

# Evaluatie en monitoring richtlijnen Wijkverpleging V&VN

## **Leden projectgroep IQ Health, Radboudumc**

Dr. Maud Heinen, Senior onderzoeker

Dr. Gijs Lemmers, Postdoctoraal onderzoeker

Dr. Marjo Maas, Senior onderzoeker

Ir. Reinier Akkermans, Statisticus

Drs. Juliette Cruijsberg, Onderzoeksmedewerker

Prof dr. Hester Vermeulen, Hoogleraar Verplegingswetenschap

Prof. dr. Phillip van der Wees, Hoogleraar paramedische wetenschappen

## **Met medewerking van:**

Dr. Erwin Ista, Erasmus MC, Rotterdam

Dr. Betsie van Gaal, Hogeschool Arnhem en Nijmegen

Dr. Jolanda Meeuwissen, Trimbos instituut, Utrecht

Drs. Nicole Vullings, Hogeschool Arnhem en Nijmegen

Dit is een publicatie van Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ Health), Radboudumc. De studie is uitgevoerd in opdracht van V&VN

# Inhoud

<b>1. Inleiding .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Methode .....</b>	<b>5</b>
2.1 Vragenlijst.....	5
2.2 Inventarisatie implementatie activiteiten .....	7
2.3 Vignetten studie.....	8
2.4 Invitational Conference.....	9
2.4 Analyses .....	10
<b>3. Resultaten.....</b>	<b>10</b>
3.1 Resultaten Vragenlijst .....	10
3.2 Inventarisatie implementatieactiviteiten .....	25
3.3 Resultaten Vignetten .....	27
3.3 Resultaten Invitational conference.....	31
<b>4. Conclusies en aanbevelingen.....</b>	<b>37</b>
<b>Literatuur.....</b>	<b>42</b>

## 1. Inleiding

Richtlijnen ondersteunen verpleegkundigen en verzorgenden in het professioneel en onderbouwd uitoefenen van hun vak, helpen om de juiste zorgopties te kiezen samen met de cliënt en diens naasten en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren. De implementatie en toepassing van richtlijnen in de dagelijkse praktijk gaat echter niet vanzelf. In de praktijk worden drempels ervaren bij zowel de zorgverleners als bij de organisatie waar deze werkzaam is (Wink 2020). Wanneer richtlijnen niet of slechts deels worden toegepast, zal dit gevolgen hebben voor het beoogde effect van de richtlijn op de kwaliteit van zorg. Om die reden is een evaluatie van de mate van gebruik en de toepassing van richtlijnen en de factoren die dit beïnvloeden (determinanten) belangrijk. Vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ZonMw is er een impuls gegeven aan het ontwikkelen van richtlijnen voor de wijkverpleging. V&VN wil een representatief beeld krijgen van de verspreiding en toepassing van de richtlijnen onder alle zorgprofessionals in de wijkverpleging voor wie de richtlijnen bedoeld zijn. De doelpopulatie van dit project wordt gevormd door de gebruikers van de richtlijnen van V&VN, en meer specifiek in de wijkverpleging.

De doelstelling van dit project is het verkrijgen van inzicht in de landelijke verspreiding en toepassing van richtlijnen en afgeleide producten door zorgprofessionals in de wijkverpleging, en in de factoren (determinanten) die dit beïnvloeden, in relatie tot de ingezette implementatieactiviteiten (strategieën), om op basis daarvan richtlijnen en implementatieactiviteiten te kunnen bijstellen.

Hiervoor zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

1. In hoeverre zijn de richtlijnen en afgeleide producten bekend en hoe kan de bekendheid worden bevorderd?
2. In hoeverre worden de richtlijnen en de afgeleide producten (goed) toegepast?
3. Wat zijn de determinanten van de toepassing van richtlijnen en hoe kan deze toepassing worden bevorderd?
4. Wat is de relatie tussen de toepassing van richtlijnen en de deelname van zorgprofessionals en zorgorganisaties aan ingezette implementatiestrategieën?
5. Hoe kan V&VN de komende jaren de toepassing van richtlijnen het beste monitoren?

## 2. Methode

Er zijn vier onderdelen te onderscheiden in de gebruikte methoden. Ten eerste een kwantitatief ingestoken digitale vragenlijst onder verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten werkzaam in de wijkverpleging, gericht op de eerste drie vraagstellingen zoals hierboven beschreven. Ten tweede hebben we gesprekken gevoerd met V&VN en met door V&VN opgeleide implementatie coaches en de experts betrokken bij de drie geselecteerde richtlijnen (Decubitus, Mantelzorg en Slaap) over ingezette implementatiestrategieën, gerelateerd aan onderzoeksvraag vier. Ten derde is een Vignetten studie uitgevoerd waarbij casuïstiek is ontwikkeld op basis van drie richtlijnen (Decubitus, Mantelzorg en Slaap) met in totaal 15 meerkeuzevragen per richtlijn, en gevolgd door discussie met deelnemers. Ten vierde hebben we een Invitational Conference georganiseerd om resultaten te duiden en de thema's voor te leggen aan stakeholders. Met name hebben we hier gefocust op onderzoeksvragen vier en vijf.

In de uitwerking van de aanvraag zijn we uitgegaan van de hierboven beschreven en door de V&VN vastgestelde doel- en vraagstellingen. In de opzet en uitwerking zijn we (in overleg met V&VN) ook uitgegaan van de visie dat het essentieel is om de (longitudinale) evaluatie van de toepassing van richtlijnen te verbinden met een continue cyclus van leren en verbeteren door verpleegkundigen en verzorgenden, gericht op klinisch redeneren in het dagelijks handelen. We hebben daarom gezocht naar methoden voor evaluatie en monitoring waarvan de resultaten ook gebruikt kunnen worden als input voor leren en verbeteren binnen het kwaliteitsbeleid van de V&VN.

### 2.1 Vragenlijst

In overleg met V&VN, en in lijn met het onderzoeksvoorstel zijn wij tot de onderstaande samenstelling van een vragenlijst gekomen, om op een moment in de tijd uit te zetten onder de doelgroep van (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten, werkzaam in de wijkverpleging. In samenspraak is besloten voor welke V&VN richtlijnen wij naar de bekendheid in het algemeen gevraagd hebben.

Vragenlijst bestaande uit 3 delen:

- Algemeen deel (A): bekendheid met V&VN richtlijnen in het algemeen
- Specifiek deel (B): gaat in op bekendheid met en handelen in overeenstemming met drie geselecteerde richtlijnen: Decubitus, Slaap en Mantelzorg.
- Deel C: bruikbaarheid en evaluatie van een door de respondent gekozen richtlijn, op basis van de MIDI vragenlijst (Fleuren et al 2012, 2014)

### **Onderdeel A** bekendheid met V&VN richtlijnen in het algemeen

Hier werd gevraagd aan deelnemers welke van onderstaande richtlijnen deelnemers kenden, met daarnaast een optie om aan te geven dat zij geen van deze richtlijnen kenden. De selectie van deze richtlijnen is afgestemd met V&VN als meest geschikt om voor te leggen, met name omdat dit redelijk recent uitgebrachte richtlijnen zijn en relevant voor de wijkverpleging.

- Richtlijn Signalering en Preventie van Zorginfecties
- Richtlijn Zorg voor gezonde slaap en zorg bij slaapproblemen
- Richtlijn Decubitus
- Richtlijn Eenzaamheid
- Richtlijn en Handreiking Zorgmijding in de eerste lijn
- Richtlijn Mantelzorg
- Richtlijn Veranderde seksuele gezondheid
- Richtlijn Verslaglegging
- Handreiking VTGM
- Richtlijn Smetten
- Richtlijn Delier
- Richtlijn Infectiepreventie
- Handreiking Communicatie bij dementie
- Ik ken geen van deze landelijke richtlijnen

Daarna werden een viertal vragen gesteld over richtlijnen in het algemeen. Deze vragen konden worden beantwoord op een 5-puntsschaal

1. Weet u waar u de landelijke richtlijnen, die voor uw werk van belang zijn, kunt vinden?
2. Heeft u zelf wel eens een landelijke richtlijn opgezocht?
3. Zijn de lokale protocollen van uw organisatie gebaseerd op de meest actuele landelijke richtlijnen?
4. Komt het wel eens voor dat u van landelijke richtlijnen en/ of lokale protocollen afwijkt omdat de patiënt/cliënt iets anders wil?

### **Onderdeel B** Bekendheid met en handelen in overeenstemming met de richtlijnen

Hierbij werden steeds vijf kernaanbevelingen uit de drie geselecteerde richtlijnen (Decubitus, Mantelzorg en Slaap) voorgelegd aan deelnemers en werd hen gevraagd of ze de aanbeveling kenden en of ze handelden in lijn met deze aanbeveling. Beide vragen konden op een 5-puntsschaal worden beantwoord van 'Helemaal niet bekend' tot 'Zeer bekend', en van 'Helemaal niet in lijn' tot 'Volledig in lijn'. De selectie van aanbevelingen is tot stand gekomen in overleg met de experts van de betreffende richtlijnen.

### **Onderdeel C** Bruikbaarheid en evaluatie op basis van de MIDI vragenlijst

In onderdeel C konden deelnemers kiezen voor een van de drie richtlijnen geselecteerd voor dit project, Decubitus, Mantelzorg of Slaap. Hierbij werden deelnemers gestimuleerd om een van de drie

richtlijnen te kiezen, indien ze nog nooit van deze richtlijnen gehoord hadden konden ze dat aangeven. Onderdeel C bestond uit de MIDI vragenlijst, waarin in totaal 29 items werden voorgelegd die konden worden beantwoord op een 5-puntsstchaal.

### **Selectie van richtlijnen**

Er zijn voorafgaand aan de start van dit project drie richtlijnen geselecteerd waarvan de mate van implementatie in dit project is geëvalueerd. Het gaat hierbij om de volgende drie richtlijnen: Mantelzorg, Zorg voor gezonde slaap en zorg bij slaapproblemen, en Decubitus. Deze drie richtlijnen representeren een breed spectrum van de wijkverpleegkundige zorg. De richtlijnen zijn in 2021 gepubliceerd en dus reeds een jaar in omloop bij de start van dit project, waardoor enige bekendheid kan worden verwacht. Tegelijkertijd zijn deze richtlijnen conform de vigerende methodiek ontwikkeld en daarmee representatief voor de huidige zorg.

Experts op het gebied van een van deze drie richtlijnen zijn als adviseurs betrokken bij dit project. Het gaat hierbij om de volgende personen; dr. Betsie van Gaal (Decubitus), Nicole Vullings (Mantelzorg) en dr. Jolanda Meeuwissen (Slaap en slaapproblemen). Daarnaast is dr. Erwin Ista betrokken geweest als adviseur voor het project, als expert op het terrein van implementatie van richtlijnen in de verpleging en verzorging.

## **2.2 Inventarisatie implementatie activiteiten**

Er zijn gesprekken gevoerd met V&VN, en met de experts die betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van de drie geselecteerde richtlijnen over uitgezette implementatiestrategieën die zijn ingezet bij de betreffende richtlijnen. Ook hebben we gekeken naar de implementatiestrategieën die staan beschreven in de richtlijnen Decubitus en Mantelzorg. Daarnaast hebben we twee door V&VN opgeleide implementatiecoaches geïnterviewd. De globale vraag aan hen was: “Voor het project “Evaluatie van bekendheid met en toepassing van richtlijnen in de wijkverpleging” willen wij jullie graag om input vragen. Wij zijn erg benieuwd naar wat jullie ervaringen zijn met de implementatie van richtlijnen (gerelateerd, dus aan barrières & facilitators) en willen graag weten hoe en welke strategieën jullie inzetten voor implementatie(s). Jullie ervaringen kunnen helpen om in de toekomst de implementatie van richtlijnen verder te verbeteren.”

- 1) Vragen naar achtergrond en specifiek naar de opleiding tot Implementatiecoach
  - opleiding
  - redenen om dit te doen
- 2) Huidige rol en ervaring als implementatiecoach
  - specifiek in relatie tot richtlijnen
  - welke ervaring met implementatie
- 3) Resultaten project – vragen waar coaches mogelijk input op kunnen leveren
  - aanbevelingen hoe V&VN en andere partijen, waaronder zorgorganisaties, de verspreiding en de toepassing kunnen bevorderen (implementatiestrategieën).

- hoe monitoren?
- welke barrières & facilitators zijn er volgens jullie bij implementatie
- aanbevelingen voor aanpassing van te meten variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden op basis van het project.

## 2.3 Vignetten studie

De Vignetten studie, gebaseerd op het principe van 'Key Feature assessment', is een vorm van gestandaardiseerde, online toetsing op basis van korte klinische Vignetten (Thampy 2019). Het toetsen van klinisch redeneren aan de hand van schriftelijke of video-scenario's (*knows how*) is een proxy van het handelen in de praktijk (*does*) (Miller 1990). Hoewel vignetten dus niet het feitelijke handelen meten, kan deze vorm van evaluatie wel gestandaardiseerd worden en kan voortgang gemonitord worden in de tijd.

Omdat tegenwoordig klinisch redeneren en besluitvorming niet meer wordt gezien als een individuele, cognitieve activiteit, maar als een 'team effort' (Gordon 2022) kan dit meetinstrument meerdere functies vervullen:

1. Als evaluatief meetinstrument. De resultaten worden gebruikt om de competentieontwikkeling van individuele zorgverleners te monitoren op het gebied van klinisch redeneren in de geest van der richtlijnen.
2. Als formatief meetinstrument. De resultaten worden gebruikt als input voor discussie in teams van wijkverpleegkundigen en verzorgenden. Als formatief meetinstrument kan de toets beschouwd worden als een implementatiestrategie en vervult daarmee een brugfunctie tussen de evaluatie van de toepassing van richtlijnen en invoerstrategieën voor richtlijnen.

Op basis van de drie geselecteerde richtlijnen (Mantelzorg, Slaap en Decubitus) zijn korte klinische vignetten ontwikkeld voor de kernaanbevelingen gebaseerd op het klinisch redeneerproces.

Met behulp van de betrokken experts zijn er per richtlijn 3-5 klinische vignetten ontwikkeld met steeds 15 meerkeuzevragen. In de vignetten zijn richtlijnaanbevelingen verwerkt waarmee getoetst kan worden of zorgprofessionals de aanbevelingen toepassen in de betreffende casus. Klinisch redeneren vormde de basis voor de opbouw van de vignetten.

De methodiek is uitgetest voor elk van de drie richtlijnen bij twee groepen van maximaal zes verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de wijk. Deze verpleegkundigen en verzorgenden werden geworven via de vragenlijst beschreven in onderdeel 1 van de gebruikte methoden. Deelnemers konden in de vragenlijst aangeven of zij mee wilden doen aan vervolgonderzoek. Indien zij dat wilden werden zij gevraagd hun emailadres te noteren. Deze verpleegkundigen en verzorgenden zijn benaderd voor deelname aan de Vignetten studie. Verpleegkundigen en verzorgenden ontvingen



een vergoeding voor deelname aan de drie onderdelen, het invullen van de vragenlijst, het maken van de toetsvragen behorende bij de vignetten, en de nabespreking van de vignetten in een onlinebijeenkomst. De methodiek werd tijdens deze digitale bijeenkomst ook geëvalueerd door middel van korte vragen over haalbaarheid, geschiktheid en acceptatie (Weiner 2017).

