Implementatie van richtlijnen voor het beleid van (banale) somatische klachten bij geïnstitutionaliseerde volwassenen

Nele Vermeersch, KULeuven

Promotor: Ann Roex, KULeuven

Co-promotor: Stijn Van de Velde

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Context:

Als HAIO hou ik wekelijkse consultaties in het opvangcentrum voor asielzoekers te Alsemberg en kom ik dan ook in nauw contact met begeleiders en bewoners. Het viel de andere artsen en mijzelf op dat, hoewel er onder de vorm van een handboek reeds duidelijke en krachtig onderbouwde richtlijnen voorhanden zijn in het centrum, de medische kennis van de begeleiders vaak te beperkt is om de banale klachten waarmee bewoners in eerste instantie naar hen toekomen te beoordelen.

Onderzoeksvraag:

In deze studie wordt nagegaan of het implementeren van duidelijke, eenvoudige en evidence-based richtlijnen omtrent (banale) somatische klachten het huidige “nulde-lijnsbeleid” in het asielcentrum kan optimaliseren. Er wordt ingegaan op de wijze waarop deze implementatie dient te gebeuren en welke eventuele barrières en facilitatoren specifiek voor deze context van belang zijn.

Methode:

Het “HELP! Eerste hulp voor iedereen”handboek van Rode Kruis Vlaanderen werd omwille van zijn beschikbaarheid en evidence-based inhoud geselecteerd als bron voor de richtlijnen.
Om tot een zinvolle implementatiestrategie te komen, vond allereerst een basismeting van de huidige situatie plaats. Enerzijds werd een overzichtelijke retrospectieve registratie uitgevoerd van de verschillende klachten waarmee de bewoners zich presenteren en van de medicamenteuze behandeling die begeleiders in dat geval aanbieden. In een tweede luik werd een vragenlijst opgesteld met een bevraging rond het gebruik en de toepassing van het HELP handboek om op die manier de huidige struikelblokken van het systeem en eventuele bijkomende noden aan te tonen.
Op basis van deze evaluatie in combinatie met de huidige literatuur omtrent implementatie van richtlijnen werd een te volgen strategie opgesteld om het handboek te implementeren. Die strategie werd dan gedurende de termijn van de thesis toegepast.
Uiteindelijk werden deze beide aangehaalde registraties herhaald aan het einde van de termijn van de studie om op die manier zowel kwalitatief (vragenlijsten) als kwantitatief (concrete invloed op het beleid volgens de lijsten) het implementatieproces te evalueren.

Resultaten:

Het proces van implementatie van het handboek in de vorm van steekkaarten had geen duidelijk effect op de kwantitatieve registratie noch op de dagelijkse toepassing van de richtlijnen. Volgende barrières die een mogelijke verklaring bieden werden geregistreerd: weerstand van de begeleiders tegenover bepaalde aspecten van de richtlijnen, perceptie van weerstand bij de bewoners voor bepaalde aspecten van de richtlijnen, afwezigheid van continuïteit van de implementatie (hoge turn-over begeleiders).

Conclusie:

Implementatie is een continu en complex proces. Het verdelen van steekkaarten bleek onvoldoende te zijn om de het nuldelijns-beleid in het centrum te verbeteren. Barrières voor het toepassen van de beschikbare richtlijnen die specifiek zijn voor deze context werden in kaart gebracht en mogelijke strategieën om deze implementatie te verbeteren werden voorgesteld.

INHOUDSTABEL

ABSTRACT 2

INLEIDING 4

1. Huidige stand van zaken 4
2. Probleemstelling 4
3. Onderzoeksvragen 4

METHODE 5

Beschrijving literatuur 6

Beschrijving basismeting 7

Concreet voorstel tot verandering 7
Banale klachten 7
Het “HELP! Eerst hulp voor iedereen” handboek 7

Probleemanalyse 7
Registratie klachten waarmee asielzoekers zich presenteren bij de begeleiders 7
Inventariseren barrières en facilitatoren a.d.h.v vragenlijst 8

Beschrijving interventie 8

Ontwikkelen implementatiestrategie 8

Beschrijving meting 9

Testfase 9
Evaluatie en aanpassen implementatie 9
Eindevaluatie steekkaarten in asielcentrum a.d.h.v. vragenlijst 9
Nieuwe registratie klachten waarmee asielzoekers zich presenteren bij de begeleiders 9

RESULTATEN 9

Literatuur 9
Registratie klachten waarmee asielzoekers zich presenteren bij de begeleiders 11
Probleemanalyse 11
Testfase 12
Eindevaluatie steekkaarten 14
Nieuwe registratie klachten 14

BESPREKING 16

BESLUIT 18

DANKWOORD 18

LITERATUUR 18

APPENDIX 20

INLEIDING

1. Huidige stand van zaken

Als HAIO hou ik wekelijkse consultaties in het opvangcentrum voor asielzoekers te Alsemberg[1] en kom ik dan ook in nauw contact met begeleiders en bewoners. Het viel de andere artsen en mijzelf op dat hoewel er reeds duidelijke en krachtig onderbouwde richtlijnen voorhanden zijn, de medische kennis van de begeleiders vaak te beperkt is om de banale klachten waarmee bewoners in eerste instantie naar hen toekomen te beoordelen. Ook vanuit het begeleidingsteam zelf kwam op regelmatige basis de vraag om meer duiding en uitleg rond medische thema's.

2. Probleemstelling

Met het eindwerk "Richtlijnen voor het beleid van (banale) somatische klachten bij geïnstitutionaliseerde jongeren" (1) dat een jaar eerder werd uitgevoerd in het achterhoofd, groeide het idee om een soortgelijk project uit te werken voor het asielcentrum in Alsemberg maar dan toegespitst op banale pathologiën bij volwassenen. De medische begeleiding leek onmiddellijk enthousiast.
Een opvolgstudie toonde aan dat hoewel de begeleiders in het oorspronkelijke centrum nog steeds achter het idee stonden van het ontwikkelen van dergelijke richtlijnen, deze in praktijk zelden tot nooit werden gebruikt (2). Het ontwikkelde boekje lag stof te vergaren in een kast.
Met die informatie veranderde dan ook het opzet van het project. Het zou zich niet zozeer toespitsen op het ontwikkelen van richtlijnen, maar wel op het implementeren van reeds beschikbare richtlijnen in de dagelijkse werking van het centrum.

Het ontwikkelen van richtlijnen is steeds meer een belangrijk hulpmiddel in het bundelen van verschillende onderzoeksresultaten en nieuwe inzichten. Het doel van richtlijnen is dan ook het verbeteren van de zorg (3). Of dit resultaat bereikt wordt hangt af van verschillende factoren. Na het opstellen van wetenschappelijke valide richtlijnen dienen deze verspreid te worden onder de doelgroep en in de praktijk te worden gevolgd. Om dit laatste te bereiken dient een plan tot implementatie[2] te worden opgesteld om op die manier de inspanningen van verschillende onderzoekers te laten renderen in praktijk.
Zowel in de literatuur als van overheden uit is er toenemende interesse voor het implementeren van richtlijnen, zo ontwikkelde onder andere het NHS een brochure rond het implementeren van richtlijnen (5, 6).

Daarenboven is er ook een toenemende interesse in de literatuur voor de zogenaamde lay health workers. Dit zijn niet-medisch geschoolde professionals die worden ingezet voor medische deeltaken. Het inzetten lay health workers om zo professioneel medisch personeel te ontlasten, zou mogelijk de kosten voor gezondheidszorg kunnen reduceren (7). Hier is bijkomend onderzoek naar nodig.

3. Doel en onderzoeksvragen

Het doel van dit project is om de kwaliteit van het nulde-lijnsbeleid in het asielcentrum te optimaliseren. Concreet zal er getracht worden het reeds bestaande "HELP! Eerste hulp voor iedereen"handboek (HELP handboek) van Rode Kruis Vlaanderen, gericht op eerste hulp en reeds verdeeld onder de medewerkers van het opvangcentrum, te implementeren in de dagdagelijkse realiteit.

Hieruit volgde dan ook de volgende vraagstelling van deze thesis: "Kan het implementeren van duidelijke, eenvoudige en evidence-based richtlijnen omtrent (banale) somatische klachten bij volwassenen het huidige "nulde-lijnsbeleid" in het asielcentrum optimaliseren?"

[1] Het opvangcentrum in Alsemberg opende zijn deuren op 15 december 1998 in de gebouwen van het Brugmann-Instituut, het vroegere sanatorium van OCMW-Brussel. Ze zijn gelegen in het Gasthuisbos aan de rand van de hoofdstad. In het ruime complex werd in 2001 de oorspronkelijke capaciteit van 150 bewoners opgetrokken tot 165. Het centrum richt zich zowel naar families als naar alleenstaande mannen en vrouwen. (bron: site Rode Kruis Vlaanderen)
In het centrum zijn 12 begeleiders werkzaam, , 7 nachtbegeleiders, 3 centrumverantwoordelijken en 5 personeelsleden voor administratie. Van de 12 begeleiders hebben er 2 de specifieke deeltaak van medische begeleiding. Deze organiseren de medische werking en begeleiden de 3 centrumartsen die wekelijks consulteren in het asielcentrum.
De nuldelijnopvang (m.a.w. het verstrekken van OTC-medicatie zoals paracetamol, het verwijzen naar de huisarts en het geven van nuldelijns advies) gebeurt idealiter door de medische begeleiding maar in praktijk vaak ook door de beschikbare begeleiders. Een afspraak bij de centrumarts dienen de bewoners ook steeds via de begeleiders vast te leggen.

