



# Samen aan zet in zorg

## DIALOOGMODEL

bij ingrijpende somatische aandoeningen

### Implementatieplan



[dialoogmodel.nl](http://dialoogmodel.nl)

## Voorwoord

Gezamenlijke besluitvorming en patiëntenparticipatie krijgen steeds meer aandacht. Hoewel het lijkt alsof iedereen ermee bezig is, valt de implementatie en integratie van gezamenlijke besluitvorming en patiëntenparticipatie in de dagelijkse praktijk echter tegen. Hiervoor zijn diverse factoren aan te wijzen, een hiervan is dat zorgverleners te weinig goede handvatten hebben om hen hierin te ondersteunen. Zo zijn bestaande keuzehulpen vaak ziektespecifiek en hebben ze over het algemeen weinig aandacht voor de context van de patiënt.

Het Dialoogmodel geeft de zorgprofessional inzichtelijke handvatten om patiënten op een integratieve wijze te ondersteunen.

Het geeft op een beeldende wijze handen en voeten aan het concept 'positieve gezondheid'. Door de visualisatie van de interactie tussen patiënt, hun omgeving en andere relevante factoren, krijgen patiënten inzicht in hun eigen problematiek en worden ze ondersteund in zelfmanagement. Een beeld zegt immers meer dan duizend woorden.

De zorgprofessional wordt gewezen op het belang van hun veranderende en flexibele rol als zorgprofessional: was het vroeger met name die van de alwetende geneesheer, tegenwoordig is het juist de wisselende rol van de coach die de patiënt helpt een goede keuze te maken.

Terecht wijzen de auteurs op het belang van een goede relatie met de patiënt, een passende regiefunctie die aansluit bij het coping mechanisme van de patiënt en een dialoog, in plaats van een monoloog. Hun voorstel om van de spreekkamer een dialoogkamer te maken verdient dan ook zeker navolging.

Hoewel het Dialoogmodel oorspronkelijk ontwikkeld is in de psychiatrische hulpverlening is het goed toepasbaar in de meer somatisch georiënteerde zorg: het Dialoogmodel geeft ons juist op een heldere wijze inzicht in de interactie tussen somatiek, sociale context en psyche. Het Dialoogmodel is een praktische, praktijkgerichte tool om gezamenlijke besluitvorming op een patiëntgecentreerde wijze toe te passen en is daarom een aanwinst voor de dagelijkse praktijk.

## 1. Inleiding

Het voorliggende implementatieplan is een resultaat van het project 'Dialogoemodel bij ingrijpende somatische aandoeningen', dat in het kader van de subsidieregeling Transparantie 2017 van Zorginstituut Nederland is gehonoreerd.

Dit project betreft het toepasbaar maken voor de ziekenhuissetting van een gedeelde besluitvormingsmethodiek Dialogoemodel, ontwikkeld in de GGZ, die het mogelijk maakt om bij ingrijpende somatische aandoeningen op eenvoudige wijze aandacht te besteden aan mogelijke psychosociale aspecten. Bij de methodiek wordt door zorgprofessionals gebruik gemaakt van dialogische gesprekstechniek en visualisatietechniek. Toepassing van het Dialogoemodel creëert bewustwording over psychosociale aspecten en maakt vroegtijdige (h)erkenning mogelijk bij zowel de zorgprofessional als de patiënt en diens naasten.

