

WINK V&V: Wat Is

Nodig voor implementatie van Kwaliteitsstandaarden voor Verpleegkundigen, Verzorgenden & Verpleegkundig specialisten?

Eindrapport

Datum: 10 maart 2020



Colofon

Projectgroep

Hoofdaanvrager

- Dr. E. Ista, Senior onderzoeker/ implementatie wetenschapper
Erasmus MC, afdeling Interne Geneeskunde, sectie Verplegingswetenschap

Medeaanvragers

- Dr. L. van Bodegom-Vos, Senior onderzoeker/ implementatie wetenschapper
LUMC, Biomedical Data Sciences
- Dr. A. Huis, Senior onderzoeker/ implementatie wetenschapper
Radboudumc, IQ Healthcare
- Prof. Dr. M. van Dijk, hoogleraar Verplegingswetenschap
Erasmus MC, afdeling Interne Geneeskunde, sectie Verplegingswetenschap
- Dr. M. Heinen, senior onderzoeker
Radboudumc, IQ Healthcare
- Dr. A. Persoon, onderzoeker en coördinator Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg
Radboudumc, UKON
- Prof.dr. H. Vermeulen, hoogleraar Verplegingswetenschap
Radboudumc, IQ Healthcare

Projectcommissie

- Dr. M. Adriaansen, lector
Hogeschool Arnhem en Nijmegen

Onderzoekers

- T. Rietbergen, junior onderzoeker
LUMC, Biomedical Data Sciences
- C. Roosen MSc, junior onderzoeker
Radboudumc, IQ Healthcare
- D. Spoon MSc, junior onderzoeker
Erasmus MC, afdeling Interne Geneeskunde, sectie Verplegingswetenschap
- Dr. A. Wassenaar, onderzoeker
Radboudumc, UKON

Uitgevoerd met subsidie van ZonMw, projectnummer: 516004017

Refereren aan dit rapport:

Ista E, Heinen M, Huis A, Persoon A, Rietbergen T, Roosen C, Spoon D, Wassenaar A, Adriaansen M, van Bodegom-Vos L, van Dijk M, Vermeulen H. Eindrapport studie: Wat Is Nodig voor implementatie van Kwaliteitsstandaarden voor Verpleegkundigen, Verzorgenden & Verpleegkundig specialisten? Rotterdam. 2020, maart.

Inhoudsopgave

1	Bevorderende en belemmerende factoren bij toepassen van kwaliteitsstandaarden	4
1.1	<i>Inleiding</i>	5
1.2	<i>Methode</i>	5
1.3	<i>Resultaten</i>	7
1.4	<i>Discussie en Conclusie</i>	19
1.5	<i>Bijlagen</i>	23
2	Good practices van de rol die stakeholders kunnen spelen in de (de-)implementatie van verpleegkundige kwaliteitsstandaarden	34
2.1	<i>Inleiding</i>	35
2.2	<i>Methode</i>	35
2.3	<i>Resultaten</i>	36
2.4	<i>Conclusies</i>	44
2.5	<i>Aanbevelingen</i>	44
2.6	<i>Referenties</i>	45
2.7	<i>Bijlagen</i>	46
3	Literatuurstudie implementatiestrategieën	69
3.1	<i>Inleiding</i>	70
3.2	<i>Methode</i>	70
3.3	<i>Resultaten</i>	71
3.4	<i>Conclusie</i>	77
3.5	<i>Bijlage</i>	78
4	Literatuurstudie de-implementatiestrategieën	108
4.1	<i>Inleiding</i>	109
4.2	<i>Methode</i>	109
4.3	<i>Resultaten</i>	110
1.1	<i>Screening</i>	111
1.2	<i>Included</i>	111
1.3	<i>Eligibility</i>	111
1.4	<i>Identification</i>	111
4.4	<i>Conclusie en aanbevelingen</i>	115
4.5	<i>Bijlage</i>	116
5	Synthese WINK V&V - Road Map Implementatie Kwaliteitsstandaarden	122
5.1	<i>Inleiding</i>	123

5.2	<i>Doel</i>	123
5.3	<i>Samenvatting conclusies</i>	123
5.4	<i>Synthese en aanbevelingen</i>	124
5.5	<i>Afsluiting</i>	128

1 Bevorderende en belemmerende factoren bij toepassen van kwaliteitsstandaarden

Werkpakket 1

Projectgroep WP 1

Dr. Maud Heinen, projectleider WP1

Drs. Cariline Roosen, onderzoeker

Dr. Anita Huis

Prof. Hester Vermeulen

1.1 Inleiding

In dit verslag worden de methode en resultaten beschreven van werkpakket 1 (WP1), als onderdeel van het onderzoek: 'WINK V&V: wat is nodig?' In WP1 is onderzocht wat belemmerende en bevorderende factoren zijn die verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten ervaren in het gebruik van richtlijnen.

Voor WP1 zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot implementatie van kwaliteitsstandaarden in de huidige zorgpraktijk en op de verschillende niveaus van het framework van Flottorp (2013) vanuit het perspectief van verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.
2. Welke tools, middelen en websites gebruiken verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten om de aanbevelingen in de richtlijnen toe te kunnen passen in de praktijk?

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van het raamwerk van Flottorp et al. (2013). Dit raamwerk bestaat uit determinanten voor implementatie van een innovatie verdeeld over zeven domeinen. Determinanten betreffende de richtlijn zelf, individuele factoren bij de professional, patiënt factoren, factoren gericht op de professionele interactie, capaciteit voor organisatorische veranderingen, middelen en incentives, en factoren op het sociale, politieke en economische domein.

1.2 Methode

WP1 bestaat uit vier onderdelen; een landelijke digitale vragenlijst uitgezet onder een steekproef van leden van V&VN, twee focusgroep bijeenkomsten met verpleegkundigen en verzorgenden, een korte vragenlijst over aanbevelingen van vier richtlijnen gevolgd door een kort telefonisch interview met verpleegkundigen, en een patiënteninterview.

1.2.1 Digitale vragenlijst Leden V&VN

De vragenlijst werd door de projectgroep ontwikkeld, op basis van het TICD-raamwerk (Flottorp et al 2013), en voorgelegd aan een expertteam van betrokkenen bij dit project (AH, LvB, EI, MH). Vervolgens is de vragenlijst getest door vijf verpleegkundigen, waarna laatste aanpassingen zijn gedaan.

De vragenlijst bestaat uit drie onderdelen: 1) Kenmerken van de zorgprofessional, 2) Welke richtlijnen kennen en gebruiken professionals, en 3) Welke bevorderende en belemmerende factoren worden ervaren in het toepassen van richtlijnen in de dagelijkse zorgpraktijk.

De digitale vragenlijst werd naar 1000 leden van V&VN verstuurd, 250 verzorgenden, 500 verpleegkundigen en 250 verpleegkundig specialisten. Er werd tweemaal een reminder verstuurd.

1.2.2 Focusgroepen verpleegkundigen

Er zijn twee focusgroepen georganiseerd met verpleegkundigen uit de ziekenhuissetting, de thuiszorg en het verpleeghuis. Ter voorbereiding van de bijeenkomst kregen de deelnemers informatie betreffende de richtlijn Verpleegkundige Verslaglegging (2011) of de richtlijn Neus Maagsonde (2017) toegestuurd, om te dienen als kapstok voor het gesprek over het gebruik van richtlijnen in de praktijk. De deelnemers van de eerste focusgroep bijeenkomst waren afkomstig uit het ziekenhuis, zij kregen de richtlijn Neus-maagsonde toegestuurd. Voor de tweede focusgroep zijn er verpleegkundigen en verzorgenden uit de wijk en het verpleeghuis benaderd, deze groep heeft de richtlijn Verpleegkundige Verslaglegging toegestuurd gekregen.

Het gesprek werd begeleid door een ervaren moderator (AH), die een voorbereid script gebruikte. Ook werden er geluidsopnamen gemaakt, beide groepen gaven hier toestemming voor. Deze opnamen zijn volledig uitgeschreven en gecodeerd met behulp van Atlas ti.

1.2.3 Vragenlijst & Interview - beoordeling aanbevelingen

Met de vraag om de helderheid en bruikbaarheid te beoordelen zijn de aanbevelingen van vier richtlijnen voorgelegd aan verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten uit verschillende zorgsettings. Vanwege de variatie in omvang van de verschillende richtlijnen, en passend bij het doel van dit onderdeel, is vooraf een selectie gemaakt in de voor te leggen aanbevelingen. De beoogde tijdinvestering voor de beoordeling van de aanbevelingen en het telefonische interview was vastgesteld op een uur. In dit onderdeel zijn de volgende richtlijn (onderdelen) gebruikt; 1. de richtlijn Neus-maagsonde (2017), 2. de samenvattingkaart van de herziene (concept) richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging (2018), 3. de praktijkkaart Preventie Decubitus (2011) en 4. de samenvatting van de richtlijn Depressie (2013).

De zorgprofessionals kregen vooraf een vragenlijst toegestuurd waarin een selectie van de aanbevelingen uit de 4 richtlijnen waren verwerkt. Voor de richtlijn Decubitus is het onderdeel preventie gekozen, omdat dit een algemeen onderwerp is wat veel voorkomt in de verschillende settings. Voor de richtlijn Depressie is de samenvatting van de richtlijn voorgelegd. Voor de richtlijn Neus-maagsonde is de versie voor de volwassen patiënt gebruikt.

De richtlijn Verpleegkundige verslaglegging wordt momenteel herzien en is in een conceptversie (2018) voorgelegd met toestemming van de ontwikkelaars.

Met alle deelnemers aan dit onderdeel werd een belafsprake ingepland om verdiepende vragen te stellen t.a.v. de gegeven antwoorden in de vragenlijst. Deze gesprekken werden opgenomen en verkort uitgetypt. De uitkomsten van de gestructureerde vragenlijst zijn in SPSS verwerkt.

Per richtlijn werd ernaar gestreefd om deze voor te leggen aan twee verzorgenden, twee verpleegkundigen en twee verpleegkundig specialisten (n=24).

1.2.4 Patiënt interviews

Voor zowel de richtlijn Decubitus als de richtlijn Depressie werd gestreefd naar het betrekken van twee patiënten om een selectie van aanbevelingen te beoordelen op bruikbaarheid en helderheid. Patiënten zijn benaderd via de zorgprofessionals betrokken in dit onderzoek.

1.2.5 Ethische aspecten

Er is een toetsing gedaan bij de CMO waarin dit onderzoek als niet WMO-plichtig werd beoordeeld. (dossiernummer: 2019-5098)

1.3 Resultaten

Per onderdeel worden de resultaten uitgewerkt. In de bijlagen zijn de gebruikte vragenlijsten, en de topic list voor het focusgroep interview toegevoegd. In tabel 1.1 zijn de kenmerken van de respondenten op de verschillende onderdelen weergegeven.

Tabel 1 Kenmerken respondenten Verpleging en Verzorging

	Digitale Vragenlijst (n=86)	Focus groepen (n=10)	Totaal (n=22)	Decubitus (n=7)	Neus-maagsonde (n=8)	VPK Verslag-legging (n=5)	Depressie (n=2)
Geslacht Vrouw / Man	73/12	9/1	20/2	7/0	6/2	5/0	2/0
Leeftijd - Gemiddelde (range)	48 (20-65)		43 (22-63)	45 (31-65)	41 (22-63)	37 (30-54)	50 (49-51)
Functie:							
• (Wijk)verpleegkundige	34 (%)	7	19	5	7	3	1
• Verzorgende (IG)	4		1		1		
• Vpk. Specialist	22		4				
• Vpk. wetenschapper	-		1	2		1	1
• Gespecialiseerd vpk.	1	1				1	
• SPV	1	2					
• Overig (POH, Jeugd, Neuro)	11						
Zorgsetting:							
• (Academisch) zkh	24	4	12	6	2	4	
• GGZ	12		2				
• VGZ	1		1				2
• Wijkverpleging	23	1	5		1		
• Intramurale ouderenzorg	10	4	2	1	3	1	
• Overig (HA-setting, GGD, revalidatie)	12	1			2		

	Digitale Vragenlijst (n=86)	Focus groepen (n=10)	Totaal (n=22)	Decubitus (n=7)	Neus- maagsonde (n=8)	VPK Verslag- legging (n=5)	Depressie (n=2)
Opleiding:							
• VZ IG	8		1		1		
• MBOV	12		1		1		
• HBOV	19		1	4	3	3	
• Inservice	15		0	1	2		
• MANP	15		3	2			1
• WO	2		4			1	
• SPV	-		2		1	1	1
• Overig	8		1				
Aantal jaar diploma *	15 (0-42)		11 (1-43)	14 (2-43)	11 (1-29)	9 (1-15)	9 (0.5-17)
Aantal jaar functie *	14 (0-41)		8 (1-37)	9 (1-16)	12 (2-37)	7 (4-12)	4 (0.5-8)
Uren per week werkzaam *	29 (6-50)		27 (4-36)	21 (4-32)	27 (16-36)	30 (20-36)	30 (28-32)

* gemiddelde (range)

1.3.1 Resultaten Digitale vragenlijst

De digitale vragenlijst is uiteindelijk uitgezet onder 1000 personen waarvan 250 verzorgenden, 500 verpleegkundigen en 250 verpleegkundig specialisten. Van de 1000 verstuurde digitale vragenlijsten zijn er 86 volledige ingevulde vragenlijsten (9%). De kenmerken van de respondenten van de verschillende onderdelen zijn weergegeven in tabel 1.1. De gemiddelde leeftijd van de respondenten van de digitale vragenlijst was 48 jaar (sd10.8), zij werkten gemiddeld 29 uur (sd7.9) per week. 67 respondenten (62%) gaven aan landelijke richtlijnen te kennen. Respondenten werd gevraagd om aan te geven welke richtlijnen ze kenden, ze konden hierbij maximaal 5 richtlijnen invullen. De eerste van deze mogelijkheden werd door 66 respondenten ingevuld, de opties daarna werden door respectievelijk 54, 42, 16 en 19 personen. Dit houdt in dat 19 personen 5 bij hen bekende richtlijnen hebben ingevuld. Per richtlijn werden vervolgens een aantal vragen gesteld. De mate waarin respondenten de richtlijn kenden varieerde bij deze vijf richtlijnen van een gemiddelde van 6.5 (sd1.4) tot 6.7 (sd1.9) op een schaal van 1-10. 63% tot 75% van de respondenten gaf aan dat het betreffende onderwerp zeer vaak of redelijk vaak voorkomt in de dagelijkse praktijk, 76%-90% beoordeelde de betreffende richtlijn als (zeer) bruikbaar. De mate waarin de respondenten de betreffende richtlijn opvolgden varieerde van 7.6 (sd1.6) tot 7.0 (sd1.8) op een schaal van 1-10.

1.3.1.1 Resultaten stellingen richtlijnen en teamcultuur

In tabel 1.2 wordt een overzicht gegeven van de resultaten bij de stellingen over het gebruik van richtlijnen en de teamcultuur bij het gebruik van landelijke richtlijnen. De stellingen konden worden beantwoord op een 5-puntsschaal variërend van helemaal oneens tot helemaal eens (helemaal eens/eens/neutraal/helemaal oneens/oneens).

Stellingen (n=86)	eens / neutraal / oneens* %
Gebruik richtlijnen	

1.Landelijke richtlijnen helpen mij om betere zorg te verlenen	79 – 16 – 5
2.Ik kijk naar wie de richtlijn heeft opgesteld, dit geeft mij vertrouwen in het toepassen van de richtlijn	43 – 29 – 30
3. Ik vind het belangrijk dat in een richtlijn de kosten van de zorg worden meegenomen in overwegingen	50 – 33 – 17
4. Ik zoek nooit landelijke richtlijnen op*	13 – 10 – 77
5. Ik pas richtlijnen toe als ik het eens ben met de aanbevelingen	37 – 34 – 29
6.Gebruik van landelijke richtlijnen beperken mijn zelfstandigheid*	2 – 21 – 77
7. Ik vind het makkelijk om nieuwe inzichten (bijvoorbeeld uit richtlijnen) toe te passen in de dagelijkse praktijk*	59 – 30 – 11
8.Ik voel mij onzeker als er nieuwe richtlijnen/ aanbevelingen ingevoerd moeten worden*	10 – 21 – 69
9.Ik hoef landelijke richtlijnen niet te kennen want die zijn verweven in de protocollen van mijn organisatie	23 – 27 – 50
10.Richtlijnen laten vaak te weinig ruimte voor de voorkeur van patiënten*	12 – 50 – 38
11.Ik voel mij niet verantwoordelijk voor het toepassen van landelijke richtlijnen in mijn dagelijkse werk*	5 – 12 – 84
<i>Cultuur</i>	
12. Mijn leidinggevende ondersteunt bij het werken volgens de meest actuele richtlijnen	58 – 21 – 21
13. In mijn team wordt prioriteit gegeven aan het werken volgens richtlijnen *	67 – 18 – 15
14. In ons team geven we elkaar feedback*	77 – 9 – 14
15. Anderen in mijn organisatie zijn verantwoordelijk voor het vertalen van landelijke richtlijnen naar lokale protocollen	46 – 24 – 31
16. In mijn team wordt er tijd vrijgemaakt om landelijke richtlijnen en aanbevelingen binnen het team te bespreken	33 – 21 – 46
17. Er bestaat twijfel in mijn team of het gebruik van landelijke richtlijnen zinvol is*	4 – 41 – 55

De eerste elf stellingen betroffen het gebruik van de landelijke richtlijnen. 79% gaf aan dat landelijke richtlijnen helpen om betere zorg te verlenen, 43% keek daarbij naar wie de richtlijn heeft opgesteld. De helft vond het belangrijk dat in een richtlijn kosten mee worden genomen in de overwegingen. Het merendeel (77%) zocht wel eens een landelijke richtlijn op.

Ruim een derde (37%) volgde richtlijnen op als hij/zij het eens is met de aanbevelingen. Het merendeel (77%) vond landelijke richtlijnen niet beperkend wat betreft de zelfstandigheid van de professional. 59% gaf aan het makkelijk te vinden om nieuwe inzichten toe te passen in de praktijk en 69% voelde zich niet onzeker wanneer nieuwe richtlijnen ingevoerd moeten worden.

De helft van de respondenten (50%) vond dat zij landelijke richtlijnen zouden moeten kennen ook al zijn aanbevelingen verweven in lokale protocollen, 23% gaf aan dit niet nodig te vinden. 38% vond dat richtlijnen voldoende ruimte laten om patiëntvoorkeuren mee te nemen, 12% vond van niet, de

helft van de respondenten (50%) beantwoordde deze stelling neutraal. Het merendeel (84%) voelde zich verantwoordelijk voor het toepassen van landelijke richtlijnen in het dagelijkse werk.

De laatste zes stellingen betroffen de teamcultuur. Meer dan de helft van de respondenten (58%) gaf aan dat de leidinggevende ondersteunt bij het werken volgens de meest actuele richtlijnen, tweederde (67%) gaf aan dat in het team prioriteit wordt gegeven aan het werken volgens landelijke richtlijnen, en 77% gaf aan dat feedback wordt gegeven binnen het team. Bijna de helft van de respondenten (46%) gaf aan dat anderen binnen het team verantwoordelijk zijn voor het vertalen van landelijke richtlijnen naar lokale protocollen, een kwart (24%) antwoordde hier neutraal. Een derde (33%) gaf aan dat er in het team tijd wordt vrijgemaakt om landelijke richtlijnen en aanbevelingen te bespreken, bijna de helft (46%) gaf aan dat dit niet gebeurt. Iets meer dan de helft van de respondenten (55%) gaf aan dat er binnen het team geen twijfel is of het gebruik van landelijke richtlijnen zinvol is, 41% beantwoordde deze stelling neutraal.

1.3.1.2 Belemmerende factoren richtlijnen - digitale vragenlijst

Bijlage 1.1 laat een overzicht zien van wat respondenten aangaven als belemmerende factoren bij de invoering van landelijke richtlijnen. Hieronder wordt per domein beschreven wat genoemd factoren zijn.

Richtlijn factoren - Er werd aangegeven dat de richtlijnen vaak niet direct aansluiten op het werkveld en de specifieke patiëntengroep. Daarnaast was het niet altijd duidelijk hoe de landelijke richtlijnen zich verhouden tot de lokale protocollen. Richtlijnen bevatten veel tekst, worden gezien als onoverzichtelijk, ook wordt aangegeven dat er veel richtlijnen zijn. Het werd als lastig gezien wanneer richtlijnen indruisen tegen wat de praktijkervaring is.

Individuele factoren – Respondenten gaven aan dat veranderingen vaak weerstand oproepen, maar ook dat zij en collega's zich te weinig verdiepen in het gebruik van richtlijnen. De noodzaak om zich hierin te verdiepen lijkt niet aanwezig te zijn.

Patiënt factoren – Respondenten gaven aan dat persoonlijke omstandigheden van cliënten specifiek zijn, en dat problematiek van de patiënt vaak niet in één hokje past. Ook werd aangegeven dat patiënten soms niet willen meegaan in de aanpak volgens de richtlijn, en de toenemende mondigheid van de patiënt.

Capaciteit voor organisatorische veranderingen – Vanuit de organisatie worden prioriteiten gesteld, en er is niet altijd de juiste kennis en mankracht aanwezig om op de hoogte te blijven van nieuwe richtlijnen en deze te integreren in het werkproces. Onduidelijkheid over verantwoordelijkheden, onderbezetting en het werken met invalkrachten werden ook benoemd, naast de moeite met veranderingen binnen het team.

Interactie tussen professionals – Over het algemeen wordt er in de praktijk weinig over richtlijnen gesproken, en is het vaak een moeizaam proces om collega's te overtuigen. Daarnaast werd de samenwerking met de artsen genoemd als belemmerende factor.

Middelen en incentives – Aangegeven werd dat er weinig tijd, geld en middelen zijn voor scholing en begeleiding, en dat richtlijnen niet makkelijk te vinden zijn. Ook werd aangegeven dat er in de praktijk niet altijd materialen aanwezig zijn voor de uitvoering zoals aanbevolen in de richtlijn.

Politiek-economische factoren – als belemmerende factor werd genoemd dat steeds meer wordt bekeken vanuit economisch oogpunt, en dat deze indirecte tijd niet declareerbaar is bij verzekeringen.

Op de vraag ‘Wat zou u het meest helpen om (meer) volgens de landelijke richtlijnen te werken?’ konden respondenten maximaal 3 factoren aankruisen die hen zouden helpen (Bijlage 1.2). Een zevental mogelijkheden werden meer dan twintig keer aangegeven; een app op mijn mobiele telefoon of tablet (36), tijd om me te verdiepen in het gebruik van actuele landelijke richtlijnen (36) Scholing (35), hulp bij het vertalen van de landelijke richtlijnen naar de dagelijkse praktijk (24), een lagere werkdruk (24), een informatiesysteem binnen mijn organisatie waar actuele richtlijnen te vinden zijn (22), een implementatieplan om landelijke richtlijnen gestructureerd in te voeren binnen mijn organisatie (20).

Verder gaven mensen aan op de hoogte te blijven van landelijke richtlijnen door vakbladen (n=45), symposia en congressen (n=42), landelijke of lokale nieuwsbrieven (n=27), e-learnings (n=27), websites (n=24), via de eigen organisatie (n=24), sociale media (n=15), en apps (n=8).

1.3.2 Resultaten Focusgroepen

Er zijn twee focusgroepen met verpleegkundigen en verzorgenden georganiseerd en uitgevoerd in januari 2019 met een tussentijdse periode van twee weken. De focusgroepen zijn geleid door een onafhankelijke moderater (AH), geassisteerd door een notulist (CR) en observator (MH). Bij de eerste focusgroep waren er 4 deelnemers, allen verpleegkundigen uit het academisch ziekenhuis: een teamleider, een verpleegkundig expert, een verpleegkundige werkzaam op de afdeling traumatologie en een gespecialiseerde verpleegkundige van de endoscopie afdeling. De tweede focusgroep bestond uit 6 deelnemers: zij werkten in de thuiszorg, langdurige zorg en verstandelijk gehandicaptenzorg. De audio opnames van de focusgroepen zijn uitgeschreven en getranscribeerd, en geanalyseerd met Atlas ti door een onderzoeker (CR) en gecontroleerd door een tweede onderzoeker (MH). De resultaten van de focusgroepen op basis van de coderingen zijn schematisch, en per domein van Flottorp (2013) weergegeven in bijlage 1.3. Per domein wordt hieronder beschreven wat de belangrijkste bevindingen zijn op basis van de focusgroepen met verpleegkundigen en verzorgenden.

1.3.2.1 Richtlijn factoren

Deelnemers van de focusgroepen gaven aan dat te veel tekst wordt gezien als een belemmering in het gebruik van richtlijnen in de praktijk. In de werksituatie is er geen of weinig tijd om richtlijnen te bestuderen.

‘Ik denk gewoon sowieso, ongeacht welke richtlijn het is, moet het toepasbaar zijn. En dat merk je soms...En dat hadden we natuurlijk net ook over, over als je een samenvatting of wat dan ook...Als die toepasbaar is, dan wordt ook veel meer gebruikt. Is het een richtlijn wat bestaat uit, weet ik hoeveel pagina's, ja, dat is niet toepasbaar ’

Daarnaast is de context en de setting waarin de richtlijn gebruikt wordt bepalend voor het toepassen. Infectiepreventie bijvoorbeeld is in een ziekenhuissetting anders dan in een

thuiszorgsetting omdat de hygiëne maatregelen anders worden toegepast en omstandigheden anders zijn, denk hierbij aan ziekenhuisbacteriën of de beschikbaarheid van materialen.

‘Maar dat is ook dat bepaalde richtlijnen bij wijze van in de wijk veel moet afwijken dan als je hem in het ziekenhuis in zou zetten. Dat is gewoon ja...Los van de cliënt hoe die erin staat, maar soms dan is het gewoon niet toepasbaar in de wijk. Dat maakt het soms ook weer lastig en ik denk ook dat het daardoor ook lastig is dat je richtlijn ook voor alle settings ook altijd inzetbaar zijn.’

‘En bij ons op de afdeling hebben we toen uiteindelijk besloten om niet helemaal volgens de richtlijn te werken. ...De richtlijn is denk ik heel mooi en goed geschreven hoor, alleen hij is wel zo breed dat ie zowel voor de thuiszorg geldt tot en met het ziekenhuis op de IC. ... toen kwamen wij er ook wel achter van ja, voor de gemiddelde patiënt is deze richtlijn inderdaad prima en denk ik ook heel goed toepasbaar, ...Er zijn keuzes gemaakt in zo’n richtlijn, .. waarvan wij niet op alle vlakken het ermee eens zijn. Dus we hebben als afdeling bewust er eigenlijk voor gekozen om af te wijken van de richtlijn.’

Soms werd heel bewust gekeken naar de evidence achter de aanbevelingen, en werd op basis daarvan besloten om de aanbeveling niet in zijn geheel over te nemen.

‘Bij alle richtlijnen of bij alle aanbevelingen die in die richtlijn staan, daar staat ook bij van dat komt op basis van de wetenschappelijk bewijs wat zeg maar is samengevat in tabellen in de bijlage, die was

eigenlijk specifiek voor de patiënten op de IC. En er kwam eigenlijk uit dat die 50/50 betrouwbaar was’

Ook werd aangegeven dat het bij nieuwe richtlijnen vaak onduidelijk is wat er veranderd is ten opzichte van de vorige versie. Het zou helpen om snel te kunnen zien wat de wijzigingen zijn ten opzichte van de eerdere richtlijn.

‘dan moet of iemand hem toevallig bij Q-portaal zien bij hé, er is een aanpassing gemaakt in deze documenten. Maar nogmaals ik weet dat daar...Vorige week was er een aanpassing bij de MRSA, maar ik ga ook niet dat hele document doorbladeren om te kijken waar nou eigenlijk die aanpassing zit.’

1.3.2.2 Individuele factoren professional

Verpleegkundigen gaven aan dat zij denken dat opleidingsniveau verschil maakt in het naleven van protocollen en richtlijnen.

‘Maar ik merk ook qua niveau zie je wel verschil dat...Je ziet toch vaker dat een verpleegkundige...En dan zeg ik even over mijn sector, want ik kan niet over intramuraal spreken, maar in de wijkverpleging zie je vaak de wijkverpleegkundigen en de verpleegkundigen in de wijk, die zijn er nog wel weer mee bezig. Die zijn vaak ook ingeschreven bij het kwaliteitsregister en die worden ook gevoed door de V&VN. En die zie je dat die daar veel meer mee bezig zijn en ik zie bijvoorbeeld mijn collega’s 3IG die zijn er wat minder mee bezig.’

Veel handelingen vinden plaats op basis van ervaring en gewoonte, een professionele attitude is nodig om met richtlijnen te werken, het gaat hierbij om een proactieve houding in het opzoeken van richtlijnen en protocollen, jezelf up-to-date houden en jezelf kwetsbaar durven opstellen.

'Eigenlijk heb je gewoon als zorgprofessional altijd ook wel daar een verantwoordelijkheid om daar zelf ook in te blijven verdiepen.'

'Ja, het (de verantwoordelijkheid) kan nooit bij één persoon liggen. Want anders ga je weer krijgen dat mensen dan ook weer een soort achterover gaan leunen. Want ja het is toch niet mijn probleem. Het is toch niet mijn verantwoording. Maar zo werkt het ook niet. Je moet het met zijn allen doen.'

1.3.2.3 Patiëntfactoren

Verpleegkundigen gaven aan dat gedrag of kenmerken van de patiënt belemmerend kunnen werken om de zorg volgens de richtlijn uit te kunnen voeren, doordat een patiënt gewend is aan een bepaalde behandeling, of door bijvoorbeeld cognitieve beperkingen. Goede voorlichting werd genoemd als bevorderende factor.

'Uitgangspunt is altijd de cliënt. Als de cliënt iets niet wil, kan je mooie protocollen of richtlijnen hebben, maar dan gebeurt het niet. Ze hebben zeggenschap daarin.'

'En je ziet nog wel eens cliënten die dan al heel lang in de zorg zitten en soms echt jaren. Die hebben soms een bepaald stramien zo van, zo wordt iets gedaan en als het dan afwijkt dan hebben ze zoiets van ja maar, al die jaren is het toch ook goed gegaan, waarom moet het nou ineens anders? ... Als je weet waarom het is veranderd..'

1.3.2.4 Interactie tussen professionals

Verpleegkundigen uit de wijk gaven aan dat werken in zelfsturende teams uitdaagt om zelf de verantwoordelijkheid te nemen voor kwaliteitszorg, echter heeft het gebruik van richtlijnen niet altijd prioriteit. Scholingsbudgetten worden afgestemd op de vraag vanuit het team, bijvoorbeeld wanneer een patiënt na ziekenhuisopname weer naar huis gaat met een blaaskatheter, dan kan het team aangeven dat er bijscholing nodig is. Anderzijds wordt soms een leidinggevende gemist voor signalering van problemen rondom het werken met richtlijnen. Betrokkenheid van collega's bij de ontwikkeling van ene richtlijn stimuleert om met richtlijnen te werken.

'Zeker als zelfsturend team. Omdat dat ook niet meer gesignaleerd wordt door een teamcoach of een manager, of hoe je het wilt noemen (...) Je kunt elkaar niet op de...Ja, je kunt elkaar wel op de vingers tikken, maar niet op een manier zoals een leidinggevende dat kan doen. Je bent directe collega's, dus je moet ook in het vervolg wel weer met elkaar door een deur. (...).'

Ook werd de cultuur binnen de afdeling of het team benoemd. Als er een open teamklimaat heerst dan is het makkelijker om zaken bespreekbaar te maken. De tijdsdruk in de zorg wordt daarbij gezien als een beïnvloedende factor.

'Het heeft ook met werkklimaat te maken van, durf je je kwetsbaar op te stellen en toe te geven dat je het gewoon nog niet helemaal weet en dat je het graag een keer zou willen oefenen. En is dan jouw collega ook bereid om daar...Want het is gewoon echt stervensdruk. Is je collega dan ook bereid om daar dan tijd in te steken?'

1.3.2.5 Capaciteit voor organisatorische veranderingen

Het blijkt lastig om werken met richtlijnen goed te organiseren, een belangrijke organisatorische factor is tijd en geld voor scholing en de rol van de leidinggevende hierin. Personen verantwoordelijk maken voor het werken met richtlijnen, bijvoorbeeld een documentbeheerder of een kwaliteitsfunctionaris wordt genoemd als bevorderend. Anderzijds wordt ook genoemd dat het team zelf de verantwoordelijkheid moeten krijgen of nemen om ervoor te zorgen dat lokale protocollen up to date zijn.

'Ja, kosten is een hele grote natuurlijk. Want het is allemaal bezuinigingen dus er is...Er kan bijna niks. Dus dat is ook wel iets om mee rekening te houden van, er moet niet één of andere dure scholing voor of iets, dure implementatie of...Dat kan gewoon niet. En dan tijd, ook zo'n belangrijke. Van, de ruimte creëren om binnen je werktijd, ja, je te kunnen gaan verdiepen in richtlijnen en zo. Dus daar hebben we mankracht voor nodig.'

'Ik zou het niet bij de leidinggevende laten, ik zou het hoger doen.'

'Bij het bestuur, die maakt ook de planningen en die geeft ook de budget aan de manager. Daar moeten ze het nut van zien.'

1.3.2.6 Middelen en incentives

Belangrijk is het kort en overzichtelijk weergeven van de aanbevelingen van de richtlijn in praktijkkaarten, en het ontwikkelen en gebruiken van praktische hulpmiddelen voor de uitvoering zoals een app of een checklist die je kunt afvinken.

'ik denk dat het de eerste stap zou moeten zijn om gewoon de simpelste materialen als een checklistje of zo'n mooie één pagina samenvatting, om die ook gewoon beschikbaar te stellen ergens op internet. Dat iemand het gewoon kan downloaden. Het liefst dan wat mij betreft in een Word format, zodat je ook het onderzoekslogo eraf kan halen en gewoon jouw ziekenhuislogo erop kan plakken, zodat het ook van jezelf voelt.'

'Stel je hebt een app waar protocollen in staan of richtlijnen of je kan die factsheets downloaden en iedereen zou zo'n telefoon hebben, dan ga je dingen opzoeken, omdat het ook makkelijk te verkrijgen is'

Verpleegkundigen gaven aan dat het gebruik van beelden, animaties en filmpjes helpen om snel zicht te krijgen op aanbevelingen van een richtlijn. Filmpjes verouderen echter snel en budgetten zijn vaak ontoereikend om ze te maken en te onderhouden. De suggestie werd gedaan voor een landelijke database met filmpjes ter ondersteuning van lokale protocollen.

'het kan inderdaad van alles zijn. Filmpjes tot geïntegreerde E-learning tot apart, tot bij wijze van een maand lang het skills lab iedere middag beschikbaar stellen om gelijk af te toetsen mijn nieuwe richtlijn. Weet je, je kan daar...Voor heel veel tools inzetten denk ik. Maar ik denk dat dat wel de eerste zijn die bij mij opkomen. De online leeromgeving dat werkt bij ons...Ja, ik spreek even voor mijn eigen afdeling werkt het echt wel heel goed en krijgen we ook één scholing dag om al die E-learnings en al die documenten in te scannen, dus dat hebben ze ook goed geregeld.'

Het gebruik van e-learnings werd positief gewaardeerd mits de inhoud aansluit op de lokale protocollen en aanvullend vaardigheden worden getraind, in de praktijk of een skillslab. Ook wordt aangegeven dat dit niet vrijblijvend zou moeten zijn.

'En ja, ik breng natuurlijk niet dagelijks sondes in en daarom is het fijn dat er af en toe ook scholing is op het werk. Dus eens in de zoveel tijd worden voorbehouden handelingen toch even getest met elkaar en dan krijg je de richtlijn ook weer echt als zodanig onder ogen. Dan ben je ermee bezig.'

'En dit soort dingen als bijvoorbeeld een structureel handelingen toetsen of zo of bijvoorbeeld nieuwe kennis, dat je dat moet lezen en dat je misschien daarna ook een toetsje over moet maken. Ik kan me voorstellen dat dat wel helpt ook. En dat het dan ook wat makkelijker ook te checken is van hé, is het ook daadwerkelijk bekend bij mensen?.'

Andere suggesties om het gebruik van richtlijnen en up to date protocollen te bevorderen zijn het inrichten van een kwaliteitssysteem met pushberichten wanneer een richtlijn of lokaal protocol is aangepast, en een landelijke database met protocollen, zodat makkelijk een vertaling naar een lokaal protocol gemaakt kan worden.

'..als er eenmaal de richtlijn er is en er besluit iemand een Q-portaal document te veranderen, dat er dan inderdaad bij de juiste mensen toch op een manier een seintje komt.'

'.. topklinische ziekenhuizen, die hebben nu besloten om gezamenlijk protocollen te maken. Dat zijn acht ziekenhuizen die gewoon met elkaar samenwerken.'

Ook aanvullende scholing en aandacht op verpleegkundige symposia werden gezien als zinvol.

'En dat vind ik altijd wel, als je naar zo'n congres gaat of zo dan kom je vaak helemaal enthousiast terug van nou we gaan er weer voor...'

Sociale media en teamsites om informatie te delen werden niet veel gebruikt. De focusgroep deelnemers zien hier echter wel potentie in, bijvoorbeeld een internetpagina met de mogelijkheid om informatie, ervaringen en vragen uit te wisselen omtrent het gebruik van richtlijnen in de praktijk.

1.3.2.7 Politiek-economische factoren

Deelnemers gaven aan dat het belangrijk is dat er landelijk regie wordt gevoerd over de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen, en dat er in de opleidingen meer aandacht besteed kan worden aan het gebruik van richtlijnen in de praktijk.

'Ik denk dat het bij...Dat het met name voor landelijke richtlijnontwikkeling ook wel belangrijk is, dat er regie wordt gevoerd. Over welke richtlijnen moeten het dan zijn en zouden moeten komen...Want er worden nu best het één en ander worden ontwikkeld, maar ik heb het idee dat er ook een hele hoop dingen zijn die eigenlijk gewoon er niet zijn en waar dan niet per se een subsidie voor ligt. Terwijl daar misschien wel behoefte aan zou kunnen zijn. En juist als vakvereniging dan de regie pakt, dan denk ik dat je wel ook echt kunt zeggen van, dit missen wij in

de praktijk. En daar willen wij een richtlijn voor hebben. Dus hoe je het regelt doe het maar, maar hier willen wij een richtlijn voor hebben.'

'Nou ja, ik denk ook opleidingen lopen gewoon enorm achter. Dat is echt een groot probleem. Je komt in de praktijk en je leert van alles weer nieuw. Dat je denkt oh, oké.'

1.3.2.8 Overig

Richtlijnen of protocollen worden minder vaak geraadpleegd wanneer handelingen vaker plaatsvinden. Hierdoor kan het voorkomen dat veranderingen in richtlijnen of protocollen minder snel gesignaleerd worden. De begrippen richtlijnen, protocollen, werkinstructies en kwaliteitsstandaarden worden nogal eens door elkaar gebruikt, het voor verpleegkundigen en verzorgenden vaak niet duidelijk hoe de verschillende begrippen zich tot elkaar verhouden.

