

Implementatieproces van het PACE-NL Programma voor optimale palliatieve zorg in intramurale ouderenzorg

M. Oosterveld, A. Francke, C. Bulting, B. Onwuteaka-Philipsen,
R. Pasman, S. Schilder, E. Sizoo, M. Zandbergen, Y. de Man

In de intramurale ouderenzorg hebben bewoners vaak een beperkte levensverwachting en complexe zorgvragen. Goede palliatieve zorg is dan essentieel. In Engeland is het PACE programma ontwikkeld om de palliatieve zorg in deze sector te verbeteren. Om beter aan te sluiten bij de Nederlandse intramurale ouderenzorg is het programma doorontwikkeld tot het PACE-NL Programma: een scholingsprogramma voor zorg- en welzijnsmedewerkers met een toolkit met scholings- en implementatiematerialen die is afgestemd op de context van de Nederlandse intramurale ouderenzorg.

Deze factsheet beschrijft hoe het PACE-NL Programma is geïmplementeerd binnen zorgorganisatie Omring en welke factoren deze implementatie hebben bevorderd of belemmerd en biedt daarmee handvatten voor organisaties die PACE-NL willen implementeren. Deze factsheet vormt een tweeluik met een aparte factsheet die de effecten beschrijft van het PACE-NL Programma.

Belangrijkste resultaten

- De implementatie van het PACE-NL Programma werd ondersteund door duidelijke rolverdeling en zichtbare ondersteuning op locatieniveau, onder andere via kartrekkers en een kernteam.
- Roosters, personeelsverloop en wisselende betrokkenheid van (para)medici maakten de implementatie in de praktijk lastiger.
- Voor duurzame borging is structurele inbedding in het dagelijks werk nodig, met aandacht voor introductie- en opfrisbijeenkomsten voor (nieuwe) medewerkers.

Achtergrond van PACE-NL Programma

Het oorspronkelijke PACE 'Steps to Success' programma is een multicomponent programma. Het bestaat uit informatiebijeenkomsten, zes trainingssessies voor zorgmedewerkers en toepassing van het geleerde in de praktijk (Hockley et al., 2019). Het programma is geëvalueerd in zeven Europese landen, waaronder Nederland. De studie liet positieve effecten zien op de kwaliteit van palliatieve zorg en op de kennis van zorgmedewerkers (Smets et al., 2018; Van den Block et al., 2019). Tegelijkertijd vonden zorgmedewerkers het programma intensief en bleek het niet altijd goed aan te sluiten bij bestaande werkwijzen (Oosterveld-Vlug et al., 2019).

Deze bevindingen waren aanleiding om het bestaande PACE 'Steps to Success' programma door te ontwikkelen zodat deze beter aansluit bij de Nederlandse intramurale ouderenzorg. Onderzoekers en praktijkexperts van Omring, het Nivel, Amsterdam UMC en UNO Amsterdam vormden hiervoor een projectgroep. Om het programma breder toepasbaar te maken dan alleen in Omring, werd de projectgroep ondersteund door een landelijk adviespanel met praktijkexperts uit verschillende

zorgorganisaties, dat meelas en reflecteerde op de bruikbaarheid en toepasbaarheid van de (concept)toolkit. De projectgroep verfijnde de implementatietoolkit van het PACE-NL Programma gedurende het project en na afloop, op basis van inzichten uit de evaluatie in Omring en het adviespanel. Dit resulteerde in de definitieve [implementatietoolkit](#) (zie Kader I).

Inhoud van het PACE-NL Programma

Het doel van het PACE-NL Programma is hetzelfde als dat van het oorspronkelijke PACE-programma: verzorgenden, verpleegkundigen, helpenden en welzijnsmedewerkers (zoals woonassistenten) (verder aangeduid als 'zorgmedewerkers') beter toerusten om palliatieve zorgbehoeften te signaleren en te bespreken, zodat passende zorg en ondersteuning eerder en beter kan worden afgestemd. De onderwerpen van PACE-NL en de inhoud van de scholingsbijeenkomsten staan weergegeven in Kader I en figuur 1.

