

Handleiding programmering voortraject t.b.v. pilot-netwerken palliatieve terminale zorg

Inhoudsopgave

1. Programmering voortraject binnen netwerken
2. Elementen programma
 - behoefte terminale patiënten
 - gezamenlijke beleidsvisie
 - inzicht in het bestaande situatie
 - knelpunten en verbeterpunten
 - programma van verbeteracties.
3. Het proces

Leeswijzer

Deze handleiding beoogt de netwerken de helpende hand te bieden bij de verbetering van het voortraject, dat terminale patiënten en hun naasten vanaf het moment, dat zij op de hoogte worden gebracht van het terminaal-zijn tot het moment waarop de patient is opgenomen op de plaats waar zij/hij tijdens de terminale fase zal verblijven.

Gebruik van de handleiding resulteert in een document met verschillende hoofdstukken –of verschillende op elkaar aansluitende documenten- waarvan het laatste een programma van verbeteracties omvat. De methode die wordt gebruikt voor het verbeteren is die van het programmeren. In de eerste paragraaf wordt deze methode nader uiteengezet. In de volgende paragraaf komt de inhoud van het programma aan bod. In de derde paragraaf wordt ingegaan op het proces van voorbereiding van het eerste programma.

De handleiding bevat een aantal bijlagen Deze bijlagen geven hele concrete handvaten voor het schrijven van de betreffende hoofdstukken uit het document

Zij geven daarvoor formulieren. En suggesties worden gedaan voor de invulling.

Programmering voortraject binnen netwerken

In de tussenrapportage van de projectgroep integratie hospicezorg staat over het onderwerp van deze handleiding geschreven

Voor of aan het begin van de terminale fase dient een procedure te worden doorlopen, die begint met bewustwording en via indicatie, zorgtoewijzing, enzovoort, eindigt met verhuizing van de patiënt naar of continuering van zijn verblijf op de plaats waar hij zijn laatste dagen, weken of maanden zal doorbrengen: thuis, de hospicevoorziening, het verzorgingshuis, het verpleeghuis, het ziekenhuis.

Het is in het belang van alle betrokkenen – patiënt en zorgverleners – dat die procedure goed is opgezet en zonodig snel kan worden doorlopen. Het gaat immers om de laatste periode uit iemands leven. In die periode is tijd kostbaar; hij mag niet verloren gaan met bureaucratische beslommingen die met een goed gestructureerde procedure voorkomen hadden kunnen worden. Daarbij dient – binnen de aanwezige mogelijkheden en de urgentie – zoveel mogelijk recht te worden gedaan aan de voorkeuren van de patiënt en diens naasten.

Omdat in deze periode nog niet duidelijk is, waar de terminale patiënt uiteindelijk naar toe gaat en (nog) onder geen enkele instelling ‘valt’, behoren participanten in het netwerk gezamenlijk zorg te dragen voor een goed verloop van deze procedure.

Hierbij kan een programmatische aanpak goede diensten bewijzen; een programmatische aanpak, waarbij het totaal van de procedure in ogenschouw wordt genomen en tegelijkertijd stapsgewijs en gefaseerd verbeteringen in die procedure worden aangebracht.

In deze handleiding zal het traject, dat moet worden doorlopen en waarop de procedure betrekking heeft, worden aangeduid als het voortraject. Het voortraject begint op het moment van bewustwording van het terminaal-zijn en eindigt op het moment, dat de patiënt de plek heeft bereikt, waar zij of hij de terminale fase zal doorbrengen. Het voortraject vormt het begin van die fase. Overigens zij hierbij aangetekend dat bewustwording niet hetzelfde als acceptatie. Bewustwording wil zeggen, dat men het weet, omdat het is meegedeeld; maar het kan natuurlijk voorkomen, dat mensen het niet willen geloven en er ook niet naar gaan leven. Dat hoeft dan overigens niet ook voor de naasten van te gelden.

De programmatische benadering, die wordt bedoeld, is die van de zorgprogrammering. Het programma heeft in dit geval evenwel geen betrekking op de zorgverlening, maar op het traject dat daaraan voorafgaat. In de literatuur over programmering in de zorg wordt de noodzaak van programmering van het voortraject overigens onderkend.

