

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 18

TNO-rapport

KvL/KZ/2005.244

**Proefimplementatie van twee AVVV-Richtlijnen
in verpleeg- en verzorgingshuizen**

*'Bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun
naastbetrokkenen' en 'Zorg bij een verstoord slaap-waakritme'*

Datum	30 december 2005
Auteur(s)	O.R.W. de Jong M.A.H. Fleuren M.L. Verlaan
Aantal pagina's	57
Aantal bijlagen	3 delen
Opdrachtgever	Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden, Utrecht
Projectnummer	011.80030

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoekopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2005 TNO

Uitgebreide samenvatting

Hoofdstuk 1 Inleiding

In het kader van het Subsidieprogramma Kwaliteitsborging Beroepsgroepen V&V heeft de Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) aan TNO Kwaliteit van Leven gevraagd de proefimplementatie uit te voeren in verpleeg- en verzorgingshuizen van twee concept-richtlijnen, te weten 'Bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen' en 'Zorg bij een verstoord slaap-waakritme'. Het doel was de bruikbaarheid en toepasbaarheid van de richtlijnen in de praktijk na te gaan. De vraagstellingen van het begeleidend onderzoek waren :

- 1) Worden de verschillende adviezen in de richtlijnen opgevolgd door de verpleegkundigen en verzorgenden?
- 2) Wat zijn de redenen voor het wel en het niet opvolgen van deze richtlijnen?
- 3) Dragen de ingezette instrumenten (training van implementatiecoördinatoren; handreiking voor invoering, inclusief scholing voor verzorgenden en verpleegkundigen; checklist implementatieplan voor instellingen; helpdesk) bij aan een effectieve implementatie en zijn er eventuele verbeterpunten met het oog op de toekomstige landelijke implementatie?

Hoofdstuk 2 Projectopzet en onderzoeksmethoden

De projectopzet en het onderzoek werden gebaseerd op een generiek implementatiemodel dat TNO Kwaliteit van Leven gebruikt bij onderzoek en advisering over implementatie.

Via het netwerk van de AVVV werden verpleeg- en verzorgingshuizen geworven. Per instelling werden twee afdelingen gevraagd ieder met één van beide richtlijnen te gaan werken. Voor de praktische organisatie en begeleiding van de implementatie in de instellingen zelf, werd elke instelling gevraagd een implementatiecoördinator te benoemen.

Van de uitgebreide richtlijnen werden eerst verkorte werkdocumenten gemaakt voor de praktische uitvoering. Daarna werden interviews gehouden met verpleegkundigen, verzorgenden en leidinggevenden om na te gaan welke belemmerende en bevorderende factoren er waren om de richtlijnen te gaan gebruiken (determinantenanalyse). Aan alle betrokkenen werden de uitgebreide versies en de verkorte werkdocumenten ter voorbereiding toegestuurd.

De implementatieactiviteiten bestonden verder uit:

- de scholing van de implementatiecoördinatoren in de principes en methoden voor het invoeren van richtlijnen;
- het opstellen van een implementatiehandreiking voor de coördinatoren (voor het maken van een werkplan, de opzet voor voorlichting en scholing aan verzorgenden/verpleegkundigen en andere disciplines);
- bijeenkomsten met de coördinatoren, bedoeld om, naast de implementatiescholing, de ervaringen uit te wisselen over het verloop en de resultaten van de implementatie;
- een helpdesk in de vorm van de medewerkers van TNO en de AVVV.

Het evaluatieonderzoek bestond uit drie onderdelen:

- 1) De evaluatie van de scholing van de implementatiecoördinatoren met behulp van een vragenlijst.
- 2) De evaluatie van het gebruik van de richtlijnen. De verzorgenden en verpleegkundigen werden gevraagd om met registratieformulieren bij te houden of de adviezen in de richtlijnen werden opgevolgd, en welke belemmerende en bevorderende factoren een rol speelden bij de uitvoering van de richtlijnen bij de bewoners. Tevens werd gevraagd de bevindingen te registreren over het werken volgens de richtlijn.
- 3) In een groepsinterview met de implementatiecoördinatoren is het eindoordeel over de implementatie geïnventariseerd en zijn suggesties gevraagd voor de verbetering van de richtlijnen en voor de landelijke implementatie.

Hoofdstuk 3 Resultaten invoeringsactiviteiten

Vier instellingen namen deel aan de proefimplementatie met in totaal negen afdelingen. Eén instelling viel halverwege af vanwege reorganisaties en vertrek van de implementatiecoördinator. Op alle afdelingen konden zonder moeite coördinatoren worden benoemd.

Focusgroepinterviews (determinantenanalyse)

In vier instellingen werden groepsinterviews gehouden om het oordeel over de richtlijnen en de mogelijke belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie te inventariseren. De respondenten waren positief over de richtlijnen. Als belangrijkste winstpunten van de richtlijnen vond men dat men beter dan voorheen systematisch en objectief te werk kon gaan. Vooral de instrumenten (checklists) voor observaties, diagnosestelling, interventies en evaluatie werden als goed bruikbaar beoordeeld. “Het geeft handen en voeten aan wat je vindt en wat je wilt bereiken”.

Er werd een aantal opmerkingen gemaakt over de bruikbaarheid van de richtlijnen. De lange versies van de richtlijnen vond men een goed naslagwerk, maar niet geschikt voor de dagelijkse uitvoering. Beide werkdocumenten dienden te worden aangescherpt met een stappenplan met duidelijke instructies. Geadviseerd werd om de instrumenten uit de richtlijn voor observaties, diagnose stellen, interventies en evaluaties uit de lange versies op te nemen in de werkdocumenten.

Om het gebruik te bevorderen werd gesteld dat een goede introductie, voorlichting, en scholing noodzakelijk was, ook aan de andere disciplines in de instelling. Tevens werd aanbevolen om een registratieformulier te maken voor het registreren van de observaties, de diagnose, interventies en evaluatie en dit toe te voegen aan het bewonersdossier.

Er waren ook aanbevelingen om de aantrekkelijkheid van de richtlijnen te verbeteren. Deze hadden betrekking op het woordgebruik/vakjargon, zinsconstructies, en de lay-out.

Handleidingen uitvoering richtlijnen

Op basis van de interviews zijn de werkdocumenten herzien. De resultaten daarvan waren twee Handleidingen voor de uitvoering van de richtlijnen. Beide Handleidingen zijn besproken in de eerste twee landelijke bijeenkomsten met alle implementatiecoördinatoren. Er werd een paar keer een aantal bijstellingen doorgevoerd. De concepten werden gebruikt bij de implementatie in de instellingen (zie voor de uiteindelijke versie van de Handleidingen bij de bijlagen Deel II en Deel III).

Handreiking invoering richtlijnen en werkplannen

Ter ondersteuning van de implementatieactiviteiten in de instellingen werd voor de implementatiecoördinatoren een handreiking gemaakt, inclusief een plan voor de scholing van de verzorgenden en verpleegkundigen (zie Deel I van de bijlagen).

Naar aanleiding van de handreiking hebben de implementatiecoördinatoren een werkplan voor de eigen instelling opgesteld met acties voor voorlichting, scholing en afspraken over de verschillende verantwoordelijkheden.

Scholing implementatiecoördinatoren

In drie landelijke bijeenkomsten hebben de implementatiecoördinatoren scholing gekregen over het implementeren van richtlijnen in de eigen instellingen. Zowel de inhoud van de scholing, de werkwijze als de gebruikte materialen werden positief beoordeeld. Het gemiddelde rapportcijfer was 7,4.

Voorlichting en scholing in de instellingen

De implementatiecoördinatoren vonden de voorgestelde inhoudelijke scholing over de richtlijnen te lang. Afgesproken werd de scholing te beperken tot één bijeenkomst (klinische les). In alle afdelingen is voorlichting en scholing gegeven. Dit is veelal positief ontvangen. Hier en daar was wat scepsis over het nut van de richtlijnen en in enkele afdelingen bleek het draagvlak voor het nieuwe initiatief minder dan gehoopt. Bij een deel van de verzorgenden en verpleegkundigen was een extra inspanning nodig om de registratieformulieren te gaan invullen.

Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie

In een afsluitend interview met de implementatiecoördinatoren aan het eind van het project werden de bevorderende en belemmerende factoren in kaart gebracht. Als voordeel van de richtlijnen werden genoemd dat de instrumenten voor signaleren en observeren sneller inzicht gaven in de problematiek bij bewoners. Er werd ook bewuster geobserveerd en de observaties werden beter dan voorheen onderbouwd. Dat leidde tot meer gerichte diagnoses en zorg. Ook vond men dat men beter beslagen ten ijs kwam tijdens het MDO en men kreeg daar vanuit andere disciplines soms een positieve reactie op.

Er waren enige belemmerende factoren bij de uitvoering van de richtlijnen. Het toepassen van de instrumenten uit de slaap-waak ritme richtlijn bleek bij dementerende bewoners niet (goed) mogelijk. Interventies uit de richtlijn bleken ook al vaak regulier te worden toegepast. Gecombineerd met de geringe doorstroom van bewoners bleek de motivatie voor het gebruik van de instrumenten hier en daar beperkt.

Bij de CVA-richtlijn bleek achteraf (toch) inhoudelijke scholing nodig omdat het verschil in kennis tussen verzorgenden en verpleegkundigen aanzienlijk was, en sommige verzorgenden het lastig vonden om bijvoorbeeld de observatieschema's in te vullen. Tevens werd gesteld dat bij de binnenkomst van bewoners met een CVA meteen begonnen wordt met de verpleegkundige diagnose en interventies. Er wordt niet gewacht tot de andere disciplines hun onderzoek hebben afgerond. De interventies in de richtlijn moeten dus worden afgestemd met die van de andere disciplines.

Om de motivatie te stimuleren bleek het nodig de richtlijnen "warm te houden" door geregelde besprekingen in werkoverleg. Men ondervond zo nu en dan scepsis bij andere disciplines en hier en daar ontbrak de steun van de leiding in de instelling.

Suggesties voor bevordering van gebruik en bruikbaarheid

De implementatiecoördinatoren gaven in het afsluitende interview verschillende suggesties ter bevordering van het gebruik van de richtlijnen. Daarnaast werden hierover tips meegegeven aan de AVVV-medewerker, die een afrondend bezoek bracht aan alle instellingen.

Een aantal suggesties had betrekking op het stimuleren van de verspreiding en het gebruiken van de richtlijnen. Er werden ook aanbevelingen gedaan voor het bevorderen van de bruikbaarheid van de richtlijnen (zie verder onder aanbevelingen in hoofdstuk 5 van deze samenvatting).

Hoofdstuk 4 Resultaten registratieonderzoek

De registratieperiode duurde 7 maanden en had tot doel na te gaan of de richtlijnen werden gebruikt en in hoeverre de adviezen in de richtlijnen werden opgevolgd. Er werden 26 formulieren ingevuld bij bewoners met een CVA en 59 formulieren bij bewoners bij wie een de slaap-waak ritme probleem werd vermoed.

Bij de CVA-richtlijn werd in bijna alle gevallen het anamneseformulier uit de richtlijn ingevuld. Maar in de meeste gevallen werd niet eerst in het MDO afgesproken wie de observatiegegevens zou gaan verzamelen. Dat kwam omdat met observeren en interventies niet werd gewacht op het MDO. Bij alle bewoners werd van één of meer observatie instrumenten uit de richtlijn gebruik gemaakt. In een aantal gevallen werden bewoners niet geïnformeerd over het observeren om hun gedrag niet te beïnvloeden. Alle observatie gegevens werden (achteraf) in het MDO besproken en in het dossier vermeld. Bij het merendeel van de bewoners werden adviezen over het toepassen van interventies uit de richtlijn opgevolgd en werd ook afgesproken wie de interventies zou uitvoeren. De resultaten van de interventies werden zowel met de bewoners besproken als in het MDO. Bij een derde van de bewoners was het probleem verholpen, bij de anderen was geen of beperkte vooruitgang geboekt (door beperkt 'leervermogen' van de bewoners).

Bij de slaap-waak ritme richtlijn werd bij alle bewoners het anamneseformulier ingevuld en werd in vrijwel alle gevallen werd afgesproken in het MDO wie de observatiegegevens zou gaan verzamelen. Er werd gebruik gemaakt van verschillende observatie instrumenten. In een aantal gevallen werden bewoners niet geïnformeerd over het observeren om hun gedrag niet te beïnvloeden. Bij iets meer dan de helft van de bewoners werden de observaties in het MDO besproken. Dit had te maken met de lage frequentie van bijeenkomen van het MDO. Daarom werden de observaties vooruitlopend op het eerstvolgende MDO alvast in het team, waaronder de arts besproken. Het belangrijkste probleem bij bewoners was het doorslapen. Bij een groot deel van de bewoners met een slaapprobleem werden interventies gebruikt uit de richtlijn. In enkele gevallen was het slaapprobleem geheel opgelost, bij andere bewoners in mindere mate of waren de resultaten niet bekend.

Hoofdstuk 5 Discussie en aanbevelingen

Opvolgen van adviezen in de richtlijnen

Voor beide richtlijnen geldt dat de werkwijze en adviezen uit de richtlijnen voor de anamnese en observatie, het probleem vaststellen, het bepalen van de aanpak en het beoordelen van de resultaten zoveel mogelijk zijn opgevolgd. Er was wel sprake van variatie, omdat soms beredeneerd werd afgeweken van de voorgestelde werkwijze

(bijvoorbeeld het meteen bespreken van observaties bij bewoners met een CVA in het MDO).

Wat betreft het gebruik van de observatie instrumenten bleek dat de hoeveelheid bruikbare aspecten voor observaties bij bewoners met een CVA als erg groot werd ervaren, waardoor bepaalde instrumenten wel en andere niet werden gebruikt. Bij dementerende bewoners bleken de adviezen uit de slaap-waak ritme richtlijn niet goed bruikbaar. Er werd aangegeven, dat de slaap-waak ritme richtlijn beperkte waarde heeft voor bewoners met psychogeriatrische problematiek.

Ervaren relevantie en bruikbaarheid

Alles overziend aan het einde van het project, vond men de richtlijnen relevant voor het werk. De voordelen (bewuster en systematische observeren, beter onderbouwen en beter aanpakken van problemen) werden bevestigd in de praktijk. De Handleidingen voor de uitvoering voldeden aan de verwachtingen, zij het dat er verbeteringen in de tekst, lay-out en inhoud nodig waren.

Implementatieactiviteiten

De werving van instellingen was lastig. Voor de toekomst moet rekening worden gehouden met turbulentie bij de introductie van richtlijnen in de instellingen (reorganisaties, fusies).

Een implementatiecoördinator is onontbeerlijk voor een goede invoering en structurele inbedding van de richtlijnen (continuering).

Implementatiescholing voor de coördinatoren is waardevol, omdat men daardoor goed inzicht krijgt in de mogelijke belemmerende factoren en hoe die te hanteren. Tevens is het opstellen van werkplannen een goed hulpmiddel om alle nodige activiteiten in kaart te brengen en te plannen. Terugkomdagen voor de coördinatoren waarbij ze kunnen leren van elkaar's ervaring is een belangrijk aspect van de scholing, evenals ondersteuning op landelijk niveau met de helpdesk.

Inhoudelijke scholing over de richtlijnen aan verzorgenden en verpleegkundigen is nodig om hen vertrouwd te maken met de werkwijze en adviezen uit de richtlijnen.

Conclusies

De proefimplementatie van richtlijnen heeft beantwoord aan de verwachtingen. Er is een goed inzicht verkregen in de bruikbaarheid en toepasbaarheid van de richtlijnen. En is er een goed inzicht verkregen in de wijze waarop de implementatie in de instellingen het beste kan worden uitgevoerd.

Aanbevelingen voor de richtlijnen

Om bruikbaarheid en toepasbaarheid te bevorderen wordt aanbevolen om een samenvatting te maken van de uitgebreide versie van de richtlijn in de vorm van een geplastificeerde kaart en deze in de afdelingen ter beschikking te stellen. De verkorte Handleiding moet worden aangepast (taalgebruik, lay-out, adviezen en het gebruik van de instrumenten).

Aanbevelingen voor de implementatie (landelijk en in instellingen)

Geadviseerd wordt om voor de instellingen een checklist te maken voor de invoering van de richtlijnen:

- de directie van de instelling dient van meet af aan de invoering een warm hart toe te dragen en dat uit te dragen in de instelling;
- de directie dient de implementatie te ondersteunen met (financiële) middelen;
- er dient draagvlak voor de richtlijnen te zijn bij de andere disciplines in de instelling (arts, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut e.a.);

- draagvlak en enthousiasme zijn ook nodig bij de leiding van afdelingen, vooral ook om verpleegkundigen en verzorgenden te stimuleren;
- er dient een verantwoordelijke coördinator voor de invoeringsactiviteiten en voor de uitvoering van de richtlijnen benoemd te worden;
- voor de invoering van de richtlijnen dient tijd te worden vrijgemaakt;
- er dient een werkplan (met activiteiten en tijdspad) voor de invoering te worden opgesteld;
- voorlichting en scholing (schriftelijke informatie, mondelinge voorlichting, klinische lessen) aan de verzorgenden, verpleegkundigen en andere disciplines zijn noodzakelijk; wenselijk is veel aandacht te besteden aan mogelijke belemmerende en bevorderende factoren;
- het bewaken van voortgang van het gebruik en de kwaliteit van het gebruik (via werkoverleg, MDO en andere overlegvormen) is gewenst.

Het wordt ten slotte aanbevolen om een infrastructuur voor de regionale en landelijke verspreiding, adoptie en implementatie van richtlijnen in verpleeg- en verzorgingshuizen in te richten. Suggesties van de implementatiecoördinatoren zijn:

- Publicaties over de richtlijnen in landelijke vakbladen en tijdschriften van verpleegkundige beroepsorganisaties (en eventueel in tijdschriften van andere disciplines).
- Informatie en voorlichting over richtlijnen in de regio in het regio-overleg van instellingen.
- Informatie over de richtlijnen in het huisperiodiek van de instellingen en door mondelinge voorlichting door afdelingshoofden.
- Eerste introductie van de richtlijnen in regionale workshops.
- Ontwikkelen en verspreiden onder instellingen van aantrekkelijk promotiemateriaal, bijvoorbeeld in de vorm van een CD/DVD.
- Richtlijnen opnemen in standaardprocedures en –werkwijzen van de instellingen.
- Verwerking van de instrumenten (voor observaties e.d.) uit de richtlijnen in de dossiers van bewoners.
- Ontwikkelen van een landelijke website over de richtlijnen met een helpdesk voor vragen en reacties, inclusief een overzicht van veel gestelde vragen (en antwoorden).

Aanbevolen wordt dat de AVVV hiertoe het voortouw neemt, mede gezien de ervaringen die men heeft opgedaan in het bovenbeschreven project. Samenwerking met Z-org, Arcares en de verpleeghuisartsen (NVVA) zal het rendement van de inspanningen van de AVVV vergroten.

Inhoudsopgave

Uitgebreide samenvatting

1	Inleiding.....	11
1.1	Achtergrond.....	11
1.2	Doel – en vraagstelling.....	11
1.3	Leeswijzer	12
1.4	Theoretisch kader: model voor het invoeren van vernieuwingen.....	12
1.4.1	Fasen in een implementatieproces.....	12
1.4.2	Analyse determinanten	13
1.4.3	Invoeringsstrategieën algemeen	14
2	Projectopzet en onderzoeksmethoden	17
2.1	Werving instellingen, creëren van draagvlak en implementatiecoördinatoren.....	17
2.2	Determinantenanalyse en anticiperen op gebruikers	17
2.3	Ondersteuning gebruikers en ondersteuningsstructuur.....	17
2.4	Opzet evaluatie scholing implementatiecoördinatoren.....	18
2.5	Opzet evaluatie gebruik richtlijnen	18
2.6	Eindevaluatie	19
3	Resultaten invoeringsactiviteiten	21
3.1	Inleiding	21
3.2	Werving instellingen en implementatiecoördinatoren.....	21
3.3	Determinantenanalyse	22
3.3.1	Algemene indruk van beide richtlijnen	22
3.3.2	Richtlijn Zorg bij een verstoord slaap-waakritme	23
3.3.3	Richtlijn Bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen ..	25
3.3.4	Aanbevelingen voor het bijstellen van de richtlijnen en de invoering ervan.....	27
3.4	Ontwikkeling handleidingen uitvoering AVVV-richtlijnen	27
3.5	Implementatiehandreiking en werkplannen.....	28
3.6	Scholing implementatiecoördinatoren.....	29
3.6.1	Inleiding	29
3.6.2	Respons	29
3.6.3	Opmerkingen en conclusies.....	30
3.7	Voorlichting en scholing in de instellingen	31
3.8	Bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie.....	32
3.9	Suggesties voor bevorderen van gebruik en bruikbaarheid.....	35
3.9.1	Verspreiding, adoptie, implementatie en continuering.....	35
3.9.2	Bruikbaarheid van de richtlijnen	35
4	Resultaten registratieonderzoek.....	37
4.1	Inleiding	37
4.2	CVA-richtlijn	38
4.3	Richtlijn verstoord slaap-waakritme.....	43
5	Discussie en aanbevelingen	49
5.1	Inleiding	49
5.2	Richtlijnen	49
5.2.1	Opvolgen van adviezen in de richtlijnen	49
5.2.2	Ervaren relevantie en bruikbaarheid.....	50

5.3	Implementatie-activiteiten.....	51
5.3.1	Werving van instellingen.....	51
5.3.2	Implementatiecoördinatoren en scholing.....	51
5.3.3	Werkplannen implementatie.....	51
5.3.4	Scholing van verzorgenden door de coördinatoren	51
5.3.5	Helpdesk.....	52
5.4	Projectopzet en registratieonderzoek.....	52
5.5	Conclusies en aanbevelingen.....	52
5.5.1	Aanbevelingen voor de richtlijnen	53
5.5.2	Aanbevelingen voor de implementatie in instellingen	53
5.5.3	Aanbevelingen voor de landelijke implementatie	54
5.5.4	Dankwoord.....	54
6	Referenties.....	55

Bijlage(n)

A Deel I

Deel I

A Overzicht instellingen, afdelingen en implementatiecoördinatoren

B Vragen focusgroep interviews

C Registratieformulieren

D Interviewvragen afsluitend groepsinterview

E Checklist opstellen werkplan invoering

Deel II

Handleiding Concept AVVV-richtlijn Bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen

Deel III

Handleiding Concept AVVV-richtlijn Zorg bij een verstoord slaap-waakritme

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In de periode 2000 tot en met 2002 is het Subsidieprogramma Kwaliteitsontwikkeling Beroepsgroepen Verpleging & Verzorging (V&V) uitgevoerd. Dit programma werd mogelijk gemaakt door het Ministerie van VWS en had tot doel om voorwaarden te scheppen voor het kwaliteitsbeleid van verpleegkundigen, verzorgenden en verpleeghuisartsen in de sector V&V en thuiszorg. Aan het project namen deel de AVVV (Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden), de NVVA (Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen) en Sting (Beroepsorganisatie voor de Verzorging).

