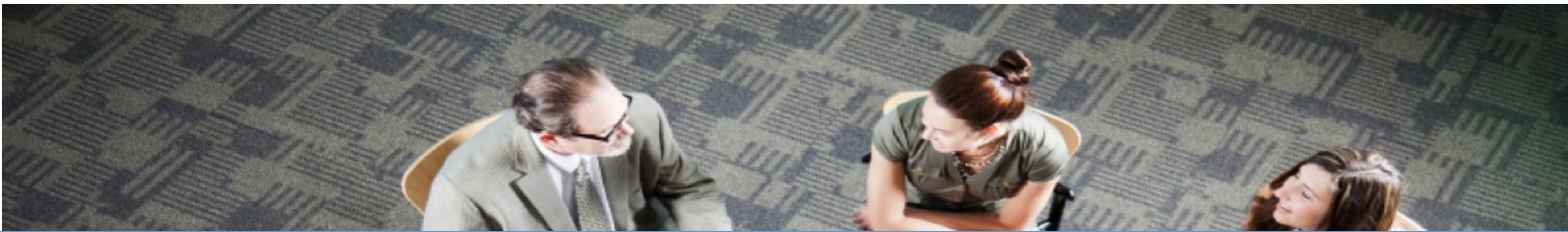


Project Zorgverbetering

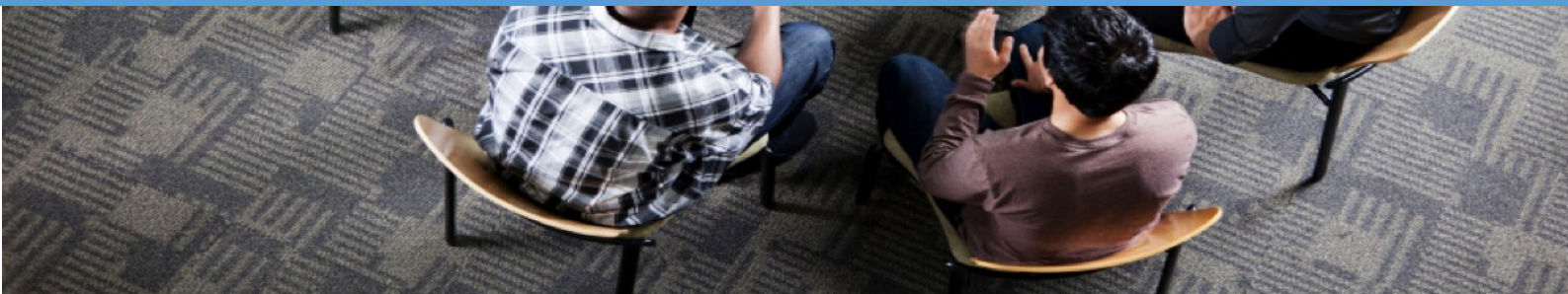
‘Werken aan zorgverbetering’

Implementatieplan



Lotgenotencontact & Intensive Care:

Op welke wijze kan lotgenotencontact effectief ingezet worden in aanvulling op de huidige Intensive Care nazorg van het Universitair Medisch Centrum Utrecht?



Naam:	Martijn Huisman & Anne-Rose van den Heuvel
Studentnummer:	500660934 & 500635539
Groep:	LV15-4AIZ
Examinatoren:	Joop Bouwman & Nicky van Oostrum
Projectbegeleider:	Marieke Kroon
Naam studieonderdeel:	Afstudeerproject: zorgverbetering implementatieplan
Studieonderdeel:	G-VERP 4500AFZV12
Aantal woorden:	5863
Datum ingeleverd:	29 januari 2016



Hogeschool van Amsterdam

VOORWOORD

Geachte lezer,

Anne-Rose van den Heuvel en Martijn Huisman, twee HBO-studenten Verpleegkunde, schreven een verbeterplan waaruit een zorginnovatie voor het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) is voortgekomen. Deze innovatie betreft lotgenotencontact voor ex-IC-patiënten en hun naasten. Dit document beschrijft het implementatieplan om genoemde innovatie te implementeren.

In samenwerking met de opdrachtgevers van deze zorginnovatie, de stichting Family and patient Centered Intensive Care (FCIC) en het UMCU werd er voor gekozen deze zorginnovatie te implementeren binnen het IC-centrum van het UMCU.

Wij danken Marianne Brackel van de stichting FCIC en Regi Beumer van het UMCU voor de prettige samenwerking welke tot dit document mocht leiden. Ook danken wij Marieke Kroon, Joop Bouwman en Nicky van Oostrum van de Hogeschool van Amsterdam voor hun begeleiding en examinering.

Wij hopen dat dit implementatieplan als informatief en nuttig wordt ervaren.

Amsterdam,

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	2
1 INLEIDING	5
1.1 AANLEIDING.....	5
1.2 DOELSTELLING.....	5
1.3 7-STAPPENPLAN.....	6
2 ONTWIKKELINGSVOORSTEL	7
3 PROBLEEMANALYSE VAN DE DOELGROEP EN FEITELIJKE ZORG	8
3.1 HUIDIGE IC-NAZORG.....	8
3.2 CULTUUR OP DE AFDELING.....	8
3.3 VERANDERINGSPOTENTIEEL.....	10
3.4 STRUCTUUR VAN DE AFDELING.....	11
3.5 STAKEHOLDERS.....	13
3.5.1 <i>Belanghebbenden</i>	13
3.5.2 <i>Betrokkenen</i>	14
3.6 BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN.....	15
3.6.1 <i>Beïnvloedende factoren (Determinanten)</i>	15
3.7 RANDVOORWAARDEN.....	17
4 ONTWIKKELING EN SELECTIE VAN STRATEGIËN	18
4.1 DE VIJF FASEN.....	18
4.2 IMPLEMENTATIESTRATEGIËN EN -THEORIEËN.....	18
4.2.1 <i>Disseminatiestrategie en motivationele theorie</i>	19
4.2.2 <i>Educatieve strategie en theorie</i>	19
4.2.3 <i>Kwaliteitsmanagement theorie en feedback en reminders</i>	20
5 UITVOERING VAN IMPLEMENTATIE	21
5.1 ACTIVITEITENSHEMA.....	21
5.1.1 <i>Fase 1 – Oriëntatie</i>	21
5.1.2 <i>Fase 2 – Inzicht</i>	21
5.1.3 <i>Fase 3 – Acceptatie</i>	22
5.1.4 <i>Fase 4 – Verandering</i>	22
5.1.5 <i>Fase 5 – Behoud van verandering</i>	23
5.2 TIJDSPAD EN ACTIVITEITEN.....	24
6 INTEGRATIE IN ROUTINES	28
6.1 HET SLEUTELFIGUUR VOOR INTEGRATIE VAN ROUTINES.....	28
7 EVALUATIE EN BIJSTELLING VAN PLAN	29
7.1 KORTETERMIJNDOELEN.....	29
7.2 LANGETERMIJNDOELEN.....	33
LITERATUURLIJST	34
BIJLAGE 1 – DRAAIBOEK (DE ZORGINNOVATIE)	35
BIJLAGE 2 – AANBEVELINGEN UIT HET VERBETERPLAN	5

BIJLAGE 3 – SWOT ANALYSE EN CHECKLIST VERNIEUWING DOORLICHTEN	8
BIJLAGE 4 – KLINISCHE LES DOOR DE PROJECTLEDEN	12

1 INLEIDING

De auteurs van dit document (hierna te noemen als 'de projectgroep') stelden een verbeterplan op voor groepsgericht lotgenotencontact voor ex-IC-patiënten en hun naasten. Uit dit verbeterplan kwam een zorginnovatie voort. Dit implementatieplan zal beschrijven hoe deze zorginnovatie zal worden geïmplementeerd.

In deze inleiding worden aanleiding en doelstelling van genoemd implementatieplan beschreven. Tevens wordt uitleg gegeven over het voor genoemde implementatie gebruikte stappenplan.

1.1 AANLEIDING

De aanleiding tot het verbeterplan kwam van de werkgroep Lotgenotencontact van de stichting Family and patient Centered Intensive Care (FCIC). Er werd een aanvullende Intensive Care (IC) nazorginterventie ontwikkeld om groepsgericht lotgenotencontact als zorginnovatie voor ex-IC-patiënten en hun naasten mogelijk te maken(1). Een en ander zal als pilot ingezet gaan worden in het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU).

Dit document zal middels een plan de implementatie beschrijven van genoemde zorginnovatie binnen de IC-nazorgpoli van het IC-centrum in het UMCU. De IC-nazorgverpleegkundige (opdrachtgever UMCU) werd gevraagd op te treden als sleutelfiguur. Deze sleutelfiguur zal de implementatie samen met de projectgroep uitvoeren. Ook binnen de werkgroep Lotgenotencontact van de stichting FCIC werd een sleutelfiguur aangesteld (opdrachtgever FCIC). Dit ten behoeve van een regionale/landelijke implementatie, welke eventueel plaats zal vinden ná een succesvolle pilotfase (in het UMCU) van de zorginnovatie. Overigens is landelijke en/of regionale implementatie van genoemd plan, in ongewijzigde vorm, niet uitvoerbaar. Het is slechts toepasbaar binnen de huidige praktijk en organisatiestructuur van het UMCU.

1.2 DOELSTELLING

De zorginnovatie zal binnen het UMCU aanvankelijk dus worden ingezet als pilot. Vervolgens wordt deze pilot geëvalueerd en op effectiviteit beoordeeld. Ten slotte zal de innovatie volledig worden geïmplementeerd (post-pilotfase).

Het doel van dit implementatieplan is om genoemde pilot (bijlage 1) binnen het UMCU succesvol en gestructureerd te implementeren. Het implementatieplan bevat daartoe een stappenplan. Tijdens de pilotfase zullen enkele aanbevelingen niet worden gebruikt, welke in de post-pilotfase wel uitgevoerd zullen worden.

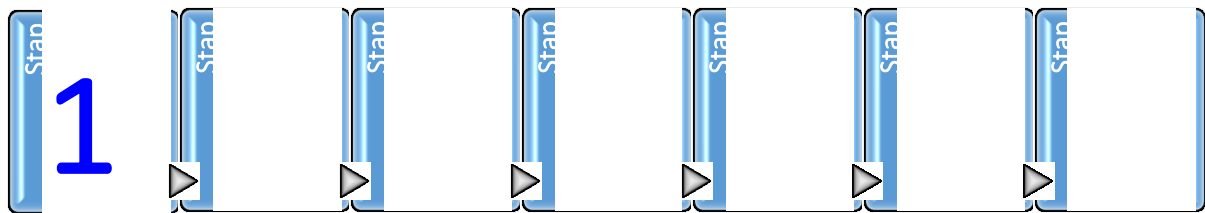
1.3 7-STAPPENPLAN

Voor de implementatie van genoemde zorginnovatie werd gekozen voor een implementatiestrategie, bekend als het '7-stappenplan' van Grol & Wensing. Dit stappenplan wordt in figuur 1 weergegeven(2).



Figuur 1: Het 7-stappenplan van Grol & Wensing

2 ONTWIKKELINGSVOORSTEL

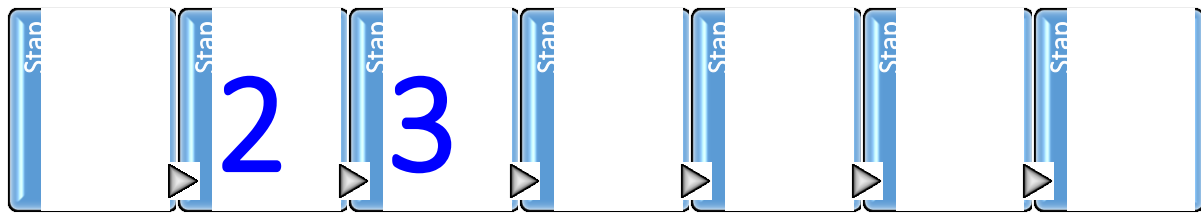


Het voorstel tot verandering betreft organisatie van groepsgericht lotgenotencontact en daarnaast het meten van het effect van dit contact voor ex-IC-patiënten en hun naasten. Voorgestelde ontwikkelingsvoorstel wordt gerealiseerd middels een draaiboek (betreffende de zorginnovatie). Het draaiboek werd samengesteld met aanbevelingen uit het verbeterplan (bijlage 2). Deze aanbevelingen werden toegepast op de huidige praktijk van IC-centrum binnen het UMCU. Het draaiboek zal fungeren als handleiding voor het organiseren van een lotgenotenbijeenkomst voor ex-IC-patiënten en hun naasten. De onderwerpen die in dit draaiboek worden behandeld worden hieronder beschreven. Het volledige draaiboek is bijgevoegd in bijlage 1.

- Doestelling
- Voorbereiding
- Wijze van uitnodigen
- Rol van de naasten
- Invulling van de bijeenkomst
 - Grootte van de groep
 - Thema's
 - Sprekers
 - Creëren van contact
 - Mogelijke dagindeling
- Begeleiding
 - Taken
 - Randvoorwaarden
- Facilitair
 - Locatie
 - Duur
 - Financiering
- Evalueren en effectmeting
- Tijdsplanning



3 PROBLEMANALYSE VAN DE DOELGROEP EN FEITELIJKE ZORG



Dit hoofdstuk beschrijft de disciplines betrokken bij de huidige IC-nazorg en de organisatie rond de zorginnovatie. Ook wordt de huidige IC-nazorg binnen het UMCU samenvattend beschreven. In het verbeterplan vindt u een uitgebreide omschrijving van de huidige situatie.

De gegevens inzake afdelingscultuur en -structuur en het veranderingspotentieel binnen het UMCU worden beschreven. Verder de belanghebbenden, betrokkenen, bevorderende en belemmerende factoren worden uiteengezet. Waarop afsluitend de randvoorwaarden van de implementatie worden benoemd die gesteld dienen te worden om de zorginnovatie succesvol te implementeren.

De afdelingscultuur en het veranderingspotentieel zijn wegens privacy-redenen gebaseerd op de ervaringen van één senior-verpleegkundige. Deze verpleegkundige (sleutelfiguur) beschikt waar het de IC-afdeling betreft over een 'helicopterview'. Niettemin geven genoemde gegevens slechts een indicatie. Overigens zal er tijdens de implementatie wel met deze gegevens worden gewerkt. Een kanttekening hierbij is dat de implementatie hierdoor minder effectief zou kunnen zijn.

3.1 HUIDIGE IC-NAZORG

Sinds maart 2013 is er een IC-nazorgpoli binnen het IC-centrum van het UMCU. Ex-IC-patiënten en hun naasten worden hier uitgenodigd om te spreken over de post-IC-problematiek. Ook wordt de huidige zorg in kaart gebracht en krijgen genoemde ex-IC-patiënten en hun naasten voorlichting over het PICS. Verder kunnen zij onder begeleiding van een IC-nazorgverpleegkundige de IC opnieuw bezoeken.

3.2 CULTUUR OP DE AFDELING

Het was niet mogelijk IC-verpleegkundigen vragen te stellen over de afdelingscultuur. Wel bleek dat zij IC-nazorg een belangrijk onderwerp vinden. Voor de analyse van de cultuur op de afdeling werd gekozen om het sleutelfiguur van het UMCU het Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) te laten invullen(3).

Dit OCAI-model bestaat uit zes zogeheten 'dimensies', welke ieder onderverdeeld zijn in vier stellingen. Iedere stelling richt zich op een cultuurtype: familie-, adhocratie-, markt- en hiërarchiecultuur. Omdat dit onderzoek zich richt op het in kaart brengen van de afdelingscultuur, wordt het tweede gedeelte (gewenste afdelingscultuur) van het OCAI-model buiten beschouwing gelaten.

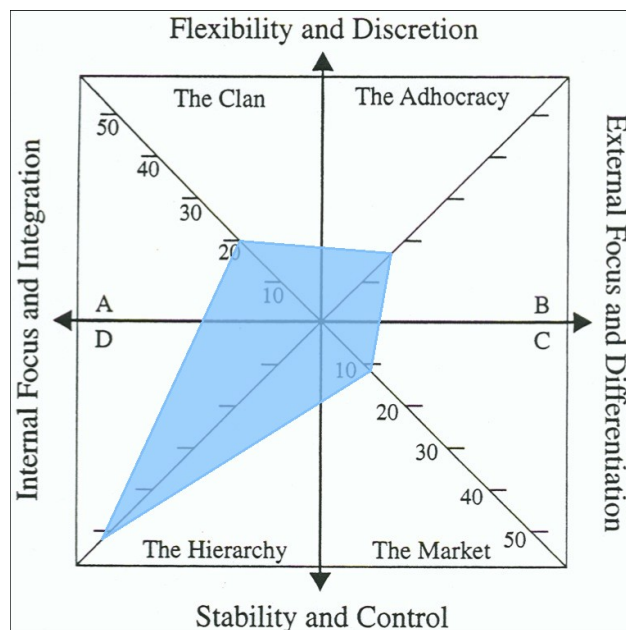
Aan elke stelling diende een weging van 0 tot 100 toegekend te worden, zodanig dat het totaal per dimensie de 100 niet overschrijdt. Het sleutelfiguur is gevraagd deze stellingen te laten wegen.

