



Handleiding

Zelfevaluatie palliatieve zorg voor zorgorganisaties

stichting

pZnL

Colofon

Juni 2026

Versie 5.0

Contact

Voor vragen, opmerkingen en suggesties kun je contact opnemen met team zelfevaluatie palliatieve zorg van Stichting PZNL via zelfevaluatiepz@pznL.

Op [Palliaweb](#) vind je alle informatie en het aanmeldformulier.

Deze handleiding voor de zelfevaluatie mag worden verspreid voor het informeren over de zelfevaluatie palliatieve zorg. Voor het gebruik van de handleiding anders dan voor de uitvoer van een zelfevaluatie, is voorafgaande schriftelijke toestemming van Stichting PZNL nodig.

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Doel	4
Betrokkenen	4
Leeswijzer	5
Handleiding	6
Het uitvoeren van de zelfevaluatie: de voorbereiding	6
Keuzehulp voor uitvoering zelfevaluatie	6
De mogelijkheden	6
Plan van aanpak opstellen	8
Tijdsinvestering	9
Rollen	9
Patiëntenvertegenwoordiging	10
Materialen	11
Het uitvoeren van de zelfevaluatie: de 4 fases	11
Fase 1 Visie op palliatieve zorg	13
Fase 2 Palliatieve zorg in de praktijk	13
Fase 3 Dossieronderzoek	14
Vorbereiding dossieronderzoek	15
Aanpak dossieronderzoek	15
Fase 4 Analyse en verbeterplan	16
Genereren rapport	16
Verbeterplan	17
Herhalen	17
Feedback op de zelfevaluatie	18

Inleiding

Goede palliatieve zorg vraagt om blijven leren en verbeteren. De zelfevaluatie palliatieve zorg ondersteunt zorgorganisaties bij dit leer- en ontwikkelproces. Het hulpmiddel nodigt uit om gezamenlijk stil te staan bij de kwaliteit van palliatieve zorg en deze verder te versterken.

Doel

De zelfevaluatie palliatieve zorg is een hulpmiddel waarmee een zorgorganisatie in beeld brengt hoe goed de palliatieve zorg is geregeld en wat beter kan. Het doel is het versterken en borgen van goede palliatieve zorg.

De basis van de zelfevaluatie is het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. Het Kwaliteitskader geeft zicht op wat we met elkaar - patiënten, naasten, zorgverleners - hebben afgesproken wat goede kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland is. Het laat daarmee zien wat patiënten en naasten mogen verwachten van palliatieve zorg.

In de zelfevaluatie wordt aandacht besteed aan de volgende onderwerpen:

1. Beleid
2. Markering
3. Gezamenlijke besluitvorming
4. Proactieve zorgplanning
5. Zorg voor naasten en nabestaanden
6. Individueel zorgplan
7. (On)welbevinden op vier dimensies
8. Coördinatie en continuïteit (inclusief netwerk palliatieve zorg)
9. Netwerk palliatieve zorg
10. Deskundigheid
11. Persoonlijke balans

In de zelfevaluatie hanteren we de begrippen zoals beschreven in het Kwaliteitskader. Een toelichting op de begrippen staat in het begrippenkader, te vinden op palliaweb.nl/begrippenkader.

Betrokkenen

- A. **Organisatie.** De zorgorganisatie is verantwoordelijk voor het organiseren en uitvoeren van de zelfevaluatie.
- B. **Netwerkcoördinator.** Bij de coördinator van het netwerk palliatieve zorg waar jouw organisatie lid van is, kun je terecht voor informatie en advies over (ervaringen met) de zelfevaluatie. De netwerkcoördinator is jouw eerste aanspreekpunt.
- C. **Team zelfevaluatie Stichting PZNL** levert documentatie en een overeenkomst voor toegang tot de digitale applicatie aan. Je kunt ons bereiken via

zelfevaluatiepz@pznL.nl. Indien gewenst kan het team ook advies geven, al dan niet op verzoek van de netwerkcoördinator.

Leeswijzer

In deze handleiding vind je uitleg over en tips voor het uitvoeren van de zelfevaluatie inclusief het betrekken van het patiëntenperspectief.

Daar waar we in dit document spreken van patiënt, bedoelen we ook cliënt, gast of bewoner.



Handleiding

In deze handleiding geven we uitleg over en tips voor het inzetten van de zelfevaluatie in jouw zorgorganisatie.

