

Belemmerende en bevorderende factoren bij proefimplementatie van een richtlijn in de care

Eindrapportage juni 2011
Projectnummer 89-89100-98-133

C. Schröder-Baars
R. Verkaik
M. Crijns
H. van Veenendaal
R. Deurenberg



Inhoudsopgave

| | | |
|----------|--|-----------|
| | Samenvatting | 3 |
| 1 | Inleiding | 5 |
| 2 | Methoden | 6 |
| 2.1 | Modellen proefimplementatie | 6 |
| 2.2 | Vorbereiding proefimplementatie | 7 |
| 2.3 | Beschrijving proefimplementatie | 7 |
| 2.4 | Evaluatie proefimplementatie | 9 |
| 2.4.1 | Logboeken | 9 |
| 2.4.2 | Vragenlijsten | 9 |
| 2.4.3 | Groepsinterviews | 10 |
| 2.4.4 | Community of Practice | 10 |
| 2.5 | Literatuuronderzoek | 10 |
| 3 | Resultaten | 11 |
| 3.1 | Achtergrond | 11 |
| 3.2 | Belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie van de richtlijn UIO | 11 |
| 3.3 | Bruikbaarheid richtlijn UIO per care-sector | 17 |
| 3.4 | Haalbaarheid implementatie multidisciplinaire richtlijnen in de care | 17 |
| 3.5 | Ervaringen voortrekkers met het coachingstraject | 18 |
| 3.6 | Ingezette implementatieactiviteiten door de voortrekkers | 18 |
| 3.7 | Literatuurstudie | 19 |
| 4 | Conclusie | 24 |
| 5 | Aanbevelingen | 27 |
| 5.1 | Aanbevelingen opzet proefimplementatie voor de care | 27 |
| 5.2 | Aanbevelingen implementatieactiviteiten voor de care | 27 |
| | Gebruikte afkortingen | 33 |
| | Referenties | 35 |
| | Bijlagen | |
| 1 | Kenmerken deelnemende organisaties en voortrekkers | 39 |
| 2 | Document Afspraken | 41 |
| 3 | Expertgroep | 43 |
| 4 | Vragenlijst Contextanalyse Care | 45 |
| 5 | Logboek | 49 |
| 6 | Vragenlijst | 53 |
| 7 | Topiclist interviews | 61 |
| 8 | Zoekstrategie literatuurstudie | 63 |
| 9 | Ervaringen voortrekkers | 67 |
| 10 | Geïncludeerde artikelen literatuurstudie | 73 |
| 11 | Beïnvloedende factoren care op basis van literatuurstudie | 75 |

Samenvatting

Tussen de curatieve en langdurige zorg bestaan veel verschillen. Hierdoor is het mogelijk dat er ook verschillen bestaan in factoren die de implementatie van richtlijnen beïnvloeden. Om meer inzicht te krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren van implementatie die specifiek zijn voor de care-sector is een proefimplementatie uitgevoerd van de landelijke multidisciplinaire richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' (LEVV, 2010). Hierbij zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie van een richtlijn in de care?
- Welke verschillen zijn er tussen de verschillende subsectoren in de care-sector wat betreft bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie?

De proefimplementatie kreeg vorm volgens het LEVV-werkmodel en het I-impulsproject. Tien voortrekkers van tien verschillende teams uit vijf verschillende care-organisaties (thuiszorg, verzorgingshuis, verpleeghuis (psychogeriatrisch en somatisch)) werden door middel van drie bijeenkomsten en tussentijdse coaching begeleid bij de implementatie. De eerste en tweede bijeenkomst richtten zich op de inhoud van de richtlijn en op implementatieactiviteiten. De derde bijeenkomst was opgezet als Community of Practice (CoP) om opgedane ervaringen en kennis met elkaar te delen. Het voor deze proefimplementatie ontwikkelde model voor beïnvloedende factoren bij implementatie in de zorg onderscheidt beïnvloedende factoren op zes niveaus: richtlijn, zorgverlener, cliënt, team, organisatie en sociaal-politieke omgeving. Dit model gaf sturing aan de ontwikkeling van de contextanalyse en aan het verzamelen en gestructureerd weergeven van de resultaten en aanbevelingen. Evaluatie en onderzoek naar beïnvloedende factoren vonden plaats door middel van logboeken, vragenlijsten, focusgroepinterviews en de CoP. De resultaten met betrekking tot belemmerende en bevorderende factoren werden vergeleken met resultaten van een literatuuronderzoek.

In verpleeghuizen was men het meest positief over haalbaarheid van implementatie van multidisciplinaire richtlijnen. Dit hangt waarschijnlijk samen met de reeds goede samenwerking met andere disciplines in verpleeghuizen. Uit zowel de resultaten van de proefimplementatie als uit het literatuuronderzoek bleek dat er geen 'nieuwe' beïnvloedende factoren specifiek voor de care-sector zijn in vergelijking met de reeds bekende factoren in de cure. Wel is er onderscheid tussen de cure en care in de mate waarin bepaalde factoren een rol spelen bij implementatie en kunnen sommige factoren voor de care verder of anders geconcretiseerd worden. De meeste verschillen in belangrijkheid van beïnvloedende factoren tussen de care en de cure hangen samen met het gemiddelde lagere opleidingsniveau van de zorgverleners in de care. Beïnvloedende factoren die in de care een opvallend belangrijke rol spelen bij implementatie van richtlijnen, zijn:

- Vaardigheden en kennis gebruiker:
sterk belemmerend door laag kennis- en opleidingsniveau;
- Helderheid richtlijn, congruentie bestaande werkwijze, aanpassing eigen situatie en aantrekkelijkheid vernieuwing:
sterk belemmerend wanneer niet voldoende aangesloten wordt bij het lage opleidings-, kennis- en denkniveau van de gebruikers;
- Ervaren steun van collega's en andere zorgverleners:
sterk belemmerend door vele wisselende diensten, beperkte contracten, vele helpenden en vrijwilligers;
- Bereidheid cliënt en verwachte medewerking cliënt:
ondanks dat sommige cliënten de extra aandacht prettig vinden, is dit een belemmerende factor vanwege gewenning van de cliënt aan de aandoening en mogelijk schaamte voor de

aandoening. Daarnaast wordt in verpleeghuizen medewerking bemoeilijkt door cognitieve problemen van cliënten en het benodigde overleg met naasten van de cliënt.

Tot slot zijn in dit project op basis van de gevonden beïnvloedende factoren een aantal aanbevelingen gedaan voor passende implementatiestrategieën en -activiteiten in de care om de bevorderende factoren optimaal te benutten en de belemmerende factoren om te zetten in bevorderende. De in het huidige project toegepaste methodiek lijkt geschikt om als implementatiestrategie te gebruiken voor proefimplementatie van (multidisciplinaire) richtlijnen in de care. Enkele verbeterpunten voor dit coachingstraject zijn:

- Begeleid in één traject voortrekkers van eenzelfde discipline en kennis- en denkniveau
- Houd de contextanalyse zo simpel en klein mogelijk
- Werk de implementatieadviezen op maat uit in een stappenplan
- Selecteer voortrekkers met minimaal verzorgende-IG niveau en voor de thuiszorg verpleegkundig niveau.

1 Inleiding

Richtlijnen voor 'goede zorg', gebaseerd op wetenschappelijke inzichten en gebundelde klinische ervaring, kunnen professionals helpen met beslissingen in de dagelijkse patiëntenzorg. Invoering van richtlijnen blijkt echter in veel gevallen niet of in beperkte mate succesvol. Onderzoeken laten zien dat 30 tot 40% van de patiënten zorg ontvangt die niet in overeenstemming is met de beschikbare evidence (Grol, 2003). Er kunnen verschillende belemmeringen een rol spelen. Het kunnen de eigenschappen van de richtlijn zelf zijn die de toepassing bemoeilijken, zoals leesbaarheid en taalgebruik, maar ook de omstandigheden op de werkvloer, zoals gebrek aan tijd of middelen en samenwerking van collega's of patiënten (o.a. Francke et al., 2009). Tussen de curatieve en langdurige zorg bestaan veel verschillen, waardoor het mogelijk is dat er ook verschillen bestaan in factoren die de ontwikkeling en toepassing van richtlijnen beïnvloeden. Zo is binnen de langdurige zorg minder evidence beschikbaar waardoor meer sprake kan zijn van practice based care. Daarnaast zijn in de care veel mensen werkzaam met verschillende opleidingsniveaus. Met name kwaliteit van leven staat centraal, evenals de relatie zorgverlener – zorggebruiker. Tot slot spelen de personen die rond de patiënt/cliënt staan een belangrijkere rol in de te leveren zorg in vergelijking met de curatieve zorg. Op het gebied van implementatie en beïnvloedende factoren in de curatieve sector is al veel onderzoek gedaan. Om meer inzicht te krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren van implementatie die specifiek zijn voor de care-sector is de opdracht 'Belemmerende en bevorderende factoren bij proefimplementatie van een richtlijn in de care' uitgevoerd. Bij deze opdracht zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie van een richtlijn in de care?
- Welke verschillen zijn er tussen de verschillende subsectoren in de care-sector wat betreft bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie?

Op grond van de verzamelde gegevens konden ook aanbevelingen gedaan kunnen worden over de opzet van een proefimplementatie in de care en over geschikte implementatiestrategieën in de care. Voor de proefimplementatie is de landelijke multidisciplinaire richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' (LEVV, 2010) gekozen. Dit is een recent ontwikkelde en een door Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) gelegitimeerde richtlijn. De inhoud van de richtlijn sluit aan bij een in de ouderenzorg veel voorkomend probleem. Landelijke prevalentiecijfers laten zien dat 75% van de bewoners in verpleeghuizen, 57% van de bewoners in verzorgingshuizen en 51% van de mensen die thuiszorg ontvangen incontinent zijn van urine (Universiteit Maastricht, 2008). De richtlijn geeft antwoord op de vraag hoe de verschillende disciplines ((continentie)verpleegkundigen, verzorgenden, specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen, (bekken)fysiotherapeuten en apothekers) urine-incontinentie bij de kwetsbare oudere cliënt op effectieve wijze kunnen diagnosticeren, behandelen en verplegen en verzorgen. Door de zorg voor urine-incontinentie bij de oudere cliënt te verbeteren, wordt bijgedragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt, één van de prioriteiten van de langdurige zorg. Daarnaast heeft urine-incontinentie ook een grote impact op familie en zorgverleners van de cliënt en er zijn veel kosten mee gemoeid (NICE, 2006). Het is dus een richtlijn die aan alle criteria en kwaliteitseisen voldoet, aansluit bij doelstellingen en prioriteiten van de care-sector en vergelijkbaar is met (of een voorbeeld voor) andere multidisciplinaire richtlijnen voor de care-sector. Deze richtlijn leek daarmee uitermate geschikt voor het beoogde onderzoek.

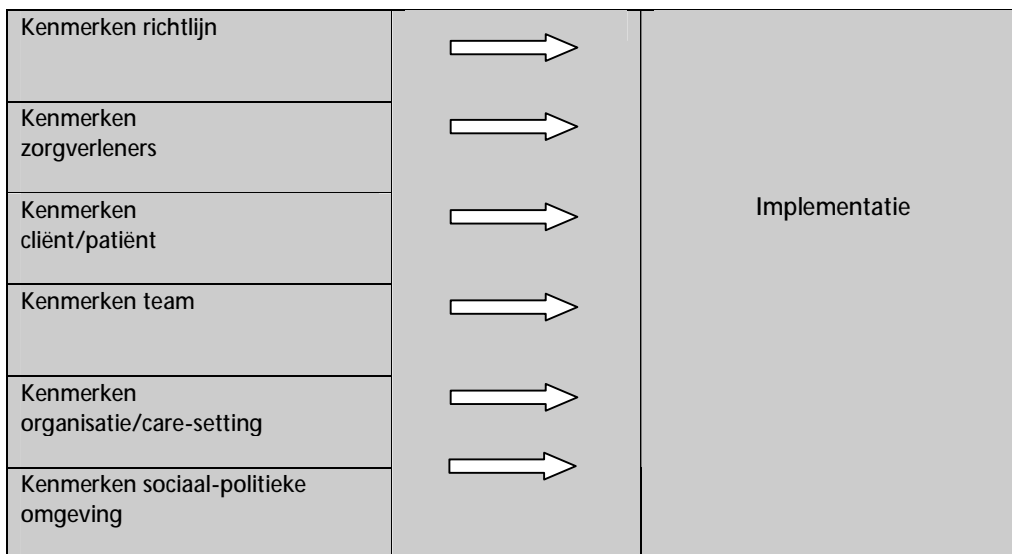
2 Methoden

De proefimplementatie heeft plaatsgevonden in vijf organisaties uit de care-sector, bij tien verschillende locaties, teams of afdelingen. Van elke deelnemende locatie of afdeling is een voortrekker gedurende vijf maanden begeleid door middel van drie fysieke bijeenkomsten en tussentijdse coaching bij het (laten) toepassen van de richtlijn. Door middel van verschillende methoden zijn resultaten verkregen over de proefimplementatie. In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens beschreven:

1. Modellen proefimplementatie
2. Voorbereiding proefimplementatie
3. Uitvoering proefimplementatie
4. Evaluatie proefimplementatie

2.1 Modellen proefimplementatie

De proefimplementatie kreeg vorm volgens het LEVV Werkmodel Implementatie (Holleman, 2008) en het I-impulsproject (Cox & Holleman, 2010; Holleman e.a., 2009). Beiden zijn gebaseerd op het implementatiemodel van Grol (Grol & Wensing, 2006). Volgens deze modellen vereist effectieve implementatie van vernieuwingen een goede voorbereiding, waaronder het in kaart brengen van de feitelijke zorg en een analyse van de doelgroep en setting. Vervolgens een zorgvuldige selectie van strategieën en een systematische aanpak en evaluatie. Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag welke beïnvloedende factoren er zijn bij implementatie van een richtlijn in de care-sector, is gebruik gemaakt van onderstaand model dat beïnvloedende factoren op zes verschillende niveaus onderscheidt:



Figuur 1. Indeling beïnvloedende factoren bij implementatie richtlijnen in de zorg (LEVV, 2010)

Dit model is tot stand gekomen door aan het LEVV-model 'Beïnvloedende factoren bij implementatie van richtlijnen in de zorg' (Holleman & Van Tol, 2008) dat beïnvloedende factoren op vijf verschillende niveaus (richtlijn, zorgverlener, cliënt, team en organisatie) onderscheidt, het niveau van de sociaal-politieke omgeving uit het model van Fleuren e.a. (2004) toe te voegen. Zo ontstond een zo'n volledig

mogelijk model om sturing te geven aan de ontwikkeling van de onderzoeksmethoden en aan het compleet en gestructureerd in kaart brengen van de resultaten en aanbevelingen.

2.2 Voorbereiding proefimplementatie

De uitnodiging tot (proef)implementatie van de richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' (richtlijn UIO) is in augustus en september 2010 verspreid via de communicatiekanalen en netwerken van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (*eind 2010 is het LEVV gefuseerd met V&VN, daarom zal verder in dit document de naam V&VN worden gebruikt*). De werving resulteerde in vijf instellingen verdeeld over vier subsectoren van de care: (1) de verzorgingshuissector, (2) de thuiszorg, (3) de somatische verpleeghuiszorg en (4) de psychogeriatrische verpleeghuiszorg. De care-settings verschilden van elkaar op potentieel belangrijke parameters zoals opleidingsniveau medewerkers, locatie waar de zorg plaatsvindt, mate van autonomie van de cliënt, mate van zelfsturing van teams en organisatiegrootte. Per deelsector deden steeds tenminste twee verschillende locaties of teams mee aan de proefimplementatie. Per deelnemende afdeling of team werd een 'voortrekker' geselecteerd. Deze voortrekkers waren verpleegkundigen of verzorgenden, die door zichzelf of door hun teamleider/ afdelingshoofd waren voorgedragen, omdat ze respect en aanzien genieten binnen hun afdeling of team en in staat zijn om andere medewerkers te enthousiasmeren en te begeleiden. Een overzicht van de kenmerken van de deelnemende organisaties en voortrekkers is opgenomen in Bijlage 1. Met de voortrekkers en hun organisaties werden afspraken gemaakt omtrent aanwezigheid bij alle trainingsbijeenkomsten en de te leveren inspanningen om de richtlijn toe te (laten) passen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een document 'Afspraken' (zie Bijlage 2), waarin de verwachte en benodigde inzet van zowel voortrekker, leidinggevende van voortrekker als implementatiedeskundige en trainer van V&VN stond beschreven. De instellingen ontvingen per bijeenkomst vacatiegeld en de reiskosten van de voortrekkers werden vergoed.

2.3 Uitvoering proefimplementatie

De voortrekkers werden met drie fysieke bijeenkomsten en tussentijdse coaching door implementatiedeskundigen van V&VN ondersteund bij het implementeren van de richtlijn. Leerstrategieën als leren van eigen ervaringen, leren van en met elkaar en leren van en met experts werden afwisselend ingezet. De instrumenten die de voortrekkers aangereikt kregen om in te zetten op de werkvloer, werden tijdens de bijeenkomsten geoefend en toegelicht. De bijeenkomsten waren (inter)actief en sloten aan bij het gemiddelde opleidingsniveau en bij de leerstijl van voortrekkers in de zorg. De periode tussen bijeenkomst I en II bedroeg twee maanden, de periode tussen bijeenkomst II en III drie. Bijeenkomst I en II waren faciliterend van aard, bijeenkomst III werd als Community of Practice ingezet. Hieronder worden de inhoud en doelen van de drie bijeenkomsten en tussenliggende perioden beschreven.

Bijeenkomst I: inhoud richtlijn en contextanalyse

Alle voortrekkers ontvingen een map met o.a. de richtlijn, de praktijkkaart en producten uit het Verbetertraject Continentie van Zorg voor Beter (mictiedagboek, Basiszorglijst - 24 uren registratie-Continentiemodule en Mobiliteits Protocol Toiletgang). Een nurse practitioner urologie besprak de inhoud van de richtlijn met de voortrekkers. Deze nurse practitioner was de voorzitter van de expertgroep die bij de ontwikkeling van de richtlijn betrokken was (zie Bijlage 3). Tijdens het tweede deel van de bijeenkomst leerden de voortrekkers hoe zij de omgeving waarin zij de richtlijn zouden gaan invoeren, in kaart konden brengen (contextanalyse). Deze methode was tevens een manier om implementatie van de richtlijn bij collega's onder de aandacht te brengen en hun ideeën en ervaringen mee te nemen.

De voor deze 'care'-proefimplementatie ontwikkelde contextanalyse bestond uit een set vragen afgeleid van de Vragenlijst Contextanalyse (Holleman & Van Tol, 2008). De vragen waren zodanig

geformuleerd en samengesteld dat de antwoorden informatie zouden opleveren over mogelijk beïnvloedende factoren van implementatie van alle zes verschillende niveaus zoals genoemd in Figuur 1. De vragen waren aangepast aan het gemiddelde opleidingsniveau van verpleegkundigen en verzorgenden uit de care-sector. Tijdens de bijeenkomst hebben de voortrekkers zelf geoefend met het beantwoorden van de vragen. De vragenlijst is opgenomen als Bijlage 4. Ook werd tijdens deze eerste bijeenkomst besproken wat er van alle betrokken disciplines bij de cliënt met urine-incontinentie verwacht wordt en wat hun rollen zijn. Hierbij werd de 'mindmapping'-techniek ingezet. De bijeenkomst werd afgesloten met een kennisquiz over de richtlijn.

