

KWALITATIEF ONDERZOEK TER VERBETERING VAN HET CONCEPT HOSPITAL IMPLEMENTATION TOOL FOR NURSES (HIT-4-NURSES).



ROBIN DE JONG

1722398

HET ADVIES

GVE-4.AIB-17

MARLIES SCHRIJVERS

04-01-2021

3711 WOORDEN

Inhoud

Samenvatting.....	3
1. Inleiding	4
2. Methode	6
3. Resultaten.....	9
4. Discussie en conclusie	12
5. Het advies	14
Literatuurlijst	15
Bijlage	18
Bijlage A, HIT-4-Nurses	18
Bijlage B, Zoekplan	25

SAMENVATTING

INTRODUCTIE

Optimale patiëntenzorg wordt vaak niet bereikt, doordat nieuwe innovaties niet of onvoldoende geïmplementeerd worden binnen de verpleegkunde. Bestaande implementatiehulpmiddelen zijn generiek en daarbij onnodig complex en omvangrijk voor verpleegkundigen op een verpleegafdeling. Om verpleegkundigen te helpen om het succes van een implementatieproces te vergroten, is het concept Hospital Implementation Tool for Nurses ontwikkeld (HIT-4-nurses). Het doel van dit onderzoek is om percepties van verpleegkundigen te verkrijgen over het concept HIT-4-nurses

METHODE

In dit kwalitatieve onderzoek zijn vier focusgroep discussies ($n = 17$) en vier interviews ($n = 4$) gehouden om te achterhalen wat verpleegkundigen op de afdeling neurologie vonden van het HIT-4-nurses. De focusgroep discussies en interviews zijn getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd volgens inductieve inhoudsanalyse.

RESULTATEN

Verpleegkundigen hebben vier percepties op het HIT-4-nurses: (1) het HIT-4-nurses geeft inzicht, maar is nog niet voldoende gebruiksvriendelijk, (2) het HIT-4-nurses moet aanpasbaar zijn aan de individuele behoeften, (3) Het HIT-4-nurses moet aandacht besteden aan de rol van de implementatieleider en (4) het HIT-4-nurses moet meer aandacht besteden aan het vroegtijdig betrekken van de doelgroep.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Uit deze verpleegkundige percepties blijkt dat het HIT-4-nurses inzicht geeft in het implementatieproces, maar dat verbeteringen noodzakelijk zijn om de bruikbaarheid te vergroten.

ADVIES

De belangrijkste adviezen ten aanzien van het HIT-4-nurses zijn: het digitaliseren, het individualiseren en de inhoud verduidelijken en aanvullen. Verder onderzoek is nodig om de gebruikerservaringen, van verpleegkundigen die het HIT-4-nurses gebruiken, te verzamelen.

1. INLEIDING

De patiëntenzorg veroudert steeds sneller met de toename van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek (Wensing & Grol, 2017, p. 3). In 2019, is het aantal wetenschappelijke onderzoeken binnen de verpleegkunde met enkele tienduizenden toegenomen (range 10.000 – 80.000). Met de recente oprichting van het Wetenschappelijk College Verpleegkunde is de verwachting dat dit in hoeveelheid gaat toenemen (V&VN, 2018).

Een groot deel van wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg vindt niet zijn weg naar de praktijk, zelfs niet als dit een duidelijke meerwaarde heeft boven de huidige praktijk (Robichaud-Ekstrand, 2016; Wensing et al, 2010; Westerlund, Sundberg, & Nilsen, 2019). Minder dan 50% van de innovaties haalt het tot algemeen gebruik in de gezondheidszorg en het duurt gemiddeld zeventien tot twintig jaar voordat een innovatie wordt ingevoerd (Bauer & Kirchner, 2020). De kloof tussen wetenschappelijke kennis en de toepassing in de praktijk wordt de research-practice gap genoemd (Leach & Tucker, 2017; Westerlund et al., 2019).

De samenleving verwacht van verpleegkundigen dat zij goede kwaliteit van zorg bieden en dat handelingen bewezen en aantoonbaar nuttig en effectief zijn (Girmay, Marye, Haftu, G/her, Brhanu, & Gerense, 2018; Speksnijder, 2015, p. 149; Reck, 2013). In het onderzoek van Verkerk et al. (2018) worden 66 verpleegkundige handelingen beschreven die niet bijdragen aan goede patiëntenzorg. Eén van deze ‘beter laten’ aanbevelingen is dat de blaas bij patiënten met een katheter niet routinematig gespoeld mag worden zonder medische noodzaak (V&VN, 2020). Wanneer dit wel gebeurt, stijgen de zorgkosten en worden patiënten onnodig belast met mogelijk lichamelijke en/of psychische klachten als gevolg (Brownlee et al., 2017).

Om optimale patiëntenzorg te bieden is het belangrijk dat kennis uit onderzoek snel wordt toegepast in de dagelijkse praktijk (Kristensen, Nymann, & Konradsen, 2016). In het opleidingsprofiel voor verpleegkundigen staat dat de verpleegkundige voortdurend en actief in staat is om evidence-based practice (EBP) te zoeken, toe te passen en te delen met collega's (Lamberts, Grotendorst, & Merwijk, 2015, p. 28). Toch lukt het verpleegkundigen vaak niet om EBP te implementeren onder directe collega's (Van Achterberg, Schoonhoven en Grol, 2008; Speksnijder, 2015, p. 170). Dit kan komen doordat de innovatie niet effectief of toepasbaar is, de doelgroep niet bereid is om te veranderen, of financiële- en organisatorische belemmeringen (Bauer & Kirchner, 2020; Rycroft-Malone, 2004; Wensing & Grol, 2017, p. IX). Ook hebben verpleegkundigen niet de tijd en vaardigheden om een implementatie succesvol te leiden; verpleegkundigen krijgen geen scholing over implementatie en hebben onvoldoende tijd om het implementatieproces te doorlopen (Nilsen, Neher, Ellström, & Gardner, 2017; Westerlund et al., 2019). Zij delen hun kennis of innovatie eenmalig met collega's zonder gebruik te maken van een implementatieplan. Dit terwijl een goed gepland proces belangrijk is voor het slagen van een implementatie (Wensing & Grol, 2017, p. 45).

Verpleegkundigen kunnen gebruik maken van verschillende generieke implementatiehulpmiddelen/-modellen. Het Iowa model biedt een schematisch overzicht, maar basiskennis over implementatie is noodzakelijk om het te gebruiken (Iowa Model Collaborative, 2017). Het implementatiemodel van Wensing en Grol (2017) biedt achtergrondkennis over implementatie, maar is niet specifiek gericht aan verpleegkundigen. Ook het stappenplan van ZonMW (2019) is niet specifiek gericht aan verpleegkundigen, waardoor er veel overbodige informatie in staat. Vanwege deze nadelen is besloten om met behulp van literatuur het Hospital Implementation Tool for Nurses (HIT-4-nurses) te ontwikkelen, en het succes van een implementatie op kleine schaal te vergroten (Malterud, Aamland & Riis Iden, 2018). Het HIT-4-nurses is opgenomen in Bijlage A.

Het doel van dit onderzoek is om percepties van verpleegkundigen te verkrijgen ter verbetering van het concept Hospital Implementation Tool for Nurses. Hierdoor kunnen verpleegkundigen met meer succes innovaties implementeren, ten gunste van de kwaliteit van zorg voor de patiënt. De bijbehorende vraagstelling is: welke percepties hebben verpleegkundigen in het ziekenhuis over het concept Hospital Implementation Tool for Nurses?

Begrip	Definitie
Evidence -based practice	Het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen met individuele cliënten (en/of naasten) over goede of gewenste zorg of behandeling. Munten, Verhoef en Kuiper (2016, p. 15). De term EBP wordt niet alleen gebruikt voor het nemen van beslissingen voor een individuele patiënt, maar ook voor de ontwikkeling van richtlijnen en procedures voor groepen patiënten of zorgverleners (De Groot, Van der Wouden, Van Hell, & Nieweg, 2013).
Innovatie	Innovatie wordt omschreven als iets nieuws, of ontvangen als iets nieuws, dat het potentieel heeft om veranderingen te stimuleren (Weberg, 2009).
Implementatie	Een reeks geplande, bewuste activiteiten die gericht zijn op het in de praktijk brengen van evidence-informed beleid en handelingen in de dagelijkse zorgpraktijk (European Implementation Collaborative, z.d.).

2. METHODE

ONDERZOEKSDESIGN

Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek middels focusgroep discussies en individuele interviews, waarbij de deelnemers één week voor aanvang het HIT-4-nurses kregen uitgereikt. Focusgroepen zijn geschikt om de deelnemers met elkaar in discussie te laten gaan bij het genereren van nieuwe ideeën voor het HIT-4-nurses (De Jong et al., 2016, p. 185). Vanwege onvoldoende verkregen data bij de focusgroepen is de onderzoeker (RdJ) overgestapt op het houden van individuele interviews om meer diepgaande gegevens te verzamelen (Baarda et al., 2018, p. 276; Bakker, 2014, p. 92; Evers, 2015).