Het uitvoeren van de zelfevaluatie: de voorbereiding

Keuzehulp voor uitvoering zelfevaluatie

De zelfevaluatie kan op drie manieren worden uitgevoerd. De keuze voor optie A, B of C hangt af van het doel van de zelfevaluatie en de beschikbare tijd. De keuze die je maakt geef je aan in de evaluatieapplicatie. Op de volgende pagina vind je een overzicht om je te helpen bij de keuze.

De mogelijkheden

Optie A

Geeft een organisatie een breed beeld van de kwaliteit van palliatieve zorg binnen de hele organisatie; geschikt als eerste verkenning, voor een kleinere organisatie of bij beperkte tijd.

Optie B

Maakt overeenkomsten en verschillen tussen maximaal vier zorgsettings binnen één organisatie zichtbaar: verpleeghuiszorg, thuiszorg, hospicezorg, ziekenhuiszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en/of geestelijke gezondheidszorg.

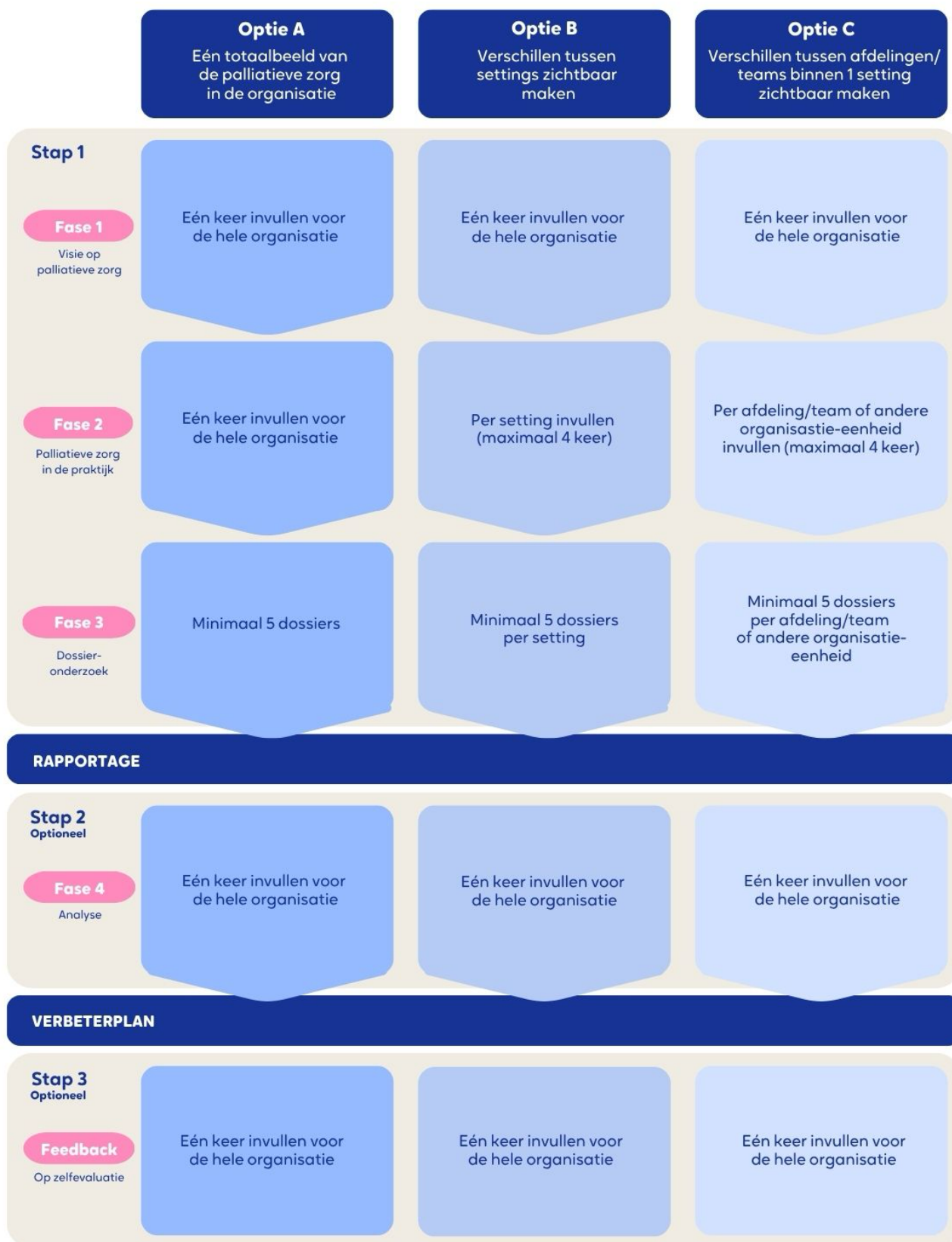
Optie C

Geeft inzicht in overeenkomsten en verschillen tussen maximaal vier afdelingen, teams of andere organisatie-eenheden binnen één zorgsetting.

