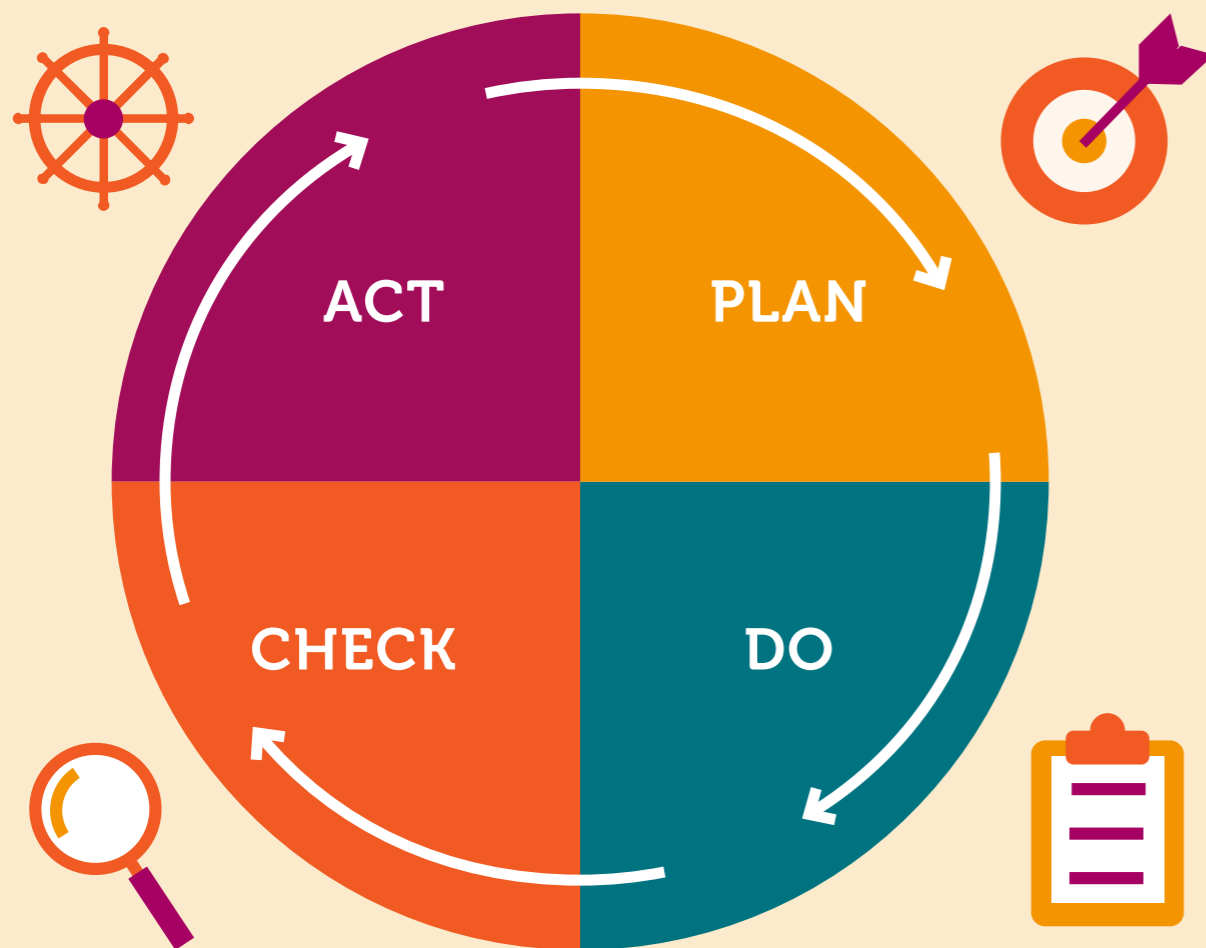


Zo implementeer je de Zorgstandaard Dementie 2020

9 adviezen uit de praktijk

Zo implementeer je de Zorgstandaard Dementie 2020

9 adviezen uit de praktijk



Plan-fase

1. Maak een 'foto' van de prioriteiten in de regio
2. Creëer en behoud draagvlak
3. Maak je doelen concreet
4. Bepaal je aanpak
5. Verdeel rollen en taken
6. Maak een werkplan



Do-fase

7. Ga aan de slag



Check-fase

8. Check of je acties het gewenste resultaat hebben



Act-fase

9. Stuur bij waar nodig en ga door met wat werkt

De Zorgstandaard Dementie 2020

Een samenhangende benadering van het dementietraject, vanuit het perspectief van personen met dementie en hun mantelzorgers. Dat is de nieuwe Zorgstandaard Dementie 2020. De Zorgstandaard ondersteunt netwerken dementie om de dementiezorg te verbeteren, persoonsgericht en integraal. De Zorgstandaard is uitgewerkt in 25 aanbevelingen voor goede dementiezorg en voorzien van 12 kwaliteitsindicatoren voor de structuur, het proces en de uitkomsten van goede dementiezorg.