ONTWIKKELING VAN HET HOSPITAL IMPLEMENTATION TOOL FOR NURSES

De onderzoeker (RdJ) heeft het HIT-4-nurses ontwikkeld door het samen te stellen uit verschillende valide implementatiemodellen (Iowa Model Collaborative, 2017; Porritt, McArthur, Lockwood, & Munn; Rycroft-Malone, 2004; ZonMw, 2019) met het implementatiemodel van Wensing en Grol (2017) als basis. Het HIT-4-nurses is ontwikkeld voor verpleegkundigen die kleinschalige innovatie willen implementeren op afdeling waar zij werkzaam zijn. Dat betekent dat de inhoud is aangepast, zodat het weinig tijd kost om de stappen te doorlopen en om het gebruik te vergemakkelijken. Daarnaast zijn delen die van toepassing waren op maatschappelijk- of organisatieniveau weggelaten. Hieronder vallen bijvoorbeeld implementaties op landelijk en regionaal niveau, maar ook de financiële strategieën en regelgeving.

Stappen in HIT-4-nurses

Stap 1.	Voorstel voor verandering
Stap 2.	Huidige situatie
Stap 3.	Doelgroep
Stap 4.	Implementatiestrategie
Stap 5.	Uitvoering
Stap 6.	Behouden van de verandering
Stap 7.	Evaluatie

SETTING

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in oktober 2020 met verpleegkundigen van de afdeling neurologie in het een topklinisch ziekenhuis.

DOELGROEP

De steekproef betreft een gelegenheidssteekproef waarbij de deelnemers zijn uitgenodigd op basis van het werkrooster (Bakker, 2014, p. 81). Hierbij is rekening gehouden met variatie op opleidingsniveau (HBO, MBO of student). Vanwege de hoge werkdruk op de afdeling konden uiteindelijk maximaal vier tot vijf verpleegkundigen deelnemen aan de focusgroepen. Bij de individuele interviews zijn verpleegkundigen uitgenodigd die minimaal één ervaring hadden met implementeren. De leeftijd en werkervaring zijn achteraf bij de respondenten opgevraagd. Leidinggevenden en verpleegkundig specialisten waren geëxcludeerd van deelname aan dit onderzoeken, omdat het HIT-4-nurses is gebaseerd op de bottom-up strategie (Wensing & Grol, 2017, p. 10/11). Hierbij doorlopen verpleegkundigen het implementatieproces zonder directe aansturing vanuit de leiding of het management. Vanwege de beperkte periode waarin dit onderzoek werd uitgevoerd, was het vooraf duidelijk dat datasaturatie niet bereikt ging worden (Baarda et al., 2018, p. 120). Respondenten hadden één week voor aanvang via e-mail een informatiebrief en een informed consent formulier ontvangen met de vraag of ze wilden deelnemen en het HIT-4-nurses wilden doorlezen. Bij aanvang van de focusgroep discussies en individuele interviews was gelegenheid om de deelname te bevestigen of af te wijzen, waarbij de deelnemende verpleegkundigen het informed consent formulier hadden ondertekend. Hierin hebben ze onder andere toestemming gegeven tot het verzamelen van gegevens en publicatie van de geanonimiseerde gegevens.

DATAVERZAMELING

De onderzoeker (RdJ) heeft vooraf een topiclijst opgesteld om richting te geven aan de focusgroep discussies en de individuele interviews (Box 1). Uit de topiclijst zijn open, neutrale vragen geformuleerd die gecontroleerd zijn door een medestudent en de opdrachtgevers. De belangrijkste topic betrof validatie van de implementatiestrategieën en de bevorderende en belemmerende factoren van het HIT-4-nurses (Wensing & Grol, 2017, p. 60-61). Om bij de interviews meer diepgaande gegevens te verzamelen heeft de onderzoeker de deze topic opgedeeld (Evers, 2015); bij de helft lag de nadruk op validatie van de bevorderende en belemmerende factoren en bij de andere helft op validatie van de implementatiestrategieën in het HIT-4-nurses.

Box 1. Topiclijst

- Ervaringen met implementatie
 - Mening over het HIT-4-nurses
 - Ideeën en adviezen voor verandering
- Validatie door respondenten over:
- De bevorderende en belemmerende factoren
 - De implementatiestrategieën

De focusgroep discussies en individuele interviews zijn geleid door één onderzoeker (RdJ) en met toestemming van de deelnemende verpleegkundigen opgenomen met een audiorecorder en pragmatisch getranscribeerd (Evers, 2015). Om dit zonder verstoringen te laten plaatsvinden was een aparte ruimte ingericht en voorzien van een 'niet storen' bericht op de deur. De onderzoeker had zich vooraf verdiept in interviewtechnieken, met name op actief luisteren, zodat de focusgroepen en interviews rijk aan informatie zouden zijn (Evers, 2015). Omdat de onderzoeker tevens het HIT-4-nurses heeft ontwikkeld, behield hij tijdens de focusgroep discussies en individuele interviews een open houding en formuleerde een neutrale vraagstelling; dit om te voorkomen dat respondenten zich conformeerde aan de mening van de onderzoeker met het risico op vertekening van de resultaten. Om de interne validiteit te vergroten kregen de deelnemers van de interviews de gelegenheid om het transcript van hun eigen interview door te lezen en van opmerkingen te voorzien (Evers, 2015). Bij de focusgroepen was dit niet mogelijk omdat de privacy niet kon worden gewaarborgd.

DATA-ANALYSE

De data-analyse is gedaan volgens inductieve inhoudsanalyse (Boeije & Bleijenbergh, 2019). De focusgroep discussies zijn getranscribeerd en open-, samenvattend gecodeerd (Baarda et al., 2018, p. 255). Vervolgens zijn de codes in een Microsoft Excel bestand (versie 2011) axiaal gecodeerd middels de boomstructuur (Baarda et al., 2018, p 263). Nieuwe vragen die ontstaan zijn uit de codeboom zijn gebruikt voor de verbetering van de vragen voor de interviews. Vervolgens zijn dezelfde stappen doorlopen met de interviews. Het verzamelen en open-axiaal coderen van de focusgroep discussies en de interviews heeft gescheiden van elkaar plaatsgevonden om te voorkomen dat data uit de interviews gestuurd werd richting de bestaande codes uit de focusgroepen. Vervolgens zijn de codes in de boomstructuur van de focusgroepen en interviews samengevoegd en geanalyseerd waarbij hoofdthema's zijn geselecteerd. Ter controle zijn de thema's getoetst aan de codes uit één uitgewerkte focusgroep discussie en één interview (Baarda et al., 2018, p. 267).

ETHISCHE ASPECTEN

In het kader van privacy heeft de onderzoeker zich gehouden aan de Checklist zorgvuldigheid persoonsgebonden data (Bijlage B). Alle transcripties en gegevens in dit onderzoek zijn geanonimiseerd en alleen voor de onderzoeker herleidbaar. De audio-opnames zijn na het transcriberen verwijderd, maar de geanonimiseerde transcripties zijn beveiligd opgeslagen bij het opleidingsinstituut. Bij dit onderzoek waren geen patiënten direct of indirect betrokken waardoor medisch-ethische toetsing niet van toepassing was. Dit onderzoek vond plaats op vrijwillige basis in samenwerking met de afdeling neurologie. De onderzoeker en opdrachtgever hebben belang bij een

kwalitatief hoogwaardig hulpmiddel voor toekomstig gebruikt. Belangenverstrengeling vanuit de onderzoeker zijn weergegeven bij dataverzameling. Informed consent is beschreven bij doelgroep.

3. RESULTATEN

Bij de vier focusgroep discussies deden zeventien van de 34 uitgenodigden verpleegkundigen (50%) mee aan het onderzoek; vier tot vijf verpleegkundigen per focusgroep. De anderen konden niet

Tabel 1. Demografische gegevens (N = 21)

Focusgroepen		Respondenten (n = 17)
Geslacht:	Man	2 (12%)
	Vrouw	15 (88%)
Leeftijd*:	18-22	6 (35%)
	23-27	5 (29%)
	28-32	4 (24%)
	33-37	1 (6%)
	38-42	-
	43-47	1 (6%)
Opleiding:	MBO	6 (35%)
	HBO i.o.	3 (18%)
	HBO	8 (47%)
Werkervaring*:	0-4	10 (59%)
	5-9	2 (12%)
	10-14	3 (18%)
	15-19	1 (6%)
	20-24	1 (6%)

deelnemen vanwege een te hoge werkdruk op de afdeling. Bij de individuele interviews deden alle (n = 4) genodigden verpleegkundigen mee aan het onderzoek. De leeftijd van de respondenten varieerde van achttien tot 45 jaar (mediaan 26 jaar). De werkervaring varieerde van één maand tot 22 jaar (mediaan vier jaar). Van de verpleegkundigen was 52% HBO opgeleid (n = 11), 33% MBO opgeleid (n = 7) en 14% MBO opgeleid, maar intern in opleiding tot HBO verpleegkundige (n = 3). Vanwege de samenstelling op de afdeling vertegenwoordigden mannen 10% van de respondenten (n = 2). De demografische gegevens van de deelnemende verpleegkundigen zijn weergegeven in Tabel 1.

