

EEN GOEDE WERKWIJZE VINDT ZIJN WEG VAN ZELF.....OF TOCH NIET???

Drs P.C. Grijns *

In deze presentatie wil ik ingaan op

- Decubituspreventie als kennisprobleem
- Het verspreiden en implementeren van kennis
- Wat de decubitus consulent kan doen om implementatie te bevorderen
- Wat het NIGZ biedt aan ondersteuning bij de verspreiding en implementatie van kennis.

DECUBITUSPREVENTIE ALS KENNISPROBLEEM?

Evidence based werken, dat betekent het zoveel mogelijk werken volgens effectief gebleken methoden is niet eenvoudig.

Sinds 1992 kennen we de CBO richtlijn voor decubituspreventie en behandeling. Daarin staat de juiste aanpak om decubitus te voorkomen, meerdere disciplines zijn het hierover eens geworden op basis van onderzoek en hun expertise. Door deze richtlijn toe te passen kan decubitus zoveel mogelijk voorkomen worden. Toch is dit moeilijk en als we naar de hoge prevalentiecijfers zien dan vragen we ons af of de richtlijn soms niet voldoende geïmplementeerd is.

Maar wat zijn hier de redenen voor? Waarom wordt deze richtlijn eigenlijk niet gewoon in de praktijk toegepast? Is de richtlijn niet bekend, of gaat het soms om heel ingewikkelde activiteiten die een speciale training vragen? Is het wellicht op de afdeling niet duidelijk wie wat moet doen? Is er misschien niet voldoende materiaal beschikbaar?

Zijn er onvoldoende instellingsprotocollen wellicht, of is de kwaliteit ervan niet goed? Heeft decubitus niet voldoende imago, of kost het te veel tijd om iemand goede basiszorg te bieden?

In dit praatje wil ik mogelijke redenen bespreken waarom een goede duidelijke, effectief gebleken werkwijze weinig wordt toegepast. Op basis van deze aannames heeft het NIGZ een plan opgezet om het toepassen van de richtlijn te helpen bevorderen. Het gaat om de activi-

teiten in het kader van project Kwaliteit Decubituspreventie.

Weten we voldoende hoe we decubitus kunnen voorkomen?

Ja, sinds 1992 beschikken we over de CBO richtlijn. Deze consensus richtlijn is nog steeds actueel. In de CBO richtlijn staan drie rijtjes preventieve maatregelen genoemd: maatregelen ter preventie van decubitus die je altijd moet nemen, of soms, of nooit. Even ter herinnering:

Altijd doen ! Dus ook op zo'n mooi matras....

1. wisselgigging geven of houdingsverandering stimuleren
2. goede huidverzorging
3. schone droge onderlaag
4. voorkomen van halfzittende houding
5. voorkomen voedingsdeficiënties
6. inspectie en palpatie van de huid
7. betrekken van de patiënt en mantelzorg

Soms doen ! (In individuele gevallen)

8. schapevacht
9. speciaal matras of kussen
10. insmeren (EPUAP: niet hard, en niet over benige uitsteeksels)

Nooit doen, nooit nooit!

1. inpakken van hielen met vette watten en zwachtels
2. ijzen en föhnen
3. windring

Dit wisten we allemaal al zegt u wellicht, de richtlijn is verouderd.

Nee, de bovenstaande maatregelen zijn nog allemaal juist. Wel is er de laatste jaren meer aandacht gekomen voor de noodzaak om het risico op

het verkrijgen van decubitus in te schatten, op de effecten van wrijven (liever niet hard, en niet over de benige uitsteeksels), en over schuifkrachten (voorkomen, bijvoorbeeld bij transfer van de patiënt). Deze extra aandachtspunten kunt u vinden in de Europese Richtlijn.

Op basis van onderzoek door het Nivel weten we dat bijna vier op de vijf instellingen over een eigen protocol beschikken, wat min of meer gebaseerd is op de CBO richtlijn. We zouden dus kunnen concluderen dat er voldoende kennis over decubituspreventie beschikbaar is in instellingen. Maar helaas weten we ook dat kennis over de juiste werkwijze zich niet vanzelf verkoopt..... Aanwezigheid van een preventieprotocol is niet voldoende om al onze collega's en anderen te overtuigen van het nut ervan.

