

Proefimplementaties

Kwaliteitsstandaarden verpleegkundigen en verzorgenden

Auteur : Margot Fleuren
Datum : Februari 2021
Versie : 1.0

© 2021, V&VN



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Programma kwaliteitsstandaarden ZonMw 2019-2022	3
1.2	Aandacht voor (proef)implementatie	3
1.3	Doel proefimplementatie	3
1.4	Procedure proefimplementatie	4
1.5	Gebruik van dit document	4
2	Methodologie proefimplementaties	5
2.1	Opzet proefimplementatie	5
2.2	Metten van determinanten en mate van gebruik	7
2.3	Onderzoeksmethoden	10
2.4	Aanbevelingen en producten op basis proefimplementatie	10
3	Literatuur	12
Bijlage 1	Beoordelingscriteria V&VN Beoordelingscommissie	14
Bijlage 2	V&VN Beoordelingscommissie	16

1 Inleiding

1.1 Programma kwaliteitsstandaarden ZonMw 2019-2022

Het ministerie van VWS gaf in 2015 opdracht tot een ZonMw programma voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. In 2019 gaf het ministerie een vervolg aan dit programma, met focus op de wijkverpleging: het ZonMw programma Ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden 2019-2022: wijkverpleging.¹

Het programma draagt bij aan de kwaliteit van zorg en transparantie in het handelen van zorgprofessionals in de wijkverpleging door het ontwikkelen, implementeren en evalueren van kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden. Het continu leren en verbeteren in de praktijk aan de hand van kwaliteitsstandaarden wordt gestimuleerd. Het beoogde effect is verbetering van patiëntenzorg, terugdringing van ongewenste praktijkvariatie en bevordering van het welzijn van zorgvragers en hun naasten.

De beroepsvereniging V&VN heeft een regierol in de ontwikkeling, invoering en evaluatie van de standaarden. Hiertoe is het V&VN Programmabureau Kwaliteitsstandaarden ingericht. In 2019 zijn de eerste standaarden uit het ZonMw programma opgeleverd (<https://www.venvn.nl/richtlijnen/>).

1.2 Aandacht voor (proef)implementatie

Het is bekend dat zonder systematische implementatie activiteiten het daadwerkelijke gebruik van standaarden vaak tegenvalt. Standaarden worden dan niet, niet helemaal of anders gebruikt dan de ontwikkelaars hadden bedoeld.² Het gevolg is dat het beoogde effect voor de zorgvragers, dat wil zeggen verbetering van de kwaliteit van zorg, uitblijft.

Verskillende factoren beïnvloeden het gebruik van standaarden in de dagelijkse praktijk, bijvoorbeeld omdat een aanbeveling in de standaard niet helder genoeg is, bijbehorende materialen en/of faciliteiten ontbreken, aanvullende kennis en vaardigheden nodig zijn of tijd ontbreekt. De bestaande innovatiemodellen en -theorieën hebben een gemeenschappelijk uitgangspunt: een eerste en basale stap is een analyse van determinanten (belemmerende en bevorderende factoren) bij de beoogde gebruikers van een standaard.²⁻⁶ Dit is nodig om gerichte invoerstrategieën te kunnen inzetten die aangrijpen op deze determinanten.

Een analyse van determinanten vindt idealiter plaats *vóórdat* de standaard definitief is en geautoriseerd wordt, dus op het moment dat de concepttekst gereed is. Dat geeft namelijk nog de mogelijkheid de standaard zélf bij te stellen. Uit onderzoek blijkt dat bijstelling vrijwel altijd nodig is, bijvoorbeeld omdat aanbevelingen niet specifiek genoeg zijn geformuleerd waardoor het voor gebruikers niet helder is wat er exact van ze wordt gevraagd of dat de standaard geen antwoord geeft op praktijksituaties.⁷

1.3 Doel proefimplementatie

Binnen het programma Kwaliteitsstandaarden is afgesproken dat er altijd een analyse van determinanten plaatsvindt met de concept standaard. Dit noemen we een proefimplementatie. Verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten,

zorgvragers, werkgevers en relevante stakeholders 'testen' dan als het ware de conceptstandaard in de dagelijkse praktijk. Het doel is zicht krijgen op het gebruik van de standaard in de dagelijkse praktijk en factoren die dit beïnvloeden om op basis daarvan gerichte invoerstrategieën te kunnen inzetten.

Een proefimplementatie vindt idealiter plaats nadat de standaard is bijgesteld op basis van de resultaten van de commentaarfase. Het verschil tussen een commentaarfase en een proefimplementatie is dat in de commentaarfase het accent ligt op beoordeling van de inhoud van de standaard, zoals onjuistheden, aanvullende inzichten, reikwijdte. In een proefimplementatie ligt het accent op uitvoeringsproblemen in de dagelijkse praktijk en wat dit betekent voor de landelijke implementatie. Uit een proefimplementatie komen vaak andere uitvoeringsproblemen naar voren dan op basis van het lezen van de standaard in de commentaarfase.