In de periode tussen bijeenkomst I en II voerden de voortrekkers de 'contextanalyse' uit: zij stimuleerden collega's van verschillende betrokken disciplines om de vragen te bestuderen en hun bevindingen en ideeën erbij te schrijven. De implementatiedeskundige van V&VN analyseerde en verwerkte alle ingeleverde contextanalyses. Dit leverde informatie op over mogelijk beïnvloedende factoren per afdeling of team. Op basis van hiervan ontwikkelde de implementatiedeskundige voor elk team een set implementatieadviezen op maat.

Bijeenkomst II: verdieping inhoud richtlijn en implementatieadviezen

De voortrekkers kregen de verwerkte gegevens van de contextanalyse terug én een set implementatieactiviteiten specifiek voor hun eigen afdeling of team. Tijdens de toelichting werd dieper ingegaan op het belang van communicatie en samenwerking bij implementeren. Tijdens het tweede deel van de bijeenkomst werden de voortrekkers in contact gebracht met vijf deskundigen op het gebied van urine-incontinentie. Drie van hen, een nurse practitioner, een specialist ouderengeneeskunde en een (bekken)fysiotherapeut waren betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen'. Verder waren een deelnemer (verzorgende) en een kernteamlid van het Zorg voor Beter 'Verbetertraject Continentie' aanwezig (zie Bijlage 3). Voorafgaand hadden de deelnemers vragen ingeleverd die zij hadden verkregen na het bestuderen van de richtlijn en praktijkkaart. Dit waren zowel vragen over de inhoud van de richtlijn als over toepassing van de aanbevelingen. De experts kregen van tevoren de vragen toegestuurd.

Na deze bijeenkomst gingen de voortrekkers gedurende drie maanden aan de slag om de geselecteerde implementatieactiviteiten in te zetten en de richtlijn toe te (laten) passen. Tijdens deze periode was er meerdere malen e-mailcontact tussen de implementatiedeskundigen van V&VN en de voortrekkers. Met elke voortrekker is tenminste eenmaal telefonisch contact geweest om de voortgang te bespreken en de deelnemer te ondersteunen met coaching en advies. Tevens is er tussentijds contact geweest tussen de implementatiedeskundige van V&VN en de leidinggevenden van de voortrekkers over de voortgang van het project en de inzet van de voortrekker.

Bijeenkomst III: delen opgedane kennis en inzichten

De voortrekkers deelden kennis, inzichten, leeropbrengsten en dilemma's in de vorm van een Community of Practice (CoP). CoP's zijn groepen mensen die een gezamenlijk belang hebben en zich betrokken voelen bij een bepaald probleem of een passie voor een onderwerp hebben en hun kennis en ervaringen hierover willen verdiepen door te interacteren (Wenger, 1998; Li, 2009). Het uitwisselen van de kennis en ervaringen ging met name over de in kaart gebrachte beïnvloedende factoren, de rollen van betrokken disciplines en de ingezette implementatieactiviteiten. Voortrekkers werd gevraagd om in groepjes van twee of drie personen een wandeling te maken en met elkaar de volgende vragen te beantwoorden:

- Wat heb je individueel geleerd?
- Wat heb je je collega's zien doen?
- Wat is er op afdelingsniveau gebeurd?
- Wat op instellingsniveau?
- Wat heb je als groep buiten de instelling gedaan?

Hierna deelde iedereen zijn/haar ervaringen in de groep.

2.4 Evaluatie proefimplementatie

Om belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie van een richtlijn in verschillende caresectoren te onderzoeken, is gekozen voor een aantal elkaar aanvullende onderzoeksmethoden:

1. logboeken
2. vragenlijsten
3. groepsinterviews
4. community of practice

Hieronder worden de verschillende onderzoeksmethoden verder toegelicht.

2.4.1 Logboeken

Aan de tien voortrekkers is gevraagd om gedurende de drie maanden van de proefimplementatie (tussen bijeenkomst II en III), hun ervaringen bij implementatieactiviteiten en met de toepassing van de richtlijn bij te houden in een logboek. Tijdens de tweede bijeenkomst hebben zij hiervoor zowel digitaal als op papier een sjabloon met bijbehorende instructie ontvangen (zie Bijlage 5). Het logboek bestond uit twee delen: een deel over implementatieactiviteiten bij invoering van de richtlijn en een deel gericht op toepassing van de richtlijn bij cliënten. Aan de voortrekkers werd gevraagd om minimaal twee keer per week hun eigen ervaringen en de ervaringen van collega's bij het uitvoeren van activiteiten te noteren. Daarbij werd de volgende informatie gevraagd:

- In het deel betreffende implementatieactiviteiten: datum activiteit, doel activiteit, uitgevoerde activiteit, resultaat, waardoor verliep het goed, waar liep je tegenaan, hoe heb je dit opgelost/wat ga je nu ondernemen?
- In het deel betreffende toepassing richtlijn bij cliënten: datum, cliëntgegevens, probleem, activiteit uit richtlijn, knelpunten bij uitvoering, hoe heb je dit opgelost/aangepakt?

De voortrekkers werden twee maal gedurende de implementatieperiode via email gevraagd hun logboek naar de implementatiedeskundige en de betrokken onderzoeker te sturen. Dit was één en tweehalve maand na de start van de proefimplementatie. Het doel hiervan was driedig: 1. De voortrekkers alert houden op de proefimplementatie en het invullen van het logboek. 2. De implementatiedeskundige inzicht geven in mogelijke problemen bij de proefimplementatie. 3. De onderzoeker inzicht geven in bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie en toepassing van de richtlijn.

2.4.2 Vragenlijsten

Na afloop van de proefimplementatie, aan het eind van de derde bijeenkomst, werd een deels voorgestructureerde, deels open vragenlijst aan de voortrekkers meegegeven. De vragenlijst had als doel om informatie te verzamelen over de bevorderende en belemmerende factoren bij invoeren van een multidisciplinaire richtlijn. Bevorderende en belemmerende werden onderscheiden volgens de zes niveaus van het LEVV-implementatiemodel. Daarnaast werd via de vragenlijst informatie over achtergrondkenmerken van de zorgverleners verzameld (care-sector, functie, opleidingsniveau), over de bruikbaarheid van de richtlijn, over de haalbaarheid om multidisciplinaire richtlijnen in de care te implementeren en over de geschiktheid van het coachingstraject.

De voortrekkers vulden zelf een vragenlijst in en vroegen hun collega's, die vanuit verschillende disciplines bij de proefimplementatie van de richtlijn betrokken waren, dit ook te doen. De vragenlijsten werden door de voortrekkers binnen de instellingen verspreid en vervolgens weer door hen verzameld en naar de onderzoeker opgestuurd. Tijdens de ontwikkeling van de vragenlijst werd deze getest op begrijpelijkheid en volledigheid door de leden van de expertgroep urine-incontinentie (zie Bijlage 3) en een aantal verzorgenden. De vragenlijst is opgenomen in Bijlage 6. De vragenlijsten werden geanalyseerd met beschrijvende statistiek.

2.4.3 Groepsinterviews

Aanvullend op de vragenlijsten en logboeken, werden kort na afloop van de proefimplementatie binnen elke deelnemende organisatie semi-gestructureerde groepsinterviews gehouden met de betrokken voortrekkers, teamleiders en kwaliteitsfunctionarissen. Aan de voortrekkers werd gevraagd om ook anderen die nauw bij de proefimplementatie betrokken waren uit te nodigen. Doel van de interviews was om dieper in te gaan op de bevorderende en belemmerende factoren bij invoeren van de richtlijn en de geschiktheid van de opzet van deze proefimplementatie. Daarnaast werd verder ingegaan op bruikbaarheid van de richtlijn Urine-incontinentie en de haalbaarheid om deze en andere multidisciplinaire richtlijnen in te voeren. Er werd aandacht besteed aan de specifieke kenmerken van de verschillende care-sectoren (verzorgingshuizen, verpleeghuizen (somatiek en psychogeriatric) en thuiszorg), die hierbij een rol spelen. De interviews duurden 60 minuten. De lijst met onderwerpen van de groepsinterviews is opgenomen in Bijlage 7.

De onderzoeker die de interviews hield, noteerde deze en verwerkte direct na afloop de notulen in een verslag. De verslagen werden kwalitatief geanalyseerd, waarbij tekstfragmenten werden geïdentificeerd die samenhangen met de belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie van deze en andere multidisciplinaire richtlijnen. De tekstfragmenten werden vervolgens vertaald naar belemmerende en bevorderende factoren en onderverdeeld naar factoren die algemeen geldend leken voor de gehele care-sector, en factoren die specifiek leken te zijn voor de verzorgingshuizen, verpleeghuizen (somatiek of psychogeriatric) of de thuiszorg. De tekstfragmenten die samenhangen met de bruikbaarheid van de richtlijn, de haalbaarheid van implementatie van multidisciplinaire richtlijnen in de care of de geschiktheid van het coachingstraject werden apart geanalyseerd.

2.4.4 Community of Practice

Bij 2.3 is reeds de werkwijze tijdens de Community of Practice beschreven. De onderzoeker heeft alle gedeelde kennis en ervaringen genoteerd en uitgewerkt in een verslag. Het verslag is op dezelfde wijze geanalyseerd als de verslagen van de gehouden groepsinterviews (zie hierboven). De resultaten hiervan vormden een aanvulling op de interviews, vragenlijsten en logboeken.

2.4.5 Literatuuronderzoek

Om een volledig en evidence based antwoord te kunnen geven op de vraag welke belemmerende en bevorderende factoren er zijn voor implementatie van richtlijnen in de care-sector, is tevens een literatuurstudie uitgevoerd in Pubmed, de Cochrane Library en in de geautomatiseerde literatuuurbestanden van V&VN en NIVEL. In aanvulling daarop werden 3 sleutelartikelen gebruikt (Francke 2008, Fleuren 2002/, Fleuren 2004). De volgende onderzoeksvraag werd voor het literatuuronderzoek gehanteerd: "Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn er voor de implementatie van richtlijnen in de care?" Er werd gezocht naar Engelse en Nederlandse literatuur in de periode 2000 tot 1 mei 2011. De literatuurstudie werd uitgevoerd door het CBO, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg . De complete zoekstrategie is weergegeven in Bijlage 8.

De gevonden abstracts zijn geselecteerd op basis van de volgende inclusiecriteria:

- betreft ouderenzorg
- betreft implementatie
- betreft belemmerende en/of bevorderende factoren
- betreft richtlijn.

3 Resultaten

3.1 Achtergrond

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie van een richtlijn in de care beschreven. Het onderzoek ging daarnaast ook in op de bruikbaarheid van de richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' (zie paragraaf 3.3) en de haalbaarheid van implementatie van deze richtlijn en van multidisciplinaire richtlijnen in het algemeen (zie paragraaf 3.4). De verzamelde gegevens laten ook zien hoe de voortrekkers het aangeboden coachingstraject en de ondersteuning bij de implementatie hebben ervaren (zie paragraaf 3.5) en daarnaast welke implementatieactiviteiten zij ingezet hebben (paragraaf 3.6). Tot slot beschrijft de laatste paragraaf van dit hoofdstuk de resultaten van de literatuurstudie naar beïnvloedende factoren bij implementatie in de care.

Voor het empirische onderzoek werd gebruik gemaakt van:

- vragenlijstonderzoek onder voortrekkers en andere bij de implementatie betrokken medewerkers binnen de instellingen (zie Bijlage 6);
- groepsinterviews met voortrekkers, teamleiders en kwaliteitsfunctionarissen binnen de instellingen (zie Bijlage 7);
- logboeken van voortrekkers (zie Bijlage 5);
- verslag Community of Practice met voortrekkers.

De vragenlijst werd ingevuld door 33 zorgverleners, onder hen zeven voortrekkers. De volgende tabel (Tabel 1) geeft een overzicht van hun functies, onderverdeeld naar sector.

| | Verzorgingshuis | Verpleeghuis somatiek | Verpleeghuis PG | Thuiszorg | TOTAAL |
|------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------|-----------|
| Locatiemanager | - | - | 1 | | 1 |
| Verpleegkundige | 4 | 1 | - | 1 | 6 |
| Teamleider | 2 | - | - | 1 | 3 |
| Verzorgende-IG | 7 | 5 | 1 | - | 13 |
| Verzorgende | 3 | 2 | 1 | - | 6 |
| Helpenden | 2 | - | - | - | 2 |
| Fysiotherapeut | 1 | - | - | - | 1 |
| Kwaliteitsfunctionaris | - | - | - | 1 | 1 |
| TOTAAL | 19 | 8 | 3 | 3 | 33 |

Tabel 1. Aantal respondenten vragenlijst naar functie

3.2 Belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie van de richtlijn UIO

De Tabellen 2 en 3 geven aan welke bevorderende en belemmerende factoren er zijn bij implementatie van de richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' in de care. De beïnvloedende factoren zijn onderscheiden naar factoren die samenhangen met kenmerken van de richtlijn, de zorgverleners, de cliënt, het team, de organisatie/care-setting en de sociaal-politieke omgeving volgens het LEVV-model (2010; zie Figuur 1). Wanneer factoren in alle care-settings een rol spelen, dan staan deze in de kolom 'algemeen'. Wanneer deze (vooral) in een specifieke setting

spelen, dan staan de kenmerken in de kolom van deze care-setting genoemd. Hieronder volgt een beschrijving van beide tabellen.

Op het eerste niveau, kenmerken van de richtlijn zelf, werden als implementatiebevorderende factoren een goede leesbaarheid, duidelijkheid, compleetheid en goede aansluiting bij kwaliteitssysteem en bestaande protocollen en richtlijnen genoemd. Dit gold voor alle subsectoren, echter niet voor alle disciplines. Voor verzorgenden in verzorgingshuizen leek het denk- en abstractieniveau van de richtlijn en de hulpmiddelen te hoog. Wat ook belemmerend werkte, is dat het volgen van de richtlijn extra werk leek op te leveren voor verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen, zoals het bijhouden van het mictiedagboek, het houden van extra plasronden, het vaker verschonen en extra was. Specifiek voor de psychogeriatrische verpleeghuizen is het afnemen van de PRAFAB-vragenlijst bij vertegenwoordigers van cliënten lastig. Verder werkte in alle subsectoren en bij alle disciplines de omvang van de richtlijn belemmerend.

Op het tweede niveau, kenmerken van de zorgverleners, werkte enthousiasme bij verzorgenden en andere disciplines sterk bevorderend voor implementatie van de richtlijn. Enthousiasme werd echter geremd wanneer zorgverleners vanuit verschillende disciplines de relevantie van de richtlijn niet duidelijk voor ogen hebben. Samenwerking met een verpleegkundige die zich gespecialiseerd heeft in het specifieke onderwerp van de richtlijn kan daarbij helpen. In de thuiszorg leken de verzorgenden erg enthousiast om zorginhoudelijke richtlijnen in te voeren. Het was voor hen echter moeilijk om bij een cliënt over het onderwerp van een richtlijn te beginnen, wanneer ze eigenlijk voor iets heel anders kwamen. In de verpleeghuizen werkte het relatief hoge opleidingsniveau van de verzorgenden IG ten opzichte van de verzorgenden in de andere subsectoren bevorderend. Het relatief lage opleidingsniveau en de beperkte kennis van verzorgenden in de verzorgingshuizen en de thuiszorg werkten daarentegen belemmerend. Hierdoor is men sterk afhankelijk van de beperkt aanwezige verpleegkundigen aldaar. In de gehele care was er een drietal kenmerken van verzorgenden dat duidelijk belemmerend is, namelijk: kleine arbeidscontracten, onregelmatige werktijden en weinig tijd. Daar kwam voor de psychogeriatrische (PG)-afdelingen van verpleeghuizen bij dat er veel vrijwilligers en helpenden werken.

Op het niveau van de cliënt, niveau 3, zijn er geen duidelijk bevorderende factoren naar voren gekomen. De enige factor die in de interviews genoemd werd, was dat in verzorgingshuizen lageropgeleide cliënten sneller enthousiast zijn dan hoger opgeleide, omdat ze de extra aandacht die ze krijgen bij toepassing van een richtlijn waarderen. Er werd wel een aantal belemmerende factoren genoemd, de meeste specifiek voor een bepaalde subsector. In de thuiszorg is het kenmerkend voor de cliënt dat hij/zij zelfstandig functioneert. Verzorgenden kunnen slechts een adviserende rol spelen. In de verzorgingshuizen werkt het belemmerend dat veel cliënten zelf geen kans op verbetering zien. Hetzelfde speelt in nog grotere mate een rol in verpleeghuizen. Op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen dient verder altijd rekening te worden gehouden met de cognitieve beperkingen van cliënten en dat daarom altijd naast van cliënten om informatie moeten worden gevraagd. Als er sprake is van schaamte voor een aandoening, zoals bij urine-incontinentie, dan speelt dit bij zowel cliënten in alle sectoren als bij naasten een belemmerende rol.

Op het vierde niveau, dat van het team, werd in alle subsectoren het 'aandachtsvelder'-principe als bevorderend genoemd: een verzorgende wordt verantwoordelijk gesteld voor een bepaald onderwerp en wordt daarbij ondersteund door de teamleider of een verpleegkundige. Een goede teamleider of verpleegkundige aan het hoofd werkte bevorderend, evenals goede scholing. Een teamleider/verpleegkundige die geen ondersteuning bood, werkte daarentegen sterk belemmerend, evenals reorganisaties en andere cursussen en methodieken die gelijktijdig met de richtlijnimplementatie plaatsvonden. Naast deze algemeen geldende kenmerken werden per specifieke subsector een aantal belemmerende kenmerken genoemd. In verzorgingshuizen en de thuiszorg was het niet meewerken van andere disciplines (o.a. fysiotherapeuten en huisartsen)

belemmerend. In verpleeghuizen werken deze disciplines al intern. In verpleeghuizen werd daarentegen als belangrijke belemmering genoemd dat ze vaak met weinig verzorgenden werken en dat veel teams op de psychogeriatrische afdelingen 'gehospitaliseerd', niet meer in beweging te brengen, zijn. Voor de thuiszorg waren belangrijke belemmeringen, dat alle verzorgenden voor zich werken, moeilijk controleerbaar en bij elkaar te brengen zijn. Daarnaast was het belemmerend als er (nog) niet volgens het zorgleefplan werd gewerkt.

Op het niveau van de organisatie/care-setting, niveau vijf, was de ambitie om een goed kwaliteitssysteem te hebben bevorderend om een richtlijn te implementeren, waarbij het hoger management de implementatie stimuleert. Wanneer het hoger management echter niet voor draagvlak bij een afdeling/team zorgde, dan werkte dit vervolgens belemmerend voor de implementatie. Ook het invoeren van veel nieuwe methoden (tegelijktijd) werkte belemmerend. Met dit laatste hangt samen dat het in de verpleeghuizen als belemmerend werd gezien dat er met elke nieuwe richtlijn weer een extra formulier bijkomt. In de thuiszorg speelde dat de gehele werkwijze daar nieuw is en dat de teams en de organisatie daar nog vertrouwd mee moeten raken. Ook de grootschaligheid van een organisatie speelde in de thuiszorg een belemmerende rol voor richtlijnimplementatie. Naast deze belemmeringen werkten er per subsector ook een aantal zaken bevorderend. In de verpleeghuizen werkte men al multidisciplinair, was de professionalisering al ingeburgerd en was het daardoor eenvoudig om nieuw te implementeren richtlijnen aan reeds bestaande kwaliteitsprocessen te koppelen. In verzorgingshuizen en de thuiszorg werkte het bevorderend als er al samenwerkingsverbanden met andere disciplines (met name huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten) bestonden.

