



Proefimplementatie handreiking psychosociale problematiek bij oncologie

Auteur: Maud Heinen, Rosa Mennes & Juliette Cruijsberg
Datum: 1 Juli 2025

Inhoud

1.	Inleiding.....	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Doel van de proefimplementatie.....	3
2.	Methode	4
2.1	Betrokkenen.....	4
	Betrokken sectoren bij de proefimplementatie	4
	Doelgroep.....	4
2.2	Metten van determinanten en mate van gebruik.....	5
2.3	Onderzoeksmethoden	6
3.	Resultaten	8
3.1	Deelnemers	8
3.2	Resultaten van de vragenlijst.....	8
	Aantallen cliënten.....	9
	Tijdinvestering	9
	Missende materialen.....	9
	Uitkomsten MIDI-vragenlijst determinanten met betrekking tot module 1 over het verpleegkundig proces	10
	Uitkomsten MIDI-vragenlijst determinanten met betrekking tot module 2 over effectieve interventies	11
	Uitkomsten MIDI-vragenlijst determinanten met betrekking tot module 3 over verwijzen en consulteren	12
	Uitkomsten over het gebruik van de aanbevelingen.....	14
	Determinanten met betrekking tot de gebruiker, organisatie en sociaal politieke omgeving.....	17
	Implementatieactiviteiten en het gebruik van het handboek en logboek.....	22
3.3	Resultaten van de focusgroepen en interviews.....	24
	Focusgroepen met zorgverleners	24
	Interviews managers.....	25
	Cliënten	25
4.	Conclusie	26
5.	Advies implementatiestrategieën.....	27
	Adviezen gericht op de handreiking (V&VN)	27
	Adviezen gericht op individuele zorgverlener	27
	Adviezen gericht op zorgorganisaties	27
	Sociaal politieke omgeving	27
	Literatuur	28

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

(Wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten in de wijk komen regelmatig in aanraking met psychosociale problematiek bij mensen met kanker in de verschillende stadia van de ziekte. Deze zorgverleners hebben een rol bij de signalering, bieden en evalueren van ondersteunende zorg en het betrekken van andere zorgprofessionals bij deze klachten. Onder psychosociale klachten bij kanker verstaan we een onplezierige emotionele ervaring van psychologische (cognitief, gedragsmatig, emotioneel), sociale en/of spirituele aard die kan interfereren met het vermogen om effectief om te gaan met kanker, de daarbij horende fysieke symptomen en de behandeling. Deze klachten kunnen variëren van normale gevoelens van kwetsbaarheid, verdriet en angst tot gevoelens van depressie, paniek, sociale isolatie en spirituele crisis die het functioneren verstoren (1). Psychosociale zorg is een verzamelterm en bestaat uit psychologische zorg en psychosociale ondersteuning. Psychologische zorg is vooral gericht op het diagnosticeren en behandelen van psychische klachten en stoornissen. Psychosociale ondersteuning is vooral gericht op emotionele en praktische ondersteuning bij (relatief eenvoudige) problemen van psychische en sociale aard. Gemiddeld ervaart ongeveer een derde van de mensen met kanker enige tot veel belemmeringen in hun sociaal functioneren, zoals activiteiten in het sociale en familiale leven. Vooral jonge mensen, mensen van middelbare leeftijd en mensen met meer bijkomende ziekten lijken een verhoogd risico te hebben om sociale belemmeringen te ervaren (2). Deze mensen kunnen behoefte hebben aan een vorm van ondersteunende zorg. Ondersteuning helpt hen om weer te kunnen participeren in de maatschappij, te re-integreren op de arbeidsmarkt en/of ernstiger psychische problematiek als depressies en angststoornissen te voorkomen. Ondersteuning helpt mensen met kanker en hun naasten ook als de ziekte niet meer te genezen is en zij zich moeten voorbereiden op het naderende levenseinde. De ontwikkelde handreiking psychosociale problematiek bij oncologie heeft als doel om (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten in de wijk handvatten te geven om het zorginhoudelijk handelen bij psychosociale ondersteuning bij mensen met of na kanker en hun naasten te verbeteren.

Gedurende het ontwikkeltraject van richtlijnen voert V&VN al geruime tijd proefimplementaties uit om zo adoptie en implementatie van richtlijnen te vergroten. Bij de huidige methodiek van proefimplementaties worden determinanten onderzocht die van invloed zijn op de implementatie van de nieuw ontwikkelde richtlijn of handreiking. Op basis daarvan wordt een advies gegeven over passende implementatiestrategieën. In dit rapport zijn de toegepaste onderzoeksmethoden, de resultaten en adviezen voor implementatie beschreven.

1.2 Doel van de proefimplementatie

Het doel van de proefimplementatie is zicht krijgen op het gebruik van de richtlijn of handreiking in de dagelijkse praktijk en factoren die dit beïnvloeden om op basis daarvan gerichte implementatiestrategieën te kunnen adviseren aan de richtlijnontwikkelaars en V&VN.

2. Methode

2.1 Betrokkenen

Bij het voorbereiden van de proefimplementatie is gesproken met de ontwikkelaar van de handreiking. Hierbij is informatie opgehaald over de planning, de inhoud van de handreiking en mogelijke zaken om rekening mee te houden bij de proefimplementatie.

Betrokken sectoren bij de proefimplementatie

De proefimplementatie heeft plaatsgevonden in de wijkverpleegkundige setting.

Doelgroep

De intermediaire gebruikers (zorgprofessionals)

De handreiking is ontwikkeld voor de wijkverpleging. Daarom heeft de proefimplementatie plaatsgevonden onder verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten werkzaam in de eerstelijnszorg in de wijkverpleegkundige setting. Werving vond plaats via de kanalen van V&VN en het netwerk van de onderzoekers.

De eindgebruikers (cliënten)

Via de zorgverleners zijn cliënten benaderd die zorg hebben ontvangen zoals beschreven in de concepthandreiking. Zij konden toestemming geven om hun naam en telefoonnummer te delen met de onderzoeker. De onderzoeker kon dan contact met de cliënt opnemen en nogmaals uitleg geven over het interview. Interviews waren mogelijk bij de cliënt thuis of telefonisch. Cliënten konden een informed-consentformulier tekenen of mondeling toestemming geven op de geluidsopname voor deelname.

De werkgevers of het management

Via de deelnemende zorgverleners is vooraf afgestemd dat ook de leidinggevende uitgenodigd zou worden voor een interview over de context waarbinnen de implementatie wordt uitgevoerd. Dit hebben zorgverleners afgestemd met hun leidinggevende of manager. Via de zorgverleners zijn contactgegevens van de manager of leidinggevende doorgegeven om zo een interview in te plannen.

Aanverwante disciplines

Aan de zorgverleners is gevraagd of zij contact hebben gehad met een huisarts of andere zorgverleners gedurende de proefimplementatie naar aanleiding van de zorg die zij verleend hebben volgens de aanbevelingen van de handreiking. Indien dit het geval was werd gevraagd welke huisarts betrokken was en vervolgens is deze door de onderzoeker benaderd met het verzoek om deel te nemen aan een kort interview.

2.2 Meten van determinanten en mate van gebruik

Er zijn in de concept handreiking kernaanbevelingen gedefinieerd. In tabel 1 is weergegeven welke aanbevelingen er in de proefimplementatie zijn meegenomen.

Module	Aanbevelingen
Het verpleegkundige proces	1.1 Voer gesprekken met mensen met kanker en hun naasten over hun psychosociaal welzijn om psychosociale problemen vroegtijdig te signaleren. 1.2 Gebruik screeninginstrumenten in het gehele verpleegkundig proces (screening, diagnostiek en evaluatie) als ondersteuning om een gesprek structuur te geven, verpleegkundige diagnoses vast te stellen en het verloop van eventuele psychosociale problemen van de individuele zorgvrager te evalueren. 1.3 Maak een keuze voor één screeningsinstrument, welke op verschillende momenten opnieuw ingezet kan worden, voor identificatie en evaluatie van het psychosociaal welzijn. In de overwegingen hieronder staat een aantal lijsten die geadviseerd worden. Zie de overweeg aanbevelingen op pagina 10. 1.4 Evalueer regelmatig, bijvoorbeeld eens per 3 maanden of als er iets wijzigt in de situatie van patiënt: start/stop behandeling, opname/thuiskomst, veranderingen in de prognose van het ziektebeeld, etc.
Effectieve interventies	2.1 We bevelen het model Positieve Gezondheid en het PLISSIT-model aan in het ondersteunen van mensen met psychosociale problemen. Om zo van uit een holistische attitude verpleegkundige interventies in te zetten. 2.2 Gebruik informatieve websites en digitale tools in het ondersteunen van mensen met psychosociale problemen. 2.3 We bevelen aan om een houding aan te nemen die probeert te normaliseren, luisteren met empathie en niet perse oplossen en weten waar je naartoe kan verwijzen als meer nodig is. 2.4 Maak gebruik van effectieve gesprekstechnieken, zoals actief luisteren, doorvragen, oprechte interesse in het verhaal van de ander en wanneer passend voor de situatie, maak gebruik van motiverende gespreksvoering of gedeelde besluitvorming (shared decision making). 2.5 Betrek naasten van cliënten zoveel mogelijk in het toepassen van niet medicamenteuze interventies, na toestemming van de patiënt. 2.6 Overweeg het op de agenda zetten van psychosociaal welbevinden en de mate van geboden ondersteuning in het teamoverleg. Dit zal kunnen bijdragen aan het van elkaar leren, reflecteren en aanvullen van elkaars kennis en ervaring op deze thema's. 2.7 We bevelen het toepassen van de in deze handreiking vermelde aanbevelingen uit de volgende richtlijnen aan (de aanbeveling staan verderop in dit hoofdstuk bij 'Samenvatting van de kennis' pagina 32-35): - IKNL richtlijn Rouw in de palliatieve fase (IKNL, 2022a) - V&VN Handreiking palliatieve zorg thuis (V&VN, 2020) - VWS-werkgroep Psychosociale zorg bij een ingrijpende somatische aandoening (kwaliteitsstandaard 2019 van de WPZisa)
Verwijzen en consulteren	3.1 Organiseer op basis van klinische ervaring en een screeningsinstrument aanvullende psychosociale zorg. Kijk daarbij of het gaat om een behoefte aan aandacht of draagkracht vergrotende ondersteuning, of er een klachtgerichte behandeling nodig is, of dat het een crisissituatie betreft. 3.2 Heb oog voor de naaste en/of mantelzorger. 3.3 Zorg dat je goed op de hoogte bent van de wijze waarop de regio de psychosociale zorg heeft georganiseerd. En werk interdisciplinair om van elkaar te leren en te reflecteren.

	3.4 Betrek de huisarts bij de ingezette zorg en stem gedurende het zorgproces goed onderling met elkaar af.
--	---

Tabel 1. Overzicht van kernaanbevelingen uit de handreiking

Afgeleide producten

Tijdens de proefimplementatie is ook een cliëntensamenvatting gebruikt, waarbij is gekeken of deze aansluit bij de behoeften en kennis van de cliënt.

Duur van de proefimplementatie

De testperiode tijdens de proefimplementatie was drie maanden, van februari tot en met april 2025. In het algemeen wordt gesteld dat 3-4 maanden voldoende is om alle kernaanbevelingen te testen.

2.3 Onderzoeksmethoden

Bij de proefimplementaties zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. Door verschillende methodieken te combineren is diepgaand onderzocht wat de mechanismen zijn die implementatie kunnen bevorderen.

