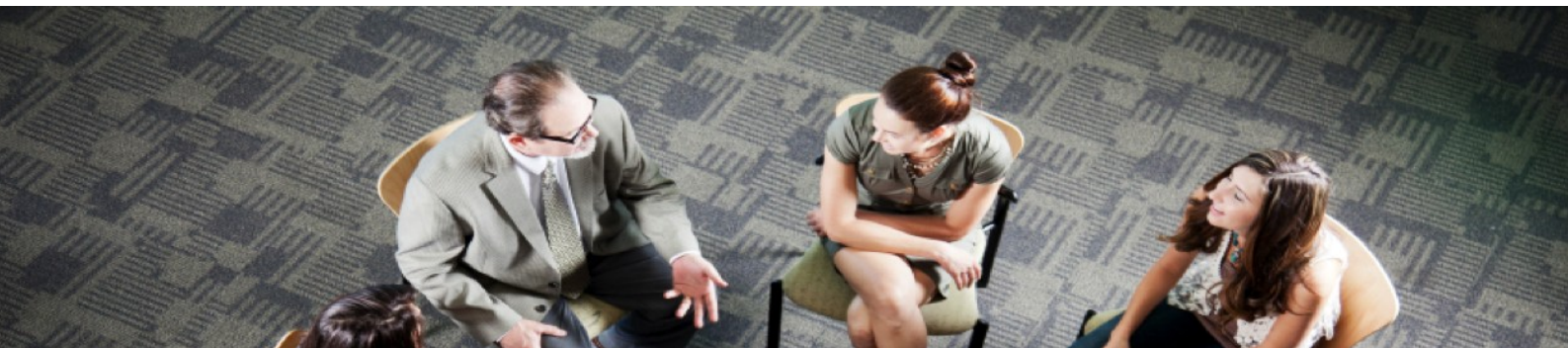


Project Zorgverbetering

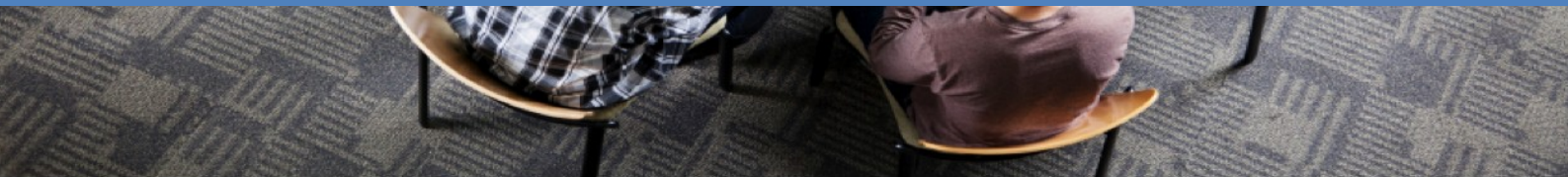
‘Werken aan zorgverbetering’

Overdrachtsrapport



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 overdrachtsrapport
Studieonderdeel:	G-VERP 4500AFZV12
Aantal woorden:	1969
Datum ingeleverd:	29 januari 2016



Hogeschool van Amsterdam

INHOUDSOPGAVE

1 INLEIDING.....	3
1.1 ZORGINNOVATIE	3
2 IMPLEMENTATIEPROCES	5
2.1 PLAN	5
2.2 Do	7
2.3 STUDY EN ACT.....	9
3 IMPLEMENTATIEDOELEN.....	11
3.1 KORTETERMIJNDOELEN	11
3.2 LANGETERMIJNDOELEN	12
4 PROCES-EVALUATIE	13
4.1 EVALUATIE.....	13
5 BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN	14
6 AANBEVELINGEN VOOR IMPLEMENTATIE.....	16
LITERATUUR.....	17

1 INLEIDING

Dit overdrachtsrapport heeft als doel om de sleutelfiguren te informeren inzake vervolgstappen van de implementatie van de pilot-zorginnovatie. In het rapport wordt ingegaan op het implementatieproces en de implementatiedoelen. De beperkingen van het implementatieonderzoek worden geëvalueerd, inclusief de bevorderende en belemmerende factoren. Aansluitend worden er aanbevelingen gedaan over het vervolg van de implementatie.

Aan de hand van dit rapport wordt de implementatie overgedragen aan genoemde sleutelfiguren van het Intensive Care (IC)-Centrum binnen het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) en de stichting Family and patient Centered Intensive Care (FCIC). Middels het rapport en het overdrachtsgesprek wordt een helder beeld geschetst van de implementatiestappen die afgerond zijn en de stappen die vervolgens ondernomen moeten worden.

1.1 ZORGINNOVATIE

De zorginnovatie wordt hieronder kort toegelicht. In een draaiboek wordt de zorginnovatie verder uitgeschreven. De zorginnovatie zal sleutelfiguren helpen een overzichtelijk beeld van de organisatie te schetsen. Bepaalde beslissingen in het proces zijn afhankelijk van de beschikbaarheid van financiën, locatie en grootte van de bijeenkomst.

Doelstelling: Lotgenotencontact moet gericht zijn op het stimuleren van een betere coping en op reductie van angst, stress en depressie gerelateerd aan de IC-opname bij ex-IC-patiënten en hun naasten.

Uitnodigen: De deelnemers (patiënten, meer dan 48 uur opgenomen geweest en zonder psychiatrische voorgeschiedenis) moeten uitgenodigd worden per brief/e-mail en/of via de poli.

Vorbereiding: Zodra de pilotfase geslaagd is en de zorginnovatie volledig wordt geïmplementeerd, moeten er ook voorlichting en voorlichtingsmateriaal ontwikkeld worden (folder en website). Patiënten die niet uitgenodigd zijn kunnen, indien zij toch behoefte hebben aan lotgenotencontact, middels de gegeven informatie contact opnemen met de IC-nazorgpoli.

Invulling: Tijdens de groepsbijeenkomsten moet er geprobeerd worden de groepen niet groter te laten zijn dan 25 personen. Grote groepen staan het creëren van contact in de weg. De informatie die gegeven kan worden bestaat uit thema's. Thema's kunnen het gesprek op gang brengen, zoals: ervaringen van patiënten tijdens en ná de IC-opname, en ervaringen van naasten.

Thema's kunnen gepresenteerd worden door intensivisten, ervaringsdeskundigen en IC-verpleegkundigen. Ook kan er gekozen worden om een film of materiaal van de IC te laten zien, of met de deelnemers in groepjes terug naar de IC te gaan. Tevens kan het contact gestimuleerd worden door stellingen te formuleren en de deelnemers te vragen over deze stellingen te discussiëren. Er dienen ruime pauzes te worden gepland, omdat deze voor deelnemers de mogelijkheid scheppen om laagdrempelig contact te zoeken.

Begeleiding: Lotgenotencontactbijeenkomsten zullen begeleid worden door IC-verpleegkundigen. Dit omdat zij veel ervaring hebben met het begeleiden van patiënten en hun naasten tijdens de opname. Voorafgaand aan de bijeenkomsten moet er nog wel aan de begeleiders een klinische les gegeven worden over hun taken en over de randvoorwaarden van een goed uitgevoerde bijeenkomst.

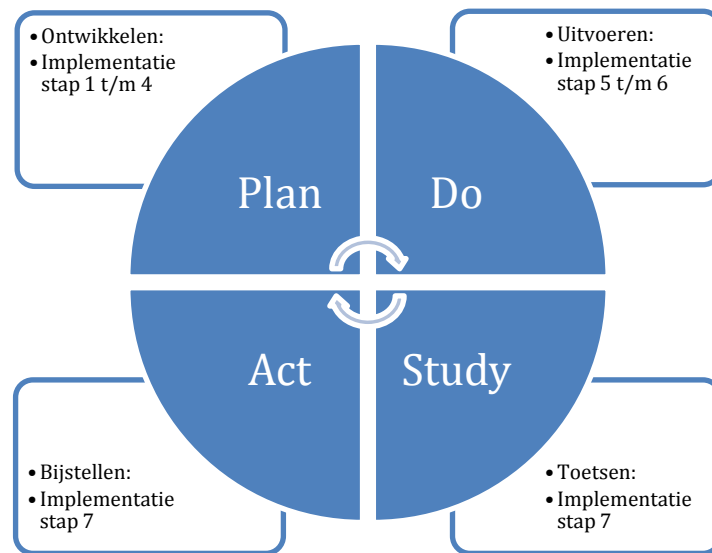
Evaluatie en effectmeten: Ervaringen van patiënten en hun naasten dienen schriftelijk geëvalueerd te worden. Dit kan per brief of per e-mail. Met de zorgprofessionals wordt aan het einde van bijeenkomsten gebrainstormd over het verloop. Het effect van lotgenotenbijeenkomsten moet gemeten worden middels de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) na één jaar follow-up. De resultaten moeten vergeleken worden met de nulmeting HADS resultaten (na één jaar follow-up) van vóór de invoering van de zorginnovatie. De nulmeting is bij de uitnodiging bijgevoegd.

Tijdsplanning: In de tijdsplanning wordt een workflow weergegeven die kan dienen als beslisboom. Daarnaast is er een strokenplanning welke inzichtelijk maakt hoeveel tijd de organisator heeft om bepaalde organisatorische taken uit te voeren.

2 IMPLEMENTATIEPROCES

Voorafgaand aan het implementatieplan werd een verbeterplan geschreven. In dit verbeterplan werd onderzoek uitgevoerd naar de meest effectieve wijze waarop groepsgericht lotgenotencontact georganiseerd kan worden. Vanuit het verbeterplan zijn aanbevelingen voortgekomen. Deze aanbevelingen vormen een draaiboek dat van toepassing is op de praktijksituatie binnen het UMCU. Het draaiboek zal verder de *zorginnovatie* genoemd worden. Deze zorginnovatie wordt aanvankelijk als pilot ingevoerd, waarna deze in de post-pilotfase - mits succesvol - volledig zal worden geïmplementeerd binnen het IC-centrum.

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke stappen van het implementatieproces reeds werden uitgevoerd en welke stappen de sleutelfiguren nog moet zetten. De implementatiefasen zijn onderverdeeld in de Plan-Do-Study-Act (PDSA)-cyclus om kort en doelmatig de activiteiten te beschrijven (figuur 1)(1).



Figuur 1: PDSA-cyclus

2.1 PLAN

De stappen 1 tot en met 4 van het implementatieplan zijn: 1. ontwikkelen voorstel voor verandering, 2. analyse huidige praktijk, 3. Probleemanalyse, 4. strategieontwikkeling(1). Deze implementatiestappen vallen onder de *Plan* in de PDSA-cyclus. De activiteiten van de *Plan* werden reeds eerder uitgevoerd. In tabel 1 staan de activiteiten uitgewerkt. Deze activiteiten zijn bedoeld om het project onder de aandacht te brengen, door posters, memo's, koffiekamer/wandelgangsgesprekken en het geven van een klinische les. Verder werd geprobeerd draagvlak te creëren door onderzoek uit te voeren naar draagvlak, kennis(behoefte) en meningen die leven binnen het IC-centrum. Ook werd geprobeerd draagvlak te creëren door het aanstellen van een kerngroep en een sleutelfiguur.

Week	Activiteit	Wie	Doel	Klaar
		Planfase		
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.	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"/>

Tabel 1: Plan van implementatieproces

2.2 DO

De stappen 5 en 6 van het implementatieplan zijn: 5. Uitvoering en 6. Integratie(1). Deze stappen vallen onder de *Do* van de PDSA-cyclus. Het overdrachtsgesprek en het plannen van de datum, budget en duur van de zorginnovatie uit de *Plan* vormt inleiding van *Do*. De *Do* is het moment dat de zorginnovatie en de implementatieactiviteiten worden georganiseerd en uitgevoerd. Tijdens de pilotfase is de *Do* anders dan in de post-pilotfase. In de pilotfase wordt namelijk alleen met de meest enthousiaste verpleegkundigen gewerkt (innovators en early adaptors), waarvan een gedeelte de kerngroep vormt. De rest van het team wordt geïnformeerd om het draagvlak te vergroten. Pas in de post-pilotfase zal het gehele team gemobiliseerd moeten worden om de interventie in te voeren (zoals het verschaffen van voorlichting). Vanaf de *Do* wordt het project uitgevoerd door het sleutelfiguur en de kerngroep, en hiermee wordt na de klinische les van de projectgroep mee gestart(tabel 2).

Week	Activiteiten	Wie	Doel	Klaar
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 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	<input type="checkbox"/>

			maken over de zorginnovatie.	
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 opeenliggen.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 (of nog nader te bepalen)	Zorginnovatie (Lotgenotenbijeenkomst).	Kerngroep, begeleidende verpleegkundigen, sprekers en voorzitter	Uitvoeren. (Aanbeveling: Randvoorwaarden)	<input type="checkbox"/>

Tabel 2: Do van implementatieproces

2.3 STUDY EN ACT

Stap 7 van het implementatieplan is: 7. Evaluatie fase(1). Deze stap valt onder de *Study* en *Act* van de PDSA-cyclus. De *Study* en *Act* zijn bedoeld om de *Plan* en *Do* te evalueren. De activiteiten tijdens de *Study* en *Act* zijn gebaseerd op het toetsen en bijstellen van vooraf gestelde doelen (tabel 3).

Na de lotgenotenbijeenkomst organiseert de kerngroep een evaluatiemoment (brainstormsessie) samen met de participerende zorgprofessionals. Deze evaluaties, samen met de schriftelijke patiënten-evaluaties, kunnen gebruikt worden om de bijeenkomst te evalueren vanuit beide perspectieven. Zodoende wordt beoordeeld of de bijeenkomst geslaagd is. Pas na het verzamelen van de HADS (na één jaar follow-up) zou de doelstelling (hoofdstuk 1.1) getoetst kunnen worden. Eerst op basis van deze toetsingsgegevens weet de kerngroep of de bijeenkomst effectief was ten aanzien van reductie van psychische klachten bij deze populatie.

De evaluatie van de bijeenkomst is belangrijk om de zorginnovatie te kunnen bijstellen en om de effectiviteit te vergroten. Verder kan na de evaluatie gestart worden met voorbereidingen voor de volledige implementatie (hoofdstuk 3.1).

Pas na de uitslag van de HADS kan een besluit worden genomen over volledige implementatie van de zorginnovatie (hoofdstuk 3.1).

De *Study*- en *Act*-gegevens kunnen door het sleutelfiguur van de werkgroep Lotgenotencontact van de stichting FCIC gebruikt worden om toe te passen in de landelijke en/of regionale implementatie (hoofdstuk 3.2).

Week	Activiteit	Wie	Doel	Klaar
Study/Act-fase				
Week 14 9 apr. 2016	Aan het einde van de dag, evaluatie van de zorginnovatie door de zorgprofessionals.	Kerngroep, begeleidende verpleegkundigen, 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 Effect)	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>

			(Aanbeveling: Voorbereiding)	
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 3: Study en Act van implementatieproces

3 IMPLEMENTATIEDOELEN

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 moeten worden aangepast wegens haalbaarheid en toepasbaarheid. Eventueel kunnen deze aanpassingen ook implementatieactiviteiten zijn(1).

3.1 KORTETERMIJNDOELEN

PATIËNTEN-EVALUATIE

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

BRAINSTORMSESSIE

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.

EVALUATIE EFFECT

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.

IMPLEMENTATIEDOELEN

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 4: kortetermijndoelen

3.2 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 de 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 hun naasten over de mogelijkheid tot lotgenotencontact na de IC-opname.	<input type="checkbox"/>
4. De werkgroep Lotgenotencontact van de stichting FCIC zal landelijke en/of regionale implementatie inzetten.	<input type="checkbox"/>

Tabel 5: Langetermijndoelen

4 PROCES-EVALUATIE

Tijdens het implementatieplan werd geprobeerd aan de wensen en doelen van de opdrachtgevers te voldoen. Tijdens het ontwikkelen van dit plan traden er procesmatig een aantal voordelen en beperkingen op.

4.1 EVALUATIE

Voor de ontwikkeling van de zorginnovatie is in het verbeterplan vooral de beperking van evidence een probleem geweest. Omdat er weinig literatuuronderzoek beschikbaar was werden aanbevelingen vooral gebaseerd op praktijkonderzoek. Daardoor zijn deze aanbevelingen van relatief lage kwaliteit.

Participerende ziekenhuizen en patiëntenverenigingen waren gemotiveerd om deel te nemen. Ziekenhuizen zonder lotgenotenbijeenkomsten waren overwegend positief en geïnteresseerd in de organisatie van de zorginnovatie.

Beide projectleden misten werkervaring binnen het UMCU, waardoor zij niet bekend waren met de organisatiestructuur en de cultuur. Wegens redenen omtrent privacy mochten de projectleden alleen het sleutelfiguur over deze cultuur en structuur interviewen.

Vanwege het vele patiëntenonderzoek dat momenteel in de huidige praktijk van het IC-centrum binnen het UMCU wordt uitgevoerd, kregen de projectleden geen toestemming een meetinstrument in te voeren en patiënten te interviewen. Om deze reden hebben de projectleden de specifieke behoefte van patiënten en hun naasten binnen de zorginnovatie niet goed inzichtelijk kunnen maken.

Tijdens het schrijven van het implementatie- en verbeterplan kwamen de projectleden erachter dat de zorginnovatie niet één-op-één landelijk en/of regionaal geïmplementeerd kan worden. Dit omdat de aanbevelingen zijn toegepast op de situatie van de huidige praktijk binnen het UMCU. Enkele aanbevelingen kunnen wel één-op-één gebruikt worden voor de landelijke/regionale situatie. Echter, om de implementatie van de zorginnovatie succesvol te kunnen laten zijn, moet specifiek gekeken worden naar de verschillen in de organisatiestructuur.

5 BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN

Voor een succesvolle implementatie is het belangrijk om randvoorwaarden te formuleren. Hiervoor moeten de bevorderende en belemmerende factoren in kaart worden gebracht. Het doel van de implementatie is om de bevorderende factoren te kunnen benutten en de belemmerende factoren te kunnen oplossen. De factoren in onderstaande tabel 6 zijn onderverdeeld in individueel, sociaal, organisatorisch en maatschappelijk niveau(1).

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 hun 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 opinieleiders. 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 laggers.
Organisatorisch	<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 	<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>ingespeeld.</p> <p>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> <p>Beschikbare middelen</p> <p>4. Faciliteiten voor de implementatie en uitvoering van de zorginnovatie zijn aanwezig zoals: een ruimte, sprekers, begeleiding, catering, ect.</p> <p>5. De faciliteiten zijn tegen relatief lage kosten worden beschikbaar.</p> <p>6. Van de 150 IC-verpleegkundigen op de afdeling zijn er slechts een aantal nodig voor begeleiding bij de zorginnovatie.</p>	<p>Beschikbare middelen</p> <p>3. Er is te weinig budget voor de organisatie buiten het ziekenhuis.</p> <p>4. Het kan zijn dat de opkomst van ex-IC-patiënten en naasten laag is.</p>
Maatschappelijk	<p>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.</p> <p>2. De stichting FCIC is een koploper wat betreft het onderzoek naar het PICS en het ontwerpen van nazorg-interventies.</p>	<p>1. IC-nazorg wordt momenteel niet vergoed door zorgverzekeraars.</p> <p>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).</p>

Tabel 6: Bevorderende factoren en belemmerende factoren

6 AANBEVELINGEN VOOR IMPLEMENTATIE

Ten behoeve van het sleutelfiguur en de kerngroep werden een aantal aanbevelingen geformuleerd om het implementatieproces goed uit te voeren.

1. Het sleutelfiguur stelt een kerngroep aan van innovators.
2. Door het overdrachtsgesprek en het lezen van de documenten (draaiboek, implementatie- en verbeterplan) gemaakt door de projectleden, laten het sleutelfiguur en de kerngroep zich informeren over het project.
3. Het sleutelfiguur en de kerngroep volgen het tijdsplan uit het implementatieplan.
4. Middels vier klinische lessen gegeven door het sleutelfiguur en/of de kerngroepleden, wordt het IC-centrum geïnformeerd over de zorginnovatie en over het starten van het creëren van draagvlak.
5. Het sleutelfiguur en de kerngroep fungeren als aanspreekpunt voor geïnteresseerde teamleden.
6. Het sleutelfiguur en de kerngroep volgen de implementatiestrategieën en -theorieën uit het implementatieplan.
7. Het sleutelfiguur en de kerngroep evalueren de korte- en langetermijndoelen voor verdere implementatie binnen het UMCU.
8. In de post-pilotfase moet binnen het hele IC-team draagvlak gecreëerd worden voor de zorginnovatie.
9. Voor landelijke/regionale of volledige implementatie moeten de gegevens van de pilotfase van de zorginnovatie in het UMCU worden gebruikt door de kerngroep en door de werkgroep Lotgenotencontact van de stichting FCIC.

1. Grol R, Wening M. Implementatie effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 4^{de} druk. Amsterdam: Reed Business; 2011.