

Bijlage 10

Implementatie

Commentaarfase

Van eind juli 2021 tot oktober 2021 heeft de commentaarfase van de richtlijn plaatsgevonden. Met behulp van een vragenlijst zijn de richtlijndeterminanten: Juistheid, compleetheid, complexiteit, helderheid, en relevantie per aanbeveling uitgevraagd. Deelnemers van de commentaarronde konden ook met behulp van een open commentaarformulier reageren op de conceptringlijn. Gedurende de commentaarfase hebben partijen namens zorgvragers (waaronder de Patiëntenfederatie NL, Burgerkracht Limburg, Alzheimer Nederland), Mantelzorgers (Saffiergroep) en zorgverleners (V&VN) en andere disciplines (Ergotherapie Nederland (EN) en Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)) commentaar geleverd op de richtlijn. Ook andere relevante belanghebbenden zoals hulpmiddelen leveranciers (Vegro Verpleegartikelen B.V) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze partijen hebben via een vragenlijst of commentaarformulier gereageerd op de conceptringlijn. Op basis van het commentaar is deze vervolgens aangepast. Aanpassingen hadden met name te maken met het expliciteren van de rol van Ergo- en Fysiotherapeut als adviseur van V&V en het verhelderen en concretiseren van formuleringen van de aanbevelingen.

Proefimplementatie

Doelstellingen proefimplementatie:

Een richtlijn is in de praktijk van waarde wanneer deze daadwerkelijk door zorgverleners worden uitgevoerd. Van deze richtlijn is een proefimplementatie uitgevoerd. In dit hoofdstuk zijn de resultaten ervan weergegeven. Het doel van de proefimplementatie was tweeledig:

- 1 Het vaststellen van de mate van gebruik van de kernaanbevelingen in de praktijk.
- 2 Het identificeren van belemmerende en bevorderende factoren die het gebruik van de kernaanbevelingen beïnvloeden. Op basis van deze factoren kunnen gerichte strategieën worden ingezet voor de toekomstige invoering en inzet van de richtlijn.

Methode

Om deze doelstellingen te behalen hebben n=52 zorgverleners uit vijf verschillende settings (zie tabel 35) de kernaanbevelingen in een periode van drie weken uitgetest. Gedurende deze drie weken hebben zorgverleners bijgehouden welke kernaanbevelingen zij bij verschillende zorgvragers hebben kunnen toepassen. In totaal zijn de kernaanbevelingen bij n=89 zorgvragers toegepast.

Tabel 35: Setting en aantal zorgvragers en zorgverleners proefimplementatie

Setting		Aantal zorgverleners	Aantal bereikte zorgvragers
Ziekenhuiszorg	Oncologie/ Longafdeling	11	18
Revalidatiezorg	Neurorevalidatie	9	9
	Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	6	12
Wijkzorg		5	17
Verpleeghuiszorg		8	8

		8	17
Verstandelijk gehandicaptenzorg	Ernstige meervoudige beperkingen (EMB)	5	8
		52	89

Na afloop van de drie weken hebben zorgverleners in een vragenlijst aangeven in hoeverre ze belemmerende en bevorderende factoren ervaren hebben bij het toepassen van de kernaanbevelingen. De uitgevraagde factoren zijn gebaseerd op het Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschroder et al. (2009) en de MIDI vragenlijst (Fleuren, Paulussen, Van Dommelen, and Van Buuren (2014) en zijn vooraf door de projectgroep geselecteerd op basis van hun potentiële invloed in de praktijk. Na de analyse van de ingevulde vragenlijsten, hebben met ieder zorgteam, dat betrokken is geweest bij de proefimplementatie, focusgroepen plaatsgevonden. Enkel met het team in het ziekenhuis heeft een focusgroep door omstandigheden niet plaats kunnen vinden. Tijdens deze focusgroepen is aan de hand van de uitkomsten van de vragenlijst dieper ingegaan op de ervaringen van medewerkers in het gebruik van de kernaanbevelingen.

Resultaten: Factoren die het gebruik van de kernaanbevelingen bevorderen en belemmeren

Voor elke factor die het gebruik van de kernaanbeveling mogelijk zou kunnen beïnvloeden is in onderstaande tekst aangegeven of deze als positief (+), neutraal (+/-) of negatief (-) is ervaren door de deelnemers van de proefimplementatie.

