

Deel I: Het gebruik van de handknijpkracht meter bij de fysiotherapeuten binnen de instelling Patyna bij kwetsbare ouderen: kwalitatief onderzoek

Deel II: Implementatie plan voor het gebruik van de handknijpkracht meter voor de instelling Patyna

KWALITATIEF PRAKTIJKONDERZOEK

Student: Nico Bernd Lochorn

Studentnummer: 294829

Scriptiebegeleider/ supervisor: Marloes Lap

Datum/Date : 10-6-2018

HANZEHOGESCHOOL GRONINGEN | OPLEIDING FYSIOTHERAPIE



VOORWOORD

Voor u ligt de afstudeeropdracht: een kwalitatief onderzoek naar het gebruik van de handknijpkrachtmeter binnen de instelling Patyna. Dit onderzoek is gedaan naar aanleiding van de vraag door de instelling, de Ielânen te Sneek, over hoe zij de handknijpkrachtmeter kunnen gebruiken in hun diagnostisch handelen. De scriptie is geschreven ten aanzien van mijn afstudeerfase aan de opleiding fysiotherapie aan de Academie voor Gezondheidsstudies op de Hanzehogeschool in Groningen. Tijdens mijn stages het afgelopen jaar kwam ik problemen tegen die ik persoonlijk anders had opgelost in een organisatie. Tijdens mijn afstudeerfase kwam de vraag vanuit de Ielânen of ik een plan wou bedenken hoe de handknijpkrachtmeter beter gebruikt kon worden, omdat deze vrij recent was aangeschaft, maar tot op heden niet werd gebruikt. Voor mij was dit een mooie kans om een proces binnen een instelling te verbeteren en daarom heb ik deze met beide handen aangepakt en hier mijn scriptie over geschreven. Het feit dat ze het plan ook wouden gebruiken zodra de 3 revalidatiecentra (Joure, Sneek en Bolsward) tezamen komen als één revalidatiecentrum maakte mij des te enthousiaster over deze kans.

Het schrijven van deze scriptie was voor mij een flinke uitdaging, maar wel eentje waarvan ik oprecht genoten heb. Ik heb iets gedaan en bereikt waar ik in mijn aanstaande loopbaan hopelijk nog veel profijt van ga hebben en zal nu minder snel schromen om een proces of taakverbetering aan te pakken.

Voordat u begint aan het lezen van mijn scriptie, wil ik eerst de therapeuten van de Ielânen bedanken voor hun steun, openheid en het begeleiden van zowel mijn stage als de scriptie. Verder wil ik natuurlijk mijn stagebegeleidster Marloes Lap ontzettend bedanken voor de betrokkenheid, aanmoediging en de persoonlijke feedback die ik van haar heb mogen ontvangen.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	2
Samenvatting.....	4
Abstract	5
Inleiding:	6
Methode:	8
1: onderzoeksopzet.....	8
2: onderzoekspopulatie.....	8
3: onderzoeksprocedure.	8
4: Meetinstrumenten.....	9
4.1 Verantwoording vragenlijst.....	9
5: statische analyse.....	10
Resultaten:.....	11
Discussie	16
Gehanteerde methode.....	17
Conclusie/aanbeveling	18
Bijlage.....	21

Inleiding: dat vergrijzing de laatste jaren flink toeneemt is voor de meeste mensen wel bekend, dat hier ook een stijging van het aantal kwetsbare ouderen mee gepaard gaat zal minder bekend zijn. Deze groep loopt extra risico op gezondheidsrisico's, (ziekenhuis)opname en zelfs mortaliteit. Een van de belangrijkste fysieke component van kwetsbaarheid is sarcopenie dit wordt gekenmerkt door de afname van type 1 en type 2 spiervezels. Deze afname neemt ook problemen voor de ADL met zich mee, met alle gevolgen van dien. Een goed gestandaardiseerd meet instrument om de (spier)zwakte in beeld te brengen is de handknijpkracht meter, een zwakke handknijpkracht of een plotselinge afname van de handknijpkracht hebben een sterk voorspellende waarde op afhankelijkheid en of mortaliteit. Deze kwalitatieve studie is een aanzet om de factoren die ervoor zorgen dat de therapeuten van de Ielânen de handknijpkracht meter niet gebruiken in kaart te brengen en om te bestuderen hoe de therapeuten in Bloemkamp de handknijpkracht meter inzetten. Met als eindproduct een implementatieplan die gebruikt kan worden voor diverse revalidatiecentra van Patyna. De onderzoeksvraag is: wat is ervoor nodig om de handknijpkracht meter te implementeren bij de therapeuten van Patyna bij de doelgroep kwetsbare ouderen?

Methode: deze studie is een kwalitatief praktijkgericht onderzoek. Voor dit onderzoek is er aan de hand van vooraf opgestelde in/exclusiecriteria therapeuten geworven binnen de instelling Patyna die allen dienden te werken met de doelgroep kwetsbare ouderen. De onderzoeker heeft middels een zelf opgezette vragenlijst onderbouwd middels het onderzoek van Theunissen, N.C.M., te Pas, S.M.E. and Friele, R.D. (2003). De desbetreffende therapeuten ondervraagd en deze bevindingen geanalyseerd in het kwalitatieve data-analyse programma Atlas ti7. Uit deze gegevens is aan de hand van het boek van Grol: effectieve verbetering van de patiëntenzorg een implementatieplan opgesteld.

Resultaten: uit het onderzoek bleek dat 67% van de therapeuten in de Ielânen het gebrek aan kennis over de test uitslagen van de handknijpkrachtmeter de grootste belemmerende factor vond voor het gebruik van de handknijpkrachtmeter. Dit geldt voor 39% van de therapeuten in Bloemkamp. 33% van de therapeuten in de Ielânen gaf aan dat het gebrek aan de juiste vaardigheid om de handknijpkrachtmeter de gebruiken voor hun de belemmerende factor was. Voor de therapeuten in Bolsward was dit 38%. De bevorderende factoren voor de therapeuten in de Ielânen waren dat de progressie goed te volgen valt (55% van de therapeuten) eenvoudig in gebruik (27%) en de betrouwbaarheid van het meetinstrument (18%). De therapeuten in Bloemkamp gaven dezelfde factoren aan, hier gaf 56% de progressie aan 22% de eenvoudigheid en 22% vond de betrouwbaarheid de belangrijkste bevorderende factor voor het gaan gebruiken van de handknijpkrachtmeter. Om de handknijpkracht daadwerkelijk te gaan gebruiken gaven de therapeuten in de Ielânen aan dat 60% van de therapeuten behoefde had aan referentiewaarde van de handknijpkracht meter en hoe deze te interpreteren, in Bloemkamp was dit 63%. In de Ielânen had 30% behoefte aan een duidelijk protocol over het gebruik van de handknijpkrachtmeter, in Bolsward was dit 37%. Ook had 10% van de therapeuten in de Ielânen nog behoefte aan het feit dat de handknijpkrachtmeter door elke therapeut gebruikt werd.

Conclusie: uit de resultaten bleek dat het gebrek aan kennis over de test uitslagen van de handknijpkrachtmeter en het feit dat de therapeuten niet goed wisten hoe de handknijpkrachtmeter te gebruiken de grootste factoren waren waardoor dit meetinstrument niet werd ingezet. De therapeuten hadden het meest behoefte aan een duidelijk protocol waarin stond hoe de handknijpkrachtmeter te gebruiken en wat de normaal en afwijkende waarde zijn.

Introduction: The fact that aging has risen sharply in recent years is known to most people, that an increase in the number of frail elderly people is risen as well is less known. This group is at extra risk for health risks, (hospital) admission and even mortality. One of the most important physical components of frailty is sarcopenia, which is characterized by the reduction of type 1 and type 2 muscle fibers. This decrease also involves problems for the ADL, with all its consequences. A well-standardized measuring instrument to visualize the (muscle) weakness is the hand dynamometer, a weak grip strength or a sudden decrease of the grip strength have a strong predictive value on dependence and / or mortality. This qualitative study is an attempt to chart the factors that cause the therapists of the Ielânen not to use the hand-held force meter and to study how the therapists in Bloemkamp use the hand-held force meter. With an implementation plan as an end product, that can be used for various rehabilitation centers of Patyna. the research question is: what does it take to implement the hand dynamometer at Patyna's therapists?

Method: This study is qualitative practice-oriented research. For this research, therapists were recruited based on predefined in / exclusion criteria within the Patyna institution, all of whom were required to work with the frail elderly target group. The researcher questioned the relevant therapists by means of a self-prepared questionnaire and analyzed these findings in the qualitative data analysis program Atlas ti7. Based on these data, an implementation plan has been drawn up based on the book of Grol: effective improvement of patient care.

Results: the study showed that 67% of the therapists in the Ielânen found the lack of knowledge about the test results of the hand dynamometer the biggest impeding factor for the use of the hand dynamometer. This amounted to 39% of the therapists in Bloemkamp. 33% of the therapists in the Ielânen indicated that the lack of the proper skill to use the hand dynamometer was the impeding factor for them. This was in 38% the case for the therapists in Bolsward. the stimulating factors for the therapists in the Ielânen were the good show of progress (55% of the therapists) easy to use (27%) and the reliability of the measuring instrument (18%). The therapists in Bloemkamp indicated the same factors, 56% said the good show of progress was the stimulating factor, 22% the simplicity and 22% considered the reliability the most important stimulating factor for using the hand dynamometer. In order to actually use the hand dynamometer, the therapists in the Ielânen indicated that 60% of the therapists needed a reference value of the hand dynamometer and how to interpret them, in Bloemkamp this was 63%. In the Ielânen 30% needed a clear protocol on the use of the hand dynamometer, in Bolsward it was 37%. Also 10% of the therapists in the Ielânen wanted the assurance that all therapists were using the hand dynamometer.

Conclusion: the results showed that the lack of knowledge about the test results of the hand dynamometer and the fact that the therapists did not know how to use the hand dynamometer were the biggest factors that prevented this measuring instrument from being used. The therapists wanted a clear protocol that described how to use the hand dynamometer and wanted to know what the normal and abnormal value are.

Vergrijzing is de laatste jaren een steeds actueler onderwerp geworden. Door de toenemende levensverwachting van de laatste eeuw neemt het aantal ouderen fors toe. Nederland telt begin 2017 3,1 miljoen 65-plussers en 700.000 80-plussers.¹ Onderzoek heeft uitgewezen dat dit aantal de komende jaren fors zal stijgen. De verwachting is dat er in 2040 4,7 miljoen 65-plussers in Nederland leven, dit is 26% van de totale bevolking. Het aantal 80-plusser zal stijgen naar 2 miljoen¹. Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2013) is gebleken dat de groep kwetsbare ouderen in Nederland zal stijgen van een huidige 750.000 tot 1 miljoen in 2025². Deze groep ouderen loopt extra risico op gezondheidsproblemen of opname in een instelling. Bij deze groep is de kans op overlijden binnen 3 jaar na de diagnose dan ook 2 à 3 keer zo groot³.

Kwetsbare ouderen worden in de literatuur vaak aangeduid met frailty of fragiliteit. In de loop der jaren is er veel veranderd ten aanzien van dit begrip. In 1978 was er één van de eerste publicaties over 'frail elderly' het begrip werd nu gedefinieerd door de FCA als fragiele ouderen: 'personen die meestal, maar niet altijd, een hogere leeftijd hebben dan 75 jaar en die vanwege een opeenstapeling van diverse voortdurende problemen frequent ondersteuning nodig hebben om het hoofd te kunnen bieden aan het dagelijks leven'⁴. Één van de meest recente ontwikkelingen op het gebied van frailty wijst uit dat het begrip nog niet goed gedefinieerd was in de literatuur. Er was al bekend dat frailty voornamelijk voorkomt op een hogere leeftijd en er een hoger risico is op nadelige gezondheidssituaties, waaronder mortaliteit, institutionalisering, vallen of een ziekenhuisopname^{5 6}. Hieruit zijn ook vele geriatrische interventies ontwikkeld om de klinische uitkomsten van kwetsbare ouderen te verbeteren⁷. Het probleem van deze interventies was dat er geen gestandaardiseerde en geldige methode was voor het screenen van kwetsbare ouderen. Fried, Tangen, Waltson et al. (2001) hebben tijdens het onderzoek een uitspraak gedaan om het begrip frailty te definiëren. Frailty werd gedefinieerd als een klinisch syndroom waarbij drie of meer van de volgende criteria aanwezig waren: onbedoeld gewichtsverlies (5kg in het afgelopen jaar), zelf gerapporteerde uitputting, zwakte (grijpkracht), langzame loopsnelheid en lage fysieke activiteit⁸. Vandaag de dag wordt dan ook voornamelijk het feit naar voren gehaald dat frailty een dynamisch begrip is en dat fragiliteit dus niet altijd tot een ziekenhuis opname of overlijden leidt maar ook omgekeerd kan worden⁹.