1.4 Procedure proefimplementatie

In het ZonMw programma Kwaliteitsstandaarden is vervat dat ontwikkelaars een (onderzoeks)voorstel voor de proefimplementatie aanleveren. Omdat een ontwikkelaar niet automatisch ook expertise van onderzoek en implementatie heeft, wordt sterk aanbevolen dat ontwikkelaars een onderzoeksorganisatie met expertise van implementatie betrekken bij het schrijven van het voorstel en de uitvoering van de proefimplementatie.

Een onafhankelijke commissie, de V&VN Beoordelingscommissie Kwaliteitsstandaarden, beoordeelt het (onderzoeks)voorstel voor de proefimplementatie op methodologische kwaliteit. De beoordelingscriteria staan in bijlage 1. In bijlage 2 staat een beknopte beschrijving van de taken en samenstelling van de Beoordelingscommissie.

1.5 Gebruik van dit document

Dit document beschrijft waar een (onderzoeks)voorstel voor proefimplementatie aan voldoet, analoog aan de criteria van de Beoordelingscommissie. Hoewel de methodologie onderliggend aan een proefimplementatie in principe telkens hetzelfde is en gevolgd wordt, is de praktische uitwerking afhankelijk van het onderwerp van de kwaliteitsstandaard, de beoogde doelgroep en de context. Om die reden is het niet mogelijk een blauwdruk voor een proefimplementatie te geven.

Een (voorstel voor) proefimplementatie vindt plaats door onderzoekers in samenspraak met de ontwikkelaars. Dit document maakt een onderscheid tussen activiteiten van onderzoekers en die van de ontwikkelaars.

Met een beschrijving van de methodologie en onderbouwing van proefimplementaties, beogen we onderzoekers en ontwikkelaars een format te geven voor het opstellen van een onderzoeksvoorstel voor proefimplementatie van kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten.

2

Methodologie proefimplementaties

2.1

Opzet proefimplementatie

Beoogde gebruikers standaard

In de standaard zijn de beoogde gebruikers (zorgprofessionals) van de standaard en de populatie of doelgroep (patiënten, cliënten of algemene bevolking) waarop de standaard van toepassing is beschreven. In de implementatie literatuur worden de zorgprofessionals intermediaire gebruikers genoemd en de patiënten¹ de eindgebruikers.

Een proefimplementatie vindt in principe plaats onder *alle* groepen beoogde gebruikers.^{8,9} Bij de kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten zijn dat in ieder geval:

- Verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten; de intermediaire gebruikers.
- Patiënten en andere doelgroepen die in de standaard zijn benoemd; de eindgebruikers.
- De werkgevers / het management van de organisaties waar de intermediaire gebruikers werkzaam zijn.

Wanneer bovenstaande groepen niet allemaal aan de proefimplementatie deelnemen, onderbouwen de onderzoekers dit in het onderzoeksvoorstel.

Onderbouwing

Reden om bij alle genoemde groepen een proefimplementatie te doen, is dat wanneer een of meer groepen de standaard niet (helemaal) kunnen uitvoeren, dit gevolgen zal hebben voor het effect van de standaard, d.w.z. de kwaliteit van zorg.

Reden om werkgevers in de proefimplementatie te betrekken is dat zij in belangrijke mate de randvoorwaarden voor het gebruik van de standaard door de individuele zorgprofessionals zullen bepalen. Daarom is het nodig om in de dagelijkse praktijk zicht te krijgen op deze randvoorwaarden én op basis daarvan met de werkgevers te bespreken hoe zij hieraan zouden kunnen voldoen.

Betrokken sectoren bij standaard

In de standaard zijn de sectoren / organisaties beschreven waar de intermediaire gebruikers de aanbevelingen dienen toe te passen. Een proefimplementatie vindt in principe plaats in alle sectoren waar deze beoogde gebruikers werken en bij een representatief aantal organisaties binnen deze sectoren. Bijvoorbeeld als in een standaard over slaapproblemen staat dat deze bedoeld is “in alle settings, waaronder bij de patiënt thuis, in de huisartsenpraktijk, het ziekenhuis, de instelling voor geestelijke gezondheidszorg of gehandicaptenzorg en in het verpleeghuis”, dan vindt de proefimplementatie in principe plaats in al deze settings en bij een vertegenwoordiging van organisaties in deze settings.

Belangrijk is dat de onderzoekers en ontwikkelaars de aantallen deelnemers en de keuze voor al dan niet deelname van individuen, teams of hele organisaties, onderbouwen op basis van de standaard en de setting.