Vragenlijst bij zorgverleners

Alle deelnemende zorgverleners hebben na gewerkt te hebben volgens de aanbevelingen in de richtlijn, een vragenlijst ontvangen. Om te onderzoeken welke determinanten invloed hebben op de implementatie van de handreiking psychosociale zorg bij kanker is gebruik gemaakt van de MIDI vragenlijst (3). De vragenlijst bestond uit de volgende onderdelen:

- Determinanten met betrekking op tot de richtlijn (innovatie)
- Determinanten met betrekking op tot de gebruiker
- Determinanten met betrekking op tot de organisatie
- Determinanten met betrekking op tot de omgeving

De vragenlijst is opgebouwd uit een algemeen deel met persoonlijke kenmerken, welke implementatieactiviteiten zijn toegepast en welke randvoorwaarden zijn ervaren om de handreiking toe te passen. Daarna volgt een onderdeel waarin determinanten in kaart worden gebracht. Als laatste volgen vragen over het gebruik van de verschillende aanbevelingen per module.

In het algemene onderdeel is uitgevraagd:

1. Welke implementatie activiteiten/strategieën zijn toegepast. Dit wordt gebaseerd op het ERIC Framework(4) en de strategieën die in het handboek zijn opgenomen. Er is gekozen voor het ERIC-framework omdat deze correleert met determinanten die in het CFIR-framework(5) zijn benoemd. Zo is er een koppeling te maken tussen determinanten die van invloed zijn op implementatie en ingezette strategieën.
2. Randvoorwaarden voor het in gebruik nemen van de richtlijn (inwerktijd, leestijd, benodigde materialen, meer of minder cliënten moeten zien en hoeveelheid benodigde tijd per cliënt, hoeveelheid tijd geïnvesteerd in implementatieactiviteiten)

Determinanten zijn middels de MIDI vragenlijst uitgevraagd per aanbeveling.

1. De MIDI vragenlijst om determinanten uit te vragen per aanbeveling.
2. Vragen over de mate van het gebruik van de richtlijn per aanbeveling.

Focusgroep met zorgverleners (intermediaire gebruikers).

In de focusgroepbijeenkomst is ingegaan op de volgende thema's:

- In welke mate het mogelijk was om zorg te verlenen volgens de kernaanbevelingen
- Ervaringen van cliënten
- Hoe de determinanten (geïdentificeerd met behulp van de MIDI vragenlijst) invloed hadden op uitvoeren van de zorg conform de kernaanbevelingen
- Welke implementatie-activiteiten zijn ingezet en hoe helpend deze waren.
- Welke randvoorwaarden van toepassing zijn voor een succesvolle implementatie.
- Hoe deelnemers het werken met het handboek hebben ervaren.

De focusgroep is met toestemming van de deelnemers opgenomen met beeld en geluid. De opname is gebruikt voor analyse en samenvatting van de bijeenkomst door twee onderzoekers (MH,RM).

Interviews met cliënten (eindgebruikers)

Cliënten worden door zorgverleners benaderd of wanneer zij in aanmerking komen voor deelname aan een interview. Cliënten die hebben aangeven mee te willen werken aan het interview konden vervolgens door de onderzoeker telefonisch worden benaderd. Per cliënt is bekeken worden of het interview telefonisch of face to face kon worden gehouden. Wanneer mensen besloten om deel te nemen werd hen gevraagd om een informed consent te tekenen of op de geluidsopname hun toestemming te geven. Indien dit mogelijk was zijn naasten uitgenodigd om bij het interview.

Interviews met manager/organisatie

Managers per deelnemende organisatie zijn uitgenodigd voor een interview. Gedurende het interview is besproken aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden bij het implementeren van de handreiking psychosociale zorg bij kanker, welke determinanten aan de orde zijn bij het faciliteren van tijd en expertise, en hoe binnen de organisatie omgegaan wordt met het implementeren van nieuwe richtlijnen of handreikingen in het algemeen. Daarnaast is ook ingegaan op welke structuren in de organisatie hiervoor zijn ingericht.

Aanverwante disciplines

Er is geen dusdanig overleg geweest tussen deelnemers aan de proefimplementatie en een behandelaar zoals een huisarts dat dit aanleiding gaf voor een interview. Er konden daarom geen huisartsen of behandelaren geïnterviewd worden die betrokken waren bij het werken volgens de handreiking.

Logboek

Deelnemende zorgverleners is gevraagd een logboek bij te houden van de gegeven zorg volgens de handreiking. In dit logboek is beschreven hoe het gebruik van de handreiking vorm heeft gekregen. Er kan per aanbeveling beschreven worden hoe vaak deze is toegepast bij een cliënt en hoe deze zorg vorm heeft gekregen in de praktijk. Na afloop van de testperiode is gevraagd om de logboeken aan de onderzoekers toe te sturen. Dit geeft een beeld welke opeenvolgende stappen gevolgd zijn in het zorgproces zoals beschreven in de handreiking en de mate van het gebruik van de handreiking. de logboeken zijn door de twee onderzoekers gelezen. Bijzonderheden zijn door twee onderzoekers (MH, RM) besproken.

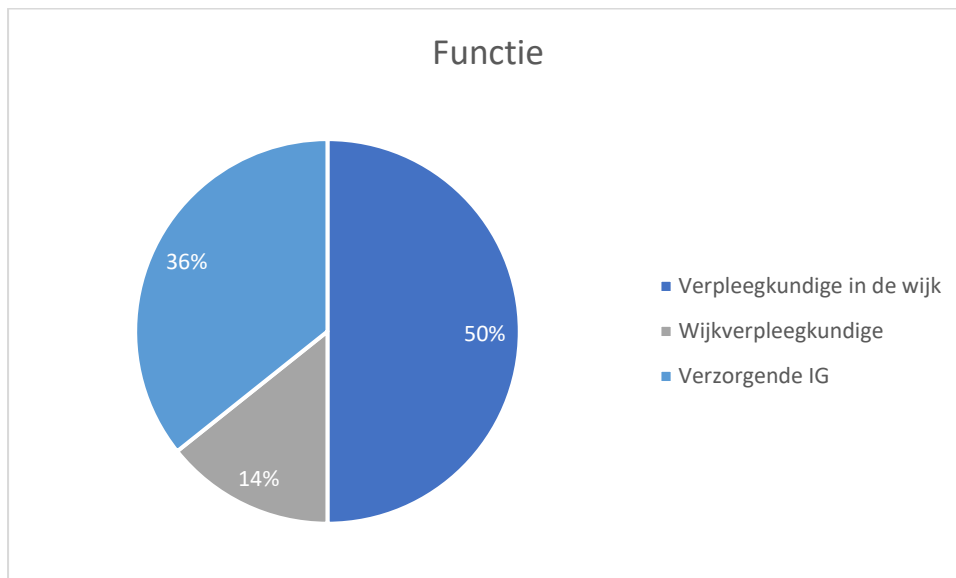
3. Resultaten

3.1 Deelnemers

Twee teams hebben zich aangemeld om deel te nemen aan de proefimplementatie. In totaal hebben 28 verpleegkundigen en verzorgenden zich aangemeld om deel te nemen aan de proefimplementatie. Uiteindelijk hebben 27 deelnemers de proefimplementatie afgerond. Een van de deelnemers ging werken in een ander team binnen dezelfde organisatie en kon daarom niet meer deelnemen. Een wijkverpleegkundig team is werkzaam in Groningen waar zij ook zorg in een Volledig Pakket Thuis bieden. Het andere deelnemende team is werkzaam als hospice team in de regio West Brabant. Zij bieden palliatieve en terminale zorg aan cliënten in de thuissituatie.

3.2 Resultaten van de vragenlijst

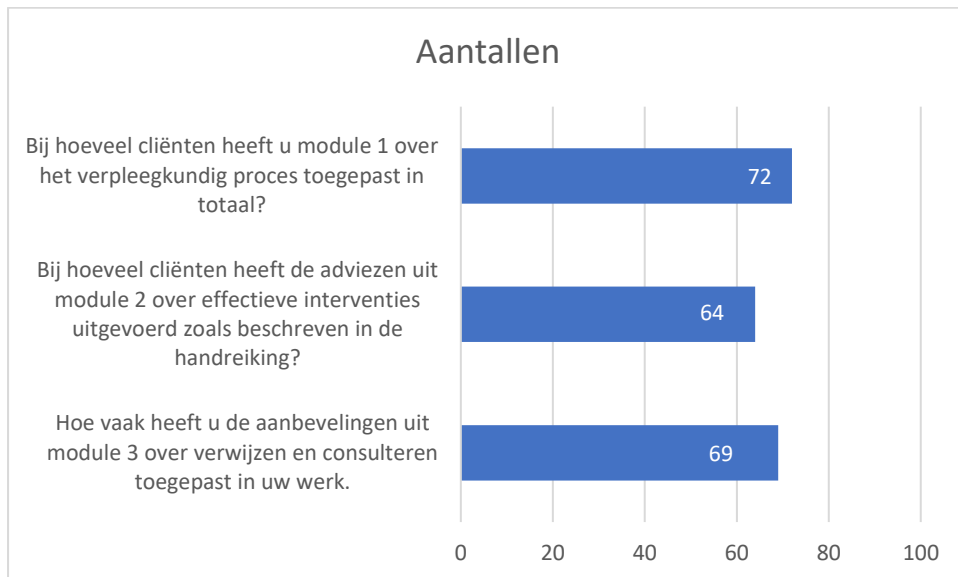
Van de 27 deelnemers hebben 14 deelnemers de vragenlijst ingevuld. In figuur 1 is de verdeling van de functie te zien van de respondenten. De vragenlijst is ingevuld door 7 verpleegkundigen (in de wijk), 2 wijkverpleegkundigen en 5 verzorgenden IG. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 47 jaar. Zij hadden gemiddeld 8,4 jaar ervaring in de wijkverpleging, variërend van 1 jaar tot 26 jaar.



Figuur 1 de functieverdeling van de deelnemers aan de proefimplementatie

Aantallen cliënten

Module 1 informatie over het verpleegkundig proces is bij 72 cliënten toegepast. Module 2 (over effectieve interventies) is bij 64 cliënten toegepast en de module 3 (over verwijzen en consulteren) is toegepast bij 69. Zie figuur 2.



Figuur 2. Aantal cliënten waarbij aanbevelingen uitgetest zijn per module.

