

dossier

Implementatie kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen kunnen helpen de zorgkwaliteit te verbeteren. Maar hoe worden deze kwaliteitsstandaarden succesvol geïmplementeerd? In dit dossier: resultaten van de WINK V&V-studie.

An illustration of a person in a white uniform running on a red track. In the foreground, there are two large stacks of colorful books (red, blue, pink) that act as hurdles. A white beam with black segments is positioned above the runner. The background is a clear blue sky.

Inhoud

Betere zorg

Implementeren en de-implementeren

Complexiteit

Factoren die gebruik richtlijnen beïnvloeden

Stakeholders

Inspirerende voorbeelden ondersteuning

Praktijkvertaling

'Beter doen' en 'beter laten'

Kansen benutten

Aanbevelingen op maat

BETERE ZORG MET RICHTLIJNEN

door

ERWIN ISTA
MONIQUE VAN DIJK
DENISE SPOON

werkzaam in het Erasmus MC

MAUD HEINEN
ANITA HUIS
CARILINE ROOSEN
ANNELIES WASSENAAR
ANKE PERSOON
HESTER VERMEULEN

werkzaam in het Radboudumc

LETI VAN BODEGOM-VOS
TESSA RIETBERGEN

werkzaam in het LUMC

Effectieve implementatie
van richtlijnen:
een onderzoek
naar strategieën
en beïnvloedende
factoren.

REFERENTIES

1. Zorginstituut Nederland. Toetsingskader kwaliteitsstandaarden informatiestandaarden en meetinstrumenten 2015.

2. Wensing M & Grol R. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 7th ed. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2017.

3. Flottorp SA, e.a. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci.* 2013;8:35.

4. Prior M, e.a. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies—a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract.* 2008;14:888-97.

VERPLEEGKUNDIGEN, VERZORGENDEN en verpleegkundig specialisten (V&V) hebben middelen om kwalitatief hoogstaande verpleegkundige zorg te leveren, zoals zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen. Deze vormen het uitgangspunt van het verpleegkundig en medisch handelen en helpen in de keuze voor de juiste evidence based-zorg. 'Kwaliteitsstandaarden' is het overkoepende begrip voor richtlijnen, zorgstandaarden en protocollen.¹

Een richtlijn kan gezien worden als een set aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de verpleegkundige zorg, zoals bij pijn. De focus van een richtlijn ligt op een inhoudelijke beschrijving van zorg. De aanbevelingen kunnen betrekking hebben op zowel toepassen van handelingen - 'beter doen' - als stoppen van onnodige handelingen: 'beter laten'. Richtlijnen hebben een steeds belangrijkere plek in het handelen van (para)medici en V&V. Implementeren, oftewel structureel invoeren van de aanbevelingen uit richtlijnen in de klinische praktijk, is een uitdaging. Twee fasen kunnen worden onderscheiden. De eerste: disseminatie (verspreiding) van de richtlijn binnen de beroepsgroep, instellingen en organisaties. De tweede: daadwerkelijke implementatie van aanbevelingen in de praktijk van V&V, wat ertoe leidt dat de best mogelijke (doelmatige, veilige en effectieve) zorg wordt verleend. De kwaliteitsverbetering die met richtlijnimplementatie wordt beoogd, kan worden gemeten met kwaliteitsindicatoren en 'verpleegsensitieve' uitkomstindicatoren, zoals infectie, pijn en delier. Disseminatie van richtlijnen is noodzakelijk, maar onvoldoende voor het daadwerkelijk toepassen in de praktijk.² Succesvolle implementatie vereist dat belemmerende en bevorderende (beïnvloedende) factoren in het werken met

richtlijnen vroegtijdig worden herkend en opgelost. Hierin kunnen zeven domeinen worden onderscheiden: (1) de richtlijn zelf (bijvoorbeeld geloofwaardigheid), (2) de individuele professional (bijvoorbeeld kennisniveau), (3) de patiënt (bijvoorbeeld niet-toepasbaarheid voor bepaalde subgroepen), (4) interacties tussen professionals, (5) financiële incentives en beschikbare middelen, (6) het vermogen tot organisatorische veranderingen en (7) de sociale, politieke en wettelijke context.³ De laatste drie domeinen dienen ruimer te worden geïnterpreteerd en overstijgen de individuele instelling: stakeholders van beroepsvereniging V&VN, NVZ, NFU, GGZ-koepel, ActiZ en kennisinstituten. We weten echter onvoldoende welke factoren voor V&V van invloed zijn op de implementatie van richtlijnen en welke rol stakeholders hierin kunnen spelen.

Implementatie

Het implementeren van 'beter doen'- of 'beter laten'-aanbevelingen zonder gerichte implementatieactiviteiten die inspelen op belemmerende en bevorderende factoren voor het werken met de betreffende richtlijn, maakt de kans op toepassing en borging op langere termijn nihil. In onderzoek naar effectieve implementatie van medische richtlijnen blijken interactieve scholing, klinische herinneringssystemen en samengestelde implementatiestrategieën effectief te zijn.⁴ De vraag is: geldt dit ook voor (de)implementatie van aanbevelingen uit V&V-richtlijnen? Samenvattend: de kennis over beïnvloedende factoren en strategieën om richtlijnen effectief te (de)implementeren, is beperkt. Met de studie 'WINK V&V' (Wat is nodig voor Implementatie van Kwaliteitsstandaarden Verpleging & Verzorging) hebben we gezocht naar antwoorden. Het doel: inzicht verkrijgen in hoe richtlijnen effectief kunnen worden ge(de)implementeerd. 

INVLOEDEN OP GEBRUIK RICHTLIJNEN

door
CARILINE ROOSEN

junior onderzoeker, IQ healthcare en
endoscopieverpleegkundige Endoscopie
Centrum, Radboudumc

ANITA HUIS

senior onderzoeker Verplegingswetenschap,
IQ healthcare, Radboudumc

ANKE PERSOON

coördinator en programmaleider
Verpleegkundigen en Verzorgenden,
Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc

ANNELIES WASSENAAR

wetenschappelijk onderzoeker,
Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc

MAUD HEINEN

senior onderzoeker Verplegingswetenschap,
IQ healthcare, Radboudumc

Verpleegkundigen
en verpleegkundig
specialisten gebruiken
richtlijnen nog
onvoldoende in de
dagelijkse praktijk.
Een onderzoek naar
factoren die invloed
hebben op de
toepassing ervan.

WELKE FACTOREN BEÏNVLOEDEN de implementatie van richtlijnen in de zorgpraktijk door verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten? En welke (hulp)middelen gebruiken zij om op de hoogte te blijven van actuele ontwikkelingen op het gebied van richtlijnen? De projectgroep van de afdeling IQ healthcare van het Radboudumc heeft hier onderzoek naar gedaan.

Methoden

Om een antwoord te krijgen op deze twee vragen ontwikkelden de onderzoekers een digitale vragenlijst die verspreid werd onder de leden van beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en hielden zij twee focusgroepbijeenkomsten met verpleegkundigen.