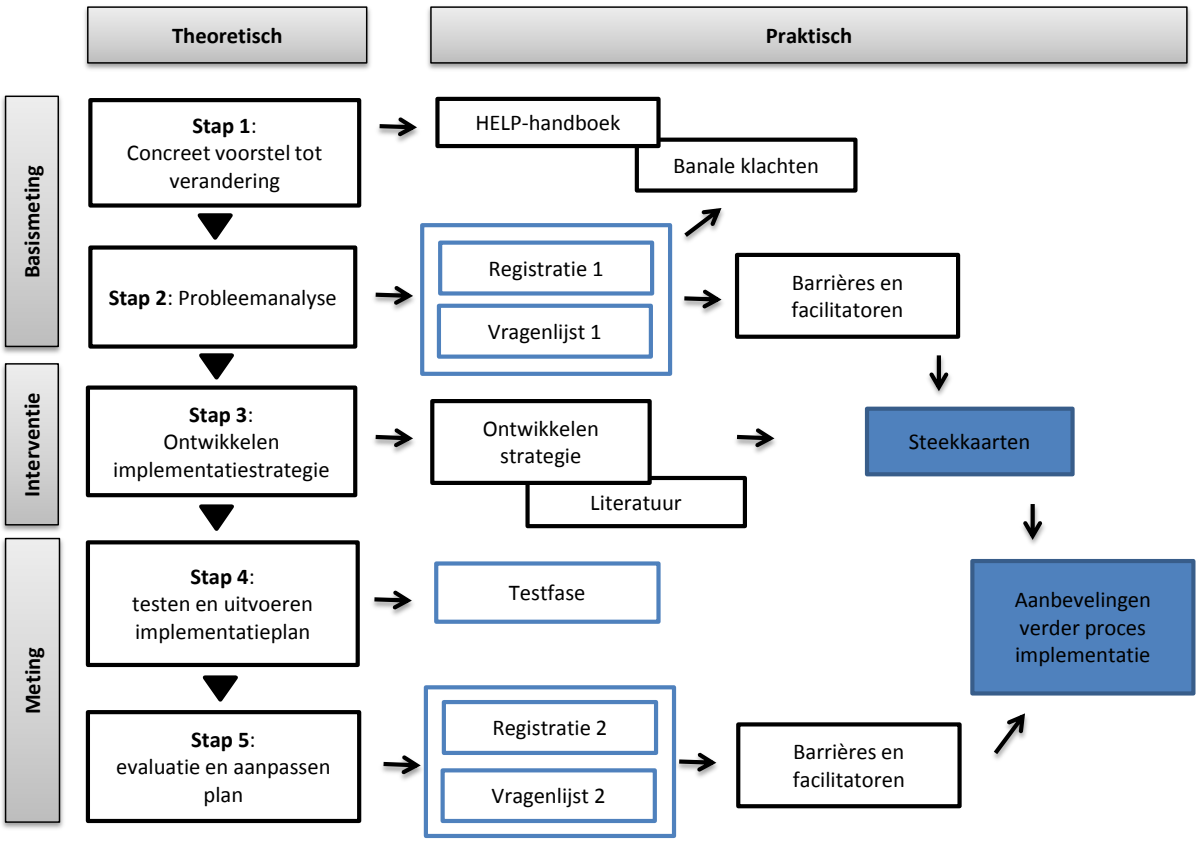
[2] implementatie = een systematisch proces waarbij innovatie of verandering met een bewezen waarde structureel worden ingebed in de dagelijkse professionele praktijk (4)

Concrete onderzoeksvragen

- Wat zegt de huidige literatuur over het implementeren van richtlijnen?
- Welke barrières en facilitatoren dragen bij tot het gebruik van de beschikbare richtlijnen?
- Welke strategieën kunnen worden gebruikt in implementeren van deze richtlijnen?
- Heeft de implementatie van deze richtlijnen een invloed op de kwaliteit van zorg door de begeleiders in het centrum?
- Heeft de implementatie van deze richtlijnen een invloed op de verstrekking van medicatie door de begeleiders?

METHODE

Tijdens dit project werden de verschillende stappen van het proces van implementatie gevolgd. Deze stappen en de praktische uitwerking ervan worden geïllustreerd in figuur 1.
Praktisch vond allereerst een basismeting van de huidige situatie plaats. Enerzijds werd een overzichtelijke retrospectieve registratie uitgevoerd van de verschillende klachten waarmee de bewoners zich presenteren en van de medicamenteuze behandeling die begeleiders in dat geval aanbieden ("Registratie 1" in figuur 1). In een tweede luik werd een vragenlijst opgesteld met een bevraging rond het gebruik en de toepassing van het HELP handboek om op die manier de huidige struikelblokken van het systeem en eventuele bijkomende noden aan te tonen ("Vragenlijst 1" in figuur 1).
Op basis van deze evaluatie in combinatie met de huidige literatuur omtrent implementatie van richtlijnen werd een te volgen strategie opgesteld om het handboek te gaan implementeren die dan gedurende de termijn van de thesis werd toegepast.
Uiteindelijk werden deze beide aangehaalde registraties herhaald aan het einde van de termijn van de studie om op die manier zowel kwalitatief ("Vragenlijst 2" in figuur 1) als kwantitatief ("Registratie 2" in figuur 1) het implementatieproces te evalueren.



Figuur 1: schema gebaseerd op Grol et al (8) ter illustratie van het implementatieproces gehanteerd in deze tekst.

Beschrijving literatuur

Om het handboek te implementeren, werd de huidig beschikbare literatuur daaromtrent nagekeken om op die manier tot een zinvolle strategie te komen.
Aanvankelijk was het de bedoeling om een uitgebreide literatuurstudie rond implementatie in de nuldelijn te laten voorafgaan aan dit pilootproject. Maar de beschikbare studies hieromtrent zijn beperkt en bovendien zeer heterogeen, met telkens een context die verschilt van die in dit project. Een uitgebreide systematic review van Cochrane (7) rond lay health workers stelt dat evidence momenteel zo schaars is dat onmogelijk aanbevelingen kunnen worden geformuleerd voor beleid en praktijkvoering.
Daarom werd geopteerd om eveneens artikels rond implementatie uit de eerste lijn en de ambulante zorg te raadplegen en te trachten deze beschikbare evidence toe te passen binnen dit project.

Als onderzoeksvraag werd gehanteerd: Welke vormen van implementatie van richtlijnen kunnen de kwaliteit van zorg verbeteren in de nulde en eerstelijn?

Dit resulteerde in volgende PICO:

Patient:	nulde en eerstelijn
Intervention:	implementatie richtlijnen
Control:	richtlijn zonder implementatieproces
Outcome:	adherence, patient outcome, kwaliteit zorg, barrières en faciliterende factoren, kritische succesfactoren

Er werd concreet gezocht naar systematic reviews[3]. De artikels die na de zoekopdracht[4] werden onthouden, werden als basis gebruikt voor dit project.

[3] **Selectiecriteria literatuur**
Type studies: Systematic reviews

Type deelnemers
- brede zoektocht: eerste en nuldelijnszorg dus niet in ziekenhuismilieu.
- Meer specified: eerstelijnswerkers zonder of met beperkte medische achtergrond (lay healthworkers)

Type interventies
- breed: implementatie van een EBM guideline
- smal: implementatie van een eerstehulprichtlijn

Outcome
- EBM methodes voor implementatie richtlijnen (meer specifiek: bij eerstelijnswerkers zonder of met beperkte medische achtergrond)
- kritische barrières en faciliterende factoren tot implementatie richtlijnen
- adherence (bij lay healthworkers) voor EBM richtlijnen
- effect op kwaliteit van zorg en patient outcome na implementatie richtlijnen

[4] **Zoekopdracht**
- Practice Guidelines as Topic AND Health Plan Implementation
- Practice Guideline [Publication Type] AND Health Plan Implementation
- Guideline Adherence AND Health Plan Implementation
- (Health Plan Implementation OR Guideline Adherence) AND Ambulatory Care
- (Health Plan Implementation OR Guideline Adherence) AND Family Practice
- (Health Plan Implementation OR Guideline Adherence) AND First Aid
- First Aid
- (Health Plan Implementation OR Guideline Adherence) AND lay health worker
- (Health Plan Implementation OR Guideline Adherence) AND lay health workers
- (Health Plan Implementation OR Guideline Adherence) AND Allied Health Personnel
- (Health Plan Implementation OR Guideline Adherence) AND Community Health Workers
- Community Health Workers

EXCLUSIECRITERIA:
- taal
- geen full text beschikbaar

LIMITS
Systematic reviews
ANDERE BRONNEN
- snowballing: referenties gevonden artikels doornemen
- professional networking: reeds eerder verkregen artikels en links die niet in zoekopdracht zitten

Beschrijving basismeting

Concreet voorstel tot verandering (stap 1)

Bij de start van het project diende een keuze gemaakt te worden voor een richtlijn, zowel voor het onderwerp als voor de bron.