Wanneer slechts een selectie van settings en/of organisaties betrokken wordt, onderbouwen de onderzoekers dit.

¹ Voor de leesbaarheid wordt hierna alleen over patiënten gesproken, daarmee doelend op alle zorgvragers

Onderbouwing

Reden om in alle benoemde settings en bij representatieve organisaties binnen deze settings een proefimplementatie te doen, is dat de determinanten die het gebruik van de standaard beïnvloeden kunnen verschillen per setting en organisatie. Voor de ontwikkeling van gerichte invoerstrategieën, dat wil zeggen aangepast aan de determinanten binnen een setting of soort organisatie, is deze kennis van belang.

Aantallen deelnemers

Er zijn geen specifieke richtlijnen te geven over benodigde aantallen deelnemers aan een proefimplementatie. Hiervoor verwijzen we naar basisboeken over onderzoeksmethoden en -technieken. In algemene zin geldt:

- Het aantal deelnemers *per groep gebruikers* moet voldoende zijn om zicht te krijgen op een zo breed mogelijk palet aan determinanten die het gebruik van de standaard in de praktijk beïnvloeden.
- Een globale regel is dat deelname van 20 verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten per sector, die de standaard bij 8-10 patiënten testen goed zicht geeft op alle determinanten. Deelname van één manager uit iedere deelnemende organisatie geeft in de regel zicht op de randvoorwaardelijke determinanten.
- De keuze voor deelname van individuele intermediaire gebruikers, dan wel hele teams / organisaties is afhankelijk van de standaard. Vaak is er sprake van een combinatie. Individuele gebruikers testen alle aanbevelingen die door een individuele gebruiker dienen te worden toegepast. Teams testen aanbevelingen die in teamverband dienen te worden uitgevoerd.

Belangrijk is dat de onderzoekers en ontwikkelaars de aantallen deelnemers en de keuze voor al dan niet deelname van individuen, teams of hele organisaties, onderbouwen op basis van de standaard en de setting.

Onderbouwing

Omdat determinanten per gebruiker en per setting kunnen verschillen, is het belangrijk de kernaanbevelingen in een standaard door zoveel mogelijk mensen te laten testen. Dit geeft zicht op het hele scala aan determinanten en dat is van belang voor de ontwikkeling van gerichte invoerstrategieën. Omdat een proefimplementatie in de regel kwalitatief van aard is, zijn er geen rekenregels bij welke aantallen deelnemers en aantal keren toepassen van de standaard het punt wordt bereikt waarop geen nieuwe determinanten meer naar voren komen en 'saturatie' is bereikt. De genoemde aantallen deelnemers zijn indicatief.

Duur proefimplementatie

Er zijn geen specifieke richtlijnen te geven over de duur van een proefimplementatie. In algemene zin geldt:

- De tijd moet voldoende zijn om alle deelnemende zorgprofessionals / teams alle kernaanbevelingen (zie par. 2.2) bij de 8-10 patiënten te laten testen.
- Een globale regel is dat een periode van 3-4 maanden in de regel voldoende is om alle kernaanbevelingen door alle deelnemers te laten testen.

Belangrijk is dat de onderzoekers in samenspraak met de ontwikkelaars de duur van de proefimplementatie onderbouwen op basis van de kernaanbevelingen.

Onderbouwing

De duur van de proefimplementatie is afhankelijk van a. hoe vaak / bij hoeveel patiënten de standaard aan de orde is en b. de doorlooptijd die nodig is om de kernaanbevelingen uit te voeren.

Bijvoorbeeld bij een onderwerp als ADL dat dagelijks aan de orde is, hoeven de deelnemende zorgprofessionals een aanbeveling mogelijk maar een week te testen om zicht te krijgen op de uitvoeringsproblemen bij verschillende patiënten. Bij een onderwerp als zorgmijding dat minder vaak voorkomt, zal het langer duren voordat alle zorgprofessionals een aanbeveling bij voldoende patiënten hebben getest.

Aanbevelingen die eenmalige handelingen beschrijven, zullen een korte testperiode kennen dan een aanbevelingen met verschillende in tijd opvolgende handelingen, zoals bijvoorbeeld de inzet en evaluatie van interventies.

2.2

Metten van determinanten en mate van gebruik

Kernaanbevelingen standaarden en afgeleide producten

Standaarden bevatten vaak een veelvoud aan aanbevelingen. Belangrijk is dat de ontwikkelaar de kernaanbevelingen in de standaard benoemt.^{8,9} Dit is een selectie van aanbevelingen waarvan de ontwikkelaar, samen met de zorgprofessionals en zorgvragers, heeft aangegeven dat zij van belang zijn om het effect van de standaard bij de zorgvrager te kunnen bewerkstelligen.

