

Implementatie kwaliteitsstandaarden in de wijkverpleging

Onderdeel van de Programmeringsstudie Ontwikkeling

Kwaliteitsstandaarden 2019-2022: Wijkverpleging'

IQ healthcare, Radboudumc

Dr. Maud Heinen, Senior onderzoeker Verplegingswetenschap

Dr. Anita Huis, Senior onderzoeker Verplegingswetenschap

Prof. dr. Hester Vermeulen, Hoogleraar Verplegingswetenschap

IQ healthcare, Radboudumc Nijmegen

Dr. Maud Heinen

Dr. Anita Huis

Prof. dr. Hester Vermeulen

Samenwerkingspartners programmeringsstudie

Hogeschool Utrecht; Rixt Zuidema, Nienke Bleijenberg

Nivel; Kim de Groot, Anneke Francke

Dit rapport is onderdeel van het project 'Programmeringsstudie Ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden 2019-2022: Wijkverpleging'. De programmeringsstudie is een samenwerkingsproject tussen Hogeschool Utrecht, Nivel en IQ healthcare van het Radboudumc. Dit project is mogelijk gemaakt door:



December 2021

IQ healthcare, Nijmegen

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Methode.....	2
Resultaten.....	3
1. Inleiding.....	8
1.1 Aanleiding en achtergrond.....	8
1.2 Programmeringsstudie.....	9
Implementatie.....	9
1.3 Doel en vraagstellingen.....	10
2. Methoden.....	11
4. Resultaten.....	13
4.1.1 Analyse bestaande kwaliteitsstandaarden vanuit implementatieperspectief.....	13
4.1.2 Analyse programmeringsagenda vanuit implementatieperspectief.....	13
4.1.3 Indeling bestaande en nieuwe kwaliteitsstandaarden bij onderwerpen uit de programmeringsagenda.....	14
4.1.4 Rol van wijkverpleegkundigen/verzorgenden in actuele kwaliteitsstandaarden.....	16
4.1.5 Samenvattend.....	20
4.2 Nadere analyse van het geprogrammeerde onderwerp Advance Care Planning.....	21
4.2.1 Advance Care Planning.....	21
4.3 Ontwikkelingen binnen V&VN.....	27
5. Agendering en implementatie van actuele en toekomstige kwaliteitsstandaarden in de wijkverpleging.....	29
5.1 Onderwerpkeuze en prioritering.....	29
5.2 Inhoud en vorm van de kwaliteitsstandaard.....	30
5.3 Ontwikkelen en ontsluiten van implementatie tools.....	31
5.4 Disseminatie, implementatie en borging.....	32
5.5 Implementatieagenda.....	33
6. Literatuur.....	34
7. Bijlagen.....	37
Bijlage 7.1 Bijeenkomst Advies- en Klankbordgroep – Implementatie.....	37
Bijlage 7.2 Kwaliteitsstandaarden per geprioriteerd onderwerp.....	39
Bijlage 7.3 Analyse actuele kwaliteitsstandaarden voor Implementatie.....	40
Bijlage 7.4 Overzicht kwaliteitsstandaarden in ontwikkeling.....	53

Samenvatting

Deze rapportage beschrijft het derde onderdeel van de programmeringsstudie en is gericht op implementatie van kwaliteitsstandaarden in de wijkzorg. Dit onderdeel bouwt voort op de resultaten en bevindingen van de twee eerder uitgevoerde onderdelen van de programmeringsstudie. Een eerste studie bracht in kaart welke onderwerpen volgens verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de wijk prioriteit hebben om op te pakken in een knelpuntenanalyse, de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard of ander type kwaliteitsproducten. (Zuidema et al 2021). In het tweede onderdeel vond een inventarisatie plaats van bestaande kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen en verzorgenden en identificatie van lacunes in kwaliteitsstandaarden gerelateerd aan patiëntproblemen (de Groot & Francke, 2021).

Het primaire doel van het voorliggende en derde onderdeel van de programmeringsstudie was het ontwikkelen van een agenda van (voorbereidende) implementatieactiviteiten dan wel evaluatieactiviteiten die nodig zijn om bestaande en toekomstige kwaliteitsstandaarden verder te implementeren voor zowel op de korte- als lange termijn. De gestelde subdoelen hierbij zijn:

- Een overzicht van bestaande en aankomende kwaliteitstandaarden - specifiek gericht op de wijkverpleging –waar (voorbereidende) implementatieactiviteiten dan wel evaluatieactiviteiten nodig zijn.
- Een integraal overzicht van uitgewerkte implementatie-activiteiten die de implementatie van toekomstige kwaliteitstandaarden in de wijkverpleging kunnen bevorderen
- Aanbevelingen om implementatie in te bedden in de kwaliteitscyclus en de implementatieagenda up-to-date te houden.

Methode

Voor het ontrafelen van de implementatievraagstukken zijn verschillende methoden gebruikt. Ten eerste een analyse vanuit implementatieperspectief van de resultaten van de eerste twee deelstudies (de Groot & Francke, 2021, Zuidema et al., 2021). Ten tweede een nadere analyse van het onderwerp Advance Care Planning dat vanuit het werkveld op basis van een uitvraag van het Panel V&V werd aangedragen als onderwerp voor de ontwikkeling van een nieuwe kwaliteitsstandaard voor de wijkverpleging. Ten derde een analyse van de ontwikkelingen binnen V&VN ten aanzien van kwaliteitsstandaarden.

Resultaten

De resultaten van het eerste onderdeel van de voorliggende studie lieten zien dat 23 van de 39 actuele kwaliteitsstandaarden (de Groot et al 2021) waarin de wijkverpleegkundige of verzorgende wordt genoemd, toe te wijzen zijn aan de door wijkverpleegkundigen en verzorgenden geprioriteerde onderwerpen in deelstudie 1 van Zuidema et al (2021), en dus mogelijk tegemoetkomen aan de vraag vanuit de praktijk.

Van deze 23 geanalyseerde actuele standaarden beschrijven slechts drie standaarden expliciet de rol van de wijkverpleegkundige en of verzorgende, bij 20 standaarden is deze rol impliciet (n=11) of niet (n=9) beschreven. Van de negen standaarden waarbij de rol van wijkverpleegkundigen en verzorgenden niet is beschreven betreffen het vier kwaliteitsstandaarden die zich specifiek richten op gespecialiseerde verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten, en twee richtlijnen waarin de rol van wijkverpleegkundigen en verzorgenden niet wordt beschreven. Daarnaast gaat het om twee zorgstandaarden en een 'LESA (Organisatie van zorg bij chronische medicatie). Op basis van deze analyses zijn we gekomen tot een aanbeveling voor agendering van kwaliteitsstandaarden voor implementatie weergegeven in tabel 4.3.2 van dit rapport.

De identificatie van relevante actuele kwaliteitsstandaarden waarin een rol voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden is weggelegd, gekoppeld aan de door wijkverpleegkundigen benoemde onderwerpen waar kennis over ontbreekt, is helpend om zicht te krijgen op hiaten betreffende implementatie van richtlijnen. Daarbij is het van belang om te kijken waarom richtlijnen niet geïmplementeerd zijn in de dagelijkse praktijk. Een eerste stap hierin is de identificatie van de rol voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden, en het maken van een vertaling naar de praktijk.

De resultaten van het tweede deel van de voorliggende studie, waarin een analyse is gedaan van determinanten van implementatie rondom het onderwerp 'Advance care planning', laten zien dat de kwaliteitsstandaarden m.b.t Advance Care Planning/ Proactieve zorgplanning die relevant zijn voor de wijkverpleging via zoekmachines als Google maar ook via de website van V&VN moeilijk te vinden zijn.

Er bleek geen proefimplementatie van de handreiking te hebben plaatsgevonden, en in de handreiking zijn geen concrete adviezen opgenomen die mogelijke barrières m.b.t. implementatie kunnen adresseren. De handreiking was echter wel goed bekend bij de deelnemers van de focusgroep en werd als inhoudelijk volledig gezien.

Verder werd vastgesteld dat er behoefte is aan *eenduidige terminologie* waarmee documenten op trefwoorden makkelijk te doorzoeken zijn. Men miste adviezen over *de communicatie met de*

mantelzorg om *tijdig tegengestelde belangen* bij zowel patiënt als mantelzorg te onderkennen. Ook adviezen ten aanzien van het omgaan met *cultuurverschillen* of *beperkte gezondheidsvaardigheden* werden gemist. *De tijdsinvestering* voor het zorgvuldig voeren van de gesprekken, afstemming in samenwerkingsverbanden en *communicatie* met de huisarts werden gezien als belemmerende factoren. Hierbij gaf men ook aan dat *de rol van de wijkverpleegkundige als centrale zorgverlener in het netwerk* duidelijker zou moeten zijn.

Er was sprake van sprake *wisselend gebruik van aanbevolen methodieken zoals PaTz of het Zorgpad Stervensfase* bij proactieve zorgplanning. Dit verschil bleek met name te worden veroorzaakt door verschillen in de context, namelijk de zorgvraag in de regio. Daarnaast was de deelname van de huisarts bepalend voor het al dan niet slagen van de PaTz. Onduidelijk is of de handreiking (en de module proactieve zorgplanning) bij alle relevante zorgverleners in de wijk bekend is of gebruikt wordt. Aangegeven werd dat *Implementatie van kwaliteitsproducten* veelal wordt belegd bij een collega met een daaraan gerelateerd aandachtsgebied. Aandachtsgebieden worden bepaald op basis van interesse van de teamleden en op wat er speelt binnen de wijk. *Een evaluatiekader (normen, reflectievragen. PREM's) ontbreekt* om te monitoren of de handreiking wordt gebruikt en wat de effecten zijn.

Tot slot werd ontwikkeling van een *generieke kwaliteitsstandaard proactieve zorgplanning (Advance Care Planning) niet als zinvol geacht*. Een regulier zorgplan – met doelen - wordt immers bij alle patiënten via een elektronisch patiëntendossier opgesteld. Hooguit zou men nog kunnen kijken naar uitbreiding van de doelgroep zoals ‘instabiele’ of heel kwetsbare patiënten.

In het derde onderdeel van de voorliggende studie hebben we geïnventariseerd wat de ontwikkelingen binnen V&VN zijn gericht op de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden. Het rapport ‘Plan van aanpak landelijke invoering en evaluatie kwaliteitsstandaarden verpleegkundigen en verzorgenden’ (Fleuren et al, 2019) is hierbij een van de relevante documenten. Binnen V&VN zijn er meerdere commissies die zich bezighouden met kwaliteitsstandaarden, namelijk de Koerscommissie Kwaliteitsstandaarden die nadenkt over lange termijnbeleid, de Adviesgroep Kwaliteitsstandaarden die zich bezighoudt met het ophalen en het prioriteren van onderwerpen, en de Beoordelingscommissie V&VN die de gemaakte producten beoordeeld. De volgende activiteiten ter bevordering van de implementatie van kwaliteitsstandaarden worden ingezet:

- Jaarlijkse screening databank kwaliteitsstandaarden waarvan V&VN eigenaar is.
- Uniform sjabloon voor kwaliteitsstandaarden, gerealiseerd in 2021.
- Een proefimplementatie maakt sinds kort deel uit van het ontwikkeltraject voor alle kwaliteitsstandaarden (volgens vaste beoordelingscriteria, handreiking beschikbaar).

- Scholingen speciaal voor werkgroepleden aan richtlijntrajecten. *Doorlopende activiteit:*
- Drie proeftuinen (project SPARK, CURA, en LEARN) m.b.t. reflecteren en leren werken met kwaliteitsstandaarden.
- Opleiding tot implementatie coach (traject van 1,5 jaar).
- Achtergronddocumenten, plannen en calls voor monitoring en evaluatie van kwaliteitsstandaarden worden in 2021/2022 verder uitgewerkt. Hierbij kan ook gekeken worden naar andere organisaties zoals bij de Jeugdhulp en Jeugdbescherming <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/tools/>

Op basis van de bevindingen van de voorliggende deelstudie zijn onderstaande kernaanbevelingen met betrekking tot implementatie geformuleerd. In hoofdstuk 5 is een volledig overzicht van aanbevelingen weergegeven. Belangrijk is hierbij om te vermelden dat aanbevelingen grotendeels al worden ingezet door V&VN maar dat op onderdelen continue aandacht en aanscherping nodig is op basis van wat werkt en wat niet.

Kernaanbeveling 1: Maak bij het opstellen van een implementatieagenda van actuele kwaliteitsstandaarden gebruik van de prioritering op basis van de behoefte vanuit het veld

Het overzicht van kwaliteitsstandaarden die mogelijk aanvullende implementatieactiviteiten behoeven zijn weergegeven in tabel 4.3.2 van dit rapport. Deze standaarden zijn gelinkt aan de door wijkverpleegkundige geprioriteerde onderwerpen. Bij 20 van de 23 standaarden bleek de rol van de wijkverpleegkundige of verzorgende niet expliciet beschreven.

Algemeen is aan te bevelen om actuele kwaliteitsstandaarden te identificeren op basis van onderwerpen aangedragen vanuit de praktijk, en te bepalen of deze tegemoetkomen aan de vraag, en of er een probleem bestaat op het gebied van implementatie.

Ga bij de *actuele* kwaliteitsstandaarden eerst na in welke mate deze geïmplementeerd zijn, welke implementatieactiviteiten hebben plaatsgevonden en welke strategieën nodig en passend zijn bij geïdentificeerde belemmerende en bevorderende factoren.

Identificeer de rol van de wijkverpleegkundige en verzorgende in de actuele - voor de wijkverpleging relevante - kwaliteitsstandaarden. Wanneer deze rollen niet beschreven zijn overweeg of deze aanbevelingen bij de eerstvolgende herziening nader gespecificeerd dan wel aangepast kunnen voor de beroepspraktijk van de wijkverpleegkundige en verzorgende.

Kernaanbeveling 2: Een proefimplementatie als vast onderdeel van het ontwikkeltraject, idealiter voordat de kwaliteitsstandaard definitief is, helpt om zicht te krijgen op wat nodig is voor gebruik in de dagelijkse praktijk.

Het doel van een proefimplementatie is zicht krijgen op het gebruik van de standaard in de dagelijkse praktijk, het identificeren van factoren die het gebruik beïnvloeden, en het formuleren van gerichte invoerstrategieën die ingezet kunnen worden om het gebruik van de kwaliteitsstandaard te bevorderen. Volg hierbij het format 'Proefimplementaties kwaliteitsstandaarden' van V&VN, te vinden via . Een verslag van de proefimplementatie, de determinantanalyse, de daaraan gekoppelde invoerstrategieën, en geleerde lessen worden als aanvullend product bij de kwaliteitsstandaard opgeleverd.

Kernaanbeveling 3: Besteed ruim aandacht aan implementatie-ondersteunende tools, samengevat in een implementatiegids waarmee wijkverpleegkundigen en de thuiszorgorganisaties aan de slag kunnen.

Veel implementatieactiviteiten en bijbehorende tips en tools zijn generiek en toepasbaar op de verschillende fasen van het implementatieproces. Ontwikkel een handboek implementatie waarmee wijkverpleegkundigen en verzorgenden worden ondersteund met het maken van een organisatie-specifieke vertaalslag van de aanbevelingen uit de kwaliteitsstandaard in de praktijk. Zie bijvoorbeeld het implementatiewerkboek van de jeugdhulp

<https://richtlijnenjeugdhulp.nl/tools/>

Kernaanbeveling 4: Maak een format voor een verspreidingsplan voor de diverse doelgroepen 1) de potentiële gebruikers (wijkverpleegkundigen) 2) de beslissers (beleidsmakers, managers van de thuiszorgorganisaties) en 3) voor cliënten en naasten.

Het verspreidingsplan beschrijft hoe de informatie over de kwaliteitsstandaard wordt verspreid over de relevante doelgroepen. Een combinatie van massamedia (vakbladen, nieuwsbrieven, e-mails, pers of sociale media) en persoonlijke kanalen (inzet van sleutelfiguren en sociale netwerken) lijkt het meest effectief doeltreffend. Stem de informatie af op de beoogde gebruiker.

Kernaanbeveling 5: Zorg voor een systeem dat de kennisname en gebruik van kwaliteitsstandaarden op geaggregeerd niveau monitort dan wel evalueert, bijvoorbeeld aan de hand van een landelijke survey.

Door een kritische reflectie op het gebruik van en de ervaringen met de implementatie van kwaliteitsstandaarden krijgen alle betrokkenen zicht op de verankering en de effecten van de kwaliteitsstandaarden in de zorgorganisaties. Hierdoor kunnen toekomstige

implementatieactiviteiten worden verbeterd. Op het niveau van zorgorganisaties en zorgverleners kan het 'Evaluatieonderzoek verspreiding, implementatie en wensen Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming' (Esmeijer, 2020) als voorbeeld dienen. Het gebruikte survey instrument leent zich ook goed voor de wijkverpleging. Op landelijk niveau kan aangesloten worden bij de op stapel staande monitoringsactiviteit van V&VN.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

Verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden¹ vormen de grootste beroepsgroepen in de Nederlandse gezondheidszorg. Om verpleegkundigen en verzorgenden te ondersteunen bij het leveren van de juiste zorg, worden kwaliteitsstandaarden ontwikkeld. Kwaliteitsstandaarden vormen het uitgangspunt van verpleegkundig en verzorgend handelen en helpt hen kiezen de juiste zorg te leveren.

Kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en zorgstandaarden

De leidraad van de Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA, 2019) beschrijft dat richtlijnen van oudsher vooral de inhoud van de zorg beschrijven. Zorgstandaarden beschrijven het proces van de zorgverlening en daarbij behorende organisatorische aspecten, vooral vanuit het perspectief van cliënten. Echter zowel het ontwikkelproces en de inhoud van richtlijnen en zorgstandaarden lopen vaak in elkaar over. Om die reden gebruikt het AQUA de overkoepelende term kwaliteitsstandaarden (AQUA, 2019). In dit rapport sluiten we aan bij de leidraad van AQUA, versie maart 2019, door de term kwaliteitsstandaard te gebruiken, waaronder dus richtlijnen en zorgstandaarden vallen.