Kader I: Hoofdonderdelen van het PACE-NL Programma

- **Drie kick-off bijeenkomsten** voor respectievelijk zorgmedewerkers, aandachtsvelders palliatieve zorg en artsen / paramedici.
- **Informatiebijeenkomst** voor familie en naasten van bewoners van zorglocaties.
- **Vier scholingsbijeenkomsten** voor zorgmedewerkers - verspreid over 4 maanden (zie Figuur 1).
- Centraal in de scholingsbijeenkomsten staan de 10 stappen van het door Omring ontwikkelde Zorgpad Palliatieve Zorg, evenals verschillende praktische hulpmiddelen, zoals het Wensenboekje 'Als ik nadenk over mijn laatste levensfase' en het Zorgpad Stervensfase.
- **Invoering van het geleerde in de praktijk**, ondersteund en gestimuleerd door lokale 'kartrekkers' en een kernteam op de locatie.

Om aan de slag te gaan met PACE-NL is een [implementatietoolkit](#) met scholings- en implementatiematerialen ontwikkeld.

Figuur 1 De vier scholingsbijeenkomsten van het PACE-NL Programma

1. Communicatie	2. Signaleren en bespreken	3. Symptoommanagement	4. Zorg rondom het overlijden
TIJDIG EN BEWUST COMMUNICEREN	TIJDIG EN BEWUST AFSTEMMEN	TIJDIG EN BEWUST MONITOREN EN VERLICHTEN	TIJDIG EN BEWUST ZORGEN BIJ STERVEN EN ERNA
Doel Bewustwording vergroten van belang van tijdige en terugkerende gesprekken over wensen en waarden in de palliatieve fase	Doel Verhoogde kwetsbaarheid en achteruitgang tijdig herkennen en bespreken	Doelen • Symptomen tijdig herkennen en managen i.s.m. behandelaren • Kennis verhogen over richtlijnen zoals bij pijn/onrust	Doelen • Kennis vergroten over palliatieve sedatie/euthanasie • Symptomen signaleren in stervensfase • Bieden van nazorg
Hulpmiddel Wensenboekje	Hulpmiddelen • Surprise Question • Beoordelings-instrument(en) • Boekje 'zorg in de laatste levensfase voor mensen met dementie' • Signaleringsgrafiek	Hulpmiddelen • REPOS • PACSLAC • NRS/VAS	Hulpmiddelen • Zorgpad Stervensfase • Protocol nazorgsgesprekken

Centraal staan de 10 stappen van het door Omring ontwikkelde Zorgpad Palliatieve Zorg, evenals verschillende praktische hulpmiddelen, zoals het Wensenboekje 'Als ik nadenk over mijn laatste levensfase' (hierna: 'het Wensenboekje') en het Zorgpad Stervensfase. Het Wensenboekje ondersteunt proactieve zorgplanning door zorgmedewerkers te helpen wensen, waarden en doelen van zorg vroegtijdig te bespreken en vast te leggen, zodat deze als uitgangspunt kunnen dienen bij toekomstige besluitvorming en afstemming. Het Zorgpad Stervensfase ondersteunt zorg in de laatste levensdagen door observaties en comfortzorg systematisch te structureren en eenduidig vast te leggen, zodat overdracht, afstemming en symptoomverlichting consistent kunnen plaatsvinden.