Rapportage

In de rapportage zie je per onderwerp van het Kwaliteitskader hoe jouw organisatie scoort, ook ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Per onderwerp biedt de rapportage verdiepende inzichten uit visie, praktijk en dossieronderzoek. Als voor een vergelijkende aanpak is gekozen, worden ook overeenkomsten en verschillen tussen zorgsettings of organisatie-eenheden zichtbaar. Zo krijg je gericht inzicht in sterke punten en verbetermogelijkheden.

Keuzehulp uitvoering zelfevaluatie



Tip

Hoe groot maak je de zelfevaluatie?

Ons advies: houd het klein en behapbaar! Zeker bij grote organisaties hoef je niet altijd alle locaties, afdelingen en teams te betrekken om een duidelijk beeld te krijgen. Ook al zijn dan niet alle organisatie-eenheden betrokken geweest bij de uitvoering van de zelfevaluatie, zij kunnen toch leren van de uitkomsten en het verbeterplan mede uitvoeren.

Voorbeelden

Optie A: totaalbeeld

Een kleine thuiszorgorganisatie die zorg levert in een aantal bijna-thuis-huizen, maakte geen onderscheid tussen de verschillende bijna-thuis-huizen, omdat zij vooral een totaalbeeld van de eigen organisatie wilden schetsen.

Optie B: overeenkomsten en verschillen tussen zorgsettings

Een organisatie die zowel verpleeghuiszorg als verstandelijk gehandicapten-zorg biedt, koos ervoor om de overeenkomsten en verschillen tussen deze twee settings inzichtelijk te maken en per setting twee locaties te betrekken. Op deze manier konden verpleeghuiszorg en VG-zorg van elkaar leren.

Optie C: overeenkomsten en verschillen tussen afdelingen/teams of andere organisatie-eenheid binnen één zorgsetting

Een grote VVT-organisatie koos ervoor de overeenkomsten en verschillen tussen drie regio's inzichtelijk te maken met per regio twee locaties. Dat gaf ook inzicht in welke regio iets kan leren van een andere regio van de organisatie. Binnen een ziekenhuis gebeurt het vaak dat de overeenkomsten en verschillen tussen een aantal afdelingen zichtbaar worden gemaakt.

Plan van aanpak opstellen

In een plan van aanpak stel je vast waarom je de zelfevaluatie wilt uitvoeren en wat het de organisatie op moet leveren. In de paragraaf hieronder kun je lezen welke opties er zijn voor uitvoering van de zelfevaluatie. Ook schrijf je op wie alle betrokkenen zijn, maak je een tijdsplanning en leg je de financiën vast. Denk bij dit laatste aan de kosten van huur overlegruimtes, catering en eventuele vergoeding van medewerkers. Aan het gebruik van de zelfevaluatie, de evaluatieapplicatie en eventuele advisering door jouw netwerk palliatieve zorg of team zelfevaluatie van Stichting PZNL zijn geen kosten verbonden.

Op de pagina [Toolkit zelfevaluatie palliatieve zorg voor zorgorganisaties](#) op Palliaweb is een sjabloon voor een plan van aanpak beschikbaar, dat je naar eigen inzicht kunt invullen en aanpassen.

Tijdsinvestering

De totale zelfevaluatie zou maximaal drie maanden in beslag moeten nemen. Het is een momentopname. De hoeveelheid tijd die je als organisatie in deze periode investeert aan de zelfevaluatie hangt af van de grootte van de organisatie en de gekozen aanpak. Dit varieert tussen de 15 uur voor een kleine organisatie en 75 uur voor een grotere organisatie of een organisatie die ervoor kiest te vergelijken tussen settings of organisatie-eenheden.