Digitale vragenlijst

De vragenlijst is ontwikkeld op basis van een internationaal raamwerk waarmee beïnvloedende factoren bij implementatie geïdentificeerd kunnen worden.¹ De projectgroep heeft dit raamwerk vertaald naar de Nederlandse situatie en een conceptvragenlijst ontwikkeld. Na het testen bij vijf verpleegkundigen en doorvoering van kleine aanpassingen bestond de uiteindelijke vragenlijst uit vier onderdelen: (1) kenmerken van de verpleegkundige zorgverlener, (2) welke richtlijnen worden gekend en gebruikt, (3) wat zijn ervaren beïnvloedende factoren bij het toepassen van richtlijnen in de dagelijkse zorgpraktijk en (4) welke hulpmiddelen en websites worden gebruikt om op de hoogte te blijven op het gebied van richtlijnen? De digitale vragenlijst werd verspreid na een steekproef onder



Foto: Paul Lagro

TABEL 1 BEÏNVLOEDENDE FACTOREN GEBRUIK RICHTLIJNEN IN DE PRAKTIJK

1. Richtlijnfactoren
De mate waarin: • richtlijnen aansluiten bij de dagelijkse praktijk, patiëntengroep en zorgsector; • overeenstemming bestaat met lokale protocollen; • aanbevelingen praktisch, helder en bondig zijn; • richtlijnen overeenkomen met actuele wetenschappelijke inzichten; • richtlijnen te combineren zijn; • vertrouwen bestaat in de aanbevelingen; • richtlijnen indruisen tegen praktijkervaringen.
2. Individuele factoren
De mate waarin zorgverleners: • willen veranderen; • zich bewust zijn en kennis hebben van richtlijnen; • actief scholing volgen; • proactief zoeken naar richtlijnen; • tijd vrijmaken om richtlijnen te lezen en te bespreken met collega's; • ervaring hebben met ontwikkeling van richtlijnen.
3. Patiëntfactoren
De mate waarin: • richtlijnen aansluiten bij complexe individuele patiëntproblematiek; • richtlijnen overeenkomen met wensen en behoeften van patiënten; • mondigheid van patiënten navolging van de richtlijn beïnvloedt; • de patiënt kennis heeft van de richtlijn; • de cognitieve status van de patiënt gebruik van de richtlijn beïnvloedt.
4. Interactie tussen professionals
De mate waarin: • collega's het gebruik van richtlijnen met elkaar bespreken; • collega's elkaar aanspreken op het gebruik van richtlijnen (feedback); • collega's zijn geschoold (opleidingsniveaus); • andere zorgverleners (artsen) richtlijngebruik beïnvloeden; • er sprake is van rolmodellen.
5. Verandervermogen van de organisatie
De mate waarin: • een duidelijke structuur aanwezig is om richtlijnen te integreren in lokale protocollen; • teams worden ondersteund bij implementatie van richtlijnen (kwaliteitsfunctionaris); • management gebruik van richtlijnen prioriteert; • er sprake is van werkdruk of onderbezetting; • draagvlak bestaat binnen het team voor invoering van nieuwe richtlijnen; • taken helder zijn verdeeld; • verantwoordelijkheid voor implementatie en updaten van protocollen is belegd; • zzp'ers worden ingezet; • scholing voor zorgverleners mogelijk wordt gemaakt.
6. Middelen en incentives
De mate waarin: • er een systeem is waar richtlijnen makkelijk in terug te vinden zijn; • er voldoende tijd en financiële middelen zijn voor scholing en implementatie; • benodigde materialen aanwezig zijn voor toepassing van de richtlijn; • ondersteunende middelen beschikbaar zijn, zoals e-learningen, checklists, apps, vaardighedenonderwijs, automatische alerts bij updates en nieuwsbrieven.
7. Politieke, sociale en maatschappelijke factoren
• Declarabele uren voor kwaliteitsverbetering. • Bezuinigingen in de voorgaande jaren hebben ertoe geleid dat verpleegkundigen er steeds meer taken hebben bijgekregen. • Centrale regie voor landelijke richtlijnontwikkeling (gewenst). • Integratie richtlijnen in het verpleegkundeonderwijs (gewenst).

nemers gestuurd. Bij de eerste bijeenkomst was dit de richtlijn 'Neus-Maag Sonde' (NMS),² bij de tweede de richtlijn 'Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging'.³ De bijeenkomsten werden voorgezeten door een onafhankelijke gespreksleider, die een vooraf opgestelde themalist gebruikte. Deze lijst bestond uit een introductie, gevolgd door vijf vragen: (1) hoe wordt in het team met richtlijnen gewerkt, (2) vindt je team het werken met richtlijnen belangrijk, (3) op welke manier uit zich dat, 4) wat is nodig om in de dagelijkse praktijk met richtlijnen te kunnen werken en 5) welke hulpmiddelen worden gebruikt om richtlijngebruik te stimuleren? Met toestemming van de deelnemers werd een geluidsopname van het gesprek gemaakt. De opnames werden uitgeschreven en vervolgens gecodeerd en geanalyseerd door twee onderzoekers.

Resultaten

De respons op de digitale vragenlijst was 11 procent; van de duizend verzonden digitale vragenlijsten zijn er 109 ingevuld teruggestuurd. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 48 jaar (20-65) en zij werkten gemiddeld 29 uur (6-42) per week in de zorg. Ruim een kwart werkte in een (academisch) ziekenhuis (28 procent) of de wijkverpleging (27 procent). De andere deelnemers waren werkzaam in de GGZ (14 procent), intramurale ouderenzorg (12 procent) en overige settingen, zoals huisartsenpraktijk, GGD en revalidatie (14 procent).

Aan de focusgroeptbijeenkomsten namen tien verpleegkundigen deel. Vier verpleegkundigen uit een UMC woonden de eerste bijeenkomst bij en zes wijkverpleegkundigen de tweede.

Tabel 1 geeft een overzicht van de genoemde beïnvloedende factoren gebaseerd op de resultaten van de digitale vragenlijst en de focusgroeptbijeenkomsten. De factoren zijn geordend in de zeven domeinen van het raamwerk: (1) de richtlijn zelf, (2) de individuele zorgverlener, (3) de patiënt/cliënt, (4) interactie tussen zorgverleners, (5) veranderend vermogen van de organisatie, (6) benodigde middelen en incentives en (7) politieke, sociale en maatschappelijke factoren.¹

V&VN-leden. Om tot een goede afspiegeling van de doelgroep te komen, is hierbij een verdeling aangehouden van 250 verzorgenden, 250 verpleegkundig specialisten en 500 verpleegkundigen.

Focusgroepen

Bij de focusgroeptbijeenkomsten werd steeds een richtlijn gebruikt als kapstok voor het gesprek. Voorafgaand aan het gesprek werd de richtlijn aan de deel-



Foto: Eric Scholten

Tabel 1 laat zien welke factoren het gebruik van richtlijnen in de dagelijkse praktijk beïnvloeden. Met betrekking tot de *richtlijnfactoren* werd aangegeven dat richtlijnen vaak niet goed aansluiten op het werkveld en specifieke patiëntengroepen. Hoe landelijke richtlijnen zich verhouden tot lokale protocollen, is vaak niet duidelijk; richtlijnen worden gezien als onoverzichtelijk en omvangrijk. Het

'Het is soms een moeizaam proces om collega's te overtuigen'

wordt als lastig ervaren wanneer richtlijnen indruisen tegen de eigen praktijkervaring.