NB: Inmiddels is er een herziene leidraad (AQUA, 2021), met aanscherping van de definiëring van de gebruikte terminologie van kwaliteitsstandaarden. Deze is echter niet gebruikt als uitgangspunt bij deze studie.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in januari 2019 ZonMw verzocht een programma te ontwerpen voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen en verzorgenden als voortzetting op het ZonMw-programma 'Ontwikkeling van Kwaliteitsstandaarden 2015-2018'. Conform de afspraken die gemaakt zijn in het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019-2022, richt dit vervoliprogramma zich op de wijkverpleging.

De ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden vindt plaats in een cyclisch proces van ontwikkeling, implementatie, evaluatie en herziening. Voorafgaand daaraan gaat een proces van signaleren en

¹ In verband met de leesbaarheid noemen we professionals in het verdere rapport verpleegkundigen en verzorgenden.

verkennen van vraagstukken vanuit het werkveld. De opgehaalde vraagstukken worden geprioriteerd op basis van vastgestelde criteria, waaronder of het vraagstuk geschikt is voor de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard. Dit proces van vraagarticulatie en prioritering wordt gedaan door de beroepsvereniging V&VN en de Patiëntenfederatie (in de vorm van de V&VN Adviescommissie). De HLA-partners geven hierop een akkoord. Om de programmering te faciliteren voeren Hogeschool Utrecht, het Nivel en IQ healthcare, met subsidie van ZonMw, een programmeringsstudie uit. De implementatiestudie beschreven in dit rapport is daar onderdeel van.

1.2 Programmeringsstudie

Het doel van de programmeringsstudie in zijn geheel is bijdragen aan een systematische en breed gedragen programmering voor het ZonMw-programma 'Ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden 2019- 2022: Wijkverpleging'. Hiervoor worden behoeften opgehaald uit het veld (bottom-up) en wordt ook gekeken naar bestaande kennis over kwaliteitsstandaarden (top-down). Op basis daarvan worden aanbevelingen ontwikkeld, die beroepsvereniging V&VN kan gebruiken om een agenda te maken voor toekomstige kwaliteitsstandaarden of knelpuntenanalyses op het terrein van de wijkverpleging.

Dit voorliggende rapport is het derde onderdeel van de programmeringsstudie en richt zich op de implementatie van bestaande en nieuwe kwaliteitsstandaarden of andere kwaliteitsproducten in het werkveld. Dit onderdeel bouwt voort op de twee eerder uitgevoerde onderdelen van de programmeringsstudie, te weten: 1) Een inventarisatiestudie van bestaande kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen en verzorgenden en voor welke patiëntproblemen er nog lacunes zijn (de Groot & Francke, 2021). Daarnaast werd inzichtelijk welke van deze bestaande kwaliteitsstandaarden nog actueel zijn en welke kwaliteitsstandaarden mogelijk verouderd zijn (ouder dan vijf jaar). 2) Een tweede studie bracht in kaart welke onderwerpen volgens verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de wijkverpleging prioriteit hebben om op te pakken in knelpuntenanalyses, de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden of ander typen kwaliteitsproducten, en onderwerpen waarvoor implementatieactiviteiten nodig zijn. Deze onderwerpen zijn vervolgens geprioriteerd naar activiteiten voor de korte en lange termijn (Zuidema et al 2021).

Implementatie

Het implementeren, of wel het structureel invoeren van de aanbevelingen uit kwaliteitsstandaarden in de dagelijkse klinische praktijk is veelal een uitdaging (Morris et al., 2011; Arts et al., 2016; Sales et al., 2019). Succesvolle verspreiding en implementatie van

kwaliteitsstandaarden in de praktijk vereist dat belemmerende en bevorderende (=beïnvloedende) factoren bij het werken met kwaliteitsstandaarden vroegtijdig worden herkend. Zonder gerichte implementatie-interventies die inspelen op deze belemmerende en bevorderende factoren voor het werken met de betreffende standaarden maakt de kans op navolging van de kwaliteitsstandaarden en de borging daarvan op langere termijn nihil (Grimshaw et al., 2004). Bij de implementatieactiviteiten dient er expliciet rekening gehouden te worden met de specifieke zorgcontext en setting waar kwaliteitsstandaarden toegepast dienen te worden. Een generieke richtlijn Infectiepreventie bijvoorbeeld zal in de wijkverpleging andere uitdagingen tegenkomen dan in de ziekenhuissetting (Ista et al. 2020, eindrapport WINK). Daarnaast is de rol van stakeholders bij implementatie nog onderbelicht en worden Good Practices onvoldoende met elkaar gedeeld (Ista et al., 2020). Eerder onderzoek onder wijkverpleegkundigen liet zien dat de bekendheid met al bestaande kwaliteitsstandaarden niet erg groot is, ook gaf tweederde van de thuiszorgorganisaties aan het gebruik van kwaliteitsstandaarden niet expliciet te ondersteunen of te bevorderen (Geense et al. 2013). De bevinding dat de bekendheid met kwaliteitsstandaarden niet groot is laat zien dat het zinvol en nuttig is om door de praktijk aangedragen onderwerpen te bekijken vanuit een implementatieperspectief. Hierbij wordt antwoord gegeven op de vraag in welke mate de actuele kwaliteitsstandaarden zijn geïmplementeerd. Zijn er verdere implementatie-activiteiten nodig, bijvoorbeeld op organisatieniveau, en zo ja is dan nodig zijn voor implementatie, gebaseerd op een gedegen assessment van belemmerende en bevorderende factoren?

1.3 Doel en vraagstellingen

Het primaire doel van dit onderdeel van de programmeringsstudie was het ontwikkelen van een agenda van bestaande kwaliteitsstandaarden waar (voorbereidende) implementatieactiviteiten dan wel evaluatieactiviteiten nodig zijn, en om bestaande en toekomstige kwaliteitsstandaarden verder te implementeren voor zowel op de korte- als lange termijn.

De gestelde subdoelen hierbij zijn:

- Een overzicht van bestaande en aankomende kwaliteitstandaarden - specifiek gericht op de wijkverpleging –waar (voorbereidende) implementatieactiviteiten dan wel evaluatieactiviteiten nodig zijn.
- Een beschrijving van uitgewerkte implementatie-activiteiten die als goed voorbeeld kan dienen bij implementatie van toekomstige kwaliteitstandaarden in de wijkverpleging
- Aanbevelingen om implementatie in te bedden in de kwaliteitscyclus en de implementatieagenda up-to-date te houden.

2. Methoden

Voor het ontrafelen van de implementatievraagstukken zijn verschillende methoden gebruikt.

- 1) Een analyse vanuit implementatieperspectief betreffende de resultaten van de inventarisatiestudie van bestaande kwaliteitsstandaarden (de Groot & Francke, 2021) en de programmeringsagenda van geprioriteerde onderwerpen voor de wijkverpleging (Zuidema et al., 2021)
 - a. Om te bepalen welke actuele kwaliteitsstandaarden in aanmerking komen voor implementatie zijn de 39 van de 158 actuele standaarden (De Groot et al., 2021) waarin de wijkverpleegkundige werd genoemd, ingedeeld in de negen geprioriteerde onderwerpen in deelstudie 1. (Zuidema et al., 2021) zoals weergegeven in tabel 4.1.
 - b. De kwaliteitsstandaarden die pasten binnen deze negen onderwerpen zijn nader geanalyseerd, waarbij is gekeken of er een daadwerkelijke rol voor de wijkverpleegkundige en of verzorgende werd beschreven, om te komen tot een prioritering voor de implementatieagenda. Bij het vaststellen of de rol van wijkverpleegkundige/ verzorgende wordt weergegeven in de betreffende kwaliteitsstandaard keken we naar 1) de beschrijving van de doelgroep, 2) de geformuleerde aanbevelingen, en 3) is gezocht met de woorden 'wijk', 'verpleegkundig', en 'thuiszorg' in de betreffende standaarden.
 - c. V&VN is gevraagd een overzicht te leveren van de kwaliteitsstandaarden die onlangs ontwikkeld zijn of nog in ontwikkeling zijn. De standaarden die gereed zijn, zijn toegevoegd aan de implementatieagenda, het volledige overzicht is te raadplegen in bijlage 7.4.
- 2) Nadere analyse van het geprogrammeerde onderwerp Advance Care Planning.

Advance Care Planning is een onderwerp dat vanuit het werkveld op basis van een uitvraag van het Panel V&V werd aangedragen voor de ontwikkeling van een nieuwe kwaliteitsstandaard voor de wijkverpleging. Over Advance Care Planning zijn de afgelopen jaren echter veel documenten en tools verschenen die richting kunnen geven aan het verpleegkundig handelen. De implementatie van deze tools en producten is mogelijk achtergebleven. De focus van deze analyse ligt dan ook op een inventarisatie van bestaande producten: wat is er al en hoe kunnen deze producten meer en beter gebruikt worden?

 - a. Hiertoe zijn relevante documenten en tools gescreend voor bruikbaarheid in de wijkverpleging. Ook zijn de ondernomen disseminatie- en implementatieactiviteiten ten behoeve van verspreiding en inbedding van de tools in kaart gebracht.

- b. Er heeft een Focusgroep bijeenkomst plaatsgevonden met de advies- en klankbordgroep om 1) inzicht te krijgen in gevolgte en gewenste disseminatie en implementatieactiviteiten betreffende de handreiking 'Palliatieve zorg thuis', en meer specifiek de module Proactieve Zorgplanning. 2) De tweede doelstelling van de focusgroep was om te achterhalen of een algemene kwaliteitsstandaard 'Proactieve Zorgplanning' door de deelnemers als zinvol werd geacht. In onderstaand kader wordt een overzicht gegeven van de samenstelling van de advies en klankbordgroep. Voor de focusgroep werd de handreiking toegestuurd aan de deelnemers. In verband met COVID-19 maatregelen vond de focusgroep plaats met behulp van het digitale videoplatvorm ZOOM. De discussie werd gevoerd aan de hand van een topiclijst (zie bijlage 7.1). De focusgroep werd opgenomen met behulp van audioapparatuur en vervolgens verbatim getranscribeerd in Microsoft Word. Het transcript werd vervolgens geanalyseerd via open codering door twee onderzoekers (MH en AH) gericht op het identificeren van relevante thema's en concepten.

Advies en klankbordgroep

De adviesgroep bestond uit praktiserend verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de wijkverpleging, waaronder een lid van het Nederlands Wijkverpleegkundig Genootschap (NWG), leden van V&V vakgroepen en een afgevaardigde van de Patiëntenfederatie Nederland.

De klankbordgroep bestond uit vertegenwoordigers van diverse stakeholderpartijen: Ministerie van VWS, NWG, Patiëntenfederatie Nederland, Inspectie voor Gezondheid en Jeugd, Nederland, MantelzorgNL, vertegenwoordiging van onderwijs, de Wetenschappelijke Tafel Wijkverpleging, aanbieders wijkverpleging en werkgeversorganisatie Actiz.

- 3) Analyse van de ontwikkelingen binnen V&VN ten aanzien van kwaliteitsstandaarden. Om deze ontwikkelingen in kaart te brengen zijn door V&VN gepubliceerde documenten met betrekking tot de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden geanalyseerd. Daarnaast hebben enkele gesprekken plaatsgevonden met medewerkers van het Programmabureau Kwaliteitsstandaarden van V&VN voor aanvullende informatie.

4. Resultaten

Paragraaf 4.1 beschrijft de resultaten van de analyse van actuele kwaliteitsstandaarden op basis van de prioritering van onderwerpen vanuit de praktijk. Paragraaf 4.2 beschrijft de analyse van implementatie beïnvloedende factoren van een van deze onderwerpen 'Advanced Care Planning', en paragraaf 4.3 geeft een kort overzicht van de activiteiten met betrekking tot implementatie.

4.1.1 Analyse bestaande kwaliteitsstandaarden vanuit implementatieperspectief

Een totaal van 39 van de 158 actuele kwaliteitsstandaarden benoemen de rol van de wijkverpleegkundige (de Groot & Francke, 2021). Een kanttekening hierbij is dat de mate van aandacht voor de rol en taken van de wijkverpleegkundige verschilt per kwaliteitsstandaard. De meeste kwaliteitsstandaarden noemen de wijkverpleegkundige alleen binnen een opsomming van professionals die een rol kunnen spelen bij de desbetreffende zorg. Bijvoorbeeld in de 'GGZ Generieke module Acute psychiatrie' staat dat wijkverpleegkundigen een rol kunnen spelen bij de vroege herkenning en preventie van een crisis (de Groot & Francke, 2021) maar wordt het gewenste handelen van de wijkverpleegkundige niet specifiek gemaakt.

In totaal werden twee kwaliteitsstandaarden geïdentificeerd die in zijn geheel voor professionals in de wijkverpleging ontwikkeld zijn, namelijk de 'Handreiking Palliatieve Zorg Thuis' 2020 en het 'Kwaliteitskader Wijkverpleging' 2020.

4.1.2 Analyse programmeringsagenda vanuit implementatieperspectief

In het algemeen bleken de onderwerpen van deel 1 van de programmeringsstudie (Zuidema et al. 2021) vaak breed geformuleerd en waren de precieze knelpunten niet altijd helder, vaak betrof het kennishiaten, of een gebrekkige samenwerking in de wijk. Daarbij was het ook niet altijd helder welk product dan het beste past om een genoemd probleem te adresseren.

Door Zuidema et al. (2021) is onderstaande prioritering vastgesteld van onderwerpen waarvoor op korte termijn kwaliteitsstandaarden ontwikkeld of geïmplementeerd zouden moeten worden op basis van de behoefte vanuit het veld. Voor deze implementatiestudie hebben we deze onderwerpen gebruikt om de 39 geïdentificeerde actuele kwaliteitsstandaarden in te delen bij de betreffende onderwerpen, als eerste stap om tot een prioritering te komen van kwaliteitsstandaarden waar als eerste implementatieactiviteiten op ingezet zouden kunnen worden. Van de oorspronkelijk dertien geprioriteerde onderwerpen zijn de laatste vier onderwerpen (10-13) buiten beschouwing gelaten omdat zij niet relevant werden geacht met het oog op implementatie (Zuidema et al. 2021). Per onderwerp wordt dit hier kort toegelicht.

Voor het onderwerp ‘Overgewicht’ en het onderwerp ‘Probleem met coping’ vindt er een actualisatie van de kwaliteitsstandaard plaats, het onderwerp ‘Verminderd ziekte-inzicht’ werd gezien als onderdeel van indicatiestelling waarbij het niet wenselijk is om een aparte kwaliteitsstandaard te ontwikkelen, en voor het onderwerp ‘Risico op acute verwardheid’ werd is een module in ontwikkeling. Voor het onderwerp zelfmanagement is een kwaliteitsstandaard in ontwikkeling gericht op ondersteuning (SKILZ).

Tabel 4.1 Geprioriteerde onderwerpen voor de ontwikkeling of implementatie van kennis, overgenomen uit Zuidema et al (2021).

Onderwerp/ patiëntprobleem	Prioritering voor Implementatie
1. Indicatie stellen	Implementatie
2. Zelfmanagement bij chronisch zieken	Knelpuntenanalyse & Implementatie
3. Advance care planning	Implementatie
4. Individuele preventie	Implementatie
5. Vroegsignalering van kwetsbare mensen	Implementatie
6. Wijkgerichte preventie	Knelpuntenanalyse & Implementatie
7. Gebrek aan sociaal support	Knelpuntenanalyse & Implementatie
8. Problemen met veilige leefomgeving	Knelpuntenanalyse & Implementatie
9. Verstoring balans draagkracht en draaglast	Implementatie
10. Overgewicht	<i>Te actualiseren – geen implementatie</i>
11. Verminderd ziekte-inzicht	<i>Divers en in indicatie – geen implementatie</i>
12. Risico op acute verwardheid	<i>Module in ontwikkeling – geen implementatie</i>
13. Probleem met coping	<i>Te actualiseren – geen implementatie</i>

4.1.3 Indeling bestaande en nieuwe kwaliteitsstandaarden bij onderwerpen uit de programmeringsagenda

Van de 39 kwaliteitsstandaarden waarin de wijkverpleegkundige of verzorgende werd genoemd konden er 23 worden ingedeeld bij één of meerdere van de 9 geïdentificeerde onderwerpen waarvan wijkverpleegkundigen aangaven behoefte te hebben aan meer kennis en handvatten (Zuidema et al. 2021). De indeling van deze 23 standaarden bij deze 9 onderwerpen is weergegeven in tabel 4.3.1. In deze tabel is ook te zien dat V&VN van 3 van deze actuele kwaliteitsstandaarden de opdrachtgever is (de richtlijn stomazorg, de handreiking palliatieve zorg thuis, en de handreiking communicatie bij Dementie). Bijlage 7.2 geeft een volledig overzicht, inclusief de 15 standaarden die niet ingedeeld konden worden bij de 9 geïdentificeerde onderwerpen, en een dubbeling (nr. 17 in bijlage 7.2). Bij het onderwerp ‘Indicatie stellen’ konden geen specifieke actuele kwaliteitsstandaarden gekoppeld worden. Bij het onderwerp zelfmanagement werden 12 kwaliteitsstandaarden ingedeeld. Bij het onderwerp ‘Advance care planning’ konden 8 standaarden gekoppeld worden, en bij het onderwerp ‘Individuele preventie’ waren dit 7 standaarden. Bij ieder van de andere 5 onderwerpen werden 3-5 standaarden ingedeeld.

Tabel 4.3.1: Indeling van de actuele en de nieuw ontwikkelde kwaliteitsstandaarden per geprioriteerd onderwerp/ patiëntprobleem.