Op het laatste niveau, de sociaal-politieke omgeving, werd de invoering van het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg als bevorderend gezien voor implementatie van multidisciplinaire richtlijnen in de care. Aan de andere kant werd ook opgemerkt dat als er voor elke risicofactor van het kwaliteitskader screeningslijstjes moeten worden ingevuld, het wel erg veel wordt. In de thuiszorg was men van mening dat organisaties weinig handvatten aangereikt krijgen om aan de kwaliteitseisen te kunnen voldoen. Ook de Zorgzwaartepakketten kunnen belemmerend werken als er maar weinig geld beschikbaar is voor het probleem waarvoor de richtlijn wordt ingevoerd.

Tabel 2. Bevorderende factoren proefimplementatie

| | Algemeen | Verzorgingshuizen | Verpleeghuizen somatiek | Verpleeghuizen PG | Thuiszorg |
|--------------------------------------|--|--|---|-------------------|---|
| 1. Richtlijn | <ul style="list-style-type: none"> - goed leesbaar - compleet - praktisch - duidelijk - sluit goed aan bij kwaliteitssysteem - sluit goed aan bij bestaande protocollen en richtlijnen incontinentie - verzorgenden hoeven niet veel te schrijven | | | | |
| 2. Zorgverleners | <ul style="list-style-type: none"> - enthousiasme - samenwerking met een incontinentieverpleegkundige | | verzorgenden hebben relatief hoog opleidingsniveau | | betrokkenheid en interesse in inhoudelijke onderwerpen is groot |
| 3. Cliënt | | <ul style="list-style-type: none"> - de meesten kunnen en willen wel mee doen - cliënten met laag opleidingsniveau vinden aandacht prettig | | | |
| 4. Team | <ul style="list-style-type: none"> - aandachtsvelder-principe - goede scholing - goede teamleider/ verpleegkundige aan het hoofd - UI (urine-incontinentie) is al vast onderwerp in teamoverleg - tegelijkertijd overstap ander incontinentiemateriaal | | | | draagvlak, vinden het leuk om met kwaliteit bezig te zijn |
| 5. Organisatie/ care-setting | <ul style="list-style-type: none"> - een goed kwaliteitssysteem willen - UI in de gehele organisatie in het zorgleefplan willen opnemen - praktijkgroep UI - hoger management stimuleert implementatie | <ul style="list-style-type: none"> - goed contact met een klein aantal georganiseerde disciplines (huisartsen, fysiotherapeuten) - gebruik maken van budget incontinentiemateriaal | <ul style="list-style-type: none"> - in veel verpleeghuizen wordt al multidisciplinair gewerkt - professionalisering is al ingeburgerd - koppeling aan andere kwaliteitsprocessen mogelijk | | georganiseerde apotheken houden kosten incontinentiemateriaal bij en koppelen dit terug |
| 6. Sociaal-politieke omgeving | <ul style="list-style-type: none"> - eisen normen Verantwoorde Zorg - op % UI afgerekend worden - invoering zorgleefplan | | | | |

Tabel 3. Belemmerende factoren proefimplementatie

| | Algemeen | Verzorgingshuizen | Verpleeghuizen somatiek | Verpleeghuizen PG | Thuiszorg |
|-------------------------|---|--|--|---|---|
| 1. Richtlijn | <ul style="list-style-type: none"> - richtlijn te dik - volgen van richtlijn kan extra werk opleveren - veel herhaling in richtlijn | <ul style="list-style-type: none"> - vereist denkniveau richtlijn en praktijkkaart te hoog - anamnese-formulier te moeilijk | <ul style="list-style-type: none"> mictiedagboek te veel werk | <ul style="list-style-type: none"> - mictiedagboek te veel werk - PRAFAB lastig af te nemen bij familie | <ul style="list-style-type: none"> - vereist denkniveau richtlijn en praktijkkaart te hoog - anamnese-formulier te moeilijk - mictiedagboek onduidelijk |
| 2. Zorgverleners | <ul style="list-style-type: none"> - beperkte tijd verzorgenden en verpleegkundigen - kleine arbeidscontracten - onregelmatige werktijden verzorgenden - motivatie neemt af als verzorgenden niet snel effecten zien - verzorgenden, fysiotherapeuten en huisartsen zien UI (urine-incontinentie) vaak niet als probleem waar iets aan gedaan kan worden | <ul style="list-style-type: none"> - opleidingsniveau verzorgenden - onvoldoende kennis UI - veel begeleiding van verpleegkundige nodig - nachtdienst wil niets extra's doen | | <ul style="list-style-type: none"> veel vrijwilligers en helpenden | <ul style="list-style-type: none"> - opleidingsniveau verzorgenden - onvoldoende kennis UI - lastig om abstract te denken - moeilijk om over UI te beginnen als men voor iets anders komt (bijv. steunkousen) |
| 3. Cliënt | <ul style="list-style-type: none"> schaamte voor incontinentie | <ul style="list-style-type: none"> - hoogopgeleiden zijn terughoudend - in verzorgingshuizen komen cliënten vaak al incontinent binnen (circa 33%) - geen kans zien op verbetering | <ul style="list-style-type: none"> in verpleeghuizen komen de meeste cliënten al incontinent binnen | <ul style="list-style-type: none"> - in verpleeghuizen komen de meeste cliënten al incontinent binnen - cognitieve problemen maken trainen blaas/ bekkenbodemp onmogelijk - familie is nodig om UI te bespreken, schamen zich vaak | <ul style="list-style-type: none"> zelfstandigheid cliënt: je kunt hen slechts adviseren |

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|----------------------------------|--|---|
| 4. Team | <ul style="list-style-type: none"> - teamleider die geen ondersteuning biedt - uitbraak ziekten - andere cursussen - reorganisaties | fysiotherapeuten en huisartsen werken niet mee | werken vaak met weinig personeel | <ul style="list-style-type: none"> - werken vaak met weinig personeel - team is gehospitaliseerd | <ul style="list-style-type: none"> - ieder werkt voor zich - lastig iedereen bij elkaar te krijgen - controle is lastig - er wordt niet volgens het zorgleefplan gewerkt - bestaand dossier te dik, geen plek voor UI - fysiotherapeuten, huisartsen en apotheken werken niet mee |
| 5. Organisatie/ care-setting | <ul style="list-style-type: none"> - hoger management beslist dat richtlijn ingevoerd wordt, afdeling staat er niet achter - bestaan ander, concurrerend protocol of meetinstrument UI (Vilans) - het is 1 van de vele nieuwe dingen die moeten worden ingevoerd | | weer een formulier erbij | | <ul style="list-style-type: none"> - werkverdeling/werkwijze binnen teams is net nieuw - grote organisatie lastig: niet weten wat er speelt en aan moeten sluiten bij allerlei bestaande structuren. |
| 6. Sociaal-politieke omgeving | <ul style="list-style-type: none"> - als er voor alle risico-indicatoren uit het Kwaliteitskader screeningslijstjes komen, die ingevuld en besproken moeten worden, dan is dat erg veel | | | | <ul style="list-style-type: none"> - lastig dat organisaties zelf moeten invullen hoe ze aan de kwaliteitseisen kunnen voldoen - beperkte ZZP's voor UI |

3.3 Bruikbaarheid richtlijn UIO per care sector

De richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' bevat aanbevelingen op het gebied van 1. diagnostiek/anamnese, 2. behandeling en 3. interventies gericht op de toiletgang. De betrokkenen bij de proefimplementatie die de vragenlijst hebben ingevuld, hebben aangegeven hoe zij de bruikbaarheid van de verschillende aanbevelingen beoordelen. Bruikbaarheid van een richtlijn is één van de voorwaarden om implementatie ervan tot een succes te kunnen maken. Hieronder wordt per care-sector aangegeven hoe de zorgverleners de bruikbaarheid van de richtlijn beoordeelden.

Voor alle aanbevelingen van de richtlijn geldt dat meer dan de helft van de betrokken zorgverleners (n=19) in de *verzorgingshuizen* de bruikbaarheid als voldoende of goed beoordeelde. Alleen de adviezen op het gebied van bekkenbodemspiertraining werden door het merendeel als slecht of matig bruikbaar beoordeeld. Over blaastraining en medicatie was men gemiddeld ook wat minder positief. Op de *somatische verpleeghuisafdelingen* waren de respondenten (n=8) uitgesproken positief over de interventies gericht op de toiletgang. Over bekkenbodemspiertraining en blaastraining waren ze uitgesproken negatief. Over het bijhouden van het mictiedagboek was men of negatief of men had er waarschijnlijk nog geen ervaring mee. Het nagaan van de ernst en impact van urine-incontinentie en het geven van leefstijladviezen werden positief beoordeeld. Op de *psychogeriatrische afdelingen* werden maar drie vragenlijsten ingevuld, waarvan twee door de voortrekkers (verzorgenden IG) van die afdelingen. Zij beoordeelden de adviezen gericht op diagnostiek/anamnese als voldoende en goed. Ook de interventies gericht op de toiletgang beoordeelden ze over het algemeen positief. Over de behandeladviezen was ook de psychogeriatricie wat minder positief dan over de andere adviezen. Binnen de *thuiszorg* heeft alleen de voortrekker (incontinentieverpleegkundige) de vraag over bruikbaarheid beantwoord. De kwaliteitsfunctionaris en teamleider hadden de richtlijn nog niet doorgelezen. De incontinentieverpleegkundige beoordeelde de bruikbaarheid van alle adviezen als voldoende, behalve de adviezen rondom het mictiedagboek. Die beoordeelde zij als matig. Samengevat: de richtlijn UIO blijkt voldoende tot goed bruikbaar in de verschillende care-settings. Dit geldt met name voor aanbevelingen over (1) diagnostiek/anamnese en (3) interventies gericht op de toiletgang. (2) behandelinterventies (blaas- en bekkenbodemspiertraining) bleken minder goed bruikbaar.

3.4 Haalbaarheid implementatie multidisciplinaire richtlijnen in de care

In de vragenlijst werd vervolgens aan de zorgverleners gevraagd om de haalbaarheid van implementatie van de richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' in hun care-sector te beoordelen, zie Tabel 4.

| | Slecht | Matig | Voldoende | Goed |
|--------------------------------|--------|-------|-----------|------|
| Verzorgingshuizen | - | 10 | 7 | 2 |
| Verpleeghuizen somatiek | - | 1 | 2 | 3 |
| Verpleeghuizen PG | - | - | 1 | 1 |
| Thuiszorg | - | 2 | - | 1 |

Tabel 4. Haalbaarheid implementatie richtlijn Urine-incontinentie in care-settings

In de verpleeghuizen (zowel somatiek als PG) was men het meest positief over de haalbaarheid om de richtlijn te implementeren. De meesten vonden dat implementatie goed (n=4) of voldoende (n=3) haalbaar is. In verzorgingshuizen en in de thuiszorg denkt men dat het iets minder goed haalbaar is. In verzorgingshuizen schatte de helft (n=9) van de zorgverleners de implementatie in als voldoende of goed en de andere helft (n=10) als matig haalbaar. In de thuiszorg vonden twee van de drie zorgverleners dat implementatie van deze richtlijn matig haalbaar is. Uit de interviews kwam naar voren dat dit vooral te maken heeft met de slechte samenwerking met andere disciplines. In de verpleeghuizen is dit geen probleem, in de verzorgingshuizen en de thuiszorg wel.

Daarnaast werd aan de zorgverleners gevraagd om de haalbaarheid van implementatie van multidisciplinaire richtlijnen in het algemeen in hun care-setting te beoordelen. Op de somatische

verpleeghuisafdelingen was men het meest positief over de haalbaarheid om multidisciplinaire richtlijnen in te voeren: vijf zorgverleners beoordeelden dit als voldoende (n=2) of goed (n=3) haalbaar, één als matig haalbaar. Verder laten de resultaten ongeveer een zelfde beeld zien als bij de vraag naar de haalbaarheid om de richtlijn UIO te implementeren in de sector, al lijkt men over het algemeen iets negatiever.

3.5 Ervaringen voortrekkers met het coachingstraject

Uit de verzamelde gegevens blijkt dat de gekozen opzet voor de proefimplementatie aansloot bij de behoefte van de voortrekkers. Alle voortrekkers die aan het coachingstraject deelnamen, beoordeelden het traject als leerzaam en leuk. Ze gaven gemiddeld het rapportcijfer 7.5, waarbij 6 het laagste en 8 het hoogste cijfer was. De lengte van het traject (vijf maanden) werd over het algemeen als goed beoordeeld. Korter diende het traject niet te zijn, maar ook niet langer. De voortrekkers hebben de korte duur als een positieve 'stok achter de deur' ervaren. De bespreking van de inhoud van de richtlijn door een deskundige uit het veld tijdens de eerste bijeenkomst en de aanwezigheid van de experts als vraagbaak tijdens de tweede bijeenkomst werden als zeer waardevol en inspirerend beschouwd. De korte lijnen met de implementatiedeskundigen van V&VN werden als positief beoordeeld, evenals het leren van medevoortrekkers, ook uit andere sectoren, en de praktische implementatiehandvatten. Een minpunt was volgens de voortrekkers dat er verschillende disciplines tegelijkertijd aan het traject deelnamen. Met name de verpleegkundigen hebben het negatief ervaren dat deelnemende verzorgenden niet hetzelfde kennis- en denkniveau als zijzelf hadden. Zij zouden liever een coachingstraject voor specifiek de verpleegkundige discipline zien.

De zogenaamde contextanalyse met de verkeersbord-vragen (Bijlage 4) werd als handige en leuke manier ervaren om collega's te informeren en te betrekken bij de implementatie. Collega's op de werkvloer vonden de vragen in sommige gevallen wat moeilijk en ook het aantal vragen werd soms als veel beschouwd. De implementatieadviezen die elke voortrekker specifiek voor zijn/haar afdeling of team ontving, werden wisselend beoordeeld. Ongeveer de helft van de deelnemers vond de adviezen niet vernieuwend en had er weinig tot niets mee gedaan. Twee deelnemers noemden specifiek dat zij meer behoefte hadden aan een stappenplan. De tijdens de bijeenkomsten aangereikte instrumenten voor implementatie en communicatie werden enthousiast ontvangen en door een aantal voortrekkers daadwerkelijk ingezet tijdens de implementatie. Dit gold bijvoorbeeld voor de kennisquiz en een coachingsinstrument ('High Five') om samenwerking, communicatie en openheid in het team te verbeteren.

3.6 Ingezette implementatieactiviteiten door de voortrekkers

In Bijlage 9 worden de door de voortrekkers ingezette implementatieactiviteiten en hun ervaringen uitgesplitst naar care-setting uitgebreid beschreven. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen weergegeven.

Het valt op dat vrijwel alle voortrekkers startten met nagaan of er binnen hun organisatie reeds met een protocol Urine-incontinentie gewerkt werd. Een reeds bestaand protocol vergeleken zij vervolgens met de praktijkkaart van de nieuwe richtlijn. Een aantal voortrekkers paste het oude protocol aan volgens de praktijkkaart. Wanneer er nog geen protocol was, werd de praktijkkaart in gebruik genomen. Praktijkkaart en protocollen werden aangepast aan de bestaande kwaliteitssystemen en werkwijzen binnen de organisaties en aan het opleidingsniveau van de gebruikers. De voortrekkers bundelden de benodigde materialen om urine-incontinentie in kaart te brengen in overzichtelijke pakketjes. De meeste voortrekkers hebben eerst zelf de richtlijn (o.a. anamnese en mictiedagboek) toegepast. Met de resultaten die dit opleverde, konden de voortrekkers vervolgens hun collega's het nut van werken volgens de richtlijn in laten zien en bewustwording rondom preventie en behandeling van urine-incontinentie vergroten. Om de hoeveelheid werk behapbaar te houden en om in het beginstadium van werken met de nieuwe richtlijn zoveel mogelijk resultaat te behalen (om motivatie te behouden), besloten meerdere voortrekkers om de richtlijn in eerste instantie alleen bij nieuwe cliënten toe te passen. Op de PG-verpleeghuisafdelingen werd toepassing van de richtlijn eerst overlegd met de naasten van de cliënten.

Projectgroepjes, koppels of aandachtsvelders werden in het leven geroepen om de voortrekker bij de implementatie te ondersteunen. Teamleiders en andere disciplines werden geïnformeerd en

betrokken. In de verzorgingshuizen was het betrekken van andere disciplines moeilijk. Binnen één van deze huizen zouden hierover vanuit het hoger management afspraken gemaakt gaan worden. Het onderwerp urine-incontinentie werd een aantal keer als vast item opgenomen in het teamoverleg of multidisciplinair overleg (MDO). De aanpassingen aan de protocollen en instrumenten werden afgestemd met kwaliteitsfunctionarissen (hoger management) en vervolgens opgenomen in de zorgdossiers of het zorgleefplan. In de thuiszorg was dit laatste niet haalbaar. Hier moest eerst de basiswerkwijze rondom het zorgleefplan nog in orde gemaakt worden. Collega's laten zien dat de nieuwe werkwijze aansluit bij de eisen vanuit de normen Verantwoorde Zorg, werd over het algemeen als positief en stimulerend ervaren.

3.7 Literatuurstudie

De literatuursearch naar belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie van richtlijnen in de care-sector leverde 115 mogelijk bruikbare abstracts op. De selectie op basis van inclusiecriteria leidde tot de definitieve selectie van 21 artikelen. De referenties van de geïnccludeerde artikelen zijn opgenomen in Bijlage 10.. Hieronder staan de resultaten van de literatuurstudie beschreven uitgesplitst naar informatie uit de sleutelartikelen en uit de geïnccludeerde artikelen.

Sleutelartikelen

In een systematische meta-review (Francke e.a., 2008) werden twaalf systematische reviews geselecteerd. In deze meta-review wordt geconcludeerd dat de meeste reviews aangeven dat effectieve implementatiestrategieën voor richtlijnen multiple componenten hebben en dat het gebruik van een eendimensionale strategie minder effectief is. Richtlijnen dienen een plaats te hebben in kwaliteitssystemen en in combinatie met bijvoorbeeld opleidingen en audits te worden gebracht.

Daarnaast wordt de mate van implementatie van richtlijnen onder professionals beïnvloed door:

- kenmerken van de richtlijnen zelf: richtlijnen die eenvoudig te begrijpen zijn, die makkelijk uit te proberen zijn, die geen specifieke middelen vereisen, worden beter geïmplementeerd;
- kenmerken van de gebruiker van de richtlijn: bijv. is men op de hoogte van de richtlijn, heeft men affiniteit met de inhoud;
- patiëntkarakteristieken: bijvoorbeeld co-morbiditeit;
- factoren in de omgeving: bijvoorbeeld gebrek aan ondersteuning van collegae en leidinggevenden, tekort aan facilitaire ondersteuning en tijd werken belemmerend.

De twaalf geïnccludeerde reviews van deze meta-review hadden betrekking op alle typen professionals. Twee reviews hadden een focus op verpleegkundigen (Sachs, 2006; Thomas, 1999). Sachs constateert dat de betrokkenheid van verpleegkundigen bij de ontwikkeling van richtlijnen (samen met experts) de implementatie bevordert. De studie van Thomas is van wat oudere datum en includeerde slechts drie goede studies. De conclusie van deze review was dan ook dat er te weinig onderzoek was gedaan naar de factoren die implementatie van richtlijnen onder verpleegkundigen bepalen.