Voor de proefimplementatie geldt:

- In principe worden alle kernaanbevelingen in de standaard getest. Wanneer er geen kernaanbevelingen zijn benoemd, wordt dit alsnog gedaan en bepalen de onderzoekers samen met de ontwikkelaar welke elementen kritisch zijn.¹⁰
- Ook afgeleide producten behorende bij de standaard worden getest. Denk bijvoorbeeld aan een gesprekshandleiding.

Wanneer niet alle kernaanbevelingen in de proefimplementatie worden onderzocht, of door niet alle deelnemers worden getest, onderbouwen de onderzoekers dit in het onderzoeksvoorstel. De ontwikkelaars dragen hiervoor de inhoudelijke argumenten aan. Een voorbeeld kan zijn als een kernaanbeveling te lange doorlooptijd vraagt om in redelijk termijn te kunnen testen. De onderzoekers beschrijven dan hoe ze wel zicht krijgen op uitvoeringsproblemen bij deze kernaanbeveling.

Onderbouwing

Omdat zowel het gebruik als de determinanten van gebruik per kernaanbeveling zullen verschillen, worden alle kernaanbevelingen afzonderlijk onderzocht.

Een veelvoorkomende en belangrijke reden waarom aanbevelingen in standaarden niet toegepast worden, is dat onduidelijk is wat de standaard precies inhoudt. Daarom is het noodzakelijk dat de ontwikkelaar in kernaanbevelingen volledig en gedetailleerd aangeeft welke activiteiten, handelingen, gedragingen, materialen etc. nodig zijn om het gewenste effecten bij de zorgvrager te kunnen bewerkstelligen.

De ontwikkelaar beschrijft iedere kernaanbeveling zoveel mogelijk in termen van "wie, wat moet doen (of laten), wanneer, hoe en waarom".^{9,11} Dit is nodig zodat a. de zorgprofessionals en zorgvragers precies weten wat van hen verwacht wordt en b. het gebruik van de aanbevelingen in standaard kan worden geëvalueerd.

Metten van gebruik kernaanbevelingen

In de literatuur zijn verschillende maten beschreven om het gebruik van aanbevelingen in standaarden door de zorgprofessionals uit te drukken. Ze meten verschillende aspecten van het begrip "gebruik" en afhankelijk van de gekozen maat zullen de uitkomsten verschillen. Het advies is daarom om een combinatie van gebruiksmaten te nemen.^{12,13} We verwijzen naar de basisliteratuur voor verschillende aspecten van gebruik.

Voor de proefimplementatie geldt:

- Per kernaanbeveling wordt nagegaan in hoeverre de zorgprofessionals de kernaanbeveling hebben uitgevoerd zoals bedoeld. Dit wordt ook wel gebruik genoemd.
- Het advies is om verschillende maten te hanteren om het gebruik van de kernaanbevelingen te onderzoeken.

Belangrijk is dat de onderzoekers de keuze van de maat / maten van gebruik onderbouwen op basis van de standaard en de setting. Dit gebeurt in samenspraak met de ontwikkelaar, waarbij de ontwikkelaar zal aangeven welke aspecten relevant zijn om zicht te krijgen op "goed gebruik" van de kernaanbevelingen in de standaard.

Onderbouwing

In de literatuur zijn verschillende maten beschreven om het gebruik van aanbevelingen in standaarden uit te drukken. Een bloemlezing: het aantal zorgprofessionals / zorgvragers dat de standaard gebruikt (bereik), hoe vaak een kernaanbeveling is uitgevoerd (frequentie), het aantal uitgevoerde kernaanbevelingen (compleetheid), de tijd die aan een kernaanbeveling is besteed (duur, lengte) of de wijze waarop de kernaanbeveling is uitgevoerd (kwaliteit).^{9,14-17} Grofweg kan een onderscheid worden gemaakt naar kwantitatieve en kwalitatieve gebruiksaspecten. Bij kwantitatieve aspecten gaat het om de vraag of iets is uitgevoerd en bij kwalitatieve aspecten hoe iets is uitgevoerd.⁹ De verschillende maten meten andere aspecten van gebruik en geven andere uitkomsten. Ook correleren verschillende aspecten van gebruik niet noodzakelijkerwijs. Daarom is het advies verschillende gebruiksmaten te hanteren om beter zicht te krijgen op het gebruik van een standaard.^{12,13,18}

Meten van determinanten

Determinanten die het gebruik van aanbevelingen in standaarden beïnvloeden zijn grofweg onder te verdelen naar kenmerken van de:^{15,19, 20}

- Standaard zelf;
- Intermediaire gebruiker (zorgprofessional);
- Eindgebruiker (zorgvrager);
- Organisatie waarin de intermediaire gebruiker werkt;
- Sociaal-politieke omgeving.