Bij zorgprogrammering gaat het overigens om een algemeen concept van programmatisch werken, dat vertaling en invulling behoeft naar de context waarin het wordt gebruikt. In deze handleiding wordt dat algemene concept toegepast op het voortraject en uitgewerkt binnen de context van netwerken palliatieve terminale zorg. Daarbij is uitgangspunt dat vele instanties betrokken zijn bij het voortraject en belang hebben bij een goed verloop ervan. Het instrument van programmering is ook daarom zo geschikt omdat het uitgaat van de behoeften van de patiënt en probeert over de muren van instellingen heen en in onderlinge samenwerking van instellingen tot een op die behoefte afgestemde zorgverlening –in ons geval voortrajecte komen.

Een functioneel-inhoudelijke benadering staat dus voorop. Eerst wordt gekeken naar wat er moet gebeuren, en vervolgens pas naar wie dat moet doen.

Dit betekent voor het voortraject, dat eerst wordt gekeken naar de stappen, die in procedure moeten worden gezet en dan pas naar degenen, die die stappen moeten zetten. Eerst de functie en dan structuur of organisatie.

In de boven reeds aangehaalde tussenrapportage van de projectgroep wordt ook reeds over een dergelijk stappenschema gesproken, als middel om de procedure in het voortraject te verbeteren.

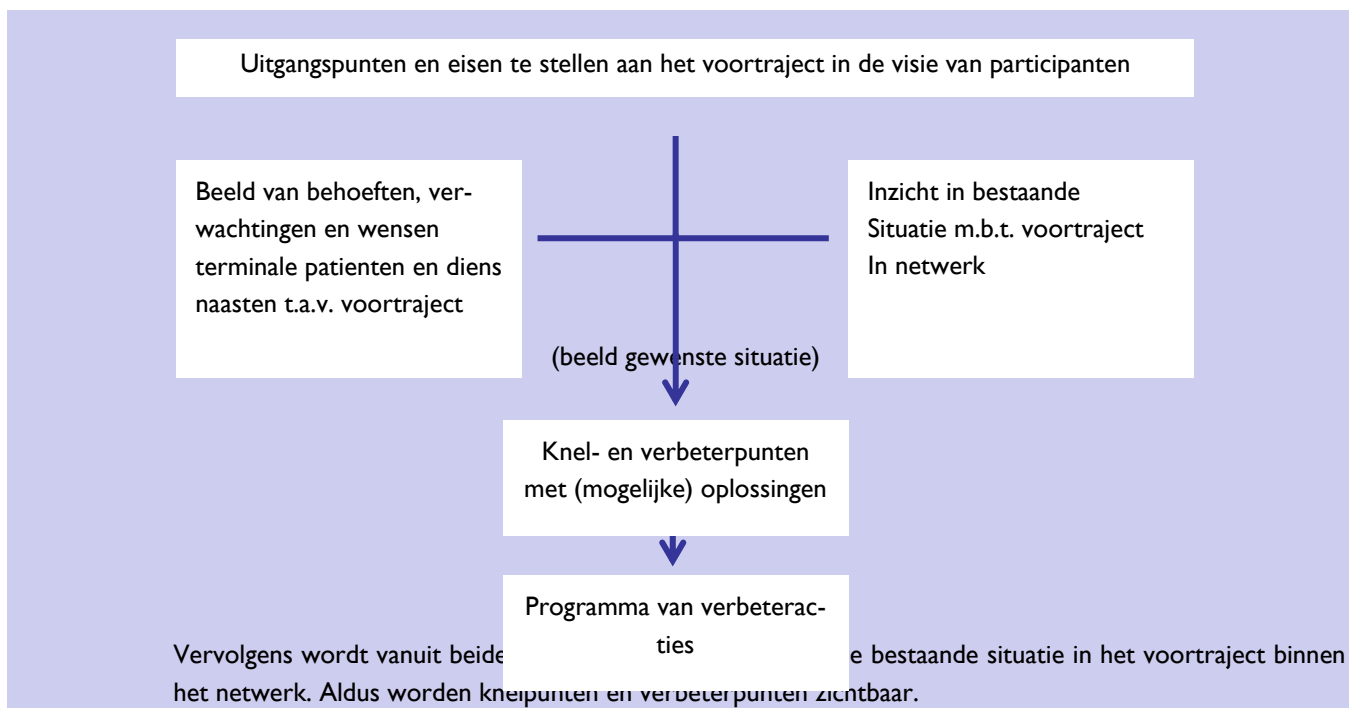
Bijlage O bevat het door de werkgroep opgestelde stappenschema. De werkgroep heeft bij het opstellen daarvan vooral geput uit eigen ervaringen en waarnemingen. De bedoeling is de komende periode in de pilot-netwerken met dit schema aan de slag te gaan. Op basis van de ervaringen, die zullen worden opgedaan, dan het schema vervolgens wordt bijgesteld.