Wat betreft de *individuele factoren* gaven deelnemers aan dat veranderingen vaak weerstand oproepen, maar ook dat zijzelf en collega's zich te weinig verdiepen in het gebruik van richtlijnen. De noodzaak hiertoe wordt vaak niet gevoeld, zodat vervolgstappen niet worden gezet, zoals het vrijmaken van tijd voor richtlijnen.

Patiëntfactoren spelen een belangrijke rol in het gebruik van richtlijnen. Persoonlijke omstandigheden van patiënten zijn echter vaak heel specifiek; problematiek van patiënten past dikwijls niet in één

hokje. Aanbevelingen van richtlijnen sluiten niet altijd aan bij de wensen en behoeften van de patiënt; ook kunnen cognitieve factoren hierin een belemmerende rol spelen.

Bij het *verandervermogen van de organisatie* werd genoemd dat de organisatie prioriteiten stelt in waar de aandacht naartoe gaat. Daarnaast is er niet altijd de juiste kennis en mankracht om op de hoogte te kunnen blijven van nieuwe richtlijnen en deze te kunnen integreren in het werkproces. Ook werden onduidelijkheid over verantwoordelijkheden, onderbezetting en het werken met invalkrachten genoemd als belemmerende factoren.

Over de *interactie tussen professionals* werd aangegeven dat weinig over richtlijnen gesproken wordt in de dagelijkse praktijk en dat het soms een moeizaam proces is om collega's te overtuigen. Daarnaast werd samenwerking met artsen genoemd als een belemmerende factor.

Wat betreft *middelen en incentives* werd aangegeven dat er weinig tijd, geld en middelen beschikbaar zijn voor scholing en training. Verder zijn richtlijnen niet makkelijk te vinden. Ook het ontbreken van de benodigde materialen voor de uitvoering bemoeilijkt het werken volgens richtlijnen. E-learnings, checklists en apps kunnen het gebruik ondersteunen.

In het domein *politieke, sociale en maatschappelijke factoren* werd genoemd dat

de zorg steeds meer wordt bekeken vanuit economisch oogpunt en dat indirecte tijd voor het up-to-date blijven en integreren van richtlijnen in de dagelijkse praktijk niet declareerbaar is. Centrale regie op richtlijnontwikkeling en het beter integreren van richtlijngebruik in het onderwijs werden als wenselijk gezien.

Discussie en conclusie

Het onderzoek laat zien dat veel factoren het gebruik van richtlijnen in de dagelijkse praktijk beïnvloeden. Een kanttekening bij het onderzoek is de lage respons op de digitale vragenlijst, waardoor deze resultaten minder goed te generaliseren zijn naar de hele doelgroep. De focusgroepen bevestigden echter de bevindingen die de digitale vragenlijst opleverde; bovendien kon hier dieper worden doorgevraagd naar beïnvloedende factoren. De resultaten van beide methoden geven een helder en herkenbaar beeld van de complexiteit van het gebruik van richtlijnen in de dagelijkse praktijk. De indeling in domeinen helpt om zicht te krijgen op de veelheid van beïnvloedende factoren en geeft richting aan het kiezen van passende implementatiestrategieën. ●

REFERENTIES

1. Flottorp, SA ea. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science*. 2013; 8:35.
2. Landelijke multidisciplinaire richtlijn Neus-maagsonde, V&VN, herziene versie april 2017.
3. Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging, 2011.

INSPIRERENDE VOORBEELDEN ROL STAKEHOLDERS

door

ANNELIES WASSENAAR

wetenschappelijk onderzoeker
Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc

MAUD HEINEN

senior onderzoeker Verplegingswetenschap,
IQ healthcare, Radboudumc

CARILINE ROOSEN

junior onderzoeker IQ healthcare en
endoscopieverpleegkundige Endoscopie
Centrum, Radboudumc

MARIAN ADRIAANSEN

lector Innovatie in de Care, Hogeschool
Arnhem en Nijmegen

ANKE PERSOON

coördinator en programmeur
Verpleegkundigen en Verzorgenden,
Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc

Stakeholders kunnen een ondersteunende rol spelen bij het gebruik van richtlijnen door verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten.

VAN VERPLEEGKUNDIGEN, verzorgenden en verpleegkundig specialisten (V&V) wordt verwacht dat zij evidence based werken met behulp van kwaliteitsstandaarden, zoals richtlijnen. V&V zijn zelf verantwoordelijk voor het toepassen van richtlijnen in hun dagelijkse praktijk. Diverse *stakeholders* kunnen hierbij een rol spelen door het gebruik van richtlijnen door V&V te ondersteunen. Maar het is onbekend welke rol zij bekleden en welke activiteiten zij inzetten ten behoeve van het implementeren van richtlijnen.

Rol en activiteiten

Werken volgens richtlijnen door V&V in de dagelijkse praktijk vraagt om een succesvolle implementatie. Of de implementatie van een richtlijn inderdaad succesvol verloopt, is afhankelijk van vele factoren. Deze kunnen worden ingedeeld in domeinen, waaronder de rol van organisaties zoals sociale, politieke en wettelijke organen, ook wel de externe *stakeholders* genoemd.¹ Belangrijke stakeholdergroepen in het kader van verpleegkundige zorg zijn: V&VN-afdelingen, -platforms en -vakgroepen, werkgeversorganisaties, kennisinstituten, nationale medische, paramedische en verpleegkundige beroepsorganisaties en internationale verpleegkundige beroepsorganisaties. Maar welke rol hebben deze stakeholders in de implementatie van richtlijnen voor V&V en welke activiteiten zetten zij hierbij in? Om inspirerende voorbeelden zichtbaar te maken, hebben we per stakeholdergroep gezocht naar een zogenaamde *good practice-stakeholder*.

Deze stakeholder kan innovatieve, duurzame en/of goed onderbouwde implementatieactiviteiten inzetten.

Methode

De stakeholders werd gevraagd een digitale vragenlijst in te vullen op basis van de door hen ingezette implementatieactiviteiten van een specifieke richtlijn. Daarbij gaat het om een pakket aan samenhangende activiteiten gericht op de invoering van één richtlijn in de praktijk.² De vragenlijst is gebaseerd op de theorie van *good practice*.³⁻⁷ Om per stakeholdergroep een *good practice* vast te stellen op basis van de ingevulde vragenlijsten, zijn panelbijeenkomsten gehouden. Deze bestonden uit vier panelleden in wisselende samenstelling: onderzoekers, projectleiders, een hoogleraar verplegingswetenschap en vertegenwoordigers van V&VN. Hierbij zijn de implementatieactiviteiten van de stakeholders beoordeeld op de verschillende items van *good practice*, namelijk de mate van:

- het bereiken van de beoogde doelgroep (*bereik*);
- theoretische onderbouwing (*methodologie*);
- het bereiken van de gewenste uitkomst (*effectiviteit*);
- praktische bruikbaarheid (*haalbaarheid*);
- het behouden van de implementatie over langere tijd (*duurzaamheid*);
- mogelijke toepassing in een andere context (*overdraagbaarheid*).

