

Van implementeren naar borgen

Leerpunten uit het ZonMw Verbeterprogramma Palliatieve Zorg



NIVEL

Kennis voor betere zorg

Van implementeren naar borgen

Leerpunten uit het ZonMw Verbeterprogramma Palliatieve Zorg

Anke de Veer
Hille Voss
Margot Fleuren
Anneke Francke

Dit project is mogelijk gemaakt door:



ISBN 978-94-6122-519-1

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700

© 2018 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

In 2011 is in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het landelijke ZonMw Verbeterprogramma Palliatieve Zorg van start gegaan. Doel van het Verbeterprogramma was de kwaliteit van de palliatieve zorg in Nederland een impuls te geven.

Het Nivel evalueerde in de periode 2012-2016 het Verbeterprogramma. We concludeerden dat zorgverleners en projectleiders enthousiast waren over wat ze bereikt hadden. Tegelijkertijd concludeerden we dat de ingevoerde 'Goede Voorbeelden' (werkwijzen, instrumenten of methoden die eerder al van waarde waren gebleken in de praktijk) over het algemeen nog niet verankerd waren in de dagelijkse praktijk.

Om inzicht te krijgen in hoe het verder is gegaan met de borging van de Goede Voorbeelden, is medio 2018 dit kortdurende vervolg op de evaluatie uitgevoerd. Ruim een jaar tot 5,5 jaar na de formele afronding van de verbeterprojecten bleken veel betrokken projectleiders onverminderd enthousiast. Opvallend was de grote bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek, ondanks het feit dat het onderzoek midden in de zomer plaatsvond. Degenen die niet meededen aan het onderzoek deden dit veelal vanwege de vakantie en niet omdat zij gestopt waren met het gebruik van het Goede Voorbeeld. Sommigen zagen in het onderzoek een aanleiding om met zorgverleners de borging (opnieuw) te bespreken. We willen alle deelnemende projectleiders hartelijk danken voor hun enthousiaste reacties en de tijd die ze hebben gestoken in dit onderzoek.

De auteurs,
Oktober 2018

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond en aanleiding van dit onderzoek	7
1.2 Doel en onderzoeksvragen	9
1.3 Het onderzoek	10
1.4 Leeswijzer	10
2 Gebruik van het Goede Voorbeeld anno 2018	11
2.1 Gebruik van Goede Voorbeeld	11
2.2 Verschillen in gebruik tussen de Goede Voorbeelden	12
3 Borging van de Goede Voorbeelden	13
3.1 De gerealiseerde borging	13
3.2 Toegepaste borgingsstrategieën	14
4 Factoren van invloed op implementatie en borging op de langere termijn	16
4.1 Factoren die verdere implementatie en borging beïnvloeden	16
4.1.1 Factoren die samenhangen met de organisatie	17
4.1.2 Factoren die samenhangen met de zorgverleners	19
4.1.3 Factoren die samenhangen met het Goede Voorbeeld	20
4.1.4 Factoren die samenhangen met de omgeving	20
5 Ervaren meerwaarde van de projecten	22
5.1 Ervaren meerwaarde voor patiënten en naasten	22
5.2 Ervaren meerwaarde voor zorgverleners en de zorgorganisatie	24
6 Randvoorwaarden voor borging	26
6.1 Randvoorwaarden met een positieve invloed op borging	26
6.2 Suggesties voor andere randvoorwaarden	27
7 Conclusie en discussie	29
Referenties	33
Bijlage A Methode	34
A.1 Vragenlijst en interview	34
A.2 Benadering van contactpersonen	34
A.3 Analyses	35
A.4 Respons	36

Samenvatting

In 2011 is in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het landelijke ZonMw Verbeterprogramma Palliatieve Zorg van start gegaan om de kwaliteit van de palliatieve zorg te verbeteren. In de loop van de volgende vier jaren werden, verspreid over het hele land, 76 verbeterprojecten uitgevoerd. Tijdens een verbeterproject, dat een formele looptijd had van één jaar, gingen zorgverleners aan de slag met een 'Goed Voorbeeld', dat wil zeggen een werkwijze, instrument of methode die eerder al van waarde was gebleken in de praktijk.

Het Nivel onderzocht medio 2018 in hoeverre de Goede Voorbeelden geborgd waren, ruim één tot 5,5 jaar na afsluiting van de door ZonMw gesubsidieerde verbeterprojecten. We ondervroegen daarvoor projectleiders of andere contactpersonen van de verbeterprojecten.

Goede Voorbeelden gebruikt, maar niet overal even goed geborgd

Vrijwel overal (95%) wordt het Goede Voorbeeld nog steeds op een of andere manier gebruikt. Bij ruim een kwart van de projecten is dit anders dan oorspronkelijk bedoeld: daar is de invoering van het Goede Voorbeeld niet op alle voorgenomen locaties of door alle beoogde zorgverleners gerealiseerd, wordt het Goede Voorbeeld niet meer overal gebruikt en/of wordt het anders toegepast dan oorspronkelijk beoogd. Bij zeven op de tien projecten zal dit gebruik ook onder tijdsdruk naar verwachting doorgaan. Bij zes op de tien (61%) projecten vinden de contactpersonen dat het gebruik van het Goede Voorbeeld (waarschijnlijk) goed geborgd in de organisatie.

Organisaties hebben invloed op borging

Volgens de contactpersonen hebben de betrokken organisaties veel invloed op de mate waarin het Goede Voorbeeld is geborgd, bijvoorbeeld ondersteuning van het management, het personeelsverloop, de beschikbare financiële middelen, beschikbare tijd voor gebruik van het Goede Voorbeeld, de aanwezigheid van een coördinator of andere kartrekker en de opname van het Goede Voorbeeld in het scholingsaanbod.

Ook andere factoren hangen samen met borging

De zorgverleners spelen eveneens een rol bij de borging, aldus de ondervraagde contactpersonen. Het gaat dan vooral om de ervaren meerwaarde, enthousiasme en de onderlinge steun bij gebruik van het Goede Voorbeeld.

Het Goede Voorbeeld zélf speelt ook een rol; borging is makkelijker als het Goede Voorbeeld past in de bestaande werkwijzen en (elektronische) patiëntendossiers.

Ten slotte beïnvloedt de bredere omgeving de borging, bijvoorbeeld of het Goede Voorbeeld wordt ondersteund door huisartsenkringen of andere niet-direct betrokken organisaties.

Meerwaarde nog steeds ervaren

Ook nu nog, ruim een jaar tot 5,5 jaar na de formele afronding van hun verbeterproject, ervaren contactpersonen nog meerwaarde van het Goede Voorbeeld. Zij noemen dat patiënten en naasten door gebruik van het Goede Voorbeeld zorg krijgen die beter afgestemd is op hun wensen en behoeften. Ook noemen zij dat er meer afstemming en samenwerking is tussen disciplines en dat de (fysieke, psychische, sociale en spirituele) domeinen van palliatieve zorg nu meer aan bod komen. Ook wordt er volgens contactpersonen meer gecommuniceerd met patiënten en naasten, en de zorg zou proactiever en (vroeg)tijdiger ingezet worden. Daarnaast noemen zij dat door het verbeterproject zorgverleners deskundiger zijn geworden en zich meer bewust zijn van de palliatieve fase en palliatieve zorg.

Randvoorwaarden die bijdragen aan borging

Contactpersonen vinden – binnen de door ZonMw vooraf verplicht gestelde randvoorwaarden - samenwerking met een Netwerk Palliatieve Zorg, een implementatieplan en een beschrijving van het doel van het verbeterproject, de meest belangrijke randvoorwaarden voor implementatie en borging van het Goede Voorbeeld.

Achtergronden van het onderzoek en de verbeterprojecten

Voor dit onderzoek is een vragenlijst met deels open, deels voorgestructureerde vragen gemaild aan een contactpersoon (veelal de projectleider) van elk van de 76 verbeterprojecten uit het ZonMw Verbeterprogramma Palliatieve Zorg. De contactpersonen konden kiezen of ze zelf online de vragenlijst invulden, of via telefonische afname. Op de vragenlijst is gerespondeerd door contactpersonen van 63 projecten (respons 83%). Daarnaast zijn vijf aanvullende kwalitatieve interviews met contactpersonen gehouden voor verdiepende informatie.

Meest gekozen Goede Voorbeelden waren Signalering in de palliatieve zorg, Palliatieve Thuiszorg (PaTz), Zorgconsulent palliatieve zorg en Inspiratiecyclus STEM. Verschillende disciplines waren bij de verbeterprojecten betrokken, maar in de meeste gevallen ging het om huisartsen en verpleegkundigen of verzorgenden in de wijk, intramurale ouderenzorg en/of ziekenhuizen. Daarnaast waren er enkele verbeterprojecten in hospices, organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking en in de geestelijke gezondheidszorg.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond en aanleiding van dit onderzoek

ZonMw gaf eind 2011 het startsein voor het landelijke Verbeterprogramma Palliatieve Zorg. In de vier daarop volgende jaren kregen zorgaanbieders de mogelijkheid om de kwaliteit van de palliatieve zorg te verbeteren.

ZonMw had vijf streefdoelen voor het Verbeterprogramma geformuleerd:

- (1) patiënten sterven op de plek van hun voorkeur;
- (2) patiënten en naasten ervaren afstemming van zorg en
- (3) regie over de zorg en
- (4) aansluiting van de zorg op hun specifieke wensen, behoeften en waarden, en zij krijgen
- (5) aandacht voor hun zorgbehoeften op lichamelijk, psychosociaal en spiritueel gebied.

Het Verbeterprogramma had een bottom-up insteek. Organisaties of netwerken in de palliatieve zorg dienden zélf bij ZonMw in de vier achtereenvolgende, jaarlijkse subsidierondes een plan in voor een verbeterproject (Raijmakers e.a., 2014; ZonMw, 2017). Zij konden voor het verbeterproject kiezen uit veertien Goede Voorbeelden (zie Tabel 1.1), dat wil zeggen bestaande werkwijzen, instrumenten of methoden die eerder al van waarde waren gebleken in de praktijk.

In totaal gingen 77 verbeterprojecten, verspreid over de vier jaar van het Verbeterprogramma van start. Meest gekozen Goed Voorbeelden waren Signalering in de palliatieve zorg (25 projecten), Palliatieve Thuiszorg (PaTz, 16 projecten), Zorgconsulent palliatieve zorg (10 projecten) en Inspiratiecyclus STEM (9 projecten). In zes projecten werd een combinatie van Goede Voorbeelden gekozen. De subsidieperiode van een verbeterproject duurde een jaar en het was de bedoeling dat het Goede Voorbeeld dan was ingevoerd in de betrokken organisaties.

Verschillende disciplines waren bij de verbeterprojecten betrokken, maar in de meeste gevallen ging het om huisartsen en om verpleegkundigen of verzorgenden in de wijk, intramurale ouderenzorg en/of ziekenhuizen. Daarnaast waren er enkele verbeterprojecten in hospices, organisaties in de verstandelijk gehandicaptenzorg en in de geestelijke gezondheidszorg.

Eén project stopte voortijdig, omdat er onvoldoende draagvlak bleek onder zorgverleners om deel te nemen, waardoor 76 projecten de projectperiode van een jaar afronden.

Tabel 1.1: Goede Voorbeelden waaruit gekozen kon worden en het aantal keer dat elk Goed Voorbeeld gekozen was

De Goede Voorbeelden waaruit gekozen kon worden	Aantal keren gekozen
1. Signalering in de palliatieve zorg (Signaleringsbox): een stappenplan dat verzorgenden ondersteunt bij het signaleren en monitoren van klachten en verschijnselen en deze bespreekbaar maakt.	25
2. Palliatieve Thuiszorg (PaTz): methodiek om de kwaliteit, samenwerking en overdracht rond de palliatieve zorg thuis te verbeteren.	16
3. Zorgconsulent palliatieve zorg. De functie zorgconsulent PZ is primair bedoeld om zorgteams te ondersteunen om de palliatieve zorg in de laatste levensfase voor de cliënt goed en bijtijds te plannen en te organiseren.	10
4. Inspiratiecyclus STEM (Sterven op je Eigen Manier): deskundigheidsbevordering en bewustwording voor zorgprofessionals en leidinggevenden in de palliatieve zorg.	9
5. Mantelzorgondersteuning: scholing en training om zorgverleners te helpen in gesprek te gaan met de mantelzorger over de geboden zorg	5
6. De Informare: informatiepakket waardoor patiënten en hun naasten overzicht en regie krijgen over de palliatieve zorg.	4
7. Dementie en palliatieve zorg: het verbinden van een regionale keten dementiezorg met een Netwerk Palliatieve Zorg op organisatorisch en uitvoerend vlak.	4
8. Zorgpad stervensfase: een zorgdossier, checklist en een evaluatie-instrument in één en dient als hulpmiddel om de kwaliteit van zorg, de samenwerking tussen hulpverleners en de communicatie met de patiënt en diens naaste(n) te waarborgen.	3
9. Proactieve zorgplanning: trainingen en handvatten voor huisartsen om hen te helpen om als coördinator tot een proactieve zorgplanning te komen.	3
10. Besluitvorming in de palliatieve fase: lespakketten voor medewerkers en implementatiebegeleiders om goede besluitvorming te realiseren.	3
11. Implementatie richtlijn palliatieve sedatie: handvatten om de richtlijn in de praktijk toe te passen en de samenwerking rondom palliatieve sedatie in de 1e lijn vorm te geven.	1
12. GEPLUSD: het pakket GEPLUSD biedt handzame evaluatie-instrumenten voor de meting van het effect van interventies in de dagelijkse praktijk op een ziekenhuisafdeling, thuis of in een hospice.	1
13. Buddyzorg: inzet van getrainde vrijwilligers die praktische, sociale en emotionele ondersteuning verlenen aan mensen die wegens ziekte of andere omstandigheden behoefte hebben aan extra steun.	0
14. Kennis en kunde hospices (KeK): een opleidingsprogramma voor nieuwe vrijwilligers van hospices.	0
TOTAAL*	84

* Totaal aantal geïmplementeerde Goede Voorbeelden is groter dan het totale aantal gehonoreerde projecten omdat in sommige projecten een combinatie van Goede Voorbeelden is geïmplementeerd.
Bron: de Veer e.a., 2017

Uit de Evaluatie van het Verbeterprogramma die het Nivel verrichtte gedurende de looptijd van het Verbeterprogramma, bleek dat ‘het veld’ over de opbrengst van het Verbeterprogramma positief was: de invoering van de Goede Voorbeelden had een meerwaarde voor patiënten en hun mantelzorgers, voor zorgverleners, en voor zorgorganisaties. Betrokken projectleiders en zorgprofessionals gaven bijvoorbeeld aan dat patiënten en mantelzorgers meer zorg op maat kregen, dat zorgverleners deskundiger waren en dat het leveren van goede palliatieve zorg een prominenter doel was geworden in de organisatie (de Veer e.a., 2017).