Onderwerp of patiëntprobleem (Zuidema et al 2021)	Actuele (n=23) en nieuw ontwikkelde kwaliteitsstandaarden (n=4) ingedeeld per thema
1. Indicatie stellen	
2. Zelfmanagement bij chronisch zieken	<p><u>Handreikingen (n=1)</u> 30. Handreiking communicatie bij Dementie*</p> <p><u>Kwaliteitsstandaarden (n=2)</u> 45. Kwaliteitsstandaard atypische parkinsonismen 47. Kwaliteitsstandaard Levensvragen</p> <p><u>Richtlijnen (n=6)</u> 126. Richtlijn Stomazorg* 114. Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met Dementie 59. Multidisciplinaire Richtlijn Pijn 108. Richtlijn Pijn bij Kwetsbare ouderen 109. Richtlijn Pijn bij patiënten met gevorderde stadia van COPD of hartfalen 110. Richtlijn Pijn bij Patiënten met Kanker</p> <p><u>Zorgstandaarden</u> 149. Zorgstandaard COPD</p> <p><u>Overig (n=1)</u> 141. Zorg op maat voor ouderen met diabetes</p> <p><u>Nieuw ontwikkelde kwaliteitsstandaarden (2021)</u> Richtlijn Mantelzorg* (Totaal n=12)</p>
3. Advance care planning	<p><u>Handreikingen (n=2)</u> 29. Handreiking Casemanagers palliatieve zorg in de eerste lijn 31. Handreiking Palliatieve Zorg Thuis*</p> <p><u>Richtlijnen (n=4)</u> 77. Richtlijn Dyspneu in de palliatieve fase 104. Richtlijn Palliatieve zorg bij hartfalen 132. Richtlijn Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase 135. Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase</p> <p><u>Zorgstandaarden(n=2)</u> 149. Zorgstandaard COPD 150. Zorgstandaard Dementie (Totaal n=8)</p>
4. Individuele preventie	<p><u>Richtlijn (n=1)</u> 75. Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg</p> <p><u>LESA (n=1)</u> 58. LESA Organisatie van zorg bij chronische medicatie</p> <p><u>Zorgstandaard (n=2)</u> 151. Zorgstandaard Depressieve stoornissen 155. Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving</p> <p><u>Nieuw ontwikkelde kwaliteitsstandaarden (2021)</u> Richtlijn Eenzaamheid* Richtlijn Mantelzorg* Richtlijn Decubitus* (Totaal n=7)</p>
5. Vroegsignalering van kwetsbare mensen	<p><u>Richtlijn (n=1)</u> 75. Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg</p> <p><u>Zorgstandaarden (n=2)</u> 151. Zorgstandaard Depressieve stoornissen 155. Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving</p> <p><u>Nieuw ontwikkelde kwaliteitsstandaarden (2021)</u> Richtlijn Eenzaamheid*</p>

	Richtlijn Mantelzorg* (Totaal n=5)
6. Wijkgerichte preventie	<u>Richtlijn (n=1)</u> 75. Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg <u>Zorgstandaarden (n=1)</u> 155. Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving <u>Nieuw ontwikkelde kwaliteitsstandaarden (2021)</u> Richtlijn Eenzaamheid* (Totaal n=3)
7. Gebrek aan sociaal support	<u>Richtlijnen (n=3)</u> Richtlijn Eenzaamheid* Richtlijn Mantelzorg* Richtlijn en Handreiking Zorgmijding in de eerste lijn* (Totaal n=3)
8. Problemen met veilige leefomgeving	<u>Richtlijnen (n=4)</u> 75. Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg 113. Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen 114. Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met Dementie 131. Richtlijn Vermoeden van Ouderenmishandeling <u>Zorgstandaarden (n=1)</u> 155. Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving (Totaal n=5)
9. Verstoring van balans tussen draagkracht en draaglast	<u>Richtlijn (n=1)</u> 75. Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg <u>Zorgstandaarden (n=1)</u> 155. Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving <u>Nieuw ontwikkelde kwaliteitsstandaarden (2021)</u> Richtlijn Mantelzorg* (Totaal n=3)

*V&VN initiatiefnemer/opdrachtgever,

#Verschillende standaarden konden bij meerdere thema worden ingedeeld, 15 actuele standaarden konden niet worden ingedeeld.

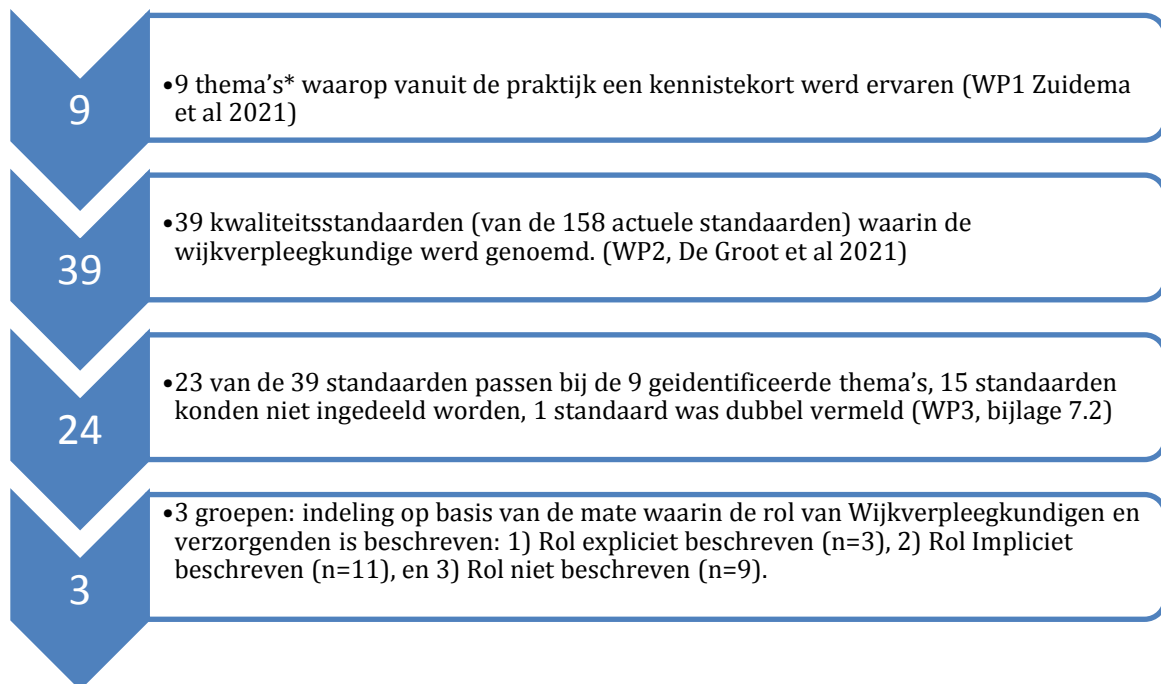
@ de nummering van de kwaliteitsstandaarden komt overeen met het overzicht in de rapportage van deelstudie 2 (De Groot et al 2021).

4.1.4 Rol van wijkverpleegkundigen/verzorgenden in actuele kwaliteitsstandaarden

De 23 kwaliteitsstandaarden die zijn ingedeeld bij de 9 onderwerpen, zijn nader geanalyseerd zoals beschreven in de methodesectie. Hierbij is gekeken naar het doel, de doelgroep, en in hoeverre de rol van de wijkverpleegkundige en of verzorgende in de wijk werd beschreven. Ook werd aangegeven bij welk onderdeel van het raamwerk essentiële zorg deze standaard kon worden ingedeeld. De resultaten van deze analyses zijn weergegeven in bijlagen 7.2-7.3. Op basis van deze analyses zijn we gekomen tot een aanbeveling voor agendering van kwaliteitsstandaarden voor implementatie (tabel 4.3.2). In dit overzicht zijn ook de in 2021 nieuw ontwikkelde standaarden opgenomen.

Van de 23 geanalyseerde actuele standaarden werd in drie standaarden expliciet de rol voor de wijkverpleegkundige en of verzorgende beschreven (groep 1), bij elf standaarden was deze rol impliciet beschreven (groep 2), bij negen standaarden was deze rol niet beschreven (groep 3).

Figuur 4.1.1 Overzicht van het aantal thema's en actuele kwaliteitsstandaarden en de mate waarin de rol voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden hierin is beschreven.



Van de negen standaarden waarbij de rol van wijkverpleegkundigen en verzorgenden niet is beschreven betreffen het vier kwaliteitsstandaarden die zich specifiek richten op gespecialiseerde verpleegkundigen/ verpleegkundig specialisten. In twee standaarden wordt de rol van wijkverpleegkundigen en verzorgenden niet beschreven. Ook zijn in dit onderdeel twee *zorgstandaarden* opgenomen (die beschrijven wat goede zorg is vanuit het cliëntenperspectief) en een *LESA* (Organisatie van zorg bij chronische medicatie) waarin samenwerkingsafspraken staan beschreven.

Tabel 4.3.2: Kwaliteitsstandaarden voor de implementatie agenda.

<p><i>Nieuw ontwikkelde kwaliteitsstandaarden 2021 (n=4)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Richtlijn Eenzaamheid 2. Richtlijn Decubitus 3. Richtlijn Mantelzorg 4. Richtlijn Palliatieve zorg bij COPD <p>Zie bijlage 7.4 voor de in ontwikkeling zijnde kwaliteitsstandaarden</p>
<p><i>Groep 1: Kwaliteitsstandaarden waarin de rol voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden expliciet wordt beschreven (n=3)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Handreiking communicatie bij Dementie (2020) - Praktische handreiking hoe te handelen voor verpleegkundigen en verzorgenden - Deze handreiking is gericht op de rol en het handelen (de communicatie) van (Wijk)verpleegkundigen en/ of verzorgenden. 2. Handreiking Palliatieve Zorg Thuis (2019) - De handreiking richt zich nadrukkelijk op, de rol van wijkverpleegkundige en of verzorgende wordt beschreven. 3. Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase (2018) - Er lijkt een rol te zijn weggelegd voor de Wijkverpleegkundige en/ of verzorgende gericht op zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase.
<p><i>Groep 2: Kwaliteitsstandaarden waarin de rol voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden impliciet wordt beschreven (n=11)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg* (2017) - In de richtlijn wordt de rol van de wijkverpleegkundige en of verzorgende niet specifiek beschreven. Er lijkt wel een rol te zijn weggelegd voor wijkverpleegkundigen en of verzorgenden. 2. Richtlijn Palliatieve zorg bij hartfalen (2018) - De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende wordt niet beschreven. Er wordt verwezen naar gespecialiseerde verpleegkundigen en hartfalenverpleegkundigen. Er lijkt wel een rol weggelegd te zijn voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden. 3. Multidisciplinaire Richtlijn Pijn, Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen (2016) - De rol van de wijkverpleegkundige en verzorgende wordt summier beschreven. Toch lijkt er wel een rol te zijn weggelegd voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden. 4. Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (2017) - In de richtlijn wordt de rol van de wijkverpleegkundige en of verzorgende niet specifiek beschreven. Er lijkt wel een rol te zijn weggelegd voor wijkverpleegkundigen en of verzorgenden. 5. Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met Dementie (2018) - De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende wordt zeer summier beschreven. 6. Richtlijn Vermoeden van Ouderenmishandeling (2018) 'Vermoeden van ouderenmishandeling in het medisch specialistische zorgdomein' - In de richtlijn wordt de rol van de wijkverpleegkundige

en of verzorgende niet specifiek beschreven. Er lijkt wel een rol te zijn weggelegd voor wijkverpleegkundigen en of verzorgenden.

7. Richtlijn Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase (2019) - De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende wordt niet beschreven. Er lijkt wel een rol te zijn weggelegd voor wijkverpleegkundigen en of verzorgenden.
8. Kwaliteitsstandaard Levensvragen (2015) - Deze kwaliteitsstandaard is ontwikkeld voor cliënten in de langdurige zorg. Onder meer cliënten die recht hebben op 24 -uurs zorg in de thuissituatie. Er lijkt wel een rol te zijn weggelegd voor wijkverpleegkundigen en of verzorgenden.
9. Zorg op maat voor ouderen met diabetes (2019) - Ondanks dat er geen hele expliciete rol voor de wijkverpleegkundige of verzorgende wordt beschreven, lijken deze hier wel een belangrijke rol in te (kunnen) spelen. De LESA Zorg voor kwetsbare ouderen zou hierin meegenomen moeten worden.
10. Zorgstandaard Dementie (2020) - Ondanks dat er geen expliciete rol voor de wijkverpleegkundige of verzorgende wordt beschreven, lijken deze hier wel een rol in te spelen. De zorg wordt vanuit het cliëntenperspectief beschreven, er wordt gesproken over netwerken, netwerkcoördinatoren en casemanagement. Ook maakt Proactieve zorgplanning onderdeel uit van deze standaard, Proactieve zorgplanning was benoemd als een van de onderwerpen waar meer aandacht/ kennis voor nodig zou zijn.
11. Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving (2017) - Ondanks dat er geen hele expliciete rol voor de wijkverpleegkundige of verzorgende wordt beschreven, lijken deze, en met name de wijkverpleegkundige hier wel een rol in te spelen. Onder meer in de signalering van mogelijk problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving.

Groep 3: Kwaliteitsstandaarden waarin de rol voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden niet wordt beschreven (n=9)

1. Handreiking Casemanagers palliatieve zorg in de eerste lijn (2015) - De handreiking biedt handvatten voor het inrichten van casemanagement, het gaat niet om casemanagement als onderdeel van het reguliere werk van bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige.
2. Richtlijn Dyspneu in de palliatieve fase (2015) - De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende wordt niet beschreven. Wel wordt gerefereerd aan de inzet van een gespecialiseerd verpleegkundige voor het doen van ademhalingsoefeningen en verlichting van angst.
3. Richtlijn Pijn bij patiënten met gevorderde stadia van COPD of hartfalen (2019) - De rol van de verpleegkundige wordt summier beschreven, de rol van de wijkverpleegkundige en of verzorgende wordt niet beschreven.
4. Richtlijn Pijn bij Patiënten met Kanker 2019 - De rol van de wijkverpleegkundige en of verzorgende wordt niet beschreven. Er wordt meer in algemene termen over de betrokken hulpverleners geschreven.
5. Richtlijn stomazorg (2018) - De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende wordt summier beschreven. Er is een duidelijke rol voor de stomaverpleegkundige weggelegd zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie.

6. Kwaliteitsstandaard atypische Parkinsonismen (2020) - De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende wordt niet beschreven. Een duidelijke rol is weggelegd voor de Parkinsonverpleegkundige/ verpleegkundig specialist.
7. Zorgstandaard depressieve stoornissen (2018) - De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende in de generieke zorg wordt niet expliciet beschreven.
8. Zorgstandaard COPD* (2016) - De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende wordt niet beschreven
9. LESA Organisatie van zorg bij chronische medicatie (2020) - De rol van de wijkverpleegkundigen en verzorgenden wordt niet specifiek beschreven. Deze lijken met name een rol te kunnen hebben in signaleren van hiaten in voorlichting, achteruitgang in cognitie gezondheidsvaardigheden of ziektebesef in kaart te brengen.

4.1.5 Samenvattend

Figuur 4.1.1 op pagina 19 geeft een overzicht van de analyse van actuele kwaliteitsstandaarden op basis van de mate waarin een rol is beschreven voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden, gekoppeld aan de door de praktijk aangedragen onderwerpen. Voor deze standaarden zijn mogelijk (voorbereidende) implementatieactiviteiten nodig. Bij 20 van de 23 kwaliteitsstandaarden werd de rol van wijkverpleegkundigen en verzorgenden niet expliciet beschreven.

Bij acht van de negen onderwerpen die werden aangegeven vanuit de praktijk waar nog onvoldoende kennis en handvatten voor waren (Zuidema et al. 2021) zijn drie tot twaalf kwaliteitsstandaarden passend bij het onderwerp geïdentificeerd. Bij het onderwerp 'Indicatie stellen' konden geen actuele onderwerpen standaarden worden gekoppeld, mede omdat dit onderwerp niet gericht is op de inhoudelijke zorgverlening. Wel willen we de toolbox indicatie in dit kader benoemen <https://www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/toolbox-indicatieproces-wijkverpleging/>, en willen we verwijzen naar een onlangs verschenen publicatie van het NIVEL waarin wordt aangegeven dat een deel van de wijkverpleegkundigen zich niet vrij voelt om de benodigde zorg te indiceren (Brabers et al. 2021).

Op basis van deze analyse wordt aanbevolen om voor de programmering op het gebied van implementatie de rol van de wijkverpleegkundige en verzorgende te identificeren in de actuele - voor de wijkverpleging relevante - kwaliteitsstandaarden. Als deze rol niet is beschreven, bekijk dan of de aanbevelingen voldoende gericht zijn op het 'beter doen' of 'beter laten' van handelingen die betrekking hebben op de beroepspraktijk van de wijkverpleegkundige, of dat er

aanvullende middelen nodig zijn om deze rol te expliciteren, en op welk moment. Bijvoorbeeld bij de eerstvolgende herziening van de kwaliteitsstandaard.

Een analyse om te bepalen in welke mate de actuele standaarden geïmplementeerd zijn valt buiten de scope van dit project. Aanbevolen wordt dan ook om bij de actuele kwaliteitsstandaarden eerst na te gaan in welke mate deze geïmplementeerd zijn, welke implementatieactiviteiten hebben plaatsgevonden en welke strategieën nodig en passend zijn bij geïdentificeerde belemmerende en bevorderende factoren.

4.2 Nadere analyse van het geprogrammeerde onderwerp Advance Care Planning

De programmeringsagenda van geprioriteerde onderwerpen voor de wijkverpleging bevat een aantal onderwerpen waarbij er sprake is van een implementatieprobleem. Hierbij is sprake van 'verborgen' kennis. Kennis die er wel is maar onvoldoende gebundeld of ontsloten lijkt te zijn voor de wijkverpleging. In deze paragraaf richten we ons op één onderwerp uit de programmeringsagenda, namelijk "Advance Care Planning".

4.2.1 Advance Care Planning

Advance Care Planning is een onderwerp dat vanuit het werkveld op basis van een uitvraag van het Panel V&V werd aangedragen voor de ontwikkeling van een nieuwe kwaliteitsstandaard voor de wijkverpleging (zie tabel 5 rapport WP1 pagina 13). Een kwaliteitsstandaard louter gericht op Advance Care Planning is niet geïdentificeerd in de inventarisatiestudie van de Groot & Francke (2021). Met een afvaardiging van de advies- en klankbordgroep is bekeken in hoeverre een nieuwe kwaliteitsstandaard wenselijk zou zijn. Zij concludeerden dat over Advance Care Planning de afgelopen jaren veel documenten en tools zijn verschenen die richting kunnen geven aan het verpleegkundig handelen maar dat de implementatie van deze tools en producten mogelijk is achtergebleven. De focus van deze analyse ligt dan ook op bestaande producten: wat is er al en hoe kunnen deze producten meer en beter gebruikt worden? Een drietal sleuteldocumenten zijn geïdentificeerd die vanuit het implementatieperspectief voor de wijkverpleging in Nederland van belang zijn.