Een belangrijk verschil met het oorspronkelijke PACE-Programma is dat het aantal scholingsbijeenkomsten binnen het PACE-NL Programma is teruggebracht van zes naar vier. Daarnaast biedt PACE-NL de mogelijkheid om instrumenten die al gebruikt worden binnen een zorgorganisatie, zoals voor symptoommonitoring, te blijven gebruiken. Verder is er in PACE-NL meer aandacht voor de ondersteuning en stimulering van zorgmedewerkers door kartrekkers en een kernteam op locatie waarin ten minste een aandachtsvelder palliatieve zorg, een lokale kartrekker (kwaliteitsverpleegkundige), een (basis)arts en een (locatie)manager deelnemen. Voor PACE-NL werd bovendien een implementatietoolkit ontwikkeld, met nadruk op aansluiting bij het dagelijks werk van zorgmedewerkers. Deze toolkit werd tussentijds aangepast op basis van ervaringen van locaties die als eerste met de implementatie waren gestart. Op basis van de evaluatie die in deze factsheet centraal staat, zijn nog enkele laatste wijzigingen doorgevoerd, wat heeft geleid tot de definitieve implementatietoolkit (zie Kader II).

Kader II: Inhoud van de implementatietoolkit van het PACE-NL Programma

De implementatietoolkit bestaat uit:

- Een implementatiehandreiking gericht op projectleiders, (locatie)managers, en kwaliteitsverpleegkundigen. Deze handreiking bevat adviezen en aanbevelingen voor organisatie- of locatie brede invoering, coördinatie en borging van het PACE-NL Programma.
- Een grafische weergave en uitleg van de tien stappen van het PACE-NL Zorgpad Palliatieve Zorg. Aan deze tien stappen worden de onderwerpen uit de vier scholingsbijeenkomsten aangehaakt.
- Een trainershandleiding en lesmateriaal zoals dia's en casuïstiek die de trainers kunnen gebruiken in de vier scholingsbijeenkomsten.

Evaluatie van het implementatieproces met RE-AIM model

De implementatie van het PACE-NL Programma is geëvalueerd in zestien van de dertig intramurale locaties van Omring. De overige locaties namen niet deel aan de evaluatiestudie, omdat zij eerder al (onderdelen van) het PACE-NL Programma hadden ingevoerd. De evaluatie is uitgevoerd met vragenlijsten onder zorgmedewerkers, Mentimeter-feedback tijdens scholingsbijeenkomsten en interviews met zorgmedewerkers, artsen, paramedici, trainers, de projectleider en nabestaanden. Om in kaart te brengen hoe de implementatie van het PACE-NL Programma onder zorgmedewerkers verliep, maakten we gebruik van het RE-AIM-model. RE-AIM staat voor de domeinen Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation en Maintenance (Glasgow et al., 1999). Voor meer informatie over de onderzoeksmethoden, zie de laatste paragraaf 'Het onderzoek'.

Bereik – 'Reach'

Het domein 'Bereik / Reach' heeft betrekking op de vraag of een interventie of programma daadwerkelijk de beoogde doelgroep bereikt. Dat heeft in deze evaluatiestudie betrekking op of zorgmedewerkers daadwerkelijk deelnamen aan de vier scholingsbijeenkomsten binnen PACE-NL, en de deelname van naasten aan de zogenoemde familiebijeenkomst die aan het begin van het PACE-NL Programma wordt gehouden voor familie en andere naasten. In deze bijeenkomst wordt familie geïnformeerd over palliatieve zorg en onderdelen van het PACE-NL Programma waar zij mee te maken kunnen krijgen (Wensenboekje, nazorggesprek).

Over de zestien locaties heen was de deelname van zorgmedewerkers aan de vier scholingsbijeenkomsten hoog, met een gemiddelde opkomst van 69% (exclusief de extra sessies die werden georganiseerd voor zorgmedewerkers die bijvoorbeeld door ziekte niet meekonden doen aan de geplande bijeenkomsten). Er was echter variatie tussen locaties: sommige locaties wisten een deelname van bijna 80% te bereiken, terwijl locaties met de minste deelname rond 45% uitkwamen. Naar gelang het programma vorderde, daalde het deelnamepercentage slechts licht: van gemiddeld 71% bij training 1 en 2 naar gemiddeld 68% en 67% bij resp. training 3 en 4. Bevorderend voor een goede opkomst was dat voor zorgmedewerkers de scholingsbijeenkomsten in hun werkrooster werden opgenomen.