Het tweede sleutelartikel (Fleuren e.a., 2002; daarna gepubliceerd als Fleuren e.a., 2004) onderzocht factoren die van invloed waren op de mate van toepassing van zorgvernieuwingen, dus breder dan richtlijnen alleen. De vernieuwingen vonden in het merendeel plaats in ziekenhuizen waarbij overwegend medisch specialisten en verpleegkundigen betrokken waren. Uit de studies werden de volgende categorieën van factoren gedestilleerd:

- kenmerken vernieuwing: bijvoorbeeld praktische bruikbaarheid en voordeel voor de gebruiker;
- kenmerken individuele gebruiker: bijvoorbeeld vaardigheden en ervaren steun;
- kenmerken organisatie: bijvoorbeeld structuur, cultuur en voorzieningen;
- kenmerken sociaal-politieke omgeving: bijvoorbeeld regels en wetten, financiering en patiënten.

Uiteindelijk werd in dit omvangrijke onderzoek een lijst van 52 factoren opgesteld die van invloed zijn bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Van deze 52 factoren werden er in een Delphi-onderzoek onder experts drie afgehaald en één toegevoegd, zodat het totaal uitkwam op een lijst van 50 factoren (zie Bijlage 11)

Geïnccludeerde studies

De geïnccludeerde artikelen geven vooral een concretisering van en geen nieuwe aanvullingen op de vijftig factoren zoals ze door Fleuren e.a. zijn geselecteerd. Er zijn dus geen 'nieuwe' factoren gevonden in de literatuur specifiek voor de care-sector. Concretisering van factoren is bijvoorbeeld terug te zien in de palliatieve zorg waarbij de confrontatie met sterven bij de invoering van richtlijnen soms een obstakel is. Ook het stigma over dementie vormt een specifieke barrière voor het leveren van zorg aan mensen met dementie volgens de richtlijnen.

In Tabel 5 en 6 zijn de conclusies van de geïnccludeerde studies per deelsector opgenomen. Hieronder volgt een korte beschrijving: op richtlijnniveau worden een set indicatoren en voorgedrukte patiënteninformatie als bevorderend gezien. Als de relevantie van het onderwerp bij de richtlijngebruikers duidelijk is, bevordert dat ook de implementatie. Op zorgverlenerniveau blijken motivatie en de bereidheid om naar nieuwe informatie over een bepaald onderwerp te zoeken bevorderend. Kennis en vaardigheden met betrekking tot de richtlijn dragen bij aan succesvolle implementatie. Gebrek aan tijd, kennis, urgentiebesef en vertrouwen in het kunnen handelen volgens de richtlijn kunnen implementatie belemmeren. Zorgen over vervanging van deskundigheid van de zorgverlener door richtlijnen en een verondersteld conflict tussen de richtlijn en eigen doelen van de cliënt werken belemmerend (verpleeghuis, somatiek). Een innovatieve cultuur op de afdeling is bevorderend en gebrek aan multidisciplinaire samenwerking is belemmerend (verpleeghuis). Op organisatieniveau zijn een tekort aan middelen en beleid dat conflicteert met de richtlijn (verpleeghuis) belemmerend, evenals het onzeker zijn van de invloed van werken volgens de richtlijn op o.a. kosten. Ook komt in verschillende studies het gebrek aan innovatief vermogen en motivatie om te veranderen van zowel de organisatie als het individu sterk naar voren.

Wat opvalt, is dat zeer weinig artikelen op echt bevorderende factoren in gaan. De meeste artikelen beschrijven namelijk niet de invloed van daadwerkelijke omgevingsfactoren maar van bewust ingezette activiteiten om de implementatie te kunnen bevorderen. Verder valt op dat er relatief weinig studies ingaan op belemmerende factoren op het niveau van de richtlijn, de cliënt en de sociaal-politieke omgeving. Er zijn geen studies gevonden die zich specifiek richten op beïnvloedende factoren bij implementatie door verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg.

Uit vergelijking van de factoren uit de literatuur met de naar voren gekomen factoren in de huidige proefimplementatie blijkt dat de literatuur de in dit project gevonden factoren onderschrijft: met uitzondering van een indicatorenset als bevorderende factor zijn alle door het literatuuronderzoek verkregen beïnvloedende factoren voor implementatie in de care tevens tijdens de proefimplementatie door de voortrekkers ondervonden en aangegeven. Er zijn soms wel verschillen in formulering of concretisering.

Tabel 5. Bevorderende factoren uit de literatuur

| | Algemeen | Verzorgingshuizen | Verpleeghuizen somatiek | Verpleeghuizen PG | Thuiszorg |
|----------------------|--|--|---|---|---|
| Richtlijn | <ul style="list-style-type: none"> - Een set van de richtlijn afgeleide indicatoren faciliteert mogelijk implementatie geheugenrichtlijnen in geheugenkliniek (Draskovic, 2008) - Informatie en voorgedrukte medicatievoorschriften bij reuma (ziekenhuis) (Van Tuyl 2009). - Relevantie van urine-incontinentie (UI) informatie voor dagelijkse praktijk (van der Weide, 2004) | | | Implementatie toolkits (Bartels, 2002) | |
| Zorgverleners | <ul style="list-style-type: none"> - In kader van shared decision making: Motivatie van zorgverlener, positief effect op zorguitkomst, positief effect op logistiek proces (Gravel 2006) - Bereidheid naar nieuwe informatie over UI te zoeken (van der Weide, 2004) | <ul style="list-style-type: none"> - Twee outreach-visits door apotheker heeft geen effect op gebruik medicatie en vermindering valincidenten (Crotty, 2004) - Training over richtlijn valpreventie en pijnbehandeling (Resnick, 2004) | <ul style="list-style-type: none"> - Educatieprogramma van een week over huidconditie en decubitus (in combinatie met verzamelen en teruggeven prevalentiegegevens gedurende 3 maanden) voor reduceren huidproblemen (Hunter, 2003) - Reguliere overleggen over voortgang gebruik richtlijnen (Colon-Emeric, 2007) - Herhaaldelijke training gedurende 18 maanden op locatie in kader van palliatieve zorg (meer niet-reanimeren verklaringen, minder ziekenhuissterfte, betere planning) (Hockley 2010) | <ul style="list-style-type: none"> - Continue vormen van educatie die leerling actief betrekken (Bartels, 2002) - Automatische reminders (Bartels, 2002) - Successieve actie gerichte onderzoeken (in palliatieve zorg voor dementerenden) (Andrews, 2009) | <ul style="list-style-type: none"> - Kennis van en vaardigheden voor verlaging doorligwonden (ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorg) (Meijers, 2008) - EBM-training over valincidenten aan huisartsen (Fortinsky, 2008) |
| Cliënt | Cognitieve gedragsverandering effectief om patiënten (met name type 2 diabetes en hoge bloeddruk) dieet aan te leren (Spahn, 2010) | | Mondzorgprogramma voor mantelzorgers is gedeeltelijk effectief (Brady, 2006) | | Meer informatie geven en vaardigheden leren aan mantelzorg; palliatieve zorg (Bee, |

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|--|-------|
| | | | | | 2009) |
| Team | Innovatieve cultuur op de afdeling (van der Weide, 2004) | Vrijwillige deelname aan trainingsprogramma (Resnick, 2004) | Teamtraining op basis van richtlijnen (Wagner, 2001) | Integrale zorg invoeren (Bartels, 2002) | |
| Organisatie/ care-setting | | | Richtlijnaanbevelingen incorporeren in trainingsmateriaal, standaardformulieren om juiste info te verzamelen (Colon-Emeric, 2007) | (Elektronische) beslissingsondersteuning (Bartels, 2002) | |
| Sociaal-politieke omgeving | | | | | |

Tabel 6. Belemmerende factoren uit de literatuur

| | Algemeen | Verzorgingshuizen | Verpleeghuizen somatiek | Verpleeghuizen PG | Thuiszorg |
|-----------------------------------|--|---|--|--|-----------|
| Richtlijn | | | | | |
| Zorgverlener | In kader van shared decision making: Gebrek aan tijd, niet toepasbaar op patiëntengroep of inpasbaar in logistiek proces (Gravel 2006) | Geen urgentiebesef inzake doorligwonden (Buss, 2004) | <ul style="list-style-type: none"> - In kader van (wet op de) weefseldonatie: gebrek aan tijd, aantal contra-indicaties voor invoering interventie en emotionele en werkbelasting (Anthonissen, 2002) - Zorgen over vervanging richtlijn van deskundigheid hulpverlener, verondersteld conflict met eigen doelen van cliënt, gebrek aan communicatie ook tijdens overdracht (Colon-Emeric, 2007) - Gebrek aan vertrouwen in het praten over sterven (Watson, 2006) - Gebrek aan kennis over sterfproces en kennis over behandel mogelijkheden (Watson, 2006) | <ul style="list-style-type: none"> - Het idee dat dementie niet positief te beïnvloeden is (Vernooij-Dassen 2005) - Stigma over veroudering en dementie (Vernooij-Dassen 2005) | |
| Cliënt | | | | | |
| Team | | Wekelijkse rapportages aan multidisciplinaire teams over risico's op decubitus en ondersteunende rapportages (Horn, 2010) | Gebrek aan multidisciplinaire samenwerking (in kader invoering palliatief zorgpad) (Watson, 2006) | | |
| Organisatie/care-setting | Impact van discharge planning op ligduur, heropnames en kosten zijn onzeker (Shepperd, 2004) | | <ul style="list-style-type: none"> - Tekort aan middelen, beleid instelling dat conflicteert met richtlijnen (Colon-Emeric, 2007) - Het niet klaar zijn als organisatie voor verandering (Watson, 2006) | | |
| Sociaal-politieke omgeving | | | Regels vanuit zorgverzekeraar die toegang tot juiste klinische info belemmeren (Colon-Emeric, 2007) | | |

4 Conclusie

Het hoofddoel van de proefimplementatie was om een antwoord te krijgen op de vraag:

Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij implementatie van een richtlijn in de care-sector?

Daarbij is ook gekeken naar eventuele verschillen tussen de verschillende subsectoren en is stilgestaan bij de verschillen in opleidings- en denkniveau van de betrokken zorgverleners. In dit hoofdstuk wordt de hoofdvraag beantwoord en wordt stilgestaan bij mogelijke kanttekeningen bij dit onderzoek.

Uit vergelijking van de beïnvloedende factoren van de proefimplementatie en de geïncorporeerde studies met beïnvloedende factoren bij implementatie in de cure (zie sleutelartikel Fleuren e.a., 2002/2004) blijkt dat er geen 'nieuwe' factoren specifiek voor de care-sector naar voren zijn gekomen. Wel is er onderscheid tussen de cure en care in de mate waarin bepaalde factoren een rol spelen bij implementatie en kunnen sommige factoren voor de care verder of anders geconcretiseerd worden. De meeste verschillen in belangrijkheid van beïnvloedende factoren tussen de care en de cure lijken samen te hangen met de verschillen in het gemiddelde opleidingsniveau van de zorgverleners in deze sectoren. Zo zijn in de care-sector relatief veel verzorgenden werkzaam en in de cure relatief veel verpleegkundigen. In de verzorgingshuizen en in de thuiszorg lijkt het opleidings- en denkniveau van de verzorgenden het laagst. De volgende tekst richt zich alleen op die factoren die duidelijk een grote rol spelen bij implementatie in de care.

In de care worden aan bepaalde kenmerken van een richtlijn strengere eisen gesteld. Zo dient de richtlijn minder dik te zijn, beter leesbaar en een lager vereist denkniveau te hebben dan wanneer deze voor gebruik in de cure bedoeld is. Dit geldt ook voor de bij de richtlijn behorende (meet)instrumenten en formulieren. Als het effect van een richtlijn of instrument niet snel zichtbaar is, neemt de motivatie snel af. In de care bevordert samenwerking van de richtlijngebruiker met een (gespecialiseerd) verpleegkundige de implementatie (niveau zorgverlener). Met name in verzorgingshuizen hebben verzorgenden meer begeleiding (van verpleegkundigen) nodig. Kleine arbeidscontracten en wisselende diensten van verzorgenden maken gezamenlijke overleggen en trainingen met betrekking tot de implementatie of richtlijn moeilijk. In het verpleeghuis (PG) wordt het gezamenlijk werken volgens een nieuwe richtlijn bemoeilijkt door de vele helpenden en vrijwilligers waarmee samengewerkt wordt. In de thuiszorg hebben verzorgenden meer een adviserende rol en is het moeilijk voor hen over een ander (medisch) onderwerp te beginnen dan waarvoor ze in eerste instantie bij de cliënt kwamen.

Soms willen cliënten meedoen aan een proefimplementatie omdat zij de extra aandacht prettig vinden. Dit geldt vooral voor cliënten met een laag opleidingsniveau. Onduidelijk is hoe dit in de cure is. Waarschijnlijk hangt de bereidheid van de cliënt sterk samen met het onderwerp. Met name in de verpleeghuizen heeft men vaker te maken met cliënten die al langere tijd met een aandoening rondlopen. Afhankelijk van de aandoening is het dan veel moeilijker om resultaat te behalen, omdat cliënten al 'gewend' zijn om met de aandoening te leven, zelf geen kans op verbetering meer zien en daardoor minder bereid zijn zich voor behandeling in te zetten. Ook schaamte voor een aandoening speelt vaak mee. Op de psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen belemmeren cognitieve problemen van cliënten toepassing van een richtlijn. Toepassing wordt hier ook bemoeilijkt doordat alles met de naasten van de cliënt

besproken dient te worden. In de thuiszorg zijn de cliënten juist erg zelfstandig, waardoor de verzorgende vaak niet meer kan dan adviseren.

In de verzorgingshuizen werken andere disciplines vaak niet goed mee met de verzorgenden. In de verpleeghuizen werkt men vaak met erg weinig personeel (onderbezetting) en zijn veel teams gehospitaliseerd. Over het algemeen werkt het aandachtsvelderprincipe heel goed in de care. In de thuiszorg werken vele verzorgenden voor zich, waardoor het moeilijk is hen bij elkaar te krijgen, gezamenlijk een richtlijn te implementeren en te controleren. Dat nog niet volgens het zorgleefplan wordt gewerkt, belemmert implementatie van nieuwe richtlijnen. Het bestaande dossier is al erg uitgebreid en er is geen plaats meer voor nieuwe onderwerpen/items. Huisartsen, fysiotherapeuten en apotheken werken vaak niet goed mee.

Een organisatie die een nieuwe (uitwerking van een) richtlijn in het zorgleefplan wil opnemen, is bevorderend evenals de samenstelling van een praktijkgroep. In de thuiszorg is het bevorderend als (georganiseerde) apotheken materiaalkosten in de gaten houden en dit regelmatig terugkoppelen naar de teams. In verzorgingshuizen zijn goede contacten met een klein aantal georganiseerde disciplines bevorderend voor invoering van een multidisciplinaire richtlijn. In verpleeghuizen is de reeds bestaande multidisciplinaire samenwerking en reeds ingeburgerde professionalisering bevorderend. Op sociaal-politiek niveau is het passen van een richtlijn binnen regels en wetten in de care en cure bevorderend. Voor de care-sector houdt dit in dat de te implementeren richtlijn dient te voldoen aan de Normen Verantwoorde Zorg.

Discussie

Hieronder worden puntsgewijs de kanttekeningen bij de huidige proefimplementatie, onderzoeken en de gebruikte richtlijn beschreven. De kanttekeningen worden hier genoemd om aan te geven dat resultaten, conclusies en aanbevelingen met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

- De organisaties die deel hebben genomen aan deze proefimplementatie hadden zichzelf actief opgegeven hiervoor. Hierdoor zou het mogelijk kunnen zijn dat bij deze organisaties meer bevorderende omstandigheden voor implementatie van een richtlijn in het algemeen of voor deze specifieke richtlijn aanwezig waren.
- Het was moeilijk om thuiszorgteams of 'kleinschalig wonen'-teams deel te laten nemen. Grote organisaties die zich met andere teams opgaven, werden daarom gevraagd of zij ook met één van genoemde teams mee wilden doen. Er waren geen teams beschikbaar om verschillende redenen: de teams waren niet geschikt vanwege te veel onrust of andere samenwerkingsproblemen; ze hadden het te druk met het invoeren van allerlei andere veranderingen; de voortrekkers die mee wilden doen hadden geen enkele connectie met deze teams. Mogelijk had deelname van een team van een kleinschalige woonvorm nog specifieke of aanvullende beïnvloedende factoren voor implementatie opgeleverd.
- Er is gekozen voor een beperkte doorlooptijd van de proefimplementatie. Alhoewel de looptijd door de voortrekkers positief beoordeeld is, hebben niet alle voortrekkers en niet al hun collega's ten tijde van het project ervaring kunnen opdoen met alle onderdelen van de richtlijn. Dit was het geval als er sprake was van grote belemmerende factoren zoals bijvoorbeeld de omvorming van een afdeling naar een andere cliëntengroep. Ook konden hierdoor niet alle medewerkers alle vragen uit de vragenlijst beantwoorden.
- Uit de groepsinterviews bleek dat enkele voortrekkers nog bezig waren met het vraagstuk óf en hoe ze de richtlijn met het eigen protocol moesten integreren. De officiële status van de richtlijn ten opzichte van het eigen protocol moet dus binnen een paar organisaties nog gestalte krijgen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat enkele

organisaties na afloop van de proefimplementatieperiode nog niet klaar waren met de invoering van de richtlijn.

- Een grootschalige kwantitatieve evaluatie was door het kleine aantal deelnemende organisaties, en dus het kleine aantal deelnemende verpleegkundigen en verzorgenden, niet mogelijk. Hierdoor was op voorhand bekend dat mogelijke verschillen tussen de verschillende settings lastig aan te tonen zouden zijn. Dit is een bekend fenomeen bij proefimplementaties waarbij bewust de keuze wordt gemaakt om de implementatie slechts op beperkte schaal uit te proberen.
- Het literatuuronderzoek leverde geen beïnvloedende factoren op die aanvullend waren aan de in deze proefimplementatie gevonden factoren. Alhoewel met nadruk gezocht is op bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie, beschrijven veel geïncorporeerde artikelen geen bevorderende factoren maar het effect van bepaalde implementatieactiviteiten of -strategieën. Verder is het moeilijk conclusies te trekken uit de gevonden factoren, omdat deze vaak over heel specifieke medische onderwerpen gaan, in een heel specifieke setting onderzocht zijn en/of slechts door één studie zijn onderzocht. Er is daarom meer onderzoek nodig naar beïnvloedende factoren bij implementatie van richtlijnen in de care. Met name in de thuiszorg zijn zeer weinig studies verricht en van kenmerken op het niveau van de richtlijn, de cliënt en de sociaal-politieke omgeving is nog maar weinig bekend.

Alhoewel de richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' geschikt lijkt voor een proefimplementatie in de care, zijn er uit de verschillende onderzoeksvormen bij dit project enkele kenmerken van de richtlijn naar voren gekomen die de implementatie bemoeilijkten. Hieronder staan enkele verbeterpunten weergegeven:

- De dikte van de richtlijn dient aangepast te worden. Teksten dienen zodanig te worden aangepast, dat dezelfde inhoud compacter wordt weergegeven. Een andere optie is om de richtlijn in verschillende onderdelen beschikbaar te stellen. De verantwoording is reeds als apart document beschikbaar, maar de originele richtlijn blijft dusdanig dik dat (ook de hoger opgeleide) verpleegkundigen en verzorgenden hem niet lezen of raadplegen. Een suggestie is om alléén die informatie bij elkaar te zetten, die nodig is voor verpleegkundigen en verzorgenden om direct aan de slag te kunnen gaan.
- De aangereikte instrumenten dienen aangepast te worden aan denk- en kennisniveau en de werkwijze van verzorgenden in de verschillende care-settings. Het lijkt daarbij goed om uit te gaan van het laagste opleidingsniveau, namelijk van de medewerkers in de thuiszorg. Zij geven voorkeur aan een duidelijk te volgen stappenplan of beslisboom die overeenkomt met reeds bestaande werkwijzen of kwaliteitssystemen in de care-sector.
- Het hoofdstuk Implementatie van de richtlijn dient aangepast en aangevuld te worden met de implementatieadviezen die in deze proefimplementatie naar voren zijn gekomen. V&VN en V&VN Continentieverpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de herziening van de richtlijn. Zij zullen (na goedkeuring van dit rapport) op de hoogte worden gebracht van de resultaten van dit project.