Het ouder worden gaat gepaard met verschillende gebreken, hierbij moet u denken aan evenwichtsproblematiek en spier- en gewrichtsproblemen. Een bekend begrip hierbij is sarcopenie; sarcopenie wordt in de literatuur wel beschouwd als de belangrijkste fysieke component van kwetsbaarheid¹⁰. Sarcopenie wordt gedefinieerd als leeftijd gerelateerde afname van spiermassa en kracht met daaraan een gerelateerd verhoogd risico op een slechtere uitkomst als fysiek functieverlies en verminderde levenskwaliteit, wat uiteindelijk kan leiden tot overlijden¹¹. Cruz-jentoft, Baeyens en Bauer (2010) maken onderscheid in twee verschillende soorten sarcopenie: de primaire vorm en de secundaire vorm. De primaire sarcopenie is het fysiologisch, aan leeftijd gerelateerd proces van afname van de spiermassa die

de meeste ouderen zal treffen en die kan leiden tot mobiliteitsstoornissen en een verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit. Secundaire sarcopenie is het acuut ontstaan van het verlies van de spiermassa ten gevolge van een acute gebeurtenis zoals bedrust/inactiviteit, ziekte of problemen met de inname van voedingsstoffen waardoor de afname van spiermassa en het mogelijk ontstaan van mobiliteitsstoornissen versneld verloopt¹². Naarmate je ouder wordt nemen de spiervezels in aantal en omvang significant af, het gaat hier dan om de langzame type 1 vezels zowel als de snelle type 2 vezels. De atrofie betreft vooral de type-2 vezels, vanaf het 70^e levensjaar is deze afname van kracht en spiermassa in zoverre aanwezig dat de functionele reserves steeds minder worden, wat gevolgen heeft voor de dagelijkse activiteiten voor ouderen¹³. Hierdoor zullen ze nu een inspanning moeten leveren die dicht bij hun maximale capaciteit ligt. Activiteiten zoals uit de stoel komen of traplopen zullen dan meer dan 80% van de hiertoe maximale capaciteiten vergen.

De diagnose sarcopenie wordt gesteld aan de hand van de aanwezigheid van een geringe hoeveelheid spiermassa in combinatie met een verminderde spierkracht of fysieke prestatie. De gouden standaard in klinische onderzoeken gaat door middel van het vaststellen van de spiermassa door beeldvorming met behulp van kernspinresonantie (MRI). Het nadeel van deze diagnostische hulpmiddelen is dat ze meestal alleen beschikbaar zijn in medische centra. De bio-impedantiemeting zou een goed alternatief kunnen bieden voor deze metingen, echter is de betrouwbaarheid van deze meting volgens Genton erg laag¹⁴. De handknijpkrachtmeter is daarentegen wel een goedgekeurde, gestandaardiseerde test om de spierkracht te meten. Een zwakke handknijpkracht en ook een plotselinge afname van de handknijpkracht hebben een sterk voorspellende waarde op het ontstaan van afhankelijkheid en mortaliteit¹⁵. Uit onderzoek is gebleken dat de nauwkeurigheid van het apparaat volgens de fabrikant $\pm 5\%$ is, terwijl onderzoek laat zien dat deze zelfs beter is, namelijk $\pm 3\%$ ¹⁶. In de literatuur staat beschreven dat de test - hertest –betrouwbaarheid van metingen met de handknijpkrachtmeter is goed tot zeer goed ($r > 0.80$) en de interbeoordeelaarsbetrouwbaarheid is zeer goed ($r = 0.98$)^{17,18}

Het probleem wat zich voordoet op de woongroep en behandelcentrum de Ielânen is dat ze wel beschikken over een handknijpkrachtmeter, maar deze niet gebruiken. Mijn doel voor dit afstudeerproject is om een implementatieplan te schrijven over hoe er binnen de instelling Patyna gebruik kan worden gemaakt van de handknijpkrachtmeter en hoe deze het best kan worden geïmplementeerd bij de fysiotherapeuten in de Ielânen. Uiteindelijk zal dit overgenomen kunnen worden door de therapeuten in Bloemkamp (Bolsward) en de Flecke (Joure). Deze 3 revalidatiecentra zullen in 2021 een gezamenlijk revalidatiecentrum opstarten in Sneek.

De onderzoeksvraag luidt: wat is ervoor nodig om therapeuten van Patyna gebruik te laten maken van de handknijpkrachtmeter bij de behandeling van kwetsbare ouderen?

METHODE:

1: ONDERZOEKSOPZET.

In deze studie is kwalitatief praktijkgericht onderzoek gedaan naar het gebruik van de handknijpkrachtmeter binnen de instelling Patyna bij de doelgroep kwetsbare ouderen. Het gebruik van de handknijpkrachtmeter is getest op twee locaties, het betreft hier de locaties de Ielânen in Sneek en Bloemkamp in Bolsward. Het onderzoek is uitgevoerd middels een vragenlijst die opgesteld is uit 3 domeinen, die enkel de fysiotherapeuten van bovengenoemde locaties ontvangen. De vragenlijsten zijn geheel anoniem ingevuld om een zo eerlijk en oprecht mogelijk antwoord te krijgen zonder dat de therapeuten enig gevoel hebben dat er negatieve gevolgen aan het desbetreffend gegeven antwoord zitten. De antwoorden zijn verwerkt en middels de implementatiebegrippen van Grol is hier uiteindelijk het implementatieplan uit geschreven.

2: ONDERZOEKSPOPULATIE.

De onderzoekspopulatie bestaat oorspronkelijk uit 21 fysiotherapeuten. Na enige research is uit onderzoek gebleken dat ze bij de locatie de Flecke in Joure niet beschikken over een handknijpkrachtmeter. Hierna is besloten deze therapeuten te excluderen uit het onderzoek. Uiteindelijk zijn er vijftien fysiotherapeuten geïnccludeerd in het onderzoek. Leeftijd en werkervaring speelt hierbij geen rol. Ook therapeuten die naast hun baan bij Patyna nog ergens anders werken, zijn geïnccludeerd in het onderzoek. De fysiotherapeuten die wel op locaties van Patyna werken, maar niet voor Patyna zijn geëxcludeerd.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Fysiotherapeuten die op locatie de Ielânen of Bloemkamp werken	Revalidatiecentrum die niet over de handknijpkrachtmeter beschikken
Vragenlijsten die binnen één week waren ingeleverd	Therapeuten die op locaties werkten van Patyna maar niet in het therapeuten team horen. Denk hierbij aan 1 ^e lijn therapeuten.
Alle leeftijden	Vragenlijsten die na 1 week werd ingeleverd,

3: ONDERZOEKSPROCEDURE.

De therapeuten worden ieder onafhankelijk van elkaar benaderd via e-mail. Hierbij krijgt elke therapeut zelf de keus of hij/zij mee wil werken aan het onderzoek. Door het invullen en opsturen van de vragenlijst gaat de therapeut automatisch akkoord met het gebruik van desbetreffende informatie voor het onderzoek. De therapeuten zijn volledig op de hoogte dat er geen namen worden opgenomen in het onderzoek. De therapeuten kunnen in hun eigen tijd de vragenlijst invullen op voorwaarde dat dit onafhankelijk van elkaar gebeurt en dat de vragenlijst

binnen het tijdsbestek van één week wordt teruggezonden naar de onderzoeker. De openvragenlijst werd ingevuld door middel van het programma Word. Dit vergemakkelijkt de statistische analyse. De ingevulde vragenlijsten worden beveiligd met een wachtwoord om de verkregen informatie te beschermen en om enige aanpassingen na het versturen te voorkomen.

4: MEETINSTRUMENTEN

Om antwoord te krijgen op de vraag hoe de handknijpkrachtmeter het beste geïmplementeerd kan worden door de therapeuten van Patyna, is er door de onderzoeker een vragenlijst opgesteld. De onderzoeker heeft samen met één teamlid vanuit het behandelteam de Ielânen de vragenlijst geanalyseerd en tevens enkele aanpassingen gedaan. De vragenlijst is opgesteld uit drie delen: deel één bestaande uit de volgende vier gesloten vragen: geslacht, leeftijd, werkervaring en welke locatie de desbetreffende therapeut werkt. Dit wordt vervolgd door vier open vragen die antwoord moeten geven op de onderzoeksvraag en de opgestelde deelvragen. Ten slotte volgt nog een afsluitende vraag naar de verschillende teamrollen volgens de principes van Belbin.

4.1 VERANTWOORDING VRAGENLIJST.

De vragenlijst is gebaseerd op de belemmerende en bevorderende factoren van het gebruik van de handknijpkrachtmeter (HKK) binnen het team van de diverse locaties. De gekozen vragen zijn alle gebaseerd op onderzoek, welke middels het bestuderen van meerdere implementatieplannen in de zorg, een implementatiemonitor heeft opgesteld voor de optimale slagingskansen van het plan en de daarbij behorende opzet.¹⁹ De onderzoeker heeft er niet voor gekozen om te kijken naar de mogelijkheden binnen de organisatie, denk hierbij aan scholing of enige geldkwesties. Deze keuze is gebaseerd op het feit dat de implementatie van de HKK erg laagdrempelig is en er dus geen reden voor de onderzoeker is om hier verder onderzoek naar te doen.

Gesloten vragen:

Geslacht: man/vrouw

Leeftijd: jong/oud

Werkervaring: onervaren/ervaren

Locatie: Ielânen/Bloemkamp

Open vragen:

Bij welke patiëntengroep/groepen maakt u gebruik van de handknijpkracht meter? Of bij welke patiëntengroep/groepen lijkt u het handig om de handknijpkrachtmeter in te zetten maar doet u dit nog niet.

Deze vraag is gekozen, omdat in het onderzoek er deelname plaatsvindt van twee verschillende soorten behandelcentra, elk met zijn eigen specifieke behandelgroep. De Ielânen, waar meer hart/long problematiek voorkomt, en Bloemkamp, waar meer neurologie patiënten revalideren.

De onderzoeker wil middels deze vraag vaststellen of er specifieke patiëntengroep(en) zijn waarbij er juist meer of minder gebruik wordt gemaakt van de HKK.

Wat zijn voor u belemmerende factoren voor het gebruik van de handknijpkrachtmeter?

Het doel van deze vraag is om erachter te komen wat de desbetreffende therapeut tegenhoudt voor het gebruik van de HKK. Om erachter te komen waar rekening mee gehouden moet worden bij de maak van het implementatieplan. Om dit te laten slagen moet de onderzoeker eerst weten waar de belemmerende factoren liggen en hoe deze kunnen worden opgeheven.

Wat zijn voor u bevorderende factoren voor het gebruik van de handknijpkrachtmeter?

Met behulp van deze vraag wil de onderzoeker erachter komen waar de motivatie vandaan komt om juist wel te kiezen voor de HKK en of deze motivatie kan worden toegepast in het verdere verloop van het onderzoek, bijvoorbeeld bij het inspireren van andere therapeuten.

Wat moet er voor u gebeuren om gebruik te gaan maken van de handknijpkrachtmeter?

De onderzoeker heeft voor de vraag gekozen, omdat hij precies moet weten wat er voor ieder individu nodig is om de HKK te kunnen toepassen in hun diagnostisch gebruik en of er ook sprake is van overlap in de gegeven antwoorden. Om het implementatieplan te kunnen laten slagen, is het van belang dat de onderzoeker weet wat er eventueel voor aanpassingen moeten worden gedaan in het denk/handel proces van de therapeut of het team.

Welke teamrol volgens Belbin ligt het dichtst bij u?

De onderzoeker wil er op deze wijze achter komen of een bepaalde manier van denken of handelen binnen een team invloed heeft op het gebruik van de HKK. Ook wordt er gekeken of een therapeut een bepaalde rol inneemt die geschikt kan zijn voor de waarborging van het implementatieplan.

Er is gekozen voor de teamrollen van Belbin, omdat deze uitgaat van een zo gevarieerd mogelijke samenstelling van een team ten aanzien van de verschillende team rollen. Het Belbin principe wordt ingedeeld in drie hoofdgroepen: denken, doen en interacteren. Deze zijn elk onderverdeelt in drie sub-rollen. Tijdens het onderzoek is er gekeken naar de verschillende rollen die de therapeuten in nemen in het team. Vanuit deze gedachte is verder gewerkt in het implementatieplan.