“Doordat het gewoon in het rooster stond, ging eigenlijk iedereen die kon.”
(interview met zorgmedewerker)

Daarnaast gaven zorgmedewerkers over het algemeen aan dat de training relevant was voor hun dagelijkse werk. Dit kwam mede doordat de theorie meteen gekoppeld werd aan de praktijk, onder andere door het oefenen van casuïstiek en rollenspellen, en door de goede didactische vaardigheden van de trainers. Daarbij benadrukten de geïnterviewde trainers dat continuïteit in het trainersteam cruciaal was, vooral voor zorgmedewerkers met relatief lage leervaardigheden.

Er waren echter ook uitdagingen om een goede opkomst bij de trainingen te realiseren.

Zorgmedewerkers en managers noemden in de interviews personeelstekorten en daarmee roosterproblemen. Op sommige locaties was vooral de deelname aan de laatste scholingsbijeenkomsten minder door verloop van personeel, terwijl nieuwe zorgmedewerkers vaak de eerste scholingsbijeenkomsten misten.

De opkomst bij de informatiebijeenkomst voor familie en naasten was lang niet zo hoog, blijkt uit interviews met projectleiding, locatiemanagers en nabestaanden. Hierdoor was het voor zorgmedewerkers lastiger om familie te betrekken bij onderdelen van het PACE-NL Programma.

Effectiviteit – ‘Effectiveness’

Een tweede domein binnen RE-AIM betreft de effectiviteit van een interventie of programma. Zoals de [andere factsheet](#) meer in detail laat zien, waren er diverse positieve effecten van het PACE-NL Programma. Na deelname aan PACE-NL voelden zorgmedewerkers zich beter toegerust om achteruitgang tijdig te signaleren en dit binnen het team expliciet te bespreken, zodat doelen van zorg en vervolgspraken eerder kunnen worden afgestemd. Dit bleek uit vragenlijsten, interviews en Mentimeter-feedback.

“Voor mij was de meest waardevolle les echt het signaleren en bespreken, het doel ervan begrijpen en het tot iets maken waar we binnen het team over kunnen praten.” (interview met zorgmedewerker)

“Het heeft mij een duidelijker beeld gegeven van wat palliatieve zorg inhoudt en wat de belangrijkste markeringen zijn, zodat we respectvol kunnen reageren op de wensen en grenzen van de bewoner.” (Mentimeter feedback van zorgmedewerker)

Ook voelden zorgmedewerkers zich competent in de communicatie met bewoners en naasten, symptoommanagement en zorg rondom het overlijden. Dat het PACE-NL Programma zo goed aansloot bij hun dagelijks werk, was ook voor de effecten op de kwaliteit van palliatieve zorg van belang.

Zorgmedewerkers voelden zich na de scholingsbijeenkomsten ook competent om nazorggesprekken te voeren. Toch gaf maar 7% van de zorgmedewerkers voor wie dat tot hun rol behoorde aan dat zij nazorggesprekken daadwerkelijk vaker voerden (de Man et al., 2026). Nazorggesprekken waren vaak ‘ad hoc’ en sterk afhankelijk van de context. Niet altijd was duidelijk wie het gesprek initieert en plant. Zo leidde organisatorische instabiliteit - zoals frequente wisselingen van teamleiders - er soms toe dat het beleid om structureel nazorggesprekken te houden was stilgevallen. Wanneer een nazorggesprek wel plaatsvond gaven nabestaanden in de interviews over het algemeen aan dat ze dit als waardevol ervaarden, mits tijdig en samen met een vertrouwde zorgmedewerker gevoerd.

“Het nazorggesprek was heel fijn. Daar heb ik kunnen zeggen wat me nog wel dwarszat, ook aan praktische dingen.” (interview met nabestaande)

Acceptatie – ‘Adoption’

In het RE-AIM-model verwijst het domein Acceptatie / Adoption naar de mate waarin betrokkenen een interventie of programma accepteren en bereid zijn dit in de praktijk toe te passen.