Het overzicht van de ingezette implementatieactiviteiten is ingedeeld volgens

de fases van een veranderingsproces, zoals: oriëntatie en verspreiding, kennis

en houding, en (behoud van) verandering (zie tabel 1).^{2,7,8}

TABEL 1 VOORBEELDEN VAN INGEZETTE IMPLEMENTATIEACTIVITEITEN DOOR STAKEHOLDERS

VOORBEELDEN VAN IMPLEMENTATIEACTIVITEITEN UIT DE VRAGENLIJST	Totale aantal stakeholders dat de activiteit heeft ingezet
Activiteiten gericht op oriëntatie en verspreiding	
Webpagina Voorbeelden <i>good practice</i> : www.richtlijnenjeugdhulp.nl www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Implementatie	13
Sociale media, zoals Twitter, LinkedIn, Facebook et cetera Voorbeelden <i>good practice</i> : https://twitter.com/fractiejeugd https://twitter.com/richtlijnjeugd	11
Flyers, folder, brochure	4
Nieuwsbrief	12
Artikel in vakblad of publiekstijschrift	13
Toesturen van de richtlijn via e-mail	9
Conferentie, congres, symposium, lezing	13
Scholingsbijeenkomsten, zoals presentaties of workshops	11
Persoonlijke benadering van en uitleg aan professionals	5
Activiteiten gericht op kennis en houding	
Vertaling van de centrale boodschap van de richtlijn naar de dagelijkse praktijk	11
Informatie- en instructiemateriaal (in gedrukte vorm, ter naslag)	6
Zelfstudie en/of toetsing door middel van e-learning (via internet of app) Voorbeelden <i>good practice</i> : www.ncj.nl/actueel/nieuws/artikel/ncj-lanceert-app-voor-raadplegen-jgz-richtlijnen www.kngf-elearning.nl/e-learningmodules/richtlijn/t/reumatoide_artritis_5	3
Intercollegiale toetsing en feedback	4
Zorgen voor inspraak van individuele professionals en bevorderen van draagvlak	6
Personen of organisaties inzetten met de verwachting dat ze een positieve invloed hebben op de houding van collega's ('kampioen', opinieleider, rolmodel)	2
Activiteiten gericht op (behoud van) verandering	
Communicatie met de bij de organisatie betrokken individuen en andere organisaties, waaronder burgers/patiënten	5
Informatiemateriaal voor burgers/patiënten	7
Intercollegiaal contact/intervisie	3
Gerichte vaardigheidstraining en coachen op maat	2
Helpdesk (voor veelgestelde vragen) inrichten	4
Inzet ondersteunende materialen: handboek, handleidingen et cetera	6
Terugkoppeling op basis van registratie/metingen, feedback en reminders	1
Zorgen voor voldoende middelen (financieel en materiaal)	3
Betrokkenheid en steun van management	1
Verandering in teams (in structuur of functioneren)	1
Richtlijn onderdeel maken van (organisatie)beleid	5
Beïnvloeding van de maatschappelijke agenda (activiteiten om thema's hoger op de agenda van maatschappij, beleidsmakers en politiek te krijgen)	5

Resultaten

Van de 70 uitgenodigde stakeholders hebben er 35 een vragenlijst ingevuld. Hiervan hebben 26 de vragenlijst volledig afgerond. De belangrijkste reden om als stakeholder niet deel te nemen, was dat de stakeholder geen rol voor zichzelf zag in de implementatie van richtlijnen.

V&VN-afdelingen, -platforms en -vakgroepen

De V&VN-vakgroep Jeugdverpleegkundigen blijkt de *good practice* te zijn binnen de stakeholdersgroep V&VN-afdelingen, -platforms en -vakgroepen. Deze vakgroep scoorde in vergelijking met de andere V&VN-afdelingen vooral hoger op de theoretische onderbouwing en praktische bruikbaarheid van de ingezette implementatieactiviteiten. De vakgroep is betrokken bij richtlijnontwikkeling; ze levert deelnemers voor de knelpuntanalyses en de landelijke werkgroepen die richtlijnen ontwikkelen. Hierbij wordt gewerkt met behulp van een implementatieplan, onderbouwd door theorie van TNO. De V&VN-vakgroep Jeugdverpleegkundigen heeft twee afgevaardigden in de Richtlijn Advies- en Autorisatie Commissie (RAC), van waaruit het geheel wordt gecoördineerd. Daarnaast heeft elke jeugdzorgorganisatie een implementatiecoördinator. Deze coördinatoren krijgen van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) en de RAC tools om in hun organisatie te implementeren en wisselen ervaringen uit om van elkaar te leren. De ingezette implementatieactiviteiten zijn vernieuwend en innovatief, er is bijvoorbeeld een richtlijnen-app ontwikkeld en een twitteraccount aanwezig. In tabel 1 staan voorbeelden vermeld. Omdat de vakgroep Jeugdverpleegkundigen inzicht heeft in bevorderende en belemmerende factoren en haar implementatieactiviteiten goed beschreven zijn, zouden andere stakeholders er gebruik van kunnen maken. Dankzij het samenwerkingsverband met bijvoorbeeld jeugdartsen en het NCJ kan deze vakgroep al deze ondersteunende activiteiten realiseren.

Werkgeversorganisaties

Op basis van de beschikbare gegevens was het niet mogelijk een *good practice*

te benoemen onder de werkgeversorganisaties. De werkgeversorganisaties bleken zich niet rechtstreeks bezig te houden met implementatie van richtlijnen. Ze zijn alleen indirect betrokken, bijvoorbeeld op landelijk niveau, of ze laten dit over aan hun leden, de ziekenhuizen zelf.

Kennisinstituten

De *good practice* van de kennisinstituten, het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), scoort hoger dan de andere deelnemers. Vooral op het bereiken van de gewenste uitkomst en het evalueren van de inge-

'Stakeholders kunnen zorgen voor 'implementatiewinst' door zich te laten inspireren door een *good practice*'

zette implementatieactiviteiten scoort het NJi hoog. Het NJi denkt vooraf na over welke resultaten het wil bereiken en meet de omvang ervan. Dit gebeurt bijvoorbeeld door onder professionals in de jeugdzorg een peiling te houden over de verspreiding van en hun bekendheid met de richtlijn. Ook geeft het NJi een uitgebreide theoretische onderbouwing van zijn implementatieactiviteiten. Hiervoor zijn producten beschikbaar, zoals websites met tools, rapporten en verslagen (zie tabel 1).

Nationale medische, paramedische en verpleegkundige beroepsverenigingen

De *good practice*, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), scoorde hoger op het bereiken van de gewenste uitkomsten dan de andere deelnemende beroepsverenigingen. Daarnaast had het KNGF aandacht voor de-implementatie, door in richtlij-

nen actief interventies af te raden die niet op evidence based medicine-wijze onderbouwd kunnen worden. Een voorbeeld hiervan is massage bij reumatoïde artritis. Verder heeft het KNGF onder andere e-learningmodules ontwikkeld en beschikbaar gesteld ter ondersteuning van de richtlijnimplementatie (zie tabel 1).