Voor de proefimplementatie geldt:

- Per kernaanbeveling vindt bij de zorgprofessionals een analyse van determinanten plaats die de uitvoering van de kernaanbeveling beïnvloeden.
- Per kernaanbeveling worden determinanten binnen alle bovengenoemde categorieën in kaart gebracht.
- De randvoorwaarden binnen de organisatie bij invoering van de standaard worden onderzocht bij de zorgprofessionals. Randvoorwaarden zijn o.a.: de benodigde leestijd van de standaard, inwerktijd, het meer of juist minder zorgvragers gaan zien, meer of juist minder benodigde tijd voor patiëntenzorg, de benodigde materialen en apparatuur.
- De randvoorwaarden binnen de organisatie bij invoering van de standaard worden met de werkgever / het management besproken en determinanten worden in kaart gebracht.
- Bij een deel van de patiënten die door de deelnemende zorgprofessionals zijn begeleid, vindt een evaluatie van de geboden zorg conform de standaard plaats. Aan de hand van de kernelementen wordt besproken welke zorg ze hebben ontvangen, welke determinanten ze ervaren en op welke punten de zorg - lees de standaard - verandering behoeft. Individuele interviews of focusgroep interviews zijn geschikte methoden hiervoor.
- Een globale regel is dat deelname van 3-5 patiënten per sector, met een minimum totaal van 10 patiënten, zicht geeft op de ervaren de zorg conform de standaard vanuit patiëntperspectief.
- Er wordt gebruik gemaakt van een theoretisch en/of empirisch onderbouwd instrument om de determinanten die de zorgprofessionals ervaren in kaart te brengen. De voorkeur gaat uit naar het MIDI in combinatie met determinanten uit het CFIR en/of de TICD checklist.¹⁹⁻²².
- Voor zover bekend zijn er (nog) geen theoretisch en/of onderbouwde instrumenten specifiek voor het in kaart brengen van determinanten die zorgvragers of werkgevers ervaren. De determinanten uit het MIDI, CFIR en TICD kunnen als leidraad dienen, aangevuld met relevante determinanten uit de literatuur.

Wanneer andere dan de aanbevolen instrumenten voor het in kaart brengen van determinanten worden gebruikt, onderbouwen de onderzoekers dit in het onderzoeksvoorstel.

Onderbouwing

Voor het inventariseren van determinanten is het belangrijk om a. theoretisch en/of empirisch onderbouwd instrumenten te gebruiken en b. telkens dezelfde omdat dit op termijn de mogelijkheid geeft tot het aggregeren van data, waaronder het vaststellen van terugkerende essentiële determinanten bij het implementeren van kwaliteitsstandaarden in de wijkverpleging. Ook voor implementatie geldt dat determinanten en aansluitende invoerstrategieën evidence based zijn.

De voorkeur gaat uit naar het MIDI omdat dit instrument theoretisch / empirisch onderbouwd is en in het Nederlands beschikbaar is.

2.3

Onderzoeksmethoden

Er zijn geen specifieke richtlijnen te geven over de meest geschikte methoden om het gebruik van kernaanbevelingen en determinanten te meten. Hiervoor verwijzen we naar basisboeken over onderzoeksmethoden en -technieken. Voor de proefimplementatie geldt:

- De onderzoekers geven per kernaanbeveling aan welke aspecten van gebruik relevant zijn voor de betreffende kernaanbeveling (zie par. 2.2). Dit gebeurt in overleg met de ontwikkelaar.
- De onderzoekers bepalen welke meetmethoden daarbij passen. Hierin zal veelal een praktische keuze worden gemaakt, met in het achterhoofd de belasting van de zorgprofessionals, patiënten of in middelen.
- Er worden verschillende meetmethoden gebruikt, zowel kwantitatieve als kwalitatieve, bijvoorbeeld registratieformulieren in combinatie met interviews om de kwantitatieve gegevens te kunnen duiden.
- Om de slag naar aanbevelingen te kunnen maken, waaronder praktische invoerstrategieën en een handreiking voor het management (zie par. 2.4), is het nodig om de gegevens uit de proefimplementatie te bespreken en te duiden met zowel de ontwikkelaars en - een deel van - de deelnemers. Een focusgroep interview is een geschikte methode hiervoor. Een groepsgrootte van 6-8 deelnemers per zorgsetting kan als globale regel aangehouden worden.

Belangrijk is dat de onderzoekers in samenspraak met de ontwikkelaars de keuze van de methoden onderbouwen.

Onderbouwing

In de literatuur zijn verschillende methoden beschreven om het gebruik van aanbevelingen in standaarden te meten.⁹ Een bloemlezing: digitaal dossier, vragenlijsten, registraties/logboeken, interviews, vignetten, observaties, intercollegiale toetsing etc.

