

Dossier

Implementeren van zorgvernieuwingen

Implementeren kun je leren en van implementeren kun je ook weer leren. In dit dossier aandacht voor de fijne kneepjes van het invoeren van richtlijnen, van een andere manier van werken of van andere zorgvernieuwingen.

In dit dossier

- Introductie: implementeren 12
- Meerdere richtlijnen tegelijk implementeren: Safe or sorry? 16
- Een dwaaldetectiesysteem voor demente bewoners 21
- VMS-thema kwetsbare ouderen in UMC Utrecht 23
- Interculturele palliatieve zorg in het verpleeghuis en de thuiszorg 29

Samenvatting

- Marian Adriaansen (lector Langdurige Zorg en hoofdredacteur TvZ) en Theo van Achterberg (hoogleraar Verplegingswetenschap/IQ healthcare) over succesvol implementeren van zorgvernieuwingen.
- SAFE or SORRY? Een onderzoek naar de haalbaarheid van het invoeren van drie nieuwe richtlijnen tegelijk. Uitgevoerd door een Nijmeegs onderzoeksteam in tien zieken- en verpleeghuizen.
- Woonzorgboerderij de Hagert was de eerste plek in Nederland waar dwaaldetectie buitenshuis werd ingezet. Locatiemanager Bernadette Baaijens over de hobbels die genomen moesten worden.
- Het thema Kwetsbare ouderen moet eind 2012 in alle ziekenhuizen in Nederland geïmplementeerd zijn. Het UMC Utrecht deelt haar ervaringen met het implementatietraject en doet aanbevelingen.
- Sterven doet ieder op zijn eigen manier. Een ondersteuningstraject in Amsterdam leidde tot een raamwerk voor het ontwikkelen van interculturele palliatieve zorg.

Van implementeren naar leren

In de gezondheidszorg en ook in de verpleging wordt veel nieuwe kennis verzameld. Er worden methoden en technieken ontwikkeld om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, doeltreffender te werken, de arbeidsomstandigheden te verlichten of de zorg goedkoper te maken. Er zijn steeds meer publicaties in (inter)nationale vaktijdschriften over kwalitatief goede en effectieve zorg. Maar de evaluaties zijn helaas vaak niet gericht op verpleegkundigen, voorgestelde vernieuwingen worden na de proefperiode niet doorgezet of adviezen blijven in de onderste la liggen. Tot voor kort was er weinig aandacht voor de implementatie en de borging van de resultaten op grotere schaal. Maar de belangstelling daarvoor neemt toe. Welke factoren spelen een rol bij een succesvolle toepassing van vernieuwingen? En welke methodes bereiken bij zorgverleners het gewenste effect?

Marian Adriaansen en Theo van Achterberg

De wens om de zorg te verbeteren kan zowel vanuit de praktijk komen, als vanuit resultaten van onderzoek (Grol & Wensing, 2007). Wanneer op een afdeling bijvoorbeeld veel medicatiefouten blijken te zijn, ontstaat er behoefte aan inzicht in omstandigheden waarbij deze fouten worden gemaakt. Andersom kan het verschijnen van de nieuwe evidence based richtlijn *Omgaan met probleemgedrag bij dementerenden* ertoe leiden dat afdelingen psychogeriatric van verpleeghuizen deze richtlijn gaan invoeren. De verpleging streeft naar een steeds meer evidence based praktijkvoering: gebaseerd op wetenschappelijke inzichten, de voorkeuren van de patiënt en goede ervaringen van professionals. Maar evidence is niet altijd beschikbaar en verpleegkundigen zijn niet altijd geïnteresseerd (Breimaier et al., 2011). Vaak zijn ze niet op de hoogte van de

laatste ontwikkelingen en zeggen ze geen tijd te hebben om deze in te voeren. Wanneer er nieuwe richtlijnen beschikbaar zijn worden deze niet altijd gevolgd. Het is bijvoorbeeld algemeen bekend dat een slechte handhygiëne leidt tot een grotere kans op infecties. Verpleegkundigen leren in de tweede week van hun opleiding hoe zij hun handen moeten desinfecteren en zijn op de hoogte van de risico's. Toch volgen ze lang niet altijd deze richtlijn. Nog een voorbeeld: er is een richtlijn over aanbevolen beleid m.b.t. het nuchter houden van een operatiepatiënt. Toch bleek uit onderzoek dat patiënten op basis van routinematige procedures veel te lang nuchter blijven (Vermeulen, Meents & Ubbink, 2007). Er zijn dus kennelijk factoren die professionals ervan weerhouden om 'het beste' te doen. Implementatie van nieuwe kennis of nieuwe

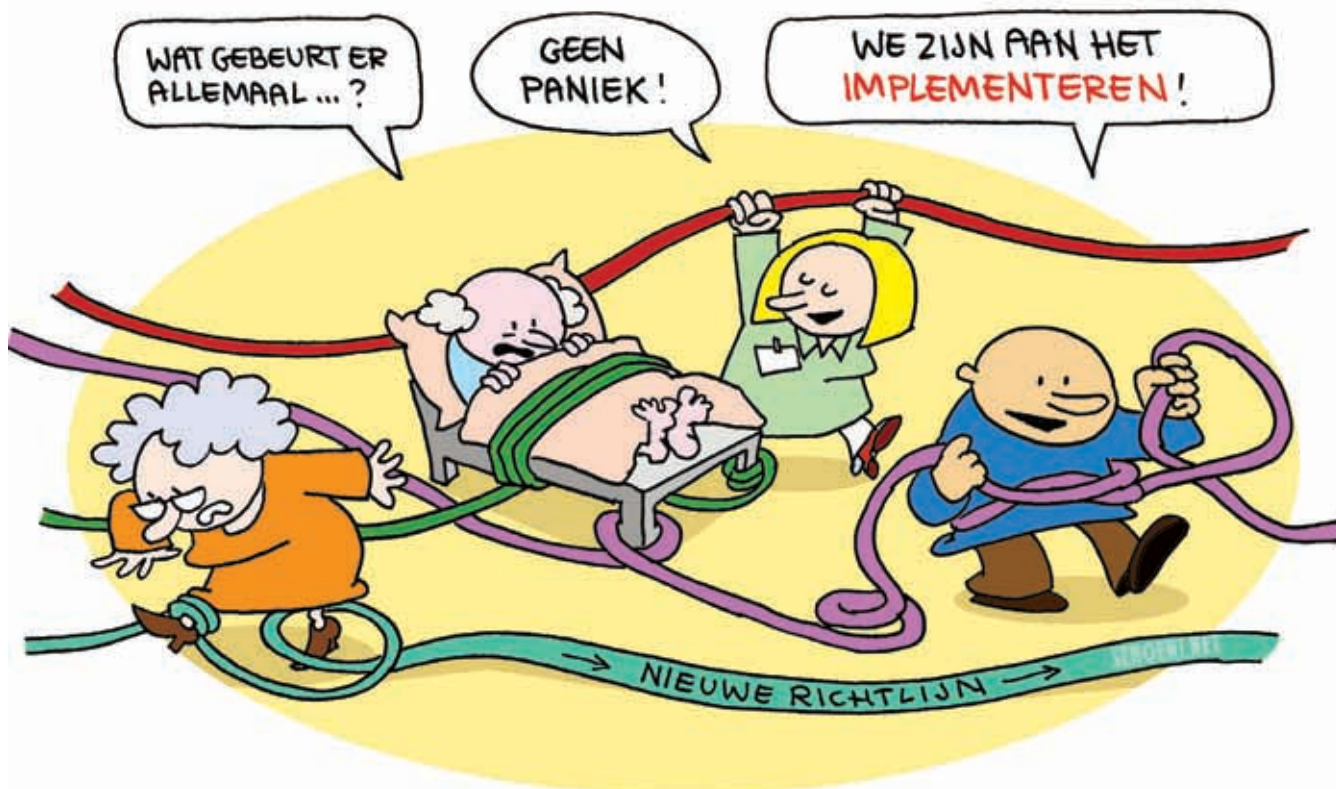
technieken gaat niet automatisch wanneer er nieuwe kennis of werkmethoden beschikbaar zijn. Dat verdient aandacht. Moet er een innovatie geïmplementeerd worden op de eigen afdeling? Dan is het belangrijk om de factoren in kaart te brengen die hierbij een rol kunnen spelen (Grol & Wensing, 2007). We bespreken hierna een mogelijke werkwijze.

Kenmerken van de innovatie

De ene innovatie is de andere niet. Ze verschillen van elkaar in complexiteit, de mate van overeenstemming met de huidige gang van zaken en oplossingsrichting voor ervaren problemen. Het implementeren van een pijnmetingschaal bij dementerenden in een verpleeghuis is iets anders dan een disease management programma voor chronisch zieken met meerdere aandoeningen, waarbij zowel de eerste als de tweede lijn betrokken zijn. En hoewel de eerste minder ingewikkeld lijkt, is het ook daar geen kwestie van het instrument overhandigen aan de verzorgenden en dan verwachten dat ze vanaf de volgende dag op de afdeling pijn gaan meten. Elke innovatie vraagt weer een andere aanpak. Het is belangrijk om de innovatie zo ver mogelijk aan te passen aan bestaande locale omstandigheden. Maar: 'Wij doen dat hier altijd anders' is op zichzelf geen valide reden om een nieuwe werkwijze niet in te voeren.

Kenmerken van de doelgroep van professionals

Verpleegkundigen hebben niet alleen behoefte aan meer kennis over bijvoor-



Figuur 1. Methoden om veranderingen te implementeren (bron: Grol, R. & Wensing, M., 2006).

beeld een richtlijn of een nieuwe werkwijze. Zij zijn vooral gediend met aandacht voor het nut en de noodzaak van de innovatie. Van belang is dat de innovatie een probleem oplost dat hen in de praktijk daadwerkelijk hindert, of zou moeten hinderen gezien de negatieve invloed op de kwaliteit van zorg. Technologische innovaties zijn vaak achter het bureau bedacht zonder dat de professional en de patiënt daarbij betrokken zijn. En daardoor verloopt de implementatie van deze oplossingen moeizaam. Zorgverleners lopen niet voorop bij technische innovaties en laten zich niet leiden door motieven als vergemakkelijking van werkomstandigheden (Blanson Henkelmans et. al., 2010). Het is de moeite waard binnen het team te zoeken naar enthousiaste voorlopers en sleutelfiguren: zij kunnen

de anderen teamleden meetrokken en overtuigen met hun resultaten. Niet alle teamleden zullen bij voorbaat overtuigd zijn van het nut van de innovatie. Een rol hierbij speelt de eigen effectiviteit: een positieve verwachting over de eigen capaciteiten om de innovatie te gebruiken (Bandura, 1997).

Kenmerken van de sociale context

Het team, de leidinggevende en invloedrijke professionals betekenen veel bij het invoeren van de innovatie. Wanneer invloedrijke professionals met de innovatie instemmen is de kans groter dat deze ook werkelijk geïmplementeerd wordt. Voor verpleegkundigen zijn daarbij artsen een belangrijk referentiekader. Het heeft jaren geduurd voordat het operatiegebied niet meer geschoren

werd, omdat chirurgen er op stonden dat de gebruikelijke werkwijze gehandhaafd bleef. Terwijl al lang bekend was dat scheren een bron van infectie kan zijn. Verpleegkundigen bleken niet in staat om de artsen met argumenten te overtuigen. Maar ook zij moeten hun verantwoordelijkheid nemen in het verbeteren van de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg. De leidinggevende heeft daarbij een belangrijke stimulerende rol. Deze kan functioneren als rolmodel, moet successen vieren, soms controleren, bemoedigen en de nog bestaande belemmeringen opsporen en zo mogelijk verhelpen.