Internationale verpleegkundige beroepsorganisaties

Op basis van de beschikbare gegevens was het niet mogelijk een *good practice* te benoemen binnen deze stakeholdersgroep. Het bleek dat deze internationale verpleegkundige beroepsorganisaties geen rol spelen in de implementatie van richtlijnen. Naar aanleiding van een voorbeeld van een van de stakeholders zouden (internationale) verpleegkundige beroepsorganisaties een rol kunnen bekleden in het faciliteren van de implementatie van richtlijnen over diensten, leiderschap en personeelsbezetting.

Elkaar inspireren

Uit dit onderzoek blijkt dat de mate waarin stakeholders een rol hebben in richtlijnimplementatie en daarmee in het ondersteunen van V&V bij het gebruik van richtlijnen, sterk varieert. We hebben in drie van de vijf relevante stakeholdergroepen een *good practice* kunnen vaststellen en daarmee inspirerende voorbeelden zichtbaar gemaakt. Opvallend was dat een aanzienlijk deel van de stakeholders, waaronder ook V&VN-afdelingen, slechts een kleine of helemaal geen rol heeft in richtlijnimplementatie. Dit is opmerkelijk gezien de missie van V&VN: haar doelgroepen in staat stellen hun beroep professioneel uit te oefenen. Stakeholders kunnen zorgen voor 'implementatiewinst' door zich te laten inspireren door de voorbeelden van de *good practices* en hun rol te vergroten. Van de activiteiten die al ingezet worden door stakeholders, zijn de meeste gericht op oriëntatie en verspreiding. Inzetten op kennis en houding en (behoud van) verandering is echter minstens zo belangrijk om samen met V&V te komen tot succesvolle richtlijnimplementatie in de verpleegkundige zorg. ●

REFERENTIES

1. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, e.a. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation science* : IS. 2013;8:35.
2. Plas M, Fleuren M, Friele R, e.a. Begrippenkader voor het 'wat' en het 'waarom' bij implementatie van vernieuwingen in patiëntenzorg en preventie. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. 2007;85:160.
3. Spencer LM, Schooley MW, Anderson LA, e.a. Seeking best practices: a conceptual framework for planning and improving evidence-based practices. *Preventing chronic disease*. 2013;10:E207.
4. Pel R, Redeker I, Hanningt R, e.a. Een inventarisatie van Best Practices in de intramurale ouderenzorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en langdurende GGZ. Utrecht: Vilans; Trimbo; 2011.
5. Ng E & de Colombani P. Framework for Selecting Best Practices in Public Health: A Systematic Literature Review. *Journal of public health research*. 2015;4:577.
6. Hilbink M, Ouwens M & Kool K. De HARING tools, Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. Nijmegen: IQ healthcare, Radboudumc; 2013.
7. Grol R & Wensing M. Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business; 2011.
8. Aarons GA, Hurlburt M & Horwitz SM. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and policy in mental health*. 2011;38:4-23.

PRAKTIJKVERTALING 'BETER DOEN' EN 'BETER LATEN'

door
DENISE SPOON

junior onderzoeker, afdeling Interne
geneeskunde, verplegingswetenschap,
Erasmus MC

TESSA RIETBERGEN

junior onderzoeker, afdeling medische
besliskunde, LUMC

LETI VAN BODEGOM-VOS

senior onderzoeker, afdeling medische
besliskunde, LUMC

ERWIN ISTA

senior onderzoeker

Educatie is de
meest gebruikte
implementatieactiviteit,
maar leidt niet
automatisch tot
effectieve
(de)implementatie
van 'beter-doen'- of
'beter-laten'-
handelingen door
verpleegkundigen en
verzorgenden.

IN DE LAATSTE JAREN IS STEEDS meer aandacht ontstaan voor het verminderen van onnodige zorg die bewezen ineffectief is of die risico's zou kunnen hebben voor de patiënt. Dit is de zorg die we niet meer zouden moeten leveren, de zogenaamde 'beter-laten'-zorg. Daarnaast is aandacht nodig voor 'beter-doen'-handelingen die wel verspreid worden, maar niet altijd worden toegepast in de praktijk. Op dit moment is nog weinig bekend over de activiteiten die worden gebruikt voor het succesvol (de)implementeren van beter-doen- en beter-laten-handelingen vanuit richtlijnen voor verpleegkundigen en verzorgenden (V&V) in de praktijk. Dit geldt ook voor de effectiviteit van deze activiteiten.

Doel

Twee afzonderlijke systematische literatuuronderzoeken zijn uitgevoerd om inzicht te krijgen in welke (effectieve) activiteiten worden gebruikt bij de implementatie van verpleegkundige beter-doen- en beter-laten-handelingen.

Methode

In deze onderzoeken is gekeken naar welke activiteiten werden ingezet voor beter-doen- en beter-laten-handelingen. Daarnaast hebben we het effect van de ingezette implementatieactiviteiten in kaart gebracht. Hiervoor werd tot en met augustus 2019 systematisch gezocht in gezondheidswetenschappelijke databanken, onder andere PubMed en Embase. Alle artikelen werden door twee auteurs onafhankelijk van elkaar geselecteerd, beoordeeld en samengevat.

Het doel hiervan was de betrouwbaarheid van de gevonden resultaten te vergroten.

Resultaten

We hebben 53 artikelen gevonden die activiteiten beschrijven om in te zetten voor het in de praktijk brengen van beter-doen-handelingen (richtlijnen) en 27 artikelen voor beter-laten-handelingen. Hieronder worden de resultaten van de beter-doen- en beter-laten-onderzoeken beschreven. In de daaropvolgende discussie gaan we in op de verschillen en overeenkomsten die werden gevonden tussen de systematische literatuuronderzoeken naar implementatie en de-implementatie.

Beter doen

De meeste activiteiten om beter-doen-handelingen in de praktijk te brengen zoals beschreven in de 53 gevonden artikelen, vonden plaats in het ziekenhuis (64 procent) en het verpleeghuis (21 procent). De overige werden toegepast in huisartsenpraktijken, de thuiszorg of revalidatie-instellingen.

Over het algemeen werden de activiteiten gericht op verpleegkundigen (87 procent). Vaak werd niet beschreven, of het ging om gespecialiseerde of niet-gespecialiseerde verpleegkundigen. De overige activiteiten werden gericht op verzorgenden (2 procent) en verpleegkundig specialisten (4 procent) of het gehele zorgteam (8 procent).

De meeste beter-doen-handelingen waren gericht op huidzorg (17 procent) en infectiezorg (15 procent). Bij huidzorg werden voornamelijk richtlijnen

gevonden over decubituspreventie of -zorg. Bij infectiezorg ging het bijvoorbeeld om richtlijnen voor het voorkomen van flebitis bij infusie, urineweg-infecties bij kathetergebruik en longontstekingen bij beademde patiënten. Een aantal studies beschreef de implementatie van verschillende richtlijnen tegelijkertijd.