De Evaluatie van het Verbeterprogramma liet ook zien dat de betrokken professionals van plan waren het Goede Voorbeeld verder te implementeren en te borgen. Al bij het schrijven van hun eigen projectvoorstel, vóór de feitelijke start van het verbeterproject, waren er al plannen voor borging beschreven, die uiteenvielen in twee categorieën (de Veer e.a., 2017). De eerste categorie bestond uit voornemens om financiële of ondersteunende middelen structureel beschikbaar te maken voor continuering van het Goede Voorbeeld en de tweede categorie betrof voornemens voor

inbedding van het Goede Voorbeeld in de routinematige werkwijzen en cultuur van de betreffende organisaties (zie tabel 1.2).

Tabel 1.2: *Overzicht van de geplande, c.q. gewenste borgingsstrategieën in de projecten van het Verbeterprogramma, zoals bleek uit de procesevaluatie*

Strategieën gericht op faciliteren van de beschikbaarheid
<u>Structurele post op de financiële begroting</u> van de zorgorganisatie, bijvoorbeeld voor de aanschaf van materialen, bieden van scholing, vrijmaken van uren voor projectleiders, coaches.
<u>Vast onderdeel scholingsprogramma</u> . De scholing in het gebruik van het Goede Voorbeeld opnemen in het scholingsaanbod van de organisatie, waarbij gemonitord wordt dat de scholing in voldoende mate gekozen wordt om het Goede Voorbeeld in praktijk te blijven brengen
<u>Vastleggen in functieomschrijving</u> . De verantwoordelijk voor het gebruik van het Goede Voorbeeld opnemen in de functieomschrijving van een persoon die erop toeziet (zoals een aandachtsvelder, zorgconsulent, coach).
<u>Opname van Goede Voorbeeld in beleidsplannen</u> .
Strategieën gericht op inbedding in werkwijze en cultuur
<u>Structurele plek op de agenda</u> . Zodat het gebruik van het Goede Voorbeeld op vaste tijdstippen ter sprake komt. Bijvoorbeeld op de agenda van het teamoverleg, vaste deelname aan Netwerk Palliatieve Zorg.
<u>Fysieke aanwezigheid in teams</u> . Fysieke aanwezigheid van materialen. Ook bezoek van zorgconsulent, coach in team of teamoverleg.
<u>Digitalisering van het Goede Voorbeeld</u> : integratie in online patiëntendossier.
<u>Structureel delen van voortgang en resultaten</u> . Bijvoorbeeld binnen de organisatie, het Netwerk palliatieve zorg, patiënten en naasten.
<u>Koppelen nieuwe projecten aan Goede Voorbeelden</u> . Hierdoor worden de activiteiten onderdeel van een algeheel beleid om de palliatieve zorg te verbeteren.

Bron: de Veer e.a., 2017, p. 31-33

Of die plannen ook echt gerealiseerd zouden gaan worden, was na afloop van elk project vaak nog onduidelijk. In het evaluatierapport van het Verbeterprogramma staat daarover (p. 31): “Over het algemeen is de implementatie van het Goede Voorbeeld nog niet voldoende gevorderd om te kunnen spreken van daadwerkelijk gerealiseerde borging. In de interviews wordt doorgaans aangegeven dat op termijn wel gestreefd wordt naar een betere borging. Aan het eind van de projectperiode zijn het echter nog vooral voornemens en eerste stappen tot borging.” (de Veer e.a., 2017).

1.2 Doel en onderzoeksvragen

Doel van dit onderzoek is nagaan of de verdere implementatie en borging daadwerkelijk gerealiseerd zijn. Het project richt zich ook op de randvoorwaarden voor implementatie en borging en de ervaren meerwaarde op de langere termijn. Daartoe worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord, op basis van de ervaringen en het perspectief van de betrokken projectleiders van 76 verbeterprojecten:

1. *Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot de verbeterprojecten uit het landelijke Verbeterprogramma Palliatieve Zorg? Worden de Goede Voorbeelden in de 76 verbeterprojecten nog steeds gebruikt? En is er verschil tussen de verschillende soorten Goede Voorbeelden in mate van huidig gebruik?*
2. *Hoe staat het met de borging? Welke borgingstrategieën zijn gerealiseerd?*

3. *Wat zijn bevorderende of juist belemmerende factoren geweest bij het gebruik op de langere termijn en het realiseren van de borging?*
4. *Welke meerwaarde heeft het destijds uitgevoerde verbeterproject volgens de contactpersonen van de projecten voor de huidige patiënten, naasten, zorgverleners en betrokken organisatie (lange-termijn gevolgen)?*
5. *Welke (rand)voorwaarden die ZonMw destijds had genoemd voor subsidiëring van het verbeterproject (bijvoorbeeld organisatorische randvoorwaarden, voorwaarden m.b.t. planning of voorwaarden over de omvang van de doelpopulatie) waren van belang voor succesvolle implementatie en borging? Hadden die anders gesteld moeten worden en/of zijn er (rand)voorwaarden gemist die wel genoemd hadden moeten worden?*

1.3 Het onderzoek

De gegevens zijn verzameld tussen eind juni 2018 en begin augustus 2018, ruim een jaar tot 5,5 jaar na afloop van de projecten. Een online vragenlijst met deels voorgestructureerde antwoordcategorieën en deels open vragen is verstuurd naar de projectleiders van alle 76 verbeterprojecten die de gehele projectperiode hadden doorlopen. Projectleiders van de verbeterprojecten waren vaak werkzaam als netwerkcoördinator van een Netwerk Palliatieve Zorg of hadden een leidinggevende of coördinerende functie binnen een organisatie die meedeed aan het verbeterproject.

Als de projectleider niet meer werkzaam was bij de organisatie of het netwerk waar hij of zij tijdens het verbeterproject werkte, is gezocht naar een vervangend contactpersoon die betrokken was bij het verbeterproject en die de vragen kon beantwoorden.

De vragenlijst is vervolgens online, via een mail, aangeboden met één online herinnering na twee weken. Voor de projecten waar een week na de online herinnering geen reactie van was ontvangen, is vervolgens telefonisch contact gezocht met iemand die iets over het vervolg van het project kon vertellen.

Uiteindelijk zijn 63 vragenlijsten ingevuld, waarmee de respons 83% is. In aanvulling op de vragenlijst zijn er vijf kwalitatieve diepte-interviews gehouden met contactpersonen, met als doel verdieping en illustratie van de resultaten van de vragenlijst. De vijf interviews betroffen vijf verschillende, relatief veel gekozen Goede Voorbeelden, namelijk Palliatieve Thuiszorg (PaTz), Signalering in de Palliatieve Zorg, Inspiratiecyclus STEM, Zorgconsulent Palliatieve Zorg en Dementie en palliatieve zorg. Meer informatie over de onderzoeksmethode is te vinden in bijlage A.

1.4 Leeswijzer

De vijf onderzoeksvragen worden in vijf afzonderlijke hoofdstukken (2 tot en met 6) beantwoord. In hoofdstuk 7 beschrijven we de conclusies van het onderzoek.

2 Gebruik van het Goede Voorbeeld anno 2018

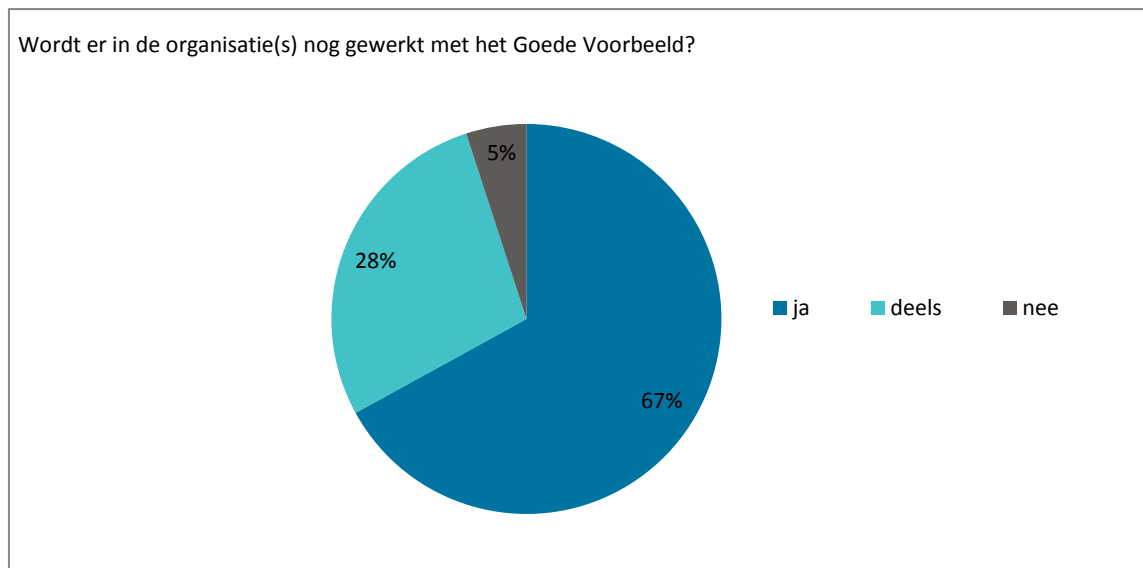
Over het algemeen worden de Goede Voorbeelden medio 2018 nog steeds in de praktijk gebruikt. Bij ruim een kwart van de verbeterprojecten is dit echter niet zoals oorspronkelijk bedoeld. Daar is het Goede Voorbeeld niet bij alle beoogde organisaties of zorgverleners ingevoerd, is het inmiddels niet meer overal in gebruik en/of wordt het op een andere manier gebruikt dan was beoogd. Dit geldt wat sterker voor projecten waarin het Goede Voorbeeld Signalering in de palliatieve zorg werd geïmplementeerd.

In het ZonMw Verbeterprogramma Palliatieve Zorg werden 76 verbeterprojecten uitgevoerd. Tussen het einde van de projectperiode en dit onderzoek is inmiddels, afhankelijk van het project, ruim een jaar tot 5,5 jaar verstreken. In dit hoofdstuk beantwoorden we de eerste onderzoeksvraag: Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot de verbeterprojecten uit het landelijke Verbeterprogramma Palliatieve Zorg? Worden de Goede Voorbeelden in de 76 verbeterprojecten nog steeds gebruikt? En is er verschil tussen de verschillende soorten Goede Voorbeelden in mate van huidig gebruik?

2.1 Gebruik van Goede Voorbeeld

Vrijwel alle contactpersonen (95%) geven aan dat de Goede Voorbeelden die destijds zijn geïmplementeerd nog op een of andere manier gebruikt (figuur 2.1). Slechts bij drie verbeterprojecten (rondom respectievelijk Signalering in de palliatieve fase, Inspiratiecyclus STEM, en Informare) is het gebruik helemaal gestopt.

Figuur 2.1: Gebruik van de Goede Voorbeelden in 2018 (% projecten, n=63)



De overige projecten zijn allemaal op een of andere wijze gecontinueerd, alhoewel er in ruim een kwart van projecten (28%) slechts deels gewerkt wordt met het Goede Voorbeeld. Uit de toelichtingen blijkt dat dan vooral bedoeld wordt dat het gebruik van het Goede Voorbeeld niet op alle locaties geborgd is en niet door alle betrokken zorgverleners wordt gebruikt.

“De Signalering is geïmplementeerd door mijn voorganger toen ik nog niet bij deze organisatie werkzaam was. Realiteit is dat het instrument niet geborgd is en veel collega's kennen het instrument niet. Daar willen we komend jaar actief mee aan de slag.”
“Het borgen van het Goede Voorbeeld blijft lastig. Bij een aantal organisaties wordt nog steeds gewerkt volgens de methode van de Signaleringsbox en bij andere organisaties niet meer.”

“De Informare wordt nog steeds uitgedeeld echter we merken dat het bij sommige organisaties wat verwatert, dus behoeft weer aandacht.”

Sommige contactpersonen geven aan dat het Goede Voorbeeld anders is voortgezet dan tijdens het verbeterproject was beoogd. De Signaleringsbox wordt bijvoorbeeld soms gebruikt als naslagwerk of als houvast in teambesprekingen, maar niet meer overal als instrument op de werkvloer.