HET VERSPREIDEN EN IMPLEMENTEREN VAN KENNIS

Dat kennis niet zomaar wordt toegepast is al bijna net zo'n oud probleem als decubitus...

Het volgende bekende historisch voorbeeld - ook uitgebeeld in het Scheepvaartmuseum in Rotterdam - illustreert hoe moeilijk het is om de juiste kennis toe te passen.

"In de 17e eeuw ontdekte een arts de effectieve remedie tegen het veelvuldig voorkomen van scheurbuik op de handelsschepen van de Engelse marine. Uiteindelijk heeft het 200 jaar geduurd voordat deze remedie bestaande uit het eten van verse groenten en het drinken van citroensap op alle schepen was ingeburgerd. Onderzoek hiernaar wees uit dat

diverse factoren ervoor verantwoordelijk waren dat de implementatie" zolang op zich liet wachten. De ontdekker van de remedie was slechts een onbeduidende scheepsarts die geen invloed had binnen het systeem van de marine. De marine wilde er niet aan i.v.m. de hoge kosten die het een en ander met zich meebracht. Ook de organisatie was erg ingewikkeld. Bovendien speelden politieke motieven een rol. De schepen voeren op hun handelsroute naar India via het Afrikaanse continent. In Afrika waren aanlegplaatsen nodig om vers fruit en groenten in te slaan. Hiervoor waren onderhandelingen nodig met de plaatselijke leiders, vaak katholieke Portugezen die niets van de protestante Engelsen moesten hebben".....

De lessen van toen, gelden nu nog steeds: het implementeren van nieuwe ideeën is geen sinecure. Het succes wordt bepaald door verschillende factoren. Die factoren zijn echter wel te beïnvloeden en daar ligt dan ook de uitdaging!

Aan de vraag hoe we er voor zorgen dat kennis ook gebruikt gaat worden, moet expliciet aandacht worden besteed.

Het gaat om een cluster van drie hoofdactiviteiten:

- het ontwikkelen (bijvoorbeeld van een protocol of formulier)
- het verspreiden ervan
- het invoeren, of implementeren ervan

Ontwikkelen

Vaak krijgt het ontwikkelen veel aandacht: dit is een stimulerende bezigheid, waarbij een aantal enthousiaste innovatoren aan de slag gaat. Het voeren van een dialoog tussen alle betrokken partijen al tijdens het ontwikkeltraject zal het uiteindelijke succes van de implementatie bevorderen. Want zoals een lid van een decubituscommissie eens zei: "Het is eigenlijk raar om te denken dat je klaar bent als je protocol af is, want dan begint het pas."

Verspreiden

Een plan voor de verspreiding van de materialen is van belang.

Uit ervaring weten we echter dat het verspreiden van bijvoorbeeld een protocol - ook al is het op grote schaal - geen garantie is dat hulpverleners het protocol ook gaan gebruiken. Het is aan te bevelen om meerdere aanpakken te combineren bij het verspreiden van een nieuw protocol bijvoorbeeld.

- Een combinatie van schriftelijk materiaal aanbieden via een huisblad of via inter of intranet gecombineerd met een persoonlijke benadering is effectiever dan alleen schriftelijke communicatie. Het inschakelen van sleutelfiguren, het nog eens nabellen of men de informatie heeft ontvangen of een nascholing wijden aan het onderwerp versterkt de kans op succes.
- Een eenmalige presentatie is niet voldoende. Houdt daar vast rekening mee, en organiseer een follow up.
- Een open deur: naarmate het product er aantrekkelijker uitziet, maar ook als een protocol goed, didactisch verantwoord is opgezet zal het eerder gelezen en onthouden worden. Uit een kleine steekproef onder 16 decubituspreventie protocollen bleek bijvoorbeeld dat de inhoud niet heel erg verschilde, maar dat de manier van presentatie wel grote verschillen vertoonde.

Implementatie

"Implementeren is het procesmatig en systematisch verspreiden en invoeren van een vernieuwing/verandering op een zodanige manier dat deze ingeslepen raakt, tot een routine wordt in het dagelijks handelen of het functioneren van een organisatie of in de structuur van de gezondheidszorg en niet meer als nieuw wordt ervaren." (Barnhoorn, Walda 1992)

Implementatie is een stapsgewijs, cyclische proces.