De ene methode is meer geschikt om kwantitatieve gebruiksaspecten te meten en de andere voor kwalitatieve gebruiksaspecten. Geen enkele methode is geschikt om alle aspecten van gebruik tegelijk te meten. Daarom is het advies verschillende methoden te gebruiken, die aansluiten bij de verschillende aspecten van gebruik.

2.4

Aanbevelingen en producten op basis proefimplementatie

In het onderzoeksverslag van de proefimplementatie beschrijven de onderzoekers in ieder geval:

- Het gebruik van de verschillende kernaanbevelingen uit de standaard én in hoeverre de uitvoering conform de standaard is. De beoordeling of een kernaanbeveling goed is uitgevoerd, gebeurt in principe door de ontwikkelaars.
- De determinanten die van invloed zijn op het gebruik van de verschillende kernaanbevelingen én hoe deze determinanten te veranderen zijn. In de aanbevelingen worden zowel de veranderingsprincipes benoemd als de praktische strategieën. Deze praktische strategieën zijn samen met de deelnemers aan de proefimplementatie bepaald.
- De randvoorwaarden voor invoering van de standaard in zorgorganisaties. Dit gebeurt het liefst in de vorm van een aparte handreiking voor het management van zorgorganisaties. De handreiking is in samenspraak met de deelnemers aan de proefimplementatie gemaakt.

- Alle activiteiten die nodig zijn voor de landelijke invoering van de standaard, waarbij niet alleen het “wat” maar ook het “hoe” wordt beschreven. Deze activiteiten worden samen met de deelnemers aan de proefimplementatie bepaald.
- Alle punten waarop de inhoud van de standaard verandering behoeft. Dit kan gaan om tekstuele wijzigingen tot en met toevoeging van relevante studies. In samenspraak met de ontwikkelaar wordt vervolgens bepaald welke punten essentieel zijn om de standaard op aan te passen.

Onderbouwing

Een invoerstrategie verwijst naar alle activiteiten die gericht zijn op gebruik van – kernaanbevelingen in - een standaard door de zorgprofessionals en zorgvragers. Invoerstrategieën worden zo gekozen dat ze aansluiten bij de determinanten uit de determinantenanalyse.

Net zoals standaarden gebaseerd zijn op evidence is een invoerstrategie in principe gebaseerd op empirisch of theoretisch onderbouwde veranderingsprincipes, ook wel methodieken of behaviour change techniques genoemd^{6,23}. Deze veranderingsprincipes worden vervolgens praktisch uitgewerkt in concrete strategieën en/of materialen die passen bij de specifieke standaard en de context waarin de zorgprofessional werkt.

Bijvoorbeeld: Het aanleren van nieuw gedrag via rolmodellen is een theoretisch veranderingsprincipe. Een praktische uitwerking kan een rollenspel zijn maar ook een YouTube filmpje waarin het voorbeeldgedrag wordt getoond. De praktische uitwerking van een methodiek gebeurt in samenspraak met de deelnemers uit de proefimplementatie, omdat zij als geen ander weten wat past binnen hun werkveld / organisatie.

In de regel levert een proefimplementatie enkele pagina's op aan opmerkingen waarop de inhoud van de standaard bijstelling behoeft. Het gaat bijvoorbeeld om woordgebruik, aanvullingen of volgorde van de aanbevelingen. Bij bijstelling van de standaard is belangrijk dat de ontwikkelaar nagaat of veranderingen niet in strijd zijn met de onderliggende evidence in de standaard.

3

Literatuur

1. <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/programma-detail/ontwikkeling-kwaliteitsstandaarden-2019-2022/>
2. Grol R, Wensing M. Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2015
3. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *Am J Public Health* 1999;89(9):1322-27.
4. Tabak R, Khoong E, Chambers D, Brownson R. Bridging research and practice: Models for dissemination and implementation research. *Am J Prev Med*. 2012;43(3):337-50.
5. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Sci*. 2015;10:53.
6. Bartholomew Eldredge LK, Markham CN, Ruiters RAC, Fernandez ME, Kok G, Parcel GS. Planning health promotion programs: An intervention mapping approach. San Francisco: Jossey-Bass, 2016.
7. Hulshof CTJ, Rosenbrand CJGM, Fleuren MAH. Commentaarrronde en uittesten van een conceptrichtlijn. In: Everdingen van JJE, Dreesens DHH, Burgers JS, Swinkels JA, Barneveld van TA van, Weijden van der T. Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014: 149-54.
8. Borrelli B. The Assessment, Monitoring, and Enhancement of Treatment Fidelity In Public Health Clinical Trials. *J Public Health Dent*. 2011;71(s1):S52-63.
9. Fleuren MAH, Keer M, Paulussen TGWM. Adviesrapport meten van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. Leiden: TNO, 2014.
10. Nothacker M, Stokes T, Shaw B, Lindsay P, Sipilä R, Follmann M, Kopp I; Guidelines International Network (G-I-N) Performance Measures Working Group. Reporting standards for guideline-based performance measures. *Implement Sci*. 2016;11:6.
11. Glasgow RE. Critical measurement issues in translational research. *Research on Social Work Practice*. 2009;19(5):560-8.
12. Durlak JA. Studying Program Implementation Is Not Easy but It Is Essential. *Prev Sci*. 2015;16(8):1123-7.
13. Piasta SB, Justice LM, McGinty A, Mashburn A, Slocum L. A Comprehensive Examination of Preschool Teachers' Implementation Fidelity When Using a Supplemental Language and Literacy Curriculum. *Child and Youth Care Forum*. 2015;44(5):731-55.
14. Mowbray CT, Holter MC, Teague GB, Bybee D. Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation*. 2003;24(3):315-40.

15. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care* 2004;16(2):107-23.
16. Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implement Sci.* 2007;2:40.
17. Schoenwald SK. It's a Bird, It's A Plane, It's ... Fidelity Measurement In the Real World. *Clin Psychol (New York)*. 2011 Jun;18(2):142-7.
18. Burgers JS, Fleuren MAH, Lugtenburg M, Hulshof CTJ. Evaluatie van de toepassing van richtlijnen. In: Everdingen van JJE, Dreesens DHH, Burgers JS, Swinkels JA, Barneveld van TA van, Weijden van der T. *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014: 293-302.
19. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JA. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci.* 2009;4:50.
20. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M, Baker R, Eccles MP. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci.* 2013;8:35.
21. Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. *MeetInstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI)*. Leiden: TNO, 2012.
22. Fleuren MA, Paulussen TG, Van Dommelen P, Van Buuren S. Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *Int J Qual Health Care* 2014;2(5):501-10.
23. Michie S, West K, Campbell RJB, Grainforth H. *An ABC of behavior change theories*. Londen: Silverback Publishing; 2014.

Bijlage 1 Beoordelingscriteria V&VN Beoordelingscommissie

Beoordeling: Plan van Aanpak Implementatie Richtlijn		Beoordelaar	
	Alle groepen beoogde gebruikers van de standaard nemen deel aan de proefimplementatie	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	<i>Dit zijn in de regel verpleegkundigen, verzorgenden of verpleegkundig specialisten. Zie ook AGREE vraag 6.²</i>		
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan welke groepen gebruikers missen		
2	De populatie waarop de standaard van toepassing is neemt deel aan de proefimplementatie	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	<i>Dit zijn in de regel patiënten / cliënten. Zie ook AGREE vraag 3.</i>		
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan of patiënten zouden moeten deelnemen		
3	Managers nemen deel aan de proefimplementatie	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan of managers zouden moeten deelnemen		
4	Alle sectoren / organisaties waar de beoogde gebruikers van de standaard werken zijn vertegenwoordigd in de proefimplementatie	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan welke sectoren / organisaties missen		
5	De keuze voor individuele deelname van verpleegkundigen en verzorgenden, dan wel hele teams / organisaties klopt bij de inhoud van de standaard	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	<i>Als insteek geldt dat individuele gebruikers alle aanbevelingen testen die door een individuele gebruiker dienen te worden toegepast. Teams testen aanbevelingen die in teamverband dienen te worden uitgevoerd.</i>		
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan wat anders zou moeten		
6	Het aantal deelnemers staat in verhouding tot het onderwerp en het aantal sectoren waarvoor de standaard is bedoeld	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	<i>Als insteek geldt circa 20 verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten per sector, die de standaard bij circa 8-10 patiënten testen</i>		
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan wat anders zou moeten		
7	De duur van de proefimplementatie staat in verhouding tot hoe vaak het onderwerp van de standaard voorkomt en de duur die nodig is om de kernaanbevelingen uit te voeren	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	<i>Bijv. als een aanbeveling over wondzorg dagelijks aan de orde is bij het merendeel van de patiënten, hoeft deze aanbeveling mogelijk maar een week uitgetest te worden om zicht te krijgen op de uitvoeringsproblemen.</i>		
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan wat anders zou moeten		
8	De belangrijkste kernaanbevelingen worden uitgetest	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	<i>Kernaanbevelingen zijn die aanbevelingen die in ieder geval uitgevoerd moeten worden om het beoogde effect van de standaard bij de patiënt te bewerkstelligen. Zie ook AGREE vraag 17. Afgeleide producten behorende bij de standaard, bijv. een gesprekshandleiding, worden ook uitgetest.</i>		
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan welke kernaanbevelingen missen		
9	Per kernaanbeveling wordt nagegaan in hoeverre de deelnemers de aanbeveling uit voeren zoals bedoeld	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan wat anders zou moeten		