Met behulp van het stappenschema kan in elk van de netwerken worden nagegaan op welke wijze in de praktijk de procedure van het voortraject wordt verlopen. Duidelijk wordt of geen stappen worden overgeslagen. En op welke wijze, door wie eventueel tezamen met wie de verschillende stappen worden gezet. Daarnaast kan het stappenschema worden gebruikt om aan te geven hoe het voortraject zou moeten verlopen en welke veranderingen en verbeteringen in de bestaande situatie moeten worden aangebracht.

Het lijkt verstandig noch haalbaar binnen de netwerken het voortraject in een keer heel anders in te richten. De voorkeur wordt daarom gegeven aan een geleidelijk en gefaseerd verbeteringsproces, waarbij stapsgewijs verbeteringen in het voortraject worden nagestreefd en aangebracht.

Het instrument van programmering, zoals dat ons voor ogen staat, biedt ook hiervoor goede mogelijkheden.

Zoals gezegd, wordt daarin uitgegaan van de behoeften van de terminale patiënt en diens naasten ten aanzien van in dit geval het voortraject. Deze behoeften –verwachtingen en wensen- worden in beeld gebracht. Daarnaast wordt nagegaan welke eisen en uitgangspunten in de visie van participanten in het netwerk overigens moeten worden gesteld aan een goed verlopend voortraject. Ook deze worden in beeld gebracht.



Mogelijke oplossingen worden besproken en uiteindelijk wordt een keuze gemaakt voor een (behapbaar) aantal verbeteracties, die op korte termijn in gang wordt gezet. Dit programma van verbeteracties wordt periodiek geëvalueerd, bijgesteld en aangevuld. En op gezette tijden wordt de gehele procedure herhaald. Aldus ontstaat een continu en cyclisch verbeterproces.

Er wordt dus niet meteen begonnen met het uittekenen van een tot in details uitgewerkte toekomstige situatie. Begonnen wordt met het, vanuit een integrale benadering langs programmatische weg oplossen van knelpunten en aanbrengen van verbeteringen. Cyclus na cyclus ontstaat er dan geleidelijk een meer uitgewerkt beeld van gewenste situatie. Zie schema op voorgaande pagina

Elementen programma

Het programma, zoals in de vorige paragraaf weergegeven, bevat de volgende elementen

- beeld van (behoeften, verwachtingen, wensen) terminale patiënten en diens naasten
- gezamenlijke beleidsvisie van participanten in het netwerk
- inzicht in het bestaande situatie
- knelpunten, verbeterpunten en mogelijke oplossingen
- programma van verbeteracties.

Hieronder worden elk van deze elementen kort toegelicht.

In de bijlagen wordt een en ander geconcretiseerd. De bijlagen willen de gebruikers in de netwerken de hand reiken bij de opstelling van het eerste zorgprogramma.

Vult men deze stuk voor stuk in, dan ontstaat geleidelijk een eerste programma voor het voortraject.

Daarbij is van belang in de gaten te houden dat het om een eerste programma gaat. Bij elk van die elementen kan men diep of minder diep graven. Zeker de eerste keer is niet nodig al te diep te graven. Van belang is vooral dat alle elementen aan bod komen.

Het gaat immers om een cyclisch proces. En bij elke volgende cyclus kan dieper worden gegraven.

De nadruk ligt de eerste keer op het doorlopen van het hele traject. De gedachte is, dat dat alleen al, omdat het voor de eerste keer gebeurt, een aantal knel- en verbeterpunten zal opleveren, waarmee aan de slag kan worden gegaan.

2.1. Behoeften, verwachtingen en wensen van terminale patiënten en hun naasten

Voor alles is natuurlijk voor patiënten en hun naasten van belang dat het voortraject zo is ingericht, dat zij uiteindelijk op die plaats terecht komen, die het meest ben hen past, en die zorg krijgen, waaraan zij het meeste behoefte hebben.