Ingezette implementatieactiviteiten

Het merendeel van de studies gebruikte zes verschillende activiteiten tegelijk om de beter-doen-handelingen in de praktijk te brengen. De meest gebruikte activiteit was gericht op educatie: alle studies - één uitgezonderd - maakten gebruik van een soort educatieactiviteit. Verschillende activiteiten vallen onder educatie, namelijk het organiseren van een bijeenkomst of het uitdelen van schriftelijke informatie. Het leren door professionals buiten de verpleegkundige discipline of het gebruikmaken van één-op-één-begeleiding worden ook onder educatie geschaard. Behalve educatie zijn er andere veelgebruikte activiteiten. Een voorbeeld is het inzetten van zogenaamde lokale opnieleiders, ook wel *key users* genaamd. Zij zijn vaak expert in een bepaalde beter-doen-handeling en worden uitgekozen om het naleven ervan te stimuleren in de praktijk. Hiermee zijn ze kartertrekker van de gewenste verandering. Daarnaast werd de activiteit audit en feedback veel beschreven. Hierbij wordt nagegaan in hoeverre de beter-doen-handeling is uitgevoerd zoals bedoeld en worden de resultaten teruggekoppeld naar de betrokkenen. Vaak wordt dan geobserveerd of wordt in het patiëntendossier gekeken, of bepaalde handelin-



Foto: Schiencephot

gen zijn beschreven of controles zijn uitgevoerd. Aan de hand van die uitkomsten kan op persoonlijk niveau of op teamniveau feedback worden gegeven over de toepassing van de beter-doen-handeling op dat moment. Opvallend is de grote diversiteit in de beschrijving van de ingezette activiteiten. Het ene artikel benoemt alleen de ingezette activiteit, het gebruik van educatiemateriaal, terwijl het andere in detail behandelt wanneer de activiteiten werden ingezet en hoe vaak de zorgverleners deze activiteit kregen aangeboden. In sommige artikelen werd ook het doel beschreven – 80 procent van de zorgverleners de informatiebijeenkomst laten bijwonen – en of dit werd behaald. Doordat de beschrijvingen zo verschillend waren, kan de uitvoering ervan ook afwijken, waardoor het moeilijk

was deze onderzoeken met elkaar te vergelijken.

In verschillende theorieën¹ wordt geadviseerd belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen om de juiste activiteiten te kunnen inzetten. Dit werd in 20 studies (38 procent) gedaan. De meest gevonden barrière was het gebrek aan kennis (47 procent).

Effect van implementatie

Om te beoordelen of beter-doen-handelingen succesvol in de praktijk werden geïmplementeerd, zijn de studies op twee manieren beoordeeld:

- (1) Het effect op patiëntuitkomsten, zoals verpleegsensitieve uitkomsten (leidde bijvoorbeeld de implementatie van de beter-doen-handeling tot minder decubitus bij de patiënten?).
- (2) De mate waarin de beter-doen-han-

'In beide literatuuronderzoeken worden infecties door kathetergebruik voorkomen'

deling werd uitgevoerd zoals de bedoeling was (naleving).

Het effect op patiëntenuitkomsten werd gemeten in 32 studies. Daarvan lieten er 19 (59 procent) een positief effect zien, bijvoorbeeld een vermindering van decubitus, valincidenten of pneumonïa-aantal. De mate waarin de beter-doen-handeling werd uitgevoerd zoals bedoeld, is bekeken in 35 studies. Daarvan lieten er 21 (60 procent) een positief effect zien. Bij deze studies werd bijvoorbeeld gekeken naar het aantal patiënten met een verhoogd risico op decubitus bij wie de hielen vrij lagen. Of een pijnmeting werd herhaald nadat patiënten pijnmedicatie hadden gekregen.

Beter laten

In de 27 artikelen waarbij het doel was beter-laten-handelingen in de praktijk te verminderen, werd 52 procent van de activiteiten gericht op verpleegkundig en verzorgend personeel werkzaam in een ziekenhuis en 37 procent op personeel werkzaam in verpleeghuizen. De overige activiteiten werden ingezet in een spoedzorg- of woonzorgcentrum.

De ruime meerderheid van de studies beschreef dat de activiteiten voor beter-laten-handelingen voornamelijk op verpleegkundigen (85 procent) waren gericht. Het overige gedeelte werd alleen gericht op de verpleegkundig specialisten of juist op het gehele zorgteam, dus inclusief de verzorgenden en de artsen. De beter-laten-handelingen die vaak werden onderzocht in de gevonden studies, waren het onnodig fixeren van de patiënt, het voorschrijven van antibiotica en inwendige katheters lang laten zitten. Ook had een aantal studies als doel het voorschrijven van antipsychotica en het aanvragen van leverfunctietesten te verminderen. Het is daarbij belangrijk te vermelden dat het voor dit literatuuronderzoek een voorwaarde was dat bij de studies de verpleegkundige degene was die de handeling uitvoerde of de onnodige zorg kon aanvragen.

De-implementatieactiviteiten

Voor de de-implementatie van beter-laten-handelingen werd in 81 procent van de studies een combinatie van activiteiten ingezet om succes te behalen. Dit

'De inzet van diverse passende implementatieactiviteiten is goed te rechtvaardigen'

betekent dat de de-implementatieactiviteiten vaak uit verschillende onderdelen bestonden. Een onderdeel dat in veel van deze studies naar voren kwam, was educatie. Een voorbeeld hiervan is het organiseren van educatieve bijeenkomsten over risico's van het uitvoeren van een bepaald type onnodige zorg en het aanbieden van alternatieven. Ook werd gebruikgemaakt van consultatie door een verpleegkundig specialist en werden online tools ingezet.

Een ander voorbeeld van een ingezette activiteit was dat data over de uitgevoerde beter-laten-handelingen van verpleegkundigen en verzorgenden werden verzameld en dat deze informatie vervolgens als feedback werd voorgelegd aan het personeel.

Ook bij de-implementatie is het belangrijk de activiteiten te laten aansluiten op de belemmerende en bevorderende activiteiten voor de specifieke doelgroep. Helaas is maar bij twee studies (7 procent) een inventarisatie gedaan van deze factoren.

Effect van de-implementatie

De meeste van de gevonden studies hebben verschillende activiteiten (82 procent) ingezet om de beter-laten-handeling te verminderen. Hiervan bleek 41 procent een positief effect te hebben; dan werd bijvoorbeeld een lager aantal patiënten gevonden bij wie fixatie was toegepast. Een ander opvallend punt was dat vaak een educatieactiviteit werd ingezet. Bij 52 procent van de 25 studies die educatie hadden ingezet als activiteit, werd een vermindering gevonden in het gebruik van de beter-laten-zorg.

Discussie

Als we kijken naar alle onderzoeken samen, dus de 53 studies naar activiteiten om beter-doen-handelingen toe te passen en de 27 studies naar activiteiten om beter-laten-handelingen te verminderen, zien we overeenkomsten en verschillen. Kijken we naar de gevonden beter-doen- en beter-laten-handelingen, dan blijkt in beide literatuuronderzoeken sprake te zijn van het voorkomen van infecties door kathetergebruik. Bij de beter-laten-handelingen ging 75 procent van de onderzoeken over hetzelfde onderwerp, namelijk het terugdringen van fixatie, terwijl bij 'beter doen' een grote verscheidenheid aan onderwerpen werd gevonden, zonder een uitschieter.