1.3.3 Resultaten Vragenlijst & Interview - beoordeling aanbevelingen

Voor de beoordeling van de helderheid en bruikbaarheid van aanbevelingen zijn een selectie van aanbevelingen van vier richtlijnen schriftelijk voorgelegd aan verpleegkundigen en verzorgenden. Deze schriftelijke beoordeling werd gevolgd door een kort telefonisch interview waarin antwoorden konden worden toegelicht. In tabel 1.1 (pag. 6) zijn de kenmerken van de deelnemers weergegeven. Tweeëntwintig personen uit verschillende settings zijn betrokken geweest, met een gemiddelde leeftijd van 43 jaar. Het merendeel was vrouw. Negentien van de tweeëntwintig respondenten was

werkzaam als (wijk) verpleegkundige, er waren vier verpleegkundig specialisten, een verzorgende en een wetenschappelijk verpleegkundige. Twaalf respondenten werken in een academisch ziekenhuis, vijf in de wijk, twee in de ouderenzorg, twee in de GGZ en een in de verstandelijke gehandicapten zorg (VGZ). Gemiddeld werkten zij 27 uur per week.

1.3.3.1 Resultaten beoordeling aanbevelingen- gestructureerde vragenlijst

Aanbevelingen uit vier voorgelegde richtlijnen werden door in totaal 22 respondenten beoordeeld op helderheid en bruikbaarheid. Tabel 1-2 geeft de scores weer waarmee de helderheid en de bruikbaarheid van een selectie van aanbevelingen per richtlijn is beoordeeld op een schaal van 1-10. Gemiddeld kregen de items een score van 7.5 op helderheid en een 8.6 op bruikbaarheid. Bij 24 items werd door één of meerdere personen een score ≤5 gegeven.

Tabel 2 Resultaten helderheid en bruikbaarheid aanbevelingen per richtlijn (0-10)

	Decubitus (n=7)	Neus-maagsonde (n=8)	Verpleegkundige Verslaglegging (n=5)	Depressie (n=2)
	Gemiddeld (sd; range)	Gemiddeld (sd; range)	Gemiddeld (sd; range)	Gemiddeld (sd; range)
1.2 Helderheid	8.4 (1.3; 6-10)	8.3 (1.6; 6-10)	7.6 (0.9; 6-8)	8.5 (0.7; 8-9)
1.3 Bruikbaarheid	7.7 (1.6; 5-10)*	7.9 (1.5; 6-10)	6.6 (1.9; 4-8)	8.0 (0.0; 8)
2.2 Helderheid	7.4 (2.6; 3-10)*	7.9 (1.6; 6-10)	6.8 (1.6; 4-8)*	8.5 (0.7; 8-9)
2.3 Bruikbaarheid	7.4 (2.6; 3-10)*	7.6 (1.4; 6-10)	6.8 (1.6; 4-9)*	7.5 (2.1; 6-9)
3.2 Helderheid	8.9 (1.2; 7-10)	8.6 (1.1; 7-10)	7.0 (2.3; 3-9)*	9.5 (0.7; 9-10)
3.3 Bruikbaarheid	7.1 (2.4; 3-10)*	7.5 (1.2; 6-10)	7.6 (1.1; 6-9)	9.5 (0.7; 9-10)
4.2 Helderheid	8.6 (1.8; 5-10)*	8.5 (1.3; 7-10)	7.4 (2.3; 4-10)*	8.5 (0.7; 8-9)
4.3 Bruikbaarheid	8.3 (2.5; 3-10)*	8.0 (1.5; 6-10)	6.6 (2.8; 4-10)*	8.5 (0.7; 8-9)
5.2 Helderheid	7.6 (2.4; 3-10)*	7.6 (1.8; 6-10)	7.8 (0.8; 7-9)	8.5 (0.7; 8-9)
5.3 Bruikbaarheid	7.1 (2.4; 3-10)*	7.0 (1.6; 5-10)*	7.2 (1.3; 5-8)*	8.0 (0.0; 8)
6.2 Helderheid	8.1 (1.8; 5-10)	7.8 (2.2; 4-10)*	9.2 (1.3; 7-10)	8.5 (0.7; 8-9)
6.3 Bruikbaarheid	8.1 (2.0; 4-10)*	6.1 (3.5; 1-10)*	9.4 (0.9; 8-10)	8.5 (0.7; 8-9)
7.2 Helderheid	7.4 (2.2; 4-10)*	8.1 (2.1; 4-10)*	8.4 (0.9; 7-9)	8.5 (0.7; 8-9)
7.3 Bruikbaarheid	7.0 (2.4; 4-10)*	8.1 (1.6; 5-10)*	8.6 (0.5; 8-9)	8.5 (0.7; 8-9)
8.2 Helderheid	7.6 (2.9; 2-10)*		8.8 (1.3; 7-10)	
8.3 Bruikbaarheid	6.4 (2.8; 1-10)*		9.0 (1.0; 8-10)	
Totaal Helder	8.0 (1.7; 5-10)	8.1(1.5;6-10)	7.9(0.82;7-9)	8.6 (0.5; 8-9)
Totaal bruikbaar	7.6 (1.7;4-9)	7.5 (1.5;6-10)	7.7 (0.6; 7-9)	8.4 (0.1; 8-8)
#items met ≤5	13	5	6	0

Bij de richtlijn Decubitus (8 items; 7 personen) werd bij 5 items een score ≤5 gegeven op helderheid, en bij 7 items een score van ≤5 op bruikbaarheid. Bij de richtlijn Neus-maagsonde (7 items; 8 personen) werd er 2 maal ≤5 gescoord op helderheid en 3 maal ≤5 op bruikbaarheid. Bij de richtlijn Verpleegkundige verslaglegging (8 items; 5 personen) werd er 3 maal ≤5 gescoord op helderheid en op bruikbaarheid. Bij de richtlijn Depressie (8 items; 2 personen) zijn er geen ≤5 scores op helderheid of bruikbaarheid.

In bijlage 1.4 wordt een schematisch overzicht gegeven van de redenen om een onvoldoende te geven. Er is gekeken naar de opmerkingen die de respondenten noemden bij de items die onvoldoende scoorden. Over de aanbevelingen uit de richtlijn Decubitus werden een aantal punten genoemd waarbij over het algemeen geconcludeerd kan worden dat de aanbevelingen concreter geformuleerd kunnen worden. Maar ook dat de setting waarin de preventie van decubitus bepalend is voor bijvoorbeeld de frequentie van evaluatiemomenten. Dan kan er gedacht worden aan het verschil tussen een IC en een thuiszorg situatie.

Voor de richtlijn Neus-Maagsonde: de aanbevelingen worden soms te lang en onoverzichtelijk bevonden. Als idee werd genoemd om de lay-out aan te passen of een flowchart toe te voegen. Er werd ook een idee geopperd om een redacteur mee te laten kijken bij de ontwikkeling van de richtlijn zodat diegene de richtlijn taalkundig kan verbeteren. Daarnaast werd er een opmerking geplaatst over de aanbeveling 'voorkomen en oplossen van verstopping van de NMS'. Daarin staat dat er 4-6 dgs doorgespoten moet worden. Daarbij werd opgemerkt dat dit niet haalbaar is bij patiënten die via de thuiszorg geholpen worden.

Bij de aanbevelingen uit conceptrichtlijn Verslaglegging werden opmerkingen geplaatst over onduidelijkheden t.a.v. de fasen van het zorgproces; welke zijn dit en wanneer er niet volgens een verpleegkundig werkproces gewerkt wordt dan is deze aanbeveling moeilijk toepasbaar. Over de aanbeveling over het gebruik van de e-overdracht werd opgemerkt dat er weinig uniformiteit is als er een overdracht moet plaatsvinden naar de verschillende setting. Ook werd er genoemd dat

overdrachten niet te lang mogen zijn en geen dubbele informatie mogen bevatten. Aan de aanbevelingen uit de richtlijn depressie werden geen scores ≥ 5 gegeven door de twee personen die deze beoordeelden.

1.3.3.2 Resultaten interviews- beoordeling aanbevelingen

Doel van de interviews was het geven van een toelichting op de antwoorden die gegeven zijn in de gestructureerde vragenlijst waarin aanbevelingen van richtlijnen werden beoordeeld op helderheid en toepasbaarheid. Alle respondenten hebben de ingevulde vragenlijst mondeling toegelicht, deze gesprekken zijn opgenomen en uitgeschreven. De resultaten van deze interviews worden hier beschreven en zijn ook schematisch weergegeven in bijlage 5. De uitkomsten zijn gerangschikt op basis van de zeven domeinen van Flottorp et al. (2013).

Richtlijn - De respondenten gaven aan dat er vaak gebruik wordt gemaakt van te veel tekst en dat aanbevelingen vaak niet toepasbaar zijn in alle settings. Het helpt om gebruik te maken van afbeeldingen, flowcharts en samenvattingen om complexe materie overzichtelijk neer te zetten. Je moet in een oogopslag kunnen zien wat de inhoud van de richtlijn is en wat er veranderd is ten opzichte van een vorige versie.

Individueel - Houding en gedrag van professionals spelen een rol in het toepassen van de richtlijn. Respondenten gaven aan dat sommige punten niet beschreven zouden hoeven worden omdat het hoort bij professioneel gedrag zoals het geruststellen van een patiënt bij de richtlijn Neus-Maagsonde.

Patiënt - De respondenten waren het erover eens dat de patiënt betrekken belangrijk is. Dit onderwerp kwam bij alle vier van de onderzochte richtlijnen voor. Het is echter niet altijd duidelijk hoe de patiënt betrokken kan worden. Bij de richtlijn Verslaglegging wordt opgemerkt dat het logistiek niet altijd mogelijk is om gezamenlijk een rapportage te maken, of bij wissellegging (richtlijn Decubitus) bij patiënten die ernstig ziek zijn, hoe kun je dan patiënten en familie het beste betrekken?

Intercollegiaal – Suggesties werden gedaan voor het op een juiste wijze navolgen van de richtlijn; tijd vrij maken om met collega's bijvoorbeeld het protocol van de neus-maagsonde te bestuderen en te oefenen. Het gesprek aangaan met je collega's over het gebruik van protocollen, en niet alleen de checklisten invullen die aangeraden worden maar ook verder blijven kijken en nadenken.

Ook werd genoemd de interactie met artsen, de implementatie van de decubitus richtlijn bij andere disciplines is soms matig, artsen weten bijvoorbeeld vaak niet hoe veelomvattend decubituspreventie is.

Capaciteit voor organisatorische veranderingen – Een van de respondenten gaf aan dat het als belemmerend wordt ervaren wanneer de verantwoordelijkheid om met protocollen te werken bij het team zelf ligt. In het algemeen werd benoemd dat de randvoorwaarden goed moeten zijn, en dat samenwerken en zichtbaarheid van je handelingen bevorderend werken. Tijd werd genoemd als een voorwaarde om zorg goed te kunnen verlenen, zoals voor het geven van wissellegging.

Bevorderend zou zijn iemand uit het hogere management die ook over de middelen beschikt verantwoordelijk te maken. Ook moet een methodiek gekozen worden waar de hele organisatie zich

aan houdt, en wat opgenomen wordt in het kwaliteitssysteem. Accreditatie kan hierbij een stimulerende rol spelen, zoals bijvoorbeeld een JCI. Maak iemand verantwoordelijk voor de richtlijn, zoals een verpleegkundig specialist.

Middelen en tools – Met name voor de richtlijn verpleegkundige verslaglegging werd een suggestie gedaan binnen dit domein. Een instelling breed format waarmee (verpleegkundige) overdrachten gestandaardiseerd worden, en randvoorwaarden om middelen beschikbaar te stellen om een systeem voor verslaglegging op te zetten.

1.3.4 Resultaten Patiënt interview

Er is één patiënt geïnterviewd over de richtlijn Decubitus. Via de verpleegkundigen en verzorgenden die zijn geïnterviewd werd geprobeerd om geschikte patiënten te benaderen. Dit bleek niet eenvoudig omdat de patiëntencategorie te zwaar was voor dit onderdeel, denk aan IC patiënten in het geval van decubitus en psychiatrische patiënten in het geval van depressie, of omdat er binnen de organisaties een langdurige procedure was om patiënten te mogen benaderen.

De respondent herkende alle voorgelegde aanbevelingen uit de decubitus richtlijn in de praktijk en beoordeelde deze als helder geformuleerd. Aanvullend zijn een aantal punten genoemd;

- Huidverzorging: foto's toevoegen, zodat herkenbaar is waar de cliënt/patiënt op zou moeten letten, en welke plekken aandacht behoeven: daar waar het bot dicht op de huid zit.
- Praktische tips, zoals het gebruik van een spiegeltje voor het controleren van lastige plekken.
- Leefstijlaspecten opnemen in de samenvattingskaart; roken is slecht voor wondgenezing, en een gezonde leefstijl belangrijk.
- Houdingsverandering: controleer onregelmatigheden op het matras of de plek waar je zit. Voelen of alles nog recht zit en dat er niet per ongeluk een steentje oid ligt. Hele praktische ervaringen zoals schoenen die knellen en drukplekken veroorzaken, en het niet gebruiken van kleding met knoopjes, zouden opgenomen moeten worden.
- Wat is de aanbeveling betreffende het opdrukken; Vroeger zeiden ze dat je jezelf af en toe moet opdrukken, maar tegen mij werd indertijd in de kliniek gezegd dat het helemaal niet zo veel zin heeft, je huid ontlasten heeft pas zin als je dat een tijdje doet, bij opdrukken gebeurt dat niet en heb je een risico dat kleding dubbel gaat zitten, daar zijn de meningen over verdeeld.
- Algemeen: met enige regelmaat (jaarlijks), een multidisciplinaire afspraak om te zien of het goed gaat.

1.4 Discussie en Conclusie

Dit rapport geeft een overzicht van de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren voor het gebruik van richtlijnen door verpleegkundigen en verzorgenden. Per domein (Flottorp et al. 2013) worden hier de bevindingen weergegeven die zijn verkregen via de vier gebruikte methoden binnen dit deelproject.

Richtlijn factoren – Richtlijnen moeten helder en duidelijk zijn, voor gebruik in de praktijk moet in één oogopslag helder zijn wat wordt aanbevolen. Hiervoor zijn flowcharts, afbeeldingen en animaties helpend. Ook moet direct duidelijk zijn wat veranderingen zijn ten opzichte van een eerdere versie. De tekst moet goed leesbaar zijn, een prettige en effectieve lay-out helpen hierbij.

Naast de helderheid en leesbaarheid werd als belangrijke belemmerende factor genoemd dat richtlijnen niet direct toepasbaar zijn in de verschillende settings.

Individuele factoren – Met name de deelnemers aan de focusgroep en de respondenten van de aanbevelingen vragenlijst zijn kritisch op de rol die je als individuele zorgprofessional zou moeten aannemen. Hierbij worden verschillende voorbeelden genoemd die bijdragen aan professioneel gedrag, zoals het geven van feedback, een stapje extra willen zetten, en het hebben van een proactieve houding in de ontwikkeling van de zorg zoals voor de inrichting en gebruik van een digitaal kwaliteitssysteem.

Onduidelijkheid over verschillen in opleidingsniveau en de bijbehorende verantwoordelijkheden werd gezien als een belemmerende factor. Uiteindelijk moet iedereen volgens de richtlijnen werken of daar beredeneerd van afwijken.

Patiëntfactoren – Het is niet altijd duidelijk hoe een patiënt/cliënt het beste betrokken kan worden in het navolgen van de richtlijn, respondenten vinden dit wel belangrijk. Patiënten/cliënten hebben vaak voorkeuren op basis van eigen ervaringen. Dit werkt belemmerend als nieuwe richtlijnen iets anders voorschrijven.

Intercollegiale factoren – De eigen verantwoordelijkheid van verpleegkundigen en verzorgenden werd in de verschillende onderdelen benoemd, en vanuit verschillende perspectieven belicht. Enerzijds werd aangegeven dat verpleegkundigen hun verantwoordelijkheid moeten nemen in het gebruik van de meest actuele richtlijnen, anderzijds werd aangegeven leidinggevendend hierop moeten sturen. Het samenwerken in een team werd als belangrijk genoemd, waarbij het werken met richtlijnen en protocollen bespreekbaar gemaakt moet worden, maar ook tijd vrij gemaakt moet worden om met collega's mee te kijken en te oefenen. Een open cultuur waarin verpleegkundigen en verzorgenden durven aan te geven wanneer ze iets niet weten of begrijpen, is een belangrijke voorwaarde.

Capaciteit voor organisatorische verandering – Binnen organisaties moet tijd en budget vrijgemaakt worden om op richtlijnen gebaseerde protocollen te beoordelen en te verspreiden, voor scholing en training. Binnen verschillende settings en organisaties vraagt dit om een specifieke inrichting, in de thuiszorg wordt veel individueler gewerkt dan in een zieken- of verpleeghuisomgeving.

Het verantwoordelijk maken van personen voorspecifieke richtlijnen en protocollen wordt als positief beoordeeld, dat kan op verschillende niveaus: documentbeheerder, kwaliteitsfunctionaris, of bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist met een bepaald aandachtsgebied. Zo iemand zou dicht op de werkvloer moeten staan.

Middelen en tools - Verschillende ideeën zijn genoemd die implementatie van richtlijnen bevorderen. Suggesties waren het koppelen van richtlijnen aan kwaliteitssystemen, waarbij uitkomstmaten inzichtelijk worden gemaakt, maar ook de mate waarin een richtlijn wordt opgevolgd. E-learnings zijn nuttig en zinvol, voorwaarden hierbij zijn directe toepasbaarheid in de

praktijk, een identieke inhoud met die van de protocollen en een aanvullende vaardigheidstraining en toetsing in de praktijk. E-learnings zouden naast verplicht ook vrij toegankelijk moeten zijn. Een databank met protocollen, of een online platform om ideeën, ervaringen en voorbeelden van lokale protocollen uit te wisselen zou helpen. Het delen van de meest actuele informatie voorkomt dat instellingen en dus verpleegkundigen de zorg baseren op verschillende bronnen.

Een kanttekening bij de digitale vragenlijst is de lage respons de verpleegkundigen en verzorgenden die zijn benaderd via de beroepsorganisatie V&VN. Ondanks een zorgvuldige voorbereiding en het sturen van reminders is het resultaat beperkt. Bij het versturen is geen gebruik gemaakt van persoonlijke links vanwege logistieke redenen, dit zou mogelijk effectiever zijn geweest in het verhogen van de respons. Voor de toekomst is het zinvol om te kijken naar hoe de respons V&VN leden op dit soort vragen verhoogd kan worden, extra aandacht hierin is nodig voor het betrekken van verzorgenden. Ondanks de lage respons op de digitale vragenlijst heeft het onderzoek in WP1 veel waardevolle informatie opgeleverd. Met name door gebruik te maken van verschillende methoden zowel kwantitatief als kwalitatief hebben we een compleet beeld kunnen krijgen van de belemmerende en bevorderende factoren vanuit het perspectief van verpleegkundigen en verzorgenden.

Een andere kanttekening is de beperkte betrokkenheid van cliënten en patiënten om meer recht te doen aan dit perspectief. Beoogd werd om patiënten en cliënten te betrekken gerelateerd aan de richtlijn decubitus en de richtlijn depressie. Geschikte cliënten bleken echter niet goed bereikbaar via de verpleegkundigen en verzorgenden betrokken bij het onderzoek. Belangrijke input is

verkregen via een betrokken patiënt waarbij met name werd aangegeven dat meer praktische informatie nodig is, met input van ervaringen van patiënten en cliënten. Ervaringsdeskundigheid kan beter gedeeld worden, gekoppeld aan de betreffende richtlijnen. Nagedacht zou moeten worden over hoe dit verder vorm te geven. Patiënten en cliënten kunnen en moeten intensiever betrokken worden bij de ontwikkeling van richtlijnen, om praktische inbreng toe te voegen en aanbevelingen te toetsen bij patiënt experts.

1.4.1 Bevorderende factoren kort samengevat

Begin bij de richtlijn zelf: maak naast een uitgebreide richtlijn een samenvattingskaart of praktijkkaart waarbij er in één oogopslag gezien kan worden op welke manier een handeling uitgevoerd dient te worden. Zorg ervoor dat de informatie aansluit op de setting en indien dit niet mogelijk is en er een vertaling gemaakt moet worden: open een landelijke database waarbij er met formats gewerkt wordt, zodat er makkelijk een vertaling naar de dagelijkse praktijk gemaakt kan worden. Gebruik ter verduidelijking afbeeldingen of animaties die toegevoegd kunnen worden. Houd rekening met voorgaande versies: maak duidelijk wat de veranderingen zijn ten opzichte van de vorige versie. Maak in je organisatie iemand verantwoordelijk voor implementatie van richtlijnen. Uit de vier onderdelen van dit onderzoek worden verschillende functies benoemd, waarbij het belangrijk lijkt dat er iemand verantwoordelijk is, en niet zo zeer wie dat is: dit loopt uiteen van kwaliteitsfunctionaris, teamleider tot het team zelf. Ook de rol van de individuele professional is aan bod gekomen in de vier onderdelen van dit onderzoek: een open en proactieve houding bevorderen het werken met landelijke richtlijnen en lokale protocollen. Er zijn binnen de verschillende onderdelen van dit onderzoek ook een aantal randvoorwaarden genoemd die binnen de organisatie een rol spelen: tijd, prioriteit, voldoende gekwalificeerd personeel, geld (voor scholing), e-learnings

die aansluiten op de lokale protocollen aangevuld met praktijkonderwijs. Niet declarabele tijd beschikbaar maken die besteed wordt aan het werken met richtlijnen.

Een rol is weggelegd voor landelijke organisaties zoals V&VN in het faciliteren van werken met landelijke richtlijnen, door bijvoorbeeld het ontwikkelen van formats die gebruikt kunnen worden bij de vertaling van landelijke richtlijnen naar lokale setting gebonden protocollen of een database met afbeeldingen, filmpjes of animaties die organisaties kunnen gebruiken.

Concluderend kunnen we zeggen dat veel informatie is opgehaald door gebruik te maken van verschillende kwantitatieve en kwalitatieve methoden, waarbij de zeven domeinen van het TICD-raamwerk de basis vormde voor het verkrijgen van een volledig en compleet beeld. De belemmerende en bevorderende factoren opgehaald in WP1 vormen de basis van waaruit in te zetten strategieën kunnen worden geïdentificeerd en toegepast.

1.5 Bijlagen

Bijlage 1.1 Digitale vragenlijst – Belemmerende factoren landelijke richtlijnen

Richtlijn factoren

- Aansluiten bij werkveld en patiëntengroep
- Als een richtlijn een ander uitgangspunt inneemt. Kosten vs preventie
- Komt niet overeen met de meeste protocollen
- Langdradig en onoverzichtelijk
- Lange termijn gevolgen niet altijd duidelijk
- Niet actueel, duurt jaren alvorens literatuur uitkomsten worden geïntegreerd
- Niet toepasbaar in mijn sector
- Als er goede evidence is die de richtlijn ontkracht of tegensprekt
- Er zijn te veel richtlijnen
- Te omslachtig
- Veel tekst zonder praktische tips of aanbevelingen
- Wetenschappelijke onderbouwing
- Zowel protocollen als richtlijnen (pak je dan protocol van de organisatie of de landelijke richtlijn)
- Als richtlijn indruist tegen de praktijkervaring (practice based)

Individuele factoren professional

- Als er echt iets radicaals verandert, dan is het vaak een verandering wat weerstand oproept omdat we iets altijd vlg bepaalde route hebben gedaan.
- Eerlijk gezegd verdiep ik me te weinig in deze. Bij handelingen die ik weinig uitvoer pak ik het protocol erbij om goed te kunnen handelen.
- Ik hou mij er niet echt mee bezig, ik geef zoveel mogelijk de zorg gericht op de bewoner en die is persoonlijk.
- Kennis van collega's, Jaren gewend zijn om iets op een bepaalde manier te doen.
- Collega's
- Er zelf achteraan moeten.
- Verder volg ik scholing om bevoegd en bekwaam te blijven.
- Interesse, men denk alles al te weten.
- Mijn collega's zijn niet op de hoogte.
- Niet goed op de hoogte zijn van veranderingen.
- ik maak te weinig tijd vrij om kritisch te lezen/bespreken met collega's.

Patiënt factoren

- Patiënt
- Persoonlijke omstandigheden bewoner.
- Problematiek van de patiënt past vaak niet precies in één hokje (bv bij complexe problematiek, co-morbiditeit). (nb ik werk in de GGZ)
- Soms zijn ze te star en is het moeilijk om aan de wens van de patiënt tegemoet te komen als je de richtlijnen strikt wil volgen.
- Complexe problematiek doelgroep die soms niet in richtlijn passen.
- Mondigheid van de patiënt.

Capaciteit voor organisatorische veranderingen

- Onduidelijke structuur hoe richtlijnen worden verweven in protocollen.
- Prioriteiten stellen.
- Door onderbezetting is er geen tijd voor ontwikkelingen.
- Te weinig kennis op de afdeling.
- Tijd om het om te zetten naar lokale werkprotocollen
- Tijd werkdruk te hoog.
- Draagvlak binnen het team voor het invoeren voor een nieuwe richtlijn.
- Eenduidigheid van taken personeel wie wat doet/mag/kan (van doktersass. / POH S POH GGZ)
- Moeite binnen team met veranderingen.
- Onduidelijke wie verantwoordelijk voor is voor update van protocollen.
- De situatie die momenteel heerst in het team : eerst moet koers van de huisartsen duidelijk zijn.
- Gebrek aan 1 duidelijke collega die het aankaart.
- Met oogkleppen op volgens stappenplan NHG bij huisartsen.
- Onbekend in de organisaties.
- protocollen moeten waarschijnlijk worden aangepast.
- De hoeveelheid ZZP-ers die bij ons werken.

Interactie tussen professionals

- Artsen
- Er wordt te weinig over richtlijnen besproken.
- Moeizaam overtuigen van collega's.

Middelen en incentives

- Er is weinig tijd, geld en ook begeleiding voor scholing.
- In de praktijk nog geen materialen aanwezig voor de uitvoering.
- Vroeger was er nog wel eens in de middag een scholing, nu komt dat vrij weinig voor.
- Geen specifieke scholing voor sommige richtlijnen en weinig kennis.
- Richtlijnen zijn niet duidelijk meer te vinden (voorheen bij trimbos erg makkelijk, tegenwoordig niet meer).
- Weinig personeel.

Politiek- economische factoren

- Steeds meer bekeken vanuit economisch oogpunt, geld kwesties.
- Deze vorm van indirecte tijd is niet declareerbaar bij verzekeringen, dus geld.
- Dit komt waarschijnlijk door alle bezuinigingen. We hebben ook taken gekregen die niet bij het verplegen horen.

Overig

- Het zijn er veel om bij te houden (huisartsenzorg).
- Bijhouden nieuwe of aangepaste richtlijnen
- Een teveel aan regionale protocollen/richtlijnen.
- Veranderd te veel.
- Soms lastig toe te passen binnen alle situaties.
- Duurt jaren voordat mensen in 1ste lijn de richtlijn overstijgen

Bijlage 1.2 Digitale vragenlijst - Bevorderende Tools implementatie landelijke richtlijnen

<i>Wat zou u het meest helpen om (meer) volgens de landelijke richtlijnen te werken? (maximaal 3 factoren aankruisen)</i> • Een app op mijn mobiele telefoon of tablet 36 • Tijd om me te verdiepen in het gebruik van actuele landelijke richtlijnen 36 • Scholing 35 • Hulp bij het vertalen van de landelijke richtlijnen naar de dagelijkse praktijk 24 • Een lagere werkdruk 24 • Een informatiesysteem binnen mijn organisatie waar actuele richtlijnen te vinden zijn 22 • Een implementatieplan om landelijke richtlijnen gestructureerd in te voeren binnen mijn organisatie 20 • Meer feedback van mijn collega's 2 • Ondersteuning van mijn leidinggevende 1 • Meer bewustzijn bij patiënten ten aanzien van richtlijnen 8 • Niets, ik werk volgens de meest actuele landelijke richtlijnen die voor mijn werk van toepassing zijn 8 • Anders → meer bekendheid bij patiënten van de richtlijn die op hen van toepassing is, meer feedback onderling, thema planning in het team, vrijlaten van visionaire verschillen
<i>Hoe blijft u op de hoogte van landelijke richtlijnen?</i> • Vakbladen: zoals... 45 • Symposia en congressen 42 • Landelijke nieuwsbrief 27 • Nieuwsbrief vanuit de organisatie 27 • E-learning over de richtlijn en aanbevelingen 27 • Websites: zoals... 24 • Informatie over richtlijn via eigen organisatie 24 • Sociale media: platforms zoals LinkedIn, Facebook 15 • Een app waar overzichtelijk richtlijnen beschreven staan 8 • Anders nl Collega's, eigen protocollen, beroepsvereniging (cardiovasculaire geneeskunde)

Bijlage 1.3 Focusgroepen – Overzicht resultaten schematisch

Belemmerend	Bevorderend
Richtlijn factoren	
<u>Past niet in context</u>: bijv op de IC wordt de NMS gecontroleerd dmv een foto, dit kan in de thuiszorg niet <u>Leesbaar</u>: moeilijk taalgebruik <u>Niet toepasbaar in alle zorg settingen</u>: bijv NMS ingebracht in ZKH en systeem sluit niet aan op standaard pomp in thuissituatie. Ook tav vergoedingen, werkt kostenverhogend. <u>Te groot document</u> <u>Wat is aangepast?</u> Dit staat niet in 1 oogopslag beschreven en dit werkt belemmerend. <u>Totaal aantal richtlijnen</u>: te veel, gelukkig dat er protocollen zijn die makkelijk op te zoeken zijn. Er moet eerst een vertaling in de vorm van een protocol gemaakt worden.	<u>Afbeeldingen</u> <u>Generaliseerbaar voor de setting</u>: als er meer samenwerking onderling tussen academische centra komt. <u>Generaliseerbaar voor alle settingen</u>: knap dat het algemeen is opgesteld en dat er een vertaling moet komen naar lokale setting. <u>Kwaliteit</u>: het is wetenschappelijk onderbouwt en dat geeft vertrouwen in de RL. <u>Toepasbaar</u>: RL worden niet goed bekeken en als deze niet toepasbaar is, zal het helemaal niet bekeken worden. <u>Versiebeheer</u>: Wat is aangepast tav vorige versie? <u>Zichtbaar maken van effect</u> van toepassing richtlijn Praktijkaart met achtergrond informatie <u>Maak RL specifiek voor de zorgcontext</u>: bijv urinekatheters: zkh vs thuiszorg.
Individuele factoren	
<u>Cognitie en houding</u>: er wordt niet pro-actief in het kwaliteitssysteem gekeken en daardoor worden veranderingen in protocollen niet opgemerkt. Wanneer een richtlijn niet helemaal toepasbaar is in de praktijk: sommige collega's doen hun best en anderen halen af. <u>(niet geven van) Feedback</u>: we zijn 'lief' voor elkaar en dat maakt soms ook minder kritisch. Geen praktijk scholing <u>Houding</u>: 'schreeuwende' collega's die stempel drukken om niet met RL te werken. Werken volgens protocol, maar er beargumenteerd van af kunnen wijken. Op tijd naar huis willen. Niet gemotiveerd zijn om met RL te werken <u>Opleidingsniveau</u>: wijkverpleging werkt wel met RL maar de 3G zijn er minder mee bezig. Niveau 5 zoekt wel wat op als er onduidelijkheden zijn, en niveau 3 denkt sneller: ik heb het vroeger zo geleerd en blijf het zo doen. Praktijkaart inzetten bij niveau 3 zou kunnen helpen. Niveau 2 en 3 zijn niet zo opgeleid om met (nieuwe) RL te werken. Als een handeling vaak wordt uitgevoerd, dan ga je niet snel iets opzoeken	Aandacht aan sociale media geven <u>Communicatie</u>: bespreken en aanspreken Koppeling teamsite met mailing <u>Opleidingsniveau</u>: niveau 4,5 en 6: maken van kwaliteitssystemen. <u>Praktijctoetsen</u> om na een e-learning het geleerde in de praktijk te brengen. <u>Professioneel gedrag</u>: op grote afdelingen van 100 vpk, kan het zijn dat je niet alles meekrijgt. Zorg ervoor dat je informatie deelt zodat wel iedereen op de hoogte wordt gebracht. Bespreekbaar maken hoe handelingen uitgevoerd worden, samen met collega's protocol doornemen. Samenwerken om gemeenschappelijk doel te bereiken: goede zorg voor de cliënt. Voorbereiden op de handelingen die gaan komen: bijv iemand komt met SV naar huis. En dat weet je een paar dagen tevoren. Dan kan je de bijbehorende protocollen gaan bestuderen. Het moet gewoon zijn om zo goed mogelijk je werk te doen. Beoordelen van kwaliteit van de RL en zo nodig af kunnen wijken. Ken de VG van patiënten en gebruik ook je gezonde verstand. (bijv tumor in slokdarm bij NMS) Durf je kwetsbaar op te stellen als je iets niet weet. Doe een extra stapje Neem verantwoordelijkheid door met RL te werken. Intrinsieke motivatie. Verantwoordelijkheid om zelf up-to-date te blijven. <u>Vaardigheden oefenen</u>: hoeft niet altijd in een skillslab, ligt aan RL/ protocol

Patiënt factoren	
<u>Gedrag</u>: waardoor het lastig is om RL te volgen bij specifieke patiënten categorie, <u>Gewend</u> aan de oude richtlijn Als <u>cliënt het niet wil</u>, dan wordt er niet met RL gewerkt.	<u>Kortverblijf</u>: patiënten werken naar ontslag toe (<i>standaard zorg?</i>) <u>Voorlichting over nieuwe RL</u> om achtergrond uit te leggen en mensen mee te krijgen.
Intercollegiale factoren	
<u>Budget is ontoereikend</u> om praktijk te oefenen, <u>andere keuzes</u> worden gemaakt. <u>Zelfsturende teams</u>: leidinggevende wordt gemist voor signalering problemen rondom werken met RL. <u>Groepsproces</u>: functiedifferentiatie <u>Communicatie</u>: teamsite beheer: bij veranderingen in het Q-portaal zou het goed zijn als dit op de teamsite geplaatst wordt. Geen kwaliteitsfunctionaris op de afdeling	<u>Feedback</u>: samen naar Q-portaal kijken, werken met studenten dwingt ook af dat de protocollen bestudeerd worden. Bespreekbaar maken wanneer RL veranderd zijn. <u>Groepsproces</u>: in team bespreken wat gevolgen zijn van toepassen RL: past hij ook in de setting? Werken in zelfstandige teams dagen uit om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor kwaliteitszorg. Werk als een team en niet als een persoon. Bij scholingsbudget wordt bekeken welke vaardigheden geschoold moeten worden, wat veel voorkomt, buiten de verplichte toetsing om. Dit kan dus ook per individu verschillen. <u>Oefenen tijdens een teamoverleg</u>: casuïstiek rondom een RL. <u>Betrokkenheid van collega's</u> tav RL-ontwikkeling.
Capaciteit voor organisatorische verandering	
<u>Tijd</u>: om protocollen te bekijken <u>Verschillende soorten opleidingen</u>: verpleegtechnische handelingen worden ook door medewerkers met een andere achtergrond uitgevoerd. In sommige organisaties wordt er niet met vpk gewerkt en dan is het lastig om vpk taken goed te organiseren <u>Randvoorwaarden</u>: Budget dat opgaat aan e-learningen zodat er niets meer overblijft voor symposia etc. Cultuur <u>Zelfsturende teams</u>: bepalen zelf waar de focus ligt. <u>Leidinggevende</u>: te druk waardoor mailing over richtlijn (verandering) niet aankomt	Hoger in de organisatie belang van werken met RL aangeven: niveau bestuur: daar wordt budget verdeeld <u>Opleiding</u> (verplicht) <u>Tijd vrijmaken</u>: om te verdiepen in RL, maar daar is ook mankracht voor nodig. <u>Scholingsdag</u> om e-learning te doen. <u>Leiderschap</u>: als een handeling veel voorkomt, met team in skillslab te oefenen. Directe aansturing door leidinggevende. Leidinggevende zet onderwerp op de agenda. <u>Teamklimaat</u>: toegeven dat je het niet weet, en dat jouw collega's dat weten en kunnen helpen. <u>Zelfsturende teams</u>: bepalen zelf waar de focus op ligt. <u>Verantwoordelijkheid</u>: iemand verantwoordelijk maken, documentbeheerder, kwaliteitsfunctionaris, samen verantwoordelijkheid nemen, inzicht verkrijgen hoe het echt werkt. Anderzijds: zelfsturende teams ligt de verantwoordelijkheid lager in de organisatie en dat wordt positief ervaren. Laat V&V het zelf doen, teamcoaches en teamleiders zouden het wat meer moeten loslaten. <u>Budget</u>: prioriteren scholing tav RL. <u>Prioriteit</u>: welke prioriteit word ter gelegd bij welke RL?
Middelen en tools	
<u>Budgetten zijn ontoereikend</u> om filmpjes te (laten) maken, <u>Filmpjes</u> verouderen snel <u>Geen budget</u> voor scholing door reorganisatie <u>Informatiestandaard</u>: registratielast: er wordt al teveel geregistreerd en als	<u>Media</u>, VenVN- campagne <u>Inspectie voor de Gezondheidszorg</u> zit boven op gebruik van richtlijnen en toetst dit ook <u>Internetpagina <forum></u> met mogelijkheid om informatie te delen vakbladen

je wil registreren hoe en RL gebruikt wordt, dan moet dit automatisch gaan. Gebruik van <u>teamsite</u>: wordt onvoldoende gelezen. <u>Sociale media</u> niet volgen om op de hoogte te worden gehouden <u>E-learning</u> sluit niet aan op het protocol en toetst geen praktijkvaardigheid <u>Protocollen raadplegen op smartphone/ zakcomputer</u>: te klein om protocollen goed te kunnen lezen <u>Kwaliteitssysteem</u>: geen push berichten over nieuwe protocollen.	<u>Algemene database met filmpjes</u>: bijv Fysi-check voor fysiotherapie, maar dan voor verpleegkundigen. App waar RL in staan: zodat factsheets gedownload kunnen worden <u>Algemeen (landelijk)toegankelijke database</u>: zodat RL makkelijk omgezet kan worden naar een lokaal protocol <u>Checklist</u>: waarin de belangrijkste items staan, liefst vanuit een landelijke database die je kan aanpassen aan je eigen instelling door logo. <u>Aangepast cliëntdossier</u> <u>E-learning</u> (met filmpje), verplicht maken, soms ook niet, ontwikkelaars betrekken bij de ontwikkeling er van. <u>Filmpje</u> <u>Informatiestandaard</u>: waarbij je meet wanneer een e-learning gevolgd wordt of een RL nageleefd wordt. (uitkomstmaten). Uit het systeem halen van gegevens over naleven RL. <u>Landelijk platform</u> gegevens delen en ideeën uit te wisselen. Met mogelijkheid om vragen te stellen. <u>Oefenen alternatief</u>: kaartspel of test spot (?) Praktijk oefenen, niet alleen bij een praktijktoets. <u>Praktijkaart</u>: kort en bondig, makkelijk online te vinden, aangeven wat de veranderingen zijn tov de vorige versie. Achtergrond info: waarom is het zo? <u>Tijd om te verdiepen</u> in de RL <u>Skillslab</u> om handeling te oefenen, helpt bij implementatie <u>Teamsite</u> Toereikend scholingsbudget <u>Scholing</u> <u>en symposia over RL</u> <u>Toetsing van handelingen</u>: dwingt om materie te bestuderen. implementatie stappenplan implementatie traject, deelname aan dit traject vergroot bewustwording over nieuwe as RL. <u>Kwaliteitssysteem</u>, en dat er een signaal gegeven wordt bij wijzigingen Integratie van RL in systeem voor verslaglegging. ICT-systeem ondersteunt in volgen RL, bijv verslaglegging.
Politiek-economische factoren	Geprotocolleerde zorg <u>Landelijke regie door vakvereniging</u>, database RL V&VN: mooi initiatief. <u>De rol van de opleiding</u> om met RL te werken