1. Banale klachten

Bij de voorstelling van dit project aan de begeleiders en de centrumartsen kwam spontaan de vraag naar meer duiding bij eerder banale klachten waarmee de asielzoekers zich dagelijks bij de begeleiders presenteren. De keuze voor banale klachten als onderwerp, sluit bovendien aan bij de taak van de begeleiders om de asielzoekers in eerste instantie op te vangen en eventueel te verwijzen naar de arts. Ernstige en dus meer zeldzame pathologiën worden over het algemeen in samenspraak met de centrumartsen aangepakt.

Om die redenen werd geopteerd om dit project vooral toe te spitsen op het implementeren van banale en dus frequent voorkomende klachten.

2. Het "HELP! Eerste hulp voor iedereen"handboek

Het "HELP! Eerste hulp voor iedereen"handboek (HELP handboek) werd ontwikkeld door Rode Kruis Vlaanderen als naslagwerk over eerstehulpverlening en bevat evidence-based eerstehulprichtlijnen gebaseerd op systematisch wetenschappelijk onderzoek en de opinie van experts[5].

Het handboek wordt in de eerste plaats gebruikt tijdens cursussen "Eerste Hulp en Helper". Alle onderwerpen[6] die in de cursussen behandeld worden, zijn terug te vinden in het boek. Een tweede doelgroep zijn de vrijwilligers van Rode Kruis Vlaanderen die actief willen worden in de hulpdienst en dit boek gebruiken als naslagwerk bij hun opleiding. Verder is het handboek vrij te verkrijgen in de boekhandel.

Het handboek werd algemeen verspreid onder de werknemers in het asielcentrum door Rode Kruis Vlaanderen en vormt dan ook een goede basis voor het verbeteren van het medisch beleid in het centrum. Er werd geen implementatiestrategie geassocieerd bij de verdeling van dit boek.

Probleemanalyse (stap 2)

1. Registratie klachten waarmee asielzoekers zich presenteren bij de begeleiders

Om een relevante selectie te maken uit de hoofdstukken rond banale klachten in het HELP handboek werd geopteerd om te werken met de reeds voorhanden lijsten van de registratie van de medische contacten tussen bewoner en begeleider[7].

Voordeel van deze registratie is dat op een accurate manier de meest frequente klachten waarmee asielzoekers zich

[5] Werkmethode gehanteerd door Rode Kruis Vlaanderen bij het opstellen van het handboek:

1. Zoeken naar evidence
   - Voor elk topic (bv. 'Preventie hitteslag') werd een specifieke zoekstrategie opgesteld, gebruik makende van index-termen en tekstwoorden in titel en abstract
   - Voor elk topic werd gezocht in volgende databanken: "Guidelines International Network" (voor bestaande richtlijnen); The Cochrane Library en BestBETs (voor bestaande systematische reviews); Medline (via de PubMed interface) en Central (deel van de Cochrane Library) (voor individuele studies)
   - De bekomen referenties werden eerst gescreend op basis van titel en abstract en in een 2e selectieronde op basis van de full text.
   - Vervolgens werden de data uit de geselecteerde studies gehaald en samengebracht in een evidence summary. De kwaliteit van de betrokken studies werd ook steeds bekeken.
2. Schrijven van voorlopige aanbevelingen: op basis van de evidence die gevonden werd en in combinatie met praktijkervaring door de collega's van de dienst Eerste Hulp werden voorlopige aanbevelingen opgesteld.
3. Formuleren van finale aanbevelingen: een expertenpanel van 9 artsen formuleert de finale aanbevelingen.

[6] 'Help! Eerste hulp voor iedereen': een stappenplan om op een juiste manier eerste hulp te verlenen, eerste hulp bij meer dan 300 letsels, ziektes en aandoeningen, tal van nuttige preventietips, verschillende verbandtechnieken, uitleg over de inhoud van de huisapotheek, informatie over het menselijk lichaam van kop tot teen, meer dan 500 duidelijke foto's en illustraties en een gratis dvd met 33 filmpjes die je de belangrijkste technieken demonstreren. (Bron: Rode Kruis Vlaanderen)

[7] Wanneer medicatie wordt verstrekt aan een asielzoeker door een begeleider wordt dit steeds genoteerd. Op die manier was dus een continue retrograde registratie voorhanden die tot een jaar voorafgaand aan de start van het project werd opgevraagd.

presenteren kunnen worden geselecteerd uit het handboek. Bovendien werd ook de verstrekte medicatie geregistreerd. Op die manier hebben we een beeld van de therapie die werd ingesteld voor de start van het implementatieproces.

2. Inventariseren barrières en facilitatoren a.d.h.v. vragenlijst

2.1. Opstellen vragenlijst

Alvorens met het implementatieproces te starten was het van belang de voornaamste facilitatoren en barrières voor deze implementatie te bevragen bij de belangrijkste actoren van het proces, in dit geval de begeleiders van het asielcentrum[8].

De verschillende domeinen van implementatie (richtlijn, implementatie, professional, sociale context, organisatorische context, economische en politieke context en patiënt) dienen in deze bevraging te worden opgenomen. Als basis voor het opstellen van deze vragenlijst werd gekozen voor "Framework for barriers and drivers for the successful implementation of a guideline"[9].

2.2. Valideren vragenlijst

Deze vragenlijst werd voorgelegd aan een random groep begeleiders[10] van het asielcentrum ter validatie. Op basis van die bespreking werd de vragenlijst aangepast aan deze specifieke context[11] en in zijn definitieve vorm gegoten (cfr. Appendix).

2.3. Voorleggen vragenlijst

Deze vragenlijst werd voorgelegd aan alle begeleiders[12] van het centrum tijdens één van de dagelijkse teamvergaderingen. De lijsten werden verwerkt tot een overzicht van de implementatiestatus van het HELP handboek voor het invoeren van de steekkaarten enerzijds en duiden het invoeren van steekkaarten aan als voorkeursimplementatiestrategie van de begeleiders anderzijds.

Beschrijving interventie

Ontwikkelen implementatiestrategie (stap 3)

Zoals hierboven besproken, werd geopteerd voor het uitwerken van banale en frequent voorkomende pathologiën. Deze voorkeur werd nogmaals herhaald door de begeleiders in de resultaten van de vragenlijsten.
De concrete keuze voor de specifieke onderwerpen werd vervolgens gebaseerd op de retrograde registratie van de klachten waarmee asielzoekers bij de begeleiders komen. Hieruit werden de meest frequente klachten geselecteerd en gebundeld zoals in het HELP handboek[13].

Bovendien werd geopteerd om deze onderwerpen in het HELP-handboek te verwerken in steekkaarten. Enerzijds omdat deze formule de voorkeur had bij de begeleiders[14]. Anderzijds ook om organisatorische overwegingen: alle begeleiders (zowel begeleiding overdag als nachtbegeleiding) worden bereikt met deze strategie en nieuwe begeleiders[15] kunnen onmiddellijk aan de slag met de steekkaarten.

[8] In het centrum zijn 12 begeleiders werkzaam, , 7 nachtbegeleiders, 3 centrumverantwoordelijken en 5 persooneelsleden voor administratie en logistiek. Indien in deze studie wordt verwezen naar de begeleiders wordt hiermee gerefereerd naar de begeleiders overdag, de nachtbegeleiders en de centrumverantwoordelijken (dus een totaal van 22 personen) omdat zij allen op dagelijkse basis in contact komen met de bewoners en instaan voor de nuldelijn in het centrum.

[9] Deze vragenlijst werd ontwikkeld door IQ Healthcare (implementatieplatform) in Nederland en is gebaseerd op de classificatie van de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC). (9,10,11)

[10] Tijdens 1 van de dagelijkse overlegmomenten werd met de 13 aanwezige begeleiders de vragenlijst overlopen. Op die manier werd getoetst of de invalshoek om op banale en frequent voorkomende pathologiën te focussen gerechtvaardigd was en welke aanpassingen in de vragenlijst dienden doorgevoerd te worden om de relevantie te verhogen.

[11] Het luik "economische en politieke context" werd achterwege gelaten omdat dit aspect moeilijk beoordeelbaar was voor de begeleiders. Ook in de literatuur (12) wordt dit bevestigd en wordt gepleit voor een afzonderlijk instrument om de hogere niveaus te beoordelen.

[12] De lijsten, die voorafgegaan werden door een schriftelijke duiding, werden verdeeld onder de aanwezige begeleiders met een mondelinge toelichting. De afwezige begeleiders kregen de lijsten bezorgd door de medische begeleiding.

[13] Zo worden onder andere hoesten, keelpijn, oorpijn, verkouden en griep onder Neus, keel en oren gegroepeerd.