5 Aanbevelingen

Op basis van de via de verschillende ingezette onderzoeksmethoden verzamelde gegevens konden niet alleen uitspraken gedaan worden over beïnvloedende factoren bij implementatie in de care, maar ook over in hoeverre de ingezette methodiek van implementatieondersteuning geschikt is voor een proefimplementatie én welke aanbevelingen er met betrekking tot implementatieactiviteiten gedaan kunnen worden. In dit hoofdstuk worden in de eerste plaats aanbevelingen gegeven voor verbetering van het coachingstraject. In de tweede plaats worden implementatiestrategieën en -activiteiten aanbevolen waarmee de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren in de care ondervangen kunnen worden.

5.1 Aanbevelingen opzet proefimplementatie voor de care

De in het huidige project toegepaste en geëvalueerde methodiek lijkt geschikt om als implementatiestrategie te gebruiken voor proefimplementatie van (multidisciplinaire) richtlijnen in de care en kan daarmee een voorbeeld zijn voor proefimplementaties in de care. Samengevat zijn de verbeterpunten voor dit coachingstraject:

- Begeleid in één traject voortrekkers van eenzelfde discipline en kennis- en denkniveau
- Houd de contextanalyse zo simpel en klein mogelijk
- Werk de implementatieadviezen op maat uit in een stappenplan
- Selecteer voortrekkers met minimaal verzorgende IG niveau en voor de thuiszorg verpleegkundig niveau.

Hieronder worden de succesfactoren en verbeterpunten in aanbevelingen uit geschreven:

Er dient zowel inhoudelijke, als implementatieondersteuning gegeven te worden. Dit kan het beste verdeeld worden over een periode van vijf á zes maanden. De inhoudelijke ondersteuning kan het beste gegeven worden door inhoudsdeskundigen die betrokken zijn geweest bij ontwikkeling van de richtlijn. Wat betreft implementatieondersteuning is een contextanalyse waarmee zowel informatie over de implementatieomstandigheden verkregen wordt, als ook tegelijkertijd collega's direct geïnformeerd en betrokken worden, een ideale manier om een implementatie in een care-sector te starten. De vragen van de contextanalyse dienen zo eenvoudig mogelijk geformuleerd te worden en het aantal vragen dient beperkt te blijven (maximaal tien). De (op de contextanalyse gebaseerde) implementatieadviezen 'op maat' dienen vertaald te worden naar een stappenplan, zodat de voortrekkers een beter beeld hebben van de volgorde waarin ze de implementatieactiviteiten het beste kunnen inzetten. Het betrekken van de teamleiders/ leidinggevenden van de voortrekkers bevordert de benodigde ondersteuning en facilitering van de voortrekkers.

Voor optimaal leereffect van de voortrekkers is het aan te bevelen om voortrekkers van eenzelfde functieniveau in een coachingstraject te plaatsen. Voortrekkers in de thuiszorg kunnen het beste een verpleegkundig opleidingsniveau hebben. In de verzorgings- en verpleeghuizen kunnen dit zowel verpleegkundigen als verzorgenden IG zijn. Verder is het van groot belang voor een succesvolle implementatie om bij de selectie van voortrekkers te selecteren op voldoende communicatieve en enthousiasmerende capaciteiten, initiatief en creativiteit en aanzien binnen de organisatie.

5.2 Aanbevelingen implementatieactiviteiten voor de care

Hieronder volgen aanbevelingen met betrekking tot in te zetten implementatiestrategieën en -activiteiten bij proefimplementatie van een multidisciplinaire richtlijn in de care. Omdat implementatiestrategieën dienen om gebruik te maken van aanwezige bevorderende factoren of om belemmerende factoren weg te nemen of om te zetten in bevorderende factoren, kunnen de

aanbevelingen gestructureerd worden volgens de zes verschillende niveaus van het LEVV-model (2010). In Figuur 2 is dit schematisch weergegeven.

Niveau 1: de richtlijn

Het is voor een goede implementatie belangrijk dat een nieuwe richtlijn, praktijkkaart of protocol goed aansluit bij de bestaande kwaliteitssystemen en werkwijze binnen de organisaties en bij bestaande protocollen en richtlijnen op een bepaald gebied. Indien dit nog niet voldoende het geval is, ligt hier een taak voor de voortrekker. Belangrijk is dat de voortrekker daarbij ondersteuning vraagt en krijgt van bijvoorbeeld de teamleider, kwaliteitsfunctionaris of een gespecialiseerd verpleegkundige. Aangepaste instrumenten of protocollen dienen volledig te zijn, maar wel zo kort en eenvoudig mogelijk. Ze dienen aan te sluiten bij het opleidings-, denk- en kennisniveau van de laagst opgeleiden die er mee moeten gaan werken. Het bundelen van alle benodigde protocollen, lijstjes en/of instrumenten rondom een bepaald onderwerp bevordert het begrip en het gebruik ervan.

Niveau 2: zorgverleners

Voor een probleem als urine-incontinentie, dat vaak als iets vanzelfsprekends wordt beschouwd, dient eerst de bewustwording over dat preventie en behandeling effectief is, te worden vergroot. Wanneer weinig bewustwording verwacht wordt, is het aan te bevelen dat de voortrekker is eerst zelf de richtlijn toepast. De resultaten hiervan kunnen vervolgens bijdragen aan inzicht in opbrengsten van werken met de richtlijn. Wanneer er kosten met de nieuwe werkwijze bespaard kunnen worden, verdient het aanbeveling ook dit inzichtelijk te maken voor de beoogde gebruikers van de richtlijn. Als bewustwording verbeterd is, kan de inhoudelijke kennis vergroot worden. Een teamleider dient alle verzorgenden tot het volgen van de training te motiveren en het bijwonen eventueel als verplichting op te nemen.

Niveau 3: cliënt

Begin met (laten) toepassen van de nieuwe richtlijn bij die cliënten bij wie redelijk snel en gemakkelijk goed zichtbare resultaten te behalen zijn, zodat motivatie van de beoogde richtlijngebruikers behouden blijft. De kenmerken van een cliënt die implementatie van een richtlijn kunnen belemmeren of bevorderen zijn erg afhankelijk van het specifieke zorgprobleem. In het geval van een aandoening waarbij schaamte bij de cliënt en familie een grote rol speelt, is het belangrijk dat de zorgverlener het onderwerp bespreekbaar maakt. In het geval van urine-incontinentie kan de PRAFAB hierbij ondersteunend zijn. Op de PG-verpleeghuisafdelingen dient overlegd en afgestemd te worden met de naasten van de cliënt alvorens een algemene richtlijn toegepast wordt. Dit geldt met name bij cliënten met cognitieve en/of gedragsproblemen. Stel realistische doelen over nog te behalen winst bij deze groep. In de thuiszorg dient de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van cliënten gerespecteerd te worden en is de rol van verzorgenden voornamelijk adviserend.

Niveau 4: team

De voortrekker dient de teamleider regelmatig te informeren en te betrekken bij de implementatie. De teamleider dient mentale en praktische ondersteuning te bieden aan de voortrekker, aandachtsvelders, projectgroepjes en andere betrokkenen bij de implementatie van een richtlijn. In de thuiszorg werkt ieder voor zich en is goede aansturing en coaching van de verzorgenden door een verpleegkundige cruciaal. Deze verpleegkundige dient tevens aanspreekpunt en coördinator te zijn voor de samenwerking met de andere disciplines. Ook het aandachtsvelderprincipe, waarbij een verzorgende 'verantwoordelijk' wordt gesteld voor het onderwerp van de te implementeren richtlijn, werkt hier goed. Beide strategieën kunnen naast elkaar ingezet worden. Ook in de verzorgingshuizen en verpleeghuisteamen lijkt het aandachtsvelderprincipe goed te werken. Belangrijk bij het implementeren van multidisciplinaire

richtlijnen is het betrekken van de relevante andere disciplines. Neem het multidisciplinaire onderwerp op als vast item in het teamoverleg of MDO.






Niveau 5: organisatie/care-setting

In de thuiszorg dient er als eerste voor gezorgd te worden dat de basiswerkwijze rondom het zorgleefplan goed geïmplementeerd is alvorens met nieuwe richtlijnen aan de slag te gaan. Vervolgens dient de samenwerking met relevante disciplines verbeterd te worden (ook in verzorgingshuizen). De voortrekker dient hierbij ondersteuning te krijgen van teamleider of kwaliteitsfunctionaris. Indien nodig dient het hoger management betrokken en ingeschakeld te worden om afspraken af te dwingen. Stem de benodigde aanpassingen aan de protocollen en instrumenten af met kwaliteitsfunctionarissen en laat ze vervolgens opnemen in het zorgdossier of zorgleefplan. Zoals reeds bekend vanuit de curatieve sector: start niet met een implementatie terwijl er reorganisaties en cursussen plaatsvinden, die de aandacht en tijd van de zorgverleners al opeisen.

Niveau 6: sociaal-politieke omgeving

Wijzen op de eisen die vanuit de normen Verantwoorde Zorg worden gesteld kan bevorderend en als stimulerend worden ervaren. In de verpleeghuizen is men echter wat terughoudend door de gedachte dat wanneer voor elke norm uit het kwaliteitskader 'lijstjes' moeten worden ingevuld, dit niet haalbaar is. Organisaties dienen daarom goed af te wegen welke instrumenten ze willen inzetten, om aan de normen te voldoen. Vanuit het Kwaliteitskader zouden meer handvatten gegeven kunnen worden over hoe organisaties aan de normen kunnen voldoen. Dit geldt met name voor de thuiszorg.

Figuur 2. Succesvolle implementatie-activiteiten voor (multidisciplinaire) richtlijnen in de care, uitgesplitst naar niveau van beïnvloedende factoren.

| Niveau | | Implementatieactiviteiten care algemeen | Implementatieactiviteiten specifieke care-setting |
|-------------------------------|---|--|--|
| Richtlijn |  | <ul style="list-style-type: none"> - Bundel alle benodigde lijsten/materialen - Pas praktijkkaart en instrumenten aan aan bestaand kwaliteitssysteem en reeds in gebruik zijnde protocollen - Pas praktijkkaart en instrumenten aan aan laagste opleidingsniveau dat met de kaart moet werken | |
| Zorgverleners |  | <ul style="list-style-type: none"> - Vraag ondersteuning van teamleider, kwaliteitsfunctionaris of gespecialiseerd verpleegkundige bij aanpassen van praktijkkaart of bestaand protocol - Pas eerst zelf richtlijn toe - Vergroot bewustwording en inhoudelijke kennis van verzorgenden | <ul style="list-style-type: none"> - Thuiszorg: teamleider motiveert en verplicht verzorgenden tot bijwonen trainingen omtrent richtlijn |
| Clïënt |  | <ul style="list-style-type: none"> - Pas richtlijn in eerste instantie alleen toe bij cliënten bij wie snel en gemakkelijk goede resultaten te behalen zijn, dit zijn veelal nieuwe cliënten - Maak onderwerpen waarbij schaamte een rol kan spelen, bespreekbaar bij cliënt en/of naasten van cliënt | <ul style="list-style-type: none"> - Thuiszorg: pas taak verzorgenden aan aan zelfstandigheid en zelfredzaamheid cliënt: meer adviserende rol - Verpleeghuis PG: betrek en informeer familie van cliënt - Verpleeghuis en verzorgingshuis: stel realistische doelen over te behalen winst bij cliënten die al langer dan 3 maanden incontinent zijn of cognitieve en/of gedragsproblemen hebben |
| Team |  | <ul style="list-style-type: none"> - Zet projectgroepjes, koppels of aandachtsvelders in ter ondersteuning van voortrekker - Informeer en betrek relevante disciplines - Neem onderwerp richtlijn op als vast item teamoverleg of MDO - Teamleider biedt mentale en praktische ondersteuning aan voortrekker en aandachtsvelders | <ul style="list-style-type: none"> - Thuiszorg: een verpleegkundige stuurt aan en coacht de verzorgenden - Thuiszorg: een verpleegkundige is aanspreekpunt en coördinator voor multidisciplinaire samenwerking |
| Organisatie/ care-setting | | <ul style="list-style-type: none"> - Ga na wat bestaande kwaliteitssysteem en werkwijze binnen de organisatie is en sluit hier zoveel mogelijk bij aan - Neem aangepast protocol op in zorgleefplan/ zorgdossiers | <ul style="list-style-type: none"> -Thuiszorg: maak eerst basiswerkwijze rondom het zorgleefplan in orde - Verzorgingshuizen + thuiszorg: verbeter samenwerking met relevante disciplines. Schakel hoger management in voor initiëren en vastleggen van afspraken voor multidisciplinaire samenwerking |
| Sociaal-politieke omgeving |  | <ul style="list-style-type: none"> - (Wijs op) aansluiting bij normen Verantwoorde Zorg - Hoger management weegt af welke instrumenten in te zetten om aan de normen te voldoen - Ontwikkel meer handvatten voor organisaties hoe aan de normen voldaan kan worden | |

Belemmerende en bevorderende factoren bij proefimplementatie van een richtlijn in de care

Gebruikte afkortingen

| | |
|---------------|--|
| EVV'er | Eerste Verantwoordelijke Verzorgende |
| MDO | multidisciplinair overleg |
| PG | psychogeriatrisch |
| Richtlijn UIO | Richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen (LEVV, 2010) |
| UI | urine-incontinentie |
| ZZP | zorgzwaartepakket |

Referenties

Cox K., Holleman G., Linge R. van. Implementatie van richtlijnen in de praktijk. Ervaringen uit het I-impuls-project. Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice. 2010 Jan 1; pages 4-7.

Fleuren M., Wiefferink, K., Paulussen, T. 2004. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. Int J Qual Health Care. 2004 Apr;16(2):107-23.

Francke A.L., Smit M.C., de Veer A.J., Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. BMC Med Inform Decis Mak. 2008 Sep 12;8:38. Review. PubMed PMID: 18789150;

Grol R., Grimshaw J. 2003. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients. The Lancet, Volume 362, Issue 9391, pages 1225-1230.

Grol R. & Wensing, M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Elsevier Gezondheidszorg, 2006

Holleman G. 2008. LEVV Werkmodel Implementatie. Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV).

Holleman G., Cox K., Lingen R. van. 2009. Eindverslag evaluatieonderzoek Implementatie impuls. ZonMw.

Holleman G. & Tol M., van. 2008. Vragenlijst Contextanalyse. Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV).

Holleman G. & Tol M., van. 2008. Model beïnvloedende factoren bij implementatie richtlijnen in de zorg. Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV).

Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV). 2010. Richtlijn urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen.

Li L.C., Grimshaw J.M., Nielsen C., Judd M., Coyte P.C & Graham I.D. 2009 Use of Communities of practice in business and health care sectors: A systematic review. Implementation Science, 4, 27.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2006. Urinary incontinence. The management of urinary incontinence in women.

Universiteit Maastricht, Department of Health Care and Nursing Science. 2008. Landelijke Prevalentiemeting zorgproblemen. Rapportage resultaten 2008. Maastricht. Universitaire Pers Maastricht.

Wenger E. 1998. Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity. New York: Cambridge University Press.

Bijlagen

Bijlage 1. Kenmerken deelnemende organisaties en voortrekkers

| Sector | Kenmerken organisatie: geografische ligging | Kenmerken organisatie: stad/platteland | Kenmerken organisatie: grootte | Kenmerken locatie: grootte | Kenmerken afdeling: samenstelling cliëntengroep | Functie voortrekker | |
|--|---|---|---|--|---|--|----|
| Thuiszorg | Provincie Utrecht Regio Eemland | Grote stad 147.000 inwoners | 9 woonzorgcentra, 4 verpleeghuizen en dependances, thuiszorglocaties | | thuiswonend | Gespecialiseerd verpleegkundige: Incontinentie- verpleegkundige | 1 |
| Verzorgingshuis Gemengde afdelingen | Friesland | In centrum stad 45.000 inwoners | 1 woonzorgcentrum | 140 cliënten | Gemengd | Verzorgende IG | 2 |
| | | | | | Gemengd | Verzorgende IG | 3 |
| | Provincie Utrecht Midden | Grote stad 311.000 inwoners | 6 zorgcentra, 7 wooncentra, 3 woonzorgcentra | 74 cliënten plus 27 cliënten op verpleegunit | gemengd | Praktijkverpleeg- kundige | 4 |
| | | | | 127 appartementen | gemengd | Praktijkverpleeg- kundige | 5 |
| Verpleeghuis Somatische afdelingen | Provincie Utrecht Noord | Stadje 25.000 inwoners | 2 verpleeghuizen, woonzorgcentrum | 76 cliënten | somatisch Korsakov en verslaving | Verzorgende IG | 6 |
| | Noord-Holland Noord | Aan rand stad 57.000 inwoners | 8 verpleeghuizen, 8 verzorgingshuizen en woonzorgcentra | 180 cliënten | somatisch | EVV'er en verpleegkundige in opleiding | 7 |
| Verpleeghuis PG-afdelingen | West-Friesland | Dorp 2.000 inwoners | 8 verpleeghuizen, 8 verzorgingshuizen en woonzorgcentra | 200 cliënten | Psychogeriatrisch (PG) | Nurse practitioner in opleiding | 8 |
| | Provincie Utrecht Noord | Stadje 25.000 inwoners | 2 verpleeghuizen, woonzorgcentrum | 76 cliënten | Psychogeriatrisch (PG) | Verzorgende IG | 9 |
| | Provincie Utrecht Regio Eemland | In centrum grote stad 147.000 inwoner | 9 woonzorgcentra, 4 verpleeghuizen en dependances, thuiszorg | 120 cliënten | Psychogeriatrisch (PG) | Afdelingsmanage r | 10 |

Bijlage 2. Document 'Afspraken'

Inspanningen ten behoeve van de training 'Urine incontinentie bij kwetsbare ouderen'



Aanleiding

Het LEVV voert in opdracht van de Regieraad het proefimplementatie project 'Urine incontinentie bij kwetsbare ouderen' uit. In het kader van dit project stimuleren voortrekkers, teamleiders/managers en coaches van het LEVV multidisciplinaire teams in verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en kleinschalige woonvormen in het deskundig en zorgvuldig omgaan met urine incontinentie bij kwetsbare ouderen. De voortrekkers nemen deel aan de door het LEVV verzorgde trainingen.

De ondertekenaars van dit document vinden het van groot belang dat de trainingen en de invoering van de richtlijn succesvol verlopen en dat voor alle betrokkenen duidelijk is wat men van hen kan verwachten. Zij zullen zich inspannen om de trainingen en de invoering van de richtlijn 'Urine incontinentie bij kwetsbare ouderen' op de volgende wijze te ondersteunen.

Voortrekker (deelnemer training)

1. is vaardig en competent t.a.v. omgaan (signaleren, verplegen en verzorgen) met urine incontinentie bij kwetsbare ouderen;
2. is op de hoogte van de inhoud van de richtlijn en de training;
3. stelt zich als voortrekker op;
4. verstrekt informatie over doelstellingen van de training;
5. zorgt dat na elke trainingmiddag teruggekoppeld wordt aan het hele team wat er is besproken en gebeurd;
6. demonstreert gedrag dat voortvloeit uit de aanbevelingen van de richtlijn;
7. instrueert en motiveert collega's;
8. geeft feedback en stimuleert de teamleden tot het geven van feedback aan elkaar.
9. zorgt dat afspraken en geplande verbeteracties voor elk (multidisciplinair) teamlid toegankelijk zijn.