Bijlage 1.4: Beoordeling aanbevelingen, toelichting score ≤5

<i>Richtlijn Decubitus (n=7)</i>
1.3: Preventieplan aanvullen met PES en interventie, staat nu te vaag, multidisciplinaire aanpak is niet altijd nodig, RL zit verweven in EPD systeem van thuiszorg, niet het nut zien van invullen risicolijsten als patiënten geen klachten heeft. 2.2: Benoem welke (pre-purse) scorelijst je moet invullen. Maak onderscheid in verschillende settings. 2.3: Meer uitleg over hoe je moet observeren. 3.3: Op IC is familieparticipatie lastig ivm angst om iets verkeerd te doen. 4.2 : Hoe pas je preventie toe bij signalen? Dit wordt gemist. Meer aandacht voor alarmsignalen. 4.3 : Er moet staan: pijn verlichten door druk te verminderen., dit item kan gecombineerd worden met risico-inschatting. 5.2: Stimuleer de voedingstoestand: verantwoordelijkheid ligt ook bij de cliënt. Voor IC-patiënten komt er geen diëtist op de afdeling. 5.3: Er is 1 metabole monitor op de hele IC: dit is te weinig. 6.3: Als wisselgigging niet voldoende helpt, dan moet je op zoek naar andere oorzaken en dan niet vaker wisselgigging toepassen. Bij wisseldrukmatrassen moet je ook van houding wisselen. Werkdruk maakt dat je niet altijd de zorg kan geven die een patiënt nodig heeft. Maak een beslisboom: veel tekst werkt niet. 7.2 : Patiënten worden tegenwoordig vroeg gemobiliseerd, bedrand, fysio, en sap in de stoel. Schuifkrachten zijn belangrijker in het voorkomen van decubitus dan druk. 7.3 : Alternatief voor de decupre matrassen laat te wensen over. 8.2 : Evalueer op vaste momenten, setting is bepalend voor frequentie: IC vs thuiszorg. 8.3 : In acute situaties, dan ligt de focus op de ABC en niet op de preventie van decubitus: en dan kan er schade ontstaan, hoewel dit wel een logische afweging is.
<i>Richtlijn Neus- Maagsonde(n=8)</i>
5.3: Te veel tekst 6.2 : Beschreven verantwoordelijkheid wordt niet herkend in de praktijk, typefouten in de tekst, geen stappenplan, te veel tekst. Iets veranderen in de lay-out en/of flow-chart gebruiken 6.3 : Iets veranderen in de lay-out en/of flow-chart gebruiken 7.2 : Taaltechnisch kan het beter, laat een eindredacteur naar de uiteindelijke tekst kijken. 7.3 : 6 x dgs doorspoelen is niet haalbaar in de thuiszorgsituatie: zo vaak ga je niet langs een cliënt, stappenplan wordt gemist.
<i>Richtlijn Verpleegkundige verslaglegging(n=5)</i>
1.3: Afhankelijk van de soort dienst (zkh) of je samen met de patiënt de rapportage kan maken, bij cliënten thuis wordt er al gezamenlijk gerapporteerd, maar niet alle cliënten zijn al digitaal. 2.2 : Onduidelijk welke fasen van zorgproces bedoeld worden, 2.3 : Er wordt niet altijd volgens een verpleegkundig werkproces gewerkt, dan is deze aanbeveling moeilijk toepasbaar. 3.2: Onduidelijk van met 'taal' bedoeld wordt, en wat is 'relevant'? 4.2 : Overdrachten zijn door de verschillende settings heen weinig uniform (van ziekenhuis naar thuiszorg), en vaak staat er dubbele info in, doordat er met de RSVP methode wordt gewerkt(binnen ziekenhuis, tussen de verschillende diensten). 4.3 : Verslaglegging, (rapportage) niet te lang moet worden aangezien je iedere dienst een deel vast legt en als je dan elke verslaglegging dezelfde informatie terug leest dit als zeer storend en als ballast ervaren kan worden. Enkel in een samenvatting lijkt me dat noodzakelijk en niet in een rapportage per dienst. Weinig overdracht van patiënten. Gaat wel meer komen door meer verwijzing naar 1 ste lijn. 5.3: Hoe ga je dit monitoren en is dit voor externe kwaliteits audits of voor de verpleegkundigen en verzorgende zelf, dan niet zo bruikbaar.
<i>Richtlijn Depressie (n=2) – Geen score ≤5</i>

Bijlage 1.5 Beoordeling aanbevelingen - Overzicht resultaten interviews V&V

Belemmerend	Bevorderend
Richtlijn Neus-maagsonde	
- foutief taalgebruik - vertalen naar eigen setting nodig - bepalen xyphoid is lastig: tip toevoegen - geen dingen opschrijven die we niet meer doen: over de kopjes in de aanbeveling waar 'niet doen' staat - afbeelding staat met hoofd opzij: dit zou verkeerdgeïnterpreteerd kunnen worden. Toevoegen dat het hoofd rechtgehouden moet worden. - verhoogde stollingsneiging: niet correct. (aanbeveling 2: methode van inbrengen) - verschillende settings gebruiken verschillende materialen - lokale protocollen begrijpelijker taalgebruik - afbeelding komt niet helemaal overeen met de praktijk(aanbeveling 2: methode van inbrengen sonde) - vpk. geeft geen advies over soort sonde, HA schrijft voor (thuiszorg) - verminderen ongemak is lastig in setting VGZ - praktijk gebruikt lokale protocollen - röntgenfoto is niet in alle settings haalbaar - aanbeveling heeft te veel tekst - aanbeveling te lang: maak een flowchart van - valt medicatie binnen de verantwoordelijkheid van V&V?(aanbeveling 6) - geen stappenplan	- gebruik van afbeeldingen - afbeeldingen in samenvattingkaart - aanbevelingen als iets niet lukt (bijv. maagsap verkrijgen) - algemeen: duidelijk en toepasbaar - overzichtelijk, compact en compleet - NEX10: duidelijk - feedback vragen aan collega's bij RL ontwikkeling - geeft zekerheid over hoe je een handeling moet doen door afbeelding. - protocollen (Vilans) worden geïntegreerd in EPD - tip over een teken afspreken als het niet meer gaat met de pat. (inbrengen sonde) - vertaald naar de huidige praktijk - non verbaal teken (staat niet in de Vilans protocollen) - fixatie is duidelijke aanbeveling - flowchart toevoegen om info te stroomlijnen - maak de tekst kort en bondig - redacteur mee laten kijken naar het eindproduct - methoden om verstopping te verhelpen staat niet in protocol - medicatie helder (aanbeveling 6)
<i>Individueel</i> - personeel zonder medische zorg achtergrond vindt het moeilijker om met protocollen te werken. Zijn dit niet gewend maar worden wel getoetst op vaardigheden: genoemd door verpleegkundige die in een VGZinstelling werkt - teveel tekst voor verzorgenden IG (aanbeveling 5 genoemd door een respondent) <i>Capaciteit voor organisatorische verandering</i> - verantwoordelijkheid om met protocollen te werken ligt bij de teamleden zelf	<i>Individueel</i> - zelf keuze voor sonde op basis van kennis over geschiktheid sonde in relatie tot de tijdsduur - geruistellen hoort bij je vak als vpk. Dit hoeft niet in een richtlijn benoemd te worden volgens respondent - RL zet aan tot professioneel gedrag <i>Capaciteit voor organisatorische verandering</i> - randvoorwaarden (scholing en training) en stimulatie vanuit de organisatie - setting: op afdelingen ben je meer zichtbaar in je handelen dan wanneer je in de thuiszorg werkt <i>Intercollegiaal</i> - creëer ruimte om te helpen, mee te kijken en vragen testellen - vpk. heeft regie op medicatiebeleid tav. sonde (aanbeveling 6) - met collega's samen het gesprek aangaan over werken met protocollen <i>Middelen en tools</i> - e-learning plus vaardigheidstraining - wanneer er een pop-up zou komen mbt. medicatie en toediening via sonde. Bijv. let op: deze medicatie kan niet toegediend worden via een sonde
Richtlijn Verpleegkundige Verslaglegging	
- te lastig voor lager opgeleide vpk: benoemd door respondent (verpleegkundige io VW) - niet in alle diensten haalbaar om met patiënt/ cliënt te rapporteren - onduidelijk om welke fasen van het vpk. proces het gaat - methode is setting afhankelijk en zelfs afdelingsafhankelijk binnen dezelfde (ziekenhuis)setting - onduidelijk op welke manier de verslaglegging gemonitord wordt - monitoren op welk niveau: afdelingsniveau of organisatiebreed? <i>Patiënt</i> - niet iedere patiënt is digitaal vaardig om rapportages ook terug te lezen in digitaal dossier - wanneer ziektebeeld van patiënt het niet toelaat om gezamenlijk de	- draagt bij aan kwaliteit verpleegkundige verslaglegging - helder - maak formulier voor een eenduidige overdracht in samenwerking met transferpunt, thuiszorg, HA en ziekenhuis. - wanneer er alleen officiële afkortingen in de verslaglegging gebruikt worden - gestandaardiseerde overdracht toepasbaar voor alle settings - wanneer er een voorbeeld genoemd wordt over een valide methode - ziet er goed uit, maar hoe wordt het praktisch gemaakt? <i>Patiënt</i> - samen met patiënten rapporteren is haalbaar, maar wel een balans tussen 'alleen op de computer kijken' en in gesprek met de patiënt is wel belangrijk <i>Individueel</i> - buiten de RL om: kennis delen door de verschillende lijnen heen, zodat er een

rapportage te maken. <i>Capaciteit voor organisatorische verandering</i> zelfsturende teams leggen zelf accenten op wat ze belangrijk vinden, ook op verslaglegging: er is weinig standaardisatie tussen de teams	beter afweging gemaakt kan worden wanneer bij een patiënt ingestuurd moet worden of thuis kan blijven (project cardiologie waarbij er gekeken is welke zorg beter intra- en extramuraal gegeven kan worden) - feedback geven op rapportages <i>Capaciteit voor organisatorische verandering</i> - maak een format ziekenhuisbreed die overdrachten standaardiseert - als verantwoordelijkheid bij hoger management ligt ook qua faciliteren van de middelen die nodig zijn om zo'n systeem op te zetten - tijd en aandacht bevordert in dit geval methodisch rapporteren, binnen een zelfsturend team werkt het wel kies een methodiek waar de hele organisatie zich aan houdt mbt verslaglegging: (kwaliteits) accreditatie kan hierbij een rol spelen als dit als norm gesteld wordt <i>Middelen en tools</i> - chromebooks helpen om in thuissituatie samen met patiënt te rapporteren - faciliteren van EPD en devices om er mee te werken mooie samenvattingkaart
Richtlijn Decubitus	
- onvolledig en niet juiste accent op preventie van decubitus binnen deze RL - niet toe te passen in IC setting - te veel gericht op V&V zorg, te weinig multidisciplinair - registreren wanneer er nog geen tekenen van decubitus zijn, motiveert niet om te registreren - setting is bepalend of iemand at risk voor decubitus is: RL is geschreven voor intramuraal: maak hem ook voor extramuraal - Twijfel of de aanbevelingen uit de RL wel volledig beoordelingheid: maak het concreter: wat is regelmatig? - onduidelijke formulering mbt. houding en houdingsverandering. Omdat max. druk afhankelijk is van maximale aantal uur. - wissellegging moet je op alle soorten matrassen toepassen, m.u.v. zandbed. Dit staat niet duidelijk in de aanbeveling. - meer achtergrond info in de samenvattingkaart - foutief taalgebruik <i>Patiënt</i> - gezondheidsstatus van de patiënt <i>Individueel</i> - te weinig kennis over DC - evaluatiemomenten niet vast leggen: dit hoort wel bij je professionele blik op de patiënt en de situatie waarin hij verkeert. <i>Capaciteit voor organisatorische verandering</i> (tekort aan) tijd om houding en houdingsverandering te stimuleren <i>Intercollegiaal</i> - implementatie bij andere disciplines matig <i>Middelen en tools</i> - checklist afnemen zonder ook daadwerkelijk te observeren of veranderingen zijn opgetreden tav huidafwijkingen	- beschrijven wanneer welke discipline meekijkt - IC heeft een eigen document opgesteld - aanvulling op multidisciplinair team: wondverpleegkundigen - concreet maken bij welke veranderingen er een nieuwe risico-inschatting gedaan moet worden - voorlichting aan patiënt wordt belangrijk gevonden: dit staat ook beschreven in de RL betrek mantelzorg door info te geven zowel mondeling als schriftelijk: helder - aanbeveling beoordeling van de huid: helder en toepasbaar - advies over screeningsinstrument (voeding en vocht): helder beschreven in RL - leg ook verantwoordelijkheid over voedingstoestand bij de cliënt/ patiënt - aanbeveling houding en houdingsverandering: toepasbaar en praktisch - inzet ad matrassen (aanbeveling7): aanvullen met een lijstje van ziektebeelden - afbeeldingen of beslisboom toevoegen - geef vaste dagen aan om evaluaties te doen (aanbeveling: inzet AD matrassen, kussens en bedden) - evaluatiemomenten zijn settingafhankelijk: frequentie van monitoring: op IC veranderd een situatie sneller dan in de thuiszorg <i>Individueel</i> - gesprek aangaan met andere disciplines (bijv. met een chirurg over operatietechniek waarbij patiënt een houding aanneemt die risico op DC geeft) - verpleegkundige heeft een signaalfunctie en maakt bespreekbaar van de observaties t.a.v. houding en houdingsverandering - iemand verantwoordelijk maken zodat kennis verzameld en uitgedragen kan worden <i>Capaciteit voor organisatorische verandering</i> - iemand verantwoordelijk maken (VS) <i>Intercollegiaal</i> - maak iemand verantwoordelijk <i>Middelen en tools</i> - maak informatie en risicolijsten makkelijk vindbaar en invulbaar in EPD. - items uit RL worden verweven in EPD van patiënt - maak iemand verantwoordelijk voor afnemen score - mantelzorg betrekken maar ook folders en banners met info over preventieve maatregelen die familie kan nemen
Richtlijn Depressie	
<i>Richtlijn</i> - RL is veelomvattend maar in de verschillende settings niet volledig toepasbaar. Zoals specialistische GGZ - niet duidelijk wat de risico taxatie inhoudt: maak een stappen model	

met een samenvatting. • is deze samenvatting van de richtlijn wel volledig? Er staat niets over comorbiditeit en de therapeutische relatie. zorg is context gebonden en wel afgeleid van de RL, maar verschilt per persoon	
Algemene opmerkingen	
• onderscheid tussen de verschillende begrippen: richtlijn, en afgeleide samenvattingkaart en lokaal protocol • eigen protocol: geeft aan wie waarvoor verantwoordelijk is en welke administratie je moet doen • protocol als aanvulling op de samenvattingkaart • Vilans versus V&VN: waarbij het onduidelijk is of het onderscheid tussen richtlijnen en lokale protocollen gemaakt wordt door sommige V&V • uit aanbeveling 'samenwerken met apotheker' wordt niet herkend uit de praktijk • aanbevelingen uit de richtlijn worden niet herkend uit lokale protocollen • uitgebreid • monitoren gebeurd door er naar te vragen: gespreksvoering, routinematig 3 maandelijks. Toevoeging op hoe er gemonitord wordt in de GGZ	

2 Good practices van de rol die stakeholders kunnen spelen in de (de-)implementatie van verpleegkundige kwaliteitsstandaarden

Werkpakket 2

Projectgroep WP2

Dr. Anke Persoon, projectleider WP 2

Dr. Annelies Wassenaar, onderzoeker

Dr. Marian Adriaansen

2.1 Inleiding

2.1.1 Achtergrond

Sinds 2015 is V&VN opdrachtgever van nieuwe kwaliteitsstandaarden vanuit de verpleegkundige zorg. Kwaliteitsstandaard is een overkoepelend begrip voor o.a. zorgstandaarden en richtlijnen. Deze kwaliteitsstandaarden bevatten aanbevelingen voor zowel het uitvoeren van evidence based interventies als ook het weglaten van onnodige handelingen. Naast ontwikkeling vormt de implementatie van kwaliteitsstandaarden een belangrijke uitdaging. Met dit onderzoek willen we in kaart brengen wat nodig is voor de (de-) implementatie van kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten (V&V).

2.1.2 Doelstellingen werkpakket 2

1. Inspirerende voorbeelden zichtbaar maken van de rol die stakeholders kunnen spelen in de (de-) implementatie van verpleegkundige kwaliteitsstandaarden en good practices vaststellen van deze rol in vijf relevante groepen stakeholders.
2. Een overzicht bieden van strategieën, middelen, tools, websites en kanalen die hierbij ingezet worden.

2.2 Methode

STAP 1: De onderzoekspopulatie bestaande uit 5 stakeholdersgroepen is geselecteerd en middels e-mail en zo nodig telefonisch benaderd voor deelname aan WP 2, te weten:

- V&VN afdelingen, platforms en vakgroepen (N=49);
- Werkgeversorganisaties (N=4);
- Kennisinstituten (N=6);
- Nationale medische, paramedische en verpleegkundige beroepsorganisaties (N=5);
- Internationale verpleegkundige beroepsorganisaties (N=6).

STAP 2: De verschillende stakeholders zijn middels een digitale vragenlijst in Limesurvey gevraagd naar hun rol in het faciliteren van de (de-)implementatie van kwaliteitsstandaarden (zie bijlagen voor de verschillende vragenlijsten per stakeholdergroep). Met als doel inspirerende voorbeelden zichtbaar te maken. De vragen werden gebaseerd op de theorie van good practice (1-5). De deelnemers werden gevraagd de vragenlijst in te vullen op basis van de activiteiten die zij ingezet hadden bij het faciliteren van de implementatie van één specifieke kwaliteitsstandaard, zorgstandaard of richtlijn. Dit kon een voorbeeld zijn waarop ze trots waren of om een andere reden graag met collega organisaties wilden delen. Indien nodig werd telefonisch of via e-mail aanvullende informatie gevraagd. Zie bijlage 1, 2 en 3.

STAP 3: De implementatieactiviteiten van de verschillende stakeholders zijn geanalyseerd met behulp van evaluatiecriteria die afgeleid zijn van de theorie van een good practice (1-5).

Beoordeling van good practice vond plaats op basis van 7 subschalen (1-5):

1. **Reach:** de mate waarin de strategie de bedoelde populatie bereikt;
2. **Methodologisch onderbouwd:** de theoretische onderbouwing (literatuur en expertise in de zorg), strategie is duidelijk omschreven, innovatieve en vernieuwende strategieën;
3. **Effectiveness:** de mate waarin de strategie de gewenste uitkomst bereikt;
4. **Feasibility:** bruikbaarheid, de mate waarin de strategie praktisch toegepast kan worden;
5. **Sustainability:** de mate waarin de implementatie over langere tijd behouden kan worden;
6. **Transferability:** de mate waarin de strategie toegepast kan worden in een andere context;
7. **Aanvullende informatie implementatiebeleid** stakeholder.

Elke subschaal bestond uit een verschillend aantal criteria met bijbehorende vragen in de vragenlijst. Per stakeholder zijn de criteria beoordeeld op (de mate van) aanwezigheid, namelijk of deze aanwezig was ja/ nee/ onbekend/ niet ingevuld. Indien mogelijk is bij aanwezigheid een beoordeling gegeven van de mate van aanwezigheid: met behulp van een score van 1 (=zwak), 2 (=matig/redelijk) of 3 (=sterk), met daarbij een toelichting waarom. Per subschaal is een score gegeven met als eindresultaat: een totaal score en een gemiddeld percentage gebaseerd op de 7 subschalen. Daarnaast is per respondent een beoordeling gegeven van de mate van bewijs op basis van Spencer 2013 waarbij theoretische onderbouwing en effectmeting de score bepaalden.

Het overzicht van strategieën, middelen, tools, websites en kanalen ingezet door de stakeholders bij de (de-)implementatie van (verpleegkundige) kwaliteitsstandaarden is gebaseerd op en ingedeeld volgens de verschillende fases van het veranderingsproces (5-7).

STAP 4: Per groep stakeholders is (indien mogelijk) 1 good practice vastgesteld tijdens een panelbijeenkomst bestaande uit 4 panelleden in wisselende samenstelling: onderzoekers, projectleiders, hoogleraren verpleegwetenschap en vertegenwoordigers van V&VN.

De good practice werd vastgesteld met behulp van een discussie over:

- De totaal score en gemiddelde percentage van de stakeholders op de 7 subschalen;
- De verdeling van de scores over de 7 subschalen (en welke subschalen het belangrijkste gevonden werden in de beoordeling van good practice (op basis van theorie en de praktijk));
- De beoordeling van de mate van bewijs op basis van Spencer et al. 2013 (1).

STAP 5 & 6: Verspreiding van good practice en verslaglegging volgens methode beschreven in subsidieaanvraag.

2.3 Resultaten

Van de in totaal 70 uitgenodigde stakeholders hebben 35 deelgenomen aan de vragenlijst. Hiervan hebben 26 stakeholders de vragenlijst volledig afgerond. Zie tabel 2-1.

Tabel 2.1 Respons vragenlijst

Stakeholdersgroep	Deelname NEE	Deelname JA (volledig afgerond)	Deelname JA (gedeeltelijk afgerond)	Geen reactie
V&VN afdelingen, platforms en vakgroepen (N=49)	5	16	7	21
Werkgeversorganisaties (N=4)	2	1	0	1
Kennisinstituten (N=6)	0	5	0	1
Nationale medische, paramedische en verpleegkundige beroepsorganisaties (N=5)	1	3	1	0
Internationale verpleegkundige beroepsorganisaties (N=6)	3	1	1	1
TOTAAL (N=70)	11	26	9	24
TOTAAL percentage	16%	37%	13%	34%

Tabel 2.2 Redenen om niet deel te nemen

Redenen deelname NEE	Aantal stakeholders (N=11)
Geen (directe) rol in implementatie van kwaliteitsstandaarden	6
Tijdgebrek	4
Geen geschikte persoon beschikbaar voor invullen vragenlijst	1

Tabel 2.3 Overzicht implementatieactiviteiten

IMPLEMENTATIEACTIVITEITEN	Totaal aantal activiteiten toegepast door de deelnemende stakeholders (N=35)
Activiteiten gericht op oriëntatie en verspreiding	
Webpagina	13
Social media, zoals twitter, LinkedIn, Facebook etc.	11
Flyers, folder, brochure	4
Nieuwsbrief	12
Artikel in vakblad of publiekstijdschrift	13
Toesturen van de richtlijn via e-mail	9
Conferentie, congres, symposium, lezing	13
Scholingsbijeenkomsten zoals presentaties of workshops	11
Persoonlijke benadering van en uitleg aan professionals	5
Activiteiten gericht op kennis en houding	
Vertaling van de centrale boodschap van de richtlijn naar de dagelijkse praktijk	11
Informatie- en instructiemateriaal (in gedrukte vorm, ter naslag)	6
Zelfstudie en/of toetsing d.m.v. e-learning (via internet of app)	3
Intercollegiale toetsing en feedback	4
Zorgen voor inspraak individuele professionals en bevorderen van draagvlak	6
Door collega's laten demonstreren dat de richtlijn uitvoerbaar is	1
Personen of organisaties inzetten met verwachting dat ze een positieve invloed hebben op de houding van collega's ('kampioen', opinieleider, rolmodel)	2
Activiteiten gericht op (behoud van) verandering	
Communicatie met individuen en organisaties betrokken bij de organisatie, waaronder burgers/patiënten	5
Patiëntgerichte activiteiten (keuzehulp om patiënten actief te betrekken)	1
Informatiemateriaal voor burgers/patiënten	7
Intercollegiaal contact/intervisie	3
Gerichte vaardigheidstraining en coachen op maat	2
Persoonlijk contact voor vaardigheidstraining (instructie in de praktijk)	1
Beslissingsondersteuning (beslisbomen) om in de praktijk tot keuzes te komen	1
Helpdesk (voor veelgestelde vragen) inrichten	4
Inzet ondersteunende materialen: handboek, handleidingen etc.	6

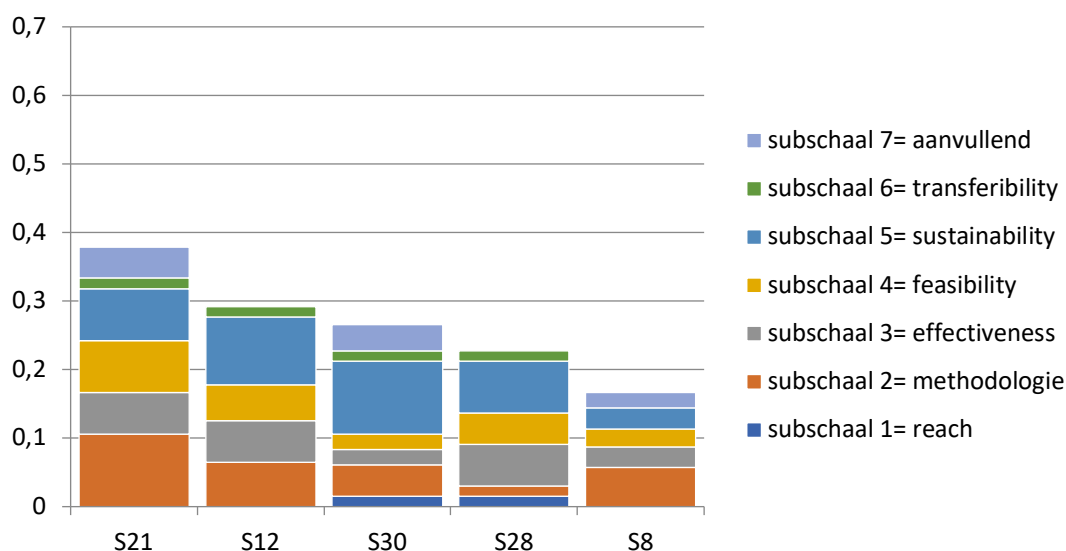
Monitoring van het handelen door de professionals	1
Terugkoppeling op basis van registratie/metingen, feedback en reminders	1
Beloning/vergoeding/prijs voor professional	1
Zorgen voor voldoende middelen (financieel en materiaal)	3
Betrokkenheid en steun van management	1
Aandacht voor de organisatiecultuur (verandering in wijze van leidinggeven of gedeelde normen en waarden in een organisatie)	1
Aanpassing van professionele rollen (verandering in taken en verantwoordelijkheden)	1
Verandering in teams (in structuur of functioneren)	1
Herontwerp en standaardisering van werkprocessen (verandering in structuur en uitwerking)	1
Richtlijn onderdeel maken van (organisatie) beleid	5
Beïnvloeding van de maatschappelijke agenda (activiteiten om thema's hoger op de agenda van maatschappij, beleidsmakers en politiek te krijgen)	5
Cijfers over prestaties publiek maken	2
Meedingen naar kwaliteitskeurmerk van verzekeraars	1
Realisering van veranderingen in bijv. medische aansprakelijkheid, accreditering en vergunningen via wet- en regelgeving	1
Andere activiteiten, middelen, tools, en kanalen	
Delen van kennis/informatie via het [WEBSITE] (nieuwsbrief, social media, poll)	1
Er zijn [SUBSIDIES] uitgezet aan onderzoeken gericht op ontwikkeling dan wel aanpassing van een richtlijn.	1
Leerbijeenkomsten, inzetten op regionale en landelijke leerinfrastructuur, reflectiegesprekken en verhalen erover delen. samenwerkingsovereenkomsten laten opstellen, afstemmen beleid met [LANDELIJKE ORGANISATIE], indicatoren laten opstellen, goede gespreksruimtes faciliteren, gesprekken voeren.	1
Professionals en managers leveren voor de ontwikkeling en totstandkoming van de zorgstandaard	1
Samenvatting gemaakt en checklist ontwikkeld, dit op A5'je gedrukt om uit te delen	1
Activiteiten om onnodige handelingen weg te laten in de dagelijkse praktijk (de-implementatie)	
Door in de richtlijn actief bepaalde interventies af te raden (bijv. [..]).	1
Niet bij het [..] project, is een ander programma	1
Verschillende programma's binnen [..] omvatten onderzoek die zijn gericht op het de-implementeren van ondoelmatige handelingen. Binnen het programma [..] betreft het bijvoorbeeld [..].	1
Voor [..] richtlijn hebben we groot social media en ons netwerk, vakblad ingezet.	1
Web, mails, life contacten	1

2.3.1 Resultaten STAP 3 en 4:

2.3.1.1 Stakeholdersgroep V&VN afdelingen, platforms en vakgroepen, top 5

Tabel 2.4 Samenvatting scores good practice, top 5 van V&VN afdelingen, platforms en vakgroepen

<u>Stakeholder</u>	<u>S21</u>	<u>S12</u>	<u>S30</u>	<u>S28</u>	<u>S8</u>
RANG	1	2	3	4	5
TOTAALSCORE (maximaal 132)	50	38.5	35	30	22
GEMIDDELDE percentage	0.36	0.25	0.36	0.29	0.18
Beoordeling mate van bewijs	1	2	2	0	1



Figuur 2.1 Verdeling 7 subschalen good practice, top 5 V&VN afdelingen, platforms en vakgroepen

Resultaten panelbijeenkomst:

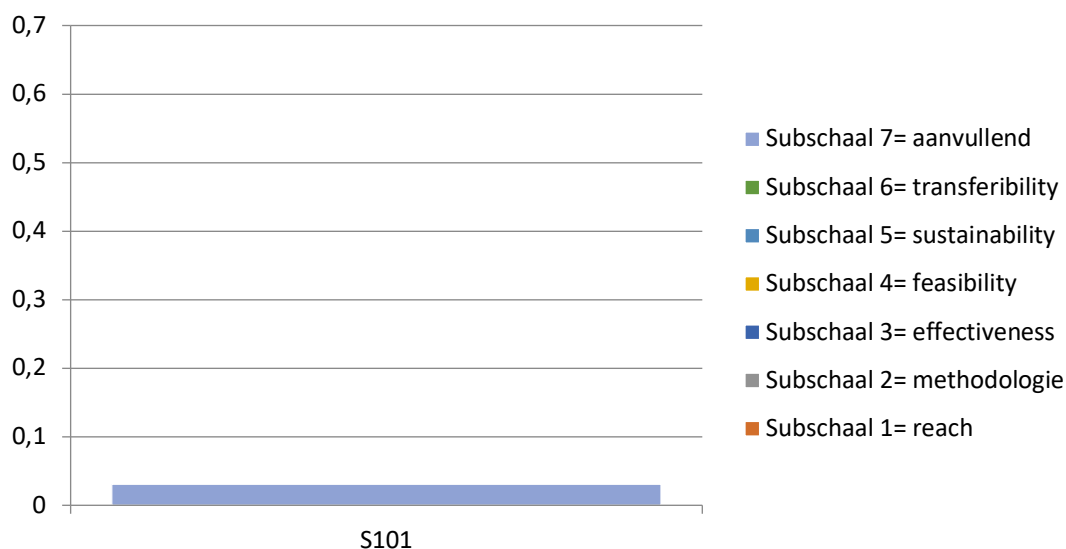
S21 is benoemd als de good practice binnen de stakeholdersgroep V&VN afdelingen, platforms en vakgroepen. S21 scoort op de totaalscore en gemiddelde percentage het hoogst. De score van S21 voor subschaal methodologie is hoog in verhouding met de andere stakeholders en daarnaast heeft S21 veel aanvullende en interessante informatie aangeleverd als toelichting op de gegeven antwoorden. S30 scoort op gemiddeld percentage even hoog als S21, echter dit komt voornamelijk door subschaal reach. Deze subschaal wordt door het panel minder belangrijk gevonden dan methodologie. Opvallend: het vakgebied van S21 en bijbehorende implementatie lijkt maatschappelijk goed ingebed, méér dan de vakgebieden van de andere V&VN afdelingen. In vergelijking met de andere V&VN afdelingen lijkt er hierdoor meer mogelijk voor S21 m.b.t. het faciliteren van implementatie. Er is een overkoepelende organisatie die zich ook bezig houdt met de implementatie van richtlijnen op het vakgebied van S21 waarmee een samenwerkingsrelatie bestaat.

S21 heeft echter geen effect van de implementatieactiviteiten gemeten, dit is een aanbeveling voor de toekomst.

2.3.1.2 Stakeholdersgroep Werkgeversorganisaties

Tabel 2.5 Samenvatting scores good practice, Werkgeversorganisaties

<u>Stakeholder</u>	<u>S101</u>
RANG	1
TOTAALSCORE (maximaal 132)	4
GEMIDDELDE percentage	0.06
Beoordeling mate van bewijs	0



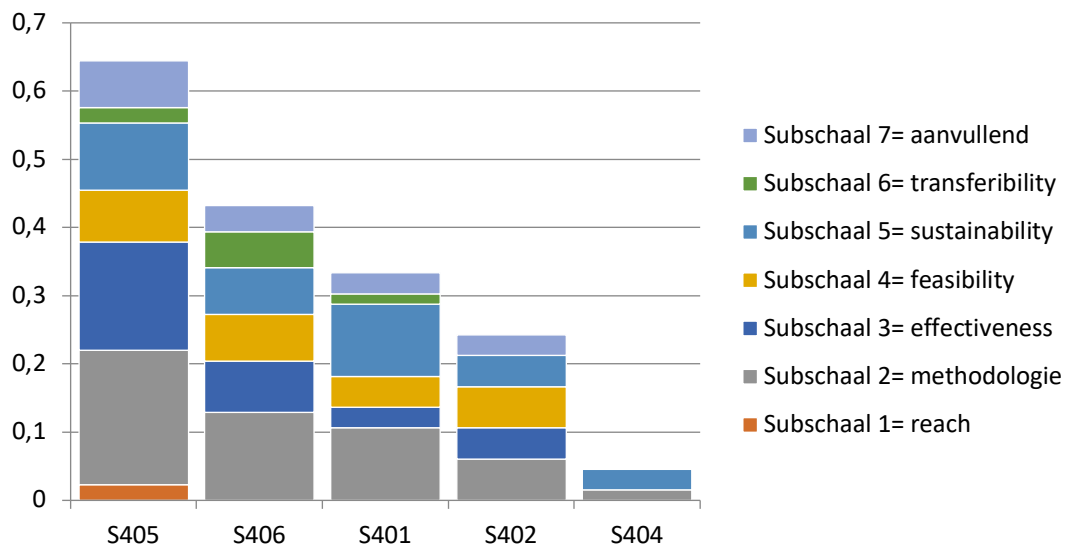
Figuur 2.2 Verdeling 7 subschalen good practice, Werkgeversorganisaties

Resultaten panelbijeenkomst: Op basis van de beschikbare gegevens was het niet mogelijk om een good practice te benoemen binnen de stakeholdersgroep Werkgeversorganisaties. Van de vier uitgenodigde werkgeversorganisaties heeft er maar een de vragenlijst ingevuld. Deze organisatie gaf aan zich niet rechtstreeks bezig te houden met de implementatie van richtlijnen en zorgstandaarden, ze zijn alleen indirect betrokken, op landelijk niveau. Twee van de overige drie organisaties gaven aan niet deel te willen nemen om het feit dat ze geen zicht hebben op de implementatie van kwaliteitsstandaarden. Dat wordt overgelaten aan de leden van de organisaties.

2.3.1.3 Stakeholdersgroep Kennisinstituten

Tabel 2.6 Samenvatting scores good practice, Kennisinstituten

<u>Stakeholder</u>	<u>S405</u>	<u>S406</u>	<u>S401</u>	<u>S402</u>	<u>S404</u>
RANG	1	2	3	4	5
TOTAALSCORE (maximaal 132)	85	57	44	32	6
GEMIDDELDE percentage	0.70	0.39	0.31	0.23	0.04
Beoordeling mate van bewijs	3	2	0	0	0



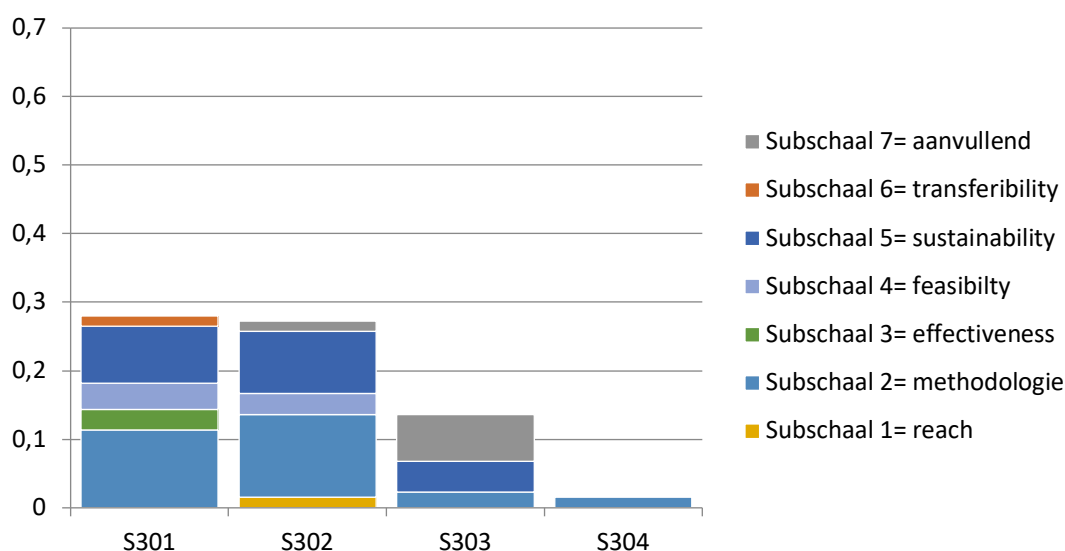
Figuur 2.3 Verdeling 7 subschalen good practice, Kennisinstituten

Resultaten panelbijeenkomst: S405 is benoemd als de good practice binnen de stakeholdersgroep Kennisinstituten. Op basis van de verschillende beschikbare scores springt S405 boven de rest uit. Evaluatie van implementatie wordt een belangrijk onderdeel gevonden, dit is de subschaal effectiveness binnen de beoordeling. Hierop scoort deze stakeholder veel hoger dan de anderen. Het panel is van mening dat daarnaast de totaliteit van de scores over de verschillende subschalen belangrijk is, mogelijk zijn domeinen/subschalen met elkaar verbonden. S405 scoort op alle subschalen hoog en geeft uitgebreide onderbouwing van en inzicht in hun implementatieactiviteiten en de resultaten daarvan middels beschikbare producten, zoals websites met tools, rapporten en verslagen.