Score-telling: de puntentelling van de zes stellingen A tot en met D werden per letter bij elkaar opgeteld en gedeeld door (de) zes (dimensies) (tabel 1).

Stellingen	Puntentelling	Gedeeld door 6
A	120	20%
B	95	15.8%
C	65	10.8%
D	320	53.3%

Tabel 1: Puntentelling OCAI-model

De resultaten uit tabel 1 werden ingevoerd in een cultuurmodel (figuur 2). Dit cultuurmodel toont aan, op basis van één referentie, dat de afdelingcultuur binnen het IC-centrum van het UMCU overwegend hiërarchisch is, daarna familiegericht en in mindere mate adhocratisch- of marktgericht. Hiërarchische organisatiecultuur is gericht op stabiliteit, procedures en regels. Ofwel gericht op het soepel draaiend houden van de organisatie en dit werkt het beste met regels en efficiënte coördinatie. Strategieën die hierbij de kwaliteit van de organisatie kunnen verhogen zijn: foutenopsporing, meting, procesbeheersing, probleemoplossing en kwaliteitsinstrumenten(4).



Figuur 2: Cultuurmodel

Zoals gezegd is familieorganisatiecultuur, na hiërarchische organisatiecultuur, het grootst. Familie-organisatiecultuur wordt vooral gekenmerkt door loyaliteit en traditie, en de betrokkenheid onderling is groot. Strategieën die hierbij de kwaliteit van de organisatie kunnen verhogen zijn: empowerment, teamvorming, betrokkenheid bevorderen van teamleden, open communicatie(4).

3.3 VERANDERINGSPOTENTIEEL

Het was niet mogelijk om de IC-verpleegkundigen te bevragen over hun veranderingsbereidheid en hun vermogen tot innovatie. Daarom werd er voor gekozen om het sleutelfiguur hiervan een inschatting te laten maken middels de innovatietheorie van Rogers(5). Genoemde inschatting inzake het veranderingspotentieel zijn weergegeven in tabel 2 en betreffen de 150 verpleegkundigen binnen het IC-centrum. Ook hierbij geldt dat dit gebaseerd is op de mening van één persoon, waardoor dit minder betrouwbaar zouden kunnen zijn.

ROGERS MODEL

‘Diffusie van innovatie’ is een theoretisch hulpmiddel bij het in kaart brengen van implementatie en levenscyclus van het ‘product’. Hierin worden de verschillende stadia van het product beschreven, uitgedrukt in het enthousiasme van de doelgroepen. De doelgroepen worden, aflopend van ‘vroeg enthousiast’ naar ‘laat enthousiast’, opgesomd: ‘innovators’, ‘early adapters’, ‘early majority’, ‘late majority’ en ‘lagers’. De theorie beschrijft verder hoe het product zich onder de doelgroep ontwikkelt. Afhankelijk van wie er enthousiast wordt van het product, kan het product worden aangepast(5).

Groep	Uitleg	Percentage in %
Innovators	De groep van innovators bestaat uit de voorlopers in het overnemen van een nieuw product. Innovators zijn bereid om risico's te nemen door als eersten een product te proberen. Ook worden zij wel 'trendsetter' genoemd. In het geval van lotgenotencontactbijeenkomsten zijn innovators de sleutelfiguren van het UMCU. Ook vormen zij de werkgroep Lotgenotencontact van de stichting FCIC.	(n = 10) 6,6%
Early adapters	Deze groep vindt het nieuw product weliswaar interessant, maar men kijkt liever de kat uit de boom. Early adapters nemen minder graag risico's. Early adapters vormen een grotere groep dan de innovators.	(n = 40) 26,6%
Early majority	Deze groep volgt nog weer iets later. Men laat zich makkelijk leiden door de early adapters. De early majority vormt doorgaans de grootste groep van de vier uit deze tabel.	(n = 40) 26,6%
Late majority	Deze groep is behoudend waar het innovaties betreft. Men wacht eerst de eventuele voordelen af die behaald zouden kunnen worden met het product.	(n = 50) 33,3%
Lagers	Deze groep heeft de neiging zich afkerig op te stellen tegenover vernieuwingen. Zij zijn moeilijk te overtuigen.	(n = 10) 6,6%

Tabel 2: Innovatietheorie van Rogers over de IC-verpleegkundigen

Binnen de zorginnovatie zijn de innovators de uitvoerders van de pilot. Bij de pilot worden alleen de meest enthousiaste IC-verpleegkundigen (innovators en enkele early adapters) gevraagd deel te nemen aan het begeleiden van de zorginnovatie. Voor de post-pilotfase van de zorginnovatie (binnen het UMCU), als de pilot geslaagd is, moeten de overige early adapters, early majority, late majority en de lagers betrokken worden bij het begeleiden en het verschaffen van informatie over de zorginnovatie. Hierdoor zal het draagvlak van de zorginnovatie op de afdeling toenemen.

3.4 STRUCTUUR VAN DE AFDELING

Deze paragraaf beschrijft hoe de verschillende niveaus (micro-, meso- en macroniveau) binnen de organisatiestructuur de zorginnovatie beïnvloedt. In hoofdstuk 3.5 worden deze niveaus vanuit de belangen van betrokkenen bij de zorginnovatie nader omschreven.

MICRONIVEAU: DE IC-NAZORGPOLI EN DE AFDELING IC VAN HET UMCU

Binnen het IC-centrum van het UMCU werken IC-verpleegkundigen samen met intensivisten en met een Physician Assistant (PA). Het IC-centrum heeft 36 bedden op één-persoonskamers met voldoende daglicht, rust en ruimte. Er zijn zeer zieke patiënten opgenomen die 24 uur per etmaal geobserveerd en behandeld moeten worden.

Volgens de stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) is de IC van het UMCU een level 3 IC-centrum. Het werd onlangs volledig (ook bouwkundig) vernieuwd. Iedere patiëntenkamer kent een aparte medicatie- en materialenvoorraad. Ook is er een grote familieruimte met gastenkamers voor familieleden die willen blijven overnachten(6).

Vier gepromoveerde intensivisten (twee leden van de werkgroep Lotgenotencontact van de stichting FCIC) van het IC-centrum doen onderzoek naar het Post Intensive Care Syndroom (PICS).

Uit de interviews zoals weergegeven in het verbeterplan bleek dat de afdeling in het verleden veel aandacht besteedde aan het onderwerp PICS. Uit deze interviews komt naar voren dat IC-verpleegkundigen en de PA meer informatie zouden willen hebben over preventieve maatregelen, revalidatie en het effect van lotgenotencontact. Voorts bleek uit de interviews dat op alle zorgniveaus de nazorg voor IC-patiënten en hun naasten prioriteit heeft.

MESONIVEAU: DE INSTELLING - HET UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM UTRECHT

Het UMCU is een Universitair Medisch Centrum (UMC) met 1042 bedden en jaarlijks ongeveer 32 duizend opnames. Het UMCU beschrijft in haar missie dat het ziekenhuis internationaal een toonaangevend UMC zal zijn, waarbinnen kennis over gezondheidszorg wordt gecreëerd, getoetst, gedeeld en toegepast. Het UMCU wil nationaal en internationaal tot de beste ziekenhuizen behoren. Om te blijven excelleren heeft het UMCU gekozen voor een methode waarin de communicatie met de patiënt en samenleving centraal staat:

“De behoefte van de patiënt en maatschappij (klinische behoefte/clinical need) is leidend voor de keuzes die gemaakt worden.” (7, p6)

Door de desbetreffende strenge eisen op het gebied van kwaliteit en veiligheid in haar beleid op te nemen en toe te passen, heeft het UMCU in 2013 de Joint Commission International (JCI) kwaliteitsaccreditatie behaald(8,9). Een toename van scholing en toetsingsverplichtingen waren het gevolg. Daarom werd de regie van het UMCU ten aanzien van deskundigheidsbevorderende activiteiten van zorgverleners opgevoerd. Een en ander uit de missie vormt voor de projectgroep een bevestiging van haar vaststelling van een hiërarchische organisatiecultuur, zoals beschreven in hoofdstuk 3.2.

Het UMCU legt, ter voortzetting van de JCI-accreditatie, de nadruk op continuïteit van zorg, professionaliteit in ontwikkeling en transparantie van kwaliteitsgegevens. Het UMCU verzamelt daartoe wettelijk verplichte en registratie-indicatoren voor de beroepsgroep (zoals NICE-indicatoren voor de IC). En middels genoemde transparantie qua cijfers legt het UMCU verantwoording af aan patiënt en samenleving(9).

MACRONIVEAU: NEDERLAND - DE STICHTING FAMILY AND PATIENT CENTERED INTENSIVE CARE

De landelijke stichting FCIC is een organisatie die zich richt op verbetering van zorg en nazorg voor patiënten en hun naasten tijdens en na een IC-opname. Binnen de FCIC is er een werkgroep Lotgenotencontact. De werkgroep werd opgericht om lotgenotencontact tussen ex-IC-patiënten en hun naasten mogelijk te maken.

De werkgroep meent dat lotgenotencontact een goede mogelijkheid is voor onderlinge uitwisseling van ervaringen en het bieden van steun op emotioneel vlak, zonder precies te weten wat het effect hiervan is. De FCIC-werkgroep beoogt een gestandaardiseerd draaiboek uit te brengen ten behoeve van groepsgerichte lotgenotenbijeenkomsten die landelijk en/of regionaal geïmplementeerd zou kunnen worden.

De visie van het FCIC luidt:

“De kennis over de psychosociale, cognitieve en fysieke gevolgen van een IC-opname voor de patiënt, zijn familie en naasten te delen en te verspreiden. FCIC beoogt daarmee de impact van een intensive care behandeling in al zijn facetten te beperken. FCIC betreft daarbij nadrukkelijk het perspectief van de patiënt en diens naasten vanuit de overtuiging dat dit perspectief onlosmakelijk verbonden is met de medisch-technische en multidisciplinaire zorg in alle fasen van intensieve zorg.”
(10, FCIC.nl)

3.5 STAKEHOLDERS

3.5.1 BELANGHEBBENDEN

Deze paragraaf gaat in op de belanghebbenden bij de zorginnovatie. Deze belanghebbenden worden beschreven in de organisatieniveaus (micro-, meso- en macroniveau).

MICRONIVEAU

IC-nazorgverpleegkundigen en IC-verpleegkundigen

IC-nazorgverpleegkundigen en IC-verpleegkundigen zijn de primaire doelgroep bij implementatie. De IC-nazorgverpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de IC-nazorgpoli. Zij vinden het belangrijk om een aanvullende interventie te ontwikkelen waarbinnen lotgenotencontact voor ex-IC-patiënten en hun naasten mogelijk wordt.

De IC-verpleegkundigen hebben belang bij zorginnovatie omdat zij zich verantwoordelijk voelen voor goede (na)zorg voor de IC-populatie. Zij willen op de hoogte zijn van het PICS en van secundaire en tertiaire preventie.

Physician Assistant en de Intensivisten

De PA en de intensivisten vormen de secundaire doelgroep. Als behandelend arts en eindverantwoordelijken voor de patiëntenzorg hebben zij er belang bij dat de kwaliteit van leven bij ex-IC-patiënten en familieleden na de IC-opname wordt geoptimaliseerd. De intensivisten zijn van mening dat de hoge kwaliteit van zorg ook na een IC-opname moet worden gecontinueerd.

(Ex)-IC-patiënten en familieleden

De tertiaire doelgroep bij zorginnovatie vormen de (ex)-IC-patiënten en naasten. De zorginnovatie zal de IC-populatie voorzien in lotgenotencontact.

MESONIVEAU

Het UMCU

Het UMCU stelt in haar missie toonaangevend te willen zijn in het bieden van zorg aan patiënt en samenleving. Waar het de IC-populatie betreft, wil het UMCU daartoe voorzien in lotgenotencontact. Verbetering van IC-nazorg heeft effect op toekomstige nazorg-indicatoren van de NICE, welke bijdragen aan meer transparantie(11). Meer in het algemeen wil het UMCU haar ambitie realiseren om het hoogste niveau van zorg en behandeling te bieden, een en ander is in lijn met de JCI-accreditatie(7).

MACRONIVEAU

Stichting FCIC – werkgroep Lotgenotencontact

Stichting FCIC en de werkgroep Lotgenotencontact hebben er belang bij dat de pilot-zorginnovatie kan worden getest binnen het UMCU, om uiteindelijk op landelijk/regionaal niveau geïmplementeerd te worden(1).

3.5.2 BETROKKENEN

In deze paragraaf worden alle betrokkenen van dit project benoemd. Er wordt beschreven wat hun rol zal zijn binnen het implementatieproces.

MICRONIVEAU

IC-nazorgverpleegkundigen

De organisatie van de zorginnovatie binnen het UMCU zal worden uitgevoerd door IC-nazorgverpleegkundigen. Het sleutelfiguur dient daarbij de implementaire randvoorwaarden, zoals beschreven in hoofdstuk 3.7, te bewaken.

IC-verpleegkundigen

Een deel van de IC-verpleegkundigen (innovators) zal de ex-IC-patiënten en hun naasten begeleiden tijdens de pilot-zorginnovatie. Wanneer de pilotfase is geslaagd, kan en zal de zorginnovatie volledig geïmplementeerd worden. De overige doelgroepen, zoals beschreven in hoofdstuk 3.3, zullen dan betrokken worden bij begeleiding en bij het geven van voorlichting.

Physician Assistant en de Intensivisten

Door op te treden als sprekers zullen PA en intensivisten deel uitmaken van de zorginnovatie. Voor het overige zijn PA en intensivisten niet direct betrokken bij de organisatie van de zorginnovatie.

De projectgroep

De projectgroep heeft de zorginnovatie ontwikkeld en zal zorgdragen voor overdracht van het project aan de sleutelfiguren van de opdrachtgevers.

MESONIVEAU

Het UMCU

Het UMCU is niet direct betrokken bij de organisatie van de zorginnovatie. Wel wordt deze door haar gefinancierd. De afdeling kwaliteit en veiligheid van het UMCU zou eventueel op de hoogte gebracht kunnen worden van de uitvoering van deze zorginnovatie binnen het IC-centrum.

MACRONIVEAU

Stichting FCIC – werkgroep Lotgenotencontact

Het sleutelfiguur binnen de stichting FCIC zal niet direct betrokken worden bij de organisatie van deze pilot. Wel zal het sleutelfiguur worden uitgenodigd als spreker en als ervaringsdeskundige. Nadat de zorginnovatie succesvol is georganiseerd in het UMCU zal de stichting FCIC de zorginnovatie verder ontwikkelen om deze landelijk en/of regionaal te implementeren. De landelijke en/of regionale implementatie zullen in dit implementatieplan niet worden uitgewerkt.

3.6 BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN

3.6.1 BEÏNVLOEDENDE FACTOREN (DETERMINANTEN)

Om tot een succesvolle implementatie te komen is het van belang om randvoorwaarden te formuleren. Hiertoe dienen bevorderende en belemmerende factoren in kaart te worden gebracht.

Doel van de implementatie is het benutten van bevorderende factoren en het wegnemen van belemmerende factoren. Bevorderende en belemmerende factoren werden in kaart gebracht middels de Strengths, Weaknesses, Opportunities en Threats (SWOT)-analyse, en ook middels de checklist Vernieuwing Doorlichten van ZonMw(12,13). De volledige SWOT-analyse en de checklist Vernieuwing Doorlichten zijn weergegeven in bijlage 3. De resultaten uit de SWOT-analyse en de checklist zijn in tabel 3 beschreven. In deze tabel zijn genoemde factoren onderverdeeld in individueel, sociaal, organisatorisch en maatschappelijk niveau(2).

Type factoren	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Individueel	<p>Cognitieve factoren</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Er was binnen het IC-centrum veel aandacht voor het PICS binnen alle lagen van de zorgverlening. 2. Vijf van de vijf IC-verpleegkundigen die de vragenlijst invulden hebben aangegeven meer kennis te willen over lotgenotencontactinterventies. <p>Motivationale factoren</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Vijf van de vijf IC-verpleegkundigen die de vragenlijst invulden vonden dat IC-nazorg de verantwoordelijkheid is van zowel de verpleging als de artsen. <p>Perceptie en wensen patiënt</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Bij ex-IC-patiënten en hun naasten bestaat behoefte aan zorginnovatie. <p>Routines en gedrag</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. De zorginnovatie zal weinig invloed hebben op de huidige praktijk en routines van de afdeling. 6. De IC-verpleegkundigen zijn getraind in het begeleiden van patiënt en familie. 	<p>Cognitieve factoren</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Op de afdeling is weinig kennis over het effect van lotgenotencontact. <p>Motivationale factoren</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Niet alle verpleegkundigen wilden participeren tijdens de zorginnovatie omdat zij geen tijd dachten te hebben naast de reguliere IC-zorg die zij verlenen. <p>Perceptie en wensen patiënt</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Er is niet bekend welke wensen patiënten en naasten hebben ten aanzien van de zorginnovatie (zoals: informatie, lotgenotensteun). <p>Routines en gedrag</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Er is momenteel weinig tot geen ervaring met het uitvoeren van zorginnovatie. 5. De IC-verpleegkundigen zijn niet specifiek getraind in begeleiding bij zorginnovatie.
Sociaal	<p>Professionele netwerken</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Er zijn twee intensivisten en twee IC-nazorgverpleegkundigen die fungeren als opinieliders. Zij kunnen gewenst gedrag activeren en stimuleren. 2. Op de afdeling zijn ongeveer 50 van de 150 verpleegkundigen innovators en early adaptors. 3. De sociale norm op de afdeling staat positief tegenover invoering van nazorginterventies. 	<p>Professionele netwerken</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Op de afdeling zijn 60 van de 150 verpleegkundigen die te categoriseren zijn als late majority en laggerds.