Richtlijndeterminanten

1. Relatief voordeel (+)

Het gebruik van de kernaanbevelingen levert volgens de zorgverleners voordelen op t.o.v. de huidige werkwijze. In de focusgroepen geven medewerkers aan dat de kernaanbevelingen helpen om de ADL-zorg "bewuster" te verlenen en te onderbouwen. Uit de focusgroepen blijkt dat er kritischer gekeken wordt naar dingen "die men toch al doet". Op deze manier draagt de richtlijn bij aan het bespreekbaar maken van de manier waarop ADL-zorg in de praktijk verleend wordt.

2. Aanpasbaarheid doelgroep en setting (+)

Zorgverleners geven zowel in de vragenlijsten als in de focusgroepen aan dat de kernaanbevelingen in de diverse settings toepasbaar zijn en waar nodig kunnen worden aangepast.

Enkele kernaanbevelingen zijn in bepaalde zorgsettings minder toegepast. Een voorbeeld hiervan is het betrekken van mantelzorgers in de ADL-zorg in een deel van de betrokken settings. Genoemde reden voor het niet betrekken van mantelzorgers zijn: (1) Mantelzorgers (thuis) zijn blij als de zorg een keer wordt overgenomen en gebruiken deze zorgmomenten als ademruimte voor zichzelf; (2) door COVID-19 zijn mantelzorgers in de geriatrische revalidatie minder betrokken; en (3) in de deelnemende verpleeghuizen of de verstandelijk gehandicaptenzorg worden mantelzorgers niet standaard betrokken in de uitvoering van ADL-taken omdat de ADL-zorgverlening wordt gezien als taak van verpleegkundigen en verzorgenden.

3. Mate van complexiteit (+)

In de afgenomen vragenlijst werd de mate van complexiteit van de kernaanbevelingen als positief beoordeeld. Uit de focusgroepen blijkt echter dat sommige kernaanbevelingen in de praktijk als ingewikkeld worden ervaren. Dit betreft bijvoorbeeld kernaanbeveling 5 (zorgvragers betrekken bij het stellen van doelen), of de kernaanbevelingen 9 en 10 (toepassen

van effectieve interventies).

Daarnaast wordt de hoeveelheid tekst van de kernaanbevelingen en de bijbehorende plannen van aanpak soms als (te) lang ervaren. Zorgverleners geven in de focusgroep aan dat een visualisatie van de kernaanbevelingen in de vorm van een infographic of samenvattingskaart zou kunnen helpen om de essentie van de kernaanbevelingen sneller te begrijpen.

Congruentie huidige werkwijze (+)

Kernaanbevelingen sluiten in grote lijnen aan op de huidige werkwijze. Enkele kernaanbevelingen zoals het in kaart brengen van objectieve gegevens met behulp van de Barthel Index passen niet in elke setting bij de huidige werkwijze. In de deelnemende verpleeghuizen en de wijk- en VGZ-organisaties is de Barthel index door de organisatie niet gekozen als meetinstrument om het ADL-functioneren van de zorgvrager in kaart te brengen.

Conclusie richtlijndeterminanten uit de proefimplementatie: Er zijn weinig belemmeringen voor het gebruik van de kernaanbevelingen in de praktijk. De kernaanbevelingen bieden voordelen ten opzichte van de huidige werkwijze en zijn ook grotendeels aanpasbaar aan de doelgroep en setting. Het maken van samenvattingskaart of infographic waarin de meest essentiële informatie visueel wordt zou kunnen helpen om de kernaanbevelingen sneller te begrijpen en toe te passen.

Determinanten m.b.t. de organisatie (inner setting)

Noodzaak om te veranderen (-)

De huidige manier van ADL-zorg verlening hoeft volgens de zorgverleners die deelgenomen hebben aan de proefimplementatie niet te veranderen. Dit kan het gebruik van de kernaanbevelingen belemmeren. Uit de focusgroepen en de afgenomen vragenlijst komt echter wel naar voren dat zij vinden dat het gebruik van de kernaanbevelingen bijdraagt aan de professionalisering van de ADL-zorg.