Het valt verder op dat de activiteiten die ingezet worden voor beter-doen-handelingen, ook worden ingezet voor 'beter laten'. Er zijn geen specifieke implementatieactiviteiten gevonden voor beter-doen- of beter-laten-aanbevelingen. Over het algemeen kunnen we concluderen dat educatie een veel gebruikte activiteit is.² Educatie wordt vaak gebruikt in combinatie met andere activiteiten, maar we kunnen niet zeggen welke activiteit op zichzelf of welke specifieke combinatie effectief is in de praktijk. Wel is het belangrijk om implementatieactiviteiten te laten aansluiten bij gevonden belemmerende factoren voor het opvolgen van beter-doen- of beter-laten-handelingen. Doordat deze belemmerende factoren vaak divers zijn, is het goed te rechtvaardigen om diverse passende implementatieactiviteiten in te zetten. ➊

REFERENTIES

1. Birken SA, Powell BJ,

Presseau J, e.a. Combined use of the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) and the Theoretical Domains Framework (TDF): a systematic review. *Implementation Science*. 2017;12:2.

2. Colla CH, Mainor AJ,

Hargreaves C, e.a. Interventions Aimed at Reducing Use of Low-Value Health Services: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*. 2017;74:507-50.

AANBEVELINGEN OP MAAT

door
HESTER VERMEULEN

hoogleraar Verplegingswetenschap, IQ
healthcare, Radboudumc

MONIQUE VAN DIJK

hoogleraar Verplegingswetenschap, afdeling
interne geneeskunde, verplegingswetenschap, Erasmus MC

ERWIN ISTA

senior onderzoeker, afdeling interne geneeskunde, verplegingswetenschap, Erasmus MC

Wat lijkt nodig te zijn voor effectieve implementatie van 'beter-doen'- en 'beter-laten'-aanbevelingen? De onderzoekers en implementatiedeskundigen van het Erasmus MC, LUMC en Radboudumc/IQ Healthcare geven een samenvatting. Hiervoor hebben zij een synthese gemaakt van de eerder beschreven beïnvloedende factoren, good practices, hulpmiddelen en (de)implementatieactiviteiten.

Beïnvloedende factoren

In het tweede artikel hebben we een volledig beeld gekregen van de bevorderende en belemmerende factoren die verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden ervaren voor het gebruik van richtlijnen. De factoren zijn ingedeeld naar de betreffende richtlijn zelf, individuele factoren bij de professional, patiëntfactoren, factoren gericht op de professionele interactie, capaciteit voor organisatorische veranderingen, middelen en incentives en tot slot factoren op het sociale, politieke en economische domein. Dit overzicht (zie tabel 1 pagina 18) illustreert hoe complex het gebruik van richtlijnen is in de dagelijkse praktijk. Aan de hand van het overzicht kunnen passende (de)implementatieactiviteiten worden gekozen.

Good practices

We hebben in het derde artikel gezien dat diverse stakeholdergroepen zich niet wijden aan richtlijnimplementatie. Toch hebben we drie 'good-practices' kunnen vinden: de V&VN Jeugdzorg, het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De volgende implementatieactiviteiten en tools zijn ook toepasbaar voor implementatie van V&V-richtlijnen: apps en actief gebruik van sociale media, e-learning vanuit de beroepsgroep, richtlijnendatabank (NJI), interactieve website gericht op implementatie en tot slot praktische hulpmiddelen voor aanpak implementatie. Zowel het KNGF als de V&VN Jeugdzorg geeft duidelijk aandacht aan de-implementatie.

Een vergelijking tussen de stakeholders en werkgeverorganisaties betreffende de implementatie van richtlijnen leert dat de stakeholders zich vooral richten op oriëntatie en verspreiding, maar dat de

werkgevers zich in het geheel niet focussen op disseminatie of implementatie.

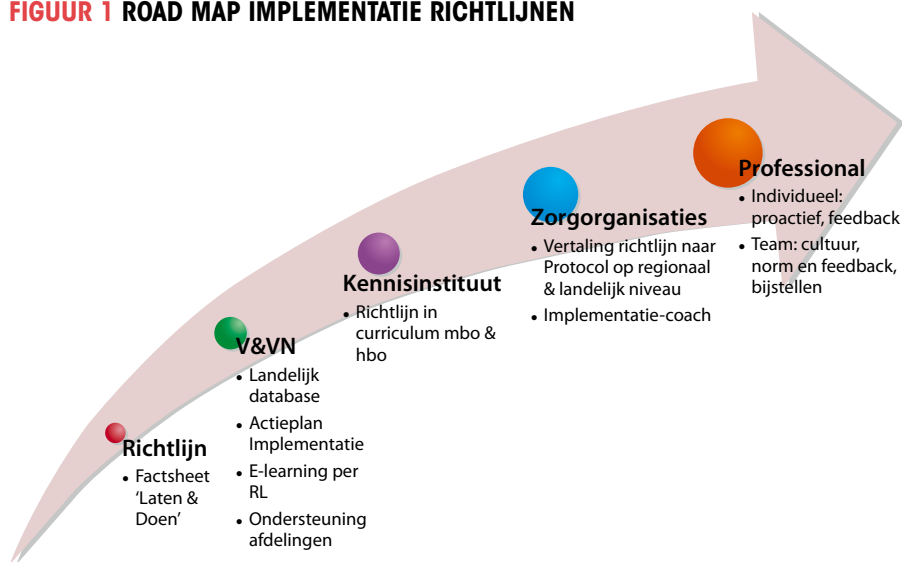
Activiteiten (de-)implementatie

We hebben twee systematische literatuuronderzoeken uitgevoerd, die voor het eerst duidelijk maken wat specifiek (de-)implementatieactiviteiten rondom 'beter-doen'- en 'beter-laten'-handelingen zijn voor verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden. Voor beide handelingen geldt dat educatie de meest toegepaste implementatieactiviteit is, met daarnaast de inzet van lokale opinieleiders, de zogenaamde kartrekkers, en het toepassen van audit en performance-feedback. Hiermee is ook een kennislacune zichtbaar geworden betreffende de-implementatie: het blijft onduidelijk of het terecht is dat voor implementatie en de-implementatie dezelfde interventies worden gebruikt.

Op zoek naar een match

Op basis van de beschreven bevindingen hebben we een 'match' gemaakt tussen de (de)implementatieactiviteiten en tools die passen bij de beïnvloedende factoren en good practices. Er is een 'road map' ontstaan voor de partijen die betrokken zijn bij implementatie van richtlijnen en daarmee de 'beter-doen'- en 'beter-laten'-aanbevelingen (zie figuur 1). Deze partijen zijn: ontwikkelaars van richtlijnen, de beroepsorganisatie V&VN met de afdelingen, gezondheidszorginstellingen en werkgeversorganisaties (kennisinstituten) en individuele verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. Voor elk van de betrokken partijen zijn aanbevelingen geformuleerd, aangepast aan het werkveld en de organisatie. In de wijkzorg wordt bijvoorbeeld individualistischer gewerkt dan in een ziekenhuis of een instelling voor langdurige zorg, zoals

FIGUUR 1 ROAD MAP IMPLEMENTATIE RICHTLIJNEN



een verpleeghuis, de psychiatrie of gehandicaptenzorg.

