

Implementatieplan Richtlijn Hyperbilirubinemie

De multidisciplinaire richtlijn hyperbilirubinemie, geïnitieerd vanuit de NVK, onder begeleiding van het CBO, in samenwerking met KNOV, NVOG, NHG-VAH, AJN, NVKC, Sting en “Kind en Ziekenhuis” is tot stand gekomen door een adaptatie-adoptieprocedure van de hyperbilirubinemierichtlijn van de American Academy of Pediatrics. De richtlijn is vooral aangepast aan de unieke aspecten van het Nederlandse zorgsysteem (tov de Amerikaanse). De richtlijn is aanvaard door de betrokken verenigingen zodat het implementatietraject kan beginnen.

Implementatie

Onder implementatie wordt verstaan “een geheel van doelgerichte, samenhangende activiteiten om de invoering van een bepaalde werkwijze of product te bewerkstelligen of een bepaalde verandering op gang te brengen” (Plas en Wensing 2006). Het implementatieplan kent 3 fasen. Iedere fase vraagt haar eigen doelgerichte activiteiten om de invoering in de dagelijkse praktijk te bevorderen.

Eerste fase: de verdere ontwikkeling van de richtlijn waarbij rekening wordt gehouden met de doelgroep of eindgebruiker van de richtlijn. Het implementatieklaar maken staat daarbij centraal.

Tweede fase: de verspreiding van de richtlijn. De focus ligt hierbij op de activiteiten om te garanderen dat alle leden van de eindgebruikers, dus de professionals die betrokken zijn bij pasgeborenen daadwerkelijk geïnformeerd worden over de nieuwe richtlijn.

Derde fase: de implementatie van de richtlijn in de dagelijkse praktijk. Hierin staat een systematische aanpak centraal om tot een set van potentieel succesvolle activiteiten voor implementatie te komen. Hierbij worden activiteiten beschreven die u als lid van de doelgroep zou kunnen uitvoeren om te garanderen dat op locatie de richtlijn succesvol wordt geïmplementeerd.

Eerste fase: verdere ontwikkeling van de richtlijn

Tijdens deze fase wordt aandacht besteed aan het implementatieklaar maken van de richtlijn. Hiertoe worden de volgende activiteiten uitgevoerd.

1. Om als professionals volgens een richtlijn te KUNNEN werken, is het noodzakelijk dat alle aanbevelingen HELDER omschreven zijn en zo min mogelijk ruimte laten voor interpretatie. Daarom worden alle aanbevelingen getoets op helderheid. Die toets kan bestaan uit het nagaan of in de aanbeveling duidelijk staat omschreven: WIE WAT WANNEER doet bij WIE en op WELKE WIJZE (5 W's). De aanbevelingen worden zo nodig verduidelijkt (bij discussie: overleg in werkgroep).
2. De richtlijn is al volgens het AGREE en ADAPTE model ontwikkeld en geadapteerd. Er is al rekening gehouden met de criteria of een aanbeveling werkzaam is in de Nederlandse zorgsetting. Een samenvatting staat vermeld in de richtlijn (pag 55 en pag 79 e.v.) Voor het implementatietraject zal nogmaals een snelle check plaatsvinden door twee

onafhankelijke personen: 1. een medewerker van IQ healthcare en 2. de projectmedewerkers (researchnurse+voorzitter) gebruikmakend van het AGREE instrument meetformulier. Waar beide het niet eens zijn, wordt gediscussieerd. Indien nodig wordt een derde beoordelaar geraadpleegd. Waar nodig zal de richtlijn worden aangepast zodat de richtlijn optimaal voldoet aan de AGREE criteria. Deze voorstellen worden aan de implementatiewerkgroep voorgelegd en dienen expliciet te worden geaccordeerd.