Een globale inschatting

Vorbereiding:

- Projectleider 4-8 uur
- Projectgroep 4 uur

Uitvoering zelfevaluatie:

- Projectleider 5 uur
- Projectgroep 5 uur
- Werkgroep ± 3 uur (voor bijeenkomsten)

Meestal voert een afvaardiging van de werkgroep het dossieronderzoek uit. Voor het eerste dossier kun je uitgaan van één à twee uur. Na het eerste dossier kun je ongeveer 5 dossiers per 2 uur behandelen. In het geval van 20 dossiers is de inschatting dat dit ongeveer 10 uur kost.

Opstellen verbeterplan:

- Projectleider: 5 uur
- Projectgroep 3-5 uur
- Werkgroep 2,5 uur

Rollen

- A. **Projectleider.** De projectleider is verantwoordelijk voor het slagen van de zelfevaluatie. De projectleider houdt desgewenst contact met de netwerkcoördinator palliatieve zorg.
- B. **Projectgroep.** De projectgroep bestaat uit ongeveer drie mensen die samen zorgen voor een bij de organisatie passende voorbereiding op en uitvoering van de zelfevaluatie. De projectleider is meestal een leidinggevende of een kwaliteitsfunctionaris. Voor verbinding met het management is het aan te raden een vertegenwoordiger van het management te laten deelnemen aan de projectgroep. Denk verder aan een kwaliteitsfunctionaris, een in palliatieve zorg gespecialiseerde medewerker of een bevlogen medewerker met een hart voor de palliatieve zorg. Het belangrijkste is dat de projectgroepleden de werkgroep(en) goed kunnen informeren en motiveren.

De projectgroep:

1. bereidt de zelfevaluatie voor, inclusief de verdeling van taken zoals wie de uitkomsten vastlegt

2. bespreekt de uitkomsten van iedere fase en
3. zorgt voor een terugkoppeling hiervan naar de werkgroep(en).

- c. **Werkgroep(en).** De werkgroep wordt gevormd door een brede vertegenwoordiging van medewerkers in de organisatie, die in hun dagelijks werk regelmatig te maken hebben met patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. Wanneer de organisatie heeft gekozen voor het zichtbaar maken van overeenkomsten en verschillen tussen zorgsettings (optie B) of afdelingen/teams of een andere organisatie-eenheid binnen één zorgsetting (optie C), stel je per setting of organisatie-eenheid een aparte werkgroep samen.

Om maximaal van elkaar te kunnen leren en een breed bewustzijn te creëren, is het zinvol om zoveel mogelijk perspectieven (multidisciplinair) te betrekken in de werkgroep. Denk aan verzorgenden, verpleegkundigen, artsen, geestelijk verzorgers, paramedici en vrijwilligers. Het gaat om een dwarsdoorsnede van de gehele organisatie in geval van optie A of een dwarsdoorsnede van de setting of afdeling/team in respectievelijk optie B en C. Overweeg om een kwaliteitsfunctionaris of beleidsadviseur en een vertegenwoordiger van de cliënten- of patiëntenraad te betrekken. Dit kan helpen om de zelfevaluatie goed te verankeren in de organisatie.

- d. **Procesbegeleider.** Het is aan te bevelen dat (minstens) één van de betrokkenen expertise heeft op het gebied van palliatieve zorg. Dit is nodig om begrippen goed te duiden en te kunnen zorgen voor verdieping tijdens het uitvoeren van de zelfevaluatie. Dit kan een kwaliteitsfunctionaris zijn maar ook een aandachtsvelder palliatieve zorg, kaderarts palliatieve zorg, een verpleegkundig specialist palliatieve zorg of een palliatieve zorg verpleegkundige. Ook de netwerkcoördinator palliatieve zorg zou deze rol kunnen vervullen.

Patiëntenvertegenwoordiging

Je voert de zelfevaluatie uit omdat je de best mogelijk palliatieve zorg wil leveren aan patiënten en hun naasten. De zelfevaluatie is gebaseerd op het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. Het Kwaliteitskader is samen met patiënten/naasten ontwikkeld. Indirect speelt de stem van patiënten/naasten dus al een rol bij de zelfevaluatie. Ook kun je ervaringen van patiënten en naasten meenemen in de zelfevaluatie. Om het patiëntenperspectief nog meer mee te nemen bij de zelfevaluatie adviseren we de cliënten- of patiëntenraad te betrekken bij de uitvoering van de zelfevaluatie. Je kunt hierbij denken aan de volgende maten van betrokkenheid:

- In de optie waarbij de cliënten- of patiëntenraad het best betrokken is, zijn zij vanaf het begin van de zelfevaluatie een gelijkwaardig lid van de werkgroep(en) die de zelfevaluatie uitvoert, en betrokken bij alle werkzaamheden.
- Je kunt de cliënten- of patiëntenraad ook later betrekken door de resultaten van

de zelfevaluatie met hen te bespreken. Met hen bespreek je dan of zij de uitkomsten herkennen uit ervaringen van patiënten/naasten. Vervolgens kun je samen met hen kijken welke uitkomsten er als eerste worden aangepakt.