Het Dialogoemodel, ontwikkeld door George Westermann en Jac Maurer, is op projectmatige wijze toepasbaar gemaakt voor patiënten met ingrijpende somatische aandoeningen. Binnen Zuyderland zijn in de periode november 2017 t/m mei 2019 een groot aantal zorgprofessionals geschoold in het gebruik van het dialogoemodel. In totaal waren 120 zorgprofessionals van meer dan 15 verschillende afdelingen betrokken. Gedurende het project zijn 72 verpleegkundigen (waaronder verpleegkundig specialisten, nurse practitioners en physician assistants) en 23 artsen (waaronder medisch specialisten, fellows en arts-onderzoekers) ziekenhuis breed (meer dan 10 vakgroepen) bij onder andere cardiologie, chirurgie, interne geneeskunde, gynaecologie, kindergeneeskunde, neurologie, oncologie, orthopedie en urologie geschoold in het gebruik van de Dialogoemodelmethodiek. De focus in het project lag met name bij het scholen en bewust maken van de zorgprofessionals die in hun dagelijkse praktijk te maken hebben met complexe somatische aandoeningen, die ingrijpende gevolgen hebben op het leven van patiënt en naasten

Gefaseerd is gestart met een viertal vakgebieden (oncologie, neurologie, kindergeneeskunde en urologie) binnen Zuyderland, grootste STZ ziekenhuis en werkgever in Limburg. In een volgende fase is de scholing Dialogoemodel ziekenhuis breed aangeboden aan alle vakgroepen.

Een resultaat van het project Dialogoemodel is dat zorgprofessionals na de scholing in het gebruik van het Dialogoemodel aangeven dat ze in de consulten met patiënten merken dat het geleerde heel duidelijk een toegevoegde waarde heeft en behulpzaam is in de begeleiding van chronische en ernstig zieke patiënten. Geschoolden geven aan te merken dat ze meer gevoeligheid zijn voor wat een en ander voor de patiënt zelf betekent en voor diens directe omgeving, zonder daar al zelf als professional invulling aan te geven.

Uit het project zijn een aantal concrete producten gekomen die om niet beschikbaar zijn, waaronder dit implementatieplan en de bijbehorende materialen.

## 2. Achtergrond

Bij 1/3 van de ziekenhuispopulatie met ingrijpende somatische aandoeningen is gespecialiseerde psychologische zorg geïndiceerd. Deze zorgbehoefte is onvoldoende in beeld, doordat zorgverleners van oudsher vooral gericht zijn op fysieke/functionele aspecten van aandoeningen. Aandacht voor psychosociale aspecten vinden zij waardevol en noodzakelijk, maar bleek tot voor kort niet gemakkelijk realiseerbaar. Tevens delen patiënten en naasten hun zorgen/behoeften op dit gebied pas als zij hiertoe worden uitgenodigd. Bovengenoemde twee aspecten maken duidelijk dat aandacht voor psychosociale problematiek meer aandacht vergt binnen de ziekenhuissector.

Het Dialoogmodel is een methodiek die helpt zorgverlener, patiënt en naasten, naast aandacht voor lichamelijk aspecten, stil te staan bij emoties, gedachtenpatronen, relationele aspecten, omgevingsfactoren en gedrag van betrokkenen. Hierbij is actief aandacht voor – in Dialoogmodeltaal – helpende aspecten (krachten, kwaliteiten, talenten). De huidige ontwikkeling naar meer aandacht voor ‘positieve gezondheid’ is van meet af aan integraal onderdeel van het Dialoogmodel.

Met het Dialoogmodel maken zorgverlener en patiënt samen op hoofdlijnen een integrale inventarisatie van bovenstaande aspecten. Deze aanpak creëert inzicht en bewustwording, bij zowel zorgverlener als patiënt, over mogelijke psychosociale gevolgen bij de behandeling van somatische aandoeningen. In overleg met patiënt en naasten ontstaat in dialoog een overzicht van welke dagelijkse bezigheden zij wel/niet voldoende geregeld krijgen in relatie tot het algemeen welbevinden. Hierdoor wordt zowel bij de zorgverlener als de patiënt bewustwording gecreëerd, mogelijke gevolgen vroegtijdig (h)erkend en kan, waar nodig, tijdig verwezen worden naar andere disciplines.