Kenmerken van de patiënt

Ook de patiënt heeft invloed op het succes van een nieuwe werkwijze. Bij evidence based richtlijnen worden de

voorkeuren van de patiënt meegenomen, maar vernieuwingen zijn niet altijd goed afgestemd op de behoeften en kenmerken van de individuele patiënt, zoals kennis, gedrag, normen, waarden en therapietrouw. Een voorbeeld: beeldschermcommunicatie met ouderen veronderstelt een vaardigheid die niet altijd aanwezig is of die ook bereikt kan worden via de telefooncirkel waar hij inmiddels aan gewend is. Richtlijnen zijn vaak gericht op de ‘gemiddelde’ patiënt. Bij specifieke doelgroepen als ouderen leiden ze soms juist tot schade (Olde Rikkert & Westert, 2011). De huidige patiënt is bovendien steeds mondiger en beter geïnformeerd. Dat betekent dus dat hij steeds vaker kritisch zal beschouwen of de richtlijn voor hem persoonlijk voordelen oplevert, of de hulpverlener de hygiënerregels wel in acht neemt en of hij wel technologie wil aanschaffen tegen een bepaalde prijs. De patiënt wordt nog weinig ingezet als actieve deelnemer van het implementatieproces.

Kenmerken van de organisatie

Sommige organisaties zijn meer innovatief dan andere. Stimulerend voor een innovatief klimaat zijn bijvoorbeeld een hoge mate van professionalisering van de medewerkers, beslissingen laag in de organisatie, goede communicatie, grote

betrokkenheid van de medewerkers (Gezondheidsraad, 2000) en een instelling die zich opstelt als ‘lerende organisatie’. Hulpverleners zitten in steeds meer netwerken en gebruiken die in hun (virtuele) communicatie. Kennis delen (ook over mislukkingen) bevordert innovatie. Belangrijk is wel dat de organisatie aandacht besteedt aan het bestendigen van de resultaten. En daar ontbreekt het soms aan (Vos et al., 2009).

Maatschappelijke factoren

Ook maatschappelijke factoren hebben invloed op de kans van slagen van implementaties. Denk daarbij aan de financiering van de verschillende zorgcomponenten en honoreringssystemen. In de VS financieren zorgverzekeraars bijvoorbeeld de meerkosten van decubitus niet boven een bepaald percentage. In Nederland komen de voordelen van innovaties soms terecht bij een andere partij. Bijvoorbeeld: een patiënt die vóór zijn heupoperatie oefeningen doet heeft een kortere ziekenhuisopname nodig. De eerste lijn maakt hierbij de kosten en de tweede lijn (ziekenhuis) profiteert daarvan. Wanneer patiënten een eigen bijdrage moeten betalen aan een stoppen met roken programma zien ze daar mogelijk van af, zelfs al begrijpen ze heel goed dat het voor hun gezondheid niet goed is om te roken.

Het implementatieproces

Voorwaarde voor een succesvolle implementatie is een goede planning en voorbereiding (Grol en Wensing, 2007). Daarbij moeten alle betrokkenen (afdelingsteam, managers, sleutelfiguren) enthousiast gemaakt worden. Van belang is om vervolgens de feitelijke zorg goed in kaart te brengen. Dat kan bijvoorbeeld via een observationeel onderzoek naar handhygiëne van verpleegkundigen in meerdere instellingen, maar ook door het toepassen van de geeltjesmethode op een afdeling (www.vilans.nl). Daarbij worden bijvoorbeeld medicatiefouten een week lang op gele post-its genoteerd en opgehangen op een wandbord. De uitkomst is het startpunt van de verbeteractie, gericht op de meest voorkomende en/of de gemakkelijkst op te lossen problemen. Stel hierbij de doelen zo duidelijk mogelijk, zodat aan het einde van de periode vastgesteld kan worden of de implementatie geslaagd is. Vaak zijn elders al oplossingen gevonden, die misschien makkelijk kunnen worden gemodelleerd naar de eigen afdeling. Deze oplossingen zijn te vinden in de (internationale) onderzoeksliteratuur maar ook in ‘best practices’ uit de regio. Het is altijd de moeite waard om uit te zoeken of een andere organisatie het wiel al heeft uitgevonden.

Strategieën

Is het probleem inzichtelijk en zijn de beoogde resultaten van de verandering helder? Inventariseer dan de factoren die de implementatie belemmeren of bevorderen. Zien teamleden de innovatie misschien als verkapt bezuiniging of denken ze de vaardigheden voor de nieuwe werkwijze te missen? Zijn de middelen beschikbaar of is bijvoorbeeld

Tabel 1. Invoering van verschillende innovaties (bron: Grol, R. & Wensing, M., 2006).

Verbetering van	Vraagt om bijvoorbeeld invoering van
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinische besluitvorming 	<ul style="list-style-type: none"> - (Samenvattingen van) wetenschappelijke literatuur - (Evidence-based) richtlijnen - Risicotabellen en decision aids
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Praktijkvoeringsroutines 	<ul style="list-style-type: none"> - Zorgprotocollen/zorgplannen/integrated care pathways - Disease management-systemen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efficiëntie in de zorgverlening 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbetering van zorgprocessen (business redesign) - Best practices



het computerprogramma te traag is of zijn de aan te schaffen materialen te duur? Dit kunnen belemmerende factoren zijn. Een bevorderende factor is de aanwezigheid van een stimulerende leidinggevende.

Een volgende stap is het kiezen van het soort innovatie. De educatieve strategie is daarbij favoriet: instructie en informatie geven over de gewenste werkwijze. Men veronderstelt dat dit automatisch leidt tot het nieuwe gewenste gedrag. De resultaten van deze strategie zijn echter niet eenduidig, zeker niet wanneer het als enige strategie wordt toegepast (Halfens & Van Linge, 2003; Grol & Grimshaw, 2003). Gebruik van verschillende strategieën heeft meer effect (Grol & Wensing, 2007).

Een andere strategie is bijvoorbeeld het verhogen van de extrinsieke motivatie van de betrokkenen. Dat kan met financiële beloningen of boetes (door de zorgverzekeraar), maar ook via interne audits, peer reviews, spiegelgesprekken met patiënten of het gebruiken van uitkomstindicatoren op websites als Zorgvoorbeter.nl.

De intrinsieke motivatie van teamleden wordt bevorderd door directe en persoonlijke feedback of door herinneringsstickers of posters aan de muren. Mogelijke strategieën om vaardigheden te vergroten zijn training en feedback on the job, instructie, e-learning en klinische lessen. Wanneer teamleden denken dat de nieuwe werkwijze te tijdrovend is, is de methode van perspectiefverandering geschikt: 'Hoe zou jij het vinden wanneer jouw moeder vanwege een infectie op de IC belandt?' Een andere optie: bewust inzetten van rolmodellen (Van Achterberg et al., 2008). Ook verbeteringen in de

materiële voorzieningen kunnen bijdragen aan het succes van de innovatie.

Tot slot is het belangrijk aandacht te besteden aan de borging en verspreiding van de implementatie. De nieuwe werkwijze moet verankerd worden en mogelijk opgeschaald naar de hele instelling.

Tot slot

Er zijn meerdere variaties mogelijk op de hierboven geschetste werkwijze. Een relatief snelle methode die in Nederland regelmatig gebruikt wordt is de doorbraakmethode (www.movisie.nl). Hierbij is binnen een jaar te zien of kleinschalige actie leidt tot een verandering en verbetering die de moeite waard is om in de hele organisatie door te voeren. Meerdere organisaties zijn met hetzelfde thema bezig en leren van elkaar. Hoewel de projecten op zichzelf succesvol zijn blijft aandacht voor borging en verspreiding nodig (Vos et al., 2009). Een andere variatie is het invoeren van meerdere richtlijnen binnen een instelling tegelijk (Van Achterberg et al., 2008). Een studie van Van Gaal (2011) laat zien dat het heel goed mogelijk is om succesvol verschillende richtlijnen tegelijk te implementeren.

Welke methode ook gebruikt wordt: zie implementatie als een doordacht en inspirerend leerproces. Er zijn vele betrokken actoren en mogelijke methoden, die we nog verder kunnen verbeteren. ■

Referenties

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy; the exercise of control*. New York: Freeman and Company.

Blanson Henkelmans, O.A., Molema, J.J.W., Franck, E.J.H. & Otten, W. (2010). *Zelfmanagement als arbeidsbesparende innovatie in de zorg*. Leiden, TNO. (www.rvznet.nl)

Breimaier, H.E., Halfers, R.J.G. & Lohmann, C. (2011). Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (12), 1744-1756.

Gezondheidsraad (2000). *Van implementeren naar leren*. Het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. Den Haag.

Grol, R. & Wensing, M. (2006). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen, Elsevier.

Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362 (9391), 1225-1230.

Halfens, R. & Van Linge, R. (2003). *Disseminatie en implementatie van kennis*. In: Verpleging en Verzorging. State of the arts studies. Utrecht.

Olde Rikkert, M. & Westert, G. (2011) Laat oudere zelf regie houden bij behandeling. *NRC Handelsblad*, 31 mei, 9.

Van Achterberg, T., Schoonhoven, L. & Grol, R. (2008). Nursing implementation science: how Evidence-Based nursing requires Evidence Based implementation. *Journal of Nursing Scholarship*, 40 (4), 302-310.

Van Gaal, B. (2011). *Safe or sorry?* Proefschrift. Nijmegen.

Vermeulen, H., Meents, N. & Ubbink, D. (2007). Nuchtere kijk op nuchtere maag: Onderzoek naar kennis nuchterbeleid voor OK. *Nursing*, 14, 20-21.

Vos, L., Dückers, M.L.A. & Wagner, C. (2009). Blijft het vliegwiel draaien? Resultaten van een follow-up meting. *Best Practices Zorg*, 2 (2), 35-40.

www.movisie.nl

www.vilans.nl

www.zorgvoorbeter.nl



Meerdere richtlijnen tegelijk implementeren

Onderzoek 'SAFE or SORRY?'

In de zorg komen vaak nieuwe richtlijnen uit. Al die richtlijnen succesvol invoeren vraagt zoveel tijd en aandacht dat het onhaalbaar lijkt. En dat is natuurlijk niet bevorderlijk voor de veiligheid en kwaliteit van de zorg. Een mogelijke oplossing: meerdere richtlijnen tegelijk invoeren. Schoonhoven en collega's onderzochten de haalbaarheid hiervan in het SAFE or SORRY? onderzoek.

