

Het Haga zorgt voor uw informatie

Een onderzoek naar methodes hoe medewerkers in het ziekenhuis beter geïnformeerd kunnen worden over veranderingen in dagelijkse werkzaamheden.

HagaZiekenhuis, locatie Leyweg te Den Haag
Haagse Hogeschool te Den Haag
Juni 2006

Iris Gouweleeuw
Inge de Moel

Iris Gouweleeuw
Inge de Moel

Het Haga zorgt voor uw informatie

Een onderzoek naar methodes hoe medewerkers in het ziekenhuis beter geïnformeerd kunnen worden over veranderingen in dagelijkse werkzaamheden.

HagaZiekenhuis, locatie Leyweg te Den Haag
Haagse Hogeschool te Den Haag
Juni 2006

Opdrachtgevers en begeleiders:
Jeroen Van Dijk
Anja Schmitz

Projectleiders:
Iris Gouweleeuw
Inge de Moel

Samenvatting

In opdracht van het HagaZiekenhuis te Den Haag is een onderzoek gestart naar methodes om medewerkers beter te informeren over veranderingen in de dagelijkse werkzaamheden van de verpleegkundige. Bij veranderingen in dagelijkse werkzaamheden kan gedacht worden aan: veranderingen in of nieuwe protocollen, richtlijnen en procedures.

Dit is gedaan door middel van een literatuurstudie naar implementatiemethoden, een enquête binnen het HagaZiekenhuis en interviews in andere ziekenhuizen. De reden van het starten van dit onderzoek is omdat er in het HagaZiekenhuis nog geen vast beleid bestaat ten aanzien van het informeren van de verpleegkundigen over veranderingen in dagelijkse werkzaamheden.

Uit de literatuurstudie bleek dat het invoeren en implementeren van veranderingen een continu proces is. Een goede analyse van knelpunten en het afstemmen van de implementatiestrategie hierop is belangrijk om een verandering succesvol door te voeren.

Uit de enquête bleek dat meer dan 50% van de verpleegkundige in het HagaZiekenhuis niet tevreden zijn over de huidige manier van geïnformeerd worden. Zij zijn van mening dat teveel in 'de wandelgangen' op de hoogte gesteld van veranderingen. Verpleegkundigen maken in de gewenste situatie het liefst gebruik van de volgende bronnen: mondeling van het unithoofd, intranet, meer scholing en klinische lessen en tot slot het gebruik van een informatiemap.

Het gebruik van een digitaal documentbeheersysteem bleek in andere ziekenhuis succesvol, daar wordt geen gebruik meer gemaakt van protocollenboeken etc. Het streven is om in de toekomst binnen het HagaZiekenhuis het gebruik van een dergelijk documentbeheersysteem te realiseren. In de huidige situatie kan er gestart worden met een link in het intranet te maken waarin de laatst gewijzigde of nieuwe protocollen, richtlijnen etc. te vinden zijn.

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	3
VOORWOORD	5
INLEIDING	6
DOELSTELLING	6
VRAAGSTELLING	7
1. LITERATUURSTUDIE	8
2. BEZOEK AAN ANDERE ZIEKENHUIZEN	36
3. SITUATIE VOOR EN NA DE FUSIE	42
4. ANALYSE ENQUÊTE	43
CONCLUSIES	52
AANBEVELINGEN	55
LITERATUURLIJST	56
BIJLAGEN	57
BIJLAGE A: DE PRESENTATIE	57
BIJLAGE B: HET ARTIKEL	60
BIJLAGE C: VOORWAARDEN NIAZ	61
BIJLAGE D: DE ENQUÊTE	62

Voorwoord

Met dit project ronden wij onze opleiding de HBO-V aan de Haagse Hogeschool af. Voor de HBO-V studeren wij in vijf rollen af. Dit project omvat de twee rollen: ontwerper en beroepsbeoefenaar (Pool).

Dit project is tot stand gekomen in samenwerking met een medewerker van de afdeling Beleidsontwikkeling & Kwaliteit, Anja Schmitz van het HagaZiekenhuis en onze tutor Jeroen van Dijk, wij willen hun bedanken voor hun medewerking die wij hebben ontvangen tijdens de uitvoering van het onderzoek.

Wij willen bedanken voor de medewerking aan dit onderzoek:

- praktijkbegeleiders: Els van Duijsen en Boudie Pols, voor het beoordelen van ons projectplan en de begeleiding gedurende de uitvoering van het project;
- collega's afdeling 4b en 10a, voor de medewerking aan de enquête;
- APC HagaZiekenhuis: Dienneke Blok, voor de medewerking aan het interview;
- UMC St. Radboud: Coby Smitsman, voor de medewerking aan het interview;
- LUMC: dhr. Alaerts, voor de medewerking aan het interview;
- UMC Groningen: T. de Jong en J.E. kinds, voor het invullen van de vragenlijst;
- MC Alkmaar: Carla van Staveren voor het invullen van de vragenlijst.

Inleiding

Er was eens een eerstejaars leerling-verpleegkundige, werkzaam in het HagaZiekenhuis, die het protocol 'het geven van een fosfaatclysma' opzocht, voorafgaand aan de daadwerkelijke handeling. Haar werkbegeleider zag dit en zei de leerling: 'Jij pakt het protocol van intranet erbij? Dat is echt HBO hoor...Protocol is makkelijker te vinden in de protocollenmap!' Feit of fictie??

Februari 2006 zijn twee HBO-V studenten in opdracht van de afdeling Beleidsontwikkeling & Kwaliteit van het HagaZiekenhuis gestart met een onderzoek. Het doel van het onderzoek is de betreffende afdeling aanbevelingen te geven hoe verpleegkundigen het beste op de hoogte gehouden kunnen worden van veranderingen in dagelijkse werkzaamheden, dus protocollen, procedures, richtlijnen, etc. Om tot de aanbevelingen te komen hebben de studenten een literatuurstudie gedaan naar de beste implementatiemethode. Om de mening van de verpleegkundigen over dit onderwerp te weten te komen, is een enquête gehouden onder 54 willekeurige verpleegkundigen, allen werkzaam in het HagaZiekenhuis. Daarnaast waren de studenten erg benieuwd welke methodes andere ziekenhuizen toepassen, om het personeel op de werkvloer op de hoogte te stellen van veranderingen. Met deze reden zijn er vier ziekenhuizen geconfronteerd met een persoonlijk dan wel digitaal interview.

Dit document bevat alle resultaten van de hierboven beschreven gegevensverzameling. De samenvatting heeft u reeds kunnen lezen. Het document bevat verder achtereenvolgens de volgende onderdelen: de literatuurstudie, de interviews en de resultaten van de enquête, hierna volgend de conclusies die uit de gegevensverzameling getrokken zijn en de aanbevelingen die grotendeels te herleiden zijn uit de conclusies.

Om alvast één simpele conclusie vrij te geven: bovenstaande casus is helaas geen fictie.....

Doelstelling

In het HagaZiekenhuis is er grote belangstelling voor de verbetering van de manier waarop men de verpleegkundigen op de werkvloer beter op de hoogte kan houden van veranderingen in dagelijkse werkzaamheden (protocollen, procedures, richtlijnen, etc.). De kwaliteit van de verpleegkundige beroepsuitoefening zal verbeteren als de verpleegkundigen beter op de hoogte zijn van vernieuwingen.

Doelstelling:

Door middel van een literatuurstudie, een kleine enquête en interviews, aanbevelingen ontwikkelen over hoe verpleegkundigen op de hoogte gehouden kunnen worden van veranderingen in dagelijkse werkzaamheden (protocollen, procedures, richtlijnen, etc.).

Subdoelen:

- De huidige manier van informeren van verpleegkundigen in het Hagaziekenhuis in kaart brengen;
- Door middel van een literatuuronderzoek en vergelijking met andere ziekenhuizen de verschillende methodes van informeren en de valkuilen daarbij uiteenzetten;
- Een overzicht maken, door middel van een enquête, van wat de mening is van de verpleegkundigen welke methode van informeren/implementeren hen het meest aanspreekt;
- Aanbevelingen ontwikkelen;
- Aanbevelingen presenteren aan de opdrachtgevers en aan andere belangstellenden van het HagaZiekenhuis op het symposium op de dag van de verpleging (12 mei);
- Uitkomsten van het project publiceren in het 'Haga-Actueel'.

Vraagstelling

Hoe verbeter je de informatievoorziening van de verpleegkundigen op de werkvloer, over veranderingen in dagelijkse werkzaamheden (protocollen, procedures, richtlijnen, etc.)?

Om tot een antwoord te komen op deze vraagstelling zijn de volgende activiteiten ondernomen:

- een literatuurstudie
- interviews in andere ziekenhuizen
- interview in het HagaZiekenhuis
- een enquête op vier willekeurige afdelingen binnen het HagaZiekenhuis

Deze activiteiten zullen achtereenvolgens in de komende vier hoofdstukken beschreven worden. Hierna volgen de conclusies en aanbevelingen.

1. Literatuurstudie

In deze literatuurstudie wordt een overzicht gegeven van verschillende implementatiestrategieën om (veranderingen) van richtlijnen en protocollen in te voeren. Er wordt gebruik gemaakt van de volgende literatuur:

- Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen, Hannie Giebing: Implementatie van de afdelingsgebonden kwaliteitsbewaking.
- Implementatie, modelproduct van OKAB, kwaliteitsinstituut van de gezondheidszorg CBO.
- Elementen van kwaliteitszorg, L. Hollands e.a.
- TNO-rapport Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties.
- Invoering van richtlijnen en veranderingen. R. Grol e.a.
- Begrippenkader voor implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren bij implementatie in de gezondheidszorg, afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St. Radboud
- Ruimte voor verandering?, M.A.J Peters e.a., ondersteund door ZonMW.
- Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg, R. Grol e.a.

Per literatuuronderdeel wordt een beschrijving gegeven van wat de auteur zegt over het invoering van veranderingen in een gezondheidskundige organisatie.

Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen, Hannie Giebing: Implementatie van de afdelingsgebonden kwaliteitsbewaking.

Bij een implementatietraject kunnen zes stappen onderscheiden worden (Grol, Ettema):

1. Beroepsbeoefenaren worden op de hoogte gesteld van het product of proces.
2. Beroepsbeoefenaren raken geïnteresseerd in het product of proces.
3. Beroepsbeoefenaren krijgen inzicht in het product of proces en begrijpen waar het om gaat.
4. Beroepsbeoefenaren accepteren het product of proces en willen het in de dagelijkse praktijk integreren.
5. Beroepsbeoefenaren experimenteren met het product of proces.
6. Beroepsbeoefenaren intergeren het product of proces blijvend in hun dagelijks beroepsuitoefening.

Deze zes stappen worden door Grol het 'adoptieproces' genoemd.

Alleen deze stappen volgen is niet voldoende om een verandering door te voeren. Tijdens de uitvoering moet dit voortdurend geëvalueerd worden om te voorzien of zich problemen voordoen. Wanneer de implementatie heeft plaatsgevonden, zal deze nogmaals geëvalueerd moeten worden om te kijken of deze voldoet aan de verwachtingen die daaromtrent gesteld zijn door de betrokkenen.

De beoogde verandering bij het implementeren van de afdelingsgebonden kwaliteitsbewaking is een verandering bij de afdelingsverpleegkundigen te bewerkstellen ten aanzien van het denken over en het omgaan met kwaliteit van de beroepsuitoefening. Met behulp van een model kan deze verandering bewerksteld worden.

Hiervoor kan het model van Ersozs gebruikt worden:

Ersozs geeft aan dat om veranderingen succesvol door te kunnen voeren aan een vijftal voorwaarden dient te worden voldaan:

1. Visie:

Er dient een helder visie voorhanden te zijn, die aangeeft wat het doel van de

verandering is, wat men te winnen heeft, waarin de oude situatie niet meer voldoet, etc. Als die visie er niet is, leidt dit tot verwarring bij de doelgroep,

2. Middelen:

Om veranderingen te kunnen doorvoeren dienen voldoende middelen, als tijd, geld, materialen, computers etc. beschikbaar te zijn. Zijn die niet of voldoende beschikbaar dan leidt dat tot frustratie.

3. Stimulansen:

Stimulansen zetten aan tot de verandering en/of zorgen dat deze beklijven. Voorbeelden van stimulansen zijn: positieve aandacht/ erkenning van leidinggevenden, van collegae, financiële beloningen, etc. Indien stimulansen uitblijven, leidt dat tot vertraging.

4. Vaardigheden:

Diegenen die de veranderingen gaan uitvoeren, dienen hierin voldoende vaardig te zijn (scholing). Spanning en onzekerheid maken betrokkenen meester, indien hier onvoldoende aandacht aan is besteed.

5. Actieplan:

Als een goed actieplan ontbreekt, is de kans groot dat mensen al zijn begonnen zonder dat voldoende voorbereidingen zijn getroffen: dit zijn zogenaamde valse starts.

Soms worden onbewust stappen overgeslagen, dit kan de volgende effecten veroorzaken:

- er wordt geen visie geformuleerd, waardoor de betrokken in verwarring kunnen raken over de aanleiding en het doel van de verandering;
- vaardigheden worden niet geëxpliciteerd, waardoor er spanningen en onzekerheid kunnen ontstaan bij betrokkenen;
- de stimulansen worden niet uitgewerkt, waardoor er vertraging kan ontstaan omdat de betrokkenen niet gemotiveerd raken;
- de middelen worden niet aangegeven, waardoor er bij de betrokkenen frustratie kan ontstaan;
- er wordt geen actieplan vastgesteld, waardoor er op een niet daarvoor geschikt moment gestart kan worden, of er kunnen niet-doelgerichte acties ontstaan.

Implementatie, modelproduct van OKAB, kwaliteitsinstituut van de gezondheidszorg CBO:

In dit document worden een drietal theoretische uitgangspunten over het doorvoeren van veranderen toegelicht. Twee van deze theorieën zijn al toegelicht in 'kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen' namelijk:

- Invoeren van veranderingen als stapsgewijs proces (Grol).
- Doorvoeren van complexe veranderingen (ersozs)

De volgende theorie wordt nog besproken:

Van voorlopers tot achterblijvers (Rogers)

Rogers geeft aan dat iedere veranderingen op verschillende momenten door groepen mensen wordt geadopteerd:

- Voorlopers of innovatoren
Zij nemen het initiatief, trekken de kar en adopteren als eersten de verandering;
- Vroege aanvaarders
Zij lopen weliswaar niet voorop, maar zijn in een relatief vroeg stadium in de vernieuwing geïnteresseerd;
- Vroege meerderheid
In eerste instantie wacht men even af. Pas als een flink aantal mensen de vernieuwing heeft overgenomen, komt ook de grote meerderheid over de streep;

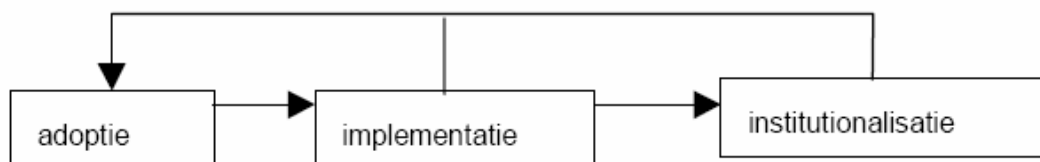
- Late meerderheid
Dit is de grote roep mensen, die pas in beweging komt als men het gevoel krijgt in gedrag af te wijken van wat de meeste doen;
- Achterblijvers
De achterblijvers veranderen pas als het echt niet anders kan. Voorbeelden van dergelijke situaties zijn wanneer gehanteerde systemen niet meer geleverd of de werkwijze niet meer vergoed wordt.

Tevens geven de auteurs van dit modelproduct nog een aantal tips voor implementatie:

- gezamenlijk het besluit tot de gewenste verandering nemen;
- zoveel mogelijk mensen bij de ontwikkeling betrekken;
- achterban constant, op verschillende manieren informeren;
- proefmeting door veel mensen laten voeren;
- met trompetgeschal de vernieuwing aankondigen;
- via mailingen, publicaties en mondelinge, individuele contacten reclame maken;
- afhankelijk van aard van verandering na enkele maanden toetsen, evalueren en bijstellen;
- testresultaten bekend maken;
- naar aanleiding van de testresultaten de verandering aanpassen;
- achterban weer betrekken en informeren;

TNO-rapport: Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties.

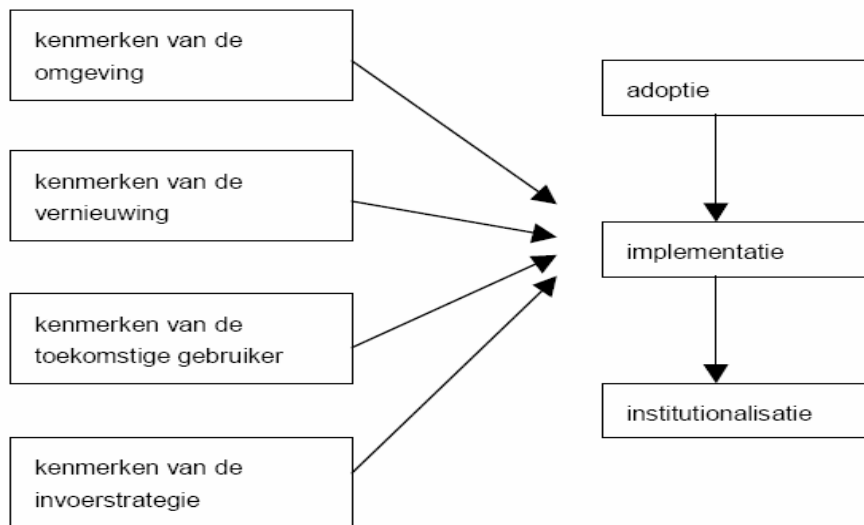
Eén model om inzicht te krijgen in het invoeren van vernieuwingen is afkomstig uit het onderwijs (Fullan 1991). Dit model bestaat uit drie fasen. De eerste fase is de fase die leidt tot het besluit al dan niet volgens de vernieuwing te gaan werken (adoptie). Maar het feit dat men besluit om volgens de vernieuwing te gaan werken, wil nog niet zeggen dat men het ook daadwerkelijk gaat doen. Dit is in feite een mentaal proces. In de volgende fase, de implementatiefase, gaat men in de praktijk aan de slag met de vernieuwing. Tijdens deze fase wordt duidelijk of de vernieuwing in de praktijk bruikbaar is. In de derde fase gaat men over tot het institutionaliseren van de vernieuwing. Het is immers de bedoeling dat de vernieuwing ook nog na verloop van tijd wordt gebruikt. Er is dan geen sprake meer van een vernieuwing: de gedragsverandering is geïncorporeerd in het dagelijkse handelen. Tot slot zou er nog een laatste fase toegevoegd kunnen worden, namelijk het evalueren van het resultaat. Hiermee kan nagegaan worden of de vernieuwing in de praktijk inderdaad leidt tot degewenste / verwachte verbeteringen. In schema ziet het proces er als volgt uit:



Fases in het proces van invoering van vernieuwingen aangepast aan Fullan (1991)

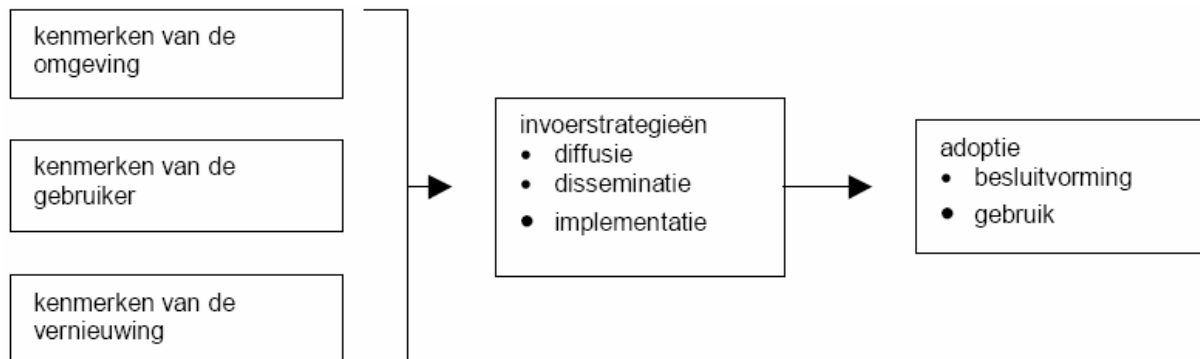
Het schema toont dat het invoeren van vernieuwingen geen lineair proces is. Slechte ervaringen met de vernieuwing in de dagelijkse praktijk kunnen er bijvoorbeeld de oorzaak van zijn dat men terugkomt op de eerder genomen beslissing om volgens de vernieuwing te gaan werken, waardoor het hele proces stagneert of zelfs helemaal stopt.

Factoren proces van invoeren van vernieuwingen:

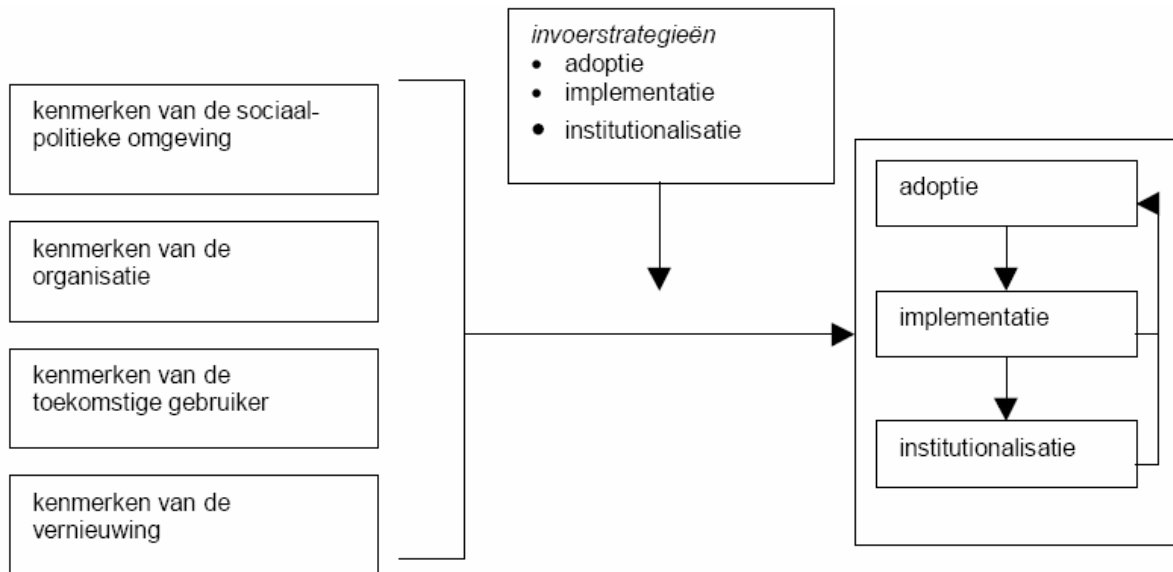


Factoren die het proces van invoeren van vernieuwingen beïnvloeden, aangepast aan Paulussen 1994

Logan e.a. (1998) hanteren een model waarbij rekening wordt gehouden met het afstemmen van de invoerstrategie op de belemmerende en bevorderende factoren. Hieronder is een model van Logan e.a. (1998) weergegeven dat hiermee rekening houdt.