<p>Organisatorisch</p>	<p>Organisatiestructuur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In de visie van het UMCU staat beschreven dat zij wil excelleren in het leveren van zorgverbetering passend bij de behoefte van patiënt en maatschappij. <p>Organisatiecultuur</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Op de afdeling heerst een overwegend hiërarchische cultuur. Deze cultuur heeft als voordeel dat door procesbeheersing en kwaliteitsmanagement doelen behaald kunnen worden en hierop kan worden ingespeeld. 3. De afdeling heeft een deels familiale cultuur. Deze cultuur heeft als voordeel dat er een sterke collegiale band heerst, samenwerking van belang is en hierop kan worden ingespeeld. <p>Beschikbare middelen</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Faciliteiten voor de implementatie en uitvoering van de zorginnovatie zijn aanwezig zoals: een ruimte, sprekers, begeleiding, catering, ect. 5. De faciliteiten zijn tegen relatief lage kosten worden beschikbaar. 6. Van de 150 IC-verpleegkundigen op de afdeling zijn er slechts een aantal nodig voor begeleiding bij de zorginnovatie. 	<p>Organisatiestructuur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aansluitend op de organisatiecultuur is het belemmerend dat de nazorg-indicatoren van de NICE nog niet bekend zijn. Hierdoor ontbreekt de mogelijkheid om de afdeling te motiveren met het behalen van deze kwaliteitsindicatoren. <p>Organisatiecultuur</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Op de afdeling heerst een overwegend hiërarchische cultuur. Deze cultuur is minder effectief als er geen duidelijke effectiviteit aangetoond kan worden, zoals bij deze zorginnovatie. <p>Beschikbare middelen</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Er is te weinig budget voor de organisatie buiten het ziekenhuis. 4. Het kan zijn dat de opkomst van ex-IC-patiënten en hun naasten laag is.
<p>Maatschappelijk</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vanuit Nederland is IC-nazorg momenteel een onderwerp dat veel onder de aandacht wordt gebracht. Vanuit de beroepsgroep wordt dit onderwerp steeds breder gedragen. 2. De stichting FCIC is een koploper wat betreft het onderzoek naar het PICS en het ontwerpen van nazorg-interventies. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. IC-nazorg wordt momenteel niet vergoed door zorgverzekeraars. 2. De pilot-zorginnovatie wordt geïmplementeerd en getest in het UMCU. Voor landelijke en regionale invoering, na het slagen van de pilot, moet de implementatie aangepast worden aan een andere organisatorische structuur (voor deze implementatie is dit geen belemmerende factor).

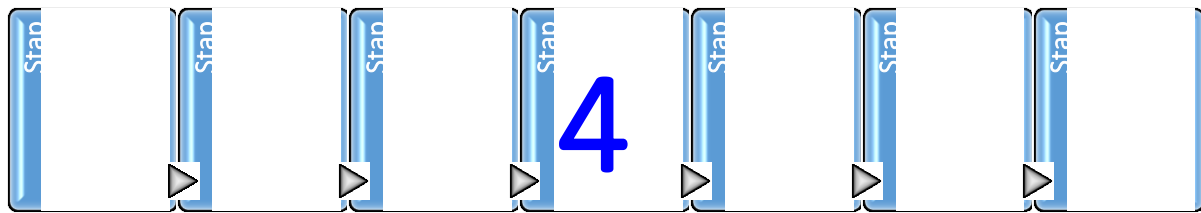
Tabel 3: Bevorderende factoren en belemmerende factoren

3.7 RANDVOORWAARDEN

Voor de implementatie van de zorginnovatie is het van belang dat er aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. Deze randvoorwaarden zijn in kaart gebracht middels hoofdstuk 3.1 tot en met 3.6. Hoe deze randvoorwaarden worden behaald worden in stap vier (hoofdstuk 4) en vijf (hoofdstuk 5) verder uitgelegd. De randvoorwaarden zijn hieronder beschreven:

1. *Sleutelfiguur*: Er moet een sleutelfiguur binnen het UMCU aangesteld worden om de verantwoording van de zorginnovatie op zich te nemen.
2. *Kerngroep*: Door het sleutelfiguur moet er een kerngroep samengesteld worden voor de organisatie van de zorginnovatie.
3. *Draagvlak*: Er moet draagvlak bij de innovators en early adaptors gecreëerd worden ten behoeve van de pilot-zorginnovatie.
4. *Financiering*: Er moet voldoende budget zijn voor de organisatie van de zorginnovatie.
5. *Praktische voorwaarden*: Er moeten aan praktische voorwaarden voldaan worden: uitnodigingen, locatie, catering, bereikbaarheid, presentatiemateriaal, sprekers, voorzitter, begeleiding en tafels en stoelen.
6. *Scholing*: Begeleidende verpleegkundigen moeten geïnstrueerd worden over hun rol tijdens de zorginnovatie en het bereiken van de randvoorwaarden uit het verbeterplan.
7. *Evaluatie*: De pilot-zorginnovatie moet door de kerngroep geëvalueerd worden op effectiviteit voordat deze volledig geïmplementeerd zal worden binnen de IC-nazorg van het UMCU en voordat de zorginnovatie landelijk en/of regionaal ingevoerd kan worden.
8. *Post-pilotfase*: Wanneer deze pilot-zorginnovatie succesvol is verlopen, moet er binnen het gehele verpleegkundige team op de IC-nazorgpoli en de afdeling IC draagvlak gecreëerd worden.
9. *Landelijke implementatie*: Er moet een sleutelfiguur aangesteld worden die verantwoordelijk is voor de landelijk en/of regionale implementatie.

4 ONTWIKKELING EN SELECTIE VAN STRATEGIEËN



In voorgaande hoofdstukken werden zorginnovatie, cultuur van de afdeling, veranderingspotentieel, betrokkenen en belanghebbenden, belemmerende en bevorderende factoren en de randvoorwaarden beschreven welke nodig zijn voor een succesvolle implementatie. Aan de hand hiervan zullen in dit hoofdstuk verschillende implementatietheorieën en -strategieën worden gekozen die zo goed mogelijk aansluiten op de resultaten uit de analyse van de vorige hoofdstukken(2).

4.1 DE VIJF FASEN

Om de implementatie van de zorginnovatie proces- en planmatig te laten verlopen zijn strategieën en theorieën door Grol & Wensing in verschillende fasen van het veranderingsproces beschreven die doorlopen moeten worden. Deze fasen zijn weergegeven in tabel 4(2). De hoofdstukken 5 t/m 7 zijn geschreven aan de hand van deze vijf fasen.

Fase	Toelichting
Fase 1: Oriëntatie	<ul style="list-style-type: none">• Bewust zijn van de innovatie.• Interesse en betrokkenheid.
Fase 2: Inzicht	<ul style="list-style-type: none">• Kennis en begrip.• Inzicht in bestaande werkwijze.
Fase 3: Acceptatie	<ul style="list-style-type: none">• Positieve houding, motivatie om te veranderen.• Intentie, besluit om te veranderen.
Fase 4: Verandering	<ul style="list-style-type: none">• Invoering in de praktijk.• Bevestiging van nut.
Fase 5: Behoud van verandering	<ul style="list-style-type: none">• Integreren in bestaande routines.• Verankering in de organisatie.

Tabel 4: Verschillende fasen van het veranderingsproces

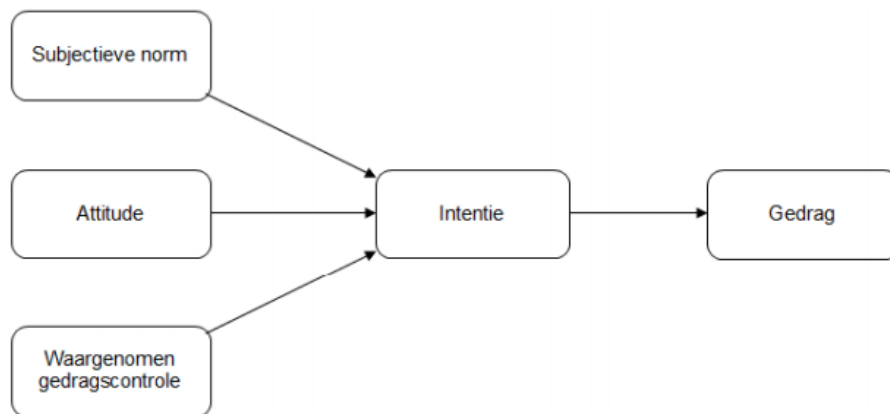
4.2 IMPLEMENTATIESTRATEGIEËN EN -THEORIEËN

De implementatiestrategieën en -theorieën zijn bedoeld om de doelgroep de zorginnovatie zo effectief mogelijk eigen te laten maken. De primaire doelgroep wordt gevormd door de IC-verpleegkundigen en de IC-nazorgverpleegkundigen. Het bleek dat het niet duidelijk is of meervoudige strategieën effectiever zijn dan enkelvoudige strategieën. Toch is ervoor gekozen om meervoudige strategieën te gebruiken en om deze in verschillende fasen van het plan door te voeren(2).

4.2.1 DISSEMINATIESTRATEGIE EN MOTIVATIONELE THEORIE

De disseminatiestrategie valt onder de fasen oriëntatie, inzicht en acceptatie. Er wordt geprobeerd om de doelgroep door middel van deze strategie kennis te laten nemen van de zorginnovatie. De gewenste uitkomsten zijn dat de doelgroep goed geïnformeerd wordt, kennis bezit over het onderwerp en een positieve attitude verwerft over deze zorginnovatie(2).

Bij verspreiding van kennis inzake zorginnovatie kan gebruik gemaakt worden van massamediale (niet-persoonlijke) en van persoonlijke communicatiekanalen. Voorbeelden van massamediale kanalen zijn memo's en publicatie van het verbeterplan op de afdeling. Voorbeelden van persoonlijke communicatiekanalen zijn het inzetten van klinische lessen (voorlichting), het inzetten van een sleutelfiguur om het onderwerp op de afdeling levendig te brengen en binnen een kerngroep meningen uit te wisselen(2). De motivationele theorie beschrijft dat individueel gedrag vooral gestuurd wordt door attitude (het geloof en waardering van het effect), sociale norm (de normen van de omgeving en het belang daarvan) en ervaren controle (self-efficacy, ofwel geloof in eigen kunnen). Dit wordt ook wel de planned behaviour theory genoemd(2,14)(figuur 3). Het is van belang dat er tijdens implementatie rekening gehouden wordt met deze intrinsieke factoren.



Figuur 3: Theory of planned behaviour

4.2.2 EDUCATIEVE STRATEGIE EN THEORIE

De educatieve strategie valt onder de fasen inzicht, acceptatie en verandering. Deze strategie richt zich op verspreiding van onderzoeksresultaten (verbeterplan), zorginnovatie en de wijze van implementeren. De strategie gebruikt activiteiten als kennis- en vaardigheidstrainingen en een transparante presentatie van de zorginnovatie. Voorbeelden zijn het inzetten van kleinschalige klinische lessen, vaardigheidstrainingen voor de verpleegkundigen en beschikbaar stellen van informatiemateriaal. De educatieve theorie richt zich op de motivatie van het individu om te leren en te veranderen. De theorie stelt dat zorgprofessionals effectiever gemotiveerd worden door problemen uit de praktijk dan door abstracte informatie(2).

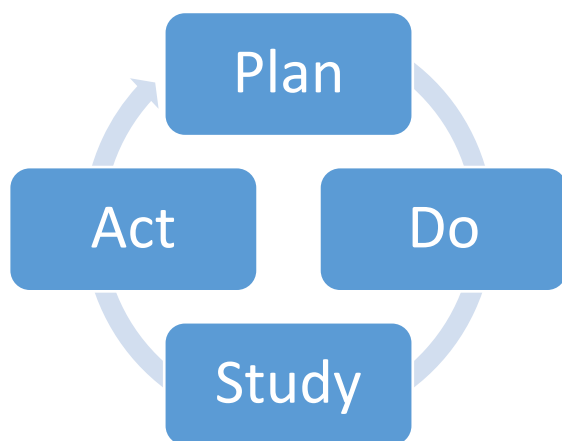
4.2.3 KWALITEITSMANAGEMENT THEORIE EN FEEDBACK EN REMINDERS

De kwaliteitsmanagementtheorie valt onder alle genoemde fasen. De feedback- en remindersstrategie valt onder de fasen verandering en behoud van verandering.

De zorginnovatie is een pilot binnen de afdeling. Voor deze innovatie is het van belang dat er continue verbetering van processen plaatsvindt. De total quality management-benadering (TQM) uit de kwaliteitsmanagementtheorie benadrukt dat de gehele organisatie van de zorginnovatie middels een Plan-Do-Study-Act-cyclus (PDSA-cyclus) (figuur 4) moet worden geoptimaliseerd. De PDSA-cyclus is een manier om een zorginnovatie te evalueren aan de hand van verzamelde gegevens en het vinden van passende oplossingen voor knelpunten. Plan is het gedeelte waarin de doelstelling, organisatie en meetbare indicatoren worden vastgesteld. Do is het moment waarin het plan wordt uitgevoerd. Study is het moment waarin de indicatoren worden vergeleken met de huidige situatie en met de vooraf gestelde doelen. Act is het moment dat de organisatie wordt bijgesteld om de gewenste doelen wél te behalen. Deze cyclus is een continu proces(2).

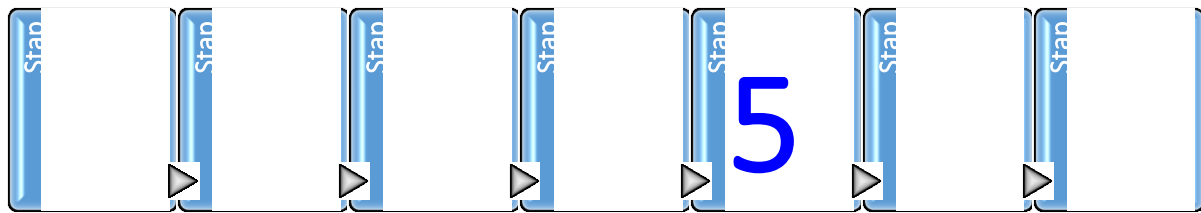
Van strategie-feedback en reminders worden zowel feedback als reminders voor de implementatie van de zorginnovatie gebruikt. Feedback kan worden gegeven door middel van een evaluatie van de zorginnovatie met de participerende/begeleidende verpleegkundigen van die dag, samen met de organisatoren (kerngroep). Tijdens de evaluatie kunnen verbeterpunten en knelpunten geformuleerd worden. Deze evaluatie moet weer teruggekoppeld worden naar de afdeling om extra draagvlak te creëren(2). Reminders worden gebruikt om de zorginnovatie tijdens de implementatie blijvend onder de aandacht te brengen.

De evaluatie van de zorginnovatie en de resultaten van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) zijn beide onderdeel van de study-fase. Deze uitkomsten kunnen gebruikt worden om de organisatie aan te passen aan de gewenste doelstelling.



Figuur 4: PDSA-cyclus

5 UITVOERING VAN IMPLEMENTATIE



In dit hoofdstuk wordt beschreven per fase, zoals genoemd in hoofdstuk 4.1, welke implementatieactiviteiten worden uitgevoerd. Elke activiteit is gekoppeld aan een strategie en/of theorie. Al deze activiteiten worden vervolgens in een tijdspad gezet. Dit tijdspad is terug te vinden in paragraaf 5.2. De fasen 3 en 4 zullen ingedeeld worden volgens de 'diffusie van innovatie'-theorie van Rogers(2,5).

5.1 ACTIVITEITENSHEMA

5.1.1 FASE 1 – ORIËNTATIE

Deze fase valt onder de plan van de PDSA-cyclus. Deze fase is bedoeld om de doelgroep kennis te laten maken met het onderwerp en interesse te wekken. De activiteiten voortkomend uit deze fase komen uit disseminatiestrategie en motivationele theorie(2).

Er werd aan het begin van het project een sleutelfiguur aangesteld. Deze werd over de voortgang van het project op de hoogte gehouden door een wekelijkse update.

Projectleden gaven bekendheid aan het project via het sleutelfiguur middels massamediale en persoonlijke kanalen, zoals het adverteren met posters in de koffiekamer, bijgevoegde voorlichting in de vragenlijsten voor verpleegkundigen en klinische lessen.