Tijdinvestering

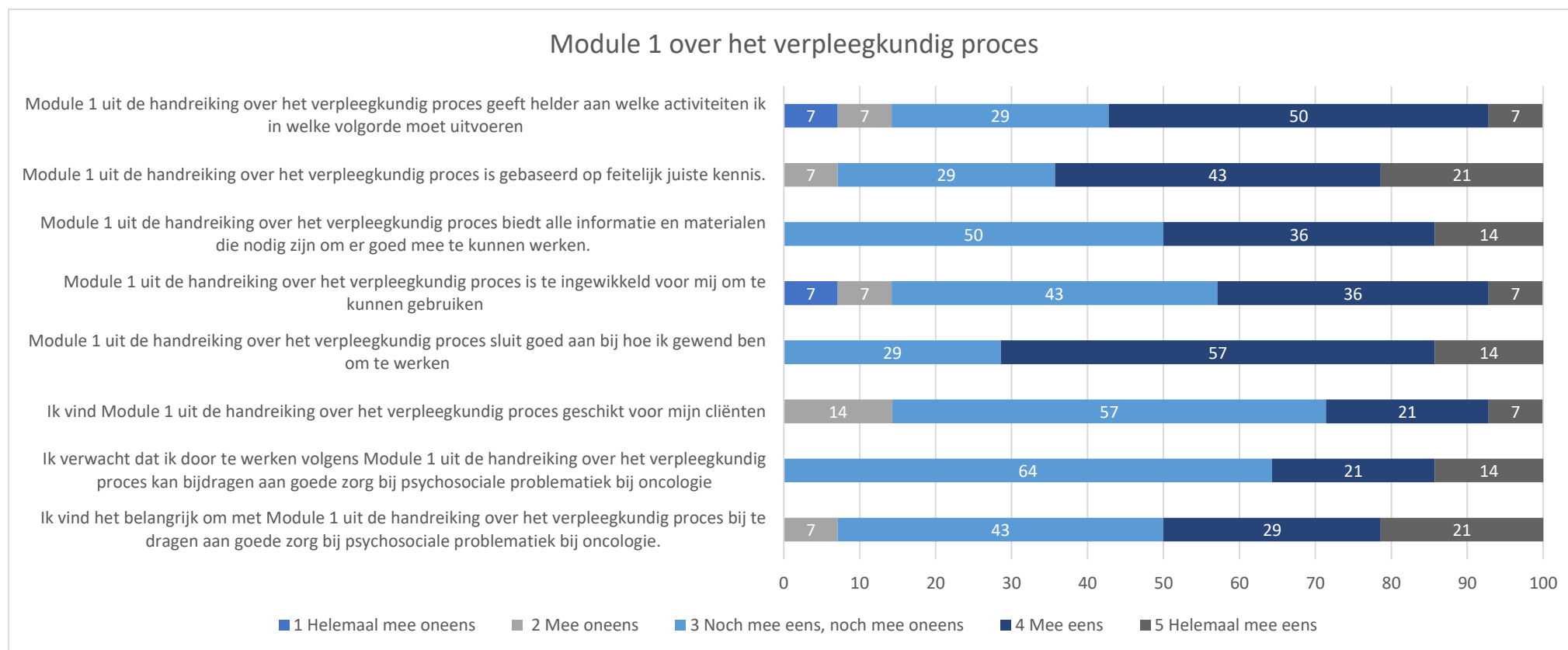
De tijdsinvestering die het de deelnemers heeft gekost om de handreiking te lezen was minimaal 0 uur en maximaal 20 uur met een gemiddelde van 4,4 uur. Daarnaast kostte het gemiddeld 4,3 uur (met een minimum van 0 uur en een maximum van 20 uur) om ingewerkt te raken op de werkwijze zoals beschreven in de handreiking. Het kostte gemiddeld 1,6 uur aan extra tijd de cliënten thuis om de zorg te verlenen zoals beschreven in de handreiking.

Missende materialen

Dit was niet van toepassing, van de deelnemers niemand aan materialen te missen voor het leveren van goede zorg.

Uitkomsten MIDI-vragenlijst determinanten met betrekking tot module 1 over het verpleegkundig proces

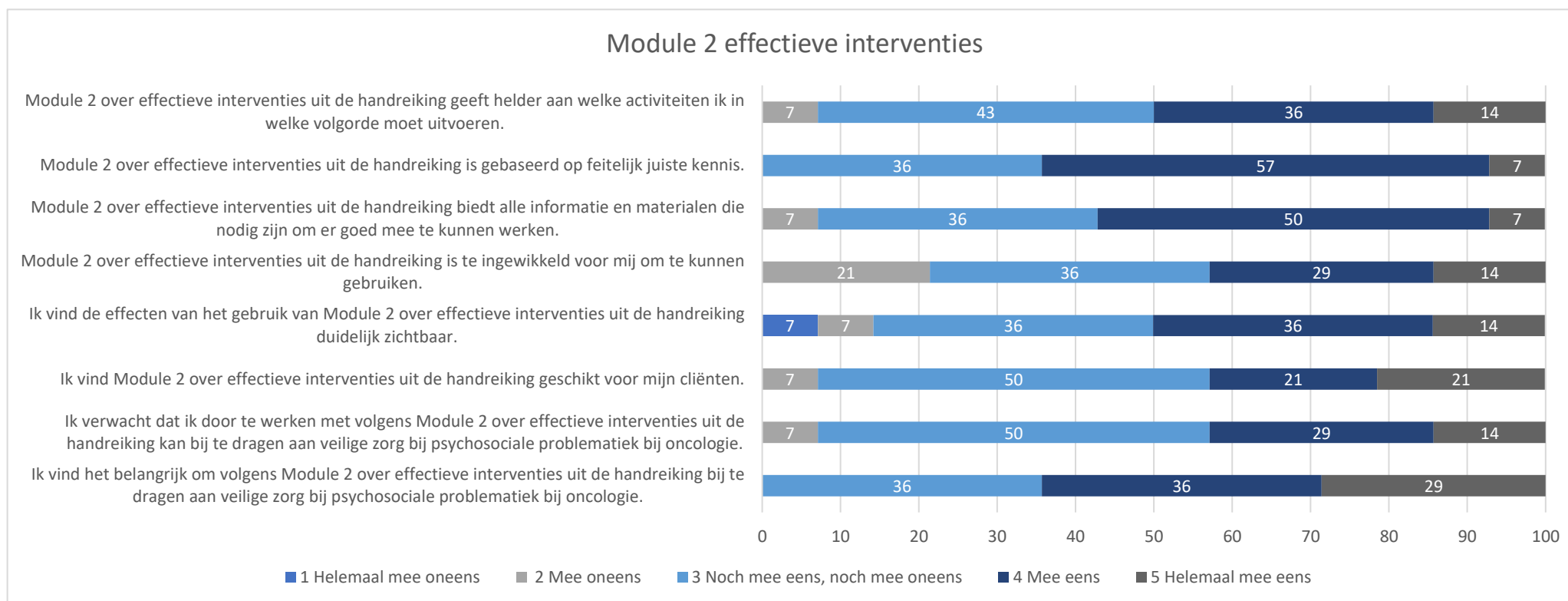
In figuur 3 staan de antwoorden op de stellingen met betrekking tot module 1 uit de handreiking over het verpleegkundig proces. De meeste respondenten vinden het belangrijk om met module 1 bij te dragen aan goede zorg bij psychosociale problematiek in de oncologie. Hoewel 43% neutraal is, is 50% het (helemaal) eens met deze stelling. Ook de verwachting dat werken volgens module 1 daadwerkelijk bijdraagt aan goede zorg wordt grotendeels positief beoordeeld: 64% is neutraal, maar 36% is het (helemaal) eens. Wat betreft de geschiktheid van de module voor cliënten, vindt 57% dat deze “noch eens, noch oneens” is, terwijl 29% positief is. De aansluiting bij de eigen werkwijze daar is 57% het mee eens, en 14% is het hier zelfs helemaal mee eens. Over de begrijpelijkheid van de module zijn de meningen verdeeld, 43% is neutraal, maar 36% vindt de module niet te ingewikkeld (mee eens), terwijl 14% het (helemaal) oneens is met de stelling. Wat betreft de informatie en materialen is 50% neutraal, 36% is het ermee eens dat de module voldoende informatie biedt, en 14% is het hier helemaal mee eens. Ook over de feitelijke juistheid van de inhoud is men overwegend positief: 43% is het ermee eens en 21% helemaal eens. Tot slot vindt de helft van de respondenten dat de module helder aangeeft welke activiteiten in welke volgorde moeten worden uitgevoerd, terwijl 29% neutraal blijft en 14% het (helemaal) oneens is.



Figuur 3. Determinanten met betrekking tot module 1 uit de handreiking over het verpleegkundig proces

Uitkomsten MIDI-vragenlijst determinanten met betrekking tot module 2 over effectieve interventies

Figuur 4 bevat de antwoorden op de stellingen over module 2 over effectieve interventies. De meeste respondenten vinden het belangrijk om met module 2 bij te dragen aan veilige zorg bij psychosociale problematiek in de oncologie. 64% is het hiermee (helemaal) eens, terwijl 36% neutraal blijft. Ook de verwachting dat werken met deze module daadwerkelijk bijdraagt aan veilige zorg wordt grotendeels positief beoordeeld: 43% is het (helemaal) eens, 50% blijft neutraal, en slechts 7% is het ermee oneens. Wat betreft de geschiktheid van de module voor cliënten, is de helft van de respondenten neutraal, terwijl 43% positief is. Over de zichtbaarheid van de effecten van de module zijn de meningen verdeeld: 50% is positief, 36% neutraal en 14% negatief. De begrijpelijkheid van de module wordt wisselend beoordeeld. 36% vindt de module “noch mee eens noch mee oneens”, terwijl 43% het (helemaal) eens is met de stelling dat de module niet te ingewikkeld is. Toch vindt 21% de module wel ingewikkeld. De informatievoorziening wordt overwegend positief beoordeeld: 57% vindt dat de module voldoende informatie en materialen biedt, terwijl 36% neutraal is. Ook over de feitelijke juistheid van de inhoud is men positief: 64% is het (helemaal) eens dat de module gebaseerd is op juiste kennis. Van de respondenten vindt 50% van de respondenten dat de module helder aangeeft welke activiteiten in welke volgorde moeten worden uitgevoerd, terwijl 43% neutraal blijft en 7% het ermee oneens is.

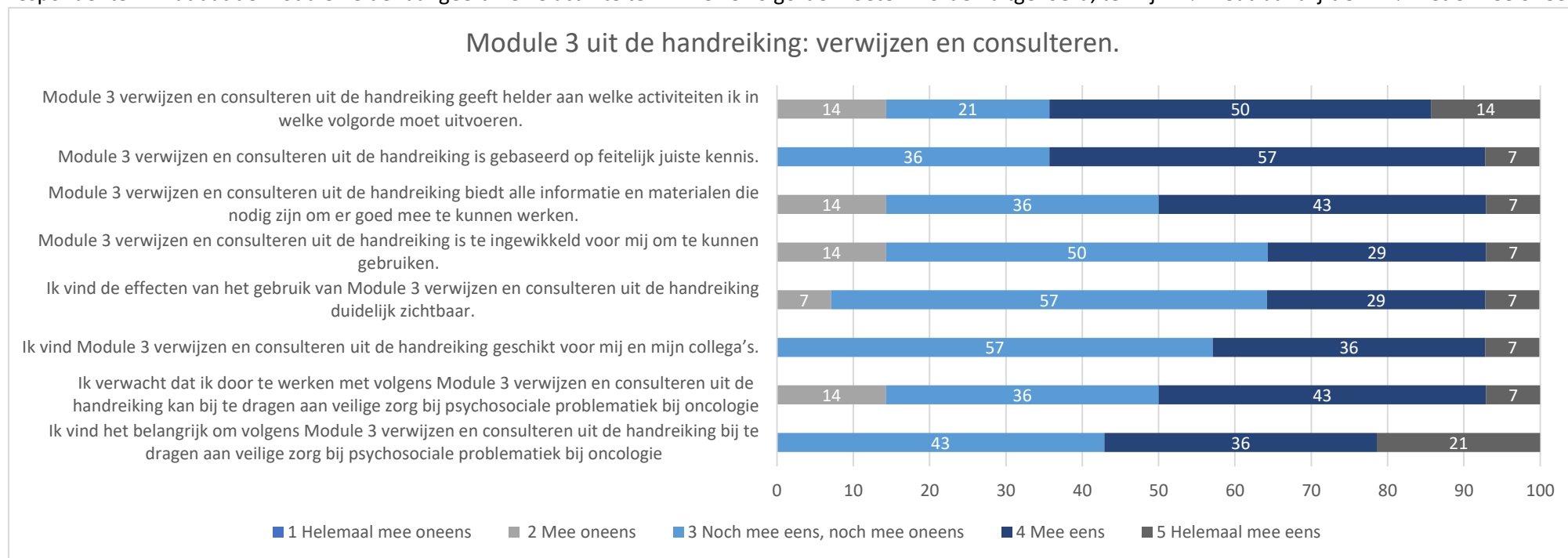


Figuur 4. Determinanten met betrekking tot module 2 ‘effectieve interventies’.