De acceptatie van het PACE-NL Programma was over het algemeen hoog. Aanvankelijk zagen medewerkers PACE-NL als “wéér een project” bovenop hun toch al hoge werkdruk. De geïnterviewde zorgmedewerkers gaven aan dat terughoudendheid afnam, zodra zij kennismaakten met bruikbare hulpmiddelen, zoals de Surprise Question (“Zou het mij verbazen als deze persoon binnen een jaar overlijdt?”), het Wensenboekje en het Zorgpad Stervensfase. Dergelijke hulpmiddelen sloten goed aan bij hun dagelijks werk, en werden door 96-100% van de zorgmedewerkers als nuttig ervaren. Ook werden de meeste instrumenten behorend bij het PACE-NL Programma door 90-97% van de zorgmedewerkers geëvalueerd als gemakkelijk te bespreken of gebruiken. Dit percentage lag echter lager voor het Wensenboekje (78%).

“Toen we met die hulpmiddelen gingen werken, dacht ik: dit past eigenlijk heel goed bij wat we al doen.” (interview met zorgmedewerker)

Trainers gaven in de interviews ook aan dat de aanvankelijke scepsis wegviel, en dat zij van zorgmedewerkers hoorden: “Dit geeft ons iets om op terug te vallen in ons werk”. Het geleerde direct kunnen gebruiken in de dagelijkse praktijk, was een duidelijke bevorderende factor.

Implementatie - ‘Implementation’

Binnen het RE-AIM-model gaat het domein Implementatie over de vraag of de interventie of het programma in de praktijk daadwerkelijk wordt toegepast zoals bedoeld.

Uit vragenlijsten en interviews met zorgmedewerkers blijkt dat zij de praktische hulpmiddelen behorend bij het PACE-NL Programma ook daadwerkelijk gebruikten. Zo rapporteerde 43% van de daartoe bevoegde zorgmedewerkers dat zij vaker een beoordelingsinstrument gebruikten voor het signaleren van achteruitgang en 57% dat zij vaker het Zorgpad Stervensfase gebruikten. Van de zorgmedewerkers gaf 66% aan het Wensenboekje te hebben uitgedeeld.

Bevorderend voor het gebruik van de praktische hulpmiddelen was dat deze goed aansloten bij de professionele waarden van zorgmedewerkers, zoals het bieden van waardige zorg en het ondersteunen van naasten. PACE-NL voelde daardoor als een kader dat hun dagelijks werk versterkte.

Uit de interviews met (onder andere) projectleiding en zorgmedewerkers bleek dat actieve katrekkers, zoals aandachtsvelders palliatieve zorg en kwaliteitsverpleegkundigen, een centrale rol speelden bij het vertalen van het programma naar de dagelijkse praktijk; zij hielpen bijvoorbeeld om de geleerde hulpmiddelen te verankeren in het dagelijks werk. Zorgmedewerkers, projectleider en trainers benadrukten herhaaldelijk dat “iemand het moet dragen” om het programma echt te laten landen. Verder gaven de geïnterviewde zorgmedewerkers ook aan dat regelmatige teamoverleggen en multidisciplinaire overleggen (MDO's) over bewoners in de palliatieve fase belangrijk zijn om aandacht voor palliatieve zorg vast te houden.

De geïnterviewde artsen en paramedici herkenden dat zorgmedewerkers het geleerde in de praktijk brachten, bijvoorbeeld door te communiceren dat een bewoner in de palliatieve fase is.