## **2.4 Invitational Conference**

In een Invitational conference met deelnemers met verschillende achtergronden, zoals Programmamanager Implementatie en (junior) adviseur Implementatie/Verpleegkundig proces V&VN, wijkverpleegkundigen, richtlijnontwikkelaars en onderzoekers hebben we de in het project gebruikte methoden en opbrengsten geëvalueerd, en hebben we de contouren geschetst voor longitudinale monitoring en evaluatie van de V&VN richtlijnen. De opzet van het project en de belangrijkste resultaten van de kwantitatieve vragenlijst en van de Vignettenstudie werden gepresenteerd en bediscussieerd (MH, GL, MM). Daarnaast heeft de Patiëntenfederatie in de persoon van Joost Kamoschinski een korte toelichting gegeven vanuit het patiëntenperspectief op het gebruik van richtlijnen door zorgprofessionals in de wijkverpleging. Daarna zijn onderstaande drie thema's besproken, in subgroepen en plenair, waarbij verschillende methodieken zijn gebruikt.

### **Thema 1 Gebruik van Vignetten**

In de bespreking van dit thema ging het over het gebruik van de Vignetten methodiek; het digitaal beantwoorden van toetsvragen op basis van casuïstiek en de nabespreking hiervan in groepen tot maximaal 6 personen, voor de evaluatie, monitoring en implementatie van richtlijnen in de wijkverpleging. Bij dit thema werd de vraag gesteld of en hoe deelnemers de Vignetten methodiek in zouden willen zetten voor evaluatie, monitoring en/of implementatie van richtlijnen in de wijkverpleging? Bij de nabespreking van deze vraag werd gebruik gemaakt van Mentimeter, waarbij de vraag werd gesteld of Vignetten bruikbaar zijn voor Evaluatie, Monitoring en/ of implementatie van Richtlijnen in de wijkverpleging, en voor welke van deze drie onderdelen.

### **Thema 2 Evaluatie en Monitoring**

In de bespreking van dit thema lag de focus op evaluatie en monitoring van het gebruik van richtlijnen in de wijkverpleegkundige praktijk. Bij dit thema werd de vraag gesteld hoe we het gebruik van richtlijnen in de wijkverpleging zouden kunnen evalueren en monitoren? Waarbij we hebben gezien dat er op een vragenlijst over richtlijnen ongeveer 10% respons komt, en de resultaten inhoudelijk informatief zijn. Bij deze vraag mochten deelnemers de creativiteit de vrije loop laten gaan.

### **Thema 3 Implementatie**

Bij dit thema werd de vraag gesteld hoe kunnen V&VN en andere partijen, waaronder zorgorganisaties, de verspreiding en de toepassing van richtlijnen bevorderen? Bij de nabespreking van deze vraag werd gebruik gemaakt van Mentimeter, waarbij drie vragen werden gesteld over aan welke knop gedraaid moet worden, en hoe zorgorganisaties en V&VN de verspreiding en toepassing van richtlijnen kunnen bevorderen.

## **2.4 Analyses**

### **2.4.1 Analyse online Vragenlijst**

Er is beschrijvende statistiek gebruikt voor alle items van de vragenlijst. Gemiddelde en standaarddeviatie (sd) of mediaan en interkwartielafstand voor continue items en aantal en percentages voor categorische items werden bepaald. Daarnaast zijn logistische regressieanalyses uitgevoerd waarin we voor 3 richtlijnen (Decubitus, Mantelzorg en Slaap) 2 groepen met elkaar vergeleken hebben: verzorgenden versus verpleegkundigen (wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in de wijk) op het bekend zijn met de betreffende richtlijn ja of nee. Het werkzaam zin als verpleegkundige of verzorgende was de determinant/onafhankelijke variabele. Het wel of niet bekend zijn met de betreffende richtlijn was de afhankelijke variabele.

### **2.4.2 Analyse Vignetten studie**

De data van de toetsvragen die online zijn uitgezet zijn beschrijvend geanalyseerd met behulp van SPSS en Excel. Hierbij zijn steeds per vraag de aantallen en percentages van deelnemers weergegeven die kozen voor een bepaald antwoord. De online bijeenkomsten werden steeds kort nabesproken door de bij de bijeenkomsten betrokken projectgroepleden (MM, GL, MH).

De opnames van de digitale bijeenkomsten zijn getranscribeerd en thematisch geanalyseerd (Braun and Clark) door een van de onderzoekers (MH), en vervolgens beoordeeld door de andere twee onderzoekers betrokken bij dit onderdeel (MM, GL). Op basis van deze analyses en de gemaakte aantekeningen van de onderzoeker in de facilitator rol, zijn overkoepelende thema's geïdentificeerd.

## **3. Resultaten**

### **3.1 Resultaten Vragenlijst**

Vragenlijst bestaande uit 3 delen:

Het algemene deel (A): bekendheid met V&VN richtlijnen in het algemeen.

Het specifieke deel (B) ging in op drie geselecteerde richtlijnen: Decubitus, Mantelzorg en Slaap. Bekendheid met en handelen in overeenstemming met.

Deel C: bruikbaarheid en evaluatie van 1 gekozen richtlijn, gebaseerd op onder andere de MIDI vragenlijst.

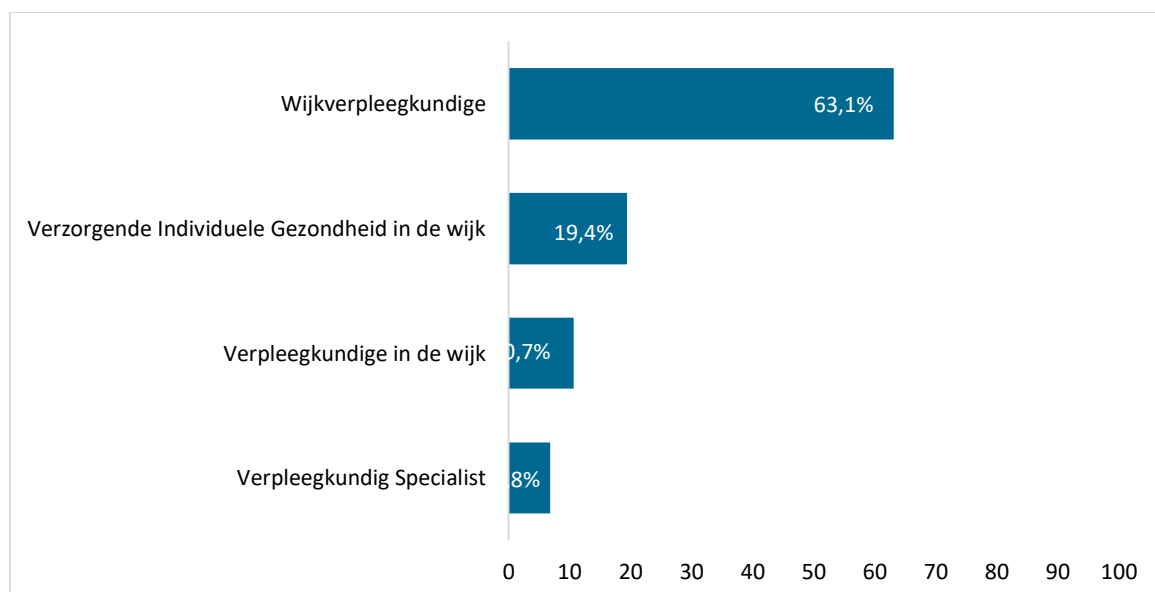
### 3.1.1 Respons en doelgroep

De volledige vragenlijst (deel A, B en C) is uitgezet onder de leden van de V&VN. 142 leden hebben gereageerd op de vragenlijst, 39 waren niet werkzaam in de wijkverpleging en behoren niet tot de doelgroep van de vragenlijst. In totaal hebben 103 leden werkzaam in de wijkverpleging de vragenlijst ingevuld (Tabel 3.1.1). Van deze respondenten worden de resultaten gepresenteerd. In totaal zijn 4916 mensen benaderd om de vragenlijst in te vullen. De respons was daarmee 3%. Van de 103 respondenten die werkzaam zijn in de wijk, was de functie van 63 respondenten wijkverpleegkundige, 19 verzorgende individuele gezondheid in de wijk, 11 verpleegkundige in de wijk, en 7 verpleegkundig specialist (figuur 3.1). Uit gegevens van V&VN blijkt dat de verhouding in de beroepsgroep in de wijk als volgt is: 60% verzorgenden, 25% verpleegkundigen in de wijk 15% wijkverpleegkundigen. Ook zijn er al zorgaanbieders die helpenden werkzaam hebben in teams, deze groep viel buiten de scope van dit onderzoek. Er zijn landelijk 60 verpleegkundig specialisten werkzaam. in dit onderzoek lijkt het aantal van 7 verpleegkundig specialisten dus een over-representatie.

Tabel 3.1.1: Werkzaam in de wijkverpleging

	Aantal	%
Ja	103	72,5
Nee	39	27,5

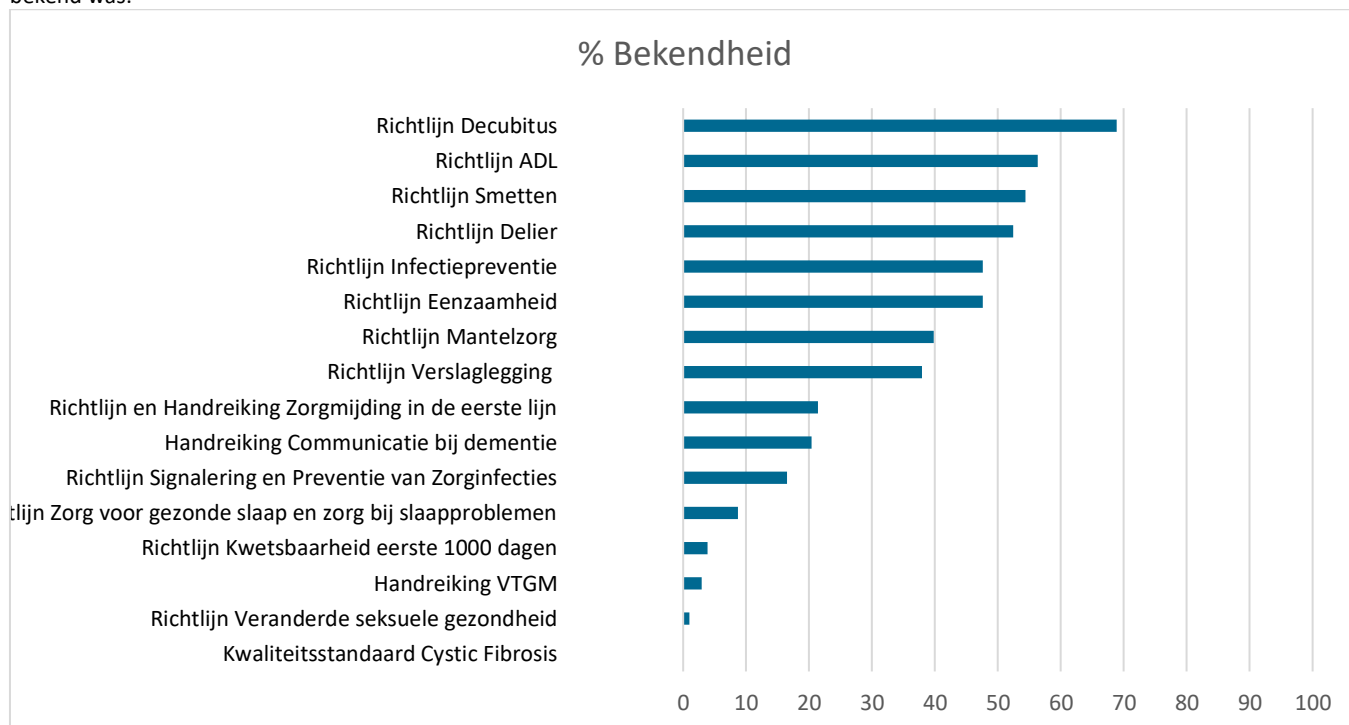
Figuur 3.1.1: Functie



### 3.1.2 Bekendheid met V&VN richtlijnen (deel A)

#### Bekendheid met richtlijnen algemeen

Figuur 3.1.2: Bekendheid met richtlijnen. Respondenten werd gevraagd om aan te klikken met welke richtlijnen men wel bekend was.



Tabel 3.1.2: Gemiddeld aantal richtlijnen waarmee men bekend is.

	N	Min	Max	gemiddelde	SD	Media an	IQR
Bekendheid met richtlijnen (aantal)	103	0	12	4,8	3,1	4	5 (2-7)

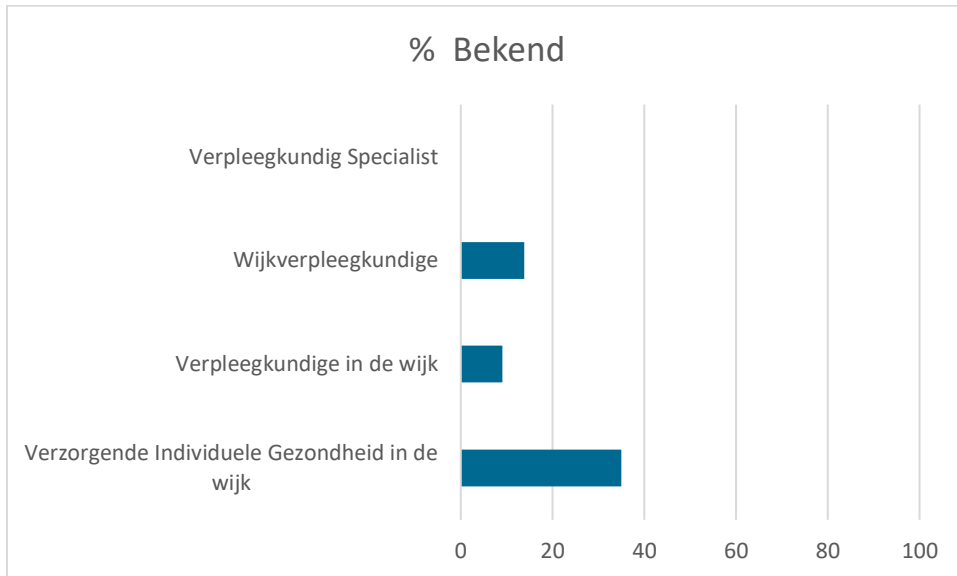
Gemiddeld kennen de respondenten 4,8 richtlijnen. Er waren 11 (10,7%) mensen die geen van de richtlijnen kenden. De richtlijn Decubitus was met 68% het meest bekend. De kwaliteitsstandaard Cystic Fibrosis was bij niemand bekend.

#### Bekendheid richtlijnen uitgesplitst naar functie

De bekendheid met richtlijnen is ook uitgesplitst naar functie. In figuur 3.1.3 valt op dat verzorgenden veel bekender zijn met de richtlijn signalering en preventie van zorginfecties dan verpleegkundigen.