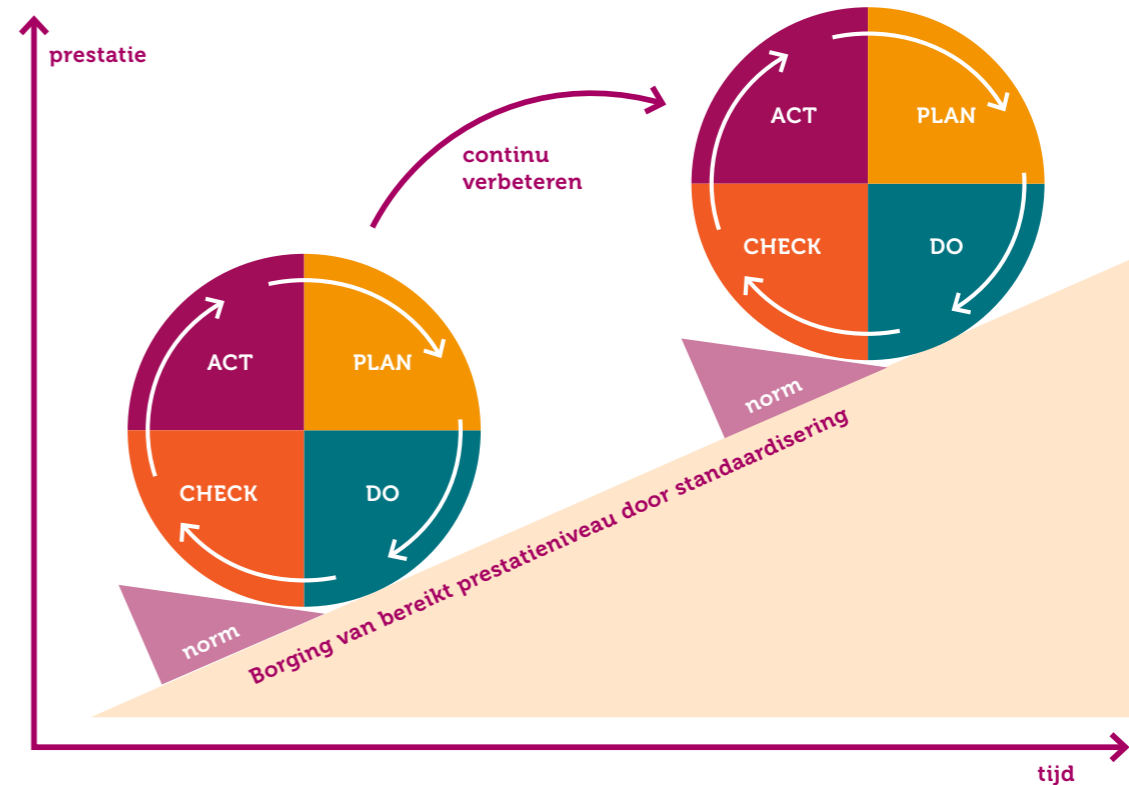
Dit [filmpje](#) legt de inhoud van de Zorgstandaard uit in drie minuten.

Iedereen die de Zorgstandaard wil implementeren in de regio, bijvoorbeeld netwerkcoördinatoren of casemanagers dementie, kan daarmee aan de slag. Vijf dementienetwerken gingen je al voor. Zij werkten een jaar lang aan de implementatie van de Zorgstandaard in hun regio's. Hun ervaringen, aangevuld met kennis uit de literatuur, hebben geleid tot de 9 adviezen in deze publicatie. De adviezen helpen je om beter voorbereid met de Zorgstandaard aan de slag te gaan. Als je meer wilt weten over de ervaringen van de vijf netwerken met de proefimplementatie, bekijk dan de **Verantwoording en lessons learned proefimplementatie**.

Visie op kwaliteitsverbetering in de dementiezorg

De 9 adviezen volgen de PDCA-cyclus. De afkorting PDCA staat voor de stappen van de cyclus Plan Do Check en Act¹. Je kunt deze stappen als hulpmiddel inzetten om processen te verbeteren en de kwaliteit van dementiezorg verder te verhogen. Het woord cyclus geeft aan dat het werk nooit af is. Na de Act-fase, maak je nieuwe plannen om de dementiezorg in jouw regio nog verder te verbeteren.

¹ <https://procesoptimisten.nl/procesproblemen-oplossen/pdca/>



Tijdens elke fase van de PDCA-cyclus voer je verschillende activiteiten uit:

PLAN – maak een plan waarin je beschrijft wat je wilt bereiken

Deze fase is misschien wel de belangrijkste van alle vier. Definieer het probleem goed dat je wilt oplossen en wat je wilt bereiken, dat helpt je later in het proces. Je maakt hiermee de activiteiten in de Do-fase veel concreter en in de Check-fase kun je dan gemakkelijker het bereikte resultaat vergelijken met wat je verwachtte.

DO – voer het plan uit

In de Do-fase voer je de acties uit die je in de Plan-fase hebt beschreven. Het opgestelde werkplan is hierbij het uitgangspunt.