1. Inventarisatie van Advance Care Planning, Francke et al., 2020, NIVEL
 - a. Bijlage 11: Goede voorbeelden en projecten relevant voor ACP in het verbeterprogramma palliatieve zorg
 - b. Implementatiehandreiking Advance Care Planning et al., 2020 – aanbevelingen voor implementatie
2. Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017.
 - a. Domein 2.3 Structuur en proces/ proactieve zorgplanning/ criteria pag. 24-26

3. Handreiking palliatieve zorg thuis, 2019 - vertaalslag van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland naar het werk van wijkverpleegkundigen en verzorgenden in de wijk
 - a. Proactieve zorgplanning, afstemming en informatieoverdracht

Advance Care Planning stelt cliënten/ patiënten in staat om belangrijke waarden te benoemen, na te denken over de betekenis en de gevolgen van een ernstige ziekte, doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, en deze te bespreken met naasten/ mantelzorgers en zorgverleners (Rietjens e.a., 2017). Advance Care Planning wordt ook vaak aangeduid als 'vroegtijdige zorgplanning' of 'proactieve zorgplanning'. Het landelijke Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (2017) gebruikt de term proactieve zorgplanning en beschrijft dat als 'het proces van vooruit denken, plannen en organiseren van zorg'.

Vindbaarheid

Vanuit implementatieperspectief is het voor zorgprofessionals, maar ook voor cliënten en hun naasten, van belang dat ze op eenvoudige wijze relevante documenten kunnen vinden. Hieruit blijkt dat de gebruikte terminologie veel invloed heeft op welke documenten op welke locatie gevonden worden. Een Google search met als zoekterm 'Advance care planning' en gefilterd op Nederlandstalige pagina's levert vooral documenten op van andere beroepsgroepen en instanties (NHG/ Verenso) en palliatieve zorgnetwerken. De toevoeging 'verpleegkundige' levert de wegwijzer 'Proactieve zorgplanning in de wijkverpleging' van Icare op

[https://www.hzd.nu/acp-palliatief/\\$16450/\\$16451](https://www.hzd.nu/acp-palliatief/$16450/$16451)

Via deze zoektermen wordt de website van V&VN met relevante producten niet gevonden.

De zoekterm 'Proactieve zorgplanning' met toevoeging 'verpleegkundige' levert de 'Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning naar aanleiding van de COVID-19-pandemie' op en navigeert wel naar de website van V&VN. Deze zoektermen komen echter niet uit bij bijvoorbeeld het document 'Handreiking palliatieve zorg thuis'.

De zoekterm 'Advance care planning' op de website van V&VN levert zes hits op maar deze hebben vooral betrekking op verpleeghuizen. De term 'proactieve zorgplanning' geeft vijf resultaten waaronder een directe link naar de Richtlijn Palliatieve zorg bij COPD. Ook is er een verwijzing naar een nieuwbericht over de 'Handreiking palliatieve zorg: stel jij jezelf de surprise question? Er is geen directe link naar de handreiking. De zoektermen 'Handreiking palliatieve zorg' levert 14 hits op en heeft een directe link naar de Handreiking Palliatieve Zorg Thuis.

Concluderend: handreikingen of kwaliteitsstandaarden m.b.t Advance Care Planning/ Proactieve zorgplanning die relevant zijn voor de wijkverpleging zijn via zoekmachines als Google maar ook via de website van V&VN moeilijk te vinden.

Inventarisatie van Advance Care Planning projecten en tools

De meeste van de geïdentificeerde projecten uit de studie van Francke et al. (2020) hebben een brede focus en besteden zowel aandacht aan identificatie van de palliatieve fase of palliatieve zorgbehoeften, als aan communicatie over toekomstige zorgbehoeften en wensen. De meeste projecten richten zich op mensen met dementie, verpleeghuisbewoners of (andere) kwetsbare ouderen. Echter ook voor andere specifieke doelgroepen, zoals mensen met kanker, orgaanfalen, Spierziekten, MS, ALS, of andere chronische aandoeningen, ongeneeslijk zieke kinderen, mensen in de GGZ of in de verstandelijk gehandicaptenzorg, voor mensen met een migratie-achtergrond, of voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden, zijn er diverse Advance Care Planning-projecten. In de meeste projecten zijn er ook Advance Care Planning-tools ontwikkeld of nog in ontwikkeling, specifiek voor gebruik bij desbetreffende doelgroepen. Het rapport bevat ook een overzicht van goede voorbeelden en projecten relevant voor Advance Care Planning in het verbeterprogramma palliatieve zorg (Francke et al. 2020, bijlage 11). Met betrekking tot proactieve zorgplanning wordt verwezen naar het werkpakket Proactieve zorgplanning. Dit werkpakket bevat indicatorkaarten, een overdrachtsformulier en een zorgplan waarmee huisartsen en andere professionals een goed overzicht kunnen krijgen van patiënten in de palliatieve fase en hier tijdig en proactief beleid op kunnen voeren. Zie

<https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/palliatieve-zorg/bewustwording-en-cultuur/proactieve-zorgplanning/>

Tot slot is er een implementatiehandreiking ontwikkeld met daarin aanbevelingen voor de toepassing, implementatie en borging van Advance Care Planning (Francke et al.,2020). De aanbevelingen hebben betrekking op de zorgverlener, de zorgorganisatie, en op landelijke en regionale partijen (bijv. coördinatoren van regionale netwerken of consortia in de palliatieve zorg, beroepsorganisaties, onderwijsinstellingen, cliëntenbelangenorganisaties, en zorgverzekeraars)

Handreiking palliatieve zorg thuis

De handreiking palliatieve zorg thuis is een uitwerking van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017), speciaal voor (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden. Het betreft palliatieve zorg thuis voor patiënten en naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening OF met kwetsbaarheid (niet-oncologische aandoeningen zoals COPD, hartfalen, dementie, neurologische aandoeningen en algemene kwetsbaarheid op zeer hoge leeftijd. Er kan sprake zijn van een langdurig zorgtraject van maanden en soms jaren.

In de handreiking ligt het accent op adviezen over eigen regie van de patiënt en zijn naasten, het herkennen van de palliatieve fase, indicatiestelling, proactieve zorgplanning, afstemming en informatieoverdracht en de benodigde competenties daarvoor.” Proactieve zorgplanning is één van de vier modules van de handreiking en geeft in totaal tien adviezen ten aanzien van: 1) de taken van de wijkverpleegkundige bij proactieve zorgplanning en 2) over afstemming met en informatieoverdracht naar patiënt, naasten en andere zorgverleners (met name de huisarts). Voor proactieve zorgplanning worden wijkverpleegkundigen expliciet geadviseerd om gebruik te maken van erkende methoden zoals de PaTz-methodiek en Zorgpad Stervensfase. Een kanttekening is dat de handreiking en instrumenten zich met name richten op de palliatieve fase. Uit de eerdere agendering en prioritering (Zuidema et al 2021) blijkt dat de wijkverpleegkundigen proactieve zorgplanning breder willen trekken dan alleen de palliatieve zorgfase. Niet helder is welke mogelijke aanvullingen of aanpassingen daarvoor nodig zijn.

Disseminatie- en implementatieactiviteiten betreffende de handreiking zijn door de ontwikkelaars voornamelijk belegd bij V&VN. V&VN en ZonMw hebben ten behoeve van de disseminatie van de handreiking diverse nieuwberichten geplaatst:

V&VN: 27-02-2020 <https://www.venvn.nl/nieuws/handreiking-palliatieve-zorg-stel-jij-jezelf-de-surprise-question/>

ZonMw: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/project-detail/kwaliteit-van-zorg-ontwikkeling-kwaliteitsstandaarden/palliatieve-zorg-thuis-de-ontwikkeling-van-een-kwaliteitsstandaard-voor-wijkverpleegkundigen-en/>

Verdere nieuwberichten zijn gevonden via

HAN: <https://www.han.nl/artikelen/2020/12/handreiking-palliatieve-zorg-thuis->

Netwerken palliatieve zorg Twente:

<https://netwerkpalliatievezorg.nl/twente/Zorgverleners/Nieuws/handreiking-palliatieve-zorg-thuis>

Nursing: <https://www.nursing.nl/palliatieve-zorg-nieuwe-handreiking-benadrukt-belang-stellen-surprise-question/>

In de handreiking wordt verder geadviseerd om implementatieactiviteiten te laten aansluiten bij de activiteiten van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. De ontwikkelaars adviseren V&VN dan ook om in overleg te gaan met de Coöperatie Palliatieve Zorg Nederland over verdere uitwerking van mogelijke vervolgstappen. Het beleid V&VN is echter dat de verantwoordelijkheid voor implementatie bij individuele zorgprofessionals en werkgevers ligt. Niet helder is óf en welke vervolgstappen zijn ondernomen. Uit een raadpleging van het Panel

Verpleging & Verzorging (Joren et al., 2020) geeft slechts een minderheid van de respondenten aan dat de adviezen m.b.t. tot proactieve zorgplanning in hoge mate in de praktijk zijn gerealiseerd.

Met betrekking tot de handreiking heeft er geen proefimplementatie plaatsgevonden en is er geen zicht op de mogelijke barrières die wijkverpleegkundigen ervaren bij het gebruik van de handleiding en de uitvoering van de adviezen m.b.t. proactieve zorgplanning. In de handreiking zijn dan ook geen concrete implementatieadviezen opgenomen die mogelijke barrières kunnen adresseren.

Overige implementatieadviezen die bij de handreiking worden gegeven hebben als doel om motivatie en draagvlak te vergroten en/ of zijn gericht op educatie. Hierbij worden met name de opleidingsinstituten en V&VN als doelgroep benoemd. De adviezen richten zich vooral op het aansluiten bij landelijke ontwikkelingen ten aanzien van onderwijs in de palliatieve zorg.

Specifieke projecten hierbij zijn: 1) De ontwikkeling, evaluatie en implementatie van onderwijs palliatieve zorg in de basiscurricula bachelor en mbo-verpleegkunde en verzorging in Limburg en Zuidoost-Brabant en 2) Onderwijs en Opleiden Palliatieve zorg (O²PZ)

Concluderend: er lijkt momenteel geen regiehouder/ verantwoordelijke te zijn met betrekking tot de implementatie van de handreiking palliatieve zorg thuis.

Bevindingen klankbord- en adviesgroep betreffende de handreiking 'Palliatieve zorg thuis'

De handreiking 'Palliatieve zorg thuis' met in het bijzonder de module Proactieve Zorgplanning (Advance Care Planning) werd voorgelegd aan een afvaardiging van klankbord- en adviesgroep en bediscussieerd tijdens een focusgroepbijeenkomst. Voorafgaand aan de bijeenkomst werd als leeswijzer meegegeven om te bekijken of de handreiking antwoord geeft op de eerder opgehaalde aandachtspunten bij de klankbord- en adviesgroep ten aanzien van Advance Care Planning (Zuidema et al 2021).

- 1) Is de handreiking bekend bij (de medewerkers van) de organisatie van de deelnemers?
- 2) Advance Care Planning dient bij iedere patiënt te worden opgepakt (dus niet alleen in de palliatieve fase)
- 3) Er wordt te laat de met de gesprekvoering gestart
- 4) Communicatie tussen wijkverpleging, huisarts en ziekenhuis is nog niet optimaal in het overnemen van bepaalde afspraken.
- 5) Onduidelijkheid wie van de betrokken zorgprofessionals regie heeft

De handreiking is bij de deelnemers bekend en wordt door de deelnemers als inhoudelijk volledig gezien. Men vond de adviezen soms wat hoog over en uitgaande van een ideale situatie waarbij alle adviezen ook daadwerkelijk kunnen worden opgevolgd. Desondanks vond men het

belangrijk dat juist het hoogst haalbare (daar waar men naar streeft) het uitgangspunt vormt van de adviezen in de handreiking.

Positief vond men ook dat bij het proces van proactieve zorgplanning de zorgverlener de patiënt zoveel mogelijk de regie laat voeren over besluiten over de huidige toekomstige behandeling en zorg. Men miste hierin wel een *verwijzing naar 'drie goede vragen'*: 1) wat zijn mijn opties? 2) wat zijn de voor- en nadelen? 3) wat betekent dit in mijn situatie?

Naasten worden in de handreiking nadrukkelijk genoemd maar het woord Mantelzorger bijvoorbeeld komt in de handreiking niet voor. Er is behoefte aan *eenduidige terminologie* waarmee het document op trefwoorden makkelijk te doorzoeken is. Daarnaast mist men adviezen over *de communicatie met de mantelzorger over hoe en wanneer deze in stelling wordt gebracht*, met andere woorden hoe de mantelzorger zich kan voorbereiden op toenemende zorgtaken en welke hulpvragen er dan wellicht kunnen gaan spelen. Dit is vooral belangrijk om *tijdig tegengestelde belangen* bij zowel patiënt als mantelzorger te onderkennen. Ook adviezen ten aanzien van het omgaan *met cultuurverschillen* worden gemist of er als sprake is van *beperkte gezondheidsvaardigheden*.

De tijdsinvestering voor het zorgvuldig voeren van de gesprekken kan belemmerend werken. Zeker ook als het gaat om afstemming in samenwerkingsverbanden en *communicatie* met de huisarts. Hierbij geeft men ook aan dat *de rol van de wijkverpleegkundige als centrale zorgverlener in het netwerk* duidelijk moet zijn.

Er is sprake van *sprake wisselend gebruik van aanbevolen methodieken zoals PaTz of het Zorgpad Stervensfase* bij proactieve zorgplanning (advies no 10). Dit zijn soms regionale verschillen: in sommige regio's zijn bijvoorbeeld PaTz-bijeenkomsten nog niet van de grond gekomen, met name omdat de huisartsen de registratielast te hoog vonden. Er zijn echter ook verschillen binnen (veelal grote) wijkorganisaties waarbij in het ene team geen PaTz-bijeenkomsten plaatsvinden en bij andere teams juist weer wel. Een team dat wel werkt met PaTz-bijeenkomsten heeft meestal ook een aandachtsvelder palliatieve zorg. Deze aandachtsvelder is gericht op de palliatieve zorg zelf en op het team. Het team draagt cliënten aan bij de aandachtsvelder die dan besproken kunnen worden. Beïnvloedende factoren voor het al dan niet gebruiken van PaTz zijn 1) de opstelling en deelname van de huisarts (deze is hoofdbehandelaar en moet daarom ook deelnemen aan het PaTz -team) 2) Onbekendheid met de PaTz methodiek 3) Prioriteiten binnen teams (soms niet palliatieve zorg). Over het algemeen zijn de cliënten in een dergelijk team vrij stabiel, de palliatieve zorg wordt binnen het eigen team opgepakt waarbij, indien nodig, een palliatief verpleegkundige van een ander team wordt geraadpleegd. Onduidelijk is of de handreiking (en de module proactieve zorgplanning) bij alle relevante zorgverleners in de wijk bekend/ gebruikt wordt. *Implementatie van kwaliteitsproducten* wordt veelal belegd bij een collega met een daaraan gerelateerd aandachtsgebied. Aandachtsgebieden

worden bepaald op basis van interesse van de teamleden en op wat er speelt binnen de wijk. *Een evaluatiekader (normen, reflectievragen. PREM's) ontbreekt om te monitoren of de handreiking wordt gebruikt en wat de effecten zijn.*

Tot slot wordt ontwikkeling van een *generieke kwaliteitsstandaard proactieve zorgplanning (Advance Care Planning) niet als zinvol geacht*. Een regulier zorgplan – met doelen - wordt immers bij alle patiënten via een elektronisch patiëntendossier opgesteld. Hooguit zou men nog kunnen kijken naar uitbreiding van de doelgroep zoals ‘instabiele’ of heel kwetsbare patiënten.

4.3 Ontwikkelingen binnen V&VN

In dit project dienen we ook rekening te houden met de actuele ontwikkelingen binnen V&VN ten aanzien van de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden. We willen daarbij aansluiten bij de activiteiten die nu al binnen V&VN plaatsvinden en gebruik maken van reeds bestaande expertise, structuren en processen. Het rapport ‘Plan van aanpak landelijke invoering en evaluatie kwaliteitsstandaarden verpleegkundigen en verzorgenden’ (Fleuren et al, 2019) is hierbij een (van de) relevant document(en). Ook zijn er meerdere commissies binnen V&VN die zich bezighouden met kwaliteitsstandaarden: de Koerscommissie Kwaliteitsstandaarden die nadenkt over lange termijnbeleid, de Adviesgroep Kwaliteitsstandaarden die zich bezighoudt met het ophalen en vooral het prioriteren van onderwerpen, en de Beoordelingscommissie V&VN die de gemaakte producten beoordeeld. De volgende activiteiten ter bevordering van de implementatie van kwaliteitsstandaarden zijn:

- Jaarlijkse screening databank kwaliteitsstandaarden waarvan V&VN eigenaar is. Het doel hiervan is om de databank actueel te houden en dat opgenomen kwaliteitsstandaarden voldoen aan de AQUA-kwaliteitseisen. Gehanteerde criteria zijn: a) V&VN is (mede)eigenaar, b) Juridische status (kwaliteitsstandaarden), c) Actualiteit (niet ouder dan 5 jaar), d) Kwaliteitscriteria (voldoen aan de AQUA-criteria voor kwaliteitsstandaarden). Als niet voldoen aan criteria volgt gesprek met betrokken afdeling.
Doorlopende activiteit (laatste screening najaar 2020).
- Uniform sjabloon voor kwaliteitsstandaarden, gerealiseerd in 2021. Het sjabloon is ontwikkeld met verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten en kent een eenduidige opbouw en vormgeving en sluit daarmee aan bij de gewenste informatie in de praktijk. Ontwikkelaars van kwaliteitsstandaarden kunnen vanaf het begin in het sjabloon werken
- Een proefimplementatie maakt sinds kort deel uit van het ontwikkeltraject voor alle kwaliteitsstandaarden (volgens vaste beoordelingscriteria, handreiking beschikbaar). Naast een determinantenanalyse levert de proefimplementatie ook een overzicht op van invoerstrategieën die het gebruik van de kwaliteitsstandaard faciliteren (Fleuren, 2021).

Doorlopende activiteit.