[14] In de vragenlijsten werd bevraagd welke tools de begeleiders nuttig lijken bij het implementeren van het HELP-handboek: 12 personen stonden positief (0 negatief) t.o.v. het gebruik van steekkaarten, tegenover 11 voor presentaties over een gekozen thema (0 negatief), 7 voor een vereenvoudigd boekje (2 negatief), 8 voor een seminarie waarbij vragen gesteld kunnen worden (0 negatief), 2 voor een vragendoos (1 negatief).

[15] Begeleiders werken over het algemeen slechts enkele jaren in het centrum en gaan dan op zoek naar een andere job, om die reden ligt de turn-

De steekkaarten op basis van het HELP handboek werden opgesteld. Bij de verdeling in het centrum werd de begeleiding geïnformeerd rond het gebruik en het doel van de kaarten, dit om enerzijds het gebruik ervan te stimuleren en hen anderzijds blijvend te betrekken bij het implementatieproces.

Beschrijving meting

Testfase (stap 4)

Drie maanden nadat de steekkaarten in het centrum werden geïntroduceerd, werd een tussentijdse evaluatie gehouden onder de begeleiders. Op deze manier werd de implementatie van de steekkaarten binnen de relatief korte periode van deze studie geoptimaliseerd. Enerzijds door aan de hand van de bekomen resultaten de steekkaarten aan te passen, anderzijds door op deze manier begeleiders actief te blijven betrekken bij het implementatieproces.

Deze evaluatie werd opgebouwd rond het draaiboek voor toetsing van richtlijnen op LOK-vergaderingen voor huisartsen[16]. Praktisch werd aan een random controle groep (op een dagelijks overleg van het team assistenten van het asielcentrum) enerzijds enkele praktische casussen voorgelegd met betrekking tot de onderwerpen van de steekkaarten. De individuele aanpak door de assistenten van deze casussen werd naast het voorgestelde beleid van de steekkaarten gelegd. Op basis van deze vergelijking ontstond een discussie rond de steekkaarten. Zowel de schriftelijke als mondelinge opmerkingen werden verwerkt in de resultaten.

Evaluatie en aanpassen implementatie (stap 5)

1. Eindevaluatie steekkaarten in asielcentrum a.d.h.v. vragenlijst

De vragenlijst gebaseerd op de classificatie van IQ healthcare werd op gelijkaardige wijze als bij het begin van dit project voorgelegd aan de begeleiders, deze keer met betrekking tot de implementatie van de steekkaarten i.p.v. het handboek.

2. Nieuwe registratie klachten waarmee asielzoekers zich presenteren bij de begeleiders

Zoals voorafgaand aan het project werden de geregistreerde klachten gedurende de periode van de implementatie van de steekkaarten verwerkt. Deze resultaten werden met de eerste registratie vergeleken[17] om op die manier na te gaan of er een evolutie was in de verstrekte behandeling na implementatie van de richtlijnen.

RESULTATEN

Literatuur

Implementatie is een complex proces dat steeds dient afgestemd te worden op de specifieke context waarin de richtlijnen dienen te worden toegepast.

Vaak wordt gestart met een analyse van verschillende barrières en facilitatoren die invloed hebben op het gebruik van de richtlijn. Deze barrières en facilitatoren situeren zich over de volgende domeinen (13):

1. De richtlijn (complexiteit, bewijskracht)

Implementatie begint reeds bij het opstellen van de richtlijn en onvolkomenheden kunnen achteraf moeilijk rechtgezet worden. Eventuele tekortkomingen kunnen ondervangen worden tijdens het opstellen met het AGREE-instrument[18] (13). Desondanks worden richtlijnen in de praktijk vaak slechts een beperkt effect op de outcome van zorg (3), maar wel op de structuur en het proces van zorgverstrekking (10).

---

over van de begeleiding bijzonder hoog in het centrum.

[16] LOK = lokale kwaliteitsgroep "peer review"

[17] De contacten die gedurende de 8 maanden na de introductie van de steekkaarten werden geregistreerd, werden opnieuw verwerkt en vergeleken met 8 maanden één jaar eerder (op die manier is er geen interferentie omwille van verschil in seizoenen en dus verschil in pathologiën)

[18] Het AGREE-instrument werd ontwikkeld om de kwaliteit van een richtlijn te evalueren door de methodologie en transparantie van het ontwikkelen van de richtlijn op een aantal vlakken te gaan beoordelen. Zo wordt ook de praktische toepasbaarheid beoordeeld. (14)

2. Implementatie

Het verdelen van educatief materiaal heeft weinig effect op het toepassen van een richtlijn, maar is een goedkope en eenvoudige interventie en om die reden vaak onderdeel van een implementatieproces (3). Elementen die in de literatuur als zeer efficiënt beschreven staan, zijn onder andere werken met reminders, interactieve educationele workshops en educational outreach (6). Verder lijken financiële aanmoediging, professioneel samenwerken en patiënt-gemedieerd werken een positieve invloed te hebben (3).
De strategie dient wel steeds afgestemd te zijn op de specifieke context en geïntegreerd worden in de dagelijkse praktijk (6,15). Dé ideale implementatiestrategie die universeel toepasbaar is, bestaat met andere woorden niet, maar dient voor elk project afzonderlijk te worden bepaald.
Het gecombineerd gebruik van verschillende implementatiestrategieën met verschillende aspecten lijkt nauwelijks een beter outcome te geven dan het toepassen van slechts 1 strategie, er is met andere woorden nauwelijks toename in outcome naarmate het aantal interventies toenemen (10, 17)

3. De professional

De attitude van de professional verklaart 10% van het afwijken van de richtlijn (13). Onder andere motivatie, dagelijkse routine en attitude spelen hier een rol.

4. Sociale context

Hier spelen opleiding, gangbare praktijk en leidersfiguren een rol (3). Een leidersfiguur of coördinator die dicht bij de actoren staat is essentieel voor de continuïteit van de implementatie (bijkomende opleidingen, herinneringen) te waarborgen en bij te sturen waar nodig.

5. Organisatorische context

Dit niveau wordt vaak niet gedetecteerd bij het bevragen van barrières bij de professional. Meer onderzoek naar modellen om de organisatorische context te bevragen, zijn dan ook nodig (12).

6. Economische en politieke context

In vele studies wordt dit luik achterwege gelaten hoewel het voor beleidsmakers van groot belang is een idee te hebben van welke investeringen nodig zijn om tot een succesvolle implementatie te komen (17).

7. De patiënt

Hier spelen onder andere factoren zoals cultuur en voorgeschiedenis een rol. Zo worden bij patiënten met een significante comorbiditeit richtlijnen vaak minder goed gevolgd (15).

Op basis van deze factoren wordt een strategie (tailored intervention) ontwikkeld om de richtlijn te gaan implementeren. Zelfs deze zorgvuldig opgestelde en aangepaste interventies hebben in veel gevallen niet het beoogde resultaat (18). Het voortdurend herevalueren en bijsturen van het implementatieproces is dus van groot belang.

Opvallend in de literatuur is ook dat het niveau van de uiteindelijk gekozen strategie vaak niet correspondeert met het niveau van de gedetecteerde barrières. Zo resulteert een organisatorische barrière niet altijd in een aanpassing op organisatorisch niveau (12). Het duidelijk linken van barrière aan interventie is dus noodzakelijk, al heeft de onderzoeker niet altijd de mogelijkheid in te grijpen op de hogere niveaus.

Zowel de manier van detecteren van barrières en facilitatoren en het hieraan linken van een adequate implementatiestrategie, verloopt vaak op onduidelijke wijze. Het gebruik van een instrumenten zoals EPOC taxonomy for quality improvement interventions om de registratie van deze factoren helder en volledig weer te geven, kan hierbij nuttig zijn (10, 12).

De wetenschappelijke literatuur over implementatie is relatief beperkt. Methodologisch zijn veel studies zwak, bovendien worden vaak zeer heterogene doelgroepen en richtlijnen gebruikt. Meer onderzoek is nodig om wetenschappelijk onderbouwde conclusies te trekken en uit te klaren welke factoren cruciaal zijn voor een succesvolle implementatie (15,18).

Klacht		Medicatie					
Hoofdpijn	273	Lemsip®	5,1%	Koorts	83	Lemsip®	18,1%
		Paracetamol	94,5%			Paracetamol	79,5%
		Voorgeschreven medicatie	0,4%			Blanco	2,4%
Nausea	18	Motilium®	88,9%	Keelpijn	48	Paracetamol	0,0%
		Paracetamol	5,6%			Lemsip®	8,3%
		Mobilat®	5,6%			Medica®	72,9%
Diarree	11	Imodium®	90,9%			Orofar®	16,7%
		Lacteol®	9,1%			Blanco	2,1%
Buikpijn	31	Motilium®	9,7%	Hoesten	10	Paracetamol	20,0%
		Buscopan®	45,2%			Lemsip®	0,0%
		Rennie®	22,6%			Medica®	20,0%
		Blanco	3,2%			Eucalyptus	60,0%
		Paracetamol	19,4%	Oorpijn	2	Paracetamol	100,0%
"Krampen"	4	Buscopan®	75,0%	"Verkouden"	15	Paracetamol	20,0%
		Motilium®	25,0%			Lemsip®	26,7%
Maaglast	25	Rennie®	80,0%			Medica®	0,0%
		Motilium®	16,0%			Eucalyptus	40,0%
		Buscopan®	4,0%			Naaprep®	6,7%
						Vicks®	6,7%
Tandpijn	73	Paracetamol	91,8%	"Griep"	37	Paracetamol	24,3%
		Lemsip®	6,8%			Lemsip®	73,0%
		Blanco	1,4%			Orofar®	2,7%

Tabel 1: registratie klachten en hun medicamenteuze therapie voor aanvang van implementatie steekkaarten

---

Registratie klachten (tabel 1)

710 geregistreerde klachten over 11 maanden.