5: STATISCHE ANALYSE

De gegevens vanuit de vragenlijst worden gecodeerd met behulp van het programma Atlas ti7. De vragenlijsten zijn verzameld en opgeslagen als één groot document, hierna is het document geüpload in Atlas ti7. Als eerst heeft de onderzoeker de verkregen antwoorden geanalyseerd. Daarna zijn er per open vraag verschillende codes aan de verkregen antwoorden toegevoegd. Uiteindelijk zijn de codes die overeenkomsten met elkaar vertoonden samengevoegd als families. Dit geeft een duidelijk resultaat over de verkregen antwoorden. De benamingen van de families zijn terug te lezen in figuur 1 tot en met 8.

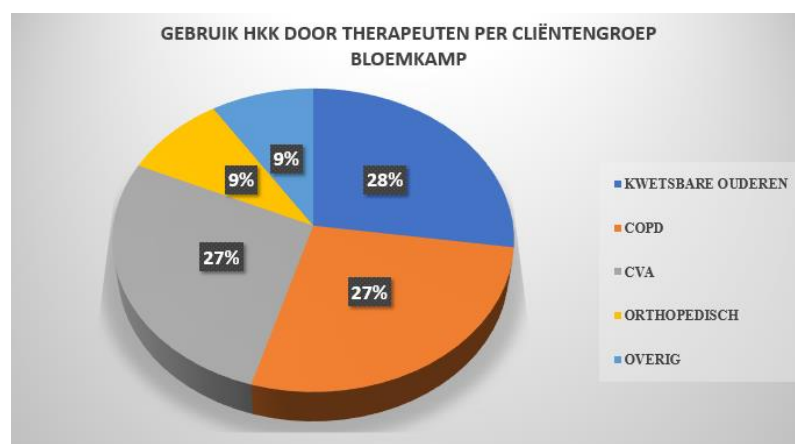
RESULTATEN:

Voor dit onderzoek zijn 15 therapeuten geïnccludeerd vanuit 2 organisaties. De demografische gegevens van beide groepen zijn in kaart gebracht en weergegeven in tabel 1.

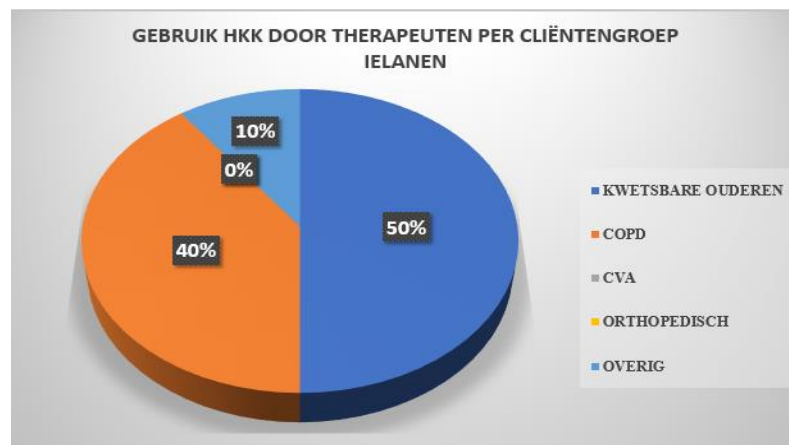
Tabel 1: demografische gegevens van de deelnemers

GESLACHT	BLOEMKAMP	IELANEN
MAN	2	1
VROUW	5	7
LEEFTIJD	BLOEMKAMP	IELANEN
GEMIDDELDE	42,3	41,4
MEDIAAN	44	41
MINIMUM	26	24
MAXIMUM	56	61
WERKERVARING	BLOEMKAMP	IELANEN
GEMIDDELDE	18,6	17,5
MEDIAAN	20	16,5
MINIMUM	5	1
MAXIMUM	34	35

Figuur 1: weergave van het gebruik van de HKK door de therapeuten per patiënten in Bloemkamp

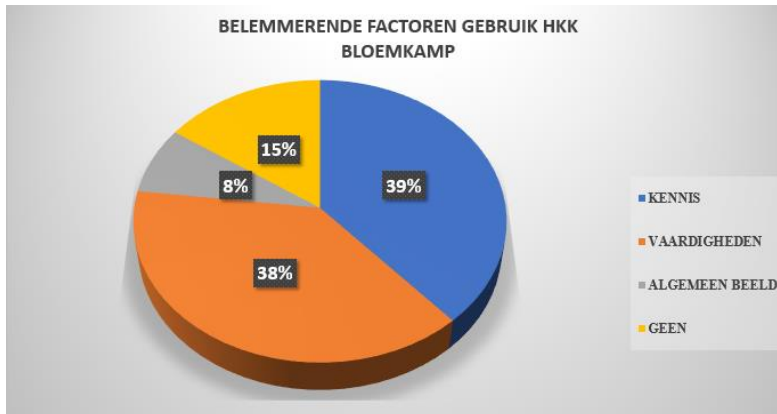


Figuur2: weergave van het gebruik van de HKK door de therapeuten per patiënten in de Ielânen

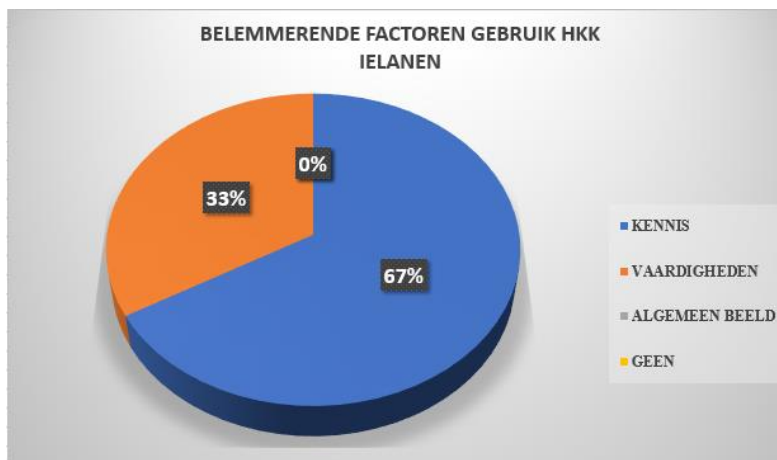


In figuur 1 en 2 valt het percentage therapeuten dat bij de verschillende patiëntengroepen de HKK inzet of zou willen inzetten, af te lezen. Wat opvalt, is dat de therapeuten in Bloemkamp (figuur 1) de HKK gevarieerder inzetten. Ook blijkt uit de resultaten (zie bijlage 3) dat er veel overlap is in de gegeven antwoorden. 80% van de therapeuten zet of zouden de HKK inzetten bij zowel kwetsbare ouderen, COPD-patiënten en CVA-patiënten. De therapeuten in de Ielânen (figuur 2) zetten of zouden de HKK vooral inzetten bij kwetsbare ouderen en bij COPD-patiënten. Ook hier was een overlap in antwoorden aanwezig (zie bijlage 3).

Figuur3: weergave van de belemmerende factoren voor de therapeuten in Bloemkamp voor het gebruik van de HKK



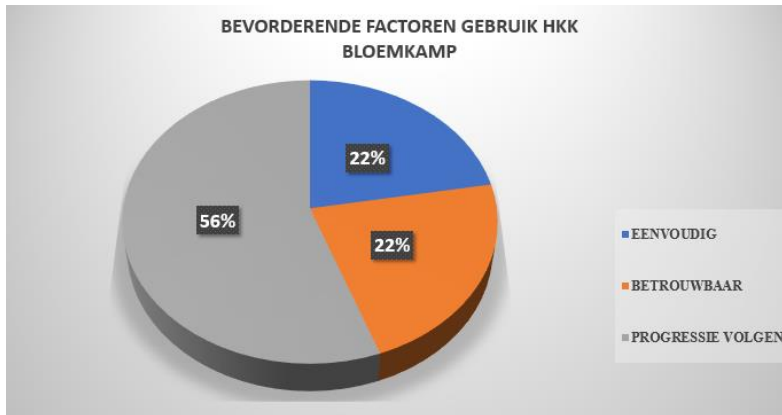
Figuur 4: weergave van de belemmerende factoren voor de therapeuten in de Ielânen voor het gebruik van de HKK



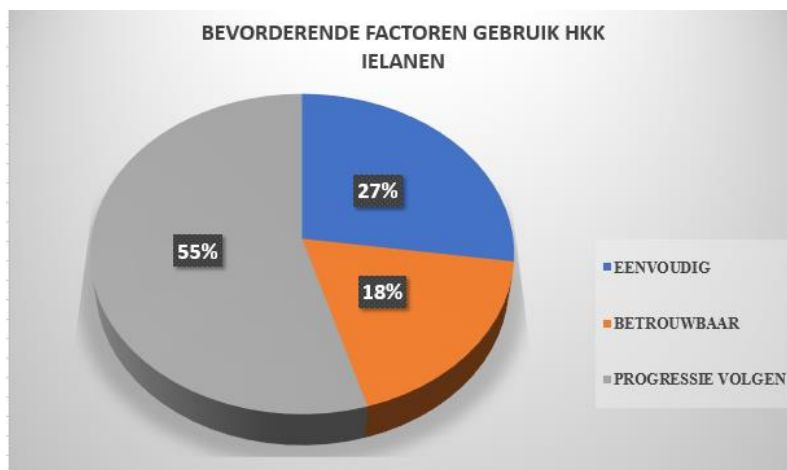
In figuur 3 en 4 worden de belemmerende factoren weergegeven voor het gebruik van de HKK in Bloemkamp en de Ielânen. Zowel in Bloemkamp als de Ielânen springen er twee belemmerende factoren uit. De eerste belemmerende factor is kennis. Onder kennis wordt verstaan het niet kunnen interpreteren van de uitslagen en het niet kunnen duiden van de uitslagen per patiëntengroep. Werknemer A zegt hierover: ‘ik zou niet weten wat ik nu precies meet en hoe ik dit kan verwerken in mijn behandelprogramma. Daarom denk ik vaak ach laat maar.’ De andere belemmerende factor is vaardigheid. Met vaardigheid wordt bedoeld dat de ondervraagde therapeuten niet goed weten hoe de HKK gebruikt moet worden. Werknemer B zegt hierover het volgende: ‘de knijpkrachtmeter zit niet in mijn denksysteem. Ik ben fysiotherapeutisch niet opgevoed met meetinstrumenten, daarom gebruik ik hem niet vaak en

verval dan weer in oude patronen'. In figuur 3 valt er nog af te lezen dat 15% van de therapeuten geen belemmerende factoren ondervindt. Deze therapeuten gebruiken de HKK dan ook.

Figuur 5: weergave van de bevorderende factoren voor de therapeuten van Bloemkamp voor het gebruik van de HKK



Figuur 6: weergaven van de bevorderende factoren voor de therapeuten in de Ielânen voor het gebruik van de HKK

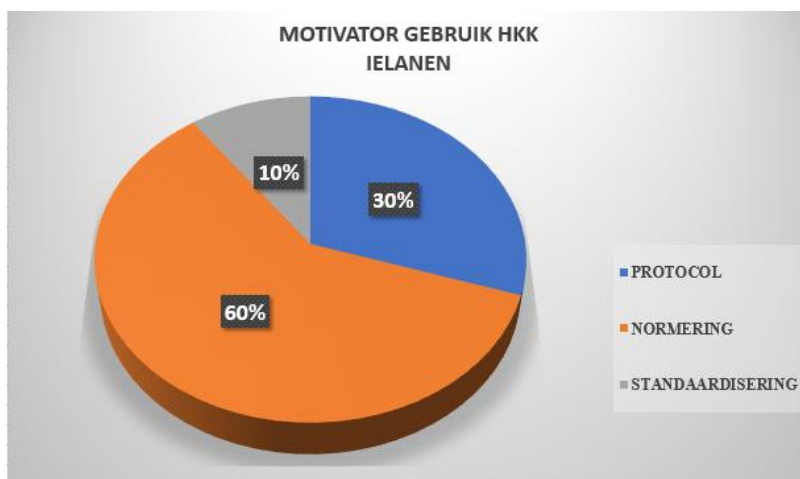


In figuur 5 en 6 worden de bevorderende factoren voor het gebruik van de HKK weergeven voor de therapeuten in Bloemkamp en de Ielânen. Wat hier opvalt, is de grote overeenkomsten in de antwoorden door de therapeuten van de twee locaties. Respectievelijk 56% van de therapeuten in Bloemkamp en 55% van de therapeuten in de Ielânen vindt de grootste bevorderende factor het volgen van de progressie. Met het volgen van progressie wordt bedoeld dat de therapeut de voor- of achteruitgang van de patiënt kan volgen en hierop kan anticiperen. Werknemer C zei hier het volgende over: 'ik weer dat de handknijpkracht meter een goed beeld laat zien over de vooruitgang van een patiënt, toch gebruik ik de meter niet vaak. Maar om deze reden zou ik het wel vaker willen gebruiken'. Daarnaast bleken de betrouwbaarheid en het relatief simpele gebruik van de HKK bevorderende factoren voor het gebruiken van dit meetinstrument te zijn.