3. AGREE omvat een aantal toepasbaarheidscriteria die extra aandacht zullen krijgen. Een eerste aandachtspunt betreft de indicatoren. Om te kunnen monitoren in hoeverre een richtlijn uiteindelijk is geïmplementeerd, zijn indicatoren ontwikkeld. Meetinstructies voor dataverzameling t.b.v. registratie van de indicatoren worden verder ontwikkeld. Een richtlijn is beter implementeerbaar indien de opstellers een praktische vertaalslag maken naar de organisatie. (inpassen in huidige protocollen/richtlijnen per beroepsgroep / ketenzorg). Een tweede aandachtspunt betreft dan ook het verder ontwikkelen van hulpmiddelen zoals samenvattingskaart, stroomschema's, tabellen, grafieken, computerprogramma's en onderwijsprogramma's, gebruiksaanwijzingen voor transcutane bilimeters. Deze hulpmiddelen bevorderen het gebruik van de richtlijn in de praktijk. De volgende hulpmiddelen zijn ontwikkeld en worden verder uitontwikkeld:
- Stroomschema's, tabellen voorafkans, grafiek met bilicurve, risicofactorentabel, tabel diagnostiek, tabel fotherapie, tabel interventies bij hyperbilirubinemie, tabel wisseltransfusie, behandelrichtlijn fotherapie, behandelrichtlijn wisseltransfusie, behandelrichtlijn IVIG, behandelrichtlijn transcutane bilirubinemetingen.

De hulpmiddelen worden uitgewerkt tot:

Samenvattingskaarten/Bortzakkaartjes per zorgverlener
Zorgprotocol Risico-inschatting
Zorgprotocol Beoordeling Hyperbilirubinemie
Zorgprotocol Fotherapie
Zorgprotocol wisseltransfusie
Zorgprotocol transcutane bilirubine meting

Voorstel werkafspraken tussen arts-verloskundige-verpleging over bilirubinemetingen.

Onderwijsprogramma's ter introductie van het gebruik van de richtlijn en hulpmiddelen:

Signalering en evaluatie van hyperbilirubinemie
Het gebruik van de bilicurve
Diagnostiek en behandeling hyperbilirubinemie
Diagnostiek en behandeling geconjugeerde hyperbilirubinemie

De richtlijn is inmiddels voorgelegd en geaccordeerd door de betrokken verenigingen .

Tweede fase: verspreiding van de richtlijn

Het optimaal verspreiden van de richtlijn onder de doelgroep is een tweede belangrijkste stap voor de succesvolle implementatie van deze richtlijn. Alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor pasgeborenen dienen daadwerkelijk geïnformeerd te worden over de nieuwe richtlijn en de bijgeleverde producten.

De richtlijn en hulpmiddelen worden via diverse kanalen verspreid in Nederland.

1. De richtlijn/hulpmiddelen worden aangeboden via alle betrokken verenigingen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van de richtlijn. Hen wordt nadrukkelijk gevraagd hun leden te attenderen op het verschijnen van de nieuwe richtlijn en hulpmiddelen
2. De digitale versie van de richtlijn/hulpmiddelen wordt in ieder geval aangeboden via de websites van: CBO, NVK-Pedianet, LEVV (?), NVOG, KNOV, NHG/VAH, STING, e.a. , patiëntenorganisaties, zwangersensite's.
3. Er worden lezingen en congressen en symposia gehouden
4. Er worden artikelen gepubliceerd
5. De indicatorenset wordt verder uitontwikkeld en meetinstructies worden verspreid evt. via websites

Derde fase: Implementatie van de richtlijn in de dagelijkse praktijkvoering

Richtlijnen die ontwikkeld en verspreid zijn, vinden meestal niet vanzelf hun weg in de dagelijkse praktijk. Het verstrekken van informatie –dat wil zeggen het enkel verspreiden van de richtlijn met aanbevelingen omtrent “goede zorg” voor kinderen met hyperbilirubinemie – volstaat over het algemeen niet om haar toepassing in de dagelijkse praktijk te garanderen.