In het volgende model wordt aangegeven dat de mate van adoptie, implementatie en institutionalisatie bepaald wordt door vier categorieën kenmerken. Ten eerste kenmerken uit de sociaal-politieke omgeving van de organisatie, zoals regels en wetten, financiering en patiënten. Ten tweede kenmerken van de organisatie zelf, zoals structuur, cultuur en voorzieningen. Ten derde kenmerken van de individuele gebruiker, zoals eigenschappen, ervaren steun, verwachtingen ten aanzien van de vernieuwing. Ten vierde door kenmerken van de vernieuwing, zoals praktische bruikbaarheid en voordeel voor de gebruiker. Gegeven deze kenmerken kunnen invoerstrategieën gekozen worden die ingrijpen op / aansluiten bij de diverse kenmerken zodat de mate van adoptie, implementatie en institutionalisatie verhoogd zal worden.



Elementen van kwaliteitszorg' van L. Hollands e.a.

In onderstaande stukje wordt hoofdstuk 6 'Standaarden en indicatoren' uit het boek 'Elementen van kwaliteitszorg' samengevat. Er worden definities van begrippen gegeven, vervolgens de kenmerken, waarden en beperkingen van standaarden, hoe standaarden tot stand komen en tot slot hoe standaarden geïmplementeerd zouden moeten worden.

Standaarden en indicatoren:

Steeds vaker wordt er verantwoording van de gemaakte keuzes gevraagd. Men kan zich dan beroepen op de beroepscode of het beroepsprofiel, maar op concreet uitvoerend niveau is nog weinig vastgelegd.

Aan de hand van kwaliteitseisen en -criteria kunnen normen worden vastgesteld in een standaard.

Begrippen:

- Standaard: een door de beroepsgroep overeengekomen niveau van zorg.
- Criteria:
 - Zorgverschijnsel dat relevant is voor het definiëren van kwaliteit;
 - Meetbaar element van de standaard.
- Protocol: naar tijd geordend verloop van zorghandelingen: regeling van een richtlijn, meer of minder dwingend voorschrift.
- Indicator: meetbaar aspect/element van de zorg dat een mogelijke aanwijzing vormt van de kwaliteit ervan: een 'kwaliteitskenmerk'.

De functies van een standaard:

- Om onderwijs aan te kunnen relateren;
- Wetenschappelijk: betreffend beroep kan beter verricht worden;
- Duidelijkheid naar patiënten, andere disciplines en derden versterken.

BELANGHEBBENDEN	FUNCTIONIES
<i>Patiënten/cliënten</i>	– inzicht in doel en werkwijze van de zorgverlening – inzicht, hetgeen taakafbakening en samenwerking kan bevorderen
<i>Inspecties</i>	– aanvullingen van hun 'referentiekaders'
<i>Opleidingen</i>	– leerdoelen (eindtermen) voor de op het werk voorbereidende opleidingen
<i>Beroepsbeoefenaren</i>	– in het verpleegkundig proces voor het structureren van zorgproblemen en zorgevaluatie – verhelderend en bevorderlijk voor discussie en meningsvorming over het werk van de verpleging – de beroepsvereniging kan het beroepsprofiel uitbreiden met een kwaliteitsprofiel
<i>Afdelingen of basiseenheden</i>	– 'eye opener' bij discussie over eigen zorgverlening – databank voor intercollegiale toetsing, interdisciplinaire ofwel afdelingsgebonden toetsing en het werken in kwaliteitscirkels – ontwikkeling van de beroepsuitoefening; werk/leerdoelen voor het inwerken van nieuwe collega's, voor begeleiding en beoordeling van stagiaires, voor het voeren van functioneringsgesprekken en voor het peilen van bijscholingsbehoeften.
<i>Onderzoekers</i>	– uitgangspunt voor de ontwikkeling van meetinstrumenten, zowel voor wetenschappelijk als beleidsgericht onderzoek.

Schema 6.1 Functies van standaarden voor verschillende belanghebbenden.

(Bron: Hollands e.a., *Standaarden en meetinstrumenten voor verpleegkwaliteit*, 1993, p.92)

Standaarden komen tot stand:

- Decentraal: beroepsbeoefenaren in praktijk/instelling ontwikkelen richtlijnen op basis van klinische expertise, praktijkervaring of consensusdiscussies;
- Centraal: groep ter zake deskundige beroepsbeoefenaren ontwikkelen richtlijnen met zo breed mogelijk draagvlak en zo goed mogelijk wetenschappelijke basis.

Het beste is als de ontwikkeling zowel decentraal als centraal plaatsvindt zodat richtlijnen elkaar aan kunnen aanvullen.

Elementen van een standaard:

- Omschrijving van het wenselijke uitvoeringsniveau: wat, hoe, hoe vaak, wanneer, door wie en met wie zorg verleend wordt. Dit is vaak een compromis tussen ideaal wenselijk en haalbaar;
- Situatieomschrijving: de aangesproken populatie/doelgroep;
- Voorwaarden, bijvoorbeeld: op schriftelijk verzoek van een arts;
- In waarneembaar gedrag en begrijpelijk omschreven worden, omdat een standaard meetbaar moet zijn.

Waarden en beperkingen van standaarden:

Een standaard is een referentiekader voor handelen. Het is geen rigide richtlijn, maar een door de beroepsgroep en andere bij het werk betrokkenen, vastgestelde, (actuele) en tijdgebonden stand van zaken, waarin verwoord is wat onder goede hulpverlening van het betreffende beroep verstaan wordt.

Standaarden zijn niet het laatste woord maar nodigen uit tot discussie en bijstelling. Na verloop van tijd is bijstelling nodig. Ook moeten zorg- en hulpverlener creatief zijn en op een persoonlijke manier rekening houden met specifieke omstandigheden van de patiënt.

Implementatie van standaarden:

Het publiceren of verspreiden van een richtlijn is niet voldoende om mensen er mee te laten werken. Hulpverleners moeten er positief tegenover staan zodat ze de richtlijn geleidelijk een vaste plaats geven in hun dagelijkse werk.

Succesvolle invoering verloopt volgens de volgende stappen:

- Vaststellen van gewenste verandering;
- Analyse van mogelijke knelpunten bij invoering van de verandering;
- Ontwikkeling van strategieën om veranderingen door te voeren;
- Feitelijke invoering;
- Evaluatie van bereikte resultaat.

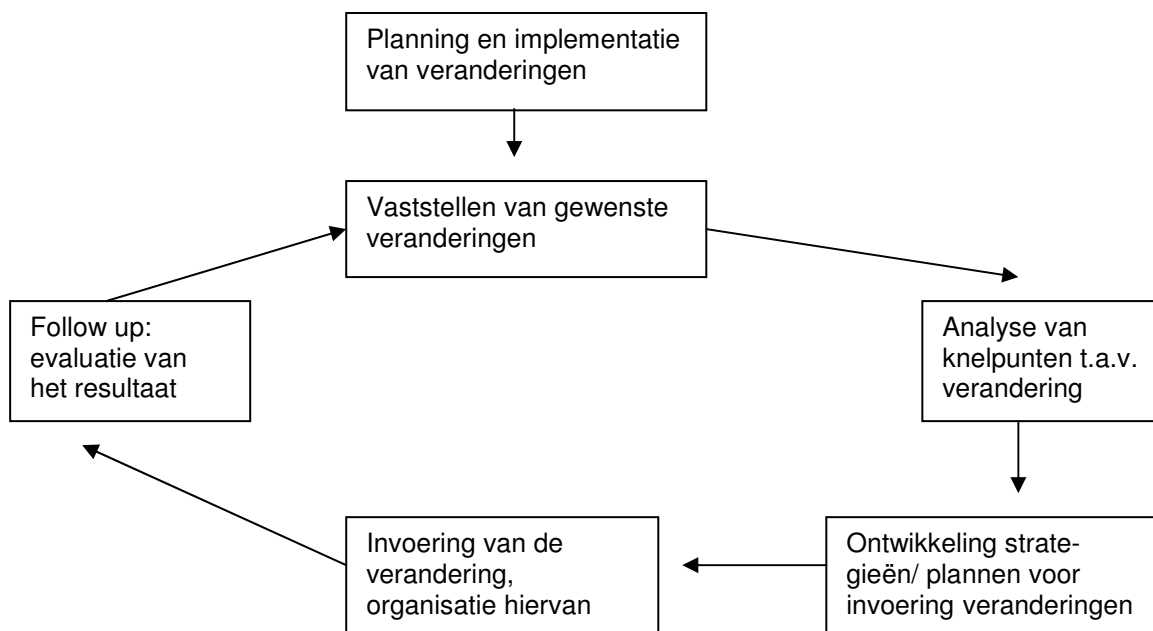
Invoering van richtlijnen en veranderingen. R. Grol e.a.

Dit boek wordt behandeld hoe men ervoor kan zorgen dat waardevolle richtlijnen, inzichten en verbeteringen een vaste plaats kunnen krijgen in de hulpverleningspraktijk.

De kwaliteitscyclus bestaat uit de volgende stappen:

1. Analyse van mogelijke kwaliteitsproblemen
2. Selectie van relevante onderwerpen
3. Ontwikkelen van richtlijnen of doelen voor goede zorg
4. Beoordeling van de feitelijke zorg
5. Planning en implementatie van veranderingen

Op punt 5 kan de kwaliteitscyclus uitgebreid en gedetailleerd worden:



- Vaststellen van gewenste veranderingen: wat moet er precies aan verbeteringen, vernieuwingen en richtlijnen worden ingevoerd? Dit betreft onder meer het inwikkelen en formuleren van richtlijnen voor goede zorg of het vaststellen van wat goede zorg of gewenste veranderingen inhouden/

Ze moeten betrekking hebben op een relevant onderwerp uit de zorg om de invoering te bevorderen. De vernieuwing moet bruikbaar en toepasbaar zijn in het dagelijkse werk en als een echte verbetering worden gezien door de zorgverleners.

Kernactiviteiten:

- reflectie op aard en doel van de gewenste verandering
 - aard van de ontwikkelingsprocedure
- Analyse van mogelijke knelpunten in het invoeren van richtlijnen of veranderingen: nadat duidelijk is wat de gewenste verandering in de praktijk omvat, moet men inzicht krijgen in wat de mogelijke belemmeringen zijn om de gewenste veranderingen te realiseren. Dit kunnen eigenschappen zijn van de hulpverlener, maar ook sociale en structurele factoren.

Kernactiviteiten:

- rekening houden met variatie aan knelpunten/ belemmeringen: eigenschappen van hulpverleners en werksetting
- Ontwikkelen van strategieën om veranderingen door te voeren: om de veranderingen te realiseren moeten er hanteerbare en effectieve methoden, interventies of strategieën worden gekozen of ontwikkeld die rekening houden met bestaande belemmering ten aanzien van de invoering daarvan. Dit houdt in het onder de aandacht brengen bij de betrokken hulpverleners en instellingen. En ervoor zorgen dat hulpverleners of instellingen voldoende inzicht hebben in de gewenste verandering, deze accepteren en bereid te zijn deze daadwerkelijk over te nemen.

Kernactiviteiten:

- effectieve interventies met betrekking tot verspreiding en invoering van nieuwe inzichten
 - stapsgewijze benadering
- Feitelijk invoering van richtlijnen en nieuwe werkwijzen: dit houdt in het toepassen van de strategieën en interventies en het organiseren of managen van het veranderingsproces

Kernactiviteiten:

- combinatie van interventies
 - organisatie op verschillende niveaus
 - management van verandering
- Evaluatie van het resultaat: hier wordt nagegaan of de activiteiten succes hebben gehad: zijn de richtlijnen of verandering bekend, worden ze geaccepteerd, worden ze ook werkelijk toegepast en worden daarmee de beoogde doelen gerealiseerd in termen van kwaliteitsverbetering, gezondheidswinst, meer tevreden patiënten en doelmatiger zorg?

Kernactiviteit:

- (wetenschappelijke) evaluatiemethoden

Globaal kan men onderscheid maken in massamediale en persoonlijke communicatiekanalen. Uit de literatuur komt naar voren dat een combinatie van massamediale en persoonlijke benaderingen bij complexe veranderingen in de gezondheidszorg vaak het beste werkt om de doelgroep te bereiken. Een éénmalige presentatie van nieuwe inzichten is vaak onvoldoende om de hele doelgroep te bereiken. De meeste hulpverleners willen bovendien meerdere, zowel schriftelijke als persoonlijke bronnen raadplegen, voordat ze beslissen hun werkwijze te veranderen. De multimediale verspreidingsactiviteiten moeten gedurende langere tijd worden volgehouden en hulpverleners als het ware keer op keer via verschillende kanalen met 'hun neus op de nieuwe feiten worden gedrukt' om hen zich ervan bewust te laten worden. Schriftelijke benaderingen dienen daartoe aangevuld te worden met persoonlijke benaderingen. Men kan zich het beste richten op sleutelfiguren en opinieleiders en hen helpen de richtlijnen over te dragen naar de rest van de doelgroep.

Begrippenkader voor implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren bij implementatie in de gezondheidszorg, afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St. Radboud

In dit onderzoek is een studie gedaan naar de ontwikkeling van een Nederlandstalig begrippenkader voor implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren bij implementatie. Het doel was om begripsverwarring op het gebied van implementatie te voorkomen, zodat een effectieve uitwisseling van ervaringen op het gebied van implementatie kan plaatsvinden.

Er heeft in dit onderzoek een literatuuronderzoek plaatsgevonden waarna een conceptbegrippenkader is ontwikkeld. Door middel van een vragenlijst is 'commentaar' gevraagd aan implementatiemedewerkers en onderzoekers.

Uiteindelijk is op basis van de toetsing van de literatuur en de toetsing bij de potentiële gebruikers in samenspraak met de expertgroep een definitief begrippenkader vastgesteld.

Concept definities/ begrippenkader:

Implementatiestrategieën zijn doelgerichte activiteiten om de invoering van een bepaalde werkwijze of product te bewerkstelligen of een bepaalde verandering op gang te brengen.

- Strategieën: er is niet gekozen voor het woord "interventies", omdat hierbij vaak wordt gedacht aan de patiëntgebonden interventies die worden geïmplementeerd.
- Doelgericht: soms vindt verandering spontaan plaats, dat wil zeggen zonder toepassing van een implementatiestrategie.
- Invoering: in het professioneel handelen, functioneren van organisaties en/of direct in het gedrag van burgers/patiënten.
- Werkwijze of product: klinische richtlijn, technologie die nieuw is in de doelgroep van de implementatie.
- Verandering op gang brengen: dit heeft betrekking op verandering waarbij de gewenste uitkomst niet tevoren vaststaat, meestal de aanpak van een probleem in de praktijk.

Beïnvloedende factoren bij implementatie zijn factoren die de werking van een implementatiestrategie verminderen of versterken.

- De factoren kunnen betrekking hebben op burgers/patiënten, intermediairen (zorgverleners, docenten, etc.), organisaties (zorginstellingen, scholen, etc.) en maatschappij (zorgsystemen, etc.).
- Zij kunnen de werking van een strategie "mediëren" of "modereren."
- Implementatiestrategieën kunnen aangrijpen op mediërende factoren (bijvoorbeeld kennis bij artsen voor implementatie van een richtlijn) of rekening houden met modererende factoren (bijvoorbeeld strategieën "op maat")
- Dwarsdoorsnedeonderzoek (bijvoorbeeld voorafgaand aan een implementatiestrategie) kan inzicht geven in factoren die samenhangen met de mate waarin een werkwijze of product wordt gebruikt. Het is aannemelijk (maar niet bewezen) dat dergelijke factoren de werking van een implementatiestrategie beïnvloeden.

Definitieve definities/ begrippenkader:

Een *implementatiestrategie* is een geheel van doelgerichte, samenhangende activiteiten om de invoering van een bepaalde werkwijze of product te bewerkstelligen, een bepaalde verandering op gang te brengen of een blijvende verandering te realiseren.

Beïnvloedende factoren zijn factoren die een implementatieproces of de werking van een implementatiestrategie verzwakken of versterken.

WAT: korte typering van de implementatiestrategie

De eerste component van het begrippenkader voor de omschrijving van een implementatiestrategie is een korte typering in termen van 'wat' is 'bij wie' gepland of gedaan.

Individu: 'eindgebruiker' (burgers/patiënten):

1 Massamedia

Gebruik van massamedia (televisie, krant, internet, etc.) voor educatie en begeleiding.

2 Persoonlijk materiaal

Gebruik van persoonlijk materiaal (folders, zelfstudiepakketten, CD ROM, etc.) voor educatie en begeleiding.

3 Persoonlijk contact

Gebruik van persoonlijk contact (met zorgverlener, lotgenoot, etc.) voor educatie en begeleiding.

4 Bijeenkomsten in kleine groepen

Gebruik van bijeenkomsten in kleine groep (zelfhulpgroep, etc.) voor educatie en begeleiding (arbitrair: tot 15 personen).

5 Bijeenkomsten in grote groepen

Gebruik van bijeenkomsten in grote groep (conferenties, cursussen, symposia, etc.) voor educatie en begeleiding.

6 Terugkoppeling op basis van metingen

Gebruik van terugkoppeling over het individueel handelen, op basis van metingen, voor educatie en begeleiding. Voorbeelden: educatieve voortgangstoetsing, advisering op maat na invullen vragenlijst.

7 Beslissingsondersteuning

Gebruik van hulpmiddelen voor cognitieve ondersteuning van individuele beslissingen. Voorbeelden: geautomatiseerde advisering op maat, herinneringen.

8 Verandering in leef- of werkomgeving

Verandering in leefomgeving ter bevordering van bepaalde leefstijl. Voorbeeld: faciliteiten voor bewegen in de wijk.

9 Inzet van symbolen

Inzet van personen of organisaties met een verwachte invloed op de houding van individuen. Termen zijn onder meer: 'kampioen', 'sterk merk', opinieleider, sleutelpersoon, rolmodel, logo, motto, en publiek persoon. Als het symbool feitelijk iets doet, bijvoorbeeld een bijeenkomst bijwonen, moet dit apart worden benoemd.

Individu: 'intermediaren' (zorgverleners, docenten, etc.)

10 Massamedia

Gebruik van massamedia (televisie, krant, internet, etc.) voor educatie en begeleiding.

11 Persoonlijk materiaal

Gebruik van persoonlijk materiaal (folders, zelfstudiepakketten, zelfmanagementpakketten, etc.) voor educatie en begeleiding.

12 Persoonlijk contact

Gebruik van persoonlijk contact (met patiënt, collega, ondersteuner, etc.) voor educatie en begeleiding.

13 Bijeenkomsten in kleine groepen

Gebruik van bijeenkomsten in kleine groep (intercollegiale toetsing, etc.) voor educatie en begeleiding (arbitrair: tot 15 personen).

14 Bijeenkomsten in grote groepen

Gebruik van bijeenkomsten in grote groep (conferenties, cursussen, symposia, etc.) voor educatie en begeleiding.

15 Terugkoppeling op basis van metingen

Gebruik van terugkoppeling over het individueel handelen, op basis van metingen, voor educatie en begeleiding. Voorbeelden: kwaliteitstoetsing, educatieve voortgangstoetsing.

16 Beslissingsondersteuning

Gebruik van hulpmiddelen voor cognitieve ondersteuning van individuele beslissingen.

Voorbeelden: geautomatiseerde advisering op maat, herinneringen, decision aids.

17 Verandering in leef- of werkomgeving

Verandering werkomgeving ter bevordering van bepaalde werkwijzen of leefstijl. Voorbeeld: verhuizing van afdeling naar ander gebouw.

18 Inzet van symbolen

Inzet van personen of organisaties met een verwachte invloed op de houding van individuen.

Termen zijn onder meer: 'kampioen', 'sterk merk', opinieleider, sleutelpersoon, rolmodel, logo, motto, en publiek persoon. Als het symbool feitelijk iets doet, bijvoorbeeld een bijeenkomst bijwonen, moet dit apart worden benoemd.

Organisatie (zorginstelling, school, afdeling, team, etc.)

19 Verandering in strategische doelen

Verandering in lange termijn doelen van een organisatie om een bepaalde verandering te bevorderen. Voorbeeld: grotere aandacht voor oudere, chronische patiënten in een ziekenhuis.

Strategieën gericht op organisatiestructuren:

20 Verandering van organisatiegrootte

Verandering in de organisatiegrootte (afgemeten aan inzet van mensen en middelen dan wel aan productie van diensten) om een bepaalde verandering te bevorderen. Voorbeeld: fusie van ziekenhuizen.

21 Verandering van fysieke omgeving

Verandering van fysieke omgeving van een organisatie om een bepaalde verandering te bevorderen. Voorbeeld: verhuizing van een afdeling naar een ander gebouw met meer faciliteiten.

22 Verandering in mix van competenties

Verandering in de samenstelling van het personeelsbestand om een bepaalde verandering te bevorderen. Voorbeeld: meer verpleegkundigen ten opzichte van het aantal artsen in dienst nemen.

23 Verandering in professionele rollen

Verandering in taken en verantwoordelijkheden van professionals om een bepaalde verandering te bevorderen. Voorbeeld: ontwikkeling van nurse practitioners.

24 Verandering in teams

Verandering in structuur of functioneren van teams om een bepaalde verandering te bevorderen. Voorbeeld: opname van paramedici in een multiprofessioneel team.

Strategieën gericht op werkprocessen:

25 Herontwerp van werkprocessen

Verandering in structuur van werkprocessen om een bepaalde verandering te bevorderen. Voorbeeld: ketenzorg voor patiënten met een beroerte.

26 Standaardisering van werkprocessen

Uitwerking van aanbevelingen of voorschriften voor werkprocessen om een bepaalde verandering te bevorderen. Voorbeeld: richtlijnen, protocollen.

27 Informatisering van werkprocessen

Verandering in het gebruik van informatie in werkprocessen om een bepaalde verandering te bevorderen. Voorbeeld: automatisering van de dossiervoering.