Figuur 7: weergave van de motivatoren voor het gaan gebruiken van de HKK in Bloemkamp



Figuur 8: weergave van de motivatoren voor het gebruik van de HKK in de Ielânen



In figuur 7 en 8 worden de motivatoren voor het gebruik van de HKK door de therapeuten van Bloemkamp en de Ielânen weergegeven. Met motivatoren wordt bedoeld wat er volgens de therapeuten van bovengenoemde locaties moet gebeuren willen zij de HKK gaan gebruiken in hun diagnostisch handelen. Ook hier zijn de therapeuten van beide locaties eensgezind; de therapeuten van beide locaties vinden het namelijk belangrijk dat er een goede normering komt van de resultaten. Hiermee wordt bedoeld dat ze duidelijkheid willen hebben over wat de uitkomstmaten betekenen en hoe ze hiermee verder kunnen handelen. Werknemer D zei hierover: ‘Als ik beter wist wat de normaalwaarden zijn en hier een helder beeld van krijg, zou ik de handknijpkracht meter vaker gaan gebruiken’. Verder komt bij beide locaties duidelijk naar voren dat ze een protocol willen hebben ten aanzien van het gebruik van de HKK. Op de locatie in Bloemkamp is 38% (figuur3) van de therapeuten niet goed bekend met het gebruik van de HKK. Werknemer E zei hierover: ‘Ik weet dat de juiste uitvoering van belang is op de betrouwbaarheid, helaas weet ik niet precies aan welke eisen er voldaan dient te worden. Een duidelijk protocol zou mij aanzetten tot gebruik. Voor de locatie de Ielânen geldt dit voor 33% (figuur 4) van de therapeuten. 10% van de therapeuten in de Ielânen vindt het van belang dat er

een goede standaardisering is. Een goede standaardisering wil zeggen dat de therapeuten het belangrijk vinden dat de HKK als collectief wordt ingevoerd, dus dat het gehele behandelteam gebruik maakt van de HKK.

De resultaten van de Belbin test zijn geëvalueerd en middels tabel 2 (zie bijlage) is er de keuze gemaakt om twee therapeuten aan te wijzen voor de waarborging van het implementatieplan. Het is van belang dat de therapeuten twee verschillende teamrollen hebben om elkaar te complementeren. Er is gekozen voor respectievelijk vormver en zorgdrager als team rol.

De onderzoeksvraag luidt als volgt: ‘wat is ervoor nodig om therapeuten van Patyna gebruik te laten maken van de handknijpkrachtmeter bij de behandeling van kwetsbare ouderen?’ Daarnaast wordt er gekeken naar de belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van de HKK en verschillende teamrollen binnen Patyna. Uit het onderzoek komt voornamelijk naar voren dat de belemmerende factoren voor het gebruik van de HKK een tekort aan kennis en vaardigheid zijn. De bevorderende factoren zijn dat de HKK een gemakkelijk en betrouwbaar meetinstrument is, welke de voor- of achteruitgang van de desbetreffende patiënt goed kan monitoren. Uit de resultaten blijkt dat de therapeuten van de locaties Bloemkamp en de Ielânen een goed protocol nodig hebben over hoe de HKK gebruikt dient te worden. Daarnaast moet er een duidelijke handleiding aanwezig zijn, waarin de verkregen gegevens van de HKK zijn verwerkt in een tabel. In deze tabel moet men af kunnen lezen wat de waarden van de HKK kunnen zijn en hoe deze geïnterpreteerd dienen te worden.

Niet elke interventie is meteen een succesvolle interventie. In de beschikbare literatuur is al het één en ander te lezen over succesvolle en minder succesvolle strategieën voor een implementatieplan. Volgens verscheidene theorieën over het verbeteren van (gezondheids)gedrag, dient er bij interventies rekening te worden gehouden met het stadium van verandering waarin de betrokkene zich bevindt.²⁰ Dit geldt bijvoorbeeld voor het transtheoretisch model van verandering van gezondheidsgedrag van Prochaska²¹, maar ook voor de innovatietheorie van Rogers.²² Afhankelijk van het stadium waarin men zich bevindt, zijn bepaalde belemmerende en bevorderende factoren van belang.²³ Men is er vooralsnog niet goed in geslaagd algemeen geldende fases te definiëren, waardoor het slecht mogelijk is te bepalen wat 'passende' interventies zijn die de barrières van verandering kunnen doorbreken.²⁴ Toch is er al de nodige kennis van wat wel en niet effectief is. Een voorbeeld hiervan is op het gebied van de implementatie van klinische protocollen.^{26 27} Onderzoeken komen steeds uit op het nut van meerdere interventies. Bij voorkeur dient een implementatiemodel minimaal flexibel genoeg te zijn om uiteenlopende implementatiedoelen bereikbaar te maken.²⁸ Vandaar het veelvuldig gebruik van een zogenaamde multi-facet benadering waarbij wordt ingezet op meer dan een strategie om het implementatieplan te laten slagen.^{29 30 31} Uit een literatuuronderzoek naar implementatiestudies bleek echter dat implementatie-effecten vaak verdwijnen na het stoppen van de interventie.³¹ Het is dus moeilijk om te zeggen of het implementatieplan standhoudt bij de instelling Patyna. Er mag vanuit worden gegaan dat met de juiste borging van het implementatieplan en het samenkomen van de 3 revalidatiecentra, de therapeuten alle tools in handen hebben om de HKK in hun diagnostisch handelen te kunnen gebruiken. Of dit ook daadwerkelijk gaat gebeuren kan alleen de toekomst uitwijzen.

Het plan ligt er om in 2021 de drie revalidatiecentra in Sneek, Joure en Bolsward samen te brengen tot één revalidatiecentrum waarbij elke therapeut zijn specialisatiegebied kan uitvoeren. Het vooropgezette plan van dit onderzoek is dan ook het benaderen van deze 3 revalidatiecentra om te kijken hoe ieder team de HKK inzet tijdens het diagnostisch handelen. Na nader onderzoek bleek dat ze op de locatie in Joure niet beschikken over een HKK en is besloten om deze locatie te excluseren uit het onderzoek. Hierdoor liep de onderzoeker een aanzienlijk deel van zijn oorspronkelijke onderzoeksgroep mis. Dit gemis is niet zozeer op het gebied van het gebruik van de HKK, maar wel ten aanzien van de verschillende teamrollen die nu niet onderzocht zijn bij het behandelteam in Joure. Deze teamrollen zijn dus niet meegenomen in het implementatieplan dat uiteindelijk bij het samenkomen van deze revalidatiecentra, terwijl dit plan ook voor de therapeuten van locatie de Flecke in Joure is bedoeld.

In de onderzoeksvraag wordt er gesproken over het begrip kwetsbare ouderen. Aangezien elke therapeut individueel is benaderd, interpreteert elke therapeut het begrip kwetsbare ouderen op een andere manier. Vooraf is hiervoor geen vaste interpretatie door de onderzoeker vastgesteld. Onderzoek dat is opgezet door Fried, et al. (2001) heeft het begrip kwetsbaarheid/frailty in ouderen beschreven met behulp van vijf criteria. Deze criteria zullen dus goed moet worden opgenomen in het implementatieplan om uitsluiting van verschillende benaderingen te voorkomen, wat naar alle waarschijnlijkheid nu nog wel het geval is bij de interpretatie van het begrip kwetsbare ouderen/frailty.

Een andere limitatie aan het onderzoek is het feit dat de vragenlijst te veel gericht is op therapeuten die de HKK niet gebruiken. Hierdoor zijn de verkregen antwoorden van de therapeuten die de HKK al wel gebruiken, minimaal. Daarnaast is er bij het uitreiken van de vragenlijst niet goed onderbouwd waarom de teamrollen van Belbin van belang zijn voor de onderzoeker. Hierdoor gaf een therapeut bij deze vraag aan: ‘niet van toepassing op het gebruik van de HKK.’ De desbetreffende therapeut had niet door wat het belang was van de teamrollen voor de borging van het implementatieplan.

Vanuit de Ielânen is vier maanden geleden een handknijpkrachtmeter aangeschaft. Tot op heden gebruikt de Ielânen het meetinstrument niet. Vandaar de vraag van de therapeuten hoe ze de handknijpkrachtmeter kunnen gebruiken in hun diagnostisch handelen. Het doel was om een implementatieplan te maken voor het gebruik van de handknijpkrachtmeter binnen de instelling Patyna. De vraag om het voor de volledige instelling te doen, is omdat in de toekomst de drie revalidatiecentra samengaan als één groot revalidatiecentrum in Sneek. Het implementatieplan zal eerst worden toegepast bij de therapeuten van de Ielânen. Wanneer de drie behandelcentra samen komen, zullen ook de therapeuten van de locatie de Flecke en Bloemkamp kennismaken met het implementatieplan. De onderzoeksvraag die is opgesteld voor deze scriptie luidt: ‘wat is ervoor nodig om therapeuten van Patyna gebruik te laten maken van de handknijpkrachtmeter bij de behandeling van kwetsbare ouderen?’ Na het analyseren van de resultaten blijkt dat de voornaamste reden om de handknijpkrachtmeter niet te gebruiken is, omdat ze te weinig kennis hebben over de verkregen gegevens en niet weten hoe ze deze moeten interpreteren. Daarnaast geven verscheidene therapeuten aan dat ze niet goed weten hoe ze de handknijpkracht meter moeten gebruiken. Als antwoord op de onderzoeksvraag geven de therapeuten aan dat er behoefte is aan een duidelijk protocol waarin beschreven staat hoe de handknijpkrachtmeter gebruikt dient te worden. Ook willen de therapeuten duidelijkheid over wat ze met de gegevens kunnen en wat dit zegt over de voor- of achteruitgang van de patiënt. Met de resultaten vanuit het onderzoek is er een implementatieplan gemaakt. De therapeuten is aanbevolen om het gebruik van het meetinstrument om de maand te evalueren met het team, dit om ervoor te zorgen dat het plan niet in de kast komt te liggen. Als de therapeuten van de Flecke en Bloemkamp hun intreden doen in het behandelcentrum in Sneek, wordt aanbevolen om de implementatie monitor opnieuw te doorlopen (zie deel II). Doordat de team samenstelling nu veranderd kan dit zorgen voor een andere aanpak dan waar nu is voor gekozen.

LITERATUUR LIJST

- ¹ CBS. Gebruikt op 10-03-2018 via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-vergrijzing>
- ² Ouderenfonds. Gebruikt op 10-03-2018 via: ouderenfonds.nl/onze-organisatie/feiten-en-cijfers
- ³ Van Kampen, C. Kwetsbare ouderen, 2011; 10: 1-218.
- ⁴ Schuurmans, H. Grip op het leven: het bevorderen van welbevinden bij fragiele ouderen. *Onderwijs en Gezondheidszorg*. 2005; 29: 18-22.
- ⁵ Rockwood, K., and Stadnyk, K., MacKnight, C., McDowell, I., Hebert, R. and Hogan, D.B. (1999). A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Journal of Gerontology*, 173(5): p. 489–495.
- ⁶ Speechley, M. and Tinetti, M. (1991). Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 39(1): p. 46-52.
- ⁷ Rubinstein, L.Z., Josephson, K.R. and Wieland, G.D. (1984). Effectiveness of a geriatric evaluation unit: A randomized clinical trial. *New England Journal of Medicine*, 311(26): p. 1646-1670.
- ⁸ Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Burke, G. and McBurnie, M.A. (2001) Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology*, 56(3): p. 146-157.
- ⁹ Markle-Reid, M. and Browne, G. (2003). Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 44: p.58-68.
- ¹⁰ Fried, L.P., Tangen, C.M. and Walston, J. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology*, 56: p.146-156.
- ¹¹ Fried, L.P., Tangen, C.M. and Walston, J. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology*, 56: p.178-183.
- ¹² Cruz-Jentoft A.J., Baeyens, J.P. and Bauer, J.M. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Journal of Age Ageing*, 39: p.412-423.
- ¹³ Hortobágyi, T., Mizelle, C., Beam, S. and DeVita, P. (2003). Old adults perform activities of daily living near their maximal capabilities. *Journal of Gerontology*, 58: p.453-460.
- ¹⁴ Genton, L., Karsegard, V.L., Kyle, U.G., Hans, D.B., Michel, J.P. and Pichard, C. (2001). Comparison of four bioelectrical impedance analysis formulas in healthy elderly subjects. *Journal of Gerontology*, 47: p. 315-323.