Uitkomsten MIDI-vragenlijst determinanten met betrekking tot module 3 over verwijzen en consulteren

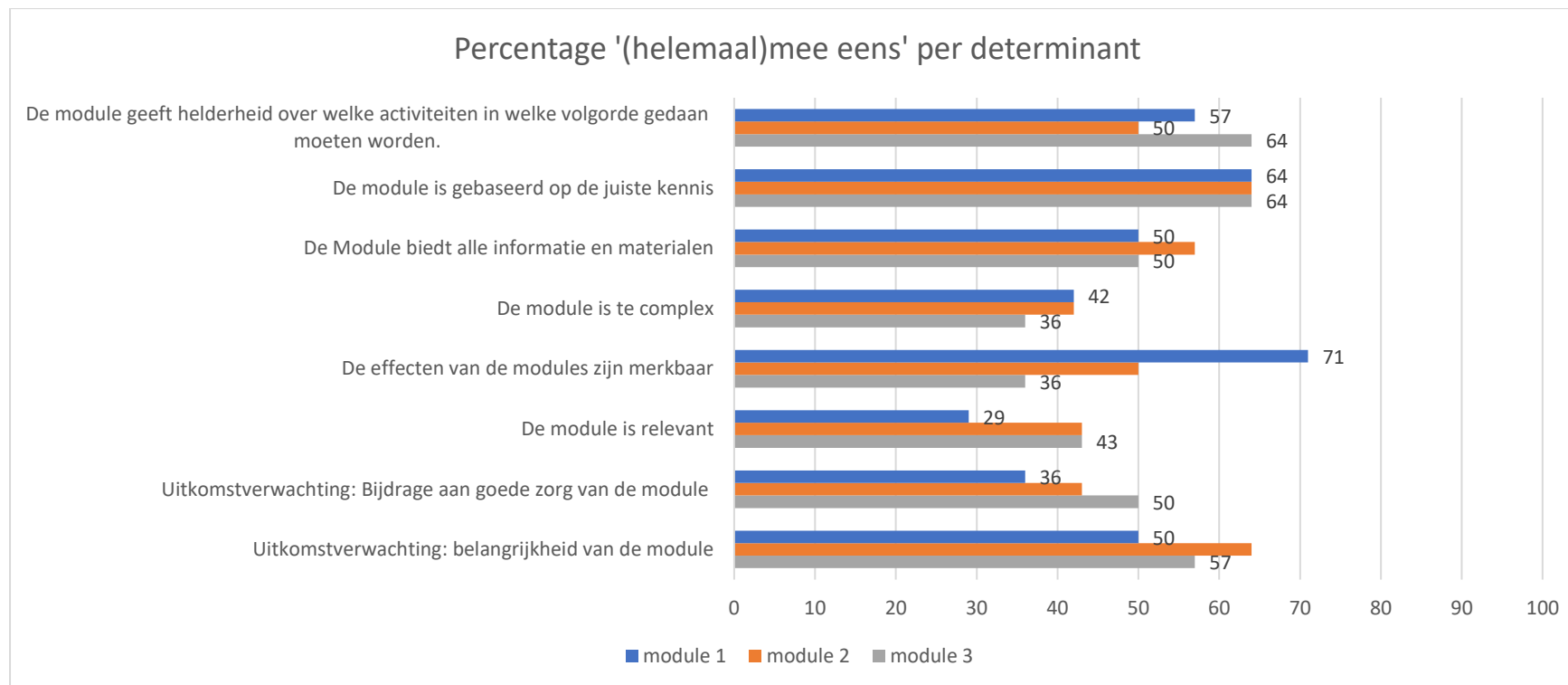
In figuur 5 zijn de antwoorden op de stellingen van module 3 weergegeven. Bijna alle respondenten vinden het belangrijk om met Module 3 bij te dragen aan veilige zorg bij psychosociale problematiek in de oncologie. 57% is het hiermee (helemaal) eens, terwijl 43% neutraal blijft. Ook de verwachting dat werken met deze module daadwerkelijk bijdraagt aan veilige zorg wordt door de meeste als positief beoordeeld: 50% is het (helemaal) eens, 36% blijft neutraal, en 14% is het ermee oneens.

Wat betreft de geschiktheid van de module voor henzelf en collega's is 93% positief, waarvan 57% neutraal en 43% (helemaal) eens. Over de zichtbaarheid van de effecten van de module zijn de meningen verdeeld: 36% is het hier (helemaal) mee eens, 57% neutraal. De begrijpelijkheid van de module wordt wisselend beoordeeld. 50% vindt de module "neutraal", terwijl 36% het (helemaal) eens is met de stelling dat de module niet te ingewikkeld is en 14% vindt de module wel ingewikkeld. De informatievoorziening wordt redelijk positief beoordeeld: 50% (eens en helemaal mee eens) vindt dat de module voldoende informatie en materialen biedt, terwijl 36% neutraal is en 14% het ermee oneens is. Van de respondenten is 64% is het (helemaal) eens dat de module gebaseerd is op feitelijke juiste kennis. 64% van de respondenten vindt dat de module helder aangeeft welke activiteiten in welke volgorde moeten worden uitgevoerd, terwijl 21% neutraal blijft en 14% het ermee oneens is.



Figuur 5. Determinanten met betrekking tot module 3 'verwijzen en consulteren'

In figuur 6 zijn per module de resultaten weergegeven van hoe de uitgevraagde determinanten worden ervaren. De percentages 'mee eens' en 'helemaal mee eens' zijn samengevoegd. Zo wordt inzichtelijk of de drie modules verschillend worden ervaren op basis van de MIDI determinanten. Opvallend hierbij is dat de merkbaarheid van de effecten heel anders worden ervaren per module. Ook was opvallend dat de percentages 'eens' of 'helemaal mee eens' over het algemeen vrij laag liggen. Een groot deel van de respondenten gaf aan het 'noch eens, noch oneens' te zijn met de stellingen. Hierin zijn geen grote verschillen zichtbaar tussen de verschillende modules.



Figuur 6. Uitkomsten per determinant voor module 1,2 en 3.

Uitkomsten over het gebruik van de aanbevelingen

In figuren 6.1 t/m 6.3 staan de verschillende stellingen over de uitvoering van aanbevelingen uit de handreiking en hoe deze werden ervaren door de respondenten.

Figuur 6.1:

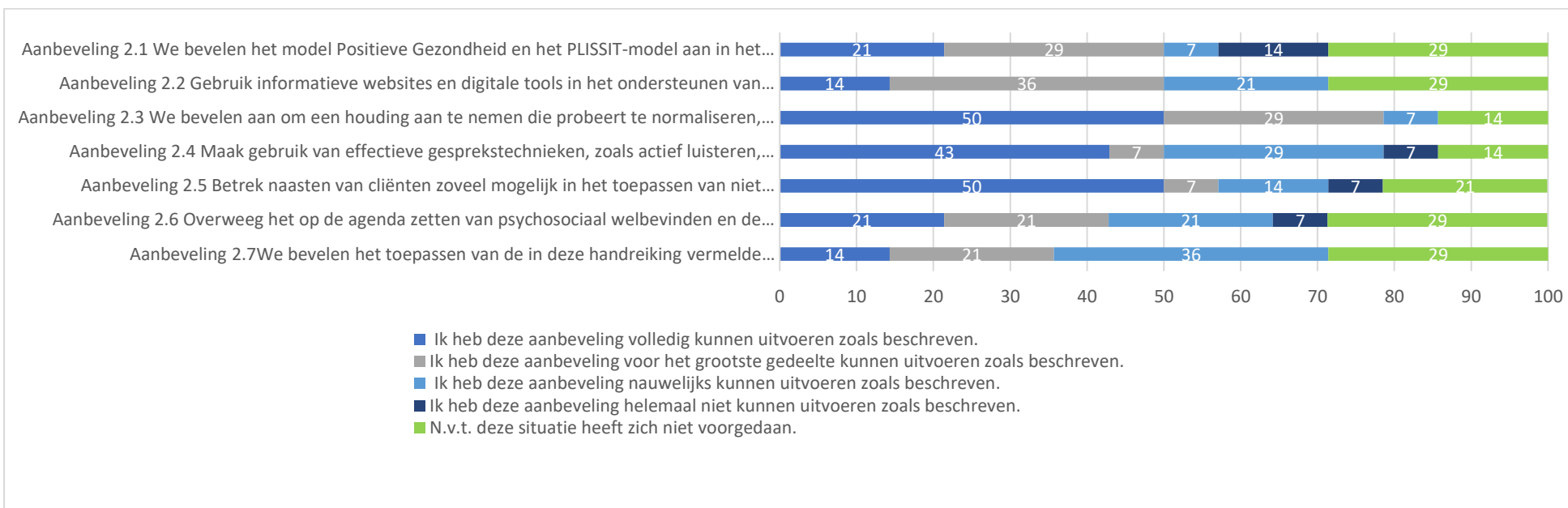
- Aanbeveling 1.1 richt zich op het voeren van gesprekken met mensen met kanker en hun naasten over psychosociaal welzijn. Deze aanbeveling is door 36% van de respondenten volledig uitgevoerd en door 29% grotendeels. Slechts 7% gaf aan dit nauwelijks of helemaal niet te hebben gedaan, terwijl 21% aangaf dat deze situatie zich niet heeft voorgedaan.
- Aanbeveling 1.2 betreft het gebruik van screeninginstrumenten in het verpleegkundig proces. 21% heeft dit volledig uitgevoerd en 36% grotendeels. Daarentegen heeft 21% dit helemaal niet uitgevoerd en 14% gaf aan dat de situatie zich niet heeft voorgedaan.
- Aanbeveling 1.3 gaat over het kiezen van één screeningsinstrument dat herhaaldelijk ingezet kan worden. Deze aanbeveling is door 21% volledig uitgevoerd en door 28,6% grotendeels. 14% heeft dit nauwelijks uitgevoerd, 7% helemaal niet en 28% gaf aan dat de situatie zich niet heeft voorgedaan.
- Aanbeveling 1.4 gaat over het belang van regelmatige evaluatie bij veranderingen in de situatie van de patiënt. Slechts 7% heeft dit volledig uitgevoerd, terwijl 4% aangaf het grotendeels te hebben gedaan. 14% heeft dit nauwelijks uitgevoerd en 36% gaf aan dat deze situatie zich niet heeft voorgedaan.



Figuur 6.1. Gebruik van de aanbevelingen uit module 1 van de handreiking.