Tevens biedt het Dialoogmodel de hoofdbehandelaar in overleg met collega-specialisten en verpleegkundigen een overkoepelend (visueel) overzicht waardoor afstemming en samenwerking beter verlopen.

Het Dialoogmodel is wetenschappelijk effectief gebleken in twee randomized controlled trials de (jeugd)-GGZ<sup>1</sup>, welke hebben aangetoond, dat de methodiek leidt tot meer patiënttevredenheid, hogere therapietrouw en beter op elkaar afgestemde zorgprocessen.

---

<sup>1</sup> Westermann GMA, et al. (2013). Structured shared decision-making using dialogue and visualization: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*, 90, 74-81.

### 3. Doel

Medewerkers worden geschoold in de toepassing van het Dialoogmodel en de daarbij behorende gesprekstechnieken om tijdens de dagelijkse praktijk naast aandacht voor lichamelijk aspecten, stil te staan bij emoties, gedachtenpatronen, relationele aspecten, omgevingsfactoren en gedrag van patiënten en naasten.

Het Dialoogmodel helpt zorgverlener, patiënt en naasten, naast aandacht voor lichamelijk aspecten, stil te staan bij emoties (verward, hoopvol), gedachtenpatronen (catastrofaal, chaotisch), relationele aspecten (volgzaam, doorzetter), omgevingsfactoren (verzorgend, vermijdend) en gedrag van betrokkenen (voorzichtig, opgevend). Met het Dialoogmodel maken zorgverlener en patiënt samen op hoofdlijnen een integrale inventarisatie van bovenstaande aspecten. Deze aanpak creëert inzicht en bewustwording, bij zowel zorgverlener als patiënt, over mogelijke psychosociale gevolgen bij de behandeling van somatische aandoeningen. In overleg met patiënt en naasten ontstaat in dialoog een overzicht van welke dagelijkse bezigheden zij wel/niet voldoende geregeld krijgen in relatie tot het algemeen welbevinden. Hierdoor wordt zowel bij de zorgverlener als patiënt bewustwording gecreëerd, mogelijke gevolgen vroegtijdig (h)erkend en kan, waar nodig, tijdig verwezen worden naar andere disciplines. Tevens biedt het Dialoogmodel de hoofdbehandelaar in overleg met collega-specialisten een overkoepelend overzicht waardoor afstemming en samenwerking beter verlopen.

Dit implementatieplan is een product van het project en is om niet toegankelijk en bruikbaar voor eenieder en draagt bij aan de doelstelling om informatie beschikbaar te maken binnen het kader van de Transparantie over de kwaliteit van zorg.

Psychosociale problemen worden door toepassing van het Dialoogmodel inzichtelijk gemaakt en de activiteiten zijn erop gericht zorgverleners en patiënten de weg te wijzen naar ondersteuning om met psychosociale gevolgen om te gaan. De behandeling hiervan valt buiten de scope van het project.

Doel van dit implementatieplan is ziekenhuis brede uitrol van de toepassing van het Dialoogmodel bij ingrijpende somatische aandoeningen en hiermee integrale, biopsychosociale zorg te bevorderen. Om dit mogelijk te maken worden zorgprofessionals die patiënten met ingrijpende somatische aandoeningen behandelen, verzorgen of begeleiden, geschoold in et gebruik van het Dialoogmodel volgens de ontwikkelde techniek.