“We bespreken nu echt eerder: zit iemand in de palliatieve fase?” (interview met zorgmedewerker)

‘We krijgen nu standaard bericht wanneer bij iemand de palliatieve fase is gemarkeerd. En sta je even stil en denk je: is wat we doen nog relevant, voelt de persoon zich nog comfortabel?’ (interview met paramedicus)

“We hebben heel veel gesprekken met ze gehad, zeker in het begin. Het zorgteam vond het belangrijk dat ze ons en mijn vader goed leerden kennen, dus we hebben heel veel gesprekken erover gehad. En de zorgmedewerkers hebben heel veel aandacht besteed aan mijn vader, van: wie ben je, wat is je verleden, wat heb je meegemaakt, wat wil je nu? Dus daar zijn heel veel mooie gesprekken over gekomen.” (interview met nabestaande)

Tegelijkertijd gaven de geïnterviewde zorgmedewerkers en trainers aan dat, mede omdat artsen en paramedici zelf niet deelnamen aan de trainingen, de (para)medici niet goed wisten wat er in de trainingen aan bod was gekomen. Dat gaf soms rolonduidelijkheid in de praktijk.

Zorgmedewerkers noemden verder dat het uitmaakt met welk soort artsen je samenwerkt. In locaties met eigen specialisten ouderengeneeskunde (SO's) was het bijvoorbeeld makkelijker om gezamenlijk het Zorgpad Stervensfase toe te passen of gezamenlijk proactieve zorgplanning gesprekken te houden. Bij woonzorg locaties waar externe huisartsen de medische zorg gaven was dat moeilijker te realiseren.

“We voeren deze gesprekken tijdens de zorgplanbesprekingen met familie, maar de huisarts sluit bijna nooit aan. Dat is het lastige aan woonzorglocaties; het is echt anders.” (interview met zorgmedewerker)

Borging - ‘Maintenance’

Het domein ‘Maintenance’ binnen het RE-AIM-model gaat over borging: blijft het programma onderdeel van de dagelijkse werkwijze op de langere termijn en wat voor randvoorwaarden zijn er voor borging gerealiseerd?

Borging van het PACE-NL Programma vraagt om structurele inbedding in het dagelijks werk. Op verschillende locaties waren vaste bewonersbesprekingen waarin achteruitgang werd gesignaleerd en proactief werd afgestemd over doelen van zorg en vervolgafspraken. Zorgmedewerkers en trainers benadrukten in de interviews en Mentimeter-feedback het belang van opfrissessies en duidelijke instructies voor nieuwe medewerkers, vooral om proactieve zorgplanning-gesprekken en het Zorgpad Palliatieve Zorg blijvend toe te passen. Ook de betrokkenheid van SO's was cruciaal: teams waarin deze artsen meedachten over bijvoorbeeld ‘markeermomenten’ en samen gesprekken voerden met bewoners in de palliatieve fase, borgden de werkwijzen beter.

Uit de interviews bleek dat de rol van kartrekkers belangrijk was voor borging, maar dat het beleggen van alle borgende taken bij aandachtsvelders in de praktijk niet altijd passend was. Volgens de projectleiding en trainers waren kwaliteitsverpleegkundigen of EVV'ers (Eerst Verantwoordelijke

Verzorgenden) beter gepositioneerd om de rol van kartrekker op zich te nemen, omdat zij vanuit hun coördinerende rol overzicht hebben over bewoners en een verbindende rol hebben binnen het team. Personeelsverloop, met name onder teamleiders, kwaliteitsverpleegkundigen en EVV'ers vormde een risico. Ook teams met lage bezetting of onduidelijke rolverdeling tussen zorgmedewerkers en (para)medici hadden meer moeite met borging.

Wat betekenen deze resultaten?