Strategieën gericht op organisatieprocessen:

28 Verandering interne communicatie

Communicatie met individuen en delen van de organisatie om een bepaalde verandering te bevorderen, inclusief het bevorderen van draagvlak. Voorbeeld: communicatie over nieuwe strategische doelen van een organisatie.

29 Verandering externe communicatie

Communicatie met individuen en organisaties in de omgeving van een organisatie, waaronder burgers/patiënten. Voorbeeld: regionaal overleg met andere ziekenhuizen, patiëntenraadpleging.

30 Verandering in leiderschap en cultuur

Verandering in de wijze van leidinggeven of de gedeelde normen en waarden in een organisatie. Voorbeeld: selectie van ander type leidinggeven.

Maatschappij (zorgsysteem, andere maatschappelijke sectoren)

31 Beïnvloeding van de maatschappelijke agenda

Activiteiten om bepaalde thema's hoger op de agenda van maatschappij, beleid en politiek te krijgen. Voorbeeld: aandacht vragen voor een onderwerp in de publieke media.

32 Professionele ontwikkeling van beroepsgroepen

Professionalisering van een beroepsgroep om een bepaalde verandering te bevorderen. Voorbeeld: start landelijke richtlijnontwikkeling in een beroepsgroep.

33 Financiële prikkels voor burgers/patiënten

Gebruik van financiële beloning of risico om een bepaalde verandering te bevorderen. Voorbeeld: grotere eigen bijdragen in de ziektekostenverzekering.

34 Financiële prikkels voor zorgverleners/zorginstellingen

Gebruik van financiële beloning of risico om een bepaalde verandering te bevorderen. Voorbeeld: introductie diagnose-behandel combinaties

35 Contractering van zorgaanbieders

Gebruik van contractering van zorgaanbieders om een bepaalde verandering te bevorderen. Voorbeeld: contractering met ziektekostenverzekeraar.

36 Wet- en regelgeving

Realisering van wet- en regelgeving om een bepaalde verandering te bevorderen. Voorbeeld: kwaliteitswet zorginstellingen.

WAAROM: beïnvloedende factoren bij implementatie

De tweede component in het begrippenkader betreft de beïnvloedende factoren bij implementatie. Elke omschrijving van een implementatiestrategie zou moeten aangeven op welke factoren deze beoogt aan te grijpen. Hiermee wordt tevens een theoretische onderbouwing gegeven, omdat deze factoren veelal zijn gerelateerd aan theorie over verandering. De voorgestelde begrippen geven globale inhoudelijke domeinen weer; binnen elk domein moeten de factoren preciezer worden omschreven. De lijst van specifieke factoren is te lang om in een gestandaardiseerd begrippenkader op te nemen. De beïnvloedende factoren kunnen ook op zichzelf worden onderzocht, bijvoorbeeld voor of na de uitvoering van een implementatiestrategie.

De volgende domeinen van beïnvloedende factoren bij implementatie worden onderscheiden:

Individuen: burgers/patiënten

1 Individuele cognities

In dit domein passen allerlei aspecten van kennis (domeinkennis, professionele kennis, ervaren complexiteit van de innovatie, intelligentie) en informatiegedrag (leerstijlen, gebruik van communicatiekanalen, innovatie adoptie gedrag) van patiënten en/of burgers. De achtergrond van de begrippen wordt gevormd door psychologische theorieën over leren.

2 Individuele motivaties

Dit cluster van factoren is afkomstig uit de psychologische theorie over gedragsverandering. In dit domein passen intenties (doelen, fasen van verandering); attitudes (utiliteiten, ervaren voordelen en risico's van de innovatie); verwachte effecten (waaronder attributies bij eigen gedrag en verwacht impact van de innovatie); geloof in eigen kunnen (waaronder zelfvertrouwen, ervaren gedragscontrole en zelfeffectiviteit); ervaren sociale normen

(waaronder rolopvattingen, sociale vergelijking en passendheid van de innovatie); emoties (waaronder tevredenheid met prestaties, aantrekkelijkheid van de innovatie).

3 Individueel gedrag

In dit domein passen vaardigheden (waaronder competenties en probeerbaarheid van de innovaties) en omgang met stressvolle ervaringen (copingstijlen, etc). Het betreft psychologische concepten, onder meer uit theorie over zelfregulering.

Individen: intermediairen (zorgverleners, docenten, etc.)

4 Individuele cognities

In dit domein passen allerlei aspecten van kennis (domeinkennis, professionele kennis, ervaren complexiteit van de innovatie, intelligentie) en informatiegedrag (leerstijlen, gebruik van communicatiekanalen, innovatie adoptie gedrag) van zorgverleners, leerkrachten, etc. De achtergrond van de begrippen wordt gevormd door psychologische theorieën over leren.

5 Individuele motivaties

Dit cluster van factoren is afkomstig uit de psychologische theorie over gedragsverandering. In dit domein passen intenties (doelen, fasen van verandering); attitudes (utiliteiten, ervaren voordelen en risico's van de innovatie); verwachte effecten (waaronder attributies bij eigen gedrag en verwacht impact van de innovatie); geloof in eigen kunnen (waaronder zelfvertrouwen, ervaren gedragscontrole en zelfeffectiviteit); ervaren sociale normen (waaronder rolopvattingen, sociale vergelijking en passendheid van de innovatie); emoties (waaronder tevredenheid met prestaties, aantrekkelijkheid van de innovatie).

6 Individueel gedrag

In dit domein passen vaardigheden (waaronder competenties en probeerbaarheid van de innovaties) en omgang met stressvolle ervaringen (copingstijlen, etc). Het betreft psychologische concepten, onder meer uit theorie over zelfregulering.

7 Professionele teams

In dit domein passen begrippen die te maken hebben met interactie in groepen, zoals groeps-cognities (oriëntaties, doelen, normen, etc) en teamfunctioneren (leiderschap, veiligheid, etc.). De begrippen komen uit de sociale psychologie.

8 Professionele netwerken

Hieronder vallen factoren als de aanwezigheid van opinie-leiders en de omvang en aard van de sociale netwerken van professionals. De begrippen komen uit de sociale netwerkbenadering, een sociaal-wetenschappelijke theorie, waarop onder meer de theorie over diffusie van innovaties.

Organisaties

9 Organisatiestructuren en werkprocessen

In dit domein passen organisatiekenmerken als specificatie, flexibiliteit, gezagsverhoudingen, specialisatie en organisatiegrootte. De begrippen zijn afkomstig uit de organisatietheorie.

10 Organisatie processen

In dit domein vallen interne en externe communicatie in een organisatie, alsmede verbeteractiviteiten in een organisatie. De theoretische achtergrond hiervan wordt gevormd door de organisatietheorie.

11 Beschikbare middelen

In dit domein valt behalve financiële middelen ook de beschikbaarheid van technische kennis in een organisatie. De theoretische achtergrond hiervan wordt gevormd door de organisatietheorie.

Maatschappij

12 Professionele ontwikkeling

Dit domein betreft de professionele ontwikkeling van beroepsgroepen, waarover in de sociale wetenschappen theorie is uitgewerkt.

13 Financiële prikkels

Dit domein betreft zowel prikkels (beloningen, beschikbaarheid van middelen) als financieel risico's voor zorgverleners en burgers/patiënten en kosten van verandering. Ook de mate competitie op een markt valt hieronder. De begrippen zijn afkomstig uit de economische theorie.

14 Regelgeving

Dit laatste domein omvat zaken als wetgeving, contractering en overige regelgeving. Hierachter zit een bestuurlijk- juridisch perspectief.

'Ruimte voor verandering?' door M.A.J Peters e.a., ondersteund door ZonMW.

In onderstaande samenvatting zullen implementatiestrategieën beschreven worden en vervolgens de factoren die de implementatie kunnen bevorderen/belemmeren.

Effectieve implementatie van veranderingen vereist een systematische benadering en een goede planning van de diverse activiteiten. Uiteenlopende factoren spelen een rol bij de invoering van vernieuwingen. Deze factoren kunnen zowel belemmerend als bevorderend zijn. Het moet duidelijk zijn welke voordelen de innovatie biedt ten opzichte van de bestaande situatie. Er dient rekening gehouden te worden met de nadelen die de innovatie met zich mee zou kunnen brengen. De implementatiestrategie dient ook rekening te houden met de wensen van de doelgroep (jongeren, ouderen, zwangere vrouwen, etc.) en de zorgaanbieder (huisarts, GGD, etc.). Een gecombineerde aanpak waarbij met meerdere factoren rekening wordt gehouden, heeft vermoedelijk een grotere kans van slagen. Een voorbeeld hiervan is het project 'Thuis in evenwicht', waarbij zowel de aanbieder als de doelgroep betrokken zijn.

Een belangrijk startpunt bij implementatie is een goede kennis van factoren die een rol kunnen spelen in een veranderingsproces. De kenmerken van de doelgroep, de setting en de zorgverlener moeten duidelijk zijn en de belemmerende en bevorderende factoren dienen bekend te zijn. Een zorgvuldige knelpuntenanalyse, die inzicht geeft in beïnvloedende factoren, is belangrijk omdat een implementatiestrategie waarschijnlijk succesvoller is wanneer ze aansluit bij deze factoren.

Er is veel onderzoek verricht naar interventies voor het verbeteren van zorg, maar een pasklare oplossing, de best werkende interventie, is niet gevonden. Effectieve interventies om innovaties beter te implementeren laten een aanzienlijke variatie zien in de veranderingen die teweeg werden gebracht. Interventies waarbij rekening gehouden wordt met specifieke barrières ('tailored intervention') geven een grotere kans op slagen. Effectief lijkt vooral de ontwikkeling van multifactoriële interventies die tegemoet komen aan meerdere barrières tegelijkertijd ('multifaceted intervention'). Hierbij moet steeds worden nagegaan welke specifieke barrières een rol spelen bij de implementatie van preventie.

Hieronder zijn de factoren vermeld die volgens de gebruikte bronnen een rol kunnen spelen bij de implementatie van richtlijnen en innovaties gericht op de gezondheidszorg.

Factor Omschrijving

Kenmerken innovatie:

Verenigbaarheid:	hoe minder verandering de innovatie vereist in bestaande praktijkroutines des te groter zijn de implementatiekansen
Tijdsinvestering:	hoe groter de tijdsinvestering is die een innovatie vergt hoe kleiner de implementatiekansen
Specificiteit/flexibiliteit:	hoe specifiek en flexibeler de innovatie (mogelijkheid tot

	afstemming op individuele behoeften en wensen) hoe groter de implementatiekansen
Didactische waarde:	de mogelijkheid tot informatie-uitwisseling met collega's vergroot de implementatiekansen en de gelegenheid om het eigen handelen te evalueren en het verkrijgen van feedback over het eigen handelen vergroot de kansen op continuering van preventieve zorgverlening en stimuleert de hulpverlener tot een toename van het preventieve zorgaanbod
Relatieve voordeel:	hoe groter de verbetering is die de innovatie oplevert ten opzichte van de voormalige situatie des te groter zijn de implementatiekansen
Complexiteit:	hoe minder complex de innovatie is des te groter zijn de implementatiekansen
Probeerbaarheid:	de mogelijkheid om een innovatie geheel of gedeeltelijk 'uit te proberen' verhoogt de implementatiekansen
Observeerbaarheid:	de mogelijkheid om een kijkje te nemen bij anderen die de innovatie al hebben geïmplementeerd verhoogt de implementatiekansen
Zichtbare resultaten:	het feit dat preventieve activiteiten veelal geen tastbare resultaten opleveren en dat de voldoening ervan vaak indirect en pas op langere termijn merkbaar is, heeft een negatieve invloed op de motivatie van de zorgverlener om dergelijke activiteiten uit te voeren
Wetenschappelijke Onderbouwing:	het niet of in geringe mate (minder dan drie bronnen) aanwezig zijn van een wetenschappelijke basis voor de innovatie verkleint de implementatiekansen
Kosten-effectiviteit:	hoe sterker het vermoeden heerst bij de zorgverlener dat de effecten van de innovatie niet opwegen tegen de kosten hoe kleiner de implementatiekansen
Helderheid/nauwkeurigheid:	het niet helder en onnauwkeurig gedefinieerd zijn van de innovatie verkleint de implementatiekansen
Ongerief / Interruptie leefstijl:	zowel zorgverleners als patiënten zijn minder bereid een preventieve handeling uit te voeren respectievelijk te ondergaan naarmate de handeling meer persoonlijk ongerief met zich meebrengt / hoe groter de interruptie die de innovatie vergt in de leefstijl van de patiënt hoe kleiner de implementatiekansen
Haalbaarheid/toepasbaarheid:	hoe beter de innovatie haalbaar is in het reguliere dagelijkse werk, hoe groter de implementatiekansen
Consistentie/betrouwbaarheid:	gebrek aan consensus met betrekking tot richtlijnen welke

	zijn opgesteld door verschillende organisaties verlaagt de implementatiekansen
Imago:	wanneer de preventieve zorg of activiteit slecht bekend staat, een slecht imago heeft, hoe kleiner de implementatiekansen zullen zijn
<i>Factor Omschrijving</i> Kenmerken zorgverlener: Attitude/rolperceptie:	zorgverleners die zichzelf een rol toebedelen in de preventieve zorg en een positieve attitude hebben ten aanzien van preventie zijn meer bereid om preventieve taken op zich te nemen dan zorgverleners die het verrichten van preventieve handelingen niet tot hun functie vinden behoren en meer negatief tegenover preventieve activiteiten staan
Kennis en motivatie:	kennis omtrent welke preventieve activiteiten effectief zijn en hoe deze uit te voeren vergroot de implementatiekansen
Twijfels innovatie:	het bestaan van twijfels of onzekerheid bij de zorgverlener omtrent de waarde van een innovatie verkleint de implementatiekansen
Leefstijl/werkstijl:	zorgverleners vinden het moeilijker om patiënten te adviseren om een bepaalde gewoonte te staken, wanneer zij zichzelf deze gewoonte eveneens hebben toegeëigend
Opleiding (niveau/status):	de houding van de zorgverlener ten opzichte van de implementatie van preventieve activiteiten is mede afhankelijk van waar (bij welk instituut) de zorgverlener zijn opleiding heeft genoten
Betrokkenheid:	betrokkenheid en participatie van de zorgverlener bij de voorbereidingen en opzet van preventieve activiteiten vergroot de implementatiekansen
Communicatievaardigheden:	goede communicatievaardigheden en 'counseling skills', alsook het positief beoordelen van de eigen communicatievaardigheden en 'counseling skills' door de zorgverlener vergroot de implementatiekansen
Ervaring:	recentelijk afgestudeerde zorgverleners staan meer positief tegenover preventieve zorgverlening dan oudere zorgverleners
Specialisme/expertise // inschatting van de capaciteiten:	het hebben van de expertise, soms in de zin van specifieke technische vaardigheden, die nodig is om bepaalde interventies uit te kunnen voeren vergroot de implementatiekansen // patiënten die twijfelen aan de capaciteiten van de zorgverlener om een mogelijk aanwezige ziekte op te sporen, staan minder positief tegenover het uitvoeren van preventieve zorgverlening, hetgeen de implementatiekansen verkleint

Tijdgebrek:	hoe ernstiger het tijdgebrek des te vaker de zorgverlener niet toekomt aan het uitvoeren van preventieve activiteiten of vergeet dergelijke activiteiten uit te voeren
Geslacht:	vrouwelijke zorgverleners voeren bepaalde preventieve activiteiten (bijvoorbeeld een gynaecologische screening) vaker uit dan hun mannelijke collegae
Leeftijd:	jongere zorgverleners zijn meer bereid bepaalde preventieve activiteiten uit te voeren dan oudere hulpverleners
Kwaliteit relatie zorgverlener -patiënt:	een goede relatie verschaft de zorgverlener een goed beeld van de behoeften en attitudes van de patiënt, hetgeen een weloverwogen beslissing van de zorgverlener met betrekking tot het al dan niet uitvoeren van bepaalde preventieve handelingen zal bevorderen
Kennis medische historie patiënt:	het beschikken over informatie over de medische geschiedenis van familieleden van de patiënt vergroot de implementatiekansen van bepaalde preventieve activiteiten, omdat deze informatie inzicht verschaft over het al dan niet aanwezig zijn van bepaalde risicofactoren bij de patiënt

Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg' van R. Grol e.a.

Inleiding:

Onderzoeksresultaten of nieuwe inzichten die betrekking hebben op de effectieve en doelmatige zorg vinden tergend langzaam hun weg naar verpleegkundigen en andere werkers in de zorg. Zelfs als men op de hoogte is van nieuwe inzichten, treedt er vaak geen verandering in de dagelijkse routines op. Hierdoor wordt in plaats van de gewenste zorg onnodige zorg geboden.

Toepassing van een richtlijn kan worden beïnvloed door de kwaliteit van de richtlijn, mate van aansluiting ervan bij de praktijk, door opinies van professionals of wensen van de patiënt en door de wijze van invoering en de daarvoor aanwezige randvoorwaarden.

Alle partijen in de gezondheidszorg zijn het erover eens dat de zorg doeltreffender, doelmatiger, veiliger en patiëntgerichter kan. De verschillende partijen kiezen nogal eens voor verschillende strategieën om de zorg te verbeteren. Zo zullen de overheid en de zorgverzekeraars naar het instrument van regelgeving en budgettering grijpen om de kosten van de zorg in de hand te houden, terwijl betrokken hulpverleners ervan overtuigd zijn dat verbetering te stimuleren is door goede scholing en het maken van goede afspraken.

Implementatie.

Implementatie: Een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde, met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatige handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg.

Er bestaat niet een beste methode voor innovaties in alle settings. Verschillende doelgroepen en situaties brengen uiteenlopende implementatieproblemen met zich mee. Dit betekent dat er een variatie aan strategieën moet worden benut die in een bepaalde volgorde worden toegepast. Tussendoor moet voortdurend worden geëvalueerd of de verandering op gang komt of men dichterbij het doel komt. Effectieve implementatie vereist een goede zorgvuldige planning.

Theorieën over implementatie.

De volgende factoren kunnen een succesvolle implementatie bevorderen dan wel belemmeren:

- Kenmerken van de richtlijn of innovatie: sommigen zijn beter onderbouwd, beter geformuleerd, geloofwaardiger, beter aangepast aan de behoefte van de klinische praktijk of passen beter bij bestaande normen en waarden dan anderen;
- Kenmerken van de doelgroep van professionals die deze richtlijnen moeten toepassen: kennis, vaardigheden, opinies en attitudes, normen en waarden, bestaande routines en persoonlijkheidskenmerken kunnen implementatie belemmeren/bevorderen;
- Kenmerken van de patiënt: diens kennis, attitude, gedrag, compliantie, behoeften en prioriteiten;
- Kenmerken van de sociale context: de attitude van de collega's, de cultuur in het sociale netwerk, de mening van de opinieleiders en de wijze van leidinggeven;
- Kenmerken van de economische, administratieve en organisatorische context;
- Kenmerken van de methode en strategieën van implementatie: afhankelijk van de keuze, intensiteit en duur ervan, de bron en de uitvoerders zal de implementatie meer of minder spoedig verlopen.

Niet al deze factoren kunnen worden samengevat in één theorie, net zo min als de succesvolste manier van implementeren. De kunst is verschillende visies op effectieve implementatie te integreren.

Theorieën over factoren betreffende individuele professionals.

Theorie over het planmatig handelen.

De intentie van een persoon bepaald gedrag te vertonen wordt bepaald door de attitude ten aanzien van het gedrag (Verwachting van uitkomsten van het gedrag), de sociale normen en door de ervaren controle op het gedrag.

Deze drie aspecten kunnen aangegrepen worden bij implementatie.

Transtheoretisch model.

Een professional doorloopt 6 fasen om tot verandering te komen:

- Precontemplatie: individu is niet van plan om in de nabije toekomst iets te veranderen. Verandering bevorderen door: bewustwording, verhoging van de emotionele betrokkenheid en nadenken over de consequenties van het bestaande gedrag voor de omgeving;
- Contemplatie: individu overweegt om binnen 6 maanden iets te veranderen. Voor- en nadelen worden overdacht maar individu is nog niet klaar voor actie. Verandering bevorderen door: bespreken van de eigen houding ten opzichte van het gewenste gedrag;
- Voorbereiding: het individu is van plan op korte termijn te veranderen, men is gevoelig voor handelingsgerichte interventies. Verandering bevorderen door: versterken van het geloof in eigen kunnen en door zich te committeren aan de voorgenomen verandering;
- Actie: individu heeft afgelopen maanden zichtbare veranderingen aangebracht in het gedrag.

- Actie faciliteren door: verbinden van consequenties aan het gedrag (belonen, bestraffen), sociale ondersteuning en het aanleren van nieuwe vaardigheden;
- Behoud: individu probeert terugval in het oude gedrag te voorkomen (Periode van 6 maanden tot 5 jaar);
 - Afronding: terugval is uitgesloten.

Factoren gerelateerd aan de sociale omgeving.

Sociale invloedtheorie.

Deze theorie gaat ervan uit dat handelingen in de dagelijkse praktijk vaak niet berust zijn op een bewuste afweging van de voor- en nadelen. Maar geleid worden door de gewoonten en opvattingen die men observeert bij (belangrijke) anderen, en door de heersende praktijken en sociale normen die gepast gedrag definiëren. Zorgverleners laten zich minder leiden door wetenschappelijke literatuur dan door de uitwisseling van ideeën met collega's. Tot actie gaat men pas over als er lokale consensus is ontstaan.

Innovatie-diffusietheorie.

Gaat uit van 3 factoren die implementatie kunnen beïnvloeden: innovatie zelf, verschillen in veranderingsgeneigdheid en met de sociale netwerken in de groep. Deze theorie zegt dat je implementatie bevorderen kan door in hun omgeving gerespecteerde, veranderingsgeneigde personen aan te stellen als contactpersoon in een groep en deze laten fungeren als rolmodel in de groep. De zogenaamde sleutelfiguren.

Social marketing.

Deze theorie vertelt dat het professionals dienen mee te denken over het product en de wijze van invoering in plaats van doelwit te zijn van informatie, controle en waarschuwingen bij afwijking van richtlijnen.

Effectieve implementatie: een model.

Om implementatie in goede banen te leiden zijn een systematische benadering en een goede planning van implementatieactiviteiten nodig. Zelden is een eenmalige activiteit effectief. Bijna altijd is er een goed gepland proces nodig, waarin alle relevante factoren aandacht wordt gegeven en regelmatig wordt nagegaan hoever men al gevorderd is in het bereiken van de doelen.