Sleutelfiguur stelde een kerngroep samen van geïnteresseerde IC-verpleegkundigen (innovators). Sleutelfiguur maakt voorts, samen met de kerngroep, het onderwerp bekend op de afdeling via massamediale en persoonlijke kanalen. Zoals het bespreken van het onderwerp in de koffiekamer en het inzetten van e-mails en memo's.

Gedurende het verspreiden van deze kennis, werd geprobeerd interesse voor het project te activeren door rekening te houden met sociale normen. Sleutelfiguur heeft inzicht in de sociale norm.

Tijdens de klinisch les en op de poster wordt de website FCIC.nl genoemd voor kennisname over de zorginnovatie.

5.1.2 FASE 2 – INZICHT

Deze fase valt onder de plan van de PDSA-cyclus. Deze fase is bedoeld om de kennis bij de hele doelgroep over het onderwerp te vergroten en om inzicht te verkrijgen. De activiteiten, voortkomend uit deze fase, komen van de disseminatie- en educatiestrategie en de educatieve- en motivationele theorie(2).

De projectleden stellen het verbeterplan, de zorginnovatie en het implementatieplan ter inzage beschikbaar.

Er wordt een poster gemaakt met korte samenvatting van het project.

Er worden kleinschalige klinische lessen gegeven aan de IC-verpleegkundigen. Eerst worden de resultaten van de huidige situatie besproken. Vervolgens moeten de literatuur- en praktijkresultaten (verbeterplan) worden besproken. Deze moeten zo gemakkelijk mogelijk gepresenteerd worden en er moet zoveel mogelijk ingegaan worden op de ervaring van de ziekenhuizen. Dit allemaal bedoeld om vertrouwen in de resultaten en in het onderwerp te wekken.

De kerngroep neemt de klinische les over. Tijdens de eerste weken van de organisatie presenteert de kerngroep de resultaten uit het verbeterplan.

5.1.3 FASE 3 – ACCEPTATIE

Deze fase valt onder de Do van de PDSA-cyclus. Voor deze fase worden de disseminatie- en educatie strategie en de educatieve- en motivationele theorie gebruikt voor de activiteiten. In deze fase wordt de positiviteit en motivatie ten aanzien van de zorginnovatie bevorderd(2).

Allen: De kerngroep neemt de organisatie over en houdt de afdeling op de hoogte van de vorderingen middels posters, koffiekamergesprekken, memo's en klinische lessen. Tijdens de klinische lessen moet er ruimte zijn voor discussies en voor het brainstormen over knelpunten. Alle IC-verpleegkundigen moeten gemotiveerd worden om op de IC en IC-nazorgpoli voorlichting te geven over de zorginnovatie (dit is voor de pilot nog niet van belang).

Innovators: Eén week voor uitvoering van de zorginnovatie moeten de begeleidende IC-verpleegkundigen een klinisch les krijgen over de taken en randvoorwaarden van de zorginnovatie voor het verdere stimuleren van de acceptatie.

Early adaptors: Zij worden nieuwsgierig gemaakt door de kennis over het onderwerp te vergroten. Deze groep moet gemotiveerd zijn om informatie te geven (dit is voor de pilot nog niet van belang).

Early majority, late majority en laggerds: Tijdens de pilotfase is de deelname van deze groepen niet belangrijk voor de zorginnovatie. Wel moeten deze groepen bij de implementatie betrokken blijven worden om het draagvlak op langer termijn te vergroten en omdat deze groep uiteindelijk voorlichting moet geven over de zorginnovatie.

5.1.4 FASE 4 – VERANDERING

Deze fase valt onder de Do en de Study van de PDSA-cyclus. In deze fase wordt de zorginnovatie uitgevoerd in de praktijk en worden de educatietheorie en -strategie gebruikt. Daarnaast wordt de feedback- en reminderstrategie gebruikt(2).

Organisatie en voorlichting moeten uitgevoerd worden (het tweede is voor de pilot nog niet van belang) en de dag zelf (de lotgenotenbijeenkomst) moet uitgevoerd worden.

Allen: Zorginnovatie opnieuw onder de aandacht brengen één week voor de zorginnovatie, middels een memo en posters.

Begeleiders/innovators: Na uitvoering moet de zorginnovatiedag geëvalueerd worden om structurele- of organisatorische problemen in kaart te brengen. Deze evaluatiepunten moeten worden genoteerd en gebruikt voor verbetering van de zorginnovatie.

Patiënten-evaluatie: Patiënten en naasten krijgen aan het einde van de zorginnovatie ongeveer drie patiënten-evaluaties mee, waarop zij moeten aangeven of zij de patiënt of familie zijn. Bij de evaluatieformulieren is een portvrije envelop toegevoegd zodat de respondenten deze zonder kosten

kunnen terugsturen (een en ander kan ook per e-mail). Deze evaluaties moeten verzameld worden en gebruikt voor verbetering van de zorginnovatie.

De HADS: De resultaten van de HADS-score moeten worden verzameld en vergeleken met resultaten voor de zorginnovatie.

Allen: De resultaten van HADS, patiënten/familie-evaluatie en verpleegkundige evaluatie moeten teruggekoppeld worden aan de gehele doelgroep. Dit om de motivatie te bevorderen voor het doorvoeren van de zorginnovatie op grotere schaal (post-pilotfase).

5.1.5 FASE 5 – BEHOUD VAN VERANDERING

Deze fase valt onder de Study en de Act van de PDSA-cyclus. In deze fase wordt het behoud van de verandering gestimuleerd middels het gebruik van de feedback- en reminderstrategie(2).

Alle gegevens moeten teruggekoppeld worden aan de gehele doelgroep.

Afhankelijk van de resultaten over de effectiviteit van de pilot wordt besloten om de zorginnovatie opnieuw te organiseren. Als deze resultaten positief zijn, moet de zorginnovatie volledig geïmplementeerd worden en moet er opnieuw een datum gepland worden, waar de verpleegkundigen naar toe kunnen werken. De voorlichting moet in de praktijk geïmplementeerd worden en het draagvlak moet verder worden vergroot.

5.2 TIJDSPAD EN ACTIVITEITEN

Het tijdspad geeft een overzicht van de implementatieactiviteiten, onderverdeeld in de fasen van de PDSA-cyclus (tabel 5). Vanaf de Do-fase staat ook benoemd welke activiteiten overeenkomen met de aanbevelingen uit de zorginnovatie (bijlage 2).

Week	Activiteit	Wie	Doel	Klaar
Plan-fase				
Week 46 10 nov. 2015	Sleutelfiguur aanstellen.	Opdrachtgever	Leidinggevende over project en communicatie op de afdeling.	<input checked="" type="checkbox"/>
	Start verbeterplan.	Projectleden	Ontwikkeling zorginnovatie.	<input checked="" type="checkbox"/>
Week 48 24 nov. 2015	Sleutelfiguur bespreekt project met collega's in koffiekamer en wandelgangen.	Sleutelfiguur	Brengt het onderwerp onder de aandacht.	<input checked="" type="checkbox"/>
Week 48 tot 1 28 nov. - 3 jan. 2016	Huidige praktijkonderzoek.	Projectleden	Probleemanalyse en analyse huidige situatie.	<input checked="" type="checkbox"/>
Week 1 7 jan. 2016	Klinische les plannen en promoten op de afdeling middels posters, memo's en/of e-mails.	Projectleden en sleutelfiguur	Onder de aandacht brengen en nieuwsgierig maken.	<input checked="" type="checkbox"/>
Week 1 7 jan 2016	Sleutelfiguur wordt gevraagd een kerngroep samen te stellen.	Projectleden en sleutelfiguur	Kerngroep neemt de implementatie over, na het overdrachtsgesprek, van de projectleden.	<input checked="" type="checkbox"/>
Week 3 18 jan. 2016	Datum, budget, grootte van de groep en locatie plannen voor de zorginnovatie.	Sleutelfiguur	Planning zorginnovatie.	<input checked="" type="checkbox"/>
Week 3 21 jan 2016	Overdrachtsgesprek.	Projectleden, sleutelfiguur (opdrachtgever UMCU), opdrachtgever FCIC en project-begeleider	De zorginnovatie overdragen aan het sleutelfiguur zodat de implementatie voortgezet kan worden op de afdeling.	<input checked="" type="checkbox"/>

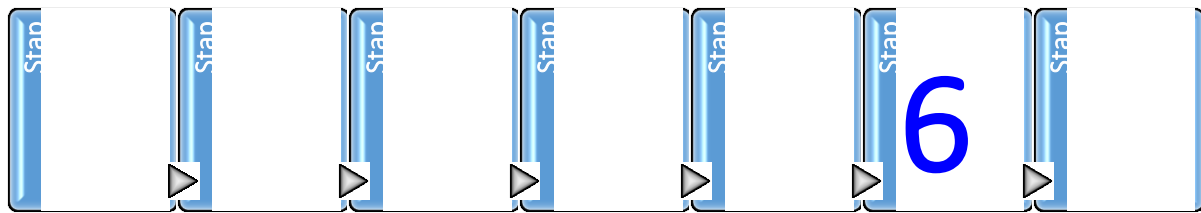
Week 4 28 jan 2016	Klinische les + ideeën met aanwezigen uitwisselen (voor de PowerPoint van de klinische les zie bijlage 4).	Projectleden	Voortkomend uit keuze implementatiestrategie. Interesse wekken bij de hele doelgroep. De ideeën die de afdeling heeft over het project worden verwerkt in het draaiboek indien relevant.	<input checked="" type="checkbox"/>
Do-fase				
Vanaf week 4 28 jan. 2016	Start organisatie van zorginnovatie. Sleutelfiguur en kerngroep		Start organisatie.	<input type="checkbox"/>
	Verbeterplan, zorginnovatie en implementatieplan moeten beschikbaar zijn op de afdeling.	Projectleden en opdrachtgever	Dit om interesse en motivatie te bevorderen van de innovators.	<input type="checkbox"/>
Week 4 29 jan. 2016	Poster ophangen voor de promotie van de zorginnovatie, en verwijzen naar projectdocumenten.	Sleutelfiguur	Interesse wekken bij de hele doelgroep.	<input type="checkbox"/>
Week 5 - 9 1 feb. 2016 – 6 mrt. 2016	Totaal vier kleinschalige klinische lessen over de effecten en organisatie van de zorginnovatie. Tijdens de klinische lessen moeten aanwezigen gestimuleerd worden mee te denken met de organisatie.	Kerngroep	Presentatie van de zorginnovatie wekt interesse in het plan, creëert draagvlak en stimuleert van vertrouwen in de effecten. De verpleegkundigen worden gemotiveerd te participeren.	<input type="checkbox"/>
Week 5 - 7 1 feb. 2016 – 19 feb. 2016	Vaststellen van de thema's, voorzitter, sprekers en begeleiders.	Kerngroep	Organisatie van de zorginnovatie. (Aanbeveling: Thema's en invulling)	<input type="checkbox"/>
Week 8 - 11 22 feb. 2016 – 18 mrt. 2016	Start met uitnodigen van ex-IC-patiënten en hun naasten via de nazorgpoli en per brief/e-mail (inclusief HADS en portvrije envelop).	Kerngroep	Organisatie van de zorginnovatie (Aanbeveling: Uitnodigen)	<input type="checkbox"/>
Week 10 7 mrt. 2016	Team op de hoogte stellen van het versturen van de uitnodigingen middels een memo of per e-mail.	Kerngroep	Reminder: de hele doelgroep informeren en nieuwsgierig te maken over de zorginnovatie.	<input type="checkbox"/>
Week 12 21 mrt. 2016	Verzamelen respons op uitnodigingen, dit is belangrijk voor de bestelling van de facilitaire behoeften.	Kerngroep	Organisatie van de zorginnovatie.	<input type="checkbox"/>

	Memo of e-mail: update over organisatie.	Kerngroep	Reminder: de hele doelgroep informeren en nieuwsgierig te maken over de zorginnovatie.	<input type="checkbox"/>
Week 12 – 13 21 mrt. 2016 – 1 apr. 2016	Poster ophangen met aankondiging van de zorginnovatie.	Kerngroep	Reminder: de hele doelgroep informeren en nieuwsgierig te maken over de zorginnovatie.	<input type="checkbox"/>
	Puntjes op de 'i': Catering bestellen. Bestel benodigd aantal tafels en stoelen. PowerPoint van de sprekers verzamelen. Dagplanning definitief maken en versturen naar de participerende zorgprofessionals. Maken van patiënten-evaluatie. Maken van tasjes met aanvullende FCIC en opeenliciggen.nl informatie, inclusief de patiënten-evaluatie en portvrije envelop.	Kerngroep	Organisatie van de zorginnovatie. (Aanbeveling: Evaluatie en Meten van het Effect)	<input type="checkbox"/>
Week 14 4 apr. 2016	Klinische les geven over begeleiding van de zorginnovatie en dagplanning.	Nog aan te stellen persoon door de kerngroep	Organisatie van de zorginnovatie. (Aanbeveling: Begeleiding)	<input type="checkbox"/>
Week 14 9 apr. 2016	Zorginnovatie (Lotgenotenbijeenkomst).	Kerngroep, begeleidende verpleegkundig en, sprekers en voorzitter	Uitvoeren. (Aanbeveling: Randvoorwaarden)	<input type="checkbox"/>
Study/Act-fase				
Week 14 9 apr. 2016	Aan het einde van de dag, evaluatie van de zorginnovatie door de zorgprofessionals.	Kerngroep, begeleidende verpleegkundig en, sprekers en voorzitter	Haalbaarheid en toepasbaarheid en organisatorische knelpunten analyseren voor verbetering zorginnovatie. (Aanbeveling: Evaluatie en Meten van het Effect)	<input type="checkbox"/>
Week 14 – 18 9 apr. 2016 – 18 mei 2016	Evaluatie over de inhoud van de dag middels een korte patiënten-evaluatie door de aanwezige ex-IC-patiënt en naasten verzamelen.	Kerngroep	Structurele of organisatorische knelpunten analyseren, voor verbetering van de zorginnovatie. (Aanbeveling: Evaluatie en Meten van het	<input type="checkbox"/>

			Effect)	
Week 18 13 mei 2016	Besluiten of de evaluatie van de zorginnovatie voldoende positief was en of de pilot voldoende geslaagd is.	Kerngroep	Start van de <u>voorbereidingen</u> voor implementatie van een volgende zorginnovatie (Aanbeveling: Voorbereiding)	<input type="checkbox"/>
Week 44 - 3 14 nov. 2016 – 20 jan. 2017	Alle HADS gegevens verzamelen (per brief of e-mail)	Kerngroep	Evalueren van het effect van de zorginnovatie. (Aanbeveling: Evaluatie en Meten van het Effect)	<input type="checkbox"/>
Week 4 23 nov. 2017	Gegevens evalueren en besluiten of de zorginnovatie vaker binnen het UMCU georganiseerd gaat worden.	Kerngroep	Deze stap is belangrijk voor het einde van de pilotfase, het begin van de volledige implementatie en integratie van de zorginnovatie in routines en start van een nieuwe PDSA-cyclus.	<input type="checkbox"/>
Week 5 30 nov. 2017	Effect terugkoppelen naar afdeling middels een memo en koffiekamergesprekken (of klinische lessen).	Kerngroep	Deze stap is belangrijk voor het einde van de pilotfase, het begin van de volledige implementatie en integratie van de zorginnovatie in routines en start van een nieuwe PDSA-cyclus.	<input type="checkbox"/>
	Start nieuwe organisatie, indien effectief.	Kerngroep	Nieuwe PDSA-cyclus.	<input type="checkbox"/>

Tabel 5: Tijdsplanning

6 INTEGRATIE IN ROUTINES

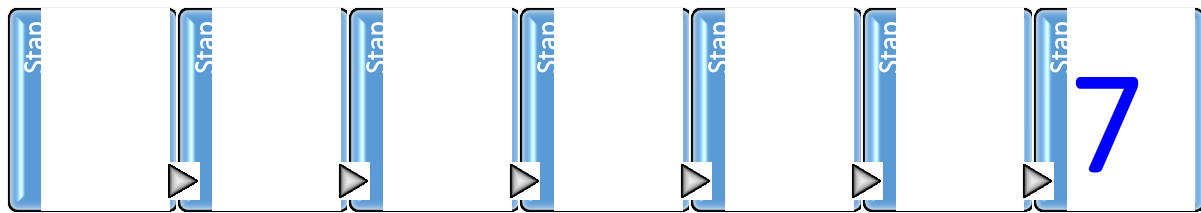


Het is cruciaal voor een effectieve implementatie om de zorginnovatie zo goed mogelijk te integreren in vaste routines en te verankeren in de organisatie. De pilotfase zal, alvorens er een solide implementatie kan plaatsvinden, geëvalueerd moeten worden op haalbaarheid, toepasbaarheid en effectiviteit. Deze stap is belangrijk voor de post-pilotfase, voor het vergroten van het draagvlak en het behoud van de interesse in de zorginnovatie(2).