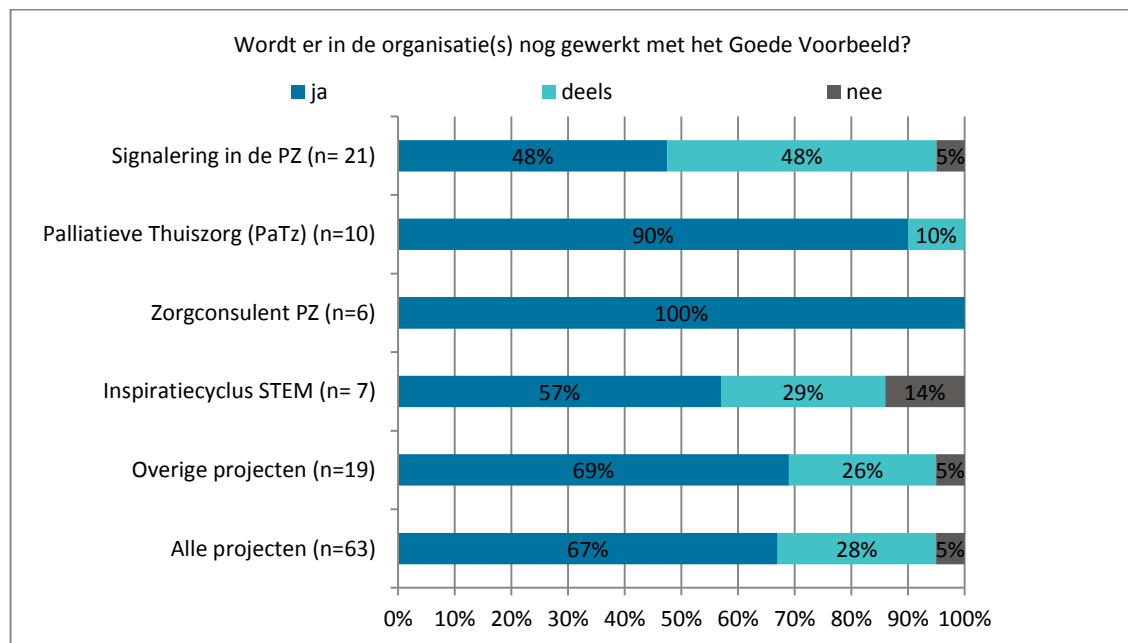
“Het wordt gebruikt voor de besprekingen in de MDO's, maar niet meer op de werkvloer om de signalering te verwoorden in de rapportage.” (Signalering in de palliatieve zorg)

“De methode wordt nog gebruikt als naslagwerk voor medewerkers en leerlingen.” (Signalering in de palliatieve zorg)

2.2 Verschillen in gebruik tussen de Goede Voorbeelden

Figuur 2.2 laat zien dat er, rekening houdend met het kleine aantal projecten per Goede Voorbeeld, geen opvallende verschillen in gebruik tussen de Goede Voorbeelden zijn. Wel valt op dat het Goede Voorbeeld Signalering wat vaker slechts deels wordt gebruikt¹ (na statistische toetsing lijkt het wat vaker 'deels gebruikt' dan de andere Goede Voorbeelden, $p < 0,10$). Deze uitkomst sluit aan bij de informatie uit de interviews waaruit blijkt dat de Signaleringsbox soms anders wordt toegepast dan oorspronkelijk was beoogd (zie vorige paragraaf).

Figuur 2.2: Gebruik van de Goede Voorbeelden in 2018 uitgesplitst naar type voorbeeld (% projecten, n=63)



¹ Met een Fisher's exact test is nagegaan of in geval van Signalering de antwoorden anders waren dan bij de overige Goede Voorbeelden. Dit bleek inderdaad het geval. Gehanteerd significantieniveau is 0,05.

3 Borging van de Goede Voorbeelden

Over het algemeen (in 70% van de projecten) vinden de betrokken zorgverleners het belangrijk om het Goede Voorbeeld te blijven gebruiken, maar onder tijdsdruk is het volgens slechts een derde (33%) goed vol te houden.

Bij 39 procent van de projecten geven de contactpersonen aan dat er (waarschijnlijk) geen sprake is van borging van het Goede Voorbeeld. Bij 61 procent is er volgens de contactpersonen zeker of waarschijnlijk wel sprake van borging.

De top drie van meest toegepaste borgingsstrategieën betreft het zorgen voor (1) een goede aansluiting tussen het Goede Voorbeeld en de visie en het strategisch beleid van de organisatie, (2) toegankelijkheid van het Goede Voorbeeld voor de zorgverleners en (3) integratie van Goede Voorbeeld in het bredere organisatiebeleid gericht op goede palliatieve zorg.

Als een Goed Voorbeeld momenteel nog steeds wordt gebruikt, lijkt er sprake te zijn van borging. In dit hoofdstuk gaan we daar nader op in en beantwoorden we onderzoeksvraag 2:

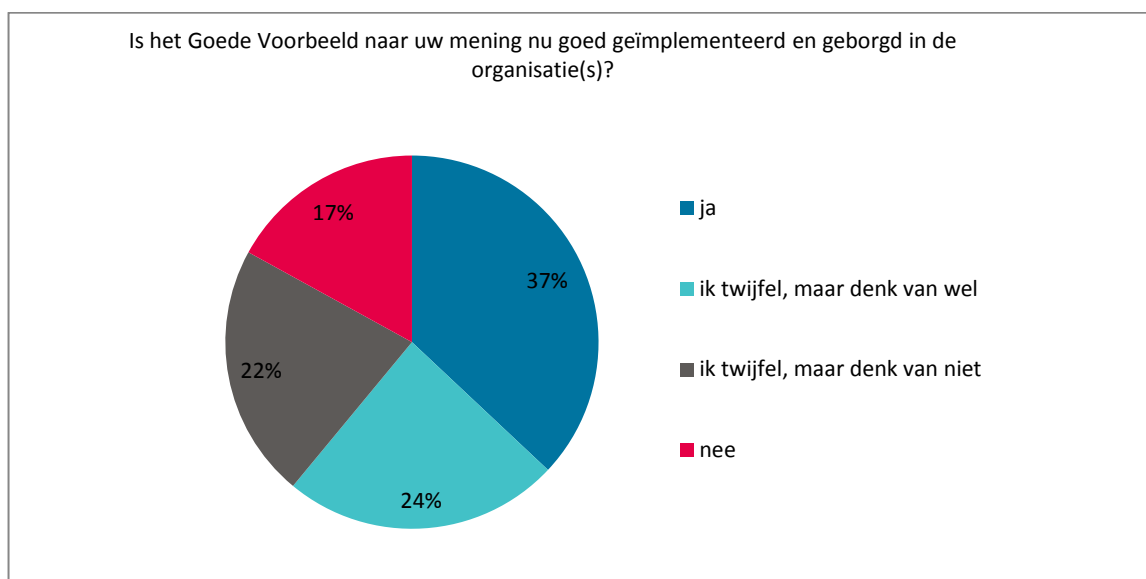
Hoe staat het met de borging? Welke borgingstrategieën zijn gerealiseerd?

3.1 De gerealiseerde borging

De contactpersonen beantwoordden vragen over de mate waarin er sprake was van borging. Slechts 37 procent van de contactpersonen antwoordt ronduit 'ja' op de vraag of het Goede Voorbeeld nu goed geïmplementeerd en geborgd is in de betrokken organisatie(s). Ongeveer een kwart (24%) heeft enige twijfels, maar denkt ook wel dat het Goede Voorbeeld geborgd is.

Daarentegen geeft bijna een vijfde (17%) duidelijk aan dat borging niet gerealiseerd is. Daarnaast is nog bijna een kwart (22%) daar minder uitgesproken over, maar ook die contactpersonen denken dat borging niet gerealiseerd is (zie Figuur 3.1).

Figuur 3.1: Mate van borging zoals ingeschat door respondent (% projecten, n= 63)

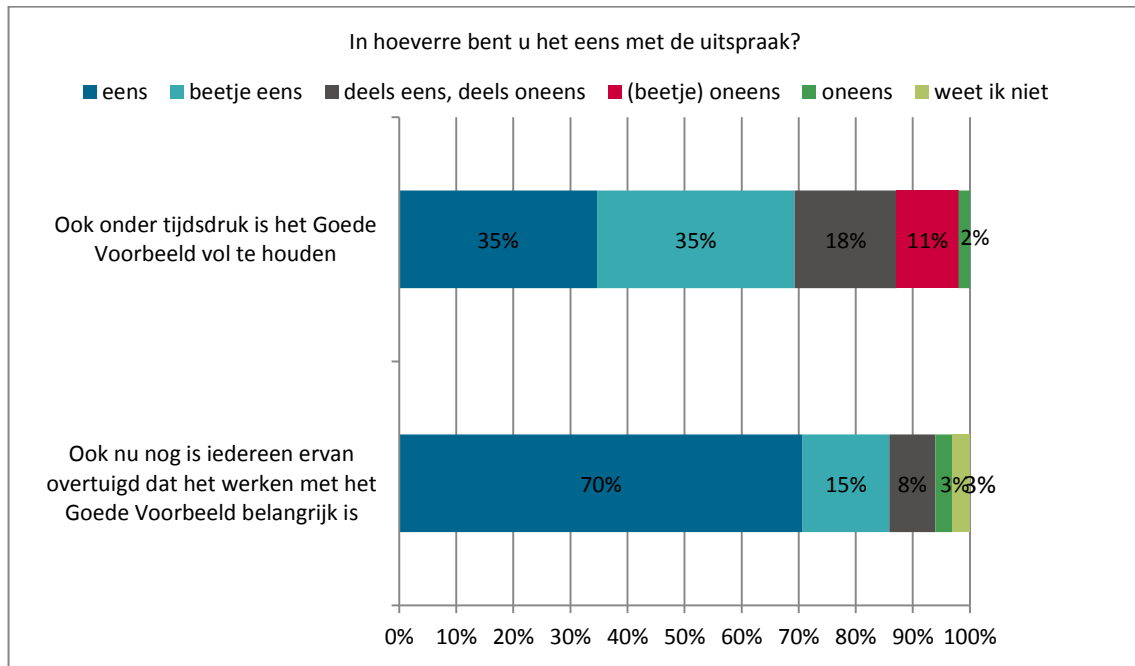


Als er nog met het Goede Voorbeeld werd gewerkt, gaven de ondervraagde contactpersonen aan hoe stabiel dit was. In vrijwel alle projecten (85%) vond iedereen dat het werken met het Goede

Voorbeeld belangrijk was. In de (waarschijnlijk) geborgde projecten is dit zelfs vrijwel altijd (97%) het geval. Dit is in 64 procent van de projecten waar (waarschijnlijk) geen sprake is van borging. Het (statistisch significante) verschil tussen de wel en niet geborgde projecten onderstreept het belang van draagvlak onder betrokkenen voor borging.²

Onder tijdsdruk wordt het gebruik van het Goede Voorbeeld enigszins precair: 70 procent verwacht dat het dan (waarschijnlijk) nog goed gebruikt wordt (figuur 3.2). Onder tijdsdruk is het werken met het Goede Voorbeeld dus lastiger, ongeacht de mate van borging.

Figuur 3.2: Ingeschatte stabiliteit van de toepassing van het Goede Voorbeeld (% projecten, n=60)



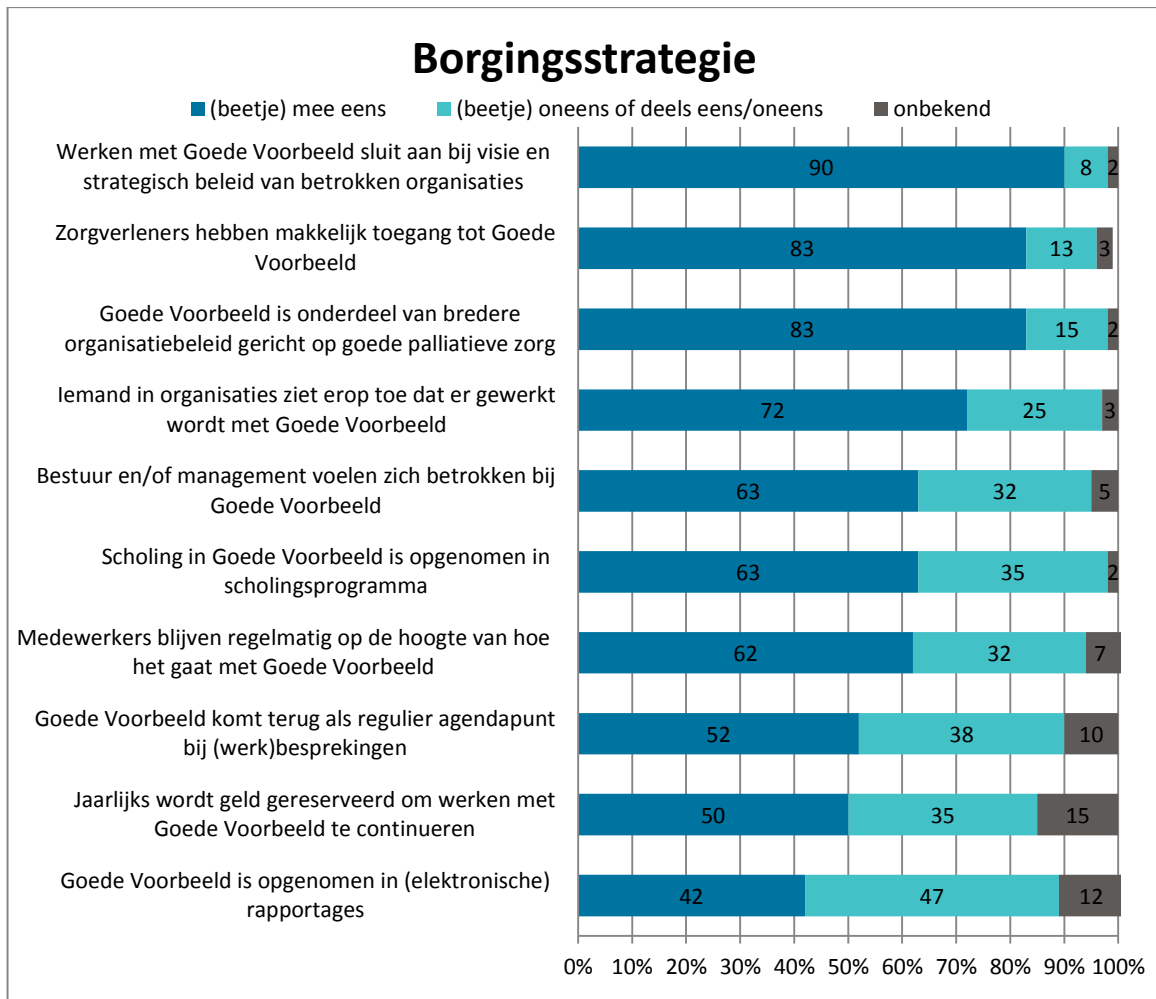
3.2 Toegepaste borgingsstrategieën

De respondenten reageerden ook op stellingen over de gehanteerde borgingsstrategieën (figuur 3.3). De top drie van (volgens de contactpersonen) meest gehanteerde borgingsstrategieën betreffen (1) een goede aansluiting tussen het Goede Voorbeeld en de visie en het strategisch beleid van de organisatie, (2) makkelijke toegang van het Goede Voorbeeld voor de zorgverleners en (3) het Goede Voorbeeld onderdeel laten zijn van het bredere organisatiebeleid gericht op goede palliatieve zorg. Maar ook de strategie dat er iemand op toeziet dat het Goede Voorbeeld in de organisatie gebruikt blijft worden, wordt nog door meer dan 70% van de contactpersonen genoemd.