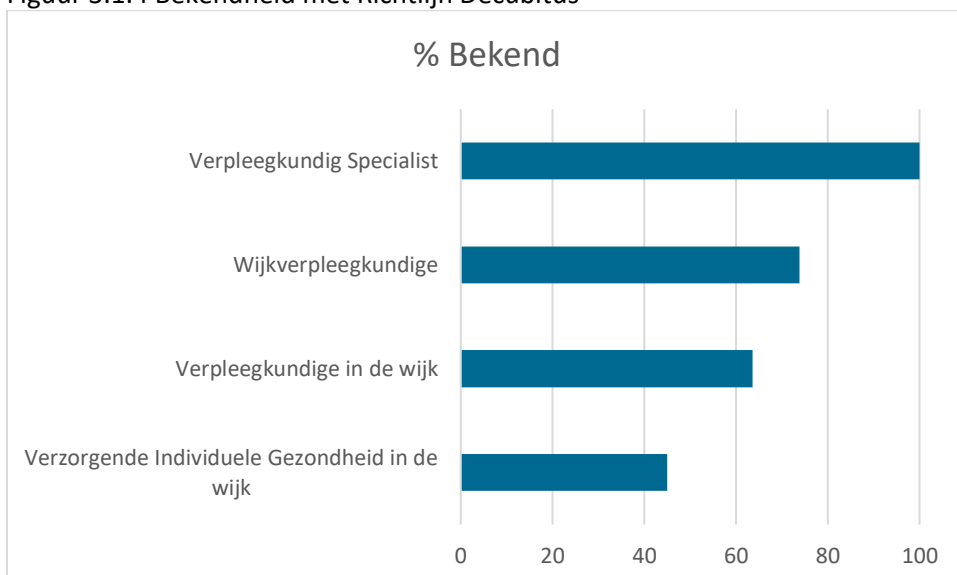
Het verschil met de verpleegkundig specialisten is nog groter, daarvan was niemand bekend met deze richtlijn.

Figuur 3.1.3 Bekendheid met Richtlijn Signalering en Preventie van Zorginfecties



In figuur 3.1.4 wordt weergegeven dat verpleegkundig specialisten bekender zijn met de richtlijn decubitus dan verpleegkundigen en verzorgenden. De figuren van de bekendheid met overige richtlijnen zijn opgenomen in de bijlage.

Figuur 3.1.4 Bekendheid met Richtlijn Decubitus



### 3.1.3 Gebruik richtlijnen in de dagelijkse praktijk

Tabel 3.1.3 Gebruik van landelijke richtlijnen in de dagelijkse praktijk, algemeen en uitgesplitst naar functie n (%)

	1 helemaal niet	2	3	4	5 zeker wel	Weet ik niet
<b>Weet u waar u de landelijke richtlijnen, die voor uw werk van belang zijn, kunt vinden?</b>	5 (4,9)	11 (10,7)	18 (17,5)	37 (35,9)	32 (31,1)	
Verzorgende Individuele Gezondheid in de wijk	3 (15,0)	1 (5,0)	4 (20,0)	10 (50,0)	2 (10,0)	
Verpleegkundige in de wijk		2 (18,2)	2 (18,2)	5 (45,5)	2 (18,2)	
Wijkverpleegkundige	2 (3,1)	8 (12,3)	12 (18,5)	19 (29,2)	24 (36,9)	
Verpleegkundig Specialist				3 (42,9)	4 (57,1)	
<b>Heeft u zelf wel eens een landelijke richtlijn opgezocht?</b>	9 (8,7)	9 (8,7)	19 (18,4)	40 (38,8)	26 (25,2)	
Verzorgende Individuele Gezondheid in de wijk	5 (25,0)	1 (5,0)	4 (20,0)	7 (35,0)	3 (15,0)	
Verpleegkundige in de wijk	1 (9,1)	1 (9,1)	3 (27,3)	2 (18,2)	4 (36,4)	
Wijkverpleegkundige	3 (4,6)	6 (9,2)	12 (18,5)	27 (41,5)	17 (26,2)	
Verpleegkundig Specialist		1 (14,3)		4 (57,1)	2 (28,6)	
<b>Zijn de lokale protocollen van uw organisatie gebaseerd op de meest actuele landelijke richtlijnen?</b>	1 (1,0)	4 (3,9)	18 (17,5)	27 (26,2)	36 (35,0)	17 (16,5)
Verzorgende Individuele Gezondheid in de wijk		1 (5,0)	4 (20,0)	4 (20,0)	7 (35,0)	4 (20,0)
Verpleegkundige in de wijk			4 (36,4)	2 (18,2)		5 (45,5)
Wijkverpleegkundige	1 (1,5)	2 (3,1)	9 (13,8)	19 (29,2)	26 (40,0)	8 (12,3)
Verpleegkundig Specialist		1 (14,3)	1 (14,3)	2 (28,6)	3 (42,9)	
<b>Komt het wel eens voor dat u van landelijke richtlijnen en/ of lokale protocollen afwijkt omdat de patiënt/cliënt iets anders wil?</b>	2 (1,9)	10 (9,7)	48 (46,6)	33 (32,0)	10 (9,7)	
Verzorgende Individuele Gezondheid in de wijk		6 (30,0)	4 (20,0)	7 (35,0)	3 (15,0)	
Verpleegkundige in de wijk			8 (72,7)	3 (27,3)		
Wijkverpleegkundige	2 (3,1)	4 (6,2)	31 (47,7)	22 (33,8)	6 (9,2)	
Verpleegkundig Specialist			5 (71,4)	1 (14,3)	1 (14,3)	

### 3.1.4 Bekendheid met en handelen volgens drie geselecteerde richtlijnen (deel B)

Bekendheid met de aanbevelingen van de richtlijnen Decubitus, Slaap en Mantelzorg is gemeten op een schaal van 1 (1 Helemaal niet bekend) tot 5 (Zeer bekend). In hoeverre men handelt in lijn met de

aanbevelingen is gemeten op een schaal van 1 (Helemaal niet in lijn) tot 5 (Volledig in lijn). Onder het overzicht met de kernaanbevelingen per richtlijn is weergegeven wat de gemiddelde bekendheid was van de respondenten met deze 5 kernaanbevelingen en in hoeverre de respondenten gemiddeld in lijn handelden met deze kernaanbevelingen. In dit rapport hebben we de gemiddelde schaalscore per richtlijn gepresenteerd. Voor een uitgebreid overzicht per aanbeveling (per richtlijn) is dit weergegeven in de appendix, tevens gespecificeerd naar functie.

## Richtlijn Decubitus

### Box 3.1.1 In vragenlijst gebruikte kernaanbevelingen Richtlijn Decubitus

#### **Aanbeveling 1 Zelfmanagement:**

Bepaal de behoefte aan zelfmanagementondersteuning bij de zorgvrager en stem het type en de mate van ondersteuning af op de individuele persoon, de fase van het ziekteproces en de setting. Begeleid de zorgvrager in zelfmanagement door coachende gesprekken, met behulp van bijvoorbeeld gezamenlijke besluitvorming, doelen stellen of motiverende gespreksvoering. Geef zorgvragers met (risico op) decubitus informatie over risicofactoren, preventie en behandeling. Benader ondersteuning van zelfmanagement als een continu proces, waarin regelmatige herhaling nodig is.

#### **Aanbeveling 2 Organisatie van zorg:**

Zorg voor een multidisciplinair en actueel zorgplan dat is afgestemd met de zorgvrager met (risico op) decubitus. De volgende onderwerpen moeten in het zorgplan zijn vastgelegd:

- afspraken over de risicobeoordeling, preventie, behandeling en evaluatie van decubitus;
- welke zorgverleners betrokken zijn bij de zorg voor de zorgvrager met (risico op) decubitus;
- wie de regiebehandelaar is bij de behandeling voor de zorgvrager met decubitus;
- wie de hoofdbehandelaar is bij de behandeling van de zorgvrager met decubitus (intramuraal);
- wie de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of verpleegkundig specialist is (extramuraal) voor de zorgvrager met (risico op) decubitus.

#### **Aanbeveling 3 Risico op decubitus:**

Ga vanwege het risico op decubitus bij onderstaande doelgroepen direct over tot preventieve maatregelen:

- zorgvrager met decubitus;
- zorgvrager die immobiel is; zorgvrager op de intensive care;
- zorgvrager op de operatiekamer;
- zorgvrager met een dwarslaesie;
- zorgvrager in de terminale fase.

Leg in het zorgplan vast dat de zorgvrager, als deze behoort tot één van bovenstaande doelgroepen, een vaststaand risico heeft op decubitus.

#### **Aanbeveling 4 Preventie:**

Wissel de zorgvrager in principe elke 4 uur van houding, maar houd bij de frequentie rekening met: persoonskenmerken:

- weefseltolerantie, mate van activiteit en mobiliteit, algehele lichamelijke conditie, huidconditie;
- behandeldoelen;
- kenmerken van de onderlaag: bij liggen het soort druk verlagend matras (statisch of dynamisch) en bij zitten het soort druk verlagend kussen (bij zitten).

**Aanbeveling 5 Evaluatie:**

Beschrijf de volgende punten in het zorgplan van de zorgvrager:

- Risicobeoordeling: frequentie en methode
- Classificatie en locatie van decubituswond
- Oorzaak van de decubitus
- Preventieve maatregelen:
  - o Houdingsverandering: wisselhoudingsschema
  - o Druk verlagende maatregelen: type maatregel/productspecificatie
  - o Huidinspectie en huidzorg: frequentie en gebruik van interventies
  - o Beweging: mobiliteitsdoelen
  - o Voeding: voedingstoestand en gewichtsverandering
- Behandeling van de wond
- Frequentie en wijze van evaluatie
- Betrokken disciplines in het behandelteam (discipline, naam en bereikbaarheid).

Tabel 3.1.4 Gemiddelde bekendheid en handelen volgens de richtlijn Decubitus (schaal 1-5)

	N	Minimum	Maximum	gem	SD	Mediaan	IQR
Bekendheid aanbevelingen	103	1	5	3,8544	0,71958	4	0,8 (3,4-4,2)
Handelt in lijn met deze aanbevelingen	103	1,6	5	3,7883	0,59661	4	0,6(3,4-4,0)

**Richtlijn Mantelzorg**

Box 3.1.2 In vragenlijst gebruikte kernaanbevelingen Richtlijn Mantelzorg

Aanbeveling 1:

Maak bij het bespreken van de draagkracht en draaglast van de mantelzorger(s) gebruik van de principes van persoonsgerichte communicatie.

Deze principes zijn:

- sluit aan bij de taal van de mantelzorger;
- ga uit van het perspectief van de mantelzorger;



- stel hiertoe open vragen, vraag door en vat samen;
- geef heldere (gezondheids)informatie;
- geef advies over en bespreek verwachtingen van een interventie of behandeling;
- stem de zorg af met de mantelzorg(er).

**Aanbeveling 2:**

Houd in de communicatie met de mantelzorg(er) rekening met de verschillende rollen van de mantelzorg(er) volgens het SOFA-model (Samenwerken, Ondersteunen, Faciliteren of Afstemmen): zorgverlener, hulpvrager, betrokkene of ervaringsdeskundige. De verschillende rollen van mantelzorg(er) vragen om telkens een andere focus in de communicatie.

**Aanbeveling 3:**

Maak bij het bespreken van de (positieve en negatieve) ervaringen en zorgen van de mantelzorg(er) onderscheid tussen twee fasen. De fase van de probleemverheldering en de fase waarin behoeften van de mantelzorg(er) worden besproken en vastgesteld. Laat de mantelzorg(er) zijn/haar verhaal vertellen. EDOMAH-gesprekskaarten kunnen hierbij helpen. (EDOMAH staat voor 'Ergotherapie bij Ouderen met Dementie en hun Mantelzorgers Aan Huis'). Deze kaarten zijn bruikbaar voor alle mantelzorgers.

**Aanbeveling 4:**

Bij het in kaart brengen van het sociale netwerk van de mantelzorg(er) kan gebruik worden gemaakt van een ecogram en van sociale netwerkversterking. Met een ecogram wordt duidelijk hoe de mantelzorg(er) de zorg met de verschillende personen uit zijn/haar sociale netwerk bespreekbaar maakt. Daarnaast wordt duidelijk hoe deze personen eventueel hulp kunnen bieden en hoe de mantelzorg(er) zijn/haar netwerk kan versterken.

**Aanbeveling 5:**

Bespreek op eigen initiatief met elke mantelzorg(er) de mogelijkheid voor een gesprek waarin de balans tussen draagkracht en draaglast besproken wordt. Stem binnen het team en met betrokken professionals af wie hiervoor de meest geschikte persoon is. Plan een gesprek op een voor de mantelzorg(er) geschikt moment. Om de ervaren belasting te meten zijn er meerdere meetinstrumenten beschikbaar zoals: A en B.

- a. De Caregiver Strain Index (CSI) (<https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/CSI-meetinstr-.pdf>).
- b. De Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ) (<https://www.trimbos.nl/docs/9a4da4b8-2eca-4b2f-9e03-9b8f8d5ce7d1.pdf>).

Tabel 3.1.5 Gemiddelde bekendheid en handelen volgens de richtlijn Mantelzorg (schaal 1-5)

	N	Minimum	Maximum	gem	SD	Mediaan	IQR
Bekendheid aanbevelingen	103	1	5	3,268	0,9655	3	1,4 (2,6-4,0)
Handelt in lijn met deze aanbevelingen	103	1,4	5	3,3728	0,66865	3	0,8 (3,0-3,8)

## Richtlijn Slaap

### Box 3.1.3 In vragenlijst gebruikte kernaanbevelingen Richtlijn Slaap

#### **Aanbeveling 1 Beïnvloedende factoren:**

Inventariseer het medicatiegebruik van de patiënt en bespreek met de voorschrijver of mogelijke bijwerkingen een negatieve invloed hebben op de nachtslaap en/of het functioneren overdag.

#### **Aanbeveling 2 Beïnvloedende factoren:**

Indien er sprake is van een slaapprobleem, ga na welke oorzaak of risicofactor er (mogelijk) aan ten grondslag ligt. Doe dit middels een gesprek en/of observatie tijdens de zorgcontacten. Als de oorzaak of risicofactor niet op deze wijze te achterhalen is, schakel dan een arts, verpleegkundig specialist of slaapdeskundige in. Neem zo mogelijk zelf deze oorzaak of risicofactor weg.

#### **Aanbeveling 3 Observaties:**

De verpleegkundige of verpleegkundig specialist schakelt de arts, slaapdeskundige of een verpleegkundig specialist met gedegen kennis van slaapstoornissen in:

- Bij onduidelijkheid over wat er aan de hand is op dit gebied
- Bij een slaapstoornis of het vermoeden daartoe (zoals in- en of doorslaapproblemen, ademstops, vreemde gedragingen tijdens de slaap)
- Bij chronisch slaapmiddelengebruik
- Bij specifieke slaapproblemen.