Richtlijnmakers

Voor de opstellers van richtlijnen hebben we drie aanbevelingen geformuleerd. De eerste: stel concrete aanbevelingen op en maak een duidelijk onderscheid in 'beter-doen'- en 'beter-laten'-handelingen voor de beroepspraktijk van V&V. De tweede aanbeveling: geef duidelijk aan in hoeverre de richtlijn verschilt ten opzichte van een eerdere versie. Tot slot: maak een factsheet waarin in een oogopslag te zien is wat wordt aanbevolen om 'beter te doen' of 'beter te laten'. Doe dit voor verschillende settings als dit relevant is.

V&VN

De beroepsvereniging is momenteel al betrokken bij de disseminatie en implementatie van richtlijnen. Het program-mabureau richtlijnen van de V&VN pri-oriteert welke kwaliteitsstandaarden ontwikkeld moeten worden en geeft hiervoor de opdracht.

Voor V&VN hebben we vijf adviezen: oefen invloed uit op gezondheidszorg-instellingen en werkgeversorganisatie via de bestuurstafels, gebruik de ervaringen van anderen, maak een actieplan, ontwikkel ondersteunende middelen en stimuleer afdelingen zelf het initiatief te nemen ten aanzien van richtlijnimplementatie.

Gebruik de ervaringen van de V&VN Jeugdzorg, het NJi en het KNGF voor hoe verpleegkundigen en verzorgenden

in het veld ondersteund kunnen worden bij de implementatie van richtlijnen. Maak een actieplan met de volgende aspecten: (1) het opzetten van een V&V-landelijke database voor richtlijnen, (2) een implementatiewijzer ontwerpen met praktische tips en adviezen voor professionals en zorginstellingen, (3) bijvoorbeeld e-learning modules ontwikkelen om kennishiaten betreffende richtlijnen van verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten te dichten. Tevens kan de V&VN aan de bestuurstafel gezondheidszorginstellingen en werkgeversorganisaties laten inzien wel degelijk een rol te hebben in implementatie van richtlijnen. Verder kunnen de V&VN-afdelingen zelf een actieve rol vervullen bij de implementatie van richtlijnen door hun leden te ondersteunen en een klimaat te creëren waarin prestatiefeedback een onderdeel is van zorg. Dit kan op allerlei manieren worden vormgegeven, bijvoorbeeld dossierbespreking (vergelijken van afdelingsnorm met richtlijn).

Kennisinstituten

Voor kennisinstituten, zoals academies, leerhuizen, mbo's en hogescholen, hebben we als belangrijk punt geformuleerd: het verweven van richtlijnen in het onderwijscurriculum. Dit betreft niet alleen lessen over de richtlijnen, maar ook aandacht voor het gegeven dat verpleegkundigen zelf eveneens iets kunnen bijdragen in het continuüm van richtlijnen: van agenderen tot implementeren.

Zorginstellingen en werkgeversorganisaties

Voor zorginstellingen en werkgeversorganisaties hebben we zes punten opgesteld die tezamen een infrastructuur binnen een organisatie vormen:

1. Maak bepaalde personen (bijvoorbeeld een verpleegkundige, kwaliteitsfunctionaris of leden van de protocol-lencommissie) verantwoordelijk voor vertaling van richtlijnen naar lokale protocollen.
2. Stem de protocollen landelijk of regionaal af; deze kunnen ook gedeeld worden via een landelijk platform. Dit voorkomt dat men de zorg baseert op verschillende bronnen. Afstemming kan via de netwerken die op steeds grotere schaal ontstaan in het land, maar ook via afdelingen of platforms van V&VN.
3. Bied continue deskundigheidsbevordering aan voor de verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden, met aandacht voor richtlijnen (zie ook de tekst onder 'Kennisinstituten').
4. Stel implementatiecoördinator(en)/coach(es) aan die middels aangereikte tools aan de slag gaan in de eigen organisatie.
5. Meet het effect van de implementatie van richtlijnen op het niveau van naleven en verpleegsensitieve uitkomsten (zoals pijn, delier en zelfmanagement) in de vorm van performancefeedback.
6. Betrek patiënten/cliënten bij de implementatie van richtlijnen.

Professional

We hebben ook aanbevelingen voor ons allemaal als moderne gezondheidszorg-professionals, dus zowel voor de verpleegkundigen, verzorgenden als verpleegkundig specialisten. Wees proactief en verantwoordelijk voor je eigen beroepsontwikkeling. Geef elkaar feedback op handelen volgens richtlijnen, doe aan performancefeedback met je team over verpleegsensitieve uitkomsten en doe ook aan het daadwerkelijk toepassen of naleven van bepaalde aanbevelingen uit richtlijnen (zowel 'beter doen' als 'beter laten'). Als leidinggevende kun je ook een belangrijke rol in het team vervullen om naleving van richtlijnen te faciliteren in

plaats van meer gericht te zijn op roosters en financiën. Besteed aandacht aan de kwaliteit van zorg, bespreken van protocollen/richtlijnen en creëren van een positieve en innovatieve werkomgeving waarin werkpleklers normaal is. Misschien is het nodig jezelf hierop nog te ontwikkelen. Een leven lang leren geldt voor ons allemaal.

Punten van aandacht

Wij hebben veel kennis verzameld en er zijn generieke implementatieactiviteiten gevonden voor zowel implementatie- als de-implementatie-interventies. Desondanks weten we niet of de aanpak verschillend moet zijn voor verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden, of voor verschillende settings, zoals ziekenhuis, geestelijke gezondheidszorg, verpleeghuis, wijkzorg en zorg voor mensen met een verstandelijk beperking. Daarnaast zouden we meer te weten kunnen komen door

systematisch te leren van proefimplementatie en over het effect van opgeleide implementatiecoaches die ingezet worden in de organisaties.

Afsluiting

Voor alle partijen hebben we tips en aanbevelingen kunnen opstellen. Duidelijk is dat (de)implementatie complex is en dat met veel aspecten rekening moet worden gehouden. Maar ook is helder dat jijzelf, door proactief te zijn en geen genoeg te nemen met de status quo, elke dag kunt werken aan kwaliteitsverbetering en richtlijnen. Dit geldt ook voor de makers van richtlijnen, de kennisinstituten, zorginstellingen, werkgevers en zeker voor de beroepsvereniging V&VN. Mooie stappen zijn al gezet, maar een focus op het faciliteren van alle verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden om leiderschap te tonen voor wat betreft verbetering van de kwaliteit van zorg zal wenselijk zijn.

'Iedereen kan werken aan kwaliteitsverbetering door proactief te zijn en geen genoeg te nemen met de status quo'

Dit faciliteren, ondersteunen en mogelijk maken is een taak voor zorgleidinggevenden, -managers en -bestuurders. Het is ook een kans voor alle verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten om de kansen hiertoe te pakken. 🗝

**NANDA
NIC NOC**

**Het beste resultaat voor de zorgvrager?
Kies voor NANDA, NIC en NOC**



Evidence-based

Biedt als enige een wetenschappelijk kenniskader



Geliefd bij verpleegkundigen

Ondersteunt verpleegkundigen daadwerkelijk in het verpleegkundig proces



Voor alle zorgsettings

Verbeterd zorgresultaten bij ziekenhuizen, thuiszorg en VVT instellingen