Teamleider/manager

1. is opdrachtgever;
2. bespreekt de voortgang van het traject 'Urine incontinentie bij kwetsbare ouderen' regelmatig tijdens team- en/of werkoverleg;
3. faciliteert en ondersteunt de voortrekker;
4. stelt de voortrekker in de gelegenheid om deel te nemen aan de trainingen van het LEVV;
5. evalueert afspraken en verbeteracties tijdens teambijeenkomsten.

LEVV coach

1. is verantwoordelijk voor het coachen van de voortrekker in het stimuleren van zijn/haar team en begeleidt de uit te voeren (team)opdrachten;
2. maakt individuele afspraken met de voortrekker over de gewenste ondersteuning tijdens de training.

Dit document geldt van 15 oktober 2010 t/m 15 maart 2011 en is in drievoud opgemaakt.

| | Voortrekker | Teamleider/manager | LEVV coach |
|--------------|-------------|--------------------|------------|
| handtekening | | | |
| naam | | | |

Bijlage 3. Expertgroep

| | Organisatie/ vereniging | Functie | Relevante informatie |
|--------------------------|---|---------------------------------------|---|
| Henk Jan Mulder | Martini Ziekenhuis V&VN Continentie- verpleegkundigen & verzorgenden | Nurse practitioner urologie | Voorzitter expertgroep bij ontwikkeling van de richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' Expert bij ontwikkeling van de richtlijn 'Urine-incontinentie vrouwen' |
| Danielle van Rijn | Bekkenfysiotherapie Baarn NVFB | (Bekken)fysio- therapeut | Expert bij ontwikkeling van de richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' |
| Paul van Houten | Zonnehuisgroep Amstelland Verenso | Specialist Ouderengenees- kunde | Betrokken bij Zorg voor Beter 'Verbetertraject Continentie' Expert bij ontwikkeling van de richtlijn en richtlijn 'Urine-incontinentie vrouwen' |
| Marcel Blankhorst | Zorggroep De Leiboom (is per 1 april 2011: Carinova Woonzorg) | Verzorgende en teamleider | Deelnemer Zorg voor Beter 'Verbetertraject Continentie' |
| Aart Eliens | V&VN | Senior beleidsadviseur V&VN | Kernteamlid Zorg voor Beter 'Verbetertraject continentie' Betrokken bij aanvraag opdracht 'Testen van de richtlijn Urine- incontinentie bij kwetsbare ouderen door proefimplementatie in vijf care- settings' |

Bijlage 4. Vragenlijst contextanalyse care

1.



Welke kant gaan we op?

Wat willen we verbeteren aan de zorg rondom urine-incontinentie?

2.



a. Wie in onze organisatie zijn allemaal betrokken bij *de zorg* rondom urine-incontinentie?

b. Wie in onze organisatie moeten nog allemaal betrokken worden bij de *invoering van deze richtlijn*?

c. Wie in onze organisatie moeten (straks) op de hoogte zijn van de *inhoud van de richtlijn*?

3.



Welke obstakels denken we tegen te komen als we de richtlijn gaan invoeren?

4.



- a. Welke andere projecten/trajecten zijn er al bezig op de afdeling?
- b. Aan welke van deze projecten/trajecten kunnen we de invoering van de richtlijn koppelen?

5.



Wanneer en hoe nemen we de tijd om (tussentijdse) resultaten vast te stellen?

6.



Wanneer en hoe nemen we de tijd om (tussentijdse) resultaten vast te stellen?

7.



Aan welke voorwaarden moet voldaan zijn om te kunnen starten met de invoering van de richtlijn?
Met andere woorden: wanneer krijgen we groen licht?

8.



Hoe zorgen we ervoor dat er continu aandacht blijft voor deze richtlijn?

9.



Hoe voorkomen we dat we terugvallen in onze oude manier van benaderen/handelen?

10.



- a. Wanneer stoppen we met de activiteiten die de invoering van de richtlijn bevorderen?
- b. Wat hebben we dan tenminste gedaan of bereikt?

11.



Hoe betrekken we de oudere met urine-incontinentie bij de uitvoering van de aanbevelingen uit de richtlijn ?

12



Welke rol heeft de familie in de zorg rondom de toiletgang?

13



In hoeverre is er druk (van binnen of buiten de organisatie) om de zorg rondom urine-incontinentie te verbeteren?

Bijlage 5. Logboek

Logboek – Wat gebeurt er?

Leren door middel van een richtlijnproject is 'fun'. Als je het goed doet leer je veel en wat je leert blijft je bij. Het is onvermijdelijk dat je fouten maakt. Dat is ook niet erg, als je er maar van leert. Een logboek is een noodzakelijk hulpmiddel om deze lessen niet te missen. Het helpt je later bij de evaluatie.

Wat is een logboek precies?

Een logboek is in dit geval een registratie van wat er allemaal gebeurt tijdens het invoeren van de richtlijn. In het logboek maak je aantekeningen van iedere belangrijke gebeurtenis, voorzien van relevante gegevens als tijd, personen en commentaar. Relevant commentaar betreft bijvoorbeeld:

- wat ging er goed? En waarom ging het goed?
- wat waren de oorzaken van een fout of een afwijking ten opzichte van de planning?
- wat is belangrijk om te onthouden voor de evaluatie?
- etc.

Een logboek is geen planning

Haal ze niet door elkaar: een logboek is heel wat anders dan een planning. Ook al gaan ze grotendeels over dezelfde gebeurtenissen.

Een **planning** maak je vooraf om de voorgenomen activiteiten zo efficiënt mogelijk te organiseren. Hoe beter de planning, hoe beter het resultaat, de hoeveelheid werk die je kunt doen en hoe hoger de kwaliteit ervan. Je kunt een planning bijstellen als nieuwe informatie dat nodig maakt, maar dat betreft alleen zaken die nog moeten gebeuren.

Een logboek is een registratie van wat werkelijk is gebeurd. Vooral die zaken die afwijken van de planning. Je probeert altijd zo objectief mogelijk vast te stellen waardoor die afwijkingen zijn veroorzaakt. Wacht daar niet mee. Op het moment zelf kun je veel beter vaststellen wat die oorzaken waren. Laat het daarbij niet bij het noemen van oppervlakkige redenen, zoals 'Sonja was de hele ochtend met de dossiers bezig'. Daar leert niemand veel van. Sonja zal dus moeten aangeven waarom zij niets aan de uitvoering van de richtlijn deed, hoewel dat wel was afgesproken. Bijvoorbeeld dat ze het niet snapte, of dat ze niet genoeg gemotiveerd of ondersteund is om de handelingen toe te passen.

Een voorbeeld van een logboek

Op de achterkant van dit werkblad vind je een logboek wat je kunt gebruiken. Het logboek bestaat uit 2 onderdelen: *deel 1* gaat over de *implementatie van de richtlijn*. Per implementatieactiviteit, bijv. een informatiebijeenkomst die je voor afdelingsmanagers organiseert, kun je aangeven wat er goed ging, wat er minder goed ging en wat je hier eventueel aan gaat doen. *Deel 2* gaat over de *uitvoering van de richtlijn* bij cliënten/bewoners en wat daarbij goed en minder goed ging, en hoe je hiermee om kunt gaan.

LOGBOEK van**DEEL 1: Logboek gericht op implementatieactiviteiten bij de invoering van de richtlijn**

| <i>Datum</i> | <i>Doel (zo SMART mogelijk)</i> | <i>Uitgevoerde implementatieactiviteit (bijv. informereren collega's via bijeenkomst)</i> | <i>Resultaat</i> | <i>Waardoor verliep het goed?</i> | <i>Waar liep je tegenaan? Hoe heb je dit opgelost/welke actie ga je nu ondernemen?</i> |
|--------------|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

DEEL 2: Logboek gericht op toepassing van de richtlijn bij cliënten

| <i>Datum</i> | <i>Cliëntgegevens (anoniem)</i> | <i>Probleem bij cliënt (Specifieke reden voor toepassing richtlijn)</i> | <i>Uitgevoerde activiteit(-en) uit richtlijn</i> | <i>Knelpunten bij uitvoering van deze activiteit(-en)</i> | <i>Hoe heb je dit opgelost/aangepakt?</i> |
|--------------|---------------------------------|---|--|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Bijlage 6. Vragenlijst



**Vragenlijst Proefimplementatie richtlijn 'Urine-incontinentie
bij kwetsbare ouderen' in de care**

Maart 2011

Toelichting

Uw organisatie neemt deel aan een traject waarin de richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' binnen de organisatie geïmplementeerd wordt via verpleegkundige en/of verzorgende 'voortrekkers'. Deze voortrekkers worden bij de implementatie gecoacht in een speciaal daarvoor opgesteld coachingstraject van de V&VN. Aan het coachingstraject en de implementatie is een onderzoek gekoppeld, waarin we antwoord proberen te krijgen op de vragen of het haalbaar is om de richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' te implementeren in verschillende care-sectoren, en wat daarbij belemmerende en bevorderende factoren zijn. De richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' is een multidisciplinaire richtlijn. We zijn daarom geïnteresseerd naar de ervaring en mening van verschillende disciplines die bij de implementatie van de richtlijn betrokken zijn. Om deze reden bent u door de voortrekker gevraagd deze vragenlijst in te vullen.

Bij de meeste vragen kunt u kiezen uit een aantal antwoordmogelijkheden. U kunt telkens slechts één antwoord kiezen, tenzij dat anders is aangegeven. Zet in het voor u passende hokje een kruisje. In verband met de verwerking van de antwoorden het liefst op de volgende manier:

niet zo **p** maar zo **x**

Wanneer u zich **vergist** bij het aankruisen van een antwoord kunt u dit als volgt herstellen: u kleurt het hokje voor het foute antwoord helemaal in en zet vervolgens een kruisje in het hokje voor het juiste antwoord.

n Ja (fout antwoord)
x Nee (juiste antwoord)

Omdat voor het onderzoek alle vragen van belang zijn willen wij u verzoeken **geen vragen** over te slaan. Het is erg belangrijk dat u alle vragen zorgvuldig leest en beantwoordt.

Na het invullen kunt u de vragenlijst teruggeven aan de voortrekker. Deze zal deze dan weer retourneren aan het NIVEL, dat het onderzoek uitvoert.

Mocht u vragen of opmerkingen hebben, dan kunt u contact opnemen met de voortrekker(s) binnen uw organisatie of met dr. Renate Verkaik, telefoon: 030 2 729 700 / E-mail: r.verkaik@nivel.nl.

Veel succes met het invullen en alvast bedankt voor uw medewerking.

A. Achtergrond

1. Bent u 'voortrekker' bij de invoering van de richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' (dit betekent dat u het coachingsprogramma van de V&VN volgt)

- Ja
- Nee

2. Bij welke locatie waar de richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen wordt ingevoerd bent u werkzaam/betrokken?

.....

3. Tot welke care-sector kan deze locatie gerekend worden? (meer antwoorden mogelijk)

- Verzorgingshuizen
- Thuiszorg
- Kleinschalige woonvormen voor ouderen niet zijnde verpleeghuiszorg
- Somatische verpleeghuiszorg
- Psychogeriatrische verpleeghuiszorg
- anders namelijk,.....

4. Wat is uw functie? (meer antwoorden mogelijk)

- directie(-lid)
- (locatie-)manager
- (waarnemend) afdelingshoofd
- teamleider
- verpleegkundige
- incontinentieverpleegkundige
- EVV-er
- verzorgende ig
- verzorgende
- helpende
- zorghulp
- verpleegkundig specialist
- specialist ouderengeneeskunde
- huisarts
- fysiotherapeut
- bekkenfysiotherapeut
- ergotherapeut
- anders, namelijk.....

5. Wat is de hoogste opleiding die u heeft voltooid met een diploma?

- middelbaar (beroeps)onderwijs, te weten.....
(naam opleiding)
- hoger (beroeps)onderwijs, te weten.....
(naam opleiding)
- anders, namelijk.....

6. Zelfstandigheid in werk

| | <i>nooit</i> | <i>soms</i> | <i>vaak</i> | <i>altijd</i> |
|--|--------------|-------------|-------------|---------------|
| a Heeft u vrijheid bij het uitvoeren van uw werkzaamheden? | q | q | q | q |
| b Heeft u invloed op de planning van uw werkzaamheden? | q | q | q | q |
| c Heeft u invloed op het werktempo? | q | q | q | q |
| d Kunt u zelf bepalen hoe u uw werk uitvoert? | q | q | q | q |
| e Kunt u uw werk even onderbreken als u dat nodig vindt? | q | q | q | q |
| f Kunt u zelf de volgorde van uw werkzaamheden bepalen? | q | q | q | q |
| g Kunt u meebeslissen over het tijdstip waarop iets af moet zijn? | q | q | q | q |
| h Kunt u zelf bepalen hoeveel tijd u aan een bepaalde activiteit besteedt? | q | q | q | q |
| i Lost u problemen in uw werkzaamheden zelf op? | q | q | q | q |
| j Kunt u uw werk zelf indelen? | q | q | q | q |
| k Kunt u zelf de inhoud van uw werkzaamheden bepalen? | q | q | q | q |

B. Bruikbaarheid richtlijn 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen'

7. De richtlijn bevat adviezen op het gebied van (1) diagnostiek/anamnese, (2) behandeling, en (3) interventies gericht op toiletgang. Kunt u aangeven hoe u de bruikbaarheid van deze adviezen beoordeelt? (een advies kan bruikbaar zijn ook als het maar voor enkele cliënten toepasbaar is).

| | <i>slecht</i> | <i>matig</i> | <i>voldoende</i> | <i>goed</i> | <i>Geen mening</i> |
|--|---------------|--------------|------------------|-------------|--------------------|
| Diagnostiek/anamnese: | | | | | |
| - Anamnese gericht op urine-incontinentie | q | q | q | q | q |
| - Mictiedagboek | q | q | q | q | q |
| - Nagaan factoren die van invloed zijn op urine-incontinentie | q | q | q | q | q |
| - Nagaan ernst en impact urine-incontinentie | q | q | q | q | q |
| Behandeling: | | | | | |
| - Geven van leefstijladviezen | q | q | q | q | q |
| - Bekkenbodemspiertraining (bij stress incontinentie) | q | q | q | q | q |
| - Blaastraining (bij urge of aandrangincontinentie) | q | q | q | q | q |
| - Behandeling d.m.v. medicatie (bij urge of aandrangincontinentie) | q | q | q | q | q |

slecht matig voldoende goed geen
e mening

Interventies gericht op toiletgang:

| | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Toiletgang na attenderen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Instructies over toilethouding en uitplassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - (Advies over) gebruik incontinentie absorptiemateriaal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Huidverzorging | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. Haalbaarheid implementatie

8. Hoe haalbaar acht u de structurele invoering van de *richtlijn urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen* door voortrekkers binnen de locatie?

- zeer goed haalbaar
- goed haalbaar
- voldoende haalbaar
- matig haalbaar
- slecht haalbaar

9. Hoe haalbaar acht u implementatie van *multidisciplinaire richtlijnen* door voortrekkers in het algemeen binnen deze sector?

- zeer goed haalbaar
- goed haalbaar
- voldoende haalbaar
- matig haalbaar
- slecht haalbaar

D. Bevorderende en belemmerende factoren

10. Welke kenmerken van de richtlijn urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen werken *bevorderend of belemmerend bij de implementatie?*

Als er bij een bepaald onderdeel geen bevorderende of belemmerende factoren spelen, zet dan een streepje.

| | | |
|--------------------------------|--------------|----|
| Kenmerken richtlijn | Bevorderend: | 1. |
| | | 2. |
| | | 3. |
| | Belemmerend: | 1. |
| | | 2. |
| | | 3. |
| Kenmerken zorgverleners | Bevorderend: | 1. |
| | | 2. |
| | | 3. |

| | | |
|---|--------------|----------------|
| | Belemmerend: | 1. 2. 3. |
| Kenmerken cliënten/patiënten | Bevorderend: | 1. 2. 3. |
| | Belemmerend: | 1. 2. 3. |
| Kenmerken team | Bevorderend: | 1. 2. 3. |
| | Belemmerend: | 1. 2. 3. |
| Kenmerken organisatie/ care-setting | Bevorderend: | 1. 2. 3. |
| | Belemmerend: | 1. 2. 3. |
| Kenmerken sociaal-politieke omgeving | Bevorderend: | 1. 2. 3. |
| | Belemmerend: | 1. 2. 3. |

E. Evaluatie coachingsprogramma V&VN (alleen te beantwoorden door voortrekkers)

11. In hoeverre hebben de volgende onderdelen van het coachingsprogramma u ondersteund bij het implementeren van de richtlijn urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen?

| | <i>Niet</i> | <i>Nauwelijks</i> | <i>Enigszins</i> | <i>Behoorlijk</i> | <i>In sterke mate</i> |
|--|-------------|-------------------|------------------|-------------------|-----------------------|
| - De bijeenkomsten | q | q | q | q | q |
| - De aangereikte instrumenten (bijv. praktijkkaart, high five, verkeersborden) | q | q | q | q | q |
| - De implementatieadviezen specifiek voor uw locatie | q | q | q | q | q |
| - De telefonische adviezen van de implementatiecoach | q | q | q | q | q |

12. Hoe zou het coachingsprogramma verbeterd kunnen worden? Denk hierbij bijvoorbeeld aan inhoud, opzet en organisatie.

13. Welk cijfer zou u het coachingsprogramma willen geven? (graag omcirkelen)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bedankt voor uw medewerking!

Bijlage 7. Topiclist interviews

- 1) Voortrekkers geven globaal aan hoe ze proefimplementatie hebben aangepakt
- 2) Hoe bruikbaar is de richtlijn in de verpleeghuis-/verzorgingshuis-/thuiszorgsector?
- 3) Hoe haalbaar is het om de richtlijn daadwerkelijk te implementeren?

Hoe haalbaar is het überhaupt om multidisciplinaire richtlijnen in de verpleeghuis/verzorgingshuis/thuiszorgsector te implementeren?
- 4) Wat zijn factoren (geweest) die de implementatie van de richtlijn bevorderen? Op het niveau van de richtlijn, cliënt, zorgverleners, team, organisatie, sociaal-politiek?
- 5) Wat zijn factoren (geweest) die de implementatie van de richtlijn belemmeren? Op het niveau van de richtlijn, cliënt, zorgverleners, team, organisatie, sociaal-politiek?
- 6) Wat is bij deze bevorderende en belemmerende factoren specifiek voor de verpleeghuis/verzorgingshuis/thuiszorgsector?
- 7) Hoe beoordelen jullie het gevolgde coachingstraject? (bijeenkomsten, implementatieadviezen, ondersteuning, lengte van het traject). Heb je iets gemist?
- 8) Wat willen jullie nog meer kwijt?