CHECK – check of de acties in de Do-fase het gewenste resultaat opleveren

In de Check-fase meet je en monitor je of bepaalde acties goed of minder goed uitpakken. Is het doel bereikt dat je in de Plan-fase hebt beschreven? Komen de resultaten overeen met je verwachtingen? Hier reflecteer je ook op je bevindingen: wat ging goed en wat niet, en wat kunnen we daarvan leren voor de toekomst? Het lijkt misschien logisch om het effect van de uitgevoerde acties te checken en hierover na te denken, maar in de praktijk schiet deze stap er soms bij in, bijvoorbeeld door tijdgebrek. Dat is een gemiste kans. Juist met deze stap kun je de dementiezorg nog verder verbeteren.

Voor een goede Check-fase is het belangrijk om bij elke fase van de PDCA-cyclus stil te staan bij wat nodig is voor goede meting en monitoring. Daarom loopt 'meten is weten' als een rode draad door de verschillende fases van de PDCA-cyclus in deze publicatie. Voor elke fase zijn ook tips opgenomen die je daarbij op weg helpen.

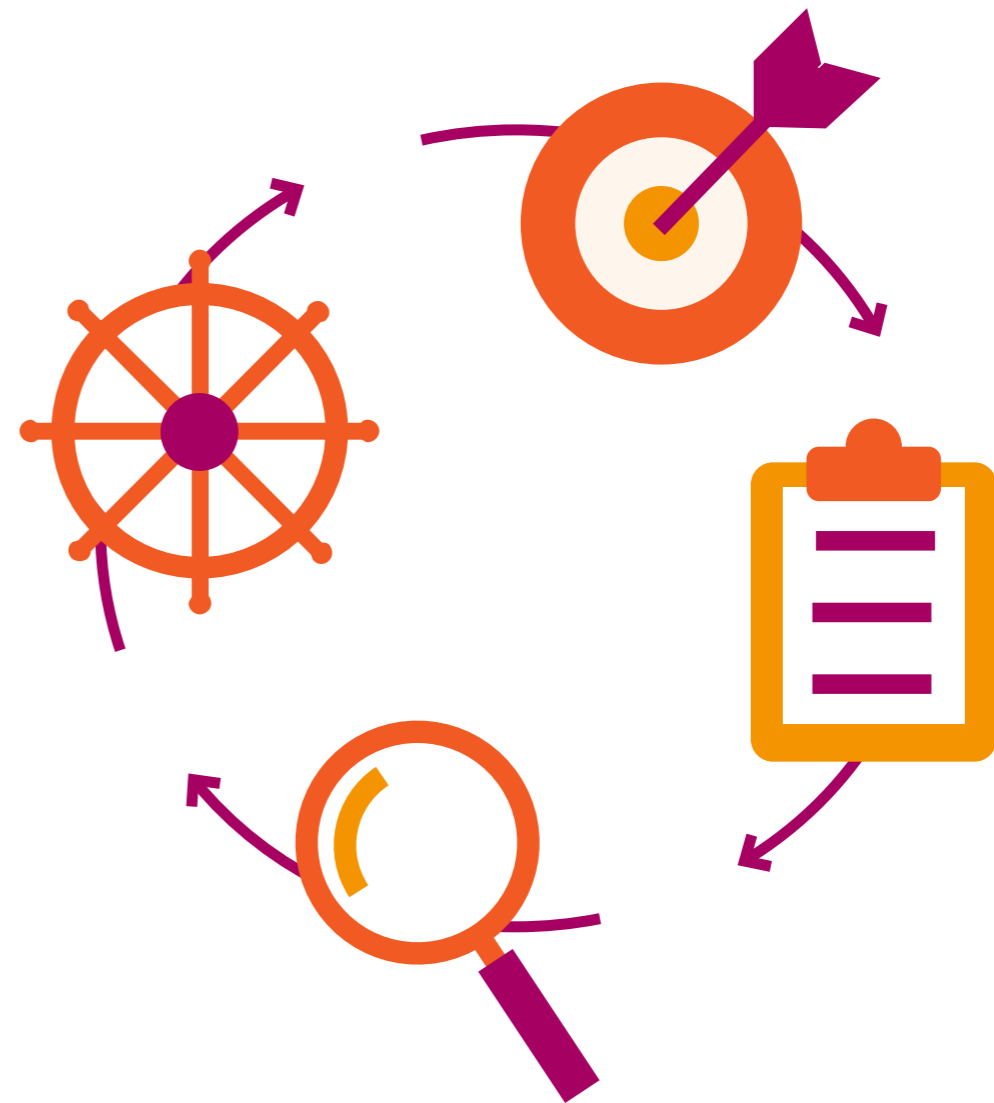
ACT - stuur indien nodig bij om het gewenste resultaat alsnog te bereiken

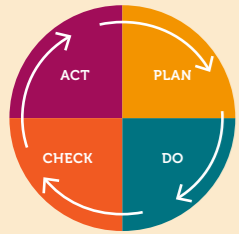
In de Act-fase benut je de uitkomsten van de Check-fase optimaal. Je weet nu wat goed werkt en wat niet en daardoor kun je bijvoorbeeld werkwijzen standaardiseren of borgen. Ook kun je kijken welke aspecten je nog meer kunt verbeteren. In deze fase zoek je ook mogelijke hindernissen voor verdere prestatieverbetering. Heb je deze gevonden, dan begint de PDCA-cyclus opnieuw.