Maar ook ten aanzien van het proces als zodanig zullen patiënten en hun naasten verwachtingen en wensen hebben; bijvoorbeeld met betrekking tot de voorlichting of met betrekking tot de mogelijkheid van kiezen en meebeslissen.

Voor een deel zullen deze behoeften, verwachtingen en wensen betrekking hebben op specifieke stappen uit het stappenschema; voor een ander deel zullen zij een meer algemeen karakter hebben. Maar reeds bij het opbouwen en schetsen van dit beeld kan het stappen-schema worden gebruikt.

In bijlage I is dat bij wijze van voorbeeld met gebruikmaking van citaten uit bestaande literatuur gedaan.

2.2. Gezamenlijke beleidsvisie van participanten

De visie van participanten op uitgangspunten en eisen, die moeten worden gesteld aan een goed verlopend voortraject kunnen eveneens worden gesplitst in meer algemene eisen en eisen, die betrekking hebben op specifieke stappen uit het schema.

Deze visie behoort te worden onderschreven door alle participanten binnen het netwerk. Zij is als een gezamenlijk aanvaarde intentieverklaring, die als leidraad geldt bij de inrichting van het voortraject. Zij vormt het kader, waar de bestaande situatie kan eraan worden getoetst; en waaruit de gewenste situatie kan eruit worden afgeleid.

Voorstelbaar is, dat deze uitgangspunten en eisen te zijner tijd worden neergelegd in een protocol of richtlijn voor het voortraject. Zover is het echter nog niet.

In bijlage 2 zijn, wederom met gebruikmaking van bestaande literatuur, een aantal uitgangspunten en eisen weergegeven. De projecten kunnen deze overnemen, aanvullen of wijzigen.

2.3. Inzicht in de bestaande situatie

Het stappenschema geeft de mogelijkheid de bestaande situatie op systematische wijze te beschrijven, zodat het voortraject in een keer in zijn geheel kan worden overzien en een integrale benadering mogelijk wordt.

Daarbij dienen per stap steeds tenminste de volgende drie vragen te worden gesteld:

- op welke wijze wordt deze stap in de praktijk uitgevoerd?
- door wie gebeurt dat?
- en op welke wijze?

Voor elke stap afzonderlijk kunnen daarenboven specifieke vragen worden geformuleerd.

Men zie bijlage 3.

Uiteraard kunnen de netwerken aan de in de bijlage genoemde vragen andere toevoegen.

2.4. Knelpunten, verbeterpunten en mogelijke oplossingen.

In een aantal gevallen zullen knelpunten verbeterpunten al blijken uit de beschrijving van de bestaande situatie. Desalniettemin is het van belang voor een goede procesgang de beschrijving van de bestaande situatie en de beschrijving van knel- en verbeterpunten uit elkaar te halen.

De beschrijving van de bestaande situatie behelst immers een zo correct mogelijke weergave van een bestaande situatie. Bij de beschrijving van knelpunten en verbeterpunten gaat het om oordelen. Men kan daarover gemakkelijker van mening verschillen dan over de weergave van de bestaande situatie.

In deze paragraaf gaat het om opsporen van knel- en verbeterpunten, maar tevens om het aandragen van mogelijke oplossingen.

Nu zal dat niet altijd mogelijk zijn. Zo kan meer overleg of een nadere studie nodig zijn. In dat geval wordt de verbeteractie Overleg of studie.

Ook kan gaan om een vrij gecompliceerde kwestie, waarvoor een afzonderlijk verbeterplan nodig is. De verbeteractie wordt dan het opstellen van het verbeterplan.

2.5. Programma van verbeteracties

Verbeteracties omvatten als begrip zowel de verbeteringen die worden nagestreefd als de acties die daartoe worden ondernomen. Een voorbeeld moge dit verduidelijken.

Knelpunt is het ontbreken van voorlichtingsmateriaal voor patiënten over de verschillende mogelijkheden voor verblijf in de terminale fase. Een mogelijke oplossing is het ter beschikking stellen aan terminale patiënten van een voorlichtingsfolder.

Verbeteringen zijn dan het laten maken van een folder en het aan patiënten ter beschikking stellen van die folder bij de indicatieprocedure. Acties zijn dan het indicatieorgaan vragen of men bereid is daaraan mee te werken; een werkgroep een tekst voor een folder laten maken; financiën zoeken voor het drukken.