Betsie van Gaal, Lisette Schoonhoven, Joke Mintjes, Raymond Koopmans, Theo van Achterberg

De belangrijkste vraagstelling in het SAFE or SORRY? onderzoek: is het mogelijk om meerdere richtlijnen tegelijk te implementeren? Om dit te onderzoeken ontwikkelden we een patiëntveiligheidsprogramma, gebaseerd op drie verschillende richtlijnen. Het programma bevatte de belangrijkste aanbevelingen en indicatoren uit die richtlijnen (preventie van decubitus, urineweginfecties en valincidenten). Aanvullend ontwikkelden we een gecombineerde implementatiestrategie om de invoering van het programma te ondersteunen. Het patiëntveiligheidsprogramma werd in gebruik genomen door verpleegkundigen en verzorgenden op in totaal twintig afdelingen van tien deelnemende zieken- en verpleeghuizen. Zouden patiënten op deze afdelingen minder vaak decubitus of een urineweginfectie ontwikkelen en minder vaak vallen dan in de zieken- en verpleeghuizen waar het programma niet werd gebruikt?

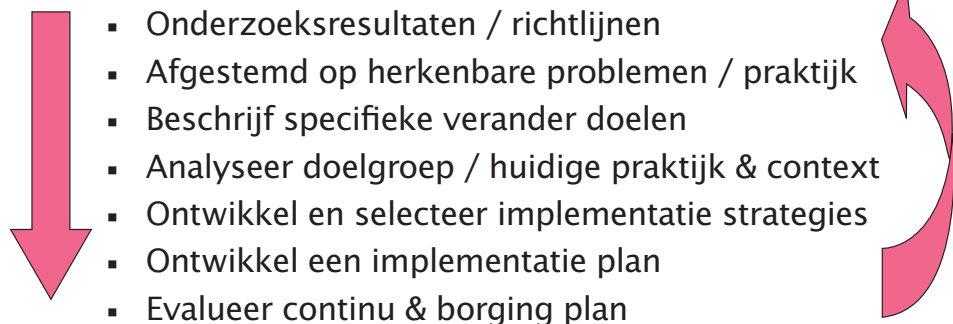
Achtergronden

De zorg in Nederland kent veel richtlijnen. Desondanks krijgen patiënten vaak

niet de best mogelijke zorg (Halfens e.a., 2003; Van Achterberg e.a., 2008) en lopen ze een hoog risico op vaak vermijdbare adverse events (AEs) (Thomas e.a., 2000). Verschillende factoren of barrières kunnen het (niet) opvolgen van richtlijnen beïnvloeden. Zo zijn richtlijnen vaak omvangrijk, algemeen geschreven en niet echt leesbaar voor verpleegkundigen en verzorgenden. Hierdoor zijn ze vaak niet praktisch in het dagelijks gebruik. Een probleem is ook de veelheid aan richtlijnen die tegelijk om aandacht vragen. Daarbij komt nog dat bij de implementatie van richt-

lijnen een herkenbare, eenduidige systematiek ontbreekt.

Het implementeren van iedere richtlijn vraagt van organisaties en zorgverleners veel tijd en aandacht. Zo moet voor elke in te voeren richtlijn scholings- en/of informatiemateriaal komen: een tijdrovend karwei. Door al deze factoren lijkt het onhaalbaar om alle richtlijnen die nodig zijn voor een goede kwaliteit van zorg, in de praktijk in te voeren. Deze situatie staat op gespannen voet met de verantwoordelijkheid van professionals om de veiligheid van patiënten in zorginstellingen te garanderen. Het idee ontstond om een programma te ontwikkelen ter ondersteuning van organisaties en professionals, waarmee het mogelijk is om meerdere richtlijnen tegelijk in te voeren. Als dit mogelijk blijkt te zijn, zou dit een aanzienlijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg van patiënten in zorginstellingen. In het SAFE or SORRY? onderzoek onderzochten we deze mogelijkheid: we

- 
- Onderzoeksresultaten / richtlijnen
 - Afgestemd op herkenbare problemen / praktijk
 - Beschrijf specifieke veranderdoelen
 - Analyseer doelgroep / huidige praktijk & context
 - Ontwikkel en selecteer implementatie strategieën
 - Ontwikkel een implementatie plan
 - Evalueer continu & borging plan

(Grol & Wensing, 2006. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg)

Figuur 1. De zeven stappen van het implementatieproces.

werkten een programma uit voor de gelijktijdige implementatie van richtlijnen voor decubitus, urineweginfecties en valincidenten.

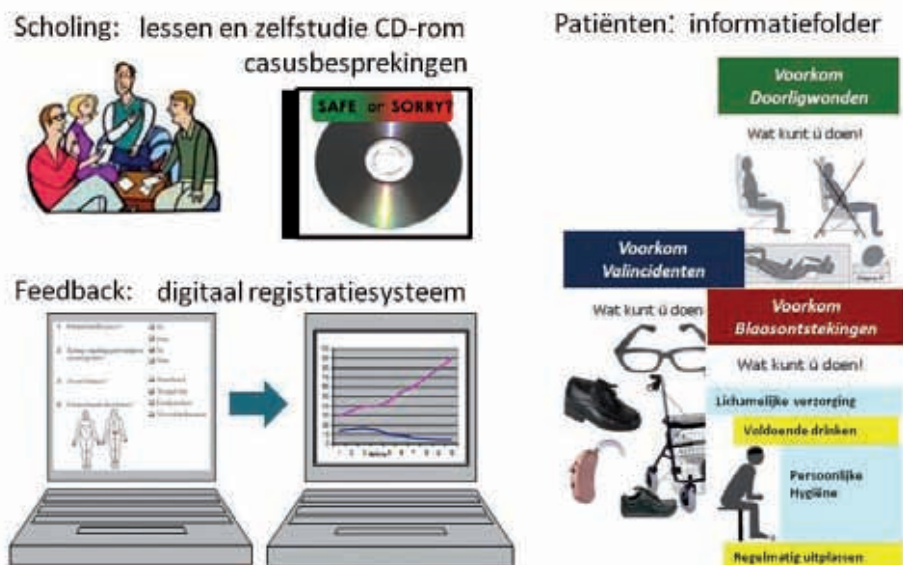
In de eerste fase van dit onderzoek ontwikkelden we een patiëntveiligheidsprogramma. In de tweede fase testten we of dit programma effectief was. Hierbij onderzochten we of patiënten in zieken- en verpleeghuizen minder decubitus en urineweginfecties ontwikkelden en/of er minder valincidenten waren.

Patiëntveiligheidsprogramma

Fase 1 van het onderzoek betrof de ontwikkeling van het patiëntveiligheidsprogramma. Hiervoor gebruikten we het model van Grol (2006), waarin het proces van implementeren in een zevental stappen eenvoudig is weergegeven (figuur 1).

Het programma bestond uit de meest essentiële aanbevelingen en proces- en uitkomstindicatoren van de beschikbare evidence based richtlijnen (CBO, 2002; CBO 2004; Defloor e.a., 2005; NVVA, 2006; WIP, 2005). Voor de implementatie van het programma ontwikkelden we een implementatiestrategie, die zich richtte op meerdere barrières. Deze gecombineerde implementatiestrategie bestond uit vier onderdelen: educatie, voorlichting aan de patiënt, feedback op basis van een digitaal registratieprogramma en een op maat gemaakt implementatieplan voor elke afdeling (figuur 2).

We ontwikkelden het patiëntveiligheidsprogramma met hulp van drie experts en met de verpleegkundigen en verzorgenden die het zouden gaan gebruiken. De onderzoeksgroep en de experts for-



Figuur 2. Gecombineerde implementatiestrategie.

muleerden de essentie van de richtlijnen en indicatoren. Daarna bespraken twee van de onderzoekers deze met de gebruikersgroep. Die groep bestond uit zeventien toekomstige gebruikers van het programma, twee artsen en een implementatie-expert. De gebruikersgroep kwam vijf keer bij elkaar. We gebruikten alle informatie uit deze bijeenkomsten voor het aanpassen en bijstellen van het scholingsprogramma voor elke interventieafdeling.

Ter voorbereiding op de implementatie van het digitale programma inventariseerden we in een zeer vroeg stadium wat mogelijke knelpunten voor het gebruik ervan waren. We hielden rekening met mogelijk beperkte computervaardigheid van de verpleegkundigen en verzorgenden en de beperkte tijd om dagelijks de zorg te kunnen registreren. Daarom schonken we extra aandacht aan de gebruiksvriendelijkheid en prestaties van het digitaal registratie- en feedbacksysteem. Ook werd veel aandacht besteed aan basiscomputervaardigheden van verpleegkundigen en ver-

zorgenden. Het digitale programma werd vervolgens in een groep toekomstige gebruikers uitgeprobeerd. Na deze test was duidelijk dat we er in geslaagd waren een gebruiksvriendelijk systeem te ontwikkelen. Ook de tijd die nodig was voor het registreren van alle patiënten op de afdeling werd als acceptabel beschouwd. Iedere interventieafdeling benoemde een contactpersoon voor dit onderzoek. Samen met het afdelingshoofd waren deze contactpersonen verantwoordelijk voor de implementatie van het patiëntveiligheidsprogramma op hun afdeling.

Testen van het programma

In fase 2 vindt het eigenlijke testen van het patiëntveiligheidsprogramma op de deelnemende afdelingen plaats. In dit onderzoek zijn het niet de individuele patiënten maar de afdelingen, de zogenaamde clusters, die naar een interventie- of een controlegroep worden gerandomiseerd. Het SAFE or SORRY? onderzoek is daarmee een zogeheten clustergerandomiseerde trial. Aan het

onderzoek deden vier interne en zes chirurgische afdelingen uit vier ziekenhuizen en zeven somatische en drie revalidatieafdelingen uit zes verpleeghuizen mee. Het onderzoek startte in september 2006 met een drie maanden durende voormeting. Aansluitend volgde de implementatie van het patiëntveiligheidsprogramma op de interventieafdelingen gedurende veertien maanden. De negen maanden durende nameting eindigde in november 2008 (Van Gaal e.a., 2009). De onderzoekspopulatie volwassen patiënten (≥ 18 jaar) op de deelnemende zieken- en verpleeghuisafdelingen. Tijdens elke meetperiode werd aan deze patiënten gevraagd of ze aan het onderzoek wilden deelnemen. In de ziekenhuizen werd dit binnen 48 uur na opname gevraagd aan patiënten die naar verwachting vijf dagen of langer zouden blijven. In verpleeghuizen was dit binnen twee weken na opname of bij de start van de meetperiode. Na de schriftelijke instemming bezocht de onderzoeksverpleegkundige de patiënten wettelijk. Alleen patiënten met minimaal een tweede bezoek werden in het onderzoek opgenomen.

De primaire uitkomst was de incidentie van AEs: een optelling van de incidentie van decubitus, urineweginfecties en valincidenten. Decubitus werd geregistreerd als een patiënt een decubitus graad 2 of ernstiger ontwikkelde. We registreerden een urineweginfectie als die door een arts was gediagnosticeerd. Patiënten met een urineweginfectie werden voor een periode van drie weken geëxcludeerd van de registratie van urineweginfecties, dit om geen onderbehandeling te registreren. Valincidenten werden gemeten op basis van de rapportage in het patiëntendossier.