De PDCA-cyclus en de praktijk

De PDCA-cyclus is een planmatig model. Dementiezorg is echter mensenwerk en de praktijk verloopt lang niet altijd zo voorspelbaar als een planmatig model soms doet denken. Dat is niet erg. De PDCA-cyclus is een hulpmiddel. Als activiteiten niet zo lopen als verwacht, kijk dan met een open blik naar andere mogelijkheden. Wees daarin flexibel. Dan zul je zien dat je vaak, via een andere weg, toch bij hetzelfde doel uitkomt.

Omdat de adviezen in deze folder sterk gevoed zijn door de ervaringen van de netwerken tijdens de proefimplementatie, die de PDCA-cyclus niet volledig konden doorlopen, ligt de nadruk vooral op de eerste fases van de PDCA-cyclus. De komende jaren doen wij meer ervaringen op en kunnen wij de adviezen voor de verschillende fases verder aanvullen.





PLAN

De Plan-fase

1. Maak een 'foto' van de prioriteiten in de regio
2. Creëer en behoud draagvlak
3. Maak je doelen concreet
4. Bepaal je aanpak
5. Verdeel rollen en taken
6. Maak een werkplan

1. Maak een 'foto' van de prioriteiten in de regio

Om te weten waar je naartoe wilt, is het belangrijk om te weten waar je nu staat. Het kan daarbij helpen om allereerst de dementiezorg in jouw regio in beeld te brengen met een 'foto'. Doe dit samen met de belangrijkste partijen in de regio. De zelfscan kan je hierbij helpen.

De zelfscan is een vragenlijst waarmee je kunt beoordelen hoe belangrijk de aanbevelingen uit de Zorgstandaard zijn voor jouw regio en in welke mate ze al zijn gerealiseerd. Stakeholders van het netwerk vullen de vragenlijst in, bijvoorbeeld onder leiding van de netwerkcoördinator. De resultaten geven een overzicht van de aanbevelingen uit de Zorgstandaard die voor jouw regio het belangrijkste zijn, waarbij meegewogen is in welke mate ze al zijn gerealiseerd.

Bespreek de uitkomsten van de zelfscan in een gezamenlijke bijeenkomst om zo te bepalen met welke aanbevelingen jullie als netwerk aan de slag willen. Bedenk wat je wilt bereiken met de aanbevelingen, zowel op de korte als op de lange termijn.

Tips voor als je met de zelfscan aan de slag gaat:

- Let op! Het maakt uit wie de vragenlijst van de zelfscan invult (bijvoorbeeld een bestuurder, een manager, één iemand namens de hele organisatie of een cliënt). Er is geen goed of fout. Bepaal wel wat je met het invullen van de zelfscan wilt bereiken en wie dan het meest geschikt zijn om de vragenlijst in te vullen.
- Probeer bij het kiezen van aanbevelingen waarmee jullie aan de slag willen, aan te sluiten bij bestaande initiatieven. Dit vergemakkelijkt de implementatie.
- Als jouw netwerk een meerjarenplan of jaarplan heeft, zorg dan dat de gekozen aanbevelingen in lijn zijn met dit plan. Zo wordt het niet als een losstaand iets ervaren. Als de aanbevelingen nog niet in het meerjarenplan of jaarplan terugkomen, neem ze dan alsnog hierin op om een duidelijke lijn te krijgen.
- Denk erover na met welke aanbevelingen je als eerste aan de slag wil. Neem niet in één keer te veel hooi op je vork.





Metten is weten:

- Formuleer bij de start van je traject al een aantal vragen die je met behulp van gegevens, ook wel 'data' genoemd, gaat beantwoorden. Zo kun je uiteindelijk bepalen of je acties het gewenste effect hebben en of de gekozen aanbeveling(en) gerealiseerd is. Voorbeeld: als je aanbeveling 24 uit de Zorgstandaard wilt implementeren - Mantelzorgers participeren waar door hen gewenst in de verpleeghuiszorg voor de persoon met dementie - kan je vraag zijn: 'Welk percentage mantelzorgers participeert na X jaar volgens wens in de verpleeghuiszorg voor de persoon met dementie?'. Het percentage mantelzorgers dat na X jaar volgens wens participeert in de verpleeghuiszorg is dan je indicator.
- De Zorgstandaard biedt een aantal indicatoren die je kunnen helpen om te bepalen in hoeverre je aanbevelingen gerealiseerd zijn. Bepaal gezamenlijk welke indicatoren goed passen bij de aanbevelingen waarmee jullie aan de slag gaan. Dit kunnen indicatoren uit de Zorgstandaard zijn, maar je kunt ook zelf indicatoren formuleren. Wil je weten hoe je kwaliteitsverbetering (al) wel en niet concreet kunt monitoren met de Zorgstandaard? Bekijk dan de [vraag-en-antwoord-pagina](#) op de website van Dementiezorg voor Elkaar.
- Denk vervolgens na over welk type informatie je nodig hebt om jullie vragen te beantwoorden en/of indicatoren te kunnen meten. Vaak heb je een aantal numerieke gegevens nodig. Maar meten hoeft niet altijd met cijfers. Kwalitatieve data – zoals verhalen, ervaringen en interviews – zijn soms geschikter voor de inzichten waarnaar je op zoek bent.