- Twee scholingen speciaal voor werkgroepleden aan richtlijntrajecten. *Doorlopende activiteit:*
 - Ontwikkeling richtlijnen (o.a. uitleg AQUA, AGREE, RL beoordelen en zelf RL maken) (2 dagdelen)
 - Implementatie richtlijnen (proefimplementaties, determinanten, invoerstrategieën, meten van gebruik en speciale aandacht voor hoe je heldere aanbevelingen in richtlijnen maakt en herkent) (1 dagdeel)
- Drie proeftuinen (project SPARK, CURA, en LEARN) m.b.t. reflecteren en leren werken met kwaliteitsstandaarden. Aan de hand van reflectiemethodieken als individu en team leren wijkverpleegkundigen hoe ze kunnen werken in de geest van kwaliteitsstandaarden én in hoeverre afwijken van de standaard passend is of juist niet. *Lopende projecten.*
- Opleiding tot implementatie coach (traject van 1,5 jaar). Voor wijkverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in de wijkverpleging. Opleiden in vakgebied implementatie en gedurende opleiding 1-2 richtlijnen implementeren in hun organisatie. Coaches vormen netwerk en zijn ambassadeur van de richtlijnen. *In startfase.*
- Achtergronddocumenten, plannen en calls voor monitoring en evaluatie van kwaliteitsstandaarden worden in 2021/2022 verder uitgewerkt. Hierbij kan ook gekeken worden naar andere organisaties zoals bij de Jeugdhulp en Jeugdbescherming <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/tools/>

5. Agendering en implementatie van actuele en toekomstige kwaliteitsstandaarden in de wijkverpleging

Systematische implementatieactiviteiten vergroten de kans dat kwaliteitsstandaarden hun weg naar de praktijk vinden en ook daadwerkelijk gebruikt worden. Idealiter start het proces van implementatie al voor de ontwikkelfase en dienen ontwikkelaars van kwaliteitsstandaarden gedurende het hele traject rekening te houden met het creëren van voorwaarden om de implementatie van de kwaliteitsstandaard te bevorderen (Wensing & Grol, 2017).

Deze beschrijving is tot stand gekomen op basis van de resultaten van het voorliggende project én bouwt voort op de aanbevelingen van het eerder uitgevoerde project 'Wat Is nodig voor implementatie van Kwaliteitsstandaarden voor Verpleegkundigen, Verzorgenden & Verpleegkundig specialisten?' (Ista et al, 2020) en het Plan van aanpak van landelijke invoering en evaluatie kwaliteitsstandaarden verpleegkundigen en verzorgenden (Fleuren, 2019). Daarnaast is gebruik gemaakt van de zogenaamde HARING-tools met onder meer praktische hulpmiddelen met betrekking tot de implementatie en ontsluiting van richtlijnen (Hilbink et al., 2013).

Op basis van de bevindingen van deze deelstudie zijn onderstaande aanbevelingen geformuleerd. Belangrijk is om hierbij te vermelden dat aanbevelingen al grotendeels worden ingezet maar dat op onderdelen continue aandacht en aanscherping nodig is op basis van wat werkt en wat niet. De aanbevelingen geven het hele proces weer van onderwerpkeuze voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden tot en met de implementatie vanuit de visie dat implementatie niet op zichzelf staat maar verweven is, of zou moeten zijn, in het gehele proces.

5.1 Onderwerpkeuze en prioritering

Een belangrijke stap, voorafgaand aan de start van het ontwikkelproces, is het bepalen van de scope van het onderwerp. Onderwerpen – zo ook de onderwerpen voor de programmeringsagenda in de wijkverpleging - worden veelal breed uitgevraagd en kunnen zeer divers van aard zijn. Sommige onderwerpen zijn veelomvattend en minder specifiek omschreven, zoals 'Individuele Preventie'. Dit onderwerp omvat een groot aantal gezondheidsaspecten die veel cliënten betreft. Een onderwerp als 'Acute Verwardheid' is al wat meer afgebakend en heeft een kleiner bereik.

- 1) Voorafgaand aan het ontwikkelproces is het raadzaam om de opgehaalde onderwerpen zo concreet mogelijk te maken en het onderliggende probleem nader te duiden. Mensen moeten

geholpen worden om brede vraagstukken tot behapbare onderwerpen op te hakken. Dit vraagt om procesbegeleiding die wellicht vanuit platforms of de verschillende afdelingen van V&VN gegeven kunnen worden.

- 2) Ontwikkel een helder (digitaal) format waarin het probleem nader geëxpliciteerd kan worden, welke knelpunten men tegenkomt met betrekking tot professioneel handelen en waar men behoefte aan heeft. Dit format dient vergezeld te worden met een heldere instructie. Aanvullend kan deskresearch plaatsvinden en uitvraag bij de achterban en cliëntenpanels (vragenlijstonderzoek/ focusgroepdiscussie) om te achterhalen wat de omvang, reikwijdte en urgentie van het probleem is.
- 3) Het is raadzaam om de keuze van het onderwerp te baseren op vooraf vastgestelde criteria. De V&VN adviescommissie hanteert bij het scoren van onderwerpen de vijf criteria die zijn opgesteld door de Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012), te weten: Behoeft bij de verpleegkundige beroepsgroep en/of cliënt; Bevorderen kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven Ernst van het probleem; Patiëntveiligheid; Omvang van het onderwerp;
- 4) Uiteindelijke prioritering vindt plaats door de V&VN adviescommissie met medeneming van de volgende aandachtspunten: De beschikbaarheid van wetenschappelijk bewijs/literatuur; Momentane wetenschappelijk onderzoeklijnen; De geschiktheid van het onderwerp voor een kwaliteitsstandaard; De samenhang met andere onderwerpen; Beeldvorming V&VN
- 5) Zorg dat wijkverpleegkundigen én cliëntvertegenwoordigers zitting hebben in de V&VN adviescommissie. Biedt hen vanuit V&VN een gerichte training rondom het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden aan.

5.2 Inhoud en vorm van de kwaliteitsstandaard

- 1) De aanbevelingen uit de kwaliteitsstandaard zijn specifiek geformuleerd en gericht op het 'beter doen' of 'beter laten' van handelingen die betrekking hebben op de beroepspraktijk van de wijkverpleegkundige. De aanbevelingen zijn daarbij helder over wie de handeling moet doen (of laten), wanneer, hoe en waarom.
- 2) Zorg voor helder taalgebruik dat aansluit bij de dagelijks praktijk en vermijdt jargon
- 3) De kwaliteitsstandaard bevat een samenvattingskaart voor de wijkverpleegkundige en verzorgende waarin:
 - a. In één oogopslag helder is wat de meest belangrijke aanbevelingen zijn betreffende het 'beter te doen' of 'beter te laten' in de dagelijkse praktijk van de wijkverpleegkundige en verzorgende.
 - b. Duidelijk de veranderingen zijn aangegeven ten opzichte van een eerdere versie
 - c. De samenvattingskaart wordt zoveel mogelijk ondersteund door beelden, animaties en filmpjes

- 4) Voor cliënten en naasten is een cliëntversie van de kwaliteitsstandaard beschikbaar en passende aanvullende informatie voor cliënten waarbij cliënten/ naasten betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling
- 5) De kwaliteitsstandaard volgt de uniforme indeling en lay-out van V&VN waarbij aandacht is voor een professionele en toegankelijke uitstraling.

5.3 Ontwikkelen en ontsluiten van implementatie tools

- 1) Een proefimplementatie dient altijd onderdeel uit te maken van het ontwikkeltraject, idealiter voordat de kwaliteitsstandaard definitief is. Het doel hiervan is zicht krijgen op het gebruik van de standaard in de dagelijkse praktijk, het identificeren van factoren die het gebruik beïnvloeden, en het formuleren van gerichte invoerstrategieën die ingezet kunnen worden om het gebruik van de kwaliteitsstandaard te bevorderen. V&VN heeft een heldere procedure voor proefimplementaties ontwikkeld (Fleuren, 2021) en is via onderstaan link te vinden <https://www.venvn.nl/media/lnolzrnk/def-proefimplementatie.pdf>
Een verslag van de proefimplementatie, de determinantenanalyse, de daaraan gekoppelde invoerstrategieën, en geleerde lessen worden als aanvullend product bij de kwaliteitsstandaard opgeleverd
- 2) De ontwikkelaars en V&VN besteden ruim aandacht aan implementatie-ondersteunende tools, bij voorkeur samengevat in een implementatiegids waarmee wijkverpleegkundigen en de thuiszorgorganisaties aan de slag kunnen. Te denken valt aan:
 - a. Een stappenplan voor het vormgeven van de implementatie met:
 - i. Methodieken, zie bijvoorbeeld implementatiewerkboek van de jeugdhulp <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/tools/>
 - ii. Hoe rekening gehouden kan worden met de context van de zorgorganisatie door actief een analyse van beïnvloedende factoren uit te voeren
 - iii. Invloed van cultuur binnen teams en organisaties
 - iv. Voorbeelden en verwijzing naar implementatie tools zoals: zoals e-learning modules, apps, formats voor klinische lessen, koppelingen naar checklists en instrumenten, en instructiegidsen of 'hoe uit te voeren'- handleidingen,
 - v. Biedt eenvoudige reflectiemethoden en feedback tools aan waarmee zichtbaar gemaakt kan worden of alle aanbevelingen uit de kwaliteitsstandaard worden uitgevoerd zoals bedoeld en wat de resultaten zijn, met daar waar mogelijk ook effecten op patiëntuitkomsten en/of verpleeg-sensitieve uitkomstmaten
 - b. Deel Best Practices en inspiratievoorbeelden bijvoorbeeld door het inrichten van een learning community binnen V&VN.

- c. Geef aan hoe netwerken ingezet kunnen worden
- 3) Koppel aan de database Kwaliteitsstandaarden van V&VN een apart submenu waarin doorgeklikt kan worden naar een digitale toolbox met een overzicht van tools voor het gebruik van kwaliteitsstandaarden, de implementatie van kwaliteitsstandaarden, en het monitoren van het werken met kwaliteitsstandaarden. Kijk voor een inspirerend voorbeeld bij <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/tools/>

5.4 Disseminatie, implementatie en borging

- 1) Zorg voor een overzichtelijke database van kwaliteitsstandaarden zodat wijkverpleegkundigen, verzorgenden en andere belanghebbenden, de kwaliteitsstandaarden snel kunnen vinden.
 - a. Creëer een overzichtelijke zoekfunctie (middels alfabet) zoals de website van de FMS en de NHG.
 - b. Zorg ervoor dat aan iedere kwaliteitsstandaard trefwoorden worden toegekend maar ook synoniemen of woorden die juist gangbaar zijn in de dagelijkse praktijk (denk aan bijvoorbeeld aan Proactieve zorgplanning als synoniem voor Advance Care Planning)
- 2) Maak een format voor een verspreidingsplan voor de diverse doelgroepen 1) de potentiële gebruikers (wijkverpleegkundigen) 2) de beslissers (beleidsmakers, managers van de thuiszorgorganisaties) en 3) voor cliënten en naasten.
 - a. Gebruik diverse kanalen en communicatiemiddelen, zoals vakbladen, nieuwsbrieven, e-mails, pers of sociale media (Instagram, Facebook of Twitter)
 - b. Schakel sociale netwerken van professionals in
 - c. Identificeer en benader sleutelfiguren en andere relevante netwerken van stakeholders en betrek heb bij het opstellen en verspreiden van informatie
 - d. Stem de informatie af op de beoogde gebruiker en zorgorganisaties; wervende brochure, bijeenkomsten, persoonlijke benadering en uitleg
- 3) Schakel een implementatiecoördinator(en)/implementatiecoach in of laat een wijkverpleegkundige van het team een training volgen, bijvoorbeeld de training die door V&VN wordt aangeboden. Het opleiden en inzetten van een implementatiecoach leidt er tevens toe dat binnen de thuiszorginstellingen een infrastructuur wordt opgezet voor de implementatie van kwaliteitsstandaarden in zijn algemeenheid en heeft als voordeel dat er ook afstemming met lokale protocollen kan plaatsvinden
- 4) Zorg voor een systeem dat de kennisname en gebruik van kwaliteitsstandaarden op geaggregeerd niveau monitort dan wel evalueert, bijvoorbeeld aan de hand van een landelijke survey. V&VN is voornemens om in 2021- 2022 te starten met een

monitoringsactiviteit, mogelijk kan hierbij aangesloten worden. Daarnaast het kan het 'Evaluatieonderzoek verspreiding, implementatie en wensen Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming' (Esmeijer, 2020) als voorbeeld dienen. Het gebruikte survey instrument leent zich ook goed voor de wijkverpleging.

- 5) Zorg voor een verbinding met de kennisinstututen (academies, leerhuizen, mbo's en hogescholen) zodat kwaliteitsstandaarden verweven kunnen worden in de curricula aan verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten in de wijk.
 - a. Laat onderwijsvertegenwoordigers deel uitmaken van de werkgroep of adviesgroep van een te ontwikkelen kwaliteitsstandaard.
 - b. Verbindt onderwijsvertegenwoordigers aan de diverse V&VN platforms en afdelingen zodat kennis- en vaardigheidsaspecten behorend bij relevante kwaliteitsstandaarden ook hun weg kunnen vinden naar het beroepsonderwijs.

5.5 Implementatieagenda

- 1) Maak gebruik van het overzicht van *actuele en nieuwe* kwaliteitsstandaarden voor de implementatie agenda zoals geïdentificeerd in dit onderdeel van de programmeringsstudie. Zie hiervoor tabel 4.3.2. Voor de kwaliteitsstandaarden waarvoor de rol van de wijkverpleegkundigen en verzorgenden niet expliciet is beschreven (n=20) zijn mogelijk aanvullende producten nodig waarin deze vertaling wordt gemaakt.
- 2) Een stappenplan voor het actueel houden van de implementatie agenda zou er als volgt uit kunnen zien:
 - a. Identificeer op basis van onderwerpen aangedragen vanuit de praktijk of er actuele Kwaliteitsstandaarden zijn die tegemoetkomen aan deze vraag, en zo ja of er een probleem bestaat op het gebied van implementatie.
 - b. Identificeer de rol van de wijkverpleegkundige en verzorgende in de actuele - voor de wijkverpleging relevante - kwaliteitsstandaarden.
 - c. Indien deze rol niet is beschreven, bekijk of de aanbevelingen voldoende gericht zijn op het 'beter doen' of 'beter laten' van handelingen die betrekking hebben op de beroepspraktijk van de wijkverpleegkundige.
 - d. Indien niet, overweeg of deze aanbevelingen (bij de eerstvolgende herziening) nader gespecificeerd dan wel aangepast kunnen voor de beroepspraktijk van de wijkverpleegkundige en verzorgende.
 - e. Ga bij de *actuele* kwaliteitsstandaarden eerst na in welke mate deze geïmplementeerd zijn, welke implementatieactiviteiten hebben plaatsgevonden en welke strategieën nodig en passend zijn bij geïdentificeerde belemmerende en bevorderende factoren.

6. Literatuur

AQUA (2019). Leidraad voor kwaliteitsstandaarden. Diemen: Zorginstituut, 2019

AQUA (2021). Leidraad voor kwaliteitsstandaarden. Diemen: Zorginstituut, 2021

Arts, D.L., Voncken, A.G., Medlock, S., Abu-Hanna, A., van Weert, H.C., 2016. Reasons for intentional guideline non-adherence: A systematic review. *Int J Med Inform* 89, 55-62.

Brabers, A.A.E.M., Groot, K. de, Groenewegen, P.P.P., Jong, J.D. de. To what extent do home care nurses feel free to assess the care that is needed for their patients? nationwide survey in the Netherlands *Health Science Reports*: 2021, 4(4), e420

Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies.

Esmeijer, N., de Meyer, R., & van Dam, C. (2020). Evaluatieonderzoek verspreiding, implementatie en wensen Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. Utrecht: Praktikon.

Francke, A., Meurs, M., Plas, A., & Voss, H. (2020). Inventarisatie van Advance Care Planning: ZonMw-projecten, methoden, uitkomsten en geleerde lessen over toepassing, implementatie en borging.

Francke, A., Meurs, M., Plas, A., & Voss, A. (2020). Implementatiehandreiking Advance Care Planning: aanbevelingen voor toepassing, implementatie en borging

Fleuren, M., Nijboer, A., & Verhoof, E. (2019). Plan van aanpak landelijke invoering en evaluatie kwaliteitsstandaarden verpleegkundigen en verzorgenden

Fleuren, M. (2021). Proefimplementaties Kwaliteitsstandaarden verpleegkundigen en verzorgenden

Geense, W., Koppelaar, E., Rosendal, H., van der Sande, R., & de Bont, M. (2013). Wijkverpleegkundige richtlijnen.

Grimshaw, J., Thomas, R., MacLennan, G., Fraser, C. R. R. C., Ramsay, C. R., Vale, L. E. E. A., ... &

Groot, K. D., & Francke, A. (2021). Inventarisatie kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen en verzorgenden. Stand van zaken en lacunes.

Hilbink, M., Ouwens, M., & Kool, T. (2013). De HARING-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Nijmegen.

Ista E, Heinen M, Huis A, Persoon A, Rietbergen T, Roosen C, Spoon D, Wassenaar A, Adriaansen M, van Bodegom-Vos L, van Dijk M, Vermeulen H. Eindrapport studie: Wat Is Nodig voor implementatie van Kwaliteitsstandaarden voor Verpleegkundigen, Verzorgenden & Verpleegkundig specialisten? Rotterdam. 2020, maart.

Joren, C., De Veer, A., Groot, K. D., & De Francke, A. (2020). Kwaliteitskader palliatieve zorg goede leidraad voor zorgverleners. Utrecht: Nivel.

Joren et al 2020. Kwaliteitskader palliatieve zorg weinig bekend. TVZ verpleegkunde in praktijk en wetenschap 131(1): 26-27.

Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, IKNL/Palliactief, 2017. Geraadpleegd van <https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/kwaliteitskader-palliatieve-zorg-nederland>

Ista, E., van Dijk, M., Spoon, D., Heinen, M., Huis, A., Roosen, C., ... & Rietbergen, T. (2020). Betere zorg met richtlijnen. TVZ-Verpleegkunde in praktijk en wetenschap, 130(1), 16-16.

Morris, Z. S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. Journal of the Royal Society of Medicine, 104(12), 510-520.

Presseau, J., Rogers, A., Sevdalis, N., Squires, J., Straus, S., Weiner, B.J., 2019. Implementation Science and Implementation Science Communications: our aims, scope, and reporting expectations. Implementation Science 14 (1), 77.

Regieraad Kwaliteit van Zorg. Prioriteren onderwerpen voor richtlijnontwikkeling in Nederland. Een lijst met geprioriteerde richtlijnonderwerpen (2012)

Rietjens, J. A., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., ... & European Association for Palliative Care. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology*, 18(9), e543-e551.