Interviews	Geslacht	Leeftijd*	Opleiding	Werkervaring*
1	Vrouw	28-32	MBO	10-14
2	Vrouw	23-27	HBO	0-4
3	Vrouw	23-27	HBO	0-4
4	Vrouw	23-27	HBO	0-4

* Leeftijd en werkervaring wordt weergegeven in jaren.

De algemene perceptie onder respondenten is dat het HIT-4-nurses inzicht geeft in het implementatieproces, maar dat verbeteringen noodzakelijk zijn om de bruikbaarheid te vergroten. De resultaten worden beschreven in vier percepties die invloed hebben op het toekomstig gebruik van het HIT-4-nurses. Twee percepties gaan over de toepassing van het HIT-4-nurses: (1) het HIT-4-nurses geeft inzicht, maar is nog niet voldoende gebruiksvriendelijk en (2) het HIT-4-nurses moet aanpasbaar zijn aan de individuele behoeften. De twee andere percepties gaan over de inhoud van het HIT-4-nurses: (3) Het HIT-4-nurses moet aandacht besteden aan de rol van de implementatieleider en (4) het HIT-4-nurses moet meer aandacht besteden aan het vroegtijdig betrekken van de doelgroep. Deze percepties zijn gevisualiseerd in Figuur 1. Gedetailleerde uitspraken van de respondenten zijn beschreven in Tabel 2.



Figuur 1. Schematische weergave van de percepties van verpleegkundigen op het HIT-4-nurses.

(1) HET HIT-4-NURSES GEEFT INZICHT, MAAR IS NOG NIET VOLDOENDE GEBRUIKSVRIENDELIJK.

Volgens de meeste respondenten gaf het HIT-4-nurses hen inzicht, handvatten en structuur aan het implementatieproces. De stappen werden ervaren als logisch: als een 'mooie rode lijn'. Ook zou het de implementatieleider laten nadenken over bevorderende en belemmerende factoren waar hij of zij nog niet over had nagedacht. Eén respondent gaf aan het HIT-4-nurses te gebruiken om uit te zoeken waar het mis ging in het implementatieproces. Ook werd aangegeven dat het HIT-4-nurses helpt om het implementatieproces bespreekbaar te maken met de doelgroep en eventueel een mede-implementatieleider.

De meeste respondenten vonden het HIT-4-nurses omvangrijk en complex. Naast de verwachte tijdsinvestering, ervoeren ze dit als een belemmering om het te gebruiken. Specifiek werd dit genoemd bij kleine implementaties die niet meer tijd mogen kosten dan de voorbereiding. Zo verklaarden twee verpleegkundigen: 'als het te groot is, dan ontmoedig mij dat' en 'voor nu vind ik het er nog een beetje ingewikkeld uit zien'. De voorbereidingstijd zit voornamelijk in de hoeveelheid leeswerk, zoekwerk, administratie en overleg. Een mogelijke verklaring voor de hoeveelheid leeswerk en zoekwerk zijn de dubbele en onduidelijke vragen in de inventarisatie. De respondenten hebben wel de bevorderende en belemmerende factoren en implementatiestrategieën gevalideerd, maar zij gaven aan dat de subjectieve vraagstelling het niet altijd duidelijk maakt of de vragen beantwoord moeten worden op gevoel, ervaring of met literatuur. Drie respondenten zouden de vragen voornamelijk beantwoorden op gevoel en ervaring. Zij gaven aan dat de subjectieve vraagstelling het HIT-4-nurses breder inzetbaar maakt en dat ze het iets sneller konden doorlopen dan vooraf bedacht.

Het digitaliseren van het HIT-4-nurses werd enkele keren genoemd als manier om het gebruiksvriendelijker te maken. De aangegeven redenen waren dat de omvang zou kunnen afnemen en dat het waarschijnlijk minder tijd zou kosten om het te gebruiken. Hoeveel tijd het gebruik van het HIT-4-nurses zou kosten wordt niet duidelijk: ('ik heb geen idee hoeveel tijd het (*HIT-4-nurses*) gaat kosten om het door te lopen'). Eén respondent gaf aan een papieren versie fijner te vinden, omdat het prettiger werkt en om het proces inzichtelijk te maken aan de doelgroep. Een andere respondent gaf aan dat het fijn zou zijn als beide opties tot de mogelijkheid behoren.

(2) HET HIT-4-NURSES MOET AANPASBAAR ZIJN AAN DE INDIVIDUELE BEHOEFTE.

Hoe het HIT-4-nurses gebruikt wordt hangt af van de verpleegkundige die het gebruikt. Zo gaven twee respondenten met een ervaring als implementatieleider aan, dat ze graag zonder sturing zelf creatieve strategieën en plannings maken voor het implementatieproces. Twee andere respondenten geven aan de sturing in de implementatie strategieën heel fijn te vinden: 'als je dit zelf moet gaan doen, kost mega veel tijd'. Daarbij geven ze ook aan de sturing enigszins te missen in stap vijf, de planning en uitvoering. Een andere respondent maakt dit ook duidelijk: 'De ene heeft echt behoefte aan heel veel praktische voorbeelden, hulp en coaching hierin. En de ander die wil graag vrij denken . . .'. Dit voorbeeld geeft aan dat verpleegkundigen tegenstrijdige behoeften hebben betreft het HIT-4-nurses.

(3) HET HIT-4-NURSES MOET AANDACHT BESTEDEN AAN DE ROL VAN DE IMPLEMENTATIELEIDER.

Het HIT-4-nurses besteedt geen aandacht aan de taken en de competenties van de implementatieleider bij het implementatieproces. Respondenten gaven aan dat de implementatieleider een belangrijke rol speelt bij het slagen van een implementatie en dat de implementatieleider in het begin verantwoordelijk is voor het enthousiasmeren, motiveren en

Tabel 2. Quotes van respondenten op het HIT-4-nurses

het HIT-4-nurses geeft inzicht, maar is nog niet voldoende gebruiksvriendelijk. ‘Ik denk wel dat het overzichtelijk is wat je implementeert en hoever je daarmee bent’. Maar: ‘het is een vrij groot plan, het was voor mij ook wel zo’n beetje een last’.	het HIT-4-nurses moet aanpasbaar zijn aan de individuele werkwijze. ‘De ene heeft echt behoefte aan heel veel praktische voorbeelden, hulp en coaching hierin. En de ander die wil graag vrij denken . . .’.
Het HIT-4-nurses moet aandacht besteden aan de rol van de implementatieleider. ‘En daar zit echt in dat de implementator echt een goede coachingstechnieken moet bezitten en goede gespreks-communicatie technieken... daar staat of valt ook alles bij’.	In het HIT-4-nurses moet meer aandacht besteden aan het vroegtijdig betrekken van de doelgroep. Ik denk ook wel meer het team meenemen in wat er gaande is en wat je wilt gaan implementeren, want soms dan is het boem bats: sinds vandaag doen we doen we mee aan dit onderzoek . . . waardoor je denk ook minder mensen mee krijgt’.

aansturen op het gebruik bij de doelgroep. In bijna alle focusgroep discussies en individuele interviews werd aangegeven dat het als implementatieleider lastig is om achterblijvers mee te krijgen in het implementatieproces. Zo gaf een respondent aan dat het belangrijk is dat de implementatieleider mensenkennis heeft en kennis heeft over de theorie van implementeren. Een andere respondent gaf aan dat coachingstechnieken en communicatievaardigheden cruciaal zijn voor het slagen van een implementatieproces. Eén respondent gaf aan als kanttekening dat er vaak geen keuze is wie de implementatieleider is.

(4) HET HIT-4-NURSES MOET MEER AANDACHT BESTEDEN AAN HET VROEGTIJDIG BETREKKEN VAN DE DOELGROEP.

In het HIT-4-nurses wordt de doelgroep betrokken bij stap vijf, de uitvoering. De meeste respondenten gaven aan dat vroegtijdig in gesprek gaan met de doelgroep over de innovatie (consensus bereiken), het draagvlak binnen de doelgroep vergroot. Ze gaven aan dat ze graag vroegtijdig betrokken zouden willen worden, zodat ze de noodzaak van de innovatie beter begrijpen. Bijkomend vonden ze het ook prettig om inzicht te krijgen in het implementatieplan en -proces (draagvlak vergrotend). Een innovatie met minimale vooraankondigingen zou bij hen veel weerstand oproepen, zeker als die vanuit het management was afgedwongen.

4. DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Het HIT-4-nurses geeft inzicht in het implementatieproces, maar verbeteringen zijn noodzakelijk om de bruikbaarheid te vergroten. Dit is bepaald door vier verpleegkundige perceptie op het HIT-4-nurses: (1) het HIT-4-nurses geeft inzicht, maar is nog niet voldoende gebruiksvriendelijk, (2) het HIT-4-nurses moet aanpasbaar zijn aan de individuele behoeften, (3) Het HIT-4-nurses moet aandacht besteden aan de rol van de implementatieleider en (4) het HIT-4-nurses moet meer aandacht besteden aan het vroegtijdig betrekken van de doelgroep. Door de doelgroep vroegtijdig inzicht en inspraak te geven in de innovatie, wordt het draagvlak vergroot. Ook de competenties van de implementatieleider, zoals communicatieve vaardigheden, zijn van belang. Goede communicatieve vaardigheden en een groot draagvlak vergroten het succes van een implementatie. Met deze verbeteringen kan HIT-4-nurses meer bijdragen aan een succesvol implementatieproces. Echter zal de omvang verder toenemen met deze toevoegingen. Verpleegkundigen ervaren het HIT-4-nurses nu al als omvangrijk, complex en arbeidsintensief. Dat betekent dat verbeteringen betreft de omvang noodzakelijk zijn. Echter mogen deze verbeteringen van het HIT-4-nurses niet leiden tot een vermindering in nieuwe inzichten en informatie die het implementatieproces bevorderen. Om toch verbeteringen betreft de omvang mogelijk te maken zou de inhoud aanpasbaar moet zijn aan de individuele behoeften. Verpleegkundigen hebben namelijk tegenstrijdige behoeften betreft de inhoud. Een mogelijkheid zou zijn om HIT-4-nurses te digitaliseren waarbij het aangepast kan worden aan de individuele behoeften. Verpleegkundigen geven namelijk aan dat de omvang en tijdsinvestering kan verminderen door het HIT-4-nurses te digitaliseren.

Een limitatie van dit onderzoek is dat datasaturatie niet is bereikt, vanwege de beperkte periode waarin dit onderzoek heeft plaatsgevonden (Baarda et al., 2018, p. 120). Ondanks de gelegenheidssteekproef zijn respondenten betreft demografische gegevens redelijk representatief voor de afdeling waar zij werkzaam zijn; alleen MBO verpleegkundigen waren licht ondervertegenwoordigd. Wel kan de gelegenheidssteekproef nog vertekend zijn vanwege de hoge werkdruk op de afdeling, waardoor de helft van de verpleegkundigen niet konden deelnemen (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-Van Doorn, & Rosendal, 2018, p. 106). Uit de focusgroep discussies is minder rijke data verzameld dan uit de individuele interviews. Dit komt doordat veel respondenten uit de focusgroepen zich niet hadden verdiept in het HIT-4-nurses. Alle respondenten van de individuele interviews hadden zich wel verdiept. Een laatste limitatie is dat tijdens de focusgroep discussies geen secondant aanwezig was, waardoor de mogelijkheid bestond dat respondenten hun mening conformeerde aan de mening van andere respondenten (Evers, 2015). Ondanks een relatief abstracte vraagstelling zijn de resultaten niet generaliseerbaar naar andere afdelingen in het ziekenhuis, omdat dit onderzoek alleen plaats vond op de afdeling neurologie (Bakker, 2014, p. 57). Ook zijn de resultaten niet generaliseerbaar naar neurologie-afdelingen in andere ziekenhuizen; verpleegkundigen hebben daar andere ervaringen met implementatie.

Het is voor patiënten belangrijk dat innovaties met meer succes worden geïmplementeerd, zodat de kwaliteit van de zorg toeneemt. Omdat veel verpleegkundigen nog niet over voldoende kennis en vaardigheden beschikken om een innovatie succesvol te implementeren, is het belangrijk dat zij daarvoor hulpmiddelen gebruiken (Nilsen, Neher, Ellström, & Gardner, 2017; Westerlund et al., 2019). Het volledige HIT-4-nurses is niet voldoende gebruiksvriendelijk. Wel zijn bevorderende en belemmerende factoren en implementatie strategieën zijn gevalideerd, waardoor verpleegkundigen het HIT-4-nurses kunnen gebruiken als naslagwerk bij implementaties. Een toename van geslaagde implementaties zal uiteindelijk leiden tot betere patiënten zorg (Kristensen, Nymann, & Konradsen, 2016).

Middels de resultaten uit dit onderzoek kan het HIT-4-nurses verbeterd worden. Westerlund et al. (2019) geven aan dat de focus moet liggen op de ontwikkeling en evaluatie van gebruiksvriendelijke hulpmiddelen. Om dit te bereiken moet het HIT-4-nurses verder verbeterd worden met de gebruikerservaringen van verpleegkundigen op verschillende verpleegafdelingen in verschillende ziekenhuis. Vervolgens kan het HIT-4-nurses gevalideerd worden middels kwalitatief onderzoek, zodat het HIT-4-nurses als effectief hulpmiddel kan worden ingezet bij implementaties door verpleegkundigen.

CONCLUSIE

Na de ontwikkeling van het HIT-4-nurses was dit onderzoek bedoeld om verpleegkundige percepties te verkrijgen over het HIT-4-nurses. Ondanks dat datasaturatie niet bereikt is, geven verpleegkundigen aan dat het HIT-4-nurses inzicht geeft in het implementatieproces, maar dat verbeteringen noodzakelijk zijn om de bruikbaarheid te vergroten. Dit is bepaald door vier percepties op het HIT-4-nurses; twee over het toepassing en twee over de inhoud. Deze percepties kunnen gebruikt worden om het HIT-4-nurses te verbeteren.

5. HET ADVIES

Goede zorg is voor patiënten erg belangrijk. De verpleegkundigen op de afdeling neurologie verbeteren de kwaliteit van zorg onder andere door succesvolle implementaties. Om dat succes te vergroten is het belangrijk dat de verpleegkundigen een implementatiehulpmiddel gaan gebruiken. Het HIT-4-nurses is nog niet in de praktijk gebruikt en in de huidige vorm is het nog niet voldoende gebruiksvriendelijk. Maar omdat veel verpleegkundigen op de afdeling neurologie ondertussen enige kennis hebben van het HIT-4-nurses, zouden zij het wel kunnen gebruiken als naslagwerk om inzicht te bieden in het implementatieproces. Hierbij zou het bijvoorbeeld gebruikt kunnen worden bij afdelingsbrede implementaties en implementaties vanuit de expertteams. Het verpleegkundig afdelingshoofd van de afdeling neurologie (opdrachtgever) zou hierin kunnen faciliteren door de verpleegkundige het HIT-4-nurses aan te bieden.

Intussen zal de ontwikkelaar van het HIT-4-nurses gedetailleerd moeten gaan kijken naar de inhoud van het HIT-4-nurses. Waar respondenten onduidelijkheden aangaven, zal dit verder verduidelijkt moeten worden. Overbodige informatie en vragen zullen uit het HIT-4-nurses verwijderd moeten worden waardoor ook de omvang afneemt. Omdat binnen de implementatiewetenschap veel onderzoek plaats vindt, is het belangrijk dat nieuwe resultaten verwerkt worden in het HIT-4-nurses (Wensing et al, 2010, p. 20). Dit zorgt ervoor dat het HIT-4-nurses door de tijd actueel en functioneel blijft. Verder zal in het HIT-4-nurses aandacht besteedt moeten worden aan het vroegtijdig betrekken van de doelgroep en de rol van de implementatieleider. Beide zijn belangrijk voor het verhogen van de slagingskans van een implementatie (ZonMw, 2019).

Nadat de inhoud van het HIT-4-nurses verbeterd is, is de volgende stap het digitaliseren van het HIT-4-nurses. Het digitaliseren van het HIT-4-nurses is een complex en tijdrovend proces dat in samenwerking met de Chief Nursing Information Officer (CNIO) op ziekenhuisniveau zal moeten plaatsvinden (ICT&health, 2019). Het afdelingsmanagement van de afdeling neurologie kan dat proces versnellen middels een positieve aanbeveling aan de CNIO. In de digitale versie van het HIT-4-nurses moet rekening gehouden worden met de individuele behoefte van de verpleegkundige. Zo moet alleen informatie getoond worden waar de verpleegkundige behoefte aan heeft. Om dit te bewerkstelligen zou een verpleegkundige vooraf moeten selecteren hoe groot de innovatie is en moeten selecteren wat zijn of haar ervaringsniveau is betreft implementatieprojecten. Met deze methode blijft extra uitleg en sturing verborgen voor degene die daar geen behoefte aan hebben. Wel moet deze informatie beschikbaar blijven mocht de verpleegkundige in een later stadium daar wel behoefte aan hebben. Dit voorbeeld is één van de mogelijkheden om de omvang van het HIT-4-nurses te beperken.