Personele bezetting (+/-)

Personele bezetting is een factor die wisselend als bevorderend of belemmerend wordt ervaren. Deze ervaring lijkt afhankelijk te zijn van de context van de kernaanbevelingen. Op basis van de vragenlijst en de uitgevoerde focusgroepen kan er niet eenduidig wordt gezegd dat personele bezetting het gebruik van de kernaanbevelingen belemmert of bevordert.

Tijd (+/-)

De tijd die nodig is om de kernaanbevelingen in de praktijk toe te passen belemmert de zorgverleners niet in het gebruik van de kernaanbevelingen. Uit de focusgroepen blijkt dat zorgverleners het idee hebben het grootste gedeelte van de kernaanbevelingen al toe te passen in hun dagelijkse werk, waardoor er niet veel extra tijd nodig zou zijn. Er wordt wel aangegeven dat sommige aanbevelingen eerst een tijdsinvestering vragen, voor dat er uiteindelijk tijd bespaard zou kunnen worden. Bijvoorbeeld het toepassen van Function Focused Care principes bij zorgvragers kan in het begin meer tijd kosten, maar levert ook tijd op wanneer zorgvragers hierdoor sneller ADL-zelfstandig worden.

In het kader van tijd werd in de focusgroepen genoemd dat zorgverleners meer tijd nodig hadden dan verwacht, om zich de aanbevelingen eigen te maken. Een introductiebijeenkomst waarin de inhoud van de kernaanbevelingen en de vertaling van de aanbevelingen de dagelijkse zorgverlening zou dit proces mogelijk kunnen versnellen.

Steun collega's en teamleider (+)

Een gebrek aan steun van collega's in het toepassen van de richtlijn is niet ervaren door de zorgverleners. Uit de focusgroepen komt naar voren dat collega's over het algemeen steun

aan elkaar hebben gehad in het begrijpen en uitvoeren van de kernaanbevelingen door onderling over de individuele werkwijze in gesprek te gaan.

Subjectieve norm collega's (+/-) en teamleider (+)

Uit de proefimplementatie blijkt dat zorgverleners enigszins onzeker zijn over de mate waarin collega's verwachten dat zij in lijn met de kernaanbevelingen handelen. Over het algemeen geven zorgverleners aan te denken dat teamleider een handelen in lijn met de aanbevelingen verwacht.

Conclusie determinanten organisaties: In de organisatorische factoren worden geen eenduidige set van factoren genoemd die belemmerd zijn bij het gebruik van de kernaanbevelingen. Het werkt vooral bevorderend wanneer zorgverleners op steun van collega's en teamleiders kunnen rekenen. Tijd en personele bezetting kan afhankelijk van de setting en de kernaanbeveling een mogelijke belemmering zijn. Zorgverleners gaven wel aan dat een tijdsinvestering vooraf aan het toepassen van de kernaanbevelingen om zich de kernaanbevelingen eigen te maken nodig lijkt en dat een bijeenkomst van de organisatie kan helpen om de inhoud van de kernaanbevelingen en de gevolgen hiervan voor het dagelijkse werk sneller en beter te begrijpen.

Determinanten m.b.t. zorgverlener

Kennis (+)

Zorgverlener ervaren voldoende kennis om de kernaanbevelingen in de praktijk uit te voeren. Enkel voor de kernaanbevelingen omtrent het toepassen van de effectieve interventies lijkt de nodige kennis soms te ontbreken. Ook in de focusgroepen komt naar voren dat zorgverleners op basis van de aanbevelingen betreffende effectieve interventies niet altijd voldoende kennis hebben over de uitvoering van de kernaanbeveling. De inhoud van de aanbeveling geeft blijkbaar niet in elke situatie voldoende handvaten om de interventie uit te voeren. Redenen hiervoor liggen in de beperkte informatie over de daadwerkelijke uitvoering van de interventies, die in de literatuur beschikbaar is. Deze kennishiaat is opgenomen in de kennislacunes van deze richtlijn als aanleiding voor verder onderzoek.

Uitkomstverwachting: Waarschijnlijkheid (+)

Zorgverleners geven aan dat zij bij het gebruik van de kernaanbevelingen ook daadwerkelijk verwachten om het doel van de aanbeveling bij de betreffende zorgvragers te bereiken. Bijvoorbeeld wordt aangegeven dat men met het toepassen kernaanbeveling 1 daadwerkelijk toe kan werken naar een relatie op basis van vertrouwen, respect, gelijkwaardigheid en gedeelde verantwoordelijkheid.