De AVVV heeft van de subsidiegelden onder meer twee tripartiete richtlijnen laten ontwikkelen, die begin 2003 in concept zijn verschenen, te weten 'Zorg bij een verstoord slaap-waak ritme' en 'Bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen'. De richtlijnen zijn actuele kennisbestanden die de verpleegkundige en verzorgende ondersteunen bij het verlenen van goede zorg.

Het tripartiete karakter van de richtlijnen krijgt vorm door de inbreng van drie partijen, namelijk leden van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep, het patiëntenperspectief door inbreng vanuit de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en het doelmatigheidsperspectief vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Bij de ontwikkeling van de twee richtlijnen is de methodologische ondersteuning uitgevoerd door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. De richtlijnen zijn ontwikkeld door multidisciplinaire werkgroepen, waarin naast verpleegkundigen en verzorgenden, andere beroepsbeoefenaren deel van uitmaakten.

Begin 2003 is het Subsidieprogramma Kwaliteitsborging Beroepsgroepen V&V gestart. Het doel van dit programma is de producten te implementeren, die tijdens de looptijd van het eerste programma zijn ontwikkeld, waar onder de genoemde twee richtlijnen.

1.2 Doel – en vraagstelling

De AVVV heeft TNO Kwaliteit van Leven verzocht in enkele verpleeg- en verzorgingshuizen de proefimplementatie uit te voeren van de AVVV-richtlijnen 'Bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen' en 'Zorg bij een verstoord slaap-waak ritme'. De proefimplementatie had tot doel de bruikbaarheid en de toepasbaarheid van de richtlijnen in de dagelijkse praktijk na te gaan en diende vergezeld te gaan van een evaluatieonderzoek. Het doel van het evaluatieonderzoek was tweeledig: het in kaart brengen van de mate waarin de richtlijnen werden opgevolgd en aanbevelingen te formuleren voor de landelijke invoering van de twee richtlijnen.

De vraagstellingen van het evaluatieonderzoek waren:

- 4) Worden de verschillende adviezen in de richtlijnen opgevolgd door de verpleegkundigen en verzorgenden?
- 5) Wat zijn de redenen voor het wel en het niet opvolgen van deze richtlijnen?
- 6) Dragen de ingezette instrumenten (training van implementatiecoördinatoren; handreiking voor invoering, inclusief scholing voor verzorgenden en verpleegkundigen; checklist implementatieplan voor instellingen) bij aan een

effectieve implementatie en zijn er eventuele verbeterpunten met het oog op de toekomstige landelijke implementatie?

1.3 Leeswijzer

Degenen die vooral geïnteresseerd zijn in een kort overzicht van doel, opzet, resultaten, conclusies en aanbevelingen, worden geadviseerd de uitgebreide samenvatting te lezen. Paragraaf 1.4 hieronder en de hoofdstukken 2, 3 en 4 beschrijven uitvoerig het theoretische kader, de projectopzet en onderzoeksmethoden, en de resultaten van de implementatieactiviteiten en het registratieonderzoek. Lezers die hierin minder belang stellen worden eveneens geadviseerd de samenvatting te lezen. Lezers die vooral willen weten wat het project heeft opgeleverd vinden in Hoofdstuk 5 het overzicht van de beschouwing, de conclusies en de aanbevelingen.

1.4 Theoretisch kader: model voor het invoeren van vernieuwingen

Alvorens de opzet en aanpak van het project en het onderzoek te beschrijven (zie hoofdstuk 2) volgt een beschrijving van het theoretische kader.

1.4.1 *Fasen in een implementatieproces*

Voor de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden zijn richtlijnen niet nieuw. In diverse instellingen wordt gewerkt met protocollen en richtlijnen. De ontwikkeling en invoering van landelijke tripartiete richtlijnen is echter wel nieuw voor deze beroepsgroepen.

Het is bekend dat zorgvernieuwingen (waaronder richtlijnen) maar langzaam doordringen en ingang vinden in de dagelijkse praktijk van zorgverleners (Grol & Wensing, 2001). Planmatige implementatie is daarom nodig om er voor te zorgen dat vernieuwingen worden gebruikt. Onder implementatie wordt verstaan een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen van zorgverleners (ZorgOnderzoek Nederland, 1998). In dit geval worden met de vernieuwing de twee AVVV-richtlijnen bedoeld. In Figuur 1 zijn de belangrijkste fasen in een vernieuwingsproces schematisch weergegeven (Fleuren e.a., 2002). Toegepast op de AVVV-richtlijnen leidt de adoptiefase tot het besluit van de verpleegkundigen en verzorgenden om al dan niet volgens de richtlijnen te gaan werken. In de daaropvolgende fase (implementatie) probeert de verpleegkundige / verzorgende volgens de richtlijnen te werken en wordt duidelijk of deze in de dagelijkse praktijk toepasbaar zijn. Ten slotte is het de bedoeling dat de verpleegkundige / verzorgende ook na verloop van tijd de richtlijnen blijft gebruiken en dit onderdeel wordt van de dagelijkse routine. Dit wordt continuering genoemd.

Een vernieuwingsproces is niet lineair van aard. Een verpleegkundige / verzorgende kan bijvoorbeeld de AVVV-richtlijnen accepteren en besluiten ermee te gaan werken (adoptie). Maar in de dagelijkse praktijk blijkt dat sommige adviezen moeilijk uitvoerbaar zijn, waardoor de verpleegkundige / verzorgende bij nader inzien de bruikbaarheid van de richtlijnen ter discussie stelt. Bijvoorbeeld omdat het management het gebruik van de richtlijnen niet ondersteunt waardoor belangrijke faciliteiten onderbreken, of omdat andere zorgverleners in de instelling een ander beleid voeren.

1.4.2 *Analyse determinanten*

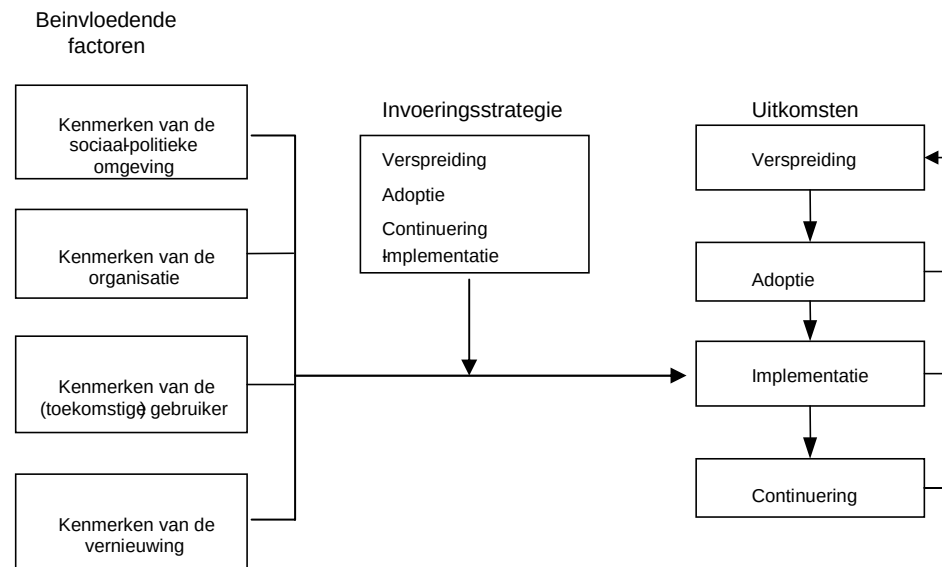
In het hele proces kunnen complicaties optreden waardoor de invoering stagneert. In elke fase spelen verschillende determinanten (belemmerende en bevorderende factoren) een rol, die kunnen worden ondergebracht in vier categorieën (Fleuren e.a., 2002):

- 1) *Kenmerken van de sociaal-politieke omgeving*: bijvoorbeeld wet- en regelgeving, financiering of patiëntkarakteristieken. Wanneer bijvoorbeeld bewoners aangeven dat men zich prettiger voelt door een goed slaap-waakritme, zal dit het gebruik van de richtlijn door de verpleegkundige / verzorgende bevorderen.
- 2) *Kenmerken van de organisatie*: bijvoorbeeld besluitvormingsstructuur, personeelsverloop, capaciteitsproblemen. Een geringe capaciteit aan verpleegkundigen / verzorgenden zal bijvoorbeeld belemmerend kunnen zijn.
- 3) *Kenmerken van de (toekomstige) gebruiker*: bijvoorbeeld kennis en vaardigheden die nodig zijn om met de vernieuwing te kunnen werken, de ervaren steun van collega's of de ervaren steun vanuit het management. Zo zal een gebrek aan kennis of vaardigheden het gebruik van de richtlijn belemmeren, terwijl steun van collega's het gebruik zal bevorderen.
- 4) *Kenmerken van de vernieuwing*: bijvoorbeeld de praktische bruikbaarheid of het voordeel voor de gebruiker. Wanneer bijvoorbeeld het voordeel van het werken volgens de richtlijnen onduidelijk of beperkt is, zal dat belemmerend zijn, terwijl heldere richtlijnen het gebruik zullen bevorderen.

In het model speelt de (perceptie van) de gebruiker een belangrijke rol. In dit geval wordt met de gebruiker de verpleegkundige of verzorgende bedoeld die met de richtlijnen gaat werken. Maar de verpleegkundige of verzorgende werkt niet geïsoleerd en maakt deel uit van een organisatie. Het verpleeg- of verzorgingshuis maakt weer deel uit van bredere context waarin relaties zijn met bijvoorbeeld ziekenhuizen of huisartsen. Daarom is het van belang ook kenmerken van de organisatie waarin de verpleegkundige of verzorgende werkzaam is en de bredere sociaal-politieke context in ogenschouw te nemen.

Wil de invoering van een vernieuwing (in dit geval de twee AVVV-richtlijnen) succesvol zijn, dan is het essentieel te weten welke determinanten een rol spelen. Alleen dan kan een invoeringsstrategie worden ontworpen (zie figuur 1) die aangrijpt op de relevant gebleken determinanten, zodat de verspreiding, adoptie, implementatie en continuering worden bevorderd. Dat betekent dat dus eerst een determinantenanalyse moet worden uitgevoerd. Wanneer dit niet wordt gedaan loopt men de kans dat een strategie wordt ingezet voor niet-bestaande problemen, of dat er een strategie wordt ingezet die niet het probleem aanpakt (bijvoorbeeld scholing (kennis) over CVA of slaap-waakritme, terwijl een training gespreksvoering (vaardigheden) gewenst zou zijn (Fleuren e.a., 2002).

Figuur 1: Model voor het invoeren van vernieuwingen



1.4.3 Invoeringsstrategieën algemeen

Creëren van draagvlak

Behalve dat er draagvlak moet bestaan bij de toekomstige gebruikers (verpleegkundigen en verzorgenden), dient er beleidsmatige steun voor de invoering van de vernieuwing te bestaan, zowel materieel als immaterieel. Daarom is het van belang in een vroeg stadium alle 'stakeholders' te betrekken bij de implementatie(plannen). Dit zijn in ieder geval het management c.q. de directie van de verpleeg- en verzorgingshuizen, de leidinggevendenden van de afdelingen waar de vernieuwing wordt ingevoerd en eventuele kwaliteitsmedewerkers. Verder is draagvlak bij aanpalende disciplines waarmee wordt samengewerkt ook van belang, zoals verpleeghuisartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en psychologen.

Anticiperen op gebruikers

Uit onderzoek blijkt dat niet veel te verwachten is van strategieën die vooral de nadruk leggen op de verbetering van de effecten voor de patiënt (Paulussen, 1994). Gebruikers van een vernieuwing (in dit geval verpleegkundigen en verzorgenden) letten meer op de praktische bruikbaarheid van de vernieuwing: wat betekent de vernieuwing voor mij, is de vernieuwing praktisch inpasbaar in mijn bestaande praktijk, wat vinden collega's en patiënten ervan (sociale invloed) en acht ik mezelf in staat met de vernieuwing te gaan werken (eigen-effectiviteitsverwachting)? Voor een optimaal effect van de invoering moet bij deze vragen en eisen vanuit de praktijk aangesloten worden. Voor het invoeren van de richtlijnen betekent dit dat verpleegkundigen/verzorgenden goed op de hoogte moeten zijn van wat er van ze verwacht wordt, maar daarnaast ook dat ze de kennis en de juiste vaardigheden moeten hebben om met de richtlijnen te kunnen werken. Van tevoren moet nagegaan worden welke kennis, attitude en vaardigheden ze nodig hebben en over welke ze nog niet beschikken.

Ondersteuning gebruiker en ondersteuningsstructuur

Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat de eerste ervaring van de verpleegkundige of verzorgende bij het werken met de richtlijn positief is. Dit is belangrijk voor de continuering van het gebruik. Initiële training (pre-implementatietraining) moet bestaan uit het verduidelijken van de basisprincipes van de vernieuwing en op het verhogen van de eigen-effectiviteit om zodoende de kans op korte-termijn succes te verhogen. Om hierbij aan te sluiten kan de training het beste uit de volgende componenten bestaan: het presenteren van de theorie achter de vernieuwing (informerend), demonstratie van hoe het moet (modeling) en de mogelijkheid om te oefenen met feedback (geleide oefening).

Training alleen is meestal niet voldoende. Tijdens de uitvoeringsfase zullen zich vragen en problemen voordoen en is het belangrijk dat de gebruiker dan weet bij wie hij/zij daarvoor terecht kan. De verpleegkundige / verzorgende moet hierin gecoacht worden en er moet iemand zijn die samen met de verpleegkundige / verzorgende kijkt hoe mogelijke correcties in het invoeringsproces aangebracht kunnen worden. Een dergelijke voorziening kan vormgegeven worden door het aanstellen van een implementatiecoördinator.

Een dergelijke implementatiecoördinator moet daarvoor geschoold worden. Daarnaast is het belangrijk om een zogenaamd 'linkage-systeem' op te zetten tussen het landelijke en lokale niveau. Op landelijk niveau dient een Helpdesk ingericht te worden voor de implementatiecoördinatoren. Deze helpdesk bestaat uit de aanstuurders van de (invoering van de) vernieuwing (AVVV en TNO KvL). Daarnaast is het van belang dat de lokale implementatiecoördinatoren regelmatig feedback krijgen vanuit de aanstuurders en dat ze de gelegenheid hebben om ervaringen uit te wisselen en van elkaars (succes)ervaringen te leren.

2 Projectopzet en onderzoeksmethoden

2.1 Werving instellingen, creëren van draagvlak en implementatiecoördinatoren

In 2003 werden de instellingen geworven via het netwerk van de AVVV. Indien een instelling bereid was deel te nemen aan de proefimplementatie, vond er een gesprek plaats tussen de medewerker van de AVVV, de implementatiedeskundigen van TNO Kwaliteit van Leven en de leiding van het verpleeg- en/of verzorgingshuis. Het doel was om het draagvlak voor medewerking te peilen. In het gesprek werden de activiteiten voor de proefimplementatie besproken, inclusief het evaluatieonderzoek. Per instelling werden twee afdelingen gevraagd ieder met één van de richtlijnen te gaan werken. De reden om twee afdelingen te vragen was om continuïteit per instelling te realiseren bij mogelijke uitval van één van de afdelingen tijdens het project. Om de praktische organisatie en begeleiding van de implementatie in de instellingen zelf te faciliteren, werd gevraagd of elke instelling een implementatiecoördinator wilde benoemen.

2.2 Determinantenanalyse en anticiperen op gebruikers

Op basis van het in paragraaf 1.4 beschreven implementatiemodel werd eerst geïnventariseerd welke determinanten een rol speelden bij het gaan gebruiken van de richtlijnen. Met verpleegkundigen, verzorgenden en leidinggevenden uit alle instellingen werden door de medewerkers van TNO en AVVV focusgroep interviews gehouden. Voor deze interviews werden in ieder geval de beoogde implementatiecoördinatoren uitgenodigd en waar mogelijk ook aanpalende disciplines zoals fysiotherapeuten of verpleeghuisartsen en in een enkel geval een huisarts. Een focusgroepinterview is een methode om inzicht te krijgen in de meningen en opvattingen van personen over een probleem of verschijnsel (Assema e.a., 1992). Er wordt gebruik gemaakt van het feit dat mensen worden gestimuleerd door de ideeën en opvattingen van anderen.

Omdat de richtlijnen vrij groot van omvang zijn, werd door de AVVV als afgeleide van de richtlijnen een werkdocument gemaakt voor de dagelijkse praktijk met daarin de belangrijkste punten uit de richtlijn. Het werkdocument bevatte verder concrete handreikingen voor het gebruik van (onderdelen van) de richtlijn bij de verschillende fasen van het zorgproces.

Ter voorbereiding van het interview kregen alle deelnemers het werkdocument en de interviewvragen toegestuurd (zie Bijlage B voor interviewvragen). Een paar deelnemers werd daarnaast gevraagd de lange versie van de richtlijnen te bestuderen. De interviewvragen hadden betrekking op de begrijpelijkheid en duidelijkheid van de inhoud van de richtlijn, het belang van de richtlijn voor enerzijds de verpleegkundige/verzorgende zelf en anderzijds de bewoners, de mate waarin men zich in staat voelde de richtlijn uit te voeren en de randvoorwaarden hiervoor.

2.3 Ondersteuning gebruikers en ondersteuningsstructuur

De ondersteuning van de gebruikers bestond uit:

- 1) Scholing van de implementatiecoördinatoren in de principes en methoden van het invoeren van richtlijnen in instellingen (zie ook hierna onder 3. Bijeenkomsten).

- 2) Een op te stellen handreiking voor de invoering in de eigen instelling. De handreiking betrof een checklist voor het maken van een werkplan, o.a. voor de opzet voor de voorlichting en scholing aan verzorgenden/verpleegkundigen en andere disciplines in de instelling.
- 3) Bijeenkomsten met alle implementatiecoördinatoren. De bijeenkomsten met de coördinatoren dienden verschillende doelen. In de eerste plaats was het doel de bevindingen van de determinantenanalyse te bespreken om naar aanleiding hiervan vast te stellen welke invoeringstrategieën het beste zouden aansluiten bij de gevonden determinanten. Ten tweede was de bedoeling de implementatiecoördinatoren te scholen over de invoering van de richtlijn in hun eigen organisatie, met inbegrip van inhoudelijke scholing van de verpleegkundigen en verzorgenden met betrekking tot de richtlijnen en met inbegrip van het opstellen van werkplannen. Ten derde was het doel de bijeenkomsten te gebruiken om ervaringen uit te wisselen en feedback te krijgen over de invoering in de eigen organisatie.
- 4) Een helpdesk werd opgezet in de vorm van de medewerkers van TNO en de AVVV voor het beantwoorden van vragen en problemen van de implementatiecoördinatoren.

2.4 Opzet evaluatie scholing implementatiecoördinatoren

Voor de scholing van de implementatiecoördinatoren werd een schriftelijke evaluatie uitgevoerd. In de enquête werden eerst vier stellingen voorgelegd over de kennis die men had opgedaan over implementatie tijdens de scholing. Als tweede werden zes stellingen voorgelegd over de mate waarin men zich in staat voelde de implementatie in de eigen organisatie te begeleiden, de zogenaamde eigen-effectiviteitsverwachting. Vervolgens werden acht praktische voorwaarden voorgelegd die de implementatie in positieve dan wel negatieve zin kunnen beïnvloeden. Daarna kwamen zes stellingen aan bod over de inhoud van de scholing, inclusief een implementatiehandleiding. Daarna volgden twee stellingen over de inhoud en bruikbaarheid van de AVVV-richtlijnen en de bijbehorende handleidingen. Tot slot werd men gevraagd een rapportcijfer te geven voor de bijeenkomsten als totaal en kon men opmerkingen over de scholing kwijt. Voor alle stellingen gold dat men zijn/haar antwoord kon aangeven op een 4-puntsschaal, variërend van 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee'.

2.5 Opzet evaluatie gebruik richtlijnen

Ter beantwoording van de eerste onderzoeksvraag (worden de adviezen in de richtlijnen opgevolgd) werden de verpleegkundigen en verzorgenden in de instellingen gevraagd om volgens de richtlijnen te gaan werken en gedurende minimaal een half jaar enkele gegevens te registreren voor iedere nieuwe bewoner waarop de richtlijn (richtlijn slaap-waakritme of bejegening CVA-getroffenen) van toepassing was. Dit gebeurde nadat de implementatiecoördinatoren voorlichting en scholing over de inhoud van de richtlijn en het gebruik ervan hadden gegeven. Voor het registratieonderzoek werd een speciaal formulier ontworpen dat was gebaseerd op de richtlijn. Via de registratieformulieren kon enerzijds de frequentie van gebruik van de richtlijn worden nagegaan (hoe vaak wordt de richtlijn gebruikt) en anderzijds de omvang van het gebruik (hoeveel onderdelen van de richtlijn zijn gebruikt).

Ter beantwoording van de tweede onderzoeksvraag (wat zijn de redenen voor het wel of niet opvolgen van de adviezen in de richtlijnen) werden de verpleegkundigen en verzorgenden gevraagd op de speciale registratieformulieren aan te geven welke

belemmerende en bevorderende factoren een rol hadden gespeeld bij de uitvoering van de richtlijn bij de betreffende bewoner (zie Bijlage C). Tevens werden halverwege en aan het einde van de registratieperiode aan de hand van de registratieformulieren de implementatiecoördinatoren gevraagd naar hun bevindingen en die van de afdeling met het werken volgens de richtlijnen.

Voor aanvang van de registratieperiode kregen de implementatiecoördinatoren tijdens een van de landelijke bijeenkomsten mondelinge instructie over het gebruik van de registratieformulieren. Daarnaast ontving men een draaiboek waarin precies beschreven was hoe de registratie in zijn werk ging. De TNO-medewerkers waren gedurende de registratieperiode bereikbaar voor vragen en overleg en namen ook zelf contact op met deelnemers om te vragen hoe de registratie verliep. Ingevulde registratieformulieren en de bijlagen uit de richtlijnen die waren gebruikt voor het vaststellen van het probleem, werden direct na het invullen naar TNO KvL gestuurd. Zelf bewaarden de deelnemers een kopie voor eigen registratie / documentatie. De registratieformulieren werden door TNO KvL gecontroleerd op onbrekende gegevens. Deze werden direct nagevraagd bij de desbetreffende implementatiecoördinator.