6.1 HET SLEUTELFIGUUR VOOR INTEGRATIE VAN ROUTINES

Voor de pilotfase is integratie in routines niet aan de orde. Wanneer de zorginnovatie effectief blijkt zal in de post-pilotfase de zorginnovatie geïntegreerd worden in routines met behulp van een IC-nazorgverpleegkundige (sleutelfiguur). Deze verpleegkundige is een senior-verpleegkundige en een enthousiaste voortrekker van het team (*champion*). Door de resultaten aan het einde van de pilotfase terug te koppelen aan het hele team middels memo's en koffiekamergesprekken (of middels klinische lessen), wordt het (positieve) resultaat zichtbaar. Dit zijn allemaal technieken om de zorginnovatie te integreren. Na de pilotfase heeft sleutelfiguur de verantwoordelijkheid om de zorginnovatie te integreren op de afdeling. Dit door het onderwerp actueel te houden en met de kerngroep de zorginnovatie voort te zetten. Sleutelfiguur heeft aldus een belangrijke coördinerende functie(2).

7 EVALUATIE EN BIJSTELLING VAN PLAN



De effect-evaluatie van de pilotfase is belangrijk om te kunnen inschatten welke doelen bereikt kunnen worden met de zorginnovatie. De procesevaluatie is van belang om te kunnen achterhalen welke processen kunnen worden aangepast aan haalbaarheid en toepasbaarheid. Eventueel kunnen dit ook implementatieactiviteiten zijn. Hiervoor moeten feitelijke gegevens worden verzameld van organisatie, zorginnovatie en ervaringen en meningen van deelnemers (patiënten en hun naasten en participerende zorgprofessionals). De informatie die de evaluatie oplevert kunnen de organisatoren/onderzoekers gebruiken om het plan bij te stellen en te achterhalen of zij op de goede weg zijn(2).

7.1 KORTETERMIJNDOELEN

Evaluatie van de ervaring van de deelnemers van de zorginnovatie is van belang om in de volgende Study en Act fase van de PDSA-cyclus het plan te kunnen bijstellen. De evaluatie is bedoeld om de organisatorische haalbaarheid en toepasbaarheid te evalueren van de zorginnovatie en van het implementatieplan (tabel 6).

PATIËNTEN-EVALUATIE

De evaluatie van patiënten en hun naasten kan zowel per brief als per e-mail plaatsvinden. In totaal moeten er drie vragenlijsten of invulmogelijkheden zijn (één voor de patiënt en twee voor de naasten).

Er wordt voor zowel de brief als de e-mail een respons van rond de 50 procent verwacht. Dit is een hoog percentage. Het wordt onderbouwd doordat de deelnemers betrokken zijn bij de zorginnovatie en omdat de (korte en uit open en gesloten vragen bestaande) vragenlijst toegankelijk is.

Omdat een brief op de post gedaan moet worden en (dus) onpraktisch is voor mindervaliden, verdient voor genoemde patiëntenevaluatie e-mail de voorkeur. In de e-mail/brief wordt vermeld dat de aangeschrevenen één jaar na ontslag nog een vragenlijst kunnen verwachten, dit om het effect van de zorginnovatie te meten. De vragenlijst per brief kan geretourneerd worden met de bijgevoegde portvrije envelop. De gegeven antwoorden worden gebruikt om het perspectief van de patiënten over de organisatie te evalueren.

- Doel:** De ervaring van de bijeenkomst vanuit het perspectief van de patiënt.
- Norm:** 50% respons door de patiënten en naasten.
- Meting:** Korte vragenlijst met open en gesloten vragen over de lotgenotenbijeenkomst - meegeven aan patiënt en naasten aan het einde van de lotgenotenbijeenkomst, samen met een portvrije envelop (dan wel per e-mail).

$$\frac{\text{Aantal evaluatie-responses}}{\text{Totaal aanwezige patiënten en naasten}} \times 100\% = \text{percentage respons}$$

BRAINSTORMSESSIE

Aan het einde van de lotgenotenbijeenkomst wordt met alle participerende zorgprofessionals de dag geëvalueerd middels een brainstormsessie. Er wordt 90 procent deelname verwacht van de zorgprofessionals, omdat de sprekers niet perse bij de evaluatie aanwezig hoeven te zijn. De brainstormsessie is een techniek om binnen korte tijd zoveel mogelijk ideeën te genereren over de zorginnovatie.

Ieder onderdeel van de zorginnovatie kan worden geëvalueerd, ook onpraktische en extreme ideeën zijn toegestaan. Sleutelfiguur stelt een notulist aan om alle ideeën te noteren. Naderhand worden de ideeën gebundeld en geordend zodat deze kunnen worden gebruikt voor het bijstellen van het plan. De evaluatie kan gebruikt worden voor het verbeteren van de zorginnovatie.

- Doel:** Organisatorische haalbaarheid en toepasbaarheid evalueren.
- Norm:** 90 procent respons door de participerende zorgprofessionals (10 procent zijn sprekers, die hoeven er niet bij te zijn).
- Meting:** Evaluatieronde aan het einde van de bijeenkomst met de zorgprofessionals middels een brainstormsessie. Notuleren van de verbeteringsideeën.

$$\frac{\text{Aantal evaluerende zorgprofessionals}}{\text{Totaal participerende zorgprofessionals}} \times 100\% = \text{Percentage respons}$$

EVALUATIE EFFECT

De HADS na één jaar follow up moet worden verzameld om het effect te kunnen evalueren. Bij het verzamelen van alle HADS-metingen moeten er drie mogelijkheden zijn om de lijst in te vullen (één voor de patiënt en twee voor de naasten). Eerst wordt een HADS-nulmeting uitgevoerd door bij de uitnodiging HADS-formulieren mee te sturen. Dit kan per e-mail of brief (retourneren kan middels het meesturen met de aanwezigheidsbevestiging in portvrije envelop of er kan ingeleverd worden bij de bijeenkomst).

De HADS wordt na één jaar follow-up (ook dit kan per e-mail of brief) afgenomen. In de vragenlijst wordt de vraag toegevoegd of de participant heeft deelgenomen aan de IC-lotgenotenbijeenkomst. Er wordt uitgegaan van 30 procent respons. Dit percentage ligt lager dan de respons van de patiënten-evaluatie. Dit komt omdat de HADS meer vragen bevat en omdat de IC-opname langer geleden is. Voor de pilot zal er geen effectdoel worden gesteld, omdat het onduidelijk is of de zorginnovatie (in zijn huidige vorm en intensiteit) daadwerkelijk effect heeft op deze onderzoekspopulatie.

De HADS (na één jaar follow-up) van de lotgenotenpopulatie moet vergeleken worden met de scores van de nulmeting en moet ook vergeleken worden met resultaten van een jaar vóór de zorginnovatie.

- Doel:** Effectiviteit evalueren aan de hand van de HADS (na één jaar follow-up, dus één jaar na ontslag).
- Norm:** Er wordt 30 procent respons verwacht op de HADS (na één jaar follow-up). Er is geen effectdoel gesteld voor de pilot, wél wordt het effect geëvalueerd.
- Meting:** HADS (na één jaar follow-up) kan per brief of e-mail. De resultaten van de HADS (na één jaar follow-up) van de lotgenotenpopulatie wordt vergeleken met diezelfde HADS van de populatie één jaar vóór de zorginnovatie. De resultaten van de HADS (na één jaar follow-up) van de lotgenotenpopulatie kunnen vergeleken worden met de nulmeting.
- Score:** De HADS bestaat uit een reeks stellingen waaraan de ex-IC-patiënt of naaste een waardering moet toekennen (helemaal niet, weinig, vaak, meestal). Iedere waardering levert een vast aantal punten op: van nul tot drie. Het maximum aantal punten voor alle stellingen samen is 42. De score is het werkelijke aantal punten dat het individu met zijn antwoorden heeft behaald.

IMPLEMENTATIEDOELLEN

Kortetermijndoelen	Behaald?
1. Tussen week 5 en 9 van de tijdsplanning in het implementatieplan moeten 4 klinische lessen gegeven worden door de kerngroep (1 les is gegeven door de projectleden).	<input type="checkbox"/>
2. De zorginnovatie is georganiseerd en uitgevoerd.	<input type="checkbox"/>
3. De zorginnovatie is geëvalueerd door zorgprofessionals en patiënten.	<input type="checkbox"/>
4. De HADS nulmeting en HADS na één jaar follow-up is afgenomen.	<input type="checkbox"/>

Tabel 6: kortetermijndoelen

EFFECT BEPALING

Scorepercentage berekening

A = HADS-percentage nulmeting = (HADS-score nulmeting : 42) x 100%

B = HADS-percentage na één jaar follow-up, de populatie met zorginnovatie =
(HADS-score 1 jaar follow up populatie met zorginnovatie : 42) x 100%

C = HADS-percentage na één jaar follow-up, de populatie zonder zorginnovatie =
(HADS-score 1 jaar follow-up populatie zonder zorginnovatie : 42) x 100%

Resultaat berekening

‘Resultaten’ worden nu middels de volgende bewerkingen berekend:

(A - B). Dit verschil betreft, na één jaar follow-up, het percentage positief dan wel negatief effect op een populatie met zorginnovatie ten opzichte van de nulmeting,

en:

(C - B). Dit verschil betreft, na één jaar follow-up, het percentage positief dan wel negatief effect op een populatie met zorginnovatie ten opzichte van een populatie zonder zorginnovatie.

Indien genoemde resultaten kleiner, respectievelijk groter zijn dan nul, betreft de absolute waarde van het resultaat het percentage negatief respectievelijk positief effect.

Voorbeeld: stel A = 70% en B = 90%,

Dan geldt: (A - B) = -20%,

De absolute waarde van -20 is 20,

Zodat het gevraagde percentage aan negatief effect 20 is.

Aandachtspunt: Indien de resultaten neutraal of negatief zijn, moet achterhaald worden wat de oorzaak is. En moet onderzocht worden óf en hoe de zorginnovatie verbeterd kan worden.

7.2 LANGETERMIJNDOELEN

Het langetermijndoel van de zorginnovatie is, na een effectieve pilotfase, de implementatie op landelijk- en/of regionaal niveau door de stichting FCIC. De implementatie op langetermijn zal dan eveneens voortgezet worden binnen het IC-centrum van het UMCU. Deze doelen (tabel 7) vallen binnen de post-pilotfase.

Langetermijndoelen	Behaald?
1. De HADS uit de kortetermijndoelen is effectief gebleken. Er wordt een nieuwe organisatie van de zorginnovatie ingezet en aangepast op evaluatiepunten.	<input type="checkbox"/>
2. Na evaluatie en vaststellen van effectiviteit van de zorginnovatie moet de informatie over de zorginnovatie toegevoegd worden in de IC-nazorgfolders en website van de IC van het UMCU binnen drie maanden.	<input type="checkbox"/>
3. 60 procent (innovators, early adaptors en early majority) van de IC-verpleegkundigen geeft binnen drie maanden na evaluatie en vaststelling effectiviteit, voorlichting tijdens de opname. Dit laatste aan patiënt en naasten over de mogelijkheid tot lotgenotencontact na IC-opname.	<input type="checkbox"/>
4. De werkgroep Lotgenotencontact van stichting FCIC zal landelijke en/of regionale implementatie inzetten.	<input type="checkbox"/>

Tabel 7: Langetermijndoelen

LITERATUURLIJST

1. Stichting Family and Patient Centered Intensive Care.
<http://www.fcic.nl/werkgroepen/lotgenotencontact/> (geraadpleegd 14 januari 2016)
2. Grol R, Wening M. Implementatie effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 4de druk. Amsterdam: Reed Business; 2011.
3. Erasmus Universy Thesis repository. <http://thesis.eur.nl/pub/4325> (geraadpleegd 13 januari 2016).
4. OCAI-online.
<http://www.ocai-online.nl/blog/2008/09/het-organizational-culture-assessment-instrument-ofwel-ocai/> (geraadpleegd 21 december 2015)
5. Marketing modellen. <http://www.marketingmodellen.com/adoptiemodel-van-rogers/> (geraadpleegd 3 januari 2016)
6. Universitair Medisch Centrum Utrecht.
<http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Afdelingen/Intensive-care> (geraadpleegd 6 januari 2016)
7. Jaardocument UMC Utrecht 2014 [Jaarverslag]. Utrecht: Raad van Bestuur; 2014. p. 6.
8. Joint Commission International. <http://www.jointcommissioninternational.org> (geraadpleegd 13 januari 2016)
9. Jaardocument UMC Utrecht 2014 [Jaarverslag]. Utrecht: Raad van Bestuur; 2014.
10. Stichting Family and patient Centered Intensive Care.
<http://www.fcic.nl/wat-family-centered-intensive-care/> (geraadpleegd 22 december 2015)
11. Bakhshi-Raiez F, Brinkman S, van Dijk I, Dongelmans D, Ebel D, de Keizer N, Spijckstra JJ. Focus IC Jaarboek 2014. Amsterdam: Stichting NICE. 2014.
12. Hendriksen J. Werkboek intervisie. Soest: H. Nelissen B.V.; 2002.
13. ZonMw. <http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/implementatie/vernieuwing-doorlichten/> (geraadpleegd 4 januari 2016)
14. Fishbein, M, Ajzen I. Belief, Attitude, Intention and Behavior: an Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.

1 Inleiding

De laatste jaren wordt steeds duidelijker wat de gevolgen zijn van een Intensive Care (IC) opname voor IC-patiënten en hun naasten. Zo kampen patiënten met allerlei gezondheidsproblemen, zoals fysieke, cognitieve en psychische beperkingen. Deze beperkingen worden sinds 2012 ondergebracht in het Post Intensive Care Syndroom (PICS). Ook familieleden blijken last te hebben van psychische klachten. Deze klachten worden ondergebracht in het Post Intensive Care Syndroom Familie (PICS-F). In dit draaiboek wordt de familie en de rest van het sociale systeem van de patiënt aangeduid met naasten.

Ex-IC-patiënten en hun naasten zouden veel steun kunnen hebben aan de faciliteiten van patiëntenverenigingen. Een dergelijke patiëntenvereniging voor ex-IC-patiënten bestaat niet, waardoor lotgenotencontact alleen mogelijk is bij patiëntenverenigingen van onderliggende ziektes. Patiënten en hun naasten kunnen daar alleen niet terecht met hun specifieke PICS-klachten.

De stichting Family and patient Centered Intensive Care (FCIC) wilt in samenwerking met de IC-nazorgpoli van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) een IC-nazorg-interventie ontwikkelen waarbinnen groepsgericht lotgenotencontact voor ex-IC-patiënten en hun naasten mogelijk is. Het doel van dit lotgenotencontact is onderlinge uitwisseling van ervaringen en het bieden van emotionele steun.

Voor de stichting FCIC en het UMCU is onderzoek gedaan naar hoe groepsgericht lotgenotencontact voor de IC-populatie het best georganiseerd kan worden, hoe deze interventie geïmplementeerd kan worden en getest kan worden op effectiviteit.

In dit draaiboek wordt de groepsgerichte lotgenoten IC-nazorginterventie beschreven. Deze wordt in het vervolg van het draaiboek de *zorginnovatie* genoemd. De zorginnovatie is opgebouwd uit aanbevelingen van het verbeterplan (het onderzoek). Het doel van de zorginnovatie was om landelijk en/of regionaal geïmplementeerd te kunnen worden. Het is echter zo dat niet alle aanbevelingen toepasbaar bleken voor landelijke en/of regionale implementatie. Dit komt omdat de aanbevelingen zijn geschreven voor de context van het IC-centrum binnen het UMCU. De zorginnovatie zal voor landelijke en/of regionale implementatie moeten worden aangepast aan de mogelijkheden van de lokale praktijksituatie.

De zorginnovatie zal binnen het UMCU eerst worden ingezet als pilot om na de effect-evaluatie geïmplementeerd te worden als volledige zorginnovatie (post-pilotfase) of als landelijke/regionale IC-nazorginterventie.

Het draaiboek zal als handleiding fungeren voor het organiseren van een lotgenotencontactbijeenkomst voor ex-IC-patiënten en hun naasten binnen het IC-centrum van het UMCU. De topics van de zorginnovatie die in dit draaiboek worden behandeld zijn de doestelling, voorbereiding, invulling, begeleiding, facilitair, meten van het effect en de tijdsplanning.

2 Inhoud draaiboek

2.1 Doelstelling

Het lotgenotencontact moet gericht zijn op reductie van stress, angst en depressieve klachten gerelateerd aan de IC-opname. Een ander doel is om een betere coping te stimuleren middels het bieden van steun en het verschaffen van informatie over het leven met de post-IC-gezondheidsproblematiek.

2.2 Voorbereiding

2.2.1 Voorlichting

Op de afdeling IC en de IC-nazorgpoli moeten patiënten en naasten geïnformeerd worden over de mogelijkheid van lotgenotencontact. Zij moeten goed voorgelicht worden over de inhoud van de lotgenotenbijeenkomst middels de IC-nazorgfolder, de website van het IC-centrum of middels mondelinge voorlichting. Voor ontslag kan informatie gegeven worden door de IC-verpleegkundigen. Na ontslag kan informatie worden gegeven door de Consultatief Intensive care Verpleegkundige (CIV) of IC-nazorgpoliverpleegkundigen. Tevens kan informatie gegeven worden via de website van het IC-centrum of via de IC-nazorgfolder (de voorlichting is in de pilotfase nog niet van belang).