Deze en andere strategieën uit Figuur 3.3, met uitzondering van opname van het Goede Voorbeeld in scholingsprogramma's en jaarlijks geld reserveren, hangen statistisch significant samen met de ingeschatte borging.² Voor de overige strategieën geldt dat projecten waarin een betreffende strategie ingezet is, vaker (waarschijnlijk) geborgd zijn. Ook bijvoorbeeld opname van het Goede Voorbeeld in de gebruikelijke (elektronische) rapportages en het structureel bespreken van het Goede Voorbeeld, zijn strategieën die significant vaker bij (waarschijnlijk) geborgde projecten worden genoemd dan bij projecten waar borging (waarschijnlijk) niet is gerealiseerd.

² Met een Fisher's exact test is nagegaan of er een samenhang is tussen ingeschatte borging (in 2 categorieën: ja+ik twijfel maar denk van wel versus nee/ik twijfel maar denk van niet) en de reactie op de stelling (in 2 categorieën: (beetje) eens versus de rest). Gehanteerd significantieniveau is 0,05.

Figuur 3.3: Toegepaste borgingsstrategieën (% projecten, n=60)



n.b. Door afronding is het totale percentage soms ongelijk aan 100%

4 Factoren van invloed op implementatie en borging op de langere termijn

Veel factoren die volgens de contactpersonen de lange termijn implementatie en borging beïnvloeden, hebben te maken met kenmerken van de organisatie: de ondersteuning van het Goede Voorbeeld door het management, het personeelsverloop, de beschikbare financiële middelen, tijd vrij maken voor het gebruik van het Goede Voorbeeld, de aanwezigheid van een coördinator of andere kartrekker en de opname van het Goede Voorbeeld in het scholingsaanbod. Kenmerken van zorgverleners zélf spelen daarnaast ook een rol bij de borging. Het gaat dan vooral om de ervaren meerwaarde, enthousiasme en sociale steun. Kenmerken van het Goede Voorbeeld zélf hebben volgens de contactpersonen ook invloed, bijvoorbeeld of het Goede Voorbeeld past in de bestaande werkwijzen en (elektronische) patiëntendossiers. Ten slotte zijn ook kenmerken van de bredere omgeving van invloed op borging, bijvoorbeeld of er steun is vanuit huisartsenkringen en andere organisaties.

In dit hoofdstuk beantwoorden we onderzoeksvraag 3:

Wat zijn bevorderende of juist belemmerende factoren geweest bij het gebruik op de langere termijn en het realiseren van de borging?

4.1 Factoren die verdere implementatie en borging beïnvloeden

Tijdens het Verbeterprogramma kregen de projecten subsidie om binnen een jaar het Goede Voorbeeld in te voeren. In dit onderzoek gaat het om factoren die het vervolg beïnvloeden. Deze factoren liggen op vier niveaus (tabel 4.1): kenmerken van het Goede Voorbeeld zelf, van de betrokken zorgverleners, de direct betrokken organisaties en het niveau van de ‘bredere’ omgeving (zie Tabel 4.1).

Tabel 4.1: Niveaus van beïnvloedende factoren in beter geborgde en minder goed geborgde Goede Voorbeelden, uitgesplitst naar bevorderende of belemmerende rol (% projecten waarin een factor op genoemd niveau een rol speelde)

	(waarschijnlijk) geborgde Goede Voorbeelden (n= 36)	(waarschijnlijk) niet geborgde Goede Voorbeelden (n=25)	Totaal (n=61)
Borging bevorderende invloed			
Factoren samenhangend met Goede Voorbeeld	22% (n=8)	16% (n=4)	20% (n=12)
Factoren samenhangend met zorgverleners	53% (n=19)	44% (n=11)	49% (n=30)
Factoren samenhangend met organisatie	69% (n=25)	76% (n=19)	72% (n=44)
Factoren samenhangend met bredere omgeving	14% (n=5)	8% (n=2)	11% (n=7)
Borging belemmerende invloed			
Factoren samenhangend met Goede Voorbeeld	17% (n=6)	28% (n=7)	21% (n=13)
Factoren samenhangend met zorgverleners	8% (n=3)	24% (n=6)	15% (n=9)
Factoren samenhangend met organisatie	75% (n=27)	80% (n=20)	77% (n=47)
Factoren samenhangend met bredere omgeving	11% (n=4)	8% (n=2)	10% (n=6)

In de nu volgende paragrafen gaan we nader in op de factoren uit Tabel 4.1, in volgorde van de mate waarin deze genoemd zijn.

4.1.1 Factoren die samenhangen met de organisatie

Bij de verdere implementatie en borging is een hoofdrol weggelegd voor de organisatie. Bij ongeveer driekwart van de projecten beïnvloedde de organisatie het verloop van de verdere implementatie en borging: in 72 procent van de projecten waren er bevorderende factoren en in 77 procent belemmerende factoren binnen de organisatie (tabel 4.1, laatste kolom). In tabel 4.1 is ook een onderscheid gemaakt tussen de projecten waarin het werken met het Goede Voorbeeld (waarschijnlijk) niet geborgd is en de projecten waar dat (waarschijnlijk) wel geborgd is (zie paragraaf 3.1). Er zijn geen duidelijke verschillen tussen beide type projecten in de niveaus waarom de factoren invloed hebben.

De ondersteuning van het Goede Voorbeeld door het management wordt belangrijk gevonden. Het ontbreken van een dergelijke ondersteuning vanuit het management belemmert de borging. Ondersteunen kan gebeuren door het Goede Voorbeeld in het beleid op te nemen, bijvoorbeeld in de visie op palliatieve zorg of in beleidsplannen. Het is belangrijk dat zorgverleners zich gesteund voelen door het management. De respondenten noemen de invloed van bestuurlijk draagvlak, het belang van een samenhangend beleid waarin het Goede Voorbeeld past, en het belang van het benoemen van het goede voorbeeld in beleidsplannen. Voorbeelden van antwoorden zijn:

“Ook ontbreekt er op dit nog een samenhangend beleid.” (Signalering in de palliatieve zorg)

“Continuïteit en inbedding in beleid en strategie.” (PaTz)

“Wisseling van directie waardoor niet helder was wie in de lijn verantwoordelijk was voor de consulent. Belang vanuit directie en beleidsmakers wordt <door nieuwe directie> gezien.” (Zorgconsulent)

“Het is onderdeel van de basistraining Palliatieve zorg die verder ontwikkeld wordt naar eisen 2020 en waarbij wij vinden dat elke werknemer deze moet volgen.” (Combinatie van Goede Voorbeelden)

Een tweede factor van belang voor borging is het personeelsverloop in de organisatie. Deze factor is belemmerend voor borging. Personeelsverloop betekent dat nieuw personeel ingewerkt moet worden omdat kennis verdwijnt. Als bijvoorbeeld een zorgconsulent palliatieve zorg de organisatie verlaat, dan zou het geregeld moeten zijn dat er een nieuwe zorgconsulent wordt opgeleid.

“De grootste belemmerende factor is verloop en overdragen van verantwoordelijkheden. Bij de organisaties waar geen sprake is van verloop en de verantwoordelijkheden in verder implementeren en borging duidelijk zijn gaat het beter dan bij de organisaties waar dat minder het geval is.” (PaTz)

“Sterke wisseling in het medewerkersbestand, waardoor specifieke kennis en toepassing wegzakt.” (Zorgpad Stervensfase)

“Twee consulenten zijn gestopt, hierdoor is er nu maar één consulent.” (Zorgconsulent)

“Er is veel verloop (geweest) in de thuiszorg, waardoor de opgedane kennis soms weggevloeid is. In overdracht naar nieuwe collega's is dit niet altijd / overal goed opgepakt.” (PaTz)

“Enkele interne trainers vertrokken (niet makkelijk over te nemen).” (STEM)

De derde factor op het niveau van de organisatie betreft de financiële middelen voor het Goede Voorbeeld. Deze factor wordt even vaak belemmerend (bij afwezigheid) als bevorderend (bij aanwezigheid) genoemd. Soms werd het verbeterproject opgevolgd door een nieuw project. Ook dergelijke tijdelijke vervolfinanciering werd als bevorderend voor de verdere implementatie en borging gezien. Financiële middelen zijn nodig om zorgverleners (opnieuw) op te leiden, materialen aan te schaffen, en om te blijven evalueren en ontwikkelen. Zo kan PaTz beter geborgd worden als de zorgverzekeraar de overlegtijd vergoedt.

“Daarnaast lopen we regelmatig tegen een budgettekort aan waardoor we weinig middelen hebben om extra folders en dergelijke te laten drukken.” (Informare)

“Geen budget om te evalueren en bij te stellen.” (Dementie en palliatieve zorg)

Tijd is de vierde factor binnen het niveau van de organisatie die de verdere implementatie en borging beïnvloedt. Het gaat om de hoeveelheid tijd die beschikbaar is voor het gebruik van het Goede Voorbeeld. De organisatie moet de zorgverlener voldoende tijd geven om het Goede Voorbeeld ook daadwerkelijk te integreren in het dagelijks werk. Evenals het personeelsverloop wordt de beschikbare tijd vooral in belemmerende zin genoemd.

“Huisartsen hebben maar beperkt tijd en moeten deze tijd verdelen over diverse zorginhoudelijke aspecten.” (PaTz)

“Tijd en werkdruk maken dat de prioriteiten bij de directe zorgverlening worden gelegd.” (Mantelzorgondersteuning)

“Het kost veel tijd de organisatie binnen deze regio kennis te laten maken (informereren, implementeren en borgen) met deze nieuwe rol/functie van zorgconsulent.” (Zorgconsulent)

De vijfde factor is de aanwezigheid van coördinatoren of andere kartrekkers die ervoor zorgen dat het Goede Voorbeeld blijft ‘leven’ in de organisatie. Soms zijn zij expliciet verantwoordelijk voor het Goede Voorbeeld en moeten zij ervoor zorgen dat het Goede Voorbeeld in de praktijk gebruikt wordt. Soms verwijzen de respondenten minder naar de verantwoordelijkheid en eigenaarschap maar vooral naar enthousiasme en het uitdragen van het Goede Voorbeeld.

“PaTz ambassadeurs die ook huisarts zijn” (PaTz)

“Enkele ambassadeurs die doorzetten en ook de wegen binnen de organisatie goed kennen, enthousiast over het voorbeeld, er in geloven, klein beginnen en het voorbeeld zijn.” (Signalering in de palliatieve zorg)

“Structuur opgezet waarbij de vakgroep leden oncologie/palliatieve zorg aandacht vestigen op de signalering set en vragen om terugkoppeling.” (combinatie van Goede Voorbeelden)

De zesde en laatste factor die relevant is voor borging is of het Goede Voorbeeld in het scholingsprogramma is opgenomen. Als het niet in het scholingsprogramma zit, hindert dat de borging. Als het wel zo is, stimuleert dat de borging.

“Zover ik weet is instrument aangeschaft en verspreid over de verschillende thuiszorgteams, alleen zijn de teams zover ik weet er niet in getraind. Ook ontbreekt er op dit nog een samenhangend beleid.” (Signalering in de palliatieve zorg)

“Wat betreft implementatie: deze is opgenomen in de basisscholing. Ook hier weer afhankelijk op welke wijze hier mee wordt om gegaan op verschillende locaties. Moet standaard worden opgenomen in "opfris" cursussen. Deze zijn er nog niet.” (STEM)

“Er zijn twee verpleegkundigen die geschoold zijn in het gebruik van de signaleringsset en zij scholen nieuwe aandachtsvelders in het gebruik. De vraag naar scholing komt vanuit aandachtsvelders en begeleiders zelf: zij vragen of ze geschoold kunnen worden. Deze twee verpleegkundigen scholen ook andere locaties/regio's waar de signaleringsset nog niet gebruikt wordt zodat er een olievlekwerking is ontstaan.” (Signalering in de palliatieve zorg)

Daarnaast noemen respondenten soms ook andere factoren in de organisatie, zoals het monitoren van het gebruik van het Goede Voorbeeld en daarover feedback geven aan de zorgverleners en het verbinden van het Goede Voorbeeld met andere activiteiten in de organisatie op het gebied van palliatieve zorg.