Sales, A.E., Wilson, P.M., Wensing, M., Aarons, G.A., Armstrong, R., Flottorp, S., Hutchinson, A.M.,

Verschuur, E., van der Sande, R., Francke A. Handreiking palliatieve zorg thuis. Een uitwerking van het kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland voor wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en verzorgenden. Utrecht: V&VN, 2019. Geraadpleegd van <https://www.venvn.nl/media/q3epmmv0/handreikingpalliatieve-zorg-thuis.pdf>

Wensing, M. & Grol, R. (2017). Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Zuidema et al 2021 Rapport Agenda kwaliteitsstandaarden in de wijkverpleging (WP1 programmeringsstudie)

7. Bijlagen

Bijlage 7.1 Bijeenkomst Advies- en Klankbordgroep – Implementatie

Agenda en voorbereiding:

Dinsdag 15 juni 15.00 -16.30 uur, Via Teams

Onder leiding van Maud Heinen en Anita Huis, IQ healthcare, Radboudumc Nijmegen

Doel van de bijeenkomst: Inzicht krijgen in disseminatie en implementatieactiviteiten, op basis van deze twee kwaliteitsstandaarden

1. Voorstellen 10 minuten
2. Terugkoppeling WP1 – 10 minuten
3. Advance Care Planning – 20 minuten
4. Kindzorg – 20 minuten
5. Algemeen Disseminatie en Implementatie – 20 minuten
6. Afsluiting – 10 minuten

Vorbereiding:

- Lees de meegestuurde handreiking palliatieve zorg thuis door en met name module 3.3 Proactieve zorgplanning, afstemming en informatieoverdracht. Bedenk of deze handreiking voldoende antwoord geeft op jullie vraag over ACP (zie kader)*.
- Bekijk de kwaliteitsstandaard Kindzorg (Zorg aan het zieke kind en gezin in de eigen omgeving) via de volgende link: <https://www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/kwaliteitsstandaard-zorg-aan-het-zieke-kind-en-gezin-in-de-eigen-omgeving/>. We horen graag wat je ervan vindt, en of je deze zou kunnen gebruiken in je eigen setting. Probeer dit ook te bedenken indien je niet met deze doelgroep van kinderen/ouders werkt.

**Uit WP1, m.b.t. ACP:*

1. Bij iedere patiënt oppakken niet alleen bij palliatieve patiënten;
2. Handreiking palliatieve zorg V&VN is bekend;
3. Nu wordt te laat met gespreksvoering gestart;
4. Communicatie tussen wijkverpleging, huisarts en ziekenhuis is nog niet optimaal in het overnemen van bepaalde afspraken. ICT faciliteert hier ook niet in;
5. Onduidelijkheid wie van de betrokken zorgprofessionals regie heeft

1. Voorstellen 10 minuten
2. Terugkoppeling WP1 – 10 minuten
3. ACP – 20 minuten
 - a. Wat vind je van deze handreiking in het algemeen
 - b. Wat vind je van module 3.3 Proactieve zorgplanning, afstemming en informatieoverdracht?
 - c. Geeft de handreiking jou voldoende handvatten om mee aan de slag te gaan? (waarom wel of waarom niet?)
 - d. In hoeverre zijn de genoemde tools in de aanbevelingen (PaTz-methodiek, Zorgpad Stervensfase bruikbaar en toereikend?
 - e. Je wil hiermee aan de slag gaan, hoe pak je dit aan binnen je organisatie?
 - f. Geeft deze handreiking handvatten voor ACP algemeen? (of wat is daar nog voor nodig?)
4. Kindzorg – 20 minuten; link gekregen naar het document
 - a. Heb je het document gevonden?
 - b. Heb je hier eerder gekeken naar richtlijnen/ kwaliteitsstandaarden?
 - c. Wat vond je van het document? (Leesbaarheid, informatie, lay-out,...)
 - d. Geeft deze kwaliteitsstandaard richting aan jouw handelen? (Kun je ermee aan de slag in de praktijk?) Waarom wel/ waarom niet?
 - e. Wat vond je van de E-Learning? (Inclusief trailer en accreditatiepunten/ heeft men deze gevonden?)
5. Algemeen – 20 minuten
 - a. Hoe blijven jullie op de hoogte van ontwikkelingen?
 - b. Hoe word je op de hoogte gebracht vanuit VNVN?
 - c. Wanneer er een nieuwe richtlijn is, die past binnen jouw werk, wat is dan de volgende stap. Jij/ of een collega ziet deze richtlijn, hoe verloopt dit binnen jouw organisatie?
6. Afsluiting – 10 minuten

Bijlage 7.2 Kwaliteitsstandaarden per geprioriteerd onderwerp

Onderstaand overzicht laat alle 39 actuele kwaliteitsstandaarden zien die zijn geïdentificeerd in de programmeringsstudie door de Groot et al (2021) waarbij een mogelijke rol voor de wijkverpleegkundige zou zijn beschreven. De schuingedrukte standaarden in dit overzicht konden niet worden ingedeeld bij een van de negen onderwerpen geïdentificeerd door (Zuidema et al 2021), en werden daarom niet meegenomen in de analyse met betrekking tot de implementatie agenda. Standaarden die bij meerdere onderwerpen waren ingedeeld, zijn gemarkeerd met een*.

Tabel 7.2.1 Selectie van actuele kwaliteitsstandaarden

<p>GGZ generieke modules (n=3) <i>2. GGZ Generieke module Acute psychiatrie</i> <i>5. GGZ Generieke module Comorbiditeit</i> <i>16. GGZ Generieke module Ouderen met psychische aandoeningen met psychische problematiek</i></p>
<p>Palliatieve zorg (n=6) <u>Handreikingen (n=2)</u> 29. Handreiking Casemanagers palliatieve zorg in de eerste lijn 31. Handreiking Palliatieve Zorg Thuis <u>Richtlijnen (n=4)</u> 77. Richtlijn Dyspneu in de palliatieve fase 104. Richtlijn Palliatieve zorg bij hartfalen 132. Richtlijn Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase 135. Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase</p>
<p>Ziektespecifiek (n=16) <u>Handreikingen (n=1)</u> 30. Handreiking communicatie bij Dementie <u>Kwaliteitsstandaarden (n=1)</u> 45. Kwaliteitsstandaard atypische Parkinsonismen <u>Richtlijnen (n=8)</u> <i>68. Richtlijn Borstkanker</i> <i>97. Richtlijn Niet-kleincellig-longcarcinoom (NSCLS)</i> <i>103. Richtlijn Orofaryngeale dysfagie</i> <i>117. Richtlijn Proximale femurfracturen</i> <i>124. Richtlijn Spinale musculaire atrofie (SMA) type 1</i> <i>125. Richtlijn Staphylococcus aureus-infecties inclusief MRSA-infecties en dragerschap</i> 126. Richtlijn Stomazorg 114. Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met Dementie* (2x bij 2 en 8) <u>Zorgstandaarden (n=5)</u> 149. Zorgstandaard COPD* (2x bij 2 en 3) 150. Zorgstandaard Dementie 151. Zorgstandaard Depressieve stoornissen* (2x: bij 4 en 5) 155. Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving* (3x: bij 4, 5, 6, 8 en 9) <i>157. Zorgstandaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)</i> <u>Overige (n=1)</u> <i>141. Zorg op maat voor ouderen met diabetes</i></p>
<p>Pijn (n=4) <u>Richtlijnen (n=4)</u> 59. Multidisciplinaire Richtlijn Pijn 108. Richtlijn Pijn bij Kwetsbare ouderen 109. Richtlijn Pijn bij patiënten met gevorderde stadia van COPD of hartfalen 110. Richtlijn Pijn bij Patiënten met Kanker</p>

<p>Medisch/verpleegkundig technisch handelen (n=2)</p> <p><u>Handleiding (n=1)</u> 27. Handleiding Voorbehouden handelingen in de (wijk)verpleging & verzorging</p> <p><u>Handreikingen (n=1)</u> 34. Handreiking Veilig omgaan met cytostatica</p>
<p>Kwaliteitskaders (n=3)</p> <p>41. Kwaliteitskader Spoedzorgketen 43. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg Addendum langdurige zorg thuis met een Wlz-indicatie 44. Kwaliteitskader Wijkverpleging</p>
<p>Overig (n=4)</p> <p><u>Kwaliteitsstandaarden</u> 47. Kwaliteitsstandaard Levensvragen</p> <p><u>Richtlijnen (n=3)</u> 75. Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg* (4x: bij 4, 5, 6, 8 en 9) 113. Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen 131. Richtlijn Vermoeden van Ouderenmishandeling</p>
<p>LESA (n=1)</p> <p>58. LESA Organisatie van zorg bij chronische medicatie</p>

De nummering van de standaarden komt overeen met deze in het rapport van de Groot et al. 2021

Bijlage 7.3 Analyse actuele kwaliteitsstandaarden voor Implementatie

<p>1. Handreiking Casemanagers palliatieve zorg in de eerste lijn (2015) (29)</p> <p><u>Ontwikkelaar:</u> VUmc Expertisecentrum Palliatieve zorg <u>Doel:</u> Het doel van de handreiking is niet heel specifiek geformuleerd, er wordt informatie gegeven over wat of wie casemanagers zijn en wat ze doen, er worden adviezen gegeven over implementatie in de eigen regio, of om kaders uit te zetten voor het evalueren of de begeleiding van casemanagers aansluit bij de wensen en behoeften in de regio. Hiervoor worden aanbevelingen beschreven op basis van de CaPalCa studie. <u>Doelgroep:</u> Deze handreiking is voor iedereen die geïnteresseerd is in de functie van casemanagers voor de palliatieve zorg. Of het nu is om eerste informatie te verkrijgen over wat of wie casemanagers zijn en wat ze doen, om adviezen te krijgen over implementatie in de eigen regio, of om kaders uit te zetten voor het evalueren of de begeleiding van casemanagers aansluit bij de wensen en behoeften in de regio. Het gaat in deze handreiking om de functie van casemanager, niet om casemanagement als onderdeel van het reguliere werk van bijvoorbeeld een huisarts of wijkverpleegkundige. <u>Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende:</u> Het gaat in deze handreiking om de functie van casemanager, niet om casemanagement als onderdeel van het reguliere werk van bijvoorbeeld een huisarts of wijkverpleegkundige. <u>Raamwerk:</u> 4 Context van zorg <u>Conclusie:</u> De handreiking biedt handvatten voor het inrichten van casemanagement, het gaat niet om casemanagement als onderdeel van het reguliere werk van (bijvoorbeeld) een wijkverpleegkundige. <u>Prioritering:</u> Groep 3</p>
<p>2. Handreiking Palliatieve Zorg Thuis (2019) (31)</p> <p><u>Ontwikkelaar:</u> V&VN <u>Doel:</u> Het doel van deze handreiking is bij te dragen aan optimale signalering, zorgverlening, samenwerking en overdracht in de palliatieve zorg thuis door (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden.</p>

Het betreft palliatieve zorg thuis voor patiënten en naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening OF met kwetsbaarheid (niet-oncologische aandoeningen zoals COPD, hartfalen, dementie, neurologische aandoeningen en algemene kwetsbaarheid op zeer hoge leeftijd.

Doelgroep: speciaal voor (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden.

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: In de handreiking ligt het accent op adviezen over eigen regie van de patiënt en zijn naasten, het herkennen van de palliatieve fase, indicatiestelling, proactieve zorgplanning, afstemming en informatieoverdracht en de benodigde competenties daarvoor

Raamwerk: 4 Context van Zorg

Conclusie: De handreiking richt zich nadrukkelijk op, de rol van wijkverpleegkundige en of verzorgende wordt beschreven.

Prioritering: Groep 1

Zie ook nadere uitwerking van deze handreiking in paragraaf 4.4 van dit rapport.

3. Richtlijn Dyspneu in de palliatieve fase (2015) (77)

Ontwikkelaar: Platform Palliatieve Zorg Richtlijnen, Integraal Kankercentrum Nederland

Doel: De richtlijn Dyspneu geeft aanbevelingen over diagnostiek, beleid en behandeling van patiënten met (het symptoom) dyspneu in de palliatieve fase en beoogt hiermee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.

Doelgroep: Doelgroep Deze richtlijn is bestemd voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met dyspneu in de palliatieve fase, die last hebben van dyspneu (onder andere ten gevolge van kanker, COPD en/of hartfalen), zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, medisch specialisten (onder andere longartsen en cardiologen), apothekers, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants en fysiotherapeuten.

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: In twee aanbevelingen ter verlichting van dyspneu in de palliatieve fase wordt de mogelijke inzet van een gespecialiseerd verpleegkundige voor ademhalingsoefeningen en verlichting van angst benoemd (p19).

*Met betrekking tot Integrale zorg en meer specifiek de coördinatie van zorg wordt aanbevolen om deelname aan een PaTz groep te overwegen. Wijkverpleegkundigen kunnen deel uitmaken van zo'n PaTz groep. (2X wijkverpleegkundige, p14 en p19)

Raamwerk: Fysiek

Conclusie: De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende wordt niet beschreven. Wel wordt gerefereerd aan de inzet van een gespecialiseerd verpleegkundige voor het doen van ademhalingsoefeningen en verlichting van angst.

Prioritering: Groep 3

4. Richtlijn Palliatieve zorg bij hartfalen (2018) (104)

Ontwikkelaar: Platform PAZORI (Palliatieve Zorg Richtlijnen), Integraal Kankercentrum Nederland

Doel: De richtlijn palliatieve zorg bij hartfalen geeft aanbevelingen over begeleiding en behandeling van patiënten met hartfalen NYHA-klasse III en IV en beoogt hiermee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.

Doelgroep: Deze richtlijn is bestemd voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met hartfalen NYHA-klasse III en IV zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, medisch specialisten (vooral cardiologen, internisten en klinisch geriateren), apothekers, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants, POH's (Praktijkondersteuners Huisarts), fysiotherapeuten, psychologen, maatschappelijke werkers, geestelijk verzorgers en andere bij de patiënt betrokken professionals. Indien in de richtlijn wordt gesproken over zorgverleners rondom de patiënt met hartfalen, kunnen

afhankelijk van de specifieke situatie van de patiënt alle bovengenoemde professionals bedoeld worden.

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: *Er wordt verwezen naar gespecialiseerde verpleegkundigen en hartfalenverpleegkundigen.

*PaTz wordt genoemd (in de regel maken wijkverpleegkundigen deel uit van het PaTz team)

*Op p32 wordt de thuiszorgverpleegkundige genoemd. Hier wordt aangegeven 'Overleg (als huisarts of thuiszorgverpleegkundige) zo nodig laagdrempelig met de hartfalenpolikliniek over het voorschrijven van diuretica en aanpassen van de dosis ervan.

Raamwerk: 1 Fysiek, 2 Psychosociaal en 4 Context van zorg

Conclusie: De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende wordt niet beschreven. Er wordt verwezen naar gespecialiseerde verpleegkundigen en hartfalenverpleegkundigen. Er lijkt wel een rol weggelegd te zijn voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden.

Prioritering: Groep 2

5. Richtlijn Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase (2019) (132)

Ontwikkelaar: Platform PAZORI (Palliatieve Zorg Richtlijnen), Integraal Kankercentrum Nederland

Doel: De richtlijn Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase geeft aanbevelingen over begeleiding en behandeling van patiënten met kanker tijdens de verschillende stadia van de palliatieve fase en beoogt hiermee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.

Doelgroep: Deze richtlijn is bestemd voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase zoals huisartsen, medisch specialisten (o.a. internist-oncologen, radiotherapeuten, revalidatieartsen), specialisten ouderengeneeskunde, apothekers, verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants, praktijkondersteuners huisarts, diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers en vaktherapeuten. Voor verzorgenden is een vertaling van de richtlijn opgenomen in de signaleringskaart Vermoeidheid binnen de set 'Signalering' in de palliatieve fase.

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende:

*In de periode van ziektegerichte palliatie is de hoofdbehandelaar veelal een medisch specialist. In die van de symptoomgerichte palliatie is de hoofdbehandelaar veelal de huisarts. Zij werken samen met een (team van) verpleegkundigen en andere zorgverleners, zoals een fysiotherapeut, ergotherapeut, medisch maatschappelijk werker, psycholoog en diëtist. (p16)

*Bespreek met de patiënt/naasten bij welke problemen welke zorgverlener geraadpleegd

*PaTz wordt genoemd (in de regel maken wijkverpleegkundigen deel uit van het PaTz team)

*De centrale zorgverlener en hoofdbehandelaar zijn ervoor verantwoordelijk dat voorlichting wordt gegeven, maar zij kunnen dit delegeren bijvoorbeeld aan een verpleegkundige. (p41)

Raamwerk: 1 Fysiek, 2 Psychosociaal en 4 Context van zorg

Conclusie: De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende wordt niet beschreven. Er lijkt wel een rol te zijn weggelegd voor wijkverpleegkundigen en of verzorgenden.

Prioritering: Groep 2

6. Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase (2018) (135)

Ontwikkelaar: Platform PAZORI (Palliatieve Zorg Richtlijnen)

Doel: De richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase geeft aanbevelingen over diagnose, begeleiding en behandeling voor alle patiënten (vanaf 18 jaar) met zingevings- en spirituele vragen en/of problemen in de palliatieve fase (zie definitie in het Kwaliteitskader) ongeacht de onderliggende aandoening en in iedere zorgsetting.

Doelgroep: Deze richtlijn is in de eerste plaats geschreven voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten in de palliatieve fase zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, medisch specialisten, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten,

physician assistants, geestelijk verzorgers, IKNL-consulenten, maatschappelijk werkers, psychologen en fysiotherapeuten.

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: Uitgangsvraag (p13): Wat is de rol van arts en verpleegkundige versus de rol van gespecialiseerde zorgverleners op het gebied van zingeving en spiritualiteit? Aanbevelingen: Beoordeel als arts of verpleegkundige of u in staat bent om de vereiste aandacht en eventueel begeleiding te geven op het gebied van zingeving en spiritualiteit. Verwijs naar een gespecialiseerde zorgverlener (geestelijk verzorger, medisch maatschappelijk werker of psycholoog) als de patiënt daar behoefte aan heeft en u de vereiste tijd en deskundigheid mist en/of er sprake is van een spirituele crisis.