Geadviseerd wordt het implementeren te beginnen met een diagnostische analyse. Deze moet inzichten opleveren ten aanzien van de kenmerken van de doelgroep en eventuele subgroepen daarin, de setting waarin de implementatie plaatsvindt, de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren in de verandering van het praktijkgedrag en de brede (maatschappelijke/organisatorische) context ervan en belangrijke partijen in het proces van implementeren van de innovatie.

Betrokkenheid van de doelgroep in het gehele proces zal uiteindelijk bijdragen aan succesvolle implementatie. Planning van de implementatie houdt derhalve in dat men zich goed verdiept in de beleving, de behoeften, de zorgen, de mogelijkheden en de onmogelijkheden, en de werksituatie van degenen die het uiteindelijk moeten doen. De doelgroep wordt betrokken bij de ontwikkeling van een richtlijn of voorstel voor verandering.

De keuze van maatregelen en strategieën om de verandering te realiseren, wordt zoveel mogelijk gekoppeld aan de uitkomsten van de diagnostische analyse en de bevorderende en belemmerende factoren die daarin zijn opgespoord. Op basis daarvan kan een goede en doelmatige mix van bijvoorbeeld educatie, beloningen, feedback en organisatorische of praktische maatregelen worden bedacht. De aanpak wordt zo goed mogelijk aangepast aan de behoeften en situatie van de doelgroep.

Het implementatieproces en het resultaat ervan moet continu geëvalueerd worden.

Selectie van strategieën:

De laatste jaren is er een groot aantal uitkomsten van gecontroleerde studies beschikbaar gekomen op het gebied van de effectiviteit van strategieën om het klinisch handelen te beïnvloeden. Ook kan uit een groot aantal reviews worden geput om te leren over effectieve interventies.

Tabel 9.1 Strategieën en hun effectiviteit (Bero 1998)

<i>Meestal effectief</i>	<i>Soms wel, soms niet effectief</i>	<i>Beperkt of niet effectief</i>	<i>Effectiviteit onbekend</i>
• Outreach visits • Decision-support • Interactieve educatie • Multi-faceted interventies • Massamediale interventies	• Audit en feedback • Inzet van opinie-reminders • Lokale consensus-bijeenkomsten • Patiëntgerichte interventies	• Educatieve materialen • Cursussen, conferenties leiders	• Financiële prikkels • Administratieve/organisatorische interventies

Professionalgerichte interventies.

1. Verspreiding van educatief materiaal: verspreiding van gedrukte aanbevelingen voor klinische zorg, inclusief richtlijnen, audiovisueel materiaal en elektronische publicaties; de materialen worden persoonlijk geleverd of via de massamedia.
2. Educatieve bijeenkomsten: deelname van hulpverleners aan conferenties, lezingen, workshops en trainingen buiten de praktijksetting; (a) kleine conferenties met actieve participatie, (b) grote conferenties met passieve participatie.
3. Lokale consensusprocessen: deelname van hulpverleners aan discussies om te bewerkstelligen dat zij het klinische probleem belangrijk vinden en over de aanpak ervan overeenstemming bereiken.
4. Educatieve praktijkbezoeken: inzet van een getraind persoon die contact heeft met hulpverleners in hun praktijksetting om informatie te verstrekken. De informatie kan onder meer feedback op het handelen omvatten;
5. Lokale opinieleiders: inzet van hulpverleners die door collega's als invloedrijk ten aanzien van educatie worden gezien. Het moet expliciet worden gemaakt hoe opinieleiders worden geïdentificeerd en gerekruteerd.
6. Interventie via de patiënt: nieuwe, niet eerder bekende klinische informatie die direct bij de patiënt is verzameld en aan de hulpverlener wordt gegeven (bijvoorbeeld scores op depressievragenlijst)
7. Toetsing en terugkoppeling (feedback): samenvatting van gegevens over het klinisch handelen van zorgverleners in een bepaalde tijdsperiode, de samenvatting kan ook aanbevelingen omvatten; de informatie kan schriftelijk of mondeling worden gegeven en verkregen zijn uit medische dossiers of computerdatabases, via observatie of via patiënten; er zijn 2 varianten: (a) interne toetsing, waarbij hulpverleners zelf meedoen aan de gegevensverzameling, (b) externe toetsing, waarbij hulpverleners van anderen passief gegevens krijgen over hun handelen.
8. Herinneringen (reminders): elke interventie, handmatig of geautomatiseerd, die de hulpverlener op het moment van beslissen aanzet om een klinische handeling of verrichting uit te voeren: (a) geautomatiseerde beslissingsondersteuning (gebruik van een actief kennissysteem dat minimaal twee patiëntgegevens gebruikt om casusspecifiek advies te genereren), (b) gelijktijdige rapportages (gericht op hulpverleners tijdens het contact met de patiënt om hen te herinneren aan wenselijke handelingen bij individuele patiënten), (c) herinneringen tussen bezoeken (gericht op hulpverleners tussen bezoeken als er bewijs is van suboptimale zorg voor specifieke patiënten, bijvoorbeeld als een test abnormaal is en gepaste follow-up niet is gevonden in het medische dossier), (d)

uitgebreide laboratoriumuitslag (laboratoriumrapport na abnormaal resultaat gericht op hulpverleners met aanvullende informatie over specifieke follow-upaanbevelingen, administratieve ondersteuning (follow-upafprakensysteem of stickers op patiëntenkaarten), (f) impliciete herinneringen (voorspellende waarden voor abnormale testresultaten zonder expliciete aanbevelingen voor actie).

9. Tailored strategie: gebruik van persoonlijke interviews, groepsgesprekken (focusgroepen) of enquête onder hulpverleners om barrière voor verandering op te sporen en dan een interventie te ontwerpen die deze barrières aanpakt.
10. Massamedia: (a) gevarieerd gebruik van communicatie die een groot aantal mensen bereikt, zoals televisie, radio, kranten, posters, folders en brochures, alleen of in combinatie met andere strategieën, (b) gericht op populatieniveau.

Als je vanuit de praktijk ervaren knelpunten weet, staan er in de volgende tabel mogelijke implementatiestrategieën in verschillende fasen van het veranderingsproces:

<i>Stappen en mogelijke knelpunten</i>	<i>Mogelijke strategieën</i>
1. <i>Oriëntatie</i> - Niet op de hoogte (niet lezen, geen contact collega's) - Geen interesse (geen behoefte, niet relevant vinden)	- Via allerlei kanalen beknopte boodschappen verspreiden, benaderen van sleutelfiguren en netwerken - Wervende brochure, persoonlijke benadering en uitleg, confrontatie met eigen handelen
2. <i>Inzicht</i> - Geen kennis of begrip (informatie complex of omvangrijk) - Geen inzicht of overschatting eigen handelen	- Goede instructiematerialen, kernachtige boodschappen, informatie gebaseerd op problemen uit praktijk, regelmatige herhaling - Eenvoudige methoden van zelftoetsing of onderlinge toetsing, feedback
3. <i>Acceptatie</i> - Negatieve houding (nadelen zien, twijfel aan opstellers of haalbaarheid, onvoldoende betrokken voelen) - Niet bereid te veranderen (twijfel aan succes en eigen mogelijkheden)	- Aanpassing innovatie aan wensen doelgroep, lokale discussie en consensus, weerstanden bespreken, goede wetenschappelijke argumentatie, inschakelen sleutelpersonen en opinieleiders - Demonstratie van uitvoerbaarheid door collega's, inventariseren knelpunten en oplossingen zoeken, veranderplannen met haalbare doelen
4. <i>Verandering</i> - Niet starten met invoering (geen tijd, middelen, vaardigheden; past niet in bestaande zorgprocessen) - Onvoldoende succes (negatieve reacties)	- Extra middelen, ondersteuning, vaardigheidstraining, herontwerp van zorgprocessen, inzet hulpkrachten of consultants - Informatiematerialen voor patiënten - Plan met haalbare doelen
5. <i>Behoud van verandering</i> - Geen integratie in routines (terugvallen, vergeten) - Geen verankering in organisatie (wordt niet gesteund)	- Monitoring-, feedback- en remindersystemen, integratie in zorgplannen en -protocollen - Voldoende middelen, steun van (top)management, organisatorische maatregelen, beloning, vergoeding voor bepaalde taken

Eerder in deze samenvatting is gesproken over verschillen in de veranderingsgeneigdheid van mensen. Zij verschillen ook in behoeften aan verschillende maatregelen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de verschillende benaderingen van verschillende groepen bij de invoering van innovaties.

	<i>Voorlopers</i>	<i>Middengroep</i>	<i>Achterblijvers</i>
Motivatie om te veranderen	• intrinsiek, zien van voordelen	• erbij horen, relatie met anderen	• extrinsiek, dwang, economische druk
Effectieve beïnvloeding	• gericht op cognitie	• gericht op attitude	• gericht op gedrag
Methoden	• goede informatie, geloofwaardige bronnen, schriftelijke methoden	• persoonlijke bronnen, sleutelfiguren, intercollegiale activiteiten, feedback van collega's	• regels en afspraken, beloningen en sancties, hulp bij praktische problemen, duidelijk leiderschap

Disseminatie van richtlijnen en innovaties.

Om richtlijnen, nieuwe inzichten of werkwijzen in te kunnen passen in de bestaande routines is het over het algemeen nodig dat de doelgroep op de hoogte is van het bestaan ervan, er interesse in krijgt, begrijpt waar het om gaat, bereid is om er goed kennis van te nemen en er ook iets mee te gaan doen (lezen of bespreken met collega's). Daarvoor is het nodig dat men, het liefst op stimulerende wijze, met de nieuwe informatie wordt geconfronteerd. Op zich leidt deze disseminatie van een innovatie nog niet tot toepassing. Echter, implementatie zal vaak niet lukken als de effectieve verspreiding in de doelgroep niet goed is. Het belang van een systematische en goed geplande verspreiding wordt vaak onderschat.

In een disseminatieplan moet onder meer aandacht worden gegeven aan de volgende punten:

- De doelgroep moet worden gedefinieerd. Lomas (1997) onderscheidt vijf doelgroepen waaronder zorgverleners en beleidsmakers in de patiëntenzorg.
- De meest geschikte media of kanalen voor verspreiding moeten worden vastgesteld.
- Een budget moet worden bepaald voor de ontwikkeling, de productie en distributie van de verschillende vormen van presentatie van de innovatie. Voor mooi drukwerk of video-opnames en cd-roms kan het om aanzienlijke bedragen gaan.
- De ontwikkeling, productie en verspreiding van de verschillende presentatievormen voor de verschillende subgroepen moet worden opgezet en geleid als een echt project met adequate metingen (worden de doelen gehaald, kosten) en feedback.

Bij het verspreiden van de innovatie kan men onderscheid maken in *massamediale* en *persoonlijke* communicatiekanalen.

<i>Massamediaal</i>	<i>Persoonlijk</i>
• Wetenschappelijke tijdschriften • Vakpublicaties • Mailing van teksten, boeken, folders, diskettes • Verspreiding van cd-roms • Audiovisuele communicatie • Intercollegiaal contact	• Nascholingscursussen • Lokale groepsbijeenkomsten, congressen • Inschakelen sleutelfiguren • Individuele benadering door getrainde consultants • Telefonische adviesmogelijkheid

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Gecomputeriseerde databases • Internet, e-mail | |
|---|--|

Massamediale benaderingen.

Om de kans te vergroten dat massamediale benaderingen hun doel bereiken kan men aan de volgende maatregelen denken:

- De essentie van de nieuwe. Veranderde informatie wordt samengevat in een beknopte, overzichtelijke teksten met een aantrekkelijke vormgeving, met daarin de volgende onderwerpen:
 - Presentatie van een relevante vraag of probleem (casus bijvoorbeeld);
 - Confrontatie van de lezer met eigen routines: wat is men nu gewend te doen?;
 - Samenvatting van de nieuwe inzichten, de meest cruciale aanbevelingen;
 - Uitleg waarom oude routines minder gewenst zijn en argumenten voor nieuwe routines: hoe hard is het bewijs;
 - Waar kan men zich verder oriënteren?
- De samenvatting kan gelijktijdig op intranet en in vaktijdschriften gepubliceerd worden die worden gelezen door de doelgroep. Dit kan ook in de vorm van een interview met een sleutelfiguur die de nieuwe werkwijze of inzichten uitlegt. Op lokaal of instellingsniveau kan de voorgestelde werkwijze via e-mail naar alle betrokkenen worden gestuurd en verder verspreid worden door interne nieuwsbrieven.
- Verder kan men gepopulariseerde versies van de richtlijn of nieuwe werkwijze trachten te publiceren in regionale of landelijke dag- of weekbladen en in bladen die door veel patiënten gelezen worden. Speciale versies voor patiënten en beleidsmakers zijn nuttig. De afgelopen jaren zijn veel van de richtlijnen voor huisartsen in toegankelijke vorm verschenen in de *Consumentengids*. Aandacht ervoor via radio of televisie kan uiteraard een extra impuls geven, opdat patiënten met de juiste verwachtingen naar de zorgverlener komen.

Meer in het algemeen wordt aanbevolen dat van diverse kanalen gebruik wordt gemaakt en dat de 'boodschap' meerdere keren wordt herhaald. De doelgroep wordt enkele tijdlang continu blootgesteld aan de informatie. Op een bepaald punt zal het effect daarvan echter uitdoven en zelfs tot irritatie kunnen leiden.

Persoonlijke benaderingen.

In nogal wat gevallen zal een massamediale benadering onvoldoende zijn om de richtlijnen of nieuwe werkwijzen bij de doelgroep onder de aandacht te brengen, vooral als het gaat om complexe of gevoelige informatie. Persoonlijke benaderingen kunnen op een dergelijk moment een goede aanvulling bieden. De doelgroep op de hoogte brengen en deze activeren opdat ze zich in de innovatie verdiept, kan onder meer via:

- Nascholing en cursussen;
- Sociale netwerken en zorgverleners;
- Sleutelfiguren en opinieleiders;
- Persoonlijke introductie door consulenten (outreach visits/academic detailing).

Het is een feit dat succesvolle en effectieve verspreiding nog geen garantie biedt voor daadwerkelijke implementatie. Effectieve disseminatie is dus geen voldoende, maar vaak wel een noodzakelijke voorwaarde voor effectieve implementatie. Het is daarom van groot belang een disseminatieplan te ontwikkelen in aansluiting op de doelgroep en sleutelfiguren daaruit te betrekken bij het ontwikkelen en testen van dit plan.

Educatieve interventies.

Deze categorie van interventies omvat allerlei activiteiten die bedoeld zijn om de kennis en vaardigheden van de doelgroep ten aanzien van de richtlijn of innovatie die men wil invoeren

te vergroten. De verwachting bestaat dat dit een aanzet is om de innovatie ook feitelijk toe te passen.

Er bestaan allerlei vormen van educatie, variërend van schriftelijk materiaal tot individuele instructie, namelijk:

- Educatief materiaal: publicatie of versturen van geprinte aanbevelingen voor klinische zorg, inclusief richtlijnen; audiovisueel materiaal; elektronische publicaties (bereikbaar via internet) en educatieve computerprogramma's.
- Grootschalige educatieve bijeenkomsten: deelname van zorgverleners aan conferenties en lezingen met een grootschalig karakter, waardoor de deelname meestal passief is;
- Kleinschalige educatieve bijeenkomsten: deelname van zorgverleners aan workshops, vaardigheidstrainingen, nascholingsgroepen en lokale consensusbijeenkomsten, en intercollegiale toetsing buiten de praktijksetting; dus bijeenkomsten met een kleinschalig karakter, waardoor de deelname meestal actief is.
- Educatieve praktijkbezoeken: contact van zorgverleners met een getraind persoon in de praktijksetting, die informatie verstrekt, instructie en ondersteuning geeft en soms ook feedback op het handelen verstrekt.
- Inzet van opinieleiders: educatieve activiteiten verzorgd door een 'lokale opinieleider'. Dit zijn mensen die worden gezien als richtinggevend op een bepaald terrein.

Het gebruik van educatief materiaal met als bedoeling zorgverleners niet alleen op de hoogte te brengen van een vernieuwing maar ook hun handelen te veranderen, veronderstelt dat zij zich willen laten bijsturen door dergelijke informatie en dat er geen externe belemmerende factoren zijn.

Het effect hiervan wordt hooguit als gematigd positief beoordeeld en in een aantal gevallen duidelijk als negatief.

In grootschalige educatieve bijeenkomsten (meer dan 25 personen) staat presentatie in mondelinge of visuele vorm centraal. Door de praktische beperkingen zal men meestal vooral docentgeoriënteerd, passief onderwijs bieden. (De effectiviteit wordt sterk wisselend beoordeeld, variërend van overwegend effectief tot overwegend niet-effectief).

Kleinschalige educatieve bijeenkomsten kunnen professionalgeoriënteerd en activerend zijn maar zijn dit zeker niet per definitie. Er bestaan allerlei varianten, zoals vaardigheidstraining voor het leren van technische of communicatieve vaardigheden, deskundigheidsbevordering met een kleine groep professionals, lokale consensusontwikkeling en maken van afspraken in kleine groepen of nascholingscursussen waarin in kleine groepen probleemgeoriënteerd wordt gewerkt. Deze strategie lijkt veelbelovend maar er zijn nog te weinig onderzoeksgegevensom hierover definitieve uitspraken te doen.

Educatieve bezoeken in de praktijk betreft steeds individuele uitleg, begeleiding en instructie in de praktijk van de zorgverlener door een speciaal getraind persoon. Kenmerkend voor deze benadering is, dat er goed kan worden aangesloten op de individuele leerbehoeften van de zorgverlener (tailoring). De effecten van deze strategie zijn overwegend positief, al werd niet altijd een positief effect gevonden en is het aantal studies nog beperkt.

Er zijn allerlei factoren die het effect van educatie kunnen beïnvloeden. Men kan veronderstellen dat een scholingsprogramma effectiever is, naarmate men er meer *tijd* in investeert. De deelnemers worden immers langer en intenser geconfronteerd met datgene wat onderwezen wordt en er kan meer herhaling worden ingebouwd. Scholing van één dag blijkt uit onderzoek minder effectief dan scholing van méér dagen, maar er is nauwelijks verschil tussen scholing van twee dagen en scholing van méér dan twaalf maanden. Een andere mogelijke factor is de samenstelling van de groep die de educatie krijgt. Er is geen verschil gevonden tussen scholing van alleen verpleegkundigen en scholing van verpleegkundigen in een multidisciplinaire groep. Het effect is wel groter als de deelnemers uit één instelling komen.

Een derde factor is het bepalen van de leerbehoeften voorafgaand aan de scholingsactiviteit. Het betreft enerzijds de inhoud van het onderwijs en anderzijds de vorm. Het programma kan in zijn geheel worden aangepast aan de behoeften van de doelgroep of er kunnen meerdere programma's worden gemaakt die zijn afgestemd op individuele behoeften.

Ook participatie kan de motivatie verhogen. Incidentele participatie ingebouwd in het educatieve programma leidt tot de grootste effectiviteit.

Tot slot kan de aanwezigheid van lokale opinieliders de effectiviteit van educatie positief beïnvloeden. Er bestaan gestructureerde methoden om dergelijke personen op te sporen door navraag te doen bij zorgverleners in een bepaalde setting of beroepsgroep. De opinieliders kunnen verschillende rollen spelen, variërend van het mede ondertekenen van een brief bij de verspreiding van educatief materiaal tot het houden van lezingen tijdens een nascholingsbijeenkomst.

Feedback en reminders.

'Feedback' staat voor het teruggeven van informatie over het eigen handelen aan een zorgverlener, praktijk of instelling, teneinde het inzicht in het eigen handelen te vergroten. De informatie bestrijkt een bepaalde tijdsperiode en wordt verzameld aan de hand van gegevens over het daadwerkelijk handelen, in de literatuur vaak aangeduid als *audit*. Het is niet duidelijk hoe feedback werkt. Waarschijnlijk is er een mechanisme van toenemende bewustwording van de discrepantie die bestaat tussen wat men denkt te doen, of zou willen doen, en wat daadwerkelijk gedaan wordt. Zo'n discrepantie zou aanzetten tot verandering in het handelen.

De term 'reminder' staat voor informatie (verbaal, op papier of op een computerscherm) die is ontworpen om een zorgverlener aan een bepaalde aanbeveling voor goede zorg te laten herinneren en hem of haar op een bepaald moment en bepaalde actie te laten uitvoeren.

De effectiviteit van 'feedback en reminder-strategie' kan worden vergroot door uit te gaan van bestaande punten voor verbeteren van de zorg, door inzicht in de doelgroep, door de inhoud, vorm, frequentie en timing van de feedback of reminder daaraan aan te passen, en door de juiste persoon of instantie te kiezen voor het geven van de feedback of reminders. Bekende problemen bij het toepassen van feedback en reminders zijn dat er wel een verandering in bewustwording van het eigen handelen optreedt terwijl een verandering in het daadwerkelijke handelen uitblijft of dat het effect in de loop van de interventieperiode of na het stoppen ervan uitdooft.

In tegenstelling tot feedback wordt een reminder *voor* of *tijdens* het zorgverleningsproces gegeven. Een reminder bestaat uit informatie over groepen patiënten, of patiënt- of consultspecifieke informatie, ontworpen of bedoeld om een zorgverlener aan bepaalde informatie te laten herinneren en hem of haar een bepaalde klinische actie te doen uitvoeren. Reminders kunnen op de volgende manieren worden gegeven:

- Impliciete reminders: bijvoorbeeld het verstrekken van de voorspellende waarde van een testuitslag samen met de testuitslag zelf, zonder een impliciete aanbeveling voor actie te geven, of informatie over de kosten van een bepaalde, aan te vragen, test.
- Administratieve ondersteuning: bijvoorbeeld stickers op het patiëntendossier als systeem voor follow-upafspraken, waardoor de zorgverlener herinnerd wordt aan bepaalde richtlijnen.
- Uitgebreid medisch rapport: bijvoorbeeld een rapportage gericht op een zorgverlener vanuit de apotheek met een waarschuwing voor bepaalde medicatie-interactie.
- Reminders tussen twee contacten met eenzelfde patiënt (intervisit reminders): informatie gericht op een zorgverlener na een patiëntencontact, juist vóór een volgend contact.
- Gelijktijdige, concurrente reminders: informatie gericht op de zorgverlener op het moment van het contact, om hem of haar te herinneren aan gewenste acties voor individuele patiënten, bijvoorbeeld papieren reminder in het zorgdossier.

- Proactieve of reactieve gecomputeriseerde reminders. De proactieve reminder kan door de zorgverlener zelf naar behoefte worden geraadpleegd. De reactieve reminder geeft ongevraagd een signaal aan de zorgverlener als het kennisstelsel handelingen onderschept die niet aan de medische indicaties voldoen of als handelingen onderbreken.