Werken met data spannend of moeilijk? De [Checklist data voor 'dummies'](#) geeft handige tips en voorbeelden hoe je met data acties kunt meten en monitoren.

2. Creëer en behoud draagvlak

Hebben jullie besloten met welke aanbevelingen jullie aan de slag gaan, zorg dan dat hier breed draagvlak voor ontstaat en blijft bestaan. Alle relevante stakeholders binnen én buiten jullie netwerk moeten zich kunnen vinden in de gekozen aanbevelingen en deze willen helpen implementeren. Heb vanaf het begin 'the whole system in the room', met specifieke aandacht voor de doelgroep zelf en de afdelingen van Alzheimer Nederland in de regio. Informeer ze over jullie plannen en betrek ze hier actief bij, waar mogelijk.

Tips voor het creëren en behouden van draagvlak:

- Sluit aan bij wat er al gebeurt in de regio; ga mee met waar de energie zit. Stem hier ook de te prioriteren aanbevelingen op af.
- Het kan handig zijn jezelf én stakeholders te herinneren aan wat jullie met elkaar delen: een visie op goede dementiezorg.
- Geef ruimte aan voor- en tegenstanders, uiteindelijk moet je samen verder.
- Spreek af met relevante stakeholders regelmatig af of jullie nog op dezelfde lijn zitten wat de aanbevelingen betreft waar jullie aan (gaan) werken. Creëer niet alleen draagvlak, maar behoud dat ook.



"Ik heb enkele sleutelfiguren gevraagd te vertellen over hun visie. Vaak mensen die kritisch waren over alle overlegvormen - om ook de mensen die weerstand ervaren een stem te geven - of juist mensen die blij waren. Mensen zien dan dat je bereid bent te luisteren en dat je hen serieus neemt."

Annemiek Tuinhof de Moed (coördinator Dementienetwerken Amsterdam Nieuw-West en West)

De publicatie ['Zo bouw je aan netwerken'](#) geeft nog meer inzicht in en bruikbare tips voor het creëren van draagvlak als onderdeel van effectieve netwerken.





Metten is weten:

- Gezamenlijke registratie en gegevensuitwisseling zijn nodig om het effect van de uitgevoerde acties in de Check-fase te kunnen meten. Bepaal of hier draagvlak voor is of dat hier extra investeringen voor nodig zijn. Denk bijvoorbeeld aan het opbouwen van een relatie en bepalen wat de (meer)waarde van gezamenlijke dataverzameling voor partijen kan zijn. Meer argumenten om het gesprek aan te gaan over het belang voor een netwerk van gezamenlijke meting en monitoring? Bekijk de publicatie [Integrale dementiezorg verbeteren? 9 redenen om te werken met data.](#)

3. Maak je doelen concreet

Nu jullie aanbevelingen uit de Zorgstandaard gekozen hebben voor jullie regio, is het zaak om doelen concreet te maken: wat wil je precies bereiken in jouw regio? Besteed hierbij aandacht aan de termen in de aanbevelingen: heeft iedereen hetzelfde voor ogen bij deze termen of vult men die anders in?

Om doelen te bereiken, is het handig om deze SMART op te stellen. Dat betekent dat je doelen Specifiek en Meetbaar zijn. Daarnaast moeten zij ook Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden zijn.



Tips bij het opstellen van doelen:

- Grijp bij discussie of spraakverwarring over termen in de aanbevelingen terug naar de Zorgstandaard en kennisdossiers. Zodat je zeker weet dat iedereen het over hetzelfde heeft.
- Bedenk bij het opstellen van je doelen steeds wat de persoon met dementie en diens mantelzorger eraan hebben. Als een doel voor hen geen verbetering oplevert, vraag je dan af of dit het juiste doel is.
- Probeer bij elk doel ook in één zin op te schrijven wat dit concreet voor een zorgorganisatie betekent. Misschien vraagt een bepaald doel (te) veel van een zorgorganisatie en is het beter je doel bij te stellen of op te splitsen in meerdere (sub)doelen.

“Kleine stapjes is daarin het toverwoord. Je kunt een prachtig plan maken om de Zorgstandaard in één jaar te implementeren, maar dat is onmogelijk qua tijd en intensiteit.”