Van belang is bij elke actie aan te geven wie de actie onderneemt met wie en of de daarvoor benodigde middelen aanwezig zijn ca nog zullen worden gezocht.

Het zal geregeld voorkomen dat voor de oplossing van een probleem of knelpunt mensen of instanties van buiten het netwerk nodig zijn. Dit hoeft geen reden te vormen de voorgestelde oplossing niet als verbeteractie op te voeren. De actie wordt dan: in overleg treden met of uitnodigen om samen Bij de prioriteitstelling en de evaluatie kan dan worden gezien of verder gaan met die verbeteractie zinvol is.

Maar ook binnen het netwerk kan het voorkomen dat niet alle participanten bij een verbeteractie nodig zijn of dat een verbeteractie beter kan worden uitgevoerd door een of twee participanten. In de lijst van verbeteracties kan dat worden vermeld.

Ook kan het zijn dat het om een gecompliceerde aangelegenheid gaat en dat een afzonderlijk verbeterplan moet worden opgesteld. De actie wordt dan het laten opstellen van een verbeterplan.

Hoogstwaarschijnlijk zullen zich zoveel verbeteracties aandienen dat prioriteiten moeten worden gesteld. Criteria hierbij zijn in de eerste plaats het belang van de patient en daarnaast: haalbaarheid; urgentie; verhouding inspanning-opbrengst.

Het is van belang dat deze prioriteitstelling wordt vastgesteld door participanten in het netwerk gezamenlijk.

Het programma van verbeteracties zal regelmatig moeten worden bijgesteld. Alleen al de resultaten van de uitvoering van de verbeteracties en de evaluatie daarvan zullen daartoe aanleiding geven. Maar ook zullen zich nieuwe knelpunten en verbeterpunten aandienen, terwijl anderen zullen afvallen. En ook dit zal leiden tot wijziging van de lijst.

Proces van opstelling van het eerste programma

Een goed procesgang is bij het doorlopen van de in de vorige paragrafen beschreven werkzaamheden van groot belang.

Deze moet waarborgen dat alle bij het voortraject betrokken participanten ook daadwerkelijk betrokken wordt; zodat alle aanwezige kennis en inzichten worden gemobiliseerd, maar er ook een zo breed mogelijk draagvlak ontstaat voor realiseren van oplossingen. Ieder moet kunnen participeren en moet zich betrokken weten bij het proces.

Voorts moet de procesgang dusdanig zijn dat het inderdaad lukt een correcte beschrijving te geven van de bestaande situatie. Daarvoor zijn ook weer de participanten nodig. Zo zou bijvoorbeeld de netwerkcoördinator een rondgang kunnen maken langs participanten om in een gesprek de benodigde informatie te krijgen over de bestaande situatie. De netwerkcoördinator zou een en ander op papier kunnen zetten en dat vervolgens ter controle/aanvulling aan betrokkenen kunnen voorleggen.

Van belang is ook te zoeken naar oplossingen met win-win-situaties; oplossingen dus, waar ieder voordeel bij heeft. Zeker in het begin verdient deze strategie aanbeveling. Dit zou kunnen gebeuren in een werkgroep of een workshop, waarin alle participanten aanwezig zijn en op basis van een beschrijving van de bestaande situatie en een aanduiding van problemen en knelpunten al brainstormend oplossingen worden verkend. Het kan verstandig zijn in deze werkgroep ook mensen van buiten het netwerk uit te nodigen, bijvoorbeeld van het indicatieorgaan of de zorgverzekeraar.

Gelet op het feit, dat behoeften, problemen en mogelijkheden van patiënten uitgangspunt van het programma vormen is er alle reden patiënten- en consumentenorganisaties in ieder geval bij de opstelling van dat deel van het programma te betrekken. Dat kan op verschillende manieren gebeuren. Per netwerk zal moeten worden bekeken wat voor dat netwerk de beste aanpak is.

Het proces van opstelling van het eerste plan kan worden opgedeeld in een viertal fasen

Fase 1 Voorbereiding

- Rondgang van de netwerkcoördinator langs participanten om de bestaande situatie in beeld te brengen maar tevens om knelpunten en verbeterpunten te horen.
- De netwerkcoördinatoren stelt met behulp van dit en ander materiaal het begin van een document op.
- Bijeenkomst of werkgroep van participanten. Begonnen wordt met bespreking van het door de projectcoördinator opgestelde document. Dit wordt waar nodig gewijzigd, aangevuld, ingekort.