2.3.1.4 Stakeholdersgroep Nationale medische, paramedische en verpleegkundige beroepsverenigingen

Tabel 2.7 Samenvatting scores good practice, Nationale medische, paramedische en verpleegkundige beroepsverenigingen

<u>Stakeholder</u>	<u>S301</u>	<u>S302</u>	<u>S303</u>	<u>S304</u>
RANG	1	2	3	4
TOTAALSCORE (maximaal 132)	37	36	18	2
GEMIDDELDE percentage	0.22	0.31	0.20	0.01
Beoordeling mate van bewijs	1	1	0	0



Figuur 2.4 Verdeling 7 subschalen good practice, Nationale medische, paramedische en verpleegkundige beroepsverenigingen

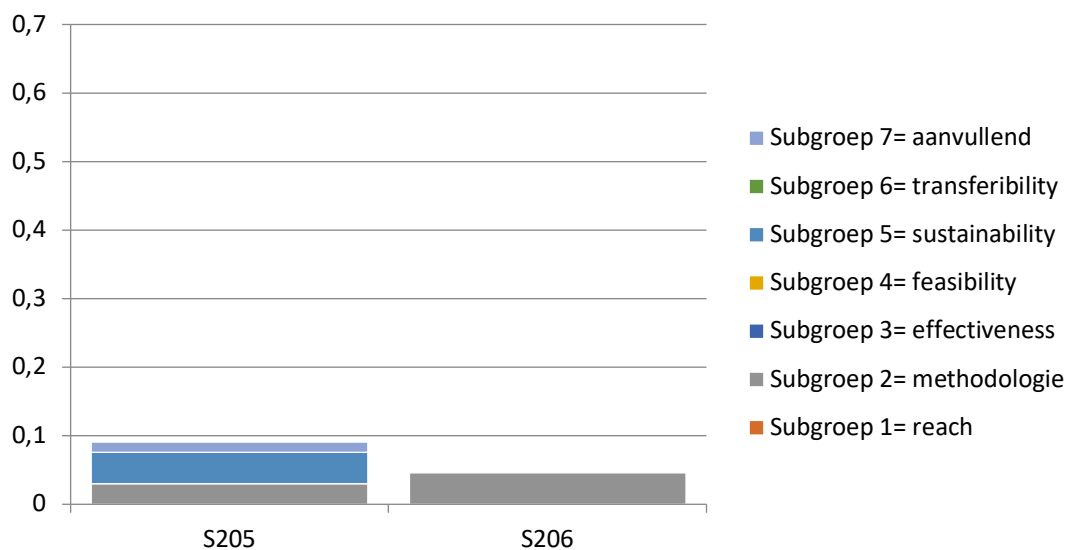
Resultaten panelbijeenkomst: S301 is benoemd als de good practice binnen de stakeholdersgroep Nationale medische, paramedische en verpleegkundige beroepsverenigingen. Qua scores komen S301 en S302 dicht bij elkaar, verschillen zitten met name in de subschalen reach en effectiveness. De scores op de andere subschalen zijn vergelijkbaar, zoals de toegepaste strategieën (subschaal methodologie: innovatieve en vernieuwende strategieën.). De subschaal effectiveness wordt belangrijk gevonden door het panel, omdat evaluatie en vaststellen van het effect belangrijke onderdelen zijn van implementatie. Ook de subschaal reach wordt belangrijk gevonden, omdat een rol van patiënten bij de implementatie van richtlijnen en evaluatie daarvan maatschappelijk gezien niet kan ontbreken. De subschaal transferibility wordt minder belangrijk gevonden, omdat implementatie context afhankelijk is. S302 scoort beter op probleem analyse (criterium van subschaal methodologie) en reach. S301 scoort beter op effectiveness en de-implementatie (criterium van subschaal methodologie). In de discussie hierover komt naar voren dat effectiviteit van de implementatie zwaar weegt, hier moet men als beroepsvereniging oog voor te hebben. Overwegend, S301 is beoordeeld als beste en daarom benoemd als good practice, omdat effectiviteit

belangrijker gevonden wordt dan reach en deze stakeholder daarnaast ook aandacht heeft voor de-
implementatie.

2.3.1.5 Stakeholdersgroep Internationale verpleegkundige beroepsorganisaties

Tabel 2.8 Samenvatting scores good practice, Internationale verpleegkundige beroepsorganisaties

Stakeholder	S205	S206
RANG	1	2
TOTAALSCORE (maximaal 132)	12	6
GEMIDDELD percentage	0.09	0.02
Beoordeling mate van bewijs	0	0



Figuur 5 Verdeling 7 subschalen good practice, Internationale verpleegkundige beroepsorganisaties

Resultaten panelbijeenkomst: Op basis van de beschikbare gegevens was het niet mogelijk om een good practice te benoemen binnen de stakeholdersgroep Internationale verpleegkundige beroepsorganisaties. De redenen van vier van de zes internationale verpleegkundige beroepsorganisaties om niet deel te nemen aan de studie geven inzicht in hun takenpakket, namelijk dat hun focus niet ligt op de implementatie van kwaliteitsstandaarden voor V&V, maar bijvoorbeeld op het ontwikkelen van richtlijnen of beleid voor het verbeteren van de verpleegkunde en gezondheid. S205 gaf aan geen rol te hebben in de implementatie van kwaliteitsstandaarden. Ze beschikken wel over een 'quality management system' en voeren een 'annual audit' uit. Deze zijn echter niet gericht op de implementatie van richtlijnen voor V&V, maar op het beleid binnen de organisatie zelf en of dat nagevolgd wordt door de werknemers van deze internationale verpleegkundige beroepsorganisatie. S206 is daarentegen wel betrokken bij de implementatie van

bijvoorbeeld richtlijnen gericht op organisatorische onderwerpen zoals verpleegkundige (nacht) diensten. Helaas was deze stakeholder niet in de gelegenheid de vragenlijst af te ronden. Dergelijke rol in implementatie van richtlijnen over diensten, leiderschap en personeelsbezetting zou een voorbeeld kunnen zijn voor andere (internationale) verpleegkundige beroepsorganisaties.

2.4 Conclusies

De grootte van rol bij de (de)implementatie van kwaliteitsstandaarden varieert sterk tussen de verschillende stakeholders die hebben deelgenomen aan de studie. De belangrijkste redenen om niet deel te nemen aan de studie waren geen (directe) rol in implementatie van kwaliteitsstandaarden en tijdgebrek.

Op basis van de beschikbare gegevens hebben we voor drie van de in totaal vijf relevante groepen stakeholders good practices kunnen vaststellen van hun rol in de (de-)implementatie van (verpleegkundige) kwaliteitsstandaarden. Namelijk voor de stakeholdersgroepen: V&VN afdelingen, platforms en vakgroepen, Kennisinstituten en Nationale medische, paramedische en verpleegkundige beroepsorganisaties. In de stakeholdergroep Kennisinstituten werden de hoogste totaal scores en gemiddelde percentages behaald op de zeven subschalen van good practice. Uit de scores behaald op de evaluatie van de mate van bewijs is op te maken dat theoretische onderbouwing en effectmeting van implementatieactiviteiten weinig aandacht krijgen.

Verder blijkt dat er een grote variatie zit in door de stakeholders toegepaste strategieën, middelen, tools, websites en kanalen bij de (de-)implementatie van (verpleegkundige) kwaliteitsstandaarden. De meeste aandacht gaat naar implementatieactiviteiten gericht op oriëntatie en verspreiding. Daarnaast is er maar een klein deel van de stakeholders die activiteiten inzet gericht op de-implementatie van handelingen in de praktijk.

2.5 Aanbevelingen

- Bij het kiezen van activiteiten gericht op de implementatie van kwaliteitsstandaarden zouden stakeholders zich meer kunnen richten op het vooraf uitvoeren van een analyse van beïnvloedende factoren en betrokkenen (probleemanalyse) en het theoretisch onderbouwen van hun keuze.
- Stakeholders zouden meer aandacht kunnen geven aan implementatieactiviteiten gericht op kennis en houding, en (behoud van) verandering.
- Stakeholders zouden meer aandacht kunnen geven aan activiteiten gericht op de de-implementatie van handelingen in de praktijk.
- Stakeholders zouden meer aandacht kunnen geven aan het meten van het effect van de door hen uitgevoerde activiteiten gericht op de implementatie van kwaliteitsstandaarden, bijvoorbeeld met behulp van een evaluatieplan.
- Stakeholders zouden meer aandacht kunnen geven aan het betrekken van patiënten/cliënten tijdens de implementatie van kwaliteitsstandaarden.
- (Internationale) verpleegkundige beroepsorganisaties kunnen een rol bij de implementatie van kwaliteitsstandaarden gericht op organisatorische onderwerpen, zoals verpleegkundige (nacht) diensten, leiderschap en personeelsbezetting als voorbeeld nemen.
- Stakeholders zouden in de bij hun aangesloten organisaties een implementatiecoördinator kunnen aanstellen die tools aangereikt krijgt om in zijn eigen organisatie te implementeren.
- Stakeholders zouden kunnen werken aan de maatschappelijk inbedding van hun vakgebied en samenwerking zoeken met andere stakeholders en/of overkoepelende organisaties die ervaren zijn op het gebied van implementatie, om de mogelijkheden en het niveau van implementatie positief te beïnvloeden.

2.6 Referenties

1. Spencer LM, Schooley MW, Anderson LA, Kochtitzky CS, DeGroff AS, Devlin HM, et al. Seeking best practices: a conceptual framework for planning and improving evidence-based practices. Preventing chronic disease. 2013;10:E207.
2. Pel R, Redeker I, Hanningt R, Visser T, Rijkaart AM, van Rooijen S. Een inventarisatie van Best Practices in de intramurale ouderenzorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en langdurende GGZ. Utrecht: Vilans; Trimbos; 2011.
3. Ng E, de Colombani P. Framework for Selecting Best Practices in Public Health: A Systematic Literature Review. Journal of public health research. 2015;4(3):577.
4. Hilbink M, Ouwens M, Kool K. De HARING tools, Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. Nijmegen: IQ healthcare, Radboudumc; 2013.
5. Grol R, Wensing M. Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business; 2011.
6. Aarons GA, Hurlburt M, Horwitz SM. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. Administration and policy in mental health. 2011;38(1):4-23.
7. Plas M, Fleuren M, Friele R, Haaijer-Ruskamp F, Keijsers, J., Ravensbergen, J., Klazinga, N., Wensing, M. . Begrippenkader voor het "wat" en het "waarom" bij implementatie van vernieuwingen in patiëntenzorg en preventie. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2007;85(3):160.

2.7 Bijlagen

Bijlage 2.1: Vragenlijst V&vn afdelingen

Welkom bij het onderzoek over de implementatie van kwaliteitsstandaarden

Beste bestuursvoorzitter,

Het doel van deze vragenlijst is inspirerende voorbeelden zichtbaar maken van de rol die een V&VN-afdeling kan spelen in het faciliteren van de (de-)implementatie van kwaliteitsstandaarden. Daarom willen we graag weten welke activiteiten, middelen, tools, websites en kanalen uw afdeling inzet bij de implementatie van verpleegkundige, medische of multidisciplinaire kwaliteitsstandaarden, zoals bijvoorbeeld een richtlijn.

Het is voor het onderzoek belangrijk dat u uw antwoorden toelicht. De vragenlijst kan met tussenpozen ingevuld worden. Sla de vragenlijst hiervoor tussentijds op. Opslaan gaat niet automatisch. U doet dit door het vakje 'Hervat later' aan te vinken. Daarna kunt u een naam en wachtwoordcombinatie invoeren. U krijgt dan een mail, met behulp van de gegevens in de mail kunt u de (deels) ingevulde vragenlijst weer oproepen en voltooien. U kunt niet terug naar al eerder ingevulde antwoorden.

Wilt u de vragenlijst uiterlijk 17 december invullen? De totale vragenlijst bestaat uit 30 vragen (zie wordversie in de bijlage van de uitnodigingsmail). *Afhankelijk van de implementatieactiviteiten van uw afdeling duurt het invullen gemiddeld 30 minuten.* Heeft jullie afdeling tot nu toe geen enkele rol gespeeld in de implementatie van kwaliteitsstandaarden, wilt u dan wel de bijbehorende vragen invullen en daarna de vragenlijst verzenden?

Alvast hartelijk dank voor de moeite,

Met vriendelijke groet,
Het onderzoeksteam,
Dr. Annelies Wassenaar
Dr. Anke Persoon

Voor vragen kunt u contact opnemen met:

dr. Annelies Wassenaar, RN
Wetenschappelijk onderzoeker
Eerstelijns geneeskunde
Annelies.Wassenaar@radboudumc.nl
T (024) 361 01 74

Radboud universitair medisch centrum
Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen (117)
Geert Grooteplein Noord 21 (route 106)
www.radboudumc.nl

Aanwezig: ma, di, woe

Vragenlijst:

Algemene vragen:

1. Wat is de naam van uw afdeling?
2. Hoe groot is het aantal leden van uw afdeling?
3. Wat is de doelgroep van uw afdeling?
4. Heeft uw afdeling de afgelopen jaren een rol gespeeld bij de implementatie van een verpleegkundige, medische en/of multidisciplinaire kwaliteitsstandaard, zorgstandaard of richtlijn?
 - Ja
 - NeeWilt u toelichten waarom niet?

Graag willen we dat u de vragenlijst invult op basis van de activiteiten die uw V&VN afdeling ingezet heeft bij de implementatie van één specifieke kwaliteitsstandaard, zorgstandaard of richtlijn. Dit kan een voorbeeld zijn waarop u trots bent of om een andere reden graag met collega-afdelingen en organisaties wilt delen.

Kies één van de volgende opties en benoem het voorbeeld van uw keuze. *Hierbij is het belangrijk dat het gaat over een document dat landelijk ingezet kan worden:*

- Kwaliteitsstandaard, namelijk
- Zorgstandaard, namelijk
- Richtlijn, namelijk
- Anders, namelijk:

Wij willen u vragen de volgende vragen in te vullen n.a.v. dit voorbeeld.

In het vervolg van de vragenlijst hanteren we voor de leesbaarheid de term richtlijn waarmee we kwaliteitsstandaard, zorgstandaard en richtlijn bedoelen.

Implementatieactiviteiten:

5. Deze vraag gaat over welke implementatieactiviteiten uw afdeling heeft toegepast om het gebruik van de richtlijn in de dagelijkse praktijk te faciliteren.
 - a) Heeft uw afdeling activiteiten ingezet die gericht waren op de oriëntatie en verspreiding van de richtlijn?:
Kies uit de volgende opties, er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
Aanvullend ontvangen we graag documenten over het gebruikte materiaal van uw afdeling. Wanneer u *niet* over aanvullende documenten beschikt, wilt u dan per activiteit in de antwoordbox achter de door u gekozen activiteit beschrijven wat deze inhoud?
 - *Webpagina (Wilt u URL's in de antwoordbox vermelden?)*
 - *Social media, zoals twitter, LinkedIn, Facebook etc. (Wilt u URL's in de antwoordbox vermelden?)*
 - *Radio*
 - *Tv*
 - *Krant*
 - *Flyers, folder, brochure*
 - *Nieuwsbrief*
 - *Artikel in vakblad of publiekstijdschrift*
 - *Toesturen van de richtlijn via e-mail*
 - *Conferentie, congres, symposium, lezing*
 - Wat was de duur van de scholing?
 - Wat waren de functies (zoals verpleegkundige of arts) van de deelnemers?
 - *Scholingsbijeenkomsten zoals presentaties of workshops*
 - Wat was de duur van de scholing en hoe vaak is deze georganiseerd?
 - Wat waren de functies (zoals verpleegkundige of arts) van de deelnemers?
 - *Persoonlijke benadering van en uitleg aan professionals*

- Wat was de duur van de persoonlijke benadering en uitleg en hoe vaak heeft dit plaatsgevonden?
 - Geen van deze activiteiten
- b) Heeft uw afdeling activiteiten ingezet die gericht waren op kennis en houding?:
 Kies uit de volgende opties, er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
 Aanvullend ontvangen we graag documenten over het gebruikte materiaal van uw afdeling. Wanneer u *niet* over aanvullende documenten beschikt, wilt u dan per activiteit in de antwoordbox achter de door u gekozen activiteit beschrijven wat deze inhoudt?
- *Vertaling van de centrale boodschap van de richtlijn naar de dagelijkse praktijk*
 - *Informatie- en instructiemateriaal (naslagwerk in gedrukte vorm voor herhaling)*
 - *Zelfstudie en/of toetsing d.m.v. e-learning (via internet of app)*
 - Wat was de tijdsinvestering voor het doorlopen van de e-learning?
 - *Intercollegiale toetsing en feedback*
 - Hoe vaak heeft de toetsing en feedback plaatsgevonden?
 - *Zorgen voor inspraak van de individuele professionals en het bevorderen van draagvlak*
 - *Door collega's te laten demonstreren dat de richtlijn uitvoerbaar is*
 - *Personen of organisaties inzetten waarvan verwacht wordt dat ze een positieve invloed hebben op de houding van collega's (termen hiervoor zijn o.a.: 'kampioen', opinieleider, sleutelpersoon, rolmodel, en publiek persoon).*
 - Als de persoon of organisatie feitelijk iets doet, bijvoorbeeld een bijeenkomst bijwonen, wilt u dit benoemen?
 - Wat heeft de persoon of organisatie gedaan?
 - Welke kenmerken had(den) deze persoon of organisatie?
 - Hoe is deze persoon of organisatie gevonden en benaderd?
 - *Inzet van symbolen zoals een 'sterk merk', logo, motto*
 - Waarom is dit symbool gekozen?
 - Welke kenmerken had het symbool?
 - Geen van deze activiteiten
- c) Heeft uw afdeling activiteiten ingezet die gericht waren op (behoud van) verandering?:
 Kies uit de volgende opties, er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
 Aanvullend ontvangen we graag documenten over het gebruikte materiaal van uw afdeling. Wanneer u *niet* over aanvullende documenten beschikt, wilt u dan per activiteit in de antwoordbox achter de door u gekozen activiteit beschrijven wat deze inhoudt?
- *Intercollegiaal contact/ intervisie*
 - *Communicatie met individuen en organisaties betrokken bij de afdeling, waaronder burgers/patiënten*
 - *Patiëntgerichte activiteiten (keuzehulp om patiënten te betrekken bij beslissingen, actief betrekken van de patiënt bij de zorgverlening)*
 - *Informatiemateriaal voor burgers/patiënten*
 - *Gerichte vaardigheidstraining en coachen op maat*
 - Wat was de duur van de vaardigheidstraining en coaching en hoe vaak heeft dit plaatsgevonden?
 - Wat waren de functies (zoals verpleegkundige of arts) van de deelnemers?
 - *Persoonlijk contact voor vaardigheidstraining (praktijkbezoek (instructie in de praktijk door getrainde personen))*
 - Wat was de duur van het persoonlijk contact en hoe vaak heeft dit plaatsgevonden?
 - Wat waren de functies (zoals verpleegkundige of arts) van de deelnemers?
 - *Beslissingsondersteuning (beslisbomen) om tot keuzes te komen bij beslissingen in de praktijk*
 - *Helpdesk (voor veelgestelde vragen) inrichten*
 - *Inzet ondersteunende materialen: handboek, handleidingen etc.*
 - *Monitoring van het handelen door de professionals*

- *Terugkoppeling op basis van registratie/metingen, feedback en reminders* (geautomatiseerde of persoonlijke meting)
- *Zorgen voor voldoende middelen (financieel en materiaal)*
- *Betrokkenheid en steun van management*
- *Aandacht voor de organisatiecultuur* (verandering in de wijze van leidinggeven of de gedeelde normen en waarden in een organisatie)
- *Aanpassing van professionele rollen* (verandering in taken en verantwoordelijkheden van professionals)
- *Verandering in teams* (verandering in structuur of functioneren van teams om een bepaalde verandering te bevorderen)
- *Herontwerp en standaardisering van werkprocessen* (verandering in de structuur en uitwerking van aanbevelingen of voorschriften voor werkprocessen)
- *Richtlijn onderdeel maken van (afdeling/organisatie) beleid*
- *Beïnvloeding van de maatschappelijke agenda* (activiteiten om bepaalde thema's hoger op de agenda van maatschappij, beleidsmakers en politiek te krijgen)
- *Beloning/vergoeding/prijs voor professional*
- *Inbouwen in contractuele afspraken (budget, vergoeding)*
- *Cijfers over prestaties publiek maken*
- *Meetingen naar kwaliteitskeurmerk van verzekeraars*
- *Wet- en regelgeving* (realisering van veranderingen via wet- en regelgeving, zoals veranderingen in medische aansprakelijkheid, accreditering en vergunningen)
- Geen van deze activiteiten

d) Heeft uw afdeling nog andere activiteiten middelen, tools, en kanalen ingezet?

- Nee
- Ja, namelijk

Zou u gebruikt materiaal als bijlage willen toevoegen, zodat we er in het kader van dit onderzoek van kunnen leren?

Onderbouwing keuze implementatieactiviteit(en)

6. Had uw afdeling een specifieke reden om voor de gekozen implementatieactiviteit(en) te kiezen?

- Nee
- Ja

Kies uit de volgende opties, meerdere antwoorden mogelijk.

- Op basis van theorie over implementeren, namelijk:
 - Grol en Wensing, Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg
 - Intervention mapping
 - HARING tool
 - Anders, namelijk.....
- Op basis van expertise en voorbeelden van anderen
Kunt u toelichten welke voorbeelden?
- Op basis van belemmerende en bevorderende factoren m.b.t. de implementatie van de richtlijn.

Kies uit de volgende opties, meerdere antwoorden mogelijk. We hebben de factoren in kaart gebracht:

- Bij professionals
- Bij patiënten
- Bij teams, in zorgprocessen
- In organisatorische context (staf, middelen, cultuur, leiders, etc.)
- In politieke, economische, juridische context
- Op basis van de fase van het veranderproces, namelijk
- Andere reden, namelijk

7. Is er tijdens de keuze voor de implementatiestrategie overleg of samenwerking geweest met reeds bestaande netwerken van uw afdeling?

- Ja

- Kunt u toelichten op welke manier?
 - Nee
 - Kunt u toelichten waarom niet?
- 8. Heeft uw afdeling vooraf aan het toepassen van de implementatieactiviteit een implementatieplan geschreven?
 - Ja
 - Zou u dit plan als bijlage willen toevoegen, zodat we er in het kader van dit onderzoek van kunnen leren?
 - Nee
- 9. Is er binnen uw afdeling een document opgesteld met daarin een beschrijving van de gebruikte implementatieactiviteit?
 - Ja
 - Zou u dit document als bijlage willen toevoegen, zodat we er in het kader van dit onderzoek van kunnen leren?
 - Nee

Uitkomst en beïnvloedende factoren van de implementatieactiviteiten:

- 10. Weet uw afdeling wat het effect was van de toegepaste implementatieactiviteit(en)?
 - Ja
 - Heeft u gewerkt met een evaluatieplan om de uitkomst van de toegepaste implementatie activiteit(en) te meten?
 - Ja
 - Zou u dit plan als bijlage willen toevoegen, zodat we er in het kader van dit onderzoek van kunnen leren?
 - Nee
 - Nee
 - Bent u voornemens om dit in de toekomst te verkrijgen?
 - Ja
 - Nee
- 11. Heeft uw afdeling vooraf nagedacht over de **gewenste** uitkomst van de toegepaste implementatieactiviteit(en)?
 - Ja
 - Wat was de **gewenste** uitkomst? Beschrijf deze voor:
 - De patiënt (m.b.t. de gezondheid en gezondheidsrisico's)
 - De professional (m.b.t. de arbeidsomstandigheden, bijvoorbeeld de doelmatigheid en efficiëntie van het werk en/of werkplezier)
 - Nee
- 12. Is de **gewenste** uitkomst bereikt?
 - Ja
 - Wat waren volgens u succesfactoren?
 - Wat waren volgens u belemmerende factoren?
 - Nee
 - Wat waren volgens u succesfactoren?
 - Wat waren volgens u belemmerende factoren?
- 13. Wat was de uitkomst van de toegepaste implementatieactiviteit(en)? Beschrijf:
 - De uitkomst voor de patiënt (m.b.t. de gezondheid en gezondheidsrisico's)
 - De uitkomst voor de professional (m.b.t. de arbeidsomstandigheden, bijvoorbeeld de doelmatigheid en efficiëntie van het werk en/of werkplezier)
 - Welk percentage van de professionals van uw afdeling heeft deelgenomen aan de implementatieactiviteit(en)?
 - Welk percentage van de professionals is op de hoogte van de geïmplementeerde richtlijn?

- Welk percentage van de professionals werkt volgens de geïmplementeerde richtlijn?
- Hoeveel tijd is er verstreken tussen de implementatie van de richtlijn en de gemeten uitkomsten?
- Overig

14. Hoe zorgt uw afdeling voor borging van de implementatie op lange termijn?

15. Waren patiënten betrokken bij de implementatie en/of hebben patiënten inbreng gehad bij de evaluatie van de uitvoering van de zorg in de praktijk?

- Ja, namelijk:
 - Betrokken bij implementatie
 - Inbreng bij evaluatie
 - Betrokken bij implementatie en evaluatie
- Nee

16. Hebben politieke, organisatorische, geografische, sociale en economische klimaten invloed (gehad) op uw implementatieactiviteit?

- Ja
Kunt u toelichten op welke wijze?
- Nee
- Onbekend

17. Heeft u inzicht in welke middelen nodig zijn voor het toepassen van de implementatieactiviteit?

- Ja, namelijk
- Nee

18. Heeft u inzicht in welke middelen nodig zijn om uw implementatie over langere tijd te behouden?

- Ja, namelijk
- Nee

19. Heeft u inzicht in de kosteneffectiviteit van de implementatieactiviteit?

- Ja
 - De implementatie is kosteneffectief
 - De implementatie is *niet* kosteneffectief
Kunt u toelichten hoe u dit inzicht verkregen heeft?
- Nee

Toepassing implementatieactiviteit in andere context:

Voor ons is het belangrijk om te weten of de implementatieactiviteiten die uw afdeling toegepast heeft, ook voor andere afdelingen interessant en toepasbaar zijn.

20. Is uw implementatieactiviteit ook al toegepast door andere afdelingen of organisaties?

- Ja
Was er een aanpassing van de implementatieactiviteit noodzakelijk?
 - Ja
Kunt u toelichten welke aanpassingen?
 - Nee
- Nee
- Onbekend

21. Is er bewijs dat de implementatieactiviteit effectief is bij de andere afdelingen of organisaties?

- Ja
Kunt u toelichten hoe dit bewijs verkregen is?
- Nee
- Onbekend

Wij willen u vragen de volgende vragen in te vullen m.b.t. implementatie in het algemeen.

In het vervolg van de vragenlijst hanteren we voor de leesbaarheid de term richtlijn waarmee we kwaliteitsstandaard, zorgstandaard en richtlijn bedoelen.

Implementatie algemeen:

22. Vindt u het een taak van uw afdeling om een rol te hebben in de implementatie van richtlijnen?
- ☐ Ja
Kunt u toelichten waarom?
 - ☐ Nee
Kunt u toelichten waarom?
23. Maakt implementatie van richtlijnen deel uit van het kwaliteitsbeleid van uw afdeling?
- ☐ Ja
Kunt u toelichten waarom en op welke manier?
 - ☐ Nee
Kunt u toelichten waarom?
24. Zijn er binnen uw afdeling specifieke collega's die zich bezighouden met de implementatie van richtlijnen?
- ☐ Ja
Kunt u toelichten wie en hoe?
 - ☐ Nee
25. Heeft het centrale bureau van V&VN een rol gespeeld bij implementatie binnen uw afdeling?
- ☐ Ja, namelijk
 - ☐ De V&VN Academie
 - ☐ Een wetenschappelijke commissie van V&VN
 - ☐ Anders, namelijk
 - ☐ Nee
26. Wat is voor dit onderzoek nog meer van belang om te weten over het implementatiebeleid van uw afdeling?
27. Welke tips heeft u op het gebied van implementatie (bijvoorbeeld m.b.t. het selecteren en toepassen van implementatieactiviteiten) voor collega-afdelingen en organisaties?

De-implementatie:

28. Heeft uw afdeling activiteiten ingezet om onnodige handelingen, zoals bijvoorbeeld beschreven in de 'beter laten lijst', weg te laten in de dagelijkse praktijk (**de**-implementatie genoemd)?
- ☐ Ja
Welke activiteiten, middelen, tools, websites en kanalen zijn hierbij ingezet?
 - ☐ Nee
29. Is er binnen uw afdeling een document opgesteld met daarin een beschrijving van de gebruikte **de**-implementatieactiviteit(en)?
- ☐ Ja
Zou u dit document als bijlage willen toevoegen, zodat we er in het kader van dit onderzoek van kunnen leren?
 - ☐ Nee
30. Maakt **de**-implementatie deel uit van het kwaliteitsbeleid van uw afdeling?
- ☐ Ja
Kunt u toelichten waarom en hoe?
 - ☐ Nee
Kunt u toelichten waarom?

Eigen inbreng:

31. Wij informeren uw afdeling graag over de resultaten van dit onderzoek. Hoe zou u de resultaten terug willen zien?

Afsluiting/dank

Beste deelnemer,

Wij willen u en uw afdeling hartelijk danken voor deelname aan dit onderzoek over de implementatie van kwaliteitsstandaarden.

De resultaten van dit onderzoek worden gedurende de wintermaanden verwerkt.
In april 2019 kunt u een terugkoppeling van de uitkomsten van het onderzoek verwachten.

Met vriendelijke groet,
Het onderzoeksteam,
Dr. Annelies Wassenaar
Dr. Anke Persoon

Voor vragen kunt u contact opnemen met:

dr. Annelies Wassenaar, RN
Wetenschappelijk onderzoeker
Eerstelijngeneeskunde
Annelies.Wassenaar@radboudumc.nl
T (024) 361 01 74

Radboud universitair medisch centrum
Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen (117)
Geert Grooteplein Noord 21 (route 106)
www.radboudumc.nl

Aanwezig: ma, di, woe

2.7.1

Bijlage 2.2: Vragenlijst ORGANISATIES

Welkom bij het onderzoek over de implementatie van kwaliteitsstandaarden

Beste deelnemer,

Het doel van deze vragenlijst is inspirerende voorbeelden zichtbaar maken van de rol die een organisatie kan spelen in het faciliteren van de (de-)implementatie van kwaliteitsstandaarden. Daarom willen we graag weten welke activiteiten, middelen, tools, websites en kanalen uw organisatie inzet bij de implementatie van verpleegkundige, medische of multidisciplinaire kwaliteitsstandaarden, zoals bijvoorbeeld een richtlijn.

Het is voor het onderzoek belangrijk dat u uw antwoorden toelicht. De vragenlijst kan met tussenpozen ingevuld worden. Sla de vragenlijst hiervoor tussentijds op. Opslaan gaat niet automatisch. U doet dit door het vakje 'Hervat later' aan te vinken. Daarna kunt u een naam en wachtwoordcombinatie invoeren. U krijgt dan een mail, met behulp van de gegevens in de mail kunt u de (deels) ingevulde vragenlijst weer oproepen en voltooiën. U kunt niet terug naar al eerder ingevulde antwoorden.

Wilt u de vragenlijst uiterlijk 21 december invullen? De totale vragenlijst bestaat uit 29 vragen (zie wordversie in de bijlage van de uitnodigingsmail). *Afhankelijk van de implementatieactiviteiten van uw organisatie duurt het invullen gemiddeld 30 minuten.* Heeft jullie organisatie tot nu toe geen enkele rol gespeeld in de implementatie van kwaliteitsstandaarden, wilt u dan wel de bijbehorende vragen invullen en daarna de vragenlijst verzenden?

Alvast hartelijk dank voor de moeite,

Met vriendelijke groet,
Het onderzoeksteam,
dr. Annelies Wassenaar
dr. Anke Persoon

Voor vragen kunt u contact opnemen met:

dr. Annelies Wassenaar, RN
Wetenschappelijk onderzoeker
Eerstelijns geneeskunde
Annelies.Wassenaar@radboudumc.nl
T (024) 361 01 74

Radboud universitair medisch centrum
Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen (117)
Geert Grooteplein Noord 21 (route 106)
www.radboudumc.nl

Aanwezig: ma, di, woe

Vragenlijst:

Algemene vragen:

1. Wat is de naam van uw organisatie?
2. Hoe groot is uw organisatie?
3. Wat is de doelgroep van uw organisatie?
4. Heeft uw organisatie de afgelopen jaren een rol gespeeld bij de implementatie van een verpleegkundige, medische en/of multidisciplinaire kwaliteitsstandaard, zorgstandaard of richtlijn?
 - Ja
 - NeeWilt u toelichten waarom niet?

Graag willen we dat u de vragenlijst invult op basis van de activiteiten die uw organisatie ingezet heeft bij de implementatie van één specifieke kwaliteitsstandaard, zorgstandaard of richtlijn. Dit kan een voorbeeld zijn waarop u trots bent of om een andere reden graag met collega-organisaties wilt delen.

Kies één van de volgende opties en benoem het voorbeeld van uw keuze. *Hierbij is het belangrijk dat het gaat over een document dat landelijk ingezet kan worden:*

- Kwaliteitsstandaard, namelijk
- Zorgstandaard, namelijk
- Richtlijn, namelijk
- Anders, namelijk:

Wij willen u vragen de volgende vragen in te vullen n.a.v. dit voorbeeld.

In het vervolg van de vragenlijst hanteren we voor de leesbaarheid de term richtlijn waarmee we kwaliteitsstandaard, zorgstandaard en richtlijn bedoelen.

Implementatieactiviteiten:

5. Deze vraag gaat over welke implementatieactiviteiten uw organisatie heeft toegepast om het gebruik van de richtlijn in de dagelijkse praktijk te faciliteren.

- a) Heeft uw organisatie activiteiten ingezet die gericht waren op de oriëntatie en verspreiding van de richtlijn?:

Kies uit de volgende opties, er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Aanvullend ontvangen we graag documenten over het gebruikte materiaal van uw organisatie. Wanneer u *niet* over aanvullende documenten beschikt, wilt u dan per activiteit in de antwoordbox achter de door u gekozen activiteit beschrijven wat deze inhoud?

- *Webpagina (Wilt u URL's in de antwoordbox vermelden?)* URL:
- *Social media, zoals twitter, LinkedIn, Facebook etc. (Wilt u URL's in de antwoordbox vermelden?)*
- *Radio*
- *Tv* URL:
- *Krant*
- *Flyers, folder, brochure*
- *Nieuwsbrief*
- *Artikel in vakblad of publikstijdschrift*
- *Toesturen van de richtlijn via e-mail*
- *Conferentie, congres, symposium, lezing*
 - Wat was de duur van de scholing?
 - Wat waren de functies (zoals verpleegkundige of arts) van de deelnemers?
- *Scholingsbijeenkomsten zoals presentaties of workshops*
 - Wat was de duur van de scholing en hoe vaak is deze georganiseerd?
 - Wat waren de functies (zoals verpleegkundige of arts) van de deelnemers?

- *Persoonlijke benadering van en uitleg aan professionals*
 - Wat was de duur van de persoonlijke benadering en uitleg en hoe vaak heeft dit plaatsgevonden?
 - Geen van deze activiteiten
- b) Heeft uw organisatie activiteiten ingezet die gericht waren op kennis en houding?:
 Kies uit de volgende opties, er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
 Aanvullend ontvangen we graag documenten over het gebruikte materiaal van uw organisatie. Wanneer u *niet* over aanvullende documenten beschikt, wilt u dan per activiteit in de antwoordbox achter de door u gekozen activiteit beschrijven wat deze inhoudt?
- *Vertaling van de centrale boodschap van de richtlijn naar de dagelijkse praktijk*
 - *Informatie- en instructiemateriaal (naslagwerk in gedrukte vorm voor herhaling)*
 - *Zelfstudie en/of toetsing d.m.v. e-learning (via internet of app)*
 - Wat was de tijdsinvestering voor het doorlopen van de e-learning?
 - *Intercollegiale toetsing en feedback*
 - Hoe vaak heeft de toetsing en feedback plaatsgevonden?
 - *Zorgen voor inspraak van de individuele professionals en het bevorderen van draagvlak*
 - *Door collega's laten demonstreren dat de richtlijn uitvoerbaar is*
 - *Personen of organisaties inzetten waarvan verwacht wordt dat ze een positieve invloed hebben op de houding van collega's (termen hiervoor zijn o.a.: 'kampioen', opinieleider, sleutelpersoon, rolmodel, en publiek persoon).*
 - Als de persoon of organisatie feitelijk iets doet, bijvoorbeeld een bijeenkomst bijwonen, wilt u dit benoemen?
 - Wat heeft de persoon of organisatie gedaan?
 - Welke kenmerken had(den) deze persoon of organisatie?
 - Hoe is deze persoon of organisatie gevonden en benaderd?
 - *Inzet van symbolen zoals een 'sterk merk', logo, motto*
 - Waarom is dit symbool gekozen?
 - Welke kenmerken had het symbool?
 - Geen van deze activiteiten
- c) Heeft uw organisatie activiteiten ingezet die gericht waren op (behoud van) verandering?:
 Kies uit de volgende opties, er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
 Aanvullend ontvangen we graag documenten over het gebruikte materiaal van uw organisatie. Wanneer u *niet* over aanvullende documenten beschikt, wilt u dan per activiteit in de antwoordbox achter de door u gekozen activiteit beschrijven wat deze inhoudt?
- *Intercollegiaal contact/intervisie*
 - *Communicatie met individuen en organisaties betrokken bij de organisatie, waaronder burgers/patiënten*
 - *Patiëntgerichte activiteiten (keuzehulp om patiënten te betrekken bij beslissingen, actief betrekken van de patiënt bij de zorgverlening)*
 - *Informatiemateriaal voor burgers/patiënten*
 - *Gerichte vaardigheidstraining en coachen op maat*
 - Wat was de duur van de vaardigheidstraining en coaching en hoe vaak heeft dit plaatsgevonden?
 - Wat waren de functies (zoals verpleegkundige of arts) van de deelnemers?
 - *Persoonlijk contact voor vaardigheidstraining (praktijkbezoek (instructie in de praktijk door getrainde personen))*
 - Wat was de duur van het persoonlijk contact en hoe vaak heeft dit plaatsgevonden?
 - Wat waren de functies (zoals verpleegkundige of arts) van de deelnemers?
 - *Beslissingsondersteuning (beslisbomen) om tot keuzes te komen bij beslissingen in de praktijk*
 - *Helpdesk (voor veelgestelde vragen) inrichten*
 - *Inzet ondersteunende materialen: handboek, handleidingen etc.*
 - *Monitoring van het handelen door de professionals*

- *Terugkoppeling op basis van registratie/metingen, feedback en reminders* (geautomatiseerde of persoonlijke meting)
- *Zorgen voor voldoende middelen (financieel en materiaal)*
- *Betrokkenheid en steun van management*
- *Aandacht voor de organisatiecultuur* (verandering in de wijze van leidinggeven of de gedeelde normen en waarden in een organisatie)
- *Aanpassing van professionele rollen* (verandering in taken en verantwoordelijkheden van professionals)
- *Verandering in teams* (verandering in structuur of functioneren van teams om een bepaalde verandering te bevorderen)
- *Herontwerp en standaardisering van werkprocessen* (verandering in de structuur en uitwerking van aanbevelingen of voorschriften voor werkprocessen)
- *Richtlijn onderdeel maken van (organisatie) beleid*
- *Beïnvloeding van de maatschappelijke agenda* (activiteiten om bepaalde thema's hoger op de agenda van maatschappij, beleidsmakers en politiek te krijgen)
- *Beloning/vergoeding/prijs voor professional*
- *Inbouwen in contractuele afspraken (budget, vergoeding)*
- *Cijfers over prestaties publiek maken*
- *Meetingen naar kwaliteitskeurmerk van verzekeraars*
- *Wet- en regelgeving* (realisering van veranderingen via wet- en regelgeving, zoals veranderingen in medische aansprakelijkheid, accreditering en vergunningen)
- Geen van deze activiteiten

d) Heeft uw organisatie nog andere activiteiten middelen, tools, en kanalen ingezet?