#### **Aanbeveling 4 Interventies:**

De verpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt een verpleegplan op met daarin interventies die passen bij het geconstateerde verpleegprobleem en de verpleegdoelen. De probleemgebieden betreffen één van de vier slaapvoorwaarden: lichamenlijk comfort (een comfortabel lichaam), psychosociale balans (een rustige geest), een juiste timing en voldoende slaapdruk. Passend bij het verpleegprobleem en de verpleegdoelen worden interventies ingezet op het gebied van:

- Slaapvoorlichting en slaap- en waakadviezen aan de patiënt en/of naaste(n)
- Preventieve interventies (muziek, etherische oliën, massage, healing touch, ontspanningstechnieken, daglicht).:
  - o Bij onduidelijkheid over wat er aan de hand is op dit gebied
  - o Bij een slaapstoornis of het vermoeden daartoe (zoals in- en of doorslaapproblemen,
  - o ademstops, vreemde gedragingen tijdens de slaap)

- Bij chronisch slaapmiddelengebruik
- Bij specifieke slaapproblemen.

**Aanbeveling 5 Evaluatie:**

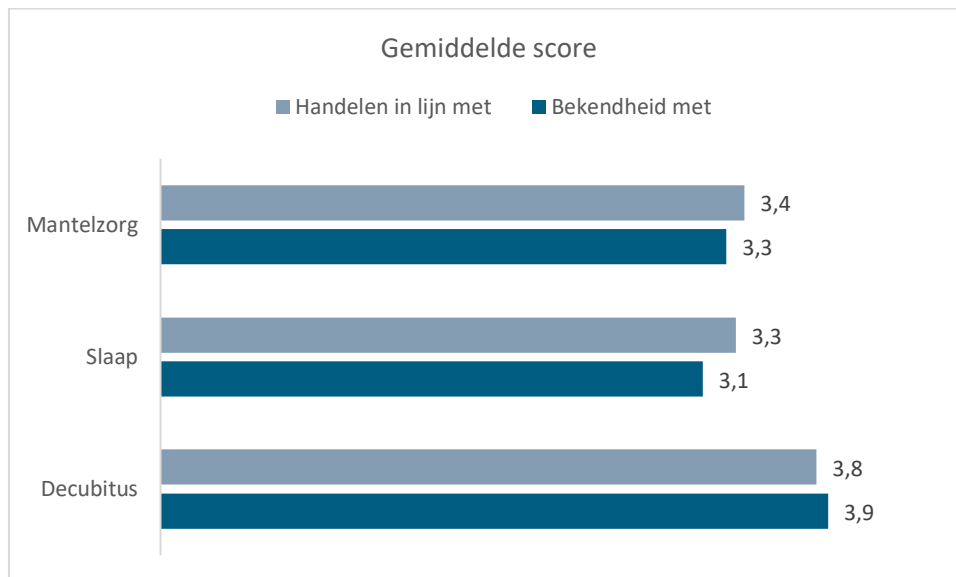
Evalueer de uitkomsten van interventies als onderdeel van het verpleegkundig proces. Ga op vooraf vastgestelde evaluatiemomenten na of het verpleegdoel is behaald. Zorg vervolgens voor voortzetten, bijstellen of afronden van het verpleegplan.

Tabel 3.1.6 Gemiddelde bekendheid van de aanbevelingen van de richtlijn Slaap (schaal 1-5)

	N	Minimum	Maximum	gem	SD	Mediaan	IQR
Bekendheid aanbevelingen	103	1	5	3,132	0,96753	3	1,8 (2,2-4,0)
Handelt in lijn met deze aanbevelingen	103	1	5	3,3223	0,79372	3	1,0 (3,0-4,0)

Onderstaande figuur (3.1.5) laat zien dat de bekendheid met en het handelen in lijn met de richtlijn duidelijk hoger ligt bij de richtlijn decubitus dan bij de richtlijnen Mantelzorg en Slaap. In bovenstaande tabellen is ook te zien dat de spreiding kleiner is bij de richtlijn Decubitus.

Figuur 3.1.5: Gemiddelde score handelen in lijn met en bekendheid met kernaanbevelingen 3 richtlijnen (1=helemaal niet, 5=zeer bekend of volledig in lijn)

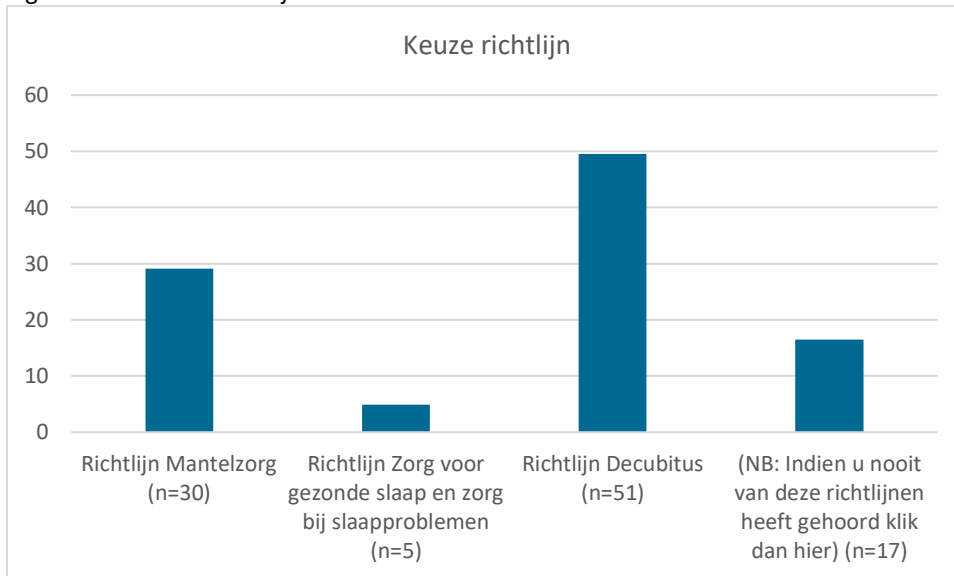


3.1.5 Bruikbaarheid en evaluatie van een gekozen richtlijn (MIDI) (deel C).

De respondenten kregen in dit deel van de vragenlijst (bruikbaarheid en evaluatie van een richtlijn) een keuze uit een van de drie richtlijnen: Decubitus, Slaap of Mantelzorg. De respondenten hebben 51 keer gekozen voor de richtlijn decubitus, 30 keer voor de richtlijn mantelzorg, 5 keer voor de richtlijn

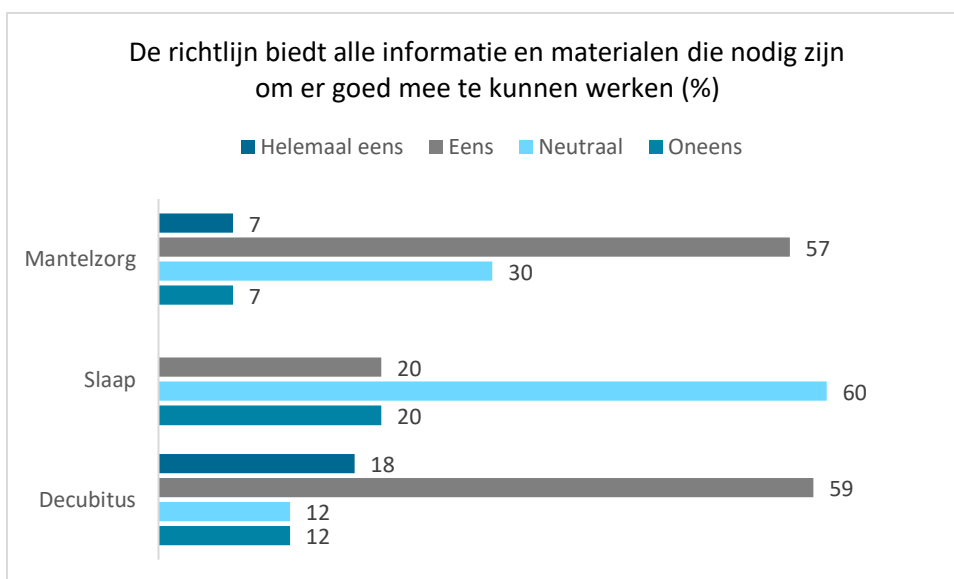
slaap, en 17 respondenten hebben aangegeven nooit van deze richtlijnen gehoord te hebben (figuur 3.1.6).

Figuur 3.1.6: Keuze richtlijn voor evaluatie bruikbaarheid



Een belangrijke vraag voor de bruikbaarheid van de richtlijnen was of deze alle informatie en materialen bevat die nodig is om er goed mee te kunnen werken (bruikbaarheid). De bruikbaarheid van de richtlijn Decubitus is het beste beoordeeld: 18% van de respondenten was het helemaal eens, en 59% was het eens met deze stelling; bij de richtlijn mantelzorg was dit respectievelijk 7% en 57%, en bij de richtlijn slaap was dit respectievelijk 0% en 20%, (figuur 3.1.7).

Figuur 3.1.7: Percentage respondenten dat richtlijn bruikbaar vindt



In onderstaande tabel (tabel 3.1.7) worden de percentages van de respondenten per vraag van de MIDI vragenlijst, en per richtlijn weergegeven. De resultaten in tabel laten onder andere zien dat respondenten in de categorie ‘Determinanten m.b.t. de omgeving (de organisatie)’, het minst positief scoren. Dit betreft met name de items 17-19 en 23.

Tabel 3.1.7: Percentage van respondenten (Decubitus (n=51), Mantelzorg (n=30), en Slaap (n=5)) per antwoord op vragen naar bruikbaarheid en evaluatie van de betreffende richtlijn.

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	
<b>Determinanten op het gebied van de innovatie</b>						
<b>1. De richtlijn geeft helder aan welke activiteiten ik in welke volgorde moet uitvoeren.</b>	-	2 (3,9)	3 (5,9)	38 (74,5)	8 (15,7)	Decubitus
	-	1 (3,3)	7 (23,3)	20 (66,7)	2 (6,7)	Mantelzorg
	-	-	1 (20,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	Slaap
<b>2. De richtlijn is gebaseerd op feitelijk juiste kennis.</b>	-	-	4 (7,8)	36 (70,6)	11 (21,6)	Decubitus
	-	-	8 (26,7)	18 (60,0)	4 (13,3)	Mantelzorg
	-	-	2 (40,0)	3 (60,0)	-	Slaap
<b>3. De richtlijn biedt alle informatie en materialen die nodig zijn om er goed mee te kunnen werken.</b>	-	6 (11,8)	6 (11,8)	30 (58,8)	9 (17,6)	Decubitus
	-	2 (6,7)	9 (30,0)	17 (56,7)	2 (6,7)	Mantelzorg
	-	1 (20,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	-	Slaap
<b>4. De richtlijn is te ingewikkeld voor mij om te kunnen gebruiken.</b>	8 (15,7)	20 (39,2)	11 (21,6)	9 (17,6)	3 (5,9)	Decubitus
	4 (13,3)	11 (36,7)	9 (30,0)	6 (20,0)	-	Mantelzorg
	1 (20,0)	1 (20,0)	3 (60,0)	-	-	Slaap
<b>5. De richtlijn sluit goed aan bij hoe ik gewend ben om te werken.</b>	-	4 (7,8)	13 (25,5)	24 (47,1)	10 (19,6)	Decubitus
	-	1 (3,3)	10 (33,3)	16 (53,3)	3 (10,0)	Mantelzorg
	-	1 (20,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	-	Slaap
<b>6. Ik vind de effecten van het gebruik van deze richtlijn duidelijk zichtbaar.</b>	-	3 (5,9)	18 (35,3)	24 (47,1)	6 (11,8)	Decubitus
	-	-	17 (56,7)	11 (36,7)	2 (6,7)	Mantelzorg
	-	-	2 (40,0)	3 (60,0)	-	Slaap
<b>7. Ik vind de richtlijn geschikt voor mijn cliënten.</b>	-	5 (9,8)	11 (21,6)	29 (56,9)	6 (11,8)	Decubitus
	-	1 (3,3)	11 (36,7)	16 (53,3)	2 (6,7)	Mantelzorg
	-	-	2 (40,0)	3 (60,0)	-	Slaap
<b>Determinanten m.b.t. de gebruiker</b>						
<b>8. Het gebruik van deze richtlijn ondersteunt mij in het handelen.</b>	-	-	6 (11,8)	35 (68,6)	10 (19,6)	Decubitus
	-	1 (3,3)	6 (20,0)	21 (70,0)	2 (6,7)	Mantelzorg

	-	1 (20,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	-	Slaap
<b>9. Ik verwacht dat ik door te werken volgens de richtlijn kan bijdragen aan de preventie of het herstel bij het gezondheidsprobleem.</b>	-	-	4 (7,8)	34 (66,7)	13 (25,5)	Decubitus
	-	1 (3,3)	3 (10,0)	20 (66,7)	6 (20,0)	Mantelzorg
	-	-	3 (60,0)	2 (40,0)	-	Slaap
<b>10. Ik vind het tot mijn functie horen om de richtlijn te gebruiken.</b>	-	-	3 (5,9)	25 (49,0)	23 (45,1)	Decubitus
	-	-	3 (10,0)	17 (56,7)	10 (33,3)	Mantelzorg
	-	-	1 (20,0)	4 (80,0)	-	Slaap
<b>11. Cliënten zullen over het algemeen tevreden zijn als ik werk volgens deze richtlijn.</b>	-	3 (5,9)	11 (21,6)	30 (58,8)	17 (13,7)	Decubitus
	-	2 (6,7)	13 (43,3)	13 (43,3)	2(6,7)	Mantelzorg
	-	-	3 (60,0)	2(40,0)	-	Slaap
<b>12. Cliënten zullen over het algemeen meewerken als ik handel volgens de richtlijn.</b>	-	3 (5,9)	15 (29,4)	27 (52,9)	6 (11,8)	Decubitus
	1 (3,3)	-	15 (50,0)	13 (43,3)	1 (3,3)	Mantelzorg
	-	-	4 (80,0)	1 (20,0)	-	Slaap
<b>13. Ik kan op voldoende hulp van mijn collega's rekenen mocht ik die nodig hebben bij het werken volgens deze richtlijn.</b>	-	4 (7,8)	13 (25,5)	27 (52,9)	7 (13,7)	Decubitus
	-	5 (16,7)	10 (33,3)	15 (50,0)	-	Mantelzorg
	-	-	4 (80,0)	1 (20,0)	-	Slaap
<b>14. Ik beschik over voldoende kennis om deze richtlijn te kunnen gebruiken.</b>	-	1 (2,0)	5 (9,8)	36 (70,6)	9(17,6)	Decubitus
	-	2 (6,7)	5 (16,7)	18 (60,0)	5 (16,7)	Mantelzorg
	-	1 (20)	-	4 (80,0)	-	Slaap
<b>15. Van mij wordt verwacht (door mijn collega's of leidinggevende) dat ik handel volgens deze richtlijn.</b>	-	6 (11,8)	11 (21,6)	21 (41,2)	13 (25,5)	Decubitus
	1 (3,3)	4 (13,3)	11 (36,7)	11 (36,7)	3 (10,0)	Mantelzorg
	-	(20,0)	(40,0)	(40,0)	-	Slaap
<b>16. Indien ik dat zou willen, dan zou het mij lukken om te handelen volgens deze richtlijn.</b>	-	1 (2,0)	3 (5,9)	36 (70,6)	11 (21,6)	Decubitus
	-	1 (3,3)	3 (10,0)	19 (63,3)	7 (23,3)	Mantelzorg
	-	-	2 (40,0)	3 (60,0)	-	Slaap
<b>Determinanten m.b.t. de omgeving (de organisatie)</b>						
<b>17. In mijn organisatie zijn maatregelen getroffen zodat nieuwe medewerkers worden ingewerkt in het toepassen van deze richtlijn.</b>	3 (5,9)	12 (23,5)	14 (27,5)	17 (33,3)	5 (9,8)	Decubitus
	3 (10,0)	14 (46,7)	6 (20,0)	4 (13,3)	3 (10,0)	Mantelzorg
	-	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	-	Slaap
<b>18. Er is voldoende personeel in onze organisatie om te kunnen handelen volgens deze richtlijn.</b>	2 (3,9)	8 (15,7)	16 (31,4)	21 (41,2)	4 (7,8)	Decubitus
	3 (10,0)	15 (50,0)	6 (20,0)	5 (16,7)	1 (3,3)	Mantelzorg