Het implementeren van vernieuwingen doorloopt een aantal fasen. Het gaat om de fasen van **oriëntatie, inzicht, acceptatie veranderen en behoud van veranderen.**

In de oriëntatiefase gaat het erom de doelgroep geïnteresseerd en betrokken te krijgen. In de fase van inzicht wordt de doelgroep geïnformeerd wat de vernieuwingen inhouden waarbij het gevoel moet ontstaan dat deze vernieuwingen noodzakelijk zijn. Ook inzicht in de meerwaarde van de vernieuwing behoren bij deze fase. In de acceptatiefase gaat het erom dat de doelgroep echt gemotiveerd raakt om de vernieuwingen van de richtlijn toe te gaan passen. In de fase van veranderen worden de vernieuwingen (op kleine schaal) daadwerkelijk toegepast in de praktijk. Men kan de voordelen van de vernieuwingen zelf ervaren. In de fase van behoud van veranderingen gaat het erom dat de nieuwe richtlijn beklijft door bijvoorbeeld inbedding in protocollen, realiseren van randvoorwaarden.

In de dagelijkse praktijk spelen allerlei bevorderende en belemmerende factoren een rol die bepalen of de in de richtlijn beschreven zorg zal worden verleend of niet. Een systematische aanpak en goed geplande implementatieactiviteiten zijn dan ook meestal noodzakelijk om gebruik in de praktijk te waarborgen. Grol en Wensing (2006) beschrijven een model voor het implementeren van vernieuwingen, waarbij een implementatiestrategie gebaseerd is op belemmeringen voor richtlijntoepassing in de praktijk. Het model beschrijft stappen die

doorlopen moeten worden voor een systematische aanpak, hetgeen de kans vergroot dat de richtlijn in de dagelijkse praktijk gebruikt wordt.

1. Probleemanalyse: verkenning welke aspecten van de zorg de meest voor verbetering in aanmerking komen en welke factoren “ het werken volgens de richtlijn” beïnvloeden. Als eerste stap kan bekeken worden in hoeverre er al volgens de richtlijn wordt gewerkt. Indicatoren spelen hierin een belangrijke rol omdat zij aangeven in hoeverre optimale zorg reeds verleend wordt. Een tweede stap is het bepalen van de factoren die het wel of niet verlenen van de zorg zoals beschreven met de indicatoren beïnvloeden. Dit betreffen zowel kansen als belemmeringen.

De beïnvloedende factoren kunnen betrekking hebben op:

- de richtlijn zelf (bijvoorbeeld: de aanbevelingen zijn niet helder geformuleerd)
- individuen (bijvoorbeeld: lacunes in kennis, attitude of vaardigheden)
- de sociale omgeving (bijvoorbeeld: ontbreken van bepaalde teamleden op een afdeling, of wensen van ouders)
- de organisatie (bijvoorbeeld: het ontbreken van bepaalde voorzieningen of beschikbare middelen).

Gestreefd moet worden om kansen uit te buiten en belemmeringen weg te nemen.

2. Op basis van deze probleemanalyse wordt een keus gemaakt voor de toepassing van hierop toegesneden implementatieactiviteiten. Vaak zal dat een diversiteit aan strategieën en maatregelen zijn. Verschillende type strategieën zijn mogelijk: informerend, motiverend, draagvlakvergroterend, educatief, organisatorisch, faciliterend, marktgericht, patiëntgericht (zie overzicht hieronder)
3. Van belang is tevens dat de aanpak wordt geëvalueerd aan de hand van de gestelde doelen en zo nodig wordt aangepast. Naast maatwerk is dus ook een methodische aanpak van analyseren, plannen en uitvoeren van belang.