De klachten werden gebundeld zoals in het HELP handboek[19] en de 5 meest voorkomende thema's werden gekozen als onderwerpen: Buikklachten, Hoofdpijn, Koorts, Tandpijn en Neus, keel en oren.

De medicatie die bij deze klachten verstrekt werd door de begeleiders werd eveneens geregistreerd (tabel 1). Deze medicatie is beschikbaar in het teamlokaal en werd door de centrumartsen goedgekeurd voor verstrekking door de begeleiders.

Opvallend is het veelvuldig gebruik van Lemsip®, een duurdere variant van paracetamol in poedervorm die opgelost kan worden in water. Hoewel de reguliere paracetamol voorhanden is, lijkt deze vorm meer verstrekt te worden bij griepachtige toestanden. Volgens de begeleiders speelt het placebo-effect voor de bewoner hier een belangrijke rol[20].

Probleemanalyse (figuur 2)

Deze lijst werd voorgelegd aan alle begeleiders van het centrum waarvan 13 de lijst ingevuld terugbezorgden. Van deze begeleiders hadden er 12 reeds ooit van het HELP handboek gehoord en 8 hadden het ooit al gebruikt of (deels) gelezen.

Algemeen wordt de medische begeleiding van de bewoners als een belangrijk onderwerp beschouwd en is er een belangrijk draagvlak voor het implementeren van het HELP handboek. Bovendien lijken er geen belangrijke organisatorische struikelblokken te zijn.

[19] Zo worden hoesten, keelpijn, oorpijn, verkouden en griep onder Neus, keel en oren gegroepeerd. Dit bevordert de overzichtelijkheid en maakt dat vaak omschreven klachten, zoals griep en verkoudheid, correct geplaatst kunnen worden.

[20] Op gelijkaardige wijze wordt paracetamol door de begeleiding verstrekt, maar wordt Dafalgan® bruistabletten voorbehouden voor de centrumartsen.

Vragenlijst bij het begin van het implementatieproces (n=13)			
BARRIERES		**FACILITERENDE FACTOREN**	
Het handboek		**Het handboek**	
Sluit niet aan bij de prioriteiten van de begeleiding	8	Haalbare aanbevelingen	5
Moeilijk aan te passen aan dagelijkse realiteit	4	Sluit aan bij bestaande zorg	4
		Makkelijk leesbaar	6
Implementatie		**Implementatie**	
		Steekkaarten als voorkeursstrategie	12
Professional		**Professional**	
Tijdsdruk	6	Draagvlak	7
Bijkomende opleiding	6	Onderwerp wordt als belangrijk ervaren	12
Richtlijn is onvoldoende gekend	8		
Sociale context		**Sociale context**	
		Draagvlak	11
Organisatorisch		**Organisatorisch**	
		Voldoende personeel	5
		Geen bijkomende administratie	8
		Mogelijkheid tot kwaliteitsverbetering	10
		Gangbare procedure moet niet gewijzigd worden	7
Bewoners		**Bewoners**	
		Niet in conflict met behoeften bewoner	10
		Aanvaardbaar voor bewoner	9

Figuur 2: overzicht barrières en faciliterende factoren voor de implementatie van het HELP handboek met daarnaast telkens het aantal begeleiders dat deze factor detecteert.

Hoewel er algemeen een gunstige appreciatie voor het boek is onder de begeleiders (haalbare aanbevelingen die aansluiten bij de zorg), is het gebruik en de kennis van de inhoud ervan opmerkelijk laag.

In de resultaten van de bevraging komt bovendien de voorkeur voor het gebruik van steekkaarten als implementatiestrategie naar voor[21].

<u>Testfase (figuur 3)</u>

De tussentijdse evaluatie van de steekkaarten bracht enkele belangrijke aandachtspunten aan het licht:

Steekkaarten (implementatie):

Om de leesbaarheid en het praktisch gebruik van de steekkaarten te verhogen werd de onderverdeling tussen maaglast en buikpijn achterwege gelaten, zonder de inhoud te wijzigen.

Organisatorisch:

Enkele aanbevelingen bleken praktisch niet haalbaar te zijn en werden om die reden aangepast in de steekkaarten.

Professional:

Er heerste onder een deel van de begeleiders een zekere intuïtieve weerstand tegenover bepaalde aanbevelingen. Zo wordt onder andere warmte-applicatie bij tandpijn en het geven van paracetamol bij keelpijn i.p.v. een keelpastille als incorrect ervaren. In het geval dat de begeleiders het niet eens zijn met de adviezen in de steekkaarten, wordt in het beleid naar de asielzoeker toe dan ook afgeweken van de aanbevelingen.

[21] In de vragenlijsten werd bevraagd welke tools de begeleiding nuttig lijkt bij het implementeren van het HELP handboek: 12 personen stonden positief (0 negatief) t.o.v. het gebruik van steekkaarten, tegenover 11 voor presentaties over een gekozen thema (0 negatief), 7 voor een vereenvoudigd boekje (2 negatief), 8 voor een seminarie waarbij vragen gesteld kunnen worden (0 negatief), 2 voor een vragendoos (1 negatief).

TUSSENTIJDS EVALUATIE		
ONDERWERP	**OPMERKINGEN**	**AANPASSINGEN**
Hoofdpijn	Geen opmerkingen	Geen aanpassingen
Tandpijn	Lange wachtlijst tandarts.	AANPASSING STEEKKAARTEN: Verwijzen naar arts voor adequate pijnstilling.
	Vraag om sterkere pijnstillers, omdat indruk dat paracetamol onvoldoende helpt.	DETECTIE BARRIERE
	Kersepitkussen: niet beschikbaar in centrum (omwille van hygiënische redenen)	AANPASSING STEEKKAARTEN: Verwijzing naar kersepitkussen wordt geschrapt wegens niet relevant in centrum, echter advies van warmte applicatie wordt wel behouden.
	Intuïtieve weerstand door sommige begeleiding tegen applicatie warmte. Moet volgens sommigen "koude" zijn.	DETECTIE BARRIERE
Koorts	Geen opmerkingen	Geen aanpassingen
Buikklachten	Het niet geven van medicatie wordt als problematisch ervaren.	DETECTIE BARRIERE
	Handschoenen dragen en voorzien van kommetje water geven is niet relevant in de setting van het asielcentrum. Het nemen van hygiënische maatregelingen (zoals handen wassen) wordt wél als nuttig ervaren maar niet vaak toegepast.	AANPASSING STEEKKAARTEN: Handhygiëne dus meer benadrukken in tekst, handschoenen geschrapt wegens niet voorhanden.
	Het geven van een kommetje water en handdoek is niet mogelijk en moet door bewoner zelf voorzien worden	AANPASSING STEEKKAARTEN
	wanneer en hoe snel moet er verwezen worden?	AANPASSING STEEKKAARTEN: Duidelijker in aangepast lay-out.
	Onderverdeling maaglast en buikpijn wordt als overbodig ervaren omdat teksten quasi onderling inwisselbaar zijn. Bovendien geeft dit veel extra inleidende tekst en minder overzicht.	AANPASSING STEEKKAARTEN: Onderverdeling maaglast en buikpijn werd weggelaten zonder de inhoud te wijzigen. Op die manier werd de tekst compacter.
Neus, keel en oren	Het niet geven van medicatie wordt als problematisch ervaren. Tips als dampen boven water worden wel als waardevol beschouwd.	DETECTIE BARRIERE
	Hygiënische maatregelingen (hand voor mond houden) worden vaak vergeten, begeleiding wijst bewoners hier wél op als ze zien dat dit niet gedaan wordt.	AANPASSING STEEKKAARTEN: Meer nadruk op hygiënische maatregelingen gelegd in nieuwe versie.
	Paracetamol voor keelpijn is niet gangbaar. Begeleiding is niet overtuigd dat dit opportuun is. .	DETECTIE BARRIERE

Figuur 3 Overzicht opmerkingen bij de tussentijdse evaluatie en daaruit volgende aanpassingen in de steekkaarten

Professional/bewoner:

Herhaaldelijk komt aan bod dat het niet geven van medicatie als een probleem wordt ervaren. Enerzijds door de professionals zelf die een pil als een eenvoudiger en minder tijdrovend middel ervaren om een medisch contact met een bewoner af te handelen en bovendien de bewoners dezelfde zorgen willen gunnen als zij zichzelf zouden verstrekken.
Anderzijds wordt ook een weerstand bij de bewoners gerapporteerd door de begeleiders. Zij hebben reeds een drempel moeten overwinnen om de begeleiders om hulp te vragen en wensen dan meer dan advies. De vrees is dan ook dat indien geen medicatie wordt verstrekt, de bewoner zich alsnog tot een andere begeleider zal wenden om medicatie te verkrijgen.