-
- ¹⁵ Laurentani, F., Russo, C., and Bandinelli, S. (2003). Age-associated changes in skeletal muscles and their effect on mobility: an operational diagnosis of sarcopenia. *Journal of Applied Physio*, 95: p.1851–1860.
- ¹⁶ Mathiowetz, V., Weber, K., Volland, G. and Kashman, N. (1984) Reliability and validity of grip and pinch strength evaluations. 10(9): p.222–226.
- ¹⁷ Peolsson, A., Hedlund, R. and Oberg, B. (2001). Intra- and inter-tester reliability and reference values for hand strength. *Journal of Health Psychology*, 10(33): p.36–41
- ¹⁹ Theunissen, N.C.M., te Pas, S.M.E. and Friele, R.D. (2003). Evaluatie implementatiemonitor ZonMw.
- ²⁰ Weinstein, N.D., Rothman, A.J. and Sutton, S.R. (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Journal of Health Psychology*, 17(3): p.290-299.
- ²¹ Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. (1992). *The transtheoretical approach*. New York: Basicbooks. Inc.
- ²² Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York: The Free Press.
- ²³ Pronk, M.C., Blom, A.T., Jonkers, R. and Van Burg, A. *The diffusion process of patient education in Dutch community pharmacy: an exploration*. Patient Education and Counseling 2001; 42(2): p.115-121.
- ²⁴ Weinstein, N.D., Rothman, A.J. and Sutton, S.R. (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Journal of Health Psychology*, 17(3): p.290-299.
- ²⁵ Cranney, M., Warren, E., Barton, S., Gardner, K. and Walley, T. (2001). Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Journal of Fam Practices*, 18(4): p.359-363.
- ²⁶ Davis, D.A. and Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *British Medical Journal*, 157(4): p.408-416.
- ²⁷ Locatelli, F. Andrulli, S. and Del Vecchio, L. (2000) 'Difficulties of implementing clinical guidelines in medical practice (Editorial). *Nephrol. Dial. Transplant*, 15(9): p.1284-1287.
- ²⁸ Grol, R. (1997). Personal paper: Beliefs and evidence in changing clinical practice. *British Medical Journal*, 315(7105): p.418-421.
- ²⁹ Moulding, N., Silagy, C. and Weller, D. (1999). A framework for effective management of change in clinical practice: dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*, 8(3): p.177-183.
- ³⁰ Oxman, A.D., Thomson, M.A., Davis, D.A. and Haynes, R.B. (1995). No magic Bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153(10): p.1423-1431.

³¹ Wensing, M. and Grol, R. (1994). Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 6(2): p.115-132.

BIJLAGES

BIJLAGE 1

Beste therapeut,

Mijn naam is Nico Lochorn, ik loop stage bij behandelcentrum de Ielânen in Sneek. Voor mijn afstudeeropdracht ga ik opzoek naar het gebruik van de handknijpkrachtmeter binnen de instelling Patyna. De Ielânen is zo'n 3 maanden in het bezit van de handknijpkrachtmeter. Deze wordt echter niet tot nauwelijks gebruikt. Ik hoop door middel van een korte vragenlijst antwoord te krijgen op de vraag waarom de handknijpkrachtmeter niet wordt geïmplementeerd en inzicht te krijgen in hoe het bij de andere revalidatiecentra gaat (Bloemkamp). U kunt mij hierbij helpen door middel van het zo gedetailleerd mogen invullen van onderstaande vragenlijst. Door het invullen van deze vragenlijst gaat u er automatisch mee akkoord dat verkregen gegevens gebruikt worden voor het onderzoek. De vragenlijst zal compleet anoniem zijn, er zullen dus geen namen worden opgenomen in het onderzoek. Het is noodzakelijk dat de vragenlijst individueel wordt ingevuld en dat deze binnen een week weer wordt teruggezonden.

Alvast bedankt voor u hulp,

Met vriendelijke groet,

Nico Lochorn

VRAGENLIJST

Geslacht: man/vrouw

Leeftijd:

Werkervaring(jaren):

Op welke locatie werkt u: Sneek/Bolsward

Bij welke patiënten groep/groepen maakt u gebruik van de handknijpkracht meter?

Wat zijn voor u belemmerende factoren/ nadelen voor het gebruik van de handknijpkracht meter?

Wat zijn voor u bevorderende factoren/ voordelen voor het gebruik van de handknijpkracht meter?

Wat moet er voor u gebeuren om gebruik te gaan maken van de handknijpkracht meter?

Welke team rol past bij u volgens de Belbin test? (<https://www.thesis.nl/testen/belbin-test>)

BIJLAGE 2

Teamrol	Sterke punten	Acceptabele zwakke punten	Rolkenmerk
Plant	Creatief, onorthodox	Negeert bijkomstigheden	Cerebrale rol
Onderzoeker	Ondernemend, legt contacten	Overdreven optimistisch	Relatie gericht
Voorzitter	Geschikt als voorzitter, verheldert doelen	Manipulatief	Relatiegericht
Vormer	Uitdagend dynamisch	Provocerend	Actiegericht
Waarschuwer	Ziet alle mogelijkheden, beoordeelt accuraat	Traag	Cerebrale rol
Groepswerker	Coöperatief, diplomatiek	Besluiteloos	Relatiegericht
Bedrijfsman	Efficiënt gedisciplineerd	Minder flexibel	Actiegericht
Zorgdrager	Plichtsgetrouw, nauwgezet	Delegeert niet graag	Actiegericht
Specialist	Doelbewust, kennis	Beperkte bijdrage	Cerebrale rol

(Johnson en Johnson 2008)

BIJLAGE 3

The screenshot shows a software window titled 'Code manager [NORMatieve Hermeneutic Unit]'. The interface includes a menu bar (Codes, Edit, Miscellaneous, Output, View) and a toolbar with various icons. A search bar is present with the text 'Search (Name)'. On the left, there is a 'Families' tree view with several categories like 'Algemeen', 'Betrouwba...', 'Eenvoudig', 'Gebrek aan...', 'Geen kenn...', 'Kwetsbare', 'Normering', and 'Protocol (8)'. The main area displays a table with columns: Name, Gro..., De..., Author, Created, Modified, and Families. The table lists various codes such as 'Volgen van pro...', 'Ervaring', 'Specifieke feed...', 'Snelle test', 'Onbekende res...', 'Gemakkelijk in ...', 'Testresultaten', 'Meetbaar maken', 'Achteruitgang ...', 'Algemeen beeld', 'Denksysteem', and 'Onbekendheid', each with associated numerical values and family names.

Name	Gro...	De...	Author	Created	Modified	Families
Volgen van pro...	0	0	Super	10-06-20...	10-06-20...	Protocol
Ervaring	0	0	Super	10-06-20...	10-06-20...	Gebrek aan vaardigheid, Geen ke...
Specifieke feed...	0	0	Super	10-06-20...	10-06-20...	Protocol
Snelle test	0	0	Super	10-06-20...	10-06-20...	Eenvoudig
Onbekende res...	0	0	Super	10-06-20...	10-06-20...	Algemeen beeld, Geen kennis
Gemakkelijk in ...	0	0	Super	10-06-20...	10-06-20...	Eenvoudig
Testresultaten	0	0	Super	10-06-20...	10-06-20...	Normering
Meetbaar maken	0	0	Super	10-06-20...	10-06-20...	Protocol
Achteruitgang ...	0	0	Super	10-06-20...	10-06-20...	Betrouwbaarheid
Algemeen beeld	0	0	Super	10-06-20...	10-06-20...	Gebrek aan vaardigheid
Denksysteem	0	0	Super	10-06-20...	10-06-20...	Gebrek aan vaardigheid, Protocol
Onbekendheid	0	0	Super	10-06-20...	10-06-20...	Gebrek aan vaardigheid

(Atlas Ti7 Codes en families)

DEEL II

Implementatieplan handknijpkrachtmeter

Gemaakt door: Nico Lochorn

Gebaseerd op het kwalitatief praktijkonderzoek het gebruik van de handknijpkrachtmeter bij de fysiotherapeuten binnen de instelling Patyna bij kwetsbare ouderen.

Opdrachtgever: de Ielânen Sneek

Datum:05-06-2018

Aanleiding

Dit implementatieplan is geschreven in opdracht van de Ielânen in Sneek ten aanzien van de afstudeerfase fysiotherapie aan de Hanzehogeschool in Groningen. De aanleiding was dat de therapeuten van de Ielânen een handknijpkrachtmeter hadden aangeschaft, maar deze werd niet gebruikt. De vraag was dan ook om te kijken waar het struikelblok zat voor het gebruik van de handknijpkrachtmeter en wat er moest gebeuren zodat de therapeuten dit meetinstrument wel gaan gebruiken.

De handknijpkrachtmeter wordt voornamelijk gebruikt om een goede inschatting te krijgen van de perifere spierfunctie, gerelateerd aan de totale hoeveelheid spiermassa in het lichaam. Een zwakke knijpkracht en ook een plotselinge afname van de handknijpkracht hebben een sterk voorspellende waarde op het ontstaan van afhankelijkheid en uiteindelijk zelfs mortaliteit.ⁱ Uit onderzoek is gebleken dat de nauwkeurigheid van het apparaat (na kalibratie) volgens de fabrikant $\pm 5\%$ is, terwijl onderzoek laat zien dat deze zelfs beter is: $\pm 3\%$.ⁱⁱ De test - hertest - betrouwbaarheid van metingen met de handknijpkrachtmeter is goed tot zeer goed ($r > 80$) en de interbeoordeelaarsbetrouwbaarheid is zeer goed ($r = 0.98$).ⁱⁱⁱ Dit houdt in dat zolang er wordt gehouden aan de gestandaardiseerde uitvoering, het niet uitmaakt welke therapeut de test uitvoert. De waarde die je krijgt, zal zo goed als zeker het zelfde blijven.

Doel: het doel is om de juiste kennis en vaardigheden over te brengen naar de therapeuten van Patyna voor het gebruik van de handknijpkrachtmeter. Dit zal gebeuren door middel van een klinische les waarin de therapeuten weer vertrouwd raken met het gebruik van de handknijpkrachtmeter. Hierna zal door middel van dit implementatieplan de verantwoordelijkheid voor het gebruik van de handknijpkracht meter bij de therapeuten zelf komen te liggen.

Doelgroep: in eerste instantie zal de doelgroep vooral de therapeuten in de Ielânen betreffen, uiteindelijk is het de bedoeling dat bij het samenkomen van de drie behandelcentra de therapeuten vanuit de Flecke in Joure en Bloemkamp in Bolsward ook bekend raken met het implementatieplan.

De huidige situatie: tot op heden wordt de handknijpkrachtmeter niet ingezet tijdens het diagnostisch handelen bij een desbetreffende patiënt. Uit onderzoek is gekomen dat dit voornamelijk komt door een tekort aan kennis, dus niet goed weten wat de test uitslagen zeggen. Daarnaast zijn de vaardigheden voor het gebruik van de handknijpkracht meter niet bij elke therapeut bekend.

De nieuwe situatie: Het is de bedoeling dat de therapeuten, doordat ze weer vertrouwd zijn met het gebruik van de handknijpkrachtmeter, dit meetinstrument sneller zullen pakken bij hun diagnostisch handelen. Het is de bedoeling dat inzichtelijker wordt voor de therapeut, maar ook voor de patiënt, hoe het gesteld is met de voor- of achteruitgang van het behandelproces.