In navolging van Grol en op basis van kennis uit de patiëntenvoorlichting kunnen we vier stappen onderscheiden die een individuele gebruiker moet doorlopen om te komen tot daadwerkelijke toepassing van een nieuwe werkwijze: oriëntatie, inzicht, acceptatie en verandering.

ORIËNTATIE

De doelgroepen moeten op de hoogte gebracht worden van de innovatie, er geïnteresseerd in raken en het idee krijgen dat het misschien wel wat voor hen is. Wat houdt het nieuwe product in? Hoe werkt het? En waarom is het wat voor ons, waarom is het ontwikkeld? Het zijn allemaal vragen waarop men een antwoord wil.

Op de hoogte zijn van en interesse hebben in zijn in deze fase sleutelwoorden.

INZICHT

Interesse leidt niet vanzelf tot gebruik. De doelgroep moet ook begrijpen wat van hem/haar verwacht wordt als zij het product gaat gebruiken. Verder is het belangrijk dat zij inzicht heeft in haar huidige manier van werken/handelen om te kunnen bepalen of dit product in ervaren lacunes en tekortkomingen kan voorzien of afwijkt van producten die zij al gebruikt.

Sleutelwoord in deze fase is:

inzicht hebben.

ACCEPTATIE

In deze fase moet bij de gebruikers/doelgroepen een positief gevoel over het product ontstaan en zij moeten steeds meer zin gaan krijgen om het ook eens te gaan proberen. Daarvoor is het belangrijk dat duidelijk wordt welk voordeel(en) het product oplevert t.o.v. de bestaande situatie, en dat het makkelijk in te passen is in het denkkader en dat het gebruik van het product niet al te complex is. Om die inschattingen te kunnen maken is het nodig dat de gebruikers/doelgroepen een goed idee krijgen hoe het product toegepast kan worden in de eigen situatie, welke problemen men tegen kan komen en hoe (eventueel) problemen opgelost kunnen worden. Het gevoel moet groeien dat toepassing in de eigen situatie mogelijk is. In deze fase besluit iemand om het product wel of niet te gaan gebruiken/uitproberen.

Sleutelwoorden zijn: positieve houding en bereidheid tot uitproberen.

VERANDERING

In deze fase gaan de gebruikers aan

de slag met het product. De verpleegkundige gaat de nieuwe scorelijst hanteren en de arts schrijft het juiste wondverzorgingsmateriaal voor. Zij proberen verschillende manieren van gebruik uit, doen er ervaring mee op, leren eventueel de benodigde vaardigheden en realiseren wanneer nodig praktische en organisatorische aanpassingen. Zij moeten ervaren dat het werkt om de producten vervolgens automatisch en structureel te blijven gebruiken.

In deze laatste fase is er ook veel

behoefte aan bevestiging van de juistheid het besluit om het product te gaan gebruiken. Dit geldt met name als het product niet geheel aan de verwachtingen voldoet omdat het bijvoorbeeld moeilijker in te passen is in de werkroutine. Valkuil in deze fase is dat men terugvalt in de oude routines en het protocol op de plank terecht komt.

Sleutelwoorden in deze fase zijn: **gebruiken en blijven gebruiken**. Bij een succesvolle implementatie van een nieuw product moet er dus voor gezorgd worden dat de gebruikers

- | | |
|---|----------------|
| - op de hoogte zijn van het product | - openstaan |
| - er geïnteresseerd in zijn | |
| - inzicht hebben in het gebruik | - begrijpen |
| - inzicht hebben in hun eigen handelswijze | |
| - positief tegenover het product staan | - willen |
| - bereid zijn het te gaan gebruiken | |
| - in staat zijn om het product te gebruiken | - kunnen/doen |
| - het product gebruiken | |
| - het product blijven gebruiken | - blijven doen |

WAT KAN DE DECUBITUSCONSULENT DOEN OM IMPLEMENTATIE VAN KENNIS TE BEVORDEREN?

De decubitusconsulent kan - in samenwerking met een multidisciplinaire commissie - aandacht besteden aan een combinatie van factoren die gezamenlijk de mate van succes van het implementatieproces bepalen.

De vernieuwing (het protocol of de folder)

Een innovatie die duidelijk voordeel oplevert ten aanzien van de oude situatie, die past bij de waarden en normen van de gebruiker, die makkelijk te begrijpen is, die zichtbaar is in het gebruik en die ook eens een keer uit te proberen wordt makkelijker geaccepteerd dan als dit niet het geval is. Aan deze aspecten kan de consulent dus expliciet aandacht besteden.