Mandy Los (coördinator Dementienetwerk Haaglanden)



Metten is weten:

- Jullie hebben indicatoren gekozen bij de aanbevelingen die je met data in kaart wilt brengen. Bepaal welke informatie je daarvoor nodig hebt. Voor de indicator ‘het percentage mantelzorgers dat na X jaar volgens wens in de verpleeghuiszorg voor de persoon met dementie participeert’ heb je bijvoorbeeld informatie nodig over het totaal aantal mantelzorgers en het aantal mantelzorgers dat ‘participeert’ (baken daarbij duidelijk af welke activiteiten wel/niet onder participatie vallen).
- Data kun je op verschillende manieren verzamelen. Je kunt bijvoorbeeld gegevens gebruiken uit registratiesystemen, gegevens van het CBS, ervaringsverhalen of feedback van cliënten.
- Kijk bij dataverzameling altijd kritisch naar de benodigde tijdsinvestering voor betrokkenen en probeer onnodige extra registratielast te voorkomen. Maak slim gebruik van data die sowieso al wordt verzameld. Zorgpartijen kunnen al relevante data aanleveren, bijvoorbeeld bij de zorgverzekeraar, gemeenten of het zorgkantoor. Stem met deze partijen af welke data jullie netwerk ook in kan en mag zetten om grip te krijgen op jullie lokale situatie.
- Databronnen specifiek gericht op dementie zijn de [Dementiemonitor](#) en het [Register Dementiezorg en Ondersteuning](#). Wil je weten hoe je kwaliteitsverbetering (al) wel en niet concreet kunt monitoren met het Register? Bekijk dan de [vraag-en-antwoord-pagina](#) op de website van Dementiezorg voor Elkaar.
- Voor alle informatie geldt: gebruik data uit betrouwbare bronnen.





“Partijen leveren al data aan; bij verzekeraars, zorgkantoren, Vektis, enzovoort. Idealiter worden die allemaal anoniem gebundeld en voor een beperkte groep (zoals netwerkcoördinatoren) toegankelijk, zodat er geen extra administratieve last is voor de partijen, maar er wel beschikking is over de data.”

Mandy Los (coördinator Dementienetwerk Haaglanden)

4. Bepaal je aanpak

Bepaal aan de hand van de opgestelde doel(en), welke acties nodig zijn om het doel te bereiken. Probeer daarbij ook weer SMART te formuleren. Maak de plannen duidelijk en voor alle betrokkenen acceptabel. Ook moeten de plannen realistisch zijn. Het helpt een planning te maken wanneer welke taken moeten worden uitgevoerd. Samen met de netwerkpartners maak je afspraken over en omschrijf je:

- **Activiteiten:** wat is er nodig om het betreffende doel te realiseren? Welke activiteiten moet je ondernemen om van de huidige situatie naar de gewenste situatie te komen? Welke (voorbereidende) activiteiten onderneem je voor een goede evaluatie straks in de Check-fase?
- **Mijlpalen en planning:** welke activiteiten doen jullie in welke periode met welk resultaat? Wanneer vinden overleggen en bijeenkomsten plaats?
- **Randvoorwaarden:** wat moet er geregeld en afgesproken zijn om de implementatie succesvol te laten zijn?
- **Knelpunten:** tijdens de implementatie kun je tegen bepaalde knelpunten aanlopen. Maak van tevoren al een inschatting van mogelijke knelpunten en wat je kunt doen om ze op te lossen. Echter, niemand kan de toekomst voorspellen. Wees daarom ook altijd flexibel en beweeg waar mogelijk mee bij onvoorziene omstandigheden.
- **Communicatie:** hoe informeer je alle betrokkenen binnen de netwerkorganisaties? Wat en wanneer communiceer je naar externe stakeholders?

- **Borging en verspreiding:** sta vanaf het begin stil staat bij de borging en verspreiding, zodat je die direct kunt afstemmen met andere ontwikkelingen en daar ook tijd en middelen voor kunt laten reserveren.

“De 25 aanbevelingen in de Zorgstandaard verschillen van elkaar en daarmee verschillen ook de implementatie en het plan van aanpak. Hoe ingrijpender een aanbeveling is voor organisaties, hoe meer aandacht je bijvoorbeeld moet hebben voor besluitvormingsprocedures.”

Anneke Wienema (coördinator Dementienetwerk Noord-Holland Noord)

Metten is weten:

- Regel voor het verzamelen van informatie en data ook de randvoorwaarden goed. Zo maak je het jezelf gemakkelijk én werk je op een veilige manier in het kader van bescherming persoonsgegevens (AVG).
- Als je data verzamelt of bestaande data (her)gebruikt, controleer dan altijd of - en zo ja van wie je toestemming hiervoor nodig hebt. Data vanuit CBS Statline zijn bijvoorbeeld voor iedereen vrij toegankelijk, maar als je medewerkerstevredenheid-data wilt gebruiken van een bepaalde organisatie, moet je daarvoor toestemming vragen.
- Gebruik bij voorkeur een bestaand systeem, waar het netwerk al mee werkt, om de data in op te slaan.
- Maak een heldere en eenduidige procedure om de data voor de indicatoren aan te leveren. Zorg bijvoorbeeld voor standaard gestructureerde registratieprotocollen. Dit vergemakkelijkt het proces om de data in te voeren en om straks je analyses te doen.