Bevindingen figuur 6.2:

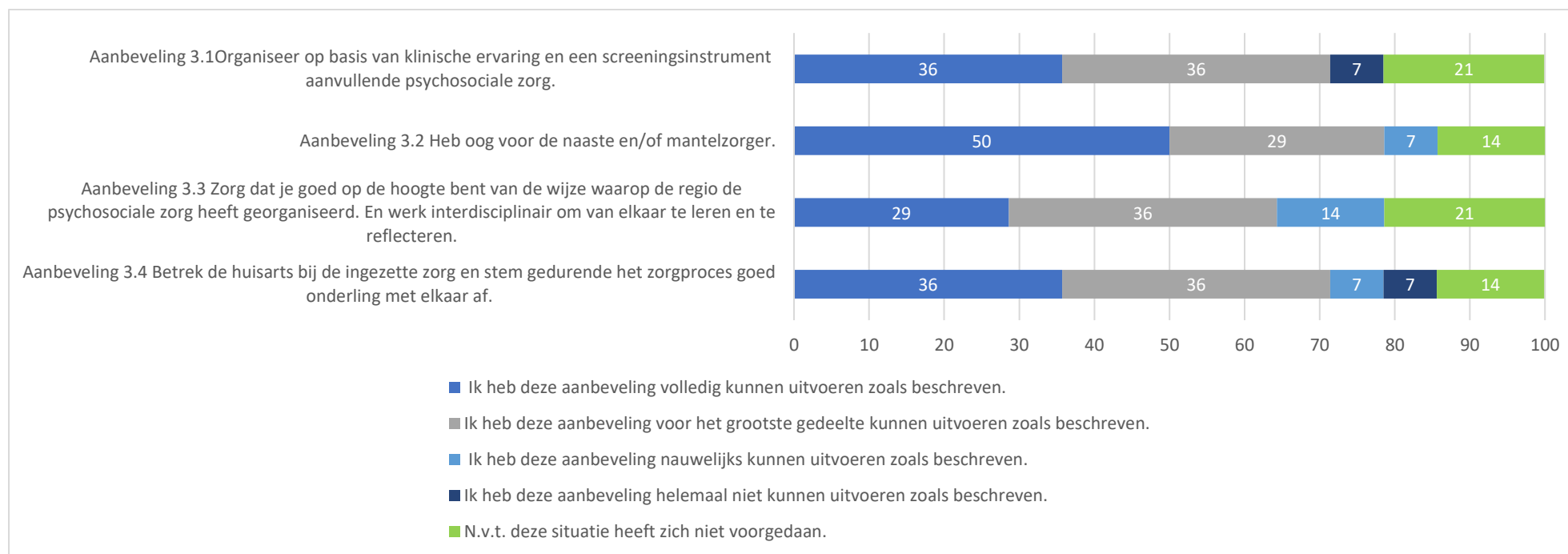
- Aanbeveling 2.1, waarin het gebruik van het model Positieve Gezondheid en het PLISSIT-model wordt aanbevolen, is door 21% volledig en door 29% grotendeels uitgevoerd. 7% heeft dit nauwelijks uitgevoerd, 14% helemaal niet, en voor 29% heeft de situatie zich niet voorgedaan.
- Aanbeveling 2.2, over het gebruik van informatieve websites en digitale tools, is door 14% volledig en door 36% grotendeels uitgevoerd. 21% heeft dit nauwelijks uitgevoerd, terwijl voor 29% heeft de situatie zich niet voorgedaan.
- Aanbeveling 2.3, die pleit voor een empathische en normaliserende houding en kennis van doorverwijsmogelijkheden, is door de helft van de respondenten volledig uitgevoerd en door 29% grotendeels. Slechts 7% heeft dit nauwelijks uitgevoerd en voor 14% heeft de situatie zich niet voorgedaan.
- Aanbeveling 2.4, over het toepassen van effectieve gesprekstechnieken zoals actief luisteren en motiverende gespreksvoering, is door 43% volledig uitgevoerd. 7,1% heeft dit grotendeels uitgevoerd, 29% nauwelijks, 7% helemaal niet en voor 14% heeft de situatie zich niet voorgedaan.
- Aanbeveling 2.5, waarin het betrekken van naasten bij niet-medicamenteuze interventies wordt aanbevolen, is door 50% volledig uitgevoerd. 7% heeft dit grotendeels uitgevoerd, 14% nauwelijks, 7% helemaal niet en voor 21% heeft de situatie zich niet voorgedaan.
- Aanbeveling 2.6, over het bespreken van psychosociaal welbevinden in teamoverleg, is door 21% volledig en door nog eens 21% grotendeels uitgevoerd. 21% heeft dit nauwelijks uitgevoerd, 7% helemaal niet en voor 29% de situatie zich niet voorgedaan.
- Aanbeveling 2.7, die verwijst naar het toepassen van aanbevelingen uit andere richtlijnen, is door 14% volledig en door 21% grotendeels uitgevoerd. 36% heeft dit nauwelijks uitgevoerd en voor 29% heeft de situatie zich niet voorgedaan.



Figuur 6.2. Gebruik van de aanbevelingen uit module 2 van de handreiking.

Bevindingen figuur 6.3:

- Aanbeveling 3.1 (organiseren van aanvullende psychosociale zorg op basis van klinische ervaring en een screeningsinstrument) is door 36% volledig en door nog eens 36% grotendeels uitgevoerd. Slechts 7% heeft dit helemaal niet uitgevoerd en voor 22% heeft de situatie zich niet voorgedaan.
- Aanbeveling 3.2 (oog hebben voor de naaste en/of mantelzorger) is door de helft van de respondenten volledig uitgevoerd en door 29% grotendeels. Slechts 7% heeft dit nauwelijks uitgevoerd en voor 14% heeft de situatie zich niet voorgedaan.
- Aanbeveling 3.3 (kennis van regionale organisatie van psychosociale zorg en interdisciplinair samenwerken) is door 28,6% volledig en door 35,7% grotendeels uitgevoerd. 14% heeft dit nauwelijks uitgevoerd en voor 21% heeft de situatie zich niet voorgedaan.
- Aanbeveling 3.4 (betrekken van de huisarts en onderlinge afstemming) is door 36% volledig en door nog eens 36% grotendeels uitgevoerd. 7% heeft dit nauwelijks en 7% helemaal niet uitgevoerd, terwijl voor 14% de situatie zich niet heeft voorgedaan.

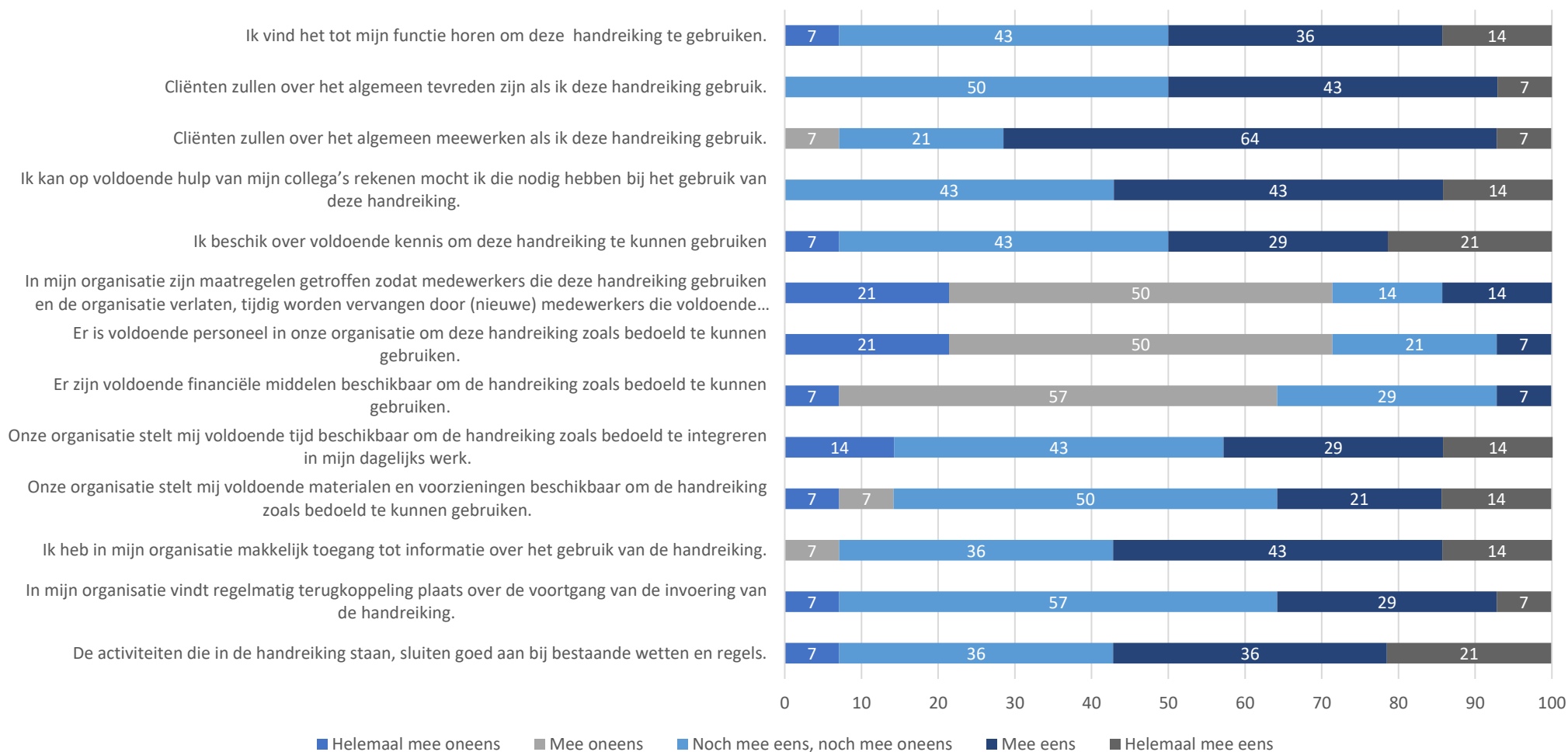


Figuur 6.3. Gebruik van de aanbevelingen uit module 3 van de handreiking.

Determinanten met betrekking tot de gebruiker, organisatie en sociaal politieke omgeving.

Figuur 7 bevat stellingen over verschillen determinanten met betrekking tot de persoon, organisatie & sociaal politieke omgeving. De respondenten konden aangeven in hoeverre ze het eens of oneens zijn met de stellingen. Dat de handreiking passend is bij hun functie vindt 50% van de respondenten, 43% is neutraal, en 7% is het er helemaal mee oneens. De helft van de respondenten (50%) verwacht dat cliënten tevreden zullen zijn de andere helft is het hier 'noch mee eens noch mee oneens'. Dat cliënten over het algemeen zullen meewerken bij het gebruik van de handreiking verwacht 71%. 57% voelt zich ondersteund door collega's bij het gebruik van de handreiking, terwijl 43% neutraal is. 50% van de respondenten vindt dat zij over voldoende kennis beschikken om de handreiking te gebruiken, terwijl 43% neutraal is en 7% het er helemaal mee oneens is. Met de stelling dat er goede maatregelen zijn getroffen voor het inwerken van nieuwe medewerkers bij vertrek van collega's is 71% is het (helemaal) oneens. Met de stelling dat er voldoende personele bezetting is men het oneens 71% is het (helemaal) oneens dat er voldoende personeel is om de handreiking goed te gebruiken. Van de respondenten is 64% is het (helemaal) oneens dat er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn, slechts 7% is het ermee eens. Wat betreft de tijd om de handreiking te integreren in de dagelijkse praktijk: 43% is neutraal over de beschikbaarheid van tijd, 43% is het (helemaal) eens, en 14% is het er helemaal mee oneens. Van de respondenten vindt 36% vindt dat de organisatie voldoende materialen beschikbaar stelt, terwijl de helft van de respondenten neutraal is en 14% is het (helemaal) oneens. 57% van de respondenten vindt dat zij makkelijk toegang hebben tot informatie over het gebruik van de handreiking, terwijl 36% neutraal is en 7% het ermee oneens is. Van de respondenten ervaart 36% dat er regelmatig terugkoppeling plaatsvindt over de invoering van de handreiking. De meerderheid (57%) is neutraal, en 7% is het er helemaal mee oneens. Van de respondenten is 57% het (helemaal) eens dat de handreiking goed aansluit bij bestaande wetten en regels. 36% is neutraal, en 7% is het er helemaal mee oneens.