Een andere uitkomst was het percentage risicopatiënten waarbij preventieve maatregelen werden ingezet volgens de richtlijnen. Het risico op decubitus werd in ziekenhuizen gemeten met het PrePURSE instrument (Schoonhoven et al., 2006) en in verpleeghuizen met de Braden schaal (Braden e.a., 1994). Ziekenhuispatiënten hadden risico op een urineweginfectie als ze ten minste één van de volgende risicofactoren hadden (NVVA, 2006; WIP, 2005): 1) een (verblijfs)blaaskatheter of de week daarvoor een (verblijfs)blaaskatheter gehad, 2) incontinent voor ontlasting, 3) urineretentie of 4) een urineweginfectie in de afgelopen twee jaar. Volgens de richtlijnen hadden alle verpleeghuisbewoners risico op een urineweginfectie (NVVA, 2006). Voor het herkennen van ziekenhuispatiënten met risico op een valincident gebruikten we het STRATIFY risicoscore instrument (Oliver e.a., 1997). Volgens de richtlijn hadden alle verpleeghuisbewoners risico op een valincident, uitgezonderd de bewoners die volledig immobiel zijn (CBO, 2004). Preventieve maatregelen werden geregistreerd als de maatregel werd gegeven volgens de richtlijnen. Figuur 3 laat zien welke adequate maatregelen in dit onderzoek werden geregistreerd.

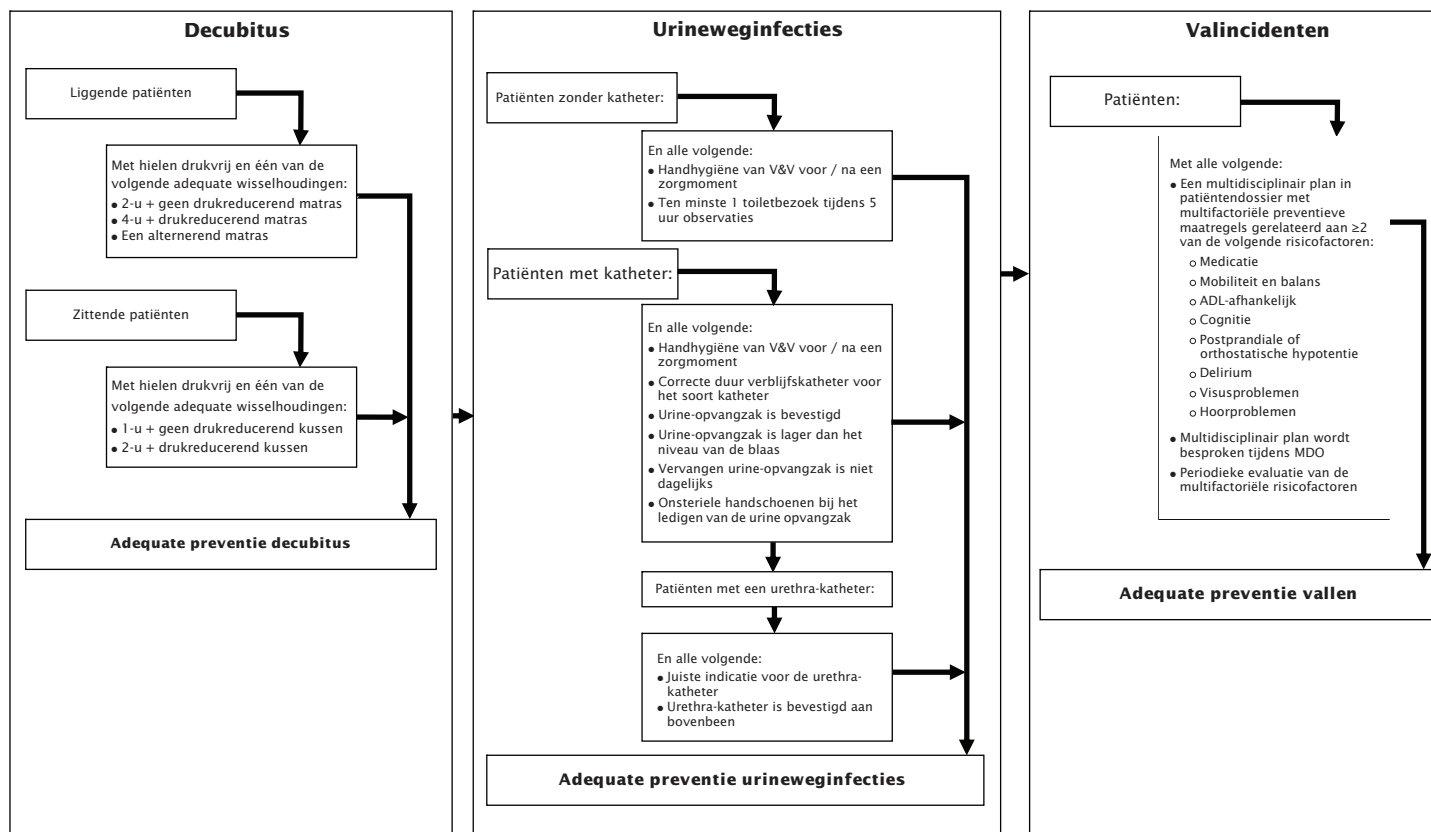
Gegevensverzameling en -analyse

Tijdens de voor- en nameting werden de onderzoeksgegevens op twee manieren verzameld: door een wekelijks bezoek aan de patiënt en door aanvullende observaties op elke afdeling. Tijdens de wekelijkse bezoeken werden gegevens verzameld over de AEs en het toepassen van preventieve maatregelen. Hiervoor lazen de onderzoeksverpleeg-

kundigen het patiëntendossier, inspecteerden de huid van elke patiënt en registreerden de preventieve maatregelen. Tijdens de observaties werd een selectie van minimaal vijf geïncludeerde patiënten en de verpleegkundigen bij de uitvoer van de dagelijkse zorg geobserveerd. Hierbij observeerden we het toepassen van preventieve maatregelen gedurende vijf aaneengesloten uren. De resultaten van dit onderzoek werden voor de zieken- en de verpleeghuizen apart geanalyseerd, omdat de patiëntkenmerken en de opnameduur in de zieken- en verpleeghuizen verschillend zijn. Het verschil in incidentie en het toepassen van preventieve maatregelen tussen de interventie- en de controlegroep tijdens de nameting is met multilevel regressiemodellen geanalyseerd.

Resultaten

In totaal hebben 687 ziekenhuispatiënten en 241 verpleeghuispatiënten in de voormeting en 2201 ziekenhuispatiënten en 392 verpleeghuispatiënten in de nameting aan het onderzoek meegedaan. Tijdens de nameting ontwikkelden de ziekenhuispatiënten in de interventiegroep 97 AEs met een incidentie van 6,2% AEs/patiëntweek. In de controlegroep waren dat 152 AEs met een incidentie van 8,5% AEs/patiëntweek (Figuur 4). In de verpleeghuizen ontwikkelden de patiënten in de interventiegroep 174 AEs met een incidentie van 6,3% AEs/patiëntweek. In de controlegroep waren dat 272 AEs en een incidentie van 8,9%/patiëntweek (Figuur 4). Analyse van deze resultaten liet zien dat in de ziekenhuizen de patiënten in de interventiegroep 43% minder AEs ontwikkelden in vergelijking met de patiënten in de controle-



Figuur 3. Adequate preventieve maatregelen.

groep. In de verpleeghuizen was dit verschil 33% in het voordeel van de patiënten in de interventiegroep (Van Gaal e.a., 2011).

Bij de patiënten met risico op *decubitus* bleek dat zowel in de ziekenhuizen als in de verpleeghuizen er geen verschil was tussen de interventie- en de controlegroep. In beide groepen kreeg een vergelijkbaar percentage risicopatiënten adequate preventieve maatregelen. Bij de patiënten die risico hadden op een *urineweginfectie* bleek na analyse dat in de ziekenhuizen juist minder risicopatiënten in de interventiegroep adequate preventie kregen ten opzichte van de controlegroep. In de verpleeghuizen was er geen verschil tussen beide groepen. Bij de patiënten die risico hadden op een *valincident* was verdere analyse

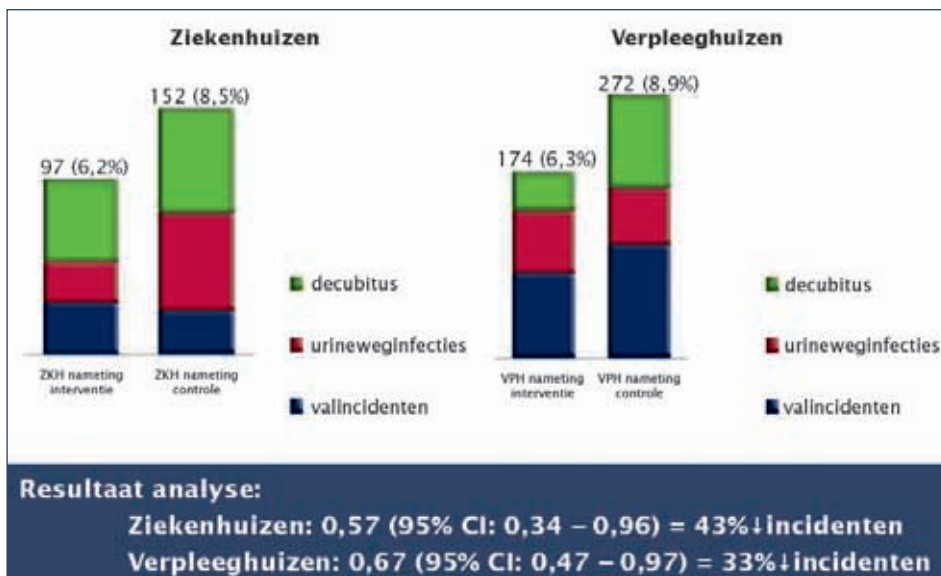
zowel in de ziekenhuizen als in de verpleeghuizen niet mogelijk aangezien te weinig risicopatiënten preventieve maatregelen kregen (Van Gaal e.a., 2011).

Discussie

Dit is het eerste onderzoek waarin een patiëntveiligheidsprogramma werd ontwikkeld en getest dat meerdere richtlijnen tegelijk implementeerde. Zowel in de ziekenhuizen als in de verpleeghuizen nam in de interventiegroepen de incidentie van de AEs per patiëntweek significant af in vergelijking met de controlegroepen. In het aantal preventieve maatregelen bij patiënten die risico hadden op één van deze AEs zagen we in de analyse tussen de interventie- en de controlegroepen geen toename. Kijkend naar het positieve effect op de

primaire uitkomst van dit onderzoek hadden we ook een positief resultaat verwacht voor de toepassing van preventieve maatregelen. Tot onze verbazing kregen echter de risicopatiënten in de interventiegroep niet meer preventieve maatregelen.