Het implementatieproces van het PACE-NL Programma is over het algemeen goed verlopen. De opkomst in de scholingsbijeenkomsten was hoog, zeker gezien het feit dat zorgmedewerkers soms door ziekte of roosterproblemen niet aanwezig konden zijn en er altijd zorgmedewerkers op de afdelingen achterblijven voor de dagelijkse zorg. Inroosteren van scholingsbijeenkomsten en vaste trainers met goede didactische vaardigheden droegen waarschijnlijk bij aan een hoge opkomst. In alle domeinen van het RE-AIM-model blijkt het feit dat het programma goed aansloot bij de dagelijkse praktijk heel belangrijk te zijn geweest. Het werd niet gezien als "iets extra's", maar als een verdieping van bestaande werkwijzen in de dagelijkse praktijk van de palliatieve zorg. Daarnaast hielp het bij implementatie en borging wanneer teamoverleggen en MDO's structureel aandacht besteedden aan bewoners in de palliatieve fase. Ook coördinerend verpleegkundigen of EVV'ers die als kartrekker fungeerden, spelen een belangrijke rol bij implementatie en borging. Verder maakt samenwerking met eigen SO's het eenvoudiger om bijvoorbeeld proactieve zorgplanningsgesprekken of het Zorgpad Stervensfase gezamenlijk op te pakken en te borgen. Op sommige locaties werkt men echter met meerdere huisartsen in plaats van met eigen SO's. Voor deze situaties kan in toekomstige implementaties van het PACE-NL Programma extra aandacht worden besteed aan samenwerking met huisartsen en aan gezamenlijke toepassing van bijvoorbeeld het Zorgpad Stervensfase. Mogelijk is het zinvol een 'kartrekker onder de huisartsen' aan te wijzen die dit samen met de kartrekker vanuit de zorgmedewerkers oppakt.

Het feit dat artsen en paramedici niet aan de scholingsbijeenkomsten hadden meegedaan, werd door zorgmedewerkers en trainers als een nadeel ervaren, omdat dit soms leidde tot rolonduidelijkheid. Het PACE-NL Programma richt zich bewust op de (veelal mbo-opgeleide) zorgmedewerkers. Wanneer het volledige trainingsprogramma samen met artsen en paramedici zou worden gevolgd, zou het risico bestaan dat zorgmedewerkers minder ruimte zouden hebben om zich te uiten en te leren. Om artsen en paramedici toch te betrekken, is er een aparte informatiebijeenkomst opgenomen voor artsen en paramedici in de implementatietoolkit.

Wat verder in verschillende domeinen van het RE-AIM-model als uitdaging naar voren komt, zijn personele problemen: tekorten en veel verloop. Het is belangrijk dat wanneer er op een locatie sprake is van organisatorische onrust, er op dat moment niet met het PACE-NL Programma wordt gestart. Pas wanneer een locatie in relatief rustig vaarwater is, kan een dergelijk programma goed landen.

Bij verdere uitrol van het PACE-NL Programma raden wij de kernteams op de locaties aan om eerst na te gaan welke eventuele barrières er zijn om PACE-NL goed te kunnen implementeren, en te bespreken hoe deze barrières te slechten. Op die manier kunnen met PACE-NL stappen worden gezet richting optimale palliatieve zorg voor bewoners en hun naasten.

Ook aan de slag met PACE-NL?

Het PACE-NL Programma biedt organisaties een praktische werkwijze en materialen om palliatieve zorg structureel in het dagelijks werk te verankeren, met duidelijke rolverdeling en routines voor signaleren, bespreken en vastleggen. De [implementatietoolkit](#) is gratis beschikbaar voor organisaties die met PACE-NL willen starten.

Het onderzoek

Deze factsheet is gebaseerd op bevindingen uit het onderzoeksproject 'Verbeteren van palliatieve zorg voor verpleeghuisbewoners: een doorontwikkeling van het PACE Steps to Success Programma'. Dit onderzoeksproject vond plaats binnen zestien intramurale locaties van zorgorganisatie Omring. Uitvoerders waren het Nivel, Omring, Amsterdam UMC en UNO Amsterdam, en de projectsubsidie kwam van ZonMw-Palliantie II.

De evaluatie verliep in twee fasen, zodat het PACE-NL Programma al tussentijds aangepast en verbeterd kon worden naar aanleiding van de evaluatie in fase 1.