Fase 2 Analyse

- Vervolgens wordt in een bijeenkomst of in de werkgroep gebrainstormd over mogelijke oplossingen.
- De verschillende ideeën worden op papier gezet en in een volgende bijeenkomst/werkgroepvergadering wordt daaraan geschaafd, wordt een en ander nog eens tegen het licht gehad; op haalbaarheid getoetst. Tevens worden ideeën die na deze kritische lezing overblijven vertaald in verbeteracties. Er is dan eigenlijk al een vrij uitgewerkt concept-document ontstaan.

Fase 3 Verbeteracties

- Het programma van verbeteracties wordt voorbereid
- Gesproken wordt over de prioriteitsstelling en daarover worden voorstellen geformuleerd voor het netwerk als geheel.
- Het is van belang dat het programma van verbeteracties op netwerkniveau officieel wordt vastgesteld. De netwerkcoördinator en/of een werkgroep kan deze besluitvorming voorbereiden.
- Eventueel opstellen van afzonderlijke verbeterplannen

Fase 4 Uitvoering programma en evaluatie

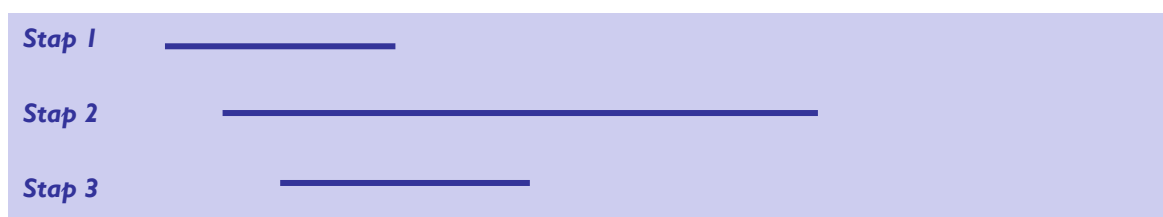
- De bedoeling is dat de pilot-projecten aan het einde van de proefperiode in deze fase zullen zijn aanbeland.

De netwerkcoördinator moet dit hele proces begeleiden. Is er een werkgroep dan is hij de aangewezen persoon om als secretaris daarvan op te treden.

Per netwerk zal een tijdsplanning moeten worden opgesteld. Dit kan in bilateraal overleg. Uiteindelijk dient deze tijdsplanning te worden verwerkt in het activiteitenprogramma van het netwerk

Het stappen-schema

Het stappenschema is opgesteld op basis van de huidige praktijk. De volgorde van de stappen in het schema is bepaald door praktijk en logica. Maar dat wil niet zeggen, dat deze volgorde ook altijd zo wordt aangehouden. Stappen kunnen eerder of later worden gezet; worden overgeslagen of –wat regelmatig zal gebeuren- tegelijkertijd plaats vinden. De situatie die ontstaat kan als volgt schematisch worden weergegeven



Ook kan het voorkomen dat zich plotseling veranderingen voordoen in de toestand van de patiënt, zodat stappen opnieuw moeten worden gezet.

Het huidige stappen-schema kent een vrij grove indeling. Nagenoeg elke stap uit het schema zal bestaan uit een aantal kleinere stappen

Het stappenschema mag geen keurslijf zijn. In wijzigingen nodig worden geoordeeld kunnen deze worden aangebracht in het overleg van netwerkcoördinatoren, zodat uniformiteit en onderlinge vergelijkbaarheid gewaarborgd blijven.

Stap: mededeling aan patiënt en diens naasten over terminaal zijn

Stap: informatie aan patiënt over ziekte, mogelijke behandelingen, gevolgen, alternatieven

Stap: informatie aan de patiënt over de verschillende mogelijkheden van zorgverlening en verblijf binnen

Stap: aanvragen indienen voor indicatie

Stap: beoordelen aanvraag door indicatie orgaan

Stap: beslissing over verzoek tot indicatie en mededeling beslissing

Stap: maken keuze

Stap: regeling financiering

Stap: (eventueel) aanvragen pp.