Uitkomstverwachting Belangrijkheid (+)

De zorgverleners die de vragenlijst hebben ingevuld geven aan de uitvoering van de kernaanbevelingen in de praktijk belangrijk te vinden. Uit de focusgroepen blijkt dat zorgverleners het belangrijk vinden om persoonsgerichte ADL zorg te verlenen en op deze manier ook aan te sluiten bij landelijke ontwikkelingen en veranderingen de eigen organisatie. Deze ontwikkelingen hebben vooral betrekking op het sterker betrekken van zorgvragers en het stimuleren van zelfstandigheid in de uitvoering van ADL-taken.

Eigen effectiviteitsverwachting (+)

Op basis van de vragenlijst schatten zorgverleners in dat zij in staat zijn om de meeste kernaanbevelingen in de praktijk toe te passen. In de kernaanbevelingen rondom het betrekken van mantelzorgers en het toepassen van effectieve interventies is dit vertrouwen minder. Volgens de deelnemers van de focusgroepen komt dat omdat er minder betrokkenheid van mantelzorgers is (zie 2. Aanpasbaarheid doelgroep en setting) of zoals eerdergenoemd in de beschikbare informatie omtrent de praktische uitvoering van de interventies beperkt is (zie 10.

Kennis).

Professionele taakopvatting (+)

Zorgverleners vinden het bij hun taak horen om de kernaanbevelingen uit te voeren. Ook geeft men in de focusgroepen aan dat de kernaanbevelingen voor een professionalisering van de ADL-zorg zorgen en dat men zich gesterkt voelt in de eigen professionaliteit. Uit de focusgroepen blijkt ook dat de manier waarop organisaties taken zoals de intake (verzamelen van gegevens) beleggen beïnvloedt welke zorgverlener welke taken uitvoert. Voorbeelden van de verdeelde taken zijn dat het afnemen van assessments bijvoorbeeld vaak bij de verpleegkundige wordt belegd of dat niet alle lagen van de verpleegkundige beroepsgroep gemachtigd zijn om dingen in het zorgplan te wijzigen.

Persoonlijk voordeel (+/-)

In het algemeen zegt men dat de het toepassen van de kernaanbevelingen het gevoel van professionalisering van de basiszorg en het klinisch redeneringsproces versterkt. Kernaanbevelingen omtrent het toewerken naar een samenwerkingsrelatie zorgen bij zorgverleners voor een goed gevoel. Zorgverleners geven aan dat het toepassen van deze kernaanbevelingen een vertrouwensband en een samenwerkingsrelatie ontstaat vertrouwen waardoor het uitvoeren van zorghandelingen vergemakkelijkt. Persoonlijke voordelen in het gebruik van de kernaanbevelingen worden niet voor elke kernaanbeveling genoemd. Voor de aanbevelingen omtrent het samen doelen stellen en samen maken van zorgafspraken is het beeld niet eenduidig. In de helft van de zorgsettings worden geen persoonlijke voordelen gezien voor deze kernaanbevelingen. In de andere helft worden een sterkte eigenwaarde van zorgvragers in het maken van keuzes en het dat zorgvragers zich gehoord voelen als voordeel benoemd waarvoor de zorgverlening verbetert.

Persoonlijk nadeel (+)

Zorgverleners rapporteerden geen persoonlijke nadelen te ervaren door het gebruik van de kernaanbevelingen.

Conclusie factoren zorgverleners: Zorgverleners benoemen in de vragenlijst en de focusgroepen vooral factoren die het gebruik van de kernaanbevelingen kunnen bevorderen zoals het belang om persoonsgerichte ADL-zorg te verlenen. Zorgverleners voelen zich in staat om de kernaanbevelingen grotendeels uit te voeren en ook tot hun taak als verpleegkundige en verzorgende horen.