Het onderzoek kende een aantal beperkingen. Wij verzamelden de data op twee manieren: door een wekelijks bezoek aan de patiënt en aanvullende observaties op elke afdeling op drie momenten gedurende vijf aaneengesloten uren. Op deze manier wilden we een goed beeld krijgen van de gegeven preventieve zorg. Echter, preventieve zorg wordt 24 uur per dag en zeven dagen per week uitgevoerd. Ondanks dat we op meerdere momenten de gegevens verzamelden, waren dit maar een aantal momentenopnames. Het is heel goed



Figuur 4. Resultaten AEs (optelling van de incidentie van decubitus, urineweginfecties en valincidenten)

mogelijk dat we hierdoor een beperkte blik hebben gekregen op de preventie en preventieve maatregelen hebben gemist. Daarbij hebben wij met het analyseren van de preventieve maatregelen zelf de norm over wat wel/geen adequate preventie is erg hoog gelegd. Een risicopatiënt kreeg in onze analyse pas het kenmerk ‘adequate preventie’ als die patiënt *alle* relevante preventieve maatregelen kreeg. Er is echter geen evindence dat alle aanbevelingen uit een richtlijn tegelijkertijd moeten worden gegeven. Het is heel goed mogelijk dat het opvolgen van 60-80% van de aanbevelingen of één of meer specifieke preventieve maatregelen al een vermindering van het aantal AEs teweeg brengen. Daar hebben wij bij onze analyses geen rekening mee gehouden. Dit project bevatte diverse uitdagingen. Voor de ontwikkeling van de interventie gebruikten we de beschikbare richtlijnen voor elk onderwerp. Drie omvangrijke richtlijnen vertalen in een hanteerbaar voorstel ter verbetering van de patiënt-

tenzorg is niet gemakkelijk. We kozen ervoor om de essentie van elke richtlijn vorm te geven in een herkenbare, eenvoudige en gestructureerde benadering en daarmee elke richtlijn te reduceren tot een praktisch handvat. Als onderdeel van de interventie had het digitaal registratie- en feedbacksysteem de bedoeling om de verpleegkundigen op de afdeling inzicht te geven in de proces- en uitkomstindicatoren en ze te motiveren bij het werken volgens de richtlijnen. Hoewel we bij de ontwikkeling van dit feedbacksysteem rekening hielden met de meeste knelpunten hebben we deze niet allemaal kunnen wegnemen. Zo konden we dubbele registratie van zorg niet voorkomen. De verpleegkundigen en verzorgenden registreerden de zorg met behulp van het computerprogramma en rapporteerden daarnaast in het patiëntendossier. In een volgende stap zou het digitaal registratiesysteem geïntegreerd kunnen worden in het elektronisch patiënt-/cliëntendossier, waardoor dubbelregistratie niet meer nodig is.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat het mogelijk is een patiëntveiligheidsprogramma te ontwikkelen en te implementeren waarmee zieken- en verpleeghuizen meerdere richtlijnen tegelijk kunnen implementeren. Het resultaat van dit onderzoek is veelbelovend voor de toekomst, omdat dit de patiëntveiligheid ten goede komt. Aangezien dit het eerste onderzoek is dat de effectiviteit van zo’n veelomvattend programma test is meer onderzoek nodig om deze resultaten te bevestigen. ■

Auteurs

- B. (Betsie) G.I. van Gaal, PhD, RN, Verpleegkundig onderzoeker IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen.
- Lisette Schoonhoven, PhD, RN, Senior onderzoeker verplegingswetenschap, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen.
- Joke Mintjes, PhD, RN, Emeritus Lector Acute Intensieve Zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.
- Raymond Koopmans, PhD, MD, Hoogleraar ouderenzorg, Eerstelijngeneeskunde/Ouderengeneeskunde, UMC St Radboud, Nijmegen
- Theo van Achterberg, PhD, RN, Hoogleraar verplegingswetenschap, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen.

Correspondentie:

Betsie van Gaal
 114 IQ healthcare
 Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
 b.vangaal@iq.umcn.nl
 www.iqhealthcare.nl

Literatuur

De literatuurlijst behorend bij dit artikel kunt u inzien op www.tvzdirect.nl onder inhoudsopgave nr. 3, 2012.

Implementatie dwaaldetectiesysteem

‘Het moet tussen de oren komen’

Demente mensen niet opsluiten achter een dichte deur, maar ze de vrijheid geven om zelfstandig naar buiten te gaan. Voor een wandelingetje op het erf, naar de dieren of voor een sigaretje op de bank in de zon. Het kan op woonzorgboerderij de Hagert, dankzij een dwaaldetectiesysteem. Iedereen is enthousiast en de pers uit binnen- en buitenland reageerde vol belangstelling. Maar voor het zo soepel liep, moesten er wel de nodige hobbels worden genomen.

Harriët Teijen

Locatiemanager Bernadette Baaijens heeft veel gesprekjes gevoerd, heel veel gesprekjes. ‘We werken hier met ongeveer 75 parttimers en ook nog zo’n 80 vrijwilligers. Die moesten allemaal met het nieuwe systeem om kunnen gaan. En het ook willen. Want het vraagt wel wat van ze. De implementatie van een innovatie als deze staat of valt met je mensen: daarom hebben we daar veel tijd in geïnvesteerd. Ik kan gerust

zeggen dat we twee jaar bezig zijn geweest voordat alles op rolletjes liep.’

Boerderij met visie

Op woonzorgboerderij de Hagert bij het Gelderse Wijchen wonen 18 dementerende ouderen en 13 mensen met een verstandelijke beperking. Bernadette Baaijens: ‘Veel bewoners komen oorspronkelijk ook uit een landelijke omgeving en we willen hun vrijheid hier

zo min mogelijk beperken. We hebben een groot erf met vijf hectare land erachter, we hebben dieren, een fruitboomgaard, een grote kas en een moestuin. Je wilt dat je bewoners daar optimaal van kunnen genieten. Via een student die onderzoek deed naar domotica hoorden we over dit dwaaldetectiesysteem van VieDome. Het idee sloot aan bij onze visie en we besloten om pilotlocatie te worden. Dwaaldetectie was er al wel meer, maar voor zover ik weet waren wij de eerste in Nederland waar het ook buitenshuis werd ingezet. Onze bewoners kunnen met dit systeem zelfstandig naar buiten, in direct contact met de openbare weg.’

Hoe werkt het?

‘De bewoner krijgt een ‘tag’ in de hak zijn schoen: een zendertje ter grootte van een rijksdaalder. Het zendertje is gekoppeld aan de naam van de drager en bevat informatie over diens bewegingsvrijheid. Er zijn twee zones. De eerste loopt tot aan de voordeur. Mag de bewoner naar buiten dan gaat de deur vanzelf open als hij nadert. Zo niet, dan blijft de deur gesloten. De tweede zonegrens is buiten, aan de rand van het erf. Als de bewoner voorbij die grens loopt, gaat de pieper van de dienstdoende verzorgende af. Die ziet dan om wie het gaat en kan een inschatting maken of er actie moet worden ondernomen.’

Vrouwen en techniek

‘Op de Hagert werken vrijwel alleen maar vrouwen. En het cliché is waar: vrouwen en techniek gaan niet altijd



Locatiemanager Bernadette Baaijens van woonzorgboerderij de Hagert.

MONIQUE STIJNS WERKT VANAF DE EERSTE DAG MET HET DWAALDETECTIESYSTEEM OP DE HAGERT:

‘In het begin was het wel wennen dat onze demente bewoners zomaar ongezien naar buiten konden lopen. De collega’s zagen dan ook allerlei problemen opdoemen. Maar ik denk liever in oplossingen dan in problemen. Een mooi voorbeeld is ons bushokje. Demente mensen hebben soms het gevoel dat ze weg moeten, met de bus mee naar huis. Via via kwamen we in contact met iemand van een busmaatschappij die ons een echt oud nostalgisch bushokje kon leveren. Dat staat nu op het erf, compleet met een buspaal met daarop: ‘Lijn 10 – De Hagert’. We verwachtten dat mensen daar zouden gaan zitten in plaats van doorlopen naar de weg. Uiteindelijk bleken ze dat niet te doen, maar wel roept het hokje veel gespreksstof op bij de mensen en dat is ook positief. Uiteindelijk hebben de kippen het hokje ingepikt als vaste zitplaats.’



even goed samen. De eerste maanden haperde die techniek nog regelmatig en stuitten we op allerlei praktische problemen. De eerste tags bleken bijvoorbeeld niet stevig genoeg en braken als mensen erop liepen. Toen legden we ze onder een inlegzootje, maar die werden vies en gingen stinken, waardoor het personeel geen zin had om ze te gebruiken. Vervolgens zijn we op zoek gegaan naar een schoenmaker die de tags kon inbouwen in de hak van de schoen. Voor al dat soort problemen zijn opgelost ben je zo een aantal maanden verder.’

Vertrouwen opbouwen

‘Maar de grootste uitdaging bij de implementatie was niet de techniek, maar het meekrijgen van de mensen. Dit systeem maakt het werk namelijk niet direct eenvoudiger. Het is zelfs extra werk, want als iemand aan de wandel gaat en te ver afdwaalt, moet je er achteraan. En soms weer, en weer. Terwijl

je nog vijf andere mensen hebt waar je verantwoordelijk voor bent. Je moet leren inschatten wanneer je moet ingrijpen: je hebt meer verantwoordelijkheid. En er is een zeker risico, want je hebt de mensen niet meer constant in het vizier. Een hark op het erf, een struikelpartij: er kan altijd iets gebeuren. Het is dus niet gek dat sommigen huiverig waren om hiermee te gaan werken. Er hoefde dan ook maar iemand te roepen: ‘Het systeem doet het weer niet’ en het ging als een lopend vuurtje rond. Terwijl het meestal niet aan het systeem, maar aan de gebruiker lag. Pieper niet opgeladen, de bewoner stond niet dicht genoeg bij de deur om het systeem te activeren, dat soort dingen. De kunst is dan om steeds weer positieve aansturing te geven. Mensen bij elkaar roepen en ze onze visie en de meerwaarde van het systeem weer voor de geest brengen. We zeggen altijd: het is niet erg om fouten te maken, werken is leren. Dat vertrou-

wen opbouwen is heel belangrijk en daar hebben we dan ook veel tijd en aandacht aan besteed.’

Vragendoosje

‘Behalve vertrouwen opbouwen en positieve aansturing geven moesten we de risico’s afdekken. Daarom hebben we ons nieuwe beleid vooraf met de Inspectie besproken. De afspraken worden per bewoner vastgelegd in het zorgdossier in samenspraak met de familie en de verpleeghuisarts. Tot slot heb ik, eenvoudig maar doeltreffend, in elke woning een doosje neergezet waarin medewerkers hun vragen en opmerkingen rond het systeem kwijt konden. Eens per week namen we al die briefjes door in het teamoverleg. Zo konden medewerkers erop vertrouwen dat hun vraag niet bleef liggen. Er kwamen vanzelf minder briefjes: na een jaar bleven de doosjes leeg en hebben we ze weggehaald.’