Stap: aanmelding bij instelling

Stap: intakegesprek

Stap: (eventueel) plaatsing op wachtlijst

Stap: opname in instelling/thuis

Tussenstap: in het voortraject kan de patiënt tussentijds verhuizen

Beeld (van problemen, wensen en verwachtingen van) terminale patiënten en hun naasten t.a.v. het voortraject

Een deel van de patiënten en naasten laat alles een beetje over zich heen komen en wacht af 'op wat komen gaat'. Vaal zijn dit de mensen die nauwelijks (lijken te) beseffen dat ze niet meer lang zullen leven en steeds zieker zullen worden. Zij hebben geen duidelijke behoefte aan informatie. *(Citaat uit NIVEL-behoefte-onderzoek)*

Anderen stellen zich actiever op en willen juist zoveel mogelijk informatie. Zij willen bijvoorbeeld van de specialist alles horen over eventuele behandelingen en de gevolgen hiervan, zodat zij gefundeerde keuzes kunnen maken. Ook willen zij alles weten over hun ziekte, hoe het beloop zal zijn, welke complicaties kunnen optreden en hoe het einde zal zijn. *(Citaat uit NIVEL-behoefte-onderzoek)*

Omdat patiënten en naasten zeker in de laatste fase veel indrukken en informatie over zich heen krijgen, is het soms moeilijk om dat allemaal te verwerken en een plaats te geven. Zij vergeten dan vragen te stellen of antwoorden dringen niet tot hen door. Vooral degenen die veel willen weten over de ziekte en behandeling, waarderen het daarom als zorgverleners niet alle informatie concentreren in een of twee gesprekken, maar hen tijdens het hele ziekteproces informeren en begeleiden. Sommige respondenten doen ook de suggestie om een verpleegkundige aanwezig te laten zijn bij de gesprekken met een behandelend arts, zodat deze alle informatie nog eens met hen kan doorspreken en eventueel 'vertalen'. *(Citaat uit NIVEL-behoefte-onderzoek)*

BIJLAGE II

In de visie van participanten van het netwerk te stellen uitgangspunten en eisen aan het voortraject

Het is in het belang van alle betrokken –patiënten en zorgverleners- dat het voortraject goed is opgezet en dit traject snel kan worden doorlopen *(Citaat uit tussenrapportage projectgroep)*

Daarbij dient –binnen de aanwezige mogelijkheden en de urgentie- zoveel mogelijk recht te worden gedaan aan de voorkeuren van de patiënt en diens naasten *(Citaat uit tussenrapportage projectgroep)*

Omdat in deze periode nog niet duidelijk is, waar de terminale patiënt uiteindelijk naar toe gaat en (nog) onder geen enkele instelling ‘valt’, behoren participanten in het netwerk gezamenlijk zorg te dragen voor een goed verloop van het voortraject *(Citaat uit tussenrapportage projectgroep)*

Vanuit het netwerk moeten afspraken worden gemaakt met het Regionaal Indicatieorgaan en het Zorgkantoor over de indicatie van en de zorgtoewijzing aan terminale patiënten. Deze afspraken kunnen in de gestructureerde procedure worden verwerkt. *(Citaat uit tussenrapportage projectgroep)*

Het aanreiken van informatie en aandachtspunten bij de te maken keuze aan de terminale patiënt en diens naasten, zal in deze procedure eveneens een plaats moeten innemen. *(Citaat uit tussenrapportage projectgroep)*

Ook zal een centrale plek moeten worden aangewezen, waar informatie kan worden ingewonnen over de op enig moment beschikbare hospiceplaatsen. Is er binnen het netwerk maar één hospicevoorziening aanwezig, dan is die centrale plek snel gevonden. In andere gevallen zullen daarover tussen de hospicevoorzieningen afspraken moeten worden gemaakt. *(Citaat uit tussenrapportage projectgroep)*

BIJLAGE III

Beschrijving bestaande situatie

Stap:

Wat gebeurt er precies?

Hoe wordt dat gedaan?

Door wie?

Met wie samen?

Wanneer?

Eventuele andere vragen

BIJLAGE IV

Knelpunten, verbeterpunten en mogelijke oplossingen

Stap:

Knelpunten en verbeterpunten

Mogelijke oorzaken

Mogelijke oplossingen

BIJLAGE V

Programma van verbeteracties

Stap.....

Gewenste verbeteringen?

Te ondernemen acties?

Door wie en met wie?

Middelen benodigd en beschikbaar?

Tijdstip van uitvoering?