2.6 Eindevaluatie

Tijdens de vijfde en laatste bijeenkomst met de implementatiecoördinatoren vond een afsluitend groepsinterview plaats om een eindoordeel over de proefimplementatie te verkrijgen. Het betrof een semi-gestructureerd interview met vragen die vergelijkbaar waren met die uit de determinantenanalyse om na te gaan in hoeverre de verwachtingen aan het begin overeenstemden met de uitkomsten. Tevens werden vragen gesteld over suggesties om de richtlijnen te verbeteren en om de landelijke verspreiding en implementatie te bevorderen (zie Bijlage D voor de interviewvragen).

Als afsluiting van het project bezocht de medewerker van de AVVV alle instellingen om de gewenste verbeteringen in detail te inventariseren van de beide handleidingen die bij de twee richtlijnen waren gemaakt.

3 Resultaten invoeringsactiviteiten

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de invoeringsactiviteiten. In paragraaf 3.2 komen de resultaten van de activiteiten om instellingen voor deelname te interesseren aan de orde en het recruterende van implementatiecoördinatoren (creëren van draagvlak). Daarna in paragraaf 3.3 de resultaten van de determinantenanalyse (anticiperen op gebruikers). In de paragrafen 3.4, 3.5, 3.6 en 3.7 worden het proces en de resultaten van de ondersteuningsactiviteiten aan de instellingen (ondersteuning gebruikers en ondersteuningsstructuur), te weten:

- de ontwikkeling van de handleidingen voor de uitvoering van de richtlijnen (3.4);
- de ontwikkeling van een implementatiehandreiking voor de implementatiecoördinatoren en de ontwikkeling van werkplannen (3.5);
- de scholing voor de coördinatoren (3.6);
- de voorlichting en scholing in de instellingen aan de verzorgenden en verpleegkundigen en andere zorgdisciplines (3.7).

In paragraaf 3.8 worden naar aanleiding van de bijeenkomsten en het afsluitende interview met de implementatiecoördinatoren de door hen aangegeven bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie beschreven. Ten slotte volgt in paragraaf 3.9 een beschrijving van de suggesties van de coördinatoren voor het bevorderen van het gebruik en de bruikbaarheid van de richtlijnen.

In Schema 1 wordt het overzicht gegeven van de invoeringsactiviteiten en het onderzoek, in combinatie met het tijdspad van de implementatie.

Schema 1: Overzicht invoeringsactiviteiten

Invoeringsactiviteiten en onderzoek	2003		2004		2005	
	1 ^e helft	2 ^e helft	1 ^e helft	2 ^e helft	1 ^e helft	2 ^e helft
Determinantenanalyse (focusinterviews)		+	+			
Ontwikkeling Handleiding voor de uitvoering van de richtlijnen			+	+		
Ontwikkeling Handreiking invoering; werkplannen instellingen			+	+		
Scholing implementatie-coördinatoren			+	+		
Bijeenkomsten implementatiecoördinatoren			+	+	+	
Voorlichting en scholing in de instellingen				+	+	
Registratieonderzoek				+	+	

3.2 Werving instellingen en implementatiecoördinatoren

Eerst werd geprobeerd instellingen uit het netwerk van contacten van de AVVV instellingen te werven. Dit verliep moeizaam en aanvankelijk was er weinig bereidheid

bij instellingen om aan de proefimplementatie deel te nemen. Extra inspanningen waren nodig. De volgende activiteiten werden ondernomen om instellingen te werven:

- Rondbellen in het (persoonlijk) netwerk van directeuren van verpleeg- en verzorgingshuizen.
- Bemiddeling via Arcares.
- Bemiddeling via de regiocoördinatoren van de AVVV.
- Bemiddeling via het programmasecretariaat van het subsidieprogramma Kwaliteitsborging Beroepsgroepen V&V.
- Plaatsing van een oproep in de Nieuwsbrief van het subsidieprogramma.

De mensen in de instellingen die benaderd waren gaven een aantal, zeer diverse, argumenten om niet mee te doen: fusieperikelen; verhuizingen; persoonlijke argumenten; werkdruk door de opgelegde kortingen; innovatiemoeheid en ten slotte 'niet zo'n zin'.

Opmerkelijk was dat na september 2003 ineens belangstelling bestond bij de instellingen voor deelname aan de pilot. Een mogelijke verklaring was dat de instellingen bezig waren invulling te geven aan hun kwaliteitsbeleid voor 2004.

Uiteindelijk waren er vier instellingen bereid deel te nemen aan de proefimplementatie. Eén instelling nam deel met drie lokaties. In totaal gaven negen afdelingen aan het project te willen deelnemen. Vier revalidatie-afdelingen waren bereid de richtlijn "Bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen" in te voeren en vijf afdelingen de richtlijn "Zorg bij een verstoord slaap-waakritme".

Eén verpleeghuis viel halverwege het project af. Dit had te maken met een combinatie van factoren: de implementatiecoördinator kreeg een andere baan, terwijl de betrokken afdelingen ook in een reorganisatie waren verwickeld. Daarom werd besloten verder af te zien van deelname.

Per afdeling werden implementatiecoördinatoren aangewezen. Op zeven afdelingen werden drie coördinatoren benoemd en op twee afdelingen drie. De recrutering van deze coördinatoren verliep positief. De gevraagde medewerkers waren zonder uitzondering belangstellend en vonden het project een uitdaging. Voor het volledige overzicht, zie Bijlage A.

3.3 Determinantenanalyse

Met verpleegkundigen, verzorgenden en leidinggevendenden uit alle instellingen werden in de periode december 2003 – februari 2004 focusgroepinterviews gehouden. Bij de interviews waren altijd de beoogde implementatiecoördinatoren aanwezig en de leidinggevende. In sommige instellingen namen ook aanpalende disciplines aan het interview deel zoals fysiotherapeuten of verpleeghuisartsen en in een enkel geval een huisarts.

3.3.1 Algemene indruk van beide richtlijnen

De geïnterviewden waren unaniem van mening dat het goed is dat de richtlijnen gemaakt zijn.

Vrijwel alle instellingen gaven aan dat de huidige werkwijze in de instellingen niet veel verschilde van de werkwijze zoals beschreven in de richtlijnen. In de richtlijnen wordt systematisch een aantal stappen doorlopen. Dit werd gezien als het belangrijkste winstpunt ten opzicht van de huidige werkwijze. De geïnterviewden gaven aan dat de huidige werkwijze veel intuïtiever was, waarbij vooral goed naar de bewoner werd gekeken en wat deze nodig had. De verwachting van de geïnterviewden was dat

richtlijnen er toe bijdragen dat iedereen zich bewuster is van problemen en er bewuster mee zal omgaan.

Eén van de instellingen gaf aan dat het multidisciplinair werken, dat eigenlijk ten grondslag lag aan deze richtlijnen, als een winst werd gezien. Een ander voordeel dat werd genoemd was dat door het werken met richtlijnen niets over het hoofd wordt gezien en dat de bewoner weet waar hij aan toe is. Daarnaast voegde een enkele leidinggevende er aan toe dat richtlijnen aan de buitenwereld duidelijk maken wat de instelling doet en wat men kan verwachten.

Vrijwel alle geïnterviewden gaven aan dat de richtlijnen (dus niet de afgeleide werkdocumenten) nieuwe informatie bevatten en in die zin de moeite waard waren om te lezen. De verwachting was dat de richtlijnen zouden bijdragen aan het bespreekbaar maken op de afdelingen van verschillende meningen over wat 'afwijkend' gedrag is. Als voorbeeld werd genoemd dat een verstoord slaap-waakritme door sommige verpleegkundigen en verzorgenden wordt gezien als een nu eenmaal onoverkomelijk gevolg van een CVA; de bewoner slaapt slecht omdat hij vanwege het CVA maar op een zijde kan liggen. Met de richtlijn kan volgens de geïnterviewden bespreekbaar worden gemaakt dat er dan toch aandacht moet worden besteed aan het slaapprobleem omdat er wellicht andere redenen aan ten grondslag liggen.

De geïnterviewden waren unaniem van mening dat het prettig is dat er werkdocumenten zijn gemaakt voor de dagelijkse praktijk. Vooral de observatielijsten en checklijsten zijn nieuw en behulpzaam. Zoals een van de geïnterviewden verwoordde: "Het geeft handen aan voeten aan wat je vindt en wat je wilt bereiken". De winst was volgens de geïnterviewden vooral dat zaken systematisch en objectief in kaart kunnen worden gebracht en daardoor beter bespreekbaar zijn.

Een duidelijk verschil tussen de CVA-richtlijn en de huidige werkwijze was volgens de geïnterviewden dat er nu geen systematische aandacht is voor de naastbetrokkenen terwijl de gevolgen voor de naastbetrokkenen vaak groot zijn. In de huidige werkwijze worden de naasten vaak pas betrokken als er echt grote problemen zijn. De geïnterviewden onderschreven het belang van systematische aandacht voor de naastbetrokkenen en het betrekken van de naastbetrokkenen in het verwerkings- en revalidatieproces.

De geïnterviewden gaven aan dat de slaap-waak-richtlijn naar verwachting zal bijdragen aan een sneller inzicht of iemand een slaapprobleem heeft. Hierdoor kan mogelijk worden voorkomen dat (te) snel medicatie wordt voorgeschreven omdat er eerst andere maatregelen worden getroffen.

3.3.2 *Richtlijn Zorg bij een verstoord slaap-waakritme*

Wordt er al gewerkt met richtlijnen met betrekking tot slaap-waak problemen?

Alle instellingen gaven aan bij de intake en anamnese volgens een protocol te werken. Hierbij wordt genoteerd wat het normale slaap-patroon van de bewoner is en of er slaapproblemen zijn.

De meeste instellingen gaven aan dat, behoudens de anamnese, slaap-waak problemen niet systematisch in het dossier worden genoteerd. Een van de aanwezige verpleeghuisartsen gaf als voorbeeld dat de verpleging dan zegt dat een bewoner een ernstig slaapprobleem heeft, terwijl daarvan in het dossier maar twee keer melding is gemaakt.

De instellingen gaven over het algemeen aan nog geen 'behandelprotocollen' te hebben voor bewoners met slaap-waak problemen. Eén instelling had als beleid bij een verstoord slaap-waak ritme om de patiënt langer te laten doorslapen of een slaappilletje te geven. Dit werd noodgedwongen gedaan omdat bewoners vaak met 4 personen op

een kamer liggen en men elkaar dan wakker houdt. Het beleid was wel om daar zoveel mogelijk rekening mee te houden en eerst naar andere oplossingen te zoeken, maar in praktijk kreeg 70-80% van de bewoners slaapmedicatie.

Is de indeling van de richtlijn duidelijk? Is de richtlijn in begrijpelijke taal geschreven? Welke onderdelen wel en welke niet? Is het u duidelijk wat er van u verlangd wordt?

Men was unaniem van mening dat de richtlijn (lange versie) in de praktijk niet goed bruikbaar was. De richtlijn werd gezien als een gedegen naslagwerk, maar concrete adviezen en stappen ontbreken, aldus de geïnterviewden. De richtlijn is volgens de geïnterviewden geen document waar je snel mee aan de slag gaat omdat een stappenplan ontbreekt. Het werkdocument werd in principe wel geschikt gevonden voor de dagelijkse praktijk, maar zou drastisch aangescherpt moeten worden onder andere door het opnemen van een stappenplan (zie ook punten hierna). Het opnemen van een stroomdiagram (bijvoorbeeld analoog aan het Belastingaangifte-formulier) zou nuttig kunnen zijn.

Gevraagd naar de voorkeur voor de vorm van de richtlijn, ging deze uit naar een plastic kaart met daarop de belangrijkste richtlijnen, in combinatie met een korte handleiding (werkdocument) en een naslagwerk (de huidige richtlijn). In de handleiding zouden de voorwaarden voor de uitvoering in de praktijk moeten staan. De lange versie zou als naslagwerk op de afdeling kunnen liggen. De geïnterviewden waren van mening dat alleen de afdelingshoofden en de mensen die een grote aanstelling hebben (veel uren werken) de lange versie maar hoefden te kennen.

De lay-out van de richtlijn zou kunnen verbeteren. Er zou een leeswijzer opgenomen kunnen worden. Duidelijke koppen ontbreken volgens de geïnterviewden waardoor het moeilijk is om iets op te zoeken. Een puntsgewijze opsomming van belangrijke zaken ontbreekt. Hetzelfde geldt volgens de geïnterviewden voor het werkdocument.

Het zou beter zijn om eerst het doel van de richtlijn te vermelden. Daarna zou een stukje moeten volgen over verschillende soorten slaap-waakproblemen, gevolgd door factoren die van invloed zijn op het slaap-waakritme. De geïnterviewden die de richtlijn (lange versie) hadden gelezen waren van mening dat de factoren die van invloed zijn op het slaap-waakritme ook in het werkdocument opgenomen zouden moeten worden. Na het noemen van de factoren zou vermeld moeten worden hoe slaap-waakproblemen geïnventariseerd kunnen worden. Eenzelfde indeling zou in het werkdocument gehanteerd moeten worden.

De geïnterviewden merkten op dat interventies die uitgevoerd kunnen worden bij een verstoord slaap-waakritme ontbreken in de richtlijn en in het werkdocument.

De definitie van slaap-waakproblemen die in de richtlijn wordt gehanteerd werd voor de dagelijkse praktijk te algemeen gevonden.

Het werkdocument zou in kortere zinnen geschreven moeten worden. Daardoor zou de inhoud makkelijker op te nemen zijn.

De bijlagen in de richtlijn voor het inventariseren van problemen zouden in het werkdocument opgenomen moeten worden. Deze 'instrumenten' bestaan volgens de geïnterviewden op dit moment nog niet. Ze sluiten goed aan bij de behoefte van verpleegkundigen en verzorgenden om in de dagelijkse praktijk op een systematische manier problemen te kunnen inventariseren. Volgens de geïnterviewden zijn de bijlagen behulpzaam bij het duidelijk krijgen van mogelijke verschillen tussen de subjectieve beleving van de bewoner en observatie door verpleegkundigen en verzorgenden.

Denkt u dat u in staat bent de richtlijn in de praktijk uit te voeren? Welke onderdelen wel en welke niet?

Een van de instellingen sprak enige twijfel uit over de bruikbaarheid van de richtlijn op psychogeriatrische afdelingen. Als reden werd genoemd dat dementerende bewoners veelal niet actief ingeschakeld kunnen worden bij het inventariseren en het aanpakken van problemen. Deze instelling was niettemin bereid de richtlijn op een psychogeriatrische afdeling in te voeren.

Er is een goede plenaire uitleg nodig voordat de richtlijn ingevoerd kan worden, aldus de geïnterviewden. Verder zouden alle aanpalende disciplines erbij betrokken moeten worden. Volgens de geïnterviewden ligt multidisciplinair werken ten grondslag aan de richtlijn en het effect van het werken met de richtlijn hangt mede af van hoe de andere disciplines er mee omgaan.

Er werd opgemerkt dat de vragenlijsten en het dagboek voor het vaststellen van een verstoord slaap-waakritme (bijlagen richtlijn) verschillen. Bij het dagboek wordt ervan uitgegaan dat de bewoner in staat is een dergelijk dagboek zelf bij te houden. Voor een deel van de bewoners geldt dit niet volgens de geïnterviewden. Daarnaast viel het de geïnterviewden op dat sommige bijlagen veel gedetailleerder en nauwkeuriger beschreven waren en daardoor veel bruikbaarder waren.

De geïnterviewden waren van mening dat voordat de richtlijn ingevoerd kan worden, op de afdeling besproken moet worden welke lijst gehanteerd wordt en/of onder welke omstandigheden, zodat iedereen hetzelfde noteert en de gegevens vergelijkbaar zijn. Een nadeel van de lijsten is dat referentiegegevens of normen ontbreken. Bij welke afgevinkte items is er bijvoorbeeld sprake van een probleem?

Er zou een registratieformulier moeten komen aan de hand waarvan geïnventariseerd wordt hoe het slaap-waakritme is, welke interventies zijn gedaan etc., zodat iedereen dezelfde gegevens registreert. Een dergelijk registratieformulier werd belangrijk gevonden voor 1. de probleemverkenning, 2. de uitvoering van de interventies, 3. de evaluatie. De AVVV zou hiervoor een formulier moeten ontwerpen en dit moeten meeleveren bij de richtlijn. Dit registratieformulier zou wel moeten aansluiten bij het dossier dat op de afdeling wordt gebruikt en bij de lokale omstandigheden. Het registratieformulier zou dus ruimte moeten laten voor aanpassingen.

Volgens de geïnterviewden zullen praktische problemen altijd blijven bestaan. Als voorbeeld werden onder andere genoemd dat de gordijnen die op de kamers hangen te licht zijn om de kamers goed te kunnen verduisteren, dat aan omgevingsgeluid vaak niets te doen is, dat het voorgestelde 'ommetje' in de richtlijn ook niet altijd haalbaar is en dat sommige bewoners in een te slechte conditie verkeren waardoor een dutje overdag functioneel kan zijn.

Op de vraag of er tijd is om de uitgebreide vragenlijst voor het inventariseren van slaapproblemen af te nemen, werd bevestigend geantwoord. Volgens de geïnterviewden helpt de lijst om problemen sneller en efficiënter op te kunnen lossen. Bovendien wordt de lijst alleen gebruikt als er problemen zijn, aldus de geïnterviewden.

3.3.3 *Richtlijn Bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen*

Wordt er al gewerkt met richtlijnen bij CVA-getroffenen?

Alle instellingen gaven aan een strakke procedure (voorgestructureerd dossier) c.q. protocol te volgen bij het opnamegesprek zodat alle aspecten met betrekking tot het CVA aan bod kwamen. Dit werd vooral belangrijk gevonden voor het MultiDisciplinair Overleg (MDO).

Eén van de instellingen zei voor alle bewoners een structuurplan op te stellen, voor het geval de bewoner het 'overzicht' kwijt was. In deze instelling werd het belangrijk gevonden dat alle verpleegkundigen en verzorgenden zaken hetzelfde benoemden omdat dit duidelijkheid schept naar elkaar en naar de bewoners.

De geïnterviewden gaven aan dat de huidige werkwijze in de afdelingen wel volgens een vast stramien verliep, maar veel minder gestructureerd dan in de richtlijn werd voorgesteld. Zo werden zaken vaak op een informeel moment (bijvoorbeeld tijdens de theepauze) besproken en soms niet in het dossier genoteerd. Een ander belangrijk verschil was volgens de geïnterviewden dat er op de afdeling meestal geen evaluatie plaatsvond van uitgevoerde handelingen, terwijl dit wel zinvol werd geacht.

De instellingen gaven over het algemeen aan geen ‘handelingsprotocollen’ te hebben, bijvoorbeeld over hoe om te gaan met veranderend gedrag van de patiënten. Een van de instellingen merkte op dat te strakke protocollen bij CVA-getroffenen niet werken omdat geen enkele CVA-patiënt hetzelfde is.

Is de indeling van de richtlijn duidelijk? Is de richtlijn in begrijpelijke taal geschreven? Welke onderdelen wel en welke niet? Is het u duidelijk wat er van u verlangd wordt?

Evenals bij de richtlijn verstoord slaap-waakritme waren de geïnterviewden unaniem van mening dat de richtlijn (lange versie) in de praktijk niet goed bruikbaar was omdat een stappenplan en concrete adviezen ontbreken. Ook voor deze richtlijn werd voorgesteld een handleiding te maken.

De aantrekkelijkheid van de richtlijn zou kunnen verbeteren. De geïnterviewden noemden onder andere het gebruik van een ander lettertype, het gebruik van steunkleuren, een puntsgewijze opsomming van zaken etc. Ook de praktische adviezen die in de lange versie staan zouden in het werkdocument opgenomen moeten worden. Dus een lijstje met wat te doen en wat te laten.

De richtlijn zou te zijner tijd op CD-rom uitgebracht kunnen worden. Ook zou er een web-based versie van kunnen verschijnen.

Een van de afdelingshoofden vond de tekst van het werkdocument wat betuttelend. De aanwezige verpleegkundige en verzorgende deelden deze mening niet.

Van het begrip ‘coping’ had een deel van de geïnterviewden nog nooit gehoord. Er werd geadviseerd dit soort woorden wel te gebruiken, omdat ze over de inhoud van het vak gaan, maar ze dan met een voorbeeld te illustreren.

De informatie in de richtlijn (lange versie) werd nuttig gevonden, maar zou op een aantrekkelijker manier kunnen worden gepresenteerd. De geïnterviewden waren van mening dat het daardoor voor de verzorgenden aantrekkelijk zou worden om de richtlijn te raadplegen.

De casuïstiek in het werkdocument werd als helder en herkenbaar ervaren en als een goede manier om de theoretische informatie te verduidelijken.

De aandachtspunten uit de richtlijn (lange versie), bijvoorbeeld met betrekking tot beperkingen in het cognitief functioneren) zouden in het werkdocument kunnen worden opgenomen.

Het zou prettig zijn als er een checklist zou komen voor meerdere gebieden (cognitie; communicatie; relaties; belasting naastbetrokkenen en coping), maar in het bijzonder voor veranderingen in cognitie. Met zo’n ‘kapstok’ beschikken alle verzorgenden over dezelfde informatie over de patiënt. Hierbij is het volgens de geïnterviewden belangrijk om een onderscheid te maken naar: volledig, beperkt en geen inzicht in de ziekte. Dit bepaalt volgens de geïnterviewden in belangrijke mate wat voor de bewoner een haalbare revalidatiedoelstelling is. Verschillen in de situatie en leefgewoontes vóór en na het CVA kunnen door de naastbetrokkenen worden aangegeven. Dit zou ook in de checklist kunnen worden opgenomen.

De geïnterviewden die de lange versie van de richtlijn hadden gelezen zouden de collega’s zeker aanraden de lange versie te lezen. De lange versie zou bij de invoering van de richtlijn op de afdeling goed gebruikt kunnen worden en zou kunnen dienen als

lesboek. Een andere mogelijkheid zou zijn om de lange versie tijdens een klinische les te bespreken. De geïnterviewden waren van mening dat niet iedereen de lange versie hoeft te lezen, maar dat deze wel voor iedereen beschikbaar zou moeten zijn als naslagwerk en dus op een vaste plek op de afdeling zou moeten staan of op het intranet.

De richtlijn (lange versie) werd als inhoudelijk compleet beoordeeld. Het werkdocument zou echter op een aantal punten aangevuld moeten worden. Sommige begrippen staan bijvoorbeeld wel in de lange versie, maar niet in het werkdocument. Ook is het volgens de geïnterviewden goed om in het werkdocument een begrippenlijst op te nemen. Een checklist waarop een aantal zaken aangekruist kan worden, zou ook behulpzaam zijn. Het gaat dan om de probleeminventarisatie, een plan van aanpak, de uitvoering en een evaluatie.

Denkt u dat u in staat bent de richtlijn in de praktijk uit te voeren? Welke onderdelen wel en welke niet?