- Een beperkte vorm van het betrekken van de cliënten- of patiëntenraad is om hen feedback te vragen op het verbeterplan dat op basis van de zelfevaluatie is gemaakt.

Materialen

Voor het uitvoeren van de zelfevaluatie heb je de volgende materialen nodig:

1. Een plan van aanpak
2. Deze handleiding
3. De zelfevaluatievragenlijsten (handig voor de voorbereiding en om naast je te houden tijdens de uitvoering van de zelfevaluatie)
4. Toegang tot de evaluatieapplicatie met daarin alle zelfevaluatievragenlijsten.

Een sjabloon voor het plan van aanpak en alle zelfevaluatievragenlijsten zijn te vinden in de [Toolkit zelfevaluatie palliatieve zorg voor zorgorganisaties op Palliaweb](#).

Het uitvoeren van de zelfevaluatie: de 4 fases

De zelfevaluatie zelf bestaat uit 4 fases:

- **Fase 1** richt zich op feiten en cijfers zoals het palliatieve zorgbeleid, deskundigheid van medewerkers en deelname aan het regionale netwerk palliatieve zorg.
- **Fase 2** richt zich op wat medewerkers in de organisatie verstaan onder palliatieve zorg en op welke manier zij daar invulling aan geven in de dagelijkse praktijk.
- In **Fase 3** toets je in hoeverre essentiële aspecten van palliatieve zorg en afspraken daarover met de patiënt en naasten in het zorgdossier zijn vastgelegd.
- In **Fase 4** ga je aan de slag met de analyse van de resultaten van fase 1-3 het vaststellen van het verbeterplan.

Onderstaand overzicht geeft inzicht in:

1. het aantal vragen per fase en per onderwerp
2. hoeveel van deze vragen meetellen in de resultaatberekening per onderwerp van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, namelijk: alle gesloten vragen (met uitzondering van de gesloten vragen over kenmerken van de patiënt zoals geboortjaar en hoofddiagnose).

Onderwerp zelfevaluatie	Fase 1 visie op palliatieve zorg	Fase 2 palliatieve zorg in de praktijk	Fase 3 dossier- onderzoek	TOTAAL		
	Aantal vragen	Aantal vragen	Aantal vragen	Aantal vragen	Gesloten vragen	Open vragen
Gegevens organisatie	4	-	-	4	3	1
Structuur organisatie	3	-	-	3	-	3
Kenmerken patiënt	-	-	4	4	4*	-
Beleid	12	-	-	12	9	3
Deskundigheid	13	-	-	13	10	3
Netwerk	8	-	-	8	3	5
Markering	-	11	6	17	13	4
Gezamenlijke besluitvorming	-	8	1	9	4	5
Proactieve zorgplanning	-	14	8	22	18	4
Individueel zorgplan	-	7	-	7	3	4
(On)welbevinden op de vier dimensies	-	10	20	30	25	5
Zorg voor naasten en nabestaanden	-	6	-	6	3	3
Coördinatie en continuïteit	-	15	3	18	12	6
Persoonlijke balans	-	5	-	5	1	4
TOTAAL	40	76	42	158	108	50**
Gesloten vragen	25	41	42	108		
Open vragen	15	35	-	50		

* Tellen niet mee in de resultatenberekening.

** Per elk van de 11 onderwerpen van het Kwaliteitskader worden 1 optionele toelichtingsvraag en 2 verplichte conclusievragen gesteld; van de 50 open vragen zijn er 39 verplicht, waarvan 22 vragen conclusievragen.

Let op! Je beantwoordt de vragen van fase 1 altijd één keer. De vragen van fase 2 beantwoord je bij optie A (organisatiebrede uitvoering) één keer en bij optie B of C (vergelijking tussen zorgsettings of organisatie-eenheden) maximaal vier keer. De vragen van fase 3 vul je per patiënt in. Het advies is om minimaal vijf dossiers per organisatie, zorgsetting of organisatie-eenheid te beoordelen.