“Opgenomen in voortgangsgesprekken; maar wordt niet door alle coaches en managers even volhardend getoetst. Wil is er zeker. Niet altijd voldoende; blijvende aandacht vanuit eigen interesse van team creëren. Dat laatste is van belang.” (combinatie van Goede Voorbeelden)

“We hebben STEM gekoppeld aan het project 'Geestelijke zorg' wat nu gaande is binnen de organisatie.” (STEM)

4.1.2 Factoren die samenhangen met de zorgverleners

Ook kenmerken van de zorgverleners die werken met het Goede Voorbeeld worden genoemd; als een bevorderende factor bij bijna de helft van de projecten (49%, tabel 4.1) en bij 15 procent als belemmerende factor. Het gaat daarbij vooral over of zorgverleners meerwaarde ervaren van het gebruik van het Goede Voorbeeld en of zorgverleners elkaar steunen in het gebruik van het Goede Voorbeeld (tabel 4.2).

Een mix van antwoorden duidt op de meerwaarde van het gebruik van het Goede Voorbeeld voor de zorgverlener. Zorgverleners zijn enthousiast over het Goede Voorbeeld. Ze zijn gemotiveerd om te gebruiken. Ze zien de voordelen van het gebruik van het Goede Voorbeeld. Het ervaren van een meerwaarde wordt vooral als een bevorderende factor genoemd. Bij de belemmerende factoren wordt (het ontbreken van) de ervaren meerwaarde veel minder vaak genoemd.

“het is een praktische methode waar gebruikers de voordelen van ervaren.” (Zorgpad Stervensfase)

“De urgentie om te werken met de box is onvoldoende ervaren door medewerkers gezien de tijdinvestering en complexiteit van analysefase. Daardoor onvoldoende draagkracht om het verder te implementeren.” (Signalering in de palliatieve zorg)

Verder is ook sociale steun van invloed. Steun die de zorgverlener ervaart of verwacht bij het gebruik van het Goede Voorbeeld van collega's en andere professionals waarmee de zorgverlener samenwerkt. Sociale steun wordt even zo vaak belemmerend als bevorderend genoemd. Respondenten geven bijvoorbeeld aan dat er een goede onderlinge klik moet zijn, of dat er een vaste groep van betrokkenen is. Ook refereren de ondervraagde contactpersonen aan een goede onderlinge samenwerking en de korte lijnen.

“De verpleegkundige mag wel wat meer positie innemen. Dat blijkt soms lastig. Artsen bepalen nu de richting.” (PaTz)

“Het feit dat men elkaar kan aanspreken op het goede voorbeeld. Er is bv. in het kader van ouderenzorg de afgelopen 5 jaar meer overleg tussen huisartsen en thuiszorg.” (Implementatie richtlijn palliatieve sedatie)

4.1.3 Factoren die samenhangen met het Goede Voorbeeld

In één op de vijf projecten worden kenmerken van het Goede Voorbeeld zélf genoemd als bevorderend of belemmerend voor borging. Meestal gaat het erom of het werken met het Goede Voorbeeld past bij de bestaande werkwijze van de zorgverleners. Als een Goed Voorbeeld aansluit bij hoe zorgverleners gewend zijn om te werken, dan werkt dat bevorderend. In een aantal verbeterprojecten is tijdens de projectperiode al gewerkt aan het beter inpasbaar maken van het Goede Voorbeeld bij bestaande routines. In andere projecten is dat daarna gedaan. Vaak gaat het om digitalisering van het Goede Voorbeeld.

“Als vast punt toegevoegd in het zorgplan (elektronisch cliënten dossier)”(STEM)

“Het enige wat belemmerend werkte was dat het goede voorbeeld niet opgenomen kon worden in de bestaande ICT-omgeving van de organisaties. In eerste instantie is de papieren versie gebruikt.” (Zorgpad Stervensfase)

“Het doorontwikkelen van een Portal PaTz” (PaTz)

4.1.4 Factoren die samenhangen met de omgeving

Bij ongeveer een tiende van de projecten heeft ook de 'bredere omgeving' borging bevorderd of belemmerd, bijvoorbeeld door wet- en regelgeving of door initiatieven vanuit andere organisaties en/of het netwerk. Zo werkt het bevorderend als het Netwerk Palliatieve Zorg relevante scholingen of bijeenkomsten organiseert en ook de netwerkcoördinator kan borging stimuleren. Ook wordt borging bevorderd als opleidingen/scholingen voor professionals het Goede Voorbeeld in het curriculum opnemen.

“Het feit dat er structureel scholing van het goede voorbeeld wordt aangeboden door het netwerk “ (PaTz)

“Opnemen van het goede voorbeeld in de basisscholing voor palliatieve zorg. Binnen de ROC's wordt gewerkt met het goede voorbeeld en leerling-verzorgenden nemen deze kennis mee naar de organisaties waar zij gaan werken.” (Signalering in de palliatieve zorg)

Bij de borging van de PaTz groepen speelt de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) of sommige huisartsenkringen een stimulerende rol. Daarentegen wordt een tekort aan kaderhuisartsen genoemd als belemmering voor de PaTz groepen.

5 Ervaren meerwaarde van de projecten

Ook nu nog, ruim een jaar tot 5,5 jaar na afloop van de subsidieperiode van het verbeterproject, is de meerwaarde merkbaar, zo geven de contactpersonen aan. Patiënten en naasten krijgen zorg die beter afgestemd is op wensen en behoeften. De zorg van de verschillende disciplines is ook beter op elkaar afgestemd en betreft vaker de vier domeinen van palliatieve zorg (fysieke, psychische, sociale en spirituele zorg). Er wordt meer gepraat met de patiënt en naaste, en de zorg is proactiever en tijdiger. Ook zou er sprake zijn van een verbeterde samenwerking (zowel binnen als buiten de organisatie) en meer deskundige zorgverleners die zich meer bewust zijn van de palliatieve fase en palliatieve zorg.

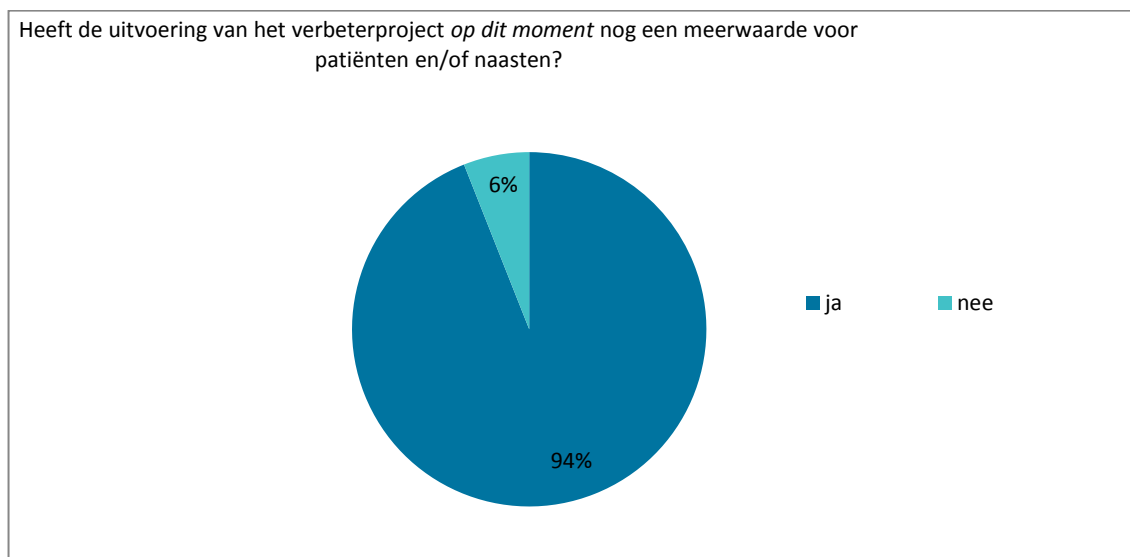
In dit hoofdstuk beantwoorden we onderzoeksvraag 4:

Welke meerwaarde heeft het destijds uitgevoerde verbeterproject volgens de contactpersonen van de projecten voor de huidige patiënten, naasten, zorgverleners en betrokken organisatie (lange-termijn gevolgen)?

5.1 Ervaren meerwaarde voor patiënten en naasten

Vrijwel alle respondenten (94%) vinden dat het verbeterproject van destijds nu nog steeds een meerwaarde heeft voor patiënten en hun naasten (figuur 5.1).

Figuur 5.1: Percentage projecten waarbij de uitvoering van het verbeterproject op dit moment nog een meerwaarde heeft voor patiënten en/of naasten (% projecten, n= 63)



Sommige contactpersonen gaven ook een toelichting bij die ervaren meerwaarde. Ten eerste noemden contactpersonen dat patiënten en naasten nu vaker zorg krijgen die beter afgestemd is op hun wensen en behoeften. Zij beschrijven de meerwaarde in termen als zorg op maat, aansluiten op wensen en behoeften, aansluiten op wat de patiënt nodig heeft, aandacht voor wensen en behoeften of een betere verduidelijking van de zorgvraag.

“Door het goed luisteren naar de patiënt en naasten krijgt patiënt beter afgestemde zorg, kan hij regie houden en is de zorg beter afgestemd op wat de patiënt/naaste nodig heeft.” (Signalering in de palliatieve zorg)

“De zorg is op maat en afgestemd op de patiënt. Sluit aan bij wat nodig is en er is aandacht voor de zorgbehoeften op lichamelijk, psychosociaal en spiritueel gebied voor zover die laatste twee domeinen nog aan de orde zijn.” (Zorgpad stervensfase)

Ten tweede noemen contactpersonen dat de zorg die de patiënt krijgt van verschillende disciplines, zoals de arts en de wijkverpleging, onderling beter is afgestemd. Meer verbinding, betere samenwerking, korte lijnen, geen ruis in de onderlinge communicatie en beter overleg zijn termen die hierbij gebruikt worden.

“Overdracht naar de HAP komt structureel aan de orde tijdens de PaTz, wanneer er multidisciplinair wordt samengewerkt komt dit ten goede aan de patiënt. Aan veel PaTz groepen is de apotheek toegevoegd, de Geestelijk Verzorger en sluit het soms aan ziekenhuis (om meer begrip te hebben voor elkaars werksetting).” (PaTz)

“Betere communicatie tussen de disciplines doordat zorgverleners een instrument in handen hebben om een consultvraag voor te bereiden. Daardoor betere kwaliteit van zorg.” (Signalering in de palliatieve zorg)

Ten derde noemen contactpersonen als meerwaarde van het verbeterproject dat er nu meer aandacht is voor de vier domeinen van palliatieve zorg (fysieke, psychische, sociale en spirituele domeinen).

“Tevens wordt met het instrument breder (op de vier domeinen van palliatieve zorg) gekeken.” (Signalering in de palliatieve zorg)

“In de PaTz-bijeenkomsten bespreken huisartsen en (wijk)verpleegkundigen de vragen en behoeften van de patiënten en hun naasten. Dit wordt gedaan middels een analyse van de problemen en krachtbronnen, waarbij alle vier de WHO-dimensies van de palliatieve zorg systematisch aandacht krijgen: lichamelijk, psychisch, sociaal, zingeving & spiritualiteit. Daarnaast is er aandacht is voor de 2 essentiële aspecten ‘samen keuzes maken’ en ‘samen vooruit organiseren’.” (PaTz)

Ten vierde ervaren contactpersonen dat er nu een betere communicatie is met patiënten en/of naasten. Sommigen noemen in dit verband dat het Goede Voorbeeld helpt het gesprek met patiënten aan te gaan, dat de patiënt betere vragen krijgt, dat de dialoog met de patiënt “rijker” wordt en gesprekken gemakkelijker verlopen.

“Bevordert communicatie met cliënt/naaste; zorgt voor goede overdrachten binnen team, betere informatieverstrekking aan cliënt/naaste.” (Zorgpad stervensfase)

“Bewustwording bij zorgverleners en verbeterde deskundigheid en adviesmogelijkheden, maken dat zorgverleners eerder en beter het gesprek aangaan.” (Mantelzorgondersteuning)

“Uit dossiers blijkt dat zorgverleners dieper doorvragen op de symptomen waar cliënt last van heeft. Uit zorgdossiers blijkt dat wensen van de cliënt t.a.v. zorg en plaats van sterven

vaker besproken en genoteerd wordt. Wensen t.a.v. behandeling rond het levenseinde worden vaker besproken en gerapporteerd in het zorgdossier. Het gaat dan met name over niet reanimeren verklaring, euthanasieverklaring.”(Signalering in de palliatieve zorg)

Ten slotte noemen sommige contactpersonen ook dat door verbeterproject palliatieve zorg meer “proactief”, “tijdig” of “vroegtijdig” is.