## 4. Scholing Dialoogmodel

### Leerdoelen

De scholing is bedoeld voor professionals die op zoek zijn naar een handzaam hulpmiddel voor onderlinge afstemming, samenwerking en overeenstemming bij vaak niet eenduidige, zogenaamde 'open' zorgvraagstukken en -processen. De scholing gaat over patiëntgerichte zorg, gedeelde besluitvorming en patiëntparticipatie in geval van complexe, meervoudige vaak chronische en ingrijpende gezondheidsproblematiek. Het Dialoogmodel en daarmee ook de scholing focust op het emotioneel-relatieve aspect van hetgeen zich tussen patiënten en professionals afspeelt in de overtuiging dat dit de basis en brug vormt voor goede, passende zorg. De ingang voor zorg ligt in de omgang tussen hulpverlener en hulpvrager. Bij veel methoden, interventies en hulpmiddelen ligt het accent vooral op technische, communicatieve en cognitieve aspecten, zoals gesprekstechniek of informatieverstrekking over en weer. Echter, niet iedereen wil en kan zich in de meer medische informatie verdiepen. Sommige mensen worden er zelfs angstig van. Patiënten geven verder aan dat het in de spreekkamer vaak blijft bij het uitvragen van allerlei gegevens. Het risico is groot dat zodoende veel essentiële kennis en kunde van patiënten nauwelijks wordt benut. Lang niet altijd wordt een voorgeschreven behandeling trouw uitgevoerd. Zij voelen zich minder goed gehoord en geholpen, geven vanuit beleefdheid of overdondering de indruk het eens te zijn met het voorgestelde beleid en slaan adviezen vervolgens regelmatig in de wind of voelen zich er achteraf ontevreden of zelfs ongelukkig over. Vaak wordt bij de behandeling ook van patiënten een actieve inzet gevraagd. Het gaat dikwijls om verandering van gedrag (stoppen met roken, meer bewegen etc.) en dat is uiterst lastig. Veranderen van gewoonten die gezondheid en welzijn bevorderen, lukt eerder als mensen een goede band ervaren met hun zorgverlener, vertrouwen in hem hebben en de adviezen hun gevoel bevordert van bekwaam en zelfstandig zijn. Een goed contact is voorwaarde om tegemoet te komen aan deze basale psychologische behoeften.

### Doelstelling van de scholing

- Professional voelt zich vaardiger in het bespreken van de persoonlijke en sociale omstandigheden en de samenhang hiervan met het ziekteproces.
- Het lukt met hulp van de Dialoogmodelmethodiek gezamenlijk een samenhangend overzicht van klachten en krachten te creëren dat helpt bij het samen beslissen over eventuele (of verdere) psychosociale hulp.

### Inhoud van de scholing

De scholing is zowel theoretisch als praktijkgericht. Theoretisch wordt ingegaan op:

- Toelichting van de 2 technieken die het Dialoogmodel omvat. Dit zijn de dialooggerichte gesprekstechniek en een visualisatietechniek. Deze visualisatietechniek verbindt de persoonlijke en professionele perspectieven, geeft de patiënt en zijn/haar naasten overzicht/inzicht in hun situatie en biedt uitzicht op passende zorg (een gevisualiseerde samenvatting van gedeelde visie en informatie).
- Hoe maak ik een doorverwijzing naar psychosociale zorg vanzelfsprekend en niet opgelegd?
- Hoe praat ik met 'lastige' mensen?
- Hoe komen we meer op 1 lijn als sprake is van meerdere visies?
- Rol als hulpverlener: expert, participant, procesbegeleider

Daarnaast zal gedurende de scholing veel geoefend worden, waarbij eigen casuïstiek/materiaal als leidraad gebruikt zal worden. Hierbij wordt ingegaan op:

- Hoe gebruik ik het Algemeen Gezondheid Overzicht (AGO)?
- Hoe pas ik dialooggerichte gesprekstechniek toe
- Op welk moment en hoe zet ik het visualisatiehulpmiddel in?

## **Programma van de scholing**

### *Dagdeel 1 (3 uur)*

Bevorderen van motivatie en positieve leerverwachtingen. In groepsverband stilstaan bij vooraf gelezen boekje 'Samen aan zet in zorg' aan de hand van de vragen:

- Herken je dit?
- Spreekt dit je aan?
- Sluit het aan bij je eigen ervaringen?
- Zou je hier iets mee willen?
- Denk je dat het haalbaar is?
- Welke aanpassingen zijn nodig in je werkproces?
- Denk je dat je patiënten en naasten hier hun voordeel mee kunnen doen?
- Denk je dat je met dit model gemakkelijker met 'lastige' mensen kunt praten?