Conclusie proefimplementatie:

Op basis van de uitgevoerde proefimplementatie kunnen een aantal factoren benoemd worden die het gebruik van de kernaanbevelingen positief lijken te beïnvloeden. Zo lijken de kernaanbevelingen over het algemeen een voordeel op te leveren ten opzichte van huidige werkwijzen omdat door de kernaanbevelingen huidige werkwijzen en gewoontes nog een keer bewust gereflecteerd worden. Door de kernaanbevelingen wordt het gesprek geopend over de manier waarop ADL-zorg wordt verleend en kan er op een onderbouwde en bewuste manier naar "routinematige" zorghandelingen worden gekeken. Tegelijkertijd lijken de uitgevoerde kernaanbevelingen grotendeels aan te sluiten bij de huidige werkwijze van de zorgverleners en ontwikkelingen die landelijk en op organisatieniveau plaatsvinden. Tevens lijkt er over het algemeen voldoende kennis te zijn bij de zorgverleners over het uitvoeren van de kernaanbevelingen en heeft men het gevoel dat de kernaanbevelingen ook daadwerkelijk eraan bijdragen dat er goede ADL-zorg wordt verleend. Zorgverleners hebben vertrouwen dat ze de kernaanbevelingen in de praktijk kunnen uitvoeren en ervaren geen persoonlijke nadelen in het gebruik van deze.

Uit de proefimplementatie konden geen directe factoren gedestilleerd worden die het gebruik van de kernaanbevelingen belemmeren. Het valt op dat niet in alle settings alle kernaanbevelingen

zijn toegepast, zo hebben organisatorische keuzes voor meetinstrumenten die uitvoering van de Barthel index in de langdurige zorg settings (Verpleeghuis, VGZ) en in de wijk belemmert. Ook het betrekken van mantelzorgers is in verhouding minder gebeurt door diverse beschreven omstandigheden.

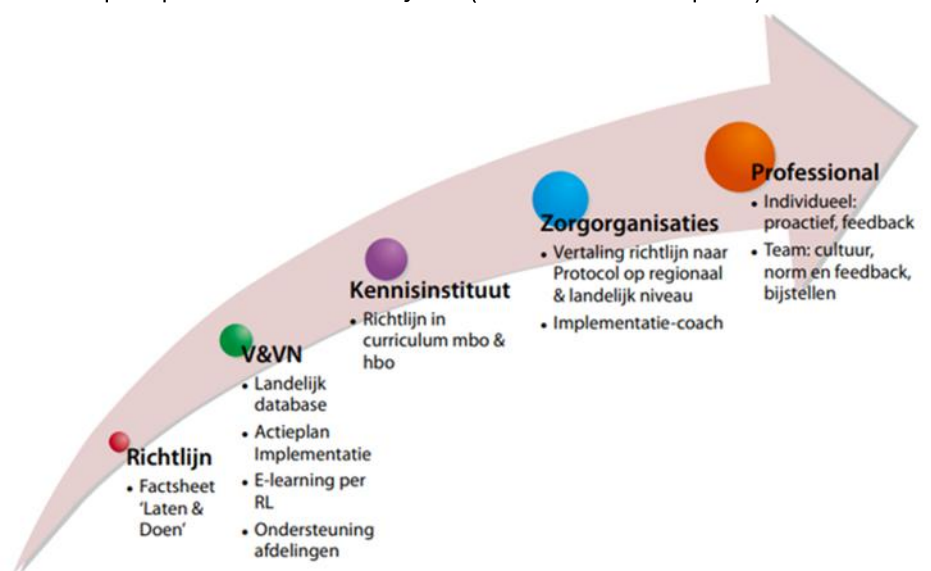
Echter zou aandacht voor een goede samenvattingskaart of infographic kunnen helpen om de essentie van de kernaanbevelingen sneller te kunnen begrijpen. Daarnaast lijkt aandacht voor het vertalen van de kernaanbevelingen naar primaire processen in de organisatie bevorderend te werken voor zorgverleners bijvoorbeeld in de vorm van gezamenlijke bijeenkomsten en presentaties.

Een aanleiding voor het herzien of veranderen van de kernaanbeveling kon op basis van de proefimplementatie niet geconcludeerd worden.

Adviezen voor implementatie

Om een richtlijn effectief in de praktijk te kunnen gebruiken is een grondige implementatie noodzakelijk. Deze implementatie vraagt om actie op verschillende niveaus (zie figuur 1) (Ista et al., 2020).