	-	-	3 (60,0)	2 (40,0)	-	Slaap
<b>19. Er zijn voldoende financiële middelen beschikbaar om te kunnen handelen volgens deze richtlijn.</b>	2 (3,9)	7 (13,7)	19 (37,3)	19 (37,3)	4 (7,8)	Decubitus
	4 (13,3)	9 (30,0)	11 (36,7)	4 (13,3)	2 (6,7)	Mantelzorg
	-	-	3 (60,0)	2 (40,0)	-	Slaap
<b>20. Onze organisatie stelt mij voldoende tijd beschikbaar om deze richtlijn te integreren in mijn dagelijks werk.</b>	-	8 (15,7)	12 (23,5)	24 (47,1)	7 (13,7)	Decubitus
	2 (6,7)	8 (26,7)	9 (30,0)	9 (30,0)	2 (6,7)	Mantelzorg
	-	-	2(40,0)	2(40,0)	1 (20,0)	Slaap
<b>21. Onze organisatie stelt mij voldoende materialen en voorzieningen beschikbaar om te kunnen handelen volgens deze richtlijn.</b>	-	7 (13,7)	15 (29,4)	24 (47,1)	5 (9,8)	Decubitus
	1 (3,3)	6 (20,0)	14 (46,7)	7 (23,3)	2 (6,7)	Mantelzorg
	-	-	3 (60,0)	2 (40,0)	-	Slaap
<b>22. Ik heb in mijn organisatie makkelijk toegang tot informatie over het gebruik van deze richtlijn.</b>	-	4 (7,8)	10 (19,6)	23 (45,1)	14 (27,5)	Decubitus
	-	8 (26,7)	10 (33,3)	11 (36,7)	1 (3,3)	Mantelzorg
	-	-	2 (40,0)	3 (60,0)	-	Slaap
<b>23. In mijn organisatie vindt regelmatig terugkoppeling plaats over de voortgang van de invoering van richtlijnen, zoals deze richtlijn.</b>	6 (11,8)	12 (23,5)	9 (17,6)	19 (37,3)	5 (9,8)	Decubitus
	3 (10,0)	17 (56,7)	6 (20,0)	3 (10,0)	1 (3,3)	Mantelzorg
	1 (20,0)	1 (20,0)	3 (60,0)	-	-	Slaap
<b>Determinanten m.b.t. de sociaal politieke omgeving</b>						
<b>24. De activiteiten die in deze richtlijn staan, sluiten goed aan bij bestaande wetten en regels.</b>	-	1 (2,0)	18 (35,3)	25 (49,0)	7 (13,7)	Decubitus
	-	1 (3,3)	9 (30,0)	16 (53,3)	4 (13,3)	Mantelzorg
	-	-	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	Slaap
<b>Algemene vraag</b>						
<b>25. Ik vind het prettig dat deze richtlijn er is.</b>	-	-	11 (21,6)	25 (49,0)	15 (29,4)	Decubitus
	-	1 (3,3)	9 (30,0)	16 (53,3)	4 (13,3)	Mantelzorg
	-	-	2 (40,0)	3 (60,0)	-	Slaap

### 3.1.6 Bekendheid richtlijnen per groep

#### *Logistische regressie Decubitus, Mantelzorg en Slaap*

In dit hoofdstuk staan de uitkomsten van de logistische regressieanalyses waarin we voor 3 richtlijnen 2 groepen met elkaar vergelijken: verzorgenden versus verpleegkundigen (wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in de wijk) op het bekend zijn met de betreffende richtlijn ja of nee.

In de Appendix bij dit rapport staan de resultaten van alle andere richtlijnen en de analyses waarbij wel is uitgesplitst naar de 4 functies. Vanwege de lage aantallen per groep zijn de analyses waarbij uitgesplitst is naar 4 functies niet betrouwbaar genoeg om conclusies uit te trekken voor dit rapport. In tabel 3.1.8 is te zien dat er voor de bekendheid met de richtlijnen Mantelzorg en Slaap geen significante verschillen zijn tussen de verzorgenden en (wijk)verpleegkundigen. Voor de richtlijn Decubitus is er wel een significant verschil in de bekendheid met de richtlijn tussen de groepen verzorgenden waar 45% bekend is met de richtlijn en (wijk)verpleegkundigen waar 72,4 % bekend is met deze richtlijn (OR:3,20, 95%CI 1,16 ; 8,83; p=0.025).

Tabel 3.1.8: Resultaten logistische regressie, vergelijking verzorgenden versus verpleegkundigen

		%	Odds	95% C.I. for EXP(B)		Sig.
		Bekend met richtlijn	Ratio	Lower	Upper	
Slaap	Verzorgenden	15				
	Verpleegkundigen	7,9	0,486	0,11	2,142	0,34
Decubitus	Verzorgenden	45				
	Verpleegkundigen	72,4	3,201	1,161	8,827	0,025
Mantelzorg	Verzorgenden	35				
	Verpleegkundigen	40,8	1,279	0,458	3,571	0,638

### 3.1.7 Bereidheid invullen vragenlijst in de toekomst

De respondenten zijn in 36% van de gevallen bereid om 2 keer per jaar een vragenlijst zoals deze in te vullen om de bekendheid met en de toepassing van een richtlijn te beoordelen. Van de respondenten is 13% minder dan 1 keer per jaar bereid om een dergelijke vragenlijst in te vullen (tabel 3.1.9).

Tabel 3.1.9: Hoe vaak zijn respondenten bereid een vragenlijst in te vullen voor bekendheid met en toepassing van een richtlijn

	Aantal	Percentage
Minder dan 1 keer per jaar	13	12,6%
1 keer per jaar	25	24,%
2 keer per jaar	37	35,9%
Meer dan 2 keer per jaar	28	27,2%

### 3.1.8 Conclusies vragenlijst

De bekendheid met richtlijnen verschilt per richtlijn en per functie. De richtlijn Decubitus is het meest bekend en wordt het meeste toegepast. De richtlijn Slaap wordt als minder informatief en minder bruikbaar beoordeeld dan de richtlijnen decubitus en mantelzorg. Monitoring middels een vragenlijst



lijkt 1 tot 2 keer per jaar acceptabel bij deze groep. Hierbij valt op te merken dat deze groep waarschijnlijk geen representatieve steekproef van de in de wijk werkende verzorgende en verpleegkundige is. Waarschijnlijk zal deze groep die bereid was om deel te nemen aan dit onderzoek ook een hogere bereidheid hebben voor dergelijke deelname in de toekomst in vergelijking met de overige verzorgenden en verpleegkundigen in de wijk. De resultaten van de logistische regressieanalyse laten een verschil in bekendheid met de richtlijn Decubitus zien tussen verzorgenden en (wijk)verpleegkundigen. Dit resultaat dient met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden vanwege de beperkte grootte van de steekproef. Dit zou voor vervolgonderzoek wel een goede methode zijn, zeker wanneer er meer variabelen geregistreerd zouden zijn bij een grotere steekproef.

### 3.2 Inventarisatie implementatieactiviteiten

In tabel 3.2.1 word een overzicht gegeven van de implementatie activiteiten per richtlijn en vanuit V&VN. Voor de Richtlijn Slaap is er vooral gebruik gemaakt van disseminatiestrategieën en een eenmalige training voor verpleegkundigen/verzorgenden georganiseerd door V&VN voor hun leden, in de afrondende fase van de richtlijnontwikkeling (nog voor corona). Daarnaast is er een informatiestandaard ontwikkelt als afgeleide van de richtlijn. Wij hebben geen zicht op in hoeverre deze wordt gebruikt. Voor de richtlijn Mantelzorg zijn er vervolgprojecten geweest en gaande, zoals de drie proeftuin projecten en het SPARK project waarin reflectie op het gebruik van de richtlijn wordt ontwikkeld. Daarnaast is de richtlijn Mantelzorg gekozen door de twaalf Implementatiecoaches in de wijkverpleging voor hun opleiding. Voor zowel de richtlijn Decubitus als de richtlijn Mantelzorg zijn er proefimplementaties uitgevoerd waaruit implementatieadviezen (strategieën) zijn voortgekomen en beschreven in de richtlijn. Bij de Richtlijn Decubitus staan de implementatiestrategieën beschreven in bijlage 9 (p175 ev.) van de richtlijn [Richtlijn Decubitus | V&VN \(venvn.nl\)](#). Bij de richtlijn Mantelzorg is bijlage 7 (p94) gericht op implementatie [Kwaliteitstandaard Overbelaste mantelzorg | V&VN \(venvn.nl\)](#) Van beide richtlijnen zijn samenvattingskaarten gemaakt op de inhoud van de richtlijn maar niet gericht op implementatie van de richtlijn. De richtlijn Decubitus lijkt wat meer hoog over geformuleerde implementatiestrategieën te benoemen, de aanbevelingen voor implementatie in de richtlijn Mantelzorg lijken wat meer gericht op de praktijk.

Een voorbeeld uit de richtlijn Decubitus is over Monitoring en feedback is als volgt geformuleerd: 'Monitoring en feedback – is een effectieve strategie om de positieve effecten over het toepassen van de richtlijn onder de aandacht te brengen.' In de richtlijn Mantelzorg is de volgende aanbeveling terug te vinden: 'Maak gebruik van een reflectiemethodiek op het gebruik van de richtlijn Mantelzorg in de praktijk. Bespreek binnen je team hoe wordt omgegaan met de ondersteuning van mantelzorgers op basis van de richtlijn en bepaal wat gepast en wenselijk.'

Tabel 3.2.1 Overzicht implementatie activiteiten van drie richtlijnen

Richtlijn	Implementatie activiteiten
<b>Decubitus</b>	<p>Proefimplementatie waarbij gebruik is gemaakt van de MIDI vragenlijst. Breed uitgezet in de 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijn. Het artikel dat hierover geschreven zou worden is niet gepubliceerd. De implementatiestrategieën (beschreven in de richtlijn) zijn afgestemd op de resultaten van de MIDI vragenlijst.</p> <p>V&amp;VN heeft de richtlijn Decubitus verspreid via hun website.</p> <p>De samenvattingskaart is bedoeld als handzame samenvatting.</p> <p>Artikel in TvZ</p> <p>Publicatie met kennistoets in de Nursing</p> <p>Artikel in WCS gepubliceerd.</p> <p>Internationaal artikel over zelfmanagement bij mensen met 'Spinal cord injury' en het risico op en behandeling van decubitus.</p>
<b>Mantelzorg</b>	<p>Proefimplementatie waarbij gebruik is gemaakt van de MIDI vragenlijst. Breed uitgezet in de eerste en tweede lijn.</p> <p>Ontwikkeling van een infographic voor zowel mantelzorgers als voor zorgprofessionals</p> <p>Artikel in Nurse Academy, en herhaald in de Nurse Academy voor de GGZ</p> <p>Richtlijn wordt gebruikt in meerdere onderzoeken zoals de Proeftuinen SPARK, CURA &amp; LEARN.</p> <p>Implementatiecoaches hebben in de opleiding allen gebruik gemaakt/ gekozen voor de richtlijn Mantelzorg.</p> <p>Congres over de Bogen 2023</p> <p>Congressival V&amp;VN Richtlijn Mantelzorg 2021 en SPARK/Mantelzorg 2024</p> <p>SPARK project Promovendus betrokken in de V&amp;VN werkgroep voor</p> <p>Implementatiehulpmiddelen voor de richtlijn Mantelzorg</p> <p>Hulpmiddelen Informatie <a href="#">Kwaliteitstandaard Overbelaste mantelzorg   V&amp;VN (venvn.nl)</a> zijn sinds september 2023 beschikbaar: vier praktische hulpmiddelen die de zorg professional helpen om belastbaarheid van de (jonge en oudere) mantelzorg in kaart te brengen, en het (mantelzorg)gesprek te voeren. Twee korte video's, en twee flyers om aan de (jonge of oudere mantelzorg) te geven.</p> <p>SPARK Implementatiebijeenkomst in juni 2023 (specifiek voor reflectiemethodiek Richtlijn Mantelzorg)</p> <p>SPARK Wetenschappelijk artikel over de implementatie van de richtlijn/ reflectie methodiek en het belang van Mantelzorg (in ontwikkeling)</p> <p>SPARK Artikel over ontwikkeling reflectiemethodiek Mantelzorg (ingediend Journal of Advanced Nursing, december 2023)</p> <p>Congres (internationaal) CARE4 Antwerpen, 2024</p>
<b>Slaap</b>	<p>Een artikel geschreven voor TvZ: <a href="#">Onderzoek   Richtlijn voor gezonde slaap en slaapproblemen - TvZ (tvznext.nl)</a> ; zie bijgaand.</p> <p>Blogs/interviews werkgroep:</p> <p><a href="#">Slaapexpert Sylvia: 'De mens bestaat uit een dag én nacht'   V&amp;VN (venvn.nl)</a></p> <p><a href="#">"Lekker geslapen?" Een brug slaan tussen dag en nacht - Academy Het Dorp</a></p> <p><a href="#">Slaap-waakritme en de beïnvloedende factoren voor een gezonde slaap   ZonMw</a></p> <p><a href="#">Hoe ontwikkel je een bruikbare kwaliteitsstandaard voor de praktijk?   ZonMw</a></p> <p>Verder is er door V&amp;VN/ZonMw een informatiestandaard ontwikkelt als afgeleide van de richtlijn: <a href="#">Informatiestandaard Slaap-waakritme als afgeleid product bij de V&amp;VN richtlijn verstoord slaapwaakritme   ZonMw Projects</a></p>
<b>Ingezette implementatie activiteiten V&amp;VN</b>	
<b>V&amp;VN</b>	<p>Proefimplementaties, dit levert vaak adviezen op voor daadwerkelijke implementatie of voor aanpassingen in de richtlijn. Als de richtlijn dan gepubliceerd is dan volgt een gesprek met uitvoerder van de richtlijn. Daarin evalueren we de richtlijn zelf en het proces, ook wordt besproken wat zij denken dat nog goed zou zijn om als evaluatie activiteit in te zetten.</p> <p>Hulpmiddelen die standaard worden opgeleverd: samenvattingskaart en patiënteninformatie. Voor sommige projecten wordt dit achteraf gedaan.</p>