### Pogramma

- Presentatie PowerPoint als samenvatting en specifieke aandachtspunten.
- Introductie Werkblad Dialoogmodel met oefenen a.d.h.v. een ingebrachte casus.
- Introductie AGO met oefenen a.d.h.v. een ingebrachte casus.
- Evaluatie met afspraken over hoe toe te passen in dagelijkse werk.

### *Dagdeel 2 (3 uur)*

- In groepsverband uitwisselen van ervaringen in gebruik van Werkblad Dialoogmodel en AGO.
- Praktijkvoorbeelden Werkblad Dialoogmodel gezamenlijk bespreken als leermoment.
- Praktijkvoorbeelden AGO gezamenlijk bespreken als leermoment.
- Afsluitende evaluatie met toetsing.

### *Dagdeel 3 (2 uur)*

- Bespreken praktijkvoorbeelden en vaardigheidsoefeningen. Verdere kennisuitwisseling in groepsverband.
- Bespreken leerdoelen en hoe deze zijn behaald in de praktijk.

## **Programmamaterialen/Producten**

- Presentatie PowerPoint
- Algemeen Gezondheid Overzicht
- Evaluatieformulier in dialoog
- Boekje Samen aan zet in zorg

## **Competenties**

- Communicatie 30 %
- Samenwerking 40 %
- Professionaliteit en kwaliteit 30%

## **Accreditatie**

De scholing Dialoogmodel is gedurende het project binnen Zuyderland geaccrediteerd door het Accreditatie Bureau Algemene Nascholing (ABAN), het Accreditatie Bureau Verpleegkundig Specialisten Register (VSR), de Nederlandse Associatie van Physician Assistants (NAPA) en de Beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Deelname aan deze scholing leverde acht accreditatiepunten op voor medisch specialisten, verpleegkundig specialisten, physician assistants en verpleegkundigen.

## **Docenten**

Jac Maurer en George Westermann zijn de ontwerpers en ontwikkelaars van het Dialoogmodel en bieden scholing aan gezondheidszorgprofessionals in deze methodiek

(dialogoogmodel.nl).

Drs. ing. Jac Maurer heeft als klinisch psycholoog/psychotherapeut gewerkt op psychiatrische afdelingen volwassen-, kinder- en jeugdzorg, zowel klinisch als poliklinisch. Daarbij was hij lid van wetenschapscommissies, vervulde de rol van P-opleider en was als redacteur verbonden aan het Tijdschrift voor Psychotherapie. Hij heeft meerdere publicaties in boeken en in vaktijdschriften op zijn naam staan.

Dr. George Westermann is kinder- en jeugdpsychiater/psychotherapeut en tevens opleider kinder-en jeugdpsychiatrie en medisch manager van Zuyderland GGz. Hij is internationaal wetenschappelijk actief op het gebied van shared decision making. Als redacteur was hij verbonden aan Kind & Adolescent Praktijk en Psyfar. Met regelmaat publiceert hij en verzorgt hij voordrachten op congressen en symposia.

## **5. Doelgroep**

De ontwikkelde scholing kan door speciaal opgeleide docenten gegeven worden aan verschillende zorgprofessionals, waaronder artsen, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, specialistisch verpleegkundigen en physician assistants werkzaam in ziekenhuizen. De scholing leent zich ook voor de toepassing in andere settings, waarbij mogelijk aanpassingen voor de specifieke situatie nodig kan zijn.

## **6. Resultaat**

Na afloop van het implementatieproces wordt de Dialoogmodel methodiek toegepast bij ingrijpende somatische aandoeningen in het ziekenhuis, waarbij aandacht voor mogelijke psychosociale gevolgen van deze aandoeningen van meet af aan ingebed worden in het behandeltraject.