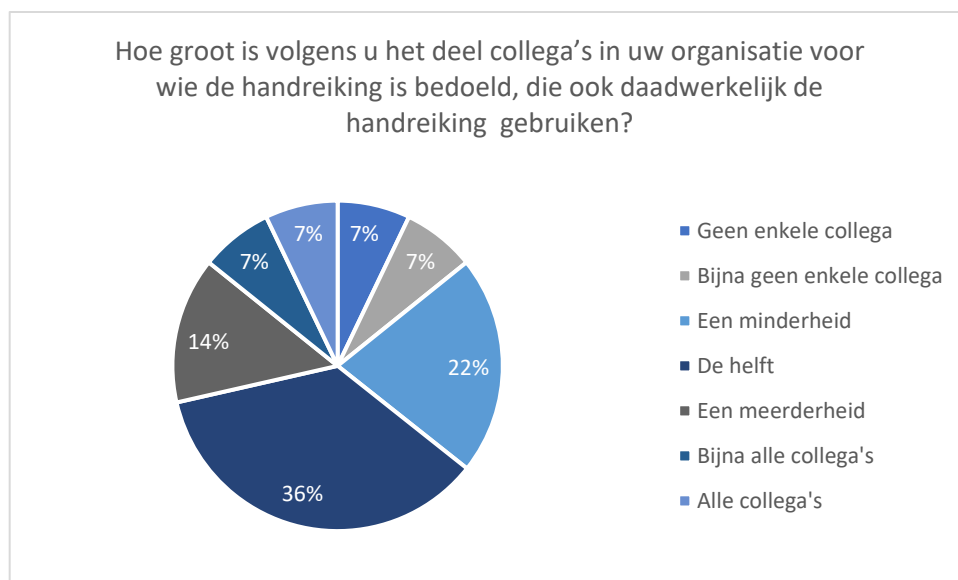
Determinanten met betrekking tot de persoon, organisatie & sociaal politieke omgeving



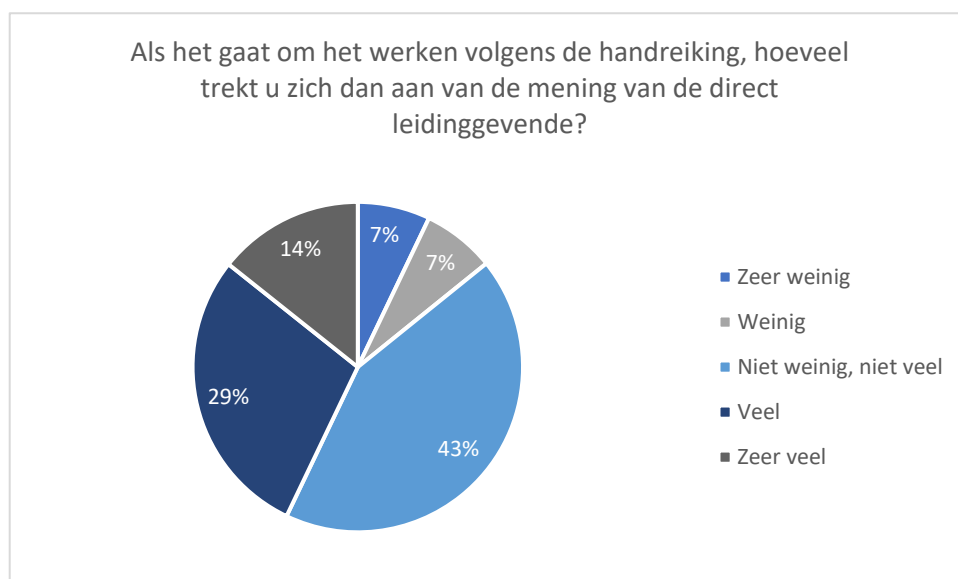
Figuur 7. Determinanten met betrekking tot de persoon, organisatie & sociaal politieke omgeving

Figuur 8 tot en met figuur 11 gaan over de gehele handreiking

Ongeveer een derde (36%) van de respondenten kiest voor de optie dat ongeveer de helft van de collega's de handreiking gebruikt. 22% ervaart dat slechts een minderheid van de collega's ermee werkt en 7% denkt geen enkele collega (figuur 8). Ook een derde van de respondenten geeft aan dat de mening van de direct leidinggevende veel invloed heeft op hun handelen volgens de handreiking. Dit geldt voor 29% van de deelnemers. Daarnaast zegt 14% dat zij zich zeer veel aantrekken van de mening van hun leidinggevende (figuur 9).

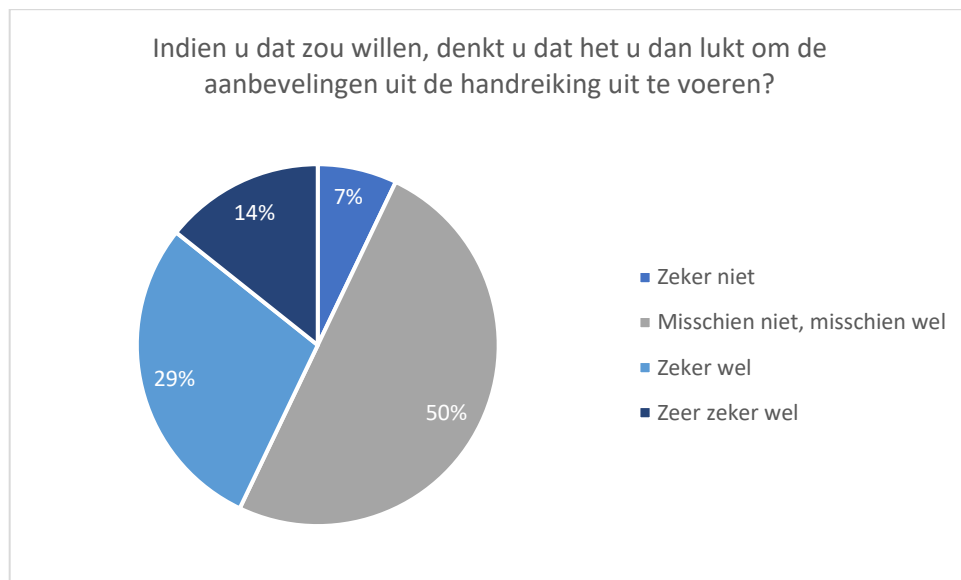


Figuur 8. Gebruik handreiking door collega's

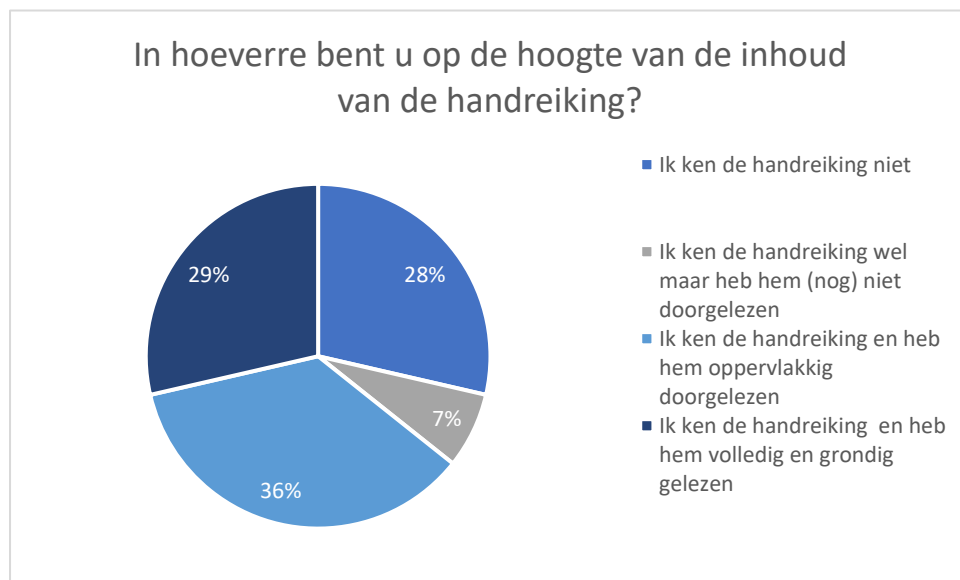


Figuur 9. Mening van direct leidinggevende

Het merendeel van de respondenten heeft een redelijk vertrouwen in hun vermogen om de aanbevelingen uit de handreiking uit te voeren, 50% geeft aan dat het hen misschien wel, misschien niet zou lukken. 29% denkt dat het hen zeker wel zou lukken en 14% is daar zelfs zeer zeker van, 7% geeft aan dat het hen zeker niet zou lukken. (figuur 10). In figuur 11 is te zien dat de meeste respondenten in enige mate bekend zijn met de handreiking, 36% geeft aan de handreiking te kennen en deze oppervlakkig te hebben doorgelezen. Daarnaast heeft 29% de handreiking volledig en grondig gelezen en 29% kent de handreiking wel maar heeft deze (nog) niet doorgelezen.