De geïnterviewden gaven aan dat de richtlijn goed geïntroduceerd zou moeten worden op de afdeling. Dat wil zeggen dat informatie gegeven moet worden over de achtergrond en inhoud van de standaard.

Bij de introductie van de richtlijn zouden ook de aanpalende disciplines betrokken moeten worden: dit zijn de artsen, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, maatschappelijk werk en activiteitenbegeleiding. Zij zouden in ieder geval op de hoogte gesteld moeten worden van de richtlijn, dat wil zeggen kennis hebben van de inhoud.

De geïnterviewden gaven aan dat de richtlijn veronderstelt dat de bewoner altijd vaardigheden aan te leren zijn. Sommige bewoners hebben geen inzicht in hun eigen ziektebeeld en door afwezigheid hiervan kan het overbrengen en aanleren van nieuwe vaardigheden bemoeilijkt worden.

3.3.4 *Aanbevelingen voor het bijstellen van de richtlijnen en de invoering ervan*

Er zou een handleiding moeten komen met een duidelijk stappenplan en concrete aanbevelingen en adviezen. De huidige werkdocumenten kunnen hiervoor als uitgangspunt dienen. De huidige lange versie van de richtlijn kan dan dienen als naslagwerk.

De handleiding (werkdocumenten) zou bijgesteld moeten conform de suggesties van de deelnemers aan de interviews. Dit betekent dat een aantal zaken uit de lange versie in de handleiding zou moeten staan, zoals een begrippenlijst. Daarnaast zouden de checklisten, vragenlijsten en observatielijsten uit de richtlijn in de handleiding opgenomen moeten worden. De checklisten, vragenlijsten en observatielijsten zouden conform de suggesties van de deelnemers aan de interviews aangescherpt en bijgesteld moeten worden. Ook zou een checklist/registratieformulier voor beide richtlijnen ontworpen moeten worden.

Alle verpleegkundigen en verzorgenden zouden geschoold moeten worden in het gebruik van de richtlijn. Aanpalende disciplines die met deze richtlijn te maken hebben, dienen ook geschoold te worden. Het advies is om per afdeling 1-2 mensen te trainen die verdere scholing aan de verpleegkundigen, verzorgenden en aanpalende disciplines kunnen geven. Deze mensen zullen daarvoor opgeleid moeten worden.

3.4 **Ontwikkeling handleidingen uitvoering AVVV-richtlijnen**

Op basis van de suggesties die werden gedaan in de focusinterviews werden de werkdocumenten herschreven door de medewerkers van TNO en AVVV in twee concept-handleidingen voor de uitvoering van de richtlijnen. Daarbij werden als stappen benoemd voor het methodisch handelen:

- 1) Gegevens verzamelen (anamnese en observaties).
- 2) Probleem vaststellen (diagnose).
- 3) Bepalen van de aanpak (interventies).
- 4) Beoordelen resultaten van de aanpak (evaluatie).

Voor elke stap werden uit de lange versie van de richtlijnen een selectie van de hulpmiddelen (vragenlijsten; registratieformulieren; adviezen voor interventies) opgenomen. Deze hulpmiddelen werden eerst aangepast om ze praktisch bruikbaar te maken. Dat betrof bijvoorbeeld het aanvullen van open vragenlijsten met antwoordcategorieën bij het signaleren van slaap-waakproblemen, of het aanpassen van de checklists voor het observeren van veranderingen bij cva-patiënten.

De concept-handleidingen werden in twee besprekingen met de implementatiecoördinatoren besproken (voorjaar 2004). De coördinatoren hadden een aantal tekstuele en inhoudelijke voorstellen gedaan om de leesbaarheid en de bruikbaarheid te vergroten. Uiteindelijk had dit geresulteerd in twee versies van de werkdocumenten die tijdens het project werden beproefd (zie Deel I en Deel II van de bijlagen).

3.5 Implementatiehandreiking en werkplannen

Voor de implementatiecoördinatoren is een handreiking gemaakt om hen te ondersteunen bij de invoering van de richtlijnen in de instelling (zie Bijlage E). De handreiking bestond uit een aantal aandachtspunten rond vier aspecten die van belang waren bij de invoering, te weten:

- Informatie verstrekken en afspraken maken over de invoering.
- Bespreken van de werkwijze bij de uitvoering van de richtlijnen.
- Scholing voor verzorgenden/verpleegkundigen.
- Voortgangsbewaking en evaluatie bij de uitvoering van de richtlijnen.

Een uitgewerkt voorstel voor scholing voor verzorgenden werd opgesteld (zie Bijlage E).

De handreiking en het scholingsvoorstel zijn besproken in één van de bijeenkomsten met de coördinatoren (voorjaar 2004). De bespreking van het scholingsvoorstel wordt beschreven in paragraaf 3.7 Voorlichting en scholing in de instellingen.

Naar aanleiding van de bijeenkomst is de coördinatoren verzocht om aan de hand van de handreiking een werkplan op te stellen voor de invoering van de richtlijnen op de eigen afdeling. Van twee instellingen hebben de twee betrokken afdelingen een werkplan opgesteld. Van één instelling met drie locaties heeft één locatie een werkplan opgesteld. Bij één locatie was men er door misverstanden in de communicatie nog niet aan toegekomen, maar was men nog wel van plan een werkplan te maken. De derde locatie had geen werkplan opgesteld. De instelling die met deelname aan het project was gestopt, had ook een plan opgesteld.

In alle opgestelde plannen werden kort de voorgenomen acties beschreven. Voornemens waren om de betrokken afdelingsteams te informeren over de achtergrond, doel en opzet van het project en over de werkwijze bij de uitvoering van de richtlijnen. Tevens waren acties gepland om de andere zorgdisciplines (fysiotherapeut, arts, psycholoog e.a.) in de afdelingen in te lichten in het Multi-Disciplinair Overleg (MDO) om de betrokkenheid van deze groepen te activeren. In alle afdelingen waren plannen om werkafspraken te maken over de verantwoordelijkheden bij de (bewaking van de) uitvoering van de Richtlijnen. De dagelijkse verantwoordelijkheid werd toegekend aan de zorgcoördinatoren (ZoCo's) of eerste verantwoordelijke verzorgende en de eindverantwoordelijkheid berustte bij het afdelingshoofd. Ten slotte werden acties

beschreven voor de regelmatige evaluatie van de uitvoering van de richtlijnen. Afhankelijk van wat in de instelling aan gebruikelijk team- of afdelingsoverleg plaatsvond, verschilde de opzet en de frequentie hiervan per instelling.

De coördinatoren informeerden elkaar over hun werkplannen en wisselden deze onderling uit.

In drie bijeenkomsten (één in oktober 2004 en twee in respectievelijk februari en juni 2005) is het verloop en de uitkomsten van de invoering van de richtlijnen met de implementatiecoördinatoren besproken. De derde bijeenkomst was tevens een afsluitende bijeenkomst waar met behulp van een semi-gestructureerd interview de ervaringen en inzichten in kaart zijn gebracht (zie Bijlage D voor de interviewvragen).

3.6 Scholing implementatiecoördinatoren

3.6.1 *Inleiding*

Als onderdeel van drie van de bijeenkomsten met de coördinatoren hadden scholingen plaats over implementatie van richtlijnen in organisaties. De scholing werd verzorgd door de TNO-medewerkers. Tijdens de eerste bijeenkomst in april 2004 werden het plan van aanpak van de implementatie en algemene implementatieprincipes besproken. Aan de hand van een generiek implementatiemodel werd informatie gegeven over hoe de implementatie van richtlijnen systematisch aangepakt kan worden. Daarbij kwamen belemmerende en bevorderende factoren aan bod en strategieën die gericht zijn op het oplossen van de belemmeringen. Tevens werd geoefend met methoden voor het bevorderen van de adoptie bij de medewerkers in de instellingen.

Tijdens de tweede bijeenkomst in mei 2004, werd ingegaan op de inhoud en het bijstellen van de handreikingen en de opzet en inhoud van de scholing voor de medewerkers. Tijdens de derde bijeenkomst op 7 oktober 2004 werden de puntjes op de i gezet voor de definitieve versies van de handreikingen. Daarnaast werd de voortgang van het project tot dusver besproken. Hierbij werden ervaringen en tips uitgewisseld van coördinatoren die de scholing voor de medewerkers al hadden verzorgd en in de praktijk met de richtlijnen waren gaan werken.

Tijdens de laatste bijeenkomst in oktober 2004 ontvingen alle implementatiecoördinatoren een evaluatieformulier over de gegeven scholing met het verzoek deze in te vullen en te retourneren.

3.6.2 *Respons*

In totaal namen 19 implementatiecoördinatoren aan de scholing deel. Van deze 19 coördinatoren vulden er 12 een bruikbaar evaluatieformulier in. Er waren diverse rappels (telefonisch en per mail).

Vier formulieren waren afkomstig van coördinatoren die zich bezighielden met de implementatie van de richtlijn 'Zorg bij een verstoord slaap-waakritme'. De overige acht formulieren waren afkomstig van de coördinatoren die zich bezig hielden met de implementatie van de richtlijn 'Bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen'.

Kennisoverdracht tijdens scholing

Het gemiddelde cijfer voor de stellingen over de kennisoverdracht was 3,08 (range 2,5 – 4). Dit betekent dat coördinatoren vonden dat ze voldoende kennis hadden opgedaan over hoe implementatieprocessen verlopen, welke belemmerende en bevorderende factoren er kunnen zijn en welke implementatiemethoden er zijn om de richtlijnen in

hun instelling te kunnen implementeren. Tevens gaf men aan te weten wat er van hen verwacht werd als implementatiecoördinator.

Eigen-effectiviteitsverwachting

Het gemiddelde cijfer voor de stellingen over de eigen-effectiviteitsverwachting was 3,14 (range 2,5 – 4). Dit betekent dat de coördinatoren aangaven zich goed in staat te voelen te bepalen welke factoren een rol spelen in hun organisatie bij de implementatie en daarbij aansluitende implementatiemethoden te selecteren. Ook voelde men zich over het algemeen in staat de medewerkers te scholen over de inhoud van richtlijn, hen te overtuigen om volgens de richtlijn te werken, het werken met de richtlijn te begeleiden en de voortgang te bewaken. Wat betreft het begeleiden en overtuigen van de medewerkers gaven twee coördinatoren aan het oneens te zijn met de stellingen terwijl anderen aangaven het er juist helemaal mee eens te zijn.

Praktische voorwaarden om de richtlijnen te kunnen implementeren

Het gemiddelde cijfer voor de stellingen over de aanwezigheid van voldoende praktische voorwaarden was 3,16 (range 2,5 – 3,88). Dit betekent dat men vond dat de praktische voorwaarden om de richtlijnen te kunnen implementeren, voldoende waren. Het gaat hierbij om zaken als financiële middelen en de beschikbaarheid over voldoende exemplaren van de richtlijnen. Daarnaast gaat het om de ondersteuning van de direct leidinggevende, de directie / het management van de instelling, collega's en andere zorgdisciplines in de instelling. Acht coördinatoren gaven aan niet voldoende tijd beschikbaar te hebben. Twee coördinatoren verwachtten niet voldoende steun te krijgen van de direct leidinggevende en collega's. Andere coördinatoren waren het juist helemaal eens met de betreffende stellingen.

Inhoud scholing

Het gemiddelde rapportcijfer over de drie scholingsbijeenkomsten bedroeg 7,4 (range 6 – 8).

Het gemiddelde cijfer voor de stellingen over de scholing was 3,25 (range 2,83 – 3,83). Dit betekent dat de inhoud van de scholing, de vorm / werkwijze en de gebruikte materialen, positief werden beoordeeld. Twee coördinatoren gaven aan het oneens te zijn met de stelling dat men voldoende heeft kunnen oefenen met het opstellen van een werkplan.

Bruikbaarheid richtlijnen en bijbehorende handleidingen

De richtlijnen en bijbehorende handleidingen werden over het algemeen als duidelijk en bruikbaar beschouwd (gemiddelde cijfer is 3,17, range 2,5 – 4). Twee coördinatoren waren het oneens met de stelling dat de inhoud van de richtlijnen duidelijk is.

3.6.3 *Opmerkingen en conclusies*

Vier coördinatoren maakten opmerkingen over de scholing of gaven suggesties ter verbetering. Eén coördinator zei dat tijdens de scholing pas duidelijk werd hoeveel energie en tijd de implementatie wel niet zou kosten naast de gewone werkzaamheden. Een andere coördinator vond het erg prettig dat er veel aandacht was besteed aan het bijstellen van de handleidingen omdat duidelijk was dat deze aanpassing behoeften. Hierbij aansluitend zei een andere coördinator dat er veel tijd is besteed aan de inhoud van de handleidingen en minder aan de implementatie ervan. Deze coördinator merkte daarbij op dat het zo zou moeten zijn dat je pas iets gaat implementeren als het klaar is. In feite waren de handleidingen nog niet klaar. In die zin vond de coördinator de discussies over de inhoud en de aanpassingen erg waardevol. Deze coördinator had

vooral verwacht dat er een specifieke implementatiemethodiek toegepast zou worden. De coördinator had niet verwacht dat zij zelf een plan van aanpak voor de eigen instelling moest maken, maar zei er wel veel van geleerd te hebben. Tot slot gaf één coördinator aan graag meer praktisch te willen oefenen.

Over het algemeen werd de scholing positief gewaardeerd en vond men de scholing behulpzaam voor het implementeren van de richtlijnen in de eigen instelling. Eén coördinator gaf aan onvoldoende inzicht te hebben in de factoren die belemmerend en/of bevorderend kunnen werken en gaf ook aan zich niet in staat te voelen de juiste methoden te kunnen selecteren om het gebruik van de standaard te kunnen stimuleren. Tevens gaf deze coördinator aan zich niet in staat te voelen de medewerkers voor te lichten en scholing te geven over de standaard. Deze coördinator gaf in overeenstemming hiermee een zes voor de scholing als geheel. Opmerkelijk was dat maar liefst 8 van de 12 coördinatoren aangaven het oneens te zijn met de stelling dat men voldoende tijd heeft om de richtlijnen te kunnen implementeren.

3.7 Voorlichting en scholing in de instellingen

Het scholingsvoorstel was gebaseerd op de drie leercomponenten voor succesvolle training in het kader van implementatie, genoemd in paragraaf 1.4.3, te weten informeren, modeling (demonstratie) en geleide oefening.

Het voorstel voor de scholing van de verzorgenden gaf tijdens de bespreking met de coördinatoren aanleiding tot discussie. Men vond de duur van de scholing (twee bijeenkomsten van elk 2,5 uur) veel te lang en ook niet echt nodig. Er werd afgesproken de scholing te beperken tot één bijeenkomst, bijvoorbeeld in de vorm van een klinische les. Didactisch koos men voor een praktische aanpak. Met behulp van een casus (van bewoner en/of naasten) werden de verschillende stappen uit de richtlijnen doorlopen met gebruikmaking van de diverse hulpmiddelen. Met deze aanpak konden de drie leercomponenten in zeer gecomprimeerde vorm worden gerealiseerd.

Voorlichting/scholing over de richtlijn “Bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen”

In alle afdelingen in de drie instellingen waar de richtlijn Bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen werd ingevoerd, werden de afdelingsteams mondeling geïnformeerd. De vierde instelling, waar eveneens de CVA-Richtlijn zou worden ingevoerd was door de eerder vermelde omstandigheden met deelname aan het project gestopt.

Scholing aan de verzorgenden werd in alle afdelingen gegeven, veelal in de vorm van een klinische les aan de hand van een casusbespreking. In één afdeling bij een instelling werden eerst op kleine schaal enige observatielijsten uitgetoetst en op basis van de ervaringen werd de voorlichting, c.q. scholing gegeven. In één locatie van een instelling was deelname aan de scholing verplicht gesteld. In enkele afdelingen werd de scholing gecombineerd met de voorlichting over het project.

De overige zorgdisciplines werden eveneens geïnformeerd, al dan niet in het verband van het MDO.

Tevens hadden in twee instellingen alle verpleegkundigen en verzorgenden de Handleiding gekregen en in één instelling alleen de zorgcoördinatoren. In alle afdelingen was de Handleiding ter inzage beschikbaar.

De initiële reacties van de teamleden waren overwegend positief (ook over de Handleiding en het registratieformulier). Hier en daar was enige scepsis over het belang

en het nut, ook bij andere disciplines (zie voor een uitleg in paragraaf. 3.8 Bevorderende en belemmerende factoren). Bij een deel van de teamleden was extra inspanning nodig om ze te motiveren de registratieformulieren in te vullen.

Voorlichting/scholing over de richtlijn “Zorg bij een verstoord slaap-waak ritme”

Bij vier afdelingen in drie instellingen vond de voorlichting en scholing over de richtlijn Zorg bij een verstoord slaap-waak ritme plaats. Bij twee instellingen was er aanvankelijk vertraging. Bij één, omdat het afdelingshoofd tegen eind 2004 vertrok en er in die afdeling bovendien andere prioriteiten de voorrang hadden (reorganisatie). Bij de andere instelling gold dat er onderling onvoldoende communicatie en overleg was en daardoor enige onduidelijkheid. Bij de andere afdeling in dezelfde instelling verliep de voorlichting en scholing volgens plan. Bij de derde instelling was er geen vertraging, maar was men na verloop van korte tijd gestopt met de richtlijn. De populatie psychogeriatrische bewoners van deze afdeling leende zich niet goed voor het gebruik van de richtlijn (zie paragraaf 3.8 voor verdere toelichting).

De afdelingsteams en de andere zorgdisciplines werden allemaal ingelicht over het project en de richtlijn en tevens werd in alle betrokken afdelingen uiteindelijk de scholing uitgevoerd. De richtlijn werd uitgedeeld aan de teamleden en was ook beschikbaar op de afdelingen.

De initiële reacties van de teamleden bij de instelling, waar in een vroeg stadium de voorlichting en scholing plaatsvond, waren overwegend positief. Wel was er enige scepsis bij sommige teamleden en bij leden van andere zorgdisciplines (zie paragraaf 3.8 voor verdere uitleg). Daar waar er vertraging bij de invoering optrad, werd vermeld dat het draagvlak in de afdeling ook niet zo groot was. De implementatiecoördinatoren meldden ook dat het moeilijk was om collega's voor nieuwe initiatieven te interesseren.

3.8 Bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie

De implementatiecoördinatoren gaven in het afsluitende interview te kennen dat de beide richtlijnen belangrijk waren voor het werken met de bewoners en hun naastbetrokkenen. Als grote voordelen werden genoemd dat met de hulpmiddelen uit de richtlijnen snel en duidelijk specifieke aandachtspunten bij bewoners kunnen wordenesignaleerd. Voor beide richtlijnen gold, aldus de coördinatoren, dat de hulpmiddelen voor het observeren op een snelle manier inzicht gaven in de problematiek. Er werd daardoor ook bewuster geobserveerd. De teamleden kwamen nu versneld met relevante informatie. Ze konden sneller en duidelijker aandragen wat er met de bewoner aan de hand was. Ze konden dat helder onderbouwen en op een eerder moment. Daardoor hadden de andere disciplines nu ook een sneller beeld. En een meer gerichte diagnose leidde tot meer gerichte zorg.

Omdat de verzorgenden en verpleegkundigen gebruik konden maken van de checklists, konden ze de problemen beter onder woorden brengen. Er werd nauwkeuriger gewerkt. In die zin zagen de verzorgenden en verpleegkundigen de hulpmiddelen als ondersteuning en onderbouwing van hun eigen vermoedens van problemen bij bewoners en hun naast-betrokkenen.

Het voordeel voor de bewoners was dat door de snellere en meer gerichte diagnose ook sneller met de behandeling kon worden gestart. Bij bewoners met een CVA werd door gebruik van de hulpmiddelen meer inzicht verworven in de “leerbaarheid”. Bij minder of niet “leerbare” bewoners kon eerder een goede afweging worden gemaakt om de

behandeling wel of niet voort te zetten. Bij de richtlijn over zorg bij een verstoord slaap-waakritme konden door het gebruik van de hulpmiddelen ook andere problemen eerder worden gesignaleerd. Voorbeelden waren een vroegtijdiger gesignaleerde depressie bij een bewoner die in eerste instantie alleen slaapproblemen leek te hebben en een bewoner bij wie een blaasontsteking eerder aan het licht kwam als gevolg van de slaapobservaties.

Het slaapdagboek werd door bewoners gewaardeerd. Voor bewoners met psychogeriatrische problematiek werd het slaapdagboek niet bruikbaar bevonden.

De coördinatoren merkten in het interview op dat er wel verschillen waren in het gebruik en in de bruikbaarheid van de hulpmiddelen bij de richtlijnen. Een deel van de verzorgenden en verpleegkundigen (en ook van de andere zorgdisciplines) was niet zonder meer overtuigd van het nut en de noodzaak van het gebruik van de richtlijnen. Er werden verschillende redenen genoemd.

Bij de richtlijn over het slaap-waakritme vonden sommigen deze niet goed toepasbaar omdat er maar weinig bewoners waren met een slaap-waakprobleem. Anderen vonden het überhaupt moeilijk om vast te stellen of een bewoner een slaap-waak probleem had, zeker bij psychogeriatrische bewoners. Bij “zware” psychogeriatrische bewoners bleek de richtlijn, en dan vooral de interventies, zoals het slaapdagboek, niet goed bruikbaar. Het observatiedeel en de interventies bij de richtlijn zijn voor bewoners met “lichte” psychogeriatrische problematiek en met somatische problematiek heel goed bruikbaar, bij ernstige psychogeriatrische problematiek was uitsluitend het observatiegedeelte van de richtlijn (Bijlagen A en B uit de handleiding) bruikbaar.

In sommige afdelingen was er heel weinig doorstroom van bewoners, waardoor de hulpmiddelen niet geregeld hoefden te worden gebruikt en de motivatie voor het gebruik daardoor verminderde.

Ook het invullen van de registratieformulieren stuitte bij sommigen op bezwaren; alle extra formulieren vormden in hun ogen een extra belasting en extra werk.

Tevens werd gesignaleerd dat veel interventies die worden genoemd in de slaap-waakritme richtlijn al een regulier onderdeel waren van de zorg en behandeling (donker maken van de kamer, flexibele bedtijden, e.d.). In aansluiting daarop werd door een coördinator gezegd dat het slaap-waakritme bij binnenkomst van een bewoner al bekend is en eventuele problemen al vaak werden opgenomen in het verpleegplan.

Bij één instelling werd gezegd dat in een deel van de instelling sprake is van afgesloten zalen. Veel mensen willen ‘s nachts met rust gelaten worden, wat het observeren vanzelfsprekend bemoeilijkte.