*PaTz wordt genoemd (in de regel maken wijkverpleegkundigen deel uit van het PaTz team)

Raamwerk: 2 Psychosociaal en 4 Context van zorg

Conclusie: Er lijkt een rol te zijn weggelegd voor de Wijkverpleegkundige en/ of verzorgende gericht op zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase.

Prioritering: Groep 1

7. Handreiking communicatie bij Dementie (2020) (30) - Praktische handreiking hoe te handelen voor verpleegkundigen en verzorgenden

Ontwikkelaar: V&VN

Doel: Deze handreiking is bedoeld om verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de thuissituatie, huisartsenzorg, ziekenhuis en/of verpleeghuiszorg, te ondersteunen om hun communicatie aan te laten sluiten bij de persoon met dementie die ze voor zich hebben en in hun behoeften te voorzien.

Doelgroep:

Deze handreiking is bedoeld om verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de thuissituatie, huisartsenzorg, ziekenhuis en/of verpleeghuiszorg, te ondersteunen om hun communicatie aan te laten sluiten bij de persoon met dementie die ze voor zich hebben en in hun behoeften te voorzien. Omdat in de zorg voor mensen met dementie hun mantelzorger(s) en andere betrokken zorgprofessionals een belangrijke rol spelen, geeft dit document ook tips om de communicatie met hen te optimaliseren (respectievelijk hoofdstuk 3 en 4).

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende:

Verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de thuissituatie, huisartsenzorg, ziekenhuis en/of verpleeghuiszorg

Raamwerk: 3 Relationeel

Conclusie: Deze handreiking is gericht op de rol en het handelen (de communicatie) van (Wijk)verpleegkundigen en/ of verzorgenden.

Prioritering: Groep 1

8. Kwaliteitsstandaard atypische Parkinsonismen (2020) (45)

Ontwikkelaar: Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP) in samenwerking met de Parkinsonvereniging.

Doel: Deze kwaliteitsstandaard heeft tot doel patiënten met atypische parkinsonisme in alle fasen van de ziekte optimaal te behandelen en daardoor optimaal te laten functioneren.

Doelgroep:

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: Een duidelijke rol is weggelegd voor de Parkinsonverpleegkundige/ verpleegkundig specialist. Er wordt niet specifiek gerefereerd aan verpleegkundigen of wijkverpleegkundigen.

De zorgcoördinator is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en zorgverleners. De patiënt kan laagdrempelig contact leggen met de zorgcoördinator. De zorgcoördinator draagt zorg voor de beantwoording van vragen van de patiënt, door deze eventueel voor te leggen aan andere betrokken zorgverleners. De zorgcoördinator heeft het overzicht over het behandeltraject en een belangrijke taak in de logistieke afstemming en coördinatie van afspraken en de communicatie (VSOP 2015a). De rol van zorgcoördinator kan worden

ingevuld door de hoofdbehandelaar, door een verpleegkundige of verpleegkundig specialist, Parkinson verpleegkundige of door een andere zorgverlener.

Raamwerk: 1 Fysiek en 4 Context van zorg

Conclusie: De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende wordt niet beschreven. Een duidelijke rol is weggelegd voor de Parkinsonverpleegkundige/ verpleegkundig specialist.

Prioritering: Groep 3

9. Richtlijn stomazorg (2018) (126)

Ontwikkelaar: V&VN Stomaverpleegkundigen

Doel: Het doel van deze richtlijn is de kwaliteit van stomazorg in Nederland te verbeteren voor volwassen patiënten met een incontinent colostoma, ileostoma en/of urostoma.

Doelgroep: Deze richtlijn is geschreven voor verpleegkundigen en verzorgenden, die de richtlijn kunnen gebruiken bij klinische besluitvorming, beleidsbepaling en het opzetten van lokale protocollen. Daarnaast is de richtlijn bruikbaar voor patiënten, om inzicht te verkrijgen in het optimale zorgproces rondom stomata, en voor de Stomavereniging, voor beleidsbepaling.

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: De stomaverpleegkundige kan het zelfmanagement ondersteunen. Het woord zelfmanagement wordt tweemaal genoemd. De richtlijn is met name gericht op de (gespecialiseerde) stomaverpleegkundige. In de nazorgfase wordt de wijkverpleegkundige en verzorgende genoemd: 'Nazorg wil zeggen de controle en zorg na de behandeling, dientengevolge stelt de werkgroep dat de nazorgfase begint vanaf het moment van ontslag uit het ziekenhuis; hierbij is geen moment te benoemen waarop deze fase eindigt. De nazorg kan uitgevoerd worden door de (stoma)verpleegkundige in het ziekenhuis (poliklinisch) of thuiszorg, de wijkverpleegkundige of verzorgende of verpleegkundigen of verzorgenden in een verpleeg- of verzorgingshuis.'

Raamwerk: 1 Fysiek, 2 Psychosociaal en 4 Context van zorg

Conclusie: De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende wordt summier beschreven. Er is een duidelijke rol voor de stomaverpleegkundige weggelegd zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie.

Prioritering: Groep 3

NB: Er is een hoofdstuk gewijd aan implementatie, ook worden 13 indicatoren beschreven.

10. Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met Dementie (2018) (114)

Ontwikkelaar: Verenso (Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde)

Doel: De richtlijn heeft tot doel te komen tot een eenduidige multidisciplinaire analyse en een methodische werkwijze voor behandeling van probleemgedrag bij mensen met dementie ongeacht hun verblijfplaats.

Doelgroep:

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: Deze richtlijn gaat over de medicamenteuze, psychologische en psychosociale behandeling van complexe problematiek bij dementie en richt zich vooral op de rol van de arts (specialist ouderengeneeskunde, ouderenpsychiater, klinisch geriater en huisarts) en gezondheidszorgpsycholoog. De verpleegkundige speelt als verbindende schakel tussen de patiënt, mantelzorger(s) en leden van het multidisciplinair team een essentiële rol wat betreft observatie, signalering, begeleiding en coördinatie. Verpleging maakt deel uit van een multidisciplinair team.

Verblijf thuis (p390) 'De huisarts, praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige bewaken of iemand met dementie en probleemgedrag verantwoord thuis kan blijven wonen en hoe dat dan het beste kan. De huisarts is hoofdbehandelaar en heeft de medische eindverantwoordelijkheid. Belangrijk is dat de functie van zorgcoördinatie (casemanagement) duidelijk is toegewezen aan een daartoe gekwalificeerd functionaris (kan een verpleegkundige zijn maar hoeft niet).'

Raamwerk: 2 Psychosociaal en 4 Context van zorg

Conclusie: De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende wordt zeer summier beschreven.

Prioritering: Groep 2

11. Zorgstandaard depressieve stoornissen (2018) (151)

Ontwikkelaar: Akwa GGZ

Doel: De belangrijkste functie van deze zorgstandaard is richting te geven aan de zorg voor mensen met depressieve klachten, een unipolaire depressieve stoornis (depressie), persisterende depressieve stoornis (chronische depressie of dysthymie) of een verhoogd risico daarop. De zorgstandaard beschrijft goede zorg voor mensen met een depressie Patiënt en behandelaar beslissen gezamenlijk hoe de behandeling eruit komt te zien. Ze gaan daarbij uit van de NHGStandaard Depressie en de Multidisciplinaire richtlijn Depressie.

Deze zorgstandaard geeft concrete aanbevelingen voor hulpverleners voor:

Onderkenning, preventie, diagnostiek en monitoring; Individueel zorgplan en behandeling; Herstel, participatie en re-integratie. Verder beschrijft de zorgstandaard: 1. Welke generieke modules relevant zijn in de depressiezorg; 2. De organisatie van de depressiezorg;

Doelgroep: Een zorgstandaard geeft vanuit het perspectief van patiënten en naasten een actuele en zo mogelijk op wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde, functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele zorg.

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: Paragraaf gewijd aan verpleegkundigen (p191-193).

Daarna wordt beschreven dat het vooral een rol/taak is voor een gespecialiseerd verpleegkundige, POH GGZ. 'In de zorg voor depressie en dysthymie zijn de volgende disciplines betrokken: huisarts,

kaderhuisarts ggz, POH-GGZ, GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut, psychiater,

verpleegkundigen (ggz-verpleegkundige, verpleegkundig specialist ggz, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige/SPV), vaktherapeutische beroepen (beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie.' (p96)

De gespecialiseerde verpleegkundige zorg, verpleegkundig specialist GGZ; p191 De algemeen verpleegkundige zorg bij depressiebehandeling omvat mede het uitvoeren van:

basisinterventies waaronder, het geven van psycho-educatie, activerende begeleiding (activiteiten uitbreiden of hervatten), steunende en structurerende begeleiding (balans dag-nacht ritme, leefstijladviezen); interventies gericht op probleemoplossing, zelfmanagement, suïcidepreventie, omgang met spanning, begeleiding bij uitvoer ontspanningsoefeningen, sociale contacten en vaardigheden versterken; Vroegsignalering en monitoring van beloop en aanvullende diagnostiek; crisissignaleringsplan; terugvalpreventie; maken van een terugvalpreventieplan; rehabilitatie; ondersteuning familie; psychosociale zorg; overige behandelingen en ondersteunende taken van verpleegkundigen zijn: medicatieverstrekking, activiteiten van het dagelijks leven (ADL), somatische zorg, ondersteunende taken bij ECT behandeling.

Geen specifieke wijkverpleegkundige rol, wel een algemene rol voor verpleegkundigen, (alleen) hetgeen hierboven beschreven staat.

Raamwerk: 2 Psychosociaal en 4 Context van zorg

Conclusie: De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende in de generieke zorg wordt niet expliciet beschreven.

Prioritering: Groep 3

Uitkomstindicatoren: De patiënt en de behandelaar beslissen samen hoe en wanneer zij de voortgang van de behandeling en het herstelproces periodiek monitoren en evalueren. Om dit proces te ondersteunen is een aantal uitkomstindicatoren geformuleerd met bijbehorende meetinstrumenten. Het doel van de opgenomen indicatoren is het bevorderen van de kwaliteit van het individuele proces van herstel. Het interpreteren van de uitkomsten van

meetinstrumenten wordt gedaan in de context van de behandeling en het persoonlijke verhaal van de patiënt. (p101)

12. Zorgstandaard COPD* (2016) (149)

Ontwikkelaar: Long Alliantie Nederland

Doel: Er wordt een algemeen geformuleerd doel beschreven van een zorgstandaard. Een zorgstandaard is zodoende een instrument bij het realiseren van verscheidene doelen, zoals: • formuleren van het doel van de te leveren zorg; • bevorderen van transparantie in het zorgproces; • bevorderen van zelfmanagement en ondersteuning van de cliënt/patiënt als regisseur van zijn eigen bestaan met zijn eigen verantwoordelijkheid; • effectieve en eigentijdse organisatie van de zorgketen; • kwaliteitsbewaking en bevordering, zowel door interactie tussen cliënt/patiënt en zorgverlener(s) alsook door systematische rapportages van bereikte resultaten en feedback; en • het genereren van geordende informatie ten behoeve van analyse, beleid en toezicht. Hiermee vormt de zorgstandaard ook de basis voor het inkopen door zorgverzekeraars van ketenzorg (ketencontractering) bij multidisciplinair samengestelde zorgaanbieders (zorggroepen).

Het eerste, meest omvattende doel van een zorgstandaard is het bevorderen van optimale zorg voor mensen met een chronische aandoening. Een zorgstandaard stelt de norm voor goede zorg en beschrijft daartoe de inhoud van de zorg, de bijpassende organisatie en de indicatoren van kwaliteit. Daarmee wordt de zorgstandaard ook een geschikt uitgangspunt voor de aanspraken in verzekerde zorg en voor de onderliggende bekostigingssystematiek.

Doelgroep: Een zorgstandaard is toegankelijk voor iedereen: voor cliënten/patiënten, voor zorgverleners, voor bestuurders, beleidsmakers en toezichthouders.

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: Er wordt geen expliciete rol voor wijkverpleegkundigen of verzorgenden beschreven

Raamwerk: 1 Fysiek, 2 Psychosociaal en 4 Context van zorg

Conclusie: De rol van wijkverpleegkundige of verzorgende wordt niet beschreven

Prioritering: Groep 3

13. Zorgstandaard Dementie (2020) (150)

Ontwikkelaar: Alzheimer Nederland, Vilans

Doel: Een zorgstandaard dient ten minste de volgende gebruiksdoelen: • het voeren van een adequaat kwaliteitsbeleid; • de informatievoorziening over dementie en het daarbij passende aanbod naar alle betrokken doelgroepen; • transparante communicatie tussen patiënten, mantelzorgers en zorgverleners; • het uitgangspunt voor het opstellen van regionale zorgprogramma's en individuele zorgleefplannen; • het uitgangspunt voor aanpassen/ontwikkelen van relevante beroepsopleidingen.

De Zorgstandaard Dementie is bedoeld voor professionals en heeft als doel om in algemene termen te beschrijven wat vanuit het perspectief van de personen met dementie en hun mantelzorgers goede dementiezorg en -ondersteuning is (p6).

Doelgroep: Overzicht p5 Zorgstandaard, Richtlijn en zorgprogramma. Voor wie: Behandelaars/ begeleiders, cliënten, mantelzorgers.

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende:

Randvoorwaarden voor goede dementiezorg (p16): Het concept van integrale zorg (Valentijn, 2015) is hieronder uitgewerkt in vier randvoorwaarden voor goede dementiezorg, namelijk: proactieve zorgplanning, één zorgleefplan, casemanagement en gecoördineerde netwerkzorg. De specifieke expertise en vaardigheden bij casemanagement dementie zijn uitgewerkt in de expertisegebieden Dementieverpleegkundige (p19) (V&VN, 2017). De interprofessionele samenwerking bestaat uit alle betrokken professionals en organisaties over de volle breedte van het

dementienetwerk (nulde, eerste en tweede lijn). (p19)

Aanbeveling 15 benoemt expliciet de wijkverpleegkundige in het kader van medicijn inname.

Raamwerk: 1 Fysiek, 2 Psychosociaal en 4 Context van zorg

Conclusie: Ondanks dat er geen expliciete rol voor de wijkverpleegkundige of verzorgende wordt beschreven, lijken deze hier wel een rol in te spelen. De zorg wordt vanuit het cliëntenperspectief beschreven, er wordt gesproken over netwerken, netwerkcoördinatoren en casemanagement. Ook maakt Proactieve zorgplanning onderdeel uit van deze standaard, Proactieve zorgplanning was benoemd als een van de onderwerpen waar meer aandacht/kennis voor nodig zou zijn.

Prioritering: Groep 2

Indicatoren: Structuur, proces en uitkomstindicatoren worden beschreven

14. Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving (2017) (155)

Ontwikkelaar: Akwa GGZ

Doel: Een zorgstandaard beschrijft in algemene termen vanuit het perspectief van de patiënt wat goede zorg is voor mensen met een bepaalde psychische aandoening gedurende het complete zorgcontinuüm, de patient journey. Een zorgstandaard geeft de (landelijke) norm waaraan multidisciplinaire, integrale zorg bij psychische aandoeningen moet voldoen. Daarbij staat in de zorgstandaard wat de patiënt kan verwachten, niet alleen op het gebied van medicatie en behandeling, maar ook met aandacht voor participatie, de omgeving en de organisatie van zorg (p16).

De zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving wil een helder en beknopt raamwerk bieden voor vroege onderkenning, geïndiceerde preventie, screening en diagnostiek, behandeling en zorg voor problematische drinkers en mensen met een alcoholverslaving.

Doelgroep: Zie hierboven

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: Medewerkers van huisartsenpraktijken, generalistische zorg (met name huisartsen, POH-GGZ, POHS, wijkverpleegkundigen, bedrijfs- en verzekeringsartsen, psychologen en specialisten van een algemeen ziekenhuis) en ggz dienen getraind te zijn in het herkennen van mensen met alcoholproblemen (p105). Expliciet wordt benoemd dat de wijkverpleegkundige getraind moet zijn in het herkennen van mensen met alcoholproblemen. De wijkverpleegkundige heeft dus minimaal een rol in de opsporing/ herkenning. Ook wordt de kindcheck genoemd, dit houdt in dat er wordt nagegaan of er kinderen in het gezin zijn en of zij veilig zijn (p36). Wijkteams en / of sociale wijkteams worden meerdere malen genoemd. De verpleegkundig specialist wordt meermaals genoemd, en heeft een meer duidelijke rol in het geheel.

Raamwerk: 1 Fysiek, 2 Psychosociaal en 4 Context van zorg

Conclusie: Ondanks dat er geen hele expliciete rol voor de wijkverpleegkundige of verzorgende wordt beschreven, lijken deze, en met name de wijkverpleegkundige hier wel een rol in te spelen. Onder meer in de signalering van mogelijk problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving.

Prioritering: Groep 2

15. Zorg op maat voor ouderen met diabetes (2019) (141)

Ontwikkelaar: Nederlandse Diabetes Federatie (NDF)

Doel: Dit document dient gezien te worden als een verdieping van de zorg voor ouderen met diabetes, aanvullend op de NDF Zorgstandaard (p9). Deze module beschrijft goede zorg en preventie op maat voor thuiswonende ouderen met diabetes en geeft aanbevelingen voor implementatie om de kwaliteit van leven van deze groep mensen te verbeteren en hun mogelijkheden voor participatie in de samenleving te verhogen.

Doelgroep: Dit document beoogt professionals die in hun werk te maken hebben met (kwetsbare) ouderen met diabetes te ondersteunen bij het leveren van zorg op maat. Ook

voor beleidsmedewerkers, zorggroep- en kwaliteitsmanagers en verzekeraars is dit document relevant om kennis van te nemen (p9).

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende:

Onder andere een signaalfunctie voor thuiszorgmedewerkers. Hierin wordt ook verwezen naar de LESA Zorg voor kwetsbare ouderen (p28).

Raamwerk: 1 Fysiek en 4 Context van zorg

Conclusie: Ondanks dat er geen hele expliciete rol voor de wijkverpleegkundige of verzorgende wordt beschreven, lijken deze hier wel een belangrijke rol in te (kunnen) spelen. De LESA Zorg voor kwetsbare ouderen zou hierin meegenomen moeten worden.

Prioritering: Groep 2

16. Multidisciplinaire Richtlijn Pijn, Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen (2016) (59)

Ontwikkelaar: Verenso (Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde)

Doel: De centrale doelstelling van de richtlijn is het verbeteren van de herkenning van chronische pijnklachten bij kwetsbare ouderen en de behandeling en begeleiding daarvan.