In projectfase 1, in 2024, vond de evaluatie van PACE-NL plaats binnen tien locaties van Omring met o.a. een evaluatievragenlijst die 130 zorgmedewerkers na de laatste scholingsbijeenkomst invulden. In projectfase 2, in 2024/2025, vond de evaluatie in zes locaties van Omring plaats. In fase 2 is aanvullend een voor-/nameting uitgevoerd met vragenlijsten op drie meetmomenten: bij de start (n=174), vier maanden na de start (n=56) en acht maanden na de start (n=40). In totaal zijn daarmee 400 vragenlijsten ingevuld (fase 1: 130; fase 2: 270). De vragenlijsten waren grotendeels gebaseerd op die in de inleiding genoemde Europese studie. Daarnaast zijn, verspreid over de 1^e en 2^e projectfase, in totaal elf (individuele of groeps)interviews gehouden met in totaal 32 deelnemers, waaronder zorgmedewerkers, artsen, paramedici, locatiemanagers, trainers (waaronder een psycholoog), een adviseur leren en ontwikkelen (mede-ontwikkelaar van het programma) en de projectleider. Ook zijn in de 2^e projectfase elf nabestaanden geïnterviewd. Aanvullend zijn tijdens negen bijeenkomsten behorend bij scholing 3 en 4 via Mentimeter twee open vragen gesteld aan zorgmedewerkers. Tijdens scholing 3 werden per vraag 75 reacties ingevoerd; tijdens scholing 4 waren dit respectievelijk 22 en 26 reacties. Daarnaast is documentatie in ECD's van zo'n 280 bewoners geanalyseerd, verspreid over de 1^e en 2^e projectfase.

De vragenlijstgegevens en de informatie uit de ECD's werden geanalyseerd met toetsende en/of beschrijvende statistiek. De interviews en Mentimeter-feedback werden kwalitatief geanalyseerd.

Voor deze factsheet over het implementatieproces zijn gegevens gebruikt uit de interviews, de Mentimeter-feedback en de evaluatievragenlijsten.

Meer weten?

U vindt deze publicatie en andere Nivel-publicaties op www.nivel.nl/publicaties.

Wilt u meer informatie over het PACE-NL Programma: ga dan naar <https://www.nivel.nl/nl/pace-nl>

Titelgegevens van deze publicatie

De gegevens uit deze publicatie mogen met de volgende bronvermelding worden gebruikt:

Oosterveld, M., Francke, A., Bulting, C., Onwuteaka-Philipsen, B., Pasman, R., Schilder, S., Sizoo, E., Zandbergen, M., Man, Y. de. Implementatieproces van het PACE-NL Programma voor optimale palliatieve zorg in de intramurale ouderenzorg. Nivel/Amsterdam UMC/Omring, 2026.

Literatuur

Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. Am J Public Health. 1999;89:1322-7.

Hockley J, Froggatt K, Van den Block L, Onwuteaka-Philipsen B, Kylänen M, Szczerbińska K, et al. on behalf of PACE. A framework for cross-cultural development and implementation of complex interventions to improve palliative care in nursing homes: the PACE Steps to Success programme. BMC Health Serv Res. 2019;19:745.

de Man Y, Francke A, Bulsing C, Onwuteaka-Philipsen B, Pasman R, Schilder S, Sizoo E, Zandbergen M, Oosterveld M. Effecten van het PACE-NL Programma voor optimale palliatieve zorg in de intramurale ouderenzorg. Nivel/Amsterdam UMC/Omring, 2026.

Oosterveld-Vlug M, Onwuteaka-Philipsen B, Ten Koppel M, van Hout H, Smets T, Pivodic L, et al. Evaluating the implementation of the PACE Steps to Success Programme in long-term care facilities in seven countries according to the RE-AIM framework. Implementation Science. 2019;14(1):107.

Smets T, Pivodic L, Piers R, Pasman HRW, Engels Y, Szczerbińska K, et al. The palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries. Palliat Med. 2018b; 32:1487-1497.

Van den Block L, Honinx E, Pivodic L, Miranda R, Onwuteaka-Philipsen BD, van Hout H, et al. Evaluation of a palliative care program for nursing homes in 7 countries: the PACE cluster-randomized clinical trial. JAMA Internal Medicine. 2020;180(2):233-242.