De gebruikers (de patiënt, zijn familie, mantelzorgers, verpleegkundigen, artsen, management)
Naarmate de decubitusconsulent beter op de hoogte is van haar doel-

groep, en wat kenmerkend is voor haar, kan zij haar boodschap daar meer op afstemmen.

Ga relevante kenmerken na door jezelf per groep diverse vragen te stellen. Bijvoorbeeld: wat is de omvang van de groep; welke segmenten zijn erin te onderscheiden; waarin onderscheiden deze segmenten zich; wat zijn belangrijke netwerken waarin leden van de groep participeren; wat is de kennis van en houding ten aanzien van mijn organisatie/protocol in het algemeen/ en mijn product in het bijzonder; welke informatiebehoefte is er, op welk moment en wat is de wijze van informatievergaring en -verwerking; hoe veranderingsbereid is deze groep etcetera. Hieronder lichten we nog enkele van deze kenmerken toe.

Persoonlijke kenmerken

Leeftijd en ervaring

Leeftijd en ervaring spelen een rol bij implementatieprocessen. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat jongere hulpverleners eerder geneigd zijn om veranderingen toe te passen

dan hun oudere collega's. Ook kennis en vaardigheden die nodig zijn om een vernieuwing uit te voeren zijn van belang.

Zelfbeeld en verwachtingen

Elke gebruiker/doelgroep heeft een bepaald beeld van zichzelf. Daarin is de inschatting opgenomen van wat men goed en niet goed kan en ook hoe succesvol men zal zijn t.a.v. het invoeren van een nieuwe werkwijze of verandering van het eigen gedrag. Dit heeft weer sterk te maken met wat men van de vernieuwing verwacht en welke verwachtingen men heeft t.a.v. de persoonlijke effectiviteit.

Informatiezoekgedrag en -verwerking

Ieder mens heeft zijn eigen kanalen en manieren om informatie te vergaren en te verwerken. De één is gewend om veel te lezen, de ander is meer op kijken en luisteren ingesteld. Sommigen zijn meer gevoelig voor theoretische introductie en instructie, anderen meer voor reflectie en discussie erover of voor het opdoen van praktische ervaringen d.m.v. demonstraties en casuïstiek.

Veranderingsgeneigdheid in het algemeen

Niet iedereen is even geneigd nieuwe dingen te accepteren of uit te proberen. Binnen elke groep zijn er personen die snel tot acceptatie overgaan (de voorlopers of innovators), personen die extra informatie willen of eerst eens kijken welke ervaringen anderen ermee opdoen (de midden-groep of early adopters en late majority) en personen die moeilijk tot verandering te bewegen zijn, de achterblijvers of (laggards). Iedere subgroep vraagt om eigen interventievormen.

Kortom er zijn in een groep altijd mensen te vinden die voor iets nieuws open staan. Het is dan ook verstandig om bij deze personen te beginnen. Zij kunnen tijdens de implementatie een belangrijke voortrekkersrol vervullen.

De omgeving (de organisatiestructuur, netwerken, financiers, lokale/provinciale/landelijke overheid)
Het succes van implementatie wordt

mede bepaald door de mate waarin rekening is gehouden met de omgeving. De mate waar de consulent invloed kan uitoefenen op de omgeving is verschillend, en hangt samen met de positie van de consulent.

De organisatiestructuur, het beleid, de heersende waarden en normen en de geldende regels hebben invloed op de mate waarin en de snelheid waarmee nieuwe zaken geïmplementeerd kunnen worden. Ook spelen hierbij diverse randvoorwaarden een rol zoals financiën, draagvlak van het bestuur en leidinggevenden, beleid, deskundigheidsbevordering, enzovoort.

Niet alleen overwegingen van effectiviteit en nut spelen een rol bij het wel of niet accepteren van een nieuw product. Belangrijke netwerkleden, beleidsmakers en financiers kunnen een vergaande invloed hebben op de verspreiding en het gebruik van nieuwe producten. Opvattingen en meningen van patiënten en cliënten worden bijvoorbeeld in veel gevallen bepaald door wat hun directe omgeving (familie, burens) van een onderwerp vinden. En zo is ook de invloed van vakbroeders en -zusters bij hulpverleners bijzonder groot. Sleutelfiguren en opinieleiders kunnen daarom zeer bepalend zijn voor de implementatie.