Kernmerken van feedback en reminders:

Timing in zorgproces	Algemene kenmerken	Te combineren met:
FEEDBACK		
achteraf	de bron: validiteit van de data afhankelijk van directe of indirecte observatie van de zorgverlener	+ educatieve materialen (bijv. richtlijnen) of educatieve bijeenkomsten
	de boodschapper: collega (-opinion leader), academisch onderzoeker, zorgverzekeraar	+ reminders
	de methode: schriftelijk of elektronisch, mondeling toegelicht aan zorgverlener, beschrijvend of grafisch weergegeven, timing van het geven van de feedback	+ intercollegiale toetsing
	de inhoud: spiegelinformatie (passieve feedback), of beoordeling van kwaliteit (actieve feedback), patiëntspecifiek of algemeen, met of zonder dat van collega's ter vergelijking	+ praktijkvisite (outreach visit)
	de intensiteit: de frequentie van feedback geven, formatief of summatief karakter, cross-sectioneel of prospectief van karakter	
REMINDERS		
vooraf of tijdens	de maker van de reminder: collega (-opinion leader), academisch onderzoeker, medisch informaticus, zorgverzekeraar	+ educatieve materialen (bijv. richtlijnen) of educatieve bijeenkomsten
	de methode: schriftelijk of elektronisch, timing van moment van de reminder vóór of tijdens de zorgverlening, proactief of reactief	+ feedback
	de inhoud: impliciet (herinnering aan additionele informatie) of expliciet (aanbeveling om iets te doen of te laten), patiëntspecifiek of algemeen	
	de intensiteit: de frequentie van de reminders	

Feedback kan onder bepaalde voorwaarden in bepaalde mate effectief zijn voor het verbeteren van het gedrag van zorgverleners, maar het is nog niet duidelijk welke methode bij welke innovatie in welke setting het beste werkt. Dit geldt ook voor reminders.

Met name voor feedback lijkt het aan te bevelen deze strategie te combineren met andere strategieën.

Feedback kan in een 'actieve' of 'passieve' vorm worden aangeleverd. Bij passieve feedback wordt alleen kwantitatieve informatie zonder commentaar overgedragen. Passieve feedback

wordt voor de zorgverlener interessanter als die uitnodigt tot en wordt gecombineerd met intercollegiale toetsing. Als aan de gegevens van de individuele zorgverlener *vergelijkingen* worden toegevoegd met directe collega's lijkt de feedback aan effect te winnen.

Het effect van de feedback of reminder wordt uiteraard mede bepaald door de interpretatie die aan gegevens wordt meegegeven. Bij actieve feedback of reminder wordt de informatie vergezeld van een interpretatie, van educatieve informatie en/of van richtlijnen voor goede zorg. Hierdoor kunnen zorgverleners reageren op signalen van afwijkende performance ten opzichte van richtlijnen of een gewenste situatie. Actieve feedback of reminders bevatten dus een impliciete of expliciete beoordeling van het geobserveerde handelen en soms ook na te streven doelen. Om effectief te zijn, is het belangrijk dat de zorgverlener zich kan herkennen in de richtlijnen voor goede zorg.

Verder is de timing van het geven van feedback of reminder van cruciaal belang. Het effect is het meest direct als de informatie zo dicht mogelijk bij het moment van de zorgbeslissing wordt verstrekt. De informatie kan het best gegeven worden in directe aansluiting op het alledaagse werk, zoveel mogelijk toegesneden op het gedrag dat geïntervenieerd wordt. Om terugval naar het oude niveau te voorkomen, is het nodig om feedback en reminders langdurig vol te houden.

De beschikbare kennis op dit moment overziend, lijken reminders, meer nog dan feedback, vooral geschikt om het werken volgens richtlijnen te bevorderen.

Kortom: hoewel de wetenschappelijke kennis over de effecten van verschillende vormen van feedback en reminders nog beperkt is, biedt de literatuur toch aanknopingspunten voor de toepassing ervan in implementatieplannen en –projecten.

Ten eerste lijkt het verstandig feedback te richten op concrete, bewust geselecteerde handelingen. Bijvoorbeeld: het veranderen van handelingen die voor de zorgverleners geen hoge prioriteit hebben, omdat men zich net bewust is van afwijking van richtlijn of voorgestelde werkwijze. Verder lijkt acceptatie van de bron van de feedback of de reminder door de ontvangende doelgroep van groot belang van de effectiviteit. Feedback of reminders in de vorm van een herkenbare boodschap, liefst gebracht via een persoonlijke benadering van een ervaren collega of deskundige, gekoppeld aan geaccepteerde richtlijnen, kunnen hierbij helpen.

Uiteraard moeten ook de gegevens waarop de feedback of reminder zijn gebaseerd valide en betrouwbaar zijn. Ook de hoeveelheid over te dragen en de vorm waarin de feedback of de reminder gegoten wordt moeten bewust worden gekozen en zo goed mogelijk aansluiten bij de beleving en mogelijkheden van de doelgroep.

Het aanleren van de informatie in een actieve in plaats van een passieve vorm lijkt eveneens van belang. Feedback en reminders zijn waarschijnlijk effectiever naarmate de kwaliteit van het handelen meer diepgaand behandeld wordt en de informatie direct gekoppeld aan dat handelen, dus als er aanbevelingen worden gedaan die bepaalde acties in specifieke omstandigheden bij specifieke patiëntenpopulaties eenduidig omschrijven.

Implementatiestrategieën waarin de zorgverlener eerst in de juiste richting wordt bijgeschoold en daarna patiëntspecifieke informatie krijgt, zijn veelbelovend. Tot slot zijn de timing, de frequentie en duur van de feedback en reminders van groot belang.

Het is duidelijk dat een goede ontwikkeling en het testen in de praktijk van een achter het bureau ontwikkelde feedback-reminderstrategie zeer aan te bevelen is, voordat voor een definitieve vorm en inhoud gekozen wordt.

Combinaties van interventies.

Een uit onderzoek gebleken succesvolle combinatie van interventies is: een symposium, een nieuwsbrief, een vaardigheidstraining en een persoonlijke mentor ter bevordering van een verandering in het gedrag van zorgverleners.

Vooral combinaties van strategieën met reminders als onderdeel kunnen bijdragen aan implementatie van preventieve richtlijnen. Aangezien terugval in oude routines een belangrijk probleem voor implementatie is, lijkt het toepassen van reminders na bijvoorbeeld een cursus of bijeenkomst zinvol.

Minder vaak onderzocht, maar opvallend vaak succesvol zijn combinaties met praktijkbezoekers door getrainde consultants, die informatie, steun, instructie, feedback en reminders geven. Een review die zich hier specifiek op richtte, liet zien dat in twaalf van de dertien gevonden studies effecten werden aangetroffen.

Educatieve praktijkbezoeken kunnen worden ook worden gecombineerd met feedback, reminders of patiëntgerichte interventies.

Wanneer veel verschillende interventies worden toegepast, worden de meeste effecten op het handelen van zorgverleners bereikt. Educatie, feedback of reminder en organisatieverandering blijken vaak effectief. Dergelijke veelomvattende implementatiestrategieën zijn echter meestal kostbaar, zodat grotere effectiviteit moet worden afgezet tegen eveneens hogere kosten.

Er bestaat nog weinig inzicht in de toegevoegde waarde van verschillende interventies. Echter de toevoeging van feedback leidde in drie van de vier studies niet tot een groter effect.

Een determinant die wel specifiek van belang is bij gecombineerde interventies is de interactie tussen de verschillende strategieën en maatregelen. Het effect van een gecombineerde interventie is niet gelijk aan de optelsom van de effecten van de enkelvoudige interventies waaruit deze is samengesteld. Enerzijds worden met verschillende interventies vaak gedeeltelijk dezelfde effecten bereikt, zodat het totale effect minder kan zijn dan deze optelsom. Anderzijds kunnen verschillende interventies elkaars effect versterken, zodat het totaal effect groter is dan de afzonderlijk effecten samen.

Ook blijkt opnieuw het belang van het zorgvuldig in kaart brengen van de belangrijkste knelpunten in het verbeteren van de zorg en het opstellen van een gericht plan met meerdere interventies.

2. Bezoek aan andere ziekenhuizen

Inleiding:

De komende vier stukken zijn verslagen van het bezoek in andere ziekenhuizen. In deze ziekenhuizen is er middels een interview onderzoek gedaan naar hoe hun informatievoorzieningen voor de verpleegkundige beroepsgroep zijn geregeld. Dit is gedaan in de volgende vier ziekenhuizen (selectie door voorkomen in gelezen literatuur):

- Universitair Medisch Centrum St. Radboud
- Medisch Centrum Alkmaar
- Leids Universitair Medisch Centrum
- Universitair Medisch Centrum Groningen

De volgende vragenlijst is hiervoor gebruikt:

- In welk documentbeheersysteem zijn de protocollen/documenten inzichtelijk voor de medewerkers.
- Is dit op papier of elektronisch?
- Hoe wordt er kenbaar gemaakt dat er een wijziging/nieuw protocol beschikbaar is.
- Is deze manier van kenbaar maken voor alle documenten (ook voor procesbeschrijvingen/werkinstructies etc.) hetzelfde?
- Is deze wijze van kenbaar maken hetzelfde voor centrale documenten als voor afdelingsgebonden documenten?

UMC St Radboud

Verslag van het interview met Coby Smitsman:

Het Radboud werkt met het documentbeheer systeem KWINT. KWINT staat voor KWaliteit op INTranet. Dit systeem is ontwikkeld vanuit een bestaand product DKS (van de firma Infoland). DKS werd doorontwikkeld tot DKSe (Documentmanagement voor KwaliteitsSystemen enterprise). Uiteindelijk werd DKSe in het St Radboud omgedoopt tot KWINT. Het is een kennis en kunde ondersteunend systeem geschikt voor het raadplegen en beheren van alle kwaliteitsdocumenten en voor alle medewerkers toegankelijk. In 2000 is begonnen met het opbouwen van het documentbeheer systeem, in 2002 is dit centraal ingevoerd en in 2004 op alle afdelingen. Bij de invoering en bij updates is er een helpdesk beschikbaar waar medewerkers met vragen terecht kunnen over het systeem.

KWINT is volledig digitaal, in het St Radboud zijn alle kwaliteitsdocumenten niet meer op papier te vinden.

Per afdeling is er een 'interne procesbegeleider', dit is een verpleegkundige die documentbeheerder is op afdelingsniveau. Medewerkers kunnen bij hem of haar terecht met vragen over KWINT. In KWINT hangt onder ieder document een e-mail voorziening. Deze voorziening geeft de gebruiker de mogelijkheid onmiddellijk te reageren op onjuistheden of veranderde inzichten m.b.t. een document. Per afdeling heeft een documentbeheerder de taak deze commentaren te verzamelen, zonodig voor te leggen aan de verantwoordelijke opsteller en vervolgens aan te passen. Zo ontstaat op natuurlijke wijze toetsing en bijstelling (check/act). Door documenten steeds aan te passen voorkomt men dat medewerkers met achterhaalde protocollen gaan werken, geïrriteerd raken en de interesse verliezen.

Eénmaal per drie jaar moeten protocollen geüpdate worden, hier worden automatische meldingen van gegeven. Wanneer er nieuwe protocollen, richtlijnen, procedures, werkbeschrijvingen etc. op KWINT staan wordt hier een melding van gegeven aan de gebruiker, dit is tevens wanneer er een verandering heeft plaatsgevonden. De gebruikers hebben de mogelijkheid om deze veranderingen/ vernieuwingen op te vragen.

De protocollen kunnen uitgeprint worden, er staat dan een datum op van de dag van uitdraai, het protocol is dan alleen die dag geldig en moet daarna weggegooid worden.

Het St Radboud gebruikt het systeem als een stap naar het elektronisch patiëntendossier.

Medisch Centrum Alkmaar

Verslag naar aanleiding van de ingevulde vragenlijst door Carla van Staveren:

In het MCA wordt gebruik gemaakt van ManualMaster. Dit is een elektronisch documentbeheersysteem. Alle medewerkers kunnen via Intranet de documenten raadplegen.

Elke afdeling heeft een (decentrale) documentbeheerder die de documenten van de afdeling beheert, dat is meestal een functionaris die 'kwaliteit' in het takenpakket heeft. Op verpleegafdelingen zijn dit verpleegkundigen, maar op poliklinieken een polikliniekassistenten en op ondersteunende afdelingen meestal een kwaliteitsfunctionaris. Op centraal niveau zijn centrale coördinatoren aangesteld, die de afdelingen begeleiden, het technisch en functioneel beheer van ManualMaster doen en de ziekenhuisbrede procedures beheren. Binnen het MCA wordt er naar gestreefd om zoveel mogelijk procedures/ protocollen/ werkinstructies en dergelijke, die op meerdere afdelingen voorkomen vast te leggen in één ziekenhuisbreed protocol. Zoals bijvoorbeeld: algemeen verpleegkundige handelingen, voorbehouden handelingen, standaard verpleegplannen, medicatieprotocollen, euthanasie, reanimatie, geneesmiddelen voorschriften en infectiepreventie. Maar ook procedures, als handboek sociaal beleid, gebruikersinstructies van ICT, projectmatig werken, pers-protocollen, gebruikersinstructies voor laboratoria e.d. staan in het documentbeheersysteem. Er staan dus niet alleen verpleegkundige procedures is, maar ook organisatorische, paramedische, algemeen ondersteunende, poliklinische etc. Wanneer er een wijziging is of er een nieuw protocol is kan dit op de startpagina van ManualMaster gevonden worden bij de 'wijzigingslijst'. Deze geeft een overzicht van alle gewijzigde/ nieuwe documenten ten opzichte van de voorgaande publicatie. De documentbeheerders op de afdelingen verzorgen de verspreiding van de informatie op hun afdeling. Wijzigingen in of beschikbaar komen van nieuwe ziekenhuisbrede protocollen worden ook nog kenbaar gemaakt via de nieuwspagina op Intranet, de stafkrant en via mails naar bepaalde doelgroepen.

De protocollen worden opgesteld in overleg met alle inhoudsdeskundigen van de betreffende procedure er is in het MCA geen aparte protocollen-commissie. Elk protocol wordt ook op inhoud beoordeeld door deskundigen en geautoriseerd door een leidinggevende met lijnverantwoordelijkheid. Ziekenhuisbrede procedures worden ook beoordeeld / geautoriseerd door de Verpleegkundige Adviesraad, Raad van Bestuur en Stafbestuur.

Leids Universitair Medisch Centrum

Verslag van het interview met dhr. Alaerts:

De protocollen zijn in het LUMC op dit moment nog te vinden op webpagina's binnen het intranet die de afdelingen zelf ontwikkeld hebben. De websites zijn daardoor heel divers en niet altijd te begrijpen door werknemers werkzaam op andere afdelingen, waardoor afdelingsspecifieke protocollen niet gemakkelijk teruggevonden kunnen worden. Om deze reden wordt er in het LUMC hard aan gewerkt dat ieder specialisme met dezelfde lay-out de protocollen beheert in het 'Content Management Systeem'.

Het 'Content Management Systeem' is een digitaal systeem waarin alle procedures, behandelprotocollen, werkinstructies, organisatorische protocollen, etc zijn verzameld.

Ieder specialisme heeft zijn eigen procedures (uitwerking van verpleegtechnische handelingen), behandelprotocollen (alle medische/verpleegkundige handelingen rondom bepaalde behandelingen), werkinstructies, etc. Elk specialisme heeft een aparte link in het systeem. Verpleegkundigen schrijven de verpleegkundige protocollen en laten de inhoud ervan toetsen door een arts indien er medische raakvlakken/overlapping in staat. Het concept wordt dan door de verpleegkundige protocollencommissie van het specialisme besproken en goedgekeurd. Vervolgens is een teamleider bevoegd om het protocol namens het verpleegkundig hoofd te autoriseren. De documentbeheerder plaats het dan op de specialismenspecifieke website waarmee het van kracht wordt. Het document wordt dan voorzien van de naam van de auteur en de webbeheerder, de datum wanneer protocol gereviseerd is en wanneer dit opnieuw zou moeten gebeuren. In het LUMC gebeurt dit standaard om de 2 jaar na vorige revisie, maar als er grote belangrijke veranderingen zijn vanuit de wetenschap, zal protocol eerder gereviseerd worden. Als deze datum bereikt is, zal de documentbeheerder een bericht krijgen van het systeem en zal vervolgens de auteur van het protocol benaderen om het protocol te laten reviseren.

Ook kunnen artsen bepalen wat ze protocollair vastgelegd willen hebben. Een arts stelt het protocol op en laat het zo nodig toetsen door een verpleegkundige. Dan wordt het in het volgende artsenoverleg besproken, aangepast en goedgekeurd. Omdat het medisch afdelingshoofd voorzitter is van dit overleg is het gelijk ook geautoriseerd. De documentbeheerder plaatst het op de website waarmee het in werking treedt.

De documentbeheerder is tegelijkertijd ook de kwaliteitscoördinator en de luis in de pels (onmisbare functie) van iedereen die protocollen opstelt. Als hij vermoedt dat een protocol niet zorgvuldig is opgesteld - bijvoorbeeld aspecten t.a.v. ziekenhuishygiëne, correct materiaalgebruik e.d. - dan zoekt hij informatie om de auteur op de goede weg te zetten en verzoekt haar/hem om het protocol weer aan te passen.

Daarnaast zijn er ziekenhuisbrede protocollen, procedures, etc. Voor de ziekenhuisbrede protocollen gaat het eigenlijk op dezelfde manier. Een arts of verpleegkundige op een afdeling denkt dat er behoefte is een bepaald ziekenhuisbreed protocol. In overleg met de leidinggevende stelt zij/ hij een protocol op en betreft hierbij de nodige deskundigheid uit de verschillende beoogde doelgroepen binnen het ziekenhuis. Het afdelingshoofd autoriseert dit protocol en stuurt dit naar de ziekenhuisbrede protocollencommissie met in de bijlage de motivatie voor het protocol, welke personen werden geraadpleegd etc. De protocollencommissie bestaat uit een kleine groep van artsen en verpleegkundigen uit de verschillende divisies en het hoofd van de infectiecommissie. Ze beoordelen samen of het protocol voldoet aan de gestelde criteria voor het aanleveren van een ZH-breed protocol. Tegelijkertijd kijken ze of het protocol duidelijk en uitvoerbaar/haalbaar lijkt – zonder zich met de inhoud zelf te bemoeien – dat is de verantwoordelijkheid van de auteur en de geraadpleegde deskundigen. Het protocol gaat soms nog enkele keren heen en weer tussen de ZH-protocollencommissie en de auteurs om het e.e.a. aan te scherpen en komt dan op de website voor alle gebruikers van het ZH.

Het komt regelmatig voor dat protocollen voor ziekenhuisbreed gebruik niet tot stand komen omdat de auteur onvoldoende onderbouwt wat de noodzaak is of onvoldoende overlegt/afstemt met de beoogde gebruikers of dat de geraadpleegde deskundigen het niet eens kunnen worden. In dat geval komt er geen ziekenhuisbreed protocol, dat zou toch niet gedragen worden en dus niet uitgevoerd worden door de gebruikers. In dat geval staat het de verschillende afdelingen vrij om ieder hun eigen protocol te gebruiken. De ziekenhuisbrede protocollencommissie brengt het wel ter sprake bij betreffende afdelingshoofden indien er volgens hen inhoudelijk verschillende protocollen naast elkaar in gebruik zijn. Ze verzoeken dan om tot betere afstemming te komen. Maar het blijft de verantwoordelijkheid van de afdelingshoofden om effectief tot afstemming en eenduidige protocollen te komen.

Al de documenten, ziekenhuisbreed en specialismenspecifiek, kunnen door iedereen worden

opgevraagd in het ziekenhuis.

Voor dit systeem is een grote centrale computer aanwezig en in een andere ruimte staat een back-upcomputer. In geval van een grote stroomstoring en dergelijke zijn er altijd noodklappers op de afdeling. In deze noodklappers zit het calamiteitenplan, evacuatieplan en documenten die onmisbaar zijn op een afdeling, bijvoorbeeld op de i.c. berekeningsformulieren voor hoeveelheid dopamine (wat normaal op de computer berekend wordt).

Als er een grote verandering in het protocol is, zal het unithoofd van het betreffende specialisme op de hoogte worden gesteld en wordt er verwacht dat hij/zij het team inlicht. Sommige afdelingen gebruiken hiervoor mededelingsmappen, anderen werkoverleggen en notulen. Verder zal de wijziging in de nieuwsrubriek op het intranet komen te staan en onder de kop 'laatste gewijzigde protocollen' in de link van de protocollen. In het geval van kleine veranderingen in het protocol zal dit alleen kenbaar worden gemaakt onder het kopje 'laatste gewijzigde protocollen' in de link van de protocollen.

Als verpleegkundigen op de werkvloer op- of aanmerkingen hebben op een document, kunnen zij deze kwijt bij de webbeheerder of direct bij de auteur van het document.

Het is de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen zelf om de protocollen te bekijken. Ook in het LUMC blijft dit laatste een punt van discussie. Unithoofden vinden niet dat ze als politieagenten moeten fungeren. Bijvoorbeeld: ziekenhuishygiënist zijn niet zo blij met deze houding want dat betekent dat sommige handelingen niet volgens protocol en dus soms niet hygiënisch genoeg worden uitgevoerd door verpleegkundigen. Zij zijn van mening dat een unithoofd wel meer verantwoordelijkheid moet nemen in het stimuleren om een protocol op intranet te raadplegen alvorens een handeling uit te voeren.

Toen dit Content Management Systeem ingevoerd werd in het LUMC, kreeg iedereen een computercursus voor beginners aangeboden zodat iedereen met het systeem werken kan.

Universitair Medisch Centrum Groningen:

Verslag naar aanleiding van de ingevulde vragenlijst door T. de Jong en J.E. kinds:

In het UMCG zijn de protocollen te raadplegen via QualiNet, een digitaal documentbeheersysteem.

In het UMCG is er één centrale database aanwezig (QualiFlow) waarin alle professionals hun documenten kunnen opslaan. Met QualiNet (via het Intranet) kunnen deze documenten worden gezocht.

Organisatiebreed documentbeheer in combinatie met het publiceren van de documenten op het intranet zorgt dat de aanwezige kennis en processen inzichtelijk en eenvoudig toegankelijk zijn voor elke werknemer.

QualiNet

QualiNet presenteert de documenten allemaal op een soortgelijke manier. Alle documenten zijn middels een bepaalde standaard structuur opgebouwd. Hierdoor kan de raadpleger van het document snel de door hem /haar gewenste informatie in het document vinden.