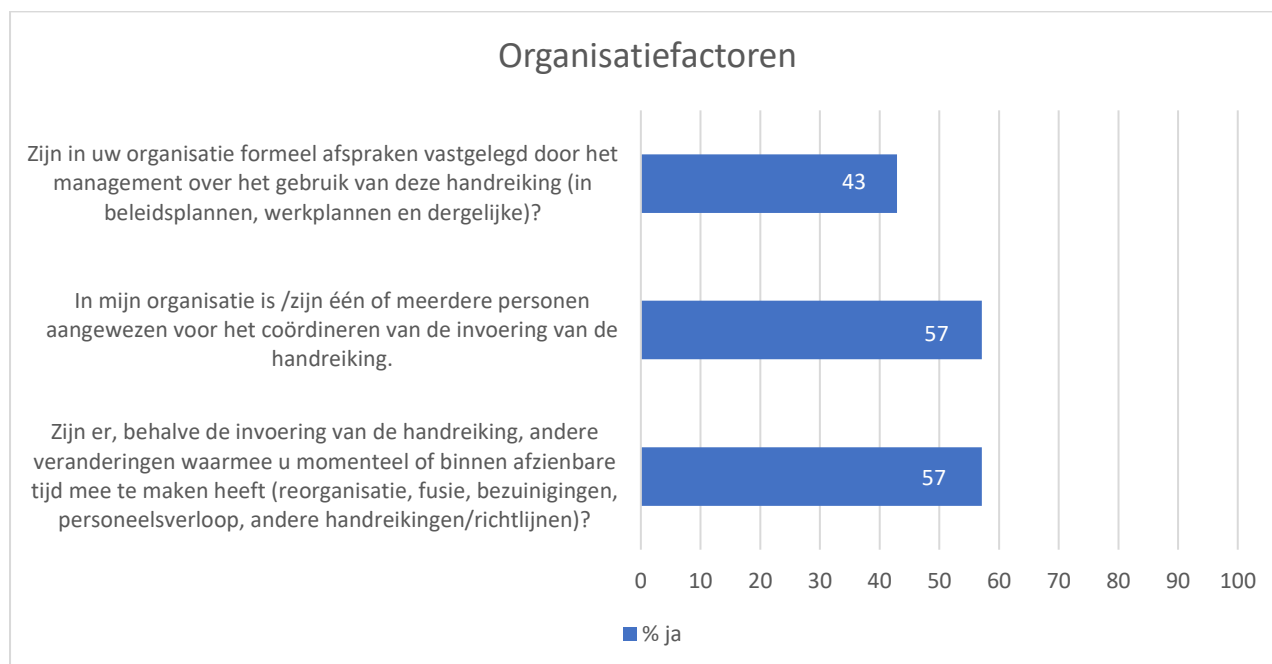


Figuur 10. Zorg verlenen volgens de handreiking



Figuur 11. Op de hoogte van de inhoud van de handreiking

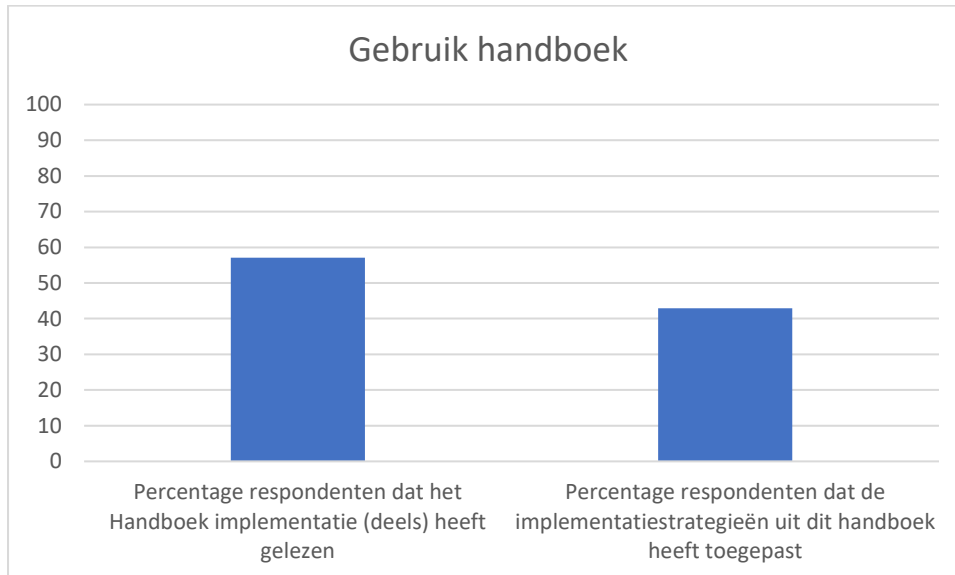
In figuur 12 staat het % ja wat betreft de vragen die te maken hebben met de organisatie en de handreiking. Van de respondenten geeft 43% aan dat er formele afspraken zijn vastgelegd door het management over het gebruik van de handreiking, 57% van de respondenten geeft aan dat er een of meerdere personen zijn aangewezen binnen de organisatie om de invoering van de handreiking te coördineren. En weer 57% geeft aan dat er behalve de invoering van de handreiking ook andere veranderingen zich afspelen binnen de organisatie



Figuur 12. De handreiking binnen de organisatie

Implementatieactiviteiten en het gebruik van het handboek en logboek

Van de veertien deelnemers hebben zeven het handboek volledig doorgelezen en 1 respondent heeft het gedeeltelijk gelezen (figuur 13). Zes respondenten hebben implementatiestrategieën ingezet en acht geven aan dat niet te hebben gedaan. Deelnemers vonden het handboek ondersteunend bij het in gebruik nemen van de handreiking. 33% geeft aan het handboek geholpen heeft om de handreiking te gaan gebruiken in de praktijk (figuur 14).



Figuur 13. Percentage respondentent dat het handboek heeft gebruikt

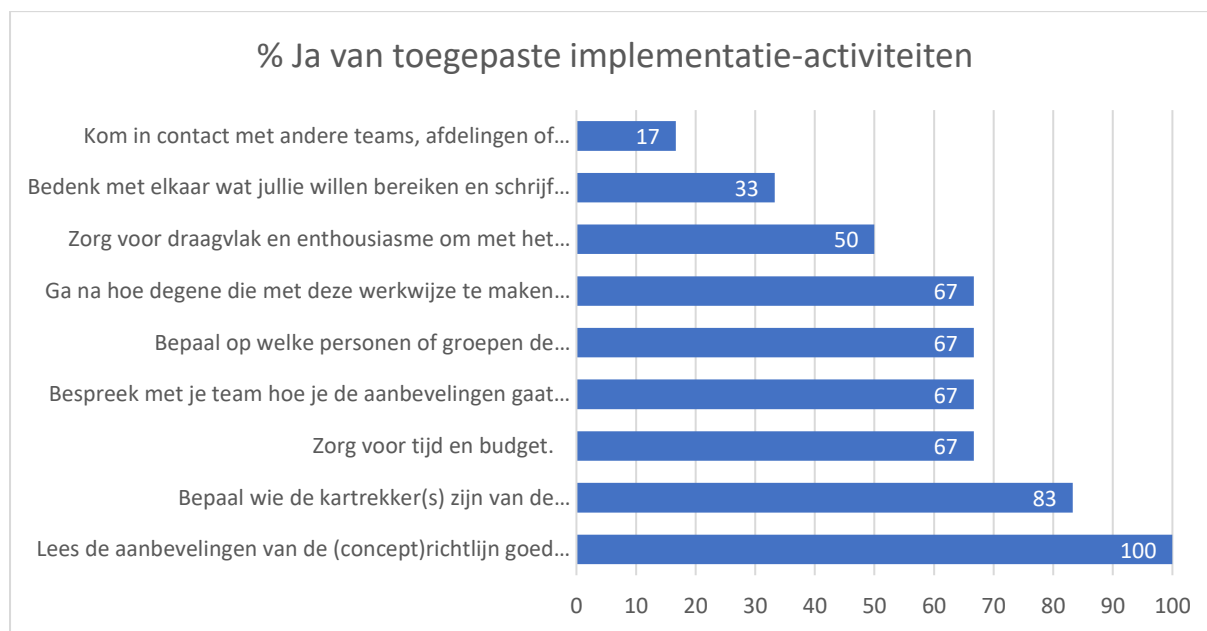


Figuur 14. Percentage respondentent dat het handboek ondersteunend vond.

In figuur 15 is te zien hoe vaak een implementatieactiviteit is ingezet. Het bepalen van wie de kartrekker(s) zijn van de proefimplementatie van deze handreiking is door 88% gedaan en het goed door lezen van de aanbevelingen van de (concept)handreiking is voor 100% toegepast. Vervolgens zijn er vier activiteiten die elk door 67% van de respondenten zijn toegepast:

Een derde (33%) heeft samen met het team een duidelijke doelstelling geformuleerd over wat men met de implementatie wil bereiken. De minst toegepaste activiteit is het zoeken van contact met andere teams, afdelingen of organisaties die ook met de (proef)implementatie bezig zijn. Slechts 17% van de respondenten heeft deze stap gezet.

Deze activiteiten hebben de respondenten gemiddeld 5 uur gekost (met een minimum van 0 en een maximum van 10 uur).



Figuur 15. Percentage hoe vaak een Implementatie activiteit is in gezet.

3.3 Resultaten van de focusgroepen en interviews

Focusgroepen met zorgverleners

De implementatie

De deelnemende zorgverleners geven aan geworsteld te hebben met de implementatie van deze handreiking. Er was veel uitleg en tijd nodig om te bevatten wat precies verstaan wordt onder psychosociale zorg bij oncologie. Deelnemers gaven aan dat niet iedereen de handreiking goed begreep. Hierdoor was het moeilijk om de aanbevelingen te concretiseren naar handelingen in de praktijk en de adviezen uit de handreiking op te volgen. Tegelijkertijd bleek dat er ook al best veel zorg verleend werd zoals beschreven in de handreiking. Bij het implementeren van deze handreiking liepen beide deelnemende teams ertegenaan dat ze best veel tijd nodig hadden om met het team af stemmen wat zij concreet in de praktijk zouden gaan doen om de richtlijn te implementeren. Dit maakte ook dat zij binnen de periode van de proefimplementatie minder tijd hadden om daadwerkelijke zorg te verlenen volgens de handreiking.

Module 1. Het verpleegkundig proces

Een deelnemend team gaf aan het lastig te vinden om tijdens de testperiode een meetinstrument in te zetten in de zorgverlening om de behoefte aan psychosociale zorg in kaart te brengen. In de handreiking worden verschillende meetinstrumenten genoemd. Dit team was niet gewend om te werken met meetinstrumenten. Omdat deze werkwijze verder af lag van hun gebruikelijke manier van werken hadden zij meer tijd nodig om na te gaan wat zou passen bij hun dagelijkse praktijk. Ook hadden zij moeite met bepalen welk van de genoemde instrumenten het beste zou passen bij hun cliënten/doelgroep. Zij verlenen uitsluiten palliatieve en terminale zorg. Ook waren cliënten in sommige gevallen zo ziek dat het invullen van een meetinstrument niet meer haalbaar of zinvol leek. De andere organisatie was al bekend met het spinnenwebmodel van Positieve Gezondheid. Zij ervoeren dat dit instrument hielp om beter de wensen en behoeften van cliënten in zicht te krijgen en hier ook de psychosociale zorg beter op af te stemmen. Beide teams zagen de meerwaarde er wel van in om een meetinstrument te gebruiken zodat input vanuit cliëntenperspectief verkregen kon worden en verpleegkundigen en verzorgenden minder zelf zouden invullen. Wat zou kunnen helpen om meetinstrumenten in te zetten zijn goede voorbeelden hoe anderen dit hebben aangepakt. Aangegeven werd dat het goed kan werken om een cliënt zelf alvast een meetinstrument in te laten vullen en dit als leidraad te gebruiken bij een volgend gesprek. Beide teams kozen voor een bepaald meetinstrument met name omdat het voor hen al een bekend instrument was. Het was voor hen niet direct duidelijk wat de andere instrumenten precies inhielden, daarom kozen zij voor de instrumenten die zij al kenden of al gebruikten in de praktijk. De andere instrumenten werden door onbekend en te beperkte informatie in de handreiking over de inhoud van het meetinstrument niet overwogen als een mogelijke optie. Daarnaast gaf het team dat uitsluitend palliatieve en terminale zorg verleend aan, dat door de korte periode dat cliënten bij hen in zorg zijn het afnemen van de genoemde meetinstrumenten weinig zin heeft omdat er nauwelijks tijd is om de resultaten te bespreken en acties uit te zetten omdat mensen vaak al snel overlijden.

Module 2. Effectieve interventies

In de handreiking worden het Positieve gezondheidsmodel en het PLISSIT model aanbevolen om toe te passen bij mensen met psychosociale problematiek bij oncologie. Een van de teams was al bekend met het model van positieve gezondheid en paste dit toe in de praktijk. Voor hen kostte het weinig moeite om deze aanbeveling te implementeren in de praktijk. Het andere palliatief/terminaal team werkte niet volgens deze modellen. Het implementeren van een dergelijk model was voor hen een te ingrijpende actie gedurende de korte periode van de proefimplementatie. Bij dit team werd ook aangegeven dat zij twijfels hadden of deze modellen voldoende aansloten bij de doelgroep waaraan zij zorg verlenen.

In de handreiking wordt geadviseerd om gebruik te maken van digitale tools of informatieve websites. Deze tools en websites staan ook verderop in het betreffende hoofdstuk opgenomen, echter de verwijzing hiernaar ontbreekt. Deelnemers geven aan apps en tools te hebben gebruikt of cliënten hiernaar te hebben verwegen, maar gebruikte hiervoor door hen bekende websites en apps. De websites vanuit de handreiking hebben zij niet bekeken. Omdat er in de handreiking geen verwijzing staat bij het advies of overzicht op pagina 26 hadden deelnemers deze niet gevonden. Als aanvulling werd tijdens de focusgroep wel nog een mindfulness app genoemd. Deze werd in de praktijk geadviseerd om cliënten te helpen ontspannen.