Bijlage 8. Zoekstrategie literatuurstudie

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) <1948 to Present>

Search Strategy:

1 "CBO zoekacties urine incontinentie implementatie".ti. (0)
2 ((urinary adj3 incontinence) or (stress adj3 incontinence) or (urge adj3 incontinence)).tw. (18082)
3 exp Urinary Incontinence/ (23032)
4 2 or 3 (27926)
5 "onderdeel urine incontinentie".ti. (0)
6 guideline/ or practice guideline/ (20927)
7 Clinical Protocols/ (17016)
8 (guideline? or standard? or pathway? or protocol?).tw. (1291853)
9 evidence-based practice/ or evidence-based medicine/ or evidence-based nursing/ (44416)
10 or/6-9 (1344556)
11 Guideline Adherence/ (14450)
12 (implement* or adher* or polic* or complian* or non?adhere* or non?complian* or availab*).tw. (1032107)
13 (barrier* or appli* or apply* or strateg*).tw. (1502346)
14 or/11-13 (2338975)
15 4 and 10 and 14 (636)
16 "medline filter voor frail elderly".ti. (0)
17 frail elderly/ (5211)
18 "Aged, 80 and over"/ (478186)
19 Aged/ (1967749)
20 (vulnerabl* or frail* or "very old" or "older olds").tw. (39230)
21 (old or older or elderly or aged or middle?aged or middle aged or aging or geriatric).ti. (254697)
22 ((old or older or elderly or aged or aging or geriatric) adj3 (people or population or resident? or patient? or in?patient? or person? or men or women)).tw. (287952)
23 ((over or aged) adj2 ("65" or "70" or "75" or "80" or "85" or "90" or "95" or "100") adj3 (people or population or patient? or in?patient? or person? or men or women)).tw. (25365)
24 geriatric patient?.tw. or geriatric.ti. or 20 (52691)
25 ((institut* adj3 (old or elderly or aged)) or nursing home patient?).tw. (3721)
26 or/17-25 (2229152)
27 senior?.tw. (19036)
28 aging.mp. or exp Aging/ (229024)
29 27 and 28 (1043)
30 geriatric?.af. (111934)
31 home care/ (25030)
32 residential facilities/ or health services for the aged/ or assisted living facilities/ or homes for the aged/ or nursing homes/ or intermediate care facilities/ or skilled nursing facilities/ (48877)
33 30 or 31 or 32 (169638)
34 (resident* or population? or group? or people or senior? or elderly or old or aged).tw. (3489382)
35 33 and 34 (76797)
36 29 or 35 (77488)
37 26 or 36 (2238421)
38 residence characteristics/ or housing/ or independent living/ or residential mobility/ (28719)
39 "Referral and Consultation"/ (44850)
40 exp Psychiatric Status Rating Scales/ (53452)
41 Neuropsychological Tests/ (52574)
42 Geriatric Assessment/ (14896)
43 Psychometrics/ (44090)

44 Psychotherapy/ (37503)
 45 health status indicators/ or "severity of illness index"/ or sickness impact profile/
 (148054)
 46 nursing assessment/ or nursing diagnosis/ (28889)
 47 exp "Delivery of Health Care"/ (664687)
 48 Patient-Centered Care/ (7216)
 49 Life Style/ (35257)
 50 exp Social Environment/ (74207)
 51 Physical Stimulation/ (14971)
 52 Withholding Treatment/ (8007)
 53 Observation/ (3665)
 54 exp Terminal Care/ (35966)
 55 exp Attitude to Health/ (238618)
 56 Life Expectancy/ (12069)
 57 exp Decision Making/ (96778)
 58 exp Nutritional Support/ or Fluid Therapy/ (45841)
 59 Disabled Persons/ (27591)
 60 (functional adj3 decline).tw. (2084)
 61 (care ward? or psychogeriatric).tw. (1811)
 62 (resident? adj3 admit*).tw. (300)
 63 or/38-62 (1264611)
 64 26 and 63 (267147)
 65 17 or 18 or 20 or 21 or 22 or 24 or 25 or 29 or 35 or 64 (1022539)
 66 " filter frail elderly of geriatrie patient stap 3 meest sensitief".ti. (0)
 67 (letter or comment or editorial).pt. (1107073)
 68 65 not 67 (989325)
 69 68 and 4 and 10 and 14 (199)
 70 69 (199)
 71 limit 70 to yr="2005 -Current" (76)
 72 health facilities/ or ambulatory care facilities/ or rehabilitation centers/ or exp residential
 facilities/ (63729)
 73 (facilit* or home? or geriatric or ward?).tw. (485643)
 74 70 and (72 or 73) (93)
 75 74 not 71 (64)
 76 75 (64)
 77 limit 76 to yr="2000 -Current" (32)
 78 *Guideline Adherence/ (6678)
 79 (implement* or adhere* or polic* or complian* or non?adhere* or non?compliant* or
 availab*).ti. (174843)
 80 (barrier* or appli* or apply* or strateg*).ti. (262004)
 81 or/78-80 (437618)
 82 *health facilities/ or *ambulatory care facilities/ or *rehabilitation centers/ or exp
 *residential facilities/ (40735)
 83 (facilit* or home? or geriatric or ward?).ti. (101529)
 84 81 and (82 or 83) (4433)
 85 84 and 10 (692)
 86 84 and 10 and 68 (243)
 87 86 (243)
 88 limit 87 to yr="2005 -Current" (134)
 89 organizational culture/ (10449)
 90 from 77 keep 1-32 (32)
 91 "Outcome Assessment (Health Care)"/ (38730)
 92 "Attitude of Health Personnel"/ (78538)
 93 Health Plan Implementation/ (2683)
 94 Information Dissemination/ (7111)
 95 characteri*.ti. (322207)
 96 (complexit* adj8 (guidelin* or standard* or protocol?)).tw. (569)
 97 (evidence adj5 based).tw. (50139)
 98 89 or 91 or 92 or 93 or 95 or 96 or 97 (496103)
 99 86 and 98 (59)

100 99 (59)
101 limit 100 to yr="2005 -Current" (42)
102 4 and 84 (47)
103 (dutch or english).la. (16175166)
104 102 and 103 (47)
105 limit 104 to yr="2000 -Current" (28)
106 81 and (82 or 83) and 10 and 68 and 103 (225)
107 limit 106 to yr="2000 -Current" (175)
108 107 and 98 (50) = med 20110518 P focus implementatie setting factoren vanaf 2000
109 care.ti. (281800)
110 109 and 81 and (82 or 83) and 98 and 103 (139)
111 limit 110 to yr="2000 -Current" (112)
112 from 111 keep 1-112 (112)
113 104 (47)
114 "francke\$.fc_auts. and "factors".fc_titl. and "2008".fc_pubyr. (2)
115 *Delivery of Health Care/ (33187)
116 *Guideline Adherence/ (6678)
117 *Practice Guidelines as Topic/ (19678)
118 Diffusion of Innovation/ (11271)
119 115 and 116 and 117 and 118 (1)
120 116 and 118 (111)
121 Netherlands/ (41056)
122 (dutch or netherlands).in. (216713)
123 (dutch or netherlands).tw. (38029)
124 or/121-123 (249368)
125 120 and 124 (8) = med 20110518 P focus implementatie netherlands
126 81 and (118 or 98) and 124 and 103 (424)
127 126 and (82 or 83) (20)
128 exp Organizational Innovation/ (19954)
129 (Barrier? or obstacle?).tw. (140032)
130 ((impeding adj factor?) or (stimulating adj factor?)).tw. (28846)
131 (implement* or innovate* or dissemination? or diffusion or interstitial* or
adoption).tw. (308702)
132 (organi?ational adj3 change*).tw. (1996)
133 10 and (14 or 118 or 131 or 132) and (98 or 118 or 128 or 129 or 130) and (82 or 83 or
32) (918)
134 133 and 124 and 103 (40)
135 134 (40)
136 limit 135 to yr="2000 -Current" (36)
137 136 and 68 (19) = med 20110519 implementatie setting factoren netherlands vanaf
2000
138 from 137 keep 1-19 (19)
139 10 and (14 or 118 or 131 or 132) and (98 or 118 or 128 or 129 or 130) and 103
(39689)
140 "med091027 CBO filter sysrev & meta Medline START".ti. (0)
141 meta analysis.pt. (28324)
142 (meta-anal\$ or metaanal\$).af. (51623)
143 (quantitativ\$ adj10 (review\$ or overview\$)).tw. (3203)
144 (systematic\$ adj10 (review\$ or overview\$)).tw. (33773)
145 (methodologic\$ adj10 (review\$ or overview\$)).tw. (4565)
146 medline.tw. and review.pt. (28108)
147 (pooled adj3 analy*).tw. (4976)
148 or/141-147 (97924)
149 "med091027 CBO filter sysrev & meta Medline EINDE".ti. (0)
150 10 and (14 or 118 or 131 or 132) and (98 or 118 or 128 or 129 or 130) and 148 (2963)
151 150 and (82 or 83 or 32) (38)
152 151 and 103 (34)
153 limit 152 to yr="2000 -Current" (31) = med 20110519 implementatie setting factoren
sysrev vanaf 2000

Bijlage 9. Ervaringen voortrekkers

Thuiszorg

Van een grote zorgorganisatie uit de provincie Utrecht, regio Eemland, nam een continetieverpleegkundige deel aan het coachingstraject. Zij wilde de richtlijn in twee thuiszorgteams implementeren. Eerst is ze nagegaan wie verantwoordelijk is voor het incontinentiebeleid om direct goed af te kunnen stemmen met hoger management. Na gesprekken met de teamleidster en de beleidsfunctionaris bleek de kwaliteitsfunctionaris verantwoordelijk.

Twee thuiszorgteams zijn geïnformeerd en enthousiast gemaakt met behulp van gesprekstechnieken en oefeningen vanuit de bijeenkomsten. Ook de aangedragen methode om de context in kaart te brengen en input van de medewerkers te krijgen, werkte enthousiasmerend. Hieruit volgde een projectgroepje van verzorgenden. De verzorgenden kregen het doel van de richtlijn echter niet duidelijk voor ogen. Ze waren erg gericht op het materiaal en gefocust op de zware incontinentiecliënten. Ze zagen incontinentie niet als verpleegprobleem dat vaak voorkomen of behandeld kan worden. De praktijkkaart was voor hen te ingewikkeld.

De voortrekker gebruikte de praktijkkaart daarom om de reeds in de organisatie gebruikte Risico-inventarisatie Incontinentie aan te passen volgens de richtlijn en zorgde ervoor dat het aansloot bij het zorgdossier. De aangepaste lijst is voor gebruik en verspreiding voorgelegd aan de andere voortrekker in de organisatie (zie *Verpleeghuizen PG, provincie Utrecht, regio Eemland*) en aan een aantal geïnteresseerde collega's. De lijst werd enthousiast ontvangen. De voortrekker stelde een pakketje samen met alle benodigdheden, waaronder de aangepaste Risico-inventarisatie, PRAFAB, mictiedagboek en houdingskaartjes voor op toilet.

De verzorgenden van het projectgroepje hielden bij negen cliënten het onder de aandacht brengen van incontinentie bij en noteerden waar ze tegen aan liepen. Ook cliënten, bij wie het niet nodig leek over incontinentie te beginnen, reageerden positief. Houdingskaartjes werden positief ontvangen en op het toilet opgehangen. Het mictiedagboek was zowel voor de cliënten als voor de verzorgenden onduidelijk, er was behoefte aan een handleiding. Het viel de voortrekker op dat de vervolgstappen die in de aangepaste Risico-inventarisatie Incontinentie waren opgenomen, niet zijn uitgevoerd.

Verzorgingshuizen (gemengde afdelingen)

Zorgcentrum in Utrecht (stad), locatie A

Van een zeer grote zorgorganisatie in Utrecht namen twee afdelingen van twee verschillende zorgcentra deel aan het coachingstraject. De voortrekker van de eerste locatie, een praktijkverpleegkundige, vond zelf de richtlijn goed leesbaar, maar voor de verzorgenden van niveau 3 of lager was deze te moeilijk. Ze informeerde het team tijdens een teamoverleg. De medewerkers beantwoordden enthousiast de vragen van de contextanalyse, alhoewel zij sommige vragen wat ingewikkeld vonden. Tijdens een EVV-overleg werd dieper op de implementatie en ieders taken ingegaan. Omdat de verzorgenden aan de hand van de praktijkkaart niet konden inschatten welke stap ze wanneer moesten doen, en wanneer ze konden stoppen, heeft de voortrekker een plan van aanpak met daarin taken en verantwoordelijkheden gemaakt. De verzorgenden moesten hierbij nog wel begeleid worden door een verpleegkundige. De anamnese van de richtlijn lijkt heel specifiek voor artsen ontwikkeld. De voortrekker paste deze aan volgens de praktijkkaart van Zorggroep De Leboom (in de 2^e bijeenkomst uitgedeeld door teamleider van het Zorg voor Betertraject Continentie). De

voortrekker vond het moeilijk de verzorgenden het doel van de richtlijn uit te leggen en hen te motiveren.

Aan de hand van de bestellijst incontinentiemateriaal is een lijst gemaakt van bewoners die in aanmerking kwamen voor de proefimplementatie. De meest actieve en alerte cliënten werden uitgenodigd om mee te doen. Uit de anamneses bleek dat veel bewoners niet incontinent zijn, terwijl ze wel materiaal om hebben. Niet alle bewoners leken zich voor de leefstijladviezen uit de richtlijn te interesseren. Een aantal bewoners droeg al vele jaren materiaal uit angst om urine te verliezen. Bij deze mensen was het moeilijk om die ingesleten gewoonte te veranderen. Feit is dat veel nieuwe bewoners al incontinentiemateriaal dragen als ze vanuit de thuiszorg binnenkomen. Bijhouden van het mictiedagboek was moeilijk: bewoners wisten vaak niet meer wanneer ze naar het toilet waren geweest en door de hoge werkdruk was het voor de verzorgenden moeilijk consequent een mictiedagboek bij te houden. Familieleden betrekken ging moeizaam. In een verzorgingshuis houden de cliënten graag nog zelf de regie en willen uit schaamte de familie juist niet betrekken. Belemmerend voor de voortgang van de implementatie was dat alles steeds ingepland moest worden: afspreken met bewoners om de anamnese en PRAFAB af te nemen, bespreken van de uitkomsten met huisartsen en uitvoeren van implementatieactiviteiten van de voortrekker.

Fysiotherapeuten en huisartsen zijn benaderd door de voortrekker. De fysiotherapeuten waren van mening dat ze deze populatie cliënten niet zoveel meer konden leren. Er waren veel verschillende fysiotherapeuten die het liefst zelfstandig functioneren. De voortrekker vond het moeizaam communiceren met hen. Multidisciplinair werken is volgens haar moeilijk in verzorgingshuizen, omdat men er erg afhankelijk is van externe partijen. Dit verzorgingshuis heeft maar een klein aantal huisartsen, wat het samenwerken met hen eenvoudiger maakte.

De voortrekker zorgde regelmatig voor tussenevaluaties en presenteerde dan per bewoner wat er gedaan was en welke acties nog nodig waren. Dit werd als zeer prettig ervaren. Presentatie van het feit dat veel teveel materiaal gebruikt werd bij continente bewoners was schokkend. Naar aanleiding hiervan zijn direct afspraken gemaakt voor de toekomst. Zo zal bij nieuwe bewoners direct volgens de richtlijn nagegaan worden of ze daadwerkelijk incontinent zijn en daadwerkelijk materiaal nodig hebben. Binnenkort komt er aandacht voor het vergroten van de kennis van de verzorgenden over incontinentie.

Zorgcentrum in Utrecht (stad), locatie B

Op de andere deelnemende locatie van deze grote organisatie heeft de voortrekker samen met de teamleider en de kwaliteitsfunctionaris/verpleegkundig ondersteuner een plan van aanpak voor de proefimplementatie gemaakt. De proefimplementatie werd met een pilot begonnen. Er werden twee koppels ingesteld. Deze koppels bestonden uit één contactpersoon (verzorgende) en één incontinentie-aandachtsvelder (helpende). Deze koppels verdiepten zich als eerste in de richtlijn en gingen als eerste bij enkele bewoners met de richtlijn aan de slag. De praktijkkaart van de richtlijn en de praktijkkaart van de Leiboom (uitgedeeld door expert aanwezig bij bijeenkomst II) werden bekeken. De één was te compact, de ander te uitgebreid. De kaarten werden door de voortrekker gecombineerd tot een exemplaar dat bij het huidige zorgsysteem aansloot. Per incontinente bewoner werd een mapje gemaakt, bestaande uit de benodigde materialen (o.a. anamneseformulier, mictiedagboek en PRAFAB). Dit mapje werd met de koppels doorgenomen. Ook werd er een 'incontinentie-lade' ingericht. Middels een brief werden de bewoners van de pilot op de hoogte gesteld.

De koppels werden uitgepland om de richtlijn te lezen. Ze lazen echter slecht en de voortrekker besloot samen met hen de richtlijn door te nemen. De koppels planden tijd in bij de bewoners om de richtlijn (anamnese) te kunnen uitvoeren. Er bleken minder bewoners incontinent dan gedacht. Elke week was er een evaluatiemoment met beide koppels, de voortrekker en de

kwaliteitsfunctionaris. De ervaringen en vragen van de koppels werden gebruikt om vervolgstappen te zetten. Door ziekte door het Norovirus gingen deze afspraken een aantal keren niet door. Het meekrijgen van de nachtdienst was lastig, zij kiezen vaak voor de makkelijkste weg (plakmatten). Andere lopende projecten (valpreventie) en een verbouwing hebben de proefimplementatie bemoeilijkt. Zodra beide koppels ervaren zijn, zal de rest van het team worden geschoold. Hierbij krijgen de drie wond- en incontinentieverpleegkundigen van de organisatie een rol.

Woonzorgcentrum in Friesland

Deelname aan het coachingstraject was besloten door twee teamleiders van dit grote woonzorgcentrum. Twee afdelingen namen deel. De voortrekkers, twee verzorgenden IG, hebben de implementatie samen opgepakt en zich als eerste op de Werkgroep Incontinentie gericht die een jaar eerder reeds was opgericht. In deze werkgroep zaten teamleiders en een kwaliteitsmedewerker. De materialen van de richtlijn (anamneselijst en mictiedagboek) en de kaart van de Leiboom werden gebundeld in mapjes en door deze werkgroep bestudeerd. De richtlijn sloot goed aan bij het protocol 'Incontinentie en toiletgang' van het PREZO-plan, (kwaliteitssysteem). Het mictiedagboek was goed te gebruiken, de anamnese werd aangepast op het zorgplan. De procedures rondom de toiletgang werden aangepast (op afroep en vaste tijden). De werkgroep werd een dag uitgepland om een plan van aanpak voor de proefimplementatie te kunnen maken. Hierbij zijn aan de 'op maat'-implementatieadviezen van V&VN gebruikt. De medewerkers van de twee deelnemende afdelingen zijn via twee voorlichtingsbijeenkomsten hiervan op de hoogte gebracht. De benodigde materialen werden beschikbaar gesteld. De richtlijn zelf werd niet verspreid, omdat deze te dik werd bevonden. De genoemde lijsten werden ingezet bij nieuwe bewoners en bij nieuwe gevallen van incontinentie.

Van begin af aan werd iedereen zoveel mogelijk bij de implementatie betrokken (ondanks het gemopper) en goed geïnformeerd. Met vragen konden de medewerkers bij de Werkgroep terecht. In eerste instantie waren de reacties van collega's negatief. Het was veel werk en het papierwerk dat erbij kwam kijken werkte nadelig. Toen duidelijk werd dat de veranderingen goed te doen zijn en resultaat hebben, werd men positief. Het bewustzijn omtrent het kunnen voorkomen of behandelen van incontinentie nam toe. De voortrekkers hebben laten zien wat het verbruik van incontinentiemateriaal kost en wat het budget ervoor is om zo het gebruik van de richtlijn te stimuleren. In het teamoverleg zijn tools uit de coachingsbijeenkomsten gebruikt (o.a. High Five-instrument) om open met elkaar in gesprek te kunnen gaan en elkaar eraan te blijven herinneren goed naar elkaar te luisteren. Incontinentie is nu een vast onderwerp in het teamoverleg. De bewoners met incontinentie dragen nu beter afgestemd incontinentiemateriaal.