- Nee
- Ja, namelijk

Zou u gebruikt materiaal als bijlage willen toevoegen, zodat we er in het kader van dit onderzoek van kunnen leren?

Onderbouwing keuze implementatieactiviteit(en)

6. Had uw organisatie een specifieke reden om voor de gekozen implementatieactiviteit(en) te kiezen?

- Nee
- Ja

Kies uit de volgende opties, meerdere antwoorden mogelijk.

- Op basis van theorie over implementeren, namelijk:
 - Grol en Wensing, Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg
 - Intervention mapping
 - HARING tool
 - Anders, namelijk.....
- Op basis van expertise en voorbeelden van anderen
Kunt u toelichten welke voorbeelden?
- Op basis van belemmerende en bevorderende factoren m.b.t. de implementatie van de richtlijn.

Kies uit de volgende opties, meerdere antwoorden mogelijk. We hebben de factoren in kaart gebracht:

- Bij professionals
- Bij patiënten
- Bij teams, in zorgprocessen
- In organisatorische context (staf, middelen, cultuur, leiders, etc.)
- In politieke, economische, juridische context
- Op basis van de fase van het veranderproces, namelijk
- Andere reden, namelijk

7. Is er tijdens de keuze voor de implementatiestrategie overleg of samenwerking geweest met reeds bestaande netwerken van uw organisatie?

- Ja

- Kunt u toelichten op welke manier?
 - Nee
 - Kunt u toelichten waarom niet?
- 8. Heeft uw organisatie vooraf aan het toepassen van de implementatieactiviteit een implementatieplan geschreven?
 - Ja
 - Zou u dit plan als bijlage willen toevoegen, zodat we er in het kader van dit onderzoek van kunnen leren?
 - Nee
- 9. Is er binnen uw organisatie een document opgesteld met daarin een beschrijving van de gebruikte implementatieactiviteit?
 - Ja
 - Zou u dit document als bijlage willen toevoegen, zodat we er in het kader van dit onderzoek van kunnen leren?
 - Nee

Uitkomst en beïnvloedende factoren van de implementatieactiviteiten:

- 10. Weet uw organisatie wat het effect was van de toegepaste implementatieactiviteit(en)?
 - a. Ja
 - Heeft u gewerkt met een evaluatieplan om de uitkomst van de toegepaste implementatie activiteit(en) te meten?
 - Ja
 - Zou u dit plan als bijlage willen toevoegen, zodat we er in het kader van dit onderzoek van kunnen leren?
 - Nee
 - Nee
 - Bent u voornemens om dit in de toekomst te verkrijgen?
 - Ja
 - Nee
- 11. Heeft uw organisatie vooraf nagedacht over de **gewenste** uitkomst van de toegepaste implementatieactiviteit(en)?
 - b. Ja
 - Wat was de **gewenste** uitkomst? Beschrijf deze voor:
 - De patiënt (m.b.t. de gezondheid en gezondheidsrisico's)
 - De professional (m.b.t. de arbeidsomstandigheden, bijvoorbeeld de doelmatigheid en efficiëntie van het werk en/of werkplezier)
 - c. Nee
- 12. Is de **gewenste** uitkomst bereikt?
 - Ja
 - Wat waren volgens u succesfactoren?
 - Wat waren volgens u belemmerende factoren?
 - Nee
 - Wat waren volgens u succesfactoren?
 - Wat waren volgens u belemmerende factoren?
- 13. Wat was de uitkomst van de toegepaste implementatieactiviteit(en)? Beschrijf:
 - De uitkomst voor de patiënt (m.b.t. de gezondheid en gezondheidsrisico's)
 - De uitkomst voor de professional (m.b.t. de arbeidsomstandigheden, bijvoorbeeld de doelmatigheid en efficiëntie van het werk en/of werkplezier)
 - Welk percentage van de professionals van uw organisatie heeft deelgenomen aan de implementatieactiviteit(en)?
 - Welk percentage van de professionals is op de hoogte van de geïmplementeerde richtlijn?

- Welk percentage van de professionals werkt volgens de geïmplementeerde richtlijn?
- Hoeveel tijd is er verstreken tussen de implementatie van de richtlijn en de gemeten uitkomsten?
- Overig

14. Hoe zorgt uw organisatie voor borging van de implementatie op lange termijn?

15. Waren patiënten betrokken bij de implementatie en/of hebben patiënten inbreng gehad bij de evaluatie van de uitvoering van de zorg in de praktijk?

- Ja, namelijk:
 - Betrokken bij implementatie
 - Inbreng bij evaluatie
 - Betrokken bij implementatie en evaluatie
- Nee

16. Hebben politieke, organisatorische, geografische, sociale en economische klimaten invloed (gehad) op uw implementatieactiviteit?

- Ja
Kunt u toelichten op welke wijze?
- Nee
- Onbekend

17. Heeft u inzicht in welke middelen nodig zijn voor het toepassen van de implementatieactiviteit?

- Ja, namelijk
- Nee

18. Heeft u inzicht in welke middelen nodig zijn om de implementatie over langere tijd te behouden?

- Ja, namelijk
- Nee

19. Heeft u inzicht in de kosteneffectiviteit van de implementatieactiviteit?

- d. Ja
 - De implementatie is kosteneffectief
 - De implementatie is *niet* kosteneffectief
 Kunt u toelichten hoe u dit inzicht verkregen heeft?
- e. Nee

Toepassing implementatieactiviteit in andere context:

Voor ons is het belangrijk om te weten of de implementatieactiviteiten die uw organisatie toegepast heeft, ook voor andere organisaties interessant en toepasbaar zijn.

20. Is uw implementatieactiviteit ook al toegepast door andere organisaties?

- Ja
Was er een aanpassing van de implementatieactiviteit noodzakelijk?
 - Ja
Kunt u toelichten welke aanpassingen?
 - Nee
- Nee
- Onbekend

21. Is er bewijs dat de implementatieactiviteit effectief is bij de andere organisaties?

- Ja
Kunt u toelichten hoe dit bewijs verkregen is?
In welke setting(en) is de implementatieactiviteit effectief gebleken?
- Nee
- Onbekend

Wij willen u vragen de volgende vragen in te vullen m.b.t. implementatie in het algemeen.

In het vervolg van de vragenlijst hanteren we voor de leesbaarheid de term richtlijn waarmee we kwaliteitsstandaard, zorgstandaard en richtlijn bedoelen.

Implementatie algemeen:

22. Vindt u het een taak van uw organisatie om een rol te hebben in de implementatie van richtlijnen?
- ☐ Ja
Kunt u toelichten waarom?
 - ☐ Nee
Kunt u toelichten waarom?
23. Maakt implementatie van richtlijnen deel uit van het kwaliteitsbeleid van uw organisatie?
- ☐ Ja
Kunt u toelichten waarom en op welke manier?
 - ☐ Nee
Kunt u toelichten waarom?
24. Zijn er binnen uw organisatie specifieke collega's die zich bezighouden met de implementatie van richtlijnen?
- ☐ Ja
Kunt u toelichten wie en hoe?
 - ☐ Nee
25. Wat is voor dit onderzoek nog meer van belang om te weten over het implementatiebeleid van uw organisatie?
26. Welke tips heeft u op het gebied van implementatie (bijvoorbeeld m.b.t. het selecteren en toepassen van implementatieactiviteiten) voor collega-organisaties?

De-implementatie:

27. Heeft uw organisatie activiteiten ingezet om onnodige handelingen, zoals bijvoorbeeld beschreven in de 'beter laten lijst', weg te laten in de dagelijkse praktijk (**de**-implementatie genoemd)?
- ☐ Ja
Welke activiteiten, middelen, tools, websites en kanalen zijn hierbij ingezet?
 - ☐ Nee
28. Is er binnen uw organisatie een document opgesteld met daarin een beschrijving van de gebruikte **de**-implementatieactiviteit(en)?
- ☐ Ja
Zou u dit document als bijlage willen toevoegen, zodat we er in het kader van dit onderzoek van kunnen leren?
 - ☐ Nee
29. Maakt **de**-implementatie deel uit van het kwaliteitsbeleid van uw organisatie?
- ☐ Ja
Kunt u toelichten waarom en hoe?
 - ☐ Nee
Kunt u toelichten waarom?

Eigen inbreng:

30. Wij informeren uw organisatie graag over de resultaten van dit onderzoek. Hoe zou u de resultaten terug willen zien?

BIJLAGE 2.3: ENGELSTALIGE VRAGENLIJST

Welcome to the study into the implementation of quality standards

Dear participant,

This questionnaire aims to reveal inspiring examples regarding the facilitation of (de-)implementation of quality standards in order to see if a professional nursing association could play a role in this. For that reason, we would like to know which activities, resources, tools, websites and channels your organisation has been using for the implementation of nursing, medical or multidisciplinary quality standards, such as a guideline.

For the purpose of this study, it is important for you to clarify your answers. You do not have to complete the questionnaire in one session. To take a break and resume later, please save your answers before you exit the screen, for they are not automatically stored. To save your answers, please tick the 'Resume later' box. You will then be asked to enter a name and password combination and receive an email containing the data that you need to re-open the (partially) completed questionnaire to continue. You cannot return to your previous answers.

The deadline for the questionnaire is by the 21th of December at the latest.

The entire questionnaire comprises 29 questions (see the version in Word attached to the invitation email). *Depending on your organisation's implementation activities, the completion of the questionnaire can take up to 30 minutes on average.* If your organisation has not played any role whatsoever in the implementation of quality standards, we would still very much appreciate you answering the associated questions and returning the questionnaire.

Thank you in advance for your help with our study.

Kind regards,
The research team,
Dr. Annelies Wassenaar
Dr. Anke Persoon

For any questions, please contact:

Questionnaire:

General questions:

1. What is the name of your organisation?.....
2. How many staff are working at your organisation?.....
3. What is the target group for your organisation?.....
4. Has your organisation played a role in the implementation of a nursing, medical or multidisciplinary quality standard, care standard or guideline over the past few years?
 - ☐ Yes
 - ☐ NoWhy not? Could you please clarify?.....

We would like you to complete the questionnaire on the basis of the activities that your organisation has used to implement one specific quality standard, care standard or guideline. This may be an example that makes you proud or that you would like to share with colleagues for any other reason.

Please tick one of the following options and specify the example of your choice:

- ☐ Quality standard, namely.....
- ☐ Care standard, namely.....
- ☐ Guideline, namely.....
- ☐ Other, namely.....

We would like you to complete the following questions solely on the basis of this example.

For the purpose of the readability of the questionnaire, we will use the umbrella term 'guideline' from now on, whether your example concerns a quality standard, care standard or guideline.

Implementation activities:

5. This question is about which implementation activities your organisation has deployed to facilitate the use of the guideline in daily practice.

e) **Has your organisation deployed any activities focused on the introduction and dissemination of the guideline?**

Please tick one or more of the following options.

In relation to your answer(s), we would like to receive any documents on the materials your organisation used. If such documents are *not* available, could you please describe each activity?

- ☐ *Web page.....*
- ☐ *Social media, such as Twitter, LinkedIn, Facebook, etc.*
- ☐ *Radio.....*
- ☐ *TV.....*
- ☐ *Newspaper*
- ☐ *Flyers, leaflets, brochures.....*
- ☐ *Newsletter.....*
- ☐ *Article in a professional journal or public magazine.....*
- ☐ *E-mail.....*
- ☐ *Conference, convention, symposium, lecture.....*
 - What was the duration of this meeting?.....
 - How many attended and what were their professional roles? (E.g. 2 nurses, 3 healthcare assistants, 1 manager)?.....
- ☐ *Schooling sessions, such as presentations or workshops.....*
 - What were the duration and frequency of these sessions?

- How many attended and what were their professional roles? (E.g. 2 nurses, 3 healthcare assistants, 1 manager)?.....
 - *Individual meeting(s).....*
 - What were the duration and frequency of the personal meeting(s)?.....
 - None of these activities
- f) Has your organisation deployed any activities focused on know-how and attitude?
Please tick one or more of the following options.
In relation to your answer(s), we would like to receive any documents on the materials your organisation used. If such documents are *not* available, could you please describe each activity?
- *Translation of the guideline's essence into daily practice.....*
 - *Informative and instructional materials* (printed reference materials).....
 - *Self-study or assessment by eLearning* (through the Internet or an app).....
 - How much time was required to complete this eLearning?.....
 - *Peer assessment and feedback.....*
 - What was the frequency of the assessment and feedback sessions?.....
 - *Opportunity for the individual professionals to provide input to enhance support.....*
 - *Demonstration of the guideline's success by colleagues.....*
 - *Deployment of persons or organisations that were expected to have a positive influence on staff's attitude (think of individuals with titles like, for instance, 'champion, opinion leader, key figure, role model, and public figure').....*
 - If the motivator has taken any actual action, such as attending a meeting, could you please provide more information?.....
 - What did the person or organisation do?.....
 - What are the characteristics of this person or organisation?.....
 - How was this person or organisation found and approached?.....
 - *Deployment of symbols such as a strong brand, logo, slogan.....*
 - What was the reason behind choosing this symbol?
 - What characteristics were associated with this symbol?.....
 - None of these activities
- g) Has your organisation deployed any activities focused on (the retention of) changes?
Please tick one or more of the following options.
In relation to your answer(s), we would like to receive any documents on the materials your organisation used. If such documents are *not* available, could you please describe each activity?
- *Peer contact/support sessions.....*
 - *Communication with associated individuals and organisations, including the public/patients.....*
 - *Patient-focused activities* (decision aid to involve patients, actively involving patients in the care they receive).....
 - *Informative materials for the public/patients.....*
 - *Specific skills training and customised coaching.....*
 - What was the duration of this skills training?.....
 - How many received training and what were their professional roles? (E.g. 2 nurses, 3 healthcare assistants, 1 manager)?.....
 - *Personal contact for skills training* (on-site instructions by a trainer).....
 - What was the duration of this skills training?.....
 - How many received training and what were their professional roles? (E.g. 2 nurses, 3 healthcare assistants, 1 manager)?.....
 - *Decision support (decision trees) in daily practice.....*
 - *Helpdesk* (for frequently asked questions).....
 - *Supportive materials: reference book, instructions, etc.*
 - *Monitoring of professionals' interventions.....*

- *Feedback based on registration/measurements, evaluation and reminders* (automated or personal measurements).....
- *Ensuring adequate (financial and material) resources*.....
- *Management's involvement and support*.....
- *Eye for the organisation's culture* (changes in management style or the shared standards and values in an organisation).....
- *Adaptation of professional roles* (changes in professionals' duties and responsibilities).....
- *Team changes* (changes in team structures or performance to enhance a certain change).....
- *Redesign and standardisation of work processes* (changes in the structure and implementation of recommendations or regulations).....
- *Inclusion of the guideline in (organisational) policy*.....
- *Exercise of influence on the social agenda* (activities to raise certain topics on the agenda of society, policymakers and politics).....
- *Reward/remuneration/prize for professionals*.....
- *Embedding in contractual agreements (budget, remuneration)*.....
- *Publication of performance figures*.....
- *Application for a quality mark awarded by insurers*.....
- *Legislation* (realisation of changes through law and regulations, such as changes in medical liability, accreditation and licences).....
- None of these activities

h) Has your organisation deployed any other activities, resources, tools or channels?

- No
- Yes, namely.....

Would you please enclose the materials used, for study purposes?.....

Rationale behind the chosen implementation activities

6. Did your organisation have a specific reason to opt for the chosen implementation activities?

- No
- Yes

Please tick one or more of the following options.

- Based on theory of implementation, namely:.....
- Based on others' expertise and examples
Could you please clarify these examples?.....
- Based on both hampering and promoting factors with regards to the implementation of the guideline.

Please tick one or more of the following options. We have mapped out the factors at play

- among professionals
- among patients
- in teams/care processes
- in the organisational context (staff, resources, culture, leaders, etc.)
- In political, economic & legal contexts
- Based on the stage of the change process, namely:.....
- For another reason, namely:.....

7. When making the decision on the implementation strategy, was there any consultation or collaboration with networks already existing in your organisation?

- Yes
How? Could you please clarify?.....
- No
Why not? Could you please clarify?.....

8. Was the deployment of the implementation activities preceded by a written implementation plan?

- Yes
Would you please enclose this plan, for study purposes?.....
- No

9. Was a document drafted within your organisation, describing the implementation activities deployed?
- ☐ Yes
Would you please enclose this document, for study purposes?.....
 - ☐ No

Effect of the implementation activities:

10. Does your organisation know the effect of the deployed implementation activities?
- a. Yes
Did you work with an evaluation plan to measure the outcome of the implementation activities?
 - ☐ Yes
Would you please enclose this plan, for study purposes?.....
 - ☐ No
 - ☐ No
Are you planning to measure the effect?
 - ☐ Yes
 - ☐ No
11. Before deploying the implementation activities, did your organisation think about the **desired** outcome?
- b. Yes
What was the **desired** outcome? Please describe this for:
 - The patients (in terms of their health and health risks).....
 - The professionals (in terms of their work conditions, e.g. the effectiveness and efficiency of their work or work satisfaction).....
 - c. No
12. Was this **desired** outcome reached?
- ☐ Yes
What do you believe were the facilitators?.....
What do you believe were the barriers?.....
 - ☐ No
What do you believe were the facilitators?.....
What do you believe were the barriers?.....
13. What was the outcome of the implementation activities? Please describe:
- The outcome for the patients (in terms of their health and possible risks).....
 - The professionals (in terms of their work conditions, e.g. the effectiveness and efficiency of their work or work satisfaction)....
 - What percentage of the professionals in your organisation participated in the implementation activities?.....
 - What percentage of the professionals are aware of the implemented guideline?.....
 - What percentage of the professionals are working according to the implemented guideline?.....
 - How much time has passed since the implementation of the guideline and the outcomes were measured?.....
 - Other.....
14. How will your organisation maintain the implementation in the long term?.....
15. Were patients involved in the implementation or did they have a voice in the evaluation of the care provided?
- ☐ Yes, namely.....
 - ☐ Involved in the implementation
 - ☐ Gave feedback in the evaluation
 - ☐ Involved in both the implementation and evaluation
 - ☐ No

16. Did the political, organisational, geographical, social or economic climate influence your implementation activities?

- ☐ Yes
How? Could you please clarify?.....
- ☐ No
- ☐ Unknown

17. Do you have insight into the resources required to deploy the implementation activities?

- ☐ Yes, namely.....
- ☐ No

18. Do you have insight into the resources required to retain your implementation in the long term?

- ☐ Yes, namely.....
- ☐ No

19. Do you have insight into the cost-effectiveness of the implementation activities?

- d. Yes
 - ☐ The implementation has been cost-effective
 - ☐ The implementation has *not* been cost-effectiveHow did you acquire this insight? Could you please clarify?.....
- e. No

Deployment of the implementation activities in different contexts:

It is important for us to know whether the implementation activities deployed in your organisation might also be of interest to and applicable within other organisations.

20. Have your implementation activities also been applied by one or more other organisations?

- ☐ Yes
Was it necessary to modify or adapt the implementation activities?
 - ☐ Yes
In what way? Could you please clarify?.....
 - ☐ No
- ☐ No
- ☐ Unknown

21. Is there any evidence of the implementation activities being effective in other organisation(s)?

- ☐ Yes
Could you please clarify how this evidence was acquired?.....
In which setting(s) has the implementation activity proved to be effective?.....
- ☐ No
- ☐ Unknown

We will now ask you to answer the following questions about implementation in general.

For the purpose of the readability of the questionnaire, we will use the umbrella term 'guideline' from now on, whether it concerns a quality standard, care standard or guideline.

Implementation in general:

22. Do you believe that your organisation should have a role in the implementation of guidelines for nursing and care?

- ☐ Yes
Why? Could you please clarify?.....
- ☐ No
Why not? Could you please clarify?.....

23. Is the implementation of guidelines part of your organisation's quality policy?

- Yes
Why and how? Could you please clarify?.....
 - No
Why not? Could you please clarify?.....
24. Do any specific colleagues within your organisation focus on or oversee the implementation of guidelines?
- Yes
Who and how? Could you please clarify?.....
 - f. No
25. What other information about your organisation's implementation policy might be important to this study?.....
26. What advice would you like to share with fellow organisations when it comes to implementation (with regards to the selection and deployment of implementation activities, for instance)?.....

De-implementation:

27. Has your organisation deployed any activities to delete unnecessary practices from the daily practice (referred to as **de-implementation**)?
- Yes
What activities, resources, tools, websites and channels were deployed to do so?.....
 - No
28. Was a document drafted within your organisation, describing the **de-implementation** activity deployed?
- Yes
Would you please enclose this document, for study purposes?.....
 - No
29. Is **de-implementation** part of your organisation's quality policy?
- Yes
Why and how? Could you please clarify?.....
 - No
Why not? Could you please clarify?.....

Personal preference:

30. Would your organisation like to be informed of the study results?
- a. Yes
In what form or shape would you like us to publish them?.....
 - b. No

Closing statement/thank you

Dear participant,

We would like to thank you and your organisation for your participation in this study about the implementation of quality standards.

The results will be processed during the winter months.
You may expect the results to be published and distributed in April 2019.

With kind regards,
The research team,
Dr Annelies Wassenaar
Dr Anke Persoon

For any questions, please contact:

3 Literatuurstudie implementatiestrategieën

Werkpakket 3

Projectgroep

Dr. Erwin Ista, projectleider WP3

Denise Spoon MSc, onderzoeker

T. Rietbergen MSc

Dr. L.van Bodegom-Vos

3.1 Inleiding

Van verpleegkundigen en verzorgenden (V&V) wordt verwacht dat zij evidence based werken. Om hen hierbij te ondersteunen worden kwaliteitsstandaarden ontwikkeld. Deze kwaliteitsstandaarden (richtlijnen) bevatten aanbevelingen voor het uitvoeren evidence based interventies.

Uit een systematische review over de implementatie van medische richtlijnen blijkt dat interactieve scholing, klinische herinneringssysteem en samengestelde implementatiestrategieën effectief zijn.(9) In aanvulling, Thompson et al. (10) toont aan in een review dat scholing de meest gebruikte manier is om evidence based verpleegkundige interventies te implementeren, maar dat dit op zichzelf niet effectief is. Dit wordt ondersteund door een recente review naar de implementatie van verpleegkundige richtlijnen m.b.v. scholing (11). Scholingen kunnen bijdragen aan implementatie van verpleegkundige richtlijnen, maar dit zou moeten gaan met andere interventies (11). Een ander recent review van Diehl concludeerde dat het effect van samengestelde strategieën (zoals: verspreiden van lesmateriaal, trainingsbijeenkomsten, audit en feedback) en concludeerde dat het bewijs niet eenduidig was (12). Het is echter nog onvoldoende duidelijk welke strategieën kunnen worden ingezet om richtlijnen effectief te implementeren in de dagelijkse praktijk van V&V.

3.1.1 Doelstelling

Het doel van dit systematisch literatuuronderzoek is om inzicht te krijgen in welke implementatiestrategieën ertoe bijdragen dat richtlijnen verspreid worden en dat verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundige specialisten evidence based interventies (beschreven in richtlijnen) toepassen in de praktijk.

3.2 Methode

3.2.1 Zoekstrategie review

De volgende databases zijn doorzocht om studies te vinden die rapporteren over effectieve strategieën om onnodige zorg in de verpleegkundige praktijk te verminderen: PUBMED, EMBASE, EMCARE, CINAHL, PsychINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials, ISI Web of knowledge and Google scholar (augustus 2018). Er zijn hierbij verder geen zoekfilters gebruikt. Er is ook een referentiescreening van de gevonden artikelen uitgevoerd om nog meer geschikte artikelen te kunnen vinden. De zoekstrategie en de referentiescreening is uitgevoerd onder leiding van een informatiespecialist van de medische bibliotheek van het Erasmus MC.

Twee onderzoekers (DS, TR, of EI) hebben onafhankelijk van elkaar de titels en samenvattingen van de gevonden artikelen beoordeeld, gevolgd door de fulltexten. In het geval van discrepantie in het oordeel van de twee onderzoekers, is een derde onderzoeker geraadpleegd (DS, TR, of EI).

De inclusiecriteria:

- Type studies: randomized controlled trials (RCT), cluster randomized trials (Cluster RCT), quasi-randomized controlled trials, non-randomized controlled trials, controlled before and after studies, interrupted time series studies en uncontrolled before-after studies.
- Instelling: ziekenhuizen, verpleeghuizen, instellingen voor langdurige zorg en gemeenschapsinstellingen.

- Implementatie strategieën: alle strategieën die gericht zijn op het implementeren van een richtlijn door verzorgenden en verpleegkundigen zoals educatieve interventies, audit en feedback, lokale klinische leider, patiëntgerichte interventies, publieke weergave van prestatiegegevens en financiële interventies.
- De studies beschrijven het effect van de implementatie van een verpleegkundige richtlijn op het niveau van structuur, proces of uitkomst indicatoren

Exclusiecriteria:

- studie dit niet duidelijk een disseminatie- en/of implementatiestrategie beschrijven.
- cohortstudies, congresabstracts en reviews.

3.2.2 Data extractie:

De data zijn geëxtraheerd door één onderzoeker (DS) met behulp van een gestandaardiseerd dataextractie formulier. Deze data-extractie werd vervolgens gecontroleerd door een tweede onderzoeker (TR, of EI). Eventuele discrepanties zijn besproken.

De gebruikte de-implementatie strategieën van de gevonden studies zijn ingedeeld aan de hand van de EPOC Taxonomy.

De kwaliteit van de studies met een aparte controlegroep (gerandomiseerde studies en gecontroleerde voor/na studies) werd beoordeeld m.b.v. de risk of bias tool van Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). De kwaliteit van de studies zonder controlegroep, werd beoordeeld met behulp van de Newcastle-Ottawa Scale (NOS) voor cohortstudies.

3.2.3 Data-synthese

Allereerst zal een beschrijving worden gemaakt van alle geïnccludeerde studies en de gevonden disseminatie- en implementatiestrategieën volgens de EPOC classificatie. Deze zullen in een tabel worden gepresenteerd in en worden ingedeeld naar doelpopulatie (verpleegkundige, verzorgende en verpleegkundig specialist) en zorgdomein.

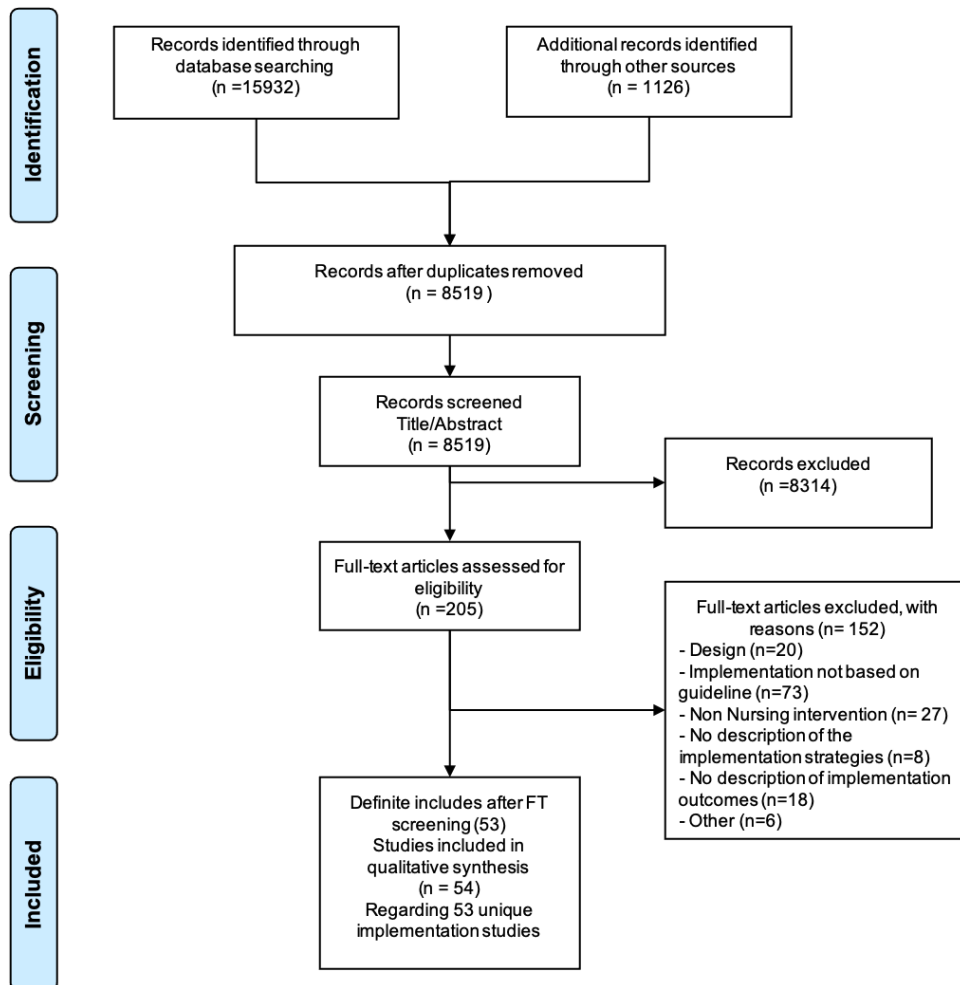
Om te beoordelen of beter-doen-handelingen succesvol in de praktijk werden geïmplementeerd, zijn de studies op twee manieren beoordeeld:

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

3.3 Resultaten

3.3.1 Inclusie

Na het uitvoeren van de zoekstrategie in de verschillende databases werden er na ontdebellen 8519 artikelen gevonden waarvan de titel en samenvattingen werden beoordeeld (zie figuur 3.1). Na deze screening, werden 8314 artikelen geëxcludeerd, en de over gebleven 205 artikelen werden beoordeeld op basis van de volledige artikel tekst. Uiteindelijk werden in deze review 54 artikelen geïnccludeerd, die 53 unieke implementatiestudies beschreven.



Figuur 1 Flowchart

Tabel 3.1 Study characteristics broken down by guideline topic

Author, Year	Country	Design	Setting, Single/Multi centre	Guideline topic
Van den Boogaard, 2009	Netherlands	Before-After	Hospital - Intensive Care Unit (PICU and Intensive Care Unit) in a tertiary hospital , Single centre	Agitation - Delirium
Trogrlic, 2019	Netherlands	Before-After	Hospital - Intensive Care Units in 1University Medical Centre and five community hospitals, Multi centre	Agitation - Delirium
Pun, 2005	USA	Before-After	Hospital - Intensive Care Unit wards of the Vanderbilt University Medical Centre in Nashville and the Veterans Administration Tennessee Valley Healthcare System- York Campus, Multi centre	Agitation - Delirium and sedation
Edwards, 2007	Canada	Before-After	Hospital and nursing homes - 7 hospitals + 2 home visiting nursing service organisations and one public health unit, Multi centre	Combination of multiple guidelines - Asthma, breastfeeding, delirium-dementia-depression, smoking cessation, venous leg ulcers, diabetes
Van Gaal (a,b), 2011	Netherlands	Cluster Randomized Controlled Trial	Hospital and nursing homes - 1 university hospital. 2 large teaching hospitals, one small hospital and 6 nursing homes. 10 hospital wards + 10 Nursing home wards, Multi centre	Combination of multiple guidelines - Pressure ulcer, urinary tract infection and falls
Ames, 2011	USA	Before-After	Hospital - 4 different critical care units, Multi centre	Infection prevention - Prevention of VAP
Seto, 1991	China	Before-After	Hospital - 6 wards, 3 male, 3 female, Single centre	Infection prevention - Catheter associated urinary tract infections
Huis, 2013	Netherlands	Cluster Randomized Controlled Trial	Hospital - 3 hospitals in the Netherlands, Multi centre	Infection prevention - hand hygiene
Rao, 2009	United Kingdom	Cluster Randomized Controlled Trial	Nursing home - 12 nursing homes in and surrounding south London , Multi centre	Infection prevention - Hand hygiene, environmental and disposal hygiene.
Zhu, 2018	China	Before-After	Hospital - Shanghai Public Health Clinical Centre, Single centre	Infection prevention - Non-pharmacological fever management in HIV patients
Cabilan, 2014	Australia	Before-After	Hospital, Single centre	Infection prevention - Peripheral cannula infections
Frigerio, 2012	Italy	Before-After	Hospital - 6 Orthopaedic Surgery, 2 Traumatology, 1 Neurosurgery, 1 Neurology, 1 General Surgery, 2 General Medicine, Single centre	Infection prevention - Peripheral venous catheter management
Gomarverdi , 2019	Iran	Cluster Randomized Controlled Trial	Hospital -Intensive Care Unit wards in two different hospitals, Multi centre	Infection prevention - Standard precautions in Intensive Care Units
Abraham , 2019	Germany	Cluster Randomized Controlled Trial	Nursing home - 120 nursing homes, Multi centre	Mobility - physical restraint use
Ward, 2010	Australia	Cluster Randomized Controlled Trial	Nursing home - residential aged care facilities with at least 20 beds, 88 facilities included, Multi centre	Mobility - Preventing falls

Author, Year	Country	Design	Setting, Single/Multi centre	Guideline topic
Köpke, 2012	Germany	Cluster Randomized Controlled Trial	Nursing homes, 36 in total, Multi centre	Mobility - Use of physical restraints
Lockwood, 2018	Australia	Before-After	Hospital - Two private hospitals in a regional area, Multi centre	Mobility - Venous - thromboembolism prevention programme
Törmä, 2014	Sweden	Controlled Before-After	Nursing homes - 4, Multi centre	Nutritional
Cahill, 2014	Canada / USA	Before-After	Hospital - 5 participating Intensive Care Unit's (one divided in 3 units) in Canada and the USA. In non- and teaching hospitals, Multi centre	Nutritional - Enteral nutrition in the Intensive Care Unit
Johnson, 2017	United Kingdom	Before-After	Hospital - tertiary neonatal intensive care unit, Single centre	Nutritional - improve nutrition and growth of preterm infants in neonatal intensive care.
Giugliani, 2010	Angola	Before-After	Hospital - Therapeutic feeding centre, consists of a separate ward for severely malnourished children only, Single centre	Nutritional - Malnutrition care in rural Africa
Lopez, 2004	China	Before-After	Hospital - Tertiary care teaching hospital, Single centre	Nutritional - nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients.
De Visschere, 2012	Belgium	Cluster Randomized Controlled Trial	Nursing homes - In Flanders Belgium, Multi centre	Oral care
Van der Putten, 2013	Netherlands	Cluster Randomized Controlled Trial	Nursing homes - Within 100km radius of the centre of the Netherlands, Multi centre	Oral care
Lozano, 2004	USA	Cluster Randomized Controlled Trial	Primary care paediatric practices, Multi centre	Other - Asthma treatment
Clark, 2001	United Kingdom	Before-After	Hospital - a large teaching hospital , Single centre	Other - Blood transfusion
Tian, 2017	Belgium	Before-After	Hospital, Single centre	Other - Cancer related fatigue
Van Lieshout, 2016	Netherlands	Cluster Randomized Controlled Trial	General Practices, Multi centre	Other - Cardiovascular risk management in general practices
Downey, 2015	Australia	Before-After	Hospital - A 18 bed Head, neck and lung medical oncology ward, Single centre	Other - Crushing medication in case of Tube feeding only
Sipila, 2008	Finland	Before-After	General practices - 31 in total, Multi centre	Other - Early detection, prevention and treatment of CVD (Cardiovascular disease)
Snelgrove-Clarke, 2015	Canada	RCT	Hospital - University affiliated teaching hospital in Atlantic, Single centre	Other - Foetal Health Surveillance
Featherston, 2018	USA	Before-After	Community mental health centre, Single centre	Other - Paediatric mental health care
Jagt-van Kampen, 2015	Netherlands	Before-After	Hospital - Academic children's hospital, Single centre	Other - Paediatric palliative care
Duff, 2013	Australia	Before-After	Hospital - a 250-bed magnet designated private hospital, Single centre	Other - Prevention of venous thromboembolism

Author, Year	Country	Design	Setting, Single/Multi centre	Guideline topic
Vander Weg, 2017	USA	Before-After	Hospital - General medical units of four US Department of Veterans Affairs hospitals, Multi centre	Other - Smoking cessation
Reynolds, 2016	USA	Before-After	Hospital - Neuro critical care unit , Single centre	Other - Stroke care
Cheater, 2006	United Kingdom	Cluster Randomized Controlled Trial	Family practice, Multi centre	Other - Urinary incontinence
Sawas, 2014	Australia	Before-After	Nursing home - Residential aged care facilities across three Australian states, Multi centre	Pain - Australian Pain Society
Dulko, 2010	USA	Before-After	Hospital, Single centre	Pain - Cancer related
Choi, 2014	South-Korea	Before-After	Hospital - A university affiliated tertiary hospital , Single centre	Pain - Cancer related
Kingsnorth, 2015	Canada	Before-After	Hospital - a large academic paediatric rehabilitation hospital, Single centre	Pain - Paediatric pain
Habich, 2012	USA	Before-After	Hospital - Paediatric Intensive Care Unit at a community hospital located in a suburb of Chicago, IL, Single centre	Pain - Paediatric pain assessment and management guidelines
Bale, 2004	USA	Before-After	Nursing homes - 6, Multi centre	Skin care
Harrison, 2005	Canada	Before-After	Home care - The Ottawa Community Care Access Centre, an eastern Ontario home care-authority, Multi centre	Skin care - Leg ulcers
De Laat, 2006	Netherlands	Before-After	University hospital, Single centre	Skin care - pressure ulcer
Paquay, 2010	Belgium	Before-After	Home care - 5 participating home nursing agencies, Multi centre	Skin care - pressure ulcer
De Laat, 2007	Netherlands	Other	Hospital - Critical care unit in an academic hospital, Single centre	Skin care - pressure ulcer
Beeckman, 2013	Belgium	Cluster Randomized Controlled Trial	Nursing home - 11 wards, Multi centre	Skin care - pressure ulcer care
Koh, 2018	Singapore	Before-After	Hospital - Two orthopaedic wards, Single centre	Skin care - pressure ulcer prevention
Rosen, 2006	USA	Before-After	Nursing home , Single centre	Skin care - pressure ulcer prevention
Lopez, 2011	Australia	Before-After	Hospital - Australian Capital Territory hospitals, Single centre	Skin care - Skin tears
Jolliffe, 2019	Australia	Before-After	Other - Inpatient Rehabilitation setting, Single centre	Stroke care
Bjartmarz, 2017	Iceland	Before-After	Hospital - Neurology and rehabilitation ward in university hospital, Single centre	Stroke care

3.3.2 Studiekarakteristieken

Vijftien studies waren een controlled before-after studie, RCT of cluster RCT-ontwerp; 37 studies (71,2%) hadden een uncontrolled before-after design. De meeste studies werden uitgevoerd in westerse landen (VS n = 10, Nederland n = 8, Australië n = 8). De helft van de studies werd uitgevoerd in een enkel centrum (n = 27, 51,9%). De meeste richtlijnen hadden betrekking op huidverzorging (n = 9) en infectiepreventie (n = 8). Twee studies hadden betrekking op de implementatie van een combinatie van verschillende richtlijnen, respectievelijk zes (Edwards, 2007) en drie (van Gaal, 2011a, van Gaal, 2011b). De meest bestudeerde instelling was een ziekenhuis (n = 33, 63,5%), gevolgd door een verpleeghuis (n = 11), huisartsenpraktijk (n = 5), thuiszorg (n = 2) en revalidatiecentrum (n = 1). Tabel 3.1 toont de onderzoek kenmerken van de opgenomen studies; Bijlage 3.1 geeft een meer gedetailleerde beschrijving van de opgenomen studies.