Beïnvloedende factoren bij de implementatie van de richtlijn hyperbilirubinemie

Zoals hierboven beschreven is het van belang factoren te inventariseren die de implementatie kunnen bevorderen dan wel belemmeren. Hieronder een aantal mogelijke knelpunten en potentiële oplossingen.

mogelijke beïnvloedende factoren	Mogelijke strategieën
individuele factoren	
zorgverlener is niet goed op de hoogte van richtlijn (niet gelezen, geen contact collega;s)	Via allerlei kanalen beknopte boodschappen verspreiden, benaderen van sleutelfiguren en netwerken.
zorgverlener heeft geen interesse, geen behoefte, ziet relevantie niet of noodzaak te veranderen.	wervende brochures, persoonlijke benaderingen en uitleg, confrontatie eigen handelen.
Geen kennis hebben van, informatie is complex of omvangrijk	Goede instructiematerialen, kernachtige boodschappen, informatie gebaseerd op problemen vanuit de praktijk haalbaar.
Geen inzicht hebben in eigen handelen of overschatting eigen handelen	Eenvoudige methoden van zelftoetsing of onderlinge toetsing, feedback.
Negatieve houding (nadelen zien, twijfel over opstellers of haalbaarheid, onvoldoende betrokken voelen)	Aanpassing innovatie aan wensen van de doelgroep, lokale discussie en consensus, weerstanden bespreken, goede wetenschappelijke argumentatie, inschakelen sleutelpersonen.
Niet bereid zijn te veranderen (twijfel aan succes en eigen mogelijkheden)	demonstratie van uitvoerbaarheid door collega;s, inventariseren van knelpunten en oplossingen zoeken, veranderingen met haalbare doelen. Reductie van risico;s
Niet starten met invoering (geen tijd, middelen of vaardigheden; past niet in bestaande zorgprocessen)	Extra middelen, ondersteuning, vaardigheidstraining, hulp bij herontwerp van zorgprocessen, inzet hulpkrachten of consultants
Onvoldoende succes (negatieve reacties)	Informatiematerialen, plan met haalbare doelen
Geen integratie in routines (terugvallen, vergeten)	Monitoring, feedback, reminders, integratie in zorgplannen en –protocollen en -ketens
Geen verankering in organisatie (wordt niet gesteund)	Voldoende middelen, steun van management, organisatorische maatregelen, beloning, vergoeding van taken.

(geadapteerd uit: Grol en Wensing 2006)

Plan hyperbilirichtlijn implementatie

Ontwikkelen van de richtlijn

Herschrijven van alle aanbevelingen volgens 5 W's

- onduidelijkheden discussie in werkgroep + beslissen

AGREE beoordeling door 2 onafhankelijken

- discrepanties bediscussieren, indien blijft – derde persoon
- waar afwijkt van oorspronkelijke aanbeveling = expliciete discussie in werkgroep

Ordenen van de aanbevelingen naar hulpverlener en ordenen in de tijd (patient centraal)

- onduidelijkheden discussieren in de werkgroep + voorstel
- ontwerp voor zorgprocollen/zorgpaden/zorgketens

Ontwikkelen van de hulpmiddelen

- voorstel aan werkgroep
- professioneel lay-out en drukken

Verspreiding van de richtlijn en hulpmiddelen

Richtlijnen via websites van betrokken verenigingen

Hulpmiddelen digitaal en hard-copy

Hard-copy hulpmiddelen verspreiden doelgroepen

Aanmelden lezingen / symposia: refereeravonden / regioavond

- via leden werkgroep indexeren en informeren bij sleutelfiguren en plannen

Publiceren van artikelen

- via leden werkgroep indexeren welke tijdschriften
- voorstellen schrijven en aanbieden ter publicatie

Indicatorenset uitwerken = er zijn al indicatoren ontwikkeld (in detail)

- methoden indexeren om klinische variabelen uit de indicatoren te kunnen

Registreren voorstel/produkt (?) maken zodat in de praktijk die variabelen zo eenvoudig

- mogelijk geregistreerd kunnen worden en indicator berekend kan worden.