Doelgroep: Het pijnbeleid bij kwetsbare ouderen die thuis wonen wordt bij voorkeur ingebed in de bestaande overlegstructuur in de eerste lijn. De huisarts (of praktijkondersteuner) of de wijkverpleegkundige kan hierin als coördinator optreden. In deze overlegstructuur zijn idealiter de huisarts, apotheker, wijkverpleging en zo nodig de fysiotherapeut vertegenwoordigd. Er wordt zorggedragen voor een goede afstemming. Daarnaast kan op indicatie consultatie gevraagd worden van een specialist ouderengeneeskunde, een ergotherapeut of diëtist. De overlegstructuur stimuleert een actieve signalering van pijn, ook bij ouderen die weinig zorg vragen. Iedere discipline heeft een eigen signaleringsfunctie en de taak deze met de andere leden te delen. De richtlijnwerkgroep hoopt dat artsen, psychologen, apothekers, verschillende paramedische disciplines en verpleegkundigen, gemotiveerd door de onderbouwing in deze richtlijn, pijn bij kwetsbare ouderen sneller en adequater kunnen herkennen, behandelen en verlichten.

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: <https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijndatabase/pijn>

Op deze website onder meer, de richtlijn in drie onderdelen; aanbevelingen, onderbouwing/integrale richtlijn, en een document met de bijlagen, een klinische les voor verzorgenden, en documenten met betrekking tot implementatie. Ook is een handleiding voor de V&V en een patiëntenfolder uitgebracht.

In de richtlijn zelf staan geen aanbevelingen specifieke voor (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden. De richtlijn noemt wel een rol voor verpleegkundigen en verzorgenden. Er is ook een handleiding met tips voor verpleegkundigen en verzorgenden.

Raamwerk: 1 Fysiek en 4 Context van zorg

Conclusie: De rol van de wijkverpleegkundige en verzorgende wordt summier beschreven. Toch lijkt er wel een rol te zijn weggelegd voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden.

Prioritering: Groep 2

NB: H7 beschrijft een aantal kwaliteitsindicatoren. Op bovenstaande website zijn een aantal documenten opgenomen die mogelijk implementatie zouden kunnen bevorderen.

17. Richtlijn Pijn bij Kwetsbare ouderen (108) Hier wordt de Multidisciplinaire Richtlijn Pijn bedoeld (zie hierboven)

Bij het zoeken op internet verschijnt er een verwijzing naar V&VN, hier wordt doorgeklikt naar de Richtlijn Pijn bij gevorderde COPD en Hartfalen getoond (webpagina Verenso). Dit is een onjuiste verwijzing op de pagina van V&VN, de richtlijn zoals hier benoemd (Richtlijn Pijn bij Kwetsbare ouderen) lijkt niet te bestaan.

18. Richtlijn Pijn bij patiënten met gevorderde stadia van COPD of hartfalen (2019) (109)

Ontwikkelaar: Federatie van Medisch specialisten is de eigenaar van de richtlijn. Ontwikkeling door, Platform PAZORI (Palliatieve Zorg Richtlijnen), Integraal Kankercentrum Nederland, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie.

Doel: De richtlijn 'Pijn' geeft aanbevelingen over begeleiding en behandeling van patiënten met pijn bij patiënten met gevorderde stadia van COPD of hartfalen en beoogt hiermee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.

Doelgroep:

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende:

Een van de aanbevelingen verwijst naar de pijnanamnese die is ontwikkeld door V&VN Pijnverpleegkundigen. 'De Pijnanamnese van V&VN pijnverpleegkundigen is een gestructureerde pijnanamnese waarin bovengenoemde aspecten aan bod komen (Oldenmenger 2006). Deze pijnanamnese is ontwikkeld door de Werkgroep Pijnanamnese van het Landelijk Verpleegkundig Pijnnetwerk in samenwerking met het Pijnkenniscentrum Rotterdam.' P26 Zorg ervoor dat pijnvoorlichting en educatie zo veel mogelijk gegeven wordt door zowel de arts als door de verpleegkundige.

Raamwerk: 1 Fysiek, 2 Psychosociaal en 4 Context van zorg

Conclusie: De rol van de Verpleegkundige in het algemeen wordt summier beschreven, de rol van de wijkverpleegkundige en of verzorgende wordt niet beschreven.

Prioritering: Groep 3

19. Richtlijn Pijn bij Patiënten met Kanker 2019 (110)

Ontwikkelaar: Platform PAZORI (Palliatieve Zorg Richtlijnen), Integraal Kankercentrum Nederland

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie

Doel: De richtlijn 'Pijn' geeft aanbevelingen over begeleiding en behandeling van patiënten met pijn bij kanker (zowel in de curatieve als de palliatieve fase) en beoogt hiermee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.

Doelgroep: De doelgroep staat niet duidelijk beschreven, echter de volledige pdf is niet te downloaden waardoor er niet met zoektermen is gezocht.

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: De rol van de wijkverpleegkundige en verzorgende staat niet beschreven. Er wordt meer in algemene termen over de betrokken hulpverleners geschreven.

Raamwerk: 1 Fysiek, 2 Psychosociaal en 4 Context van zorg

Conclusie: De rol van de wijkverpleegkundige en of verzorgende wordt niet beschreven. Er wordt meer in algemene termen over de betrokken hulpverleners geschreven.

Prioritering: Groep 3

20. Kwaliteitsstandaard Levensvragen Omgaan met levensvragen in de langdurige zorg voor ouderen (2015) 47

Ontwikkelaar: Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen. Het Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen is een samenwerking van ActiZ, Agora, Humanistisch Verbond, LOC Zeggenschap in zorg, MOgroep, PCOB en Unie KBO, Reliëf, Vereniging Het Zonnehuis en Vilans.

Doel: Dat de zorg voor cliënten aansluit bij hun levensvragen in het dagelijks leven en zo bijdraagt aan een zinvol leven.

Een kwaliteitsstandaard geeft vanuit het perspectief van de cliënt weer wat op een bepaald gebied nodig is om goede zorg te verlenen. Leidend bij het omgaan met levensvragen zijn de behoeften en verlangens en de fysieke en cognitieve mogelijkheden van de individuele cliënt.

Het doel van de Kwaliteitsstandaard Levensvragen is om zorgorganisaties en medewerkers in verpleging, verzorging en zorg thuis te motiveren om omgaan met levensvragen te integreren als essentieel onderdeel van goede en liefdevolle zorg. Daarnaast biedt de Kwaliteitsstandaard aanbevelingen over hoe de organisatie dit concreet kan maken, en een meetinstrument dat het mogelijk maakt om -voor interne verbeterinformatie- na te gaan wat het effect hiervan is voor de cliënt. (p4)

Doelgroep: Zorgorganisaties en medewerkers in verpleging, verzorging en zorg thuis. De Kwaliteitsstandaard Levensvragen is een generieke standaard die van toepassing is op ouderen die een zorgindicatie hebben, ongeacht welke aandoening, beperking of ziekte. In die zin overstijgt de standaard de ziekte specifieke standaarden. De doelgroep van deze Kwaliteitsstandaard zijn zorggebruikers met een indicatie voor langdurige zorg vanuit de Wlz en Zvw (p15).

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: Er lijkt een rol te zijn weggelegd voor de wijkverpleegkundige en of verzorgende. Twee categorieën aanbevelingen: over organisatorische randvoorwaarden (paragraaf 5.1) en over zorginhoud en zorgproces vanuit het perspectief van de cliënt (paragraaf 5.2).

<https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/ondersteuning/wetten/verschillen>

Raamwerk: 3 Relationeel

Conclusie: Deze kwaliteitsstandaard is ontwikkeld voor cliënten in de langdurige zorg. Onder meer cliënten die recht hebben op 24 -uurs zorg in de thuissituatie. Er lijkt wel een rol te zijn weggelegd voor wijkverpleegkundigen en of verzorgenden.

Prioritering: Groep 2

21. Richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg* (2017) (75)

Ontwikkelaar: IKNL, Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie

Doel: De richtlijnwerkgroep wil met de richtlijn 'Detecteren behoefte psychosociale zorg' bewerkstelligen dat bij alle volwassenen met kanker in de gehele oncologische zorgketen (klinisch, poliklinisch en in de thuissituatie) op systematische wijze gesignaleerd wordt of er sprake is van (verhoogde) distress en/of zorgbehoefte en bevorderen dat indien gewenst passende psychosociale en/of (para)medische zorg wordt aangeboden.

Doelgroep: De basisbehandelaars, zoals de behandelend arts en betrokken verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, huisartsen, POH-GGZ en verpleegkundigen in de thuissituatie, vormen de eerste vraagbaak voor patiënten.

Deze richtlijn is bestemd voor alle professionals die betrokken zijn bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen mensen met kanker in de 1e, 2e en 3e lijn. In het bijzonder betreft dit de basisbehandelaars en de gespecialiseerde psychosociale/(para)medische zorgverleners. Tot deze professionals behoren:

Basisbehandelaars (artsen -zoals medisch-oncoloog, hematoloog, chirurg-oncoloog, radiotherapeut-oncoloog, gynaecoloog-oncoloog, uroloog-oncoloog, MDL-arts, longarts-oncoloog, neurochirurg, dermatoloog, revalidatiearts, huisarts en bedrijfsarts), verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten (in het ziekenhuis en in de thuissituatie) en de POH-GGZ); • Gespecialiseerde psychosociale zorgverleners (maatschappelijk werkers, psychologen, psychiaters en geestelijk verzorgers, gespecialiseerd in de oncologie); • (Para)medische zorgverleners (zoals (in de oncologie gespecialiseerde) fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, logopedisten, seksuologen, huid/oedeemtherapeuten, e.d.)

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: De rol van de wijkverpleegkundige en of verzorgende wordt niet specifiek beschreven. De werkgroep is van mening dat de behandelend medisch specialist en huisarts de verantwoordelijkheid en centrale rol hebben in het signaleren van distress en zorgbehoefte en waar nodig verwijzen. Zij kunnen besluiten om deze taak te delegeren naar de verpleegkundige/verpleegkundig specialist en de POH-GGZ. (P48)

De werkgroep is van mening dat de verantwoordelijk behandelend (huis)arts, de verpleegkundige/verpleegkundig specialist of een andere zorgprofessional (zoals POH-GGZ)

de aangewezen personen zijn om de antwoorden op het signaleringsinstrument te bespreken met de patiënt, om basale psychosociale zorg te leveren, en om eventueel te verwijzen naar gespecialiseerde psychosociale en/of (para)medische zorg en/of medisch specialistische oncologische revalidatiezorg, indien nodig en/of door de patiënt gewenst.

Raamwerk: 2 Psychosociaal en 4 Context van zorg

Conclusie: In de richtlijn wordt de rol van de wijkverpleegkundige en of verzorgende niet specifiek beschreven. Er lijkt wel een rol te zijn weggelegd voor wijkverpleegkundigen en of verzorgenden.

Prioritering: Groep 2

22. Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen (2017) (113)

Ontwikkelaar: Federatie van Medisch specialisten, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Doel: De doelstelling is het ontwikkelen van een multidisciplinaire evidence-based richtlijn gericht op de secundaire en tertiaire preventie van valincidenten bij ouderen vanaf 65 jaar, toepasbaar in thuisituatie (zelfstandig wonende ouderen), verzorgingshuis, verpleeghuis en ziekenhuis.

Doelgroep: Deze richtlijn is geschreven voor alle leden van de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de zorg van patiënten met een verhoogd valrisico.

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende: Implementatie: Een multifactorieel valpreventie programma wordt bij voorkeur opgesteld en uitgevoerd door een multidisciplinair team bestaande uit een arts, een verpleegkundige, een fysiotherapeut/oefentherapeut en op indicatie ook een ergotherapeut en een diëtiste. (p131) 1. Hoe kan de verantwoordelijkheid rond de zorg verdeeld worden? Thuiswonenden Spreek regionaal de taakverdeling af met betrekking tot risicoschatting, risicobeoordeling, interventie en follow-up. Zorg binnen de keten voor een regiovoerder in de beoordeling van het valrisico bij ouderen. Dit is over het algemeen de huisarts. Zorg voor heldere afspraken in de regionale keten ten aanzien van de taakverdeling betreffende de risicobeoordeling, interventie en follow-up. Hierbij zijn over het algemeen meerdere disciplines betrokken. Registreer de uitkomst van een valrisicoschatting en -beoordeling. Maak regionale afspraken betreffende de zorgpaden en bijbehorende verwijscriteria tussen de verschillende disciplines (artsen, verpleegkundigen, apothekers, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, etc.). Maak regionale afspraken betreffende de zorgoverdracht en bijbehorende verwijscriteria tussen de 1e en 2e lijn.

Raamwerk: 1 Fysiek

Conclusie: In de richtlijn wordt de rol van de wijkverpleegkundige en of verzorgende niet specifiek beschreven. Er lijkt wel een rol te zijn weggelegd voor wijkverpleegkundigen en of verzorgenden.

Prioritering: Groep 2

23. Richtlijn Vermoeden van Ouderenmishandeling (2018) (131) 'Vermoeden van ouderenmishandeling in het medisch specialistische zorgdomein'

Ontwikkelaar: Federatie van Medisch specialisten (eigenaar), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)

Doel: Deze richtlijn geeft aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk in de medisch-specialistische zorg betreffende het vroegtijdige signaleren van en handelen bij (een vermoeden van) ouderenmishandeling en het verbeteren van de organisatie en zorg voor deze patiënten.

Doelgroep: De richtlijn is bedoeld voor alle zorgprofessionals werkzaam in het medisch-specialistisch zorgdomein die te maken krijgen met (een vermoeden van) ouderenmishandeling en biedt aanknopingspunten voor lokale protocollen en/of transmurale

zorgafspraken. Deze richtlijn richt zich op wat volgens de huidige maatstaven en wet- en regelgeving de beste zorg is voor patiënten bij wie een vermoeden van ouderen mishandeling bestaat.

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende:

Gelet [...] adviseert de werkgroep dat de behandelend arts/verpleegkundig specialist of verpleegkundige (naar gelang lokale afspraken) bij ouderen die behandeld worden in de medisch-specialistische zorg met een signaleringsvraag een mogelijk vermoeden van ouderen mishandeling vaststelt. Hieronder wordt de inhoud van de signaleringsvraag en de geadviseerde leeftijdsgrens bij afname verder toegelicht (p85).

Raamwerk: 4 Context van zorg

Conclusie: In de richtlijn wordt de rol van de wijkverpleegkundige en of verzorgende niet specifiek beschreven. Er lijkt wel een rol te zijn weggelegd voor wijkverpleegkundigen en of verzorgenden.

Prioritering: Groep 2

24. LESA Organisatie van zorg bij chronische medicatie (2020) (58)

Ontwikkelaar: Nederlands Huisartsen Genootschap, V&VN, Koninklijke Nederlandse Maatschappij te bevordering der Pharmacie (KNMP)

Doel: De LESA heeft als doel het optimaliseren en borgen van de organisatie van (farmaceutische) zorg tussen de apotheker, huisarts en wijkverpleging.

Handreiking voor huisartsen, apothekers en wijkverpleging voor het maken van praktische afspraken over de organisatie van zorg rondom medicatiegebruik voor patiënten met wijkverpleging.

Doelgroep: De Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak (LESA) 'Organisatie van zorg bij chronische medicatie' geeft handreikingen voor het maken van praktische afspraken tussen huisarts, apotheker en wijkverpleging over de zorg rondom de chronische medicatie van de thuiswonende patiënt. De verwachtingen, wensen en mogelijkheden van de patiënt zijn het uitgangspunt voor de afspraken. Goede afspraken over de organisatie van zorg bij chronische medicatie kunnen een bijdrage leveren aan het Programma Langer Thuis dat ouderen helpt om in hun vertrouwde omgeving zelfstandig oud te worden met een goede kwaliteit van leven

Rol wijkverpleegkundige/ verzorgende:

Inventariseer de mogelijkheden en vaardigheden van de wijkverpleging om hiaten in patiëntenvoorlichting en achteruitgang in cognitie, gezondheidsvaardigheden of ziektebesef in kaart te brengen. (p38)

Raamwerk: 4 Context van zorg

Conclusie: De rol van de wijkverpleegkundigen en verzorgenden wordt niet specifiek beschreven. Deze lijken met name een rol te kunnen hebben in signaleren van hiaten in voorlichting, achteruitgang in cognitie gezondheidsvaardigheden of ziektebesef in kaart te brengen.

Prioritering: Groep 3

De nummering van de standaarden (achter het jaartal) komt overeen met de nummering in het rapport van de Groot et al. 2021

Bijlage 7.4 Overzicht kwaliteitsstandaarden in ontwikkeling

STATUS RICHTLIJNEN V&VN

Gepubliceerd in 2021

Richtlijn Mantelzorg
Richtlijn Palliatieve zorg bij COPD (eigenaar IKNL)
Richtlijn Eenzaamheid
Richtlijn Decubitus

In autorisatiefase

Richtlijn en Handreiking Zorgmijding in de eerste lijn
Kwaliteitsstandaard 'Zorg voor gezonde slaap en zorg bij slaapproblemen
Kwaliteitsstandaard Signalering en Preventie van Zorginfecties

In commentaarfase

Richtlijn ADL
Richtlijn veranderd seksueel functioneren
Richtlijn Voor Toediening Gereedmaken
Richtlijn Verpleegkundige verslaglegging en overdracht

In ontwikkeling

Richtlijn Onvrijwillige zorg
Modules bij de richtlijn Delier
Kwaliteitsstandaard Voeding- en vochttekort
Kwaliteitsstandaard Kwetsbare geboortezorg
Richtlijn Medicatietrouw
Richtlijn Verpleegkundige zorg bij tuberculose en LTBI
Richtlijn verzorging centraal veneuze katheter thuis – deze staat niet op de website van V&VN wel bij ZonMw ontwikkeling-kwaliteitsstandaarden-2019-2022/projecten wijkverpleging

Knelpuntenanalyses afgerond

Osteoporose
Obstipatie
E-health wijkverpleging
Familie-en clientparticipatie
Vervuilde huishoudens
Compressietechnieken

Knelpuntenanalyse lopend - via website ontwikkeling-kwaliteitsstandaarden-2019-2022/projecten

Onbegrepen gedrag in de thuissituatie beter begrijpen