De afwezigheid van medicatie in bepaalde richtlijnen op de steekkaarten is dus een belangrijke barrière, die indruist tegen het verwachtingspatroon van zowel de begeleiders als de bewoners. Omwille van de mogelijke nevenwerkingen is het niet mogelijk rechtstreeks aan deze verzuchting tegemoet te komen. De begeleiders geven wel aan dat het geven van eenvoudige tips (zoals het dampen boven water bij hoesten) een waardevolle bijdrage kan zijn en in bepaalde gevallen het verstrekken van medicatie kan vervangen. Het verwerken en benadrukken van concreet advies in de steekkaarten kan dus mogelijk een alternatief bieden voor het verstrekken van medicatie. Immers op die manier kunnen de begeleiders op een relatief snelle wijze toch tegemoet komen aan de vraag van de bewoners.

Vragenlijst bij het begin van het implementatieproces (n=14)			
BARRIERES		**FACILITERENDE FACTOREN**	
Het handboek		**Het handboek**	
		Haalbare aanbevelingen	6
		Sluit aan bij bestaande zorg	6
		Makkelijk leesbaar	8
		Sluit aan bij de prioriteiten van de begeleiding	5
		Moeilijk aan te passen aan dagelijkse realiteit	7
Implementatie		**Implementatie**	
		Steekkaarten als voorkeursstrategie	8
Professional		**Professional**	
Geen noodzaak verandering beleid	3	Draagvlak	7
		Onderwerp wordt als belangrijk ervaren	9
		Bijkomende opleiding	6
Sociale context		**Sociale context**	
		Draagvlak	8
Organisatorisch		**Organisatorisch**	
		Voldoende personeel	5
		Geen bijkomende administratie	10
		Mogelijkheid tot kwaliteitsverbetering	8
		Gangbare procedure moet niet gewijzigd worden	7
Bewoners		**Bewoners**	
		Niet in conflict met behoeften bewoner	9
		Aanvaardbaar voor bewoner	7

Figuur 4: overzicht barrières en faciliterende factoren voor de implementatie van de steekkaarten met daarnaast telkens het aantal begeleiders dat deze factor detecteert.

Eindevaluatie steekkaarten (figuur 4)

Deze lijst werd voorgelegd aan alle begeleiders van het centrum waarvan 14 de lijst ingevuld terugbezorgden. Van deze begeleiders hadden er 11 reeds ooit van de steekkaarten gehoord en 8 hadden het ooit al gebruikt of (deels) gelezen.

Naast het aanvoelen dat er geen sterke noodzaak tot verandering van beleid noodzakelijk is, komen bij deze eindevaluatie geen barrières meer naar boven. De faciliterende factoren die bij het begin van het project reeds geregistreerd werden, zoals een belangrijk draagvlak onder de begeleiders, worden bevestigd. Belangrijke barrières die het gebruik van het handboek kenmerkten, zoals gebruiksgemak, zijn weggewerkt met deze steekkaarten.

Het aantal begeleiders die de steekkaarten reeds gelezen of gebruikt hebben blijft wel stabiel tegenover het begin van het project[22]. Hoewel kwalitatief de steekkaarten dus een verbetering lijken tegenover het handboek, vertaalt dit zich niet in een toename in gebruik van dit instrument.

Nieuwe registratie klachten (tabel 2)

Bij de nieuwe registratie werden de registraties van medicatieverstrekking door de begeleiders van 8 maanden gedurende het project vergeleken met de registraties van een jaar eerder. Mits een correctie[23] werden 477 registraties van tijdens het project vergeleken met 432 registraties van een jaar eerder.

Algemeen kan gesteld worden dat beide registraties nauwelijks van elkaar verschillen.
Bij Koorts, Hoofdpijn en Tandpijn was reeds voor de implementatie een goed beleid ingesteld. Wat opvalt is dat Lemsip®, paracetamol met een hoger prijskaartje, even frequent wordt verstrekt.

[22] 8 van de 13 begeleiders hadden bij de beginregistratie het handboek reeds gelezen of gebruikt. 8 van de 14 begeleiders hadden bij de eindregistratie de steekkaarten reeds gelezen of gebruikt.
[23] Gegevens van enkele weken van augustus van het jaar vóór het project ontbraken in deze schriftelijke registratie, daarom werd geopteerd om de registratie van de maanden augustus dan ook weg te laten voor beide periodes.

Klacht	1e registratie	2e registratie	Medicatie	1e registratie	2e registratie
Hoofdpijn	154	154	Lemsip®	7,14%	9,74%
			Paracetamol	**92,21%**	**89,61%**
			Eucalyptus	0%	0,65%
			?	0,65%	0%
Braken	15	9	Motilium®	**86,67%**	**100%**
			Paracetamol	6,67%	0%
			Mobilat®	6,67%	0%
Diarree	9	3	Imodium®	**88,89%**	**100%**
			Lacteol®	11,11%	0%
Buikpijn	8	8	Buscopan®	**75%**	37,5%
			Rennie®	0%	**50%**
			Paracetamol	25%	12,5%
"Krampen"	5	1	Buscopan®	**80%**	**100%**
			Motilium®	20%	0%
Maaglast	8	5	Rennie®	**62,5%**	**60%**
			Motilium®	37,5%	40%
Tandpijn	38	32	Paracetamol	**94,74%**	**84,38%**
			Lemsip®	5,26%	9,38%
			Hextril®	0%	6,25%
Koorts	54	57	Lemsip®	24,07%	22,81%
			Paracetamol	**70,37%**	**77,19%**
			Medica®	1,85%	0%
			?	3,70%	0%
Keelpijn	36	62	Paracetamol	0%	6,45%
			Lemsip®	5,56%	1,61%
			Medica®	**80,56%**	**51,61%**
			Orofar®	8,33%	37,10%
			Vicks®	2,78%	0%
			eucalyptus	0%	3,23%
			?	2,78%	0%
Hoesten	6	10	Paracetamol	0%	0%
			Lemsip®	0%	10%
			Medica®	33,33%	20%
			eucalyptus	**50%**	**30%**
			Orofar®	0%	10%
			Vicks®	0%	**30%**
			?	16,67%	0%
Oorpijn	2	3	Paracetamol	**100%**	**100%**
"Verkouden"	19	26	Paracetamol	15,79%	7,69%
			Lemsip®	**26,32%**	34,62%
			Medica®	5,26%	0%
			eucalyptus	**26,32%**	0%
			Naaprep®	10,53%	**38,46%**
			Vicks®	15,79%	19,23%
"Griep"	30	51	Paracetamol	26,67%	21,57%
			Lemsip®	**70%**	**74,51%**
			Orofar®	3,33%	0%
			Vicks®	0%	3,92%

Tabel 2: Vergelijking registratie klachten en medicamenteuze behandeling voor en na het project

- Bij klachten die blauw zijn aangekleurd, worden de richtlijnen over het algemeen correct opgevolgd. Dit is niet zo voor de klachten die in het rood zijn aangekleurd.
- Klachten tussen aanhalingstekens: veeleer vaag omschreven klachten die niet als dusdanig beschreven staan in de steekkaarten maar logischerwijze bij bestaande categorieën werden onderverdeeld.
- Medicatie die werd aanbevolen in de steekkaarten is in het blauw aangeduid. Voor onderwerpen waar geen medicatie wordt aangeduid werd géén medicamenteuze behandeling aangeraden in de steekkaarten.
- Onderscheid tussen Lemsip® en paracetamol werd gemaakt omwille van het prijsverschil tussen beide. Bij paracetamol werd geen verschil gemaakt tussen verschillende vormen (bruistablet, siroop,…)

Bij buikklachten is er een discrete afname van registraties wat mogelijks wijst op een vermindering van verstrekking van volgens de steekkaarten overbodige medicatie. Zowel bij buikklachten als bij Neus, Keel en Oren wordt nog steeds medicatie verstrekt hoewel dit volgens de steekkaarten niet nodig is en in sommige gevallen zelfs expliciet wordt afgeraden[24].

Bespreking

Gedurende dit project werd getracht om het Help handboek te implementeren onder de begeleiders in een asielcentrum om op die manier de kwaliteit van zorg voor de asielzoekers te verbeteren. Het HELP handboek werd aanvankelijk algemeen verspreid onder alle begeleiders van het centrum, desondanks was slechts een minderheid vertrouwd met de inhoud en het praktisch nut van het handboek. Mogelijke verklaringen die tijdens de studie onder andere naar voor kwamen, zijn dat het handboek moeilijk is in gebruik en moeilijk in te passen in de dagelijkse routine. Bovendien werd het handboek passief geïmplementeerd in het centrum: het boek werd verspreid onder de begeleiders, echter zonder duiding of bijkomende instructies rond toepasbaarheid.
Rekening houdend met de gedetecteerd barrières werd er dan ook gekozen om het handboek te trachten te implementeren onder de vorm van eenvoudige steekkaarten die met duiding omtrent het gebruik ervan werden verspreid in het centrum gedurende de duur van dit project.