	<p>Daarnaast is er richtlijn en budget om te helpen de richtlijnen beter te begrijpen, bijvoorbeeld filmpjes of infographics. Leesbare/begrijpbare producten worden steeds meer voorop gezet op de website. (Zorgprofessionals worden afgeschrikt door documenten van 150 pagina's of matig begrijpelijke documenten) Mogelijkheid om e-learnings te maken: voor 'Kindzorg thuis' is dit gedaan. Infrastructuur website wordt in de toekomst nog beter ingericht om het meer overzichtelijk te maken.</p> <p>V&amp;VN leden van een afdeling worden goed bereikt. Er zijn 110.000 V&amp;VN leden, waarvan 20.000-35.000 lid zijn van een afdeling binnen V&amp;VN. In totaal zijn er in Nederland 350.000-400.000 verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. De leden van afdelingen krijgen ook de richtlijnen toegestuurd, naast de nieuwsbrieven die naar iedereen gaan. Het merendeel krijgt de informatie via de nieuwsbrief. De niet leden van V&amp;VN worden niet actief bereikt.</p> <p>Beschikbaarheid V&amp;VN voor vragen: De vragen komen binnen op 1 plek bij het kennisbureau, die stuurt door naar passende collega. Er zijn ook wel eens signalen voor herziening. Dit gaat dan vooral om dat mensen hun eigen sector hier niet in terug zien. Heel soms is het heel specifiek dat er nieuw bewijs is voor iets, maar dat is zeldzaam. Soms is men het niet helemaal eens met hoe iets er staat, er wordt dan bekeken of dat moet leiden tot een wijziging.</p> <p>Een chatbot wordt ontwikkeld in combinatie met een nieuw digitaal platform, voor het beantwoorden van vragen met betrekking tot de richtlijn, die wordt nu toegepast voor V&amp;VN. Wanneer nodig komt men daarna bij een collega terecht.</p> <p>Zicht op hoe richtlijnen gebruikt worden is er niet echt. Een team houdt zich bezig met eenheid van taal. Dus welke informatie er onderling gedeeld wordt. Als dit uniform is kun je ook bekijken of er volgens RL gewerkt wordt en of werken volgens RL effectiever is. Hier wordt veel voortgang op gemaakt, maar dit is nog niet structureel ingebeld in huidige richtlijnen. Dit moet nog meer bij elkaar komen. Wat meestal terug komt vanuit proefimplementaties:</p> <p>Leesbaarheid/buikbaarheid is belangrijk en kan geregeld verbeterd worden</p> <p>Richtlijnen zouden meer in regulier onderwijs aan bod moeten komen</p> <p>V&amp;VN neemt randvoorwaarden mee in RL, zoals organisatie van zorg</p> <p>Implementatie adviezen voor in de organisatie staat niet in de RL. De focus ligt op de doelgroep die de richtlijn gaat gebruiken in de praktijk. Dus verpleegkundigen en verzorgenden worden benaderd, waar mogelijk geschoold, maar er worden geen gerichte acties ingezet om leidinggevenden/ management/ organisatieniveau te beïnvloeden/ betrekken bij implementatie.</p> <p>Nu nog geen monitoring van hoe vaak producten bekeken worden</p>
--	---

### 3.3 Resultaten Vignetten

#### 3.3.1 Kenmerken deelnemers

In onderstaande tabel worden de kenmerken weergegeven van de deelnemers aan de Vignetten studie. Het overgrote deel is vrouw, met een gemiddelde leeftijd van 48 jaar. Het merendeel (18/18) heeft een opleiding gevolgd op HBO niveau.

Tabel 3.3.1 Kenmerken deelnemers Vignetten studie

18 personen: 17 vrouwen / 1 man
Leeftijd 48 jaar (range 20-65)
Per bijeenkomst: 1-5 personen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decubitus (6), Slaap (7), mantelzorg (5)</li> </ul>
Opleiding
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verzorgende IG/ MBO niveau 3 (n=3)</li> <li>• MBO niveau 4 (n=1)</li> <li>• HBO niveau 5/6 (n=14)</li> </ul>

### 3.3.2 Resultaten Vignetten

#### Resultaten toetsvragen Vignettenstudie

Hier wordt ter illustratie de resultaten van een van de vignetten per richtlijn (Decubitus, Mantelzorg en Slaap) weergegeven. Bij de antwoorden is het aantal en het percentage weergegeven dat de betreffende vraag juist beantwoord heeft. Een volledig overzicht van de casuïstieken is terug te vinden in de Appendix bij dit rapport.

#### Decubitus

Casus 1 (Osteoporose)		
Jannie Donkers is 72 jaar, weduwe, en woont zelfstandig. Zij heeft sinds vijf jaar een lichte vorm van osteoporose, ondergewicht (BMI=18) en urine-incontinentie. Ze gebruikt kalktabletten en incontinentiemateriaal. Tijdens een val in de badkamer 2 weken geleden, heeft ze haar rechter heup gebroken. Die is operatief behandeld met een kop-hals prothese. Na één week kon ze zich zelfstandig verplaatsen met krukken en mocht ze naar huis. Ze werd verwezen voor revalidatie in de 1e lijn en thuiszorg 2 x per dag. Sindsdien komt Jannie weinig uit haar stoel. Als je haar voor het eerst bezoekt klaagt ze over pijn aan de rechterzijde van haar zitvlak.		
1. Ondervoeding is een risicofactor voor het ontstaan van decubitus. Wat is het belangrijkste risico bij deze patiënt? (één antwoord goed)		
	Aantal	%
<b>A. Omdat de huid van mensen met weinig vet/spieren kwetsbaarder is voor druk</b>	<b>12</b>	<b>57</b>
2. Wat doe je om het risico op decubitus te verlagen bij deze patiënt (meerdere antwoorden goed)?		
<b>B. Beoordeel regelmatig de huid rondom het zitvlak</b>	<b>19</b>	<b>90</b>
<b>C. Houd de huid rondom het zitvlak droog</b>	<b>18</b>	<b>86</b>
3. Welk meetinstrument is niet geschikt om het risico op decubitus in te zetten bij deze patiënt (één antwoord goed)?		
<b>D. PrePurse</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

4. Indien er sprake is van roodheid op de rechterzijde van haar zitvlak, hoe beoordeel je dan of er sprake is van beginnende decubitus (één antwoord goed)?		
<b>A. Door met je vinger of een glaasje te bepalen of de roodheid wegdrukbaar is</b>	<b>19</b>	<b>95</b>
5. Welke interventie pas je direct toe indien er sprake is van beginnende decubitus (één antwoord goed)?		
<b>A. Adviseer om regelmatig te wisselen van zithouding en meer te bewegen</b>	<b>17</b>	<b>81</b>

## Mantelzorg

Casus 1: Sophie Jonkers is een vrouw van 55 jaar en werkzaam als juridisch medewerker. Sophie heeft samen met haar partner drie kinderen; 22, 20 en 17 jaar. Sophie is mantelzorger voor haar moeder van 83 jaar. Haar moeder is weduwnaar. Sinds twee jaar neemt de zorg voor haar toe. Ze is verminderd mobiel, heeft diabetes type 2 en heeft hulp nodig bij de dagelijkse zorg (ADL). Hiervoor krijgt ze op twee momenten op een dag zorg van de thuiszorg. Sophie neemt, sinds de zorg voor haar moeder toeneemt, steeds meer taken op zich. Ze doet de was, doet samen de boodschappen, regelt de financiën en andere administratieve zaken. De laatste weken merkt haar partner dat ze 'een kort lontje' heeft en het snel te veel voor haar is.		
Vraag 1. Je gaat als professional het gesprek met Sophie aan en past persoonsgerichte communicatie toe. Wat hoort in dit gesprek bij persoonsgerichte communicatie?		
	Aantal	%
<b>A. <u>Alle bovenstaande antwoorden zijn juist</u></b>	<b>8</b>	<b>38</b>
Vraag 2. In het contact met Sophie houd je rekening met de verschillende rollen die ze als mantelzorger heeft. Jij als professional kleedt de moeder van Sophie aan. Sophie kamt ondertussen de haren van haar moeder omdat ze dat zo fijn vindt. Welke rol neemt de m		
<b>A. <u>Zorgverlener</u></b>	<b>11</b>	<b>52</b>
Vraag 3. Bovenstaande rollen zijn de rollen volgens het SOFA model. Jij als professional kan dit model gebruiken om de verschillende rollen van mantelzorg aan bod te laten komen. Waar staan de letters in het SOFA model voor (één antwoord goed)?		
<b>A. <u>Samenwerken, Ondersteunen, Faciliteren en Afstemmen</u></b>	<b>20</b>	<b>95</b>

## Slaap

Casus 1: Konstan is een weduwnaar van 67 jaar en klaagt over hoofdpijn en vermoeidheid 's morgens na het opstaan. Meneer is bekend met hartfalen na een hartinfarct. Hiervoor draagt hij steunkousen die iedere ochtend door de thuiszorg worden aangetrokken. Hij neemt elke avond een borrel voor het slapen gaan sinds zijn dochter in een echtscheiding verwickeld is. Door inactiviteit vanwege zijn hartfalen is hij de laatste maanden in gewicht toegenomen tot een BMI van 31.		
Vraag 1. Welk instrument is in deze casus het meest geschikt om het slaapprobleem in kaart te brengen (één antwoord goed)?		
	Aantal	%
<b>A. <u>Een slaapdagboek</u></b>	<b>11</b>	<b>52</b>
Vraag 2. Welke van onderstaande is in deze casus het meest waarschijnlijk (één antwoord goed)?		
<b>A. <u>Slaapapneu</u></b>	<b>4</b>	<b>19</b>
Vraag 3. Welke verpleegkundige interventie pas je toe (één antwoord goed)?		
<b>A. <u>Neem contact op met verpleegkundig specialist/huisarts</u></b>	<b>12</b>	<b>57</b>
Vraag 4. Welke factoren kunnen van invloed zijn op dit slaapprobleem (één antwoord goed)?		
<b>A. <u>Alle bovenstaande opties zijn juist</u></b>	<b>15</b>	<b>71</b>

### 3.2.3 Thema's online Vignetten bijeenkomsten

Vijf thema's werden geïdentificeerd vanuit de analyse van de transcripten van de online bijeenkomsten. Drie thema's betroffen de vignettenmethodiek (oordeel methodiek, opbrengst en gewenste aanpassingen). Een vierde thema betrof de richtlijnen, en een vijfde thema de voorwaarden voor gebruik van richtlijnen.

#### 1. Oordeel methodiek

- Over het algemeen werd de methodiek positief gewaardeerd. Deelnemers gaven aan dat ze de nabespreking als essentieel beoordeelden, maar tegelijkertijd ook als erg tijdsintensief.

#### 2. Opbrengst methodiek

- De methode prikkelde tot nadenken en deelnemers gaven aan dat zij hierdoor de intentie hadden om de richtlijn te gaan gebruiken in de praktijk. De vignetten gaven als het ware een voorzet voor de toepassing van richtlijnen in de praktijk.
- Tijdens het maken van de online toetsvragen werd meestal gebruik gemaakt van de Google zoekfunctie, met name bij het zoeken naar meetinstrumenten. Het maken van de toetsvragen leidde vaak nog niet tot het daadwerkelijk kijken in de betreffende richtlijn.

#### 3. Aanpassingen methodiek

Er waren een aantal bevindingen met betrekking tot de gebruikte casuïstieken en de toetsvragen en antwoordmogelijkheden.

- Indien vignetten gebruikt worden als formatief meetinstrument (gericht op reflectie), dan mogen vragen meer prikkelend zijn en aanleiding geven tot discussie. Dit in tegenstelling tot het vragen naar feitelijke informatie. Indien vignetten gebruikt worden voor evaluatie en monitoring, mogen de vragen en antwoorden direct ontleend zijn aan de richtlijn.
- Geen gebruik van afkortingen in de toetsvragen, ook niet de gangbare afkortingen voor gebruikte meetinstrumenten. Voorgesteld werd om juist ook de meetinstrumenten te laten zien, en/of de uitslag van een meetinstrument met de vervolgvraag wat je op basis van deze resultaten zou kunnen doen.
- Door meerdere mensen zijn suggesties gedaan voor het gebruik van afbeeldingen en/of filmpjes bij de vignetten, of het gebruik van een e-learning in combinatie met casuïstiek en toetsvragen.

#### 4. Richtlijnen

- Richtlijnen werden over het algemeen gezien als veel te omvangrijk, en met te moeilijk taalgebruik. Richtlijnen die in de praktijk gebruikt moeten worden moeten kort en bondig zijn.
- De voorgestelde meetinstrumenten in richtlijnen zijn over het algemeen niet makkelijk vindbaar. Meerdere deelnemers gaven aan bij de term meetinstrumenten een sterke associatie te hebben met 'afvinklijsten' die nodig zijn voor registratie maar niet bijdragen aan

het handelen in de praktijk. De bruikbaarheid van de genoemde meetinstrumenten in richtlijnen is niet altijd duidelijk.

- Aangegeven werd dat sommige richtlijnen zijn geschreven voor intramuraal gebruik, waardoor er een vertaling nodig is naar de wijkverpleegkundige praktijk.
- Er werden suggesties gedaan voor vereenvoudiging van het gebruik van de aanbevelingen van richtlijnen door deze te verwerken in een digitale app, werken met een doorklikstelsysteem of het gebruik van beslisbomen, en door deze op te nemen in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD).

#### 5. Voorwaarden

- Deelnemers gaven aan dat in de dagelijkse praktijk weinig tijd is om dingen zoals de toepassing van richtlijnen, uit te zoeken.
- De financiering van de zorg staat onder druk, waardoor er weinig ruimte is voor extra activiteiten.
- Tegelijkertijd zien deelnemers wel een rol voor zichzelf als zorgprofessionals in het toepassen van richtlijnen en de ontwikkeling van hun beroep.

### 3.3 Resultaten Invitational conference

#### 3.3.1 Invitational conference

Het gebruik van de Vignetten methodiek werd over het algemeen gezien als geschikt voor bevordering van de implementatie van richtlijnen in de praktijk.

De Vignetten methodiek/toets kan ingezet worden met verschillende doelen:

1. Als evaluatief instrument, bijvoorbeeld voor monitoring
2. Als leermiddel, bijvoorbeeld om de toepassing in de praktijk te bevorderen (transfer van theorie naar praktijk)

Op basis van de resultaten kunnen we concluderen dat de toets geschikt is als evaluatief instrument voor monitoring, als het antwoord letterlijk terug te vinden is in de richtlijn en er geen twijfel is over het juiste antwoord. Het gebruik van klinische vignetten is dan nog steeds relevant, maar de vragen zijn in dat geval meer gericht op kennis.