QualiNet heeft een snelle zoekfunctie en biedt de mogelijkheid om persoonlijke instellingen voor het zoeken in te stellen.

Werkinstructies zijn eenheid gebonden en staan niet op QualiNet. Eenheden regelen zelf de communicatie over die werkinstructies.

QualiFlow

Voordat de documenten via het QualiNet te raadplegen zijn, moeten ze worden ingevoerd in een automatiseringssysteem. Hiervoor is QualiFlow ontwikkeld.

QualiFlow is de software voor het vastleggen, beheren, publiceren en distribueren van kennis zoals die is vastgelegd in protocollen, procedures, werkinstructies, werkvoorschriften, kwaliteitshandboeken, beleidsdocumenten en andere kwaliteitsdocumenten. QualiFlow biedt bij de invoer van documenten ondersteuning door het "doorlopen" van een zogenaamde werkstroom en bijvoorbeeld didactische opbouw, tekststructuur en terminologie. Ook vindt er automatische versiebeheer plaats (archivering van oude versies).

Voor de verpleegkundigen geldt dat ze handelingen uitvoeren volgens protocol. Als ze willen afwijken moeten ze dat kunnen beargumenteren en documenteren. Naast het gebruik van de protocollen bij het uitvoeren van een handeling, worden de protocollen gebruikt voor het leren en toetsen van handelingen. Naast verpleegkundige protocollen zijn er medische en paramedische (o.a. dieëtië, radiologie) protocollen en procedures te vinden op QualiNet. Ook monografieën en beschrijvingen van Parenteralia etc. zijn op QualiNet te vinden.

Er is geen richtlijn voor het kenbaar maken van een nieuw/ gewijzigd protocol. Er zijn drie manieren waarop het bekend wordt gemaakt. Ten eerste via een kop 'Actueel' op QualiNet. Daar staan de titels van alle nieuwe en gewijzigde protocollen. Ten tweede wordt het mondeling genoemd in de UMCG-brede werkgroep verpleegkundige protocollen. In die werkgroep zitten afgevaardigden van alle verpleegeenheden van het UMCG. Deze werkgroep ontwikkelt UMCG-brede protocollen, geldend voor verpleegkundigen van alle eenheden van het UMCG. De afgevaardigden geven de informatie door aan de verpleegkundigen van hun eigen eenheid. Ten derde worden eenheden die eigen protocollen ontwikkelen via een mail op de hoogte gebracht van een nieuw/gewijzigd protocol.

Implementatie in het UMCG gaat via de volgende fasen:

- ontwikkeling
- feedback
- autorisatie
- publicatie

Elke beroepsgroep of eenheid geeft een nadere invulling van die 4 fasen.

Het onder de aandacht brengen van een gewijzigd protocol is een combinatie van het hebben van afspraken in de organisatie en ondersteuning door ICT.

Organisatorisch moet het dus goed geregeld zijn wie medewerkers op de hoogte brengt van wijzigingen. Op het QualiNet zelf staan alleen de laatste versies.

De herziening van de documenten is meestal na 4 jaar, maar wordt door de beroepsgroep of eenheid bepaald.

De eisen die aan de documenten gesteld worden zijn:

Betrouwbaar: de documenten zijn valide, actueel en op inhoud gecontroleerd;

Beschikbaar: de documenten zijn 24 uur per dag te raadplegen;

Naspeurbaar: zoals de status van de documenten, versie, autorisatie, inhoudsverantwoordelijke, geldigheidsduur.

De protocollen, procedures en andere documenten die in QualiNet staan zijn allemaal volgens een bepaalde procedure vastgesteld.

Alhoewel deze procedure in detail per document kan verschillen, zijn alle documenten ontwikkeld volgens onderstaande stappen:

Ontwikkelen / schrijven van het document door een persoon of groep van personen volgens een gestructureerde / gestandaardiseerde opmaak;

- Laten beoordelen van de inhoud door terzakedeskundigen / inhoudsdeskundigen;

- Laten autoriseren van de inhoud door van tevoren benoemde autorisator of groep van autorisatoren.

Over bovenstaande stappen worden afspraken gemaakt. De wijze waarop de documenten worden ontwikkeld en geautoriseerd moet duidelijk zijn.

QualiFlow ondersteund het “document-life-cycle” proces door te werken met verschillende rollen tijdens het invoeren van de documenten in het systeem.

De rollen zijn: coördinator, redacteur (auteur), autorisator, publicatiebeheerder.

Een inhoudsdeskundige is een expert op een specifiek gebied.

Binnen een protocol kunnen er ook deelgebieden zijn (bijvoorbeeld infectiegevaar/ medische microbiologie, omgaan met apparatuur, dieet etc), waardoor er meerdere inhoudsdeskundigen zijn.

De autorisator is een wettelijke (bijvoorbeeld bij medisch handelen een arts) of een organisatorische eindverantwoordelijke, of een expert op een bepaald gebied. Van dit laatste is een voorbeeld: een hematoloog met expertise op het gebied van transfusies. Deze zou voor alle protocollen die te maken hebben met toedienen van bloed- en bloedproducten als autorisator kunnen worden aangemerkt. Organisatorisch is bijvoorbeeld het (medisch of verpleegkundig) hoofd van een afdeling. Het gaat erom dat de autorisator draagvlak heeft, dus ook gezien wordt als autoriteit.

3. Situatie voor en na de fusie

Hier volgt een samenvatting van het interview, gehouden met Dieneke Blok, voorzitter van de protocollencommissie in het Hagaziekenhuis. Zij was ook al werkzaam in de protocollencommissie in het Rode Kruis Ziekenhuis voor de fusie met het Leyenburg Ziekenhuis.

Oude situatie Rode Kruis:

Het Rode Kruis had voor de fusie met het Leyenburg een protocollencommissie. In de commissie zat van elke verpleegafdeling een zogenoemde 'afgevaardigde'. In de commissie werden de protocollen besproken en werd er algemeen beleid afgesproken over de protocollen. Onder andere hoe deze onder de aandacht werden gebracht in op de verpleegafdelingen.

De protocollencommissie ging enkel over de verpleegkundige protocollen. De taak van de afgevaardigde was nieuwe protocollen onder de aandacht brengen bij de verpleegkundige op de afdeling. Ieder had daar zijn eigen manier voor. Een manier was bijvoorbeeld via een mededelingenmap of via het bord in de koffiekamer.

Daarnaast had elke afdelingen een groep protocollen 'in beheer'. Die werden dan onder dat aandachtsgebied bijgesteld of gemaakt.

Het Rode Kruis werd al enige tijd gebruik gemaakt van het documentbeheersysteem Protod. In dit systeem staan verpleegkundige protocollen voor de volwassenen zorg en de zorg voor kinderen. Andere afdelingen, als de gipskamer, maakten er ook gebruik van. In dit systeem kan de documentbeheerder protocollen wijzigen en toevoegen.

Oude situatie Leyenburg:

In het Leyenburg was een ziekenhuisbrede protocollencommissie en de protocollen van de voorbehouden handelingen werden door de Commissie wet BIG gedaan. De inhoudsdeskundige van de afdeling maakte de protocollen.

Voor de fusie was het Leyenburg al bezig naar het toewerken van een breder systeem voor protocollen, het ging niet enkel om verpleegkundige protocollen, maar ook om behandelprotocollen. De protocollen werden opgebouwd met behulp van een protocollenbureau.

Er is sprake geweest van de invoering van het documentbeheersysteem DKS (Documentmanagement voor KwaliteitsSystemen), maar dit is door de aankomende fusie op een laag pitje komen te staan. Dit systeem maakt het mogelijk om alle in de organisatie voorkomende documentatie, zoals handboeken en werkinstructies, volgens vaste procedures te beheren.

Situatie na de fusie: het HagaZiekenhuis

Na de fusie is er een ziekenhuisbrede protocollencommissie gekomen. In de protocollencommissie wordt nog gezocht naar een beleid om protocollen te beheren en deze kenbaar te maken op de verpleegafdeling en andere disciplines. Wanneer er nu een wijziging of nieuw protocol is komt deze bij de voorzitter van de protocollencommissie terecht. De Commissie wet BIG bestaat nog op de locatie Leyenburg.

Het doel, om de voorbehouden handelingen op papier te krijgen en op intranet te zetten, is voor een deel bereikt, velen zijn er nog in de opmaak.

Protocollen zijn op het intranet van het ziekenhuis te vinden onder het kopje 'protocollen' en via de link 'protod', die onder het kopje 'applicaties' te vinden is. Van 'protod' maken te volgende disciplines op dit moment gebruik: KCHL, gipskamer, hygiëne en infectiepreventie, M.I.D., maatschappelijk werk, oncologie, radiologisch centrum, radiotherapeutisch centrum, zorg voor kinderen en de zorg voor volwassenen HAGA.

4. Analyse enquête

Voor het afnemen van de enquête zijn vier afdelingen geselecteerd. Er is gekozen voor twee afdelingen op de locatie Leyweg: afdeling 10a orthopedie en afdeling 4b cardiologie. Voor deze afdelingen is gekozen omdat beide opdrachtnemers hier werkzaam zijn en zo de hoogste reactie wordt verwacht.

Op de locatie Sportlaan zijn twee willekeurige afdelingen gekozen. Één in het Juliana Kinderziekenhuis en één in het Rode Kruis ziekenhuis.

De enquêtes zijn uitgedeeld aan alle verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn op die afdelingen.

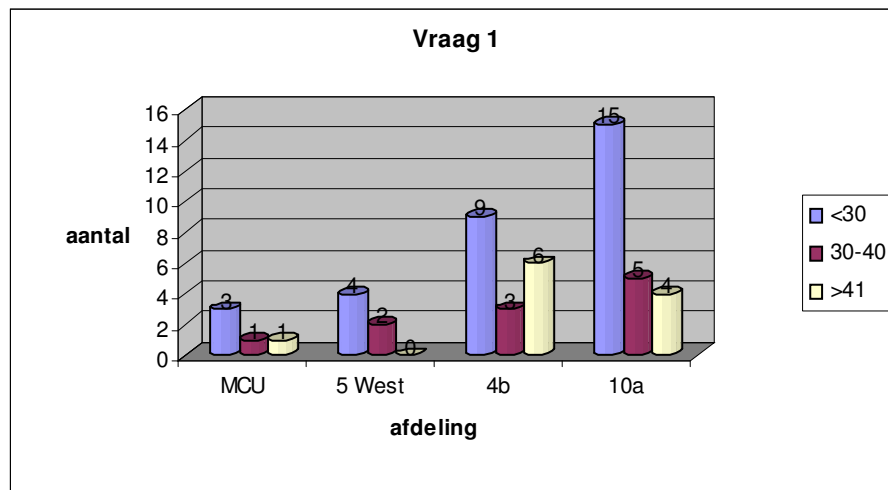
Voor de data-analyse is gebruik gemaakt van MS- Excel.

Vraag 1: leeftijd

Tabel vraag 1

	MCU	5 West	4b	10a	totaal
<30	3	4	9	15	31
30-40	1	2	3	5	11
>41	1	0	6	4	11
totaal	5	6	18	24	

Grafiek



Het merendeel van de medewerkers die de enquête hadden ingevuld waren jonger dan 30. Van de 53 reacties waren er 31 medewerkers jonger dan 30 jaar en 11 medewerkers tussen de 31 en 40 jaar respectievelijk voor medewerkers ouder dan 41 jaar. Voor elke afdeling afzonderlijk was deze verhouding hetzelfde.

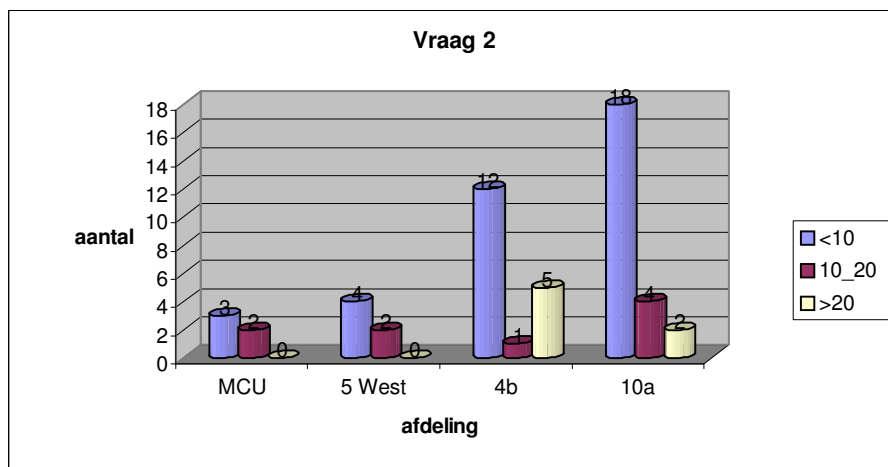
Vraag 2: werkervaring

Tabel vraag 2

	MCU	5 West	4b	10a	totaal
<10	3	4	12	18	37
10_20	2	2	1	4	9
>20	0	0	5	2	7
totaal	5	6	18	24	

Het aantal jaren werkervaring hangt nauw samen met de leeftijd van de medewerkers. Omdat er veel medewerkers waren die jonger dan 30 jaar waren, zijn er ook meer medewerkers met minder dan 10 jaar werkervaring.

Grafiek



In totaal hadden 37 medewerkers minder dan 10 jaar werkervaring, 9 tussen de 10 en 20 jaar werkervaring en 7 medewerkers méér dan 20 jaar werkervaring.

Opvallend is dat deze lange werkervaring (méér dan 20 jaar) het meest voorkomt op afdeling 4b, namelijk 5 medewerkers. De overige twee medewerkers waren werkzaam op 10a.

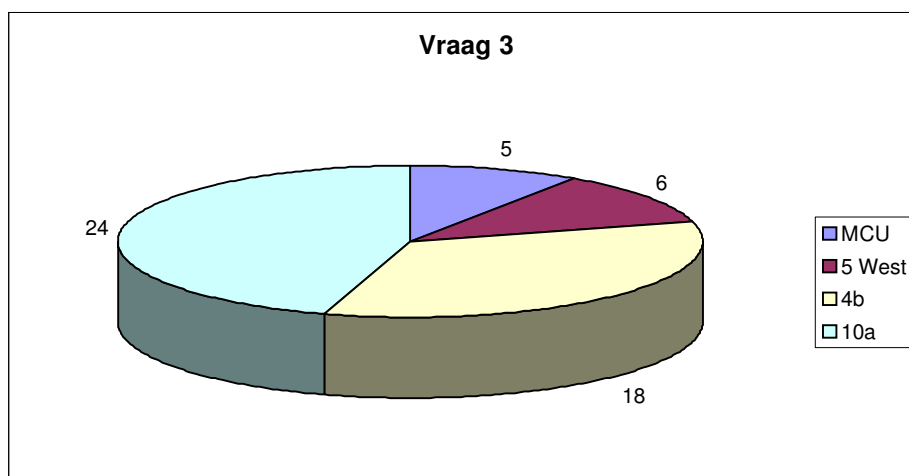
Diegene die tussen de 10 en 20 jaar werkervaring hadden zijn redelijk verspreid over de afdelingen.

Vraag 3: de afdeling

Tabel vraag 3

afdeling	aantal
MCU	5
5 West	6
4b	18
10a	24
totaal	53

Grafiek



Van de locatie Sportlaan was naar verhouding met de locatie Leyweg weinig respons. Op de afdeling MCU II in het Juliana Kinderziekenhuis zijn 25 enquêtes uitgedeeld, waarvan er 5 ingevuld zijn. Op afdeling 5-west zijn er 25 enquêtes uitgedeeld, hiervan zijn er 6 ingevuld. Afdeling 4b had 27 medewerkers, 18 hiervan hebben de enquête ingevuld. Afdeling 10a had de hoogste respons in verhouding met het aantal medewerkers, namelijk 24 van de 29 enquêtes waren ingevuld.

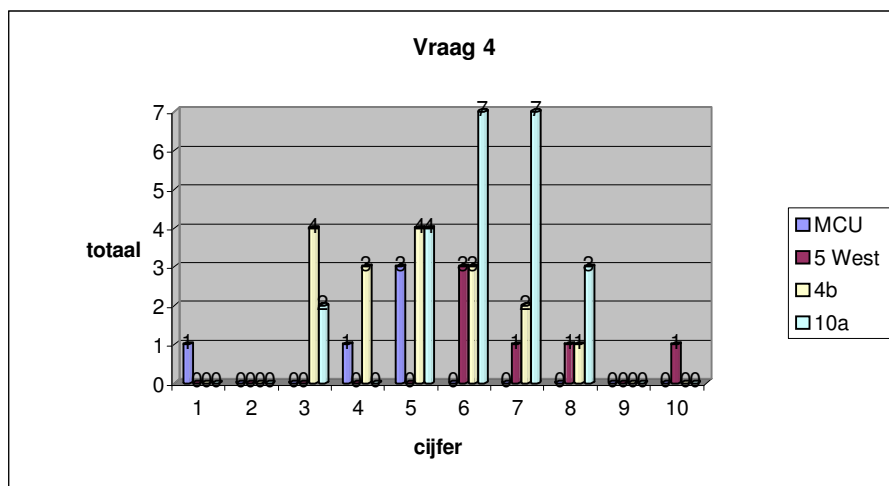
Het totaal aantal reacties komt op 53. Voorafgaand aan het uitdelen is rekening gehouden met een respons van 50% wat hier redelijk mee overeenkomt: 106 enquêtes zijn uitgedeeld en het respons was 53 ingevulde enquêtes. Dit komt neer op een percentage van precies 50%.

Vraag 4: geef een cijfer (van 1= zeer slecht, tot 10= zeer goed) voor hoe jij vindt dat je op de hoogte gehouden wordt van veranderingen op gebied van (kwaliteits)beleid, protocollen, procedures en richtlijnen in het Hagaziekenhuis.

Tabel vraag 4

	MCU	5 West	4b	10a	totaal
1	1	0	0	0	1
2	0	0	0	0	0
3	0	0	4	2	6
4	1	0	3	0	4
5	3	0	4	4	11
6	0	3	3	7	13
7	0	1	2	7	10
8	0	1	1	3	5
9	0	0	0	0	0
10	0	1	0	0	1
totaal	5	6	17 *	23 *	

Grafiek:



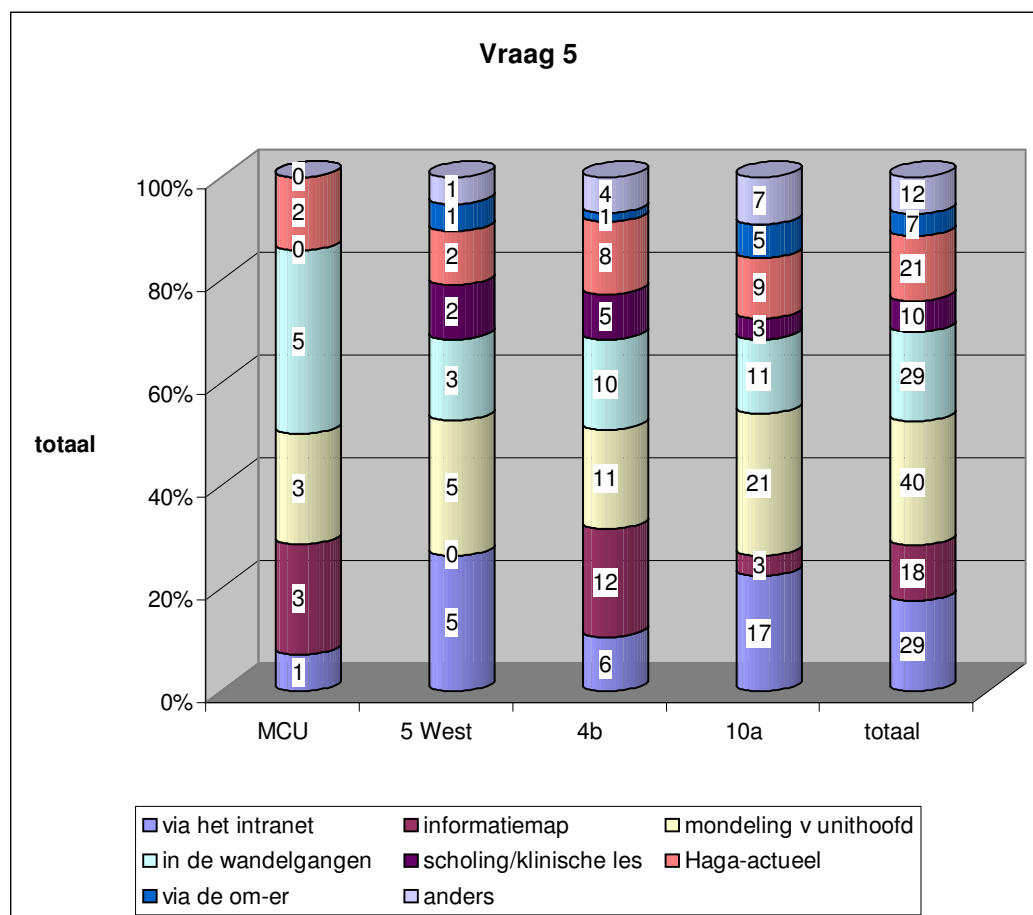
Het cijfer wat in totaal het meeste gegeven werd was een 6. In totaal was dit cijfer 13 keer ingevuld. Opvallend was dat 5 west hoger scoorde dan de andere afdelingen, de oorzaak hiervan kan liggen in goede voorzieningen voor het personeel op deze afdeling. Het gemiddelde cijfer kwam hieruit op een 7,2 terwijl afdeling MCU II op een gemiddelde 4 uitkwam. Afdeling 4b kwam op een 5,5 uit en afdeling 10a op een 6,1.

Vraag 5: als je deze veranderingen te weten komt, hoe gebeurt dit dan?

Tabel vraag 5:

	MCU	5 West	4b	10a	totaal
via het intranet	1	5	6	17	29
informatiemap	3	0	12	3	18
mondeling v unithoofd	3	5	11	21	40
in de wandelgangen	5	3	10	11	29
scholing/klinische les	0	2	5	3	10
Haga-actueel	2	2	8	9	21
via de om-er	0	1	1	5	7
anders	0	1	4	7	12
totaal	14	19	57	76	166

Grafiek:



Bij deze vraag kon worden gekozen voor meerdere antwoorden. De manier waarop medewerkers het meest geïnformeerd worden is mondeling via het unithoofd, hierna volgen intranet en in de wandelgangen. Op afdeling MCU werd het meest via de wandelgangen geïnformeerd, op 5 west via intranet en mondeling via het unithoofd wat ook geldt voor afdeling 10a. Op 4b werd de informatiemap en mondeling via het unithoofd het meest ingevuld. In verhouding met de andere afdelingen werd het intranet relatief weinig ingevuld. Dit kan te maken hebben met het percentage personeel wat ouder is dan 40 jaar op afdeling 4b, die vermoedelijk meer moeite heeft met gebruik van computers. Op andere afdelingen was dit percentage kleiner.