Bij de CVA-richtlijn werd opgemerkt dat er achteraf toch wel de noodzaak was voor inhoudelijke scholing over CVA. Er bleek verschil in kennis bij de medewerkers in de afdelingen, waardoor het gebruik van de hulpmiddelen niet altijd werd opgevolgd. Tevens werd hier en daar geconstateerd dat verzorgenden moeite hadden met het zelfstandig invullen van de observatielijsten. Dat leidde er geregeld toe dat de coördinatoren de registratieformulieren invulden (wat trouwens ook ten dele het geval was bij de slaap-waak ritme richtlijn). Overigens was een advies om niet alle lijsten in te vullen, alleen de lijsten die van toepassing lijken.

Er waren veel ernstige CVA's waar vaak weinig aan de situatie te verbeteren viel, aldus enkele coördinatoren. Bij deze groep heeft de richtlijn nut om de diagnose goed te kunnen stellen. Eén coördinator meldde dat vooral de ernstige CVA's naar haar instelling komen. Dus is er sprake van een selectieve populatie, maar volgens haar waren alle hulpmiddelen ook voor deze populatie nuttig.

Men constateerde dat de checklist met betrekking tot handelingsvaardigheid (Bijlage 2 van de Handleiding van de richtlijn: Veranderingen in cognitie: handelingsvaardigheid) wel “handig” was, maar men gaf toch de voorkeur aan een ADL-lijst die wat specifieker is. Daarom pleitte een aantal coördinatoren er voor om de handelingsvaardigheidslijst uit te breiden.

Een belangrijk aandachtspunt bij het gebruik van de CVA-richtlijn was het volgende: bij CVA-bewoners is de verpleegkundige diagnose vaak de start van nader onderzoek door andere disciplines. De verpleegkundige/verzorgende meldt de bevindingen in het MDO die vervolgonderzoek instelt. Na de diagnose worden echter ook meteen acties/interventies door verpleegkundigen/verzorgenden gestart. Er wordt niet gewacht totdat de andere disciplines hun onderzoek hebben afgerond. De Bijlagen 5-10 in de Handleiding van de CVA-richtlijn (interventies) zijn daarom wel bruikbaar, maar worden wel eventueel gecombineerd met interventies, die worden voorgesteld door de andere disciplines.

De coördinatoren constateerden dat het van belang was het gebruik van de richtlijnen “warm te houden”. Bij de ene instelling, c.q. afdeling lukte dat beter dan bij de andere. Aan een deel van de verpleegkundigen en verzorgenden “moest echt worden getrokken”. Het vasthouden van de betrokkenheid werd bevorderd door het geregeld bespreken van de richtlijnen in bijvoorbeeld het werkoverleg. Maar als de huidige “trekkers” er niet meer zouden zijn, zou het gebruik volgens sommige coördinatoren geleidelijk gaan verwateren. Anderen waren daar echter veel optimistischer over en dachten dat door een goede inbedding van de richtlijnen in de bestaande werkwijze juist het gebruik zou bevorderen. Men vond wel dat de beschikbaarheid van ervaren collega’s voor overleg en vragen de voortgang in het gebruik zou bevorderen.

Het verschil in kennis tussen medewerkers was eveneens een punt van aandacht. Voor sommigen was het werken met de hulpmiddelen moeilijk. Een bijkomend probleem waren de parttimers. Die moesten nog veel vaker dan de anderen herinnerd worden aan de richtlijnen.

Het feit dat andere zorgdisciplines vaak in deeltijd werken, had een ongunstig effect op de snelheid van het registratie- en zorgproces volgens enkele coördinatoren. Het duurde namelijk vrij lang voordat reacties vanuit andere disciplines op de observaties van bewoners uit het MDO beschikbaar waren.

In verband met de samenwerking met andere disciplines werd gezegd dat benadrukt moest worden dat de richtlijnen specifiek voor verpleegkundigen en verzorgenden bestemd zijn en niet als een vervanging dienden voor de instrumenten die door andere disciplines worden gebruikt. Daardoor verwachtte men dat andere zorgdisciplines er positiever tegenover zouden komen te staan. Anderzijds zeiden enkelen dat de richtlijnen veel meer een multidisciplinair karakter zouden moeten hebben. Dat zou de samenwerking tussen de disciplines veel meer stimuleren.

De meeste coördinatoren spraken uit dat ze van hun eigen leiding steun hadden gekregen bij de invoering van de richtlijnen. In enkele gevallen ontbrak deze steun. De coördinatoren waren allemaal van mening dat het draagvlak voor de invoering begint bij de leiding van de instelling, c.q. afdelingen.

3.9 Suggesties voor bevorderen van gebruik en bruikbaarheid

De implementatiecoördinatoren hebben in het afsluitende interview in juni 2005 suggesties gegeven om het gebruik van de richtlijnen te bevorderen en de bruikbaarheid te vergroten. Tevens werden door de AVVV-medewerker suggesties verzameld tijdens afsluitende bezoeken aan de teams van de instellingen die deelnamen aan de implementatie. In elke instelling werd met twee verpleegkundigen gesproken over de bruikbaarheid van de handleidingen voor de uitvoering van de richtlijnen.

3.9.1 *Verspreiding, adoptie, implementatie en continuering*

Om er voor te zorgen dat instellingen op de hoogte raken van de richtlijnen gaven de coördinatoren verschillende suggesties. Publicaties in vakbladen en in de tijdschriften van de beroepsorganisaties kunnen de bekendheid stimuleren. Ook Arcares en Z-org kunnen worden ingeschakeld bij het verspreiden van informatie over de richtlijnen. Interesse in de richtlijnen kan worden bevorderd door ze onderdeel te maken van het regio-overleg tussen instellingen. Regionale workshops voor het introduceren van de richtlijnen zouden eveneens een goed middel zijn. Daartoe kan bijvoorbeeld ook promotiemateriaal worden gemaakt (bijvoorbeeld een CD-rom/DVD).

Om een positieve houding tegenover de richtlijnen en de beslissing om deze te gaan gebruiken te stimuleren gaven de coördinatoren aan dat er eerst draagvlak moet zijn bij de leiding van de instelling. Daarnaast werd aanbevolen om stukjes schrijven in het eigen huisblad van de instelling. Van groot belang werd geacht dat het afdelingshoofd de mondelinge introductie van de richtlijnen in de afdeling verzorgt.

Om daadwerkelijk gebruik te bevorderen en te behouden dienen de richtlijnen opgenomen te worden in de standaardprocedures en in het bewonersdossiers te worden verwerkt.

Er moet zeker een helpdesk komen voor vragen en reacties in de vorm van een website. Daarbij werd aanbevolen de vragen door mensen uit de praktijk laten beantwoorden. Er moet ook een overzicht van Frequently Asked Questions (en antwoorden) op deze site komen.

Om de continuering te bevorderen dient de uitvoering van de richtlijnen geregeld in het werkoverleg aan de orde te komen.

3.9.2 *Bruikbaarheid van de richtlijnen*

Uit het afsluitende interview en de afsluitende bezoeken bleek dat de handleidingen van beide richtlijnen een goed bruikbaar hulpmiddel waren in de praktijk. De handleiding bij de richtlijn 'Zorg bij een verstoord slaap-waak ritme' werd het meest duidelijk gevonden. Bijstellingen van deze handleiding was dan ook op enkele mineure onderdelen noodzakelijk. Bij de richtlijn 'Bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen' waren meer opmerkingen gemaakt. Deze gingen vooral over het gebruik van soms lastige terminologie en de helderheid van enkele observatieschema's, die voorkomen in deze handleiding.

Geadviseerd werd om eenvoudige begrippen te gebruiken. Een term als "diagnose" moet worden vermeden, want die wordt niet gebruikt door verzorgenden. Maar ook begrippen, zoals "coping", "draagkracht" en "draaglast" verdienen aandacht.

Er werd verschil in bruikbaarheid van de verschillende hulpmiddelen/checklists geconstateerd. Aanbevolen werd om de adviezen beter toe te spitsen op basis van de

vraag: wanneer is welke checklist goed te gebruiken voor welke bewoner/doelgroep? Geadviseerd werd om een processchema te maken voor elke richtlijn.

Geadviseerd werd tevens te benadrukken dat de richtlijnen specifiek bedoeld zijn als observatie-instrumenten voor verzorgenden/verpleegkundigen en niet als vervanging van instrumenten die door andere disciplines worden gebruikt.

CVA-richtlijn

De deelnemers gaven nog een aantal aanvullende opmerkingen over het gebruik van de checklists. De checklisten “Observatie, cognitie, emotie en gedrag” (Bijlage 2 in de Handleiding) zouden kunnen worden verbeterd door alle items positief dan wel negatief te formuleren. Dat zou het invullen van de checklisten sneller laten verlopen. Het onderdeel “Handelingsvaardigheid” van de checklisten “Observatie, cognitie, emotie en gedrag” (Bijlage 2) zouden de deelnemers daarnaast het liefst vervangen zien door een meer uitgebreide lijst met vaardigheden, die dan bijvoorbeeld aangevinkt zouden kunnen worden. Dit omdat cliënten vaak bepaalde vaardigheden wel en andere juist niet beheersen. Deze staan nu nog soms samen in één vraag gesteld, wat het beantwoorden bemoeilijkt.

Tevens werd de behoefte uitgesproken aan een leidraad voor gespreksvoering met familie/naastbetrokkenen.

Slaap-waakritme richtlijn

Er werd opgemerkt dat de checklists A en B bruikbaar zijn voor de observatie. Checklist D (de zelfrapportage) en checklist E (het slaapdagboek) kunnen alleen worden gebruikt als de cliënt nog goed bij zinnen is en werden daarom niet bruikbaar gevonden voor psychogeriatrische cliënten. Voor zwaar psychogeriatrische patiënten werd de slaap-waakrichtlijn een minder bruikbaar instrument gevonden dan voor de somatische patiënten. Daarnaast is de slaapproblematiek bij een groot deel van de psychogeriatrische cliënten al bekend bij binnenkomst van de cliënt. Mocht dat niet het geval zijn, dan zijn de checklists A en B wel bruikbaar. Het slaapdagboek is twee keer gebruikt in de hoop dat het aanvullende informatie op zou leveren, maar dat bleek niet het geval te zijn. Wel bleek het slaapdagboek door de cliënt gewaardeerd te worden als instrument.

Geadviseerd werd de observatie van het slaap-waakritme te verkorten naar 7-10 dagen in plaats van 14 dagen. Dat maakt invullen haalbaarder en beter behapbaar voor de verzorgenden.

4 Resultaten registratieonderzoek

4.1 Inleiding

De beschrijving van de resultaten van het registratieonderzoek is een betrekkelijk uitvoerige opsomming van kwantitatieve gegevens over de mate waarin de adviezen in de richtlijnen worden toegepast. De interpretatie van de gegevens volgt in hoofdstuk 5. Benadrukt wordt om bij het lezen van de resultaten terughoudendheid te betrachten bij het beoordelen van de resultaten. In Tabel 3 bijvoorbeeld (pagina 40) wordt een overzicht gegeven van de geobserveerde problemen bij 25 bewoners met een CVA. Uit de tabel mag niet worden geconcludeerd dat geheugenproblemen (5 keer genoemd) in verpleeghuizen meer voorkomen dan depressie (1 keer genoemd). Of dat de verzorgenden depressies bij bewoners bij het observeren mogelijk over het hoofd hadden gezien. Het project was namelijk niet bedoeld om CVA-problematiek in kaart te brengen, maar om na te gaan of de adviezen in de richtlijnen bruikbaar en toepasbaar waren.

De registratieperiode had een duur van zeven maanden en de inclusieperiode van bewoners liep van oktober 2004 (direct na de interne scholing in de betrokken instellingen) tot mei 2005. De proefimplementatie vond plaats bij zeven afdelingen van 3 verpleeg- en of verzorgingshuizen. In totaal registreerde 14 mensen actief gedurende acht maanden. Drie afdelingen werkten met de conceptrichtlijn 'Bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen' en vier met de conceptrichtlijn 'Zorg bij een verstoord slaap-waakritme'. Er werden 26 registratieformulieren ingevuld met betrekking tot de CVA-richtlijn en 59 met betrekking tot de slaap-waakrichtlijn. Van de 26 cliënten die volgens de CVA-richtlijn werden begeleid, waren er bij 25 problemen vastgesteld. Van de 59 cliënten die volgens de slaap-waakrichtlijn werden begeleid, waren er 21 waarbij er een slaap-waakprobleem werd vastgesteld. Dit verschil in verhouding tussen aantal ingevulde formulieren en aantal problemen, kon deels worden verklaard, omdat twee afdelingen hadden besloten deze richtlijn en bijbehorend registratieformulier ook bij de reeds aanwezige cliënten / bewoners te gebruiken. Dit om te borgen dat de deelnemers in elk geval voldoende ervaring op konden doen met het werken volgens de richtlijn. Het aantal ingevulde registratieformulieren bij cliënten zonder slaap-waakprobleem was daardoor groter. In Tabel 1 staat een overzicht van de afdelingen die aan de registratie deelnamen, de richtlijn waarmee werd gewerkt en het aantal registratieformulieren dat werd ingevuld.

Tabel 1: Overzicht deelnemende afdelingen en aantal ingevulde registratieformulieren.

Afdeling	CVA		Slaap-waakritme	
	Aantal ingevuld	Aantal met problemen	Aantal ingevuld	Aantal met problemen
Verpleeghuis Lauwershof Afdeling revalidatie; Oudorp	3	3		
Verpleeghuis Lauwershof, Afdeling V Psychogeriatric; Oudorp			3	2
Stichting Zorgspectrum Locatie Houtens erf Afdeling de Wetering, Houten			36	10
Stichting Zorgspectrum, Locatie Haltma huis, Verpleeghuisafdeling Houten			13	6
Stichting Zorgspectrum Locatie De Geinsche Hof Revalidatieafdeling Kreeft Nieuwegein	3	3		
Solis Zorggroep, Locatie PW Janssen, Afdeling Zuidloo Deventer	20	19		
Solis Zorggroep, Locatie PW Janssen, Afdeling Aveloo Deventer			7	3
Totaal	26	25	59	21

Hieronder worden de resultaten van de registratie van respectievelijk de CVA-richtlijn en de slaapwaakrichtlijn beschreven.

4.2 CVA-richtlijn

Anamnese

25 van de 26 cliënten hadden belangrijke naaste(n) in hun omgeving, één cliënt niet. 17 cliënten (65%) hadden zowel een partner als één of meerdere kinderen in hun omgeving. Zeven cliënten (27%) hadden alleen hun kind(eren) in de nabijheid en één cliënt alleen een partner.

Van 25 van de 26 cliënten (96%) was het overdrachtsdossier vanuit het ziekenhuis op de afdeling aanwezig. Het CVA-gerelateerde probleem dat werd vermoed, was bij 17 cliënten (65%) nieuw ten opzichte van het overdrachtsdossier uit het ziekenhuis en bij 35% (negen cliënten) niet.

De duur van het probleem varieerde tussen de 2 en de 28 dagen, met een gemiddelde van 11 dagen.

Bij 22 van de 26 cliënten (85%) werd één soort probleem vermoed en bij vier cliënten (15%) meerdere problemen. Bij 17 cliënten (65%) vermoedde men een cognitieprobleem, bij twee (8%) een emotieprobleem, bij één (4%) een gedragsprobleem, bij één (4%) een communicatieprobleem en bij één cliënt (4%) een draaglastprobleem. Bij de vier cliënten waarbij men meervoudige problemen vermoedde, ging het bij twee cliënten (8%) om een combinatie van een cognitie- en een gedragsprobleem en bij 2 (8%) cliënten om een combinatie van een cognitie-, een emotie- en een gedragsprobleem, waarbij bij één van beide cliënten daarbij ook nog een communicatieprobleem werd verondersteld.

Van 24 cliënten was bekend wie het probleem bij hen had gesignaleerd. Bij 12 cliënten (50%) was dit een combinatie van de naasten en de verpleging, bij 11 cliënten (46%)

signaleerde de verpleging een probleem en één keer (4%) signaleerde uitsluitend de naaste een probleem.

Dataverzameling / Observatie

Bij vier van de 26 cliënten (15%) was in het MDO nadrukkelijk besproken wie de observatiegegevens zouden gaan verzamelen, bij 81% van de cliënten (22) was dit niet in het MDO besproken en voor één cliënt (4%) was de vraag niet beantwoord. Wel was bij 25 van de 26 cliënten (96%) bekend wie de observatiegegevens verzamelde, ook al was het niet besproken in het MDO. Bij alle 26 cliënten was duidelijk wie de eindverantwoordelijke was. De methode aan de hand waarvan de observatiegegevens werden verzameld, werd slechts bij zes cliënten voorafgaand aan de observatie in het MDO besproken (23%). Als reden werd daarvoor in de afsluitende bijeenkomst genoemd dat dit ook niet het beleid was. Men kon een observatie starten zonder toestemming van anderen vooraf, zolang het maar gemeld werd bij de zorgcoördinator. Als het MDO net rond die tijd plaatsvond, brachten de deelnemers het wel in bij het MDO en anders niet.

De methoden die gebruikt werden voor de observatie bestonden uit een aantal checklisten uit de richtlijn (zie bijlagen). Bij alle cliënten werd bij de observatie van één of meerdere checklisten gebruik gemaakt. Het meest gebruikt werden de checklisten “Observatie, cognitie, emotie en gedrag” en de checklisten “Observatie van veranderingen in communicatie”. In Tabel 2 wordt het gebruik van de verschillende bijlagen uit de richtlijn en de onderdelen daarvan weergegeven.

Tabel 2: Gebruik van de bijlagen uit de richtlijn bij observatie

Bijlage	Gebruik N (%)*
Checklisten observatie, cognitie, emotie en gedrag (Bijlage 2)	24 (92%)
Aandachtsproblemen	8
Planning en regulatie	6
Geheugen	8
Waarneming	5
Handelingsvaardigheid	2
Emotie	3
Gedrag	3
Checklisten observatie van veranderingen in communicatie (Bijlage 4)	3 (12%)
Hoorstoornis	0
Dysartrie	2
Articulatiebeweging	0
Taalstoornis	1
Afasie	0
Hulpmiddel observatie van verandering in relaties (Bijlage 6)	0 (0%)
Rolpatronen	0
Sociale activiteiten	0
Seksualiteit	0
Checklist gevolgen van veranderingen in draaglast voor getroffen en naasten (Bijlage 8)	1 (4%)
Stress CVA getroffen	1
(Over)belasting naaste	0
Adviezen problemen coping (Bijlage 10)	0 (0%)
Methode	0

* Percentages tellen op tot meer dan 100%, omdat gebruik van bijlagen meerdere keren werd genoemd

Gemiddeld duurde een observatieperiode acht dagen, waarbij het aantal observatiedagen varieerde tussen de zeven en de 14 dagen. De mediaan ligt op zeven dagen.

Bij 54% (14) van de cliënten werden de cliënt en de naasten niet geïnformeerd over het feit dat er geobserveerd ging worden. Bij 31% (8) van de cliënten werden zowel de cliënt als de naaste(n) wel geïnformeerd over de observatie. Bij twee cliënten (8%) werd uitsluitend de cliënt op de hoogte gesteld van de observatie en eveneens bij twee cliënten (8%) werden uitsluitend de naasten in kennis gesteld van de observatie. De deelnemers (verpleegkundigen) lichtten toe, dat bij opname van de cliënt op de afdeling wel wordt gemeld dat er geobserveerd zal worden. Maar tijdens de observatie werd er vaak bewust niets gezegd tegen de cliënten om hun gedrag niet onnodig te beïnvloeden. Tegen de naasten werd vaak niets gezegd om hen niet onnodig ongerust te maken. Bij 96% van de cliënten (n=25) werden de afspraken over de observatie wel in het dossier van de cliënt vermeld.

Diagnose / Probleem vaststellen

De observatiegegevens werden bij 25 van de 26 cliënten (96%) besproken in het MDO. Bij alle cliënten waarvan de observatieresultaten werden besproken in het MDO, was ook een verslag van dit MDO in het dossier gedaan. Uit de resultaten van de observatie bleek dat er bij 25 cliënten (96%) uiteindelijk sprake was van een probleem, waarvan bij drie cliënten werd aangegeven, dat de specifieke aard van het probleem na de observatieperiode nog niet volledig duidelijk was. De problemen die werden beschreven staan vermeld in Tabel 3. Deze problemen kwamen in de praktijk vaak in combinatie voor.

Tabel 3: Soorten problemen

Soorten problemen	Aantal keren genoemd
Aandachtsproblemen (moeite om aandacht vast te houden)	5
Geheugenproblemen	5
Gedragsproblemen	4
Moeite met uitvoering van ADL activiteiten (volgorde)	4
Snel geëmotioneerd / van slag	3
Impulsief gedrag	2
Verminderd inzicht	2
Verminderde (geen) waarneming van linkerzijde	2
Daling van initiatief	2
Vertraagd reactievermogen	1
Verminderd geestelijk (denk)vermogen	1
Melodieprobleem	1
Daling flexibiliteit	1
Depressie	1

De diagnose werd bij 20 (77%) van de 26 cliënten in het dossier vermeld volgens PES ((Probleem, Ethologie, Signalen van het probleem), SAMPC (Somatische basisvaardigheden, Activiteiten dagelijks leven, Maatschappelijk functioneren, Psychisch functioneren, Communicatief functioneren) of volgens een eigen methode. Dit percentage zou nog iets hoger kunnen liggen, omdat in de vraagformulering

uitsluitend PES werd benoemd. Bij 24 cliënten (96%) van de 25 cliënten met een probleem werd de diagnose met andere disciplines besproken. Bij 16 cliënten (64%) werd de diagnose zowel met de cliënt zelf als met de naaste(n) besproken. Bij twee cliënten (8%) werd de diagnose alleen met de naasten besproken en bij drie cliënten (12%) werd de diagnose uitsluitend met de cliënt zelf besproken. Bij de vier overige cliënten (16%) werd de diagnose noch met de cliënt noch met diens naaste(n) besproken.

Bij vier cliënten (16%) werd besloten, dat er nog verder gegaan zou worden met het verzamelen van gegevens over de diagnose. In dit kader is het relevant te weten, dat het inbrengen van de verpleegkundige-diagnose vaak ook de start was van nader onderzoek door andere disciplines.

Bepalen aanpak problemen (interventies / adviezen)

Bij 25 cliënten waarbij een probleem was, werden bij 16 cliënten (64%) de interventies in het MDO besproken. Bij 24 cliënten (96%) werd genoteerd wie de interventies uitvoerde. Verder was bij 17 cliënten (68%) afgesproken wie de eindverantwoordelijke voor de interventies was. Voor één cliënt (4%) werd een vaste duur voor de interventieperiode afgesproken, voor twee cliënten (8%) was onbekend of er een interventieduur is afgesproken. Voor de overige 22 cliënten (88%) werd geen vaste interventieperiode afgesproken. Redenen die werden aangegeven voor het niet afspreken van een vaste interventieperiode waren allereerst dat men de duur van de interventie af wilde laten hangen van de mate waarin de cliënt opknapte van de medicatie / interventie. Verder waren er interventies die bedoeld waren als continue aanpassing en niet als tijdelijke. Een derde reden die werd genoemd was het vertrek van de cliënt, waardoor de interventies werden stopgezet.