De methodiek bestaat uit de volgende instrumenten:

- 1) Dialogische gesprekstechniek, gericht op stimuleren patiënten-participatie, empowerment, zelfmanagement en positieve gezondheid.
- 2) Een visualisatietechniek, die de persoonlijke en professionele perspectieven verbindt en voor de patiënt en zijn/haar naasten overzicht/inzicht op hun situatie en uitzicht biedt op passende zorg (een gevisualiseerde samenvatting van gedeelde visie en informatie).

Zorgverleners binnen desbetreffende vakgebieden zijn na afloop van het project getraind om met behulp van dialogische gesprekstechniek en visualisatietechnieken het Dialoogmodel in de praktijk toe te passen. Deze toepassing van het Dialoogmodel bij patiënten met ingrijpende somatische aandoeningen maakt, dat gedurende het gehele behandeltraject van deze patiënten, vanaf diagnose tot eindbehandeling, aandacht voor mogelijke psychosociale gevolgen een prominente rol krijgt. Hierdoor is er bewustwording over mogelijke psychosociale gevolgen gecreëerd bij zowel de zorgverleners als de patiënt, worden deze mogelijke gevolgen vroegtijdig (h)erkend en kan, waar nodig, tijdig verwezen worden naar andere disciplines.

Zorgprofessionals en patiënten en hun naasten hebben door deze bewustwording en de aangeleerde technieken meer aandacht voor psychosociale aspecten bij ingrijpende somatische aandoeningen. Artsen en verpleegkundigen zijn beter in gesprek met de patiënt waardoor zij zorgbehoeftes beter inzichtelijk kunnen maken. Zo kunnen artsen en verpleegkundigen beter doorverwijzen indien nodig.



Het draagt bij aan de ontwikkeling van transparantie over en meer aandacht voor psychosociale aspecten bij ingrijpende somatische aandoeningen. Immers, middels projectuitkomsten kunnen artsen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals beter in gesprek met de patiënt, kunnen zij beter doorverwijzen indien nodig en zijn zorgbehoeftes beter inzichtelijk. Daarnaast draagt het bij aan het beleidsthema 'Samen Beslissen' in de zorg.

## **7. Afbakening**

Psychosociale problemen worden door toepassing van het Dialoogmodel inzichtelijk gemaakt en de activiteiten zijn erop gericht zorgverleners en patiënten de weg te wijzen naar ondersteuning om met psychosociale gevolgen om te gaan. De behandeling hiervan valt buiten de scope.

Implementatie betreft uitsluitend de ziekenhuisbrede en mogelijke landelijke uitrol van de methodiek van het Dialoogmodel bij ingrijpende somatische aandoeningen met behulp van de hiertoe ontwikkelde instrumenten en producten die het resultaat zijn van het project dat binnen Zuyderland Medisch Centrum is uitgevoerd.

## **8. Randvoorwaarden**

Uit de evaluatie van de implementatie gedurende het project Dialoogmodel binnen Zuyderland zijn de volgende werkende principes naar voren gekomen die feitelijk als randvoorwaarden aangemerkt dienen te worden:

- Ondersteuning in beleidsmatige (tot aan RvB, opnemen in lange termijn strategie) en praktische zin (bijv. congresbureau, projectmanagement projectbureau, betrokkenheid van de afdeling communicatie en marketing).
- Vergroot draagkracht door betrekken van cliëntenraad en verpleegkundige adviesraad;
- Biedt de scholingen en evaluaties aan op haalbare tijden (na werktijd);
- Regel het verkrijgen van accreditatiepunten voor professionals (artsen, verpleegkundig specialisten, nurse practitioners, physician assistants).
- Zorg voor actieve ondersteuning van management/Raad van Bestuur.
- Betrek alle doelgroepen, eventueel via adviesraden (patiënten, verpleegkundigen, MSB).
- Implementeer team/zorgpad-gewijs.
- Spits beslissen met hulp van het Dialoogmodel toe op de specifieke processen.
- Inventariseer vooraf aan de scholing de mogelijke barrières (qua tijd, setting etc.) en specifieke behoeften.
- Betrek vanaf het begin meerdere vakgroepen en richt je op de verschillende beroepsgroepen in huis om meer professionals te kunnen scholen. Zoek binnen deze beroepsgroepen zogenaamde ambassadeurs en betrek ze actief en biedt hen ondersteuning.
- Reserveer budget om scholing blended aan te kunnen aanbieden (persoonlijk scholen en e-learning).
- Reserveer budget om e-learning aan te kunnen bieden.
- Reserveer budget voor het inrichten van een mogelijkheid van digitaal registreren van uitkomsten van gesprekken, zodat ook andere professionals die met de patiënt te maken krijgen het besprokene verder kunnen oppakken.
- Help ook patiënten vaardig te worden in het bespreken van psychosociale factoren complexe somatische/chronische aandoeningen.

## 9. Structuur

Gedurende het project binnen Zuyderland verliep de interne en externe communicatie voor dit project via een adviesgroep, een stuurgroep en een projectgroep. Deze structuur vormde de basis van de implementatie van het Dialoogmodel en is succesvol gebleken.

**De adviesgroep** bestaat uit vertegenwoordigers van (landelijke) organisaties (Patiëntenfederatie Nederland, CZ Zorgverzekering, Universiteit Maastricht, Cliëntenraad Zuyderland en Burgerkracht Limburg), die namens zorgverleners, patiënten en hun naasten in het project participeren. Zij monitoren en evalueren de projectvoortgang en adviseren. Deze groep komt 4 x per jaar bij elkaar en voorziet de stuurgroep van advies.

**De stuurgroep** binnen het ziekenhuis dient te bestaan uit een lid van de Raad van Bestuur, vertegenwoordigers van de deelnemende vakgebieden, een projectleider, een projectmanager en een projectondersteuner, met als verantwoordelijkheid besluitvorming op hoofdlijnen, onder andere ten aanzien van de projectuitvoering, de projectbegroting en borging na het project. Deze groep komt bij aanvang en afsluiting van het project frequent bij elkaar (1 x per maand), en in de tussenliggende periode 1 x per 3 maanden.

**De projectgroep** bestaat uit vertegenwoordigers van de deelnemende vakgebieden, de projectleider, de projectmanager en de projectondersteuner. De projectgroep monitort het project en organiseert en begeleidt de uitvoering van het project en rapporteert naar de stuurgroep.

Ten behoeve van de (landelijke) uitrol en structurele inbedding verzorgt de **werkgroep communicatie** via social media en websites. Via deze weg wordt binnen dit project een bijdrage geleverd aan het ter beschikking stellen van makkelijk vindbare, betrouwbare en begrijpelijke informatie over kwaliteit van zorg en komt afhankelijk van de behoefte bij elkaar.

## 10. Fasering

Voorbeeld van hoe de fasering er voor een ziekenhuis uit kan zien, gebaseerd op het project uitgevoerd binnen Zuyderland

- **Fase 1: Inventarisatie (4 maanden)**

Er wordt gestart met een inventarisatie van het huidige behandeltraject van ingrijpende somatische aandoeningen bij vakgroepen/specialismen, waarbij gekeken wordt naar rol- en taakverdeling van de zorgverleners en de vraag of (en door wie) aandacht wordt gegeven aan de psychosociale context, alsmede inventarisatie van knelpunten en omissies.