De fysiotherapeuten en de vijf huisartsen zijn geïnformeerd over de proefimplementatie. De fysiotherapeuten waren positief en boden direct hulp aan. De samenwerking met hen was gemakkelijk doordat zij een vaste plek in huis hebben en daar elke dag een paar uur aanwezig zijn. De samenwerking met de huisartsen verliep minder goed. Er kwam geen reactie op de naar hen opgestuurde mictiedagboeken en anamneses met verzoek om medicatie. Eén keer per jaar is er overleg met de huisartsen. Hier zullen de voortrekkers hun verhaal gaan doen over de richtlijn. De artsen denken namelijk dat er niets aan incontinentie te doen is en dat het bij de leeftijd hoort, aldus de voortrekkers. De Werkgroep Incontinentie wil de komende tijd investeren in betere samenwerking met de huisartsen en is o.a. bezig met een brief aan de huisartsen. Naast van cliënten zijn vrijwel niet betrokken, dit is meer van belang bij PG-bewoners. Binnenkort zal er een folder voor de nieuwe bewoners en naasten gemaakt worden. De locatiemanager heeft tot doel om de nieuwe lijsten stichtingbreed in het 'zorgleefplan' op te nemen.

Verpleeghuizen, somatische afdelingen

Utrecht Noord

Van een verpleeghuis in de provincie Utrecht deden zowel een somatische als een psychogeriatrische afdeling mee. Op de somatische afdeling is de proefimplementatie enigszins belemmerd doordat de afdeling in een overgang zat naar een afdeling voor Korsakov en verslavingsproblematiek. Hierdoor kwamen er veel nieuwe bewoners en hadden de medewerkers veel aan hun hoofd. De voortrekker, een verzorgende IG, heeft tijdens teamoverleg iedereen geïnformeerd en betrokken door de vragen van de contextanalyse in te laten vullen. Ze is daarna zelf met het mictiedagboek en de anamnese aan de slag gegaan bij opnames. Ze miste intern enige ondersteuning van de teamleider, ze was vaak alleen bezig. Wel stemde ze af met de zorgcoördinator. Bewustwording dat incontinentiemateriaal moet aansluiten bij de individuele cliënt is duidelijk vergroot. Voorheen werd er gewoon maar wat uit de kast gehaald. Het betrekken van andere disciplines is nog niet gebeurd. De voortrekker werkte maar twee dagen per week en kan daardoor niet vaak bij het multidisciplinair overleg aanwezig zijn.

De teamleider, de zorgcoördinator en de voortrekker hebben afgesproken dat het bestaande protocol voor urine-incontinentie en de checklist voor opname aangepast gaan worden aan de richtlijn. De teamleidster gaat dit eerst in het sectoroverleg bespreken en daarna in het teamoverleg. Eerst zal alles aangepast worden en in het handboek opgenomen worden en per 1 januari 2012 begint men dan met het gebruik ervan bij de nieuwe bewoners van de nieuwe doelgroep. Artsen moeten met een nieuwe opname mee gaan denken. Dit zal via het multidisciplinair overleg geregeld worden. Ook de fysiotherapeuten gaan betrokken worden. De bezetting is goed, toiletrondes zijn haalbaar. Het teamoverleg zal gebruikt worden om ervaringen te bespreken. De teamleider heeft de voortrekker tot aandachtsvelder incontinentie benoemd.

Noord-Holland Noord

Op de deelnemende somatische afdeling van een verpleeghuis boven in Noord-Holland gebeurde al veel van wat in de richtlijn staat, ook wat betreft de anamnese en het zorgplan. De voortrekker, een EVV'er en verpleegkundige in opleiding, heeft de inhoudelijke informatie vanuit de eerste V&VN-bijeenkomst, overgedragen aan haar collega's. Leidinggevende en collega's raakten gemotiveerd. De door de nurse practitioner (eveneens voortrekker in dit project, zie *Verpleeghuis PG-afdelingen, Noord-Holland Noord*) ontwikkelde praktijkkaart werd al gebruikt. Het bijhouden van het mictiedagboek en de observatielijst moet nog geïmplementeerd worden. De voortrekker wil de verzorgenden en helpenden daarvoor eerst verder overtuigen door te laten zien dat de richtlijn uiteindelijk tijd bespaart en bewoners plezier oplevert. Invoering van de richtlijn lijkt goed haalbaar, omdat er al multidisciplinair gewerkt wordt en incontinentie al standaard in het MDO besproken wordt.

De richtlijn gaat in de gehele organisatie ingevoerd worden (acht verpleeghuizen, acht verzorgingshuizen en woonzorgcentra). Er zal vanuit de raad van Bestuur een advies richting de huisartsen gaan om zich in te zetten voor invoering van de richtlijn.

Verpleeghuizen, psychogeriatrische afdelingen

Utrecht Noord

Op de deelnemende PG-afdeling van dit verpleeghuis was de voortrekker jong en nog niet zo lang werkzaam. Hierdoor werd hij door zijn collega's wel eens 'wijsneus' of 'betweter' genoemd als hij de rol van voortrekker op zich nam. Volgens de teamleider die hem voorgedragen had als voortrekker waren de andere collega's echter teveel gehospitaliseerd en niet ideaal als voortrekker. De voortrekker informeerde alle betrokken disciplines, ook de zorgcoördinator en

degene die het incontinentiemateriaal inkoop. Na veel zoeken en navragen via teamleider en afdelingsarts bleek de instelling over een protocol Incontinentie te beschikken. Deze bevond zich in het computersysteem. De praktijkkaart zal ook in dit systeem opgenomen worden. In de dossiers stond het nog niet vermeld wanneer de cliënt incontinent was. De arts heeft dit in orde gemaakt na verzoek door voortrekker.

De afdeling heeft van de voortrekker de uitwerking van de contextanalyse ontvangen. Daarnaast kregen zij de richtlijn, de basiszorglijst en het mictiedagboek. De voortrekker lichtte alles toe. De praktijkkaart werd in de zorgdossiers opgenomen. Er werd wat negatief gereageerd, omdat het volgens collega's lastig is incontinentie over 24 uur te registreren. De voortrekker is daarom zelf bij een aantal cliënten begonnen met de praktijkkaart en het mictiedagboek. Ook medicatie werd gecheckt en de urine gestickt. Hieruit bleek dat deze cliënten niet incontinent hoeven te zijn als ze op tijd naar het toilet geholpen worden. Door deze resultaten aan het team terug te koppelen, werd het team enthousiaster en er bewust van dat incontinentie niet altijd nodig is. Praktische uitvoering bleef wel lastig: twee bewoners moeten nu 's nachts wakker gemaakt worden en één bewoner biedt veel weerstand als ze naar het toilet geholpen wordt. De familie van cliënten is ingelicht over de invoering van de richtlijn. Hier werd positief op gereageerd.

Deze jonge voortrekker heeft na afloop van het coachingstraject de implementatie overdragen aan een betrokken collega. Zij is een ervaren EVV'er en wordt tevens aandachtsvelder incontinentie. De implementatie op deze afdeling gaat dus verder en zal als voorbeeld fungeren voor de andere (somatische) afdeling van deze organisatie die deel genomen heeft aan het coachingstraject (zie *Verpleeghuizen, somatische afdelingen; Utrecht Noord*).

Provincie Utrecht, regio Eemland

De voortrekker, een afdelingsmanager, heeft veel tijd besteed aan het bekend maken van de richtlijn bij de verschillende disciplines, zoals artsen, fysiotherapie, activiteitenbegeleider). De richtlijn is besproken in het incontinentieclubje en in de vergadering van de kwaliteitscommissie. De EVV'ers zijn begonnen met het toepassen van de richtlijn bij nieuwe bewoners. Dit is gedaan met behulp van de 'screeningslijst' die is opgesteld door de incontinentieverpleegkundige (ook deelnemer van dit coachingstraject als voortrekker thuiszorg). Deze lijst is analoog aan de reeds bestaande screeningslijsten voor andere probleemgebieden. Verder is aangesloten bij de werkwijze rondom voeding. De voedingsscorelijst wordt afgenomen kort na opname. Invullen van de lijst was goed haalbaar. Hun vraag was echter of het haalbaar zou zijn als er voor alle risicofactoren uit het Kwaliteitskader screeningslijstjes komen die voor elk MDO moeten worden ingevuld.

Voorheen werd het Vilans protocol voor incontinentie gebruikt. Dit is een algemener protocol, gaat niet specifiek genoeg op de incontinentie in volgens de voortrekker. De voortrekker en kwaliteitsmedewerker hebben de richtlijn niet gelezen, omdat zij deze veel te dik vinden. De afdelingsarts heeft hem wel helemaal doorgelezen. Met de arts is afgesproken dat in het EVV-overleg (één keer per zes weken) incontinentie als vast bespreekpunt op de agenda komt. Lastig is dat de meeste bewoners incontinent binnenkomen en reeds langer dan drie maanden incontinent zijn. Cliënten die vanuit de thuissituatie komen, worden al snel incontinent in het verpleeghuis. Hier valt dus de meeste winst te behalen. Bij PG-afdelingen in dit verpleeghuis worden fysiotherapeuten nauwelijks ingezet voor incontinentie.

Kennis over incontinentie bij de verzorgenden moest verbeterd worden. Dit gaat gebeuren via een train-de-trainers-aanpak met inzet van de incontinentieverpleegkundige (zie voortrekker *Thuiszorg*). De inhoudelijke presentatie van V&VN wil de voortrekker daarbij gaan gebruiken. Vanaf 1 april 2011 is het hele verpleeghuis met de screeningslijst aan de slag gegaan bij nieuwe bewoners. Hiervoor hebben de kwaliteitsfunctionarissen de lijst beoordeeld en heeft de

voortrekker afspraken met de divisie manager gemaakt over de wijze van implementeren. Ook wordt de lijst voor elke bewoner één keer per half jaar ingevuld en in het MDO besproken.

West-Friesland

De voortrekker van de deelnemende PG-afdeling, een nurse practitioner in opleiding, heeft de implementatie samen met de teamcoach opgepakt. Ze heeft twee keer een klinische les voor het team georganiseerd. De andere disciplines zijn via email op de hoogte gebracht, ook van de klinische lessen. Daar zijn ze deze andere disciplines niet verschenen. Van de richtlijn waren de onderdelen diagnostiek/anamnese nuttig op de afdeling. Trainingen zijn nauwelijks mogelijk bij PG-bewoners, behandeling met medicatie in enkele gevallen. Interventies gericht op de toiletgang vonden al plaats onder leiding van de nurse practitioner met specialisatie incontinentie. Het mictiedagboek leverde direct veel weerstand op. Van drie dagen bijhouden zijn ze daarom naar twee dagen gegaan, maar ook dat lukte niet. Uit evaluatie met het team bleek dat men de richtlijn niet veel nieuws vindt brengen, behalve documentatie en naslagwerk. De PRAFAB vond men lastig om af te nemen bij familie. De praktijkkaart is door de nurse practitioner omgezet in een scorelijst. Deze is standaard bij het individuele zorgplan van iedere nieuwe bewoner gevoegd.

Bijlage 10. Geïnccludeerde artikelen literatuurstudie

Referenties

1. Andrews S, McInerney F, Robinson A, Andrews S, McInerney F, Robinson A. Realizing a palliative approach in dementia care: strategies to facilitate aged care staff engagement in evidence-based practice. *International Psychogeriatrics* 21 Suppl 1, S64-S68. 2009.
2. Bartels SJ, Dums AR, Oxman TE, Schneider LS, Arean PA, Alexopoulos GS, et al. Evidence-based practices in geriatric mental health care. [Review] [129 refs]. *Psychiatric Services* 53[11], 1419-1431. 2002.
3. Bee PE, Barnes P, Luker KA, Bee PE, Barnes P, Luker KA. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. [Review] [57 refs]. *Journal of Clinical Nursing* 18[10], 1379-1393. 2009.
4. Bland DR, Dugan E, Cohen SJ, Preisser J, Davis CC, McGann PE, Suggs PK, Pearce KF. The effects of implementation of the Agency for Health Care Policy and Research urinary incontinence guidelines in primary care practices. *J Am Geriatr Soc.* 2003 Jul;51(7):979-84.
5. Brady M, Furlanetto D, Hunter RV, Lewis S, Milne V, Brady M, et al. Staff-led interventions for improving oral hygiene in patients following stroke. [Review] [41 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [4], CD003864. 2006.
6. Colon-Emeric CS, Lekan D, Utley-Smith Q, Ammarell N, Bailey D, Corazzini K, et al. Barriers to and facilitators of clinical practice guideline use in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 55[9], 1404-1409. 2007.
7. Crotty M, Whitehead C, Rowett D, Halbert J, Weller D, Finucane P, et al. An outreach intervention to implement evidence based practice in residential care: a randomized controlled trial [ISRCTN67855475]. *BMC Health Services Research* 4[1], 6. 2004.
8. Ell K, Unutzer J, Aranda M, Sanchez K, Lee PJ, Ell K, et al. Routine PHQ-9 depression screening in home health care: depression, prevalence, clinical and treatment characteristics and screening implementation. *Home Health Care Services Quarterly* 24[4], 1-19. 2005.
9. Fleuren M.A.H. Wieferrink C.H. en Paulussen T.G.W.M. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwing in organisaties. 2002. Leiden TNO-PG.
10. Fleuren M., Wiefferink, K., Paulussen, T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care.* 2004 Apr;16(2):107-23.
11. Fortinsky RH, Baker D, Gottschalk M, King M, Trella P, Tinetti ME, et al. Extent of implementation of evidence-based fall prevention practices for older patients in home health care. *Journal of the American Geriatrics Society* 56[4], 737-743. 2008
12. Gopal RG, Jeanes A, Russell H, Wilson D, Atere-Roberts E, O'Sullivan D, et al. Effectiveness of short-term, enhanced, infection control support in improving compliance with infection control guidelines and practice in nursing homes: a cluster randomized trial. *Epidemiology & Infection* 137[10], 1465-1471. 2009.
13. Hockley J, Watson J, Oxenham D, Murray SA, Hockley J, Watson J, et al. The integrated implementation of two end-of-life care tools in nursing care homes in the UK: an in-depth evaluation. *Palliative Medicine* 24[8], 828-838. 2010
14. Horn SD, Sharkey SS, Hudak S, Gassaway J, James R, Spector W, et al. Pressure ulcer prevention in long-term-care facilities: a pilot study implementing standardized nurse aide documentation and feedback reports. *Advances in Skin & Wound Care* 23[3], 120-131. 2010.
15. Hunter S, Anderson J, Hanson D, Thompson P, Langemo D, Klug MG. Clinical trial of a prevention and treatment protocol for skin breakdown in two nursing homes. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2003 Sep;30(5):250-8. Erratum in: *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2003 Nov;30(6):350.
16. Peters M.A.J., Harmsen M., Laurant M.G.H., Wensing M.. Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg. 2003. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK).

17. Resnick B, Quinn C, Baxter S, Resnick B, Quinn C, Baxter S. Testing the feasibility of implementation of clinical practice guidelines in long-term care facilities. *Journal of the American Medical Directors Association* 5[1], 1-8. 2004.
18. Sachs M: [Successful strategies and methods of nursing standards implementation]. *Pflege* 2006, 19:33-44.
19. Thomas L, Cullum N, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database Syst Rev* 1999:CD000349.
20. Van der Weide M, Smits J, van der Weide M, Smits J. Adoption of innovations by specialised nurses: personal, work and organisational characteristics. *Health Policy* 68[1], 81-92. 2004.
21. Watson J, Hockley J, Dewar B, Watson J, Hockley J, Dewar B. Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing* 12[5], 234-240. 2006.

Bijlage 11. Beïnvloedende factoren volgens Fleuren (2002/2004)

Factoren gegroepeerd naar aanverwante factoren en naar de fase van implementatie:

Factoren met betrekking tot de vernieuwing

- 43. Helderheid richtlijnen (a,i,b)
- 44. Congruentie bestaande werkwijze (a,i,b)
- 45. Aanpassing eigen situatie (a,i,b)
- 46. Relatief voordeel gebruiker (a,i,b)
- 47. Zichtbaarheid uitkomsten (i,b)
- 48. Aantrekkelijkheid vernieuwing (a)
- 49. Meerwaarde voor cliënt (i,b)
- 51. Kans nadelige gevolgen (i,b)
- 20. Mate van vóórkomen handeling (i,b)

Factoren met betrekking tot de gebruiker

- *Verwachte / ervaren support*
- 27. Steun collega's (a,i,b)
- 28. Steun andere zorgverleners (a,i,b)
- 29. Steun direct leidinggevenden (a,i,b)
- 30. Steun hoger management (a,i,b)
- 36. Waargenomen gedrag collega's (a,i,b)
 - *Aanwezigheid noodzakelijke eigenschappen*
- 31. Vaardigheden gebruiker (a,i,b)
- 32. Kennis gebruiker (i,b)
- 42. Eigen-effectiviteitsverwachting (a,i,b)
- 33. Ownership (a,i,b)
- 38. Aansluiting bij taakopvatting (a,i,b)
 - *Verwachting t.a.v. gedrag cliënt*
- 34. Verwachte medewerking cliënt (a)
- 35. Verwachte tevredenheid cliënt (a)
 - *Overig*
- 39. Overbelasting zorgverlener (a,i,b)
- 40. Overeenkomst in doelen (a,i,b)
- 41. Ethische problemen bij zorgverlener (a)

Factoren met betrekking tot de organisatie

- *Organisatiestructuur **
- 1. Plaats besluitvorming (a)
- 4. Besluitvormingsstructuur (a)
- 15. Formele bekrachtiging (a,b)
- 3. Grootte organisatie (a,i,b)
- 5. Structuur (functioneel/output) / kanteling van zorg (i,b)
 - *Samenwerking*
- 2. Afdeling/organisatie is gericht op samenwerking (a)
- 19. Samenwerking tussen afdelingen (a)
 - *Noodzakelijke voorzieningen*
- 7. Capaciteit / bezettingsgraad (a,i,b)

- 6. Personeelsverloop (a,i,b)
- 11. Expertise op afdelings- c.q. organisatieniveau (a,i,b)
- 13. Logistieke procedure (a,i,b)
 - *Overig*
- 3a. Aantal mensen dat gaat werken met vernieuwing (a,i,b)

Factoren met betrekking tot de randvoorwaarden

- *Noodzakelijke faciliteiten*
- 8. Hoeveelheid geld (a,i,b)
- 14. Extra financiële vergoeding (a,i,b)
- 9. Materiële voorzieningen (i,b)
- 10. Administratieve ondersteuning (i,b)
- 37. Beschikbare tijd (a,i,b)
 - *Overig*
- 16. Coördinator / projectgroep (i,b)
- 17. Gebruikers betrokken (a)
- 18. Aanwezigheid opinieleider (a,i)

Factoren met betrekking tot de (sociaal-politieke) omgeving

- *Compliantie cliënt*
- 21. Cliënt bereid mee te werken (i,b)
- 22. Cliënt op de hoogte (i,b)
- 23. Cliënt twijfelt aan deskundigheid arts (i,b)
- 24. Extra kosten cliënt vernieuwing (i,b)
- 25. Extra belasting cliënt (i,b)
 - *Overig*
- 12. Regels en wetten (a,i,b)

* *Fase waarin factor met name speelt:*

a = adoptie

i = implementatie

b = behoud / institutionalisatie