In het zonnetje

‘Inmiddels is er geloof ik niemand meer die moeite heeft met de dwaaldetectie. Je moet wel alert blijven, want zodra er een bewoner op de openbare weg verzeild raakt, steekt de discussie de kop weer op. Maar we zijn nog steeds enthousiast als we merken dat een bewoner die onrustig is zelf naar buiten gaat en daarvan opknapt. Vroeger stond zo iemand aan de gesloten deur te rammen en werd nog onrustiger. Een ander blijkt het goed te kunnen vinden met een bewoner van een andere woonunit en wandelt daar op eigen houtje naartoe. Dat hadden we zelf nooit verzonnen. En als je ziet hoe ze buiten in het zonnetje zitten: gewoon omdat ze daar zelf op dat moment zin in hebben, dan is dat toch genieten?’ ■

Implementatie VMS-thema in UMC Utrecht

Eén van de tien thema's van het landelijk VMS Veiligheidsprogramma is het thema *Kwetsbare ouderen* dat eind 2012 in alle ziekenhuizen in Nederland geïmplementeerd moet zijn. In het UMC Utrecht startte eind 2010 een themagroep samen met een klankbordgroep met het ontwikkelen, implementeren en verankeren van dit thema in dit ziekenhuis. De eerste afdelingen zijn in juni 2011 gestart met de implementatie van het thema. In dit artikel bespreken we onze ervaringen met dit traject, zodat ook andere ziekenhuizen er hun voordeel mee kunnen doen.

Drs. D.G. van Harten- Krouwel, M. de Man MSc, Dr. M.H. Emmelot-Vonk



Na een patiëntveiligheidsonderzoek van NIVEL/EMGO in 2008 zijn er tien inhoudelijke thema's vastgesteld met als doel het terugdringen van onbedoelde vermijdbare schade in ziekenhuizen.

Deze tien thema's worden bij elkaar een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) genoemd. In totaal werken 93 ziekenhuizen aan implementatie van dit VMS in hun organisatie. De doelstelling is

dat alle deelnemende ziekenhuizen voor 31 december 2012 een geaccrediteerd VMS hebben. Dit levert naar verwachting een reductie van onbedoelde vermijdbare schade op van 50 procent.

Noodzaak

Door de toenemende en dubbele vergrijzing van de bevolking vormen ouderen een aanzienlijk deel van de patiëntenpopulatie van het ziekenhuis. Ruim 25 procent van de patiënten die worden opgenomen is 70 jaar of ouder (400.000 in Nederland per jaar). Het ziekenhuis vervult dus een belangrijke rol bij de behandeling van en zorg aan ouderen (CBO 2006).

Binnen het UMC Utrecht zijn deze cijfers zeker herkenbaar. In 2009 werden hier 21.438 patiënten opgenomen. Van deze patiënten waren er 5480 zeventig jaar of ouder, dit is 25,6 procent. Steeds vaker gaat het ook om kwetsbare ouderen (CBO, 2006). Kwetsbaarheid is die conditie bij ouderen die geassocieerd is met een verhoogd risico op vooral fysiek functieverlies. Dit risico is geassocieerd met veroudering, beperkingen en multimorbiditeit (VMS Kwetsbare ouderen, 2009). Bij een grote groep ouderen die opgenomen is in het ziekenhuis ontstaat onherstelbaar functieverlies door complicaties tijdens de opname: de literatuur meldt percentages van 30 tot 60 procent (Hoogerduijn e.a. 2007). Functieverlies betekent dat mensen na een ziekenhuisopname blijvend minder goed zelfstandig activiteiten kunnen verrichten. Dit functieverlies kan na

VRAGEN INVENTARISATIEFASE

1. Hoeveel patiënten van 70 jaar en ouder zijn opgenomen in het UMC Utrecht in 2009? Hoe is dit aantal verdeeld over de verschillende divisies?
2. Welke initiatieven hebben de verschillende divisies al genomen rondom delirium, vallen, ondervoeding, fysieke beperkingen en decubitus?
 - a. Wordt er gebruik gemaakt van screeningsinstrumenten?
 - b. Zo ja, welke en hoe worden die ingezet (incidenteel of structureel)?
 - c. Welke andere maatregelen worden genomen voor de groep kwetsbare ouderen?
3. Welke gegevens van indicatoren zijn beschikbaar over delirium, vallen, ondervoeding, fysieke beperkingen en decubitus?
4. Welke middelen en/of aanpassingen zijn nodig om de instrumenten efficiënt en effectief in te zetten? De themagroep gaat na welke digitale aanpassingen nodig zijn om in het Elektronisch Ziekenhuis Informatiesysteem (EZIS) gegevens te kunnen registreren en op te nemen bijvoorbeeld in de digitale verpleegkundige anamnese.
5. Welke ziekenhuizen hebben ervaring met het uitwerken van het thema *Kwetsbare ouderen* en wat zijn daar de succesfactoren en knelpunten?

Kader 1. Inventarisatiefase: aan de hand van vragen wordt de uitgangssituatie in kaart gebracht.

ontslag verder toenemen en leiden tot heropname, opname in een verpleeghuis of zelfs vroegtijdige sterfte (de Rooij 2007, Boyd 2008). Factoren die kunnen bijdragen aan functieverlies zijn: gelijktijdige aanwezigheid van meerdere geriatrische problemen (zoals geheugenstoornissen en/of een delirium), verhoogd valrisico, ondervoeding, immobiliteit, incontinentie en polifarmacie. Dit functieverlies is deels niet te voorkomen, omdat het onderdeel is van het beloop van de specifieke ziekte of aandoening(en) van de patiënt. Een ander deel is echter wél vermijdbaar: door een vroegtijdige en systematische herkenning van risicopatiënten en het vroegtijdig inzetten van interventies. Ziekenhuizen zijn zich vaak onvoldoende bewust dat ouderen specifieke zorg nodig hebben: te vaak krijgen ouderen dezelfde behandeling als andere volwassenen in een ziekenhuis.

Ambities

Het UMC Utrecht formuleerde voor het thema *Kwetsbare ouderen* drie ambities. De eerste: eind 2012 worden alle klinische patiënten van 70 jaar en ouder gescreend op de vijf meest voorkomende risicogebieden bij ouderen (terug te vinden in de screeningsbundel van het thema):

- delirium
- vallen
- ondervoeding
- fysieke beperkingen
- decubitus (door het UMC Utrecht zelf toegevoegd).

Wanneer de oudere patiënt positief scoort op het desbetreffende risicogebied worden interventies ingezet om het ontstaan van of verergering van de complicatie te voorkomen.

De tweede ambitie: eind 2012 hebben alle verpleegkundigen van het UMC Utrecht de e-learningmodule *Kwetsbare ouderen* gevolgd. En de derde ambitie die werd geformuleerd: eind 2012 wor-

den bij alle opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder de risicogebieden van de patiënt in de ontslagbrief naar de huisarts en de thuiszorg vermeld.

Start themagroep en klankbordgroep

Om deze doelstellingen te realiseren startten in november 2011 binnen het UMC Utrecht twee multidisciplinaire groepen: een themagroep en een klankbordgroep. De themagroep bestaat uit professionals van twee afdelingen: Geriatrie (Divisie Interne Geneeskunde en Dermatologie) en Longziekten (Divisie Hart en Longen). Het gaat om professionals met expertise rondom dit thema. Zij worden ondersteund door een beleidsmedewerker en een manager Zorg. Zij nemen het initiatief in het gehele project. De themagroep komt met concrete voorstellen, die ze voorlegt aan de klankbordgroep. De klankbordgroep bestaat uit personen van verschillende divisies en disciplines, die veelvuldig met de doelgroep kwetsbare ouderen in aanraking komen en veel expertise hebben op dit gebied. Het doel van de klankbordgroep is om de voorstellen van de themagroep te toetsen en draagvlak te creëren voor de voorgestelde interventies. Op strategisch niveau heeft de themagroep de managers Zorg bij het thema betrokken. De voorzitter van de themagroep sprak regelmatig met hen en nodigde hen uit om op strategisch niveau mee te denken met de themagroep en bij te dragen aan het creëren van draagvlak voor de implementatie. Het project is ingedeeld in vier fasen: 1) Inventarisatie- en ontwikkelingsfase, 2) Voorbereidingsfase voor implementatie, 3) Pilot implementatiefase en 4) Implementatiefase.

Delirium

Zet preventieve interventies in om een delirium te voorkomen:

Verstoord geheugen en oriëntatie:

- Bed aan raanzijde.
- Gebruik een nachtlampje, klok, kalender.
- Zorg voor vertrouwde voorwerpen: foto's, kussen.
- Gebruik éénvoudige instructies en korte zinnen.
- Voorstellen en handeling uitleggen voordat je handelt.

Verstoorde vocht en voedinginname:

- Zorg voor voldoende vocht en voeding.

Verstoord uitscheidingspatroon

- Voorkom obstipatie en wees alert op het ontstaan van urineretentie.

Verstoorde mobiliteit:

- Start zo snel mogelijk na opname of operatie met mobiliseren.
- Beperk indien mogelijk het gebruik van infusen, drains of catheters.

Visus en gehoorbeperkingen:

- Attentie op bril en/of gehoorapparaat.
- Maak gebruik van hulpmiddelen.

Verstoord slaap en waakritme:

- Zorg voor een regelmatig dag- en nachtritme (dagprogramma) en een goede nachtrust

Familiezorg:

- Geef voorlichting aan patiënt en naasten over het risico van delirium en geef de volgende folder mee: 'Voorkom verwardheid in het ziekenhuis'.

Observeer het optreden van een delirium: Neem gedurende drie dagen in drie diensten de DOS af.

DOS score ≥ 3 (wrs. delirium)

Overleg met arts en onderneem gezamenlijk de volgende stappen:

- Stel de diagnose delirium vast
- Start diagnostiek naar de oorzaak.
- Start behandeling oorzaak en symptomen delirium. (zie *Multidisciplinaire richtlijn Delirium UMC Utrecht*)
- Overweeg consult geriatrie/psychiatrie.

Inventariseer de aanwezigheid van de volgende verpleegproblemen en zet hierop interventies in:

Gestoord bewustzijn, aandacht en prikkelverwerking:

- Zorg voor een evenwichtige prikkel dosering (bijv. prikkelarm of juist niet).
- Rustige benadering/ bekende gezichten.

Verstoord geheugen en oriëntatie:

- Zie preventieve maatregelen.

Angst:

- Bied steun en geborgenheid, blij bij de patiënt.
- Achterhaal oorzaak en verminder uitlokkende factoren.
- Vraag familie en naasten om ondersteuning.

Verstoord denken en waarneming:

- Zorg voor een veilige, rustige omgeving en adequate verlichting.
- Ga geen conflict aan, accepteer zo nodig de waarneming van de patiënt.

- Overleg tijdig met arts over medicatie.

Verstoord slaap en waakritme:

- Zie preventieve maatregelen.

Verminderde veiligheid:

- Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn altijd een laatste redmiddel.

Zie protocol 'Alternatieven vrijheidsbeperkende interventies' op scoop.

- Overweeg inzet familie.

- Waarborg frequent toezicht.

- Indien toch gefixeerd wordt, pas dit dan correct toe.

Familiezorg:

- Informeer de patiënt zoveel mogelijk wat er met hem gebeurt.

- Geef voorlichting aan de naasten en geef de volgende folder mee: 'Acute verwardheid (Delier)'.

Zie voor meer informatie de verpleegkundige richtlijn 'Acute verwardheid/ delirium' (scoop).

DOS score < 3 (wrs. geen delirium)

- Wees alert op het ontstaan van een delirium.
- Neem zn. nogmaals de DOS af.
- Wees alert op aanwezigheid van stil delirium (patiënt vertoont lusteloos, apathisch gedrag, trekt zich terug en sluit zich af).