LITERATUURLIJST

- Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & Van der Velde, T. (2018). *Basisboek Kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (4^e druk). Utrecht: Noordhoff Uitgevers Groningen
- Bauer, M.S., & Kirchner, J. (2020). Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Research*, 283. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (3^e druk). Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J., Elshaug, A.G., Glasziou, P., Heath, I., . . . Korenstein, D. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*, 390, 156–168.
- De Groot, M., Van der Wouden, J.M., Van Hell, E.A., & Nieweg, M.B. (2013). Evidence-based practice for individuals or groups: let's make a difference. *Perspectives on Medical Education*, 2, p. 216-221.
- De Jong, A., De Maesschalck, L., Legius, M., Glorieux, M., Vandenbroele, H., & Visser, M. (2016). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- De Jongh, N. (2019). *Een kwalitatief onderzoek over wat verpleegkundigen nodig hebben om tot gedragsverandering te komen voor het implementeren van innovaties* (Bachelorscriptie). Bachelor Verpleegkunde, Hogeschool Utrecht, Utrecht.
- European Implementation Collaborative. (z.d.). *What is it?* Geraadpleegd op 26 juli 2020, van <https://implementation.eu/implementation/>
- Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde* (2^e druk). Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers
- Girmay, A., Marye, T., Haftu, M., G/her, D., Brhanu, T., & Gerense, H. (2018). Patients expectation strongly associated with patients perception to nursing care: hospital based cross sectional study. *BMC Research Notes*, 11(1). doi: 10.1186/s13104-018-3447-x
- ICT&health. 2019, 15 januari. *CNIO krijgt steeds meer een belangrijke rol in ziekenhuis*. Geraadpleegd op 16 november 2020, van <https://www.icthealth.nl/nieuws/cnio-krijgt-steeds-meer-een-belangrijke-rol-in-ziekenhuis/>
- Iowa Model Collaborative. (2017). Iowa model of evidence-based practice: Revisions and validation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(3), 175-182.
- Kristensen, N., Nymann, C., & Konradsen, H. (2016). Implementing research results in clinical practice- the experiences of healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 16(1). doi: 10.1186/s12913-016-1292-y
- Lamberts, J., Grotendorst, A., & Merwijk, C. (2015). *Bachelor of Nursing 2020*. Geraadpleegd op 27 juli 2020, van <https://www.actiz.nl/stream/bachelor-nursing-2020-4-0.pdf>

- Leach, M.J. & Tucker, B. (2017). Current Understandings of the Research–Practice Gap From the Viewpoint of Complementary Medicine Academics: A Mixed-Method Investigation. *Explore*, 13(1), 53-61.
- Malterud, K., Aamland, A., & Riis Iden, K. (2018). Small-scale implementation with pragmatic process evaluation: a model developed in primary health care. *BMC Family Practice*, 19(1). doi: 10.1186/s12875-018-0778-6
- Munten, G., Verhoef, J., & Kuiper, C. (Reds). (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen* (4^e druk). Amsterdam: Boom uitgevers.
- Nilsen, P., Neher, M., Ellström, P.E., & Gardner, B. (2017). Implementation of Evidence-Based Practice From a Learning Perspective. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(3), 192-199. doi: 10.1111/wvn.12212
- Porritt, K., McArthur, A., Lockwood C., & Munn, Z. (Reds). (2020). *JB I Handbook for Evidence Implementation*. Geraadpleegd op 29 juli 2020, van <https://implementationmanual.jbi.global>
- Reck, D.L. (2013). Can and should nurses be aware of patients' expectations for their nursing care? *Nursing Administration Quarterly*, 37(2), 109-115.
- Robichaud-Ekstrand, S. (2016). New Brunswick nurses' views on nursing research, and factors influencing their research activities in clinical practice. *Nursing and Health Sciences*, 18, 246–255.
- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS Framework—A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297-304
- Speksnijder, H.T. (2015). Wetenschappelijke profilering van het beroep. In J.A.M. Kerstens (Red.), *Theoretisch kader voor de verpleegkundige beroepsuitoefening* (pp. 147-184). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Achterberg, T., Schoonhoven, L., & Grol, R. (2008) Nursing Implementation Science: How Evidence-Based Nursing Requires Evidence-Based Implementation. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 302-310. <https://doi-org.hu.idm.oclc.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00243.x>
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-Van Doorn, C., & Rosendal, H. 2018. *Praktijkgericht onderzoek* (2^e druk). Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Verkerk, E.W., Huisman-de Waal, G., Vermeulen, H., Westert, G.P., Kool, R.B., & Van Dulmen, S.A. (2018). Low-value care in nursing: A systematic assessment of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 34-39.
- V&VN. (2018, 24 september). *Verpleegkundigen werken aan wetenschappelijke inhaalslag*. Geraadpleegd op 20 juli 2020, van <https://www.venvn.nl/nieuws/verpleegkundigen-werken-aan-wetenschappelijke-inhaalslag/>
- V&VN. (2020). *'Beter laten' aanbevelingen – 2020 Complete lijst*. Geraadpleegd op 3 december 2020, van <https://www.venvn.nl/media/mbjmccsg/beter-laten-aanbevelingen-2020.pdf>
- Weberg, D. (2009). Innovation in Healthcare A Concept Analysis. *Nursing administration quarterly*, 33(3), 227-237.

- Wensing, M., & Grol, R. (2017). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (7^e herziende druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wensing, M., Ouwens, M., Boerboom, L., Bal, R., De Bont, A., De Mul, M., . . . Van der Niet, A. (2010). *Kennis van Implementatie Programma*. Nijmegen: IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare.
- Westerlund, A., Sundberg, L., & Nilsen, P. (2019). Implementation of Implementation Science Knowledge: The Research-Practice Gap Paradox. *Worldviews on evidence-based nursing*, 16(5), 332-334.
- ZonMw. (2019, oktober). *Maak zelf een implementatieplan*. Geraadpleegd op 29 juli 2020, van https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Maatschappelijke_impact/ZonMw_implementatieplan_invulbaar.pdf
- ZonMw. (z.d.). *Over ZonMw*. Geraadpleegd op 1 augustus 2020, van <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/>

HIT-4-NURSES

HOSPITAL IMPLEMENTATION TOOL FOR NURSES

INTRODUCTIE

Dit implementatie hulpmiddel is ontwikkeld voor verpleegkundigen op verpleegafdelingen in het ziekenhuis. Het is bedoeld om verpleegkundigen inzicht en handvatten te geven bij het in de praktijk brengen van een innovatie. Het is de bedoeling dat de tijd die gebruikt wordt voor het invullen van dit hulpmiddel beperkt blijft. Het doel van dit hulpmiddel is om verpleegkundigen te helpen om verbeteringen, veranderingen, vernieuwingen of interventies (innovaties) met meer succes te implementeren onder hun directe collega's.

Voor aanvang van het implementatieproces wordt dit plan doorlopen om inzicht te krijgen in bevorderende en belemmerende factoren en om de juiste bijpassende implementatie strategieën te kiezen. Zodra het implementatieproces gestart is, kan dit implementatiehulpmiddel gebruikt worden om inzicht te krijgen in processen die belemmerend werken. Het is de bedoeling dat dit plan tussentijds wordt aangepast aan de omstandigheden. Soms zal er een stap terug gedaan moeten worden voordat men verder kan met de implementatie. Hiermee is het implementatiehulpmiddel een cyclus totdat de innovatie onderdeel is van de routine van de zorgprofessionals.

Heel veel succes!

STAP 1: VOORSTEL VOOR VERANDERING

1.1 KENMERKEN VAN DE VERNIEUWING

	Ja	Nee	Nv.t.	Bron
Is de innovatie een verbetering van de bestaande praktijk?				1,4,5,6
Is de innovatie evidence-based?				3,4,5,6
Is de innovatie geschikt voor de afdeling? (bijv. veilig en ethisch verantwoord?)				4,5,6
Zijn er zorgprofessionals betrokken bij het aanpassen van de innovatie aan de lokale situatie?				1,2
Voldoet de innovatie aan de wet- en regelgeving?				1,2,4
Is de innovatie eenvoudig, niet al te complex?				1,4
Is de innovatie helder in woorden uit te leggen?				1
Blijft de huidige routine (nagenoeg) behouden?				3

1.2 SMART DOELSTELLING (1, 4)

Door een doelstelling SMART* te formuleren, is de kans groter dat er in de praktijk iets van terecht komt.