Bij 10 cliënten (40%) werden zowel de cliënt als de naasten geïnformeerd over de interventies, bij zeven cliënten (28%) werden uitsluitend de naasten geïnformeerd en bij drie cliënten (12%) werd alleen de cliënt zelf op de hoogte gebracht van de interventies. Bij vijf cliënten (20%) werd noch aan de cliënt noch aan de naasten informatie verstrekt over de interventies.

In de richtlijn staan bijlagen, die gebruikt kunnen worden bij de uitvoering van de interventies. Bijlage 3 “Adviezen aanpak problemen met betrekking tot veranderingen in cognitie, emotie en gedrag” werd bij 19 cliënten (76%) gebruikt. Daarbij werd door vier deelnemers aangegeven dat daarnaast advies was gevraagd aan de psycholoog. Eén deelnemer had aanvullend advies gevraagd aan de ergotherapeut. Eén deelnemer had naast gebruik van bijlage 3 de verpleegkundigen en de naasten advies gegeven over omgang met de cliënt in verband met gebrek aan leerbaarheid bij de cliënt en drie deelnemers hadden naast gebruik van Bijlage 3, advies gegeven aan cliënt (en naasten) over de planningsvolgorde en regulatie. Bij de interventies was bij één cliënt gebruik gemaakt van Bijlage 5 “Adviezen problemen met betrekking tot veranderingen in communicatie”. Hierbij werd aangegeven dat adviezen over interventies bij melodieproblemen ontbraken. Bijlage 7 “Adviezen problemen met betrekking tot veranderingen in relaties”, werd bij één cliënt (4%) gebruikt.

In Tabel 4 staat het gebruik van de bijlagen bij de interventies beschreven. Onder elke bijlage genoemd in de linkerkolom staan de adviezen met betrekking tot de verschillende onderdelen vermeld en in de rechterkolom het aantal keren dat dit advies is gebruikt.

Tabel 4: Gebruik van de bijlagen uit de richtlijn bij interventies

Bijlagen	Gebruik N (%)*
Adviezen aanpak problemen met betrekking tot veranderingen in cognitie, emotie en gedrag (Bijlage 3)	19 (76%)
Geheugenproblemen	5
Waarneming	4
Handelingsvaardigheid	2
Emotie	3
Inzicht	3
Initiatiefverlies	2
Anders	8
Adviezen problemen met betrekking tot veranderingen in communicatie (Bijlage 5)	1 (4%)
Afasie	0
Traagheid denken / doen	0
Vermoeidheid	0
Neglect	0
Anders	1
Adviezen problemen met betrekking tot veranderingen in relaties (Bijlage 7)	1 (4%)
Adviezen problemen met betrekking tot de inzetbaarheid en belastbaarheid van getroffen en naasten (Bijlage 9)	0 (0%)
Verlagen draaglast	0
Verhogen draagkracht	0
Adviezen problemen coping (Bijlage 10)	0 (0%)

* Percentages tellen niet op tot 100%, omdat de bijlagen niet bij alle cliënten (N=26) werden gebruikt

Bij 25 cliënten werd besloten tot het toepassen van interventies. Bij 20 cliënten (80%) werden de interventies met andere disciplines besproken en bij vijf cliënten (20%) niet. Bij één van die vijf cliënten was het vertrek van de cliënt in het begin van de interventie de reden dat de interventies niet meer werden besproken. Bij 11 cliënten (44%) werden de interventies zowel met de cliënt als met de naasten besproken, bij zeven cliënten alleen met de naasten, bij drie cliënten uitsluitend met de cliënt zelf en bij drie cliënten werden de interventies noch met de cliënt, noch met de naasten besproken. De interventie-afspraken werden bij 23 cliënten (92%) in het dossier vermeld.

Beoordelen resultaten aanpak (evaluatie)

Bij 24 cliënten vond daadwerkelijk een interventie plaats. De cliënt die in het begin van de interventieperiode naar huis was gegaan, is buiten beschouwing gelaten.

Bij 22 van de 24 cliënten (92%) werden de resultaten van de interventies met de cliënt en diens naasten besproken, bij twee cliënten niet (8%). 17 cliënten (71%) waren van mening dat ze duidelijk baat hadden gehad bij de interventie(s), één cliënt gaf aan soms baat te hebben van de interventies (4%) en vier cliënten (17%) waren van mening geen baat te hebben gehad van de interventies. De naasten ervoeren in gelijke mate als de cliënten baat bij de interventies, want van hen was eveneens 71% van mening (naasten van 17 cliënten), dat de interventies geholpen hadden.

Uit de evaluatie van de deelnemers kwam naar voren dat bij zeven cliënten (29%) het probleem volledig was verholpen als gevolg van de toegepaste interventies. Van vier

cliënten (17%) werd aangegeven dat er geen vooruitgang was geboekt. Redenen die de deelnemers daarvoor gaven waren het beperkte of helemaal afwezige vermogen tot leren, het ontbreken van ziekte inzicht bij de cliënt en verdere achteruitgang van de cliënt als gevolg van nog een CVA. Bij de overige 13 cliënten (54%) was wel duidelijk vooruitgang geboekt ten aanzien van het probleem, maar was het probleem in mindere mate nog wel aanwezig. Redenen die daarvoor werden gegeven waren het beperkte leervermogen van de cliënt en het nog gaande zijn van de interventie.

Bij 19 cliënten (79%) werden de resultaten van de interventies besproken in het MDO en bij vijf cliënten (21%) niet. Volgens het MDO hadden 13 (68%) van de 19 besproken cliënten baat bij de interventies en zes niet (32%). Dat oordeel verschilde niet wezenlijk van het oordeel van de cliënten zelf en de naasten. Bij zeven cliënten (37%) was een verslag van het MDO in het dossier gedaan, bij de resterende 12 cliënten (63%) was dit niet gebeurd.

Bij 17 (71%) van de 24 cliënten werd de evaluatie van de interventie besproken met andere disciplines. Bij zes cliënten (25%) was dit niet gebeurd en van één cliënt (4%) was het onbekend. Bij 18 cliënten (75%) was na evaluatie van de interventies besloten dat er geen verdere interventies plaats zouden vinden. Bij de overige 25% (n=6) was er wel een vervolg, bijvoorbeeld het voortzetten van medicatie of het continueren van eerder gemaakte afspraken over de omgang met de cliënt.

4.3 Richtlijn verstoord slaap-waakritme

Anamnese

Bij 59 cliënten werd een registratieformulier ingevuld van de slaap-waakritme richtlijn: van 46 (78%) somatische cliënten en van 13 (22%) psychogeriatrische cliënten. Van de cliënten hadden 33 (56%) uitsluitend de kinderen als belangrijke naasten, 10 (17%) hadden alleen de partner als naasten, negen (15%) had zowel de partner als één of meerdere kinderen als belangrijke naasten en zeven (12%) had een andere belangrijke naaste (bijvoorbeeld kleinkind) of heeft geen belangrijke naasten.

Voor 55 cliënten (93%) werd direct na aankomst op de afdeling het slaap anamneseformulier ingevuld. Volgens deze slaap anamnese bleek bij 13 cliënten (24%) wel een slaapprobleem aanwezig te zijn en bij 40 cliënten (73%) niet. Voor 2 cliënten werd deze vraag niet ingevuld.

De vraag welk soort probleem werd vermoed werd voor 17 cliënten (29%) beantwoord. Bij vier cliënten (24%) betrof het een inslaapprobleem, bij 11 cliënten (65%) een doorslaapprobleem en twee cliënten sliepen overdag (12%). Vier cliënten hadden een combinatie van problemen. 38% van deze cliënten had het probleem korter dan drie weken en 62% al langer dan drie weken. Het slaapprobleem werd in het leeuwendeel van de gevallen (63%) gesignaleerd door de verpleging, in 9% door de cliënt en de verpleging, in 8% door de cliënt zelf, in 4% door de naasten en in eveneens 4% van de gevallen door de naasten in combinatie met de verpleging.

Dataverzameling / Observatie

Bij 95% van de cliënten (n=56) werd in het MDO besproken wie de gegevens zou gaan verzamelen. Bij 93% van de cliënten (n=55) werd genoteerd wie er informatie ging verzamelen en bij 81% van de cliënten (n=48) werd een eindverantwoordelijke aangewezen voor de observatie. Voor 15% van de cliënten (n=9) werd geen eindverantwoordelijke afgesproken en voor twee cliënten was deze vraag niet beantwoord. Voor 50 cliënten (85%) werd ook de observatiemethode besproken in het MDO, voor vier cliënten (7%) was dat niet gedaan en voor vijf cliënten (9%) was deze vraag niet beantwoord.

Bij de observatie werd voor 58 cliënten (98%) gebruik gemaakt van één of meerdere bijlagen uit de richtlijn, van 1 cliënt ontbraken de gegevens. Voor 34 cliënten (58%) was gebruik gemaakt van bijlage A “Vragen voor de slaapanamnese” samen met bijlage B ‘Korte observatielijst slaap-waakritme’. Daarbij werd twee keer naast bijlage A en B ook bijlage C “Uitgebreide observatielijst voor het vaststellen van een verstoord slaap-waakritme” en bijlage E “Slaapdagboek” gebruikt. Voor 18 cliënten (31%) was uitsluitend bijlage B gebruikt en voor één cliënt (2%) uitsluitend bijlage A. Voor drie cliënten (5%) was uitsluitend gebruik gemaakt van bijlage C en voor 2 cliënten (3%) was bijlage A plus D “Checklist voor zelfrapportage door cliënt over het slaappatroon” gebruikt. In Tabel 5 staat weergegeven hoe vaak de verschillende bijlagen in totaal zijn gebruikt de observatie van de cliënten.

Tabel 5: Gebruik van bijlagen uit de richtlijn bij de observatie.

Bijlagen	Gebruik N
Bijlage A Vragen voor de slaapanamnese	37
Bijlage B Korte observatielijst slaap-waakritme	52
Bijlage C Uitgebreide observatielijst voor het vaststellen van een verstoord slaap-waakritme	5
Bijlage D Checklist voor zelfrapportage door cliënt over het slaappatroon	2
Bijlage E Slaapdagboek	2

De duur van de observatieperiode werd voor 57 cliënten (97%) afgesproken en voor twee cliënten (3%) niet. De afgesproken duur varieerde tussen de één en de 21 dagen, waarbij de mediaan op 14 dagen lag.

Bij 41% van de cliënten (n=24) werden noch de naasten, noch de cliënt geïnformeerd over de observatie. Als toelichting hierop zeiden de deelnemers dat dit bewust werd gedaan, om te voorkomen dat het gedrag van de cliënt zou worden beïnvloed, om de observatie onopvallend te kunnen verrichten en om naasten niet onnodig ongerust te maken. Bij 14% van de cliënten (n=8%) werden alleen de naasten geïnformeerd, bij 29% (n=17) alleen de cliënt en voor één cliënt werd de vraag niet beantwoord.

De observatieafspraken werden bij 56% van de cliënten (n=33) in hun dossier vermeld, en bij 42% van de cliënten (n=25) niet.

Diagnose / Probleem vaststellen

De resultaten van de observatie waren bij 58% (n=34) van de cliënten in het MDO besproken, bij 20 cliënten (34%) was dat niet gebeurd en bij vijf cliënten (9%) was het onbekend. De verpleegkundigen gaven aan dat MDO's in de praktijk minder vaak plaatsvonden dan de richtlijn veronderstelde. In de praktijk werden diagnoses vaak binnen het team besproken of uitsluitend met de arts. Van de 34 keer dat de observatieresultaten wel in het MDO waren besproken was er bij 50% (n=17) een verslag van in het dossier vermeld, bij de andere 50% niet.

Zoals eerder genoemd, kwam uit de observatie naar voren dat 21 van de 59 cliënten wel een slaapprobleem hadden en 38 niet. De problemen die werden beschreven staan vermeld in Tabel 6.

Tabel 6: Soorten problemen

Soorten problemen	Frequentie (N)
Inslaapprobleem	4
Doorslaapprobleem	12
Overdag slapen	3
Piekeren en tobben	1
's nachts aan en uitkleden / 's nachts onrustig	2
Vroeg naar bed willen (en langer willen slapen dan lichaam kan)	2
Desoriëntatie in de tijd	1
slaapprobleem als gevolg van geestelijke toestand	2
Slaapprobleem zonder verdere uitleg	2

Deze problemen kwamen vaak in combinatie voor, daardoor was het totaal aantal problemen groter dan het aantal cliënten met problemen. Bij een aanzienlijk deel van de slaapproblemen werd vermeld dat ze een gevolg waren van dementie. Drie cliënten met een slaapprobleem overleden tijdens de diagnosefase. Voor 42% van de cliënten (n=25) was de diagnose volgen PES (Probleem, Ethologie, Signalen van het probleem), SAMPC (Somatische basisvaardigheden, Activiteiten dagelijks leven, Maatschappelijk functioneren, Psychisch functioneren, Communicatief functioneren) of volgens een eigen methode in het dossier vermeld. Bij 24 cliënten (41%) was dit niet gebeurd en voor 10 cliënten (17%) was dit onbekend. Bij 27 cliënten (46%) was de diagnose wel met andere disciplines besproken, bij 24 cliënten (41%) niet en bij acht cliënten (14%) was onbekend of er met andere disciplines over de diagnose was gesproken. De diagnose van 15 cliënten (42%) was noch met de cliënt zelf noch met diens naasten besproken. Bij 17 cliënten (29%) was uitsluitend met de cliënt, bij vijf (9%) uitsluitend met de naasten, en bij twee cliënten (3%) was de diagnose zowel met de cliënt zelf als met de naasten besproken. Van 10 cliënten (17%) was onbekend of de diagnose met cliënt en of naasten was doorgenomen. Bij drie cliënten (5%) werd na de diagnose besloten nog verder te gaan met het verzamelen van gegevens.

Bepalen aanpak problemen (interventies / adviezen)

Onderstaande resultaten hadden betrekking op cliënten met een slaapprobleem (n=18), daarnaast zijn de drie cliënten die tijdens de diagnosefase zijn overleden ook buiten beschouwing gelaten.

Bij zeven (39%) van de 18 cliënten waren de interventies wel in het MDO besproken, bij 10 cliënten niet (56%) en bij 1 cliënt (6%) was het onbekend. Van de zeven cliënten waarvan de interventies in het MDO waren besproken, was ook genoteerd wie de interventies uit zouden voeren. Bij twee cliënten (11%) was afgesproken wie de eindverantwoordelijke was voor de interventies. Dit lage percentage kwam volgens de deelnemers mede doordat het ook geen beleid was om per cliënt of actie te noteren wie de eindverantwoordelijke was.

Slechts bij één cliënt (6%) was een vaste interventieperiode bepaald. Twee cliënten (11%) hadden slaapvoorlichting gekregen, zeven cliënten (39%) niet en van negen cliënten (50%) was onbekend of ze de voorlichting hadden gekregen.

Bij negen cliënten werd een interventie ingezet (eenmaal werden twee interventies ingezet) ter bevordering van het slaap-waakritme. De volgende interventies werden ingezet: twee cliënten vulden een slaapdagboek in, twee cliënten kregen medicatie, één cliënt dronk niet meer later op de avond en bij één cliënt kwam een geestelijke raadvrouw twee keer in de week om met de cliënt te praten en voor één cliënt was een psycholoog ingeschakeld. Deze laatste twee zouden ook gezien kunnen worden als

interventies ter bevordering van een actieve en gezonde leefstijl (praten over problemen).

Bij vier cliënten waren enkele interventies toegepast ter bevordering van een actieve en gezonde leefstijl. Aanvullende interventies die daarbij waren toegepast waren het geven van snacks in de avond en de cliënt naar de dagverzorging laten gaan, waardoor de cliënt overdag meer wakker was. Interventies waarbij aanpassingen plaatsvonden ten aanzien van omgevingsfactoren, werden bij vier cliënten toegepast. In totaal waren bij 10 (56%) van de 18 cliënten één of meerdere interventies toegepast. Bij de acht resterende cliënten waren ondanks het probleem uiteindelijk geen interventies toegepast. Redenen die werden genoemd om geen interventie in te zetten waren het niet of nauwelijks behandelbaar zijn van het probleem (n=5), cliënten die de voorgestelde interventies niet wilden (n=2) en één cliënt kreeg tijdens de interventieperiode een CVA, waardoor haar slaapprobleem verdween.

In Tabel 7 staan de verschillende toegepaste interventiemethoden.

Tabel 7: gebruik van de interventiemethoden.

Interventies	Aantal keren gebruikt
Interventie bevorderen slaap-waakritme	9
Beperkte tijd in bed	1
Avondwandeling	0
Vaste tijd slapen / eten	0
Beperkte dutjes overdag	2
Anders	7
Interventie actieve en gezonde leefstijl	4
Beperkt alcohol	1
Beperkt nicotine	0
Beperkt cafeïne	0
Bevorderen beweging	1
Activiteiten in avond	2
Bespreken problemen	0
Naar toilet voor slapen	1
Incontinentiemateriaal	1
Behoud slaapgewoonte	1
Comfortabele slaaphouding	0
Anders	2
Interventie aanpassen omgevingsfactoren	4
Beperkt geluid in de nacht	2
Donkere slaapkamer	1
Veel licht overdag	0
Afstemming kamergenoten	2
Anders	2

Bij twee cliënten werd voor de uitvoering van de interventies gebruik gemaakt van een registratieformulier, namelijk het slaapdagboek.

Van de 10 cliënten waarbij daadwerkelijk een interventie heeft plaatsgevonden, waren bij twee cliënten (20%) de interventies met andere disciplines besproken, bij twee cliënten in elk geval niet, en van de resterende zes cliënten was het onbekend. Bij drie cliënten (30%) waren de interventies uitsluitend met de cliënt zelf besproken, bij twee cliënten (20%) uitsluitend met de naasten en bij één cliënt (10%) waren de resultaten

zowel met de naasten als met de cliënt besproken. Bij vier cliënten was onbekend of de interventies zijn besproken met cliënt en of naasten. Bij vijf cliënten (50%) waren de gemaakte interventie-afspraken wel in het dossier vermeld, bij één cliënt niet (10%) en bij vier cliënten (40%) was onbekend of de afspraken in het dossier van de cliënt waren vermeld.

Beoordelen resultaten aanpak (evaluatie)

Omdat van de 18 cliënten die een slaapprobleem hadden, er maar bij 10 cliënten (56%) daadwerkelijk een of meerdere interventies op het probleem waren toegepast, worden bij het bespreken van de resultaten van de evaluatie uitsluitend de cliënten betrokken waarbij daadwerkelijk een interventie heeft plaatsgevonden.

Bij vier cliënten (40%) waren de resultaten van de interventies met de cliënt besproken, bij één cliënt (10%) waren deze resultaten uitsluitend met de naaste besproken en bij vijf cliënten (50%) was onbekend of en met wie de resultaten waren besproken. Bij twee cliënten was bekend dat zij en/of hun naasten vonden dat de interventies hadden geholpen, bij twee cliënten vonden de cliënt en/of naasten dat de interventies geen baat hadden. Bij zes cliënten (60%) was deze vraag niet beantwoord. Daardoor was het niet mogelijk een concrete uitspraak te doen over de mate waarin de cliënten baat hadden bij de interventies.

De deelnemende verpleegkundigen gaven een aantal redenen op voor het nog niet opgelost zijn van een deel van de slaapproblemen. Bij een deel van de cliënten waren de slaapproblemen niet goed behandelbaar, als gevolg van dementie (n=2) of langdurige alcoholverslaving (n=1). Bij drie cliënten had de evaluatie nog niet plaatsgevonden aan het einde van de registratieperiode. Eén cliënt was voor de evaluatie ontslagen waardoor er geen zicht was op de resultaten en één cliënt was voorafgaand aan de evaluatie opgenomen in het ziekenhuis, waardoor ook van haar geen resultaten bekend waren.

Bij 3 cliënten (30%) werden de resultaten in het MDO besproken en volgens het MDO hadden alledrie cliënten baat bij de interventies. Bij één cliënt werden de resultaten niet in het MDO besproken en bij zes cliënten was onbekend of de resultaten waren besproken in het MDO. Bij twee van de drie in het MDO besproken cliënten was een verslag van de bespreking in het dossier gedaan. Van drie cliënten (30%) werden de resultaten van de interventies nog besproken met andere disciplines.

5 Discussie en aanbevelingen

5.1 Inleiding

Het doel van de proefimplementatie was om na te gaan of de AVVV-richtlijnen Bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen en Zorg bij een verstoord slaap-waak ritme bruikbaar en uitvoerbaar zijn in de praktijk.

De vraagstellingen van het evaluatieonderzoek waren:

- Worden de verschillende adviezen in de richtlijnen opgevolgd door de verpleegkundigen en verzorgenden?
- Wat zijn de redenen voor het wel en het niet opvolgen van deze richtlijnen?
- Dragen de ingezette instrumenten (training van implementatiecoördinatoren; handreiking voor invoering, inclusief scholing voor verzorgenden en verpleegkundigen; checklist implementatieplan voor instellingen) bij aan een effectieve implementatie en zijn er eventuele verbeterpunten met het oog op de toekomstige landelijke implementatie?

In deze paragraaf wordt een beschouwing gegeven over de resultaten aan de hand van de onderzoeksvragen. Tevens worden enkele opmerkingen gemaakt over de projectopzet en het onderzoek. Het hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen.

5.2 Richtlijnen

5.2.1 *Opvolgen van adviezen in de richtlijnen*

De beide richtlijnen bevatten adviezen over de achtereenvolgende stappen voor de uitvoering: gegevens verzamelen (anamnese en observaties), probleem vaststellen (diagnose), bepalen van de aanpak (interventies) en beoordelen van de resultaten (evaluatie). Tevens worden voor elke stap in de vorm van bijlagen voor elke richtlijn methodieken aangereikt.

Met name hoofdstuk 5 geeft inzicht in de mate waarin de adviezen zijn opgevolgd en gebruik is gemaakt van de methodieken.