“Meer patiënten die met een proactief plan ontslagen worden, waardoor (waarschijnlijk/aannemelijk dat er hierdoor minder spoedopnames plaatsvinden in de terminale/stervensfase).” (Proactieve zorgplanning)

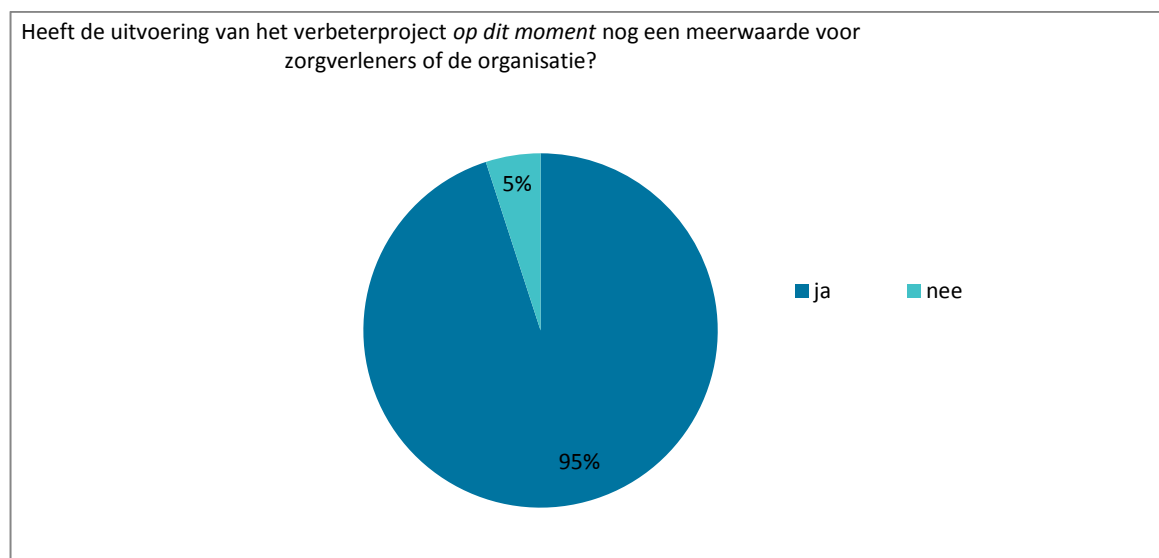
“Patiënten worden vroeg in het proces besproken en krijgen proactieve zorg. Door PaTz zijn de artsen zich meer bewust van de palliatieve fase waardoor de palliatieve zorg eerder start en proactiever is.” (PaTz)

“Proactief werken wat rust brengt op die momenten dat de zorg intensiever wordt en het levenseinde nadert.” (Zorgconsulent)

5.2 Ervaren meerwaarde voor zorgverleners en de zorgorganisatie

Ook de huidige meerwaarde voor zorgverleners en de organisatie is nog steeds merkbaar, aldus 95% van de ondervraagde contactpersonen (figuur 5.2).

Figuur 5.2: Percentage projecten waarbij de uitvoering van het verbeterproject op dit moment nog een meerwaarde heeft voor de zorgverleners of organisaties (% projecten, n=63)



In de beschrijvingen van deze meerwaarde ligt de nadruk op (1) verbeterde samenwerking, (2) deskundigere zorgverleners en (3) een bewustwording van zorgverleners van de palliatieve fase en de palliatieve zorg.

In onderstaand citaat van een zorgconsulent palliatieve zorg komen deze aspecten naar voren:

“... Medewerkers zijn zich meer bewust van wat het betekent als een cliënt palliatief is. Vaak rolt uit een consult op een locatie toch meerdere namen <van patiënten> die misschien ook wel palliatief zijn. Ik probeer zo actief mogelijk mijzelf neer te zetten. Heb ook het overlijdensprotocol, rouwkoffer en wensenboekje bij overlijden onder mijn hoede genomen. Geef zelf ook de trainingen. Mensen weten mij steeds vaker te vinden. Wat ook helpt is dat ik door de aard van mijn functie (staffunctionaris & projectleider) veel contact heb met de verschillende locaties. Ik kan dus sneller een vraag signaleren vanuit een ander 'Petje'.”

Verwijzingen naar een verbeterde samenwerking kenmerken de beschrijvingen van de meerwaarde voor zorgverleners en zorgorganisaties het meest. Het gaat dan zowel om samenwerking binnen een organisatie als om samenwerking met mensen werkzaam in andere organisaties. Termen die naar deze verbeterde samenwerking verwijzen zijn onder andere: kortere lijnen, versterkte onderlinge samenwerking, meer afstemming, beter overleg, en elkaar makkelijker consulteren.

“Zelfvertrouwen thuiszorgmedewerkers neemt toe om contact op te nemen met huisarts, onderlinge samenwerking: communicatielijnen zijn korter en je leert elkaar beter kennen.” (PaTz)

“Het onderling delen van ervaringen, zorgen of knelpunten tijdens een PaTz overleg vergroot het vertrouwen in elkaar en in je zelf.” (PaTz)

Deskundigere zorgverleners is een andere meerwaarde van het verbeterproject van destijds. Zorgverleners hebben meer kennis en/of vaardigheden ten aanzien van palliatieve zorg, zijn bekend met wat palliatieve zorg is, en kennen de (on)mogelijkheden in palliatieve zorg.

“Gebruik inhoud map helpt nadenken over relevante informatie, en regelmatig toetsen websites helpt up-to-date houden kennis en verwijsmogelijkheden.” (Informare)

“Door gebruik te maken van leert men klinisch te redeneren.” (Signalering in de palliatieve zorg)

“Het palliatief denken is bij begeleiders toegenomen. Men denkt veel meer na over de palliatieve zorg. Het is niet meer automatisch doorbehandelen, maar stilstaan bij waar de cliënt bij gebaat is en dat kan juist betekenen dat er bijvoorbeeld niet infuusvoeding gegeven wordt.” (Signalering in de palliatieve zorg)

Ten slotte zit er meerwaarde in de veranderde houding of attitude van de zorgverleners ten aanzien van de palliatieve fase en palliatieve zorg. Zo hebben zorgverleners daar meer aandacht voor gekregen. Dit wordt soms ook in relatie gebracht met een pro-actievere houding en/of een groter zelfvertrouwen van de zorgverlener.

“Aandacht voor dementiezorg als onderdeel van palliatieve zorg.” (Dementie en palliatieve zorg)

“Er is minder angst en terughoudendheid en er wordt meer proactief gewerkt.” (Zorgconsulent)

6 Randvoorwaarden voor borging

Volgens de ondervraagde contactpersonen waren de volgende drie – binnen de door ZonMw vooraf verplicht gestelde - randvoorwaarden het meest belangrijk voor borging: samenwerking met het Netwerk Palliatieve Zorg, het opstellen van een implementatieplan, en de beschrijving van het doel van het verbeterproject. Over andere door ZonMw genoemde randvoorwaarden, zoals het opnemen van een tijdsplanning, was er minder eenduidigheid en stelligheid. Opgemerkt werd dat een tijdsplanning goed is, maar ook flexibel gehanteerd moet worden. Op de vraag of men eventuele andere randvoorwaarden belangrijk vond, kwamen verschillende aandachtspunten naar voren, waaronder de ondersteuning van het project vanuit het hoger management en de wens om de aanvraag- en verslagprocedure bij ZonMw te vergemakkelijken.

Om voor subsidie voor een verbeterproject binnen het ZonMw Verbeterprogramma Palliatieve Zorg in aanmerking te komen, moesten aanvragers rekening houden met een aantal randvoorwaarden. De bedoeling van het stellen van randvoorwaarden was onder andere om de slaagkans van de implementatie van het Goede Voorbeeld te verhogen.

In dit hoofdstuk blikken we terug op die randvoorwaarden en beantwoorden we onderzoeksvraag Welke (rand)voorwaarden die ZonMw destijds had genoemd voor subsidiëring van het verbeterproject (bijvoorbeeld organisatorische randvoorwaarden, voorwaarden m.b.t. planning of voorwaarden over de omvang van de doelpopulatie) waren van belang voor succesvolle implementatie en borging? Hadden die anders gesteld moeten worden en/of zijn er (rand)voorwaarden gemist die wel genoemd hadden moeten worden?

6.1 Randvoorwaarden met een positieve invloed op borging

Samenwerking met het Netwerk Palliatieve Zorg noemen de contactpersonen het vaakst als belangrijke randvoorwaarde voor implementatie en borging van het Goede Voorbeeld (figuur 6.1). Daarnaast noemt een meerderheid dat een beschrijving van de te bereiken doelen van het verbeterproject en het opstellen van een implementatieplan een belangrijke randvoorwaarde was.

Over de andere randvoorwaarden zijn de meningen minder uitgesproken en soms uiteenlopend, zo blijkt ook uit de toelichtingen van de respondenten. Zo vindt slechts de helft (50%) het opnemen van de tijdsplanning een belangrijke randvoorwaarde voor implementatie en borging. Het verschil in meningen zit niet zo zeer in het feit dát er een tijdsplanning gemaakt wordt, maar in de hoeveelheid gegunde tijd en de flexibiliteit om van de oorspronkelijke tijdsplanning af te kunnen wijken. Iemand merkte op dat de tijdsplanning “de noodzakelijke stok achter de deur” was. Een ander merkte op dat één jaar voldoende was geweest voor de implementatie, maar dat borging meer tijd vraagt. Anderen vonden een jaar juist te kort om te implementeren omdat het regelen van de voorbereidingen al veel tijd vraagt.

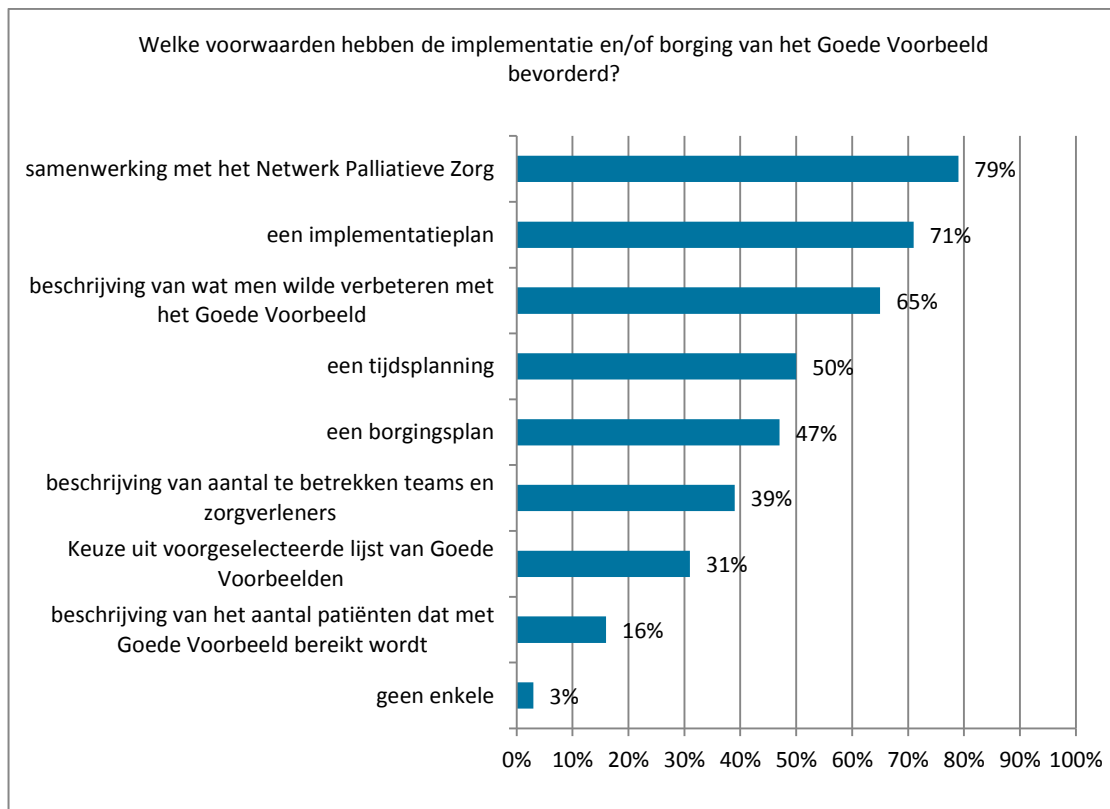
Opgemerkt werd dat een tijdsplanning goed is, maar ook flexibel gehanteerd moet worden. Soms is het nodig om het project “langere doorlooptijd te gunnen”. Uit de volgende opmerking blijkt dat soms te weinig flexibiliteit werd ervaren: “Wat belemmerend werkte is dat we het geld niet geheel op hadden in precies het jaar dat het goede voorbeeld liep, we hadden dat geld goed kunnen gebruiken om de scholing net na dat jaar te organiseren, het precies een jaar laten lopen is dus erg jammer.”

Bijna de helft noemt het bevorderend dat al in het prille begin een borgingsplan werd gemaakt. Sommigen gaven aan dat het te vroeg was en alles nog onvoldoende uitgekristalliseerd was voor een

borgingsplan. Voor anderen was de vraag om een borgingsplan een attendering om vroegtijdig over borging na te denken, zoals ook blijkt uit het volgende citaat: *“Het borgingsplan is erg belangrijk. Anders hadden ze er waarschijnlijk niet aan gedacht om daar al in het begin over na te denken”*.