Tip

Pas je werkwijze aan als dat je organisatie meer oplevert (doe geen onnodig werk).

De zelfevaluatie is een hulpmiddel dat jou en je organisatie helpt om de palliatieve zorg in kaart te brengen en te verbeteren. Het is geen doel op zich. Het is daarom prima om de hier beschreven werkwijze aan te passen als dat jouw organisatie meer oplevert. Doe vooral geen onnodig werk!

Wanneer een bepaalde vraag lastig te beantwoorden is, omdat het

bijvoorbeeld te veel zoeken is of te weinig relevant is voor jouw organisatie, dan kun je ook kiezen voor een geschat of neutraal antwoord.

Het is ook mogelijk om de volgorde van fase 2 (palliatieve zorg in de praktijk) en fase 3 (dossieronderzoek) te wijzigen: zo kan het in sommige situaties handig zijn om te starten met het dossieronderzoek en daarna fase 2 uit te voeren. Dit werkt vooral als er ervaren palliatieve zorg medewerkers zijn die al precies weten waar alles staat in de dossiers. De uitkomsten van het dossieronderzoek kun je dan meenemen in het gesprek over de vragen van fase 2. Ook is het een mogelijkheid om fase 2 en 3 parallel aan elkaar uit te voeren.

Fase 1

Visie op palliatieve zorg

Deze fase bestaat uit het invullen van de vragenlijst behorend bij fase 1 en het voorbereiden van (de aanpak van) fase 2. De projectleider en/of projectgroep beantwoordt de vragen op basis van beschikbare beleidsstukken, zoals een jaarplan, scholingsplan, werkinstructies etc.

Het kan waardevol zijn om de werkgroep te betrekken bij het beantwoorden van de vragenlijst van fase 1. Op deze manier neem je bij het opzoeken en lezen van beleidstukken ook het perspectief mee van collega's die niet dagelijks met beleid bezig zijn.

Fase 2

Palliatieve zorg in de praktijk

Deze fase bestaat uit het beantwoorden van vragen door de werkgroep. Deze fase bestaat uit het beantwoorden van vragen door/met de werkgroep.

Je kunt fase 2 op verschillende manieren uitvoeren, zoals het bij de organisatie past. Denk bijvoorbeeld aan:

- De vragen plenair in één of meerdere werkgroepsessies bespreken.
- De vragenlijst vooraf rondsturen en er daarna met elkaar over discussiëren.
- De vragenlijst door de projectgroep of deel van de werkgroep laten invullen, rondsturen en er daarna met elkaar over discussiëren.
- Interviews houden met verschillende betrokkenen en de uitkomsten bespreken in de werkgroep.

Let op: De vragen van fase 2 beantwoord je bij optie A (organisatiebrede uitvoering) één keer en bij optie B of C (vergelijking tussen zorgsettings of organisatie-eenheden) meermalig tot een maximum van vier keer.

Tip

Blijf bij het beantwoorden van de vragen in de evaluatiemodus en probeer niet te veel in oplossingen te denken.

Start het gesprek met de werkgroep met een korte aftrap van de zelfevaluatie. Neem de werkgroep mee in het hoe en waarom van de zelfevaluatie. Naast het algemene doel van de zelfevaluatie kun je aandacht besteden aan de specifieke aanleiding en het doel voor de eigen organisatie. Ook kun je ervoor kiezen om de bevindingen van fase 1 te delen en de werkgroep om reflectie te vragen.

Fase 3

Dossieronderzoek

In fase 3 staat het dossieronderzoek centraal. Je voert onderzoek uit in de dossiers van recent niet onverwacht overleden patiënten.

De ervaring leert dat het dossieronderzoek het best uit te voeren is door een beperkte groep medewerkers, die goed bekend zijn met het patiëntendossier.

Om een realistisch beeld te krijgen, adviseren we om per organisatie, zorgsetting of team/afdeling/locatie tenminste 5 dossiers te raadplegen. Zie hieronder een aantal rekenvoorbeelden:

- **Hospice:** in een hospice raadpleeg je in tenminste 5 dossiers.
- Als een **VVT-organisatie** meedoet met 2 verpleeghuisafdelingen en 2 wijkteams, raadpleeg je per team/afdeling tenminste 5 dossiers, in totaal dus minimaal 20 dossiers.
- **Ziekenhuis:** wanneer 4 afdelingen van een ziekenhuis meedoen, raadpleeg je per afdeling tenminste 5 dossiers, in totaal dus minimaal 20 dossiers.