Voor beide richtlijnen geldt dat de adviezen voor elke stap in meer of mindere mate zijn opgevolgd. Er is wel sprake van variatie, maar dat mag als normaal worden beschouwd, omdat het een nieuwe aanpak betrof die vanzelfsprekend om enige gewenning vroeg. Daarnaast was niet in alle gevallen volledig en nauwkeurig geregistreerd, waardoor over een aantal vragen onvoldoende informatie bekend was. Daar waar (sterk) van de adviezen werd afgeweken, was er een duidelijke verklaring en werd beredeneerd van het advies afgeweken. Bijvoorbeeld in de CVA-richtlijn wordt geadviseerd eerst in het MDO af te spreken wie de observatiegegevens gaat verzamelen. Bij meer dan driekwart van de betrokken cliënten was dit niet gebeurd. Hiervoor was een praktische verklaring. De frequentie van het MDO sluit in veel gevallen niet aan bij de binnenkomst van een cliënt. Er kan een tijd overheen gaan voordat het MDO bijeenkomt. In de tussentijd moet er wel worden geobserveerd.

Het tegenovergestelde was het geval bij de slaap-waak ritme richtlijn. Daar werd voor vrijwel alle cliënten in het MDO afgesproken wie de informatie zou gaan verzamelen. Dit had echter te maken dat bij één instelling ook al aanwezige cliënten in het project werden betrokken, in verband met de geringe doorstroming, waardoor maar enkele nieuwe bewoners werden verwacht. De oorspronkelijke afspraak was om alleen nieuwe cliënten te betrekken, zoals bij de CVA-richtlijn heeft plaatsgevonden.

Een andere afwijking van de adviezen betrof het bespreken van de voornemens tot het observeren met de cliënten en hun naasten. In beide richtlijnen wordt geadviseerd de cliënten hierover te informeren. Bij de slaap-waak ritme richtlijn werd in veel gevallen dit niet met de cliënt besproken, omdat deze dementerend was. Bij de CVA-richtlijn werden cliënten wel geïnformeerd over observaties bij opname, maar niet tijdens de observaties om hun gedrag niet te beïnvloeden.

Wat betreft het gebruik van de methodieken die bij elke stap zijn geadviseerd geldt voor beide richtlijnen dat deze in meer of mindere mate zijn toegepast. Ook hier is sprake van variatie, waarbij soms ook beredeneerd werd, waarom bepaalde methodieken niet volledig werden toegepast en/of niet bij alle cliënten. Bij de CVA-richtlijn bijvoorbeeld bleek bij de observatieperiode een duidelijke voorkeur voor de bijlagen in de handleiding voor de observaties van cognitie, emotie en gedrag. Dat had vooral te maken met de veelheid van aspecten waarop kon worden geobserveerd. Verzorgenden vonden dit moeilijk. Dat is wel een belangrijk punt van aandacht, omdat daarmee niet een volledig beeld van de CVA-problematiek kan worden vastgesteld. Voor de slaap-waak-ritme richtlijn geldt dat enkele observatie-methodieken bij dementerende cliënten niet mogelijk bleken (Bijlagen A en B), maar wel voor “somatische” cliënten. Bovendien maakt het slaappatroon vaak al deel uit van de intake. Wat betreft het gebruik van interventiemethodieken blijken slaapproblemen van dementerende veel moeilijker behandelbaar en daarom is een slaapdagboek ook niet geschikt. In die zin heeft de slaap-waakritme richtlijn maar beperkte waarde voor cliënten met psychogeriatrische problematiek.

5.2.2 *Ervaren relevantie en bruikbaarheid*

Aan het begin van het project is de ervaren relevantie en bruikbaarheid van de eerste versies van de handleidingen (de werkdocumenten) gepeild in interviews. Daaruit bleek dat er nog de nodige aanpassingen aan deze versies nodig waren om de praktische bruikbaarheid te optimaliseren. Met opzet is voor deze benadering gekozen, omdat bekend is dat het “toestaan van re-invention” (Rogers, 1995), dat wil zeggen dat potentiële gebruikers daadwerkelijk bijdragen aan de inhoud en vormgeving van een vernieuwing, de acceptatie en het gebruik bevorderen.

Het gebruik vervolgens in de praktijk tijdens het project toonde aan dat de relevantie van de richtlijnen voor het eigen werk niet had ingeboet. Men ziet ook duidelijke voordelen, vooral in het bewuster en systematischer observeren en aanpakken van problemen. Ook bleek dat de bruikbaarheid nog verder kon worden verbeterd, waar ook meerdere suggesties voor zijn gedaan. Dat laat zien dat een proefimplementatie als praktijktoets nodig is om de uitvoerbaarheid en bruikbaarheid van richtlijnen te testen. Hierdoor mag worden verwacht dat de acceptatie van de richtlijnen door collega's in de instellingen bij landelijke verspreiding zal worden bevorderd.

In algemene zin kan worden geconcludeerd dat de handleidingen voor de uitvoering van richtlijnen voldoen aan de gestelde doelen. Op basis van de aanbevelingen voor verbetering die door de instellingen zijn genoemd, kunnen ze verder worden geoptimaliseerd en gereed gemaakt voor landelijke verspreiding en implementatie.

5.3 Implementatie-activiteiten

5.3.1 *Werving van instellingen*

Met veel extra inspanningen is het gelukt vier instellingen te interesseren voor deelname aan de proefimplementatie. Voor de landelijke implementatie van de richtlijnen is het belangrijk rekening te houden met tal van omstandigheden, zoals fusies, reorganisaties, of andere beleidsprioriteiten.

Daar waar er sprake is van turbulentie moet de nodige voorzichtigheid worden betracht bij het introduceren van nieuwe of aangepaste werkwijzen in de verpleging en verzorging. Dat blijkt ook uit de proefimplementatie waar één instelling moest afhaken en in één afdeling van een andere instelling het project moeizaam van start ging door het vertrek van het afdelingshoofd.

5.3.2 *Implementatiecoördinatoren en scholing*

Voor een goede invoering en voor de structurele inbedding (continuering) van de richtlijnen in het beleid en de dagelijkse activiteiten in een instelling is een werker met een aparte coördinerende functie onontbeerlijk. Het geeft aan dat het werken volgens richtlijnen een regulier onderdeel is van het werk en het bevordert de zichtbaarheid van richtlijnen. Zorgcoördinatoren (ZoCo's) lijken hiervoor de meest aangewezen personen, met ondersteuning van hun afdelingshoofd. Ze hebben een goed overzicht over het werk van de afdeling en kennis van het dagelijkse werk. Het wordt echter aangeraden om de eerste introductie van de richtlijnen bij de collega's en bij andere disciplines te laten uitvoeren door het afdelingshoofd.

Het train-de-trainer concept dat bij de proefimplementatie is toegepast heeft haar waarde bewezen. De scholing werd door de coördinatoren als nuttig ervaren, vooral ook omdat men de gelegenheid kreeg mee te denken en mee te beslissen over de opzet van de handleidingen voor de uitvoering van de richtlijnen. Een belangrijk aandachtspunt voor de toekomst is wel dat voor systematische en planmatige invoering van de richtlijnen voldoende faciliteiten, vooral in de vorm van tijd, beschikbaar is.

5.3.3 *Werkplannen implementatie*

De werkplannen werden in algemene zin gebruikt om de noodzakelijke activiteiten in kaart te brengen, de verschillende verantwoordelijkheden te beschrijven en een goede planning te maken. Van belang bleek goed te anticiperen op mogelijke kritische kanttekeningen van collega's en van andere disciplines op de richtlijnen. In de checklist voor het opstellen van de werkplannen was hier niet in voorzien. In de bijeenkomsten met coördinatoren werden wel geregeld de ervaringen en leerpunten hierover uitgewisseld. Van belang is vooral dat de kritische kanttekeningen serieus genomen worden en goed worden besproken. In de checklist voor de werkplannen moet dit aspect nog verder worden uitgewerkt.

5.3.4 *Scholing van verzorgenden door de coördinatoren*

Het oorspronkelijke voorstel voor de scholing van de medewerkers over de inhoud van de richtlijn en methodisch werken werd niet positief ontvangen. Men kon zich wel vinden in de opzet (aan de hand van casuïstiek bespreken van de verschillende stappen in de handleidingen). Maar men vond dat de scholing niet nodig was, omdat de kennis over methodisch werken voldoende werd geacht, en men vond dat de scholing te veel tijd in beslag zou nemen. Hier moet in het vervolg goed rekening mee worden gehouden. Beperkingen in de tijd geven enige beperkingen in de aard van de scholing, die echter wel nodig is. Zeker bij de CVA-richtlijn was achteraf gezien inhoudelijke

scholing nog wenselijk. De richtlijn is complex door de meervoudige problematiek van cliënten met een CVA. Daarom wordt ook geadviseerd verschillende klinische lessen te gebruiken bij de introductie van de richtlijn in een instelling.

5.3.5 *Helpdesk*

Geregeld werden tijdens de uitvoering van de proefimplementatie de TNO en AVVV medewerkers geraadpleegd voor antwoorden en oplossingen voor vragen en problemen. Tevens maakten de coördinatoren gretig gebruik van de mogelijkheden om tijdens de bijeenkomsten elkaar te informeren over de voortgang van de implementatie in de eigen instelling en de problemen die zich daarbij voordeden. Dit versterkt het beeld dat voor de landelijke implementatie een landelijke helpdesk nodig is.

5.4 **Projectopzet en registratieonderzoek**

Het project heeft enige vertraging opgelopen omdat in het opstellen van de handleidingen voor de uitvoering van richtlijnen niet was voorzien. Het vergde veel extra inspanningen van de AVVV- en de TNO-medewerkers om deze handleidingen te schrijven. Dat heeft op zichzelf geen ongunstige invloed gehad op het verloop van de proefimplementatie. Het tegendeel is eerder het geval. Dankzij de praktische handleidingen werden de instellingen goed gefaciliteerd voor de proefimplementatie. Het maakte echter wel duidelijk dat richtlijnen voor de verpleging en verzorging aan bruikbaarheid zullen winnen als ze worden “vertaald” in praktische handleidingen voor de uitvoering.

Alle deelnemers aan de registratie waren het er over eens, dat de registratie een aanzienlijke klus was, die veel tijd van hen vroeg. Deels ook doordat voor de registratie vaak input nodig was van andere disciplines. Dit kon vertragend werken op de voortgang. Daarbij kwam nog dat de werkwijze van andere disciplines niet altijd aansloot op de richtlijn. Het registratieformulier werd gezien als noodzakelijk voor het onderzoek. Voor gebruik in de praktijk zouden de hoogstnoodzakelijke items van het formulier moeten worden geïntegreerd met de inhoud van het dossier, zodat het deel uit zou gaan maken van het standaard werkproces. De deelnemers vonden het prettig om met collega's te overleggen over de registratie, dat werd als verhelderend ervaren. Verder noemden de deelnemers dat voor beide richtlijnen geldt, dat er minder vaak multidisciplinair overleg (MDO) plaatsvond dan werd verondersteld in de richtlijn. Besloten werd daarom het begrip MDO ruim op te vatten, waardoor het ook overleg tussen twee of meer disciplines omvat.

5.5 **Conclusies en aanbevelingen**

In algemene zin kan worden gesteld dat de proefimplementatie heeft beantwoord aan de verwachtingen. Dankzij een goed gestructureerde aanpak, ondersteund met adequate hulpmiddelen en scholing, is een goed inzicht verkregen in de uitvoerbaarheid van de richtlijnen en in de belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie. Het project laat eens te meer zien dat ontwikkelde richtlijnen in de praktijk moeten worden beproefd (proefimplementatie), alvorens over te gaan tot grootschalige verspreiding en invoering. Proefimplementaties geven een goed inzicht in de praktische haalbaarheid en genereren informatie om de uitvoering van de richtlijnen te faciliteren.

Om de toepasbaarheid en de bruikbaarheid van de twee richtlijnen, die in dit project zijn beproefd te bevorderen, was het noodzakelijk om een praktische handleiding te maken

voor de uitvoering. Dat bleek een goed hulpmiddel voor de instellingen bij de implementatie. Het verdient aanbeveling om ook toekomstige richtlijnen vergezeld te laten van een handleiding voor de uitvoering.

Hieronder volgen enige aanbevelingen voor de bevordering van de bruikbaarheid van de twee richtlijnen, en aanbevelingen voor de implementatie van de richtlijnen in de instellingen en voor de landelijke implementatie.

5.5.1 *Aanbevelingen voor de richtlijnen*

Het verdient aanbeveling om bij de richtlijnen drie onderdelen ter beschikking te hebben.

1. Een document met de beschrijving van de onderbouwing van de richtlijn. Dit is de eigenlijke richtlijn, die als uitgebreid naslagwerk kan worden geraadpleegd. Deze is al beschikbaar.
2. Een geplastificeerde kaart met een samenvatting van de belangrijkste aspecten van de richtlijn. Deze kaart is een handig hulpmiddel om de essentie van de richtlijn weer te geven. De kaart stimuleert naar verwachting het gebruik van de richtlijn. De kaart moet nog worden ontwikkeld.
3. Een handleiding voor de uitvoering van de richtlijn, waarin de voorwaarden voor de uitvoering zijn beschreven en de stappen en methodieken om de richtlijn goed uit te voeren. De handleiding is instructief en ondersteunt de verzorgenden en verpleegkundigen bij de uitvoering en is tevens een goed hulpmiddel bij de scholing over de richtlijnen. De bestaande concept-handleidingen worden naar aanleiding van de proefimplementatie bijgesteld. In paragraaf 3.9.2 zijn een aantal suggesties gegeven voor de verbetering van de bruikbaarheid. Het verdient aanbeveling deze suggesties op te volgen. Het betreft voorstellen over het taalgebruik (moeilijke termen vooral) en zinsformuleringen, de lay-out van de handleidingen, de adviezen in de handleiding en het gebruik van de methodieken (checklists).

Deze aanbevelingen gelden ook voor toekomstige richtlijnen in de verpleging en verzorging. De opzet van de handleidingen dient aan te sluiten bij de fasen in het zorgproces anamnese, observatie, diagnose, interventie, evaluatie.

5.5.2 *Aanbevelingen voor de implementatie in instellingen*

Het verdient aanbeveling om voor de instellingen een handleiding te maken voor de invoering van de richtlijnen (of voor richtlijnen in het algemeen). Dit is een checklist van aandachtspunten en van methoden om stapsgewijs de implementatie van richtlijnen tot stand te brengen. Essentiële aspecten die in de checklist aan de orde moeten komen:

- De directie van de instelling dient van meet af aan de invoering een warm hart toe te dragen en dat uit te dragen in de instelling.
- De directie dient de implementatie te ondersteunen met (financiële) middelen.
- Er dient draagvlak voor de richtlijnen te zijn bij de andere disciplines in de instelling (arts, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut e.a.).
- Draagvlak en enthousiasme zijn ook nodig bij de leiding van afdelingen, vooral ook om verpleegkundigen en verzorgenden te stimuleren.
- Er dient een verantwoordelijke coördinator voor de invoeringsactiviteiten en voor de uitvoering van de richtlijnen benoemd te worden.
- Voor de invoering van de richtlijnen dient tijd te worden vrijgemaakt.
- Een werkplan (met activiteiten en tijdpad) voor de invoering dient te worden opgesteld.
- Voorlichting en scholing (schriftelijke informatie, mondelinge voorlichting, klinische lessen) aan de verzorgenden, verpleegkundigen en andere disciplines is noodzakelijk;

wenselijk is veel aandacht te besteden aan mogelijke belemmerende en bevorderende factoren.

- Het bewaken van voortgang in het gebruik en de kwaliteit van het gebruik (via werkoverleg, MDO en andere overlegvormen) is gewenst.

De checklist die is gebruikt in het kader van de proefimplementatie kan worden bijgesteld en aangevuld. Het verdient aanbeveling dat de AVVV hierbij het initiatief neemt.

5.5.3 *Aanbevelingen voor de landelijke implementatie*

Het wordt ten slotte aanbevolen om een infrastructuur voor de regionale en landelijke verspreiding, adoptie en implementatie van richtlijnen in verpleeg- en verzorgingshuizen in te richten. Suggesties voor activiteiten die de kennis over en het gebruik van richtlijnen kunnen stimuleren zijn gedaan in paragraaf 3.9.1.

- Publicaties over de richtlijnen in landelijke vakbladen en tijdschriften van verpleegkundige beroepsorganisaties (en eventueel in tijdschriften van andere disciplines).
- Informatie en voorlichting over richtlijnen in de regio in het regio-overleg van instellingen.
- Informatie over de richtlijnen in het huisperiodiek van de instellingen en door mondelinge voorlichting door afdelingshoofden.
- Eerste introductie van de richtlijnen in regionale workshops.
- Ontwikkelen en verspreiden onder instellingen van aantrekkelijk promotiemateriaal”, bijvoorbeeld in de vorm van een CD/DVD.
- Richtlijnen opnemen in standaardprocedures en –werkwijzen van de instellingen.
- Verwerking van de methodieken in de richtlijnen (voor observaties e.d.) in de dossiers van bewoners.
- Ontwikkelen van een landelijke website over de richtlijnen met een helpdesk voor vragen en reacties, inclusief een overzicht van veel gestelde vragen (en antwoorden).

Aanbevolen wordt dat de AVVV hiertoe het voortouw neemt. Samenwerking met Arcares, Z-org en de verpleeghuisartsen (NVVA) zal het rendement van de inspanningen van de AVVV vergroten.

5.5.4 *Dankwoord*

Een speciaal woord van dank gaat uit naar alle instellingen die hebben meegewerkt aan de proefimplementatie. In het bijzonder naar de implementatiecoördinatoren en de leidinggevenden van de afdelingen die actief aan het project hebben meegewerkt. Hun enthousiasme was vaak aanstekelijk, hun doorzettingsvermogen bij enige tegenslag wekte bewondering. Dankzij hun inzet is er veel waardevolle informatie verzameld, die goed gebruikt kan worden bij de activiteiten voor de landelijke implementatie van de richtlijnen

6 Referenties

Assema P van, Mesters I, Kok G. Het focusgroepinterview: een stappenplan. TSG 1992;7:431-7

Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002

Grol R & Wensing M. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001

Paulussen TGWM. Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Thesis. Maastricht: University of Maastricht, 1994.

Rogers EM. Diffusion of innovations. 4th Edition. The Free Press, New York, 1995

Zorgonderzoek Nederland. Met het oog op toepassing. Den Haag: ZON, 1998

A Deel I

- A Overzicht instellingen, afdelingen en implementatiecoördinatoren
- B Vragen focusgroep interviews
- C Registratieformulieren
- D Interviewvragen afsluitend groepsinterview
- E Checklist opstellen werkplan invoering

Bijlage A Overzicht instellingen, afdelingen en implementatiecoördinatoren

Instelling	Contactpersonen	Afdeling	Richdijn	Coördinatoren
Verpleeghuis Lauwershof Jupiterstraat 10 1829 CA Oudorp (Alkmaar) Tel. 072 5198198	Annemiek Kuipers, afdelingshoofd akuipers@lauwershof.nl Tel.072 5198172	Revalidatie	CVA	Margo Mienis Veronie Groot
Stichting Zorgspectrum Locatie Het Houtens Erf Stationserf 82 3991 KZ Houten Tel. 030 6358686	Paul Hogervorst (tijdelijk)* phogervorst@lauwershof.nl Tel 072 5198175	Psychogeriatric (Afdeling V)	Slaap-waakritme	Monique Flaton (vervangen door Erna Carbaat) Rita van Lange
Stichting Zorgspectrum Locatie Haltna Huis Het Kant 193 3995 GZ Houten Tel. 030 6350922	Dorien Raymakers d.raymakers@zorgspectrum.nl	De Wetering	Slaap-waakritme	Elly Veltmans Nicolet Copier (vervangen door Els Bergsma) Willemien Bos
Stichting Zorgspectrum Locatie Haltna Huis Het Kant 193 3995 GZ Houten Tel. 030 6350922	Tilli Duijf t.duijf@zorgspectrum.nl	Verpleeghuis-afdeling	Slaap-waakritme	Joke Stam Wilma Hatzman
Stichting Zorgspectrum Locatie De Geinsche Hof Vuurscheschans 75 3432 TX Nieuwegein Tel. 030 6089811	Margareth Vogel, afdelingshoofd Kreeft m.vogel@zorgspectrum.nl	Revalidatieafd. Kreeft	CVA	Gerda van Rossum Sila Boedha Sabrina de Jong
Stichting Arcus** Locatie Verpleeghuis Margriet Dr. Claas Noorduystraat 5 6522 AS Nijmegen Tel. 024 3275111	Ron Rietman r.rietman@stich-tingarcus.nl Stichting Arcus Monique Jozen, kwaliteitsfunctionaris Postbus 6810 6503 GH Nijmegen	Revalidatie (Afdeling I)	CVA	Henny Cilessen Diana Broekman
Solis Zorggroep Locatie PW Janssen Hermelijn 2 7423 EJ Deventer Tel 0570 698200	Gerrit de Graaf, kwaliteitsfunctionaris Gerrit.de.Graaf@zorggroepsolis.nl	Revalidatie (Afdeling I)	Slaap-waakritme	Peggy Coolen Manon Meijer
		Afdeling Zuidloo Bert.Bouman@zorggroepsolis.nl	CVA	Linnie Hengeveld Janneke Roddenhof
		Afdeling Aveloo Nienke.van.Bezooijen @zorggroepsolis.nl	Slaap-waakritme	Remko Top (vervangen door Monique Lubberssen) Miechiel Otto

* Per januari 2005 vertrok het afdelingshoofd en werd voor het project waargenomen door het hoofd van de Afdeling Revalidatie

** Per oktober 2004 is Verpleeghuis Margriet gestopt met deelname aan het project

Bijlage B Vragen focusgroepinterviews

A) Vragen over het werkdocument (korte versie)

1. Wat is uw algemene indruk van de richtlijn?
2. Vindt u het werken met de richtlijn belangrijk voor uw dagelijkse werk?
3. Ziet u voordelen voor u zelf en voor de cliënten en hun mantelzorgers als u de richtlijn gebruikt?
4. Is de indeling van de richtlijn duidelijk?
5. Vindt u de richtlijn begrijpelijk geschreven? Welke onderdelen wel, welke niet?
6. Is de werkwijze en zijn de verschillende stappen in de richtlijn duidelijk beschreven? Welke wel, welke niet?
7. Wordt goed duidelijk gemaakt wat u moet doen (en laten)? Wat wel, wat niet?
8. Denkt u dat u in staat bent de richtlijn praktisch uit te voeren? Welke onderdelen wel en welke niet? Welke problemen denkt u tegen te komen?
9. Wat mist u eventueel in de richtlijn?
10. Heeft u zelf nog ideeën om de richtlijn te verbeteren?

B) Vragen over de richtlijn (lange versie)

1. Vindt u achtergrondinformatie over slaapstoornissen en hoe daarmee om te gaan nuttig?
2. Vindt de informatie duidelijk en begrijpelijk geschreven?
3. Wat vindt u van de hoeveelheid informatie?
4. Zou u uw collega's aanraden dit document te bestuderen?
5. Is de achtergrondinformatie uit de lange versie nodig om de adviezen uit de het werkdocument (korte versie) te kunnen begrijpen?
6. Welke adviezen hebt u om de lange versie desgewenst te verbeteren?