Ook over de voorwaarde dat gekozen moest worden uit een voorgeselecteerde lijst van Goede Voorbeelden zijn de meningen verdeeld. Het voordeel van een keuze uit een lijst met Goede Voorbeelden werd benoemd als *“prettig omdat het zorgt voor focus en vergaande versnippering van allerlei interventies voorkomt.”* Daarbij werd overigens wel opgemerkt dat er ruimte moest blijven voor nuances en aanpassingen aan de situatie in de regio. Anderen misten juist bepaalde Goede Voorbeelden of wilden zelf Goede Voorbeelden kunnen aandragen. Een meerderheid vindt het van tevoren beschrijven van het aantal te betrekken teams en te bereiken patiënten niet bevorderend voor de implementatie en borging. Iemand merkte op dat het beschrijven van het aantal te bereiken patiënten lastig van tevoren te bepalen was. Opgemerkt werd ook dat het handig is vooraf te bedenken welke teams en zorgverleners erbij betrokken worden en hoeveel patiënten er bereikt gaan worden. Het beschrijven van de te bereiken teams en patiënten kan daardoor beter gezien worden als een wens en geen subsidievoorwaarde.

Figuur 6.1: Percentage projecten waarbij genoemde randvoorwaarde de implementatie en/of borging hebben bevorderd (n=62, % projecten)



6.2 Suggesties voor andere randvoorwaarden

Op de vraag naar andere randvoorwaarden kwam een aantal suggesties naar voren. In lijn met de resultaten van paragraaf 6.1, moeten deze suggesties veeleer als aandachtspunten gezien worden dan als voorwaarden waaraan voldaan moet worden.

Ten eerste is ondersteuning van het project vanuit het hoger management bevorderend voor de implementatie en borging, zoals geïllustreerd wordt in de volgende citaten:

“Wij hebben veel geleerd van dit implementatietraject en weten nu dat vooraf bestuurlijk commitment essentieel is. Daarnaast hebben wij geleerd dat we hoge eisen moeten stellen aan de implementatievaardigheden van de projectleiders van de organisaties.”(Signalering in de palliatieve zorg)

“Dat het management de implementatie faciliteert in tijd en middelen.” (Signalering in de palliatieve zorg)

“Bewijs van commitment van alle lagen binnen (een) organisatie(s)” (PaTz)

“Dat het goede voorbeeld zoals geïmplementeerd bestendig werd vanuit de directie” (Besluitvorming)

Ten tweede wordt de wens uitgesproken de aanvraag- en verslagprocedure bij ZonMw te vergemakkelijken. Daarmee wordt het aanvragen van projectsubsidie laagdrempeliger en de hoeveelheid administratie minder.

“Het schrijven van een aanvraag kost veel tijd en nog veel meer frustratie als het dan afgewezen wordt.” (PaTz)

“Het opschrijven van het projectvoorstel en eindverslag is erg lastig voor zorgverleners, mensen in instellingen.” (Signalering in de palliatieve zorg)

“Ondersteuning bij de aanvragen en de administratieve afhandeling.” (PaTz)

Andere genoemde mogelijke aandachtspunten die implementatie en borging vergemakkelijken zijn:

- Samenwerking met de ‘aanbrenger’ of ontwikkelaar van het Goede Voorbeeld. Binnen het verbeterproject kunnen zij samen kijken hoe een Goed Voorbeeld verder ontwikkeld kan worden, wie eigenaar wordt, en hoe de in de loop der tijd verworven additionele informatie gedeeld kan worden.
- Zorgen voor voldoende menskracht voordat gestart kan worden met een verbeterproject.
- Een jaar na afsluiting van het verbeterprojectproject nagaan wat het vervolg is geweest. Wat loopt er nog? Dat stimuleert betrokkenen om mee bezig te blijven met het Goede Voorbeeld. Het kan ook een eyeopener zijn voor bij het project betrokken partijen om nog eens naar het Goede Voorbeeld te kijken.
- Een platform waar deelnemers van verbeterprojecten continu informatie kunnen delen. Door dit te delen kan men van elkaar leren. *“Bijvoorbeeld als je weet dat er in een andere regio ook bepaalde ervaring is opgedaan dat kun je eens contact opnemen. Dat werkt beter dan elkaar per toeval ontmoeten op een bijeenkomst.”* Een ander voordeel is cumulatie van kennis en ervaringen doordat volgende tranches kunnen leren van de ervaringen opgedaan in eerdere tranches.
- In het borgingsplan vastleggen welke financiële reservering nodig is voor verdere borging / scholing.

7 Conclusie en discussie

Dit onderzoek gaat over de lange termijn implementatie en borging van de Goede Voorbeelden uit het ZonMw Verbeterprogramma Palliatieve Zorg. De meest gekozen Goede Voorbeelden waren destijds Signalering in de palliatieve zorg, Palliatieve Thuiszorg (PaTz), Zorgconsulent palliatieve zorg en Inspiratiecyclus STEM. De 76 verbeterprojecten waarin de Goede Voorbeelden zijn ingevoerd, zijn op het moment van het onderhavige onderzoek formeel ruim één tot 5,5 jaar geleden afgerond. Opvallend is de hoge respons van contactpersonen op de vragenlijst (83%). Ondanks dat het Verbeterprogramma al lang afgesloten is en dit onderzoek midden in de zomer(vakantie)periode plaatsvond. Dit kan een uiting zijn van blijvende betrokkenheid bij het Goede Voorbeeld.

Goede Voorbeelden nog wel gebruikt, maar vaak niet optimaal geborgd

Ruim een derde (37%) van de contactpersonen antwoordt ronduit 'ja' op de vraag of het Goede Voorbeeld nu goed geïmplementeerd en geborgd is in de betrokken organisatie(s). Daarnaast heeft ongeveer een kwart (24%) enige twijfels, maar deze contactpersonen denken toch wel dat het Goede Voorbeeld geborgd is. De andere kant van de medaille is dat vier op de tien contactpersonen (39%) aangeeft dat er (waarschijnlijk) geen sprake is van lange termijn implementatie en borging.

Dat neemt niet weg dat de Goede Voorbeelden vaak nog steeds gebruikt worden. Echter niet altijd op alle geplande locaties of door alle beoogde zorgverleners. Soms wordt het Goede Voorbeeld ook op een andere manier gebruikt dan oorspronkelijk bedoeld. Dit lijkt vooral te gelden voor projecten rondom het Goede Voorbeeld 'Signalering in de palliatieve zorg', waarin de betreffende tool (de Signaleringsbox) soms gebruikt wordt als houvast voor teambesprekingen of als naslagwerk in plaats van in de dagelijkse zorgverlening.

Ervaren meerwaarde blijft

Ook nu – geruime tijd na de formele afronding van hun project – zien contactpersonen de meerwaarde van het Goede Voorbeeld voor patiënten en naasten. Deze krijgen zorg die beter afgestemd is op hun wensen en behoeften. Ook is zorg van verschillende disciplines beter afgestemd, betreft zorg vaker de vier domeinen van palliatieve zorg, wordt er beter gecommuniceerd met de patiënt of naaste en is de palliatieve zorg proactiever en (vroeg)tijdiger, volgens de contactpersonen. Deze ervaren meerwaarde komt grotendeels overeen met de meerwaarde die direct na afloop van elk verbeterproject werd genoemd (de Veer e.a., 2017). Verschil is wel dat in de eerdere evaluatie ook meer eigen regie van patiënten en naasten over de zorg werd genoemd omdat zorgverleners makkelijker in gesprek zouden gaan met patiënten. Uit het huidige onderzoek komt de regie als meerwaarde minder expliciet naar voren, maar wel een betere communicatie. Dat patiënten en naasten meer regie ervaren over de zorg was één van de vijf speerpunten van het Verbeterprogramma Palliatieve Zorg, waardoor het destijds wellicht meer op het netvlies zat en eerder benoemd werd in de interviews.

De meerwaarde die contactpersonen zien voor zorgverleners en de organisatie, ligt vooral in een verbeterde samenwerking (zowel binnen als buiten de organisatie), deskundigere zorgverleners die zich meer bewust zijn van de palliatieve fase en palliatieve zorg. Dit komt in grote lijnen overeen met de bevindingen uit de eerdere evaluatie (de Veer e.a., 2017), die ook wees op meer kennis, breder kijken, makkelijker communiceren en een toegenomen zelfvertrouwen onder zorgverleners.

Inbedding van Goede Voorbeeld in organisatiebeleid van belang

Volgens de contactpersonen hebben kenmerken van de betrokken organisaties veel invloed op de mate waarin het Goede Voorbeeld is geborgd, bijvoorbeeld ondersteuning van het management, het personeelsverloop, de beschikbare financiële middelen, beschikbare tijd voor gebruik van het Goede Voorbeeld, de aanwezigheid van een coördinator of andere kartrekker, en de opname van het Goede Voorbeeld in het scholingsaanbod. Dit betreft allemaal factoren en strategieën die samenhangen met kenmerken van de organisatie of het organisatiebeleid.

Ook uit eerdere grootschalige verbeterprogramma's, zoals 'Zorg voor Beter' is bekend dat om zorginnovaties te laten 'landen', de inbedding van de innovatie in de organisatie en het organisatiebeleid van belang is (Minkman e.a., 2011). Verbeteren van de zorgpraktijk is geen zaak van alleen professionals op de werkvloer, maar van de hele organisatie.

Een van de aanbevelingen voor vervolgactiviteiten en nieuwe verbeterprogramma's kan dan ook zijn dat al in de projectplannen moet staan hoe de ingevoerde innovatie opgenomen gaat worden in het algemene organisatiebeleid en op welke wijze het management betrokken is en zorgt voor de organisatorische randvoorwaarden, het liefst formeel vastgelegd.

Rapportages, structureel bespreken en geld

Opname van registraties over het Goede Voorbeeld in de gebruikelijke rapportages of (elektronische) dossiers, is een voorbeeld van integratie in het organisatiebeleid. Opname in rapportages gebeurde meer bij de geborgde dan bij de niet geborgde projecten. Het lijkt mede daarom een belangrijke succesfactor, die de kans op borging en ook de zichtbaarheid van het Goede Voorbeeld verhoogt. Het structureel bespreken in multidisciplinaire overleggen (MDOs) van de toepassing van het Goede Voorbeeld lijkt eveneens van belang. Structureel bespreken komt vaker voor bij de geborgde projecten dan bij de niet geborgde en lijkt dus essentieel om het Goede Voorbeeld onder de aandacht te blijven houden van de zorgverleners.

Ten slotte is het van belang om vanuit de organisatie voor voldoende financiële middelen te zorgen en die op een adequate manier in te zetten. Het ontbreken van structurele financiële middelen wordt door contactpersonen vaak als een belemmering voor borging ervaren. Dat neemt niet weg dat de minder geborgde projecten even vaak over extra financiële middelen beschikken dan de beter geborgde projecten. Waarschijnlijk is de rol van financiële middelen complex en gaat het zeker ook om de manier waarop deze middelen worden ingezet. Wij bevelen daarom aan om het structureel of jaarlijks reserveren van middelen gepaard te laten gaan met een duidelijk plan en doelen voor de verdere implementatie en borging.

Kartrekkers zijn cruciaal

Verder blijft ook het gemotiveerd houden van zorgverleners van belang. De aanwezigheid van coördinatoren of andere kartrekkers zijn daarvoor belangrijk. Uit de eerdere evaluatie van het Verbeterprogramma (de Veer e.a., 2017), evenals uit ander onderzoek rondom zorginnovaties (o.a. Verkaik, 2009; Pieper, 2018), wisten we al dat kartrekkers van belang zijn voor succesvolle invoering van een innovatie gedurende de projectfase. In het huidige onderzoek geven de contactpersonen aan dat kartrekkers ook van belang blijven voor borging op de langere termijn.

Borging is geen eenmalige actie, maar een continue activiteit.

De ondervraagde contactpersonen gaven aan dat coördinatoren of andere kartrekkers ervoor zorgen dat het Goede Voorbeeld blijft 'leven' in de organisatie. Daarbij gaat het niet alleen om het nemen van verantwoordelijkheid en eigenaarschap maar zeker ook om enthousiasme en het uitdragen van het Goede Voorbeeld. Personeelsverloop kan ertoe leiden dat bekendheid met en gebruik van het Goede Voorbeeld afnemen. Nieuwe medewerkers zien niet automatisch de meerwaarde en de

onderlinge steun om het Goede Voorbeeld toe te passen kan afbrokkelen. Coördinatoren en andere kartrekkers kunnen een cruciale rol spelen in het levend houden van het Goede Voorbeeld in de betrokken organisaties, alsmede scholing van de medewerkers. Wij bevelen daarom aan dat – ook na de afronding van de projectfase en ook als er sprake is van personeelsverloop – er duidelijke kartrekkers zijn, die met enthousiasme en betrokkenheid ervoor zorgen dat het Goede Voorbeeld blijft toegepast. Ook moeten nieuwe medewerkers continu geschoold worden in het gebruik van het Goede Voorbeeld.

Borging is een brede activiteit op verschillende niveaus

Ondersteuning vanuit de organisatie, maar ook kenmerken van het Goede Voorbeeld zélf, de zorgverleners die ermee werken, en factoren vanuit de bredere omgeving zijn belangrijk voor borging. Ook uit ander onderzoek is bekend dat determinanten van succesvolle implementatie van innovaties in de zorg altijd multifactorieel zijn en meerdere niveaus betreffen (o.a. Fleuren e.a., 2014; Flottorp e.a., 2013; Damschroder e.a., 2009). Strategieën en randvoorwaarden voor borging moeten dus ook ingrijpen op verschillende niveaus. Uit de randvoorwaarden die ZonMw destijds meegaf aan de projectaanvragers, kwam als de top 3 van meest relevante naar voren: samenwerking met het Netwerk Palliatieve Zorg, het opstellen van een implementatieplan, en de beschrijving van het doel van het verbeterproject.