Tip

Bepaal vooraf welke informatie over een specifiek onderwerp waar in het zorgdossier zou moeten staan. Zo kun je gericht zoeken.

Een dossier van A tot Z lezen in het kader van de zelfevaluatie is ondoenlijk. Ook wil je dat essentiële informatie in de dagelijkse praktijk snel te vinden is.

Daarom bepaal je wat in jouw organisatie de logische plek is om specifieke informatie te zoeken tijdens het dossieronderzoek. Bijvoorbeeld:

- Wensen, waarden en behoeften van patiënten verwacht je te vinden in een zorgplan en wellicht in een anamnese.
- Een gesprek over overwogen behandelingen en genomen besluiten (gezamenlijke besluitvorming) verwacht je een gespreksverslag.
- Sommige zorgdossiers hebben een vaste plek voor behandelwensen en -grenzen.

Spreek ook met elkaar af wat je per onderwerp dat de revue passeert in het dossier terug wil vinden. Zo komt de term 'proactieve zorgplanning' niet altijd letterlijk voor, maar kan wel terug te vinden zijn onder 'wensen, waarden en behoeften'.

Vorbereiding dossieronderzoek

Wettelijke kaders

Voor de zelfevaluatie worden dossiers van overleden patiënten geraadpleegd. De AVG is niet van toepassing op gegevens van overleden personen. Wel blijven andere regels gelden, zoals het medisch beroepsgeheim en de verplichting tot zorgvuldige omgang met gegevens. In de zelfevaluatie zijn uitsluitend beperkte persoonsgegevens opgenomen (namelijk: geslacht, geboortjaar, land van herkomst en hoofddiagnose). Deze gegevens worden alleen geaggregeerd gebruikt, zodat ze niet herleidbaar zijn tot individuele personen.

Hoe je een dossieronderzoek voorbereidt:

- Selecteer op de meest recent overleden patiënten.
- Selecteer alleen patiënten van wie het overlijden niet onverwachts kwam.
- Het eerste dossier onderzoeken kost veel tijd; reken op 1 tot 2 uur. Daarna gaat het aanzienlijk sneller en kom je uit op zo'n 20-25 minuten per dossier.
- Heb je langer dan een jaar zorg geleverd aan patiënten in de palliatieve fase, ga dan uit van het laatste levensjaar.

Aanpak dossieronderzoek

Er zijn verschillende manieren om het dossieronderzoek uit te voeren. We geven je hieronder een aantal ervaringen en tips mee.

Voorbeeld werkwijze dossieronderzoek met twee medewerkers:

- Medewerker A leest de afgesproken onderdelen van het dossier van de patiënt. Medewerker A is goed bekend met hoe het dossier is opgebouwd, met de terminologie en weet goed waar te zoeken. Deze medewerker is bij voorkeur verpleegkundig specialist palliatieve zorg of palliatieve zorg verpleegkundige.
- Medewerker B zet op dat moment alvast de kenmerken van de patiënt in de applicatie.
- Medewerker B leest vervolgens de inhoudelijke vragen voor en medewerker A

geeft antwoord op basis van wat zij/hij gelezen heeft. Medewerker B zet dit in de applicatie.

Voorbeeld werkwijze dossieronderzoek met medewerkers van een team/afdeling:

- Een groep van 2 à 3 medewerkers van een team of afdeling voert het dossieronderzoek uit onder leiding van een projectteamlid die ervaring heeft met palliatieve zorg.
- Het projectteamlid houdt de regie en notuleert zaken die zijn opgevallen, aanbevelingen en suggesties voor werkafspraken om later mee te nemen in het verbeterplan.

Deze variant vraagt meer tijd van meer mensen. Met als meerwaarde dat het mogelijk is om uitgebreider te discussiëren met elkaar over hoe iets verwoord is, over wat de juiste plek is om iets vast te leggen etc. Het dossieronderzoek wordt dan deels een verlenging van fase 2.

Tip van een dossieronderzoeker:

"In de dagelijkse praktijk ga je niet lang speuren in de rapportage naar informatie. Daarom stelde ik mijzelf steeds de vraag: 'kan ik mij op basis van dit dossier binnen 5 minuten een duidelijk beeld vormen van de patiënt en passende zorg verlenen?' Dat heldere beeld krijg je alleen als relevante informatie, zoals waarden, wensen, behoeften en symptoomlast in het zorgplan geborgd zijn."