Op basis van de resultaten kunnen we ook concluderen dat klinische vignetten geschikt zijn als leermiddel, maar dat die functie verbeterd kan worden. Het was, omdat sommige vragen te veel gericht waren op kennis en onvoldoende aanzetten tot kritische reflectie is aanpassing nodig. De geschiktheid als leermiddel neemt toe als:

- a. de vraag aanzet tot het maken van afwegingen
- b. de richtlijn geen pasklaar antwoord geeft, maar wel richting
- c. de toets een vorm van geautomatiseerde feedback geeft

### Script Concordance model

Om tegemoet te komen aan de wens om vignetten te gebruiken die meer discussie oproepen, is de Script Concordance Test geïntroduceerd. Dit is een instrument om klinisch redeneren te meten aan de hand van een casus waarin een handelingsdilemma wordt beschreven passend bij de richtlijn. De antwoordsleutel wordt ontwikkeld door een panel van richtlijnexperts, bijvoorbeeld 10 verpleegkundigen. Hieronder een voorbeeld van een Script-Concordance vraag:

*Bea bezoekt mevrouw Janssen. Zij heeft onlangs een heupoperatie ondergaan na een heupfractuur door een val in de keuken. Mw. Janssen heeft osteoporose en is licht dementerend. Vandaag klaagt zij over pijn aan haar stuit. Bij controle is een rode verkleuring van de huid zichtbaar. Om te voorkomen dat ze decubitus ontwikkelt, adviseert Bea om regelmatig te wisselen van houding en vaker uit de stoel te komen.*

Wat vind jij van dit advies?

- a. Niet mee eens (60% van de experts)
- b. Niet mee eens, niet mee oneens (30% van de experts)
- c. Mee eens (10% van de experts)

De deelnemer die antwoord a geeft, krijgt 1 punt aansluitend bij de meerderheid van de experts. Als antwoord b of c wordt gegeven, wordt een proportioneel deel daarvan toegekend. Deze toets geeft dus ruimte voor verschillende opvattingen over de meest gewenste handelwijze. De argumentatie voor het beste alternatief (alternatief a) vormt de input voor kritische reflectie en discussie.

### 3.3.2 Invitational Conference - Evaluatie en monitoring richtlijnen wijkverpleging

Drie groepen deelnemers hebben gediscussieerd over de vraag hoe het gebruik van richtlijnen in de wijkverpleging geëvalueerd en gemonitord kan worden, ook gezien het gegeven dat de vragenlijst over richtlijnen een lage respons gaf van ongeveer 3%, maar de resultaten informatief bleken. De groepjes kwamen tot de volgende opbrengsten:

- Deelname aan monitoring of gebruik van de richtlijn zou beloond moeten worden. Dit hoeft geen financiële vergoeding te zijn, maar bijvoorbeeld meer gericht op de professionele ontwikkeling zoals toegang tot een congres, scholingsbudget of andere beroepsinhoudelijke evenementen. Dit zou ook al kunnen stimuleren om meer gebruik te maken van richtlijnen.
- Om deelname aan monitoring(deelname aan monitoringsonderzoek) te stimuleren zou het ook kunnen helpen om met de vragenlijst 'naar mensen toe te gaan'. Bijvoorbeeld naar plekken waar veel verpleegkundigen en verzorgenden samenkomen zoals netwerkdagen of verenigingsdagen van V&VN.



- Maak het werken volgens een richtlijn meer prikkelend of stimuleer de bekendheid van een richtlijn door prikkelende, leuke of speelse dingen te ontwikkelen, bijvoorbeeld het inzetten van Serious Gaming (Super Mario richtlijneditie).
- Een persoonlijke benadering om de richtlijn bekendheid te geven helpt vaak goed. Denk bijvoorbeeld aan de 'Ice bucket challenge'. Daarbij worden steeds mensen genomineerd die ook de richtlijn kunnen gaan gebruiken of kunnen implementeren in hun werkplek.
- Een competitief element zou mensen kunnen motiveren om net een stapje extra te zetten. Denk bijvoorbeeld aan een ranking of een top 3 van afdelingen of teams hoe zij met richtlijnen omgaan en in welke mate ze richtlijnen geïmplementeerd hebben.
- Het op een makkelijk toepasbare manier aanbieden van richtlijnen, bijvoorbeeld in de vorm van beslisbomen of beslissingsondersteuning. Dit maakt de besluitvorming die plaatsvindt in het verpleegkundig proces duidelijk. Doordat er geen classificatiemodel aan de verslaglegging ten grondslag ligt zijn de beslisbomen in verschillende settingen toepasbaar. Ook is het mogelijk (met technische aanpassingen) de beslisbomen te koppelen met het EPD of ECD waardoor data uit het primaire proces gebruikt kan worden om de beslisboom te vullen. Dit kan bijdragen aan de vermindering van registratielast.
- Evalueren en monitoren (van de zorg) doen we continue. Hiervoor gebruiken we in de wijkverpleegkundige praktijk het OMAHA systeem. Hiermee verzamelen we veel informatie. De belangrijkste vraag hier is, hoe halen we die informatie ook weer uit de systemen voor eigen gebruik, het monitoren van handelen volgens de richtlijn? De ontsluiting van de beschikbare data voor evaluatie en monitoring is vooralsnog een probleem. De data zouden moeten terugvloeien naar de mensen die het gebruiken, voor feedback/gebruik binnen het team maar ook voor vergelijking met extern/ buiten het team.
- Evaluatie en Monitoring van het gebruik van richtlijnen vanuit het cliëntenperspectief werd genoemd als belangrijke optie, hoe dit goed vorm te geven is nog een vraag die verder uitgewerkt en onderzocht zou moeten worden.
- Bij de opties die hier besproken werden werd aangegeven dat voorop zou moeten staan dat er niet 'nog iets bij' moet komen voor de zorgprofessional in de drukke praktijk van iedere dag, maar dat het werk, gebaseerd op richtlijnen, juist makkelijker gemaakt zou moeten worden door efficiënt gebruik van data en techniek.

- Het gebruik van Artificial Intelligence (AI) voor het gebruik en de monitoring van richtlijnen wordt gezien als een belangrijk hulpmiddel. Het onderstaande gedicht, gemaakt tijdens de bijeenkomst met behulp van AI pleit hiervoor:

*Landgenoten, de dossiers als schatten omhuld, met AI die zorgvuldig onthult,  
Richtlijnen volgen stap voor stap, voor elke zorg een juiste greep in het lab,  
Richtlijnen leidend altijd daar, voor zorgverleners klaar en klaar,  
Met AI als gids zo puur, voor betere zorg, ieder uur,  
Telefoongesprekken vaak discreet, door AI geanalyseerd compleet,  
Waar nodig steunt het hen bij vragen, om zorg te bieden Zonder te verzaken*

### 3.3.3. Invitational conference – Implementatie van richtlijnen in de wijkverpleging

In de nabespreking van de vraag aan welke knop gedraaid zou moeten worden om implementatie van richtlijnen in de wijkverpleging te bevorderen werd de zorgorganisatie nadrukkelijk als belangrijkste speler genoemd. Daarnaast werden ook de zorgprofessional en de richtlijn zelf genoemd, het politieke niveau werd gezien als minder belangrijk. Zorgorganisaties zouden de implementatie sterker moeten oppakken, waarbij de vertaling van richtlijnen naar de praktijk gemaakt moet worden, en gezorgd moet worden voor scholing van zorgprofessionals.

**Rol van Zorgorganisaties** - Puntsgewijs worden hier de belangrijkste bevindingen weergegeven op de vraag hoe zorgorganisaties de verspreiding en toepassing van richtlijnen kunnen bevorderen.

- Ten eerste wordt de vertaling naar de praktijk als belangrijk startpunt gezien, en wordt het belang van de helderheid van aanbevelingen in richtlijnen benadrukt. Op het gebied van materialen en middelen werd aangegeven dat er meer tijd zou moeten komen voor zorgprofessionals om met de ontwikkeling van hun beroep bezig te zijn zoals het oriënteren op en implementeren van richtlijnen.
- Tevens zou er beter gebruik gemaakt zou moeten worden van ICT en het inbouwen van richtlijnen in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). Daarnaast moeten er afspraken gemaakt worden over registraties, en kan er beter samenwerkt worden door organisaties waardoor niet steeds opnieuw het wiel hoeft te worden uitgevonden.
- Veel verpleegkundigen en verzorgenden worden niet bereikt onder meer omdat zij geen lid zijn van de beroepsorganisatie. Dit zou financieel of anderszins gefaciliteerd kunnen worden door zorgorganisaties.

- Ook werd aangegeven dat er meer oog zou moeten zijn voor de menselijkheid, dat er een reflectieve omgeving kan ontstaan, waarbij de doelgroep in zijn/haar kracht gezet wordt, en waarbij onder andere gebruikt gemaakt wordt van de inzet van deskundigen bijvoorbeeld op het gebied van implementatie.

Box 1: Bevorderen van verspreiding en toepassing van richtlijnen door Zorgorganisaties (30 responses Wordcloud Mentimeter)

<p><u>Bevorderen van verspreiding en toepassing richtlijnen door Zorgorganisaties</u></p> <p><u>Innovatie/ Richtlijn</u></p> <p>Vertalen naar de praktijk/ Vertalen naar de doelgroep/ Helder</p> <p><u>Gebruiker</u></p> <p>Kartrekkers/ Deskundige beschikbaar/ Implementatie deskundige Lidmaatschap In kracht zetten/ Doelgroep in the lead Richten op verbeteren/ Training Oog voor de menselijkheid/ Waarderen/ Liefdevol Opnemen in jaargesprek</p> <p><u>Organisatie</u></p> <p>Reflectiemethodiek/ Reflectieve omgeving Tijd beschikbaar stellen/ Scharreltijd Betere ICT of ECD/ Inbouwen in systemen/ ICT ondersteuning/ Afspraken over registratie Samenwerkingsverband Faciliteren randvoorwaarden</p> <p><u>Sociaal politieke omgeving</u></p> <p>Juridische voorwaarden</p>
--



**Rol van V&VN** - Puntsgewijs worden hier de belangrijkste bevindingen weergegeven op de vraag hoe V&VN de verspreiding en toepassing van richtlijnen kan bevorderen. Op deze vraag werden de volgende aandachtspunten benoemd.

- V&VN zou de bruikbaarheid van de richtlijnen (beter) moeten evalueren.
- Daarnaast zou er veel meer gedaan moeten worden aan de gebruiksvriendelijkheid van richtlijnen voor de praktijk, wat onder meer betekent dat er toegankelijke producten worden gemaakt waardoor aanbevelingen van richtlijnen en hulpmiddelen zoals aanbevolen meetinstrumenten makkelijk vindbaar en te gebruiken zijn, en vrij beschikbaar zijn.
- V&VN zou ook een belangrijke rol kunnen spelen in het beschikbaar stellen van implementatietools en methodieken.
- Ook bij dit onderdeel werd benoemd dat een groot deel van de verpleegkundigen en verzorgenden niet wordt bereikt omdat zij geen lid zijn van V&VN, en dat er een belangrijke taak ligt in het betrekken van de doelgroep en het inzetten op imagoversterking.

Box 2: Bevorderen van verspreiding en toepassing van richtlijnen door V&VN (responses Wordcloud Mentimeter)

Innovatie/ Richtlijn

Bruikbaarheid evalueren

Gebruiker/ Individuele zorgprofessional

Rolmodellen/ Imagoversterking, Betrek doelgroep

Organisatie/ Middelen en Materialen richtlijn

Onderdeel richtlijn d.m.v. filmpje, Beslissingsondersteuning, Samenvatting en infographic

Gebruiksvriendelijk, Kort overzichtelijk, Toegankelijke producten, Een app, Tools, Gebruikersgemak, Vrij beschikbaar

Organisatie/ Middelen en Materialen Implementatie

Implementatiemethodieken, Implementatie tools

Organisatie/ Middelen en Materialen overig

Iedere verzorgende en verpleegkundige lid, Lidmaatschap bevorderen (Organisaties zouden lidmaatschap V&VN kunnen/moeten bevorderen door de kosten hiervoor op zich te nemen bijvoorbeeld)

Overig

Wedstrijden, Ranking, Plezier, In magazine

## 4. Conclusies en aanbevelingen

De resultaten van dit project geven veel inzicht in de huidige stand van zaken met betrekking tot de bekendheid en het gebruik van richtlijnen in de dagelijkse wijkverpleegkundige praktijk. De respons op de uitgezette vragenlijst was laag, er was duidelijk verschil in de bekendheid van richtlijnen, zowel op onderwerp als op functie van de zorgprofessional. Zorgprofessionals vonden de richtlijnen te omvangrijk en dat weerhoudt hen om in de richtlijn te kijken, men wil korte en duidelijke adviezen die op een makkelijke en toegankelijke manier te vinden zijn. Voor implementatie zijn kartrekkers nodig zoals implementatiecoaches, en vooral op het niveau van de zorgorganisaties wordt verwacht dat implementatie van richtlijnen wordt gefaciliteerd. V&VN heeft verschillende activiteiten ingezet om implementatie te vergemakkelijken. Het gaat hier om een samenspel van de verschillende partijen waarin V&VN een belangrijke rol heeft. Monitoring van richtlijnen kan door middel van een jaarlijkse vragenlijst, verschillende opties zijn mogelijk en nader te onderzoeken om de respons op de vragenlijst te verhogen en/ of specifieke groepen te benaderen, hierbij zou ook nagedacht moeten worden over het benaderen van niet-leden.

De respons op de vragenlijst uitgezet onder verschillende afdelingen van verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten was relatief laag (ongeveer tien procent), maar vergelijkbaar met eerdere studies (WINK 2020). De respons onder verzorgenden was een stuk lager dan bij de verpleegkundigen, wat maakte dat de totale respons uitkwam op ongeveer drie procent. Deze lage respons van verzorgenden was niet onverwacht onder meer omdat binnen de wijkverpleegkundige teams verzorgenden doorgaans niet de eerst aangewezen personen zijn om zich in te zetten voor de implementatie van richtlijnen in de dagelijkse praktijk. De respondenten op de vragenlijst kunnen gezien worden als voorlopers in de zorg, temeer ook omdat bijna de helft van deze mensen aangaven deel te willen nemen aan vervolgonderzoek. De steekproef was daarmee geen representatieve afspiegeling van de gehele populatie van zorgprofessionals in de wijkverpleging, des te meer omdat de vragenlijst was uitgezet onder leden van verschillende afdelingen van V&VN. Een globale schatting is dat iets meer dan een kwart van het totaal aan verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten lid is van V&VN. Dit doet echter niets af aan de resultaten die zijn opgehaald, maar is wel van belang in de duiding ervan. Voorlopers spelen een belangrijke rol bij de implementatie van richtlijnen (Rogers 2003). Het lijkt dan ook belangrijker om een selecte geëngageerde groep over de tijd te volgen als monitor voor het gebruik van richtlijnen, dan om een aselechte steekproef te nemen waarvan de respons zo laag is dat er moeilijk valide uitspraken te doen zijn. Het op regelmatige basis uitzetten van een vragenlijst om de bekendheid en het gebruik van richtlijnen te evalueren en monitoren wordt gezien als een passende methode.

Met deze resultaten is een overzicht gecreëerd van de bekendheid met de richtlijn en toepassing van de afzonderlijke kernaanbevelingen in de richtlijnen. Vanuit de verschillende onderzoeksmethoden

zijn meerdere determinanten voor bekendheid met richtlijnen geïdentificeerd: functie, vertaling naar protocollen binnen de organisatie, ervaring, werksetting, complexiteit en hanteerbaarheid van de richtlijn.