5. Verdeel rollen en taken

De vastgestelde doelen bereiken lukt alleen als alle betrokkenen samenwerken; van bestuurders en managers tot professionals op de werkvloer en van ervaringsdeskundigen tot de projectleider/coördinator. Iedereen heeft zijn eigen bijdrage en het is belangrijk dat mensen van elkaar op de hoogte zijn wie wat doet. Wanneer iedereen zich betrokken voelt bij de uitvoering, onderdeel van het team en (mede)verantwoordelijk, vergroot dat hun intrinsieke motivatie bij te dragen. Besteed daarom aandacht aan de volgende punten:

- Richt een passende projectstructuur in: maak samen met de netwerkpartners afspraken over de verdeling van rollen, taken en bevoegdheden tussen bijvoorbeeld de projectleider/coördinator, stuurgroep, projectgroep en/of werkgroepen.
- Leg de verbinding tussen het bestuurlijk en het uitvoerend niveau. Zorg ervoor dat professionals van de werkvloer vanaf het begin betrokken zijn bij de implementatie.
- Richt het proces zo in dat professionals verantwoordelijkheid ervaren en nemen voor het uitvoeren van activiteiten. Benoem bijvoorbeeld voor elke doelstelling of activiteit een 'kartrekker'.
- Betrek ervaringsdeskundigen erbij en bespreek met hen welke rol ze willen hebben. Een mogelijke vorm is een cliëntenpanel.



“Ik zag in bijeenkomsten een aantal heel enthousiaste mensen, hen zou ik vragen op basis van motivatie om mee te doen. Via bestuurders kun je op een andere manier werken; zij kunnen mensen naar voren schuiven die bevoegdheid hebben.”

Annemiek Tuinhof de Moed (coördinator Dementienetwerk en Amsterdam Nieuw-West en West)



“Professionals blijken daar ook echt goede ideeën bij te hebben; dat is een meerwaarde voor de ontwikkeling van het plan.”

Mandy Los (coördinator Dementienetwerk Haaglanden)

Metten is weten:

- Denk goed na over wie de dataverzameling coördineert en uitvoert. Welke kennis en ervaring heeft deze persoon nodig? Betrek waar nodig ICT-medewerkers, een data-analist of een onderzoeker.
- Bespreek wie in het netwerk de gesprekken over kwaliteitsverbetering te zijner tijd voert en in welke samenstelling. Het is wenselijk om voor de monitoring een kwaliteitsadviseur of beleidsmedewerker in de projectgroep te betrekken.



6. Maak een werkplan

Leg in een werkplan de afspraken vast die je samen met de netwerkpartners gemaakt hebt over de concrete doelen die jullie willen bereiken, de gekozen aanpak en ieders rollen en taken. Kies hiervoor een format dat goed past bij de manier van werken van jullie netwerk.

Tips bij het opstellen van een werkplan:

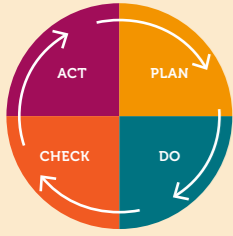
- Voor het maken van een succesvol werkplan is het schema van Lippitt (1987) een goed uitgangspunt. Dit schema benoemt vijf elementen die van belang zijn voor een succesvolle verandering. Wanneer alle elementen in het plan aanwezig zijn, vergroot dit de kans op het bereiken van je doelen. Als je één of meer elementen (tijdelijk) verwaarloost, vermindert dit de kansen. Kijk [hier](#) voor een toelichting op het schema van Lippitt.



- Zorg dat het werkplan bij iedereen bekend is. Zo heeft iedereen de beoogde doelen, resultaten en te nemen stappen helder voor ogen.
- Gebruik het werkplan in overleggen om samen te reflecteren op de voortgang.

Schema van Lippitt (1987)





De DO-fase
7. Ga aan de slag

In de Do-fase voer je de acties uit die je in de Plan-fase hebt beschreven. Het opgestelde werkplan is hierbij het uitgangspunt.

7. Ga aan de slag

Voer de activiteiten uit die je in het werkplan beschreven hebt. Zorg voor goede communicatie naar alle betrokkenen en vier successen om de betrokkenheid en het enthousiasme vast te houden. Als je bij je activiteiten onverhoopt tegen knelpunten aanloopt of dingen lopen anders dan verwacht, wees dan flexibel en zoek andere mogelijkheden. Het is niet erg om je oorspronkelijke plannen bij te stellen, neem wel alle betrokkenen hierin mee en blijf je doelen scherp voor ogen houden.

Bij de Zorgstandaard Dementie zijn negen kennisdossiers ontwikkeld. Deze dossiers bieden informatie, tools en goede voorbeelden om met de inzichten uit de Zorgstandaard aan de slag te gaan. Op deze pagina vind je per aanbeveling uit de Zorgstandaard een overzicht van de informatie die daarover in de kennisdossiers te vinden is.



“Hierdoor kun je kleinere stappen nemen en dit wordt voor de casemanager heel behapbaar.”

Marian Salari (coördinator Dementienetwerk Eindhoven e.o.)