Proces:

- Er zal een eenmalige klinische les aan de therapeuten van de Ielânen gegeven worden door de onderzoeker. In deze les wordt getoond hoe de handknijpkrachtmeter gebruikt dient te worden en hoe de resultaten geïnterpreteerd moeten worden.
- Er zal een maandelijkse evaluatie plaatsvinden over het gebruik van de handknijpkrachtmeter. Deze evaluatie zal tegelijk met het teamoverleg plaatsvinden. Hierin zal worden besproken hoe het gebruik wordt ervaren en of er nog tegen zaken aan wordt aangelopen.
- Voor de waarborging van het gebruik van het implementatieplan worden er twee therapeuten aangewezen op basis van de teamrollen van Belbin. Er is gekozen om twee verschillende rollen de leiding te geven over de waarborging. De volgende rollen zijn gekozen: de zorgdrager en de vormver.
- Zie bijlage 1 voor de volledige criteria voor een gestandaardiseerde meting.
- In bijlage 2 is een implementatiemonitor toegevoegd. De implementatiemonitor zal worden ingezet wanneer de therapeuten van de locaties de Flecke en Bloemkamp hun intreden doen in het nieuwe revalidatiecentrum in Sneek. Er zal dan met het gehele nieuwe team geëvalueerd worden aan de hand van de monitor. Hierbij zal opnieuw gekeken worden naar de belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van de handknijpkrachtmeter. Daarnaast zullen er zo nodig aanpassingen gedaan worden volgens de implementatiemonitor.

Gebruik handknijpkrachtmeter Patyna



Handelingen

- Ontspannen houding
- Onderarm in een hoek van 90 graden
- Dominante hand eerst
- 3x meten met 15 à 20 seconde rust tussendoor
- Aanmoedigen voor maximaal resultaat
- 2 seconde vasthouden

Leeftijd (jaren)	Vrouwen (kg)	Mannen (kg)
15	28	42
20	29	43
25	30	44
30	30	45
35	30	45
40	30	45
45	30	45
50	29	45
55	28	44
60	27	43
65	25	41
70	23	39
75	20	37
80	18	35
85	15	32
90	11	29
95	8	26

Referentiewaarde per leeftijdscategorie en geslacht. Minimaal acceptabele knijpkrachtwaaarde 85% van de normaal waarde.

Referenties:

- Roberts HC, Denison HJ, Martin HJ, Patel HP, Syddall H, Cooper C, Sayer AA (2011) A review of the measurement of grip strength in clinical and epidemiological studies: towards a standardised approach. *Age Ageing* 40:423–429.

- Fysionet, kennisplein [cited: juni 2018]. Available from: <http://www.fysionet.nl/kennisplein/vakinhoud/meetinstrumenten/hand-held-dynamometer.pdf>.

Bijlage 1:

2.1. Meetprocedure

7.2.1. Voorbereiding

- Informeer de deelnemer mondeling over de meting: *“Ik ga bij u de handknijpkracht meten. U mag gaan zitten, houdt uw onderarm in een hoek van 90°, klem de arm niet tegen de romp Uw schouders ontspant u. Wanneer ik zeg “knijpen”, knijpt u zo hard als mogelijk totdat ik stop zeg. U kunt de meter niet helemaal indrukken, maar ik kan de kracht die u geeft aflezen. Wanneer u pijn voelt of er is iets anders, dan geeft u dit aan en stoppen we de meting. We herhalen de meting drie keer (of indien van toepassing twee keer), tussen de metingen door stoppen we even om uw spieren te kunnen ontspannen.”*
- Doe de meting een keer voor. Laat de deelnemer zien dat de meter gaat draaien als je kracht zet (bij analoog).
- Vraag de deelnemer wat zijn/haar dominante hand is.
- Vraag de deelnemer naar eventuele beperkingen in de handfunctie
- Vraag of er nog vragen zijn t.a.v. de meting.

7.2.2. Criteria voor een gestandaardiseerde meting [1]

- Laat de deelnemer ontspannen rechtop zitten.
NB: In principe is de standaard methode zittend en niet ondersteund. Als dat niet lukt in de klinische situatie, dan zou je liggend of staand kunnen meten, maar meet dan elke keer op dezelfde manier + noteer als de meting afwijkend is gedaan t.o.v. het protocol
- Vraag de deelnemer zijn/haar onderarmen in een hoek van 90° te houden. Daarbij moet de pols in neutrale positie zijn, d.w.z. met de duimzijde aan de bovenkant.
- Laat zien hoe de handknijpkrachtmeter werkt door te laten zien dat stevig vasthouden en knijpen resulteert in de beste uitslag.
- Zet bij een analoge handknijpkrachtmeter de naald op 0.

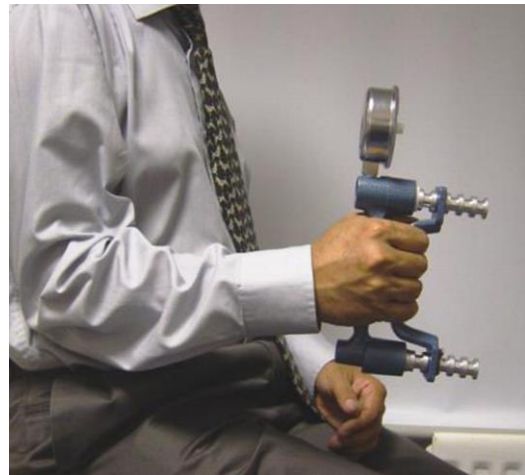


Fig. 2. Meetprocedure

Stel de handgreep van de handknijpkrachtmeter in zodat hij prettig in de hand ligt. Het middelste kootje van de middelvinger moet precies in een hoek van 90° om de handgreep heen grijpen. Laat de cliënt de handknijpkrachtmeter uit proberen door even licht met de

linkerhand en rechterhand te knijpen. Noteer op het testformulier welke positie ingesteld is. Dit is belangrijk wanneer op een later moment de handknijpkracht ter evaluatie nogmaals gemeten wordt. De positie van de handgreep kan namelijk de meting beïnvloeden.

- Zet vervolgens de “peak-hold” wijzer van de handknijpkrachtmeter op nul.
- Begin met de dominante hand.
- Moedig de deelnemer aan zo hard mogelijk te knijpen totdat de “peak-hold”-wijzer stopt met stijgen. Wanneer dat het geval is, stop dan de meting door “stop” te zeggen.
- Lees vervolgens de maximale handknijpkracht-waarde af en noteer dit (afronden op 1 kg).
- Houd tussen elke meting 30 seconde rust
- Geadviseerd wordt om bij de 1e meting beide handen te meten, zodat er bij uitval (door bijvoorbeeld infuus of fractuur) altijd 1 hand beschikbaar blijft. Bij de 2e en volgende metingen kan desgewenst gekozen worden om alleen de sterkste hand te vervolgen.
- Voer minimaal twee maar bij voorkeur drie metingen per hand uit.

Het afnemen van de test duurt ongeveer 5 minuten.

7.3. Verwerking van de resultaten

7.3.1. Berekening

De hoogste waarde van de handknijpkrachtmetingen wordt gebruikt voor analyse [1].

7.3.2. Registratie

Noteer alle individuele uitslagen per hand en noteer de maximale handknijpkracht van deze metingen.

Noteer ook de positie van de handgreep en wat de dominante hand is van de deelnemer.

Bijlage 2: implementatiemonitor

De planmonitor: van management- naar onderzoeksinstrument

A. Implementatiegerichtheid

BETROKKENEN EN BETROKKENHEID

De planmonitor als onderzoeksinstrument

Betrokkenen

1. Voor welke gebruikers is de verandering bedoeld? (OPEN VRAAG)
2. Is aangegeven voor welke gebruikers de verandering bedoeld is?
0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
3. Voor welke doelgroepen is de verandering bedoeld? (OPEN VRAAG)
4. Is aangegeven voor welke doelgroepen de verandering bedoeld is?
0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

De oorspronkelijke planmonitor als managementinstrument

- (5.) Is aangegeven voor welke gebruikers en doelgroepen de beoogde verandering is bedoeld? Ja / nee (zo ja, welke gebruikers zijn dat? Meer in het algemeen zoals “zorgverleners in de eerste lijn” of meer specifiek zoals “de huisartsen”)(zo ja, welke doelgroepen zijn dat? Meer algemeen zoals “de GGZ” of “de thuiszorg” of meer specifiek zoals “patiënten met een zeldzame chronische aandoening” of “allochtone mensen”)

De oorspronkelijke hypothese 3:

Naarmate in de implementatievoornemens explicieter is aangegeven voor welke doelgroepen (een) verandering(en) in de praktijk nagestreefd wordt(en) en met welke middelen (of producten) en budgettering de implementatie gerealiseerd wordt, is de kans op (een) blijvende verandering(en) (en dus succesvolle implementatie) groter.

De criteria:

1. De doelgroep(en) waarvoor de verandering in de praktijk nagestreefd wordt moet benoemd worden;
2. De middelen of producten die ingezet worden om de verandering te bewerkstelligen moeten benoemd worden;
3. Er moet budget geoormerkt zijn om de beoogde verandering te realiseren.

De planmonitor als onderzoeksinstrument

Betrokkenheid van de betrokkenen

5. Zijn de gebruikers betrokken geweest bij de keuze voor de gedragsverandering ?
(ideeën / behoeften, geraadpleegd, meegewerkt, verdere betrokkenheid)
- 0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

6. Zijn de doelgroepen betrokken geweest bij de keuze voor de gedragsverandering ? (ideeën / behoeften, geraadpleegd, meegewerkt, verdere betrokkenheid)
0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
7. Zijn de gebruikers betrokken geweest bij de keuze voor hoe men de gedragsverandering wil bereiken? (ideeën / behoeften, geraadpleegd, meegewerkt, verdere betrokkenheid)
0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
8. Zijn de doelgroepen betrokken geweest bij de keuze voor hoe men de gedragsverandering wil bereiken? (ideeën / behoeften, geraadpleegd, meegewerkt, verdere betrokkenheid)
0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

De oorspronkelijke planmonitor als managementinstrument

(6a) Is de ervaringskennis van de gebruikers en doelgroepen betrokken bij de ontwikkeling van het middel of product van implementatie?

Gebruikers : ja/nee ; Doelgroepen: ja/nee

(6b.) Is de ervaringskennis van de gebruikers en doelgroepen betrokken bij het implementatieproces?

Gebruikers : ja/nee ; Doelgroepen: ja/nee

De oorspronkelijke hypothese 4:

Als bij de vaststelling van de implementatiedoelstelling en de beoogde verandering in de praktijk de ervaringskennis bij gebruikers en doelgroepen betrokken wordt, is de kans op succesvolle implementatie groter.

BEOOGDE VERANDERINGEN EN DE WIJZE WAAROP VERANDERD WORDT

De planmonitor als onderzoeksinstrument

Beoogde veranderingen

9. Welke (gedrags)verandering wil men bereiken bij de gebruikers?(OPEN VRAAG)
10. Is aangegeven welke (gedrags)verandering men wil bereiken bij de gebruikers? 0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
11. Welke (gedrags)verandering wil men bereiken bij de doelgroepen?(OPEN VRAAG)
12. Is aangegeven welke (gedrags)verandering men wil bereiken bij de doelgroepen? 0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
13. Welke verandering wil men bereiken in de organisatie?(OPEN VRAAG)
14. Is aangegeven welke verandering men wil bereiken in de organisatie? 0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
15. Welke verbetering wil men bereiken in de kwaliteit van zorg?
(doelmatigheid/kosten, doeltreffendheid/effectiviteit, patiëntgerichtheid/
beiegening) (OPEN VRAAG)

16. Is aangegeven welke verbetering men wil bereiken in de kwaliteit van zorg? 0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

17. Welke verbetering wil men bereiken in kwaliteit van leven? (welbevinden fysiek, sociaal, psychologisch)_(OPENVRAAG)

18. Is aangegeven welke verbetering men wil bereiken in de kwaliteit van leven? 0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

De oorspronkelijke planmonitor als managementinstrument

(1.) Is er een implementatiedoelstelling benoemd? Ja / nee (hoe luidt de doelstelling?)

(3.) Is aangegeven welke verandering in de praktijk van de gezondheidszorg wordt nagestreefd? Ja / nee (zo ja, hoe luidt de verandering? Meer algemeen, zoals “het op gang brengen van veranderingen in de huisartsenzorg”, of meer specifiek zoals “initiatieven die leiden tot vermindering van wachttijden in de curatieve somatische zorg”)

De oorspronkelijke hypothese 2:

Als in de implementatiedoelstelling helder verwoord is welke praktijkverandering(en) beoogd wordt (en), is de kans op (een) blijvende verandering(en) (en dus succesvolle implementatie) groot.