Bijlage C : Registratieformulieren

REGISTRATIEFORMULIER SLAAP-WAAKRITME

NAAM CLIËNT:
GEBOORTEDATUM:
AFDELING:

REGISTRATIEFORMULIER SLAAP-WAAKRITME
REGISTRATIENUMMER CLIËNT :
(PERSOONSCODE COÖRDINATOR /NUMMER CLIËNT)

CLIËNTGEGEVENS

Soort cliënt ' somatisch ' psychogeriatrisch
Belangrijke naaste(n) cliënt ' partner ' kind(eren) ' anders
.....

GEGEVENS VERZAMELEN (ANAMNESE)

Slaap anamneseformulier ingevuld ' ja ' nee
Datum afname slaapanamnese/...../..... (dag/maand/jaar)
Bleek uit anamnese slaapprobleem ' ja ' nee
Slaapprobleem nieuw t.o.v. anamnese ' ja ' nee
Datum eerste signalering probleem/...../..... (dag/maand/jaar)
Soort probleem ' inslaapprobleem ' doorslaapprobleem ' overdag slapen
' anders, nl
Duur slaapprobleem ' < 3 weken ' > 3 weken
Wie signaleerde probleem ' cliënt zelf ' naasten ' verpleging

GEGEVENS VERZAMELEN (OBSERVATIE)

In team besproken wie observeren ' ja ' nee
Datum bespreking in team/...../..... (dag/maand/jaar)
Wie observeren (namen vermelden)
Eindverantwoordelijke (naam vermelden) ' ja ' niet afgesproken
In team methode(n) observatie besproken ' ja ' nee
Soort methode ' korte observatielijst (B) ' lange observatielijst (C) ' checklist cliënt (D) ' slaapdagboek (E) ' anders
Wordt apart registratieformulier gebruikt ' bijlage B ' bijlage C ' bijlage D ' bijlage E ' geen formulier ' anders
.....
Duur observatieperiode ' dagen ' weken ' niet afgesproken ' anders
Startdatum observatieperiode/...../..... (dag/maand/jaar) ' niet afgesproken
Cliënt / naaste(n) geïnformeerd ' cliënt ' naaste(n) ' nee
Bovenstaande afspraken in dossier vermeld ' ja ' nee

PROBLEEM VASTSTELLEN (DIAGNOSE)

Resultaten/diagnose in team besproken	' ja	' nee	
Datum bespreking in team	/...../..... (dag/maand/jaar)		
Verslag teambespreking in dossier vermeld	' ja	' nee	
Wat is de (globale) diagnose	' geen slaapprobleem	' (nog) niet duidelijk	
	' wel slaapprobleem, namelijk		
.....			
.....			
Diagnose in dossier vermeld volgens PES	' ja	' nee	
Diagnose met andere disciplines besproken	' arts	' psycholoog	' nee
	' anders		
Diagnose met cliënt / naaste(n) besproken	' cliënt	' naaste(n)	' nee
Afspraak verdere gegevens te verzamelen	' ja	' nee	' anders
.....			

Indien verdere gegevens worden verzameld -> nieuw formulier invullen en beginnen bij rubriek Observatie

BEPALEN AANPAK SLAAPPROBLEMEN (INTERVENTIES)

In team interventies besproken	' ja	' nee	
Datum bespreking in team	/...../..... (dag/maand/jaar)		
Wie voeren interventies uit (namen vermelden)	.....		
Eindverantwoordelijke (naam vermelden)	' ja	' niet afgesproken	
Duur interventieperiode	' dagen	' weken	' niet
afgesproken			' anders
.....			
Startdatum interventieperiode	/...../..... (dag/maand/jaar)		' niet
afgesproken			
Slaapvoorlichting aan cliënt gegeven	' ja	' nee	
Interventie bevorderen slaap-waakritme slapen/eten	' beperkte tijd in bed	' avondwandeling	' vaste tijd
	' beperkt dutjes overdag	' anders	
Interventie actieve en gezonde leefstijl cafeïne	' beperkt alcohol	' beperkt nicotine	' beperkt
bevorderen beweging	' activiteiten in avond	' bespreken problemen	
	' naar toilet voor slapen	' incontinentiemateriaal	' behoud
slaapgewoonte			
	' comfort. slaaphouding	' anders	
Interventie aanpassen omgevingsfactoren overdag	' beperkt geluid in nacht	' donkere slaapkamer	' veel licht
kamergenoten afstem.	' anders		
Wordt apart registratieformulier gebruikt	' ja	' nee	' anders
.....			
Interventies met andere disciplines besproken	' arts	' psycholoog	' nee
	' anders		
Interventies met cliënt / naaste(n) besproken	' cliënt	' naaste(n)	' nee
Bovenstaande afspraken in dossier vermeld	' ja	' nee	

BEOORDELEN RESULTATEN AANPAK (EVALUATIE)

Resultaten met cliënt/naaste(n) besproken	' ja	' nee	
Interventies volgens cliënt/naaste(n) geholpen	' ja	' nee	
Waaruit bestaat slaapprobleem nog	.....		
			
Waarom werkten interventies niet	.....		
			
Resultaten interventies in team besproken	' ja	' nee	
Interventies volgens team geholpen	' ja	' nee	
Waaruit bestaat slaapprobleem nog	.....		
			
Waarom werkten interventies niet	.....		
			
Resultaat met andere disciplines besproken	' arts	' psycholoog	' nee
	' anders		
Datum bespreking in team	/...../..... (dag/maand/jaar)		
Verslag teambespreking in dossier vermeld	' ja	' nee	
Afspraak om verdere interventies te doen	' ja	' nee	' anders
.....			

Indien verdere interventies worden gedaan -> nieuw formulier invullen en beginnen bij rubriek Interventies

NB Kopie van registratieformulier + kopie van zelfrapportage / observatielijst (bijlagen B t/m E) opsturen naar TNO

© MAH Fleuren / TNO-PG / 2004

REGISTRATIEFORMULIER CVA-GETROFFENEN

NAAM CLIËNT:
 GEBOORTEDATUM:
 AFDELING:

REGISTRATIEFORMULIER CVA-GETROFFENEN

REGISTRATIENUMMER CLIËNT :
 (PERSOONSCODE COÖRDINATOR /NUMMER CLIËNT)

CLIËNTGEGEVENS

Belangrijke naaste(n) cliënt ' partner ' kind(eren) ' anders

GEGEVENS VERZAMELEN (ANAMNESE)

Overdrachtdossier ziekenhuis aanwezig ' ja ' nee
 Probleem nieuw t.o.v. overdrachtdossier ' ja ' nee
 Datum eerste signalering probleem/...../..... (dag/maand/jaar)
 Soort probleem ' cognitie ' emotie ' gedrag
 ' communicatie ' relaties ' draaglast
 cliënt

 ' draaglast naasten ' coping ' anders

 Duur probleem ' dagen ' weken
 Wie signaleerde probleem ' cliënt zelf ' naasten ' verpleging

GEGEVENS VERZAMELEN (OBSERVATIE)

In MDO besproken wie gegevens verzamelen ' ja ' nee
 Datum bespreking in MDO/...../..... (dag/maand/jaar)
 Wie verzamelen gegevens (namen vermelden)
 Eindverantwoordelijke (naam vermelden) ' ja ' niet afgesproken
 In MDO methode(n) verzamelen besproken ' ja ' nee
 Methode checklist cognitie, emotie, gedrag (2) ' aandachtsprobleem ' planning en regulatie ' geheugen
 waarneming ' handelingsvaardigheid ' emotie
 ' gedrag ' anders
 Methode checklist communicatie (4) ' hoorstoornis ' dysartrie ' articulatiebeweging
 ' taalstoornis ' afasie ' anders

 Methode observatie verandering relaties (6) ' rolpatronen ' sociale activiteiten ' seksualiteit
 ' anders
 Methode checklist draaglast (8) ' stress CVA-getroffene ' (over)belasting naaste ' anders

 Methode coping problemen ' methode..... ' anders
 Wordt apart registratieformulier gebruikt ' bijlage nrs ' geen formulier ' anders

Duur observatieperiode	'	dagen	'	.. weken	' anders
.....					
Startdatum observatieperiode	/...../.....	(dag/maand/jaar)			' niet
afgesproken					
Cliënt / naaste(n) geïnformeerd	' cliënt		' naaste(n)		' nee
Bovenstaande afspraken in dossier vermeld	' ja		' nee		

PROBLEEM VASTSTELLEN (DIAGNOSE)

Resultaten/diagnose in MDO besproken	' ja		' nee	
Datum bespreking in MDO	/...../.....	(dag/maand/jaar)		
Verslag MDO-bespreking in dossier vermeld	' ja		' nee	
Wat is de (globale) diagnose	' geen probleem		' (nog) niet duidelijk	
	' wel probleem, namelijk			
.....				
.....				
Diagnose in dossier vermeld volgens PES	' ja		' nee	
Diagnose met andere disciplines besproken	' ja, nl		' nee	' anders
.....				
Diagnose met cliënt / naaste(n) besproken	' cliënt		' naaste(n)	' nee
Afspraak verdere gegevens te verzamelen	' ja		' nee	' anders
.....				

Indien verdere gegevens worden verzamel -> nieuw formulier invullen en beginnen bij rubriek Observatie

BEPALEN AANPAK PROBLEMEN (INTERVENTIES/ADVIEZEN)

In MDO interventies besproken	' ja		' nee	
Datum bespreking in MDO	/...../.....	(dag/maand/jaar)		
Wie voeren interventies uit (namen vermelden)	.....			
Eindverantwoordelijke (naam vermelden)	' ja		' niet afgesproken	
Duur interventieperiode	'	dagen	'	weken
afgesproken				' niet
.....				' anders
Startdatum interventieperiode	/...../.....	(dag/maand/jaar)		' niet
afgesproken				
Voorlichting aan cliënt gegeven	' ja		' nee	
Voorlichting aan naaste(n) gegeven	' ja		' nee	
Adviezen cognitie, emotie, gedrag (3)	' geheugenproblemen		' waarneming	'
handelingsvaardigheid				
	' emotie		' inzicht	'
initiatiefverlies				
	' anders			
Adviezen communicatie (5)	' afasie		' traagheid denken/doen	'
vermoeidheid				
	' neglect		' anders	
Adviezen verandering relaties (7)	' problemen in relaties		' anders	
Adviezen inzet / belastbaarheid naaste(n) (9)	' verlagen draaglast		' vergroten draagkracht	' anders
.....				
Adviezen coping (10)	'		' anders	

Wordt apart registratieformulier gebruikt	' ja	' nee	' anders
.....			
Interventies met andere disciplines besproken	' ja, nl	' nee	' anders
.....			
Interventies met cliënt / naaste(n) besproken	' cliënt	' naaste(n)	' nee
Bovenstaande afspraken in dossier vermeld	' ja	' nee	

BEOORDELEN RESULTATEN AANPAK (EVALUATIE)

Resultaten met cliënt/naaste(n) besproken	' ja	' nee	
Interventies volgens cliënt geholpen	' ja	' nee	
Interventies volgens naaste(n) geholpen	' ja	' nee	
Waaruit bestaat probleem nog	.....		
			
Waarom werkten interventies niet	.....		
			
Resultaten interventies in MDO besproken	' ja	' nee	
Interventies volgens MDO geholpen	' ja	' nee	
Waaruit bestaat probleem nog	.....		
			
Waarom werkten interventies niet	.....		
			
Evaluatie met andere disciplines besproken	' ja nl	' nee	' anders
.....			
Datum bespreking in MDO	/...../..... (dag/maand/jaar)		
Verslag MDO-bespreking in dossier vermeld	' ja	' nee	
Afspraak om verdere interventies te doen	' ja	' nee	' anders
.....			

Indien verdere interventies worden gedaan -> nieuw formulier invullen en beginnen bij rubriek Interventies

NB Kopie van registratieformulier + kopie van checklisten / hulpmiddelen (bijlagen 2, 4, 6, 8) opsturen naar TNO

© MAH Fleuren / TNO-PG / 2004

Bijlage D: Interviewvragen afsluitend interview

Vragen voor de afsluitende bijeenkomst met de coördinatoren op 9 juni 2005

Inleiding

Jullie zijn met je medewerkers in de afdeling enige maanden bezig geweest om de richtlijnen in te voeren. Ter afronding van deze periode willen we graag op 9 juni één en ander evalueren aan de hand van onderstaande vragen. We verzoeken jullie ter voorbereiding van de bijeenkomst onderstaande vragen door te lezen en voor jezelf te beantwoorden. Tevens stellen we nog enige vragen naar aanleiding van de ingevulde registratieformulieren, die we op 9 juni zullen presenteren.

Enkele vragen zijn ook al gesteld aan het begin van het project en bij de verschillende bijeenkomsten in meer of mindere mate aan de orde geweest. Maar we willen ze nog een keer stellen om na te gaan of er tussen het begin van het project en nu al of niet veranderingen zijn opgetreden.

Vragen ter voorbereiding op 9 juni

1. In hoeverre vinden jullie en de medewerkers het werken met de richtlijn belangrijk voor je dagelijkse werk?
2. Zien jullie voordelen voor je zelf, voor medewerkers en voor de cliënten en hun mantelzorgers als de richtlijn wordt gebruikt? Zien jullie nadelen? Zo ja welke?
3. Vinden jullie en de medewerkers de richtlijn praktisch bruikbaar in je dagelijkse werk?
4. Welke onderdelen wel, welke minder en welke niet?
5. Is de werkwijze en zijn de verschillende stappen in de richtlijn duidelijk beschreven? Welke wel, welke niet?
6. Wordt goed duidelijk gemaakt wat je moet doen (en laten)? Wat wel, wat niet?
7. Zien jullie effecten van de richtlijn bij medewerkers en bij cliënten? Welke?
8. Welke problemen doen zich voor in het gebruik van de richtlijn? Zijn er belemmeringen in de praktijk om de richtlijn uit te voeren zoals bedoeld? Zo ja welke? Zijn er bijvoorbeeld belemmeringen in de samenwerking/overleg met de andere disciplines met betrekking tot de richtlijn? Zijn belemmeringen oplosbaar?
9. Wat missen jullie eventueel in de richtlijn?
10. Hebben jullie zelf nog ideeën om de richtlijn te verbeteren?
11. Raden jullie andere instellingen aan om de richtlijn te gaan gebruiken? Waarom wel of niet?
12. Wat moet er in je eigen instelling gebeuren om er voor te zorgen dat het gebruik van de richtlijn wordt bevorderd en gehandhaafd?
13. Raden jullie de AVVV aan om er voor te zorgen dat de richtlijn in alle instellingen gaat worden gebruikt?

Bijlage E: Checklist werkplan invoering

CHECKLIST OPSTELLEN WERKPLAN VOOR DE INVOERING VAN DE AVVV-RICHTLIJNEN

- **BEJEGENING EN BEGELEIDING VAN CVA-GETROFFENEN EN HUN NAASTBETROKKENEN**
 - **ZORG BIJ EEN VERSTOORD SLAAP-WAAKRITME**
-

Inleiding

In de Handleiding van de twee richtlijnen staat de werkwijze beschreven bij de uitvoering van de stappen: gegevens verzamelen, probleem vaststellen, probleem aanpakken en evalueren van de resultaten.

Voor een goede uitvoering van de richtlijnen is het raadzaam om in de afdelingen een werkplan te maken.

Hieronder staan een aantal aandachtspunten vermeld met behulp waarvan een werkplan kan worden opgesteld.

Algemene stappen bij de invoering zijn:

- Informatie verstrekken en afspraken maken over de invoering
 - Bespreken van de werkwijze bij de uitvoering van de Richtlijnen
 - Scholing voor de verzorgenden
 - Voortgangsbewaking en evaluatie bij de uitvoering van de Richtlijnen
- 1. Informatieverstrekking aan verzorgenden en andere disciplines over de invoering van de Richtlijnen en bespreken van de werkwijze bij de uitvoering**
 - Wie en wanneer gaat de informatie geven aan het team verzorgenden over de invoering van de Richtlijn en over de werkwijze bij de uitvoering? (Zie de stappen in elke Richtlijn en bij elke stap de voorgestelde werkwijze)
 - Hoe dienen de andere disciplines (arts, psycholoog en andere) bij de uitvoering van de Richtlijnen te worden ingeschakeld?
 - Welke afspraken moeten met hen worden gemaakt?
 - Wie en wanneer gaat de voorlichting/informatie over de invoering geven aan de andere disciplines?
 - 2. Scholing aan verzorgenden (zie verder onder 4)**
 - Wanneer wordt de scholing aan verzorgenden uitgevoerd ?
 - Wie gaat de scholing geven?
 - Dienen andere disciplines bij de scholing te worden ingeschakeld?
 - 3. Voortgangsbewaking en evaluatie de uitvoering**
 - Hoe wordt informatie verzameld over de voortgang (wat gaat goed, wat minder en wat helemaal niet) en wie regelt dat?
 - Hoe vaak voortgangsoverleg in het werkoverleg met verzorgenden?
 - Hoe kan worden gestimuleerd dat de werkwijze bij de Richtlijnen zo nauwkeurig mogelijk worden gevolgd?
 - Hoe en door wie worden de andere disciplines op de hoogte gehouden?
 - Hoe en door wie worden verzorgenden die het problemen met de uitvoering van de Richtlijnen begeleid/gecoached?

- Bij wie kan eventueel intern hulp worden gevraagd vragen bij inhoudelijke of organisatorische knelpunten bij de uitvoering van de Richtlijn(en)?
- Hoe wordt de uitvoering geëvalueerd (wat ging goed, wat minder en wat ging niet goed)?

4. Scholing voor verzorgenden

Het uitgangspunt is dat de scholing wordt gegeven door de coördinatoren die de invoering begeleiden. Desgewenst kan overwogen worden andere disciplines daarbij in te schakelen.

Doelstellingen van de training

Algemeen

Na afloop van deze training is de verzorgende in staat om te werken met de richtlijn.

Specifiek

Na afloop van deze training is de verzorgende in staat om:

- een omschrijving te geven van het verpleegkundig proces,
- te benoemen wat de oorzaken van slaapproblemen zijn,
- de interventies te benoemen om slaapproblemen te voorkomen of aan te pakken.
- de hulpmiddelen uit de handleidingen bij de richtlijnen toe te passen bij het opsporen van problemen bij de cliënt en het aanpakken van deze problemen,
- een verpleegprobleem te formuleren over verstoord slaappatroon en/of bejegening van CVA-getroffenen,
- voorlichting te geven over een verstoord slaappatroon en bejegening van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen.

Beginvereisten

Er wordt van de verzorgende verwacht dat deze een actieve bijdrage levert aan de training en de richtlijn aandachtig doorleest en de praktijkopdrachten uitvoert. Het volgen van deze training vraagt van de verzorgende ongeveer zes uur.

Studietaken eerste bijeenkomst

Voorbereiding

Doornemen richtlijn

De verzorgenden lezen de handleiding bij de richtlijn door en formuleren vragen over de zaken die niet duidelijk zijn en nemen deze vragen mee naar de eerste trainingsbijeenkomst.

Literatuurstudie

De verzorgende leest het stukje over methodisch werken door (bijlage 1) en schrijft de vragen en opmerkingen die er na bestudering zijn op en neemt deze mee naar de eerste bijeenkomst.

Tijdens eerste bijeenkomst

Bespreking inhoud van de richtlijn

De inhoud van de richtlijn wordt in grote lijnen doorgenomen en de vragen die tijdens de literatuurstudie ontstaan zijn, worden doorgenomen.

Uitwerken casus

Aan de hand van een casus (bijlage 2) gaan de cursisten nu oefenen met het gebruik van de handleiding. De werkwijze hierbij is als volgt:

- Verdeel de groep hiervoor in subgroepjes van vier verzorgenden.
- Laat het subgroepje de casus aandachtig doorlezen en eventueel bestaande onduidelijkheden ophelderen.
- Daarna zoeken de leden van het subgroepje in de casus naar stukken die verwijzen naar het bestaan van een probleem.
- Vervolgens beschrijft het subgroepje dit probleem. Hierbij gebruiken zij de PES-notitie zoals beschreven in het stuk over methodisch werken.

Praktijkopdracht

De deelnemers aan de training ontvangen tijdens de eerste bijeenkomst de volgende opdracht:

- Iedere verzorgende gaat voor de cliënten waarvoor hij of zij de verantwoording draagt kijken of de anamnese voldoende informatie bevat over het slaappatroon en bejegening en begeleiding van CVA-getroffenen en hun naastbetrokkenen.
- Vervolgens verzamel je conform de richtlijn de vereiste informatie (over slaappatroon / CVA). Hierbij gebruik je de hulpmiddelen uit de richtlijn.
- Op grond van de antwoorden op deze vragen wordt gekeken of er verwijzingen naar een probleem (slapen / CVA) zijn.
- Indien dat het geval is wordt aanvullende informatie verzameld met behulp van een van de hulpmiddelen uit de handleiding.
- Wanneer er een probleem over verstoord slaap-waak ritme bestaat stelt de verzorgende voor deze cliënt een verpleegprobleem op. Bij het opschrijven gebruikt de verzorgende de PES-notitie.
- De uitwerkingen worden meegenomen naar de tweede bijeenkomst van de training.

Studietaken tweede bijeenkomst

Voorbereiding

Bespreken van praktijkopdracht

Bij deze bespreking kun je de volgende vragen gebruiken:

- Was er in de dossiers (anamneses en verpleegproblemen) van de cliënten informatie terug te vinden over slaapproblemen of bejegening en begeleiding bij CVA?
- Bij welke cliënten wel en bij welke niet en heb je hier verklaringen voor?
- Bij welke cliënten heb je de anamnese aangevuld?
- In welke mate waren de beschikbare hulpmiddelen uit de richtlijn hierbij bruikbaar?
- Hoe heb je de cliënt (en diens naaste) betrokken bij het verzamelen van de vereiste informatie?
- Welke verpleegproblemen heb je opgesteld?
- Lukte het de PES-notitie te gebruiken?

Indien nodig worden de opgestelde problemen bijgesteld.

Opstellen van het verpleegplan

Nu ga je aan de hand van een uitgewerkte casus (= ingevulde anamnese en opgestelde verpleegproblemen) verpleegplannen opstellen. Neem aan de hand van het stuk over methodisch werken nog even door aan welke eisen een verpleegplan dient te voldoen.

Bij het uitwerken van de verpleegplannen maak je gebruik van de aanbevelingen die in de richtlijn staan.

Nadat geoefend is met het opstellen van een verpleegplan, worden met de verzorgenden afspraken gemaakt wanneer de verpleegplannen door hen uitgewerkt worden voor de cliënten waarbij dit noodzakelijk is en wanneer de verpleegplannen klaar zijn.