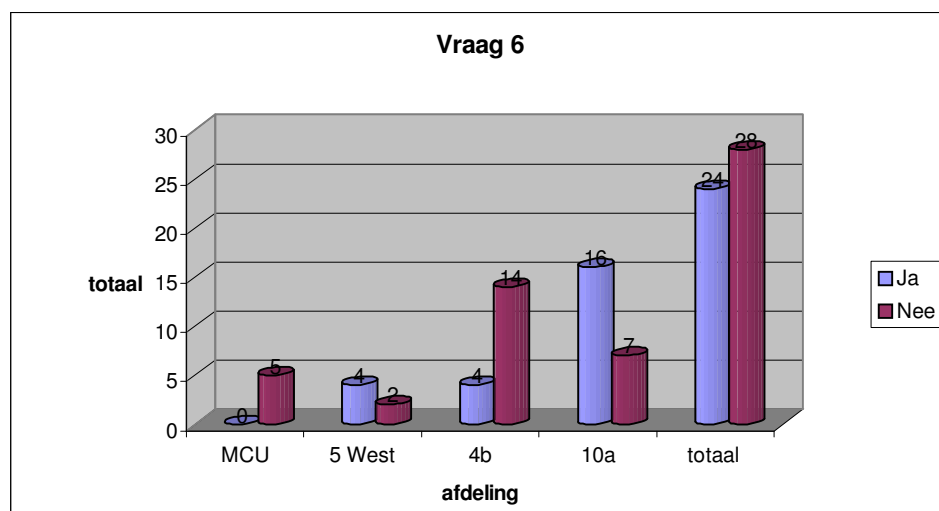
Op afdeling 10a werd een aantal malen aangegeven dat het prikbord in het koffiehok gebruikt werd om veranderingen kenbaar te maken.

Vraag 6: ben je tevreden met deze manier van geïnformeerd worden?

Tabel vraag 6

	MCU	5 West	4b	10a	totaal
Ja	0	4	4	16	24
Nee	5	2	14	7	28
	5	6	18	23 *	

Grafiek



Uit de gegevens blijkt dat het merendeel van de verpleegkundige niet tevreden is over de huidige manier van informeren. Op afdeling MCUII en afdeling 4b is deze onvrede groter dan op de andere twee afdelingen.

MCUII en 5-west geven aan dat er weinig tijd is om informatie op te zoeken. Alle afdelingen, behalve MCUII geven aan dat de informatie wordt vervormd door de mondelinge 'overdracht' van de informatie in de wandelgangen. In vraag 5 werd al aangegeven dat medewerkers de informatie veel in de wandelgangen te horen krijgen en in de gewenste situatie blijkt dat zij hier van af willen.

5- west waar de medewerkers tevreden zijn over de informatievoorziening geeft aan dat informatie goed te vinden is op intranet en terug te vinden is op mappen op de afdeling. De medewerkers die op afdeling 4b tevreden waren gaven aan dat de informatie op meerdere manieren terug te vinden is. Tevens geven zij net als 10a aan dat het de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige is om zich zelf op de hoogte te houden van wijzigingen in of nieuwe protocollen etc.

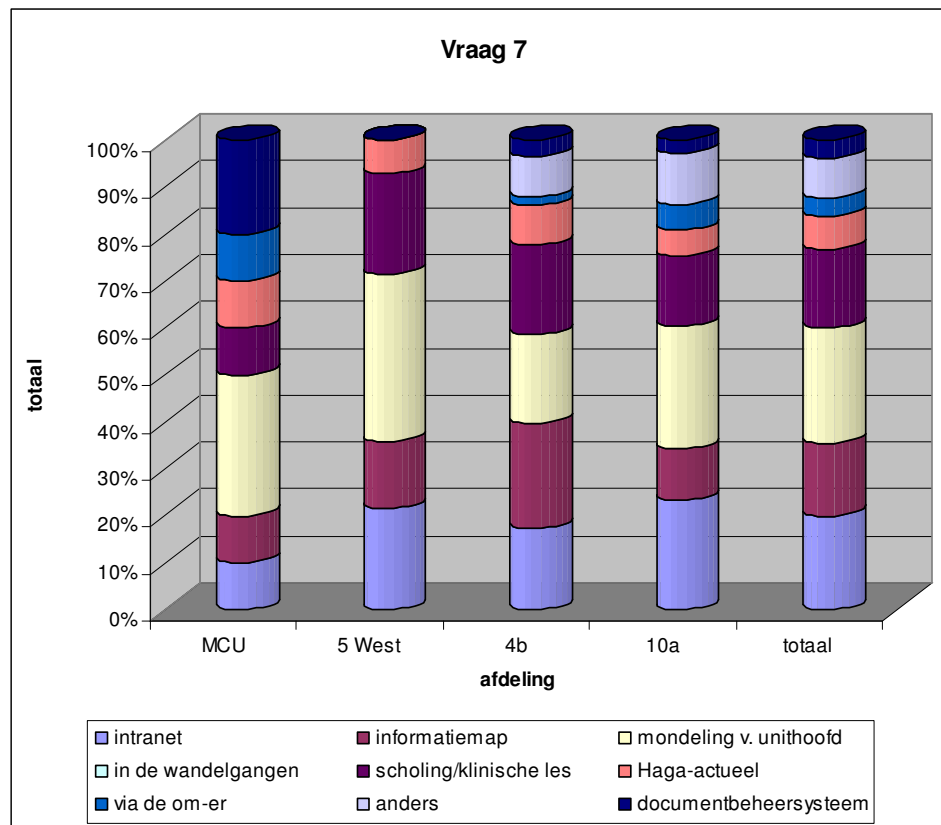
Vraag 7: Welke manier van informeren spreekt je het meest aan?

Tabel vraag 7

	5				
	MCU	West	4b	10a	totaal
intranet	1	3	10	17	31
informatiemap	1	2	13	8	24
mondeling v. unithoofd	3	5	11	19	38
in de wandelgangen	0	0	0	0	0
scholing/klinische les	1	3	11	11	26
Haga-actueel	1	1	5	4	11

via de om-er	1	0	1	4	6
and	0	0	5	8	13
documentbeheersysteem	2	0	2	2	6
totaal	8	14	56	71	149

Grafiek



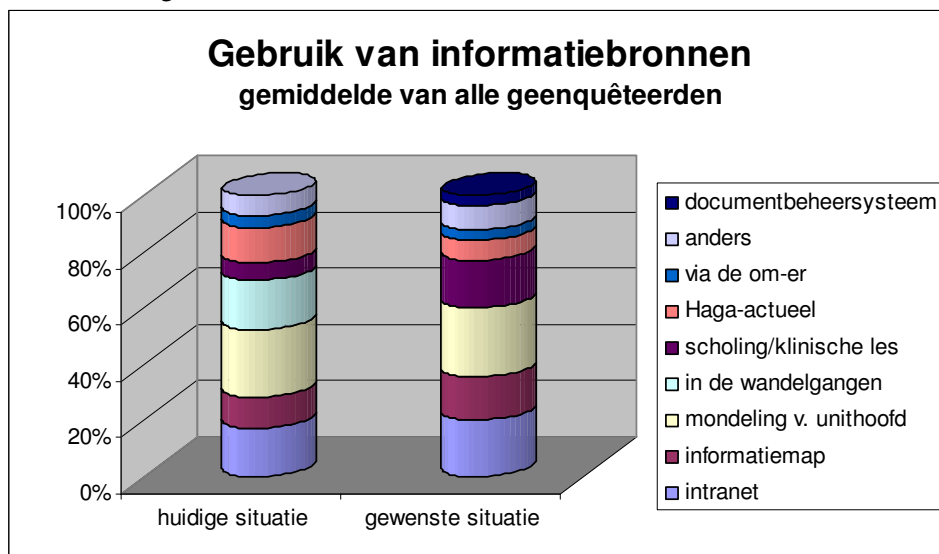
Uit de antwoorden kan worden geconcludeerd dat verpleegkundigen de voorkeur hebben om mondeling via het unithoofd te worden geïnformeerd, gevolgd door intranet, scholing/klinische lessen en de informatiemap.

Ingaand op het gebruik van intranet: op MCUII wil 20% van de werknemers geïnformeerd worden via dit kanaal. Op afdeling 5-west is dit 50%, terwijl er in de huidige situatie meer gebruik wordt gemaakt van het intranet. Afdeling 4b en 10a scoren allebei meer dan 50% op het intranet. Opvallend is dat MCUII laag scoort met intranet, terwijl het een relatief 'jonge' afdeling is vergeleken met afdeling 4b, die in vraag 5 laag scoort op het gebruik van intranet wat in verband wordt gebracht met de oudere leeftijdsgroep.

Onder het kopje 'anders,nl.' hebben vele verpleegkundigen van afdeling 4b en 10a aangegeven dat ze het prettig vinden om via het (prik)bord in de koffiekamer op de hoogte te gehouden willen worden. Ook notulen, memo's, persoonlijk schrijven en een e-mail naar afdelingsdeskundigen zijn één keer genoemd onder dit kopje.

In de volgende grafiek is een vergelijking te zien tussen vraag 5 en 7. Wat is de situatie nu en wat zou de wenselijke situatie zijn.

Grafiek vraag 5 en 7



Bovenstaande grafiek laat zien wat de huidige en gewenste situatie bij het gebruik van de informatiebronnen is.

Conclusies die hier uit trekken zijn:

- Gebruik van intranet is in de gewenste situatie gelijk aan de huidige situatie;
- Verpleegkundigen zijn voor het gebruik van een informatiemap als bron van informatie;
- Verpleegkundigen willen de mondelinge informatie via het unithoofd houden zoals het is;
- Informatie via de wandelgangen willen de verpleegkundigen kwijt;
- Onder de verpleegkundigen is er grote behoefte aan meer scholing en klinische lessen;
- Het personeelsblad Haga actueel wordt door de verpleegkundigen in de huidige situatie meer gebruikt als bron voor informatie dan dat zij in de gewenste situatie zouden willen doen;
- De organisatorisch manager als informatiebron wordt door een kleine groep van verpleegkundigen op prijs gesteld in zowel de huidige en gewenste situatie;
- Tot slot is het duidelijk dat er in de huidige situatie niet met een documentbeheerssysteem wordt gewerkt en in de gewenste situatie zou hier meer mee gewerkt willen worden.

Vraag 8: heb je zelf suggesties waarmee de informatievoorziening verbeterd kan worden?

De volgende ideeën zijn uit de enquête naar voren gekomen:

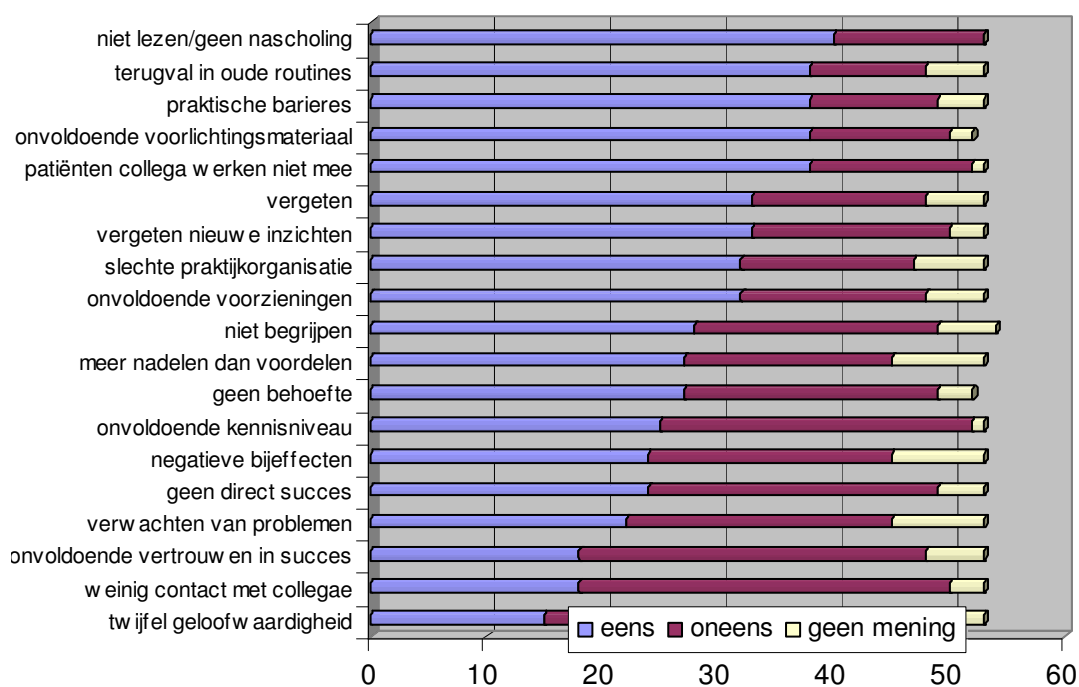
- Er moet structuur komen in de informatievoorziening komen. Duidelijkheid voor verpleegkundigen waar informatie te vinden is, wanneer en hoe vaak.
- Veel verpleegkundigen geven aan dat de informatievoorziening verbeterd kan worden als veranderingen meer op papier worden gezet. Ideeën hierbij: memo's, duidelijke en overzichtelijke lijst met wijzigingen op het bord en hier een aparte plaats voor reserveren op het (prik)bord of papier bundelen in een informatiemap.
- Unithoofden zorgen voor een structureel werkoverleg, notulen hiervan in een informatiemap op de afdeling, nieuwe werknemers zijn zo ook op de hoogte van veranderingen op de afdeling/ziekenhuis.
- Er is behoefte aan meer scholing/klinische lessen en themadagen.
- Verpleegkundigen moeten gestimuleerd worden het intranet te gebruiken.
- Verpleegkundigen bewust laten worden van hun eigen verantwoordelijkheid informatie te lezen/zoeken.
- Een verpleegkundige van de afdeling aanstellen die veranderingen bewaakt en het team hiervan op de hoogte houdt.

Vraag 9: hieronder staan een aantal punten die de verpreiding en invoering van beleid, protocollen en/of richtlijnen kunnen beïnvloeden. Geef per punt aan of jij dit als knelpunt ervaart.

Vraag 9

	<i>MCU</i>			<i>4b</i>			<i>5-West</i>			<i>10a</i>			Totaal		
	eens	oneens	geen mening	eens	oneens	geen mening	eens	oneens	geen mening	eens	oneens	geen mening	eens	oneens	geen mening
twijfel geloofwaardigheid	2	3	0	4	11	3	2	4	0	7	16	1	15	34	4
weinig contact met collegae	2	3	0	5	11	2	3	3	0	8	15	1	18	32	3
onvoldoende vertrouwen in succes	3	2	0	7	8	3	1	5	0	7	15	2	18	30	5
Verwachten van problemen	2	2	1	6	8	4	2	3	1	12	10	2	22	23	8
geen direct succes	4	1	0	8	6	4	4	2	0	8	16	0	24	25	4
negatieve bijeffecten	3	1	1	9	4	5	3	3	0	9	13	2	24	21	8
onvoldoende kennisniveau	1	3	1	8	10	0	3	3	0	13	11	0	25	27	1
Geen behoefte	4	1	0	7	7	3	3	3	0	13	11	0	27	22	3
meer nadelen dan voordelen	2	2	1	8	5	5	3	2	1	14	9	1	27	18	8
niet begrijpen	2	3	1	9	7	2	3	2	1	14	9	1	28	21	5
onvoldoende voorzieningen	3	2	0	13	2	3	3	3	0	13	9	2	32	16	5
slechte praktijkorganisatie	3	2	0	13	1	4	2	4	0	14	8	2	32	15	6
vergeten nieuwe inzichten	5	0	0	9	8	1	3	3	0	16	6	2	33	17	3
Vergeten	2	3	0	12	4	2	5	0	1	14	8	2	33	15	5
patiënten collega werken niet mee	4	1	0	12	6	0	4	2	0	18	5	1	38	14	1
onvoldoende voorlichtingsmateriaal	3	1	0	13	4	1	4	2	0	18	5	1	38	12	2
praktische barieres	3	2	0	14	1	3	6	0	0	15	8	1	38	11	4
terugval in oude routines	4	1	0	11	4	3	6	0	0	17	5	2	38	10	5
niet lezen/geen nascholing	4	1	0	16	2	0	3	3	0	17	7	0	40	13	0
beschikbare bronnen raadplegen	3	2	0	17	1	0	4	2	0	21	3	0	45	8	0
Openstaan	5	0	0	17	1	0	6	0	0	23	1	0	51	2	0
totaal	64	36	5	218	111	48	73	49	4	291	190	23	646	386	80

Vraag 9 - Antwoorden totaal



Uit bovenstaande grafieken vallen de volgende conclusies te trekken:

- Het niet lezen van informatie en geen nascholing voeren wordt door de verpleegkundigen gezien als grootste knelpunt in de verspreiding en invoering van nieuwe inzichten, gevolgd door terugval in de oude routines, praktische barrières, onvoldoende voorlichtingsmateriaal en tot slot wordt er weinig medewerking ervaren door collegae.
- Onvoldoende vertrouwen in succes, weinig contact met collegae en twijfel aan geloofwaardigheid worden als minste knelpunten ervaren.

Conclusies

In dit hoofdstuk worden de conclusie getrokken uit de literatuur, interviews en de enquête.

Literatuurstudie:

Uit de literatuur komen meerdere theorieën over het implementatieproces naar voren. Opvallend is dat elke theorie het implementatieproces als een continu cyclisch proces beschrijft.

Elke theorie komt neer op de volgende stappen:

- Vaststellen van gewenste verandering;
- Analyse van mogelijke knelpunten bij invoering van de verandering;
- Ontwikkeling van strategieën om veranderingen door te voeren;
- Feitelijke invoering*;
- Evaluatie van bereikte resultaat.

Een belangrijk onderdeel van het implementatieproces is de knelpuntenanalyse: de kenmerken van de doelgroep, de setting, de zorgverlener en de belemmerende en bevorderende factoren van het implementatieproces. Een zorgvuldige knelpuntenanalyse, die inzicht geeft in beïnvloedende factoren, is belangrijk omdat een implementatiestrategie waarschijnlijk succesvoller is wanneer ze aansluit bij deze factoren.

* De manier van invoeren van een nieuwe structuur is zeer bepalend voor het uiteindelijke resultaat.

Uit de literatuurstudies bleek namelijk dat een eenmalige boodschap over de verandering niet succesvol is, maar dat de doelgroep de boodschap op een gestructureerde wijze herhaald zou moeten krijgen. Dit kan vanuit meerdere kanalen, zoals massamediale (zoals Internet en email) en persoonlijke (scholing) communicatiekanalen.

Interviews:

De grootste en opvallendste uitkomst van de interviews in het UMC St. Radboud, LUMC, UMC Groningen en MC Alkmaar (geselecteerd uit de literatuur waar vaak naar verwezen wordt) is dat al deze ziekenhuizen beschikken over een goedwerkend documentbeheersysteem waarin alle protocollen, richtlijnen, procedures etc. te vinden zijn. Er staan niet alleen verpleegkundige procedures in, maar ook organisatorische, paramedische, algemeen ondersteunende, poliklinische etc. Deze systemen werken volledig digitaal. Deze documenten worden in principe niet meer op papier bewaard op de afdelingen. Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen al hun informatie opzoeken op intranet. Het systeem bevat een link waarin alle laatst gewijzigde en nieuwe protocollen en richtlijnen in staan.

Er bestaat verschil van mening tussen de ziekenhuizen hoe de medewerkers op de hoogte worden gehouden van deze veranderingen. In alle ziekenhuizen staat voorop dat het de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundige is om zichzelf hiervan op de hoogte te stellen. UMG Groningen brengt de medewerkers, ondanks de eigen verantwoordelijkheid, ook via andere kanalen op de hoogte, zoals mailing.

Enquête:

Meer dan 50% van de verpleegkundigen zijn niet tevreden over de huidige manier van informatie krijgen over wijzigingen in of nieuwe protocollen.

Het gebruik van intranet lijkt leeftijd-gerelateerd, afdeling 4b heeft in vergelijking met andere afdelingen veel verpleegkundigen die ouder zijn dan 41 jaar, die intranet weinig als bron van informatie gebruiken. In tegenstelling tot afdeling 10a, een opvallend jong team, die veel gebruik maakt van intranet als bron van informatie.

In tegenstelling tot deze huidige situatie, willen de verpleegkundigen op 4b in de gewenste situatie intranet meer als bron van informatie gebruiken, terwijl het relatief jonge team van MCU II erg achter blijft in het gebruik van intranet.

Verpleegkundigen maken in de gewenste situatie het liefst gebruik van de volgende bronnen (in volgorde van voorkeur): mondeling van het unithoofd, intranet, meer scholing en klinische lessen en tot slot het gebruik van een informatiemap. Het meer gebruik maken van een informatiemap en het krijgen van meer scholing en klinische lessen zijn de meest gewenste veranderingen in de informatievoorziening.

Veel medewerkers krijgen veel informatie via de wandelgangen. In de gewenste situatie blijkt dat zij hier van af willen, omdat de informatie vervormd wordt.

Verder is opvallend dat Haga-actueel in de huidige situatie meer als bron wordt gebruikt dan dat verpleegkundigen in de gewenste situatie zouden willen doen.

Gemiddeld hebben de verpleegkundigen de huidige situatie van informatievoorziening beoordeeld met een 6. Opvallend hierin is dat 5 west een gemiddeld cijfer van een 7,1 gaf aan de huidige informatievoorziening, terwijl afdeling MCU II erg negatief is over de huidige informatievoorziening met een gemiddeld cijfer van een 4. Dit is ook terug te vinden in de resultaten van de vraag naar de tevredenheid onder de verpleegkundigen.

Uit de suggesties van verpleegkundigen hoe de informatievoorziening verbeterd zou kunnen worden is het volgende te concluderen:

Verpleegkundigen willen:

- structuur in de informatievoorziening. Duidelijkheid voor verpleegkundigen waar informatie te vinden is, wanneer en hoe vaak.
- veranderingen meer op papier: memo's, duidelijke en overzichtelijke lijst met wijzigingen en hier een aparte plaats voor reserveren op het (prik)bord of papier bundelen in een informatiemap.
- structureel werkoverleg, notulen hiervan in een informatiemap op de afdeling, nieuwe werknemers zijn zo ook op de hoogte van veranderingen op de afdeling/ziekenhuis.
- dat verpleegkundigen gestimuleerd worden het intranet te gebruiken.
- dat verpleegkundigen bewust worden van hun eigen verantwoordelijkheid informatie te lezen/zoeken.
- een verpleegkundige van de afdeling aanstellen die veranderingen bewaakt en het team hiervan op de hoogte houdt.