- **Fase 2: Kleinschalige pilot bij een beperkt aantal vakgroepen (3 maanden)**

Zorgverleners ontvangen scholing om het Dialoogmodel te kunnen hanteren. De patiënt ontvangt na het consult bij de medisch specialist en voor het consult bij de gespecialiseerd verpleegkundige een vragenlijst die vervolgens wordt bekeken om op voorhand zicht te hebben op de psychosociale situatie van de patiënt. Vervolgens zal per patiënt tweemaal een consult bij de gespecialiseerd verpleegkundige plaatsvinden

waar de Dialoogmodel methodiek wordt getest. Na en tussen beide consulten in structureert de verpleegkundige de bevindingen via een visualisatietechniek en wordt overlegd met de medisch specialist.

- Fase 3: Grootschalige uitrol binnen vakgebied (5 maanden)

Uitbreiding van de activiteiten zoals beschreven onder fase 2 naar drie aandoeningen per vakgebied. Werkinstructies Dialoogmodel voor nieuw te instrueren zorgverleners per aandoening (totaal: 4 medisch specialisten en 20 gespecialiseerd verpleegkundigen). Tevens evaluatie zoals beschreven bij activiteit 2.

- Fase 4: Opschaling naar meer vakgroepen

Uitbreiding van de activiteiten zoals beschreven onder activiteit 2 en 3 naar alle aandoeningen onder de 4 benoemde vakgebieden. Werkinstructie Dialoogmodel voor 11 nieuwe te instrueren zorgverleners per vakgebied (totaal: 8 medisch specialisten en 36 gespecialiseerd verpleegkundigen). Tevens evaluatie zoals beschreven bij activiteit 2 en 3.

- Fase 5: Evaluatie en opschaling ziekenhuisbreed (3 maanden)

Eindevaluatie project en afstemming opschaalbaarheid toepassing Dialoogmodel.

- Communicatie (Continu)

Interne en externe communicatie over het project. Externe communicatie in afstemming met de landelijke advies-groep.

Interne en externe communicatie vindt plaats gedurende de gehele looptijd van het project.

Om deze communicatie voorspoedig te laten verlopen worden voor dit project een projectgroep, adviesgroep, werkgroepen per vakgebied en een werkgroep communicatie aangesteld.

De werkgroep communicatie is verantwoordelijk voor interne en externe communicatie over projectuitkomsten en de mogelijkheid tot structurele inbedding, via nieuwsbrieven (lokaal/regionaal/nationaal), social media, websites, presentaties tijdens congressen/symposia. Daarnaast is zij verantwoordelijk voor de communicatie met/naar de programmadeelnemers. Via deze weg wordt binnen dit project een bijdrage geleverd aan het ter beschikking stellen van makkelijk vindbare, betrouwbare en begrijpelijke informatie over kwaliteit van zorg.

Potentiele gebruikers van de projectresultaten zijn o.a. patiënten, naasten en zorgverleners. Met hen wordt gedurende de uitvoering van het project actief samengewerkt. Betrokkenheid van patiënten en zorgverleners blijkt tevens uit deelname aan projectgroep en adviesgroep.

## 11. Haalbaarheid

Risico op weerstand vanuit zorgverleners is geminimaliseerd doordat de vakgebieden hun commitment hebben gegeven voor deelname aan het project. Daarnaast worden zij actief betrokken bij de opzet van het project en wordt met hen besproken welke zorgverleners het Dialoogmodel gaan toepassen.

Daarnaast kan tijdens de pilot blijken dat aandoeningen niet voldoende geschikt blijken voor toepassing van het Dialoogmodel, dit risico wordt geminimaliseerd door goede selectie aan de voorkant (op ingrijpende somatische aandoeningen met verstrekkende gevolgen voor het leven van de patiënt en/of naasten) en de mogelijkheid om binnen het ziekenhuis te richten op andere aandoeningen.

## **Bijlagen**

- Boekje Samen aan Zet Dialoogmodel
- AGO – formulier
- Werkblad
- Flyer Dialoogmodel patiënt (jij-vorm)
- Flyer Dialoogmodel patiënt (u-vorm)
- Evaluatieformulier