt van mogelijke interventies in relatie tot de wens en de prioriteiten van de patiënt en de geschatte levensverwachting. Bij twijfel of onvoldoende deskundigheid kan consultatie overwogen worden. Soms is het zinvol aanvullend onderzoek te doen. Bij meneer wordt bloed geprikt waarbij met name het hemoglobinegehalte (Hb) van belang is. De bloedwaardes laten geen afwijkingen zien.

Bijgestelde werkhypothese

Anorexie-cachexie syndroom bij gemetastaseerde ziekte waardoor ernstige vermoeidheid is ontstaan. Het doel van het beleid is de vermoeidheid te verminderen, waardoor deze beter hanteerbaar wordt en er ruimte komt voor ervaring van meer kwaliteit van leven door meneer Pietersen.

Plan van aanpak

- Behandeling van de oorzaak
 1. De situatie van meneer laat doorgaan met chemotherapie niet toe. Daarom wordt besloten deze behandeling te staken.
 2. Er zijn geen mogelijkheden om iets te doen aan de metabole veranderingen. Dit is inmiddels een onomkeerbaar proces. Er is geen ruimte meer voor ziektegerelateerde palliatie.
- Symptomatische behandeling
 1. Niet-medicamenteus
De eiwit verrijkte voeding wordt vervangen door een keuzemenu. Er wordt gekozen voor zogeheten comfortvoeding: meneer eet alleen waar hij zin in heeft. Het eerdere doel om de voedingstoestand te verbeteren wordt losgelaten.

Achtergrond

2. Medicamenteus

Er wordt een proefbehandeling voorgesteld met dagelijks (in de ochtend) 1dd 4 mg dexamethason gedurende 14 dagen om de eetlust en algemene conditie te verbeteren.⁹

• Ondersteunende zorg

1. De zorg van de wijkverpleegkundige wordt uitgebreid naar dagelijkse ondersteuning bij de dagelijkse lichamelijke zorg. De belastbaarheid van de echtgenote wordt systematisch gevolgd door de thuiszorg.
2. Tevens zal de huisarts nog een gesprek voeren over welke hulp meneer mogelijk nog verder wenst ten aanzien van zijn sombere gevoelens. Wellicht heeft dexamethason hier ook een positief effect op.
3. Ondersteuning door fysiotherapie wil meneer op dit moment niet.

Fase 3

In fase 3 maak je afspraken over de evaluatie van het ingestelde beleid (hoe, door wie en wanneer) en de overeengekomen interventies.



Met meneer Pietersen spreken we af dat de wijkverpleegkundige één keer per week bespreekt hoe het gaat. De verwachting is dat het effect van de dexamethason na ongeveer een week op zal treden. Het is belangrijk dat het echtpaar dit ook weet. Dit kan weer met de NRS; door het regelmatig op vaste momenten geven van een cijfer, kan een beloop gezien worden in de ernst van het beleven van de klacht(en). De wijkverpleegkundige bespreekt dit vervolgens met de huisarts. Ook vindt een evaluatie plaats over de uitbreiding van de zorg.

Fase 4

In fase 4 krijgen de uitkomsten van de evaluaties uit fase 3 een vervolg.

Meneer geeft aan dat hij zich na een week iets voelt opknappen. Hij krijgt wat meer trek en voelt zich veel



minder vermoeid. Dit maakt een afbouw van de dagelijkse zorg door de thuiszorg mogelijk. De evaluatie van vermoeidheid blijft wekelijks plaatsvinden. Meneer blijft bij zijn beslissing om geen chemotherapie meer te ondergaan.

Samenwerken

Samen werken in de palliatieve zorg vraagt om samen analyseren, samen begrijpen, samen leren en samen doen. Besluitvorming in de palliatieve fase draagt bij aan multidisciplinaire samenwerking waarin doelgerichte zorg voor de patiënt en naasten werkelijk centraal staat.

Voor meer informatie over het instrument Palliatieve besluitvorming en/of coaching op jouw werkplek op het terrein van palliatieve zorg: kijk op de website www.iknl.nl of stuur een mail naar m.vanmeggelen@iknl.nl

Met medewerking van *Ginette Hesselmann, verpleegkundig specialist i.o. bij UMC Utrecht, Alexander de Graeff, internist-oncoloog UMC Utrecht en Saskia Teunissen, hoogleraar hospicezorg bij UMC Utrecht*

Literatuur

- 1 Palliatieve zorg in beeld. IKNL, 2014.
- 2 Richtlijnen palliatieve zorg. De Graeff et al., 2010
- 3 Symptoms mean everything. Teunissen et al., 2007
- 4 Palliative care needs of patients with advanced chronic organ failure. Jansen et al., 2012
- 5 Waar wilt u doodgaan? Akker et al., 2005
- 6 Sterfgevallenonderzoek. Heiden et al., 2010
- 7 Gebruikershandleiding Besluitvorming in de palliatieve fase. 2014
- 8 NRS score (Numeric Rating Scale) www.pallialine.nl
- 9 richtlijn Vermoeidheid en anorexie & gewichtsverlies. www.pallialine.nl

Maggelin van Meggelen is adviseur palliatieve zorg bij het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)

B3 Trainingsmogelijkheden

IKNL biedt elke organisatie de mogelijkheid . Voor meer informatie verwijzen we naar onze site www.iknl.nl

B4 Checklist randvoorwaarden

Organisatie

- heeft minimaal 4 bedden specifiek voor palliatieve zorg
- houdt structureel (minimaal 2 keer per maand) multidisciplinair overleg (mdo) of zet dit overleg ten bate van dit project op
- bij het mdo zijn (huis)artsen, verpleegkundigen en andere ondersteunende disciplines aanwezig
- heeft geen andere projecten of innovatieve trajecten lopen

Management

- heeft een visie op palliatieve zorg
- stimuleert methodisch gebruik van richtlijnen in de palliatieve zorg
- stimuleert ontwikkeling van kwaliteit van zorg onder meer door investering in deskundigheidsbevordering van betrokken zorgverleners
- onderschrijft het belang van een goede samenwerking binnen het multidisciplinaire team
- is bereid tot investering van tijd en middelen voor implementatie van de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase'.