Een van de teams wilde vooral aan de slag met het inzetten van effectieve gesprekstechnieken. Zij merkten dat zij onbewust veel bezig waren met het verlenen van psychosociale zorg. Om zich hierin te bekwamen werd een klinische les opgezet om gesprekstechnieken te leren en te oefenen. Deze les moest nog plaatsvinden ten tijde van de focusgroep. De les was georganiseerd omdat er werd gemerkt dat in het team mensen onbewust bekwaam waren. Zo ontstond de wens om toe te werken naar bewuste bekwaamheid zodat gesprekstechnieken ook bewuster ingezet konden gaan worden. Het andere team had aan intercollegiaal leren gedaan door met elkaar mee te lopen en reflecteren op gesprekken. Beide teams merkten dat er soms een drempel was bij oncologische cliënten om te spreken over psychosociale problematiek, vooral wanneer er geen uitzicht meer was op genezing. Zowel cliënten als verpleegkundigen of verzorgenden vonden het soms moeilijk om hier het gesprek over aan te gaan, deelnemers gaven aan te denken dat cliënten dit als te confronterend ervoeren. Ervaring hiermee opdoen zagen de deelnemers als een belangrijke beïnvloedende factor om deze gesprekken goed te kunnen voeren. Observeren en oefenen werden hierin als helpend gezien om deze gespreksvaardigheden op te doen. Het boekje 'Levens einde gesprekken' werd genoemd als helpend om gesprekken over het levens einde te kunnen voeren.

Module 3. Verwijzen en consulteren

Het ABC model (Aandacht, Begeleiding of Crisis) uit de handreiking geeft een beschrijving in welke situaties en naar wie doorverwezen kan worden. Dit model gaf hier duidelijke handvatten voor. Een van de deelnemers gaf aan dat het soms erg zoeken is naar waar je expertise als verpleegkundige eindigt en waar doorverwijzing nodig is. Hierin vond zij het ABC model een heel duidelijk en prettig handvat. Verder werd benoemd dat bij het doorverwijzen het helpend is om aangesloten te zijn bij een palliatief netwerk. Een palliatief netwerk geeft een duidelijk overzicht van de sociale kaart in de regio. Een van de teams had naar aanleiding van deze proefimplementatie een sociale kaart gemaakt door een groot vel papier op kantoor te hangen en hier alle organisaties en eventuele contactpersonen die zij relevant vonden en kenden in het kader van psychosociale zorg bij kanker op te schrijven. Zij gaven aan dat dit ook hielp in het zichtbaarder maken van de handreiking en als reminder aan het gebruik van de handreiking.

Interviews managers

Er is een kwaliteitsadviseur geïnterviewd over de randvoorwaarden binnen de organisatie. Aangezien deze organisatie aan meerdere proefimplementaties heeft deelgenomen kon deze respondent meer overstijgend reflecteren op de implementatie van handreikingen en richtlijnen binnen de zorgorganisatie. Zij gaf aan dat er binnen de organisatie bij sommige teams veel speelt, waardoor teams veel onrust ervaren. Deze onrust was ook aanwezig bij het team dat de handreiking psychosociale zorg bij oncologie ging implementeren. Hierdoor kon het team niet de aandacht besteden aan de implementatie die nodig was. Dit is overeenkomstig met de resultaten van de vragenlijst (zie figuur 12, ruim 57% van alle deelnemers geeft aan dat er veel andere zaken spelen binnen de organisatie). Daarnaast speelde ook mee dat de adviezen in de handreiking niet heel concreet waren geformuleerd. De vertaalslag die dan in de praktijk gemaakt moet worden vraagt dan ook extra tijd en aandacht, deze tijd was gedurende de testperiode niet beschikbaar.

Daarnaast werd aangegeven dat de organisatie ook bezig is met het opzetten van een meer gestructureerd kwaliteitsbeleid. De proefimplementaties werden gezien als een goede leerschool hierin. De kwaliteitsadviseur gaf aan dat het hebben van een startbijeenkomst heel helpend was geweest met de aftrap van de deelname aan de proefimplementaties. Dit was ook een mooie manier om de implementatie van een richtlijn of handreiking te starten. De kwaliteitsadviseur was voornemens om dit ook te gaan toepassen in toekomstige implementaties.

Cliënten

Het is niet gelukt cliënten te vinden die bereid waren mee te werken aan een interview. Beide teams zijn hiervoor benaderd. Aangezien een team voornamelijk terminale en palliatieve zorg verleend was het niet mogelijk om hen te interviewen. Gedurende de testperiode waren de cliënten die in zorg kwamen dusdanig ziek dat een interview te belastend zou zijn. Het andere team gaf aan geen cliënten bereid te hebben gevonden die mee wilden werken aan een interview.

4. Conclusie

De deelnemende teams hadden moeite om de modules van de handreiking te vertalen naar concrete handelingen in de praktijk. Goede gespreksvaardigheden worden als een voorwaarde gezien om volgens de handreiking te kunnen werken in de praktijk. Het is belangrijk om ervaring op te doen met gesprekken die horen bij psychosociale zorg bij oncologie. De uitdaging van het inpassen van de handreiking in de dagelijkse praktijk lag voor een team met name in het toepassen van meetinstrumenten in de praktijk, omdat dit voor hen een grote aanpassing in hun dagelijks werken betekende. Het team dat voornamelijk palliatieve en terminale zorg verleend had moeite om de adviezen uit de handreiking toe te passen vanwege het vaak snelle overlijden van cliënten. Het inzetten van het PLISSIT model of model van Positieve gezondheid en de toepassing van de meetinstrument was hierdoor moeilijk op te volgen en de meerwaarde van de inzet ervan werd gemist. De handreiking is echter wel gericht op ook deze groep cliënten.

De grootste meerwaarde die werd gezien van deze handreiking is het zichtbaarder maken wat voor psychosociale zorg onbewust al wordt gegeven. Door hier bewuster mee om te gaan kon psychosociale zorg effectiever worden ingezet. Ook het ABC model werd als ondersteunend ervaren in de besluitvorming wanneer en naar wie doorverwijzen noodzakelijk is.

5. Advies implementatiestrategieën

Onderstaande implementatiestrategieën worden geadviseerd op basis van de bevindingen die tijdens de proefimplementatie zijn opgedaan. De implementatiestrategieën zijn geordend aan de hand van de vier categorieën zoals beschreven in de MIDI-vragenlijst: 1. de innovatie, 2. de zorgverlener, 3. de organisatie en 4. sociaal politieke omgeving (3). Per groep van determinanten worden strategieën weergegeven die ingezet kunnen worden om de implementatie positief te beïnvloeden. Strategieën kunnen gericht zijn op aanvullende producten bij de handreiking als op de context waarin de handreiking geïmplementeerd wordt. Hierbij is gebruik gemaakt van de determinanten zoals genoemd in de MIDI vragenlijst en het CFIR-framework met daarop aansluitende implementatiestrategieën vanuit het ERIC-framework (4, 6)

Adviezen gericht op de handreiking (V&VN)

- Zorg voor duidelijke verwijzingen in de handreiking. Bij de aanbeveling: *“Gebruik informatieve websites en digitale tools in het ondersteunen van mensen met psychosociale problemen.”* wordt niet verwezen naar de tools die zijn geïnventariseerd en weergegeven op pagina 26. Hierdoor worden deze voorbeelden niet bekeken en toegepast in de praktijk.
- Neem in de patiënteninformatie op dat een verpleegkundige gebruik maakt van een meetinstrument of gespreksinstrument zoals dat van positieve gezondheid om overzicht te krijgen op welk vlak mogelijk problemen ervaren worden. Gebruik hierbij passend taalgebruik dat aansluit bij de doelgroep en gebruik eventueel pictogrammen of plaatsen.
- Maak inzichtelijk welk van de genoemde meetinstrumenten in welke situatie het beste ingezet kan worden.

Adviezen gericht op individuele zorgverlener

- Besteed tijd en aandacht in het wijkverpleegkundig team aan het bespreken van wat wordt verstaan onder psychosociale zorg bij de cliënten. Breng in kaart welke zorg al gegeven wordt op dit gebied, en welke zorg nog niet gegeven wordt zoals beschreven in de handreiking.
- Bepaal wie kartrekkers zijn van het implementeren van de handreiking. Dit kan zijn vanuit praktisch oogpunt omdat iemand meer tijd heeft maar ook vanuit inhoudelijk perspectief dat iemand veel affiniteit heeft voor het onderwerp. Het is belangrijk dat deze persoon duidelijk kan maken aan andere teamleden wat psychosociale zorg is.
- Begin met het uitproberen van meetinstrumenten bij minder complexe casuïstiek om zo de meetinstrumenten en werkwijze eigen te maken en te experimenteren welk meetinstrument het best past bij het team en cliënten.
- Maak de handreiking zichtbaar op de afdeling door bijvoorbeeld de samenvatting te printen en op te hangen.
- Maak (gezamenlijk) een sociale kaart en maak deze zichtbaar bijvoorbeeld door het ophangen van een fysieke kaart in een overlegkamer.

Adviezen gericht op zorgorganisaties

- Ondersteun het uitbreiden of opstellen van een sociale kaart door te participeren in netwerken in de regio.

Sociaal politieke omgeving

Op dit vlak werden geen beïnvloedende factoren gevonden.

Literatuur

1. National Comprehensive Cancer Network 2024 [Available from: www.nccn.org.
2. Nederland IK. Kankerzorg in beeld. In: IKNL, editor. 2019.
3. Buuren MFTPPVDSV. Towards a measurement instrument for determinants of innovations International Journal for Quality in Health Care. 2014;26(5):501-10.
4. Powell BJ, Waltz, T.J., Chinman, M.J. et al. . A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. Implementation Sci 2015;10, 21.
5. Damschroder LJ, Reardon, C.M., Widerquist, M.A.O. et al. . The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. . Implementation Sci 2022;17(75).
6. Waltz TJ, Powell, B.J., Fernández, M.E. et al. . Choosing implementation strategies to address contextual barriers: diversity in recommendations and future directions. Implementation Sci. 2019;14, 42 (2019).
7. Vullings N, Maas M, Adriaansen M, Vermeulen H, van der Wees P, Heinen M. Developing and testing a reflection method for implementation of the informal care guideline in community nursing: Design-based research. J Adv Nurs. 2024 Mar 21. doi: 10.1111/jan.16156. Epub ahead of print. PMID: 38515159.

Bijlage 1.

Overzicht van geselecteerde CFIR determinanten, en strategieën op basis van de ERIC-CFIR tool bij de handreiking
Veilig werken met Cytostatica

CFIR-determinanten passend bij de geïdentificeerde determinanten 'Omgaan met Cytostatica'	Implementatiestrategieën op basis van de ERIC-CFIR tool
1. Complexiteit: Stakeholders vinden dat de innovatie complex is, gebaseerd op hun perceptie van duur, reikwijdte, radicaliteit, verstorend karakter, centraliteit en/of de complexiteit en het aantal stappen die nodig zijn voor implementatie. 2. Kosmopolitisme: De organisatie is niet goed verbonden met externe organisaties. 3. Implementatieklimaat: Er is weinig capaciteit voor verandering, lage ontvankelijkheid en geen verwachting dat het gebruik van de innovatie beloond, ondersteund of verwacht zal worden. 4. Beschikbare tijd en middelen: Middelen (zoals geld, fysieke ruimte, toegeweide tijd) zijn onvoldoende om de implementatie van de innovatie te ondersteunen. 5. Toegang tot kennis en informatie: Stakeholders hebben geen adequate toegang tot begrijpelijke informatie en kennis over de innovatie en hoe deze in werkprocessen te integreren. 6. Individuele fase van verandering: Stakeholders zijn niet vaardig of enthousiast om de innovatie langdurig te gebruiken.	1. Creëer een lerende samenwerking 2. Identificeer en bereid 'kampioenen' voor 3. Organiseer educatieve bijeenkomsten 4. Verzamel en deel lokale kennis 5. Beoordeel de gereedheid en identificeer barrières en facilitators 6. Bouw een coalitie 7. Voer doorlopende training uit 8. Pas stimulans-/toeslagsstructuren aan 9. Ontwikkel educatief materiaal