Het belang van het correct implementeren van richtlijnen komt ook naar voor in de literatuur. Het implementeren van een richtlijn heeft niet altijd onmiddellijk het gewenste effect op de outcome van zorg, maar vaak wel een gunstig effect op het proces en de structuur van de zorgverstrekking (10). Het implementatieproces dient steeds te worden afgestemd op de specifieke context van de omgeving waarin de richtlijn dient te worden toegepast. Het is een dynamisch proces op verschillende fronten dat steeds dient te worden bijgestuurd. Ook het inzetten van de zogenaamde lay health workers om op die manier professionele zorgverstrekkers te ontlasten, kan op toenemende belangstelling rekenen.

Ondanks de algemene gedocumenteerde appreciatie[25] onder de begeleiders voor het project van het implementeren van steekkaarten, is er geen duidelijke toename in het gebruik ervan tegenover het handboek. Ook bij de kwantitatieve, vergelijkende registratie van medicatieverstrekking zijn de verschillen miniem.

Een nadeel van deze laatste registratie is evenwel dat het geven van mondeling advies of een onmiddellijke verwijzing (m.a.w. het niet verstrekken van medicatie) niet genoteerd werd. Dit is in het beginstadium misschien minder relevant omdat, zoals wordt aangegeven, meestal wel medicatie werd verstrekt. Voor de eindevaluatie vormt dit een bias omdat een afname van het aantal registraties van klachten zowel kan wijzen op een reële afname als op een afname van medicatieverstrekking van die klacht. Bijkomende bias is dat de registratie in praktijk niet altijd correct verloopt (tijdsgebrek?). Een meer langdurige opvolging van deze registratie of het eveneens registreren van niet-medicamenteuze medische zorg zou een mogelijke verbetering leveren.
Desalniettemin lijkt dit project om het handboek in de vorm van steekkaarten te implementeren in het centrum niet het beoogde effect te hebben bereikt. Een aantal verklaringen hiervoor komen in dit project naar voor.

In dit project werd slecht gewerkt met één implementatiestrategie, namelijk het verspreiden van steekkaarten. Dit heeft allereerst met de beperkte duur van dit project te maken. Bovendien ligt het accent van dit project op het in kaart brengen van de barrières en faciliterende factoren voor het implementeren van het handboek in deze context. Met het toepassen van slechts één strategie kan bovendien de impact van deze ene strategie helder worden geëvalueerd. Bovendien ziet men inde literatuur dat er nauwelijks verschil in outcome is bij het toepassen van verschillende strategieën tegenover 1 strategie. Om die reden lijkt het dan ook logischer om in eventuele vervolgprojecten de voorkeur te geven aan het verfijnen van de gehanteerde strategie, dan bijkomende pistes te associëren.

Hoewel de begeleiders zich in het algemeen positief opstellen tegenover richtlijnen voor medische zorg en het gebruik van steekkaarten, beschrijven zij toch enige weerstand tegen bepaalde aanbevelingen in de steekkaarten. Vooral het niet verstrekken van medicatie wordt als problematisch ervaren omdat de begeleiders dit zelf niet altijd als goede zorg zien. Ze willen symptomen verlichten en de bewoners dezelfde zorg kunnen geven die zij zelf ook zouden willen ontvangen. Het geven van advies neemt bovendien meer tijd in dan het verstrekken van medicatie, mede door de taalbarrière die vaak aanwezig is. Uitgebreide vorming waarbij duidelijk nevenwerkingen en de beperkte werking van bepaalde medicatie wordt uiteengezet zou hier mogelijk toe bijdragen.

[24] Voor diarreeremmmers zoals loperamide (Imodium®) wordt expliciet vermeld dat dit door de arts dient te worden voorgeschreven en wordt een lijst contra-indicaties gegeven.
[25] Zowel bij de schriftelijke vragenlijsten als mondelinge tussentijdse evaluatie.

	Facilitator	Barriere	Verandering
Richtlijn	Beschikbaarheid Overzichtelijk	Medicamenteus advies is beperkt	Niet-medicamenteuze adviezen benadrukken
Implementatie		Te korte tijdsspanne Tijdelijke coördinator 1 implementatiestrategie	Vervolg aan studie koppelen Coördinator (mogelijks de medische begeleiding?) Strategie verder uitwerken
Professional	Draagvlak	Weerstand tegen bepaalde aspecten richtlijnen Beperkte kennis richtlijn	Educatie en overleg Educatie
Sociale context	Draagvlak	Geen coördinator Gewoonte medicatie te verstrekken	Coördinator (mogelijks de medische begeleiding?) Educatie
Organisatie		Tijdsgebrek Hoge turnover begeleiding Geen coördinator	Strategie inpassen binnen bestaande werkwijze Herinneringen, continu proces Coördinator (mogelijks de medische begeleiding?)
Politiek en financieel (buiten bestek studie)		Geen beleid aangaande steekkaarten	Evaluatie huidige context en aangepast beleid
Patiënt		Asielzoekers: specifieke problematiek Taalbarrière Weerstand tegen bepaalde aspecten richtlijnen?	Verdere exploratie ? Verdere exploratie

Figuur 5: overzicht gedetecteerde facilitatoren en barrières in deze studie en mogelijke aanbevelingen voor aanpassingen implementatie.

Ook geven de begeleiders aan een zekere weerstand te ervaren bij de bewoners tegen het volgen van bepaalde aanbevelingen. Opnieuw is het niet verstrekken van medicatie een struikelblok. De begeleiders hebben de indruk dat de bewoner een contact waarbij geen medicatie wordt verstrekt niet als adequate zorg ziet. Lemsip® wordt vaker verstrekt voor griepachtige toestanden: het bijkomende effect van de thee lijkt de bewoners beter te helpen dan een simpel tablet, hoewel beide behandelingsvormen adequaat zijn. De asielzoekers zien de zorg door de begeleiders mogelijk ook niet als nulde, maar eerder als eerstelijnszorg, wat natuurlijk een verschil in verwachtingspatroon impliceert.
Een bijkomend project om na te gaan af deze perceptie correct is en er ook reëel een ander verwachtingspatroon leeft onder de bewoners, zou nuttig zijn. Op die manier zou er kunnen worden ingespeeld op deze barrière in de steekkaarten of zouden de begeleiders beter omkaderd en geïnformeerd kunnen worden indien deze weerstand louter door hen zo aangevoeld wordt.

Daarenboven vormen de asielzoekers in het centrum ook een zeer specifieke populatie: niet alleen zijn er culturele verschillen en dus een verschil in perceptie van zorg, binnen de populatie asielzoekers is het aandeel van onder andere geestelijke gezondheidsproblemen veel groter[26]. Begeleiders in een asielcentrum zijn vaak onvoldoende opgeleid om hiermee om te gaan. Daarenboven zijn de niet-medicamenteuze adviezen die in de steekkaarten worden vooropgesteld niet altijd even eenvoudig uit te leggen aan de anderstalige asielzoekers. In deze context is het dan natuurlijk eenvoudiger om een pil te geven.

Organisatorisch gezien is er een hoge turn-over aan begeleiders[27]. Bij de eindevaluatie waren enkele begeleiders aanwezig die het project van de steekkaarten niet van bij het begin gevolgd hadden en bijgevolg niets afwisten van hun bestaan. Een grotere visibiliteit van de steekkaarten of het incorporeren van uitleg over de steekkaarten bij een de introductie van een nieuwe medewerker zouden dit kunnen verhelpen. Bovendien maakt deze hoge turn-over dat elke soort van vorming die aan de steekkaarten gekoppeld wordt, van continue aard moet zijn en implementatie in deze context niet een eenmalige interventie kan zijn. Ook in de literatuur wordt het belang van een herinneringssysteem bij het implementeren van een richtlijn benadrukt.

Om het verder verloop van dit project in goede banen te leiden, is het van belang een coördinator aan te stellen die dicht bij de belangrijkste actoren (het begeleidingsteam) staat. Op die manier kunnen verdere leermomenten, herinneringen en evaluaties georganiseerd worden en kan dit dynamisch en complex proces van implementatie op de goede manier verder gezet worden. Een mogelijke opdracht voor de medische begeleiding, die zowel kennis hebben van het medisch reilen en zeilen in het centrum, als een dagelijkse samenwerking met de rest van de begeleiders?

---

[26] Asielaanvragers ten slotte dragen zowel de gevolgen van hun migratietraject als de vaak nefaste gevolgen van hun verblijf in een opvangcentrum of in een gesloten centrum. Uit de resultaten van verschillende projecten die ondersteund werden door het Europees Vluchtelingenfonds* (EVF) blijkt tevens dat het personeel van de opvangcentra voor asielaanvragers vaak eerder beperkt is opgeleid, dat er weinig mogelijkheden zijn voor opvang en ondersteuning van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen (depressie, posttraumatische stress, gedragsproblemen, psychosomatische problemen,…) en dat er een belangrijke negatieve impact is van de opvangomstandigheden en de juridische procedures op de geestelijke gezondheid van asielaanvragers (20)

[27] Begeleiding in het centrum is er vaak slechts enkele jaren werkzaam alvorens te vertrekken, dit maakt dat er op jaarlijkse basis steeds nieuwe begeleiding bij komt.