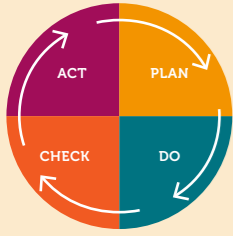
Tips om aan de slag te gaan:

- Deze [negen animatiefilmpjes](#) leren je meer over de verschillende fasen van zorg en ondersteuning bij dementie.



Meten is weten:

- Wanneer je data verzamelt, zorg dan altijd voor veilige communicatie en opslag van de data en denk aan privacyrichtlijnen.
- Houd alle stakeholders binnen het netwerk op de hoogte over de voortgang van de dataverzameling. Als er bepaalde (terugkerende) problemen zijn, zoek dan gezamenlijk naar een oplossing. Wie weet hebben andere organisaties hier al eerder mee te maken gehad en kunnen zij jullie makkelijk op weg helpen.



De CHECK-fase

8. Check of je acties het gewenste resultaat hebben

8. Check of je acties het gewenste resultaat hebben

In de Check-fase kijk je of de acties die je hebt genomen goed of minder goed uitpakken. Tijdens de Do-fase heb je hiervoor gegevens en informatie verzameld. In deze Check-fase analyseer je die gegevens en trek je conclusies. Dit is ook het moment om gezamenlijk op jullie bevindingen te reflecteren; wat is er goed gegaan en wat niet? Het is niet erg als bepaalde activiteiten niet goed zijn gegaan of niet het gewenste resultaat hebben gehad. Grijp deze ervaringen juist aan om te kijken wat jullie daarvan kunnen leren voor de toekomst.

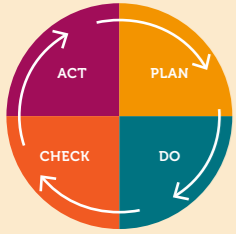
Metten is weten:

- Analyseren hoeft niet moeilijk te zijn. Met Excel kom je al een heel eind om je cijfermatige data te analyseren. Heb je hier hulp bij nodig? Vaak kunnen ICT-medewerkers je hierbij goed ondersteunen.
- Zorg ervoor dat je kwalitatieve data – zoals verhalen of ervaringen uit interviews – zo objectief mogelijk analyseert en dat de uitkomsten niet jouw persoonlijke interpretatie zijn. Laat waar mogelijk anderen meelesen en meedenken met kwalitatieve data, om een eventuele tunnelvisie te voorkomen.
- Presenteer je bevindingen overzichtelijk en gebruiksvriendelijk. Gebruik tabellen en figuren waar mogelijk.
- Houd rekening met de regionale context en situatie bij het interpreteren van je gegevens. Cijfers vertellen bijna nooit het hele verhaal.
- Wees je bewust van beperkingen van je gegevens: over welke groepen zeggen de gegevens wel iets of juist niets?
- Ga in gesprek met het bestuur, de stuurgroep en/of andere relevante spelers binnen het netwerk over de uitkomsten.



“Het is belangrijk om te begrijpen waarom er indicatoren zijn en wat het doel ervan is. Aan de hand van indicatoren is het beter mogelijk om aan het einde van het traject ‘iets af te vinken’.”

Rika Roffelsen (coördinator Dementienetwerk Drenthe)



ACT

De ACT-fase

9. Stuur bij waar nodig en ga door met wat werkt

9. Stuur bij waar nodig en ga door met wat werkt

In de Check-fase heb je met hulp van de data die je gedurende het traject hebt verzameld de (voorlopige) resultaten van je acties vastgesteld. Hierdoor ben je er misschien achter gekomen dat bepaalde acties goed of juist minder goed uitpakken. Misschien hebben bepaalde acties helemaal niet het juiste effect.

Tijdens de Act-fase ga je met deze bevindingen aan de slag. Je kunt dan besluiten minder succesvolle acties aan te passen of niet langer uit te voeren. Ook kunnen bepaalde activiteiten juist veel meer opleveren dan verwacht. Reden genoeg om deze acties ook in de toekomst te blijven uitvoeren. Zorg in dat geval voor een goede borging van deze activiteiten binnen de structuur van het netwerk en organisaties. In deze fase zoek je ook mogelijke hindernissen die verdere verbetering van de dementiezorg in de weg staan. Heb je deze gevonden, dan begint de PDCA-cyclus opnieuw.

Metten is weten:

- Wijs een vast aanspreekpunt aan dat de continuïteit waarborgt van het meten en aanpassen van verbeteracties op basis van resultaten.
- Overleg structureel met stakeholders over meetresultaten (bijvoorbeeld twee keer per jaar).



Colofon

Dit is een uitgave van Dementiezorg voor Elkaar. Overname uit deze publicatie is toegestaan op voorwaarde van bronvermelding.

Datum

December 2020

Auteurs

Rinske Boomstra (Vilans)
Marieke Kroezen (Trimbos-instituut)
Annemarie Koopman (Vilans)
Lars Ramaker (Movisie)

Ontwerp

Taluut

<https://zorgstandaarddementie.nl>

<https://dementiezorgvoorelkaar.nl>