...

(***Specifiek:** Omschrijf het doel duidelijk en concreet. Probeer de volgende vragen te beantwoorden: Wat willen we bereiken? Wie zijn erbij betrokken? Wat moeten ze weten, denken en doen? Wanneer gebeurt het? Waarom willen we dit doel bereiken? **Meetbaar:** Maak het resultaat meetbaar. Je moet immers op een bepaald moment kunnen nagaan of het doel is bereikt. **Acceptabel:** Zorg ervoor dat het doel acceptabel is voor de mensen die ermee aan de slag moeten. Is er draagvlak? Is het in overeenstemming met de organisatie? **Realistisch:** Maak het doel realistisch. Een onbereikbaar, of te makkelijk doel motiveert mensen niet. **Tijdgebonden:** Een SMART-doelstelling heeft een duidelijke startdatum en einddatum).

1.3 OPBRENGSTEN VAN DE VERNIEUWING

	Ja	Nee	Nv.t.	Bron
Zijn de kosten voor de innovatie naar verhouding?				1,4
Is er voldoende budget beschikbaar voor het implementatieproces?				3
Zijn de juiste middelen, faciliteiten en personen beschikbaar voor de innovatie?				1,4,6
Is de tijdinvestering van de zorgprofessionals in verhouding?				1,4
Blijft de werkdruk voor de zorgprofessionals gelijk (of dalend)?				3,4
Blijven de administratieve lasten voor de zorgprofessionals gelijk (of dalen)?				3
Levert de innovatie op lange termijn tijdswinst op?				1,3
Levert de innovatie op lange termijn geld op?				1,3
Verbeterd de kwaliteit van zorg door de innovatie?				1,3
Neemt het werkplezier toe door de innovatie?				1
Neemt door de innovatie de tevredenheid van patiënten toe?				1
Zijn de opbrengsten straks zichtbaar voor anderen?				1,2,4

1.4 LASTEN-BATEN BESCHRIJVEN (1)

Beschrijf welke lasten er aan de innovatie verbonden zijn en wat de innovatie uiteindelijk kan opleveren voor de afdeling. Gebruik de bovenstaande tabel en geef aan waarom deze innovatie uiteindelijk een meerwaarde zal zijn voor de (patiënten)zorg.

...

STAP 2: HUIDIGE SITUATIE

2.1 KENMERKEN VAN DE HUIDIGE SITUATIE

	Ja	Nee	Nv.t.	Bron
Bestaan er kwaliteitsindicatoren om de huidige situatie en resultaten te meten?				2,4,5
Is er vanuit de leiding steun voor de innovatie?				3,4
Is er vanuit de zorgprofessionals steun voor de innovatie?				1,2
Zijn er delen van de innovatie die al worden toegepast op de afdeling?				1
Is er draagvlak voor de innovatie op de afdeling?				3,4
Is de innovatie eerst op kleine schaal uit te proberen?				1,2,3,4
Is de innovatie in lijn met bestaand beleid (of een radicale wijziging)?				1
Is de innovatie te combineren met de huidige werkwijzen?				1
Is er op de afdeling sprake van een innovatiecultuur?				2,4,6

2.2 BESCHRIJVING HUIDIGE SITUATIE (1)

Beschrijf de huidige situatie*.

...

(*Beantwoord o.a. de volgende vragen: Wat weten de zorgprofessionals al? Hoe kijken de zorgprofessionals aan tegen de innovatie? Hoe is de werkdruk op dit moment? Hoe is de werksfeer? Welke communicatievormen worden op de afdeling toegepast? Welke andere implementaties zijn nu in uitvoering en vormen ze een belemmering voor dit implementatieproces? Hoe wordt er nu gewerkt aan kwaliteitsverbetering (denk aan scholing, bijeenkomsten, nieuwsbrieven etc.)?)

STAP 3: DOELGROEP

3.1 KENMERKEN VAN DE ZORGPROFESSIONALS

	Ja	Nee	Nv.t.	Bron
Beschikken de zorgprofessionals al (deels) over de juiste kennis, houding en gedrag?				1,4
Is er voldoende kennis om met de innovatie te starten?				1
Is de innovatie vrijwillig - en niet vanuit het management afgedwongen?				1
Is de innovatie ontstaan vanuit de zorgprofessionals werkzaam op de verpleegafdeling?				1
Komt de innovatie voort uit onvrede of verlangen om het beter te doen?				1
Hebben zorgprofessionals het gevoel dat ze invloed hebben op het implementatieproces?				4
Beschikken de zorgprofessionals over voldoende capaciteit om te veranderen?				1,4
Zijn voor alle betrokkenen de belangen ten aanzien van de innovatie gelijk?				1
Is er sprake van een eensgezinde werkwijze onder de zorgprofessionals?				3
Motiveren en herinneren de zorgprofessionals elkaar aan het toepassen van de innovatie?				3
Worden de verschillende paramedici betrokken bij de innovatie?				3,4
Is er herhalende support en stimulatie naar de zorgprofessionals vanuit de teamleiding?				3,4
Weten de zorgprofessionals wie aanspreekpunt(en) is (zijn) voor de innovatie en het implementatieproces?				1,3

3.2 KOPLOPERS, MIDDENGROEP EN ACHTERBLIJVERS (1, 2, 4, 5)

Wie zijn de belangrijke koplopers, middengroep en achterblijvers*? Wat betekenen deze groepen voor de innovatie?

...

(*De **koplopers** zijn snel te porren voor verandering en zien de voordelen. Zij hebben goede- en wetenschappelijk verantwoorde informatie, afkomstig van betrouwbare bronnen nodig om te veranderen. De **middengroep** is gevoelig voor sociale druk en de relatie met anderen. Zij hebben behoefte aan sleutelfiguren, intercollegiale activiteiten en feedback van collega's. De **achterblijvers** zijn vaak geneigd om alleen te werken en zijn gevoeliger voor dwang en druk. Zij hebben behoefte aan praktische steun bij problemen, regels en afspraken. Druk vanuit de leiding kan nodig zijn om de achterblijvers te laten participeren in de innovatie).

STAP 4: IMPLEMENTATIE STRATEGIE

4.1 BEVORDERENDE FACTOREN

Bekijk alle voorgaande tabellen. Overal waar 'ja' is ingevuld werkt potentieel bevorderend voor het implementeren van de innovatie. Zijn er bevorderende factoren die een belemmerende factor kunnen worden tijdens het implementatieproces? Hoe ga je hiermee rekening houden?

...

4.2 BELEMMERENDE FACTOREN

Bekijk weer de voorgaande tabellen. Overal waar 'nee' is ingevuld werkt potentieel belemmerend voor het implementeren van de innovatie. Beschrijf hieronder hoe je de belemmerende factoren gaat beïnvloeden, of mee rekening houdt, tijdens het implementatieproces.

...

4.3 STRATEGIE SELECTEREN

Selecteer hieronder een combinatie van verschillende strategieën die wilt gaan gebruiken. Probeer ook rekening te houden met bevorderende en belemmerende factoren bij het selecteren van de strategieën.

Strategie		Bron
Informerend en educatief		
☐	Promotie-/Voorlichtingsmateriaal maken en verspreiden	1,2,4
☐	Kleinschalige scholingsbijeenkomst (b.v. vaardigheidstraining, intercollegiale toetsing, journal clubs)	1,2,4
☐	Grootschalige scholingsbijeenkomst (>25, b.v. presentaties)	2,4
☐	Voorlichting geven op grote schaal (b.v. websites van de organisatie, intranet, social media)	1,2
☐	Innovatie delen in de nieuwsbrief	1
☐	Een lokale opinieleider (rolmodel) inzetten	2,4,6
☐	De te verwachten resultaten delen met de zorgprofessionals	1,3,4
☐	De voor- en nadelen delen met de zorgprofessionals	1,3
☐	E-learning aanbieden	1,2,4
☐	Toetsing vooraf (bewustwording van kennis-/vaardigheden tekort)	2
☐	Toetsing achteraf (verhoging van het leerrendement)	2
Motiverend- en/of draagvlak vergrotend		
☐	Bijeenkomsten organiseren om draagvlak te vergroten	1
☐	Persoonlijk contact	1,2,4
☐	Persoonlijk materiaal	2
☐	Voorafgaand een pilot uitvoeren	1,2,3,4,5
☐	Inschakelen sleutelfiguren	1,2,3,4,5
☐	Reminders (b.v. stickers, posters, digitale pop-ups)	1,2,4
☐	Ervaringsdeskundige inschakelen (collega's uitnodigen die al werken met de innovatie)	1,2
☐	Feedback vooraf en/of tijdens (bewustwording van kennis-/vaardigheden tekort)	1,2,4,6
☐	Feedback achteraf	1,2,4,6
☐	Benchmarks (zichtbaarheid geleverde prestaties, b.v. ranglijsten, percentage medicatie scannen, etc.)	2
☐	Vieren van successen	1
☐	Een (ludieke) opfrisactie	1
☐	Achterblijvers betrekken bij de innovatie	1,2
☐	Tussentijdse resultaten en/of producten tonen	1,4
Patiëntgericht (Strategieën gericht om de patiënt te betrekken bij de innovatie, b.v. medicatie in eigen beheer)		
☐	Samen beslissen inzetten (shared decision making)	1,2
☐	Beslischulp maken	1,2
☐	Patiëntervaring meten en gebruiken	1,2
☐	Therapietrouw bevorderen	1,2
☐	De vraag naar de innovatie stimuleren	1
☐	Zelfmanagement bevorderen	1,2
Samenwerking bevorderend		
☐	Relevante zorgprofessionals een actieve rol geven in het project.	1
☐	Betrekken van zorgprofessionals bij (de ontwikkeling van) de innovatie	1,2,3,6
☐	Met verpleegkundigen tussentijds evalueren en knelpunten bespreken	1,2,3
☐	Vroegtijdig de leidinggevende betrekken bij de implementatie	2