Direct leidinggevenden

- onderschrijven het belang van methodisch denken en werken
- stimuleren het methodisch denken en werken zowel op individueel, monodisciplinair als op interdisciplinair niveau
- dragen zorg voor draagvlak bij andere leden van het interdisciplinaire team
- zijn bereid tot investering van tijd voor training de zorgverleners
- organiseren systematische 'coaching on the job'. Dit kan op verschillende manieren vorm worden gegeven: individueel per casus, tijdens teambesprekingen, tijdens individuele werkbesprekingen, klinische lessen etc.
- signaleren knelpunten in het hanteren van de methode
- geven voorafgaande aan de training informatie over de stand van zaken van de invoering van de methodiek
- stellen waar nodig middelen en materialen beschikbaar, zoals voldoende sets besluitvorming per team
- stellen deelnemers in de gelegenheid om deel te nemen aan de contactmomenten die de trainer voor de deelnemer organiseert
- heeft één of meerdere aandachtsvelders palliatieve zorg aangesteld die de methodiek 'Besluitvorming in de palliatieve fase' helpen implementeren

Multidisciplinair team

- heeft voldoende kennis om gebruikte begrippen te begrijpen
- beschikt over voldoende vaardigheden op het gebied van de palliatieve zorg:
 - actief en aandachtig luisteren
 - inleven in gevoelens van zorgvrager
 - tonen interesse in gezondheidssituatie en leefomstandigheden
 - is bekend met stoornissen, beperkingen, functionerings- en gezondheidsproblemen
 - legt juiste verbanden tussen de gegevens
 - is in staat bevindingen in heldere termen op te schrijven
 - maakt zaken bespreekbaar
- onderschrijft het belang van het gebruik van de richtlijnen palliatieve zorg
- is gericht op ontwikkeling van kwaliteit van palliatieve zorg
- is gericht op goede samenwerking in het team met erkenning van de bijdragen van de verschillende disciplines

-
- is bereid te leren in teamverband

B5 Contextanalyse

Samenwerking in de palliatieve zorg: ieder radertje doet er toe!

A

Voorbereiding en de noodzakelijke randvoorwaarden

Breng de situatie in de instelling in kaart

Welk klimaat heerst er in de instelling?

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 instelling stabiel?

Is dit het juiste instrument?

Tip ► Passen de plannen in de visie van de instelling?

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 de methodiek?

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

Hoe betrekken en motiveren we de medewerkers?

C

Planning van activiteiten

Hoe zorgen we ervoor dat we ons doel bereiken? Tip ► wie gaan we informeren?

Tip ► wie gaan we scholen?

Tip ► zorg op tijd voor toestemming van het management

Wat gaan we doen?

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

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

Tip ► kijk naar mogelijkheden van een projectgroep met verzorgende en andere zorgverleners

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

Tip ► besteed ook tijdens teamoverleg aandacht aan de set 'Besluitvorming in de palliatieve fase'

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!

Hoe gaan we dit kenbaar maken?

Gezamenlijk trainen en oefenen met de set

Resultaten bijhouden

Tip ► bespreek gezamenlijk ideeën voor de voorbereiding van het MDO

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?

Op welke momenten kijken we weer hoe het gaat? Tip ► houd een logboek bij voor het noteren van ervaringen tijdens de implementatie

Wat doen we als aandachtsvelder / projectlid vertrekt?

Hoe blijven we up to date?

B6 Literatuuronderzoek implementatie nieuwe werkmethodiek

B6 Literatuuronderzoek implementatie nieuwe werkmethoediek

Resultaten

Het is bekend dat het invoeren van nieuwe middelen en werkmethoeden 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 de set in de praktijk zorgverleners is dit niet anders.

Wat draagt bij aan succesvol implementeren van methoden voor zorgverleners? Wat weten we hier over? Wat zegt onderzoek? Om hier meer zicht op te krijgen is gekeken naar literatuur over implementatie van methoden 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 alleen 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. Bovendien is er altijd iemand nodig die de kar trekt: een enthousiaste, deskundige projectleider die bereikbaar is. 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

- 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 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 instelling
- 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 wat bedoel je hiermee?

- 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 instelling

4 De context

- De verandering heeft direct effect op de zorgvrager

-
- Financiële impulsen, bijdragen van zorgverzekeringen, wet- en regelgeving en dergelijke kunnen stimulerend werken.

B7 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).
 - 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.
 - 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.
 - 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
 - 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

- Schreuder-Cats, H.A., Hesselmann, G.M., Vreken, 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, 2015
- 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
- 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).
- 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., Vreken, H. & Zuurmond, W. (2010) Palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum
KK opvoeren?

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