Legenda kleuren:

Groen = preventie

Oranje = attentie

Rood = actie

Blaauw = nazorg

Nazorg:

- Geef patiënt en mantelzorger bij ontslag adviezen mee t.a.v. het signaleren en voorkomen van een delirium.
- Zorg voor een volledige overdracht naar thuiszorg, verzorgingshuis, verpleeghuis, huisarts of verpleeghuisarts.
- Overweeg verwijzing geheugenpoli Geriatrie bij pre-existente cognitieve stoornissen.

Bronvermelding

- VMS Praktijkijds 'De kwetsbare oudere'.
- Weldam S., hoogerduijn J. *Project Sneller & Beter Thuis*. UMC Utrecht en Hogeschool Utrecht; 2008.
- Schuurmans M.J., van der Woude J.A. *Verpleegkundige richtlijn Acute optredende verwardheid/ delier*, 3e herziene druk. Afdeling Geriatrie en Consultatieve Psychiatrie UMC Utrecht; 2008.
- Pel - Littell R.E., van Harten- Krouwel D.G. *Delirium Screening*. Afdeling Geriatrie UMC Utrecht; 2008

Stroomdiagram is ontwikkeld door:

Themagroep VMS De kwetsbare oudere DIGD en DH&L.
Contactpersoon: d.krouwel@umcutrecht.nl, afdeling Geriatrie.
Maart 2011

INTERVENTIES OP VIJF GEBIEDEN

1. Communicatie / PR

- Structurele informatievoorziening via interne UMC krant
- Presentaties verpleegkundig platform/podium, netwerken, beleidsvergaderingen en afdelingen
- Artikelen in vakbladen
- Ontwikkelen van een folder voor patiënten van 70 jaar en ouder opgenomen in het UMC Utrecht over werkwijze en doel van *VMS Kwetsbare ouderen*.
- Folders met informatie over de risicogebieden voor de patiënt en familie. Folders zijn beschikbaar op de afdelingen.

2. Scholing

- Inhoudelijke training van verpleegkundigen via e-learningmodule *Kwetsbare patiënt* en evt. module *Delirium*.
- Training digitale seniorgerichte anamnese / screeningsvragen en interventieschema's bij de EPD-training.
- Instructiefilm *VMS Kwetsbare ouderen* in het EPD.
- Reguliere bijscholing over de kwetsbare ouderen binnen de divisies.
- (Gebruik maken van reguliere bijscholingprogramma's)

- Twee keer per jaar bijscholing/ bijeenkomsten met alle aandachtshouders.

3. Microniveau

- Overleg met de managers hoe de disciplines het best te betrekken (top-down strategie).
- Risicogebieden van de patiënt worden opgenomen in de ontslagbrief naar de huisarts en thuiszorg.

4. Mesoniveau

- Minimaal één aandachtshouder per afdeling. Via sneeuwbaaleffect kennis overdragen aan collegae.
- Toolkit met materialen wordt aangeboden aan de aandachtshouder per afdeling (usb-stick met presentaties, posters, folders, interventieschema's, contactpersonen etc.)

5. Macroniveau

- UMC Utrecht subsite *Expertisecentrum Geriatrie* is opgericht. Hier zijn alle materialen en processen etc. makkelijk terug te vinden.
- Uitwisseling van kennis en strategieën met andere ziekenhuizen en afdelingen.

De Divisie Hart en Longen werkte al langer met een eigen elektronisch dossier, een seniorgerichte anamnese en interventies die waren ontwikkeld voor het voorkomen van complicaties bij de oudere patiënt. Deze gegevens konden worden gebruikt voor de interventieschema's. Na ontwikkeling zijn de schema's voorgelegd aan de klankbordgroep. Dit resulteerde uiteindelijk in een schema waarin interventies staan beschreven gericht op de fases preventie, attentie, actie en nazorg (zie kader 2).

Vorbereiding implementatie

De tweede fase van het project was de voorbereidingsfase voor implementatie (maart 2011 - mei 2011). In deze fase is een vertaalslag gemaakt van de theorie naar de dagelijkse praktijk. Daartoe werden een implementatieplan en een borgingsplan ontwikkeld. Daarnaast werden de screeningsvragen en de bijbehorende interventieschema's gekoppeld aan het verpleegkundig elektronisch patiëntendossier (EPD).

Pilot

Fase 3 behelsde een pilot voor de implementatie (juni 2011–dec 2011). In juni 2011 startten binnen het UMC Utrecht de eerste divisies met het elektronisch patiëntendossier: de Divisie Hart & Longen en de Divisie Hersenen. Dit EPD wordt in fasen geïmplementeerd binnen het UMC Utrecht. Dit gaf de mogelijkheid om de implementatie van het thema *Kwetsbare ouderen* gelijktijdig te laten verlopen met de implementatie van het EPD. Daarom is besloten om de pilot op deze beide divisies te laten plaatsvinden. Het VMS werd gekoppeld aan het EPD. De verpleegkundige kiest in het EPD

Kader 3. Interventies tijdens de implementatie van het project.

Inventarisatie en ontwikkeling

Fase 1 van het project was de inventarisatie- en ontwikkelingsfase (nov. 2010 - feb. 2011). In deze fase is de uitgangssituatie in kaart gebracht door het beantwoorden van een aantal vragen (zie kader 1). De vragen hebben onder meer betrekking op de aantallen oudere patiënten per afdeling, de

maatregelen die al worden genomen en ervaringen van andere ziekenhuizen.

Op basis van al bestaande documenten en richtlijnen van het UMC Utrecht en het VMS-boekje *Kwetsbare ouderen* zijn de uiteindelijke interventieschema's ontwikkeld voor de vijf risicogebieden: vallen, delirium, fysieke beperkingen, ondervoeding en decubitus.



voor een senioranamnese als de patiënt 70 jaar of ouder is. In de anamnese zitten o.a. de screeningsvragen van de 5 risicogebieden uit de bundel van het thema kwetsbare ouderen. Na het invullen van de screeningsvragen verschijnt meteen op het scherm of de oudere patiënt een risico heeft op het desbetreffende gebied. Als de anamnese wordt afgesloten verschijnt op het scherm een overzicht van de positieve risicogebieden, een verwijzing naar de interventieschema's voor deze gebieden en weet de verpleegkundige welke interventies hij of zij moet inzetten. In de volgende fase in de ontwikkeling van het EPD zullen de interventies die door de verpleegkundige geselecteerd zijn rechtstreeks naar het activiteitenplan van de patiënt worden gestuurd. Na de pilotfase volgt een evaluatie en worden eventuele aanpassingen uitgevoerd.

Implementatiefase

In de vierde fase (jan 2012-dec 2012) wordt het project uitgerold naar de overige divisies van het UMC Utrecht. Het is algemeen bekend dat de implementatiefase de meest complexe en intensieve fase is binnen een verbeterproject. Dit is binnen dit project niet anders: het project moet immers binnen het gehele UMC Utrecht uitgerold worden. Of nieuwe richtlijnen (goed) worden gebruikt hangt mede af van de mate van acceptatie door de doelgroep en de bruikbaarheid van de richtlijn in de praktijk (Grol & Wensing, 2001). Ook kennis en attitude van de professional hebben invloed op het gebruik van een implementatie (Grol & Wensing, 2001). Om de implementatie te optimaliseren is besloten het implementatieplan te schrijven via een vast format en gebruik te maken van bekende strategieën uit de literatuur. De

interventies van de implementatie richten zich op vijf gebieden: communicatie / PR, scholing, microniveau, mesoniveau en macroniveau (zie kader 3).

Het VMS Veiligheidsprogramma wil gedurende de looptijd van het programma monitoren hoe de implementatie van de verschillende thema's verloopt. Daarom wordt gevraagd enkele indicatoren aan te leveren bij het VMS. De verplichte indicator is het percentage opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder waarbij de screeningsbundel is nageleefd. De facultatieve indicator is het percentage opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder waarbij functieverlies is opgetreden. Daarnaast heeft de themagroep van het UMC Utrecht voor eigen gebruik nog twee indicatoren toegevoegd om de implementatie te monitoren: het percentage verpleegkundigen dat de e-learningmodule *Kwetsbare ouderen* heeft gevolgd en het percentage ontslagbrieven waarin de positieve risicogebieden staan genoteerd. Binnen het UMC worden deze indicatoren als volgt gemeten:

Toepassing screeningsbundel

Binnen het UMC Utrecht staan de screeningsvragen in het elektronisch patiëntendossier. De resultaten worden via een vierjaarlijkse puntprevalentiemeting vanuit EZIS verzameld.

Percentage patiënten \geq 70 jaar met functieverlies

De VMS beschrijft hiervoor een evaluatiemethode; hierbij wordt na opname vier keer per jaar gedurende een dag de KATZ-ADL-score. Dit om vast te stellen bij welk percentage van de patiënten binnen de steekproef functieverlies is opgetreden. In eerste instantie kiest de themagroep ervoor om de evaluatie van

de andere 3 indicatoren een hogere prioriteit te geven.

E-learningmodule

Gegevens worden aangeleverd door de verpleegkundige leiding van de afdelingen.

Risicogebieden in de ontslagbrief

Informatie wordt gegenereerd uit het elektronisch patiëntendossier. Meting vier keer per jaar.

Conclusie

In acht maanden tijd is er door de themagroep en klankbordgroep een vertaling gemaakt van de theoretische aanbevelingen van het VMS-thema *Kwetsbare ouderen* naar een praktijkgericht zorgprogramma in het EPD voor de afdelingen. Uiteraard hebben wij ook te maken gehad met knelpunten. De ontwikkeling en implementatie van zo'n omvangrijk project kost tijd en inspanning van de ontwikkelaars en met name van de eindgebruikers. Het is belangrijk om daarom het doel voor ogen te houden: betere kwaliteit van zorg voor de kwetsbare oudere patiënt.

Om de ontwikkeling en implementatie te optimaliseren hebben we gebruik gemaakt van een aantal strategieën:

1. Schrijf een heel duidelijk projectplan met een beschrijving van aanleiding, doel, proces en implementatie.
2. Zorg dat de themagroep bestaat uit experts met verschillende posities. Plan de themagroepbijeenkomst minimaal twee keer per maand.
3. Zorg voor een klankbordgroep die bestaat uit medische en paramedische experts en verpleegkundigen van verschillende afdelingen.
4. Zorg ervoor dat het thema wordt ingebouwd in het EPD of de bestaande



processen en laat één van de thema-groepleden vanaf het begin bij de bouw en ontwikkeling van het EPD betrokken zijn.

5. Zorg ervoor dat op iedere afdeling een verpleegkundige het thema *Kwetsbare ouderen* vertegenwoordigt (aandachts-houder kwetsbare ouderen).
6. Vergroot via klinische lessen de kennis van de verpleegkundigen op het gebied van kwetsbare ouderen. ■

Informatie

Alle onderdelen die door de themagroep *Kwetsbare ouderen* zijn ontwikkeld zijn voor de gebruikers en geïnteresseerden terug te vinden op www.umcutrecht.nl/subsite/expertisecentrum-geriatrie.