In januari 2013 werd door Rode Kruis Vlaanderen bij wijze van eindejaarsgeschenk de pocketgids “eerste hulp in 4 stappen”[28] verspreid onder de begeleiders van het asielcentrum in Alsemberg. Deze gids bevat overzichtelijke steekkaarten over verschillende onderwerpen van eerste hulp. Als dit project iets aantoont, dan is het wel dat het verspreiden van steekkaarten zonder verdere achterliggende strategie geen significante meerwaarde biedt voor de kwaliteit van zorg in het centrum. Het zou dan ook een betere besteding van middelen zijn indien het verspreiden van deze pocket in het centrum zou samengaan met een implementatiestrategie, eventueel gebaseerd op de beschreven aanbevelingen in dit project.

BESLUIT

Implementatie is een continu en complex proces. Het verdelen van steekkaarten bleek onvoldoende te zijn om de het nuldelijns-beleid in het centrum te verbeteren. Barrières voor het toepassen van de beschikbare richtlijnen die specifiek zijn voor deze context werden in kaart gebracht en mogelijke strategieën om deze implementatie te verbeteren werden voorgesteld.

DANKWOORD

Graag zou ik mijn promotor, Dr. Ann Roex, en mijn co-promotor, Stijn Van de Velde, willen bedanken voor hun begeleiding tijdens het uitwerken van dit project.
Dank ook aan de begeleiders van het asielcentrum van Alsemberg voor hun medewerking aan dit project, in het bijzonder de medische begeleiding.

LITERATUUR

1. Desmedt M, Vanhulsel S, Wesemael I. Richtlijnen voor het beleid van (banale) somatische klachten bij geïnstitutionaliseerde jongeren [dissertation]. Leuven: K.U.Leuven; 2011.
2. Vanroy S, Camerlynck E. Richtlijnen voor het beleid van (banale) somatische klachten bij geïnstitutionaliseerde jongeren: deel 2 [dissertation]. Leuven: K.U.Leuven; 2012.
3. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients’ care. Lancet 2003, 362: 1225-30.
4. Stevens JGA, Beurskens AJMH. Implementation of measurement instruments in physical therapist practice: development of a tailored strategy. Phys Ther. 2010; 90: 953-961.
5. NHS Institute for Innovation and Improvement. (2007) How to change practice. Available from: www.institute.nhs.uk
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2011) A guideline developer’s handbook. Available from: www.sign.ac.uk
7. Lewin S, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja GN, van Wyk BE, Bosch-Capblanch X, Patrick M. Lay health workers in primary and community health care. Cochrane Database of Syst Rev 2005, 1: CD004015.
8. Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving patient care: the implementation of change in clinical practice. Edinburgh, Scotland: Elsevier Butterworth Heineman; 2005.
9. Grimshaw J, McAuley LM, Bero LA, Grilli R, Oxman AD, Ramsay C, Vale L Zwarenstein M. Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. Qual Saf Health Care 2003, 12: 298-303.
10. Lutgenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. Qual Saf Health Care 2009, 18: 385-392.
11. Effective Practice and Organization of Care Group (EPOC). The data collection checklist. Available from: http://epoc.cochrane.org
12. Bosch M, van der Weijden T, Wensing M, Grol R. Tailoring quality improvement interventions to identified barriers: a multiple case analysis. J Eval Clin Pract 2007, 13: 161-168.
13. Leentjens AFG, Burgers JS. Welke factoren zijn belangrijk bij succesvolle implementatie van richtlijnen? Tijdschrift voor psychiatrie 2008, 50 (6): 329-335.
14. AGREE collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care 2003, 53: 18-23.

[28] Aangezien het HELP handboek niet gericht is op het gebruik in een reële noodsituatie, ontwikkelde Rode Kruis-Vlaanderen eerder dit jaar een pocketgids ‘**Eerste hulp in 4 stappen**’. Hierin staat de eerste hulp beschreven bij een groot aantal vaak voorkomende situaties. De richtlijnen zijn kort, duidelijk en overzichtelijk, mede dankzij het gebruik van vier icoontjes die in het hele boekje terugkeren. Deze gids werd ontwikkeld voor het brede publiek, en is heel wat handiger voor de praktijk. (bron: Rode Kruis Vlaanderen)

15. Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. BMC Medical Informatics and Decision Making 2008: 8-38.
16. Wensing M, Van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? British Journal of General Practice 1998, 48: 991-997.
17. Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, MacLennan G, Ramsay C, Fraser C, Vale L. Towards evidence-based quality improvement. J gen intern med 2006, 21:14-20.
18. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. MJA 2004, 180:57-60.
19. Glenton C, Lewin S, Scheel IB. Still too little qualitative research to shed light on results from reviews of effectiveness trials: A case study of a cochrane review on the use of lay health workers. Implementation science 2011, 6: 53.
20. Derluyn I, Lorant V, Dauvrin M, Couna I, Verrept H. Naar een interculturele gezondheidszorg: aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. Brussel: FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu; 2011.

APPENDIX

1. Het HELP handboek

Ik ken het boek:	ja / nee
Ik heb het boek ooit al (deels) gelezen:	ja / nee

Het boek sluit aan bij de behoeften van de begeleiding	1	2	3	4	5
Het boek sluit aan bij de prioriteiten van de begeleiding	1	2	3	4	5
Het boek zorg voor doeltreffende zorg	1	2	3	4	5
De aanbevelingen in Help zijn haalbaar	1	2	3	4	5
De aanbevelingen in Help zijn complex	1	2	3	4	5
De aanbevelingen in Help verschillen van de bestaande zorg	1	2	3	4	5
Help is makkelijk leesbaar	1	2	3	4	5
Help bevat overzichtelijke en samenvattende tabellen	1	2	3	4	5
Help is moeilijk aan te passen aan dagelijkse praktijk	1	2	3	4	5
Help is makkelijk in gebruik	1	2	3	4	5
Help is duidelijk	1	2	3	4	5
De aanbevelingen in Help maken de zorg meer rigide	1	2	3	4	5
De aanbevelingen in Help zijn toepasbaar op de bewoners	1	2	3	4	5
De aanbevelingen in Help zijn toegesneden op de praktijk	1	2	3	4	5
Help is overgesimplifieerd (“kookboekgehalte”)	1	2	3	4	5

2. De implementatie

Het is duidelijk voor wie kennis in Help bedoeld is	1	2	3	4	5
Volgende tools zijn nuttig om met de inhoud van “Help!” vertrouwd te geraken:					
presentatie over 1 thema	1	2	3	4	5
steekkaarten	1	2	3	4	5
vereenvoudigd boekje	1	2	3	4	5
seminarie waarbij vragen kunnen worden gesteld	1	2	3	4	5
vragendoos.	1	2	3	4	5
Andere:					

3. Professionals

Ik vind het onderwerp van Help belangrijk	1	2	3	4	5
Ik verwacht dat Help het beleid zal ondersteunen	1	2	3	4	5
Ik verwacht dat Help het beleid zal veranderen	1	2	3	4	5
Ik verwacht dat er meer tijd zal moeten geïnvesteerd worden	1	2	3	4	5

Ik verwacht dat mijn autonomie zal verminderd worden	1	2	3	4	5
Ik verwacht bijkomende opleiding nodig te hebben	1	2	3	4	5
Ik vind dat er nood is aan verandering van het beleid	1	2	3	4	5
Ik voel weerstand tegen Help	1	2	3	4	5
Ik vind dat er teveel verandert door implementatie Help	1	2	3	4	5
Ik ben gemotiveerd Help te gebruiken	1	2	3	4	5
Ik heb Help gelezen	1	2	3	4	5

4. Sociale context

Ik ben het gewoon veranderingen door te voeren	1	2	3	4	5
Ik voel mij niet betrokken bij de implementatie van Help	1	2	3	4	5
Ik wil Help liever niet gebruiken	1	2	3	4	5

5. Organisatorisch

Bij het gebruik van Help is de complexiteit ervan een hinderpaal	1	2	3	4	5
Bij het gebruik van Help moet de gangbare procedure gewijzigd worden	1	2	3	4	5
Er is voldoende personeel om Help toe te passen	1	2	3	4	5
Het gebruik van Help vraagt extra administratie	1	2	3	4	5
Het gebruik van Help levert mogelijkheid tot kwaliteitsverbetering	1	2	3	4	5
Voor het gebruik van Help is er nood aan					
steekkaarten	1	2	3	4	5
formulieren	1	2	3	4	5
werkruimtes	1	2	3	4	5
materiaal	1	2	3	4	5
andere:					

6. De bewoners

Het gebruik van Help komt in conflict met de behoeften van de bewoner	1	2	3	4	5
De aanbevelingen van Help zijn aanvaardbaar voor de bewoners	1	2	3	4	5

7. Eventuele opmerkingen: