13-01-2014



IMPLEMENTATIEPLAN

EVIDANCE BASED IMPLEMENTATIE ZORGPAD INTENSIEVE GERIATRISCHE REVALIDATIE HEUPFRACTUUR

Miriam van Tongeren 471081 | Céline Wijsbeck 462870

Het Herstelhotel

Studenten:
Miriam van Tongeren en Céline Wijsbeck
MMG.vanTongeren@student.han.nl CJPM.Wijsbeck@student.han.nl
Studenten nummers:
471081 en 462870

School:
HAN in Nijmegen
Opleiding:
HBO-Verpleegkunde
Opdracht:
Kwaliteitsproject, implementatieplan

Opdrachtgever:
Rob van der Sande Rob.vanderSande@han.nl
Docent begeleider:
Gertrude Kuyvenhoven Gertrude.Kuyvenhoven@han.nl
Examinator:
Adwin Rutgers Adwin.Rutgers@han.nl

Projectcode:
1314_1_VERPL034

Zorginstelling:
ZZG Herstelhotel Groesbeek

Inleverdatum:
13 januari 2014

Samenvatting

Doel en vraagstelling: In opdracht van het ZZG Herstelhotel (te Groesbeek) is er een onderzoek gedaan naar hoe het zorgpad heupfractuur effectief geïmplementeerd kan worden. In juni 2013 is er een soortgelijk onderzoeksverslag verschenen waarin bleek dat het zorgpad niet goed geïmplementeerd was. Het doel van dit onderzoek is het inzichtelijk maken van belemmerende en bevorderende factoren die door de verpleegkundigen en verzorgenden worden ervaren bij werken met het zorgpad, zodat er een effectief implementatieplan geschreven kan worden met interventies die aansluiten op de behoeftes van de verpleegkundigen en verzorgenden.
Voor dit onderzoek is de volgende vraagstelling geformuleerd: *'Hoe kan het zorgpad heupfractuur effectief geïmplementeerd worden op afdeling Mulderskop 2 in het Herstelhotel?'*

Methode: Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden is er kwalitatief onderzoek uitgevoerd middels het ASE-model en een focusgroep. Met deze informatie is er een afdelingsspecifiek implementatieplan geschreven.
ASE-model: Vooraf aan de focusgroep werd het ASE-model voorgelegd aan de respondenten om een analyse te kunnen maken van het gedrag in het team.
Focusgroep: Door middel van een focusgroep is inzicht verkregen in de belemmerende en bevorderende factoren, die volgens de verpleegkundigen en verzorgenden een rol spelen in het werken met het zorgpad heupfractuur. De focusgroep bestond uit vier verpleegkundigen en verzorgenden, die allen langer dan vier maanden met het zorgpad heupfractuur gewerkt hadden.
Implementatieplan: Doordat de studentonderzoekers de belemmerende en bevorderende factoren te weten zijn gekomen, kon met behulp van het implementatiemodel van Grol & Wensing (2011) en de HARING-tools (Hilbink, Ouwens, & Kool, 2013) een specifiek implementatieplan geschreven worden voor het team Mulderskop 2, met daarin aandacht voor de behoeften van het team die evidence based onderbouwd zijn.

Resultaten: Uit het ASE-model bleek dat binnen het team van Mulderskop 2 zich drie subgroepjes bevinden; koplopers, middengroepers en achterblijvers. Uit de focusgroep kwamen de volgende belemmerende factoren naar voren; er is geen beknopte versie van het zorgpad, de scholing die gegeven is bij de eerdere implementatie is nooit herhaald, er is geen aandachtsvelder op de afdeling, het zorgpad staat niet in het ECD, de communicatie en koppeling in de multidisciplinaire samenwerking is niet optimaal, de ketenzorg is nog niet optimaal en de therapietijden van de fysiotherapie belemmeren de ADL waardoor de cliënt niet centraal staat. Daarnaast gaven de verpleegkundigen en verzorgenden de volgende bevorderende factoren aan; het zorgpad geeft structuur waardoor je houvast hebt, je kunt uitleg geven waardoor de cliënt weet waar hij aan toe is, de kwaliteit van zorg wordt verbeterd en je kunt elkaar ondersteunen en vragen stellen.

Conclusie: Effectieve implementatie vereist een goede voorbereiding en planning, en een systematische aanpak. Voor een effectieve implementatie moet er vooraf een diagnostische analyse gemaakt worden, waarbij onder andere belemmerende en bevorderende factoren en koplopers en achterblijvers met betrekking tot de verandering in kaart gebracht worden. Om de implementatie te laten slagen, moet er ingegaan worden op de behoeftes van de werknemers die voortkomen uit de belemmerende en bevorderende factoren bij het gebruik van het zorgpad. De bevorderende factoren die worden ervaren, geven draagvlak voor het werken met het zorgpad.
Uit het onderzoek kwam naar voren dat de drie grootste belemmerende factoren waren: als eerste het niet gebruikvriendelijke van het zorgpad. Het zorgpad is niet gemakkelijk toepasbaar omdat het groot is en niet in het ECD verwerkt zit. Als tweede bleek dat er een jaar geleden (voor de verhuizing) een scholing gegeven is en deze nooit herhaald is. Het ontbreekt dus aan kennis over het gebruik van het zorgpad. Een derde belangrijk punt is dat het gebruik van het zorgpad niet 'leeft' op de afdeling.

Er wordt niet over gesproken en niemand voelt zich verantwoordelijk om een ander erop aan te spreken. Er is gebrek aan een aandachtsvelder.

Aanbevelingen: Er worden negen aanbevelingen gedaan. De aanbevelingen zijn;
Een beknopte versie van het zorgpad maken, opnieuw scholing geven over het zorgpad, een aandachtsvelder aanwijzen, het zorgpad verwerken in het ECD, betere communicatie tussen de disciplines, optimaliseren van de ketenzorg, de zorg en therapie meer op de cliënt afstemmen en het zou een voordeel zijn als de fysiotherapie ook op feestdagen en in het weekeind mogelijk is. Daarnaast wordt een aanbeveling gedaan hoe om te gaan met koplopers, middengroepers en achterblijvers.

Voorwoord

Voor u ligt het implementatieplan 'Evidance based implementatie zorgpad intensieve geriatrische revalidatie heupfractuur'. Dit implementatieplan is opgesteld door twee studenten van de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), locatie Nijmegen. Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van de onderwijseenheid kwaliteitszorg 2 en 3.
Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van R. van der Sande, lector van het Lectoraat Langdurige Zorg op de HAN. Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen het Zorggroep Zuid Gelderland (ZZG) Herstelhotel op locatie Dekkerswald te Groesbeek, van 3 september 2013 tot 13 januari 2014.
Dit onderzoek vond plaats als vervolg op een voorgaand onderzoek naar het gebruik van het zorgpad heupfractuur. Het implementatieplan is gericht aan afdeling Mulderskop 2 van het ZZG Herstelhotel te Groesbeek.

Graag willen wij de personen bedanken die ons ondersteund hebben, gedurende het onderzoek; opdrachtgever R. van der Sande, docentbegeleider G. Kuyvenhoven, verpleegkundig specialist binnen het ZZG Herstelhotel M. de Groen, zorgmanager binnen het ZZG Herstelhotel J. DuFourné en cliëntbegeleider binnen het ZZG Herstelhotel M. Kersten. Wij willen deze personen bedanken voor hun enthousiasme, positieve steun, gerichte feedback en medewerking aan het onderzoek. Tevens willen wij de verpleegkundigen en verzorgenden, die hebben deelgenomen aan de focusgroep, bedanken voor hun inzet en actieve houding.

M.M.G. van Tongeren & C.J.P.M. Wijsbeck

Nijmegen, januari 2014

Inhoudsopgave

1. Inleiding blz. 8
1.1 Leeswijzer blz. 10

2. Theoretisch kader blz. 12
2.1 Heupfractuur blz. 12
2.1.1 Heupgewricht blz. 12
2.1.2 Epidemiologie blz. 12
2.1.3 Oorzaken en behandeling blz. 12
2.1.4 Revalidatie blz. 13
2.2 Zorgpad blz. 13
2.3 Effectieve implementatie blz. 14
2.4 HARING-tools blz. 14
2.5 Verpleegkundige relevantie blz. 15

3. Methode van onderzoek blz. 16
3.1 Het implementatiemodel blz. 16
3.1.1 Ontwikkeling voorstel voor verandering blz. 16
3.1.2 Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering blz. 17
3.1.3 Probleemanalyse doelgroep en setting blz. 17
3.1.4 Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën blz. 20
3.1.5 Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan blz. 21
3.1.6 Integratie in routines blz. 21
3.1.7 (Continue) evaluatie en (indien nodig) bijstelling van plan blz. 21
3.2 Verwerken en analyseren van gegevens blz. 22

4. Resultaten blz. 23
4.1 ASE-model blz. 23
4.2 Focusgroep blz. 24
4.2.1 Algemeen beeld zorgpad blz. 24
4.2.2 Belemmerende factoren zorgpad blz. 25
4.2.3 Bevorderende factoren zorgpad blz. 26
4.2.4 Behoeftes bij het zorgpad blz. 26

5. Discussie blz. 28
5.1 Kritische kanttekening aan het onderzoek blz. 28
5.2 Ervaring blz. 28

6. Conclusie blz. 30

7. Aanbeveling blz. 31
7.1 Aanbevelingen implementatie zorgpad heupfractuur blz. 31
7.1.1 Beknopte versie van het zorgpad blz. 31
7.1.2 Scholing geven over het zorgpad blz. 32
7.1.3 Een aandachtsvelder aanwijzen blz. 33
7.1.4 Het zorgpad in het ECD zetten blz. 35

7.1.5 Betere communicatie tussen de disciplines blz. 35
7.1.6 De ketenzorg optimaliseren blz. 36
7.1.7 Zorg en therapie meer op de cliënt afstemmen blz. 37
7.1.8 Therapie ook op feestdagen en in het weekeind blz. 37
7.1.9 Voorlopers, middengroepers en achterblijvers blz. 38
7.2 Uitvoering van het implementatieplan blz. 40
7.2.1 Stap 5 Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan blz. 40
7.2.2 Stap 6 Integratie in routines blz. 41
7.2.3 Stap 7 Evaluatie en (indien nodig) bijstelling van plan blz. 42
7.2.4 Tijdsplanning implementatie blz. 42

Literatuur blz. 46

Bijlagen
Bijlage 1, Format voor schriftelijke rapportage van een zoekstrategie blz. 48
Bijlage 2, Zorgpad 'Heupfractuur' in het Herstelhotel blz. 56
Bijlage 3, Dertien HARING-tools blz. 60
Bijlage 4, Checklijst HARING-tools blz. 62
Bijlage 5, Checklijst opstellen aanbevelingen blz. 63
Bijlage 6, Stroomschema onderzoek blz. 64
Bijlage 7, Vragen ASE-model blz. 65
Bijlage 8, Formulier informed consent blz. 66
Bijlage 9, Focusgroep blz. 67
Bijlage 10, Uitwerking ASE-model en focusgroep (Cd-rom) blz. 68

Inleiding

In 2007 waren 17.900 nieuwe gevallen van een heupfractuur bekend in Nederland (Vijge, 2010). In 2010 waren dit er 20.254 (CBS, 2013). Door de jaren heen is een stijging te zien en de verwachting is dat het aantal mensen met een heupfractuur in de toekomst verder zal stijgen door de dubbele vergrijzing. Het is daarom belangrijk om de zorg zo efficiënt en kwalitatief mogelijk vorm te geven (Nijs, 2008). Na een operatieve ingreep bij een heupfractuur is het van belang snel te starten met de revalidatie. Revalidatie wordt kwalitatief beter als je werkt volgens een zorgpad. Een zorgpad werkt echter alleen effectief als deze goed geïmplementeerd is (Grol & Wensing, 2011).
In het Herstelhotel te Groesbeek werken de verpleegafdelingen met zorgpaden voor cliënten die gaan revalideren na een heupfractuur. Voor de intensieve geriatrische revalidatie in het Herstelhotel worden drie zorgpaden gebruikt; CVA, electieve orthopedie en heupfractuur (ZZG Zorggroep, 2012). Tijdens dit onderzoek richten de studentonderzoekers zich op het zorgpad heupfractuur (zie hoofdstuk 2, theoretisch kader).

Zorgpad
Tijdens het onderzoek hebben de studentonderzoekers een implementatieplan geschreven voor het zorgpad heupfractuur. ‘Een zorgpad is een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep patiënten gedurende een gedefinieerd tijdskader’ (CBO, 2013). Het doel van een zorgpad is om de zorg voor een bepaalde patiëntencategorie beter te stroomlijnen met de patiënt als uitgangspunt. Hierdoor wordt de zorg patiënt gerichter en zal de patiëntenlogistiek verbeteren, waardoor wachttijden en doorlooptijden verkort worden (CBO, 2013).
Officieel heet het zorgpad ‘intensieve geriatrische revalidatie heupfractuur’. In dit implementatieplan wordt dit nader genoemd: zorgpad heupfractuur.

Het Herstelhotel
In dit verslag wordt gesproken over ‘het Herstelhotel’ hiermee wordt het ZZG Herstelhotel te Groesbeek bedoeld. Sinds 6 november 2012 is in Groesbeek op het Dekkerswald terrein een nieuw Herstelhotel geopend. Het is een verblijfplaats in hotelsfeer voor 185 cliënten. Vanaf het begin werd daar gewerkt met de zorgpaden ‘Heupfractuur’ en ‘CVA’.
In het Herstelhotel wordt nauw samengewerkt met de ziekenhuizen in de nabije omgeving en zijn er revalidatieprogramma’s ontwikkeld voor CVA (hersenbloeding of herseninfarct), heupfractuur, nieuwe heup- of knie, amputatie en herstel na operatie en/of ziekenhuisopname. Zorg die het Herstelhotel levert, kan variëren van licht tot intensieve zorg. Cliënten gaan niet alleen naar het Herstelhotel voor revalidatie en herstel na een zware operatie, een gebroken heup of een CVA, maar ook als overbrugging wanneer de cliënt op de wachtlijst staat voor een verpleegtehuis of als ze het thuis niet meer aankunnen omdat bijvoorbeeld mantelzorg weggevallen is. Cliënten kunnen zowel alleen als met partner/mantelzorger genieten in het goede van een hotel met zorg in de buurt.
Het specialistisch team in het Herstelhotel bestaat uit: artsen (de specialisten ouderengeneeskunde), paramedici (fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten), verpleegkundig specialist en verpleegkundigen en verzorgenden. Verpleegkundigen en verzorgenden worden verder in dit implementatieplan v&v genoemd (ZZG Zorggroep, 2012).

Effectieve implementatie
Effectiviteit is het bereiken van het gewenste resultaat, bijvoorbeeld van een bepaalde vorm van hulpverlening. Volgens Grol et al. (2011) vereist ‘effectieve implementatie’ een goede voorbereiding, planning en een systematische aanpak, waarbij je aan de hand van een aantal stappen te werk gaat en waarbij alle stappen in het proces de nodige aandacht krijgen. Dit implementatieplan beschrijft de stappen die ondernomen worden om tot uiteindelijk een effectief implementatieplan om het zorgpad heupfractuur te kunnen implementeren op afdeling Mulderskop 2 in het Herstelhotel.

Positie studenten
In dit implementatieplan worden wij, Céline en Miriam, nader genoemd; studentonderzoekers.
De studentonderzoekers zijn 2 HBO-Verpleegkunde studenten aan de Hogeschool in Arnhem en Nijmegen (HAN). De studentonderzoekers houden zich de komende tijd bezig met onderzoek. Tijdens dit onderzoek vervullen de studentonderzoekers de rol van;

- Ontwerper; Kwaliteit van zorg bewaken en waarborgen. De studentonderzoekers participeren in het ontwerpen van kwaliteitszorg (systeem) op afdelingsniveau.
- Beroepsbeoefenaar; Het beroep van de verpleegkundige ontwikkelen tot een professie, die aansluit bij maatschappelijke ontwikkelingen van de 21e-eeuw. De studentonderzoekers vervullen een actieve rol in de vernieuwing van het beroep en het bevorderen van het beroepsbewustzijn (HAN, 2013).

Waarom dit onderzoek
Uit eerder onderzoek (Bosman & Eck van, 2013) naar de belemmerende en bevorderende factoren bij het gebruik van het zorgpad heupfractuur is gebleken dat het zorgpad heupfractuur in het Herstelhotel te Groesbeek, onvoldoende geïmplementeerd is. Bij de implementatie van het zorgpad heupfractuur heeft het Herstelhotel geen gebruik gemaakt van een systematisch stappenplan. De studentonderzoekers hebben als opdracht gekregen dat de huidige situatie geoptimaliseerd moet worden, door het ontwikkelen van een effectief implementatieplan, zodat het zorgpad opnieuw geïmplementeerd kan worden (ZZG Zorggroep, 2012). Er is eerder onderzoek gedaan op de twee afdelingen Mulderskop en Bruuk. De ene afdeling was een relatief kleine leerafdeling en de andere was een grote reguliere afdeling. Door een recente reorganisatie van de afdelingen Mulderskop en Bruuk (begin oktober) worden cliënten, die revalideren na een heupfractuur, behandeld op afdeling Mulderskop op de tweede verdieping. Het verplegend team is hierdoor gewijzigd. Vorig onderzoek (Bosman et al., 2013) is nog verdeeld over twee afdelingen gedaan, door de verandering van de samenstelling kan het zijn dat de resultaten uit vorig onderzoek niet meer actueel zijn. De studentonderzoekers nemen bij dit onderzoek de resultaten uit het vorig onderzoek wel mee, maar doen ook zelf onderzoek naar de belemmerende en bevorderende factoren bij het gebruik van het zorgpad heupfractuur onder het verplegend personeel op de Mulderskop (tweede verdieping). De resultaten uit vorig onderzoek, bij het gebruik van het zorgpad heupfractuur, zijn als volgt:
Belemmerende factoren bij het gebruik van het zorgpad zijn:

- Het werken volgens het zorgpad is intensief. Het is een nieuw proces wat veel tijd kost. Op dit moment zit er nog geen routine in het werken volgens het zorgpad.
- Er is te weinig bewustwording onder het verplegend personeel. Op het gebied van kennis met betrekking tot het zorgpad heupfractuur valt ook nog winst te behalen.
- Respondenten gaven aan dat er te weinig scholing is gegeven, waardoor de kennis en informatie niet meer bijgebleven is (In september 2012 is eenmalig een scholing over het zorgpad heupfractuur gegeven, dit is nooit cyclisch herhaald).
- Eigen disciplines spreken elkaar onvoldoende aan op het gebruik van het zorgpad, een goede feedbackcultuur ontbreekt.
- Er is een te hoge werkdruk.
- Communicatie in de multidisciplinaire samenwerking moet geoptimaliseerd worden. In de huidige situatie wordt vaak vakjargon gebruikt, waardoor informatie niet altijd goed begrepen wordt.
- Onderling wordt weinig gesproken over het zorgpad, waardoor het niet leeft op de afdeling en niet geoptimaliseerd wordt.
- Onvoldoende voorradig zijn van materialen, zoals computers, weegschalen, enz.

Bevorderende factoren voor het gebruik van het zorgpad zijn:

- De meerwaarde van het zorgpad is vooral het hebben van een handvat voor het leveren van zorg/revalidatie. Respondenten gaven aan dat de cliënten ook bewuster met revalideren bezig zijn. Cliënten staan hierdoor positiever in het revalidatie proces.

Optimalisatiepunten voor het gaan gebruiken van het zorgpad zijn:

- Aanwezigheid van materialen;
- Scholing;
- Meer personeel op de werkvloer (Bosman et al., 2013).

Aan de hand van de vraag vanuit de opdrachtgever en het herstelhotel, en de resultaten uit voorgaand onderzoek, brengt dit de studentonderzoekers tot de volgende vraag- en doelstelling.

Vraagstelling:
'Hoe kan het zorgpad heupfractuur effectief geïmplementeerd worden op afdeling Mulderskop 2 in het Herstelhotel?'

Deelvragen:

- *'Wat zijn de huidige belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van het zorgpad heupfractuur nu de samenstelling van de afdeling veranderd is?'*
- *'Welke interventies zijn van toepassing voor de afdeling Mulderskop 2 die opgenomen worden in de aanbevelingen in het implementatieplan voor het zorgpad heupfractuur in het Herstelhotel?'*

Doelstelling:
'Binnen 2 maanden is er een gefundeerd plan van aanpak/implementatiestrategie (voorstel geformuleerd met maatregelen) om het zorgpad heupfractuur te implementeren dat specifiek gericht is op de zorgafdeling Mulderskop 2 in het Herstelhotel.'
Er is gekozen voor een periode van 2 maanden omdat dit de tijd is die de studentonderzoekers krijgen voor het uitvoeren van dit onderzoek. Gezien de korte tijd, dragen de studentonderzoekers de uitvoering over aan de afdeling.

1.1 Leeswijzer

Deze leeswijzer geeft een duidelijk overzicht van de opzet van het implementatieplan per hoofdstuk en bijlage.

In hoofdstuk 2, theoretisch kader, wordt verder ingegaan op de begrippen die van toepassing zijn op het onderzoek. Hierin worden de onderwerpen heupfractuur, zorgpad, effectieve implementatie, de HARING-tools en de verpleegkundige relevantie verder uitgediept.

In hoofdstuk 3, methode van onderzoek, wordt verder ingegaan op de methode en middelen die gebruikt worden gedurende het onderzoek. Ook zal in dit hoofdstuk worden ingegaan op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

In hoofdstuk 4, resultaten, worden de resultaten van het onderzoek uit het ASE-model en de focusgroep beschreven.

In hoofdstuk 5, discussie, worden de kritische kanttekeningen van het onderzoek gegeven, die van invloed kunnen zijn op de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van het onderzoek. Daarnaast wordt de ervaring van de studentonderzoekers beschreven tijdens het uitvoeren van het onderzoek, in relatie tot het werkveld.

In hoofdstuk 6, conclusie, wordt de conclusie van het onderzoek beschreven. Er wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag en op een van de deelvragen.

In hoofdstuk 7, aanbevelingen, worden negen aanbevelingen beschreven die zijn voortgekomen uit de resultaten van het onderzoek en het bestuderen van de literatuur.

Literatuur, hier wordt een overzicht van de gebruikte bronnen weergegeven.

Na de literatuur zijn de volgende bijlage te vinden:
In bijlage 1, format voor schriftelijke rapportage van de zoekstrategie.
In bijlage 2, het zorgpad 'heupfractuur' van het Herstelhotel.
In bijlage 3, de dertien HARING-tools.
In bijlage 4, checklijsten HARING-tools.
In bijlage 5, checklijst opstellen aanbevelingen.
In bijlage 6, stroomschema onderzoek.
In bijlage 7, vragen ASE-model.
In bijlage 8, formulier informed consent.
In bijlage 9, topiclijst focusgroep.
In bijlage 10, Cd-rom met uitwerking ASE-model en audio-guide focusgroep

2. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de belangrijkste begrippen, die de basis vormen voor het onderzoek. Hiervoor hebben de studentonderzoekers gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen, met onder andere wetenschappelijke artikelen. De zoekstrategie met gebruik van verschillende termen is overzichtelijk weergegeven in een schema. Zie hiervoor bijlage 1.

2.1 Heupfractuur

Zoals in de inleiding benoemd kunnen cliënten bij het Herstelhotel terecht voor o.a. revalidatie en herstel na een heupfractuur. De definitie van heupfractuur luidt als volgt:
'Onder een heupfractuur (collumfractuur) wordt een botbreuk of fractuur in het voorste gedeelte van het dijbeen (femur) verstaan. Deze botbreuken bevinden zich op een kleine afstand van of zelfs in het heupgewricht' (RIVM, 2013).

2.1.1 Heupgewricht

Het heupgewricht bestaat uit de heupkom en de heupkop en vormt de verbinding tussen bekken (pelvis) en dijbeen (femur). De heupkom is een onderdeel van het bekken en de heupkop maakt deel uit van het dijbeen. De heup is een kogelgewricht. De kom is vrij diep en biedt veel steun aan de kop van het dijbeen, ook wel caput femoris genoemd. Tussen het caput femoris en de eigenlijke dijbeenschacht zit het collum femoris (dijbeenhals). Bovenaan de femur zit aan de buitenkant een knobbel, de trochanter major. Meer naar beneden, aan de binnenkant heeft het bot nog een uitsteeksel; de trochanter minor. Beide uitsteeksels dienen voor de aanhechting van spieren. Het onderste uiteinde van de femur is sterk verbreed en vormt de kop van het kniegewricht (Grégoire, Staaten-Huygen van, & Trompert, 2007).

2.1.2 Epidemiologie

Heupfracturen komen voornamelijk voor bij personen ouder dan 55 jaar. Vanaf die leeftijd is een flinke stijging in het aantal heupfracturen geconstateerd. In de leeftijdsklasse 85 jaar of hoger is het aantal heupfracturen anderhalf keer zo hoog als onder de 80 tot 85 jarige.
Het verhoogde valrisico is de belangrijkste reden van de stijging van de incidentie van het aantal heupfracturen. In 97% van alle gevallen is de heupfractuur het gevolg van een val.
In 2010 werden 20.254 personen met een heupfractuur in het ziekenhuis opgenomen, waarvan 17.184 personen van 65 jaar en ouder. Heupfracturen komen vaker voor bij vrouwen (75%) dan bij mannen (25%) (RIVM, 2013).

2.1.3 Oorzaken en behandeling

Er zijn verschillende oorzaken voor heupfracturen bekend, de leeftijd speelt hierbij een belangrijke rol. Bij jong volwassenen komen heupfracturen voor na een ernstig trauma. Bij ouderen zijn meerdere oorzaken bekend. Ouder worden gaat vaak gepaard met verminderd evenwicht, minder spierkracht en lagere reactiesnelheid, wat de kans op vallen vergroot. Het merendeel van de heupfracturen is het gevolg van een val in combinatie met osteoporose. Osteoporose is een aandoening waarbij botverlies en een verminderde kwaliteit van bot ontstaat. Deze aandoening komt frequenter voor bij vrouwen, wat kan verklaren waarom meer vrouwen dan mannen een heupfractuur krijgen.
Andere oorzaken van heupfracturen zijn: slechte voedingstoestand (te weinig calcium), te weinig bewegen, alcohol- en tabakconsumptie en medicijngebruik (RIVM, 2013).
Een gebroken heup kan conservatief behandeld (zonder behandeling) of geopereerd worden. Een gebroken heup is een medische urgentie. De operatie van een gebroken heup vindt meestal binnen 24-48 uur plaats nadat opname via de Spoedeisende Hulp heeft plaatsgevonden. Het kan voorkomen

dat de operatie uitgesteld wordt naar een later tijdstip, als de algemene conditie van de patiënt een snelle operatie niet toelaat (Orthopedie Amphia, od).

2.1.4 Revalidatie

Ongeveer 25% van de senioren (55 jaar en ouder) die een heupfractuur oplopen, overlijdt binnen een jaar na het oplopen van een heupfractuur; vrouwen vaker dan mannen en ook deze kans is groter naarmate de leeftijd stijgt. Nog eens 25% van de senioren blijft permanent invalide.
Een heupfractuur is een van de belangrijkste oorzaken van verminderd functioneren en van verhoogde mortaliteit. Een heupfractuur kan resulteren in een verlies van onafhankelijkheid, verminderde kwaliteit van leven en depressie, vooral bij oudere mensen. Bij revalidatie spelen sociale factoren en de algemene gezondheidstoestand van de patiënt daarom een belangrijke rol. Het herstel na de operatie vraagt veel inzet van de patiënt. Na een heupfractuur moet de patiënt opnieuw leren lopen, al dan niet met behulp van hulpmiddelen (krukken, looprek of rollator). Het is moeilijk in te schatten hoe lang de totale herstelperiode zal duren. Het genezingsproces neemt meestal drie tot vier maanden in beslag. Het opbouwen van de conditie kan wel een half jaar duren. Dit is afhankelijk van de leeftijd en algehele conditie voor de operatie (Orthopedie Amphia, od).
Veel ouderen en alleenstaanden gaan (kortdurend) revalideren op een revalidatieafdeling. Slechts een deel van de patiënten is na genezing van de fractuur weer net zo mobiel als daarvoor. Uit onderzoek blijkt dat een jaar na het ontstaan van een heupfractuur 40% van de overlevenden van 55 jaar en ouder volledig is hersteld (RIVM, 2013).

2.2 Zorgpad

Een zorgpad is een “verzameling van methoden en hulpmiddelen” om de leden van een multidisciplinair team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke cliënten populatie. Het zorgpad beschrijft de zorg op inhoud, proces en samenhang binnen een keten gerelateerd aan ziektebeeld specifieke zorgprocessen. Het stelt de zorginhoud en samenhang van de zorg voorop, waardoor de cliënt de juiste zorg op de juiste plaats krijgt.
Kenmerken van een zorgpad zijn:

- Samenhang tussen preventie, diagnostiek, behandeling en begeleiding;
- Gericht op voorlichting aan en zelfmanagement van cliënten;
- Routinematige rapportage en feedback;
- Toepassen van evidence based interventies en landelijke standaarden en richtlijnen.

Het doel van de zorgpaden is het verhogen van de kwaliteit van zorg door het verbeteren van resultaten bij cliënten, het bevorderen van patiëntveiligheid, het verhogen van de patiënttevredenheid en het optimaliseren van het gebruik van middelen.

Binnen het zorgpad heupfractuur werken onderstaande organisaties nauw samen:

- UMC St. Radboud afdeling orthopedie en heelkunde;
- Canisius Willemina Ziekenhuis (CWZ) afdeling orthopedie en heelkunde;
- ZZG herstelhotel (ZZG Zorggroep, 2012).

De studentonderzoekers hebben ervoor gekozen om zich tijdens de implementatie specifiek op het verpleegkundig deel te richten. Dit omdat de studentonderzoekers de opleiding verpleegkunde volgen en hier de meeste kennis van hebben. Daarnaast is het zorgpad te breed (met verschillende disciplines) om één groot implementatieplan te schrijven en het belangrijk is om bij één discipline te beginnen, verpleegkunde. Ook heeft het implementeren op de verpleegafdeling zijn uitwerking op de andere disciplines en kan er bijvoorbeeld tijdens scholing wel de andere disciplines meegenomen worden. De studentonderzoekers maken slechts een begin in de verandering, dit omdat zij maar twee maanden hebben voor dit onderzoek. De instelling zal de implementatie verder op zich nemen en hierin ook de andere disciplines betrekken.

2.3 Effectieve implementatie

"Implementatie is een procesmatige en/of planmatige invoering van een vernieuwing of een verandering. Implementatie in enige zin heeft een beperkt doel, namelijk dat het vernieuwingsproces wordt uitgevoerd zoals bedoeld. Implementatie in brede zin heeft een breder doel: dat de verandering is geïntegreerd in het beroepsmatig handelen, in het functioneren van de organisatie of in de structuur van de sector" (ZON, 2010).

De definitie van effectiviteit volgens De Koning & Hoeijmakers (2007) luidt als volgt:
"De mate waarin (vooraf) geformuleerde doelstellingen in de praktijk worden bereikt."
Volgens Grol et al. (2011) vereist 'effectieve implementatie' een goede voorbereiding, planning en een systematische aanpak, waarbij je aan de hand van een aantal stappen te werk gaat en waarbij alle stappen in het proces de nodige aandacht krijgen.
Implementatie is succesvol als professionals de interventie of methode ook daadwerkelijk op de juiste manier gaan gebruiken en als door de invoering de resultaten van de hulp of zorg verbeterd wordt.

Effectieve implementatie is het sleutelwoord voor dit onderzoek. Omdat effectieve implementatie een systematische aanpak vereist, hebben de studentonderzoekers gekozen voor een passend implementatiemodel, namelijk van Grol et al. (2011). Dit is een implementatiemodel voor veranderingen en verbeteringen in de zorg, waaronder het invoeren van zorgpaden. Het is een actueel model wat door wetenschappelijk onderzoek, zorgvuldige evaluaties of goede ervaringen in de praktijk (best practices) tot stand is gekomen. Het implementatiemodel van Grol et al. (2011) is vergeleken met het 7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden (Vanhaecht, Gerven, Deneckere, Lodewijckx, Panella, Vleugels & Sermeus, 2011). Deze twee modellen komen grotendeels overeen. De studentonderzoekers vinden het implementatiemodel van Grol et al. (2011) gedetaileerder, beter aansluiten en makkelijker toepasbaar bij het schrijven van een implementatieplan en kiezen dus voor dit model.
Bij het schrijven van het implementatieplan zal niet alleen gebruik gemaakt worden van het implementatiemodel van Grol et al. (2011). Uit onderzoek is namelijk gebleken dat er geen implementatiestrategie bestaat die onder alle omstandigheden werkt. Voor een optimaal effect moet meestal een mix van strategieën worden toegepast (Burgers, Ouwens, Splunteren, & Øvretveit, 2011).
De studentonderzoekers hebben in samenspraak met de opdrachtgever naar handvaten gezocht om de stappen van het implementatiemodel van Grol et al. (2011) te verhelderen en verduidelijken. Er is gekozen voor de HARING-tools (Hilbink, Ouwens, & Kool, 2013). Dit omdat deze in Nederland ontwikkeld zijn, gemakkelijk toepasbaar zijn en bovenal omdat deze een verduidelijking en diepgang geven op het implementatiemodel van Grol et al. (2011).

2.4 HARING-tools

HARING- tools staat voor HAndleiding en toolbox RIchtlijnontwikkeling in de Nederlandse Gezondheidszorg. Dit zijn dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. Het uiteindelijke doel is om de kwaliteit en efficiëntie van de ontwikkel- en implementatieprocedures te optimaliseren en teneinde de kwaliteit van zorg te verbeteren. In bijlage 3 staan de dertien tools (Hilbink et al, 2013).
Tijdens het onderzoek zullen de volgende twee tools gehanteerd worden: opstellen van populatiespecifieke aanbevelingen en implementatie van richtlijnen, omdat deze twee tools het beste aansluiten en de meeste bijdrage leveren bij de stappen van Grol et al. (2011) die de studentonderzoekers gaan uitvoeren.
Bij het maken van een probleemanalyse en het uitvoeren van een implementatieplan geven de HARING-tools een checklijst met aandachtspunten. In hoofdstuk 3, Methode van onderzoek, wordt

verder ingegaan op deze tools, de stappen van het model van Grol en wordt de methode van onderzoek verder uitgelegd.

2.5 Verpleegkundige relevantie

Verpleegkundigen vervullen verschillende rollen in het zorgpad heupfractuur. Bij het implementeren en uitvoeren van een zorgpad komen de 7 competenties volgens het nieuwe 'Beroepsprofiel Verpleegkundige' naar voren:
Als zorgverlener richt de verpleegkundige zich bij de uitvoering van het zorgpad op het versterken van het zelfmanagement van de patiënt in hun sociale context. Daarbij hebben ze een aandeel in het revalidatieproces. De verpleegkundige informeert de patiënt en diens naasten naar behoefte waarbij ze als communicator, rekening houdt met de persoonlijke aspecten van de patiënt.
De verpleegkundige als samenwerkingspartner werkt nauw samen met cliënten, maar ook met andere disciplines, zoals o.a. artsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten bij de uitvoering van het zorgpad. Daarnaast werken ze ook nauw samen met leidinggevenden en eigen discipline bij de invoering van het zorgpad. De verpleegkundige deelt kennis en informatie, is gericht op samenwerking en overdracht in de keten.
Als reflectieve 'EBP'-professional neemt de verpleegkundige kennis van resultaten van wetenschappelijk onderzoek (waarop het zorgpad is gebaseerd) en past dit toe in de beroepspraktijk. Daarbij kan de verpleegkundige feedback geven en ontvangen over het functioneren.
De gezondheidsbevorderaar draagt bij aan het bevorderen van gezondheid van cliënten door het ondersteunen van hun zelfmanagement, waarbij ze zoveel mogelijk de mantelzorger in het revalidatieproces betrekt. Als organisator coördineert en bewaakt de verpleegkundige de zorg, waarbij ze een bijdrage levert aan de patiëntveiligheid en het werkklimaat binnen het herstelhotel.
Als laatste vervult de verpleegkundige de rol van professional en kwaliteitsbevorderaar doordat ze met de invoering van het zorgpad een bijdrage levert aan de kwaliteitsverbetering. Daarbij is ze kritisch in de uitwerking en evaluatie waarbij ze collega's aanspreekt op (on)professioneel gedrag.

Samenvattend is het voor verpleegkundigen relevant om richtlijnen/zorgpaden te ontwikkelen en op te zetten met een EBP theoretische basis, die uiteindelijk worden geëvalueerd en aangepast, nauw samenwerkend met eigen en andere disciplines (V&V, 2012).

3. Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving van de onderzoeksopzet gegeven. Uit een vorig onderzoek (Bosman et al., 2013) is gebleken dat er verschillende belemmerende en bevorderende factoren zijn waardoor het zorgpad heupfractuur niet altijd nageleefd wordt op de afdeling Mulderskop 2. Aangezien voorgaand onderzoek afgenomen is middels een focusgroep met slechts 4 deelnemers en de afdelingen per begin oktober 2013 gereorganiseerd zijn, hebben de studentonderzoekers, in overleg met de opdrachtgever en verpleegkundig specialist, ervoor gekozen om opnieuw een bijeenkomst te organiseren waarbij deelnemers met elkaar in discussie gaan over de belemmerende en bevorderende factoren van het zorgpad, dit heet een focusgroep. Dit keer kozen de studentonderzoekers voor een groter aantal deelnemers, zodat de betrouwbaarheid verhoogd wordt.

3.1 Het implementatiemodel

In deze paragraaf wordt middels de stappen van het implementatiemodel van Grol et al. (2011) gewerkt. De opzet van dit hoofdstuk wijkt af van de methode die in de studiehandleiding gehanteerd wordt. Hier hebben de studentonderzoekers, in overleg met de opdrachtgever en docentbegeleider voor gekozen, omdat het zo overzichtelijker wordt met welke stappen gewerkt wordt tijdens de daadwerkelijke implementatie. De stappen van implementatie zijn als volgt:

1. Ontwikkeling voorstel voor verandering
2. Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering
3. Probleemanalyse doelgroep en setting
4. Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën
5. Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan
6. Integratie in routines
7. (Continue) evaluatie en (indien nodig) bijstelling van plan

Verdergaand in deze paragraaf wordt per stap uitgelegd wat de studentonderzoekers tijdens dit onderzoek hebben gedaan en op welke manier.
De studentonderzoekers kiezen voor uitvoering van de volgende drie stappen van het implementatiemodel van Grol et al. (2011); stap 2 ‘analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering’, stap 3 ‘probleemanalyse doelgroep en setting’ en stap 4 ‘ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën’. De stappen die de studentonderzoekers niet uitvoeren, worden wel kort beschreven in dit implementatieplan. De reden voor het niet uitvoeren van de overige stappen, is dat de voorgaande stap (stap 1), tijdens eerder onderzoek is uitgevoerd. De stappen 5, 6 en 7 worden niet door de studentonderzoekers uitgevoerd, vanwege het korte tijdsbestek dat de studentonderzoekers krijgen voor dit onderzoek. Het implementatieplan, geschreven door de studentonderzoekers, wordt overgedragen aan de zorgmanager van de afdeling Mulderskop 2 in het Herstelhotel. Wel hebben de studentonderzoekers een aanbeveling gedaan over de manier waarop de interventies/strategieën daadwerkelijk geïmplementeerd en geëvalueerd kunnen worden.

3.1.1 Ontwikkeling voorstel voor verandering

Sinds een jaar is het Herstelhotel in Groesbeek geopend. Het Herstelhotel wil zich profileren als koploper in kennis en kunde op het gebied van complexe behandeling en begeleiding. Daarom is in september 2012 het zorgpad heupfractuur in het Herstelhotel geïmplementeerd, met als doel het verhogen van de kwaliteit van zorg (ZZG Zorggroep, 2012).
Uit eerder onderzoek (Bosman et al., 2013) is gebleken dat dit zorgpad onvoldoende geimplementeerd is. Er is vastgesteld dat het zorgpad opnieuw geimplementeerd moet worden. Deze opdracht is aangepakt door de huidige studentonderzoekers.

3.1.2 Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering

In de inleiding zijn de belemmerende, bevorderende factoren en optimalisatiepunten weergegeven die voortkomen uit eerder onderzoek (Bosman et al., 2013). Vanuit dit punt hebben de studentonderzoekers verder onderzoek gedaan. Vorig onderzoek is uitgevoerd toen de afdelingen nog niet gereorganiseerd waren. Er zijn toen resultaten uit de focusgroep gekomen die bruikbaar zijn voor dit onderzoek, maar de studentonderzoekers moesten wel uitzoeken of factoren op dit moment nog van toepassing zijn, dus of dit de feitelijke zorg was. Dit hebben de studentonderzoekers gedaan door een focusgroep te houden. De studentonderzoekers hebben hier voor gekozen, omdat een meerwaarde van een focusgroep is dat de communicatie tussen de groepsleden zaken naar boven brengt die niet in individuele interviews zouden zijn ontdekt (Grol et al., 2011). Voor deze focusgroep was gekozen voor een groter aantal respondenten. Hiervoor was gekozen omdat de uitkomst van vorig onderzoek verkregen is uit 4 respondenten. Bij de probleemanalyse wordt verder ingegaan op de aanpak en analyse van de focusgroep.

3.1.3 Probleemanalyse doelgroep en setting

Onderzoeksdesign

Om de vraagstelling en deelvragen goed te kunnen beantwoorden hebben de studentonderzoekers een kwalitatief onderzoek gedaan. Deze vorm van onderzoek geeft diepgaande informatie doordat de studentonderzoekers in konden gaan op achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeften van de v&v op de afdeling Mulderskop 2. Een deel van dit onderzoek is al verricht door een andere onderzoeksgroep en de resultaten daarvan zijn bij de studentonderzoekers bekend.
Een van de belangrijkste beperkingen van kwalitatief onderzoek is de representativiteit. Dat wil zeggen dat het niet mogelijk is om op basis van kwalitatief onderzoek algemeen geldende uitspraken te doen. Daar staat tegenover dat kwalitatief onderzoek sterk is als het gaat om validiteit: de vraag of inderdaad datgene onderzocht is wat de onderzoeker wilde onderzoeken (Dassen & Keuring, 2009).

- Geloofwaardigheid
  Om de geloofwaardigheid van dit onderzoek te waarborgen, waren de studentonderzoekers beide aanwezig bij de focusgroep. Zo bestond de mogelijkheid om de focusgroep te observeren en data te verzamelen. De studentonderzoekers hebben persoonlijk aan de v&v gevraagd of de focusgroep overeenkwam met hun persoonlijke mening. De gegevens werden de volgende dag uitgewerkt. Dit verkleint de kans op vertekening (Migchelbrink, 2009).
- Verplaatsbaarheid
  De verplaatsbaarheid van dit onderzoek hebben de studentonderzoekers gewaarborgd door deelnemers van verschillende niveaus te betrekken in het onderzoek. Daarnaast wordt duidelijk beschreven hoe de studentonderzoekers de deelnemers hebben geselecteerd en in welke context het onderzoek plaats gevonden heeft.
- Plausibiliteit
  Om de plausibiliteit van het onderzoek te waarborgen, hebben de studentonderzoekers ervoor gekozen om audio-opnames te maken tijdens de focusgroep. Vervolgens werd de data verzameld en geanalyseerd. Om de betrouwbaarheid te verhogen werd het uitwerken van de focusgroepsbijeenkomst door beide studenten apart gedaan. Voorwaarden voor een goede analyse is dat het gesprek wordt opgenomen en bij het afluisteren worden de uitspraken die directe relatie met het onderzoek hebben uitgeschreven. Om de gegevens te ordenen moet je deze selecteren, rubriceren, rangschikken en controleren (CBO, 2004). Dit wordt doormiddel van een overzichtelijke tabel weergegeven waarin per tijdseenheid de besproken onderwerpen/topics benoemd worden, dit heet een audio-guide. Beide studentonderzoekers hebben de audio-opname apart van elkaar uitgewerkt. Daarna werden de gevonden resultaten met elkaar vergeleken. Hieruit werd een conclusie getrokken. Dit is in een overzichtelijke tabel weergegeven (zie bijgeleverde CD). De studentonderzoekers hebben in overleg met de opdrachtgever gekozen

om de focusgroep niet te transcriberen omdat dit te veel tijd kost en geen meerwaarden heeft voor de uitkomst van het onderzoek.

- Verifieerbaarheid
  Om de verifieerbaarheid te waarborgen hebben de studentonderzoekers gebruik gemaakt van een topiclijst tijdens de focusgroep, waarbij aan de hand van de topiclijst de beginvragen werden geformuleerd. De topiclijst hebben de studentonderzoekers vooraf aan de focusgroep voorgelegd aan de verpleegkundig specialist en de docentbegeleider, zodat deze beoordeeld kon worden op de vraagstelling. Belangrijk is namelijk dat de vraagstelling niet suggestief is.
  Door een topiclijst te gebruiken, wordt er door de deelnemers naar een bepaald verschijnsel gekeken en wordt het sociale proces duidelijk wat daaraan vooraf gaat. Daarbij is het van belang dat alle deelnemers aan het woord komen en er een goed overzicht komt van de bestaande invalshoeken en percepties (Migchelbrink, 2009).

Dataverzameling
De studentonderzoekers hebben een focusgroep georganiseerd om de belemmerende en bevorderende factoren verder uit te diepen en te beoordelen of de punten uit eerder afgenomen onderzoek nog actueel/van toepassing waren. De studentonderzoekers kiezen voor een focusgroep omdat met deze methode snel een breed perspectief weergegeven wordt. De studentonderzoekers kiezen voor een focusgroep in plaats van individuele interviews, omdat de deelnemers zo hun opvattingen kunnen ontwikkelen. Dit levert een oprechtere en beter onderbouwde mening op, dan in een interview. Een andere kant van een focusgroep is dat er sociaal wenselijke antwoorden gegeven kunnen worden onder groepsdruk, hier moeten de studentonderzoekers alert op zijn (Migchelbrink, 2009). Voordat de focusgroep plaatsvond gingen de studentonderzoekers eerst middels het ASE-model het groepsgedrag analyseren, in paragraaf 3.1.3 werkwijze, wordt het ASE-model nader toegelicht. De anonimiteit van de deelnemers werd gewaarborgd en er werd een formulier ondertekend dat de audio-opname alleen gebruikt zou worden om de focusgroep te analyseren en daarna meteen verwijderd zou worden. Alle deelnemers ondertekende het formulier (zie bijlage 8, Formulier informed consent).
Niet alleen de focusgroep wordt gebruikt als dataverzameling. De studentonderzoekers hebben gedurende het hele onderzoek deelgenomen aan de werkgroep ‘implementatie zorgpad’. In deze werkgroep zaten de volgende disciplines; twee verpleegkundigen van afdeling Mulderskop 2, een verpleegkundig specialist, een junior trainee, een seniorverpleegkundige, een cliëntbegeleider, een ergotherapeut, een fysiotherapeut en een arts. Tijdens deze werkgroep werd het zorgpad inhoudelijk besproken en werd er onderling in discussie gegaan wat aandachtpunten zijn die meegenenomen moeten worden bij de implementatie. De studentonderzoekers hebben in totaal twee keer deelgenomen aan deze werkgroep. Daarnaast zijn de studentonderzoekers meerdere malen met de verpleegkundig specialist en de junior trainee in gesprek gegaan hoe de implementatie het beste aangepakt kan worden. In overleg hiermee zijn sommige aanbevelingen beter afgestemd en Herstelhotel specifiek gemaakt.

Populatie
De populatie die deel mocht nemen aan de focusgroep betreft verzorgende IG, MBO verpleegkundigen en HBO verpleegkundigen die werkzaam zijn op afdeling Mulderskop 2 en met het zorgpad heupfractuur werken. Op de afdeling is een zorgmanager aanwezig en het team bestaat uit ongeveer 26 v&v. In overleg met de zorgmanager en cliëntbegeleider van de afdeling wordt het aantal personen gekozen die aan de focusgroep deelnemen. Ideaal is een focusgroep van 4-15 geselecteerde mensen (Migchelbrink, 2009).

Steekproef
De studentonderzoekers kiezen voor een gelegenheidssteekproef. Dit zodat ze de deelnemers minder tot last zijn. Tijdens een teamoverleg zal de zorgmanager het team vast op de hoogte brengen van het onderzoek dat gedaan wordt. De studentonderzoekers hebben de deelnemers voor

de focusgroep deels face to face aangesproken en om deelname gevraagd. Het deel wat niet werkte is via de mail op de hoogte gesteld. Deelnemers werden toegelaten aan de focusgroep op basis van inclusie- en exclusiecriteria.
Inclusie criteria:

- De deelnemers moeten werkzaam zijn op afdeling Mulderskop 2 en werken met het zorgpad heupfractuur.

Exclusie criteria:

- Deelnemers die minder dan 4 maanden met het zorgpad werken, worden niet meegenomen in de focus groep. Dit zodat de deelnemers ervaring hebben met het zorgpad.
- Andere disciplines dan v&v worden niet toegelaten in de focusgroep, dit zodat het onderzoek zich specifiek op het verplegend vak richt (zie paragraaf 2.2 zorgpad).

Bij het werven van de deelnemers hebben de studentonderzoekers er rekening mee gehouden dat de deelnemers verschil in opleiding, geslacht, leeftijd en koplopers/achterblijvers hadden om zo een betrouwbare uitslag te krijgen. Dit is bij het vormen van een deelnemerslijst van acht respondenten gelukt.

Werkwijze
De studentonderzoekers hebben in overleg met de zorgmanager en cliëntbegeleider van de afdeling een datum en tijdstip ingepland voor de focusgroepbijeenkomst. Bij voorkeur zou dit aansluitend aan een teamoverleg gedaan zijn zodat het de deelnemers nauwelijks extra tijd en moeite zou kosten, dit was echter niet realiseerbaar omdat er in januari pas weer een teamoverleg zou zijn.
Vooraf aan de focusgroep wilde de studentonderzoekers het gedrag van het team in kaart brengen met het ASE-model (Sassen, 2010). Bij het ASE-model wordt er gekeken naar de Attitudes, Sociale invloeden en Eigen effectiviteit. Dit model wordt toegepast doormiddel van dagen mee te lopen en het gedrag tussen de werknemers op de vloer te observeren. Ook wilden de studentonderzoekers individueel en vooraf aan de focusgroep gericht vragen stellen aan de deelnemers over kennis, sociale invloed en eigen effectiviteit bij het gebruik van het zorgpad. Het is echter maar bij vijf respondenten gelukt om dit vooraf te doen. De rest is via de mail benaderd. Hieruit verwachtte de studentonderzoekers meer te weten te komen over de intentie, barrieres en vaardigheden waarmee het gedrag in het team helder wordt. De antwoorden zouden geanalyseerd worden en meegenomen tijdens het maken van de topiclijst, dit is echter niet gebeurt door de lage medewerking.
De studentonderzoekers bespraken met de zorgmanager en cliëntbegeleider welke v&v aan de inclusie- en exclusiecriteria voldeden. Toen de studentonderzoekers vroegen of de respondenten mee wilde doen aan de focusgroep, werden de vragen gesteld die voor het ASE-model nodig waren. Dit deden de studentonderzoekers, bij drie respondenten face to face omdat dit volgens Dassen et al. (2009) tot een hogere respons leidt. De rest is via de mail benaderd.
Vooraf aan de focusgroep bijeenkomst stelden de studentonderzoekers een topiclijst samen. Op deze topics kon dieper ingegaan worden en er was tijdens de focusgroep gelegenheid voor eigen inbreng. De topiclijst werd vooraf doorgenomen met de verpleegkundig specialist en de docentbegeleider, om zo de validiteit te waarborgen en te beoordelen of alle topics gesteld worden die gesteld moesten worden.
De vaardigheden die de studentonderzoekers moesten beheersen als intervieuwer zijn vooraf een aantal keer met elkaar geoefend. Dit was echter niet te vergelijken met de focusgroep zelf.
Tijdens de focusgroep hebben de studentonderzoekers gebruik gemaakt van audio-opname voor het zo correct mogelijk analyseren van de gegevens. Hiervoor werd vooraf toestemming gevraagd aan de deelnemers.
Bij het maken van de topiclijst voor de focusgroep werd gebruikt gemaakt van de checklijst die in de HARING-tools beschreven staan. Deze checklijst geeft weer welke zaken belangrijk zijn bij het maken van een probleem analyse (zie de checklijst in bijlage 4).

3.1.4 Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën

Nadat het onderzoek gedaan was en de uitkomst daarvan geanalyseerd was, kon een implementatieplan geschreven worden. Deze is specifiek gemaakt voor de afdeling Mulderskop 2 van het Herstelhotel. Daarbij hielden de studentonderzoekers de belemmerende en bevorderende factoren die voort zijn gekomen uit het vorig onderzoek in hun achterhoofd.
Bij het schrijven van het implementatieplan wordt het implementatiemodel van Grol et al. (2011) gebruikt in combinatie met de checklijsten uit de twee HARING-tools, waarin aandachtspunten en wie daarbij betrokken zijn beschreven staan (Hilbink et al, 2010).

Uit de gegevens van het ASE-model en de focusgroep konden de studentonderzoekers aangeven in welke fase van veranderingsproces het team zit (Grol et al., 2011). Het is nog wel zo dat aan elke fase gehoor gegeven moet worden. Elke fase heeft zijn eigen interventies. De interventies worden echter niet apart onderverdeeld in deze vijf fasen. De studentonderzoekers hebben gekozen voor een logische volgorde van implementatie en hebben de drie meest belangrijke interventies bovenaan gezet. Tevens kunnen deze vijf fasen door elkaar lopen en is het lastig om aan te geven welke interventie bij welke fase hoort. De 5 fasen zijn;

- Oriëntatie; bewust zijn van de innovatie of interesse en betrokkenheid;
- Inzicht; kennis en begrip of inzicht in bestaande werkwijze;
- Acceptatie; positieve houding, motivatie om te veranderen of intentie, besluit om te veranderen;
- Verandering; invoering in de praktijk en bevestiging van nut;
- Behoud van verandering; integreren in bestaande routines en verankering in de organisatie.

De gekozen interventies en de verschillende fasen worden verder toegelicht in hoofdstuk 7, aanbevelingen.

De studentonderzoekers hebben onderzocht of er subgroepen binnen het team gevormd zijn. Hierin wordt een verschil gemaakt tussen drie subgroepen; koplopers, middengroepers en achterblijvers. Dit houdt in dat gekeken wordt naar verschil in behoefte, kenmerken en belemmerende en bevorderende factoren. Er is gesuggereerd door Grol (2011) dat de verschillende groepen verschillende motivaties hebben om tot verandering over te gaan en daarom een andere aanpak hebben. Mede aan de hand van deze gegevens konden interventies/strategieën geformuleerd worden die aansluiten bij de knelpunten op de afdeling. Deze stap draagt volgens diverse theorieën over gedragsverandering bij aan de kans op succes en vormt de logische schakel tussen de identificatie van knelpunten voor verandering en de keuze van implementatie/interventies. De interventies moeten zich immers richten op de belangrijkste (te beïnvloeden) knelpunten voor het aanpakken van het (belangrijkste) tekort in de zorgverlening (Grol et al., 2011).
De studentonderzoekers zullen niet alleen de aanbevelingen geven. Ze nemen deel aan de werkgroep ‘implementatie zorgpad’ waarbij de belemmerende- en bevorderende factoren en de behoeftes benoemd worden. Nadat de focusgroep geweest was en het ASE-model geanalyseerd hebben de studentonderzoekers dit in de werkgroep voorgedragen en geëvalueerd wat daarmee gedaan kan worden. Op deze manier had iedere discipline zijn/haar inbreng en zorgde de studentonderzoekers ervoor dat de aanbevelingen toepasbaar en afdeling specifiek gemaakt werden.
Tijdens het schrijven van het implementatieplan volgens het model van Grol et al. (2011) werden ook de twee checklijsten (bijlage 4 & 5) gebruikt, om de interventies/aanbevelingen vanuit verschillende invalshoeken te formuleren. De aandachtspunten van de checklijsten zijn gebaseerd op, en gerangschikt naar, de acht thema’s van de checklijst voor implementatie activiteiten van Grol et al. (2011). De HARING-tools zijn vanuit een theoretische invalshoek ontwikkeld als uitwerking van datgene wat Grol zegt. HARING-tools zijn dus de praktische uitwerken en verduidelijken de stappen van Grol (2011), (Hilbink et al, 2010).

De eerste checklijst staat in bijlage 4 en wordt in hoofdstuk 7, aanbeveling verder uitgewerkt. In deze checklijst worden verschillende aspecten behandeld, waar de interventies zich op moeten richten, of er een planning gemaakt is, wie wat precies doet tijdens het implementeren, welke doelgroep belangrijk is en wordt verder gedacht wat er ná de implementatie gebeurt. Daarbij is het belangrijk dat de analyse bij alle betrokkenen bij het implementatieproces uitgevoerd wordt. Dit hebben de studentonderzoekers gedaan doormiddel van een focusgroep te houden, met als deelnemers; twee verzorgenden, een verpleegkundige en een seniorverpleegkundige. Daarnaast met het management (de verpleegkundig specialist, de zorgmanager en leden van de andere disciplines) in gesprek te gaan om samen nader het zorgpad te kijken en positieve en negatieve factoren te benoemen. Het is daarbij duidelijk geworden welke belemmerende en bevorderende factoren een rol spelen bij de volgende partijen; de professionals, de cliënt (uit oogpunt van de v&v), het team maar ook de hele organisatie (meerdere disciplines) (Hilbrink et al, 2010).
De tweede checklijst staat in bijlage 5 en wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 7, aanbevelingen. Door deze checklijsten tijdens het schrijven van het implementatieplan erbij te houden, worden geen stappen overgeslagen en kunnen afdelingsspecifieke aanbevelingen gedaan worden (Hilbrink et al, 2010).

3.1.5 Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan

Vanwege de korte tijd die de studentonderzoekers hadden, hebben zij alleen het implementatieplan ontwikkeld en aangereikt aan het Herstelhotel. Het implementatieplan zullen de studentonderzoekers niet zelf uitvoeren. Het implementatieplan werd wel gepresenteerd middels een korte uitleg en er werd aangegeven waar de studentonderzoekers de afgelopen maanden mee bezig geweest zijn. Het implementatieplan is daarna overgedragen aan afdeling Mulderskop 2 en aan de zorgmanager is gevraagd om hier verder de uitvoering van te coördineren. Grol (2011) zegt dat implementatieactiviteiten zich kunnen richten op predisposing-factoren, dat wil zeggen op kennis, houding, opvatting en waarden. Grol (2011) vertaalt dit als educatieve strategieën. Het implementatieplan zal zich vooral richten op de knelpunten en hoe het zorgpad alsnog geïmplementeerd kan worden.

3.1.6 Integratie in routines

Een voorwaarde voor de afdeling is, dat de verpleegkundigen open staan voor het invoeren van een implementatieplan. Daarbij zullen ze af moeten wijken van hun huidige werkwijze en zich actief moeten inzetten. Mogelijke beïnvloedende factoren kunnen zijn:

- Individuele factoren gerelateerd aan zorgverleners of anderen.
- Sociale factoren die te maken hebben met de teams en netwerken van zorgverleners.
- Organisatorische factoren gerelateerd aan zorginstellingen of eerstelijns praktijken.
- Maatschappelijke factoren die te maken hebben met het zorgsysteem en maatschappelijke of politieke ontwikkelingen (Grol et al, 2011).

3.1.7 (Continue) evaluatie en (indien nodig) bijstelling van plan

De studentonderzoekers voeren de evaluatie van het implementatieproces niet zelf uit. Dit wordt overgedragen aan de zorgmanager in verband met het korte tijdsbestek die de studentonderzoekers hebben. In het Herstelhotel is het belangrijk om nadien vast te stellen of de gewenste verandering daadwerkelijk bereikt werd bij het opnieuw implementeren van het zorgpad heupfractuur en of er eventueel nog aanvullende acties benodigd zijn. De studentonderzoekers hebben wel een aanbeveling met betrekking tot evaluatie gedaan. Hier wordt verder op ingegaan in hoofdstuk 7, aanbevelingen.

3.2 Verwerken en analyseren van gegevens

De gegevens werden verzameld doordat er een gesprek tussen de studentonderzoekers en de respondenten plaatsvond. In feite was het een vorm van mondelinge enquête. Een interview kan zowel met één persoon als met een groep plaatsvinden. In dit laatste geval betreft het een focusgroep. Het voordeel van een focusgroep is dat de studentonderzoekers zo nodig op dingen konden doorvragen en vragen konden toelichten. Dit was tevens ook een van de nadelen, omdat het de objectiviteit kan beïnvloeden. Net als bij schriftelijke vragenlijsten kan bij een focusgroep gebruik gemaakt worden van voorgestructureerde vragen (Dassen et al, 2009).
Tijdens het werken met een groep dienen de studentonderzoekers er bewust op te zijn met de fenomenen en dynamieken binnen de groep. Het kan nooit zo zijn dat de processturing eenzijdig en enkelvoudig is. Tijdens de verschillende fasen van groepsontwikkeling zal telkens een ander interventierepertoire van de begeleider van het implementeren, in dit geval de zorgmanager, op verschillende niveaus aan de orde zijn (Goossens, 2004).

Resultaten

Na de focusgroep bijeenkomst werd de audio-opname uitgewerkt doormiddel van de vragen en de antwoorden kort te noteren. Omdat er open vragen gesteld worden en de mogelijkheid bestond op doorvragen probeerden de studentonderzoekers het antwoord zo kort en bondig mogelijk te noteren om dit uiteindelijk duidelijk weer te kunnen geven in een audio-guide. Er kan natuurlijk altijd een opmerking of toelichting gemaakt worden bij antwoorden die meer uitleg nodig hebben. Uit de focusgroep hebben de studentonderzoekers een conclusie getrokken en verwerkt tot een duidelijk overzicht. Met deze resultaten, het ASE-model en de resultaten die al bekend waren uit het voorgaand onderzoek, trokken de studentonderzoekers een uiteindelijke conclusie. Vanuit de conclusie gaven de studentonderzoekers aanbevelingen ten opzichte van het implementeren van het zorgpad heupfractuur en schreven de studentonderzoekers een gericht implementatieplan voor afdeling Mulderskop 2.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten beschreven die uit het ASE-model en de focusgroep naar voren zijn gekomen. De resultaten van het ASE-model worden in paragraaf 4.1 beschreven, de uitkomst van de focusgroep wordt duidelijk in paragraaf 4.2. Paragraaf 4.2 is opgedeeld in 4 subparagrafen. In subparagraaf 4.2.1 wordt een algemeen beeld gegeven van het zorgpad heupfractuur. In subparagraaf 4.2.2 worden de belemmerende factoren van het zorgpad benoemd, die volgens de respondenten ook in het team spelen. In subparagraaf 4.2.3 worden de bevorderende factoren van het zorgpad benoemd. In subparagraaf 4.2.4 worden de behoeftes van de respondenten, die overeen komen met het team, benoemd.
De resultaten die benoemd worden, zijn ondersteund met representatieve citaten van de respondenten uit het ASE-model en de focusgroep. Dit zijn stellingen en beweringen die letterlijk gezegd zijn door de v&v. Deze citaten staan schuin gedrukt en tussen aanhalingstekens in de tekst.

4.1 ASE-model

In het ASE-model wordt er gekeken naar drie verschillende factoren. A: attitude/houding, S: sociale invloed en E: eigen effectiviteit. Deze drie elementen hebben effect op het team en het gebruik van het zorgpad daarbij. Hieronder wordt per onderdeel de gegeven antwoorden beschreven. De studentonderzoekers hebben van vijf v&v van de in totaal acht mogelijke deelnemers antwoord gekregen op de vragen van het ASE-model, waarvan drie persoonlijk en twee via de mail. De studentonderzoekers zullen de conclusie met deze resultaten later trekken.

A-Attitude: Vier van de vijf respondenten wisten niet van het bestaan van het vorig onderzoek. Één van de respondenten wist wel van het onderzoek af en vond de uitkomst uit het onderzoek herkenbaar. Vier van de vijf respondenten hebben het zorgpad wel gelezen, maar maken er geen gebruik van tijdens het werk. Het zorgpad is duidelijk, maar mist terugkoppeling naar de praktijk.

> '*Het zorgpad is een goede leidraad, maar kost nu veel tijd om hem te gebruiken want hij is niet makkelijk toepasbaar*.'

Het zorgpad is fijn, omdat je dan een leidraad hebt, maar twee respondenten vonden het nu te veel tijd kosten om het zorgpad te gebruiken.
Behoeftes van de respondenten ten aanzien van het zorgpad zijn; het zorgpad aan de cliëntenagenda toevoegen, aan het ECD (Elektronische Cliënten Dossier) toevoegen, op de teamkamer op het prikbord hangen, betere aansturing zodat je aan het zorgpad herinnerd wordt en scholing geven over het zorgpad. Een van de respondenten zit in de werkgroep zorgpad heupfractuur. Zij geeft aan dat ze nu meer weet over het zorgpad heupfractuur en graag meer uitleg wil voor collega's.
S-Sociale invloed: Alle vijf de respondenten geven aan dat ze onvoldoende aan het zogpad herinnerd worden, dat ze de mening van collega's belangrijk vinden en dat het team open staat voor feedback. Grol zegt dat feedback het teruggeven van informatie over het eigen handelen aan een zorgverlener, praktijk of instelling is, om het inzicht in eigen handelen te vergroten (Grol et al., 2011).

> '*Elkaar aanspreken vind ik erg belangrijk, je kan alleen maar leren van anderen*.'

Er is sterk de behoefte om elkaar aan te spreken over het zorgpad. Op de vraag of er verschil in vooropleiding is, werd verschillend geantwoord. Één respondent vond dat de verpleegkundigen vooral overstijgend bezig zijn. Drie andere respondenten gaven aan dat ze geen verschil in opleidingsniveau merken, ten opzichte van het werken met het zorgpad.

> '*De hiërarchie is scheef, met name van het denkproces. Mijn inziens moet iedere discipline vanuit de cliënt handelen*.'

Er wordt door alle vijf de respondenten geen sociale druk ervaren met betrekking tot de v&v, echter wordt wel aangegeven dat er veel stress ervaren wordt met het samenwerken met de fysiotherapeuten. Deze samenwerking verloopt niet altijd goed waardoor de ADL-zorg in de problemen komt.

Één van de respondenten geeft aan dat er momenteel op multidisciplinair gebied iets gebeurt, doordat er een werkgroep in het leven geroepen is. Middels de werkgroep wordt het zorgpad herschreven, waarbij alle disciplines worden meegenomen.
E-Eigen effectiviteit: Door alle vijf de respondenten wordt het zorgpad niet direct gebruikt. In grote lijnen wordt deze wel gevolgd in de zorg die geleverd wordt, maar niemand werk specifiek volgens het zorgpad. Er bestaat nu vooral nog veel onwetendheid onder de collega's.

> '*Ik heb het zorgpad voor een deel doorgelezen en de leefregels volg ik, maar verder gebruik ik het zorgpad niet*.'

De behoeftes van de respondenten ten opzichte van het gebruik van het zorgpad zijn; het zorgpad open op tafel leggen (zichtbaar aanwezig zijn), elkaar aanspreken/feedback geven, iemand het voortouw (aandachtsvelder) laten nemen, het zorgpad in het ECD zetten en de therapie beter afstemmen op de cliënt.

Intentie
De intentie is positief. V&v hebben de intentie om en vinden zich in staat om het zorgpad te gaan gebruiken. Ze beseffen dat ze zelf meer zouden kunnen doen om het zorgpad te gaan gebruiken. Ze zien de meerwaarde van het zorgpad in en verwachten dat het gebruik van het zorgpad een toegevoegde waarde kan zijn.

Barrières
- Kennisgebrek over het zorgpad, niet op de hoogte zijn van effectiviteit van zorgpad;
- V&v ervaren gebrek aan tijd om zich in het zorgpad te verdiepen en te gaan gebruiken;
- Het moeten onderbreken van de werkzaamheden om het zorgpad erbij te pakken;
- V&v ervaren gebrek aan mogelijkheden om zich in het zorgpad te verdiepen en te gaan gebruiken (niet verwerkt in het ECD);
- Geen verandering/voordelen zien bij het gebruik van het zorgpad of hier te weinig terugkoppeling van krijgen;
- Weerstand van collega's en/of cliënten bij het gebruik van het zorgpad;
- Niet de vaardigheden beschikken om andere collega's te motiveren tot gebruik van het zorgpad;
- Niet in staat zijn om feedback over eigen handelen te ontvangen, wat kan resulteren in het niet in stand houden van gebruik van het zorgpad.

4.2 Focusgroep
In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de deelvraag: *'Wat zijn de huidige belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van het zorgpad heupfractuur nu de samenstelling van de afdeling veranderd is?'*
Aan de focusgroep deden in totaal vier respondenten mee. Twee verzorgenden niveau 3, een verpleegkundig niveau 4 en een seniorverpleegkundige. De twee verzorgenden en verpleegkundige zijn werkzaam op Mulderskop 2. De seniorverpleegkundige is werkzaam op Mulderskop 1. De respondenten hadden op het moment van de focusgroep een gemiddelde leeftijd van 40 jaar. Hierbij varieerde de leeftijd tussen 24 en 57 jaar. De studentonderzoekers zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. Ondanks de kleine opkomst bij de focusgroep, is er gekozen om geen tweede focusgroep te organiseren. Dit omdat tijdens de focusgroep saturatie bereikt was, waardoor een tweede focusgroep waarschijnlijk geen nieuwe inzichten zal brengen.

4.2.1 Algemeen beeld zorgpad
Als eerste algemene ervaring deelde de 4 respondenten de mening dat er niet goed met het zorgpad gewerkt wordt. Het zorgpad is in grote lijnen wel duidelijk maar de details zijn niet bekend.

'Ik denk dat we de grote lijnen wel weten, die staan vast, maar de details en het toetsen daarvan hoe je dat moet invoeren of wat er nog gedaan moet worden, waar iets in tekort komt, dat mis je. En dat is ook niet georganiseerd.'

Het zorgpad wordt door de respondenten wel als positief ervaren. Goed dat het er is.

'*Hoe kijken jullie tegen het zorgpad aan.' 'Ja, wel heel positief, absoluut, het is wel heel goed dat het er is*.'

De respondenten vinden het zorgpad goed en positief om een aantal redenen. Je hebt een leidraad, vaste regels voor de collum care (orthopedie) waar je houvast aan hebt. Cliënten weten zonder zorgpad niet waar ze op moeten letten. Het zorgpad bakent goed af, geeft duidelijke richtlijnen en geeft inzicht in het revalidatieproces. Als het zorgpad goed geïmplementeerd zou zijn, zou er een duidelijke structuur zijn in de ketenzorg, zijn de doelen duidelijk waardoor voorlichting en zorg beter wordt. Nog een positief punt is dat er een werkgroep 'zorgpad en implementatie' bestaat. De werkgroep is tijdens het onderzoek van de studentonderzoekers (van september 2013 tot en met januari 2014) bezig geweest om het zorgpad te vernieuwen en bruikbaarder te maken, mede zodat het zorgpad heupfractuur makkelijker geïmplementeerd kan worden.

4.2.2 Belemmerende factoren zorgpad

Tijdens de focusgroep kwamen zeven belemmerende factoren naar voren bij het gebruik van het zorgpad heupfractuur. Als eerste kwam naar voren dat de ketenzorg niet optimaal was. In het zorgpad staat beschreven welke discipline wat doet tijdens de revalidatie. Als een cliënt uit het ziekenhuis komt, moet er een overdracht geschreven worden met daarin het startpunt van de zorg (dit is zo bij iedere discipline). Echter als een cliënt in het Herstelhotel komt, vind er vaak geen goede overdracht plaats waardoor eerst onderzocht moet worden wat het beginpunt is van de cliënt.
Als tweede kwam naar voren dat het zorgpad niet gemakkelijk hanteerbaar is en niet snel te raadplegen is. Het zorgpad bestaat nu uit een bestand met 94 pagina's en er is geen beknopte versie hiervan.

'*Inderdaad als het zorgpad in het ECD staat, wat je zo kan aanklikken en na kan lopen. Wat je ook makkelijk mee kan nemen naar de cliënt. Dan is het zorgpad pas echt goed geïmplementeerd en die behoefte is er ook heel erg.'*

Als derde kwam naar voren dat het zorgpad niet digitaal is opgenomen in het ECD. Alles gaat voortaan digitaal, maar het zorgpad echter nog niet.

'We zijn in net een jaar hier, in november, en er is toen zoveel in de stoomversnelling gekomen. De verhuizing heeft zoveel tijd en energie opgeslokt, met zoveel processen. En dit was toen net van te voren geïmplementeerd, in het voorjaar nog in Margriet, en ja dat is gewoon en beetje ondergeschoven geraakt daardoor. Dat zijn dingen die wel opgepakt moeten worden.'

Als vierde kwam naar voren dat er nooit een goede scholing heeft plaatsgevonden. Toen het Herstelhotel nog op de vorige locatie zat, is het zorgpad gepresenteerd en hiervan is een nota in infodoc opgenomen. Dit is een eenmalige scholing geweest. Sinds het Herstelhotel op de huidige locatie zit heeft er geen scholing meer plaatsgevonden, ook niet onder nieuw personeel.

'En ik denk dat het ook belangrijk is dadelijk als je er mee gaat werken hoe het aangestuurd wordt. Dat iemand als aandachtsvelder zou opkomt, die moet nog echt geïntegreerd worden. Hoe je dat toetst en hoe je dat een beetje borgt.'

Als vijfde kwam naar voren dat er geen aandachtsvelder is op de afdeling. Er is geen aanspreekpunt of iemand die de v&v wijst op het gebruik van het zorgpad. Het zorgpad leeft niet op de afdeling, omdat niemand zich verantwoordelijk voelt.
Als zesde kwam naar voren dat de cliënt niet centraal staat, maar de therapie. De therapietijden zijn in strijd met de ADL-doelen waardoor stress en druk ontstaat bij de cliënten en v&v. Er zit wel al verbetering in, omdat de groepstherapietijden verlaat zijn maar de individuele therapie tijd wordt nog niet altijd goed afgestemd op de cliënt.
Als laatste kwam naar voren dat de communicatie en koppeling multidisciplinair niet goed is. Er moet meer gecommuniceerd worden tussen de verschillende disciplines waardoor beter samengewerkt

kan worden aan de revalidatie van de cliënt. De zorgmanagers van alle disciplines zijn per november 2013 op één afdeling gezet zodat deze optimaler samen kunnen werken en de drempel lager is. Dit moet echter nog op gang komen.

Uit deze zeven belemmerende factoren staan hieronder de drie grootste belemmerende factoren opgesomd die op dit moment een rol spelen. Dit werd door de respondenten aangegeven.

> *'Die drie grootste belemmerende factoren, is dus echt het ECD waar het niet in staat, dat het niet toepasbaar is, geen scholing en dat er echt een aandachtsvelder is, dat het moet leven op de afdeling zeg maar. Ja, daar zijn wij het unaniem over eens.'*

De drie grootste belemmerende factoren bij het gebruik van het zorgpad heupfractuur zijn:

- Het zorgpad staat niet in het ECD en is mede daardoor niet gemakkelijk hanteerbaar.
- Er is te weinig scholing gegeven om goed met het zorgpad te kunnen werken.
- En er is geen aandachtshouder op de afdeling waardoor er geen aanspreek punt is en het gebruik van het zorgpad niet leeft op de afdeling.

Uit vorig onderzoek (Bosman et al., 2013) kwam naar voren dat met name het afwezig zijn van cyclische scholing, het onvoldoende voorradig zijn van materialen en de hoge werkdruk die de v&v de laatste tijd hebben als drie grootste belemmerende factoren werden ervaren. Inmiddels heeft de afdeling ervoor gezorgd dat de materialen voldoende voorradig zijn. De hoge tijdsdruk werd nu niet specifiek benoemd, de v&v gaven aan dat het lezen van het zorgpad nu veel tijd kost vanwege de omvang. Cyclische scholing werd ook nu weer als belemmerende factor aangegeven.

4.2.3 Bevorderende factoren zorgpad

Tijdens de focusgroep werden niet alleen de negatieve kanten van het zorgpad benoemd, maar ook positieve kanten. Hieronder worden de vier bevorderende factoren van het zorgpad heupfractuur benoemd.

> *'Nou hebben we het over belemmerende factoren gehad, maar er zijn natuurlijk ook positieve factoren aan het zorgpad zoals; jullie zeiden al structuur en de cliënt weet waar hij aan toe is, kunnen daar nog meer dingen bij, kwaliteit van zorg bijvoorbeeld?' 'Ik vind dat de kwaliteit verbeterd. Je weet wat ze vragen van elkaar, dus inzichtelijk is ook hoeveel therapieën iemand kan krijgen en daar kan je dan op naslaan. Het geeft heel veel duidelijkheid, omdat je een beetje elkaars taken weet.'*

Als eerste werd aangegeven dat een zorgpad voor structuur zorgt. Het geeft precies aan wat er gedaan moet worden.
Als tweede werd aangegeven dat de cliënt weet waar hij/zij aan toe is, omdat een zorgpad precies weergeeft wat gedaan moet worden van binnenkomst van een cliënt tot zijn/haar ontslag.
Als derde werd aangegeven dat een zorgpad de kwaliteit van zorg verbeterd. Mede omdat je een eenduidige werkwijze hebt.
Als laatste werd aangegeven dat je elkaar kan ondersteunen en vragen kan stellen. Dit omdat je niet alleen van je eigen discipline weet wat er gaat gebeuren of wat al gedaan is maar ook van andere disciplines. Zo kan je aan elkaar vragen stellen en van elkaar leren.

4.2.4 Behoeftes bij het zorgpad

Tijdens de focusgroep hebben de studentonderzoekers ook gevraagd waar de respondenten en het team behoeften aan hebben met betrekking tot het zorgpad heupfractuur. De volgende 7 behoeftes kwamen naar voren.

> *'Wat we al zeiden, dat je hem ook snel via de computer kan openen een keertje. Dat er een beknopte samenvatting is, die je gewoon inderdaad snel kan pakken, dat is handig. En dat er een keer een scholing kan komen, waar het zorgpad helemaal wordt uitgelegd. En toch ook de behoefte aan het afstemmen met de disciplines met elkaar, dus dat je echt meer tijd hebt voor ADL zorg, dit heeft een stukje met hiërarchie te maken. Dus nu wordt alles veel om de*

fysio heen gepland, terwijl ik vind dat dat meer om de cliënt mag. En ik denk dat wij daar als verpleging verder in zijn dan sommige andere disciplines.'

Als eerste gaven de respondenten aan dat het gemakkelijk zou zijn, wanneer er een digitale versie van het zorgpad in het ECD verwerkt is.
Als tweede gaven de respondenten aan dat ze graag een beknopte versie van het zorgpad zien, die snel en gemakkelijk te hanteren is.
Als derde gaven de respondenten aan dat ze graag nog één of meerdere keren scholing willen hebben. De gegeven scholing is nooit herhaald waardoor v&v ook niet weten hoe ze met het zorgpad moeten werken.
Als vierde gaven de respondenten aan dat ze sociale steun willen van elkaar. Niemand wijst elkaar op het gebruik van het zorgpad. Het zorgpad leeft niet binnen de afdeling.
Als vijfde gaven ze aan dat de zorg beter met andere disciplines afgestemd moet worden. Nu weten de disciplines niet goed van elkaar waar ze mee bezig zijn en kan hier dan geen rekening mee worden gehouden. Er is een gebrek aan duidelijke onderlinge communicatie.
Als zesde gaven de respondenten aan dat ze het erg fijn zouden vinden als er ook therapie op de feestdagen en in de weekeinden zou worden gegeven. Therapie wordt nu alleen doordeweeks gegeven en dan moeten dus ook alle cliënten aan bod zijn gekomen. Als er ook in het weekeind fysiotherapie aanwezig zou zijn, zou doordeweeks de planning niet zo vol zitten en kan er beter onderling afgestemd worden. Nu draait het om de fysiotherapie, maar het moet om de cliënt draaien.
Als laatste gaven de respondenten aan dat ze ook wel scholing willen hebben van de fysiotherapeuten. Nu is het zo dat de cliënt alleen bij de therapie oefent en zelfstandig op hun kamer. Er zijn voldoende contactmomenten tussen de v&v en de cliënt waar ook geoefend wordt zoals bij toiletgang en het in en uit bed gaan. De v&v gaven aan dat ze het fijn zouden vinden als ze uitleg zouden krijgen over de juiste oefeningen en beweeg manieren zodat er multidisciplinair aan de revalidatie van de cliënt gewerkt kan worden.

5. Discussie

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kritische kanttekening van dit onderzoek, die van invloed kunnen zijn op de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van het onderzoek. In paragraaf 5.1 worden kritische kanttekeningen gegeven. Niet alleen de negatieve aspecten worden benoemd. De studentonderzoekers geven in paragraaf 5.2 hun ervaring en mening over het uitvoeren van dit onderzoek. Tijdens het onderzoek hebben de studentonderzoekers zich verbaasd over een aantal dingen.

5.1 Kritische kanttekening aan het onderzoek

De eerste kritische kanttekening bij het onderzoek is dat de studentonderzoekers het ASE-model eigenlijk vooraf aan de focusgroep, aan de respondenten face-to-face hadden willen vragen. Op deze manier hadden de studentonderzoekers tijdens de focusgroep rekening kunnen houden met koplopers en achterblijvers, hadden ze vast een inschatting kunnen maken van de belemmerende en bevorderende factoren en hadden ze zicht gehad op de groepsdynamiek en eventuele onderlinge subgroepjes. De respons kwam echter na de focusgroep. De studentonderzoekers hebben uit deze respons een conclusie getrokken en dit mee kunnen nemen in de aanbevelingen.

Ten tweede heeft het management van het Herstelhotel de studentonderzoekers toestemming gegeven om een focusgroep te houden met acht deelnemers uit het team van Mulderskop 2. Echter konden tijdens de focusgroep maar vier deelnemers aanwezig zijn. De omvang van de focusgroep is beperkt, waardoor de conclusie mogelijk niet representatief is (Migchelbrink, 2009). Echter hebben de studentonderzoekers wel het idee dat er door het houden van een focusgroep, informatie verkregen is waar zij naar op zoek waren en de saturatie bereikt was.

Ten derde blijkt uit de literatuur dat respondenten tijdens een interview sociaal wenselijke antwoorden kunnen geven (Migchelbrink, 2009). Tijdens het ASE-model maar ook tijdens de focusgroep leek het er niet op dat de respondenten sociaal wenselijke antwoorden gaven. Omdat de respondenten los van elkaar ook aangaven dat het zorgpad niet goed geïmplementeerd is met ongeveer dezelfde argumenten. Tijdens de focusgroep zijn nog meer factoren naar voren gekomen, ook van buiten het team en Herstelhotel breed. De studentonderzoekers mogen er echter niet vanuit gaan, dat er geen sociaal wenselijke antwoorden gegeven zijn.

Een vierde kleine kanttekening is dat sommige aanbevelingen organisatorisch liggen, maar wel van belang zijn voor een effectieve implementatie. Het geven van een scholing of het aanwijzen van een aandachtsvelder zijn in principe gemakkelijk realiseerbare aanbevelingen, maar het zorgpad in het ECD verwerken, de ketenzorg verbeteren of meer therapeuten aannemen zijn aanbevelingen waar de organisatie iets mee moet. Ook zal geld daarbij een rol gaan spelen. De vraag is in hoeverre het Herstelhotel kan voldoen in de aanbevelingen.

De laatste kanttekening binnen het onderzoek is de literatuursearch die de studentonderzoekers hebben uitgevoerd. De studentonderzoekers hebben gezocht naar bruikbare artikelen. Dit met overlappende zoektermen maar ook met verschillende zoektermen in meerdere databases. Er zijn in totaal vier artikelen uitgekomen die relevant zijn voor het onderzoek. De studentonderzoekers hebben veel bruikbare artikelen gevonden via het sneeuwbaleffect. Hierdoor hebben de studentonderzoekers voldoende literatuur gevonden om hun onderzoek en interventies voor de implementatie evidance based te onderbouwen. Achteraf waren deze artikelen ook te vinden in de databases. De kans bestaat dat de studentonderzoekers de verkeerde zoekstrategie gehanteerd hebben en hierdoor misschien artikelen achterwege zijn gebleven, die relevant waren voor het onderzoek.

5.2 Ervaring

In deze paragraaf spreken de studentonderzoekers over ‘wij’ omdat ze hun persoonlijke mening geven over het uitvoeren van dit onderzoek. Allereerst willen we zeggen dat we veel hebben geleerd van dit onderzoek. We voelden ons ‘collega’s’ die meewerkten en meedachten en tegelijkertijd

hebben wij ons werk als toekomstige verpleegkundigen van een afstandje kunnen bekijken. Daarbij zijn we tot verschillende inzichten gekomen. Tijdens het uitvoeren van het onderzoek viel ons op dat cliënten nog niet altijd centraal staan. Het is een revalidatiesetting waarin de cliënt met zijn persoonlijke doelen voorop moet staan, maar processen draaien nu vaak om de organisatie in plaats van de cliënt. Ook verbaasde wij ons over het feit dat er geen therapiemogelijkheden zijn in het weekeind of op feestdagen. Dit heeft in het verleden tot klachten geleid, maar de situatie is nog onveranderd. Tijdens ons onderzoek viel het ons ook op dat iedereen enthousiast was richting ons onderzoek en graag mee wilden werken, maar de communicatie die van belang was om dingen te kunnen bereiken verliep echter niet altijd vlekkeloos.
Doordat wij tijdens het onderzoek wat verder weg van de werkvloer stonden waren wij in staat om kritisch naar ons werk als toekomstige verpleegkundigen te kijken. Omdat wij met een afstand konden kijken zijn wij tot nieuwe inzichten gekomen, die ook van toepassing kunnen zijn als wij straks beroepsprofessionals zijn. Het viel ons op dat veel v&v werk over wilden nemen van de cliënt, terwijl het een revalidatiesetting is waarbij de zelfredzaamheid van de cliënt bevorderd moet worden. We beseften dat wij dit in ons dagelijkse werk ook doen. Wij als verpleegkundigen zijn geneigd om te helpen en dus het werk van de cliënt over te nemen terwijl we juist zelfstandigheid moeten stimuleren. Het onderzoek heeft ons een mooi inzicht gegeven in ons werk en we zullen dit straks tijdens het werk in ons achterhoofd houden.

6. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie van het onderzoek beschreven. Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling: *'Hoe kan het zorgpad heupfractuur effectief geïmplementeerd worden op afdeling Mulderskop 2 in het Herstelhotel?'* Om antwoordt te kunnen geven op de vraagstelling wordt een van de twee deelvragen hieronder beantwoord, namelijk; *Wat zijn de huidige belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van het zorgpad heupfractuur nu de samenstelling van de afdeling veranderd is?'* Voor het antwoordt op de tweede deelvraag; *'Welke interventies zijn van toepassing voor de afdeling Mulderskop 2 die opgenomen worden in de aanbevelingen in het implementatieplan voor het zorgpad heupfractuur in het Herstelhotel?'* verwijzen de studentonderzoekers naar hoofdstuk 7.1 waarin de interventies uitgewerkt zijn.

Wat zijn de huidige belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van het zorgpad heupfractuur nu de samenstelling van de afdeling veranderd is?'
Uit de focusgroep zijn de volgende belemmerende factoren naar voren gekomen; er is geen beknopte versie van het zorgpad, de scholing die gegeven is bij de eerdere implementatie is nooit herhaald, er is geen aandachtsvelder op de afdeling, het zorgpad staat niet in het ECD, de communicatie en koppeling in de multidisciplinaire samenwerking is niet optimaal, de ketenzorg is nog niet optimaal en de therapietijden van de fysiotherapie belemmeren de ADL waardoor de cliënt niet centraal staat.
De v&v gaven de volgende bevorderende factoren aan; het zorgpad geeft structuur waardoor je houvast hebt, je kunt uitleg geven waardoor de cliënt weet waar hij aan toe is, de kwaliteit van zorg wordt verbeterd en je kunt elkaar ondersteunen en vragen stellen.
De bevorderende factoren die door de v&v ervaren worden geven draagvlak voor het werken met het zorgpad. De bevorderende factoren die de v&v ervaren kloppen met wat de theorie zegt. De theorie zegt namelijk; Doordat een zorgpad helderheid geeft over de stappen in het zorgproces is het voor elke professional duidelijk wie op welk moment welke acties onderneemt, waardoor de zorg continue wordt bewaakt en de afstemming van zorg effectief en efficiënt verloopt. Wanneer het werken volgens het zorgpad wordt geoptimaliseerd, zal dit de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van de zorg ten goede komen (Jong & Schaap-Visser, 2012).

'Hoe kan het zorgpad heupfractuur effectief geïmplementeerd worden op afdeling Mulderskop 2 in het Herstelhotel?'
Effectieve implementatie vereist volgens Grol et al. (2011) een goede voorbereiding, een goede planning en een systematische aanpak. Om aan de systematische aanpak te voldoen kiezen de studentonderzoekers ervoor om het implementatieplan te schrijven volgens het stappenplan van Grol et al. (2011). Voor een effectieve implementatie moet er vooraf een diagnostische analyse gemaakt worden, waarbij onder andere belemmerende en bevorderende factoren en koplopers en achterblijvers met betrekking tot de verandering in kaart gebracht worden. Dit is belangrijk, omdat de strategie voor de implementatie en de resultaten uit de diagnostische analyse op elkaar afgestemd moeten worden (Grol et al., 2011). Om de implementatie te laten slagen, moet er ingegaan worden op de behoeftes van de v&v die voortkomen uit de belemmerende en bevorderende factoren die de v&v ervaren bij het gebruik van het zorgpad. Door aan de behoeftes van de v&v te voldoen, wordt er draagvlak gecreëerd, wat belangrijk is, omdat de v&v gaan werken met het zorgpad. Er moeten aanbevelingen geformuleerd worden met daarbij uit te voeren interventies die aansluiten op de behoeftes van de v&v. Er zal een planning gemaakt moeten worden, waar men mee kan gaan werken. Daarbij moeten de taken en bevoegdheden bij het uitvoeren van de interventies beschreven worden voor de betrokkenen bij de implementatie.

7. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen beschreven die zijn voortgekomen uit de resultaten van het onderzoek en het bestuderen van de literatuur. De aanbevelingen worden middels de vierde implementatiestap; 'ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën' van Grol et al. (2011) gedaan. In paragraaf 7.1 staan aanbevelingen beschreven waar de afdeling iets mee kan doen. In hoeverre ze alle aanbevelingen na gaan leven is aan de afdeling. Deze aanbevelingen worden geven aan de hand van het ASE-model, de focusgroep maar ook door deelname aan de werkgroep 'implementatie zorgpad'. In paragraaf 7.2 worden de overige drie stappen van het implementatiemodel van Grol benoemd. Dit zijn aanbevelingen voor de afdeling over hoe de afdeling de implementatie van het zorgpad aan kan pakken en kan evalueren. Er wordt ingegaan op belangrijke punten bij het uitvoeren van implementatiestrategieën en hoe je deze kan evalueren. Daarbij wordt ook een tijdsplanning gegeven waarin inzichtelijk wordt gemaakt wanneer welke aanbevelingen het beste ingevoerd kunnen worden en wie daarbij betrokken zijn.

7.1 Aanbevelingen implementatie zorgpad heupfractuur

In deze paragraaf worden aanbevelingen beschreven die gebruikt kunnen worden om het zorgpad heupfractuur effectief te implementeren. Bij het geven van aanbevelingen is de checklijst uit de HARING-tools erbij gehouden. De studentonderzoekers geven aanbevelingen voor het Herstelhotel gericht op afdeling Mulderskop 2, die voortkomen uit de behoeftes van de v&v en tijdens de focusgroep naar voren zijn gekomen. Deze aanbevelingen bevatten ook multidisciplinaire aanbevelingen. De aanbevelingen staan op volgorde van prioriteit. De aanbevelingen zijn:

1. Beknopte versie van het zorgpad
2. Scholing geven over het zorgpad
3. Een aandachtsvelder aanwijzen
4. Het zorgpad in het ECD zetten
5. Betere communicatie tussen de disciplines
6. De ketenzorg optimaliseren
7. Zorg en therapie meer op de cliënt afstemmen
8. Therapie ook op feestdagen en in het weekeind
9. Voorlopers, middengroepers en achterblijvers

Hieronder worden de aanbevelingen per punt verder uitgewerkt en wordt de aanbeveling verantwoord. Onder aan elke aanbeveling staat kort en bondig omschreven welke acties er specifiek ondernomen kunnen worden. Dit om de te nemen interventies overzichtelijk te maken.
De studentonderzoekers hebben gekozen voor de volgorde van de aanbevelingen op basis van prioriteit. De studentonderzoekers hebben hiervoor gekozen, omdat tijdens de focusgroep aangegeven werd dat aan de eerste drie aanbevelingen de meeste behoefte was. Tevens is het een logische volgorde om eerst het zorgpad hanteerbaar te maken en uitleg te geven voordat je verder gaat kijken wat er nog gedaan moet worden.

7.1.1 Beknopte versie van het zorgpad

Uit de focusgroep is gebleken dat het huidige zorgpad een te groot document is, die niet handzaam en overzichtelijk is. Ook is het te uitgebreid, waardoor het niet praktisch toepasbaar is. Door de omvang van het document zien de v&v weinig tijd, om zich te verdiepen in het zorgpad. Het huidige zorgpad bestaat uit 94 pagina's. Het is een bestand waarin alle disciplines beschreven staan en wat hun taken zijn gericht op de geriatrische patiënt die komt revalideren na een heupfractuur. De studentonderzoekers bevelen aan om het zorgpad te herzien en een beknopte versie van het zorgpad te maken. De literatuur (Meurs, 2012) zegt namelijk dat een instrument, in dit geval een zorgpad, doelmatig moet zijn. Dit wil zeggen in hoeverre het instrument inspanning en tijd vraagt in

verhouding tot wat het oplevert. Daarbij wordt bedoeld dat een instrument duidelijk en gemakkelijk te gebruiken moet zijn.
Het zorgpad (document) staat 'ergens' op de afdelingsschijf en is niet gemakkelijk hanteerbaar. Er werd aangegeven dat als er een beknopte versie zou zijn (bijv. een zakkaartje of 1 of 2 A4'tjes die op het prikbord hangen), dat er dan meer gebruik van gemaakt zal worden omdat het minder extra moeite kost. V&v gaven in de focusgroep ook aan het fijn te vinden als er in de beknopte versie kort, bondig en overzichtelijk beschreven staat wat de taken zijn van de andere disciplines. Dit zodat ze daar dan meer zicht op hebben en de zorg beter op elkaar kan worden afgestemd.
Niet alleen het maken van een beknopte versie van het zorgpad is van belang, maar ook het regelmatig aanbieden van het feit dat het zorgpad er is. Door v&v regelmatig en gedurende lange tijd met het zorgpad te confronteren, zullen zij zich eerder oriënteren op het zorgpad. Dit kan gedaan worden door beknopte boodschappen te verspreiden door o.a. gebruik te maken van verschillende massamediale methodes, zoals: vaktijdschriften, nieuwsbrieven, reminders in de vorm van posters, internet, samenvattingen in aantrekkelijke vorm, persoonlijke e-mails of nieuwe sociale media (Grol et al., 2011).

- Het zorgpad herzien en een korte, duidelijke en handzame versie maken;
- Een zakkaartje per discipline maken waarop beknopt belangrijk uit te voeren punten uit het zorgpad staan;
- Een kaart maken die op te hangen is in de teamkamer of een waaier die neer te leggen is op tafel en die belangrijke punten uit het zorgpad beschrijft en daarbij aangeeft welke discipline verantwoordelijk is voor de uitvoering ervan;
- Een reminder maken om de betrokkenen te herinneren aan het zorgpad.

7.1.2 Scholing geven over het zorgpad

Om het zorgpad effectief te implementeren zijn verschillende factoren van belang, onder andere moeten de betrokkenen bij de implementatie zich bewust zijn van het probleem en moeten er duidelijke resultaten te behalen zijn. Uit de focusgroep blijkt dat de v&v het belang en de meerwaarde van het zorgpad 'heupfractuur' inzien. Ondanks dat ze het belang inzien, wordt er amper met het zorgpad gewerkt. De v&v gaven onder andere ook als reden aan dat er onvoldoende scholing geweest is over het zorgpad.
Er is voor de verhuizing naar Groesbeek (in 2012) een scholing gegeven over het zorgpad. Dit is nooit herhaald. Ook nieuwe werknemers worden niet geschoold. Na de verhuizing is er veel veranderd, waardoor kennis en het gebruik van het zorgpad afgezwakt is. De literatuur (Zon, 2010) zegt dat inhoudelijke scholing met een cyclisch karakter cruciaal is voor een goede implementatie. Ook is scholing cruciaal bij een effectieve informatieoverdracht ten aanzien van nieuwe ontwikkelingen (Grol et al., 2011). De studentonderzoekers bevelen daarom een scholing aan.
Daarnaast geven de v&v aan dat ze onvoldoende op de hoogte zijn van de oefeningen die de fysiotherapeuten geven aan de cliënten. Als de v&v uitleg krijgen over mobilisatieoefeningen van de fysiotherapeuten kunnen de v&v dit toepassen en de cliënt uitleg geven, bijvoorbeeld als de cliënt naar het toilet of in en uit bed geholpen wordt. Daarnaast kunnen de v&v de cliënt aansporen om zelf oefeningen te doen en deze eventueel met hen doornemen.
De studentonderzoekers raden aan om de scholing multidisciplinair te houden. Dit zodat de verschillende disciplines een beeld krijgen van elkaars rol tijdens het revalidatieproces van de cliënt. Wanneer dit inzichtelijk is kan de zorg beter op elkaar worden afgestemd en kan er als één team samengewerkt worden. Bij de scholing is het van belang dat iedere discipline uitleg over het zorgpad krijgt met een specifieke uitleg over zijn/haar rol daarin als discipline. Het is raadzaam dat de

fysiotherapeuten demonstraties geven over de oefeningen en dat hiermee actief geoefend kan worden tijdens de scholing (Grol et al., 2011).
Er zijn verschillende methodes om scholing aan te bieden. Hierbij kun je denken aan: educatief materiaal, groot- en kleinschalige scholingsbijeenkomsten, praktijkbezoek, E-learning en gebruik van opinieleiders (Grol et al., 2011).
Vooral het aanreiken van materiaal waarmee gewerkt kan worden en het geven van een kleinschalige scholing wordt aanbevolen. De studentonderzoekers raden een kleinschalige scholing aan, omdat deze vaak actief van aard is (Grol et al., 2011). Zo kunnen er onder andere oefeningen vanuit de fysiotherapie meegenomen worden tijdens de scholing. Daarnaast kan er aandacht besteedt worden aan de nieuwe financiering volgens 3 DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) pakketten en het PID (Persoonlijk Informatie Dossier) die de cliënten meekrijgen vanuit het ziekenhuis, waar oefeningen in staan en nu nauwelijks gebruik van word gemaakt. Ook kunnen er tijdens de scholing nieuwe afspraken binnen het zorgpad gepresenteerd worden, zodat de verschillende disciplines hiervan op de hoogte zijn.
Belangrijke punten bij het geven van scholing zijn; de duur van de scholing (meerdere dagen is effectiever dan één dag), de groepssamenstelling (multidisciplinair), de behoeftepeiling (dit is al door de studentonderzoekers gedaan), actieve participatie (verhoogt de motivatie) en gebruik van opinieleiders (die als voorbeeld gezien worden – een aandachtsvelder). Daarnaast is het regelmatig herhalen hiervan van belang. Het aanbieden van een eenvoudige methode van zelftoetsing of onderlinge toetsing en het geven van feedback is noodzakelijk. Een probleem bij het geven van nascholing kan zijn dat veel van de geboden nascholing betrekkelijk passief is en geen al te grote betrokkenheid vraagt van de deelnemers. Vooral interactieve methoden van educatie kunnen bijdragen tot betere zorg (Grol et al., 2011).

- Cyclische multidisciplinaire scholing geven over het zorgpad heupfractuur waarbij praktische instructies gegeven worden, zoals mobilisatie-instructies door de fysiotherapeuten aan de v&v.

7.1.3 Een aandachtsvelder aanwijzen

Uit de focusgroep is gebleken dat het zorgpad op dit moment niet ‘leeft’ op de afdeling. Bijna niemand van de v&v weet hoe het zorgpad er precies uitziet. Niemand voelt zich op dit moment verantwoordelijk voor het toetsen van het zorgpad en dus spreekt niemand elkaar aan op het gebruik van het zorgpad.
De v&v die in de praktijk werken op de afdeling Mulderskop 2, moeten het herziene zorgpad toe gaan passen in de praktijk samen met de verschillende disciplines, waar zij mee samenwerken. Het is belangrijk dat alle betrokkenen mee willen werken aan de implementatie van het zorgpad. Daarom stellen de studentonderzoekers vast dat de meningen en ervaringen van de v&v betrokken moeten worden in het proces van implementeren. De literatuur (Nelson & Massey, 2010) beschrijft namelijk, hoe meer mensen met een besturende functie achter het idee staan, hoe beter het implementeren verloopt. Om dit proces goed te kunnen laten verlopen bevelen de studentonderzoekers aan, om een aandachtsvelder te benoemen.
Op het moment dat er een aandachtsvelder is, die zich goed verdiept in het zorgpad, kunnen de collega’s met vragen bij hem/haar terecht. Hierdoor zullen de collega’s zich gehoord voelen en zullen ze sociale steun ervaren. De literatuur zegt namelijk dat degene die het zorgpad presenteert of introduceert door de v&v in meer of mindere mate gezien kan worden als geloofwaardig, deskundig en acceptabel (Grol et al., 2011). Daarnaast zegt Sassen (2010) dat de kern van de gedragsverandering is dat betrokkenen duidelijke pogingen doen, om zich anders te gedragen. Interventies in deze fase zijn positieve feedback geven en positief bekrachtigen. Sociale steun is effectief in deze actiefase.
Tevens kan de aandachtsvelder collega’s aanspreken op het gebruik van het zorgpad.

De aandachtsvelder kan ook een verpleegkundig specialist zijn. S. Purvis et al. (2012) zegt namelijk dat het aanstellen van een verpleegkundig specialist de samenwerking vergroot en het verspreiden van kennis en instandhouding van verandering. De verpleegkundig specialist kijkt mee met het ontwerpen en evalueren van de interventies voor het verbeteren van klinische zorgpaden. Een specifieke aanbeveling heeft meer kans op succes door op verschillende niveaus de samenwerking en vaardigheden te optimaliseren (Purvis et al., 2012).
Het 7-fasenmodel beschrijft dat wanneer je werken met een zorgpad wil kunnen blijven opvolgen, het levend dient gehouden te worden en bijgestuurd dient te worden. Ook wordt er in het 7-fasenmodel beschreven dat het noodzakelijk is om een zorgpad elke zes maanden inhoudelijk te bekijken met het gehele multidisciplinaire team. Op een multidisciplinaire bespreking, kan worden nagegaan of de sleutelinterventies in het zorgpad nog steeds van toepassing zijn. Nieuwe interventies, standaarden, klinische expertise of organisatorische aanpassingen kunnen redenen zijn om aanpassingen te doen (Vanhaecht et al., 2011). Door een aandachtsvelder aan te wijzen kan deze erop toezien dat het zorgpad en het proces van implementeren geëvalueerd wordt. Doordat de aandachtsvelder het aanspreekpunt is, is de aandachtsvelder op de hoogte van de meningen uit het team en kunnen deze meegenomen worden bij een evaluatie. Om betrokkenen bij de implementatie te blijven stimuleren om mee te werken aan de verandering, is het nodig dat vorderingen gedeeld worden met de betrokkenen (Grol et al., 2011). De aandachtsvelder kan hierop toezien, door het team hierover te informeren in bijvoorbeeld een teamvergadering.
Om het multidisciplinair te kunnen betrekken bevelen de studentonderzoekers aan om per discipline een aandachtsvelder te benoemen. Dit is van belang, omdat het zorgpad multidisciplinair is. Het zorgpad zal ook multidisciplinair geëvalueerd moeten worden. De studentonderzoekers bevelen aan om de aandachtsvelders deel te laten nemen aan de werkgroep ‘implementatie zorgpad’. De werkgroep kan het netwerk worden die toeziet op de evaluatie van het zorgpad en het proces van implementeren. Voor het verspreiden van nieuwe werkwijzen zijn lokale netwerken van zorgverleners, sleutelfiguren en opinieleiders daarin van bijzonder groot belang. Relaties met collega’s en andere belangrijke personen in de directe omgeving blijken in sterke mate medebepalend voor de beslissingen die men neemt (Grol et al., 2011).

Om de implementatie van het herziene zorgpad heupfractuur te laten slagen zijn onderstaande aanbevelingen opgesteld door de studentonderzoekers.

- Het aanwijzen van een aandachtsvelder per discipline, die het aanspreekpunt is voor de eigen discipline. De aandachtsvelder stuurt en spreekt de eigen discipline aan op het gebruik van het zorgpad heupfractuur. De aandachtsvelder neemt deel aan de werkgroep ‘implementatie zorgpad’ en ziet zo toe op evaluatie van het zorgpad en het proces van implementeren;
- De aandachtsvelder moet een enthousiaste initiatiefnemer zijn en voortdurend zijn betrokkenheid (met kenbaar maken van verbetering) tijdens implementatie laten blijken;
- De mening en ervaring van de v&v (als ervaringsdeskundigen) betrekken bij het proces van het implementeren;
- Gedurende de implementatie moeten alle betrokkenen continu op de hoogte gehouden worden van de ontwikkelingen op het gebied van het zorgpad heupfractuur. De aandachtsvelders kunnen hierop toezien, door het eigen team hierover te informeren in bijvoorbeeld een teamvergadering.

7.1.4 Het zorgpad in het ECD zetten

Uit de focusgroep is gebleken dat de v&v behoefte hebben aan een digitale versie van het zorgpad in het ECD. Er wordt op de afdeling niet meer gewerkt met papieren dossiers. Alles van de cliënt staat in het ECD. Het zorgpad staat daar echter nog niet in, wat wel zou gebeuren na de verhuizing. De studentonderzoekers bevelen aan om het zorgpad in het ECD te verwerken. Wanneer het zorgpad in het ECD staat, is het sneller en makkelijker te hanteren waardoor het doelmatiger wordt (Meurs, 2012). Het ECD resulteert namelijk in digitale zorgregistratie, het eenvoudig terugvinden van informatie en sneller en efficiënter uitvoeren van zorgtaken. Uiteindelijk verbetert het de zorgverlening en de communicatie met cliënten (Rozeboom, 2010).
Ideaal zou zijn wanneer er een vorm van een afvinklijst in het ECD staat, waarbij je af kunt vinken welke acties je ondernomen hebt. Daarbij is in één oogopslag duidelijk welke acties er nog niet ondernomen zijn. Dit zou nog beter kunnen werken, wanneer er een pop-up/reminder verschijnt van acties die nog openstaan.
Uit deelname aan de werkgroep hebben de studentonderzoekers begrepen dat het digitaal mogelijk maken van het zorgpad in het ECD moeilijk realiseerbaar is, omdat het ECD onder andere instellingsbreed is. Het zorgpad kan dus niet zomaar toegevoegd worden, omdat hier nog geen functie voor is. Het Herstelhotel is hierover met de fabrikant van het ECD in gesprek.
De aanbeveling om het zorgpad in het ECD te verwerken, zal niet op korte termijn haalbaar zijn. Een digitale versie van het zorgpad in het ECD zou wel wenselijk zijn en daarom is het van belang dat dit onder de aandacht blijft. Wellicht zijn er mogelijkheden als tussenoplossing, om het zorgpad toch digitaal te verwerken. Hier zal samen met de fabrikant naar gekeken moeten worden.

- Een digitale versie van het zorgpad in het ECD in de vorm van een afvinklijst met pop-ups/reminders bij openstaande acties.

7.1.5 Betere communicatie tussen de disciplines

Uit de focusgroep is gebleken dat de communicatie tussen de verschillende disciplines die betrokken zijn bij het zorgpad, nog niet optimaal is. Op dit moment is iedere discipline vooral met zijn eigen zorg/behandeling bezig en weet niet goed wat de andere discipline allemaal doet. De verschillende disciplines kennen elkaars zorgpad en taken nauwelijks, waardoor deze vaak door elkaar heen lopen. Om de kwaliteit van zorg en revalidatie rondom de patiënt te waarborgen is het van belang dat verschillende disciplines optimaal samenwerken, waarbij de verschillende disciplines kennis opdoen van elkaars begrippen, werkwijzen en doelstellingen (Lafosse, 2011). De studentonderzoekers bevelen daarom aan om de communicatie tussen de eigen en verschillende disciplines te verbeteren en meer als één team samen te gaan werken. Interventies gericht op patiëntenzorgteams, zoals versterkte coördinatie of uitbreiding van de expertise in het team, kunnen bijdragen aan verbetering van zorgverlening en uitkomsten (Grol et al., 2011).
Communicatie en samenwerking kunnen op verschillende manieren verbeterd worden (Hemminga, 2009). Een van de manieren is het multidisciplinair overleg (MDO), deze vindt wekelijks plaats. Hierin staat de cliënt centraal en gaan de verschillende disciplines met elkaar in overleg om de zorg rondom de cliënt af te stemmen. Als aanvulling hierop zouden de disciplines dagelijks kort met elkaar de zorg rondom de cliënten af moeten stemmen en eventueel het dagprogramma aanpassen, zodat de cliënt en zijn revalidatiedoelen centraal staan.
Een andere manier is een multidisciplinaire werkgroep. Deze werkgroep bestaat op dit moment al en zal tijdens het implementatieproces blijven bestaan. Om de communicatie en samenwerking te bevorderen is het van belang dat de samenwerking cyclisch geëvalueerd wordt binnen de werkgroep.
Een derde manier is om afdelingsplannen op elkaar af te stemmen. Dit is o.a. het zorgpad. Wanneer het zorgpad herzien is zullen de taken per discipline duidelijker omschreven zijn. De taken van de verschillende disciplines kunnen gepresenteerd worden bij de multidisciplinaire scholing. Nog een manier om de communicatie en samenwerking te verbeteren is het aanreiken van een teambuilding.

Echter brengt dit kosten met zich mee en de studentonderzoekers achten dit nu niet als noodzakelijk. De studentonderzoekers zijn ervan overtuigd dat wanneer er scholing wordt gegeven, met uitleg en oefeningen van de verschillende disciplines, en de werkgroep blijft bestaan, met regelmatige evaluatie van de samenwerking, de communicatie en samenwerking aanzienlijk zal verbeteren.
De communicatie en samenwerking zullen ook verbeterd worden wanneer er een handzame zakkaart komt, waarop elke discipline weergegeven staat met daarbij hun taken. Door dit inzichtelijk te maken is er meer bewustwording en kan de zorg beter op elkaar afgestemd worden.
Binnen het herstelhotel zijn er op dit moment al stappen ondernomen om de multidisciplinaire samenwerking laagdrempeliger te maken door alle managers van elke discipline bij elkaar in één toren te zetten. Door deze gezette stappen kan er sneller en makkelijker worden overlegd en de zorg/behandeling sneller en beter op elkaar afgestemd worden. Dit is in ontwikkeling en kan nog geoptimaliseerd worden.

- Een kaart maken die op te hangen is of een waaier die neer te leggen is in de teamkamer, die de taken van de verschillende disciplines weergeeft;
- Tijdens de multidisciplinaire scholing de taken en verantwoordelijkheden van de andere disciplines uitleggen;
- Wekelijks een MDO waarbij de verschillende disciplines de zorg rondom de cliënt afstemmen. Daarnaast dagelijks een kort overlegmoment tussen de disciplines om de zorg per dag af te stemmen, zodat de cliënt centraal staat en de communicatie verbeterd;
- Meer met de andere disciplines overleggen door onder andere de werkgroep te laten bestaan en de samenwerking regelmatig te evalueren.

7.1.6 De ketenzorg optimaliseren

Uit de focusgroep is naar voren gekomen, dat de ketenzorg nog niet optimaal is. De samenwerking tussen de verschillende instellingen die betrokken zijn bij de ketenzorg kan verbeterd worden.
De studentonderzoekers bevelen daarom aan om de ketenzorg te verbeteren.
Wanneer de ketenzorg verbeterd wordt, zal dit ook beter aansluiten bij de afspraken die gemaakt zijn binnen het zorgpad. Dit is nu nog niet zo. V&v gaven als voorbeeld bij de focusgroep aan, dat overdrachten die mee komen met de cliënt bij ontslag uit het ziekenhuis, vaak onvolledig zijn. Hierdoor missen de v&v binnen het Herstelhotel relevante informatie. Wanneer ze een zorgvuldig ingevulde overdracht zouden ontvangen, is alle informatie omtrent de cliënt meteen bekend en weten ze hoever de cliënt in het revalidatieproces staat.
Overleg op vakgebiedniveau (mono disciplinair) tussen de instellingen die betrokken zijn in de ketenzorg is daarom wenselijk. Met overleg op monodisciplinair niveau wordt bedoeld dat bijvoorbeeld alleen de fysiotherapeuten met elkaar in overleg gaan hoe er in het ziekenhuis en in het Herstelhotel therapie gegeven wordt en dit wordt dan op elkaar afgestemd. Het gaat er dus om dat elke discipline apart met elkaar in overleg gaat over een unanieme werkwijze. Daarnaast is er twee keer per jaar in de ketenzorg een overleg op projectniveau waarbij alle instellingen en disciplines betrokken zijn. Dit is minder gericht op inhoudelijke aspecten per discipline. Wanneer op inhoudelijke aspecten overlegt wordt zal de samenwerking en zorg beter op elkaar afgestemd worden waardoor de kwaliteit van zorg verbeterd wordt.
De bouwstenen voor een goede ketenzorg zijn (Vat, 2013); 1. Patiëntgerichtheid (stem met alle collega's van verschillende disciplines die bij de patiënt betrokken zijn, de zorg en informatie die je bied af op de behoefte van de patiënt), 2. Ketenregie en logistiek (stroomlijn de zorg in de hele keten. Maak samen afspraken over hoe en wanneer je iemand doorverwijst), 3. Resultaatmanagement (benoem prestaties die je met elkaar wil bereiken), 4. Optimale zorg (ontwikkel een multidisciplinair zorgpad op basis van de behoefte van de patiënt, om te komen tot

optimale zorg), 5. Resultaatgericht leren (een open en motiverende sfeer in de werkomgeving stimuleert medewerkers om resultaatgericht aan de slag te gaan en zichzelf te blijven verbeteren), 6. Interprofessionele samenwerking voor doelgroepen (omschrijf de doelgroep heupfractuur, wie zijn het, welke zorg is nodig, waar hebben ze behoefte aan), 7. Rol- en taakverdeling (zorg voor inzicht in elkaars expertise. Spreek taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden onderling in de keten goed met elkaar af), 8. Ketencommitment (stel met alle collega's uit de keten samen doelen op) 9. Transparant ondernemerschap (spreek af dat je gezamenlijk verantwoordelijk bent voor het eindresultaat (Vat, 2013).

- Mono disciplinair overleg tussen de disciplines uit de verschillende instellingen die betrokken zijn bij de ketenzorg, om de ketenzorg te optimaliseren en de zorg beter op elkaar af te stemmen.
- Twee keer per jaar een overleg op projectniveau in de ketenzorg, waarbij alle instellingen en disciplines betrokken zijn.

7.1.7 Zorg en therapie meer op de cliënt afstemmen

Uit de focusgroep is naar voren gekomen, dat de afstemming van zorg en therapieën van de cliënt nog niet optimaal is. Nu zijn de therapietijden vaak in strijd met de ADL-doelen van de cliënt. Voor een goede revalidatie is het van belang om de persoonlijke doelen van de cliënt na te streven (Revalidatie Nederland, 2008). De studentonderzoekers bevelen daarom aan om de zorg en de therapie rondom de cliënt beter af te stemmen.
V&v gaven als voorbeeld in de focusgroep aan dat de therapietijden vaak vast staan en de planning van de fysiotherapeuten is zo strak, dat hier weinig in geschoven kan worden. Op dit moment is het vaak zo dat de cliënt soms al vroeg naar de therapie toe moet, waardoor de cliënt niet zelfstandig de ADL uit kan voeren. Het gaat op afdeling Mulderskop 2 om de geriatrische cliënt waarbij hulp bij de ochtendzorg vaak noodzakelijk is. Ook doelen die gesteld zijn met betrekking tot de ADL zijn belangrijk in de revalidatie. Wanneer de ADL overgenomen moet worden, zodat de cliënt op tijd is bij de therapie kan er niet aan de zelfredzaamheid gewerkt worden. Wanneer ze ADL door de cliënt zelf laten uitvoeren, komen ze vaak te laat bij de therapie. Omdat de fysiotherapie niet kan schuiven in de planning komt de therapie dan vaak te vervallen wat niet bevorderlijk is voor het revalidatieproces. De huidige situatie levert vaak stress op bij zowel de cliënt als de v&v, wat niet bevorderlijk is voor het revalidatieproces van de cliënt (Revalidatie et al., 2008).
Het revalidatieproces zou afgestemd moeten zijn op de individuele cliënt. Hierbij moet ook de informatiestroom afgestemd worden op de behoefte van de cliënt. Bovenstaande situatie is wel wat verbeterd, doordat de tijden van de groepslessen aangepast zijn, maar dit kan nog verder geoptimaliseerd worden. Wanneer de zorg beter op de individuele cliënt afgestemd wordt, zal de kwaliteit van zorg en de communicatie en samenwerking tussen de verschillende disciplines verbeterd worden. Dit omdat de disciplines vaker met elkaar in overleg moeten en de zorg beter op elkaar afgestemd wordt.

- De ADL-zorg en therapietijden beter afstemmen op de individuele cliënt, bijvoorbeeld middels een MDO of dagelijks overleg. Houdt hierbij rekening met de persoonlijke revalidatiedoelen van de cliënt, wat haalbaar is voor de cliënt en stel prioriteiten in de dagindeling.

7.1.8 Therapie ook op feestdagen en in het weekeind

Uit de focusgroep is naar voren gekomen dat cliënten behoefte hebben aan therapie in het weekeind en op feestdagen. Nu is dit niet mogelijk, omdat er in het weekeind en op feestdagen geen fysiotherapeuten aanwezig zijn. Echter is het in het intensieve traject van belang dat therapieën

gecontinueerd worden (Revalidatie et al., 2008). Tevens is van belang dat nieuwe cliënten zo snel mogelijk door de fysiotherapeuten gezien worden.
Uit de praktijk is gebleken dat nieuwe opnames net voor het weekeind vaak pas na het weekeind voor het eerst gezien worden door de fysiotherapeut. Wanneer er een feestdag na het weekeind valt worden nieuwe cliënten lange tijd niet gezien, waardoor de therapie stagneert. Wanneer cliënten nog niet gezien zijn, kunnen ze ook niet individueel aan de slag, omdat ze dan nog geen oefeningen hebben gekregen van de fysiotherapeut. Hierover zijn al meerdere klachten binnengekomen van cliënten. De studentonderzoekers bevelen daarom aan de therapie te continueren voor de cliënten die het nodig hebben en voor nieuwe opnames. Dit houdt in dat er een fysiotherapeut aanwezig moet zijn in de weekeinden en op feestdagen om de kwaliteit van zorg en het therapeutisch klimaat, die samenhangen met het zorgpad, te verbeteren.
De studentonderzoekers hebben begrepen dat hier al vaker over gesproken is en dit moeilijk te realiseren is. De studentonderzoekers raden het aan om met het management in gesprek te gaan om te bekijken wat hierin mogelijk is. Hierbij moet ter sprake komen of fysiotherapeuten kunnen schuiven in de planning en dus ook in het weekeind werken. Wanneer dit niet mogelijk is zal er gekeken moeten worden of er ruimte is om extra fysiotherapeuten in te zetten (mogelijk in samenwerking met instellingen uit de ketenzorg). Dit laatste zal kosten met zich meebrengen, omdat je dan extra personeel aan moet nemen. Een onderdeel van verandering is volgens Grol et al. (2011) wel het inzetten van hulpkrachten of consulenten.
De studentonderzoekers raden aan om een vervolgonderzoek uit te voeren waarbij onderzocht wordt wat de meerwaarde is van fysiotherapie in het weekeind. Hierbij moet een behoefte onderzoek gedaan worden om te analyseren wat de behoeften van cliënten hierbij zijn.

- Er naar streven om fysiotherapie ook in het weekeind en op feestdagen aan te bieden. Om dit te realiseren zal er in gesprek gegaan moeten worden met het management.
- Een vervolgonderzoek met literatuur- en behoefte onderzoek, om te onderzoeken of fysiotherapie in het weekeind van belang is.

7.1.9 Voorlopers, middengroepers en achterblijvers

Deze laatste aanbeveling is een belangrijk onderdeel bij effectieve implementatie en is een toevoeging op de eerder gegeven aanbevelingen.
Voorlopers, middengroepers en achterblijvers zijn verschillende subgroepen die verschillende motivaties hebben om tot verandering over te gaan. Daarom behoeven ze allen een andere aanpak door de leiders van de implementatie (Grol et al., 2011).
Hieronder wordt aangegeven welke betrokkenen onder welke subgroep vallen, zoals de studentonderzoekers dit tijdens de implementatie van het herziene zorgpad verwachten.
Echter willen de studentonderzoekers erop wijzen dat binnen deze groepen betrokkenen ook sprake kan zijn van koplopers, middengroepers en achterblijvers.
Onder de koplopers verstaan de studentonderzoekers de volgende betrokkenen: De afdeling Mulderskop 2. De v&v op de afdeling zijn bereid tot verandering. Ze zijn het eens dat het zorgpad een meerwaarde heeft en de kwaliteit van zorg kan verbeteren. Ze zijn het er ook over eens dat het zorgpad moet blijven. Daarnaast zijn de zorgmanager van afdeling Mulderskop 2, medische- en bedrijfsdirectie één van de koplopers. Ze hebben een facilitaire functie en bewaken het proces. Ook zijn de verpleegkundig specialist, specialist ouderengeneeskunde en cliëntbegeleider één van de koplopers. Zij houden zich meer inhoudelijk met het zorgpad, kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid bezig. Ze vinden het belangrijk dat er evidence based gehandeld wordt door v&v en dat er in grote mate uniformiteit heerst in het Herstelhotel.

De middengroep bestaat uit de, met de v&v, samenwerkende disciplines. In dit geval willen de studentonderzoekers ze de vroege aanvaarders noemen. Deze groep loopt namelijk niet voorop, maar zijn in een relatief vroeg stadium in de vernieuwing geïnteresseerd. Ze zijn gevoelig voor sociale druk en de relatie met andere, in het geval van dit project, betrokkenen (CBO, 2002).
Afdeling Mulderskop 1 behoort tot de groep van achterblijvers. Deze groep heeft vaak een eigen manier van handelen en is gevoeliger voor dwang en druk (CBO, 2002). Uit de focusgroep komt naar voren dat de afdeling minder ver is in het werken met het zorgpad bij cliënten met een heupfractuur. Na implementatie op de afdeling Mulderskop 2 zal ook deze afdeling betrokken moeten worden, bij de implementatie van het zorgpad.
De betrokkenen die niet genoemd zijn hierboven, zijn de cliënten. Zij spelen geen specifieke rol in de uitvoering van de verandering, maar zijn echter wel ondersteunend.

De verschillende subgroepen zijn gevoelig voor de volgende aanpakken:
Bij de voorlopers is goede informatie, geloofwaardige bronnen en schriftelijke methode voldoende. Bij de middengroep zijn persoonlijke bronnen, inzet van sleutelfiguren, intercollegiale activiteiten en feedback van collega's belangrijke punten. Bij de achterblijvers zijn er regels en afspraken, beloningen en sancties, hulp bij praktische problemen en duidelijk leiderschap nodig (Grol et al., 2011).

Als het om gedragsverandering gaat, zijn er 3 verschillende fasen. Precontemplatiefase, contemplatiefase en preparatiefase. De v&v van afdeling Mulderskop 2 bevinden zich in de preparatiefase. In deze fase vindt een intentieverandering plaats, het overwegen van een gedragsverandering op korte termijn. V&v zijn in deze fase werkelijk van plan actie te ondernemen in het wijzigen van hen gedrag. In deze fase zijn vaardigheidstrainingen, verhogen van de eigen effectiviteitverwachting en ondersteuning van de sociale omgeving belangrijk. Evenals het wegnemen van de barrières die de verandering van gedrag in de weg staan (Sassen, 2010).

Omdat gebleken is dat v&v over het algemeen bereid zijn tot verandering is het mogelijk om de nadruk meer te leggen op het prikkelen van de intrinsieke motivatie. Bij het prikkelen van de intrinsieke motivatie probeert men de deskundigheid te vergroten door middel van individuele of groepsgewijze educatie, instructie en informatie, of door het bieden van steun en aanmoediging bij het realiseren van de invoering van het zorgpad. Daarnaast kan er ook gebruik gemaakt worden van het geven van inzicht in de huidige werkwijzen. Wanneer met behulp van het prikkelen van de intrinsieke motivatie geen verandering kan worden bereikt, is het ook mogelijk om zich op de extrinsieke motivatie te richten. Dit houdt in dat er een financiële of materiële beloning voor 'goed' gedrag wordt gegeven. Ook kan er gebruik gemaakt worden van sociale druk om het handelen te veranderen (ErgOK, 2011).

Gedragsbehoud en terugval
Hierbij gaat het om het volhouden van het gewenste gedrag (werken volgens het zorgpad) en het leren omgaan met terugval. Volgens Sassen (2010) komt terugval veel voor. Betrokkenen ervaren een gevoel van falen. Hierbij is het belangrijk om na te gaan door welke oorzaken de terugval is ontstaan. "Als men de tijdelijke terugval toeschrijft aan een instabiele oorzaak, zal de kans dat men weer snel tot actie overgaat veel groter zijn dan wanneer men de oorzaak van terugval als stabiel ervaart. Een positieve sociale norm is ook van belang om vanuit een tijdelijke terugval weer snel naar de actiefase over te gaan" (Sassen, 2010).

- De studentonderzoekers adviseren om gedurende het gehele implementatieproces rekening te houden met de verschillende subgroepen en mogelijke terugval in het oude gedrag.

Tot slot
Braekeveld (2013) zegt dat de sleutel tot succes van een vlotte implementatie en verdere opvolging van het klinische zorgpad in de praktijk enerzijds multidisciplinaire samenwerking is en anderzijds educatie op maat van de betrokkenen zorgverleners. Dit is zowel belangrijk voor de kwaliteit als de continuiteit van zorg. Voor de client is het belangrijk dat hij zich omringd voelt door een professioneel team dat een eenduidig beleid uitstraald.

7.2 Uitvoering van het implementatieplan

In deze paragraaf worden de volgende stappen van het implementatiemodel van Grol beschreven. Omdat de studentonderzoekers de implementatie niet zelf doen, hebben zij wel voor de afdeling een aanbeveling geschreven hoe ze de implementatie het beste aan kunnen pakken en achteraf kunnen evalueren. Er wordt uitleg gegeven waarom de meerdere aanbevelingen (zeker de eerste drie) tegelijk ingevoerd moeten worden en niet een van alle aanbevelingen. Ook worden hierin de HARING-tools verwerkt die een verduidelijking geven op de onderdelen die gedaan moeten worden voor een goede implementatie (zie bijlage 4). Daarnaast wordt weergeven waarom het belangrijk is om te evalueren na het implementeren en hoe dit het beste gedaan kan worden. Ook wordt er een tijdsplanning gemaakt waarin staat binnen welke periode bepaalde dingen gedaan moeten worden voor het beste effect.
Het implementeren van een zorgpad heeft een planning nodig. Grol hanteert de volgende stappen bij het plannen van het implementatieproces:

- Opbouw plan volgens fase in een veranderproces (oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud). (stap 5)
- Planning van activiteiten op verschillende niveaus. (stap 5)
- Planning van activiteiten in de tijd. (stap 5)
- Inbouwen van het implementatieplan in bestaande activiteiten. (stap 5)
- Testen van de implementatiestrategie. (stap 5)
- Doelen stellen en tussentijds evalueren. (stap 6)
- Integratie en verankering. (stap 6)
- Evaluatie. (stap 7) (Grol et al., 2011)

7.2.1 Stap 5 Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan

De studentonderzoekers geven meerdere aanbevelingen die voort gekomen zijn uit de knelpunten en behoeften die de v&v aangaven. Er zijn negen aanbevelingen gedaan, waardoor het invoeren van een zorgpad een complexe implementatie is. Grol (2011) hanteert de EPOC-lijst (Effective Practice and Organisation of Care groep) om te bepalen of een implementatie complex is. Als de implementatie twee of meer onderdelen van de EPOC-lijst bevat, is het een complexe implementatie. Onderwerpen uit de EPOC-lijst die opgepakt worden tijdens de implementatie zijn: verspreiding van educatief materiaal, educatieve bijeenkomsten, toetsing en terugkoppeling, klinische multidisciplinaire teams, continuïteit van zorg en verandering in cliëntendocumentatiesystemen. Complexe strategieën kunnen de cliëntenzorg effectief verbeteren, maar het is niet mogelijk om aan te geven welke combinaties van strategieën in welke situatie precies het best zullen werken. De keuzes voor de potentieel meest succesvolle combinatie van strategieën dient af te hangen van de ervaren belemmerende en bevorderende factoren.
Veel complexe strategieën omvatten in ieder geval een vorm van educatie van zorgverleners. Scholing legt de basis voor gedragsverandering in de vorm van kennis, vaardigheden en inzicht, en lijkt daarmee een logische voorwaardelijke component van elke implementatiestrategie. Complexe implementatiestrategieën, omvatten naast educatie ook vaak feedback en/of reminders (Grol et al., 2011).
Er worden verschillende knelpunten ervaren door de v&v. Bij complexe strategieën kunnen meerdere en verschillende knelpunten weggenomen worden. Een combinatie van allerlei soorten educatie is daarbij waarschijnlijk minder effectief dan een combinatie van educatie met bijvoorbeeld

organisatieveranderingen, omdat in het eerste geval alleen het kennistekort wordt weggenomen, terwijl in het tweede geval ook organisatorische belemmeringen worden bestreden. Grol beweerd dat implementatiestrategieën op maat een grotere kans op succes hebben dan het verspreiden van richtlijnen of educatieve materialen. Er bestaat nog weinig inzicht in de toegevoegde waarde van verschillende strategieën. Het effect van een complexe strategie is niet altijd gelijk aan de optelsom van de effecten van de enkelvoudige strategieën waaruit deze zijn samengesteld. Enerzijds worden met verschillende strategieën vaak gedeeltelijk dezelfde effecten bereikt, zodat het totale effect minder kan zijn dan deze optelsom. Anderzijds kunnen verschillende strategieën elkaars effect juist versterken, zodat het totale effect groter is dan de afzonderlijke effecten samen. Er wordt specifiek verwezen naar het belang van het zorgvuldig in kaart brengen van belemmerende en bevorderende factoren en het opstellen van een gericht implementatieplan (Grol et al., 2011) zoals de studentonderzoekers tijdens dit onderzoek ook gedaan hebben.

Hieronder wordt verder ingegaan op het bovengenoemde stappenplan voor het implementeren van het zorgpad. Stappenplan voor het implementeren van een verandering.
Het team bevindt zich in een van deze vijf verschillende fasen waardoor je specifiek kan letten op de verschillende aanpak tijdens de *opbouw van het plan volgens de vijf veranderfasen*. De vijf fasen in het veranderingsproces zijn: oriëntatie (bewust zijn, interesse en betrokkenheid), inzicht (kennis, begrip, inzicht in de werkwijze), acceptatie (positieve houding, intentie of besluit om te veranderen), verandering (invoering in de praktijk, bevestigen van nut) en behoud (integratie van verandering in bestaande routines, verankering in de organisatie). Aan al deze stappen moet voldoende aandacht besteedt worden. Het team op afdeling Mulderskop 2 zit op het moment van onderzoek doen naar belemmerende en bevorderende factoren tussen de fase van acceptatie en verandering. Ze beseffen het nut van het zorgpad maar deze is nog niet ingevoerd in de praktijk. Ze hebben een positieve houding tegenover het zorgpad en willen er wel graag mee werken, maar weten niet goed hoe.
Bij het maken *van een planning van de activiteit op verschillende niveaus* is belangrijk om onderscheid te maken in drie soorten niveaus; kleine groepen (2-3 personen), middelgrote groepen (bijvoorbeeld medewerkers van een ziekenhuisafdeling) en grote groepen (bijvoorbeeld leden van een beroepsgroep of ziekenhuizen in Nederland breed). In het geval van het implementeren van het zorgpad heupfractuur gaat het om een middelgrote groep. Hierbij past de inzet van opinieleiders en sleutelfiguren, interactieve studiegroepen, het maken van consensusafspraken, groepsgewijze onderlinge toetsing, maar ook monitoring en financiële prikkels (Grol et al., 2011).
Bij het maken van een *planning van activiteiten in de tijd* is het belangrijk om op de volgende zes punten te letten. Ten eerste moeten de activiteiten niet allemaal tegelijk aangeboden worden, er moet een logische volgorde in zitten. Ten tweede moet het plan idealiter opgedeeld worden in een aantal overzichtelijke en behapbare aparte onderdelen die kunnen worden uitgevoerd en geëvalueerd. Ten derde is de volgorde van de verschillende stappen in het veranderproces belangrijk. Ten vierde is het belangrijk dat het grootste probleem de meeste aandacht krijgt. Ten vijfde moet er regelmatig evaluatie en terugkoppelmomenten zijn. Dit is nodig om te kunnen inspelen op invoeringsproblemen, nieuwe prioriteiten, behoeften van de doelgroep en stagnering van de voortgang. Als laatste moet men er bewust op zijn dat implementatie de nodige tijd kost. De ervaring leert dat de benodigde tijd meestal tegenvalt.
Ervaringen wijzen op het grote belang van *het inbouwen van het implementatieplan in bestaande structuren en kanalen* voor contact met, scholing van en kwaliteitsverbetering in de doelgroep. Het advies is dan ook om te benutten wat er al is.
Een belangrijke vraag is wat de uiteindelijke combinatie van strategieën en maatregelen ten behoeve van het zorgpad in de praktijk zal worden. Bij *het testen van de implementatiestrategieën* kan de PDCA-cirkel (Plan, Do, Check, Act) gebruikt worden. Plan: er worden doelen gesteld. Do: de uitvoering van het plan en vaststellen wat er gedaan is. Check; analyse van data en reflecteren. Act: doorgaan, aanpassen of veranderen van de activiteiten.
Bij stap 6; integratie in routines wordt verder ingegaan op het stellen en evalueren van doelen en de integratie en verandering hiervan (Grol et al., 2011).

7.2.2 Stap 6 Integratie in routines

Onderdeel van het plannen en uitvoeren van het implementatietraject is het formuleren van *concrete doelen* en meetbare indicatoren, waaraan de voortgang en het succes van de activiteiten kunnen worden afgemeten. Evaluatieactiviteiten worden idealiter vanaf het begin in het veranderingsproces geïntegreerd. Daarvoor is het nodig om specifieke doelen te formuleren. Deze moeten zowel ambitieus, zeer concreet als haalbaar zijn binnen de setting.
De ervaring is dat, ook al slaagt men erin de gewenste verbeteringen in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg te implementeren, de kans op terugvallen in de oude routines groot is zodra het officiële implementatieproject voorbij is. Na een aanvankelijke periode waarin iedereen zich achter de verandering opstelt, ziet met vaak dat de aandacht verslapt of de omstandigheden in een instelling of praktijk niet zodanig zijn dat de nieuwe werkwijze met succes gecontinueerd kan worden. Een aantal voorwaarden voor succesvol behoud van veranderingen is; continu aandacht van leiders, betrokkenheid van de doelgroep en lokale leiders, verbetering past in het algemene doel van de organisatie, er is structureel voldoende staf en budget om het zorgpad ook op lange termijn voort te zetten, er is een enthousiaste voortrekker (aandachtsvelder) en het verbetertraject wordt goed geleid en gecoördineerd (Grol et al., 2011).

7.2.3 Stap 7 Evaluatie en (indien nodig) bijstelling van plan

Er kan geëvalueerd worden op twee verschillende ambitieniveaus. Ten eerste de ambitie om te evalueren of de doelen die gesteld zijn met betrekking tot de zorgverbetering zijn gehaald en ten tweede de ambitie om te evalueren of de implementatiestrategie die is toegepast om die doelen te bereiken aan het succes heeft bijgedragen.
De evaluatie zal plaats moeten vinden in een niet-gerandomiseerde design omdat je specifiek bij de v&v wil meten hoe er gewerkt wordt met het zorgpad. Het designs gecontroleerde voor- en nastudie is geschikt voor het controleren of er na of tijdens de implementatie al beter met het zorgpad gewerkt wordt. Er wordt een controlepopulatie samengesteld die vergelijkbaar is met de interventiepopulatie wat betreft de belangrijkste karakteristieken en wat betreft het handelen ten aanzien van het zorgpad. Er wordt informatie verzameld van beide populaties voor en na de implementatie in de interventiepopulatie. In de analyse wordt het handelen in de nameting of de verschilscore tussen voor- en nameting tussen de interventie- en controlepopulatie vergeleken. Aangenomen wordt dat de waargenomen verschillen kunnen worden toegeschreven aan de interventie. Een goed opgezette voor- en nastudie zouden de verstoorde invloeden van maatschappelijke trends en plotselinge veranderingen in de zorg in de evaluatie moeten kunnen opvangen, maar het blijkt vaak lastig om een goed vergelijkbare controlegroep te vinden. Zelfs in klaarblijkelijk goed gematchte controle- en interventiegroepen vindt men vaak een verschil in het handelen tijdens de voormeting (Grol et al., 2011).
Deze evaluatie is slechts een aanbeveling en er mag afgeweken worden van de aanbevolen methode. Hieronder worden belangrijke punten genoemd die altijd handig zijn om mee te nemen tijdens het evalueren:

- Houdt de evaluatie zo eenvoudig en klein mogelijk.
- Gebruik zoveel mogelijk bestaande registraties. Extra gegevens verzamelen kost extra tijd en kan het team belasten.
- Denk na over wie gaat meten. Ga je het zelf doen of huur je iemand extern daarvoor in? Overweeg om je te laten adviseren door experts op het gebied van evalueren en monitoren.
- Zorg dat er een vergelijking in de evaluatie zit. Bijvoorbeeld tussen de oude manier en de nieuwe manier. Of het verschil tussen de nulmeting en de eindmeting.
- Denk na over wie de doelgroep is van de evaluatie. Wie moet er wat weten over dit project? Is het een interne aangelegenheid of juist een externe verantwoording? Waarover wil je als professional of organisatie iets leren? (Meurs, 2012).

- Zijn er maatregelen voorzien om de gewenste nieuwe werkwijze ook na afloop van het project te behouden en verankeren? (Hilbink et al, 2010).

7.2.4 Tijdsplanning Implementatie

Het is belangrijk dat er een tijdsschema gemaakt wordt. Na de analyse en de gekozen theorie met bijbehorende strategie wordt in deze paragraaf duidelijk wat de planning is om de implementatie van het zorgpad te laten slagen. De planning is echter onder voorbehoud geschreven en mag door het Herstelhotel gewijzigd worden.
In de planning wordt weergegeven welke deel van de implementatie wanneer plaatsvindt. In deze planning wordt ook de taakverdeling benoemd. Dat betekend dat er weergegeven wordt wie wat doet. De taakverdeling wordt weergegeven, omdat volgens de theorie (Hilbink et al, 2010) duidelijk moet worden weergegeven dat de doelgroep deelneemt aan de implementatie en welke rol zij daarin spelen. Niet bij iedere stap zijn de v&v direct betrokken.
Echter geven de studentonderzoekers alleen een planning met daarin de aanbevelingen die het beste als eerste gedaan kunnen worden en wie daarbij een rol spelen. Het budget en de precieze ontwikkeling van de aanbevelingen worden overgedragen aan het Herstelhotel (Grol et al., 2011).

Planningsschema implementatie		
Planning	Uitvoerder	Activiteiten
Voorbereiding *(oktober 2013 – februari 2014)*		
Oktober 2013 tot en met januari 2014	- Verpleegkundig specialist, junior trainee, studentonderzoekers	- Overleg onderzoek en implementatie
Week 45 tot week 9	- Werkgroep ‘implementatie zorgpad’	- Vergaderen - Herschrijven zorgpad - Het (laten) maken van een waaier/handzame versie van het zorgpad - Multidisciplinaire scholing voorbereiden en plan van aanpak maken voor het cyclisch herhalen van scholing en het scholen van nieuwe medewerkers - Aandachtsvelders werven per discipline, die de verandering gaan leiden - Overleg met fabrikant ECD over mogelijkheden digitaal invoegen zorgpad - Mono disciplinaire gesprekken plannen per discipline die betrokken zijn bij de verschillende instellingen binnen de ketenzorg - Overleg met fysiotherapie en management over mogelijkheden fysiotherapie in het weekeind
Uitvoering *(maart 2014 – augustus 2014)*		
Maart 2014	- Werkgroep ‘implementatie zorgpad’	- Definitief het herziene zorgpad invoeren op afdeling Mulderskop 2 en bij de betrokken disciplines - Scholing aanbieden aan alle betrokkenen bij het zorgpad en uitleggen beknopte versie zorgpad - Aandachtsvelders worden geïnstrueerd

	- Fysiotherapeuten	hoe zij de implementatie van het zorgpad kunnen leiden - Fysiotherapeuten geven tijdens de scholing uitleg over oefeningen aan v&v
Maart – augustus 2014	- V&v van afdeling Mulderskop 2 en bij het zorgpad andere betrokken disciplines	- Werken met het herziene zorgpad en meedenken (en dit kenbaar maken aan aandachtsvelder) om implementatie te bevorderen - Wekelijks een MDO waarbij, de verschillende disciplines, de zorg rondom de cliënt afstemmen - Dagelijks een kort overlegmoment tussen de disciplines om de zorg per dag af te stemmen, zodat de cliënt centraal staat en de communicatie verbeterd - Meer met de andere disciplines overleggen door onder andere de werkgroep te laten bestaan
Maart – augustus 2014	- Aandachtsvelders per disciplines	- Het aansturen en -spreken van de eigen discipline op het gebruik van het zorgpad heupfractuur - Per teamvergadering de eigen discipline op de hoogte houden van de stand van zaken omtrent implementatie met kenbaar maken van verbetering
April 2014	- Disciplines ketenzorg	- Mono disciplinair gesprek (per discipline) die betrokken zijn bij de verschillende instellingen binnen de ketenzorg om de zorg af te stemmen en kwaliteit van zorg te verbeteren. Een eenduidig beleid afspreken
Wanneer nieuwe studenten zich aanbieden (2014)	- Nieuwe studentonderzoekers	- Vervolgonderzoek of er behoefte is aan meer fysiotherapie, zoals in het weekeind en op feestdagen
Evaluatie *(september 2014 – en verder)*		
Maart 2014 - september 2014	- Aandachtsvelders per disciplines in samenwerking met de werkgroep 'implementatie zorgpad'	- Per teamvergadering het werken met het zorgpad en de samenwerking met de verschillende disciplines evalueren. Eventuele zaken waar tegenaan gelopen wordt direct bijstellen, met het op de hoogte stellen van de andere betrokken disciplines - Eigen discipline op de hoogte brengen van eindevaluatie september 2014
September 2014	- Team Mulderskop 2, werkgroep 'implementatie zorgpad'	- Eindevaluatie gebruik zorgpad. Eventueel het zorgpad bijstellen of nieuwe interventies voor behoud van werken met zorgpad opstellen - De samenwerking en communicatie tussen de verschillende disciplines evalueren

		- Evalueren of zorgprocessen op de cliënt zijn afgestemd en de cliënt centraal staat
September 2014	- Werkgroep 'implementatie zorgpad'	- Evalueren met fabrikant ECD of verwezenlijking digitale versie zorgpad in ECD mogelijk is
September 2014	- Werkgroep 'implementatie zorgpad', fysiotherapeuten en management	- Evalueren of therapie in weekeinden en feestdagen mogelijk is - Wanneer fysiotherapie in het weekeind al ingevoerd is evalueren hoe dit ervaren wordt en of het een meerwaarde heeft
Twee keer per jaar (2014)	- Ketenzorg	- Twee keer per jaar overleg ketenzorg op projectniveau

Literatuur

- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek.* Amsterdam: Boom onderwijs.
- Bosman, T., & Eck van, S. (2013). *Evaluatie implementatie zorgpad heupfractuur.* (Twee studenten) Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Braekeveld, p. (od), Jaargang 23. De molndal-verbandtechniek: implementatie van een innovatief wondverband n.a.v. het klinische zorgpad 'totale heupprothese'. *WCS Woundcare Consultant Society*, 6.
- Burgers, J., Ouwens, M., Splunteren, P. v., & Øvretveit, J. (2011). *Effectieve implementatiestrategieën; New perspectives on Effective Implementation of Guidelines.* Nijmegen: IQ Healthcare.
- CBO (2002) Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. *Implementatie.*
- CBO. (2004, september). *Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO.* Opgehaald van communiceren met armen: http://www.communicerenmetarmen.be/sites/default/files/HandleidingFocusgroepenCBO200409.pdf
- CBO. (2013). *Klinische paden*. Opgeroepen op September 25, 2013, van CBO: http://www.cbo.nl/thema/Logistiek/Klinische-paden/#wat
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. (2013). *Indicator: Heupfractuur binnen 48 uur geopereerd*. Opgehaald van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: http://www.gezondheidszorgbalans.nl/kwaliteit/effectiviteit-van-curatieve-zorg/verantwoording/heupfracturen-binnen-48-uur-geopereerd/
- Celik, H. (2009). *Implementation of diversity in healthcare practices: barriers and opportunities.* Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Cox, K. (2007). De implementatie van een verandering, een kritische beschouwing. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 14 -17.
- Dassen, T. W., & Keuring, F. M. (2009). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublucaties.* Baarn: HB uitgevers.
- ErgOK ergotherapeutisch adviesbureau. (2011). *Implementatieplan.* Opgehaald van http://www.surfsharekit.nl:8080/get/smpid:2011/DS3/
- Goossens, W. (2004). Integrale procesbegeleiding van groepen. *Werken, leren en leven met groepen*, 34.
- Grol, R., & Wensing, M. (2011). *Implementatie effectieve verbetering van de patientenzorg.* Amsterdam: Reed Business.
- HAN. (2013). *Studiehandleiding.* Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Hemminga, M. (2009). *5 Manieren om de samenwerking te verbeteren*. Opgehaald van NR29: http://www.nr29.nl/2009-2/juni/5-manieren-om-de-samenwerking-te-verbeteren/
- Hersenstichting Nederland. (sd). *Beroerte*. Opgeroepen op september 2013, van Hersenstichting Nederland: https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/beroerte?gclid=CLiCrcWf87kCFcVX3godcQwAoA
- Hilbink, M., Ouwens, M., & Kool, T. (2013). *De HARING-tools; Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen.* Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), onderdeel van het UMC St Radboud.
- Koning, J. de. & Hoeijmakers, M. (2007). *Prestatie-indicatoren voor de nieuwe publieke taken van het RIVM.* RIVM-rapport nr. 000200701. Bilthoven: RIVM, 2007.
- Lafosse, C. (2011). *Multidisciplinaire samenwerking en overleg.* Standaard Uitgeverij.
- Meurs, p. d. (2012). *ZonMw*. Opgeroepen op september 2013, van Implementatie plan: http://www.zonmw.nl

- Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn.* Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Nelson, B., & Massey, R. (2010). Implementing an electronic change-of-shift report using transforming care at the bedside processes and methods.
- Nijs, R. d. (2008). *Epidemiologie en case finding.* Opgehaald van Bohn Stafleu van Loghum: http://assortiment.bsl.nl/files/8198074b-dddf-4847-b65a-c598113b69b3/
- Orthopedie Amphia. (sd). *Gebroken heup behandeling*. Opgehaald van Orthopedie amphia: http://www.orthopedie-amphia.nl/paginas/203-gebroken-heup-behandeling.html
- Purvis, S., E. Brown, K. Garrett. S. Dresser, S. Janet, K. Koyama, A. Mayo, M. F. Tracy, (2012) The National Association of Clinical Nurse Specialists Response to the Institute of Medicine's The Future of Nursing Report. *clinical nurse specialist (CNS)*, 3.
- Revalidatie Nederland. (2008). *Goede doelen: doelen stellen in de revalidatie*. Opgehaald van Revalidatie: http://www.revalidatie.nl/actueel/nieuws/nieuwsarchief/goede_doelen_doelen_stellen_in_de_revalidatie
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2013). *Heupfractuur*. Opgehaald van Nationaal kompas volksgezondheid: http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/heupfractuur/heupfracturen-samengevat/
- Rozeboom, A. (2010, augustus 9). Iedereen heeft baat bij gebruiks- vriendelijker ECD. *Zorgvisie ICT*.
- Sassen, B. (2010). *Gezondheidsbevordering en preventie voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.* Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Vanhaecht, K., Gerven, E. v., Deneckere, S., Lodewijckx, C., Panella, M., Vleugels, A., et al. (2011). 7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continuea opvolging van zorgpaden. *Tijdschrift voor geneeskunde* , 473 - 481.
- V&V. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige.* Utrecht.
- Vat, L. (2013). *9 bouwstenen voor optimale ketenzorg voor chronisch zieken*. Opgehaald van Vilans: http://www.vilans.nl/9-bouwstenen-voor-optimale-ketenzorg-voor-chronisch-zieken.html
- Vijge, E. (2010). *Heupfractuur: incidentie naar leeftijd en geslacht*. Opgehaald van LMR (landelijke Medische registratie): http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/heupfractuur/cijfers-aneurysma-van-de-buikaorta-incidentie-en-sterfte-uit-de-vtv-2010-kopie/
- ZON. (2010). *Wat is implementeren?* Opgeroepen op September 2013, van Nederlands Jeugd Instituut: http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Implementatiewijzer/Leren-over-implementeren/Wat-is-implementeren
- ZZG Zorggroep. (2012). Zorgpad intensieve geriatrische revalidatie CVA. Nijmegen, Nederland.

Bijlagen

Bijlage 1 Format voor schriftelijke rapportage van een zoekstrategie

Zoekstrategie hoofdstuk 2 theoretisch kader

Stap 1; Vraagstelling / onderwerp

Volgens welke implementatie strategieën kunnen de zorgpaden effectief worden geïmplementeerd in het Herstelhotel?

Stap 2; Pico

P = Heupfractuur – Heup Herstelhotel
I = Zorgpad
C = Als er niet met het zorgpad gewerkt wordt, welke behandeling/revalidatie wordt er dan aangehouden?
O = Effectieve implementatie

Daarna is de soekstrategie nog een keer herhaald met de volgende PICO:
P = Verpleegkundige
I = Zorgpad
C = Niet geïmplementeerd
O = Effectieve implementatie/aanbevelingen

***P**atient: de kenmerken van de patiënt of de cliënten groep (bv. leeftijd, geslacht, aandoening)*
***I**ntervention: de interventie, ofwel de ingreep of behandeling die je wilt onderzoeken. Het kan hierbij ook gaan om een experimentele diagnostische test of om blootstelling aan een risicofactor.*
***C**ontrol: de behandeling of test waarmee je de interventie wilt vergelijken. Vaak is dit een zogenoemde 'gouden standaard' (een werkwijze die al jaren met goed resultaat wordt toegepast). Het kan ook gaan om een placebo.*
***O**utcome: de uitkomst: bijvoorbeeld het effect van de interventie op een of meerdere symptomen, de sterftekans, of het optreden van een ziekte na blootstelling aan een risicofactor.*

Stap 3;

Bronnen

Voor het literatuuronderzoek is gezocht naar literatuur waarin wetenschappelijk bewezen implementatiestrategieën voor zorgpaden beschreven stonden.
Via internet en tijdschriften is naar de betreffende literatuur gezocht. De gebruikte databases zijn:

- Pubmed
- HBO Kennisbank
- Springerlink

Tijdschriften waarin gezocht is naar literatuur zijn het vaktijdschrift 'Verpleegkundigen'.
Naast het zoeken op het internet, via de referenties van gevonden artikelen en in tijdschriften, is gebruikt gemaakt van de mediatheek van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Boeken waar we informatie uit gehaald hebben:

- Anatomie en fysiologie van de mens, Grégoire, L; Straaten-Huygen, A; Trompert, R.
- Elementen van kwaliteitszorg, Hollands, L; Henkdriks, L; Ariëns, H; Verheggen, F.
- Gezondheidsbevordering en preventie voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, B; Sassen.
- Implementatie effectieve verbetering van de patiëntenzorg, R. Grol, M. Wensing.
- Lezen en beoordelen van onderzoekspublicatie, Dassen, T; Keuring, F.

- Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn, Migchelbrink, F.

Zoektermen

De literatuur is gevonden d.m.v. verschillende zoektermen in zowel Nederlands als Engels. Deze zoektermen zijn voortgekomen uit de vraagstelling en bijbehorende deelvragen. Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van Mesh-termen die verkregen zijn via de website van Pubmed. Met deze zoek- en Mesh-termen hebben we gezocht naar wetenschappelijke artikelen via de verschillende bronnen.

- Rehabilitation (revalidatie) (Mesh)
- Health plan implementation (Mesh)
- Implementation (implementatie)
- Recovery Room (Mesh)
- Hospital (Mesh)
- Critical Pathways (Mesh)
- Pathway (zorgpad)
- Pathway neural
- Methods (Mesh)
- Strategy
- Efficient
- Information / Dissemination
- Barriers / Oppertunities

Booleaanse

Om tot een goed zoekresultaat te komen, hebben we de zoekstrategie specifiek gemaakt door de zoektermen te combineren. Dit hebben we gedaan door de volgende woorden te gebruiken:

- Engels: AND, OR en NOT
- Nederlands: EN, OF en NIET

Limits

Om tot beperkte resultaten en relevante en actuele artikelen te komen hebben we bij de zoekstrategie gebruik gemaakt van de volgende limits;

- Abstract available
- Full text available
- 5 years
- Humans
- Language: Dutch or Englisch
- Article type; Review, RCT, case study

Stap 4A; Search Pubmed

History

Download history Clear history

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#38	Add	Search **((efficient) AND (("Health Plan Implementation"[Mesh]) OR ("Health Plan Implementation/methods"[Mesh] OR "Health Plan Implementation/standards"[Mesh]))) AND pathway** Filters: **Abstract available; Full text available; published in the last 5 years; Humans**	1	05:47:35
#42	Add	Search **("Critical Pathways"[Mesh]) AND (("Health Plan Implementation"[Mesh]) OR ("Health Plan Implementation/methods"[Mesh] OR "Health Plan Implementation/standards"[Mesh]))** Filters: **Abstract available; Full text available; published in the last 5 years; Humans**	12	05:01:02
#30	Add	Search **(((((((((efficient) AND (("Health Plan Implementation"[Mesh]) OR ("Health Plan Implementation/methods"[Mesh] OR "Health Plan Implementation/standards"[Mesh]))) AND "Critical Pathways"[Mesh]) OR pathway) OR pathway neural) AND "Methods"[Mesh]) OR strategy) AND "Rehabilitation"[Mesh]) OR "Hospitals"[Mesh]) OR "Recovery Room"[Mesh]** Filters: **Abstract available; Full text available; published in the last 5 years; Humans**	21447	04:23:58
#29	Add	Search **(((((((((efficient) AND (("Health Plan Implementation"[Mesh]) OR ("Health Plan Implementation/methods"[Mesh] OR "Health Plan Implementation/standards"[Mesh]))) AND "Critical Pathways"[Mesh]) OR pathway) OR pathway neural) AND "Methods"[Mesh]) OR strategy) AND "Rehabilitation"[Mesh]) OR "Hospitals"[Mesh]) OR "Recovery Room"[Mesh]** Filters: **Abstract available; published in the last 5 years; Humans**	24076	04:05:46
#26	Add	Search **(((((((((efficient) AND (("Health Plan Implementation"[Mesh]) OR ("Health Plan Implementation/methods"[Mesh] OR "Health Plan Implementation/standards"[Mesh]))) AND "Critical Pathways"[Mesh]) OR pathway) OR pathway neural) AND "Methods"[Mesh]) OR strategy) AND "Rehabilitation"[Mesh]) OR "Hospitals"[Mesh]) OR "Recovery Room"[Mesh]**	197067	04:05:12
#25	Add	Search **efficient**	246238	04:01:29
#24	Add	Search **"Critical Pathways"[Mesh]**	4344	04:01:14
#21	Add	Search **strategy**	248672	04:00:33
#19	Add	Search **"Methods"[Mesh]**	554703	04:00:01
#16	Add	Search **method**	5585529	03:59:39
#15	Add	Search **pathway neural**	15237	03:59:18
#14	Add	Search **pathway**	400296	03:58:48
#12	Add	Search **"Hospitals"[Mesh]**	193965	03:58:12
#9	Add	Search **"Recovery Room"[Mesh]**	1020	03:57:28
#6	Add	Search **("Health Plan Implementation"[Mesh]) OR ("Health Plan Implementation/methods"[Mesh] OR "Health Plan Implementation/standards"[Mesh])**	3561	03:55:55
#3	Add	Search **"Rehabilitation"[Mesh]**	141783	03:54:23

Stap 4B; In- en exclusiecriteria

De titels en abstracten van de zoekresultaten werden direct beoordeeld op relevantie d.m.v. van in- en exclusiecriteria. Dit hield in dat een artikel moest voldoen aan de volgende in- en exclusiecriteria:

Inclusiecriteria;

- Nederlandse of Engelse taal,
- Alle mogelijke implementatiestrategieën
- Alle instellingen waarbij een zorgpad is geïmplementeerd
- Evaluaties/effecten van het implementeren van zorgpaden

Exclusiecriteria;

- Artikelen van voor 2008
- Artikelen in een andere taal dan Nederlands of Engels
- Onderzoek waar gekeken wordt naar de effectiviteit van zorgpaden

Stap 4C; Aantal geschikte abstracts

Uit de zoekstrategie kwam 1 artikel naar voren. Dit artikel was echter niet geschikt. We hebben daarom naar de 12 hits gekeken die uit de zoekopdracht daarvoor kwamen. Van deze 12 hits waren er 4 geschikt.

Stap 4D; Full-Text

Van de 4 geschikte abstracts bleek er geen Full-text beschikbaar te zijn, of bleken ze na het lezen van de full-text niet geschikt te zijn voor het onderzoek.

Stap 4E; Welke artikelen ga ik gebruiken?

Geen van de gevonden artikelen uit de zoekstrategie werd gebruikt. Wel werd via de literatuurlijst van gevonden wetenschappelijke artikelen verder gezocht naar andere relevante artikelen:

- 7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden.
  Dit artikel hebben de studentonderzoekers gekozen, omdat dit artikel ondersteuning geeft bij het implementeren van een zorgpad.
- Effectieve implementatiestrategieën; New perspectives on Effective Implementation of Guidelines
  Dit artikel hebben de studentonderzoekers gekozen, omdat in dit artikel beschreven wordt welke implementatiestrategieën effectief zijn bij het implementeren van een richtlijn.
- De implementatie van een verandering, een kritische beschouwing
  Dit artikel hebben de studentonderzoekers gekozen, omdat in dit artikel de toegepaste implementatieprocessen van 2 artikelen vergeleken worden met de kennis die in de literatuur beschikbaar is over het implementeren van veranderingen in de praktijk. Dit artikel zullen we hanteren bij het maken van het implementatieplan.

De zoekstrategie is op een later tijdstip herhaald met gebruik van andere termen.

Stap 4A; Search Pubmed

History — Download history Clear history

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#14	Add	Search (((((clinical pathway implementation) OR implementation) AND (((barriers) AND opportunities) OR information dissemination)) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat] AND Humans[Mesh])) AND cva Filters: Abstract available; Full text available; published in the last 5 years; Humans	8	07:46:36
#13	Add	Search ((clinical pathway implementation) OR implementation) AND (((barriers) AND opportunities) OR information dissemination) Filters: Abstract available; Full text available; published in the last 5 years; Humans	509	07:45:34
#12	Add	Search ((clinical pathway implementation) OR implementation) AND (((barriers) AND opportunities) OR information dissemination) Filters: Abstract available; published in the last 5 years; Humans	527	07:43:58
#11	Add	Search ((clinical pathway implementation) OR implementation) AND (((barriers) AND opportunities) OR information dissemination) Filters: published in the last 5 years; Humans	542	07:43:51
#10	Add	Search ((clinical pathway implementation) OR implementation) AND (((barriers) AND opportunities) OR information dissemination) Filters: Humans	1117	07:43:47
#9	Add	Search ((clinical pathway implementation) OR implementation) AND (((barriers) AND opportunities) OR information dissemination)	1448	07:43:39
#8	Add	Search ((barriers) AND opportunities) OR information dissemination	16046	07:42:12
#7	Add	Search opportunities	62200	07:36:47
#5	Add	Search barriers	65852	07:36:31
#4	Add	Search cva	202435	07:36:03
#3	Add	Search clinical pathway implementation	1200	07:35:09
#2	Add	Search implementation	114278	07:34:34
#1	Add	Search information dissemination	13649	07:32:40

Stap 4B; In- en exclusiecriteria

De titels en abstracten van de zoekresultaten werden direct beoordeeld op relevantie d.m.v. van in- en exclusiecriteria. Dit hield in dat een artikel moest voldoen aan de volgende in- en exclusiecriteria:

Inclusiecriteria;

- Nederlandse of Engelse taal,
- Alle mogelijke implementatiestrategieën
- Alle instellingen waarbij een zorgpad is geïmplementeerd
- Evaluaties/effecten van het implementeren van zorgpaden

Exclusiecriteria;

- Artikelen van voor 2008
- Artikelen in een andere taal dan Nederlands of Engels
- Onderzoek waar gekeken wordt naar de effectiviteit van zorgpaden

Stap 4C; Aantal geschikte abstracts

De zoekstrategie leverde 509 artikelen op. Hierna hebben de studentonderzoekers gezocht op de zoektermen + CVA. Dit leverde 8 artikelen op (zie bovenstaand schema). Echter zaten hier geen bruikbare artikelen tussen.
Van de 509 artikelen die eerder uit de zoekstrategie kwamen hebben we gekeken naar artikelen die Pubmed zelf selecteert door te kijken naar titels die de zoektermen bevatten, dit omdat 509 artikelen teveel zijn om uit te zoeken en zich in de 1^{e} 2 pagina's geen geschikte artikelen bevonden. Dit leverde 6 resultaten op. Van deze 6 resultaten is er 1 geschikt artikel.

Stap 4D; Full-Text

Omdat de full-text via Pubmed niet te verkrijgen was van het artikel, hebben we het volledige artikel via Google gezocht, door te zoeken op titel en auteurs.

Stap 4E; Welke artikelen ga ik gebruiken?

Gebruikt artikel:

- Implementation of diversity in healthcare practices: barriers and opportunities.

http://www.umcn.nl/Research/Departments/medischevrouwenstudies/Documents/Proefschrift%20Halime%20Celik.pdf

Onderzoeksdesign; Kwalitatief
Land; Nederland
Setting onderzoek; Semi-gestructureerde interviews en focusgroepen

Dit artikel hebben de studentonderzoekers gekozen, omdat er onderzoek is gedaan naar de bevorderende en belemmerende factoren bij het implementeren van diversiteit in de gezondheidszorg. Daarbij zijn conclusies getrokken/aanbevelingen gedaan die van toepassing kunnen zijn bij ons onderzoek.

Hieronder is nog een zoekstrategie uitgevoerd om te kijken naar het gedrag van verpleegkundige tijdens het implementeren van een zorgpad

Stap 4A; search Pubmed

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#20	Add	Search (((rehabilitation AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (critical pathway AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (nurse AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat])) Schema: all Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	0	10:02:37
#19	Add	Search (((rehabilitation AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (critical pathway AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (nurse AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat])) Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	0	10:02:37
#18	Add	Search (((carers AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (pathway AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (implementation AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat])) Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	1	10:01:04
#16	Add	Search (((implementation AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (pathway AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (nurse AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat])) Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	5	09:06:10
#15	Add	Search implementation Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	6464	09:05:33
#14	Add	Search ((pathway AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (nurse AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat])) Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	41	09:00:30

#10	Add	Search (((((rehabilitation AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (recovery room AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (pathway AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (nurse AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (carers AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat])) Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	0	08:59:17
#11	Add	Search (((((rehabilitation AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (recovery room AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (pathway AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (nurse AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat]))) AND (carers AND ((Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) AND (hasabstract[text] AND full text[sb]) AND "last 5 years"[PDat])) Schema: all Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	0	08:59:17
#9	Add	Search Efficient Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	7159	08:58:06
#8	Add	Search critical pathway Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	4121	08:57:53
#7	Add	Search nurse Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	5705	08:57:43
#6	Add	Search carers Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	1954	08:57:33
#5	Add	Search methods Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	178757	08:57:23
#4	Add	Search pathway Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	14061	08:57:13
#3	Add	Search hospitals Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	6389	08:57:02
#2	Add	Search recovery room Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full text available; published in the last 5 years	262	08:56:49
#1	Add	Search rehabilitation Filters: Randomized Controlled Trial; Review; Abstract available; Full	16224	08:56:06

Stap 4B; In- en exclusiecriteria

De titels en abstracten van de zoekresultaten werden direct beoordeeld op relevantie d.m.v. van in- en exclusiecriteria. Dit hield in dat een artikel moest voldoen aan de volgende in- en exclusiecriteria:

Inclusiecriteria;

- Nederlandse of Engelse taal,
- Alle mogelijke implementatiestrategieën
- Alle instellingen waarbij een zorgpad is geïmplementeerd
- Evaluaties/effecten van het implementeren van zorgpaden
- Verpleegkundigen rol daarin

Exclusiecriteria;

- Artikelen van voor 2008
- Artikelen in een andere taal dan Nederlands of Engels
- Onderzoek waar gekeken wordt naar de effectiviteit van zorgpaden

Stap 4C; Aantal geschikte abstracts

De zoekresultaten met alle thermen los leverde veel te veel resultaten op. Enkele resultaten in combinatie met elkaar leverde 0 resultaat.
De combinatie pathway + nurse leverde 41 resultaten op met geen bruikbaar artikel.
De combinatie implementation + pathway + nurse leverde 5 resultaten op met 1 bruibaar artikel.
De combinatie implementation + pathway + carers leverde 1 resultaat die niet bruikbaar was.

Stap 4D; Full-Text

Omdat de full-text via Pubmed niet te verkrijgen was van het artikel, hebben we het volledige artikel via Google gezocht, door te zoeken op titel en auteurs.

Stap 4E; Welke artikelen ga ik gebruiken?

Gebruikt artikel:

- Purvis, S., E. Brown, K. Garrett. S. Dresser, S. Janet, K. Koyama, A. Mayo, M. F. Tracy, (2012) The National Association of Clinical Nurse Specialists Response to the Institute of Medicine's The Future of Nursing Report. *clinical nurse specialist (CNS)*, 3.

Dit artikel hebben de studentonderzoekers gekozen, omdat hierin weergegeven wordt wat de rol van een verpleegkundig specialist is bij het invoeren van een zorgpad en het implementeren van innovaties.

Bijlage 2: zorgpad 'heupfractuur' in het Herstelhotel

ZORGPAD GEBROKEN HEUP – VERPLEGING	
Fase voor opname	
	• Voorbereiden opname : • Doornemen verslag indicatiestelling, verslag ketenarts • Evt. bestellen materialen zoals hulpmiddelen die niet standaard op de afdeling zijn
Dag van opname	
Opname	• Maakt kennis met cliënt en familie • Houdt een overdracht met de cliëntbegeleider na het opnamegesprek • Kijkt na of alle medicatie aanwezig is op de afdeling die de cliënt nodig heeft • Bestelt zo nodig medicatie • Voert een rondleiding over de afdeling • Geeft algemene informatie over de afdeling • Vult zorgdossier in
Registratie	• Legt een vocht- en voedingslijst aan en houdt input drie dagen bij • Neemt decubitus risico scorelijst over uit de overdracht en onderneemt evt actie vlgs protocol in overleg met arts • Vult formulier "voedingspatroon en ADL " in
Hulpmiddelen	• Geeft (indien van toepassing) de rolstoel van gemeente/uitleen met familie mee naar huis en vraagt bij ergo een opname rolstoel aan voor 13.00 uur
Mobiliteit	• Voert transfers in/buiten bed uit volgens verpleegkundige overdracht ziekenhuis en/of instructie fysiotherapie • Neemt voorgeschreven leefregels in acht en instrueert patiënt hierover. • Voert bedhoudingen en transfers uit met blauw Collumcare kussen • Geeft wisselligging volgens schema verpleegkundige overdracht ziekenhuis
Eten/drinken	• Slikstoornissen: past de consistentie volgens de verpleegkundige overdracht ziekenhuis
Mictie/defecatie	• Retentie: stel blaasscan schema op nav verpleegkundige overdracht ziekenhuis iom arts • Stel catheterisatieschema op volgens protocol catheterisatiebeleid iom specialist ouderengeneeskunde
Week 1	
Vitale functies	• RR/pols 1x dgs gedurende 1e 3 dagen na opname. Ademhaling en saturatie eenmalig • Meet eenmalig orthostase: RR liggend en staand
Registratie	• Houdt DOS score bij de eerste 3 dagen na opname, op indicatie arts • Vult Barthel-score in voor het eerste MDO • Registreert pijn mbv NRS 2xdd volgens recept • Weegt cliënt op de dag na opname en daarna 1x per 2 weken • Vult de SNAQ-rc in of neemt score over uit de overdracht ziekenhuis
Mobiliteit	• Observeert vermoeidheid tijdens mobiliteit • Observeert gebruik geopereerde been • Observeert zitbalans/stabalans/ balans tijdens lopen • Observeert (risico op) decubitus

	• Voert transfers in/buiten bed en looptraining uit op instructie van fysiotherapie mobiliteitslijst (met hulpmiddelen, zelf laten proberen, mondelinge instructie/begeleiding, zelfstandig) • Zorgt voor een veilige situatie bij het verplaatsen • Stelt samen met de fysiotherapie een mobiliteitsschema op • Mobiliseert cliënt volgens mobiliteitsschema/dagprogramma • Brengt comfortabele bedhoudingen met inachtneming van leefregels aan • Laat de cliënt transfers in bed zoveel mogelijk zelf uitvoeren, let op leefregels • Overleg met arts of wisselligging nodig is, zo ja geef wisselligging a 4 uur • Stimuleert zelfoefening
Valrisico	• Observeert valrisico • Voert interventies uit ter preventie van vallen • Vult na eventuele val een valagenda in en bespreekt deze met de arts
Wassen/kleden	• Observeert zelfstandigheid wassen, uit- en aankleden • Observeert balans tijden ADL • Observeert aandacht concentratie tijdens ADL ▪ Observeert vermoeidheid tijdens ADL
	• Stelt evt samen met ergo vast hoe en waar de ADL getraind moet worden • Traint de ADL volgens afspraak in dossier en geeft hierbij (evt op instructie van de ergo) mondelinge begeleiding, neemt delen over, laat de cliënt zelf uitproberen etc • Stimuleert zelfoefening
Eten/drinken	• Observeert slikken en kauwen tijdens maaltijden • Observeert tempo van eten/drinken • Observeert het handelen tijdens de maaltijden • Observeert balans tijdens de maaltijden • Observeert vermoeidheid tijdens de maaltijden • Observeert aandacht en concentratie tijdens de maaltijden • Observeert het kunnen uitvoeren van handelingen tijdens de maaltijd • Observeert symptomen van ondervoeding/dehydratie
	• Slikstoornissen: past de consistentie aan op indicatie van de logopedie • Slikstoornissen: begeleidt de cliënt op instructie van de logopedie • Moeite met dubbeltaken: zorg voor weinig prikkels tijdens eten en praat niet tijdens de maaltijd
Mictie	• Observeert mictiepatroon
	• Retentie: blaasscannen en catheteriseren volgens protocol catheterisatie en afspraken arts • Incontinentie: incontinentietraining iom arts
Defecatie	• Observatie defecatiepatroon
	• Bij 3 dagen geen def laxeren met norgalax, geen resultaat: dan 4e dag Fleet
Medicatie	• Observeert omgang met medicatie
	• Medicatie in eigen beheer in overleg met arts • Iom arts: Medicatiebeheer onder toezicht
Cognitie, emotie en gedrag	• Observeert tempo van informatieverwerking • Observeert stemming

	• Observeert emoties • Observeert ziekte-inzicht
Dossiervoering	• Voert alle gegevens in, in het verpleegkundig zorgdossier • Ontbrekende gegevens SAMPC-formulier aanvullen • Stel iom SOG het voorlopig zorgplan vast • Coördineert behandelplan mbv dag + weekschema (agenda)
VMO	• Bespreekt/ evalueert observatiegegevens en voortgang met SOG tijdens VMO • Koppelt bevindingen vanuit VMO terug naar cliënt en mantelzorg
MDO	• Brengt observatiepunten mobiliteit, ADL, eten/drinken in 1e MDO • Brengt observatiepunten cognitie in in 1e MDO
Week 2 tot en met 7	
Registratie	• Registreert pijn mbv NRS op indicatie arts • Weegt cliënt in week 3, 5 en voor ontslag • Vult de SNAQ –rc in week voor het MDO
Mobiliteit	• Observeert vermoeidheid tijdens mobiliteit • Observeert gebruik geopereerde been • Observeert voortgang zitbalans/stabalans/ balans tijdens lopen • Observeert (risico op) decubitus
	• Voert transfers in/buiten bed en looptraining uit op instructie van fysiotherapie mobiliteitslijst (met hulpmiddelen, zelf laten proberen, mondelinge instructie/begeleiding, zelfstandig) • Zorgt voor een veilige situatie bij het verplaatsen • Mobiliseert cliënt volgens mobiliteitsschema • Brengt comfortabele bedhoudingen met inachtneming van de leefregels • Laat de cliënt transfers in bed zoveel mogelijk zelf uitvoeren, let op leefregels • Overleg met arts of wisselligging nodig is, zo ja geef wisselligging a 4 uur • Stimuleert zelfoefening
Valrisico	• Observeert valrisico • Voert interventies uit ter preventie van vallen • Vult na eventuele val een valagenda in en bespreekt deze met de arts
Wassen/kleden	• Observeert voortgang zelfstandigheid wassen, uit- en aankleden • Observeert voortgang balans tijden ADL • Observeert aandacht en concentratie tijdens ADL • Observeert vermoeidheid tijdens ADL
	• Traint de ADL volgens afspraak in dossier en geeft hierbij (evt op instructie van de ergo) mondelinge begeleiding, neemt delen over, laat de cliënt zelf uitproberen etc • Stimuleert zelfoefening
Eten/drinken	• Observeert voortgang slikken en kauwen tijdens maaltijden • Observeert tempo van eten/drinken • Observeert het handelen tijdens de maaltijden • Observeert voortgang balans tijdens de maaltijden • Observeert vermoeidheid tijdens de maaltijden • Observeert aandacht en concentratie tijdens de maaltijden • Observeert het kunnen uitvoeren van handelingen tijdens de maaltijd • Observeert symptomen van ondervoeding/dehydratie

	• Slikstoornissen: past de consistentie aan op indicatie van de logopedie • Slikstoornissen: begeleidt de cliënt op instructie van de logopedie • Slikstoornissen: voert standaard de mondhygiëne uit na iedere maaltijd • Moeite met dubbeltaken: zorg voor weinig prikkels tijdens eten en praat niet tijdens de maaltijd
Mictie	• Observeert mictiepatroon
	• Retentie: blaasscannen en catheteriseren volgens protocol catheterisatie en afspraken arts • Incontinentie: incontinentietraining iom arts
Defecatie	• Observatie defecatiepatroon
	• Bij 3 dagen geen def laxeren met norgalax, geen resultaat: dan 4e dag Fleet
Medicatie	• Observeert omgang met medicatie
	• Medicatie in eigen beheer in overleg met arts • Iom arts: Medicatiebeheer onder toezicht
Cognitie, emotie en gedrag	• Observeert verandering stemming • Observeert verandering emoties • Observeert verandering concentratie • Observeert verandering ziekte-inzicht
Mantelzorg	• Betrekt mantelzorg in de zorg: maakt afspraak met mantelzorg om mee te lopen
Dossiervoering	• Voert alle gegevens in, in het verpleegkundig zorgdossier • Stel iom SOG het zorgplan bij adv voortgang cliënt • Coördineert behandelplan mbv dag + weekschema (agenda)
VMO	• Bespreekt/ evalueert observatiegegevens en voortgang met SOG tijdens VMO • Koppelt bevindingen vanuit VMO terug naar cliënt en mantelzorg
MDO	• Brengt voortgang mobiliteit, ADL, eten/drinken in MDO, in week 2 en 5 • Brengt verandering cognitie in in MDO,
Week voorafgaand aan ontslag	
Voorbereiden ontslag	• Schrijven verpleegkundige overdracht

Bijlage 3 Dertien HARING-tools

Tool	Inhoud
Knelpuntenanalyse	Om richtlijnen goed te laten aansluiten bij het veld is het belangrijk dat ze uitgaan van actuele problemen, ofwel knelpunten die in het werkveld worden ervaren. Voor een richtlijnwerkgroep is vaak onduidelijk hoe zij de scope van de richtlijn bepaalt alsook hoe ze tot een selectie van knelpunten komt. Deze tool biedt adviezen voor het vooronderzoek of voorbereidingsfase van richtlijnontwikkeling en -herziening.
Doelmatigheid in richtlijnen	Deze tool geeft aan hoe doelmatigheid en/of budgetimpact betrokken kunnen worden bij het opstellen van een richtlijn en welke keuzes gemaakt moeten worden, en helpt bij het beoordelen of aanvullende analyses nodig zijn en welke expertise hiervoor nodig is. Het gaat hierbij om: • Wanneer doelmatigheid of budget impact meenemen? • Hoe? Aandachtpunten per fase van de richtlijnontwikkeling • Het inschakelen van (externe) expertise
Organisatie en samenwerking bij multidisciplinaire richtlijnontwikke-ling	Multidisciplinaire richtlijnprojecten zijn complexe projecten die een professionele aanpak vereisen. Deze tool biedt praktische tips en voorbeelden met betrekking tot procesmanagement, ter bevordering van de (interprofessionele) samenwerking in richtlijnwerkgroepen.
Voorkomen van belangenverstrenge-ling	Deze tool is opgesteld onder auspiciën van de KNAW en behelst een breed geaccepteerd formulier om de belangen van werkgroepleden in kaart te brengen en vervolgens te bespreken. Doel is om transparantie te krijgen over de belangen van de werkgroepleden.
Internationale samenwerking	Deze tool formuleert de voorwaarden voor succesvolle internationale samenwerking en noemt de zes stappen die richtlijnontwikkelaars moeten doorlopen bij internationale samenwerking.
Projectmanagement bij richtlijnontwikke-ling	De wijze van projectmanagement bij richtlijnontwikkeling is sterk van invloed op het verloop van het proces zelf en de kwaliteit van het eindresultaat. Deze tool biedt aandachtspunten, tips, handvatten en hulpmiddelen voor adequaat projectmanagement van de ontwikkeling of revisie van richtlijnen en/of afgeleide producten daarvan. De tool focust met name op vier rollen te weten de rol van de voorzitter, van de projectleider, van de initiatiefnemende partij (meestal ook opdrachtnemer/bestuurlijk verantwoordelijke) en van de stakeholders.
Opstellen van populatiespecifieke aanbevelingen	Deze tool is een checklijst die helpt bij het opstellen van zo specifiek mogelijke aanbevelingen. De tool helpt de aanbevelingen te richten op de meest voorkomende subpopulaties in de praktijk. De checklijst kan worden gebruikt zowel bij de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen als bij de herziening van bestaande richtlijnen, met het doel de aanbevelingen aan te scherpen.
Aandacht voor sekseverschillen in richtlijnontwikke-ling	In deze tool wordt aan de hand van voorbeelden uitgelegd waarom de aandacht voor sekseverschillen relevant is voor de medische praktijk. De tool beschrijft hoe dit tijdens de verschillende stappen van richtlijnontwikkeling systematisch kan worden ingebracht.
Richtlijnen en shared decision making in de praktijk	De tool beoogt de gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en patiënt te bevorderen bij het toepassen van voorkeursgevoelige richtlijnaanbevelingen in de praktijk. Ze beveelt hiervoor methodieken en strategieën aan die tot stand zijn gekomen door middel van exploratief kwalitatief onderzoek en expertopinie.

Kennislacunes in richtlijnen	Deze tool helpt om kennislacunes tijdens het proces van richtlijnontwikkeling vast te stellen en te bevorderen dat onderzoek plaatsvindt om belangrijke kennislacunes weg te nemen. Daartoe ondersteunt de tool onderzoekers en subsidiegevers bij het gericht kiezen en financieren van thema's met duidelijke relevantie voor de cliënten zorg.
Implementatie van richtlijnen	Een van de grote uitdagingen van het opstellen van richtlijnen is een realistisch plan voor het implementeren. De afgelopen jaren is duidelijk geworden dat daar veel ondersteuning bij nodig is. Deze tool geeft een checklijst van aandachtspunten bij het opstellen van een implementatieplan.
Monitoring van richtlijnen	Het is belangrijk te weten of zorgverleners werken volgens de richtlijnen. Er zijn verschillende manieren om de navolging van richtlijnen te monitoren. Deze tool is een checklijst die helpt om een plan voor monitoring op te stellen dat past bij het beoogde doel van de monitoring.
Elektronische ontsluiting van richtlijnen	Deze tool geeft een overzicht van de bestaande elektronische databases van richtlijnen in Nederland. Ze biedt tevens randvoorwaarden voor een landelijke database die de vindbaarheid en doorzoekbaarheid van richtlijnen optimaliseren.

Bijlage 4 Checklijst HARING-Tools

Checklijst bij het maken van een probleemanalyse

Een systematische aanpak om factoren die implementatie van de aanbevelingen in de richtlijn positief of negatief beïnvloeden wordt gehanteerd.

- Is er een analyse van alle betrokkenen in het implementatieproces uitgevoerd (wie is belangrijk, wie speelt welke rol).
- Zijn factoren die de verandering belemmeren of bevorderen in kaart gebracht (liefst per gepland veranderdoel):
  - bij professionals;
  - bij patiënten;
  - bij teams, in zorgprocessen;
  - in organisatorische context (staf, middelen, cultuur, leiders, enzovoort);
  - in politieke, economische, juridische context?
- Zijn factoren die een rol gaan spelen in het implementatieplan geprioriteerd?

Uitvoering van het implementatieplan

Een systematische aanpak van de verandering in de praktijk wordt gehanteerd.

- Zijn er interventies en maatregelen, gekoppeld aan de resultaten van de probleemanalyse, geselecteerd?
- Is er een planning gemaakt voor welk deel van de interventie wanneer plaatsvindt?
- Is er een verdeling in taken gemaakt (wie doet wat)?
- Is de doelgroep betrokken in het plan van verandering?
- Zijn er maatregelen voorzien om de gewenste nieuwe werkwijze ook na afloop van het project te behouden en verankeren? (Hilbink et al, 2010).

Bijlage 5 Checklijst opstellen aanbevelingen

Zijn er relevante biologische verschillen in de patiëntpopulatie die kunnen leiden tot verschillen in effectiviteit en bijwerkingen of nadelige effecten van de interventie? Denk hierbij aan de volgende factoren:

- Leeftijd (bijvoorbeeld bij behandeling atriumfibrilleren en preventie van hart- en vaatziekten)
- Geslacht (bijvoorbeeld osteoporose; zie Tool Aandacht voor sekseverschillen)
- Ras/etniciteit (bijvoorbeeld de verminderde effectiviteit van bepaalde groepen antihypertensiva bij mensen van het negroïde ras)
- Stofwisselingsstoornissen (bijvoorbeeld lactose-intolerantie bij patiënten met een glucose-6-fosfaat dehydrogenase (G6PD)-deficiëntie)

Is er sprake van relevante comorbiditeit of comedicatie die invloed heeft op de effectiviteit en bijwerkingen van de interventie?
Denk hierbij aan de volgende aspecten:

- Prevalentie van meest voorkomende comorbiditeit
- Concordante (bijvoorbeeld diabetes mellitus en hypertensie) en discordante comorbiditeit (bijvoorbeeld reuma en COPD)
- Voedingstoestand
- Verminderde nier- of leverfunctie
- Verslavingen en psychiatrische morbiditeit

Zijn er verschillen in kenmerken van de patiëntpopulatie in relatie tot de zorgsetting en het gezondheidszorgsysteem?
Denk hierbij aan de volgende kenmerken:

- Eerstelijns populatie (met of zonder poortwachterfunctie) versus tweedelijns populatie
- Ambulante versus ziekenhuispopulatie
- Acute zorg (spoedeisende hulp) versus chronische zorg
- Specialistische versus superspecialistische zorg

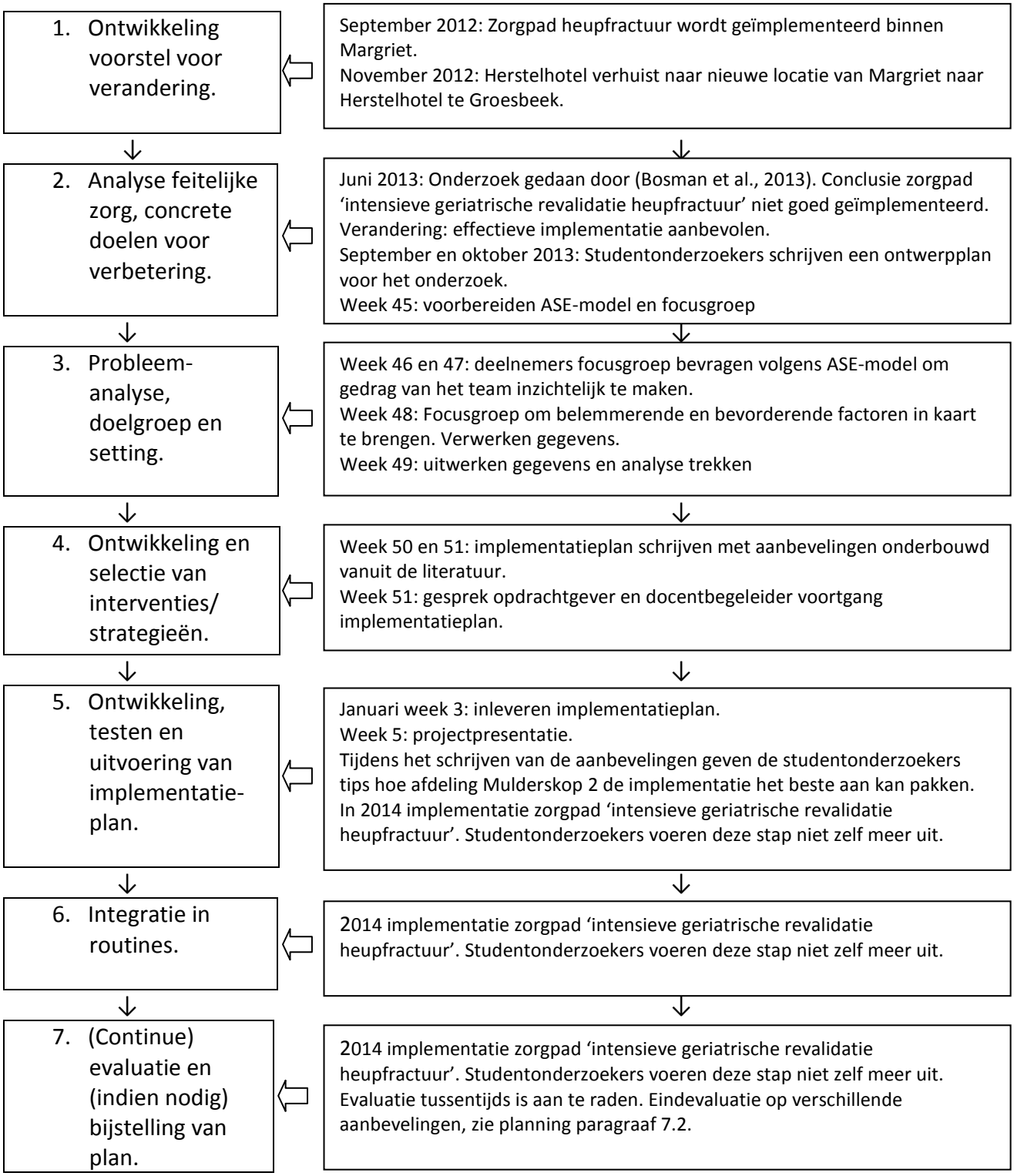
Zijn er relevante sociale of culturele verschillen in de patiëntpopulatie die de mede-werking van de cliënt/patiënt aan de interventie ('compliance') kunnen beïnvloeden?
Denk hierbij aan de volgende factoren:

- Opleidingsniveau en geletterdheid (bijvoorbeeld bij educatieve interventies)
- Werkstatus en economische draagkracht (bijvoorbeeld bij eigen bijdragen)
- Leefsituatie (bijvoorbeeld aan- of afwezigheid van mantelzorgers)
- Etniciteit (bijvoorbeeld bij psychotherapie)
- Cultuur/religie (bijvoorbeeld afwijzing van interventies door Jehovagetuigen)
- Ethische normen en waarden (bijvoorbeeld gelijkwaardigheid man/vrouw, autonomie)

(Hilbink et al, 2010)

Bijlage 6, Stroomschema onderzoek

Hieronder wordt een stroomschema weergegeven met daarin gekozen stappen op het uitgevoerde tijdstip met daarbij een motivatie voor de ondernomen stappen. Dit stroomschema is een leidraad voor het uitvoeren van het onderzoek. In de praktijk kan afgeweken worden van de aangegeven data.



Bijlage 7, Vragen ASE-model

A = Attitude

- Hoe staat u tegenover uitkomst van het vorig onderzoek?
- Wat weet u van het zorgpad? (Kennis)
- Wat is uw mening hierover?
- Hoe is deze mening ontstaan?
- Voor- en nadelen van uw eigen houding
- Wat zijn uw behoeftes met betrekking tot dit onderwerp?

S = Sociale invloed

- Wordt u herinnerd aan het zorgpad door collega's?
- Vindt u de mening van andere collega's belangrijk?
- Wat zijn uw behoeftes met betrekking tot dit onderwerp?

Duidelijk moet worden;

- Is er verschil in het werken met het zorgpad, kijkend naar de verschillende opleidingsniveaus?
- Is er sociale steun/druk? (op emotioneel, informatief en materieel niveau)
- Is er invloed van collega's en omgeving op het werken met het zorgpad? (multidisciplinair)

E = Eigen effectiviteit

- Hoe vaak gebruikt u het zorgpad en waarom wel/niet?
- Wat doet u op het moment zelf om het zorgpad te gebruiken? (welke acties ondernemen)
- Wat zouden v&v zelf kunnen doen om het zorgpad te gebruiken?
- Waar hangt dit van af?
- Bent u gevoelig voor steun/druk? Wat voor effect heeft dit op u?
- Wat zijn uw behoeftes met betrekking tot dit onderwerp?

Bijlage 8, Formulier informed consent

Informed consent

Gebruik van informatie na de focusgroep
Alle informatie uit de focusgroep wordt anoniem en vertrouwelijk verwerkt. De geluidsopname die tijdens de focusgroep gemaakt zal worden wordt alleen gebruikt om de focusgroep achteraf goed te kunnen analyseren. Ook met de opname wordt vertrouwelijk omgegaan. De opname wordt niet gebruikt voor andere doeleinde dan het onderzoek en de studentonderzoekers verwijderen de opname nadat het onderzoek is afgerond.

Handtekening M. M. G. van Tongeren Handtekening C. J. P. M. Wijsbeck

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en ga akkoord:

Naam:

Geboorte datum:

Functie:

Handtekening:

Bijlage 9, Focusgroep

Inleiding (5 min)
- Wie zijn wij? (voorstellen)
- Onderwerp en doel van het onderzoek en de focusgroep
- Waarom deelname deze respondenten
- Thema's focusgroep (zorgpad, belemmerende en bevorderende factoren)
- Tijd focusgroep (1u)
- Maken van audio-opname
- Garantie anonimiteit + ondertekenen formulier Informed consent

Uitvoering (45 min)
- Volgens topiclijst

Afronding (10 min)
- Samenvatting geven (checken of gegevens kloppen)
- Gelegenheid voor deelnemers tot stellen van vragen
- Bedanken voor deelname

Topiclijst

1. Achtergrondinformatie respondent
- Naam en leeftijd
- Functie en opleidingsniveau
- Aantal jaar werkervaring op de afdeling/binnen het herstelhotel
- Omschrijf in korte woorden: algemene ervaring met het werken volgens het zorgpad (eerste beeld dat bij jullie opkomt) en hoe kijken jullie tegen het zorgpad aan? (positief/negatief)

2. Resultaten ASE-analyse
- Resultaten ASE-analyse. Hoe kijken jullie tegen deze resultaten aan?

3. Bevorderende en belemmerende factoren
- Wat is jullie mening over het zorgpad. Waar is deze op gebaseerd en hoe is dit gevormd?
- Wat is positief aan het zorgpad?
- Welke belemmerende factoren ervaren jullie in het werken met het zorgpad?
- Welke bevorderende factoren ervaren jullie in het werken met het zorgpad?
- Hoe ervaren jullie de samenwerking binnen het zorgpad, zowel met eigen als andere disciplines?
- Welke behoeftes hebben jullie bij het gebruik van het zorgpad?

4. Afsluiting
- Wat zijn de drie belemmerende en bevorderende factoren die volgens jullie de grootste rol spelen in het werken met het zorgpad?
- Wat zou de organisatie volgens jullie moeten doen om het werken volgens het zorgpad te verbeteren/optimaliseren?
- Samenvatting geven, is deze volledig? (Boeije, 2005)

Bijlage 10, Uitwerking ASE-model en audio-guide focusgroep

(cd-rom)