3.3.3 Kwaliteit van de geïnccludeerde studies

Negen van de vijftien onderzoeken beoordeeld met de Cochrane risk of bias tool scoorden 'unclear' of hoog risico op maximaal twee items, zoals weergegeven in bijlage 3.2. De overige studies scoorden 'unclear' of hoog risico op bias op drie of meer items. Tweeëndertig van de 37 uncontrolled before-after studies scoorden slecht, beoordeeld met het Newcastle-Ottawa Quality Assessment-formulier voor Cohort Studies (bijlage 3.3). Dertig van deze 37 studies scoorden een hoog risico op bias. Ze scoorden met name slecht op het item 'comparability', wat betekent dat deze studies in de analyses meestal niet gecorrigeerd hebben voor confounders. Drie uncontrolled before-after studies werden als goed beoordeeld; twee als redelijk.

3.3.4 Ingezette implementatieactiviteiten

Het merendeel van de studies gebruikte zes verschillende activiteiten tegelijk om de beter-doen-handelingen in de praktijk te brengen. De meest gebruikte activiteit was gericht op educatie: alle studies - één uitgezonderd - maakten gebruik van een soort educatieactiviteit. Verschillende activiteiten vallen onder educatie, namelijk het organiseren van een bijeenkomst of het uitdelen van schriftelijke informatie. Het leren door professionals buiten de verpleegkundige discipline of het gebruikmaken van één-op-één-begeleiding worden ook onder educatie geschaard. Behalve educatie zijn er andere veelgebruikte activiteiten. Een voorbeeld is het inzetten van zogenaamde lokale opinieleiders, ook wel key users genaamd. Zij zijn vaak expert in een bepaalde beter-doen-handeling en worden uitgekozen om het naleven ervan te stimuleren in de praktijk. Hiermee zijn ze kar-trekker van de gewenste verandering. Daarnaast werd de activiteit audit en feedback veel beschreven. Hierbij wordt nagegaan in hoeverre de beter-doen-handeling is uitgevoerd zoals bedoeld en worden de resultaten teruggekoppeld naar de betrokkenen. Vaak wordt dan geobserveerd of wordt in het patiënten-dossier gekeken, of bepaalde handelingen zijn beschreven of controles zijn uitgevoerd. Aan de hand van die uitkomsten kan op persoonlijk niveau of op teamniveau feedback worden gegeven over de toepassing van de beter-doen-handeling op dat moment. Opvallend is de grote diversiteit in de beschrijving van de ingezette activiteiten. Het ene artikel benoemt alleen de ingezette activiteit, het gebruik van educatiemateriaal, terwijl het andere

in detail behandelt wanneer de activiteiten werden ingezet en hoe vaak de zorgverleners deze activiteit kregen aangeboden. In sommige artikelen werd ook het doel beschreven – 80 procent van de zorgverleners de informatiebijeenkomst laten bijwonen – en of dit werd behaald. Doordat de beschrijvingen zo verschillend waren, kan de uitvoering ervan ook afwijken, waardoor het moeilijk was deze onderzoeken met elkaar te vergelijken.

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

3.3.5 Effect van implementatie

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

3.4 Conclusie

Voor zover wij weten, is dit de eerste systematische evaluatie van implementatiestrategieën die worden gebruikt om verpleegkundigen richtlijnen in de dagelijkse praktijk toe te passen. Deze bevindingen geven een goede weerspiegeling van de huidige werkwijzen en overwegingen. Op basis van de resultaten kunnen geen conclusies worden gemaakt over welke strategieën het meest effectief zijn voor implementeren van richtlijnen voor verpleegkundigen en verzorgenden.

Meer dan de helft van de studies toonde een significant positief effect van de implementatie van verpleegrichtlijnen op patiënt gerelateerde verpleegsensitieve uitkomsten en/of de naleving van de richtlijnen. We vonden dat educatie de meest gebruikte strategie was om verpleegkundige richtlijnen te implementeren, en merkten op dat onderwijs op zichzelf niet effectief is. Het is zinvol om ten minste een educatieve strategie te kiezen voor de implementatie van richtlijnen voor verpleegkundigen. Er is geen enkele strategie of combinatie van strategieën die direct kan worden gekoppeld aan een succesvolle implementatie. We konden niet beoordelen of implementatiesucces gerelateerd was aan het gebruik van een theorie, model of raamwerk, het uitvoeren van een barrièrebeoordeling of het gebruik van strategieën op maat, vanwege het kleine aantal studies dat dit beschrijft.

3.5 Literatuurlijst

3.6 Bijlage

Bijlage 3.1 Beschrijving geïnccludeerde studies

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Ames, 2011, USA	Before-After, Hospital - 4 different critical care units, Multi centre, Infection prevention - Prevention of Ventilation Acquired Pneumonia (VAP) Before: 11 m; Impl: 2 m After: 14 m	Not specified. Sample size: Control; n=51 Treatment; n=65 Divided over 3 hospitals.	A structured educational program. Initial introduction by researcher, a dentist or dental hygienist provided each patient care unit with instructions. Education was repeated several times, according to each unit's need and current staff. A recorded educational session was available on all units for the nursing staff. A pocket-flip chart-booklet was distributed to all patients in an oral care kit. Containing chlorhexidine spray, a child's toothbrush, an instruction booklet and an oral care documentation card.	Primary: Patient-related nursing outcomes measured with Beck Oral assessment scale (BOAS), Mucosal plaque score. Results indicated a significant difference among the 3 times ($p=0.01$) with no difference in the pattern of scores between treatment and control groups and time ($p=0.21$). The pattern of BOAS scores differed significantly across the 5 days depending on the group ($p=0.02$). The difference in BOAS scores was also significant over time, day 1, 3, or 5 ($p=0.009$), and between groups, treatment or control, ($p<0.001$).	NA	Positive
Bale, 2004, USA	Before-After, Nursing homes - 6, Multi centre, Skin care Before: 6 m Impl: at least 3 m After: Unclear	Not specified. Sample size: Before: n=79. After n=85	Educational meetings regarding: The educational programme: All staff received a basic educational programme that comprised three elements: 1. A lecture on the physiology and pathophysiology of the skin 2. A group discussion to highlight and clarify areas of uncertainty 3. An interactive session that outlined the skin care protocol to be implemented, which included a demonstration of how and when to use the new skin care products. All patients were provided with their own individual skin care protocol, a laminated card detailing the products to be used and the frequency of application, which was usually kept at their bedside.	Primary: Adherence. 99% post (no before measurement) Secondary: Patient-related nursing outcomes; Mild incontinence dermatitis Before n=13, After n=2 ($p=0.021$) Pressure ulcer damage grade 1 Before n=16 After n=8 ($p=0.042$)	NA	Positive
Beeckman, 2013, Belgium	Cluster Randomized Controlled Trial,	Sample size: Intervention: n=65.	Electronic clinical decision support system, multi-faceted tailored implementation containing;	Primary: Adherence. Behavioural change of the professionals. A significantly overall positive effect was	Positive	Positive

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
	Nursing home - 11 wards, Multi centre, Skin care - pressure ulcer care Before: 1 d Impl: 4 m (4 data points) After: Directly after implementation (d 120)	Control: n=53. 89.2-98.1% females. Nurse assistants 43.1-49.1% Diploma nurse 18.9-21.5% Bachelor nurse 10.8-13.2% Sample size: Intervention: n=225 Control n=239. 76-82.8% females. 25.8-26.4% at risk for pressure ulcers	(interactive) education, monitoring and feedback, reminders, leadership. Availability of preventive materials. Nurses in control group were provided with pressure ulcer prevention protocol in hard copy format.	found on the allocation of fully adequate proportion when seated in a chair. 60% vs 13.2% (p=0.003) Residents receiving no prevention was significantly lower. Secondary: Knowledge & Patient-related nursing outcomes. Pressure ulcer prevalence was significantly lower for cat 1-4, no difference in cat 2-4. No difference in knowledge of professionals appeared, attitude did improve significantly.		
Bjartmarz, 2017, Iceland	Before-After, Hospital - Neurology and rehabilitation ward in university hospital, Single centre, Stroke care Before: Nursing 3 m, patients 1 y Impl: 8 m After: Nursing: Quantitative unclear; Qualitative 10/11 m Patients: 1 y	Sample size: n=33, registered nurses n=18 (54%) Nursing auxiliaries n=15 (46%) Sample size: n=78. Before: n=44 Mean age 65.6 (13.12) 34% females. After n=34 Mean age 58.2 (17.9) 47% females	Registered nurses and auxiliary nurses received both plasticized printed and digital version. Education and training sessions (one 4h education) opinion leaders (n=7). Posters and reminders. Regular emails explaining the intervention protocol.	Primary: Adherence. Documentation of the 37 items on screening and application of key interventions in stroke care, was improved in 23 items after implementation. Significant improvement was found on the six following items: a) three items in ADL and mobility: Assess with Functional Independence Measure < 72 h of admission (p = 0.002), Mobilization facilitation within 24 h (p = 0.024), Training of ADL (p = 0.022) and b) three items on patient education: Patient education (p = 0.001), Educational brochure provided (p = 0.000) and Education repeated (p = 0.049). No change was found in the documentation of five items (4 pain variables, 1 depression). Significant worse documentation was found for the item Patients asked about pain (p = 0.012), whereas the worse documentation on the remaining eight items was non-significant (3 ADL, 4 pain, 1 depression).	Positive	NA

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Cabilan, 2014, Australia	Before-After, hospital, Single centre, Infection prevention - Peripheral cannula infections Before: 2 m Impl: 1 m After: 5 m	Not specified. Sample size: before: n=20 after: n=20	Organisational change in protocol. Form for standard documentation was made available. Audit and feedback, reminders, 15 minute educational meetings.	Primary: Adherence. Based on 8 audit points. No statistical tests performed.	No change	NA
Cahill, 2014, Canada / USA	Before-After feasibility study, hospital - 5 participating Intensive Care Unit's (one divided in 3 units) in Canada and the USA. In non- and teaching hospitals, Multi centre, Nutritional - Enteral nutrition in the Intensive Care Unit (ICU) Before: 6 m or less Impl: 12 m After: 6 m	ICU nurses - all critical care staff, of which 74% were nurses at baseline. In follow-up 79%. A response rate of 39% for nurses Sample size: Before: n=140. After: n=138. Median age 61 (IQR 51-72). 45% females. Median 27 (IQR 23-32) BMI	Local nutrition opinion leaders in an interdisciplinary team were responsible for study coordination, data collection, and implementing the tailored intervention. Other strategies used were audit & feedback, and educational outreach.	Primary; Adherence and experience based on survey outcomes. Secondary: Patient-related nursing outcomes: The change in caloric adequacy from total nutrition at each site. While some sites did not improve, an increase of >10% was observed at two sites (51 to 63% at Site 1, and 39 to 57% at Site 4). Similar results were observed for protein adequacy from total nutrition. No significant effect.	No change	No change
Cheater, 2006, United Kingdom	Cluster Randomized Controlled Trial, Family practice, Multi centre, Urinary incontinence Inclusion: over 6 w Follow-up: 6 m	Family practice nurses. Sample size: n= 176 Sample size: Before n=966, Post: n=700 (Control n=166, AF n=166, EO n=179, EO+AF n=166)	Comparison of Audit & Feedback (AF), Educational Outreach (EO), AF + EO and control group. AF; personal feedback on performance, consisted of tables and text, highlighting good practice and areas for improvement. Including educational material. EO; personal feedback, 1 to 3 EO visits by link nurses and minimum of 1 follow-up telephone call. Link nurses are community nurses with special interest in continence care. Control: received only educational material.	Primary: individual adherence rates showed no evidence of improvement. There was some evidence to suggest a negative interaction between AF and EO. Moderate improvement in patient management criteria, but similar across all groups. Secondary: Patient-related nursing outcomes, no marked differences in improvement for specific symptoms, severity score and use of UI absorbent pads.	No change	No change

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Choi, 2014, South-Korea	Before-After, hospital - A university affiliated tertiary hospital , Single centre, Pain - cancer related Before: Unclear Impl: Unclear After: 6 m	Not specified No description	Providing a better understanding in Evidence Based Practice. Modification of Electronic medical record, posters, leaflets, hard copy instructions for documentation. Meals and refreshments were provided. Tailored time before/after shift. Managerial and research team supervision was provided, feedback on documentation was provided informally.	Primary: Adherence. 4 criteria measured. 1 criteria 100% adherence at baseline and after. Criteria 2,3,4 showed a positive significant change. Secondary: Patient-related nursing outcomes: No significant difference in pain intensity between baseline and follow-up	Positive	NA
Clark, 2001, United Kingdom	Before-After, hospital - a large teaching hospital , Single centre, Blood transfusion Before: unclear. Impl: > 3 m After: 18 m	Not specified. No data collection	A educational package, developed by hospital's nurse educators, transfusion nurse specialist and medical staff. A lecture in the first three months of the programme was provided to the majority of senior nurses. The senior nurses acted as instructors for other members of staff in their wards.	Primary: Adherence. Significant effect on adherence 5 out of 7 audit criteria.	Positive	NA
De Laat, 2006, Netherlands	Before-After, University hospital, Single centre, Skin care - pressure ulcer Before: 2 separate 1 day measurements in a year Impl: unclear After: 4 m, 1 d measurement 2 nd After: 11 m, 1 d measurement	Not specified. Sample size: Before: n=7657. After: n=735 2 nd After: n=755	A pressure ulcer consultant was appointed and established a network of contact nurses (one on every ward). This contact nurse was trained by the nurse consultant and introduced the new guideline in a staff meeting or clinical lesson. After the official introduction of the guideline, the existence of the guideline was announced in several hospital media (newspaper, intranet). Furthermore, all hospital bed frames were equipped with a high quality pressure reducing viscoelastic foam mattress.	Primary: Adherence 1. The changes in adherence with prevention activities (mattress included) were significant ($p<0.000$). Without mattress, these changes were statistically insignificant. 2. The changes in adherence with treatment activities (mattress included) were significant ($p<0.016$). Without mattress, these changes were statistically insignificant. Secondary: Patient-related nursing outcomes. Groups I–IV, frequency of pressure ulcers patients grades I – IV in all patients (n=2147). The decreases in prevalence were significant ($p<0.009$). Groups II–IV, frequency of pressure ulcers patients grades II – IV in all patients (n=2147). The decreases in prevalence were significant ($p<0.011$).	Positive	Positive

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
De Laat, 2007, Netherlands	Other, hospital - Critical care unit in an academic hospital, Single centre, Skin care - pressure ulcer Before: 3 m Impl: 3 m After: 3-6 m 2 nd After: 12-15 m	ICU nurses. Not specified Sample size: Baseline: n=110 age 59.7(16) Females 38%. After n=130 age 57.6(15) females 38%. 2 nd After n= 159 age 58.1(16) females 42%.	A pressure ulcer consultant was appointed in the study hospital and established a network of so-called contact nurses (one on every nursing ward and Intensive Care Unit). These contact nurses were trained by the nurse consultant and introduced the new guideline in a staff meeting or clinical lesson on the Intensive Care Units. After the official introduction of the guideline at the end of the baseline period, the existence of the guideline was announced in several hospital media (newspaper, intranet).	Primary: Patient-related nursing outcomes. Pressure ulcer incidence; decrease with (p=0.04). Pressure ulcer free time; increased with (p= .01) NNT after 1 y was 6 (p=.02). Secondary: Adherence. Adequate mattress use increased from 28% at baseline to 60% in period III (p=0.003).	Positive	Positive
De Visschere, 2012, Belgium	Cluster Randomized Controlled Trial, Nursing homes - In Flanders Belgium, Multi centre, Oral care Before: Unclear Impl: Unclear After: 6 m	Not specified. Sample size: Control: Before n=186 After n=146. mean age 84.5(8.5) females 68,4% Intervention: Before: n=187 After n=151 mean age 84.9(7,6) 78% females	A supervised implementation, in each institution a project supervisor was appointed. An oral health care team was installed, consisting of an institution project supervisor, two oral health care organizers (nurse/nurse aides), a physician and optionally an occupational or speech therapist. A 1,5h informative oral presentation of the protocol was provided. A 2 h lecture and 1h practical education session and a 1,5h theoretical and executive education session at each ward was provided. Residents were provided a free-of-charge oral health care materials and products	Primary: Patient-related nursing outcomes. Oral hygiene level; dental, denture and tongue plaque. Significant differences were observed between the intervention and control group for mean denture plaque at 6 month follow-up (p<0.01).	NA	Positive
Downey, 2015, Australia	Before-After, hospital - A 18 bed Head, neck and lung medical oncology ward, Single centre, Crushing medication in case of Tube feeding only Before: 4 w Impl: Unclear After: 5 w	Not specified. No description.	A number of improvement strategies were implemented using targeted education sessions with the sole focus on improving medication modification methods for this patient cohort.	Primary: Adherence. No statistical test performed. An observational change is shown for all 3 criteria. Safe preparation before 45% after 91%. Optimal preparation before 33% after 60%. Not prepared accordingly before 55% after 9%.	No change	NA

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Duff, 2013, Australia	Before-After, hospital - a 250-bed magnet designated private hospital, Single centre, Prevention of venous thromboembolism (VTE) Before: unclear Impl: 2 m After: unclear	Most were registered nurses. Population divided in Received intervention and declined. Received n=85, median age 29 (25-35) 86% females. Declined n=35 86% females Total sample: n=192. Before: n=98 Median age 72 (58-82), 56.1% females. After: n=94, median age: 75.5 (63.5-85) 46.8% females	Educational outreach visits, with an expert registered nurse in VTE as EO facilitator. The research team attended a 2-day intensive workshop. The content of the EO was limited to 4 key messages.	Primary: Experience, acceptability, utility. Acceptability measured with survey, 76 nurses returned the post-intervention, 97% felt that EO was effective or extremely effective to increase their knowledge about VTE prophylaxis for medical inpatients. Utility; process outcomes in planning, time spent, adherence and location. Secondary: Patient-related nursing outcomes. There was no measurable improvement in the proportion of patients with a documented VTE risk assessment after the intervention period (10.2% to 8.5%; 1.7% improvement; p=0.68). There was also no improvement in the proportion of patients who received appropriate mechanical VTE prophylaxis (42.8% to 42.6%; 0.3% improvement: p=0.96). Removing patients who were at low risk for VTE from the analysis made no difference to this result (37.2% to 40.2%; 3.0% improvement; p=0.68)	NA	No change

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Dulko, 2010, USA	Before-After, hospital, Single centre, Pain - cancer related Before: 3 m Impl: 3 m After: unclear	Sample size: Nurse Practitioners n=8 Sample size: Before: n=96 Mean age 58 (SD 13,5) Range 24-86 After n=96 Mean age 59 (SD 11,5) Range 3-82. 59% females in both groups	Educational meeting of 30 minutes where feedback on baseline data was discussed with NP. A laminated pocket sized version of the guideline was provided to the NP's which included the selected audit criteria. During intervention the NP's were given weekly feedback on patient pain scores and adherence to guideline criteria during a 15 min session. If no face to face meeting was possible a sealed envelope with the feedback was provided. Feedback on pain scores, mean pain ratings, and highest level of pain were provided in graph form. In addition to individual practice feedback, each NP was provided with aggregate data of overall patient pain scores and NP performance for all patients. All data were identified by a code number and placed in a sealed envelope. Practice data were kept confidential and only aggregate data were shared with the institution.	Primary: Adherence. There was a great deal of variability in the overall adherence rates for each of the eight criteria during the pre-intervention phase. During the intervention phase, six of the eight criteria had a $\geq 87\%$ adherence rate, including initial pain reassessment by the prescribing NP within the suggested timeframe, which had been at only 5% during the pre-intervention phase. Adherence rate for initial comprehensive pain assessment increased from 1% to 43% ($p=0.008$). The adherence rate for repeat comprehensive pain assessment remained low during the intervention phase (7%). Less lorazepam prescriptions in intervention phase. Secondary: Patient-related nursing outcomes. There was a significant difference between pre-intervention and intervention group patients for overall pain interference ($p<0.001$) interference with general activity ($p<0.0001$), and interference with sleep ($p<0.004$).	Positive	Positive

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Edwards, 2007, Canada	Before-After, Hospital and nursing homes - 7 hospitals + 2 home visiting nursing service organisations and one public health unit, Multi centre, Combination of multiple guidelines - Asthma, breastfeeding, delirium-dementia-depression, smoking cessation, venous leg ulcers, diabetes Before: 6 to 8 w Impl: unclear. After: 6 to 9 m with a duration of 6 to 8 w	Sample size: n=257. 93.7% females. 72.5% >6 years' experience. 77.7% working full-time. 35.5% bachelor or higher No description	At each site, a clinical research nurse (CRN) led implementation of the BPG recommendations. CRNs used a multi-strategy approach including educational sessions with staff nurses, reviews of policies and procedures with administrators and staff nurses, and modelling new clinical skills such as implementing and demonstrating the utility of new assessment tools or providing smoking cessation counselling. A standard toolkit was used by nurses to guide their BPG implementation activities. Regular Teleconference calls with the program director provided an opportunity for CRNs to address problem issues and to share their implementation strategies. CRNs tailored their implementation strategies to the organizational context, the patient population needs and the clinical gaps as assessed by their organization through patient satisfaction surveys and quality assurance programs.	Primary: Adherence measured with referral rates. For three BPGs (delirium-depression-dementia, smoking cessation and venous leg ulcer), a sequential sample of patient charts was retrieved from medical records for a period of six to eight weeks pre- and post-implementation; There were some distinctive referral patterns reported by nurses, documented in the charts and ascertained through patient interviews. These included higher rates of referrals for services that were part of the organization where nurses were employed and almost a complete lack of referrals to Internet sources. In addition, for one of the BPGs (venous leg ulcers), the only statistically significant increase in referrals to individual resources observed on the chart audit was to other nurse specialists (e.g. enterostomal nurse or wound care specialist; 28.2% versus 50.6%, p<0.0001).	No change	NA
Featherston, 2018, USA	Before-After, Community mental health centre, Single centre, Paediatric mental health care Before: 2 w Impl: 12 w After: total 12 w	Sample size: n=4 psychiatric mental health nurse practitioners. n=2 psychiatrists Sample size: n=70 No description	Hard copy checklist to prompt recommended screenings. During the pilot study, multiple processes, such as use of the checklist, clinic flow changes, laboratory ordering, and receiving of results, were tested and the feedback was incorporated. The checklist and process were modified to reflect necessary changes in process flow optimisation.	Primary: Adherence: 7 criteria, all showed a significant positive change. With a gain percentage between 16% and 40%	Positive	NA

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Frigerio, 2012, Italy	Before-After, hospital - 6 Orthopaedic Surgery, 2 Traumatology, 1 Neurosurgery, 1 Neurology, 1 General Surgery, 2 General Medicine, Single centre, Infection prevention - Peripheral venous catheter management Before: 2 d measurements Impl: unclear After: 2 d measurements 4 m after baseline.	Sample size: Baseline data in the survey group. n=238 Mean age: 35.7(6.8) range 32-38.1. Mean years of experience 9.2(6.7) Range 5.7-12.4 No specified description of educational level. No data collection	A taskforce was established to revise Peripheral Venous cannula's protocol according to CDC guidelines. Consisting of 2 nurses from hospital Quality Office and 2 nurses from infection control committee. These nurses trained liaison nurses from each ward. The liaison nurses presented the poster, circulated the protocol using strategies most appropriate to their own settings, informed the ward managers, provided nurses with copies. During dedicated and/or informal meetings	Primary: Adherence. management of Peripheral Venous cannula's . The new protocol significantly improved the management of Peripheral Venous cannula's . Indeed the risk of using inappropriate dressing was significantly reduced (OR 0.43;95% CI 0.27-0.70), while the use of transparent dressing increased OR 2.39;95% CI 1.46-3.89). Secondary: Patient-related nursing outcomes. There were also increased numbers of cases of tenderness and induration around the insertion site or along the cannulated vein (OR 1.84; 95% CI 1.12–3.02), but the differences were not statistically significant.	Positive	NA
Giugliani, 2010, Angola	Cohort with historical controls, hospital - Therapeutic feeding centre, consists of a separate ward for severely malnourished children only., Single centre, Nutritional - Malnutrition care in rural Africa Before: 7 m Impl; 7 m After: NA	Sample size: n=18 nurses. n=14 basic level (2 years of midlevel general nursing training) and n=4 medium (4 years of mid-level general nursing training) Sample size Before: n=358. After: n=379. No specific description provided	Physician supervision, a 1 day workshop regarding basic concepts of malnutrition. Supervision of physician and a general practitioner to review cases interactively and educationally. At proposal of the nurses a study group started to form a review on the WHO guidelines.	Primary: Patient-related nursing outcomes: Positive effect on successful treatment rates (increase 13% RR1.13; 95% CI 1.04 to 1.22). Fatality declined from 15.6% to 8.7%, RR 0.56; 95 CI 0.37 to 0.83.	NA	Positive

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Habich, 2012, USA	Before-After, hospital - Paediatric Intensive Care Unit at a community hospital located in a suburb of Chicago, IL, Single centre, Pain - Paediatric pain assessment and management guidelines Before: Unclear Impl: Unclear After: 3 m 2 nd After: 6m	Sample size: n=51 nurses (49 completed education). No specific description No description	A computer based course. Introduction of the new guideline. New electronic medical record system.	Primary: Knowledge and attitude. No statistical difference between nurses' knowledge and attitudes regarding paediatric pain before and after implementation of the guideline was found. Secondary; Adherence. A significant increase in minimum pain assessments was noted at T2 and T3 compared with T1 (p<0.001). Results also showed at T3 that patients were assessed for pain using a developmentally and clinically appropriate scale compared to T1 and T2.	Positive	NA
Harrison, 2005, Canada	Before-After, home care - The Ottawa Community Care Access Centre, an eastern Ontario home care-authority, Multi centre, Skin care - Leg ulcers Before: 12 m Impl: 2 w After: 12 m	Not specified. Sample size: total n= 258 . Before: n=78 mean age 72.7 (13.8) 66.7% females. After: n=180 mean age 73.4 (13.7) 60% females	Category: Authority and accountability for Healthcare professionals --> Scope of practice; Redesigning; materials. Organizational and clinical changes: switching to primary nursing delivery model. Each patient was assigned a primary nurse at admission. Community nurses received training. Clinical changes entailed adopting an evidence-informed protocol developed by an interdisciplinary task force, whose members made use of the Practice Guideline Evaluation and Adaptation Cycle	Primary: Patient-related nursing outcomes: Treatment frequency dropped significantly. Use of compression therapy increased significantly. Healing rates increased significantly. Secondary: the median supply cost per case was reduced from \$1923 to \$406 (p= 0.005).	NA	Positive

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Huis, 2013, Netherlands	Cluster Randomized Controlled Trial, hospital - 3 hospitals in the Netherlands, Multi centre, Infection prevention - hand hygiene Before: Unclear. Impl: 6 m After: directly after 2 nd After: 6 m	Sample size: Pre intervention: n=905. During: Intervention State of the Art (control): n=490 Intervention Team directed + state of the art: n=396. After: Control: n=518 Intervention: n=415. Nurses working at surgical wards, internal medicine wards, intensive care units, paediatrics No description	For the state-of-the-arts. A, education, b reminders, c feedback, d adequate products. For the team and leaders (a-d) supplemented with; e gaining active commitment, f modelling by informal leaders, g setting norms and targets within the team.	Primary: Adherence: Observed adherence rates. Analysis showed an Odds Ratio of 1.64 (p<0.001) in favour of the team and leaders-directed strategy, indicating that the difference in improvement between the team and leaders directed strategy and the state-of-the-art strategy was statistically significant. Secondary The largest decline in wearing jewellery was seen in the wards that had received the team and leaders-directed strategy, from 15% (T1) to 5% (T2) and to 3% at T3. Wearing jewellery in the state-of-the-art group decreased from 15% (T1) to 11% (T2) and then to 6% at T3. The multi-level regression analysis showed an Odds Ratio of 2.56 (p<0.01) in favour of the team and leaders-directed strategy.	Positive	NC
Jagt-van Kampen, 2015, Netherlands	Before-After, Hospital - Academic children's hospital, Single centre, Paediatric palliative care Before: 8 m Impl: 1 m After: 6 m	5 Nurse Specialists No description	E-learning modules and an interactive educational meeting to stimulate regular review of the CPG and get familiar with using the CPG. E-learning containing a test for correctness in documentation, direct electronic feedback is provided.	Primary: Knowledge (survey). Displayed in percentage of good answers on e-learning per nurse specialist. No differences between participants, no baseline data. Secondary: Adherence. No significant change for 9 audit criteria. 3 criteria both before and after >80% adherence rate. No clear description about who gathered data and how data. Adherence also measured by asking parents about given treatment, no statement on timing of these questions; risk for recollection bias. Possible that documentation was poor, but care was sufficient.	No change	NA

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Johnson, 2017, United Kingdom	Before-After, hospital - tertiary neonatal intensive care unit, Single centre, Nutritional - improve nutrition and growth of preterm infants in neonatal intensive care. Before: 6 months. Implementation phase: 17 months. After: 6 months	Sample size: total n=219 Respondents were nurses band 3 to 7 and ANNP's (Advanced Neonatal Nurse Practitioner) Total sample size n=198. Before: n=52 females 55.8%. Partial implementation n=36 50% females. Main implementation n=75 50.7% females. After: n=35 37.1% females	The development of the comprehensive guideline. A multi-disciplinary nutrition support team. Nurse champions seconded 1 day to nutrition team to improve knowledge and skills, the other 4 working in clinic, supporting colleagues in the new ways of working. A weekly round was introduced. Introduce improved enteral and parenteral nutrition products and nutrition team.	Primary: Patient-related nursing outcomes: Interventions effect from chart data. Data from patients adjusted for sex, gestational age and weight at birth. Significant positive change for most outcomes e.g.; change in weight SDS from birth, Mean difference in daily protein intake. Secondary: Adherence: Adherence measured with surveys, a linear regression of mean nutritional audit adherence demonstrated a significant increase with a regression coefficient of 1.1 (p=0.009)	Positive	Positive

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Kingsnorth, 2015, Canada	Before-After, Hospital - a large academic paediatric rehabilitation hospital, Single centre, Pain - Paediatric pain Before: 3 m Impl: Unclear After: 1 y 2 nd After: 2 y	Paediatric registered nurses. Full and part-time clinical nursing staff. Total 89, 69 completed survey Total sample: n=108. Before: n=35, After: n=33, 2 nd After: n= 40	Several strategies. Educational/instructional resources. Electronic reminders, revised policies and standards of practice, stakeholder engagement, evaluation of practice changes, promotional activities and materials.	Primary: Adherence and Patient-related nursing outcomes. Significant reductions in overall mean pain score for each client between T1 and T3 and between T2 and T3 ($p<0.0005$). A significant and clinically relevant reduction in the frequency of “high” pain scores (>6) was found across the data collection windows from 65% in 2009 to 9% in 2011. Documentation of the pain scores. At T1, 1,681 of 1,848 (91%) of records were missing pain scores. At T2, this number remains high at 87%. At T3, there were no missing cases, indicating 100% (adherence; pain scores were noted for 80% (3,174/3,957) of the records, with the remaining 20% (783/3,957) coded as sleeping.) Second: Knowledge: before (mean=79%,SD=8.13) to After (mean 83%, SD=5.33, $p<.05$).	Positive	Positive

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Köpke, 2012, Germany	Cluster Randomized Controlled Trial, nursing homes, 36 in total, Multi centre, Mobility - Use of physical restraints Before: Unclear. Several data collection points Impl: Unclear After: 3 m 2 nd After: 6 m	Not specified. Sample size: total n=3771 Intervention: n=1952 Mean age 83 (10), 73% females. Control n=1819 Mean age 85 (9), 77% females	Posters, information evenings for relatives were encouraged. Printed versions for nurses, guardians and visitors. 1 day intensive training workshop for nominated key nurses. Structured support for key nurses. practice guideline. Printed supportive material. Publicity. NB. Usual care: head nurses received written information about the use of physical restraints and methods to avoid physical restraints, using three 12- to 24-page brochures previously developed by a Hamburg-based multidisciplinary group. Also, the topic of physical restraints was discussed during a short presentation by one of the researchers. Apart from the experimental intervention, control group and intervention group clusters were treated equally. In Germany, nursing homes are legally required that at least 50% of nursing staff be fully trained, e.g. registered, (geriatric) nurses with 3 years of vocational training. Other nursing staff have completed 1 year of training or on-the-job training.	Primary: Adherence: Physical restraint use. At baseline, prevalence of physical restraint use was comparable between groups: 31.5% in the intervention group vs 30.6% in the control group. After 6 months, physical restraint prevalence was significantly lower in the intervention group, 22.6%, vs 29.1% in the control group (difference, 6.5%; cluster-adjusted p=0.03). The eFigure provides a graphical illustration of the results. All physical restraints were used less frequently in the intervention group compared with the control group. Secondary: Patient-related nursing outcomes; for falls, fall-related fractures, and prescriptions of psychotropic medication showed no statistically significant differences between groups	Positive	Positive

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Lockwood, 2018, Australia	Quasi-experimental, hospital - Two private hospitals in a regional area, Multi centre, Mobility - Venous - thromboembolism prevention programme Before: Unclear Impl: Unclear After: Unclear	Not specified. Total n= 383, Intervention n= 196 mean age 66.1 (8.6), 50.5% females. Control: n=187 mean age 69.1(9.2), 60.4% females. (age and weight significantly different between groups)	Nurses were provided with education pamphlets. Clinical leadership by nurses team leaders and nurse champions. The evidence based guidelines were translated into patients clinical pathway's.	Primary: Adherence by nurses significantly higher adherence at the intervention study site. Primary: Patient-related nursing outcomes in terms of VTE and readmission rates, both showed no significant difference between study sites. Secondary: Adherence by patients. NB: No adjusted data shown, described in text that adjustment didn't lead to differences (Adjusting for operation type, admission diagnosis, age and weight resulted in negligible change to the parameter estimate for the site term). No collinearity was suggested by the computed variance inflation factors. At the control site, there was no hospital policy or clinical leadership focused on VTE prevention the participants received usual VTE prevention practices.	Positive	NC

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Lopez, 2004, China	Before-After, hospital - Tertiary care teaching hospital, Single centre, Nutritional - nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. Before: Unclear Impl: 3 m After: 3 m	Most were registered nurses (few ward manager, nursing officer or nurse specialist). Survey sample: Before: n=169 76.9% females After n=172 80.2% females Sample size: Before: n=393 Mean age 62.7 (17.8) females 51.9%. After n=393 Mean age 63.0 (19.2) females 49.9%. Groups differed significantly on the following variables: Age, chronic respiratory disease, and current admission problem.	An educational intervention was provided over a period of 3 months. A 2-hour workshop was given to all registered nurses on the CDC's Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. Posters and fact sheets were distributed to the wards.	Primary: Knowledge (survey). Significant improvement after educational intervention. Secondary Adherence & Patient-related nursing outcomes. Adherence showed a significant change in documentation and correct site dressing. No significant change in incidence of phlebitis or extravasation.	Positive	NC

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Lopez, 2011, Australia	Before-After, hospital - Australian Capital Territory hospitals, Single centre, Skin care - Skin tears Before: 1 day audit. Impl: Unclear After; 2 m after baseline audit, 1 day audit	Sample size: Before: n=20, After: n=15. No further description Sample size: Before: n=96 Mean age 78,2 (10.92) 62,5% females After: n=95 mean age 78,74 (0.89) 60% females	Pre-audit results were discussed and disseminated to the ward staff. Repeated education workshops including educational material. Each clinical unit was provided with the skin tear prevention management algorithm. Appropriate skin tear dressing materials in the unit were checked and supplied if needed.	Primary: Adherence. 8 criteria measured. No statistical tests performed. Percentage of change ranged from 0% to 78%.	NA	No change
Lozano, 2004, USA	Cluster Randomized Controlled Trial, Primary care paediatric practices, Multi centre, Asthma treatment Before; 3 m Impl: Unclear After: Unclear Total study period of 2 years	Not specified. Total sample: n=638. Usual care: n=199 mean age 9,6, 40% girls. Peer leader intervention: n=226 mean age 9,3 43% girls. Planned care intervention: n=213, mean age 9,4, 38% girls	Peer leader intervention: training 1 physician per site to serve as asthma champion. Including 2 workshops, central support, an ongoing learning network via national and local teleconferences. Several materials, including reference articles, pocket cards and reminders. Planned Care Intervention: Planned asthma care (PAC) visits with a trained asthma nurse constitute the core of this intervention. Asthma nurses were trained in the guideline and in self-management support techniques. In addition to reading the manual, nurses attended a full-day training session, learning motivational enhancement, problem-solving, and met weekly or every other week for 10 weeks for 1h conference calls. Usual care: Practices randomized to this arm received a copy of the guideline and a tool kit of patient education materials 1 year into the study.	Primary: Patient-related nursing outcomes: We observed a secular trend (usual care intervention) toward a decrease in asthma symptom days during the study period of 14.8 (95% confidence interval [CI] -22.4 to -7.28) fewer asthma symptom days per year of intervention. Children in the planned care arm experienced an additional reduction of 13.3 (95% CI, -24.7 to -2.1) fewer ASD-14 per year of intervention (P=.02) relative to children in usual care. This decrease attributable to the planned care intervention represented a 12% reduction (95% CI, 2% to 23%) from the baseline of 107.5 days per year. Children in the peer leader arm experienced 6.5 (95% CI, -16.9 to 3.6) fewer asthma symptom days per year as compared with children in usual care, but this decrease did not attain statistical significance.	NA	No change Positive No change