De planmonitor als onderzoeksinstrument

Wijze waarop veranderd wordt

19. Is aangegeven hoe men de gedragsverandering bij de gebruikers wil bereiken? 0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

20. Is aangegeven hoe men de gedragsverandering bij de doelgroepen wil bereiken? 0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

De oorspronkelijke planmonitor als managementinstrument

(4.) Is aangegeven met welke middelen of producten de beoogde verandering wordt bewerkstelligd? Ja / nee (zo ja, welke middelen of producten zijn dat? Meer algemeen, zoals bijvoorbeeld “nieuw verworven inzichten” of meer specifiek zoals “standaarden en protocollen” of “nieuwe thuiszorgtechnologieën”)

De oorspronkelijke hypothese 3:

Naarmate in de implementatievoornemens explicieter is aangegeven voor welke doelgroepen (een) verandering(en) in de praktijk nagestreefd wordt(en) en met welke middelen (of producten) en budgettering de implementatie gerealiseerd wordt, is de kans op (een) blijvende verandering(en) (en dus succesvolle implementatie) groter.

PLANNING VAN HET PROJECT

De planmonitor als onderzoeksinstrument

Planning

21. Is er een budget geoormerkt voor implementatie?

De oorspronkelijke planmonitor als managementinstrument

Geen

De oorspronkelijke hypothese 3:

Naarmate in de implementatievoornemens explicieter is aangegeven voor welke doelgroepen (een) verandering(en) in de praktijk nagestreefd wordt(en) en met welke middelen (of producten) en budgettering de implementatie gerealiseerd wordt, is de kans op (een) blijvende verandering(en) (en dus succesvolle implementatie) groter.

De criteria:

1. De doelgroepen(en) waarvoor de verandering in de praktijk nagestreefd wordt moet benoemd worden

De planmonitor als onderzoeksinstrument

Planning

22. Is er een concreet stappenplan gemaakt voor het hele project? 0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

23. Is er een concreet stappenplan gemaakt voor implementatie? 0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

De oorspronkelijke planmonitor als managementinstrument

(2.) Is er een concreet stappenplan voor implementatie gemaakt? Ja / nee, (zo ja, hoe luidt het stappenplan?)

De oorspronkelijke hypothese 1:

Als beoogde implementatievoornemens onderbouwd worden met een rationeel uitgewerkt stappenplan is de kans op succesvolle implementatie groter.

B. Belemmerende en bevorderende factoren

De planmonitor als onderzoeksinstrument

24. Worden bevorderende/belemmerende factoren op kennisniveau vermeld?

(Is ernaar gezocht? Zijn er factoren gevonden?)

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

25. Worden de bevorderende/belemmerende factoren op kennisniveau benut/ondervangen tijdens het implementatieproces?

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

De oorspronkelijke planmonitor als managementinstrument

(7a.) Heeft de analyse van bevorderende en belemmerende factoren betrekking op het kennisniveau? Ja / nee

(7aa.)Zijn er interventies gepland om belemmeringen op te heffen en stimulansen te benutten? Ja / nee

De oorspronkelijke hypothese 6:

Als vanaf het begin in de programmering van projecten al rekening wordt gehouden met de ervaringskennis van doelgroepen, het voorlichten over en leren van nieuwe kennis en inzichten én ingespeeld wordt op mogelijke kennisverschillen tussen doelgroepen, dan is de kans op succesvolle implementatie groter (kennisniveau).

De criteria:

Op kennisniveau zijn interventies adequater naarmate zij ervoor zorgen dat:

1. beoogde gebruikers/doelgroepen van de te implementeren projectresultaten geïnformeerd worden (bijv. door voorlichting, brochures, website), aansluitend bij bekende leerbehoeften en -strategieën en bij reeds voorhanden kennis;
2. de leermethoden zodanig gekozen worden, dat zij gebruikers en doelgroepen motiveren en in hun zelfbewustzijn ondersteunen;
3. een variëteit aan informatiemiddelen gebruikt wordt zodat (evt.)meerdere groepen gebruikers aangesproken worden.

De planmonitor als onderzoeksinstrument

26. Worden bevorderende/belemmerende factoren op vaardighedenniveau vermeld? (Is ernaar gezocht? Zijn er factoren gevonden?)

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

27. Worden de bevorderende/belemmerende factoren op vaardighedenniveau benut/ondervangen tijdens het implementatieproces?

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

De oorspronkelijke planmonitor als managementinstrument

(7b) Heeft de analyse van bevorderende en belemmerende factoren betrekking op het vaardighedenniveau?

Ja / nee

De oorspronkelijke hypothese 7:

Als de beoogde verandering wordt ondersteund met materialen, methoden en voorbeelden die uitnodigen tot het oefenen met passend (evt. nieuw) gedrag, dan is de kans op succesvolle implementatie groter.

De criteria:

Op vaardighedeniveau zijn interventies adequater naarmate zij ervoor zorgen dat:

1. er aparte oefenmogelijkheden gecreëerd worden voor het oefenen van nieuw gedrag;
2. er geschikte strategieën benut worden voor het leren van nieuw gedrag (voorbeeldgedrag, observatie met behulp van video, vormen van beloning).

De planmonitor als onderzoeksinstrument

28. Worden bevorderende/belemmerende factoren op het niveau van houding en motivatie vermeld?

(Is ernaar gezocht? Zijn er factoren gevonden?)

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

29. Worden de bevorderende/belemmerende factoren op het niveau van houding en motivatie

benut/ondervangen tijdens het implementatieproces?

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

De oorspronkelijke planmonitor als managementinstrument

(7c.) Heeft de analyse betrekking op het houdingsniveau? Ja / nee

(7cc.)Zijn er interventies gepland om belemmeringen op te heffen en stimulansen te benutten? Ja / nee

De oorspronkelijke hypothese 8:

Als de beoogde verandering beter past bij doelen en belangen van de doelgroep(en), sleutelfiguren uit de doelgroep(en) benaderd worden en er rekening gehouden wordt met bestaande normen en gewoonten, is de kans op acceptatie van de verandering (dus succesvolle implementatie) groter

De criteria:

Op houdingsniveau zijn interventies adequater naarmate zij ervoor zorgen dat:

1. er voldoende draagvlak is bij de doelgroepen/gebruikers door strategieën te gebruiken om het draagvlak te optimaliseren (adequate strategieën bij houdingsniveau zijn bijv.: sleutelpersonen aanspreken, klankbordgroep organiseren, ondersteuning bieden dmv. workshops, voorlichting);
2. te implementeren projectresultaten gedragen worden vanuit belangen in de praktijk (dus: niet opgedragen van bovenaf);
3. de belangen en motivatie van gebruikers/doelgroepen om te veranderen/implementeren ondersteund worden (door strategieën met beloningen, sancties of andere prikkels).

De planmonitor als onderzoeksinstrument

30. Worden bevorderende/belemmerende factoren op gewoonteniveau

vermeld? (Is ernaar gezocht? Zijn er factoren gevonden?)

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

31. Worden de bevorderende/belemmerende factoren op gewoonteniveau benut/ondervangen

tijdens het implementatieproces?

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

De criteria

Op gewoonteniveau zijn interventies adequater naarmate zij ervoor zorgen dat:

1. het te implementeren product aansluit bij de routines en gewoontes van de gebruikers/doelgroepen;
2. er minder verandering van bestaande routines en gewoontes vereist wordt;
3. er minder bestaande routines en gewoontes moeten worden afgeleerd (hardnekkige gewoontes maken dat personen minder aandacht hebben voor informatie over alternatieve gedragsmogelijkheden en gedragscontext);
4. er minder mentale overbelasting of tijdsdruk is (want de druk vergroot kans op vervallen in oude gewoontes);
5. er een stabiele context is waarin nieuwe gewoontes gevormd kunnen worden.

De oorspronkelijke planmonitor als managementinstrument

geen

Assessing van hypothese 8:

De planmonitor als onderzoeksinstrument

32. Worden bevorderende/belemmerende factoren vermeld op het niveau van structuur waarin geïmplementeerd moet worden? (Is ernaar gezocht? Zijn er factoren gevonden?)
0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
33. Worden de bevorderende/belemmerende factoren op het niveau van structuur waarin geïmplementeerd moet worden benut/ondervangen tijdens het implementatieproces?
0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
34. Worden bevorderende/belemmerende factoren op structuurniveau ten behoeve van implementatiebestending/-voortzetting vermeld? (Is ernaar gezocht? Zijn er factoren gevonden?)
0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
35. Worden de bevorderende/belemmerende factoren vermeld factoren op structuurniveau ten behoeve van implementatiebestending/-voortzetting benut/ondervangen tijdens het implementatieproces?
0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

De oorspronkelijke planmonitor als managementinstrument

(7d.) Heeft de analyse betrekking op het structuurniveau? Ja / nee

(7dd.)Zijn er interventies gepland om belemmeringen op te heffen en stimulansen te benutten? Ja / nee

De oorspronkelijke hypothese 9:

- 9a. Als organisatorische, financiële en wettelijke (procedurele) waarborgen beter in kaart gebracht en concreet gemaakt zijn, is de keuze van een veranderingsstrategie beter onderbouwd en daardoor de kans op een blijvende verandering (dus succesvolle implementatie) groter.
- 9b. Als implementaties organisatiegericht zijn, zullen deze succesvoller zijn naarmate er beter aangesloten wordt bij de dominante managementstijl en reeds bekende verander- en leerstrategieën binnen de betrokken organisatie.

[vervotg op volgende pagina]

De criteria:

Op structuurniveau zijn interventies adequater naarmate zij ervoor zorgen dat:

1. de naam van de organisatie bekend is, waarvan het management zich gecommitteerd heeft aan de implementatie en bestendiging van bruikbare resultaten van het project;
2. er een plan voor de toekomst is gericht op bestendiging (bijv. bij langlopende projecten jaarlijkse rapportage over de voortgang van de implementatie (factsheets); voorstellen voor een systematische stapsgewijze implementatie, bijvoorbeeld van lokaal naar regionaal en/of landelijk niveau);
3. bestendiging van geïmplementeerde resultaten ondersteund wordt door het (laten) vastleggen van financiële en wettelijke of procedurele waarborgen;
4. aangesloten wordt bij de dominante managementstijl en bekende leer- en

De planmonitor als onderzoeksinstrument

36. Worden overige bevorderende/belemmerende factoren vermeld? (Is ernaar gezocht? Zijn er factoren gevonden?)
0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

37. Worden de overige bevorderende/belemmerende factoren benut/ondervangen tijdens het implementatieproces?
0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

De oorspronkelijke planmonitor als managementinstrument

(7.) Is er sprake van een analyse van bevorderende en belemmerende factoren voor het implementeren van projectresultaten? Ja / nee

De oorspronkelijke hypothese 5:

Als er een analyse van bevorderende en belemmerende factoren voor de beoogde implementatie gemaakt wordt en daarbij passende interventies gepland worden, is de kans op (een) blijvende verandering(en) (en dus succesvolle implementatie) groot.

De planmonitor

A. Implementatiegerichtheid

Betrokkenen

1. Voor welke gebruikers is de verandering bedoeld?
(OPEN VRAAG)
2. Is aangegeven voor welke gebruikers de verandering bedoeld is?
0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
3. Voor welke doelgroepen is de verandering bedoeld?
(OPEN VRAAG)
4. Is aangegeven voor welke doelgroepen de verandering bedoeld is?
0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

Betrokkenheid van de betrokkenen

5. Zijn de gebruikers betrokken geweest bij de keuze voor de gedragsverandering ?
(ideeën / behoeften, geraadpleegd, meegewerkt, verdere betrokkenheid)
0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
6. Zijn de doelgroepen betrokken geweest bij de keuze voor de gedragsverandering ?
(ideeën / behoeften, geraadpleegd, meegewerkt, verdere betrokkenheid)
0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
7. Zijn de gebruikers betrokken geweest bij de keuze voor hoe men de gedragsverandering wil bereiken?
(ideeën / behoeften, geraadpleegd, meegewerkt, verdere betrokkenheid)
0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
8. Zijn de doelgroepen betrokken geweest bij de keuze voor hoe men de gedragsverandering wil bereiken?
(ideeën / behoeften, geraadpleegd, meegewerkt, verdere betrokkenheid)
0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

Beoogde veranderingen

9. Welke (gedrags)verandering wil men bereiken bij de gebruikers?
(OPEN VRAAG)
10. Is aangegeven welke (gedrags)verandering men wil bereiken bij de gebruikers?
0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

11. Welke (gedrags)verandering wil men bereiken bij de doelgroepen?

(OPEN VRAAG)

12. Is aangegeven welke (gedrags)verandering men wil bereiken bij de doelgroepen?

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

13. Welke verandering wil men bereiken in de organisatie?

(OPEN VRAAG)

14. Is aangegeven welke verandering men wil bereiken in de organisatie?

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

15. Welke verbetering wil men bereiken in de kwaliteit van zorg? (doelmatigheid/kosten, doeltreffendheid/effectiviteit, patiëntgerichtheid/ bejegening)

(OPEN VRAAG)

16. Is aangegeven welke verbetering men wil bereiken in de kwaliteit van zorg?

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

17. Welke verbetering wil men bereiken in kwaliteit van leven? (welbevinden fysiek, sociaal, psychologisch)

(OPEN VRAAG)

18. Is aangegeven welke verbetering men wil bereiken in de kwaliteit van leven?

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

Wijze waarop veranderd wordt

19. Is aangegeven hoe men de gedragsverandering bij de gebruikers wil bereiken?

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

20. Is aangegeven hoe men de gedragsverandering bij de doelgroepen wil bereiken?

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

Planning

21. Is er een budget geoormerkt voor implementatie?

22. Is er een concreet stappenplan gemaakt voor het hele project?

0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

23. Is er een concreet stappenplan gemaakt voor implementatie?

0=nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

B. Belemmerende en bevorderende factoren

Kennis

24. Worden bevorderende/belemmerende factoren op kennisniveau vermeld?

(Is ernaar gezocht? Zijn er factoren gevonden?)