Implementatie

Probleemanalyse

- eerst in vitro: door werkgroepleden: wat is goed, waar kan het mis gaan

Toegepaste implementatie afhankelijk van kracht/beperkingen

- daarna in vivo: door professionals anders dan de werkgroepleden.

Incorporatie van specifieke aanbevelingen vanuit de hyperbilirichtlijn in andere bestaande richtlijnen/protocollen van de verschillende betrokken beroepsgroepen

Evaluatie

Tijdstraject		
febr – april	Procedure afspreken	begeleiding afspreken (Marlies en Hans) werkgroepleden vragen (grotendeels gedaan)
zomer	Ontwikkelingsfase van producten (voorstellen), in vitro tests Productie van hulpmiddelen	
aug – dec	Verspreiding en implementatie	
dec	Evaluatie.	

Drie vergaderingen met werkgroep:

- | | |
|-------------|--|
| 1. mei/juni | plan + discussie 5 W's en conclusie van AGREE en hulpmiddelen / producten
In vitro tests van producten afspreken
Indexeren bestaande protocollen/richtlijnen beroepsgroepen
Indicatoren meetinstrumenten benodigde variabelen |
| 2. aug/sept | eindproducten goedkeuring en plan verspreiding/implementatie
- artikelen, referavonden, regioavonden etc., mediaoffensief
Incorporatie in bestaande protocollen/richtlijnen
Pilot indicatoren meetinstrumenten |
| 3. dec | Evaluatie. |

Voorstel Samenstelling van Werkgroep

Marlies Hulscher	IQ Healthcare	inhoudelijk implementatiedeskundige
Hans de Beer	vh CBO – OMS	proces begeleiding
Diana Pettinga	researchnurse	voorbereiding/uitvoering
Peter Dijk	kinderarts	voorzitter
Tjalling de Vries	kinderarts	ja
Kees Korver	kinderarts	ja
Mieke Beentjes	verloskundige	ja
Eline van den Akker	gynaecoloog	ja
Bernadette Klaphake	verzorgenden	ja
Edith Kielder	verpleegkundige	ja
Willem Koch	huisarts	ja

Gedetailleerd Tijdsplan en Werkplan

1. voorafgaande aan de 1^e vergadering

- procedure afspreken (Hans, Marlies, Diana en Peter)
- herschrijven aanbevelingen volgens 5 W's (Diana en Peter, check door Marlies)
- toepassen AGREE (IQ via Marlies én Diana en Peter, Hans evt 3^e)
- herordenen van aanbevelingen naar type hulpverlener (Diana en Peter)
- herordenen van aanbevelingen in de tijd (patient centraal) (Diana en Peter)
- voorstel voor zorgpaden (patient centraal) (Diana en Peter)
- voorstel zorgprotocollen (zorgverlener centraal) (Diana en Peter)
- voorstel om deze zorgprotocollen/zorgpaden in vitro te testen door werkgroepleden (Peter)
- vragen formuleren mbt opvragen van bestaande richtlijnen (pasgeborenen) door werkgroepleden (Peter en Hans)
- voorstellen onderwerpen onderwijsprogramma's per type zorgverlener
- vragen formuleren over hoe werkgroepleden denken dat de variabelen die nodig zijn voor de indicatoren verzameld zouden kunnen worden / en wie daar verstand van zou kunnen hebben. (Peter en Hans)

Voorafgaande aan vergadering voordien bovengenoemde voorstellen etc eerst voorbespreken met Marlies, Hans, Diana en Peter

Kort voorafgaande aan vergadering procedure rondmailen en de bovengenoemde voorstellen