Naast de directe sociale omgeving van gebruikers zien we ook andere omgevingsinvloeden zoals bijvoorbeeld wet- en regelgeving, de media, organisaties met een soortgelijk product.

De implementatie aanpak

Welke activiteiten kies je om de bekendheid van een vernieuwing te vergroten, het inzicht hierin te vergroten, de acceptatie te bevorderen, de vernieuwing in te voeren en het gebruik ervan te continueren?

In de gezondheidszorg wordt meestal gebruik gemaakt van een combinatie van de volgende type strategieën:

- informerende strategie: persoonlijk dan wel massa-mediaal;
- faciliterende: consultatie, ondersteuning, intervisie;
- educatieve: trainingen, instructie-

materiaal, informatie;

- overtuigende: belonen van positief gedrag, sociaal-politieke druk;
- dwingende: regels, sancties, contractering, certificatie.

Wanneer gebruikers meer gemotiveerd zijn en de noodzaak tot verandering zien, werken faciliterende en educatieve strategieën goed. Als men afhoudend is en er wordt een grote inzet gevraagd zijn overtuigende en soms dwingende strategieën beter op hun plaats. Verschillende gebruikers vragen dus een verschillende benadering. Ook hier zal daarom nooit één strategie het heil gaan brengen.

De keuze van een strategie hangt af van de complexiteit van de verandering, de aard van de gebruikers, de middelen die beschikbaar zijn en natuurlijk ook de ervaring die je als implementator hebt.

Een effectieve implementatiestrategie heeft o.a. de volgende kenmerken:

- beschikbaar stellen van theoretisch en/of praktisch beproefde producten
- wat betreft de verspreiding/promotie: een combinatie van schriftelijk en persoonlijk; gebruik van verschillende kanalen, regelmatig en gedurende langere tijd;
- wat betreft de invoering: een breed opgezette strategie bestaande uit een combinatie van interventies, gedurende langere tijd, die zo goed mogelijk aansluiten bij de knelpunten.
- belangrijk is: het geven van feedback op het handelen, persoonlijke begeleiding bij ingebruikname van nieuwe producten, het gezamenlijk bespreken van de kwaliteit van handelen in intervisie, aandacht van leidinggevenden voor de werkwijze.
- steun verwerven op organisatie-niveau (samenwerking, beleid)
- participatie van diverse betrokkenen, waaronder de gebruikers, bij de ontwikkeling van een implementatiestrategie.
- het hanteren van een projectmatige werkwijze: hierbij wordt aandacht besteed aan het verkennen van het probleem, het analyseren

ervan, het ontwerpen van een plan, het invoeren van dat plan, het evalueren en het verankeren.

ONDERSTEUNING VAN HET NIGZ IN HET PROJECT KWALITEIT DECUBITUSPREVENTIE

Het Project Kwaliteit Decubituspreventie van het NIGZ kent drie verschillende activiteiten lijnen. Deze worden mondeling toegelicht

1. Bekende informatie opnieuw verspreiden in een nieuw jasje

Drie informatieproducten worden ontwikkeld, getoetst bij gebruikers en breed verspreid:

- een Zakboekje decubituspreventie
- een handleiding Decubituspreventie Protocol
- een Patiëntenbrochure
- een Helpdesk

2. Het trainen en ondersteunen van decubitusconsulenten

- Werkleergang van 5 dagen en individuele coaching helpen de consulent om op een systematische wijze een verandering in te voeren.

3. Het beïnvloeden van de omgeving: de manager, de beleidsmakers, de regionale partners.

- Werkconferenties over transmurale werken, over scholing, over het functioneren van decubituscommissies zullen leidinggevenden en andere disciplines moeten interesseren voor decubituspreventie.

TENSLOTTE

Decubituspreventie en het invoeren van de juiste werkwijze gaat ons aan het hart. We hopen dat u als experts op het gebied van wondverzorging en decubitus slaagt in het moeizame proces van beïnvloeden. U kunt een beroep doen op het NIGZ als partner in preventie.

* Drs P.C. Grijns, projectmedewerker NIGZ Woerden.

Voordracht gehouden tijdens het WCS congres d.d. 3 november 1999 in Utrecht.