Op de vraag aan contactpersonen of er nog andere belangrijke randvoorwaarden waren, kwamen verschillende aandachtspunten naar voren die eveneens van belang lijken voor (vervolg)programma's van ZonMw: zorgen voor ondersteuning van het project door het hoger management van de betrokken organisaties; makkelijke aanvraag- en verslagprocedure bij ZonMw; samenwerking met de 'aanbrenger' van een Goed Voorbeeld; zorgen voor voldoende menskracht; een jaar na afsluiting van een project nagaan wat het vervolg is geweest; een platform waar deelnemers van verbeterprojecten continu informatie kunnen delen; in het borgingsplan vastleggen welke financiële reservering daarvoor nodig is.

Sterke kanten en beperkingen van dit onderzoek

We bestudeerden de implementatie en borging relatief lang (1 tot 5,5 jaar) na afloop van afronding van projecten. Dit maakt het onderzoek bijzonder. Waar onderzoek naar veranderingen veelal kijkt naar de invoering gedurende de projectfase, keken wij naar de fase die daarop volgt: de implementatie en de borging op de langere termijn. Op deze manier hebben we kunnen laten zien dat, vanuit de ervaring van contactpersonen van de projecten, de Goede Voorbeelden vaak nog wel gebruikt worden, maar dat borging lang niet altijd optimaal is en ook nu nog voortgaande aandacht vraagt.

Een beperking daarbij is wel dat we voor dit kortdurende onderzoek om pragmatische redenen alleen contactpersonen (veelal de projectleiders) hebben bevroegd. Het kan zijn dat zij – als mede verantwoordelijke personen voor de implementatie en borging van de Goede Voorbeelden – een ander perspectief hebben dan de uitvoerende zorgverleners of betrokken patiënten en naasten. Een beperking is ook dat we het gebruik van het Goede Voorbeeld niet kwantitatief hebben onderzocht.

Een ander kenmerk van dit onderzoek betreft de focus op borging, waardoor we inzicht kregen in de factoren die belangrijk zijn voor gebruik van Goede Voorbeelden op de langere termijn. Dat is tegelijkertijd ook een beperking. Door de focus op lange termijn implementatie en borging van het Goede Voorbeeld hebben we wellicht relevante niet bedoelde, maar wel waardevolle effecten van het ZonMw Verbeterprogramma Palliatieve Zorg niet gezien. Of zoals een respondent verwoordde:

“Aan het project werkten 4 organisaties mee. Het succes van de implementatie van de Signaleringsbox is wisselend. Duidelijk is wel dat alhoewel het project na een jaar niet succesvol te noemen was het een enorm mooi vliegwiel is geweest in onze regio t.a.v. bewust worden van onbekwaamheid, de roep om scholing en vervolgens de wens om te werken met de Signaleringsbox.”

Het is ook mogelijk dat deelname aan het verbeterproject tot gevolg had dat er vooral andere, dan de beoogde, locaties gingen werken met het Goede Voorbeeld of dat er andere activiteiten zijn geïnitieerd om de palliatieve zorg te verbeteren. Deze effecten liggen buiten het blikveld van dit onderzoek. Ook als het Goede Voorbeeld niet in alle opzichten is geborgd, kan het hele traject toch een positieve uitwerking hebben gehad. Het feit dat vrijwel alle ondervraagde contactpersonen op dit moment nog de meerwaarde ervaren van het destijds uitgevoerde verbeterproject, ondersteunt deze gedachtegang.

Referenties

- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A., Lowery, J.C. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation. *Implementation Science* 2009; 4: 50.
- Fleuren, M.A.H., Paulussen, P.G.W.M., van Dommelen, P. van Buuren, S. Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *International Journal for Quality in Health Care* 2014; 26(5): 501–510.
- Flottorp, S.A., Oxman, A.D., Krause, J., Musila, N.R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M. et al. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements of healthcare professional practice. *Implementation Science* 2013; 8: 35.
- https://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Implementatie/ZonMw_implementatieplan.pdf.
- <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/palliatieve-zorg/aanbevelingen-uit-verbeterprogramma-palliatieve-zorg/>.
- Minkman, M., Balsters, H., Mast, J. en M. Kuiper (red). *Blijvend zorgen voor Beter. Succesvol verbeteren in de langdurende zorg*. Utrecht/Deventer: Vilans/Kluwer, 2011.
- Pieper, M. *STA OP! Managing pain and challenging behaviour in nursing home residents with dementia*. Phd-thesis. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2018.
- Raijmakers, N.J., Hofstede, J.M., de Nijs, E.J., Deliens, L., & Francke, A.L. The effect and process evaluations of the national quality improvement programme for palliative care: the study protocol. *BMC Palliat Care* 2014; 13(1): 5.
- Veer A.J.E. de; Dieteren C.M., Francke A.L. *Goed voorbeeld, goed volgen? Evaluatie van het Verbeterprogramma Palliatieve Zorg*. Utrecht: NIVEL 2017.
- Verkaik R. *Depression in dementia: development and testing of a nursing guideline*. Phd-thesis. Utrecht: Nivel/Universiteit Utrecht, 2008.
- ZonMw. *Verbeterprogramma Palliatieve zorg 2011 - 2016 Eindevaluatie*. Den Haag: ZonMw, 2017.

Bijlage A Methode

A.1 Vragenlijst en interview

De vragenlijst bestond uit 12 vragen, deels voorgestructureerde en deels open vragen. Vragen betroffen het huidige gebruik van het Goede Voorbeeld, de borging van het werken met het Goede Voorbeeld, de factoren die de borging beïnvloedden, de huidige ervaren meerwaarde van het Goede Voorbeeld, en voorwaarden voor een projectplan. De gerealiseerde borgingsstrategieën zijn bevestigd met voorgestructureerde vragen waarbij de voorgenomen borgingsstrategieën zoals beschreven in het rapport over de evaluatie van het Verbeterprogramma Palliatieve Zorg (de Veer e.a., 2017, p. 31-33) en de Borgingschecklist van ZonMw (https://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Implementatie/ZonMw_implementatieplan.pdf) het uitgangspunt waren. De vragen over de voorwaarden voor een projectplan waren eveneens (grotendeels) voorgestructureerd waarbij de door ZonMw gestelde elementen die beschreven moesten worden in een subsidieaanvraag het uitgangspunt waren.

Uiteindelijk zijn 63 vragenlijsten ingevuld, waarmee de respons 83% is. In aanvulling op de vragenlijst zijn er vijf kwalitatieve diepte-interviews gehouden met contactpersonen.

In het diepte-interview kwamen dezelfde thema's aan bod als in de vragenlijst en werd verder ingegaan op achterliggende mechanismen. De interviewduur varieerde van 35 tot 45 minuten.

A.2 Benadering van contactpersonen

De procedure verliep in de volgende stappen:

- a. Aan de hand van de projectverslagen van ZonMw stelde het Nivel een lijst op van te benaderen projectleiders van de verbeterprojecten. Vaak waren de projectleiders de coördinatoren van Netwerken Palliatieve Zorg of andere coördinatoren of leidinggevenden binnen de betrokken organisaties. Via searches op internet en LinkedIn werd nagegaan of een persoon van functie veranderd was. Als dat het geval was werd een andere destijds bij het project betrokken contactpersoon benaderd.
- b. Stichting Fibula stuurde een mail naar de coördinatoren van de Netwerken Palliatieve zorg met een aankondiging van het onderzoek.
- c. In de dagen daarna stuurde het Nivel een mail naar de contactpersonen. In deze mail werd het onderzoek toegelicht en aangegeven over welk specifiek project de vragenlijst ging. Ook kon de persoon aangeven of de vragenlijst beter naar iemand anders gestuurd kon worden. Naar aanleiding van deze mail werden contactpersonen aangepast. Als de mail onbestelbaar retour kwam werd ook een nieuwe contactpersoon gezocht.
- d. Anderhalve week na de eerste aankondiging (stap b) is naar de contactpersonen een mail gestuurd met een link naar een online vragenlijst. Verzocht werd de vragenlijst in te vullen óf enkele datumopties te sturen voor een telefonische afname. Drie mensen maakten gebruik van de mogelijkheid van telefonisch afname.
- e. Twee weken na de eerste aanbieding van de vragenlijst is een herinneringsmail gestuurd waarin gevraagd werd de vragenlijst binnen een week in te vullen.
- f. Een week na de herinneringsmail is telefonisch contact gezocht met degenen die de vragenlijst nog niet hadden ingevuld. Daaruit bleek dat we in een aantal gevallen niet de juiste contactpersoon hadden benaderd (bijvoorbeeld omdat de persoon er niet meer werkte, met pensioen was, een andere functie had gekregen en daardoor niet meer bij het

project was betrokken) of op vakantie was. Voor deze personen is vervolgens gezocht naar een nieuwe contactpersoon. Deze contactpersoon benaderden we telefonisch met de vraag of zij bereid en in staat waren de vragen te beantwoorden. De bereidwilligheid om de vragen te beantwoorden was groot.

De vijf contactpersonen waarbij ook nog een aanvullend kwalitatief interview is gedaan, zijn gericht gekozen op basis van spreiding over relatief veel gekozen Goede Voorbeelden, namelijk Palliatieve Thuiszorg (PaTz), Signalering in de Palliatieve Zorg, Inspiratiecyclus STEM, Zorgconsulent Palliatieve Zorg en Dementie en palliatieve zorg. Ook speelde bereikbaarheid en bereidheid tot deelname een rol bij de keuze wie er geïnterviewd werd.

A.3 Analyses

Met het statistisch programma STATA versie 15 zijn beschrijvende analyses uitgevoerd op de voorgestruerde antwoorden op items uit de vragenlijst.

De open antwoorden in de vragenlijsten over de belemmerende en bevorderende factoren zijn door twee personen gecodeerd. Als basis voor codering werd het Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI) gebruikt (Fleuren e.a., 2014). MIDI beschrijft 29 determinanten die een rol spelen bij het invoeren van innovaties. Het is ontwikkeld op grond van empirisch onderzoek en is in de praktijk praktisch toepasbaar gebleken, mede ook door de uitgebreide en concrete beschrijvingen van de determinanten (<https://www.tno.nl/media/1870/midivragenlijst.pdf>). De eerste 19 vragenlijsten zijn door twee onderzoekers bekeken waarop is besloten voor sommige determinanten twee aparte codes te maken zodat het niveau van de determinant (zorgverlener, organisatie, omgeving) beter naar voren kwam. Dit resulteerde in een codeersysteem van 34 codes. Vervolgens codeerden beide personen de overige antwoorden los van elkaar. Verschillen zijn besproken en in consensus is een code toegekend. Uiteindelijk zijn 29 verschillende codes gebruikt.

A.4 Respons

Tabel c1: Aantal benaderde projecten en aantal waarover vragenlijst is ingevuld uitgesplitst naar Goed Voorbeeld

Goede Voorbeelden	Aantal benaderde projecten	Aantal ingevulde vragenlijsten	Respons
1. Signalering in de palliatieve zorg (Signaleringsbox): een stappenplan dat verzorgenden ondersteunt bij het signaleren en monitoren van klachten en verschijnselen en deze bespreekbaar maakt.	22	21	95%
2. Palliatieve Thuiszorg (PaTz): methodiek om de kwaliteit, samenwerking en overdracht rond de palliatieve zorg thuis te verbeteren.	13	10	77%
3. Zorgconsulent palliatieve zorg. De functie zorgconsulent PZ is primair bedoeld om zorgteams te ondersteunen om de palliatieve zorg in de laatste levensfase voor de patiënt goed en bijtijds te plannen en te organiseren.	8	6	75%
4. Inspiratiecyclus STEM (Sterven op je Eigen Manier): deskundigheidsbevordering en bewustwording voor zorgprofessionals en leidinggevenden in de palliatieve zorg.	9	7	78%
5. Mantelzorgondersteuning: scholing en training om zorgverleners te helpen in gesprek te gaan met de mantelzorger over de geboden zorg	3	2	67%
6. De Informare: informatiepakket waardoor patiënten en hun naasten overzicht en regie krijgen over de palliatieve zorg.	4	4	100%
7. Dementie en palliatieve zorg: het verbinden van een regionale keten dementiezorg meteen Netwerk Palliatieve Zorg op organisatorisch en uitvoerend vlak.	4	3	75%
8. Zorgpad stervensfase: een zorgdossier, checklist en een evaluatie-instrument in één en dient als hulpmiddel om de kwaliteit van zorg, de samenwerking tussen hulpverleners en de communicatie met de patiënt en diens naaste(n) te waarborgen.	3	3	100%
9. Proactieve zorgplanning: trainingen en handvatten voor huisartsen om hen te helpen om als coördinator tot een proactieve zorgplanning te komen.	1	1	100%
10. Besluitvorming in de palliatieve fase: lespakketten voor medewerkers en implementatiebegeleiders om goede besluitvorming te realiseren.	2	1	50%
11. Implementatie richtlijn palliatieve sedatie: handvatten om de richtlijn in de praktijk toe te passen en de samenwerking rondom palliatieve sedatie in de 1e lijn vorm te geven.	1	1	100%
12. GEPLUSD: het pakket GEPLUSD biedt handzame evaluatie-instrumenten voor de meting van het effect van interventies in de dagelijkse praktijk op een ziekenhuisafdeling, thuis of in een hospice.	1	0	0%
13. Combinatie van Goede Voorbeelden*	5	4	80%
TOTAAL*	76	63	83%

* De volgende combinaties waren er 2+9+10, 2+9, 1+5, 1+3, 1+3

De audio-opnames van de verdiepende interviews zijn letterlijk uitgeschreven en daarna kwalitatief, beschrijvend geanalyseerd. De uitkomsten van de interviews zijn, evenals de open antwoorden (in eigen bewoordingen) van de respondenten van de vragenlijst gebruikt als illustratie en verdieping van de voorgestructureerde kwantitatieve vragenlijstgegevens.