Ook voor de toepassing van de richtlijnen zijn determinanten geïdentificeerd: het al dan niet dichtbij de werkzaamheden liggen van de richtlijnadviezen, of er voldoende kennis bij de gebruiker is, de complexiteit van de richtlijnadviezen, of de adviezen ingebed zijn in de protocollen van de organisatie, de mate waarin de handvatten praktisch zijn geformuleerd, de mate waarin er voldoende personeel, financiën en tijd beschikbaar zijn om de richtlijnen goed te kunnen hanteren, en er moet een eenvoudige toegang zijn tot de informatie uit de richtlijnen. Richtlijnen zijn nog vaak erg omvangrijk en spreken daardoor de doelgroep niet direct aan. Zowel de deelnemers aan de vignetten studie, als de implementatiecoaches benoemden dit aspect, en ook in het Wink rapport (2020) wordt dit expliciet benoemd als aanbeveling. Aanbevelingen in richtlijnen dienen helder geformuleerd te zijn in begrijpelijke taal en concrete aanbevelingen te bevatten waarin wordt aangegeven wat te doen en wat niet te doen. Daarnaast is het nodig dat verpleegkundigen geholpen worden om de transfer te maken van theorie naar praktijk. Dat betekent dat ze concrete voorbeelden nodig hebben om zich een voorstelling te kunnen maken van de patiënt waarop de richtlijn van toepassing is. Op de website van V&VN zijn voor verschillende richtlijnen inmiddels aanvullende materialen te vinden, bijvoorbeeld voor de richtlijn Mantelzorg. In welke mate deze aanvullende materialen bijdragen aan de implementatie van de richtlijn is nog niet onderzocht, ook wordt nog niet gemonitord hoe vaak deze materialen worden bekeken of gedownload.

In de V&VN richtlijnen worden steeds vaker en duidelijker handvatten voor implementatie gegeven op basis van de proefimplementatie van de richtlijn. Uit de vergelijking van de twee richtlijnen in dit project (Decubitus en Mantelzorg) blijkt dat er nog wel verschil is in hoe implementatiestrategieën worden beschreven, dit zou meer gestroomlijnd kunnen worden, en er zou verder onderzocht moeten worden in welke mate deze helpend zijn in het daadwerkelijk implementeren van richtlijnen. De implementatiestrategieën staan bij beide richtlijnen beschreven in een bijlage (resp. bijlage 9 en 7). Implementatie zou een veel prominenter plek kunnen krijgen in de richtlijn, en ook zouden er samenvattingskaarten of andere hulpmiddelen gemaakt kunnen worden gericht op implementatie. In project IMPACT (V&VN & IQ Health, lopend onderzoek) wordt een eerste doorontwikkeling gedaan van de huidige opzet van proefimplementaties van V&VN richtlijnen. Hierbij worden de deelnemers aan de proefimplementaties meer bewust gemaakt en gestuurd op het inzetten van strategieën voor implementatie op basis van bevorderende en belemmerende factoren.

Vanuit de resultaten van de MIDI vragenlijst en de resultaten van de Invitational Conference komt naar voren dat er voor zorgorganisaties een belangrijke rol is weggelegd in het oppakken van het gebruik van richtlijnen in de wijkverpleging. Onder andere gaat het om het zorgdragen voor de continuïteit m.b.t. scholing en inwerkprogramma's, maar ook om het gebruik van ICT applicaties, het inbouwen

van richtlijnen of afgeleiden daarvan in het ECD, het gebruik van slimme technologie zoals Artificial Intelligence (AI) in het ECD, en terugkoppeling vanuit de data, binnen de organisatie over de voortgang en effecten van de invoering van richtlijnen. Organisaties zouden meer aandacht moeten hebben, en activiteiten uit moeten zetten, voor zowel de implementatie als de monitoring van het gebruik van richtlijnen. Dit kwam ook naar voren uit de gesprekken met de Implementatiecoaches binnen dit project. In het WINK rapport (2020) wordt ook aanbevolen aan V&VN om invloed uit te oefenen op gezondheidszorginstellingen en werkgeversorganisatie via de bestuurstafels om hen te laten inzien dat ze een belangrijke rol hebben in implementatie en monitoring van het gebruik van richtlijnen. Het evalueren en monitoren betreft zowel het meten van het effect van de implementatie van kwaliteitsstandaarden op het niveau van het naleven en van (verpleegsensitieve) uitkomsten (Wink 2020, p127).

Wanneer we kijken naar de implementatiestrategieën die worden beschreven in de 'Expert Recommendations for Implementing Change' (ERIC) (Powell et al. 2015) zien we dat een aantal strategieën, benoemd in de vignetten studie en in de Invitational conference, nog sterker ingezet kunnen worden. Het betrekken van cliënten in de implementatie en monitoring is nog grotendeels onontgonnen gebied, hier wordt nog niet of nauwelijks actief op ingezet, maar werd wel benoemd in de Invitational conference en in het WINK rapport (2020). Het ontwikkelen van een blauwdruk voor implementatie voor richtlijnen in de wijkverpleging, in lijn met de doorontwikkeling van de proefimplementaties in het IMPACT project.

Kwaliteitsfunctionarissen zijn er vaak wel binnen organisaties, maar mogelijk met onvoldoende expertise voor implementatie. Inmiddels zijn er twaalf implementatiecoaches opgeleid binnen de wijkverpleging, waarvan twee implementatiecoaches betrokken zijn geweest bij dit project. De implementatiecoaches gaven aan zeer positief te zijn over de opleiding tot implementatiecoach, en zeggen de positieve effecten daarvan te ervaren in de praktijk. Tegelijkertijd lopen zij daarin ook tegen barrières aan, zoals beperkte tijd, te weinig mensen binnen de organisatie die zich met implementatie bezighouden en zien zij de noodzaak tot betere afstemming binnen de regio. Binnen organisaties zouden meer implementatiecoaches opgeleid moeten worden of zou ingezet moeten worden op een structuur waarbij de implementatie coaches katrekkers binnen de organisaties ondersteunen in implementatie van richtlijnen.

De verspreiding en toepassing van de adviezen uit de richtlijnen kunnen worden bevorderd indien de adviezen in richtlijnen goed toepasbaar zijn in de werksetting, begrijpelijk zijn, op een visuele en op een aansprekende en interactieve manier gebracht worden. Een van de mogelijkheden is het gebruik van Vignetten zoals onderzocht in dit project. Vignetten bestaan uit een of meerdere casuïstieken met meerkeuze toetsvragen en een nabespreking. De voor dit project ontwikkelde vignetten voor de drie richtlijnen, Decubitus, Mantelzorg en Slaap, zouden verder doorontwikkeld kunnen worden. Uit deze studie is gebleken dat vignetten een passend hulpmiddel zijn om de transfer van theorie naar praktijk

te maken. Om een richtlijn meer tot leven te brengen, zouden bijvoorbeeld situatiebeschrijvingen kunnen worden toegevoegd waarin de richtlijn concreet wordt toegepast. Om kritische reflectie te bevorderen zouden vignetten gebruikt kunnen worden die dilemma's beschrijven. Deze methodiek werd zeer positief beoordeeld zowel door de deelnemers aan de Vignetten studie als de experts in de Invitational Conference. Het Script Concordance model is bij uitstek geschikt voor dit doel. Zorgorganisaties zouden deze in kunnen zetten in de reguliere scholing van zorgprofessionals, waarbij deze vorm ook geaccrediteerd zou moeten worden.

## **Aanbevelingen**

### **Aanbeveling 1**

Een vragenlijst uitgezet onder de doelgroep van verzorgenden, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten levert veel informatie op over de bekendheid van richtlijnen. In verband met de lage respons op de onder de leden van V&VN uitgezette vragenlijst bevelen we aan om een groep gecommitteerde verpleegkundigen en verzorgenden samen te stellen en veel aandacht besteden aan het krijgen van een hoge respons. Deze gecommitteerde groep kan dan uit verschillende soorten (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden kunnen bestaan zodat er sprake is van representativiteit vanuit de verschillende functiegroepen. In toekomstig onderzoek in relatie tot richtlijnmonitoring bevelen wij aan om meerdere factoren bij de respondenten mee te nemen in de vragenlijst ten behoeve van de analyse, zoals leeftijd, omvang dienstverband, werkervaring en werksetting. Per analyse eenheid, dus per functiegroep zou het wenselijk zijn om minimaal 100 respondenten te hebben, waarbij in de werving (ook binnen een gecommitteerde groep) uitgegaan moet worden van een respons van ongeveer 55%. Daarnaast willen we ook ter overweging meegeven om de vragenlijst ook uit te zetten onder niet-leden van V&VN en om zorgorganisaties hierin een rol te geven.

### **Aanbeveling 2**

Stimuleer en geef zorgorganisaties een duidelijke rol in de implementatie, monitoring en evaluatie van richtlijnen. De werkomgeving moet faciliterend zijn om richtlijnen goed te kunnen gebruiken in de dagelijkse praktijk. Eenvoudige toegang tot de informatie uit de richtlijnen is noodzakelijk.

### **Aanbeveling 3**

V&VN heeft al de nodige acties uitgezet in het toegankelijk maken van richtlijnen door het ontwikkelen van praktische afgeleide producten en hulpmiddelen. Verder onderzocht zou moeten worden in welke mate of vorm de praktijk hierin het beste ondersteund wordt. Daarnaast zouden we willen aanbevelen om een ruim aanbod te faciliteren waarin verpleegkundigen en verzorgenden kunnen kiezen uit welke leeractiviteit het beste bij hen past. Hierbij kan onder meer gedacht worden aan activiteiten zoals het gebruik van de zogenaamde 'Kletsplot' waarbij in een pauze of overlegmoment kort een onderwerp besproken wordt op lichte wijze, en anderzijds aan activiteiten zoals het gebruik van Vignetten al dan



niet met nabespreking en/ of E-Learning. Bij de meer formele vormen moet gedacht worden aan accreditatie. Kortom het gaat om meerdere dingen ontwikkelen, en het toepassen van veel variatie. Voeg aan iedere richtlijn concrete voorbeelden toe van patiënten waarop de richtlijn van toepassing is.

Ook zijn er meerdere opties aangegeven om richtlijnadviezen beter te verspreiden in de richting van een videogame, gedicht, speurtocht of andere interactieve wijze. Op basis van de resultaten is het ook aan te bevelen om de wijze van informatieverstrekking (richtlijnadviezen en wijze van aanbieden) af te stemmen op de functie van de verzorgende/ verpleegkundige/ verpleegkundig specialist.

#### Aanbeveling 4

V&VN en Zorgorganisaties zouden (nog) meer een rol moeten spelen in het zorgdragen voor de continuïteit m.b.t. scholing en inwerkprogramma's, maar ook om het gebruik van ICT applicaties, het inbouwen van richtlijnen of afgeleiden daarvan in het ECD (zoals o.a. het gebruik van beslisbomen), het gebruik van slimme technologie zoals Artificial Intelligence (AI) in het ECD, en terugkoppeling vanuit de data binnen de organisatie over de voortgang en effecten van de invoering van richtlijnen en uitkomsten bij cliënten. Het gebruik van AI in de zorg, en in het bevorderen en faciliteren van het gebruik van richtlijnen is een ontwikkeling om verder te verkennen en mee te experimenteren. V&VN is hier al mee gestart in een project voor de digitale ontsluiting van Richtlijnen, aanvullende mogelijkheden voor het gebruik van Richtlijnen en de terugkoppeling vanuit de dossiers zouden verder verkend kunnen worden.

#### Aanbeveling 5

Gebruik vignetten om de transfer van theorie naar praktijk te bevorderen en klinisch redeneren in de geest van de richtlijn te simuleren. Deze vignetten zijn zodanig ontwikkeld dat de richtlijn geen pasklaar antwoord geeft voor de beste manier van handelen in de praktijk, maar dat verschillende opties afgewogen moeten worden en dat er ruimte is voor verschillen in opvatting over het beste antwoord. Het antwoordmodel volgens de Script Concordance Test is daarvoor geschikt. Deze zou in dat geval verder doorontwikkeld moeten worden voor de betreffende richtlijnen.

#### Aanbeveling 6

Het gebruik van vignetten voor evaluatie en monitoring is ook goed mogelijk, en in dat geval wordt een simpel antwoordmodel gebruikt, waarbij maar één antwoord goed is en dat antwoord staat letterlijk in de richtlijn. Deze zouden dan doorontwikkeld moeten worden voor de betreffende richtlijnen.

## Literatuur

Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006 Jan 1;3:77–101.

Fleuren MAH, Paulussen TGWM, van Dommelen P, van Buuren S. Meetinstrument voor determinanten van innovaties (MIDI). Leiden: TNO, 2012

Fleuren MAH, Paulussen TGWM, van Dommelen P, van Buuren S. Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *International Journal for Quality in Health Care.* 2014;26:501–510

Miller George E, MD. 1990 The assessment of Clinical Skills/Competence/Performance. *Academic medicine.* Volume 65, Nr 9 September Supplement.

Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, Proctor EK, Kirchner JE. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci.* 2015 Feb 12;10:21. doi: 10.1186/s13012-015-0209-1. PMID: 25889199; PMCID: PMC4328074.

Rogers EM (2003). *Diffusion of innovations* (5th edition). New York, NY: Free Press.

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.

**Missie**

*Waardevolle zorg voor iedereen.*

Onze missie is het met kennis en kunde ondersteunen van beleid en praktijk bij het streven naar goede, veilige en verantwoorde gezondheid(szorg).

**Organisatie**

IQ Health is één van de 50 afdelingen binnen het Radboudumc en onderdeel van het Radboud Institute for Health Sciences. De leiding van IQ healthcare is in handen van Prof. dr. Gert P. Westert (directeur) en drs. Anne van der Hidde (bedrijfsvoerder).

IQ healthcare is een projectenorganisatie waarbinnen de projecten leidend zijn. Deze projecten hebben betrekking op onze drie kerntaken Onderzoek, Onderwijs en Dienstverlening. Alle projecten staan in onderlinge verbinding binnen de kennisgebieden van de thema's en de leerstoelen.

**Thema's**

Professionele ontwikkeling en samenwerking  
Duurzame organisatie van zorgsystemen  
Ethiek van gezondheid en zorg  
Implementeren & evalueren van verbeteringen en innovaties

**Leerstoelen**

Gezondheidszorgonderzoek  
Behavioural Medicine & Health Psychology  
Betaalbaarheid en doelmatigheid  
Ergotherapie  
Ethiek van de gezondheidszorg  
Kwaliteit van zorg voor infectieziekten  
Organisatie ziekenhuiszorg  
Paramedische wetenschappen  
Passende zorg  
Patiëntgerichte innovatie  
Persoonsgerichte oncologische keten- en netwerkzorg  
Trends en patronen in kanker en zorg  
Verplegingswetenschap

**Contact**

IQ health  
Postbus 9101, huispost 160  
6500 HB Nijmegen  
Telefoon: +31 (0)24 3615305  
[ighealthcare@radboudumc.nl](mailto:ighealthcare@radboudumc.nl)

Kapittelweg 54, looproute 160  
6525 EP Nijmegen  
[www.ighealthcare.nl](http://www.ighealthcare.nl)