2.2.2 Wijze van uitnodigen

Ex-IC-patiënten die langer dan 48 uur zijn opgenomen, géén psychiatrische voorgeschiedenis hebben en behoefte hebben aan lotgenotencontact, moeten uitgenodigd worden voor de lotgenotenbijeenkomst. Zowel patiënten die op de IC-nazorgpoli komen als de patiënten die *niet* op de IC-nazorgpoli komen, moeten uitgenodigd worden. In de pilot worden de deelnemers alleen via de IC-nazorgpoli of per brief/e-mail uitgenodigd.

De lotgenotenbijeenkomst moet in de communicatie naar de patiënt *nazorgdag* of *terugkomdag* genoemd worden.

Er moet rekening worden gehouden bij het uitnodigen *per brief* of *per e-mail* dat tussen de 11-30% van de genodigde patiënten en hun naasten zullen komen. Er kan bij de uitnodiging een deelnamebevestiging met een portvrije envelop bijgevoegd worden of deelnemers kunnen de e-mail beantwoorden, zodat zij kunnen laten weten of ze aanwezig zijn.

Patiënten en hun naasten (die via de website of folder geïnformeerd zijn) die minder dan 48 uur zijn opgenomen, maar wel behoefte hebben aan lotgenotencontact, kunnen telefonisch contact opnemen met de IC-nazorgverpleegkundigen voor een deelname.

2.2.3 Rol van de Naasten

De naasten en nabestaanden dienen altijd voor de lotgenotenbijeenkomst uitgenodigd te worden. Nabestaanden worden uitgenodigd voor een aparte bijeenkomst.

2.3 Invulling van de lotgenotenbijeenkomst

2.3.1 Grootte van de groep

De groep mag maximaal uit 25 aanwezigen bestaan, exclusief de begeleidende IC-verpleegkundigen. Wanneer er meer dan 25 deelnemers worden uitgenodigd of worden verwacht op dezelfde dag, dan moet deze groep onderverdeeld worden in verschillende zalen zodat de maximale aanwezigheid van 25 deelnemers gewaarborgd blijft.

2.3.2 Thema's

De lotgenotenbijeenkomst moet gericht zijn op het verstrekken van informatie en het bieden van steun. Thema's die besproken moeten worden, zijn de klachten en ervaringen van de periode tijdens en na de IC-opname. Voorbeelden hiervan zijn delier, geluiden en beelden van de IC, de ervaring vanuit het perspectief van de patiënt (door een ervaringsdeskundige), de lichamelijk-, psychische- en cognitieve problematiek van het PICS, het leven met het PICS en re-integratie in de maatschappij. Ook moet er stil worden gestaan bij de ervaringen van de naasten.

2.3.3 Sprekers

Sprekers kunnen zijn: intensivisten, ervaringsdeskundigen en IC-verpleegkundigen.

2.3.4 Creëren van contact

Om het lotgenotencontact te stimuleren moet er in kleine groepen een mogelijkheid gecreëerd worden om ervaringen uit te wisselen. Dit kan in de vorm van het presenteren van stellingen of het inzetten van discussiegroepen.

Voorbeelden van stellingen:

- *'Tijdens mijn IC-opname liepen dromen en werkelijkheid door elkaar.'*
- *'Ik heb de IC-opname anders beleefd dan mijn partner/naasten.'*
- *'Toen ik de IC kon verlaten en op de gewone afdeling kwam, was alles anders.'*
- *'Sinds mijn IC-opname ben ik nooit meer dezelfde geworden.'*

2.3.5 Mogelijke dagindeling

Door de projectgroep is een dagindeling gemaakt voor de lotgenotenbijeenkomst. In overleg met de organisatoren kan hier nog van afgeweken worden.

12.00 uur: Start van de middag door de voorzitter van de dag.

12.15 uur: Plenaire presentatie door een intensivist over een IC-opname en daarna.

12.45 uur: Presentatie door een ervaringsdeskundige over de ervaringen op de IC en ná de IC.

- 13.15 uur: Koffie- en lunchpauze met mogelijkheid tot lotgenotencontact.
- 14.00 uur: In groepen materialen van de IC bekijken of onder begeleiding de IC opnieuw bezoeken.
- 15.00 uur: Koffiepauze met de mogelijkheid tot lotgenotencontact.
- 15.30 uur: Presentatie van stellingen door de voorzitter die bediscussieerd worden aan de tafels en daarna plenair kort besproken.
- 16.30 uur: Afsluitend woord door de voorzitter en tijd voor vragen.
- 17.00 uur: Einde van de middag (evaluatie formulieren uit delen aan de deelnemers).

2.4 Begeleiding

De begeleiders zijn de IC-verpleegkundigen en de IC-nazorgverpleegkundigen. Deze begeleiders moeten vooraf aan de lotgenotenbijeenkomst een klinische les krijgen over de taken van een begeleider en de randvoorwaarden van een lotgenotenbijeenkomst (tabel 1). Er moet een voorzitter aanwezig zijn die tijdens de bijeenkomst de randvoorwaarden van de bijeenkomst kan bewaken. De voorzitter kan bij de voorbereidende klinische les aanwezig zijn, om op de hoogte gesteld te worden van de randvoorwaarden (tabel 1).

Taken van een begeleider	Randvoorwaarden lotgenotencontact
<ul style="list-style-type: none"> • Aanspreekpunt. • Informatie overdracht. • Steun en aanmoediging. • Begrip voor verschillende behoeftes en verwachtingen van de patiënt (empathie). • Leidt discussies over emoties en ervaringen. • Adviseert. • Helpt de weg te vinden in gezondheidsbureaucratie (tips). 	<ul style="list-style-type: none"> • Er zijn duidelijke doelen. • Vriendelijk en uitnodigend zijn in toegankelijkheid. • Mensen moeten zelf iets kunnen bijdragen. • Mensen moeten zich gewaardeerd voelen. • Groepsleden moeten actief zijn. • Er is een goede groepsdynamiek. • Maatwerk van de groep is van belang voor 'gelijkwaardigheid'. • Aanwezigheid en zichtbaarheid. • Plezier maken is belangrijk.
<ul style="list-style-type: none"> • Kunnen professionals/vrijwilligers zijn. • Gelijkwaardigheid in de groep. • Professionals kunnen door geen gelijkwaardigheid frictie in groepen veroorzaken. • Geen medische adviezen geven. • De professional zou als trainer of als coach aan de zijlijn moeten optreden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iedereen moet deelnemen. • Minimum en maximum aantal personen: denk aan een passende groepsgrootte. • De groep en begeleiders moeten het vermogen hebben om meer dan in termen van ziek zijn te denken. • Rol en ervaring van de begeleider. • Stilstaan bij het individu in de groep. • Luisteren en inleving door de deelnemers en

	begeleiders. <ul style="list-style-type: none"> • Je willen en kunnen uiten voor de groep over jezelf en dingen die je dwarszitten.
--	--

Tabel 1: Taken begeleider en randvoorwaarden

2.5 Facilitair

2.5.1 Locatie

De lotgenotenbijeenkomst moet bij voorkeur buiten het ziekenhuis worden georganiseerd en moet gemakkelijk bereikbaar en toegankelijk zijn. Wanneer de lotgenotenbijeenkomst buiten het ziekenhuis wordt georganiseerd moet deze gecombineerd worden met beelden, geluid en materialen van de IC.

Wanneer lotgenotencontact in het ziekenhuis plaatsvindt, moet er de mogelijkheid gecreëerd worden om in kleine groepen, onder begeleiding, de IC te kunnen bezoeken.

De locatie moet minimaal twee maanden voor de zorginnovatie afgehuurd worden.

2.5.2 Duur

De totale duur van de lotgenotenbijeenkomst mag maximaal vier tot vijf uur zijn. Vaak is concentreren voor ex-IC-patiënten, door de cognitieve problematiek, een lastige opgave. Er moeten ruime pauzes ingelast worden, met mogelijkheid tot eten en drinken, zodat deelnemers ervaringen kunnen uitwisselen.

2.5.3 Financiering

De lotgenotenbijeenkomst moet gebudgetteerd worden vanuit het afdelingsbudget. Het overzicht van de globale kosten zijn beschreven in tabel 2.

Benodigheden	Totale kosten
Kosten voor de uitnodiging	Envelop en Portvrije envelop: € 0,73/envelop Per pagina: € - /A4
Kosten voor promotie	Per poster A3: € 0,10 /A3
Locatie/Zaal Malibaan Vredenburg Neude Domplein	-
Beamer, projectiescherm, PC en muis, inclusief Wifi	€ 75,- per set

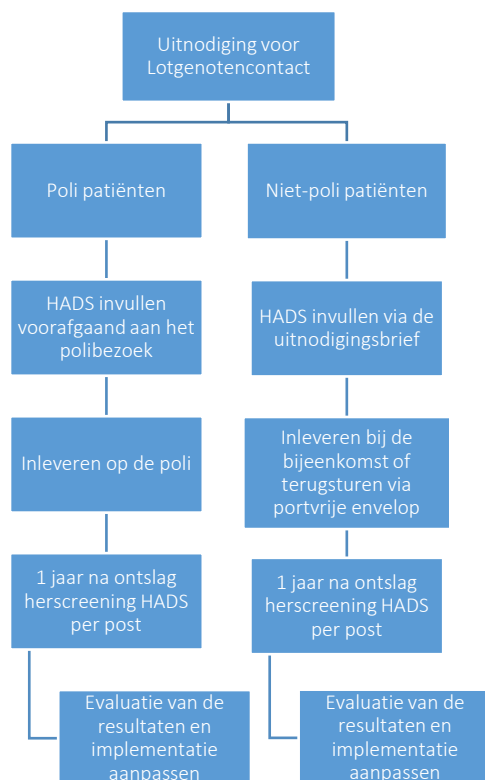
Catering:	Basis: € 3,50 /persoon Royal: € 4,25 /persoon Sloffe lunch: € 4,75 /persoon Luxe lunch: € 5,85 /persoon Extra krentenbollen: € 0,75 /bol Extra fruit: € 0,90 /stuk Koffie/thee: € 0,80 /persoon Melk/Karnemelk € 1,95 /l Sap (bio): € 2,95 /75cl
Verpleegkundigen voor de begeleiding	-
Sprekers	-

Tabel 2: Globale kosten van de lotgenotenbijeenkomst

2.6 Evalueren en effectmeten

Aan het einde van de lotgenotenbijeenkomst moet met de deelnemers van de bijeenkomst (patiënten, naasten, nabestaanden en zorgprofessionals) geëvalueerd worden welke organisatorische kenmerken verbeterd kunnen worden en of de interventie-intensiteit veranderd zou moeten worden. Dit kan middels een brainstormsessie of via e-mail/per post.

Voor het effect van lotgenotencontact, zie doelstelling (hoofdstuk 2.1). De Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), uit de huidige situatie, moet gebruikt worden om het effect van het lotgenotencontact te meten. Vooraf aan de poli wordt de HADS ingevuld (bijlage 1). Patiënten en hun naasten die niet naar de nazorgpoli komen, maar wel worden uitgenodigd voor de



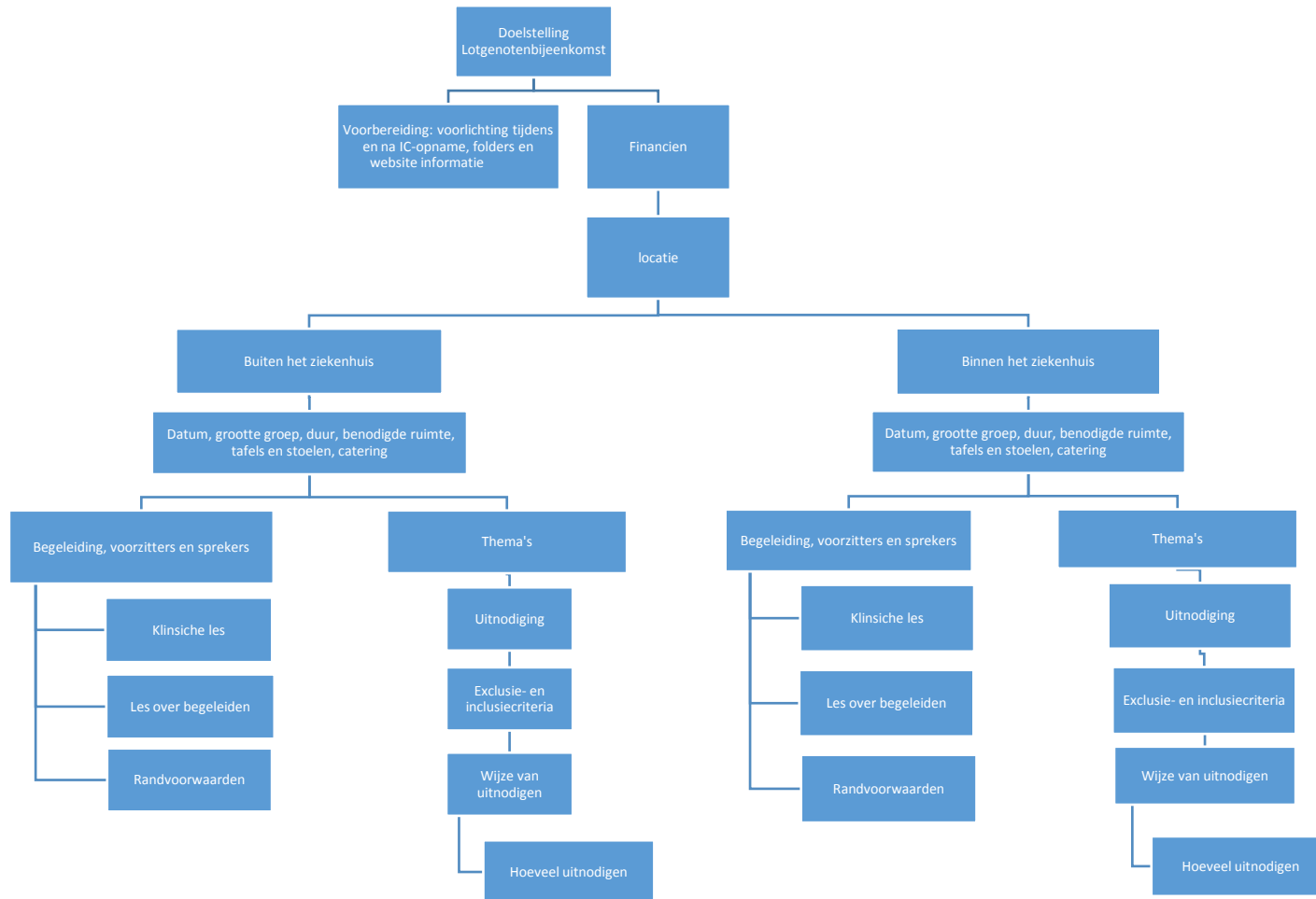
lotgenoten-bijeenkomst, worden gevraagd de HADS - die bijgevoegd is bij de uitnodiging - vooraf aan de bijeenkomst in te vullen. Deze lijst moeten zij op de dag van de bijeenkomst op de locatie inleveren of moet via de portvrije envelop teruggestuurd worden (stroomdiagram 1). Er moet in de huidige één jaar follow-up vragenlijst gevraagd worden of de patiënt of naasten geparticipeerd hebben in de lotgenoten-bijeenkomst. De één jaar follow-up HADS resultaten moeten vergeleken worden met de nulmeting. De resultaten kunnen weer vergeleken worden met de resultaten uit het verleden (voor de organisatie van het lotgenotencontact). Als de resultaten positief zijn moet de bijeenkomst vervolgens worden geïmplementeerd. Als de resultaten neutraal of negatief zijn, moet er gekeken worden hoe de lotgenoten-nazorginterventie verbeterd kan worden.

Stroomdiagram 1: HADS score

Het is echter de vraag of de bijeenkomst effectief is in deze intensiteit en in deze vorm. Tevens is het onduidelijk of de meting nog wel betrouwbaar is na 1 jaar follow-up. Dit zal allemaal geëvalueerd moeten worden na de uitvoering van de zorginnovatie en aan het einde van de pilot-fase. Om de evaluatie en het effect bij zowel patiënten als naasten te meten moeten er minimaal drie evaluatie/HADS formulieren per post of via de e-mail worden verstuurd.


2.7 Tijdsplanning

2.7.1 Workflow organisatie



Workflow 1: Organisatie en lotgenotenbijeenkomst

2.7.2 Strokenplanning organisatie

Week 	1	3	4	5-7	8-10	11	12	13	14
Start organisatie lotgenotencontact									
Voorlichting (niet in pilot)	<i>(Hele jaar door)</i>								
Financiën									
Locatie (datum, grootte groep, duur, ruimte)									
Thema's									
Begeleiders, voorzitter, sprekers									
Uitnodigingen									
Verzamelen respons									
Catering, tafels en stoelen, dag planning, PowerPoint indienen									
Begeleidingstraining									
Lotgenotencontactdag									

Strokenplanning 1: Organisatie van de lotgenotenbijeenkomst

Bijlage 1: Hospital Anxiety and Depression Scale

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Onderstaande vragen gaan over emoties. Lees iedere vraag en kruis het antwoord aan dat het beste weergeeft hoe u zich gedurende de afgelopen 7 dagen gevoeld heeft aan. Denk niet te lang na over uw antwoord. Uw eerste reactie op elke vraag is waarschijnlijk betrouwbaarder dan een lang doordacht antwoord.