Tip

Verlies niet het doel van de zelfevaluatie uit het oog.

Het doel van de zelfevaluatie is inzicht krijgen in de huidige stand van zaken en verbetermogelijkheden van palliatieve zorg in jouw organisatie. Niet om zoveel mogelijk dossiers te raadplegen.

Is na 5 dossiers een divers beeld ontstaan, dan loont het de moeite om extra dossiers te raadplegen. Maar geven - bijvoorbeeld in een grote VVT-organisatie - 3 dossiers per afdeling al een consistent beeld op basis waarvan conclusies mogelijk zijn, dan is 5 dossiers per afdeling geen doel op zich.

Fase 4

Analyse en verbeterplan

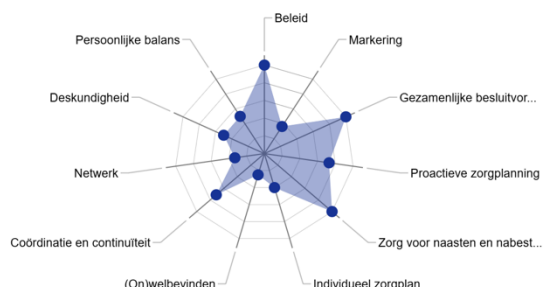
Genereren rapport

Wanneer je de uitkomsten van de fases 1 t/m 3 hebt ingevoerd in de evaluatieapplicatie, draai je daar een rapportage van uit. Dit rapport levert inzicht in:

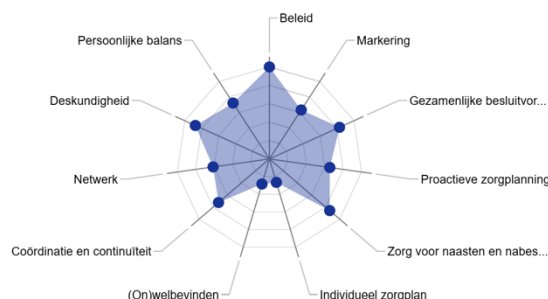
- De kwaliteit van palliatieve zorg en toepassing van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland binnen jouw organisatie

- Sterke punten en verbeterpunten
- Hoe de resultaten van jouw organisatie zich verhouden ten opzichte van die van andere zorgorganisaties (landelijke benchmark).

Organisatie



Landelijk (gebaseerd op 22 zelfevaluaties)



Voorbeeld spinnenweb inclusief benchmark (N.B. Op basis van testdata!)

Verbeterplan

In deze fase ga je aan de slag met de analyse en het vaststellen van het verbeterplan. Tijdens een analysebijeenkomst bespreek je als projectgroep en werkgroep de uitkomsten per onderwerp van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland en bepaal je samen concrete verbeteracties en de prioritering. Je kunt deze verbeteracties invoeren in – en uitdraaien uit – de evaluatieapplicatie maar ook gebruik maken van een eigen opzet.

Voor inhoudelijke ondersteuning kun je desgewenst gebruik maken van de verbetertips die te vinden zijn in de [Toolkit zelfevaluatie palliatieve zorg voor zorgorganisaties op Palliaweb](#).

Met dit verbeterplan in de hand kun je samen aan de slag met het stap voor stap verbeteren van de palliatieve zorg in jouw organisatie.

Herhalen

Het kan nuttig zijn om de zelfevaluatie na ongeveer twee à drie jaar te herhalen. Je kunt dan zien welke vooruitgang is geboekt ten opzichte van de vorige keer en waar nog verbetermogelijkheden liggen.

Tip

Begin met de stap waarvan je de meeste impact voor patiënten en naasten verwacht.

De meest impactvolle stap is de grootste bron van motivatie voor medewerkers. Zet op een later moment de puntjes op de i. Werk met kleine stapjes en met niet te veel en grote veranderingen tegelijk.

Feedback op de zelfevaluatie

Na afronding van de zelfevaluatie krijgt de projectleider een e-mail met een uitnodiging om feedback te geven. Dit is belangrijk, omdat Stichting PZNL deze feedback gebruikt om de zelfevaluatie en de communicatie te verbeteren. Zo kunnen we nog meer organisaties die ook de zelfevaluatie uitvoeren nog beter ondersteunen.

Het invullen van deze feedback-vragenlijst kost maximaal 10 minuten en is niet verplicht.