Het niet lezen van informatie en geen nascholing volgen wordt door de verpleegkundigen gezien als grootste knelpunt in de verspreiding en invoering van nieuwe inzichten, gevolgd door terugval in de oude routines, praktische barrières, onvoldoende voorlichtingsmateriaal en tot slot wordt er weinig medewerking ervaren door collegae.

In deze conclusie geven wij antwoord op de volgende vraagstelling:

Hoe verbeter je de informatievoorziening van de verpleegkundigen op de werkvloer, over veranderingen in dagelijkse werkzaamheden (protocollen, procedures, richtlijnen, etc.)?

- Het implementatieproces is zeer van belang bij het invoeren van veranderingen in dagelijkse werkzaamheden, met name het bepalen van de implementatiestrategieën die aansluiten de resultaten van de knelpuntanalyse.
- De veranderingen in de dagelijkse werkzaamheden meerdere keren via verschillende communicatiekanalen herhalen.
- Het gebruik van een digitaal documentbeheersysteem. Een link in dit systeem zorgt ervoor dat de verpleegkundigen in één oogopslag alle laatst gewijzigde en nieuwe protocollen en richtlijnen kunnen zien

- Medewerkers scholen in computergebruik en hier het intranet als informatiebron mee stimuleren.
- Verpleegkundigen van het HagaZiekenhuis maken in de gewenste situatie het liefst gebruik van de volgende bronnen (in volgorde van voorkeur): mondeling van het unithoofd, intranet, scholing en klinische lessen en tot slot het gebruik van een informatiemap
- De belangrijkste, door medewerkers, ervaren knelpunten in het HagaZiekenhuis zijn:
 - geen scholing volgen
 - geen integratie in routines
 - praktische barrières (geld, tijd)
 - onvoldoende voorlichtingsmateriaal
 - weinig medewerking van collegae

Kwaliteit van informatievoorziening, een verbeterpunt?

Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen de aanbevelingen, die naar aanleiding van dit onderzoek ontwikkeld zijn, worden beschreven. Deze aanbevelingen zullen in de vorm van dit rapport worden gepresenteerd aan de afdeling Beleidsontwikkeling & Kwaliteit en de APC van het HagaZiekenhuis.

- Gebruik een vaste structuur voor de informatievoorziening naar de verpleegkundigen op de werkvloer. De volgende communicatiekanalen lijken in het HagaZiekenhuis goed te werken:
 - Mondeling via een aangestelde verpleegkundige aandachtsvelder op elke afdeling die het team op de hoogte stelt van veranderingen in dagelijkse werkzaamheden.
 - Een link op het intranet, waarin alle veranderingen in de dagelijkse werkzaamheden te vinden zijn.
 - Herhaling van boodschap door mailing of papieren memo's en hier een aparte plaats voor reserveren op het (prik)bord of;
 - Mondeling bespreken in het werkoverleg (door unithoofd) met verwijzing naar de notulen.
- Stel een implementatieplan op om de nieuwe vaste structuur van informeren in te voeren.
- Medewerkers scholen in computergebruik en hier het intranet als informatiebron mee stimuleren.
- Uitbreiding van aantal computers op de alle afdelingen.
- Alle papieren protocollen, richtlijnen, procedures, etc. van de afdelingen omzetten in digitale documenten
- Protocollen, richtlijnen, procedures, etc voorzien van de datum van uitprinten en deze na het uitvoeren van de handeling weggooien, zodat alleen up-to-date documenten worden gebruikt.

Literatuurlijst

- Giebing, H. (1999). *Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen*. Leiden. Spruyt, van Mantgem & de Does BV.
- OKAB. *Implementatie, modelproduct van OKAB*.
- Hollands L. e.a. (2003). *Elementen van kwaliteitszorg*. Derde druk. Utrecht. Lemma BV.
- Fleuren M.A.H., Wiefferink C.H., Paulussen T.G.W.M. (2002). *Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties*. TNO-rapport.
- Grol R.T.P.M., Everdingen J.J.E. van & Casparie A.F. (1994). *Invoering van richtlijnen en veranderingen*. Utrecht. De Tijdstroom.
- Plas M. (2006). *Begrippenkader voor implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren bij implementatie in de gezondheidszorg*. Uitgave: Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St. Radboud, Nijmegen.
- M.A.J Peters e.a. (2003). *Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg*. Uitgave: Afdeling Kwaliteit van zorg (WOK), UMC St Radboud, Nijmegen.
- Grol R.T.P.M., Wensing M (2001). *Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen. Elsevier Gezondheidszorg
- Steehouder M., e.a. (1999). *Leren communiceren, handboek voor mondelinge en schriftelijke communicatie*. Vierde druk. Groningen. Wolters-Noordhoff.
- www.zonmw.nl
- www.levv.nl
- www.cbo.nl
- www.umcn.nl
- www.wokresearch.nl
- www.niaz.nl
- www.mca.nl
- www.umcg.nl
- www.lumc.nl

Bijlagen

Bijlage A: de presentatie

Presentatie: dag van de verpleging

DIA 1

DIA 2

Inleiding:

Goedemiddag allemaal, wij zullen ons eerst even voorstellen. Wij zijn Iris Gouweleeuw, werkzaam op 10a orthopedie en Inge de Moel, werkzaam op 4b cardiologie. Wij zijn beide bezig met het afstuderen voor de HBO-V. Van school hebben wij de opdracht kregen een project te starten waarmee de kwaliteit van zorg verbeterd zou moeten worden. Wij hebben een medewerker van de afdeling Beleidsontwikkeling & Kwaliteit in dit ziekenhuis benaderd om op ideeën te komen voor een onderwerp van het project. Uit meerdere ideeën hebben wij gekozen voor het volgende onderwerp:

DIA 3

Hoe verbeter je de informatievoorziening naar de verpleegkundigen op de werkvloer, over veranderingen in dagelijkse werkzaamheden (protocollen, procedures, richtlijnen, etc.) in een gezondheidsinstelling als het ziekenhuis?

De reden dat wij dit een interessant onderwerp vinden is dat onder andere we vanuit onze eigen praktijkervaring weten dat sommige afdelingen nog steeds gebruik maken van protocollenboeken waardoor er weinig rekening gehouden wordt met veranderingen in protocollen of eventueel nieuwe protocollen. Daarnaast hopen we dat het gebruik van protocollen meer terug zal komen in de dagelijkse werkzaamheden.

Het onderwerp hebben we onderzocht door middel van een literatuurstudie, een enquête en interviews. Hieruit gaan wij aanbevelingen ontwikkelen over hoe verpleegkundigen beter op de hoogte gehouden kunnen worden van veranderingen in dagelijkse werkzaamheden (protocollen, procedures, richtlijnen, etc.) in het Hagaziekenhuis.

In deze 5 minuten presenteren wij aan jullie de tot nu toe gevonden resultaten.

Kern:

Enquête:

In onze enquête hebben we de verpleegkundigen onder andere gevraagd op welke manier zij nu geïnformeerd worden en hoe zij dit graag zouden willen zien. Het gemiddelde van de resultaten van deze vragen kunt u zien in de volgende grafiek.

DIA 4

Opvallend is dat Haga-actueel in de huidige situatie meer als bron wordt gebruikt dan dat verpleegkundigen in de gewenste situatie zouden willen doen.

Verpleegkundigen willen af van de informatievoorziening via de wandelgangen

Verder kan je in deze grafiek zien dat verpleegkundigen meer geïnformeerd zouden willen worden door middel van een informatiemap, meer mondeling geïnformeerd zouden willen worden door het unithoofd en meer scholing/klinische lessen zouden willen krijgen. De huidige situatie en de gewenste situatie betreft het intranet blijft hetzelfde.

Op de vraag of verpleegkundigen zelf suggesties hebben hoe de informatievoorziening verbeterd zou kunnen worden, hadden veel verpleegkundigen het antwoord dat de informatievoorziening verbeterd kan worden als veranderingen meer op papier worden gezet. Ideeën hierbij: memo's, duidelijke en overzichtelijke lijst met wijzigingen op het bord en hier een aparte plaats voor reserveren op het (prik)bord of papier bundelen in een informatiemap.

Daarnaast kwam het meerdere malen naar boven dat verpleegkundigen meer structuur willen hebben in de informatievoorziening. M.a.w. waar vindt de verpleegkundige wat??

Literatuur.

Het bedenken van een nieuwe structuur van de informatievoorziening alleen, is niet voldoende. De manier van invoeren van een nieuwe structuur is zeer bepalend voor het uiteindelijke resultaat. In de literatuurstudie hebben we ons dan ook vooral gericht op het vinden van de eisen waar een effectief implementatieproces aan zou moeten voldoen.

Wat telkens opnieuw naar voren komt, is dat het eenmalig presenteren van nieuwe inzichten vaak onvoldoende is om de hele doelgroep te bereiken.

DIA 5

Een succesvol implementatieproces doorloopt de volgende stappen:

- Vaststellen van gewenste verandering;
- Analyse van mogelijke knelpunten bij invoering van de verandering;
- Ontwikkeling van strategieën om veranderingen door te voeren;
- Feitelijke invoering;
- Evaluatie van bereikte resultaat.

In het model zie je dat het proces van implementatie een constant herhalend proces is.

In ons project hebben wij ons gericht tot het vaststellen van gewenste verandering en de analyse van mogelijke knelpunten bij de invoering van de verandering. Bij de ontwikkeling van strategieën om veranderingen door te voeren beperken wij ons tot de selectie ervan. Het ontwikkelen van een implementatieplan zullen wij in onze aanbevelingen zetten.

Een belangrijk onderdeel van een dergelijk implementatieproces is de knelpuntenanalyse: de kenmerken van de doelgroep, de setting, de zorgverlener en de belemmerende en bevorderende factoren van het implementatieproces. Een zorgvuldige knelpuntenanalyse, die inzicht geeft in beïnvloedende factoren, is belangrijk omdat een implementatiestrategie waarschijnlijk succesvoller is wanneer ze aansluit bij deze factoren.

Een voorbeeld hiervan zullen we geven aan de hand van een uitkomst van de enquête te zien in deze grafiek:

DIA 6

Voorbeeld:

Hierin kunnen jullie zien dat verpleegkundigen van mening zijn dat het niet lezen en het ontbreken van nascholing als grootste knelpunt wordt ervaren bij de invoering van veranderingen.

DIA 6

De strategie die hier volgens Grol bij hoort is via allerlei kanalen beknopte boodschappen verspreiden, het benaderen van sleutelfiguren en netwerken en een wervende brochure, persoonlijk benadering en uitleg met confrontatie met eigen handelen.

DIA 7

Interviews:

Om inzicht te krijgen hoe andere ziekenhuizen de informatie over veranderingen in protocollen/nieuwe protocollen bij de verpleegkundigen brengt, hebben wij een aantal ziekenhuizen benaderd.

Wij hebben het UMC St. Radboud in Nijmegen en het LUMC in Leiden bezocht en daar een persoonlijk interview gehouden.

Het UMC Groningen en het MC Alkmaar hebben we via de mail benaderd en deze vragenlijst digitaal aangeleverd en ingevuld teruggekregen.

De grootste en opvallendste uitkomst van deze bezoeken was dat al deze ziekenhuizen beschikten over een goedwerkend documentbeheersysteem waarin alle protocollen, richtlijnen, procedures etc. te vinden zijn. Deze systemen werken volledig digitaal. Deze documenten worden niet meer op papier bewaard op de afdelingen. Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen al hun informatie opzoeken op het intranet.

De meningen over geven van deze informatie lopen uiteen. Het LUMC en het UMC St. Radboud vinden vooral dat het de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen is om zichzelf op de hoogte te stellen van veranderingen door regelmatig het intranet te bezoeken.

Het UMC in Groningen heeft drie manieren waarop het bekend wordt gemaakt. Ten eerste via een kop 'Actueel' op hun intranet. Ten tweede wordt het mondeling genoemd in de protocollencommissie, in die werkgroep zitten afgevaardigden van alle verpleegeenheden van het UMCG. De afgevaardigden geven de informatie door aan de verpleegkundigen van hun eigen eenheid. Ten derde worden eenheden die eigen protocollen ontwikkelen via een mail op de hoogte gebracht van een nieuw/gewijzigd protocol.

Ingaand op de documentbeheersystemen:

In de kwaliteitsnorm zorginstellingen van het NIAZ staat dat een zorginstelling moet beschikken over een systeem voor het beheer en de borging van kennis en kennisontwikkeling, elk niveau in de instelling moet beschikken over relevante sturingsinformatie en de informatie tijdig beschikbaar, toegankelijk, veilig en betrouwbaar moet zijn.

DIA 8

Slot:

Met deze uitkomsten van het project zullen wij aanbevelingen ontwikkelen die wij binnenkort zullen presenteren aan de afdeling Beleidsontwikkeling & Kwaliteit en de APC. Tevens komt er in juni een artikel te staan in Haga- Actueel waarin wij het project/ onderzoek nog eens kort en bondig zullen samenvatten.

Mochten er nog vragen zijn over dit project, kunnen jullie bij ons terecht/ zijn er nog vragen?

Bijlage B: het artikel

Artikel Haga- Actueel

Kwaliteit van informatievoorziening, een verbeterpunt?

HBO- studenten verpleegkunde hebben onderzoek gedaan naar het verbeteren van de kwaliteit van de informatievoorziening bij verandering in protocollen en richtlijnen voor verpleegkundigen op de afdeling.

Regelmatig komt het voor dat verouderde protocollen en richtlijnen in een map op de afdeling liggen wat kan leiden tot fouten in de zorgverlening. Tevens blijken de medewerkers die deze zorg moeten verlenen niet altijd op de hoogte van nieuwe of veranderde informatie. Hoe deze informatievoorziening ten behoeve van protocollen en richtlijnen voor de verpleegkundigen in het HagaZiekenhuis verbeterd zou kunnen worden is onderzocht door de twee HBO-V studenten Iris Gouweleeuw en Inge de Moel. Dit onderzoek bestond uit een literatuuronderzoek, een enquête en een bezoek aan het UMC Radboud en het LUMC.

Uit de enquête is gebleken dat meer dan 50% van de verpleegkundigen in dit ziekenhuis niet tevreden zijn over de huidige manier van informatie krijgen. Deze enquête is gehouden op vier willekeurige afdelingen binnen het ziekenhuis op de locatie Leyweg en Sportlaan, waaraan 54 verpleegkundigen hebben deelgenomen.

Zij geven aan dat de informatie over protocollen en richtlijnen moeilijk te vinden is op de afdeling en er teveel informatie 'in de wandelgangen' doorgegeven wordt. Dit leidt vaak tot vertekening van de boodschap, waardoor de kans op fouten maken groter wordt.

Men zou graag een informatiemap over veranderingen in richtlijnen en protocollen op de afdeling willen, de onderzoekers stellen hier hun vragen bij, blijft de inhoud voor alle afdelingen dan hetzelfde en wie gaat de inhoud van zo'n map bijhouden? Zij zien zo'n informatiemap liever digitaal terug op de startpagina van intranet.

Verpleegkundigen en de onderzoekers vinden een digitaal documentbeheersysteem zinvol voor het verkrijgen van de juiste informatie. Ook een ruimer aanbod van klinische lessen en scholing draagt bij tot een adequate informatievoorziening.

Uit de conclusies van het onderzoek zijn aanbevelingen ontwikkeld voor de afdeling Beleidsontwikkeling & Kwaliteit en de APC in het HagaZiekenhuis.

Voor het opvragen van het onderzoek of verdere informatie kan contact opgenomen worden met: Iris Gouweleeuw op afdeling 10a en met Inge de Moel afdeling 4b locatie Leyweg.

Iris Gouweleeuw en Inge de Moel

Bijlage C: voorwaarden NIAZ

Voorwaarden NIAZ

Implementeren

Dit subgebied maakt duidelijk hoe de vertaling van de doelstellingen in plannen en budgetten plaatsvindt. Hierbij is het belangrijk om vast te stellen, hoe doelstellingen zijn geoperationaliseerd.

Criteria:

2.10 Voor het bereiken van de doelstellingen zijn de beoogde resultaten, de benodigde middelen en de verantwoordelijkheden benoemd.

2.11 Strategie en beleid worden intern gecommuniceerd.

Kennis en technologie

Dit subgebied bekijkt hoe vanuit de strategie en het beleid de noodzakelijke bestuurlijke informatie, kennis en technologie worden binnengehaald, ontwikkeld, verspreid, toegepast en

geborgd. Hoe stelt de instelling het beheer en de bescherming van het intellectueel kapitaal zeker?

Criteria:

4.4 Elk niveau in de instelling beschikt over relevante sturingsinformatie.

4.5 De informatie is tijdig beschikbaar, toegankelijk, veilig en betrouwbaar.

4.6 Er is beleid ten aanzien van innovaties, op het gebied van zowel zorgvernieuwing als (medische) technologie.

4.7 Er is een systeem voor het beheer en de borging van kennis en kennisontwikkeling.

Invoeren en beheersen

Dit subgebied heeft betrekking op de manier waarop een instelling haar processen invoert en beheerst. De primaire inbreng hierbij komt van de professionals. Daarmee verzekert de instelling zich van een effectieve, efficiënte, flexibele en innovatieve patiëntenzorg en bedrijfsvoering.

Criteria:

5.6 Afspraken zijn gemaakt hoe de processen worden beheerst (expliciet is aandacht voor de kritische punten in het patiëntenproces, en hoe taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden rondom deze kritische punten zijn vastgesteld).

5.7 Voor de processen zijn proceseigenaren benoemd.

5.8 Voor de processen zijn gewenste uitkomsten geformuleerd (in termen van effectiviteit, doelmatigheid, tijdigheid, veiligheid, patiëntgerichtheid van het proces).

5.9 De instelling verricht metingen ten aanzien van de veiligheid van patiënten, medewerkers en de omgeving.

Doorlichten en verbeteren

Dit subgebied draait om de wijze waarop de instelling gestructureerd aandacht besteedt aan het

verloop van processen. Ook de onderlinge samenhang maakt daar deel van uit. Indien nodig vindt bijstelling of vernieuwing van processen plaats.

Criteria:

5.10 De instelling heeft een operationeel intern auditsysteem.

5.11 De instelling licht de processen systematisch door om tot verbeteringen te komen.

5.12 De instelling investeert in de verbetering van processen.

5.13 De instelling geeft aan op welke wijze vernieuwingen tot stand komen.

Enquête.

In het kader van ons differentiatieproject van de HBO-V zijn we bezig met een onderzoek naar verschillende methodes om medewerkers op de hoogte te stellen van veranderingen in (kwaliteits)beleid, richtlijnen, procedures en protocollen.

Doel van deze enquête is om duidelijk te krijgen:

- wat de mening is van de (leerling)verpleegkundigen en verzorgenden over de wijze waarop zij op de hoogte gehouden worden van deze veranderingen;
- hoe (leerling)verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat dit verbeterd zou kunnen worden;
- welke knelpunten ervaren worden bij het invoeren van veranderingen.

De uitkomst van deze enquête verwerken wij in ons project waarin wij aanbevelingen geven over hoe de informatievoorziening verbeterd kan worden in het Hagaziekenhuis.

Het invullen van deze vragenlijst duurt **circa 6-10 minuten**.

De enquête zouden wij graag ingevuld willen hebben voor **17 april**. De ingevulde enquête kan je in de desbetreffende envelop doen die op het bord in het koffiehok hangt.

ALVAST BEDANKT!!!

Iris Gouweleeuw, afdeling 10a, orthopedie

Inge de Moel, afdeling 4b, cardiologie

Vragen.

1. Leeftijd:

- ☐ <30 jaar
- ☐ 31-40 jaar
- ☐ >41

2. Werkervaring:

- ☐ <10 jaar
- ☐ 10 – 20 jaar
- ☐ > 20 jaar

3. Afdeling:

4. Geef een cijfer (van 1= zeer slecht, tot 10= zeer goed) voor hoe jij vindt dat je op de hoogte gehouden wordt van veranderingen op gebied van (kwaliteits)beleid, protocollen, procedures en richtlijnen in het Hagaziekenhuis.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Als je deze veranderingen te weten komt, hoe gebeurt dit dan?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Via het intranet
- ☐ Informatiemap op de afdeling
- ☐ Mondeling van het unithoofd tijdens team-overleg/ werkbijeenkomst
- ☐ In de wandelgangen
- ☐ Scholing/ klinische lessen
- ☐ Gelezen in het Haga- actueel

- ☐ Via de organisatorisch manager
- ☐ Anders,
nl.....
.....

6. Ben je tevreden met deze manier van geïnformeerd worden?

- ☐ Ja, omdat
.....
.....
.....
- ☐ Nee, omdat
.....
.....
.....

7. Welke manier van informeren spreekt je het meeste aan?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Intranet
- ☐ Documentbeheersysteem
- ☐ Informatiemap op de afdeling
- ☐ Mondeling van de unithoofd tijdens team-overleg/ werkbijeenkomst
- ☐ In de wandelgangen
- ☐ Scholing/ klinische lessen
- ☐ Lezen in het Haga- actueel
- ☐ Rechtstreeks van de organisatorisch manager
- ☐ Anders,
nl.....
.....
.....

8. Heb je zelf suggesties waarmee de informatievoorziening verbeterd zou kunnen worden?

.....
.....
.....
.....

9. Hieronder staan een aantal punten die de verspreiding en invoering van (kwaliteits)beleid, protocollen en/of richtlijnen kunnen beïnvloeden. Geef per punt aan of jij dit als knelpunt ervaart.

	eens	oneens	geen
mening			
niet lezen van aanwezige informatie, geen nascholing volgen			
weinig contact met collegae			
geen behoefte/ niet relevant vinden			
onvoldoende kennisniveau			
niet begrijpen van nieuwe informatie			
vergeten hoe het precies zit			
meer nadelen dan voordelen zien van de			

verandering
twijfel aan geloofwaardigheid opstellers
verwachten van problemen
onvoldoende vertrouwen in succes

praktische barrières (tijd, geld)
patiënten, collegae werken niet mee

vergeten nieuwe inzichten
terugvallen in oude routines
er is niet direct succes
negatieve (bij)effecten

slechte praktijkorganisatie
onvoldoende voorzieningen
onvoldoende voorlichtingsmateriaal

ik sta open voor nieuwe inzichten
ik raadpleeg regelmatig beschikbare bronnen
aanwezig op de afdeling om mijzelf op de hoogte
te houden van veranderingen