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

25. Worden de bevorderende/belemmerende factoren op kennisniveau benut/ondervangen tijdens het implementatieproces?

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

Vaardigheden

26. Worden bevorderende/belemmerende factoren op vaardighedenniveau vermeld?

(Is ernaar gezocht? Zijn er factoren gevonden?)

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

27. Worden de bevorderende/belemmerende factoren op vaardighedenniveau benut/ondervangen tijdens het implementatieproces? 0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

Houding en motivatie

28. Worden bevorderende/belemmerende factoren op het niveau van houding en motivatie vermeld?

(Is ernaar gezocht? Zijn er factoren gevonden?)

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

29. Worden de bevorderende/belemmerende factoren op het niveau van houding en motivatie benut/ondervangen tijdens het implementatieproces?

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

Gewoonten

30. Worden bevorderende/belemmerende factoren op gewoonteniveau vermeld?

(Is ernaar gezocht? Zijn er factoren gevonden?)

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

31. Worden de bevorderende/belemmerende factoren op gewoonteniveau benut/ondervangen tijdens het implementatieproces?

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

Structuur waarin geïmplementeerd wordt

32. Worden bevorderende/belemmerende factoren vermeld op het niveau van structuur waarin geïmplementeerd moet worden? (Is ernaar gezocht? Zijn er factoren gevonden?)

0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

33. Worden de bevorderende/belemmerende factoren op het niveau van structuur waarin geïmplementeerd moet worden benut/ondervangen tijdens het implementatieproces?
0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

Structuur ten behoeve van implementatiebestendinging/-voortzetting

34. Worden bevorderende/belemmerende factoren op structuurniveau ten behoeve van implementatiebestendinging/-voortzetting vermeld? (Is ernaar gezocht? Zijn er factoren gevonden?)
0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
35. Worden de bevorderende/belemmerende factoren vermeld factoren op structuurniveau ten behoeve van implementatiebestendinging/-voortzetting benut/ondervangen tijdens het implementatieproces?
0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

Overige factoren

36. Worden overige bevorderende/belemmerende factoren vermeld?
(Is ernaar gezocht? Zijn er factoren gevonden?)
0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate
37. Worden de overige bevorderende/belemmerende factoren benut/ondervangen tijdens het implementatieproces?
0=Nee, 1=ja een beetje, 2=ja in grote mate

De procesmonitor

De gebruikers waren:

(VUL IN GEGEVENS VOLGENS PROJECT PLAN SCORE)

De doelgroepen waren:

(VUL IN GEGEVENS VOLGENS PROJECT PLAN SCORE)

1. Zijn de gebruikers betrokken geweest bij het bereiken van de verandering?

(ideeën / behoeften, geraadpleegd, meegewerkt, verdere betrokkenheid)

0= onbekend

1= nee

2= ja een beetje

3= ja in grote mate

2. Zijn de doelgroepen betrokken geweest bij het bereiken van de verandering?

(ideeën / behoeften, geraadpleegd, meegewerkt, verdere betrokkenheid)

0= onbekend

1= nee

2= ja een beetje

3= ja in grote mate

3. Op welke terreinen zijn er interventies gepleegd (ten behoeve van belemmerende/bevorderende factoren)?

a.	kennis	0=onbekend	1=nee	2=ja een beetje	3=ja in grote mate
b.	vaardigheden	0=onbekend	1=nee	2=ja een beetje	3=ja in grote mate
c.	houding/motivatie	0=onbekend	1=nee	2=ja een beetje	3=ja in grote mate
d.	gewoontes	0=onbekend	1=nee	2=ja een beetje	3=ja in grote mate
e.	structuur <u>waarin</u> geïmplementeerd wordt	0=onbekend	1=nee	2=ja een beetje	3=ja in grote mate
f.	structuur tbv <u>bestendinging</u> van de geïmplementeerde veranderingen	0=onbekend	1=nee	2=ja een beetje	3=ja in grote mate
g.	overige interventies	0=onbekend	1=nee	2=ja een beetje	3=ja in grote mate

De uitkomstmonitor van management- naar onderzoeksinstrument

Niveau 1: Intermediaire stappen in bestendinging

De uitkomstmonitor als onderzoeksinstrument

Stokje

1. Wordt het stokje doorgegeven en aangepakt?
(Een persoon of organisatie gaat door met de geïmplementeerde werkwijze, of neemt deze over)
0=onbekend, 1=nee, 2=ja misschien, 3= ja zeker
2. In geval van stokje doorgeven: wordt de werkwijze in zijn geheel overgenomen? 0=onbekend, 1=nvt, 2=deels, 3= ja in grote mate

De oorspronkelijke uitkomstmonitor als managementinstrument

Intermediaire stappen in bestendinging

- (1.) Zijn er (intermediaire) stappen ondernomen voor de overdracht van het geïmplementeerde product naar de zorgpraktijk? Ja, nee, onbekend. (Zo ja, welke (intermediaire) stappen zijn ondernemen?)
- (2.) In welke mate is het tijdpad van de geplande implementatie gehaald?
Op korte termijn: ja, nee, onbekend / Op lange termijn: ja, nee, onbekend

Niveau 2: Veranderingen gebruikers, doelgroepen en organisatie

De uitkomstmonitor als onderzoeksinstrument

Verandering bij de gebruikers

3. De beoogde (gedrags)verandering bij de gebruikers was: (VUL IN GEGEVENS VOLGENS PLANMONITOR)
4. Is de evaluatie van de verandering bij de gebruikers gebaseerd op empirie? 0=nee, 1=ja
5. Is deze verandering bij de gebruikers bereikt?
0=onbekend, 1=nee, 2=ja een beetje, 3= ja in grote mate

De oorspronkelijke uitkomstmonitor als managementinstrument

De uitkomstmonitor als onderzoeksinstrument

Verandering bij de doelgroepen

6. De beoogde (gedrags)verandering bij de doelgroepen was: (VUL IN GEGEVENS VOLGENS PLANMONITOR)
7. Is de evaluatie van de verandering bij de doelgroepen gebaseerd op empirie? 0=nee, 1=ja
8. Is deze verandering bij de doelgroepen bereikt?
0=onbekend, 1=nee, 2=ja een beetje, 3= ja in grote mate

De oorspronkelijke uitkomstmonitor als managementinstrument

Gedragsverandering doelgroepen (meestal patiënten)

De uitkomstmonitor als onderzoeksinstrument

Verandering in de organisatie

9. De beoogde verandering in de organisatie was: (VUL IN GEGEVENS VOLGENS PLANMONITOR)
10. Is de evaluatie van de verandering in de organisatie gebaseerd op empirie? 0=nee, 1=ja
11. Is deze verandering in de organisatie bereikt?
0=onbekend, 1=nee, 2=ja een beetje, 3= ja in grote mate

Niveau 3: Verandering in de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven

De uitkomstmonitor als onderzoeksinstrument

Verandering in de kwaliteit van de zorg

12. De beoogde verbetering in de kwaliteit van zorg was: (VUL IN GEGEVENS VOLGENS PLANMONITOR)
13. De evaluatie van de verandering in de kwaliteit van zorg gebaseerd op empirie? 0=nee, 1=ja
14. Is deze verbetering in de kwaliteit van zorg bereikt?
0=onbekend, 1=nee, 2=ja een beetje, 3= ja in grote mate

De oorspronkelijke uitkomstmonitor als managementinstrument

De uitkomstmonitor als onderzoeksinstrument

Verandering in de kwaliteit van leven

15. De beoogde verbetering in de kwaliteit van leven was: (VUL IN GEGEVENS VOLGENS PLANMONITOR)

16. Is de evaluatie van de verandering in de kwaliteit van leven gebaseerd op empirie? 0=nee, 1=ja

17. Is deze verbetering in de kwaliteit van leven bereikt?
0=onbekend, 1=nee, 2=ja een beetje, 3= ja in grote mate

De oorspronkelijke uitkomstmonitor als managementinstrument

De uitkomstmonitor

Niveau 1: Intermediaire stappen in bestendinging

Stokje

1. Wordt het stokje doorgegeven en aangepakt? (Een persoon of organisatie gaat door met de geïmplementeerde werkwijze, of neemt deze over)
0=onbekend, 1=nee, 2=ja misschien, 3= ja zeker
2. In geval van stokje doorgeven: wordt de werkwijze in zijn geheel overgenomen?
0=onbekend, 1=nvt, 2=deels, 3= ja in grote mate

Niveau 2: Veranderingen gebruikers, doelgroepen en organisatie

Verandering bij de gebruikers

3. De beoogde (gedrags)verandering bij de gebruikers was:
(VUL IN GEGEVENS VOLGENS PLANMONITOR)
4. Is deze verandering bij de gebruikers bereikt?
0=onbekend, 1=nee, 2=ja een beetje, 3= ja in grote mate
5. Is de evaluatie van de verandering bij de gebruikers gebaseerd op empirie?
0=nee, 1=ja

Verandering bij de doelgroepen

6. De beoogde (gedrags)verandering bij de doelgroepen was:
(VUL IN GEGEVENS VOLGENS PLANMONITOR)
7. Is deze verandering bij de doelgroepen bereikt?
0=onbekend, 1=nee, 2=ja een beetje, 3= ja in grote mate
8. Is de evaluatie van de verandering bij de doelgroepen gebaseerd op empirie?
0=nee, 1=ja

Verandering in de organisatie

9. De beoogde verandering in de organisatie was:

(VUL IN GEGEVENS VOLGENS PLANMONITOR)

10. Is deze verandering in de organisatie bereikt?

0=onbekend, 1=nee, 2=ja een beetje, 3= ja in grote mate

11. Is de evaluatie van de verandering in de organisatie gebaseerd op empirie?

0=nee, 1=ja

Niveau3: Verandering in de kwaliteit van zorgen kwaliteit van leven

Verandering in de kwaliteit van de zorg

12. De beoogde verbetering in de kwaliteit van zorg was:

(VUL IN GEGEVENS VOLGENS PLANMONITOR)

13. Is deze verbetering in de kwaliteit van zorg bereikt?

0=onbekend, 1=nee, 2=ja een beetje, 3= ja in grote mate

14. Is de evaluatie van de verandering in de kwaliteit van zorg gebaseerd op empirie?

0=nee, 1=ja

Verandering in de kwaliteit van leven

15. De beoogde verbetering in de kwaliteit van leven was:

(VUL IN GEGEVENS VOLGENS PLANMONITOR)

16. Is deze verbetering in de kwaliteit van leven bereikt?

0=onbekend, 1=nee, 2=ja een beetje, 3= ja in grote mate

17. Is de evaluatie van de verandering in de kwaliteit van leven gebaseerd op empirie?

0=nee, 1=ja.

ⁱ Laurentani, F., Russo, C., and Bandinelli, S. (2003). Age-associated changes in skeletal muscles and their effect on mobility: an operational diagnosis of sarcopenia. *Journal of Applied Physio*, 95: p.1851–1860.

ⁱⁱ Mathiowetz, V., Weber, K., Volland, G. and Kashman, N. (1984) Reliability and validity of grip and pinch strength evaluations. 10(9): p.222–226.

ⁱⁱⁱ Peolsson, A., Hedlund, R. and Oberg, B. (2001). Intra- and inter-tester reliability and reference values for hand strength. *Journal of Health Psychology*, 10(33): p.36–41