² <https://www.agreetrust.org/agree-ii/>

10	De meetmethoden en gebruiksmaten (mate van gebruik door de zorgprofessional) om vast te stellen of de kernaanbevelingen worden uitgevoerd zoals bedoeld, zijn onderbouwd en geschikt	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan wat anders zou moeten		
11	Er worden verschillende meetmethoden en gebruiksmaten gehanteerd om vast te stellen of de kernaanbevelingen worden uitgevoerd zoals bedoeld	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan wat anders zou moeten		
12	Per kernaanbeveling wordt nagegaan welke determinanten de uitvoering beïnvloeden	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	<i>Bijvoorbeeld via open tekst of aan de hand van een lijst met factoren.</i>		
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan wat anders zou moeten		
13	Er wordt nagegaan welke randvoorwaarden voor de invoering van de standaard nodig zijn	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	<i>Denk hierbij aan benodigde inwerktijd, scholing, uitloop consulten, het meer of juist minder patiënten gaan zien, benodigde apparatuur etc.</i>		
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan wat anders zou moeten		
14	De meetinstrumenten en meetmethoden om determinanten vast te stellen zijn onderbouwd en geschikt	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan wat anders zou moeten		
15	Er worden verschillende meetmethoden gebruikt, zowel kwantitatieve om determinanten vast te stellen	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	<i>Bijvoorbeeld registratieformulieren in combinatie met interviews om de kwantitatieve gegevens te kunnen duiden.</i>		
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan wat anders zou moeten		
16	Per kernaanbeveling wordt met – een deel van - de deelnemers nagegaan wat passende oplossingen / invoerstrategieën zijn voor problemen in de uitvoering	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan wat anders zou moeten		
17	De meetmethode om tot passende oplossingen / invoerstrategieën te komen is onderbouwd en geschikt	Antwoord hiernaast	ja / nee / onduidelijk
	Indien 'nee' of 'onduidelijk', beschrijf dan wat anders zou moeten		
18	Welk advies wordt aan ZonMw gegeven?	Antwoord hiernaast	
	Voldoet aan de voorwaarden.		
	Voldoet deels aan de voorwaarden. Aanpassingen waarvoor herindiening niet noodzakelijk is.		
	Voldoet nog niet aan de voorwaarden. Aanpassingen waarvoor herindiening.		
	Indien 'voldoet deels' of 'voldoet nog niet', beschrijf dan waarop dit oordeel is gebaseerd.		

Bijlage 2 V&VN Beoordelingscommissie

De V&VN Beoordelingscommissie Kwaliteitsstandaarden bewaakt de methodologische kwaliteit en toepasbaarheid van producten voortkomend uit het ZonMw programma Ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden 2019-2022: wijkverpleging. Voor kwaliteitsstandaarden vindt de beoordeling plaats op vaste momenten in het ontwikkeltraject:

- De met de werkgroep afgestemde uitgangsvragen, inclusief onderliggende knelpunten, en een voorstel voor het plan van aanpak voor de verdere uitwerking per uitgangsvraag.
- De conceptstukken zoals opgesteld voorafgaand aan de commentaarfase. Hierbij gaat het over de conceptkwaliteitstandaard en een uitgewerkt plan voor de proefimplementatie.
- De conceptkwaliteitstandaard voordat de autorisatie in gang wordt gezet.

De Beoordelingscommissie beoordeelt aan de hand van de Leidraad voor Kwaliteitsstandaarden van de Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA)³, de HARING-tools⁴ en AGREE II⁵.

De commissie is onafhankelijk en wordt ondersteund door het V&VN Programmabureau. De commissie heeft een adviserende rol aan ZonMw over de vereiste (methodologische) stappen om de beoogde kwaliteit te bereiken passend bij kwaliteitseisen zoals beschreven bij het ZonMw programma Ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden 2019-2022: wijkverpleging.

De voorzitter en vice-voorzitter zijn opgeleid als (arts)epidemioloog. Verder bestaat de commissie uit afgevaardigde V&VN-leden met een gevarieerd opleidingsniveau (verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende) en werkgebied (werkzaam in de wijkverpleging of werkzaam als onderzoeker, implementatiedeskundige of beleidsmedewerker/stafmedewerker). Alle commissieleden hebben kennis van kwaliteitsstandaarden en een goed beeld van de inhoudelijke en organisatorische zorgvragen in de praktijk van de wijkverpleging.

³ Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA). Leidraad voor Kwaliteitsstandaarden. Versie addenda 2019.

⁴ Hilbink M., Ouwens M., Kool T. De HARING-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. Nijmegen: het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), 2013

⁵ <https://www.agreetrust.org/agree-ii/>