2. Tijdens 1e vergadering juni

- uitleg en bespreken procedure Akkoord
- doornemen aanbevelingen volgens 5 W's (waar dat nodig is), die waarover gediscussieerd is of waarbij een keuze gemaakt moet worden.
- doornemen aanbevelingen volgens AGREE waarover gediscussieerd is of waarbij een keuze gemaakt is of nog gemaakt moet worden door de werkgroep. Werkgroep moet accorderen !
- Bespreken van de voorstellen voor zorgpaden/protocollen
- afspreken dat werkgroepleden die "in vitro" gaan bekijken en feed-back geven.
- Vragen naar bestaande "protocollen/richtlijnen/werkwijzen etc etc per beroepsgroep
- voorstel onderwerpen "onderwijsprogramma's" per type zorgverlener (verdelen over werkgroep)
- Vragen naar ideeën over hoe variabelen tbv indicatoren verzameld zouden kunnen worden zodat het zo eenvoudig mogelijk is voor de werkvloer. (en toch betrouwbare resultaten geeft)
- vragen naar ideeën over hulpmiddelen die het eenvoudig maken de richtlijn juist toe te passen.
- vragen naar kanalen waarover de richtlijn + hulpmiddelen verspreid kunnen worden per beroepsgroep.

3. Periode na de 1^e vergadering en ter voorbereiding op de tweede vergadering (aug)

- Conclusies 5 W's en Agree uitwerken en definitief maken (Diana en Peter)
- Verwerken opmerkingen/suggesties zorgpaden/protocollen (Diana en Peter)
- werkgroepleden responderen op in vitro test van zorgprotocollen/zorgpaden (alle werkgroepleden)
- die responsen worden verwerkt in aangepaste zorgpaden/protocollen die vervolgens In vivo worden getest (door betreffende zorgverleners maar niet door de werkgroepleden: gevraagd door collega werkgroepleden: dus bv Dijk vraagt andere kinderarts te oefenen met zorprotocol/pad in de praktijk en vraagt om input).
- verwerken van die responsen (Diana en Dijk, samen met werkgroepleden individueel)
- verwerken suggesties over "hulpmiddelen" => inhoud klaar => nu lay-out / format (Diana en Peter, Hans ?)
- indexeren congressen/symposia/tijdschriften: en abstracts/voorstellen/artikelen schrijven. (allen: verzamelen door Diana en Peter)
- maken van onderwijsprogramma's per professional (Diana en Peter, + werkgroepleden)
- zoeken uitgever van eindproducten (Diane en Peter, en Hans ?)
- zoeken digitale ondersteuning (webmaster vragen / website maken) (Diana en Peter)

Voorafgaande aan 2^e vergadering bespreken Marlies, Hans, Diana en Peter de “eindprodukten” zoals die de volgende vergadering voorgelegd worden ter accoording aan de werkgroep.

4. 2^e vergadering (aug-sept)

Presentatie eindprodukten

- zorprotocollen/ zorgpaden, hulpmiddelen (+ format/lay-out)
- presentatie indexering congressen/tijdschriften/symposia
 - + verdeling over leden werkgroep.
- presentatie onderwijsprogramma's + verdeling over de werkgroep
- voorstel “website”
- drukproeven (?) van de hulpmiddelen presenteren
- bespreking werkwijze probleemanalyse na verspreiding van de richtlijn
 - afspreken hoe daarmee om te gaan – centraliseren en decentraal
 - per beroepsgroep (aanspreekpunten)
- voorstel registratiemethode voor variabelen tbv indicatoren.

5. Periode Aug/sept tot aan Evaluatie in december

- Daadwerkelijke verspreiding van alle hulpmiddelen
- Daadwerkelijke verspreiding van onderwijsprogramma's over doelgroepen
- Beschikbaar stellen van bovenstaande – hardcopy en digitaal via websites etc.
- Beschikbaar stellen van methoden ter registratie variabelen tbv indicatoren
- Indien abstracts, samenvattingen, artikelen etc

6. December: 3^e vergadering : Evaluatie

- Algehele evaluatie van alle voorgaande punten
- wat moet er eventueel nog gebeuren of wat kan er nog beter?
- hoe gaan we dat doen ?
- vervolg op implementatieplan ??
- evaluatie NSCK signalering 2008 en 2009