Figuur 1 Road Map Implementatie Richtlijnen (Ista et al., 2020, p. 27)



Op elk niveau zijn taken voor richtlijnontwikkelaars, de beroepsvereniging V&VN, kennisinstututen op het HBO en MBO, zorgorganisaties en de zorgprofessionals zelf. Voor elk niveau zijn hieronder adviezen voor implementatie opgenomen.

Van veranderingsprincipes naar implementatiestrategieën

Strategieën voor implementatie zijn ook bij het implementeren van richtlijnen gebaseerd op veranderingsprincipes of 'behaviour of change techniques' genoemd. Deze principes zijn componenten van een interventie die ontworpen worden om het gedrag van de eindgebruiker in dit geval verpleegkundigen en verzorgenden, te beïnvloeden (Michie et al., 2013). In het kader van deze richtlijn betekent dit, dat we verpleegkundigen en verzorgenden willen ondersteunen om in de praktijk conform de richtlijn te handelen en de aanbevelingen ook daadwerkelijk toe te passen in de praktijk.

Op basis van de literatuur omtrent dit thema weten we dat er sommige verander- of implementatie strategieën beter werken dan andere. We weten bijvoorbeeld dat feedback op gedrag, directe instructie of het vergelijken met collega's vaak wel bijdragen aan verandering, en monitoren van

uitkomsten zonder feedback of bijsturing bijvoorbeeld niet bijdragen aan verandering (Patey, Grimshaw, & Francis, 2021). In het formuleren van de hieronder beschreven implementatieadviezen hebben we rekening gehouden met deze veranderingsprincipes.

Adviezen voor richtlijnontwikkelaars

Op basis van de proefimplementatie wordt het opstellen van een samenvattingskaart of infographic voor de richtlijn geadviseerd. Aanvullend op een infographic van de richtlijn zelf bevelen we aan om aanvullende samenvattingskaarten of zakkaarten te creëren van de uitgebreidere aanbevelingen bijvoorbeeld omtrent het stellen van doelen (Kernaanbeveling 5). De boodschap van de deelnemende partijen is dat op deze manier het snel(ler) begrijpen van de kernaanbevelingen in de praktijk voor de verschillende lagen van de beroepsgroep bevordert kan worden. We weten dat een duidelijke instructie over de uitvoering helpt in het veranderen van gedrag (Patey et al., 2021). Om deze reden zal in het maken van de samenvattingskaart of infographic rekening gehouden moeten worden met een eenduidige en korte formulering, die door aansprekende visualisaties ondersteund kunnen worden. Gezien de diversiteit in zorgsettings waar deze richtlijn voor van toepassing is betekent dat ook dat het nodig is om deze samenvattingskaarten door te vertalen naar praktische werkafspraken voor de organisatie (zie adviezen voor zorgorganisaties).

Adviezen voor V&VN

De richtlijn Zorg bij ADL is voor een breed spectrum van zorgsettings van toepassing. Daarom is het advies aan V&VN om de richtlijn zo breed mogelijk te verspreiden. Naast het opnemen in de V&VN Richtlijnen database zijn nieuwsbrieven, social-media, en ledenbijeenkomsten geschikte middelen. In het bijzonder is er aanvullende aandacht nodig voor de sector VGZ waarin persoonlijke begeleiders zonder verpleegkundige of verzorgende opleiding ook ADL-zorg verlenen. De verschillende V&VN-afdelingen zouden ook de verschillende settings kunnen ondersteunen in het vertalen van de richtlijn naar de betreffende setting en doelgroep. Hierbij kan gedacht worden aan het organiseren van Webinars of themabijeenkomsten waarin de doorvertaling van de (kern-)aanbevelingen naar concrete afspraken of instructies of het gezamenlijk reflecteren op en vergelijken van de uitvoering van ADL zorg.

Adviezen voor Kennisinstituten (MBO/HBO)

Op basis van de uitgevoerde proefimplementatie adviseert de projectgroep om de richtlijn in te bedden in bestaande onderwijsactiviteiten en modules, zowel in het HBO als MBO. Mogelijk kunnen landelijke en of regionale opleidingsverbanden zoals het Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV), de MBO Raad, of regionale opleidingscentra (ROC's) hierin faciliteren. ADL-zorg is een verantwoordelijkheid van alle verpleegkundigen onafhankelijk van opleidingsniveau. Bij het inbedden van de ADL-richtlijn in het onderwijs is het van belang om naast de inhoud van de richtlijn ook aandacht te hebben voor de manier van implementatie van de richtlijn in de dagelijkse beroepspraktijk (Ista et al., 2020). Het kan volgens de deelnemers uit de proefimplementatie bijvoorbeeld bevorderlijk zijn als nieuwe verpleegkundigen en verzorgenden de juiste handvatten hebben om in samenwerking met ervaren zorgverleners het gesprek te voeren over ADL-zorg volgens de richtlijn.