Auteurs

Drs. D.G. van Harten- Krouwel, Verpleegkundig specialist Geriatrie (d.krouwel@umcutrecht.nl), Marjorie de Man MSc, Verplegingswetenschapper (M.deMan@umcutrecht.nl), Dr. M.H. Emmelot-Vonk klinisch geriater (M.H.EmmelotVonk@umcutrecht.nl), allen werkzaam bij Universitair Medisch Centrum Utrecht & G. Tigchelaar, nurse practitioner bij De Stroom Opmaat Groep te Rotterdam.

Referenties

Boyd, C.M., Landefeld, C.S., Counsell, S.R., Palmer, R.M., Fortinsky, R.H., Kresevic, D. et al. (2008). Recovery of activities of daily living in older adults hospitalization for acute medical illness. *Journal of the American Geriatrics Society* 56, 2171-2191.

Grol, R. & Wensing, M. (2001). *Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg*. 2e druk. Elsevier Gezondheidszorg, Maarsen.

Hoogerduijn, J.G., Schuurmans, M.J., Duijnste, M.S. e.a. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing* 16 (1), 46-57.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2006). *Move your Dot: Handleiding Kwetsbare ouderen*. Utrecht.

Rooij, de S.E., Buurman, B.M., Korevaar, J.C., Munster, B.C. van, Schuurmans, M.J., Laqaaij,

A.M. et al. (2007). Co-morbidity in acutely hospitalised older patients as a risk factor for death in hospital or within 3 months after discharge. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151 (36), 1987-1993.

SAMENVATTING

- Het thema *Kwetsbare ouderen* van het VMS veiligheidsprogramma moet eind 2012 in alle ziekenhuizen in Nederland geïmplementeerd zijn.
- Het UMC Utrecht startte eind 2010 met het ontwikkelen, implementeren en verankeren van dit thema in dit ziekenhuis.
- De doelen: 70+ patiënten screenen op risicogebieden en zo nodig interventies inzetten, e-learning voor alle verpleegkundigen en vermelding van risicogebieden van de patiënt in de ontslagbrief.
- UMC Utrecht koppelde de VMS-criteria aan het bestaande elektronisch patiëntendossier (EPD).
- Conclusie: implementatie van zo'n omvangrijk project kost tijd en inspanning: van ontwikkelaars, maar ook van eindgebruikers. Acceptatie door de doelgroep is cruciaal.





Wat is CombiSensation?

CombiSensation staat voor het onbeperkt combineren van traditionele verbanden, in between en daar waar nodig moderne wondverbanden, met een groot scala aan fixatiemogelijkheden en/of compressietherapie.

“CombiSensation: De kracht van effectief, efficiënt, onbeperkt combineren”



Het CombiSensation concept van HARTMANN maakt een optimale behandeling voor iedere cliënt mogelijk, op een kosteneffectieve manier.

PAUL HARTMANN B.V. www.paulhartmann.nl Postbus 26 6500 AA Nijmegen T 024 372 36 10 E algemeen@nl.hartmann.info

Implementatie interculturele palliatieve zorg

Als de wens van cliënten ooit centraal moet staan, dan is het wel in hun laatste levensfase. Toch kun je als zorgverlener voor netelige vragen komen te staan, zeker in contact met cliënten uit andere culturen. Twee teams van zorginstelling Cordaan kregen begeleiding bij het implementeren van interculturele palliatieve zorg. Het hielp ze om dilemma's in de zorg voor deze groep patiënten aan te pakken. Nu laten ze ook andere teams van hun kennis profiteren.

Veronique Huijbregts

In de vier bedden voor palliatieve zorg van verpleeghuisafdeling *De Die* van Cordaan liggen mensen met allerlei culturele achtergronden, vertelt afdelingsmanager Hennie Otto. De teamleden zetten zich altijd in om de wensen van de cliënten zo goed mogelijk te vervullen. Maar wat nu als die wensen indruisen tegen wat zij goede zorg vinden? In Nederland is het bijvoorbeeld gewoon om er in het zicht van de dood toe over te gaan de patiënt geen eten of drinken meer aan te bieden. In veel andere culturen blijf je een stervende voeden tot aan zijn laatste ademtocht. God of Allah bepaalt het moment van sterven.

PROJECTTEAM

Het projectteam dat de twee teams bij Cordaan ondersteunde bestond uit Bureau Kwiek, E-n-Tpartners (van Nicolet van Eerd) en het Landelijk Steunpunt Vrijwillige Palliatieve Terminale Thuiszorg (VPTZ).

En wat doe je als een Surinaamse cliënte omwille van haar geloof alle pijnstilling weigert en het bij de verzorging uitgilt van de pijn? Of wanneer een Afghaanse vrouw die geen Nederlands spreekt haar man tot het einde toe zelf wil verzorgen en hem dan zijn lievelingseten voorzet, dat hij door zijn ziekte niet kan verdragen?

Het project

Met dergelijke situaties krijgen de teamleden van manager Hennie Otto steeds vaker te maken. 'Ze zaten ermee,' zegt Otto. 'De zorg ging goed, maar we liepen er tegenaan dat cliënten met andere culturele wortels heel anders omgaan met de dood. Hoe maakten we onze dilemma's bespreekbaar?' Een projectteam (zie kader) pakte deze kwestie op en ging aan de slag om interculturele palliatieve zorg in de praktijk stapsgewijs verder te ontwikkelen. Dit werd uitgewerkt in vijf bijeenkomsten, waarin twee zorgteams van Cordaan ondersteuning kregen. Het betrof het team van

verpleeghuisafdeling *De Die* en het gespecialiseerde verpleegtechnisch thuiszorgteam van Cordaan.

Stappen

Nicolet van Eerd van het projectteam: 'Beide teams zeiden in eerste instantie: "We doen het toch al goed? Zulke problemen horen bij ons werk en dat lossen we zelf wel op." Die reactie is logisch, ze komen in hun werk dagelijks ingewikkelde kwesties tegen. Maar bij doorvragen bleken ze toch met allerlei dilemma's te zitten. Een eerste stap is dus: hulp durven vragen.'

Het projectteam vroeg de teams van Cordaan eerst wat zij nodig hadden om de zorg goed te kunnen leveren. Van Eerd adviseert om vervolgens eerst te inventariseren tegen welke dilemma's de zorgverleners zelf aanlopen. Van Eerd: 'Ieder team maakt zijn eigen ontwikkeling door en heeft haar eigen dilemma's. Deze dilemma's nemen we als uitgangspunt bij de ondersteuning.'

Beide teams hadden veel behoefte aan achtergrondinformatie van mensen die de doelgroep van binnenuit kennen. Ze kregen die ondermeer van een imam, een pastoor en een verpleegkundige met Marokkaanse wortels. Ze wilden ook graag uitwisselen over omgaan met morele kwesties aan de hand van casussen. Van Eerd: 'Daardoor kregen ze meer inzicht in het effect van de confrontatie tussen hun eigen waarden en normen en andere opvattingen over leven en dood.'

Interculturele palliatieve zorg is bij uitstek geschikt om te laten zien hoe je vraaggericht kunt werken, zegt Van Eerd. 'Maar als je als professional cliënten krijgt met andere opvattingen over goede zorg dan de jouwe is toch je eerste reactie: zij hebben het bij het verkeerde eind en ik moet hen zien te overtuigen. Terwijl het juist de kunst is om in gesprek te gaan. Vraaggericht werken begint met de dialoog met je cliënt.'

Het resultaat

Het ondersteuningstraject is inmiddels voorbij, maar het interculturaliseringsproces niet, zegt Otto. In aanwezigheid van de geestelijk verzorger van het verpleeghuis bespreekt het team wekelijks gecompliceerde palliatieve situaties. Nieuwe teamleden maken zo vanzelf kennis met het gedachtegoed van vraaggerichte palliatieve zorg. Kennisuitwisseling vindt verder plaats doordat de teamleden, die diverse culturele achtergronden hebben, elkaar kunnen raadplegen. 'De medewerkers met een Marokkaanse achtergrond kunnen bijvoorbeeld toelichten waarom zij bij islamitische cliënten eten en drinken blijven aanbieden totdat de persoon echt overleden is.' En de medewerkers kunnen elkaar ondersteunen. De teamleden weten nu beter hoe ze met mensen met een andere culturele achtergrond kunnen omgaan. Met de Afghaanse vrouw regelden ze dat zij tot aan de dood van haar man op de verpleeghuisafdeling kon wonen. Samen verzorgden ze haar man. De Surinaamse vrouw stelden ze voor om met een geestelijke te bespreken of ze rondom de zorgverlening pijnstilling kon accepteren, zodat verzorging mogelijk bleef.

Otto: 'Doodgaan doet iedereen op zijn eigen manier. Het gaat erom goed naar de cliënt te luisteren en respect te hebben voor wat deze wil.' Het is ook van wezenlijk belang de familie erbij te betrekken, benadrukt ze. 'Doe je dat, dan verloopt de zorg negen van de tien keer hartstikke goed. Er kan heel veel tegenwoordig: familie kan blijven slapen, je kunt hulp krijgen van de geestelijk verzorger. Mijn personeel leer ik dat ze soms met de handen op de rug moeten durven gaan staan en de zorg overlaten aan de familie.'

Olievlek?

Opzet van het ondersteuningstraject was om de opgedane inzichten in de hele organisatie van Cordaan te gaan toepassen. Van Eerd weet niet of dat wel echt gebeurt. Uit ervaring weet ze wel dat organisaties in huis aanwezig know how vaak nauwelijks benutten. Voor Otto is die olievlekwerking wel degelijk een aandachtspunt. Zij vertelt dat haar team op uitnodiging elders langsgaat om ondersteuning te geven. 'We hebben regelmatig contact met de palliatieve unit van Ziekenhuis Slotervaart en woonzorgcentrum Het Buitenhof. En onze geestelijk verzorger geeft er bekendheid aan dat wij hiermee bezig zijn.' Nodig is die aandacht zeker, want zorgverleners in Amsterdam en elders zullen steeds vaker met palliatieve zorg aan mensen met andere culturele wortels te maken krijgen. Otto is er blij om: 'Het is zulke mooie zorg om te geven, je leert er elke dag weer van.'

Raamwerk

De in dit ondersteuningstraject opgedane ervaringen zijn verwerkt in een raamwerk: *Interculturele palliatieve*



zorg, anders dan anders? Raamwerk voor het ontwikkelen van interculturele palliatieve zorg. Ook andere organisaties kunnen zo profiteren van de opgedane ervaringen, door het raamwerk te gebruiken voor implementatie van interculturele palliatieve zorg in de eigen organisatie. Er zijn twee versies van het raamwerk opgesteld: een voor regio's en een voor zorgorganisaties. Het projectteam heeft ook regionale zorgverleners in Noordwest- en Midden-Twente ondersteund. Het raamwerk is te downloaden op www.vptz.nl ■

SAMENVATTING

- Palliatieve zorg aan cliënten uit andere culturen plaatst zorgverleners soms voor dilemma's.
- Zorgverleners van Cordaan kregen stapsgewijze ondersteuning van een projectteam bij zulke interculturele dilemma's.
- De opgedane kennis wordt op verzoek overgedragen aan andere teams.
- Een 'raamwerk' biedt ook teammanagers van andere organisaties handreikingen om hun teamleden te ondersteunen bij de interculturele palliatieve zorgverlening.