(Externe) sturing en controle	
☐ De leidinggevendenden sturen aan op het gebruik van de innovatie	2
☐ Innovatie verwerken in een protocol	1,3,5
☐ Innovatie opnemen in werklĳst	3
☐ De vernieuwing opnemen in het elektronische patiënten dossier (EPD).	1
☐ Innovatie vastleggen als afdelingsafpraak	2,4
☐ Iemand voor langere tijd eigenaar van de innovatie maken	1,2
☐ De innovatie als regulier agendapunt bij werkbeprekingen terug laten komen	1
☐ Tijdens functioneringsgesprekken zorgmedewerkers vragen of zij werken met de innovatie	1
☐ Beslissingsondersteuning (b.v. een stroomdiagram). Dit kan schriftelijk of middels computersystemen	2
☐ Werkomgeving aanpassen (voorwaarden scheppen)	2,6
☐ Overige (zelf in te vullen)	
☐ ...	
☐ ...	
☐ ...	
☐ ...	
☐ ...	
☐ ...	

STAP 5: UITVOERING

5.1 ACTIVITEITEN PLANNEN (1, 2, 4)

Voor het plannen van de activiteiten moet met een aantal zaken rekening gehouden worden.

- Houd in de planning rekening met de fasen van veranderen*. Deze fasen worden door individuen en teams stapsgewijs doorlopen totdat de innovatie is opgenomen in de routine.
- Plan de activiteiten niet tegelijkertijd en hanteer een logische volgorde.
- Plan ook de momenten van tussen- en eindevaluaties in het onderstaande schema (5).
- Dit plan moet flexibel gehanteerd worden; het kan worden bijgesteld op basis van ervaringen tijdens het implementatieproces (2).

Activiteit	Planning

(***Oriëntatie**: op de hoogte zijn van de innovatie, er is interesse en betrokkenheid. **Inzicht**: er is kennis, begrip voor de innovatie en inzicht in de huidige werkwijze. **Acceptatie**: er is een positieve houding en motivatie om te veranderen. Daarnaast is er de intentie- of het besluit om te veranderen.

Verandering: de pilot bevestigt voor de zorgprofessional het nut en het effect van de innovatie. Dit is gebaseerd op basis van de eigen ervaring met de innovatie. **Behoud**: integratie en verankering van de innovatie in de bestaande routines [2]).

STAP 6: BEHOUDEN VAN DE VERANDERING

6.1 BORGING CHECKLIST

	Ja	Nee	N.v.t.	Bron
Is de innovatie ook onder tijdsdruk vol te houden?				1,3
Krijgen nieuwe zorgmedewerkers informatie en scholing in de nieuwe werkwijze?				1
Sluit de vernieuwing aan bij de visie en het strategisch beleid van de organisatie?				1,2,6
Worden de zorgprofessionals regelmatig op de hoogte gehouden van hoe het gaat met de innovatie?				1
Worden patiënten op de hoogte gehouden van hoe het gaat met de innovatie?				1
Blijft iedereen gedurende het implementatieproces ervan overtuigd dat de vernieuwing belangrijk is?				1
Blijven de sleutelfiguren in de organisatie het goede voorbeeld geven?				1
Blijven de leidinggevendenden zich betrokken voelen bij de innovatie en het implementatieproces?				1

6.2 EXTRA ACTIES

Beschrijf de acties die nodig zijn om ervoor te zorgen dat de innovatie echt beklijft (gebruik de borging checklist of voeg eigen acties toe).

...

STAP 7: EVALUATIE

7.1 RESULTATEN METEN

Beschrijf hieronder hoe je de resultaten gaat meten. Gebruik hierbij je SMART doelstelling.

...

7.2 EVALUEREN (1, 2)

Beschrijf wanneer, hoe en met wie je de tussen- en eindevaluatie gaat houden. Bedenk dat zowel het implementatieproces als het resultaat geëvalueerd moet worden.

Tussenevaluatie		
Wanneer	Hoe	wie

Eindevaluatie		
Wanneer	Hoe	wie

[BRONNENLIJST HIT-4-NURSES]

1. ZonMw. (2019, oktober). *Maak zelf een implementatieplan*. Geraadpleegd op 29 juli 2020, van https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Maatschappelijke_impact/ZonMw_implementatieplan_involbaar.pdf
2. Wensing, M., & Grol, R. (2017). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

3. De Jongh, N. (2019). *Een kwalitatief onderzoek over wat verpleegkundigen nodig hebben om tot gedragsverandering te komen voor het implementeren van innovaties* (Bachelorscriptie). Bachelor Verpleegkunde, Hogeschool Utrecht, Utrecht.
4. Porritt, K., McArthur, A., Lockwood C., & Munn, Z. (Eds.). *JBHI Handbook for Evidence Implementation*. Geraadpleegd op 29 juli 2020, van <https://implementationmanual.jbi.global>
5. Iowa Model Collaborative. (2017). Iowa model of evidence-based practice: Revisions and validation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(3), 175-182.
6. Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS Framework—A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. *Journal of Nursing Care Quality* 19(4), 297-304

8. [BIJLAGE HIT-4-NURSES]: PROBLEEMOPLOSSINGEN (1, 2)

Oriëntatie probleem	Mogelijke oplossing
- De zorgprofessionals zijn niet op de hoogte zijn van de innovatie. - De zorgprofessionals vinden de innovatie niet relevant, niet noodzakelijk. - Er is niet genoeg interesse/betrokkenheid voor de innovatie. - De zorgprofessionals hebben een beperkt inzicht in hun eigen functioneren. - De stukken worden niet of selectief lezen. - De zorgprofessionals volgen niet de nascholing.	- Via allerlei kanalen beknopte boodschappen verspreiden. - Benaderen van sleutelfiguren en netwerken. - Wervende brochure maken en inzetten. - Persoonlijke benadering en uitleg. - Confrontatie met eigen handelen. - Concurrentie bevorderen als prikkel tot bewustzijn.
Inzichtprobleem	Mogelijke oplossing
- Gebrek aan specifieke kennis. - Geen begrip van de nieuwe innovatie. - Vergeten van de precieze informatie. - Ontkennen van een tekort in eigen functioneren. - De zorgprofessionals hebben een defensieve houding.	- Goed instructiematerialen. - Kernachtige boodschappen. - Informatie gebaseerd op problemen uit de praktijk. - Regelmatig de boodschap herhalen. - Eenvoudige methoden van zelftoetsing of onderlinge toetsing. - Feedback.
Problemen met accepteren	Mogelijke oplossing
- Weinig motivatie om te veranderen. - De zorgprofessionals zien meer nadelen dan voordelen. - Twijfels over de wetenschappelijke onderbouwing. - Twijfels over de geloofwaardigheid van degene die de innovatie heeft ontwikkeld. - De zorgprofessionals verwachten problemen bij de toepassing van de nieuwe werkwijze. - Zorgprofessionals met een gebrek aan vertrouwen in de eigen implementatievaardigheden.	- Aanpassen van de innovatie aan de wensen van de zorgprofessionals. - Lokale discussie en consensus. - Weerstand bespreken. - Goede wetenschappelijke argumentatie. - Inschakelen sleutelfiguren. - Demonstratie van uitvoerbaarheid. - Inventariseren van knelpunten en oplossingen zoeken. - Doelstelling aanpassen. - Reductie van risico's van de verandering.
Problemen met veranderen	Mogelijke oplossing
- Praktische knelpunten (tijd/geld etc.). - Gebrek aan vaardigheden voor de nieuwe werkwijze. - Eerste ervaringen zijn niet positief. - patiënten of zorgprofessionals werken niet mee of reageren negatief.	- Extra middelen en ondersteuning. - Vaardigheidstraining. - Informatiematerialen voor patiënten. - Zorgprofessionals betrekken bij herontwerp van de innovatie. - Doelstelling aanpassen.
Problemen met behoud	Mogelijke oplossing
- Terugval in de oude routine. - Vergeten van nieuwe inzichten. - Gebrek aan hulpmiddelen. - Geen ondersteuning vanuit het management.	- Systeem voor monitoring, feedback en als reminder. - Integratie in EPD, protocollen of werklijsten. - Voldoende middelen. - Steun vanuit het management verkrijgen. - Beloningen.