1 Ik voel me gespannen

- Meestal
- Vaak
- Af en toe, soms
- Helemaal niet

2 Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot

- Zeker zo veel
- Niet zo veel als vroeger
- Weinig
- Haast helemaal niet

3 Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren

- Heel zeker en vrij erg
- Ja, maar niet zo erg
- Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over
- Helemaal niet

4 Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien

- Net zoveel als vroeger
- Niet zo goed als vroeger
- Beslist niet zoveel als vroeger
- Helemaal niet

5 Ik maak me vaak ongerust

- Heel erg vaak
- Vaak
- Af en toe, maar niet vaak
- Alleen soms

6 Ik voel me opgewekt

- Helemaal niet
- Niet vaak
- Soms
- Meestal

7 Ik kan rustig zitten en me ontspannen

- Zeker
- Meestal
- Niet vaak
- Helemaal niet

8 Ik voel me alsof alles moeizamer gaat

- Bijna altijd
- Heel vaak
- Soms
- Helemaal niet

9 Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag

- Helemaal niet
- Soms
- Vrij vaak
- Heel vaak

10 Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk

- Zeker
- Niet meer zoveel als ik zou moeten
- Waarschijnlijk niet zoveel
- Evenveel interesse als vroeger

11 Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben

- Heel erg
- Tamelijk veel
- Niet erg veel
- Helemaal niet

12 Ik verheug me van tevoren al op dingen

- Net zoveel als vroeger
- Een beetje minder dan vroeger
- Zeker minder dan vroeger
- Bijna nooit

13 Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst

- Zeer vaak
- Tamelijk vaak
- Niet erg vaak
- Helemaal niet

14 Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio- of televisieprogramma

- Vaak
- Soms
- Niet vaak
- Heel zelden

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Scoringsinstructies

Praktische bruikbaarheid

Het invullen van de HADS kost 5 minuten. De items worden beantwoord op een 4-puntsschaal (0-3). Opsomming van de scores op de items kost 1-2 minuten en resulteert in een score range van 0-21 voor de depressie- en angstschaal. Hoge scores wijzen op meer klachten. Een score tussen 0 en 7 sluit depressie/angststoornis uit. Een score van 8-10 wijst op een mogelijke depressie/angststoornis. Een score van 11-21 is indicatief voor een vermoedelijke depressie/angststoornis.

Scoringsinstructies - Angstsubschaal

1. Ik voel me gespannen:

Meestal = 3

Vaak = 2

Af en toe, soms = 1

Helemaal niet = 0

3. Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren:

Heel zeker en vrij erg = 3

Ja, maar niet zo erg = 2

Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over = 1 Helemaal niet = 0

5. Ik maak me vaak ongerust:

Heel erg vaak = 3

Vaak = 2

Af en toe maar niet te vaak = 1

Alleen soms = 0

7. Ik kan rustig zitten en me ontspannen:

Zeker = 0

Meestal = 1

Niet vaak = 2

Helemaal niet = 3

9. Ik krijg een soort benauwd, gespannen gevoel in mijn maag:

Helemaal niet = 0

Soms = 1

Vrij vaak = 2

Heel vaak = 3

11. Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben:

Heel erg = 3

Tamelijk veel = 2

Niet erg veel = 1
Helemaal niet = 0

13. Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst:

Zeer vaak = 3
Tamelijk vaak = 2
Niet erg vaak = 1
Helemaal niet = 0

Scoringsinstructies – Depressiesubscala

2. Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot:

Zeker zo veel = 0
Niet zo veel als vroeger = 1
Weinig = 2
Haast helemaal niet = 3

4. Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kant zien:

Net zoveel als vroeger = 0
Niet zo goed als vroeger = 1
Beslist niet zoveel als vroeger = 2
Helemaal niet = 3

6. Ik voel me opgewekt:

Helemaal niet = 3
Niet vaak = 2
Soms = 1
Meestal = 0

8. Ik voel me alsof alles moeizamer gaat:

Bijna altijd = 3
Heel vaak = 2
Soms = 1
Helemaal niet = 0

10. Ik heb geen interesse meer in mijn uiterlijk:

Zeker = 3
Niet meer zoveel als ik zou moeten = 2
Waarschijnlijk niet zoveel = 1
Evenveel interesse als vroeger = 0

12. Ik verheug me van tevoren al op dingen:

Net zoveel als vroeger = 0

Een beetje minder dan vroeger = 1

Zeker minder dan vroeger = 2

Bijna nooit = 3

14. Ik kan van een goed boek genieten, of van een radio- of televisieprogramma:

Vaak = 0

Soms = 1

Niet vaak = 2

Heel zelden = 3

Totale score

BIJLAGE 2 – AANBEVELINGEN UIT HET VERBETERPLAN

VOORBEREIDING	
Niveau 4	<p>Op de afdeling IC en de IC-nazorgpoli moeten patiënten en hun naasten geïnformeerd worden over de mogelijkheid tot lotgenotencontact. Zij moeten goed voorgelicht worden over de inhoud van de lotgenotenbijeenkomst middels de IC-nazorgfolder, de website van het IC-centrum en/of mondeling.</p> <p><i>Interviews IC-nazorgverpleegkundige en Wettelijke kaders</i> ALLEEN VOOR IMPLEMENTATIE UMCU</p>
Niveau 4	<p>In de IC-nazorgfolder en op de website van het IC-centrum moet informatie worden toegevoegd over de mogelijkheid tot lotgenotencontact.</p> <p><i>Interviews IC-nazorgverpleegkundige en Wettelijke kaders</i> ALLEEN VOOR IMPLEMENTATIE UMCU</p>
UITNODIGEN	
Niveau 4	<p>Ex-IC-patiënten die langer dan 48 uur zijn opgenomen, geen psychiatrische voorgeschiedenis hebben, en patiënten die buiten deze inclusiecriteria vallen maar wel behoefte hebben aan lotgenotencontact, moeten uitgenodigd worden voor de lotgenotenbijeenkomst.</p> <p><i>Bewijslast E: Interviews met ziekenhuizen</i></p>
Niveau 4	<p>Zowel patiënten die op de IC-nazorgpoli verschijnen als patiënten die niet op de IC-nazorgpoli komen, moeten worden uitgenodigd.</p> <p><i>Bewijslast E: Interviews met ziekenhuizen</i> ALLEEN VOOR IMPLEMENTATIE UMCU</p>
Niveau 4	<p>Patiënten, naasten en nabestaanden moeten worden uitgenodigd voor de lotgenotenbijeenkomst (nabestaanden voor een aparte bijeenkomst) middels een uitnodiging op de IC-nazorgpoli of middels een brief.</p> <p><i>Bewijslast E: Interviews met ziekenhuizen en Advies projectleden</i> ALLEEN VOOR IMPLEMENTATIE UMCU</p>
Niveau 4	<p>De lotgenotenbijeenkomst moet in alle communicatie met patiënten en hun naasten ‘nazorgdag’ of ‘terugkomdag’ genoemd worden.</p> <p><i>Bewijslast E: Interviews met ziekenhuizen</i></p>
Niveau 4	<p>Er moet rekening worden gehouden bij het uitnodigen per brief dat tussen de 11 en 30 procent van de genodigde patiënten en hun naasten daadwerkelijk zal verschijnen op de lotgenotenbijeenkomst.</p> <p><i>Bewijslast E: Interviews met ziekenhuizen</i></p>
THEMA'S EN INVULLING	
Niveau 4	<p>De lotgenotenbijeenkomst moet gericht zijn op het verstrekken van informatie en het bieden van steun. Thema's die besproken kunnen worden zijn: delier, geluiden en beelden van de IC, de ervaring vanuit het perspectief van een ervaringsdeskundige, de lichamelijke, psychische en cognitieve problematiek van het PICS, het leven met PICS en re-integratie in de maatschappij.</p>

	Ook moet er stil worden gestaan bij de ervaringen van de naasten. <i>Bewijslast B-E: Oudenampsen et al. (2007), Interviews met ziekenhuizen</i>
Niveau 4	Sprekers kunnen zijn: intensivisten, ervaringsdeskundigen en IC-verpleegkundigen. <i>Bewijslast E: Interviews met ziekenhuizen</i>
Niveau 4	Om het lotgenotencontact te stimuleren moet de mogelijkheid gecreëerd worden om in kleine groepen ervaringen te delen, zoals het presenteren van stellingen of het inzetten van discussiegroepen. <i>Bewijslast E: Interviews met ziekenhuizen</i>
Niveau 4	Er moeten ruime pauzes ingelast worden, met mogelijkheid tot eten en drinken, zodat deelnemers ervaringen kunnen delen. <i>Bewijslast E: Interviews met ziekenhuizen en patiëntenverenigingen</i>
Niveau 4	De totale duur van de lotgenotenbijeenkomst mag maximaal 4 tot 5 uur zijn. <i>Bewijslast E: Interviews met ziekenhuizen</i>
Niveau 4	De lotgenotenbijeenkomst moet bij voorkeur buiten het ziekenhuis georganiseerd worden en makkelijk bereikbaar en toegankelijk zijn. <i>Bewijslast C,E: Oudenampsen et al. (2007) en Interviews met ziekenhuizen</i>
Niveau 4	Een lotgenotenbijeenkomst buiten het ziekenhuis moet gecombineerd worden met beelden, geluiden en materialen van de IC. Wanneer de bijeenkomst toch in het ziekenhuis georganiseerd wordt, moet de mogelijkheid gecreëerd worden om in kleine groepen de IC te kunnen bezoeken. <i>Bewijslast E: Interviews met ziekenhuizen</i>
GROOTTE VAN DE GROEP	
Niveau 4	De groep mag maximaal uit 25 patiënten en hun naasten bestaan. <i>Bewijslast E: Interviews met patiëntenverenigingen</i>
Niveau 4	Wanneer er meer dan 25 deelnemers worden uitgenodigd of worden verwacht op dezelfde dag, moet deze groep opgedeeld worden in verschillende zalen zodat de maximale aanwezigheid van 25 personen gehandhaafd blijft. <i>Bewijslast E: Interviews met patiëntenverenigingen</i>
BEGELEIDING	
Niveau 4	De begeleiders zijn de IC-nazorgverpleegkundigen en IC-verpleegkundigen. Deze begeleiders moeten voorafgaand aan de bijeenkomst middels een klinische les geschoold worden in de het uitvoeren van de taken van een begeleider en het waarborgen van de randvoorwaarden van een lotgenotenbijeenkomst. <i>Interview IC-nazorgverpleegkundige en vragenlijsten IC-verpleegkundigen Bewijslast C-E: Oudenampsen et al. (2007), Distelbrink et al. (2008) en Interviews met patiëntenverenigingen</i> ALLEEN VOOR IMPLEMENTATIE UMCU
Niveau	Er moet een voorzitter aanwezig zijn die de randvoorwaarden van de lotgenotenbijeenkomst

3	<p>bewaakt.</p> <p><i>Bewijslast B,D-E: Oudenampsen et al. (2007), Distelbrink et al. (2008) en Interviews met ziekenhuizen en patiëntenvereniging</i></p>
RANDVOORWAARDEN	
Niveau 3	<p>Er moet voldaan worden aan de randvoorwaarden van de lotgenotenbijeenkomsten.</p> <p><i>Bewijslast B,D: Oudenampsen et al. (2007), Distelbrink et al. (2008)</i></p>
EVALUATIE EN METEN VAN HET EFFECT	
Niveau 3	<p>Het lotgenotencontact moet gericht zijn op reductie van stress, angst en depressieve klachten gerelateerd aan de IC-opname. Daarnaast op het verbeteren van coping middels het verschaffen van informatie en het bieden van sociale steun.</p> <p><i>Bewijslast B-C: Campbell et al. (2004) Coulter et al. (2007) en Gray et al. (1997)</i></p>
Niveau 3	<p>Aan het einde van de lotgenotenbijeenkomst wordt met de deelnemers (patiënten, naasten, nabestaanden en zorgprofessionals) geëvalueerd welke organisatorische kenmerken verbeterd kunnen worden en/of de interventie-intensiteit zou moeten worden aangepast.</p> <p><i>Bewijslast B-E: Oudenampsen et al. (2007), Distelbrink et al (2008). en Interviews met patiëntenverenigingen.</i></p>
Niveau 4	<p>De HADS, uit de huidige situatie, moet gebruikt worden om het effect van lotgenotencontact te meten.</p> <p><i>Interviews IC-nazorgverpleegkundige</i> ALLEEN VOOR IMPLEMENTATIE UMCU</p>
Niveau 4	<p>Er moet gevraagd worden in de 1 jaar follow up HADS-vragenlijst of de patiënt geparticipeerd heeft binnen de lotgenotenbijeenkomst.</p> <p><i>Interviews IC-nazorgverpleegkundige</i> ALLEEN VOOR IMPLEMENTATIE UMCU</p>

Tabel 8: Aanbevelingen

BIJLAGE 3 – SWOT ANALYSE EN CHECKLIST VERNIEUWING DOORLICHTEN

De SWOT-analyse wordt ook wel sterkte-zwakte analyse genoemd. De letters SWOT zijn afgeleid van: Strengths, Weaknesses, Opportunities en Threats. Het SWOT-analyse model is een tool om sterke en zwakke punten en kansen en bedreigingen te inventariseren. Op deze wijze worden de uitkomsten inzichtelijk gemaakt die de implementatie negatief of positief kunnen beïnvloeden. In tabel 9 en 10 is de SWOT-analyse uitgewerkt.

BEVORDERENDE FACTOREN

Sterke punten

- Faciliteiten voor de implementatie en uitvoering van de zorginnovatie zijn aanwezig zoals: een ruimte, sprekers, begeleiding, catering.
- De faciliteiten kunnen tegen relatief weinig kosten gebruikt worden.
- Van de 150 IC-verpleegkundigen op de afdeling zijn er slecht een aantal verpleegkundige nodig voor de begeleiding van de zorginnovatie.
- De IC-verpleegkundigen zijn getraind in het begeleiden van patiënt en familie.
- Er is behoefte vanuit de ex-IC-patiënten en familieleden voor de zorginnovatie.
- De zorginnovatie zal weinig invloed hebben op de huidige praktijk en routines van de afdeling IC.
- Er is binnen het IC-centrum veel aandacht geweest in het verleden over het PICS op alle lagen van zorgverlening.
- Er zijn twee intensivisten en twee IC-nazorgverpleegkundigen die fungeren als opinielid en kunnen gewenst gedrag activeren en stimuleren.
- Er zijn op de afdeling ongeveer 50 van de 150 verpleegkundigen innovators en early adaptors.
- De sociale norm van de afdeling staat positief tegenover de invoering van nazorginterventies
- In de visie van het UMCU staat beschreven dat zij willen excelleren in het leveren van zorgverbetering passend bij de behoefte van de patiënt en maatschappij.
- Vanuit Nederland is IC-nazorg momenteel een onderwerp dat veel onder de aandacht wordt gebracht. Vanuit de beroepsgroep wordt dit onderwerp steeds breder gedragen.
- De stichting FCIC is een koploper wat betreft het onderzoek naar PICS en ontwerpen van nazorg-interventies.

Kansen

- Vijf van de vijf geïnterviewde IC-verpleegkundigen vonden dat IC-nazorg prioriteit heeft en de verantwoordelijkheid van zowel de verpleging als de artsen is.
- De IC-verpleegkundigen hebben aangegeven meer kennis te willen over lotgenotencontact-interventies.
- De zorginnovatie wordt éérst als pilot ingevoerd
- Op de afdeling heerst een overwegend hiërarchische cultuur. Deze cultuur heeft als voordeel dat door procesbeheersing en kwaliteitsmanagement doelen behaald kunnen worden en hierop kan worden ingespeeld.
- De afdeling heeft een deels familiale cultuur. Deze cultuur heeft als voordeel dat er een sterke collegiale band heerst en samenwerking van belang is en hierop kan worden ingespeeld.

Tabel 9: Bevorderende factoren

BELEMMERENDE FACTOREN

Zwakke punten
<ul style="list-style-type: none"> • Op de afdeling is weinig kennis over het effect van lotgenotencontact. • Er is te weinig budget voor de organisatie buiten het ziekenhuis. • Er is momenteel weinig tot geen ervaring met het uitvoeren van de zorginnovatie. • Niet alle verpleegkundigen wilde participeren tijdens de zorginnovatie omdat zij geen tijd vonden te hebben naast de reguliere IC-zorg. • Aansluitend op de organisatiecultuur is het belemmerend dat de nazorg-indicatoren van de NICE nog niet bekend zijn, waardoor de er geen mogelijkheid is om de afdeling te motiveren met het behalen van deze kwaliteitsindicatoren
Bedreigingen
<ul style="list-style-type: none"> • Er is niet bekend welke soort behoefte de patiënt en familieleden specifiek hebben binnen de zorginnovatie (zoals: informatie, lotgenotensteun). • De IC-verpleegkundigen zijn niet specifiek getraind in de begeleiding van de zorginnovatie. • Er zijn op de afdeling 60 van de 150 verpleegkundigen die passen onder de late majorety en laggers. • Het kan zijn dat de opkomst van ex-IC-patiënten en familieleden laag is. • Op de afdeling heerst een overwegend hiërarchische cultuur. Deze cultuur is minder effectief als er geen duidelijke effectiviteit aangetoond kan worden, zoals deze bij deze zorginnovatie.