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Paquay, 2010, Belgium	Before-After, home care - 5 participating home nursing agencies, Multi centre, Skin care - pressure ulcer Before: 1 m, 1 d collection. Impl: unclear, 1 d? After: 6 m, 1 d collection, 2 nd After: 18 m, 1 d collection	Home care nurses, not specified Before; n=5999. After 6m n=5894 After 18 m n=6097. 69% women, ~70% between 70 and 90 years of age	Sensitization and education of nurses, making documentation available for nurses. Training on pressure prevention. A leaflet for informing patients and informal caregivers was designed by an interdisciplinary working group of wound care experts and experts in patient teaching (pilot tested). One tissue viability nurse from each regional department attended a conference on BGPDU. These nurses organized training sessions for all nurses. Feedback after the first post-measurement was given by means of an automated information report. Reference nurses were involved in providing feedback and explanation to the regional departments.	Primary: Adherence/adherence. Application of preventive measures and materials, Chi-square showed a significant increase. Secondary: Patient-related nursing outcomes. Less patients had signs of pressure ulcer lesions (Wilcoxon two sample test) and less number of lesions per patient (Wilcoxon two sample test)	Positive	Positive
Pun, 2005, USA	Before-After, hospital - Intensive Care Unit wards of the Vanderbilt University Medical Centre in Nashville and the Veterans Administration Tennessee Valley Healthcare System-York Campus (VUMC resp York-VA), Multi centre, Delirium and sedation VUMC: Before:1 m Impl: 1 w After: 12 m York-VA B: 2 w Impl 1 w After 6 m	Total sample size: n=64. VUMC n=40. York-VA n=24. Mean years of experience 7.4 to 13.9 (VUMC resp. York-VA) Total sample size. n=711. VUMC n=614 York-VA n=97. Mean age 52.5 - 65.9 (VUMC resp. York-VA) Females: 49.7% - 1 % (VUMC resp. York-VA)	Both institutions modified their documentation systems to incorporate the RASS and CAM-ICU into the neurologic assessment of the hourly flow sheet below vital signs. VUMC used a paper documentation system, whereas York-VA used a computerized charting system and inserted both scales into the hourly data record portion, Education began with display of a 3x 3-foot poster containing bulleted concepts about sedation and delirium. A 20-min unit-wide in-service was then attended by all nurses; this included in-depth descriptions of the RASS and CAM-ICU (utilizing bulletin boards, handouts, laminated pocket cards, and case studies), followed by bedside demonstration rounds.	Primary: Adherence. Presented in figures, no statistical test performed. No difference between baseline and after implementation is discussed for adherence Secondary: Experience & patient-related nursing outcomes. Agreement data (bedside nurse and expert reference-standard) No difference between baseline and after implementation is discussed	No change	No change

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Rao, 2009, United Kingdom	Cluster Randomized Controlled Trial, nursing home - 12 nursing homes in and surrounding south London , Multi centre, Infection prevention - Hand hygiene, environmental and disposal hygiene. All stages Unclear. Overall 2 year project	Average sample size per nursing home; Control: n=34, of different educational levels. RN n=11, Health care assistants n=20. Temporary staff n=3. Intervention: n=54 RN n=12, Health care assistants n=41. Temporary staff n=1. Average sample size number of residents per nursing home. Control: n=38 (median 27 range 19-51). 65% females. Intervention: n= 51 (median 49 (23-81) 60% females	Infection control team consisting of a dedicated infection control nurse. Who was supported by a senior nurse specialist in infection control and an infection control doctor. Teaching and training. Providing feedback. Providing personal alcohol-containing gels to improve hygiene. 24 hour telephone support for management in specific infection control problems	Primary: Adherence. No statistical difference found after implementation.	No change	NA

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Reynolds, 2016, USA	Before-After, Hospital - Neuro critical care unit , Single centre, Stroke care Before: Unclear Impl: Unclear After: direct 2 nd After: 3 w	Neuro critical care nurses. n=88 employed on the unit of interest. No description	Combination of 3 interventions. 1. Local opinion leaders; experts in stroke, were noted by staff and leadership to be informal leaders (consisting of clinical nurse specialist, clinical educator, stroke coordinator, direct care nurses). 2. Printed educational material; availability and streamlining of information (access to packet in each patient room). 3. Educational outreach; one-on-one, face to face educational sessions from the implementation team, with a script for consistency	Primary: Adherence, increase in adherence not significant. Secondary: Knowledge, NIHSS/neurological and other assessment frequency questions (p=0,000)	No change	NA
Rosen, 2006, USA	Before-After, Nursing home , Single centre, Skin care - pressure ulcer prevention Before: 3 m Impl: 3 m After: 3 m 2 nd After: 6 m	Not specified. Total sample: n=455 Before: n=134. Impl n=107. After n= 107. 2 nd After n=107.	Ability, Incentives and Management. Ability; Obligated computer-based interactive video education. Incentives: financial incentive in case of success. Management feedback: real-time feedback of Pressure Ulcer incidence weekly updated and posters in non-public staff lounge. Small financial reward (\$10) completion of training, this also served to support the staff needing to train during their off hours.	Primary: Patient-related nursing outcomes. Incidence R (incidence of the number of residents developing 1 or more PU's) Incidence P: (incidence of new ulcers per mean number of occupied beds). There was a significant reduction the emergence of stage 1-4 PU's with an incidence-P of 28.3% and 9.3% for the pre-intervention and intervention periods, respectively (p<0.001) For PUs stage 2 and greater, the incidence-R was 15.7% and 9.3% for the pre-intervention and intervention periods (p>0.05). The incidence-P for stage 2 and greater was 23.1% and 9.3% (p<0.05) for the pre-intervention and intervention periods respectively.	NA	Positive
Sawas, 2014, Australia	Before-After, nursing home - Residential aged care facilities across three Australian states, Multi centre, Pain - Australian Pain Society Before: Unclear Impl: Unclear After: 1 y	Not specified. No description	Several educational sessions. Tailored to specific staff roles. Lectures, workshops (four three-hour sessions) and one-on-one on-the-job training sessions (two half-day sessions). Use of local pain champions, or pain teams (typically staffed by combination of managers, pain champions, and allied health staff)	Primary: Adherence. No statistical test performed. Data shown in table. All facilities showed an increase in adherence. Approached adherence showed significant improvements in approaching the expectations of those standards. Secondary: Staff efficacy. Showed a significant change in questions about pain identification, assessment and management	No change	NA

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Seto, 1991, China	Before-After, hospital - 6 wards, 3 male, 3 female, Single centre, Infection prevention - Catheter associated urinary tract infections Before: 3 w Impl: 1 m After: 1 m, 1 week daily assessments	Nurses, including student nurses. Three groups, total n=220. Group A (Opinion leaders and lecture) n= 72, staff nurses n=45, 83% females. Group B (Opinion leaders - OL) n=73, Staff nurses n=42, 82% females. Group C (Lecture) n=75, staff nurses n=47, 81% females No description	Opinion leader and lecture (gr A) Opinion leaders (gr B) Lecture (gr C. Educational outreach: in-service) (30 min provided by infection prevention nurse) to group A & C) and demonstration (tutorials in small groups to group A & B)	Primary: Adherence(measured by survey) there was no difference (p = 0.36) in the scores between group A (OL and lecture group; 5.63) and B (OL group: 4.96) when analysed by ANCOVA. However, the change in mean practice score in group C (lecture group; 3.29) was significantly lower than that of both groups A and B (p<0.05, and p<0.05, resp.). Secondary: Adherence(measured by observation). The percentage of correct practices in group A, and OL and lecture group (50%) was significantly higher (p<0.05) than group C (lecture group; 38%). However, the percentage in group A is also significantly higher (p<0.05) than that of group B (OL group; 35%).	Positive Positive No change	NA
Sipila, 2008, Finland	Before-After, General practices - 31 in total, Multi centre, Early detection, prevention and treatment of CVD (Cardiovascular disease) Unclear. Overall 2 year project	Sample size: Before: Self audit - nurses: n= 266 After: n= 233. Before: self audit - doctors: n=140 After: 134. No description	Self-audit, brainstorming, cause/effect analysis (fishbone) patient cases and open discussions, audit and feedback. Facilitators per site were motivated by a small financial increment on their monthly salary	Primary: Adherence self-reported. Secondary: Patient-related nursing outcomes. No statistical tests performed.	No change	NA

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Snelgrove-Clarke, 2015, Canada	RCT, hospital - University affiliated teaching hospital in Atlantic, Single centre, Foetal Health Surveillance Before: 1 m Impl: 6 m After: 1 m	Intervention group before: n=44 After: n=17. Control before: n=45 After: n=35. No specific description provided No description	Repeated Action learning meetings. Where enablers and inhibitors were discussed. Action Learning is a facilitative approach that allows for the inclusion of interventions that would align well with the elements proposed in the PARIHS model (Kitson et al. 2008). It is a complex approach that can incorporate participant inclusion, social exchange, and contextual issues; all-important in understanding the pace and complexity of practice change. Risk of contamination, control and experimental were working on the same ward.	Primary: Adherence. Guideline adherence collected as 100% yes, if less; no. No significant change between groups. Secondary: Enablers & Inhibitors. Practice environment, Doppler availability, events during labour, ambulation.	No change	NA
Tian, 2017, Belgium	Before-After, Hospital, Single centre, Cancer related fatigue Before: 3 m (survey). Impl: 3 m After Unclear	Not specified. n=6 university schooled, n=10 junior college, n=2 technical in group A. In group B respectively n=13, n=6, n=1 & n=1 post graduate. Mean age 31, all females No description	1st a steering group for evidence was composed. Based on baseline survey context evidence and facilitation were targeted items of interest. The steering group formulated proposed changes based on baseline survey. First starting with training on evidence based nursing for the participating nurses. Using printed material and educational meeting. Using a quality review sheet. Steer group collected feedback periodically. Interventions were targeted on the organisational culture, no specific description available (fig 1).	Primary: Adherence. On Screening/assessing & intervention (resp. 1-6, 1-5) Secondary: Knowledge and actions of nurses (survey). Surveys for patient experience	No change	NA

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Törmä, 2014, Sweden	Controlled Before-After, Nursing homes - 4, Multi centre, Nutritional Unclear. 18 m between pre and post measurement.	Not specified. 172 participants. 55 in EF, 46 EO, 71 lost to follow-up. Mean age was 83.8 to 86.5 (EF-EO)	EF: External Facilitator strategy. EO: Education outreach visit. The EF was multifaceted; feedback on baseline characteristics, mealtime observation. encouraging critical inquiry regarding nutritional practices to highlight need for change. meetings every 3-4 weeks for a year. practice audits were performed. such as dietary assessments (internal) and mealtime observations (external). EO a personal visit by trained person to healthcare professionals in their own setting. A three hour lecture at one occasion regarding operationalized nutritional guidelines. including limited feedback on mealtime observations and clinical measurements of the NH residents.	Primary: Patient-related nursing outcomes. Nutritional variables (weight, BMI, etc.). No significant improvement found. However found significant deteriorations for functional and cognitive status, as well as for the EQ-5D index ($p < 0.05$) in the intervention group who received Educational Outreach Visits.	NA	No change Negative
Van den Boogaard, 2009, Netherlands	Before-After, hospital - Intensive Care Unit (PICU and Intensive Care Unit) in a tertiary hospital , Single centre, Delirium Before: 2 collections in 4 m Impl: 4 m After: 4 m	Not specified. Sample size: Total n=1742 Before: n=512 mean age 57.5 (16.4) 33.8% females. During n=589 mean age 58.9 (16.6) 37.2% females. After: n=641 mean age 59.5 (15.6) 36.2% females.	Educational outreach visits, prior a knowledge test, then a 1h group training. Appointment of delirium key-nurses. Supplementary individual training on the job by researcher and the key nurses, whenever the adherence rates dropped. Posters, material to perform assessment was made available. Digital option instead of paper. Reminders and feedback on performance was provided.	Primary: Adherence positive significant change 77% to 92%. Secondary: Adherence: The median dose per patient decreased from 18 mg to 6 mg ($p = 0.01$) Secondary: Patient-related nursing outcomes: the median duration of treatment with haloperidol decreased from five (IQR 2-9) to three days (IQR 1-5) ($p = 0.02$)	Positive	Positive

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Van der Putten, 2013, Netherlands	Cluster Randomized Controlled Trial, Nursing homes - Within 100km radius of the centre of the Netherlands, Multi centre, Oral care Before: Unclear Impl: Unclear After 6 m	Not specified. Sample size: Intervention: baseline n=177, after n=115. Mean age 80.4 (9.4) 66% females. Control: baseline n=166 After n=117 mean age 80.7 (10.9) 69% females	WOO's (ward nurse acting as ward oral health care organizer). Several education sessions, WOO's were trained first and acted as trainers for their own ward. WOO's assisted and encourage nurses. Patients received products and materials as well. Control group received oral care products and materials as well	Primary: Patient-related nursing outcomes. Dental status there was not significantly different between the intervention and the control group. Mean dental and denture plaque was significantly different at 6 months with a bivariate analysis. However, as a result of the multilevel analysis, the reduction of mean dental plaque scores could not be explained exclusively by the intervention.	NA	Positive

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Van Gaal (a), Van Gaal (b), 2011, Netherlands	Cluster Randomized Controlled Trial, Hospital and nursing homes - 1 university hospital. 2 large teaching hospitals, one small hospital and 6 nursing homes. 10 hospital wards + 10 Nursing home wards, Multi centre, Combination of multiple guidelines - Pressure ulcer, urinary tract infection and falls Before: 3 m Impl: 14 m After: 9 m	Not specified. Hospital: Before: Intervention: n=346, mean age 66 (14.5), 53.2% females. Usual care: n=341 mean age 64 (16.9), 59.8% females. Follow-up: Intervention: n=1081 mean age 66 (14.7) 52.7% females. Usual care: n=1120 mean age 67 (16.1) 57.7% females. Nursing homes: Baseline: Intervention: n=114 mean age 78(9.9) 61.4% females. Usual care: n=127 mean age 78 (11.7) 66% females. Follow-up Intervention n=196 mean age 80 (10.9) 66.8% females. Usual care n=1120 mean age 79 (10.5) 64.3% females	Educational group lessons. A CD-ROM with educational material and knowledge test. Case discussions on every ward. Patient involvement through information folders and oral information by nurses. Feedback; digital feedback based on the computerized registration system.	Primary: Patient-related nursing outcomes, In both hospitals and nursing homes, patients in the intervention groups developed fewer adverse events compared to patients in the usual care groups. Secondary: Adherence PU: No statistically significant difference in patients at risk receiving adequate preventive care was found between the intervention and the usual care group (estimate = 6%, CI: 7–19). Urinary tract infections: Statistically significantly fewer patients at risk in the intervention group received adequate preventive care (estimate = 19%, CI: 17–21). Falls: The numbers were too low for statistical analysis, but it seems obvious that there was no difference between the intervention and the usual care group in adequate preventive care given.	No change	Positive

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Van Lieshout, 2016, Netherlands	Cluster Randomized Controlled Trial, General Practices, Multi centre, Cardiovascular risk management in general practices Before: Unclear Impl: Unclear After: 6 m	General practitioner nurses. Intervention group n=20. Mean age 42. Mean years of experience as a nurse 12. Mean number of hours previous training in Motivational Interviewing 14.7. Control group n=14. Mean age 43, years of experience 11, number of hours previous MI training 14.8 Intervention: n=1250. Mean age 72.6 (9.7) Female 35.1% Control: n=979. Mean age 71.6 (9.7) Female 34.9%	Structured feedback on Motivational interviewing skills in practice. Access to online educational program, guidance on relevant eHealth options for patients. A planned twitter consultation hour for patients. Flow chart for dealing with depressive CVD patients. Treating depression before giving any lifestyle advice.	Primary: Adherence. No found effect . Secondary: Patient-related nursing outcomes. Physical exercise RAPA: improved in the intervention group compared to the control group. The RAPA score improved on a scale from 1 to 7 from 4.8 to 4.9; in the control group, the activity diminished reflected in a score diminishing from 4.9 to 4.8 ($p < 0.05$). On the other cardiovascular risk factors assessed (SBP, LDL cholesterol, smoking status, BMI, and diet), the improvement program had no significant effect. We found no difference in the effect of the intervention between the high cardiovascular risk group and the group with established CVD. However, CVD patients had their LDL cholesterol and SBP level more often on target (OR 3.8, 95 % CI 2.9–5.1 and OR 1.5, 95 % CI 1.2–1.8, respectively).	No change	P

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Vander Weg, 2017, USA	Before-After, Hospital - General medical units of four US Department of Veterans Affairs hospitals, Multi centre, Smoking cessation Before: 8 m Impl: 8 m After 6 m 7 day point prevalence of smoking abstinence	Education not specified. Total sample n=226. Gr 1 n=42. Gr 2 n=72. Gr 3 n=60. Gr 4 n=52 Before: n=498. After: n=394	Enhanced academic detailing of staff nurses, consisted of face-to-face training of inpatient registered nurses, performance feedback, periodic check-ins with nurse managers and peer leaders. Adaptation of the electronic medical record, patient self-management, and organizational support and feedback.	Primary: Patient-related nursing outcomes , No statistically significant differences in 7 or 30 day PPA(point prevalence abstinence)-rates. Approximately 55–65% of participants reported making at least one quit attempt at the three- and six-month follow-ups, with no statistically significant differences observed across period ((AOR= 1.00; CI95: 0.76–1.34) and (AOR = 1.01; CI95: 0.74–1.35) respectively).	NA	No change
Ward, 2010, Australia	Cluster Randomized Controlled Trial, nursing home - residential aged care facilities with at least 20 beds, 88 facilities included, Multi centre, Mobility - Preventing falls Before: 7 m Impl: 17 months After: Unclear	Not specified. Total sample: n=5391. Control: n= 2586, median age 85 (Range: 27-107) 72% females. Intervention: n=2807, median age 86 (range: 32-107), 73% females.	The project nurse provided link people from each intervention facility with information and resources to assist with preventing falls and fractures. Intervention facility staff were also invited to attend a workshop to learn how to plan and run exercise programs.	Primary: Patient-related nursing outcomes; Mean number of falls per month, No significant differences between intervention and control groups at commencement, or after. Rates of femoral neck fractures were similar in both groups (p=0.8). There was no difference in rates of fractured neck of femur between intervention and control groups during the 17 months of intervention, and no difference in fracture rates in the entire cohort between the first 6 months of the intervention and the last 6 months. Secondary: Adherence. there were significant increases in the provision of hip protectors and use of vitamin D supplementation in both intervention and control facilities. No difference between control and intervention group.	No change	No change

Author, Year, Country	Design Setting, Single/Multi centre, Guideline, Duration	Professionals Patients	Short description of implementation strategies	Outcomes measured	Effect on adherence	Effect on patient related nursing outcome
Zhu, 2018, China	Before-After, hospital - Shanghai Public Health Clinical Centre, Single centre, Infection prevention - Non-pharmacological fever management in HIV patients Before: 1 m Impl: 2 m After: 2w	Nurses, no specific description provided. n=10 No description n=30	Two tailored education programs. Work manuals and educational materials were provided to nurses and patients to raise their knowledge and skills in HIV/aids-related fever management. Before the project, the content of education materials mainly focused on basic knowledge about HIV/AIDS and strict adherence to antiretroviral therapy. Although these two topics are an indispensable part of education among PLWHs, effective symptom management is a critical skill for both patients and nursing staff. Delivering knowledge on fever and febrile symptom management not only improves patients' quality of life, but is also a viable option to decrease healthcare costs. Consequently, all nurses in the department received a training program on fever and febrile symptom management among PLWHs, which improved the patient quality of education.	Primary: Adherence/adherence. Criteria 1 to 7. significant increase (0% before for criteria 1,2,4,5,6,7). (n=30) Secondary: Nurses' knowledge. Significantly increased (n=10)	Positive	NA

h=hour; d=day; m=month; w=week; y=year; impl=Implementation phase; resp.=respectively; NA=Not applicable; VAP=Ventilation Acquired Pneumonia; BOAS=Beck Oral Assessment Scale; ADL=Activities of Daily Living; ICU=Intensive Care Unit; AF=Audit & Feedback; EO= Educational Outreach; NNT=Number Needed to Treat; VTE= Venous ThromboEmbolism; BPG=Best Practice Guidelines; CRN=Clinical Research Nurse; CDC=Centers for Disease Control and Prevention; WHO=World Health Organisation; CPG=Clinical Practice Guideline; ANNP=Advanced Neonatal Nurse Practitioner; PAC=Planned Asthma Care; VUMC= Vanderbilt University Medical Centre; York-VA= Valley Healthcare System-York Campus; RASS= Richmond Agitation and Sedation Scale; CAM-ICU=Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit; NIHSS=National Institutes of Health Stroke Scale; PU=Pressure Ulcer; OL=Opinion Leaders; PARIHS= Promoting Action on Research Implementation in Health Services; EF=External Facilitator Strategy; BMI=Body Mass Index; PICU=Paediatric Intensive Care Unit; WOO's=Ward nurse acting as ward Oral health care Organizer; HIV=Human Immunodeficiency Virus; AIDS= acquired immune deficiency syndrome; PLWH=People Living with HIV/AIDS

Bijlage 3.2 Cochrane risk of bias for controlled studies

Author	Year	Randomization	Allocation concealment	Baseline measurement	Baseline characteristics similar	Incomplete outcome data	Blinding	Contamination	Selective reporting	Other	Guideline
Van Lieshout	2016	low	low	low	low	low	low	low	low	low	Cardiovascular risk management in general practices
Van Gaal(a,b)	2011	unclear	low	low	low	unclear	low	low	low	low	Combination of multiple guidelines - Pressure ulcer, urinary tract infection and falls
Snelgrove-Clarke	2015	low	high	low	high	unclear	low	high	low	unclear	Foetal Health Surveillance
Huis	2013	low	low	high	unclear	low	low	low	low	low	Infection prevention - hand hygiene
Rao	2009	unclear	low	high	low	low	low	low	low	low	Infection prevention - Hand hygiene, environmental and disposal hygiene.
Lozano	2004	unclear	low	low	low	unclear	high	low	low		Mobility - Use of physical restraints
Törmä	2014	high	high	low	low	high	high	low	low	unclear	Nutritional
De Visschere	2012	unclear	low	low	low	unclear	low	low	low	unclear	Oral care
Van der Putten	2013	unclear	low	low	low	low	low	low	low	unclear	Oral care
Abraham	2019	low	low	low	low	low	low	low	low	low	Pain - Paediatric pain
Beeckman	2013	low	low	low	low	unclear	high	high	low	low	Skin care - pressure ulcer care
Ward	2010	low	low	low	low	low	high	low	low	unclear	Skin care - pressure ulcer prevention
Köpke	2012	low	low	low	low	low	low	low	low	low	Stroke care
Gomarverdi	2019	unclear	low	low	low	high	low	low	high	unclear	Stroke care
Cheater	2006	low	low	low	low	unclear	low	low	low	low	Urinary incontinence
Randomization Low risk if randomization method is described Allocation concealment Low risk if unit of allocation was by team/institution OR by patient with some kind of randomization method Baseline measurement similar Low risk if baseline measurements were performed and no important difference present across groups OR imbalanced but appropriate adjusted Baseline characteristics similar Low risk if characteristics were reported and similar Incomplete outcome data Low risk if missing outcomes were unlikely to bias the results Blinding Low risk if the authors stated blind assessment OR objective outcomes. Contamination Low risk if allocation was by team/ institution/practice and unlikely control group received intervention Selective reporting Low risk if there is no evidence that outcomes were selectively reported Other Low risk if there is no evidence of other risk of bias											

Bijlage 3.3 Risk of bias before-after studies - Newcastle-Ottawa Quality Assessment

Author	Year	Selection	Comparability	Outcome	Overall	Guideline
Jolliffe	2019	2	0	2	Poor	Asthma treatment
Clark	2001	2	0	1	Poor	Blood transfusion
Tian	2017	1	0	0	Poor	Cancer related fatigue
Edwards	2007	3	0	2	Poor	Combination of multiple guidelines - Asthma, breastfeeding, delirium-dementia-depression, smoking cessation, venous leg ulcers, diabetes
Downey	2015	3	0	1	Poor	Crushing medication in case of Tube feeding only
Van den Boogaard	2009	4	0	2	Poor	Delirium
Pun	2005	3	0	1	Poor	Delirium and sedation
Sipila	2008	2	0	0	Poor	Early detection, prevention and treatment of Cardiovascular disease
Ames	2011	3	1	2	Good	Infection prevention - Prevention of Ventilation Acquired Pneumonia
Kingsnorth	2015	3	0	3	Poor	Infection prevention - Catheter associated urinary tract infections
Zhu	2018	1	0	0	Poor	Infection prevention - Non-pharmacological fever management in HIV patients
Cabilan	2014	3	0	1	Poor	Infection prevention - Peripheral cannula infections
Frigerio	2012	3	1	0	Poor	Infection prevention - Peripheral venous catheter management
Duff	2013	4	0	1	Poor	Infection prevention - Standard precautions in Intensive Care Unit
Seto	1991	4	0	1	Poor	Mobility - physical restraint use
Rosen	2006	2	0	3	Poor	Mobility - Preventing falls
Lockwood	2018	3	1	2	Good	Mobility - Venous - thromboembolism prevention programme
Cahill	2014	3	0	1	Poor	Nutritional - Enteral nutrition in the Intensive Care Unit
Johnson	2017	4	1	2	Good	Nutritional - improve nutrition and growth of preterm infants in neonatal intensive care.
Giugliani	2010	3	0	0	Poor	Nutritional - Malnutrition care in rural Africa
Lopez	2004	2	0	1	Poor	Nutritional - nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients.
Sawas	2014	1	0	1	Poor	Pain - Australian Pain Society
Dulko	2010	3	0	2	Poor	Pain - cancer related
Choi	2014	3	0	2	Poor	Pain - cancer related
Habich	2012	3	0	2	Poor	Pain - Paediatric pain assessment and management guidelines
Featherston	2018	2	0	1	Poor	Paediatric mental health care
Jagt-van Kampen	2015	2	0	2	Poor	Paediatric palliative care
Bjartmaz	2017	4	0	2	Poor	Prevention of venous thromboembolism
Bale	2004	2	0	0	Poor	Skin care
Harrison	2005	4	0	2	Poor	Skin care - Leg ulcers
De Laat	2006	3	0	3	Poor	Skin care - pressure ulcer
Paquay	2010	2	1	2	Fair	Skin care - pressure ulcer
De Laat	2007	3	1	1	Poor	Skin care - pressure ulcer
Koh	2018	3	0	2	Poor	Skin care - pressure ulcer prevention
Lopez	2011	4	0	2	Poor	Skin care - Skin tears
Vander Weg	2017	2	1	2	Fair	Smoking cessation
Reynolds	2016	2	0	1	Poor	Stroke care

Selection; 1. Representativeness of the exposed cohort (truly or somewhat representative score 1). 2. Selection of the non-exposed cohort (drawn from the same cohort score 1). 3. Ascertainment of exposure (secure record and structured interview score 1). 4. Demonstration that outcome of interest was not present at start of the study (yes scores 1). Maximum 4

Comparability; Study controls for age, sex (scores 1) or other factors to increase comparability (scores 1) Maximum 2

Outcome; 1. Blinding of outcome (independent blind assessment and secure record scores 1). 2. Follow-up was >3 months scores 1. 3. Adequacy of follow-up (complete follow-up or lost to follow up unlikely to introduce bias or number lost less than or equal to 20% scores 1). Maximum 3

Overall: Good; Selection 3 or 4, Comparability 1 or 2, Outcome 2 or 3, Fair; Selection 2, Comparability 1 or 2, Outcome 2 or 3, Poor; Selection 0 or 1, Comparability 0, Outcome 0 or 1

4 Literatuurstudie de-implementatiestrategieën

Werkpakket 4

Projectgroep:

Dr. Leti van Bodegom-Vos
T. Rietbergen MSc, onderzoeker
D.Spoon MSc
A. Brunsveld-Reinders MSc
J. Schoones
Dr. Erwin Ista

4.1 Inleiding

Binnen de gezondheidszorg wordt er gestreefd naar het verminderen van ongepaste zorg. Ook van verpleegkundigen en verzorgenden (V&V) wordt verwacht dat zij evidence based en volgens de richtlijnen werken, en daarmee ongepaste handelingen niet meer uitvoeren. Binnen de V&V zijn de laatste jaren veel initiatieven gestart om ongepaste handelingen te reduceren, zoals 'slim zorgen', 'zinloze rituelen' en als het vervolg hierop het opstellen van de 'Beter Laten' lijst. Het is echter nog onduidelijk welke strategieën kunnen worden ingezet om onnodige verpleegkundige handelingen effectief te reduceren.

4.1.1 Doelstelling

Het doel van dit systematisch literatuuronderzoek is om een overzicht te geven van effectieve strategieën die streven naar het verminderen van ongepaste handelingen die verleend worden door verpleegkundigen en verzorgenden (zogenaamde de-implementatie strategieën).

4.2 Methode

4.2.1 Zoekstrategie review

De volgende databases zijn doorzocht om studies te vinden die rapporteren over effectieve strategieën om onnodige zorg in de verpleegkundige praktijk te verminderen: PUBMED, EMBASE, EMCARE, CINAHL, PsychINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials, ISI Web of knowledge and Google scholar (Oktober 2018). Er zijn hierbij verder geen zoekfilters gebruikt. Er is ook een referentiescreening van de gevonden artikelen uitgevoerd om nog meer geschikte artikelen te kunnen vinden. De zoekstrategie en de referentiescreening is uitgevoerd onder leiding van een informatiespecialist van de Walaeus Bibliotheek van Universiteit Leiden.

Twee onderzoekers (TR, AB, of LvB) hebben onafhankelijk van elkaar de titels en samenvattingen van de gevonden artikelen beoordeeld, gevolgd door de fulltexten. In het geval van discrepantie in het oordeel van de twee onderzoekers, is een derde onderzoeker geraadpleegd (TR, AB of LvB).

De inclusiecriteria:

- Type studies: randomized controlled trials (RCT), cluster randomized trials (Cluster RCT), quasi-randomized controlled trials, non-randomized controlled trials, controlled before and after studies, interrupted time series studies en uncontrolled before
- Instelling: ziekenhuizen, verpleeghuizen, instellingen voor langdurige zorg en gemeenschapsinstellingen.
- De-implementatie strategieën: alle strategieën die gericht zijn om het reduceren van ongepaste handelingen door verzorgenden en verpleegkundigen zoals educatieve interventies, audit en feedback, lokale klinische leider, patiëntgerichte interventies, publieke weergave van prestatiegegevens en financiële interventies.
- Het volume van ongepaste handelingen wordt gemeten.

Artikelen werden geëxcludeerd als de interventies gericht waren op ongepaste zorg waarvan de verantwoordelijkheid ligt bij artsen en waarbij verzorgenden/ verpleegkundigen een faciliterende rol hebben om ervoor te zorgen dat artsen minder gebruik maken van ongepaste zorg.

4.2.2 Data extractie

De data zijn geëxtraheerd door één onderzoeker (TR of AB) met behulp van een gestandaardiseerd dataextractie formulier. Deze data-extractie is vervolgens gecontroleerd door een tweede onderzoeker (TR, AB of DS). Eventuele discrepanties zijn besproken.

De gebruikte de-implementatie strategieën van de gevonden studies zijn ingedeeld aan de hand van de EPOC Taxonomy.

De kwaliteit van de studies met een aparte controlegroep (gerandomiseerde studies en gecontroleerde voor/na studies) is beoordeeld m.b.v. de risk of bias tool van Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). De kwaliteit van de studies zonder controlegroep, en studies die gebruik maakten van vragenlijsten onder zorgverleners (en dus niet de uitkomsten op patiënt niveau hebben gemeten) is beoordeeld met behulp van de Newcastle-Ottawa Scale (NOS) voor cohortstudies.

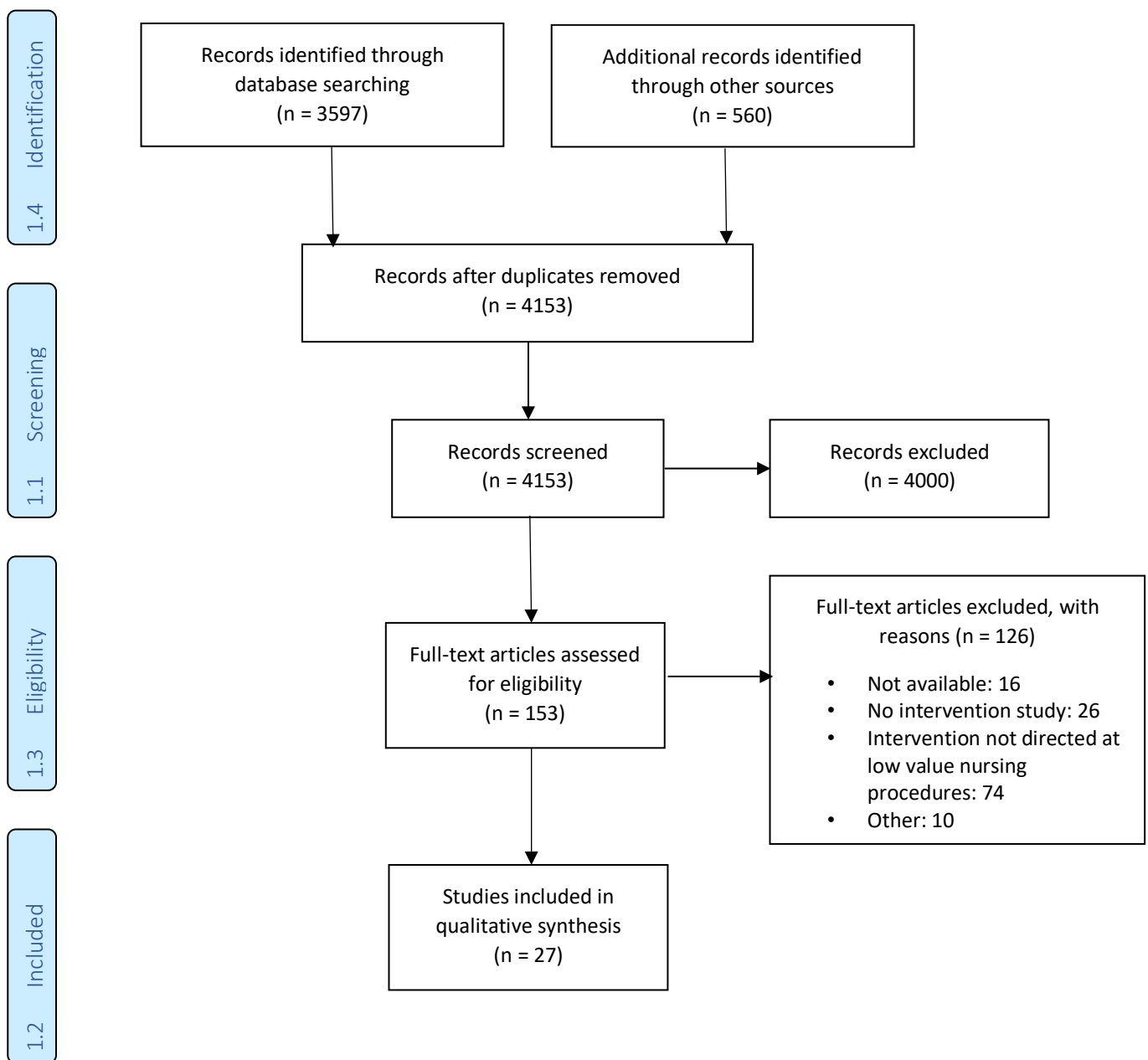
4.3 Resultaten

4.3.1 Inclusie

Na het uitvoeren van de zoekstrategie in de verschillende databases werden er 3638 artikelen gevonden (zie figuur 4.1). Hier werden nog 560 artikelen aan toegevoegd uit de referentiescreening. Nadat de 4 dubbelen zijn verwijderd, bleven er nog 4153 artikelen over waarvan de titel en samenvattingen zijn beoordeeld. Na deze screening, werden 4000 artikelen geëxcludeerd, en de overgebleven 153 artikelen beoordeeld op basis van de volledige artikel tekst. Van deze 152 artikelen, voldeden 126 artikelen niet aan de inclusiecriteria (zie figuur 4.1). Veel artikelen bleken geen betrekking te hebben op de reductie van ongepaste handelingen in de verpleging en verzorging maar op ongepaste zorg door artsen waarbij verzorgenden en verplegenden werden ingezet om te voorkomen dat artsen deze ongepaste zorg leverden. Uiteindelijk werden er 27 artikelen geïnccludeerd in dit review. In bijlage 4.1 is een uitgebreide beschrijving van deze studies opgenomen.

4.3.2 Karakteristieken studies

In totaal zijn er 3 RCT's (11%), 7 cluster RCT's (27%) en 5 controlled before-after studies (19%) gevonden. De overige 12 studies (44%) hadden een uncontrolled before-after design. De meeste van de gevonden studies hebben betrekking op het reduceren van het gebruik van ongewenste vrijheidsbeperkende interventies (VBIs) (n=20, 78%), gevolgd door het reduceren van ongepast voorschrijven van antibiotica (n=3, 11%) en ongepast katheter gebruik (n=2, 7%). De meeste studies zijn uitgevoerd in de ziekenhuissetting (n=14), gevolgd door de verpleeghuissetting (n=10), spoedzorgcentra (n=2) en woonzorgvoorzieningen (n=1).



Figuur 4.1 Flowchart

4.3.3 Karakteristieken gebruikte de-implementatie strategieën

In tabel 4.1 is een overzicht gegeven van de karakteristieken van de gebruikte de-implementatie strategieën in de geïdentificeerde studies. Daarbij is in de tabel een onderscheid gemaakt tussen de karakteristieken van studies die een statistische significante afname in het gebruik van ongepaste handelingen in de verzorging en verpleging rapporteerden en studies die geen significante afname rapporteerden.