BIJLAGE B, ZOEKPLAN

Voor de inleiding zijn zestien wetenschappelijke artikelen gebruikt en één marcodocument. Deze artikelen zijn gevonden met verschillende zoektermen die vooraf en tijdens het schrijven tot stand zijn gekomen (Tabel 3). Een informatiespecialist uit het ziekenhuis heeft ondersteund in het selecteren van de zoektermen. De zoektermen zijn in combinatie met de exclusiecriteria gebruikt om gericht te zoeken naar artikelen (Tabel 4). Alle hits uit deze zoekresultaten zijn eerst gescand op relevantie in de titel en vervolgens in de abstract. Als het onderzoek potentieel nuttig leek, werd de full-tekst gelezen. Als de full-tekst niet beschikbaar was, is dit opgevraagd via de informatiespecialist van de Hogeschool Utrecht (HUGO). Bruikbare informatie uit de onderzoeken werd samengevoegd in één document. Hierna is gezocht naar overeenkomsten en verschillen in deze informatie. Wanneer onvoldoende bruikbare informatie werd gevonden, zijn de zoektermen aangepast om meer zoekresultaten te verkrijgen (Tabel 5). Zodra een artikel daadwerkelijk gebruikt werd in het beoordeelt met behulp van het beoordelingsformulier wetenschappelijke publicaties van de Hogeschool Utrecht, gebaseerd op “de Hunink lijst” van Hunink (2002). De beoordelingen zijn beschreven in Tabel 6.

Tabel 3. Zoektermen

<i>Begrip</i>	<i>Engels / synoniem</i>	<i>Mesh term</i>
Verpleegkundigen	Nursing, nurses,	Nursing
Implementatie (proces)	Implementation, implementation science, Knowledge to action, PEPPA, translational research, dissemination	Implementation science
Strategieën	strategies	
Innovatie	Innovation	
Evidence based practice	Evidence based practice, EBP, Evidence based nursing, Evidence based healthcare,	Evidence based practice
Model	Framework, Tool, Model, Plan,	
Theory practice gap	Research practice gap, Theory practice gap	

Tabel 4. In- en exclusiecriteria

<i>Inclusiecriteria</i>	<i>Exclusiecriteria</i>
Ziekenhuis	Community
Geschreven in het Nederlands of Engels	Advanced Nursing Practice
	Publicaties voor het jaar 2000

Tabel 5. Zoekstrategie

<i>Datum</i>	<i>Mesh-/ zoekterm</i>	<i>Hits</i>	<i>Databank</i>	<i>Notitie / geïncludeerde artikelen</i>
08/20	"Nursing"[Mesh] AND ("Implementation Science"[Mesh] OR "Translational Medical Research"[Mesh])	177	PubMed	Geen artikelen geïncludeerd

08/20	(Nursing) AND (implementation strategies) AND (barriers) AND (facilitators) NOT (community)	350	Pubmed	Geen artikelen geïncludeerd
08/20	((nursing) AND (evidence based practice)) AND (framework)) AND (implementation)	600	Pubmed	1. Iowa Model Collaborative. (2017). Iowa model of evidence-based practice: Revisions and validation. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> , 14(3), 175-182. 2. Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS Framework—A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. <i>Journal of Nursing Care Quality</i> , 19(4), 297-304
08/20	((nursing[MeSH Terms]) AND (evidence based practice[MeSH Terms]) AND (implementation) AND (framework OR tool)) NOT (community))) NOT (advanced[Title])	156	Pubmed	3. Van Achterberg, T., Schoonhoven, L., & Grol, R. (2008) Nursing Implementation Science: How Evidence-Based Nursing Requires Evidence-Based Implementation. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 40(4), 302-310. https://doi-org.hu.idm.oclc.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00243.x
08/20	(nursing[MeSH Terms]) AND (evidence based practice[MeSH Terms]) AND (implementation) AND (translating) NOT (community) NOT (advanced[Title])	102	Pubmed	Geen artikelen geïncludeerd
08/20	(implementation[Title]) AND (science[Title])	662	Pubmed	4. Bauer, M.S., & Kirchner, J. (2020). Implementation science: What is it and why should I care? <i>Psychiatry Research</i> , 283. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025
08/20	(implementation science[MeSH Terms]) AND (hospital)	165	Pubmed	5. Kristensen, N., Nymann, C., & Konradsen, H. (2016). Implementing research results in clinical practice- the experiences of healthcare professionals. <i>BMC Health Services Research</i> , 16(1). doi: 10.1186/s12913-016-1292-y
08/20	((theory practice gap[Title]) OR (research practice gap[Title])) AND (definition[Title/Abstract])	2	Pubmed	Geen artikelen geïncludeerd
08/20	(research practice gap[Title/Abstract])	158	Pubmed	6. Robichaud-Ekstrand, S. (2016). New Brunswick nurses' views on nursing research, and factors influencing their research activities in clinical practice. <i>Nursing and Health Sciences</i> , 18, 246–255. 7. Leach, M.J. & Tucker, B. (2017). Current Understandings of the Research–Practice Gap From the Viewpoint of Complementary Medicine Academics: A Mixed-Method Investigation. <i>Explore</i> , 13(1), 53-61. 8. Westerlund, A., Sundberg, L., & Nilsen, P. (2019). Implementation of Implementation Science Knowledge: The Research-Practice Gap Paradox. <i>Worldviews on evidence-based nursing</i> , 16(5), 332-334.
08/20	(Innovation[Title]) AND (definition[Title/Abstract]) AND (nursing)	3	Pubmed	9. Weberg, D. (2009). Innovation in Healthcare A Concept Analysis. <i>Nursing administration quarterly</i> , 33(3), 227-237.
08/20	(small scale [Title/abstract]) AND (implementation [title/abstract]) AND (nursing [title/abstract])	22	Pubmed	10. Malterud, K., Aamland, A., & Riis Iden, K. (2018). Small-scale implementation with pragmatic process evaluation: a model developed in primary health care. <i>BMC Family Practice</i> , 19(1). doi: 10.1186/s12875-018-0778-6

				11. Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J., Elshaug, A.G., Glasziou, P., Heath, I., . . . Korenstein, D. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. <i>Lancet</i>, 390, 156–168. 12. De Groot, M., Van der Wouden, J.M., Van Hell, E.A., & Nieweg, M.B. (2013). Evidence-based practice for individuals or groups: let's make a difference. <i>Perspectives on Medical Education</i>, 2, p. 216-221. 13. Verkerk, E.W., Huisman-de Waal, G., Vermeulen, H., Westert, G.P., Kool, R.B., & Van Dulmen, S.A. (2018). Low-value care in nursing: A systematic assessment of clinical practice guidelines. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 87, 34-39.
08/20	(Patients expectation[Title]) AND (nursing[Title])	7	Pubmed	14. Reck, D.L. (2013). Can and should nurses be aware of patients' expectations for their nursing care? <i>Nursing Administration Quarterly</i>, 37(2), 109-115. 15. Girmay, A., Marye, T., Haftu, M., G/her, D., Brhanu, T., & Gerense, H. (2018). Patients expectation strongly associated with patients perception to nursing care: hospital based cross sectional study. <i>BMC Research Notes</i>, 11(1). doi: 10.1186/s13104-018-3447-x
Sneeuwbeleffecten				
ZonMW. (z.d.). <i>Implementatie-kennisportaal</i> . Geraadpleegd op 8 augustus 2020 van: https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/impact-versterken/impact-realiseren/implementatie-kennisportaal/		→ Het marcodocument: Wensing, M., Ouwens, M., Boerboom, L., Bal, R., De Bont, A., De Mul, M., . . . Van der Niet, A. (2010). Kennis van Implementatie Programma. Nijmegen: IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare.		
8. Westerlund, A., Sundberg, L., & Nilsen, P. (2019). Implementation of Implementation Science Knowledge: The Research-Practice Gap Paradox. <i>Worldviews on evidence-based nursing</i> , 16(5), 332-334.		→ 16. Nilsen, P., Neher, M., Ellström, P.E., & Gardner, B. (2017). Implementation of Evidence-Based Practice From a Learning Perspective. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> , 14(3), 192-199. doi: 10.1111/wvn.12212		