Tabel 10: SWOT-analyse

CHECKLIST VERNIEUWING DOORLICHTEN

In tabel 11 staat de checklist vernieuwing doorlichting van de richtlijn implementatie van ZonMw(13).

Groen = Positief
 Orange = Neutraal
 Rood = Negatief

	Doelgroep 1 – IC nazorg verpleegkundigen	Doelgroep 2 - IC verpleegkundigen	Doelgroep 3 - ex-IC patiënten en familie	Doelgroep 4 - Organisatie
Kijk naar de kenmerken van de vernieuwing:				
Is de verandering eenvoudig, niet al te complex?	-	-	-	Ja, dit is complex omdat er veel georganiseerd moet worden.
Is de verandering helder in woorden uit te leggen?	Ja	Ja	-	Ja
Is de verandering in lijn met bestaand beleid of een radicale wijziging?	-	-	-	Ja, het is een aanvulling op het bestaande beleid van het UMCU. Ja, het is een radicale

				wijziging omdat er geen soort gelijke zorg bestaat
Is de verandering te combineren met de huidige werkwijzen?	Ja	-	-	Ja, want de huidige IC-nazorg zal niet gewijzigd worden
Is de verandering eerst op kleine schaal uit te proberen?	Ja	-	-	Ja, in de vorm van een pilot
Is de doelgroep betrokken bij het ontwikkelen van de vernieuwing?	Ja, de sleutelfiguur organiseert de lotgenotenbijeenkomst	Ja, enkele IC-verpleegkundigen zullen participeren	-	UMCU budgetteert de bijeenkomst en is hoofd verantwoordelijk
Kijk naar wat de vernieuwing van medewerkers vraagt:				
Vraagt de verandering om kennis, houding en gedrag waarover uw medewerkers al beschikken?	Ja, IC-verpleegkundigen zijn al gewend om IC-patiënten en familie te begeleiden tijdens de opname. Zij hebben geen ervaring met het begeleiden van IC-patiënten en familie bij lotgenotencontact bijeenkomsten	Ja, IC-verpleegkundigen zijn al gewend om IC-patiënten en familie te begeleiden tijdens de opname. Zij hebben geen ervaring met het begeleiden van IC-patiënten en familie bij lotgenotencontact bijeenkomsten	-	-
Is er voldoende kennis om met de verandering te starten?	Nee, er moet een klinische les gegeven worden over het effect en inhoud van de lotgenotencontact bijeenkomst	Nee, er moet een klinische les gegeven worden over het effect en inhoud van de lotgenotencontact bijeenkomst	Nee, zij moeten op de hoogte worden gesteld middels een uitnodiging	-
Is de verandering vrijwillig - en dus niet van bovenaf afgedwongen?	Ja	Ja	Ja	-

Is de verandering ontstaan vanaf de werkvloer?	Ja, in samenspraak met de werkgroep Lotgenotencontact van de FCIC	-	-	-
Komt de verandering voort uit onvrede of verlangen om het beter te doen?	Ja, de verandering komt voort uit het verlangen om het beter te doen.	-	-	-
Kijk naar de opbrengsten van de vernieuwing:				
Zijn de kosten voor de verandering naar verhouding?	-	-	-	De kosten tegenover de baten zijn niet bekend, daarom valt hier nog niets over te zeggen
Is de tijdinvestering van medewerkers in verhouding?	-	-	-	Idem
Levert de verandering op lange termijn tijdwinst op?	-	-	Het effect is niet bewezen bij deze populatie en in deze vorm	-
Levert de verandering op lange termijn geld op?	-	-	-	Niet bekend
Verbeterd de kwaliteit van zorg door de verandering?	-	-	-	Ja
Neemt het werkplezier toe door de verandering?	Ja	Ja	-	-

Tabel 11: Checklist vernieuwing doorlichten van ZonMw.

BIJLAGE 4 – KLINISCHE LES DOOR DE PROJECTLEDEN



Lotgenotencontactbijeenkomst voor ex-IC-patiënten en hun naasten

Lotgenotencontact & Intensive Care:
Op welke wijze kan lotgenotencontact effectief ingezet worden in aanvulling op de huidige Intensive Care nazorg van het Universitair Medisch Centrum Utrecht?

 Family and Patient Centered Intensive Care
Samen de impact van een IC - opname beperken

 UMC Utrecht

Wie zijn wij?

Anne-Rose van den Heuvel & Martijn Huisman
Vierde jaars studenten van de Hogeschool van Amsterdam
Opleiding HBO-verpleegkunde

Afstudeeropdracht:
Pilot-lotgenotencontact voor ex-IC-patiënten en hun naasten

 Family and Patient Centered Intensive Care
Samen de impact van een IC - opname beperken

 UMC Utrecht

In opdracht van...

De werkgroep
Lotgenotencontact van de
Stichting FCIC

IC-centrum van het UMCU

 FCIC
Family and Patient Centered Intensive Care
Samen de impact van een IC - opname beperken

 UMC Utrecht

Wat gaan we vertellen?

- ✓ (kort) de aanleiding
- ✓ het onderzoek
- ✓ de resultaten
- ✓ de conclusie
- ✓ de manier van implementeren

 Family and Patient Centered Intensive Care
Samen de impact van een IC - opname beperken

 UMC Utrecht

Aanleiding

- Is PICS sinds 2012 beschreven
- ¼ van de IC's binnen Nederland heeft een vorm van IC-nazorg
- Geen patiëntenvereniging
- Geen nieuwe subsidies
- Kan lotgenotencontact een reducerend effect hebben op de psychische klachten???
- **Laten we dit onderzoeken!**



Broedel M. Post-IC-syndroom wordt niet herkend. Medisch Contact 2014;13: p.645-7.
Broedel M. Schaal van de M. Dijk van D. Nazorg Intensive Care moet uit de kinderschoenen. Medisch Contact 2013, p. 2438-42.
Verheij A, Reijnders M, Schellevis P, et al. Post-IC-syndroom: wat is het? Medisch Contact 2014, p. 2438-42.

 Family and Patient Centered Intensive Care
Samen de impact van een IC - opname beperken

 UMC Utrecht

Onderzoek

- **Onderzoek:**
"Op welke wijze kan groepsgericht lotgenotencontact effectief ingezet worden in aanvulling op de huidige Intensive Care nazorg van het Universitair Medisch Centrum Utrecht?"
- Literatuur- en praktijkonderzoek
- Resultaten en Aanbevelingen
- Draaiboek

 Family and Patient Centered Intensive Care
Samen de impact van een IC - opname beperken

 UMC Utrecht

Literatuur- en praktijkonderzoek

- Literatuuronderzoek
 - Organisatorische kenmerken, effect, en beïnvloedende factoren van lotgenotencontact bij een *algemene ziekenhuispopulatie*
- Praktijkonderzoek
 - Ziekenhuizen
 - 5 geïnterviewd
 - Patiëntenverenigingen
 - 6 geïnterviewd

- Scheper-Hughes Linnen (SCLL)
- Middelich Speckura Twente Erfschiet (MSE)
- Jansen Douch ziekenhuis 'telertgenouch' (JRD)
- Stoome Goezhu's zaalen (SGH)
- Raaijmaekers 'telertgenouch' (RAN)

- Crifin en Caris Uteross Vereniging Nede-fand (CCUN)
- Uteross Vereniging Nede-fand (UVR)
- Deurlocatie Organisatie Nede-fand (DON)
- De Hout & Vastgoed E&V&L
- Van der Vliet-Ing (V&I)
- Uteross Vereniging Nede-fand (UVR)



Resultaten verbeterplan

Lotgenotencontact kan vele effecten hebben:

Reductie van psychische klachten (stress, angst en depressie)
Verbeteren van de Kwaliteit van Leven

- Coping
- Zelfredzaamheid
- Betere familiesituatie
- Kennis verbeteren
- Shared decision making
- Zelfstandigheid en zelfmanagement

"bevrijdende lach" samen ervaren

Alle resultaten zijn afhankelijk van de situatie en beïnvloedende factoren. Enkele resultaten waren minder betrouwbaar door de opzet van de studie of de verzameling van de gegevens.

Wolcott VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reviewing descriptive, conditional, and intervention research. Health Psychol 1996;15(2):139-48.
Wolcott VS, Cohen S. Long-term effects of a peer support program on quality of life in breast cancer. Health Psychol 2001;20(3):487-93.
Ng L, Koozekan D, Khoury S. Outcomes of a Peer Support Program in Multiple Myeloma in an Academic Community Cancer Center. Psychosomatics 2013;54(3):203-9.
Ng L, Koozekan D, Khoury S, Cummings S, Sackel B. Neuroendocrinological responses to music coping: a review of outcomes of a peer support program. J Palliat Care 2013;29(1):429-437.
Gardner A. Effects of a telephone-based support, education, and coping program. Am J Oncol 2003;16(1):14-7.
Campbell SM, Phelan MK, Dwyer K. Cancer peer support programs of the world? Palliat Educ 2009;3(3):9-15.
Mullaly M, Campbell SM, Koozekan D, Khoury S, Sackel B, Cummings S. Psychosocial support for breast cancer patients: a randomized study. BMC 1996;3(3):270-81.
Gardner A. Effects of telephone-based support, education, and coping program. Am J Oncol 2003;16(1):14-7.
Gardner A, Khoury S, Sackel B. Effects of a telephone-based support, education, and coping program. Am J Oncol 2003;16(1):14-7.
Gardner A, Sackel B, Manly M, Sackel B, Sackel B, Sackel B. Effects of a telephone-based peer support program. Am J Oncol 2003;16(1):14-7.

Resultaten verbeterplan

- Organisatie van een lotgenotenbijeenkomst:
 - Uitnodigen: Patiënten (>48 uur opgenomen en zonder primair psychiatrische problematiek) uitnodigen per brief of e-mail. Zowel patiënten die wél en niet op de poli komen. Lotgenotencontact moet 'terugkomdag' of 'nazorgdag' genoemd worden. Er moet 11-30% opkomst verwacht worden.

Thema's en invulling: De dag moet gericht zijn op informatie verschaffen en het bieden steun voor het stimuleren van een effectievere coping.

Onderwerpen kunnen zijn: delier, lichamelijke, psychische en cognitieve problematiek van PICS, geluiden en beelden van de IC, de ervaring van naasten, de klachten vanuit het perspectief van een ervaringsdeskundige, het leven met het PICS en re-integratie.

Wolcott VS, Cohen S, Koozekan D, Khoury S, Sackel B, Cummings S, Sackel B. Patients and caregivers' experience in a field. Grandround 2006. Utrecht: Verpleeg-Verzorging 2007.
Wolcott VS, Cohen S, Koozekan D, Khoury S, Sackel B, Cummings S. Effects on caregivers' experience. Grandround 2006. Utrecht: Verpleeg-Verzorging 2007.
Wolcott VS, Cohen S, Koozekan D, Khoury S, Sackel B, Cummings S. Effects on caregivers' experience. Grandround 2006. Utrecht: Verpleeg-Verzorging 2007.
Wolcott VS, Cohen S, Koozekan D, Khoury S, Sackel B, Cummings S. Effects on caregivers' experience. Grandround 2006. Utrecht: Verpleeg-Verzorging 2007.

Resultaten verbeterplan

Contact creëren: Kleine groepen, interactie stimuleren tijdens presentaties, ruime pauzes, het presenteren van stellingen en discussiegroepen.

Indien mogelijk in groepen terug naar de IC.

Stellingen kunnen zijn:

- 'Tijdens mijn IC-opname liepen drama's en werkelijkheid door elkaar.'
- 'Ik heb de IC-opname anders beleefd dan mijn partner/naasten.'
- 'Toen ik de IC kon verlaten en op de gewone afdeling kwam, was alles anders.'
- 'Sinds mijn IC-opname ben ik nooit meer dezelfde geworden.'

Grootte van de groep: maximaal 25 deelnemers exclusief begeleiders.

Locatie en duur van de bijeenkomst: Bij voorkeur buiten het ziekenhuis, wanneer dit organisatorisch niet mogelijk is kan het ook in het ziekenhuis. De bijeenkomst mag maximaal 4-5 uur duren.



Resultaten verbeterplan

Begeleiden: De IC-verpleegkundigen zou kunnen begeleiden. Zij hebben veel *ervaring* met het begeleiden van patiënten en hun naasten. Zij hebben in het algemeen geen ervaring met groepsbegeleiding. Vooraf aan de bijeenkomst moeten zij een klinische les krijgen over: de taken van een begeleider en randvoorwaarden.

Taken van een begeleider	Randvoorwaarden lotgenotencontact
<ul style="list-style-type: none"> Aanspreekpunt. Informatie overdracht. Steun en aanmoediging. Begrip voor verschillende behoeftes en verwachting van de patiënt (empathie). Leidt discussies over emoties en ervaringen. Adviseur. Helpt de weg te vinden in gezondheidsbureaucratie (tips). Gelijkwaardigheid in de groep. Professionals kunnen door geen gelijkwaardigheid frictie in groepen veroorzaken. De professional zou als trainer of als coach aan de zijlijn moeten optreden. 	<ul style="list-style-type: none"> Er zijn duidelijke doelen. Vriendelijk en uitnodigend zijn in toegankelijkheid. Mensen moeten zelf ook kunnen bijdragen. Mensen moeten zich gewaardeerd voelen. Groepsleden moeten actief zijn. Er is een goede groepsdynamiek. Maatwerk van de groep is van belang voor 'gelijkwaardigheid'. Aanwezigheid en zichtbaarheid. Plezier maken is belangrijk. Iedereen moet deelnemen. Maximaal en maximum aantal personen: denk om een passende groepsgrootte. De groep en begeleiders moeten het vermogen hebben om meer dan in termen van ziek zijn te denken. Rol en ervaring van de begeleider. Situaat bij het individu in de groep. Luisteren en inleving door de deelnemers en begeleiders. Je willen en kunnen uiten voor de groep over jezelf en dingen die je dierbaar zijn.

Resultaten verbeterplan

Doelstelling: Reductie van psychische klachten (stress, angst en depressie) gerelateerd aan de IC-opname en verbetering van copingstrategieën.

Effecten en Evalueren: Evaluatie van de bijeenkomst door zorgprofessionals en de deelnemers middels een brief of e-mail. Effect meten middels de HADS: nulmeting voor de bijeenkomst en 1 jaar follow-up.



Discussie

- Alleen het praktijkonderzoek bij ziekenhuizen is gericht op ex-IC-patiënten en naasten.
- Literatuuronderzoek middels de sneeuwbalmethode, kon een vals-positief resultaat geven.
- De resultaten zijn gebaseerd op een lage bewijslast.
- Lotgenotencontact bij ex-IC-patiënten en naasten moet gemeten en geëvalueerd worden.
- Veel aanbevelingen zijn alleen toepasbaar op de huidige praktijk van het UMCU.

Conclusie (het draiboek)

- Doestelling
- Voorbereiding
 - Voorlichting
 - Wijze van uitnodigen
 - Rol van de familie
- Invulling
 - Grootte van de groep
 - Sprekers
 - Thema's
 - Creëren van contact
 - Mogelijke dagindeling
- Begeleiding
 - Taken
 - Randvoorwaarden
- Facilitair
 - Locatie
 - Duur
 - Financiering
- Meten van het effect
- Tijdsplanning



Mogelijke dagindeling

12.00 uur:	Start van de middag door de voorzitter van de dag.
12.15 uur:	Plenaire presentatie door een intensivist over een IC-opname en daarna.
12.45 uur:	Presentatie door een ervaringsdeskundige over de ervaringen op de IC en na de IC.
13.15 uur:	Koffie en lunchpauze met mogelijkheid tot lotgenotencontact.
14.00 uur:	In groepjes materialen van de IC bekijken of onder begeleiding de IC opnieuw bezien.
15.00 uur:	Koffie pauze met de mogelijkheid tot lotgenotencontact.
15.30 uur:	Presentatie van stellingen door de voorzitter die bediscussieerd worden aan de tafel en daarna plenair kort besproken.
16.30 uur:	Afsluitend woord door de voorzitter en tijd voor vragen.
17.00 uur:	Einde van de middag (evaluatie formulieren uit delen aan de deelnemers).

Implementatie

- Wat wordt er van jullie verwacht voor de uitvoering?
 - Kerngroep ➡ voor de organisatie van de lotgenotenbijeenkomst.
 - Begeleiden van de pilot-lotgenotenbijeenkomst.
 - Na een succesvolle pilot en tweede implementatie ➡ Afdeling gaat IC-patiënten en hun naasten informeren over lotgenotencontact.

Vragen over het project en tips over de organisatie?