Adviezen voor Zorgorganisaties

Het advies aan zorgorganisaties is de richtlijnprincipes/kernaanbevelingen te vertalen naar de primaire processen op ADL-gebied in de eigen organisatie. Tevens kunnen eerder gemaakte keuzes op ADL-gebied, waaronder de gebruikte meetinstrumenten evaluatiemomenten, manier van benadering van zorgvragers en de rol mantelzorgers in de ADL-zorg, worden heroverwogen en bij voorkeur aangepast aan de richtlijn. Deze taak zou bij een kwaliteitsfunctionaris belegd kunnen worden die bijvoorbeeld aan de hand van Plan Do Check Act (PDCA) cyclus verbeteracties op het gebied van ADL-zorg kan (blijven) faciliteren.

Tevens wordt geadviseerd dat de organisatie de zorgteams faciliteert bij het zich eigen maken van de inhoud en de voor hun praktische implicaties van de richtlijn, bijvoorbeeld in de vorm van team-overleggen en werkgroepen. Daarbij hoort ook dat kernaanbevelingen worden aangevuld met concrete instructies en werkafspraken. Hierbij hoort ook dat de uitvoering van specifieke kernaanbevelingen ook belegd worden bij de functionarissen, die deze in de praktijk uitvoeren. Denk aan het afnemen van meetinstrumenten door de verpleegkundige. Daarnaast zou een informatiebijeenkomst over de richtlijn en de vertaling van de richtlijn naar bestaande primaire processen zorgverleners kunnen helpen om de kernaanbevelingen sneller te begrijpen en te integreren in dagelijkse werkzaamheden. Andere mogelijkheden voor organisaties om het gebruik van de richtlijn onder de aandacht te brengen zouden ook themabijeenkomst of themaperioden kunnen zijn, denk bijvoorbeeld aan: de (richtlijn-) uitgangsvraag van de maand. Om onderlinge reflectie en feedback op elkaars handelen te stimuleren zouden organisaties in het toepassen van de kernaanbeveling ook intervisiebijeenkomsten of meeloopdagen kunnen implementeren waarin collega's elkaar gericht feedback kunnen geven of met elkaar op de uitgevoerde ADL zorg kunnen reflecteren.

Adviezen voor de professional

Op basis van de proefimplementatie is het voor zorgverleners aan te bevelen om de tijd te nemen de kernaanbevelingen door te nemen en samen met collega's en leidinggevenden te kijken welke onderdelen voor de betreffende setting geïntegreerd kunnen worden. Deze richtlijn biedt de mogelijkheid om kritisch te kijken naar de manier waarop ADL-zorg wordt verleend en waar men aanknopingspunten ziet om de zorgverlening te verbeteren. De vraag 'Waarom doe je de dingen die je doet?' helpt om daar inzicht in te krijgen. Ook helpt de richtlijn om te reflecteren op manieren die de ADL-zorg personsgerichter maken, zorgvragers sterker betrekken bij het maken van keuzes en het comfort en de zelfstandigheid van zorgvragers verhogen. Daarnaast biedt de richtlijn de mogelijkheid om de professionele expertise aan te scherpen en/of te vergroten. Ten slotte leren de ervaringen uit de proefimplementatie dat gesprekken met collega's kunnen helpen om van elkaar te leren. Als teamleider kun je in overleggen ruimte maken om het gebruik van de richtlijn te (blijven) bespreken.

Bronnen:

- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., . . . Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of behavioral medicine*, 46(1), 81-95.
- Patey, A. M., Grimshaw, J. M., & Francis, J. J. (2021). Changing behaviour, 'more or less': do implementation and de-implementation interventions include different behaviour change techniques? *Implementation Science*, 16(1), 20. doi:10.1186/s13012-021-01089-0