- Eén studie rapporteerde dat de ontwikkeling van de de-implementatiestrategie vooraf is gegaan door een analyse van bevorderende en belemmerende factoren voor het stoppen van de ongepaste handeling.

- In de geïdentificeerde studies vaker gebruik gemaakt van een meervoudige strategie (n=21, 78%) dan een enkelvoudige (n=6, 22%).
- In 21 van de 27 studies (78%) werd er voor de de-implementatie gebruik gemaakt van educatieve bijeenkomsten en in 8 van de 27 (30%) gevallen van consultatie van een expert.
- Er is geen duidelijk verschil in het gebruik van meervoudige en enkelvoudige strategieën en het type strategie volgens de EPOC taxonomie tussen studies die een significant afname in het gebruik van ongepaste handelingen lieten zien en studies die geen significante afname lieten zien.

4.3.4 Kwaliteit van de geïnccludeerde studies

De risk of bias van de studies met controle groep zijn gescoord m.b.v. de risk of bias tool van Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) (zie tabel 4.2). Over het algemeen was de risk of bias van deze studies laag. Vijf van de 14 studies hadden een hoge risk of bias op het item 'random sequence allocation', wat betekent dat de patiënten en/of clusters niet at random zijn toegewezen aan de controle of de-implementatie strategie. De risk of bias van de 13 studies zonder controle groep (n=12) en vragenlijst studies (n=1) zijn beoordeeld met behulp van de Newcastle Ottawa Scale (NOS) (zie tabel 4.3). Deze studies hadden allen een hoog risico op bias. Ze scoorden met name slecht op het item 'comparability', wat betekent dat deze studies in de analyses meestal niet gecorrigeerd hebben voor confounders.

Tabel 4.1 Karakteristieken gebruikte strategieën voor het reduceren van ongepaste handelingen

	Positive significant effect N (%)	No significant results N (%)	Unclear effect (no statistical analyses) N (%)
Single vs. multifaceted			
Multifaceted (N=21)	9 (43%)	9 (43%)	3 (14%)
Single faceted (N=6)	5 (83%)	1 (17%)	-
Intervention based on barrier assessment			-
Barrier assessment performed (N=1)	-	-	1 (100%)
No barrier assessment performed (N=26)	14 (54%)	10 (38%)	2 (8%)
Low value care			
Restraint use (N=20)	11 (55%)	7 (35%)	2 (10%)
Antibiotic prescribing (N=3)	2 (67%)	1 (33%)	-
Catheter use (N=2)	-	1 (50%)	1 (50%)
Antipsychotic prescribing (N=1)	-	1 (100%)	-
Liver function tests (N=1)	1 (100%)	-	-
Strategie volgens EPOC Taxonomy *			
Education (meetings, materials, games and outreach visits) (N=24)	13 (54%)	8 (33%)	3 (13%)
Health information system (N=4)	2 (50%)	2 (50%)	-
Audit and feedback (N=3)	-	1 (33%)	2 (67%)
Local consensus processes (N= 2)	1 (50%)	-	1 (50%)
Clinical guidelines (N=1)	-	1 (100%)	-
Sensory modalities for patient (N=1)	-	1 (100%)	-
Packages of care (N=1)	-	1 (100%)	-
Team (N=1)	1 (100%)	-	-
Continuous quality improvement (N=1)	1 (100%)	-	-
Tailored intervention (N=1)	-	1 (100%)	-
Monitoring (N=1)	1 (100%)	-	-
Monitoring the performance of the delivery of healthcare (N=1)	-	-	1 (100%)

* 21 studies hebben meerdere implementatie strategieën ingezet die niet altijd onder 1 onderdeel van de EPOC taxonomy te vatten zijn. Hierdoor is een aantal studies meerdere keren opgenomen in dit deel van de tabel.

Tabel 4.2 Risk of bias van studies met controle groep gescoord met de EPOC risk of bias tool

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Baseline outcome measurement similar	Baseline characteristics similar	Incomplete outcome data (attrition bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Protection against contamination	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Alexaitis et al. 2014									
Amato et al. 2006									
Andersen et al. 2017									
Choi et al. 2009									
Davis et al. 2008									
Desveaux et al. 2017	+	+	+	+		+	+	+	
Eskandaria et al. 2018									
Evans et al. 1997	+	+	+	+			+	+	+
Evans et al. 1997*	+	+	+	+			+	+	+
Gulpers et al. 2011	-	-	+	+	+	+	+	+	+
Gulpers et al. 2013	-	-	+	+	+	+		+	+
Henever et al. 2016									
Huang et al. 2009									
Huizing et al. 2008	+	+	+	+		+	+	+	
Huizing et al. 2009	+	+	+	+		+	+	+	
Koczy et al. 2019	+	+	+	+	-	+	+	+	+
Kopke et al. 2012	+	+	+	+	-	+	+	+	
Kwok et al. 2005	+	+	+	+		+	+	+	+
Lai et al. 2011	-		-	-	-		+	+	
Link et al. 2016									
McCue et al. 2004									
Mitchell et al. 2018									
Pellfolk et al. 2010	+	+	+	+	+	+	+	+	
Sinitsky et al. 2017									
Testad et al. 2010	-	+	+	+		+	+	+	
Testad et al. 2016	-	-	+		+	+	+	+	+
Thakker et al. 2018									
Weddle et al. 2016									

Tabel 4.3 Risk of bias van ongecontroleerde studies en vragenlijst studies, gescoord met de Newcastle-Ottawa quality assesment scale

Author	Score Selection	Score Comparability	Score Outcome	Conclusion
Alexaitis et al. (2014)	★★★★	-	-	Poor
Amato et al. (2006)	-	-	★	Poor
Andersen et al. (2017)	★★	-	★	Poor
Davis et al. (2008)	★★★	-	★	Poor
Eskandaria et al. (2018)	★★	★	-	Poor
Hevener et al. (2016)	-	-	-	Poor
Huang et al. (2009)	★★	★	-	Poor
Link et al. (2016)	★★★★	-	-	Poor
McCue et al. (2004)	★	-	★★	Poor
Mitchell et al. (2018)	-	-	★★	Poor
Sinitsky et al. (2017)	★	-	★	Poor
Thakker et al. (2018)	★★★	-	★	Poor
Weddle et al. (2016)	★★	-	★★★	Poor

4.4 Conclusie en aanbevelingen

Op basis van de resultaten kunnen geen conclusies worden gemaakt over welke strategieën het meest effectief zijn voor het verminderen van ongepaste handelingen die verleend worden door verpleegkundigen en verzorgenden. Educatie wordt het meest ingezet voor het verminderen van ongepaste handelingen. Deze strategie is echter zowel bij studies met een significante afname als bij studies zonder significante afname van ongepaste handelingen ingezet. Nader onderzoek zal uit moeten wijzen welke specifieke kenmerken van educatie bijdragen aan het verminderen van ongepaste handelingen door verpleegkundigen en verzorgenden. Opvallend is ook dat slechts één studie rapporteert over een voorafgaande analyse van bevorderende en belemmerende factoren, terwijl implementatie theorieën beschrijven dat de een strategie moet ingrijpen op factoren die van invloed zijn op het uitvoeren van de ongepaste handeling die gereduceerd dient te worden.

Kwalitatief goed onderzoek is nodig naar het effect van strategieën ter verminderen van ongepaste zorghandelingen door verpleegkundigen en verzorgenden. Belangrijk daarbij is dat de getoetste strategie ingrijpt op een voorafgaande analyse van bevorderende en belemmerende factoren.

4.5 Literatuurlijst

4.6 Bijlage

Bijlage 4.1 Overzichtstabel met informatie over de geïncludeerde artikelen (N=27)

(oranje = geen significante afname ongepaste handeling, groen = significante afname ongepaste handeling, grijs = geen statistische toetsing effect).

Author (Y)	Design	Setting	Clinical specialty	Type of low value care	Single or multifaceted	Intervention strategy (EPOC taxonomy)	Primary outcome	Primary results
Link et al. (2016)	Uncontrolled Before-after	Urgent care center	Not specified	Antibiotic prescribing	Single	Educational meetings	Antibiotic prescriptions rates	From 91.7% pretraining to 29.8% posttraining), $\chi^2(2, N = 552) = 205.03, p \leq 0.001$.
Weddle et al. (2016)	Uncontrolled Before-after	Urgent care center	Not specified	Antibiotic prescribing	Single	Educational meetings	Inappropriate antibiotic prescribing rate	The rate of inappropriate antibiotic use among all conditions was 10% (172/1,691 patients) before the intervention versus 8% (143/1,805 patients) after the intervention ($p = .02$). Inappropriate antibiotic use decreased in those who attended the educational session (9% preintervention vs. 6% postintervention; $p < .01$).
Davis et al. (2008)	Uncontrolled Before-after	Hospital	Not specified	Antibiotic prescribing	Multifaceted	Audit and Feedback	Rates of antibiotic prescribing	No significant difference between pre- and posttest for NP, $p = 0.789$.
Desveaux et al. (2017)	Cluster RCT	Nursing home	Not specified	Antipsychotic prescribing	Multifaceted	Educational outreach visits, Educational materials	Days dispensed APM in the previous week	No statistically significant differences were found.
Thakker et al. (2018)	Uncontrolled Before-after	Hospital	Orthopedics	Catheter use	Multifaceted	Educational meetings, audit and feedback	Rate of urinary tract infection	Indwelling urinary catheter use decreased from 55.2% to 19.8% after implementation.
Alexaitis et al. (2014)	Uncontrolled Before-after	Hospital	Intensive care	Catheter use	Multifaceted	Packages of care, clinical guidelines	Catheter utilization	Increased from 74.14% to 76.2% ($P = .791$) post-protocol implementation.

Author (Y)	Design	Setting	Clinical specialty	Type of low value care	Single or multifaceted	Intervention strategy (EPOC taxonomy)	Primary outcome	Primary results
Sinitsky et al. (2017)	Uncontrolled Before-after	Hospital	Pediatric intensive care	Liver function tests	Single	Health information system	Total number of LFTs each month per PICU bed days	There was a significant sustained reduction in LFTs requests.
Choi et al. (2009)	Controlled before after	Hospital	Geriatrics	Restraint use	Single	Educational meetings	Use of physical restraint	No statistically significant differences between the groups for attitude and nursing practice involving physical restraints.
Eskandaria et al. (2018)	Uncontrolled before-after	Hospital	Not specified	Restraint use	Single	Educational meetings	Incidence rate of physical restraints	A statistically significant decrease of incidence rate of physical restraint use was found in 12 wards of hospital between the pre- and post-intervention phase ($Z=5.129$, $P < 0.001$).
Huang et al. 2009	Controlled before after	Hospital	Not specified	Restraint use	Single	Educational meetings	Use of restraints	A significant difference was found in nurse-reported practice of physical restraint between the two groups following the intervention ($Z= -3.25$, $p = .001$).
Amato et al. 2006	Uncontrolled Before-after	Hospital	Not specified	Restraint use	Multifaceted	Local consensus processes, Educational meetings, educational outreach visits, Audit and feedback	Rates of physical restraint use	There were no statistical analyses. The stroke rehabilitation unit showed a 29.2% relative reduction in overall restraint use. The brain injury unit showed a 16.2% relative reduction.
Andersen et al. 2017	Uncontrolled Before-after	Hospital	Not specified	Restraint use	Multifaceted	Educational meetings, sensory modalities for patient	Use of restraints	The use of belts decreased with 38% compared to the control group, but was not significant. CI 95% (0.34-1.13), rate ratio 0.62.

Author (Y)	Design	Setting	Clinical specialty	Type of low value care	Single or multifaceted	Intervention strategy (EPOC taxonomy)	Primary outcome	Primary results
Evans et al. (1997)	RCT	Nursing home	Gerontology	Restraint use	Multifaceted	Educational meetings, educational outreach visits	Restraint prevalence	REC had a significant change in restraint prevalence over time (chi-square = 25.5, df = 2, $P < .001$); both the linear ($P < .001$) and quadratic ($P = .001$) terms were significant. RE changes fell short of statistical significance (chi-square = 5.44, df = 2, $P = .066$); however, both linear ($P = .02$) and quadratic components ($P = .02$) were individually significant. Control changes were not significant ($P = .13$).
Gulpers et al. (2011)	Controlled before after	Nursing home	Psychogeriatrics	Restraint use	Multifaceted	Educational meetings, educational outreach visits, Local consensus processes	Use of restraints	The intervention resulted in a 50% decrease in belt use (odds ratio = 0.48, 95% confidence interval = 0.28–0.81; $P = .005$). No increase occurred in the use of other types of restraints.
Gulpers et al. (2013)	Controlled before after	Nursing home	Psychogeriatrics	Restraint use	Multifaceted	Educational meetings, educational outreach visits	Use of restraint	The intervention resulted in a 65% decrease in belt use between preintervention and postintervention in the panel group (odds ratio 0.35, 95% confidence interval = 0.13–0.93; $P = .04$). In the survey group, the proportion of residents using belts was 13% in the control and 3% in the intervention group ($P < .001$) 24 months after baseline. The use of the most restrictive types of restraints was significantly lower in the intervention group than the control group in the panel and survey groups.

Author (Y)	Design	Setting	Clinical specialty	Type of low value care	Single or multifaceted	Intervention strategy (EPOC taxonomy)	Primary outcome	Primary results
Hevenver et al. (2016)	Uncontrolled-before after	Hospital	Intensive care	Restraint use	Multifaceted	Health information system and education materials	Use of restraint	During the study, use of restraints in the ICU was reduced 32%. The difference between restraint incidence before and after the intervention was significant. The preintervention group had a mean proportion of 0.37 compared with a mean of 0.18 in the postintervention group (P = .002).
Huizing et al. (2008)	Cluster RCT	Nursing home	Not specified	Restraint use	Multifaceted	Educational meetings, Educational outreach visits	Use of physical restraint	There were no statistical differences between the controlgroup and the interventiongroup, p= 0.533.
Huizing et al. (2009)	Cluster RCT	Nursing home	Not specified	Restraint use	Multifaceted	Educational meetings, Educational outreach visits	Use of physical restraint	Restraint use did not differ between the control and experimental groups
Koczy et al. 2011	Cluster RCT	Nursing home	Not specified	Restraint use	Multifaceted	Educational meetings, health information system, tailored interventions	Use of restraints	Restraint use did not differ between the control and experimental groups. the three posttests also showed no statistically significant difference between groups, although in both groups, the use of restraints increased over time. So in the control group, from 49% at baseline to 57% at Posttest 2 (P5.02) and 60% at Posttest 3 (P5.007). In the experimental group, only the change between baseline (54%) and Posttest 3 (64%) (P5.02) was statistically significant.
Kopke et al. (2012)	RCT	Nursing home	Not specified	Restraint use	Multifaceted	Educational meetings, Educational materials	Percentage of residents with at least 1 physical restraint	At baseline, prevalence of physical restraint use was comparable between groups: 31.5% in the intervention group vs 30.6% in the control group. After 6 months, physical restraint prevalence was significantly lower in the intervention group, 22.6%, vs 29.1% in the control group (difference, 6.5%; 95% CI, 0.6% to 12.4%; cluster-adjusted OR, 0.71; 95% CI, 0.52 to 0.97; P=.03; ICC, 0.029).

Author (Y)	Design	Setting	Clinical specialty	Type of low value care	Single or multifaceted	Intervention strategy (EPOC taxonomy)	Primary outcome	Primary results
Kwok et al. (2005)	RCT	Hospital	Geriatrics	Restraint use	Multifaceted	Health information systems and educational meetings	Proportion of restraint use, days restraint use	There was no significant difference between the intervention and control groups in the proportions and duration of having the three types of physical restraints.
Lai et al. 2011	Controlled before after	Hospital	Not specified	Restraint use	Multifaceted	Educational meetings, Educational outreach visits	Rate of restraint	In the control site, the overall restraint rate significantly increased from 2.6 to 8.3% ($P < 0.000$). study site, there was no significant difference in the overall restraint rate between the pre- and postintervention, but an upward trend ($p=0.405$).
McCue et al. 2004	Uncontrolled before-after	Hospital	Psychiatry	Restraint use	Multifaceted	Educational materials, team, Continuous quality improvement, educational games, Monitoring	Rate of restraint use	There was a significant decrease in the rate of restraint use (number of restraints/1000 patient-days) after the restraint reduction initiatives were implemented (mean + SD: before = 7.99 -4- 2.69, after = 3.70 -4- 1.93; $t = 6.74$, $df = 58$, $P < .0001$).
Mitchell et al. (2018)	Uncontrolled Before-after	Hospital	Intensive care	Restraint use	Multifaceted	Educational materials, educational meetings, monitoring the performance of the delivery of healthcare	Mean rate of restraint use	All 5 intensive care units were able to successfully decrease restraint rates to less than the national database mean for the majority of the months since the start of the intervention.
Pellfolk et al. (2010)	Cluster RCT	Residential care facilities	Not specified	Restraint use	Multifaceted	Educational meetings, Educational materials	Use of physical restraint	The use of physical restraints was significantly lower in the intervention group at follow-up than in the control group, $p=0.001$.
Testad et al. (2010)	Cluster RCT	Nursing home	Not specified	Restraint use	Multifaceted	Educational meetings	Use of restraint	The proportion of residents starting new restraints was lower in the intervention group after 6 months, $p=0.02$. No differences were found after 12 months $=0.57$.
Testad et al. (2016)	Cluster RCT	Nursing home	Not specified	Restraint use	Multifaceted	Educational meetings	Use of restraints	The use of restraints, the number of episodes decreased from 33 at baseline to 23 at follow-up ($p=0.025$) in the intervention group, with a greater reduction in the control group from 42 at baseline to 18 at follow-up ($p<0.001$)

5 Synthese WINK V&V - Road Map Implementatie Kwaliteitsstandaarden

Werkpakket 5

Projectgroep

Prof.dr. H. Vermeulen

Prof.dr. M. van Dijk

Dr. E. Ista

5.1 Inleiding

Van verpleegkundigen en verzorgenden (V&V) wordt verwacht dat zij evidence based werken. Om hen hierbij te ondersteunen worden richtlijnen¹ ontwikkeld. Deze bevatten aanbevelingen voor het uitvoeren van interventies² (beter doen) als ook het stoppen met onnodige handelingen (beter laten). Er is in de Nederlandse zorgsetting nog onvoldoende kennis over beïnvloedende factoren en strategieën om aanbevelingen uit kwaliteitsstandaarden effectief te (de-) implementeren in de dagelijkse praktijk van V&V.

5.2 Doel

Inzichtelijk maken welke beïnvloedende (belemmerende & bevorderende) factoren verpleegkundigen, verzorgende en verpleegkundig specialisten (V&V) ervaren bij de implementatie van kwaliteitsstandaarden en welke (de-)implementatiestrategieën, hulpmiddelen en best practices, kunnen leiden tot succesvolle toepassing van ‘beter doen’ en ‘beter laten’ aanbevelingen uit kwaliteitsstandaarden door V&V. De aanbevelingen uit dit onderzoek moeten ertoe bijdragen dat de kwaliteitsstandaarden en de aanbevelingen daaruit optimaal worden toegepast in de beroepspraktijk van verpleegkundigen en verzorgenden en het onderwijs, wat kan leiden tot meer uniformiteit in zorgverlening en betere zorg.

5.3 Samenvatting conclusies

Middels verschillende onderzoeksmethoden is een volledig beeld verkregen van de bevorderende en belemmerende factoren voor het gebruik van richtlijnen in de praktijk van V&V. Deze factoren zijn ingedeeld naar de betreffende de richtlijn zelf, individuele factoren bij de professional, patiënt factoren, factoren gericht op de professionele interactie, capaciteit voor organisatorische veranderingen, middelen en incentives, en factoren op het sociale, politieke en economische domein.

We hebben gevonden dat er een grote variatie bestaat hoe verschillende stakeholder groepen om gaan met implementatie van richtlijnen. De meeste aandacht gaat uit naar implementatieactiviteiten gericht op oriëntatie en verspreiding. Daarnaast is er maar een klein deel van de stakeholders die activiteiten inzetten die gericht zijn op beter doen en laten van handelingen in de praktijk. De belangrijkste reden voor stakeholders om niet deel te nemen aan deze studie was dat ze geen directe rol in implementatie van kwaliteitsstandaarden zagen. Zo gaven bijv. werkgeversorganisaties aan “we doen zelf niet aan implementatie”. Drie ‘good practices’ zijn gevonden, zowel binnen de V&VN (V&VN Jeugdverpleegkundigen) als daarbuiten (Nederlands Jeugdinstituut het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie). Voorbeelden van implementatiestrategieën (activiteiten), die als voorbeeld kunnen staan voor effectieve implementatie van V&V kwaliteitsstandaarden zijn: App en actief gebruik van social media, e-learning vanuit de beroepsgroep, richtlijnen databank, interactieve website gericht op implementatie, praktische hulpmiddelen voor aanpak implementatie.

¹ Binnen WINK V&V lag de focus op richtlijnen, dit zijn kwaliteitsstandaarden voor zorginhoudelijk handelen.

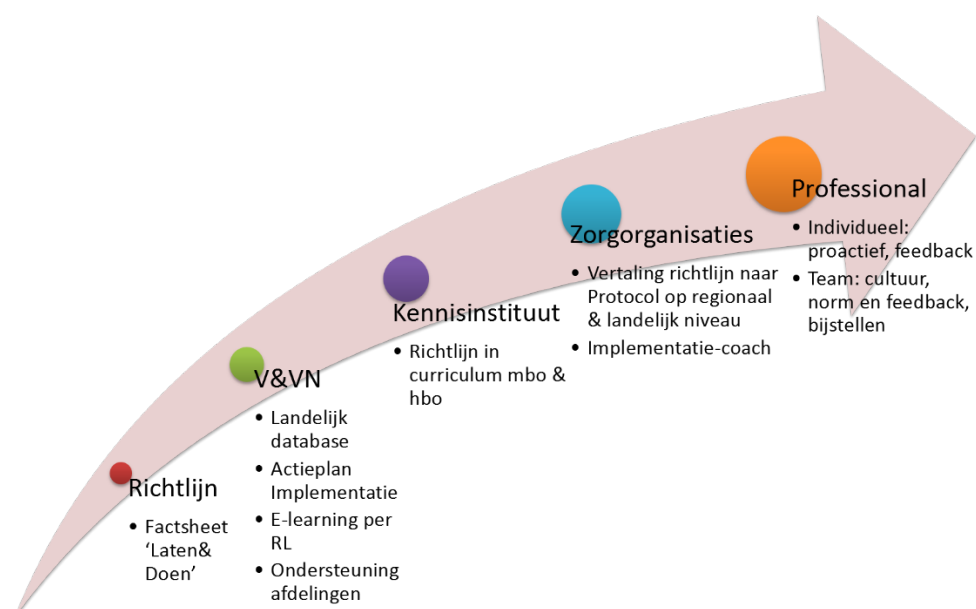
² De aanbevelingen zijn gebaseerd op de best beschikbare evidence en overige overwegingen. In het vervolg maken we gebruik van de term kwaliteitsstandaarden om aan te sluiten bij het V&VN en ZonMw programma, maar hier bedoelen we ook richtlijnen mee.

Middels de twee uitgevoerde systematic reviews is voor het eerst op een gestructureerde manier inzichtelijk gemaakt welke (de-)implementatiestrategieën worden gebruikt bij de implementatie van beter doen of beter laten interventies voor V&V. Voor beide handelingen geldt dat educatie de meest toegepaste implementatieactiviteit is, met daarnaast de inzet van lokale opinieleiders en het toepassen van audit en performance-feedback. Hiermee is ook een kennislacune zichtbaar geworden betreffende de-implementatie: het blijft onduidelijk of het terecht is dat voor implementatie en de-implementatie dezelfde interventies worden gebruikt. Tot slot, op basis van de resultaten kan niet geconcludeerd worden welke strategie, of combinatie van strategieën het meest effectief is voor implementatie van richtlijnen of beter laten interventies voor V&V.

5.4 Synthese en aanbevelingen

In de synthese was het doel om te kijken welke (de-)implementatiestrategieën en tools passen bij de beïnvloedende factoren en good practices die kunnen leiden tot succesvolle toepassing van kennis en 'beter doen of laten' aanbevelingen uit de V&V kwaliteitsstandaarden. De onderzoeksresultaten van de vier afzonderlijke WP's zijn geïntegreerd tot een pakket van aanbevelingen. Dit heeft geresulteerd in een 'road-map' waarin de afzonderlijke partijen die betrokken zijn bij implementatie van kwaliteitsstandaarden gepositioneerd zijn (zie figuur 1). De partijen zijn: ontwikkelaars van richtlijnen, de beroepsorganisatie V&VN en de afzonderlijke afdelingen, gezondheidszorginstellingen en werkgeversorganisaties, (kennisinstituten), en individuele professionals (verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten). Voor elk van de betrokken partijen zijn aanbevelingen geformuleerd.

Afhankelijk van het werkveld en organisaties vraagt dit om een specifieke inrichting, in de wijkzorg wordt veel individueler gewerkt dan in een ziekenhuis of een instelling voor langdurige zorg (bijv. verpleeghuis, psychiatrie of gehandicaptenzorg).



Figuur 5.1 Road map Implementatie kwaliteitsstandaarden

5.4.1 Makers van de Richtlijnen (kwaliteitsstandaarden)

1. Aanbevelingen moeten gericht op 'beter doen' en 'beter laten' van handelingen in de beroepspraktijk van V&V.
2. Er is een Factsheet beschikbaar voor professionals waarin:
 - a. Eén oogopslag helder is wat wordt aanbevolen om 'beter te doen' of 'beter te laten' voor in de praktijk
 - b. Duidelijk de veranderingen zijn aangegeven ten opzichte van een eerdere versie
 - c. De toepasbaarheid of het onderscheid per setting wordt aangegeven.
3. Richtlijnen moeten helder en duidelijk zijn qua lay-out en taalniveau.

5.4.2 Beroepsorganisatie – V&VN

De beroepsvereniging is momenteel al betrokken bij de disseminatie en implementatie van richtlijnen. Het programmabureau Kwaliteitsstandaarden van de V&VN is sturend in het prioriteren en uitzetten van de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden aan de hand van het raamwerk Essentiele zorg.

De V&VN kan de ervaring van andere beroepsorganisaties (V&VN Jeugdverpleegkundige, het Nederlands Jeugdinstituut en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie) gebruiken voor de inrichting voor een eigen ondersteuning bij implementatie kwaliteitsstandaarden.

Voor V&VN hebben we de volgende adviezen geformuleerd.

1. Oefen invloed uit op gezondheidszorginstellingen en werkgeversorganisatie via de bestuurstafels en laat hen inzien dat ze wel degelijk een rol te hebben in implementatie van richtlijnen.
2. Zet een landelijke database op voor V&V kwaliteitsstandaarden.
3. Gebruik de ervaringen van de V&VN Jeugdverpleegkundigen, het NJi en het KNGF voor hoe verpleegkundigen en verzorgenden in het veld ondersteund kunnen worden bij de implementatie van kwaliteitsstandaarden.
4. Ontwikkel een format dat gebruikt kan worden bij de vertaling van landelijke richtlijnen naar lokale setting gebonden protocollen of een database met afbeeldingen, filmpjes of animaties die organisaties kunnen gebruiken.
5. Ontwikkel een tool (bijv. implementatiewijzer zoals NJi), waarin praktische tips en adviezen zijn verwerkt waarmee professionals en zorginstellingen aan de slag kunnen. Bijvoorbeeld:
 - a. Een stappenplan voor het vormgeven van de implementatie met:
 - i. Methodieken
 - ii. Hoe rekening gehouden kan worden met de context van de zorgorganisatie door actief een analyse van beïnvloedende factoren uit te voeren (probleemanalyse)
 - iii. Invloed van cultuur binnen teams en organisaties
 - iv. Voorbeelden van implementatie activiteiten
 - b. Inspiratievoorbeelden
 - c. Hoe netwerken ingezet kunnen worden.
6. Ontwikkelen van E-learning modules om kennishiaten uit individuele kwaliteitsstandaarden op te vullen bij verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. Dit onderzoek laat zien dat het ontbreken van kennis een belangrijke belemmerende factor is bij de implementatie van kwaliteitsstandaarden (richtlijnen). Anderzijds is het de meest gebruikt

implementatiestrategie bij (de)implementatie van richtlijnen en onnodige zorg. Het gebruik van een E-learning kan hierbij ondersteunend zijn. Deze E-learning modules moeten aansluiten bij de verschillende rollen en niveaus, bijv. dat de VS een leidende of team-coachende rol heeft in de uitvoering van de kwaliteitsstandaard (richtlijn). Het is aan te bevelen om een vorm van toetsing te verbinden aan de e-learning in het kader van de deskundigheidsbevordering en het kwaliteitsregister voor V&V.³

7. Ontwikkel een specifiek programma voor de opleiding van V&V implementatiecoaches, die binnen hun zorginstelling een leidende rol kunnen spelen.
8. Faciliteer in samenwerking met V&VN afdelingen en ZonMw proefimplementaties bij bijv. de implementatie van nieuwe kwaliteitsstandaarden. Hiermee kunnen successen en geleerde lessen worden gedeeld het werkveld van V&V.
9. Ondersteun de V&VN-afdelingen om hun rol op te kunnen pakken, namelijk dat de afdelingen juist hun leden kunnen faciliteren in het gebruiken van richtlijnen.

V&VN Afdelingen

1. V&VN-afdelingen kunnen zelf een actieve rol vervullen bij de implementatie van richtlijnen door hun leden te ondersteunen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de bovenstaande strategieën en tools.
2. Leden van V&VN-afdelingen kunnen bijdragen aan ontwikkelen van een klimaat binnen hun afdeling dat performance feedback als een onderdeel is van zorg. Kan op allerlei manieren worden vormgegeven zoals dossierbespreking (vergelijk van afdelingsnorm met richtlijn).
3. Afdelingen de regie laten nemen tijdens het ontwikkeltraject van de kwaliteitstandaard met betrekking tot de implementatie
 - a. Inventarisatie waar leden in ondersteund moeten worden.
 - b. Actief commentaar geven op RL en implementatie adviezen

5.4.3 Kennisinstituten

Voor kennisinstituten, zoals academies, leerhuizen, mbo's en hogescholen, hebben we als belangrijk punt geformuleerd:

1. Kwaliteitsstandaarden verwerken in het onderwijscurriculum, dit draagt bij aan deskundige verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten.
2. Kennis over en van (nieuwe) kwaliteitsstandaarden moet ingebed zijn in het post initiële en continue onderwijs aan verpleegkundigen. Hier ligt een rol voor de academies en (instellings)leerhuizen.

5.4.4 Zorginstellingen en werkgeversorganisaties

De schaarste in de zorg maakt het nog belangrijker dat instellingen investeren in het optimaal faciliteren bij de implementatie van kwaliteitsstandaarden. Anderzijds zullen zorgverzekeraars ook gaan eisen dat zorg geleverd door V&V volgens de beroepsstandaard is, dan wel dat de huidige

³ Disclaimer: filmpje, e-learning zijn voorbeelden en moeten niet geïnterpreteerd worden als generieke oplossingen

kennis vastgelegd is in kwaliteitsstandaarden. Daarnaast is het belangrijk dat zorginstellingen, maar ook zorgprofessionals, over de grenzen van hun eigen afdeling/organisatie heen kijken. Patiënten⁴ ontvangen steeds meer zorg in verschillende zorginstellingen. Samenwerking tussen professionals van organisaties onderling is heel belangrijk, dit vereist eenduidigheid in protocollen.

Verpleegkundigen handelen in eerste instantie op basis van de protocollen van de zorginstelling en vertrouwen erop dat richtlijnen hierin correct verwerkt zijn.

Als zorginstellingen zich focussen op de volgende zaken, kunnen verpleegkundigen en verzorgenden zich richten op de kern van zorg verlenen volgens de beroepsstandaard (kwaliteitsstandaard). Het gaat dan om:

1. Maak bepaalde personen binnen een zorginstellen (bijv. verpleegkundige, kwaliteitsfunctionaris, leden protocollencommissie) verantwoordelijk voor de vertaling van richtlijnen naar lokale protocollen.
2. Stem protocollen van zorgorganisaties landelijk of regionaal af, deze kunnen ook gedeeld worden via een landelijk platform. Dit voorkomt praktijkvariatie waarbij instellingen en dus verpleegkundigen de zorg baseren op verschillende bronnen. Afstemming kan via de netwerken die op steeds grotere schaal ontstaan in het land, maar ook via afdelingen of platforms van V&VN.
3. Bied continue deskundigheidsbevordering aan voor V&V, waarin aandacht wordt besteed aan kwaliteitsstandaarden (zie ook kennisinstituten). Dit moeten organisaties opnemen in hun strategisch opleidingsplan voor leven lang leren van V&V en inbedden in continue educatie voor V&V.
4. Stel implementatiecoördinator(en)/coach(es) aan, die middels aangereikte tools in de eigen organisatie aan de slag gaan met de implementatie van richtlijnen V&V. Hierbij kan rekening worden gehouden met de lokale context en knelpunten. Een combinatie van strategieën (implementatieactiviteiten) kan worden ingezet voor de implementatie van 'beter doen' en/of 'beter laten' aanbevelingen. Deze manier draagt bij aan een effectievere implementatie van kwaliteitsstandaarden.
5. Meet het effect van de implementatie van kwaliteitsstandaarden op het niveau van naleven en verpleegsensitieve uitkomsten (zoals pijn, delier en zelf- management). In de vorm van performancefeedback kunnen deze bevindingen worden gebruikt om de implementatie te faciliteren en borgen. Op deze manier ontstaat er een kwaliteitscyclus binnen de afdeling rondom kwaliteitsstandaarden.
6. Betrek patiënten/cliënten tijdens de implementatie van kwaliteitsstandaarden.

5.4.5 Individuele professional (verpleegkundige, verzorgende, verpleegkundig specialist)

Tot slot hebben we aanbevelingen geformuleerd voor de ons als gezondheidszorgprofessionals, dus zowel voor de verpleegkundigen, verzorgenden als verpleegkundig specialisten.

1. Wees als individuele professional proactief en verantwoordelijk je eigen individuele beroepsontwikkeling. Dit betekent dat de professional zelf zich vakinhoudelijk moet blijven verdiepen, richtlijnen/kwaliteitsstandaarden zijn hiervan onderdeel.

⁴ Hier worden ook cliënten mee bedoeld.

2. Geef elkaar feedback op handelen volgens de kwaliteitsstandaard. Gebruik hiervoor performancefeedback met je team over verpleegsensitieve uitkomsten en naleving van 'beter doen' als 'beter laten' aanbevelingen uit kwaliteitsstandaarden. Deze resultaten kunnen gebruikt worden voor de kwaliteitscyclus rondom kwaliteit van zorg en kwaliteitsstandaarden op de afdeling.
3. Betrek patiënten/cliënten tijdens de implementatie van kwaliteitsstandaarden.
4. Professionals zouden op basis van de gemeten effecten de door hen uitgevoerde activiteiten, gericht op de (de)implementatie van kwaliteitsstandaarden, kunnen bijstellen met een evaluatieplan
5. Leidinggevendenden kunnen een belangrijke rol spelen binnen een team om implementatie en naleving van kwaliteitsstandaarden te faciliteren. Dit kan middels:
 - a. Aandacht te besteden aan kwaliteitszorg;
 - b. Bespreken van protocollen/richtlijnen;
 - c. Creëren van een veilige, positieve en innovatieve werkomgeving waarin werkplek leren als normaal wordt gezien en waar vrijelijk ervaringen en feedback gedeeld kan worden. Hierbij dient wel op gemerkt te worden dat de leidinggevende hiervoor toegerust moet zijn.

5.5 Afsluiting

Voor alle stakeholders betrokken bij de implementatie van kwaliteitsstandaarden hebben we aanbevelingen opgesteld. Duidelijk is dat (de-)implementatie complex is en dat met veel aspecten rekening moet worden gehouden. Afhankelijk van de rol en positie van de stakeholder(s) zijn de aanbevelingen gericht op faciliteren dan wel proactief actief aan de slag gaan met de implementatie van 'beter doen' en 'beter laten' aanbevelingen uit kwaliteitsstandaarden.

Tijdens het V&VN congresfestival Kwaliteitsstandaarden van 27 november 2019 zijn de aanbevelingen besproken in twee workshop-sessies. Hieraan hebben hoofdzakelijk verpleegkundigen deelgenomen. Opvallend was de grote mate van herkenning in de geformuleerde aanbevelingen. Door de deelnemers werd verder aangegeven dat zij het belangrijk vinden dat faciliteiten en middelen voor implementatie van kwaliteitsstandaarden beschikbaar zijn voor de gehele beroepsgroep V&V en niet exclusief voor bijv. V&VN-leden. Daarnaast wordt het belangrijk gevonden dat V&VN niet alleen zichtbaar is, maar ook een voortrekkersrol neemt op dit onderwerp en zich niet alleen presenteert als een beroepsvereniging maar zich ook profileert als kennisinstituut.

Voor alle partijen geldt: neem geen genoegen status quo, maar werk elke dag aan verbetering van de kwaliteit van zorg van V&V. Faciliteren, ondersteunen en mogelijk maken is een taak voor zorgleidinggevendenden, -managers en -bestuurders. Voor alle verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten is het een kans om de verpleegkundige kwaliteit van zorg te verbeteren en bij te dragen aan het evidence based werken.

5.5.1 Kennis lacunes

Wij hebben veel kennis verzameld en er zijn generieke implementatieactiviteiten gevonden voor zowel implementatie- als de-implementatie van aanbevelingen uit kwaliteitsstandaarden. Desondanks weten we niet of de aanpak verschillend moet zijn voor verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden, of voor verschillende settings, zoals ziekenhuis,

geestelijke gezondheidszorg, verpleeghuis, wijkzorg en zorg voor mensen met een verstandelijk beperking.

De strategie 'educatie' wordt aangeraden om te gebruiken wanneer er een kennis tekort is over 'beter doen' en/of 'beter laten' aanbevelingen. Educatie kan alleen worden ingezet of in combinatie met andere (de-)implementatie strategieën. Nader onderzoek is nodig wat effectieve elementen van educatie moeten zijn (niet alleen kennisoverdracht, maar mogelijk ook educatie over alternatieven).

Daarnaast is het nodig om meer te weten te komen over het effect van (de-)implementatieactiviteiten en het onderscheidende karakter van implementatie- versus de-implementatieactiviteiten. Dit zou kunnen door systematisch te leren van proefimplementaties. Het effect van opgeleide implementatiecoaches die ingezet worden in de organisaties is nog niet onderzocht.

Verder is het nog onbekend wat de kwaliteit is van de lokale protocollen van zorginstellingen. Het is onduidelijk of richtlijnen correct verwerkt zijn in de protocollen en nader onderzoek hiernaar is essentieel.