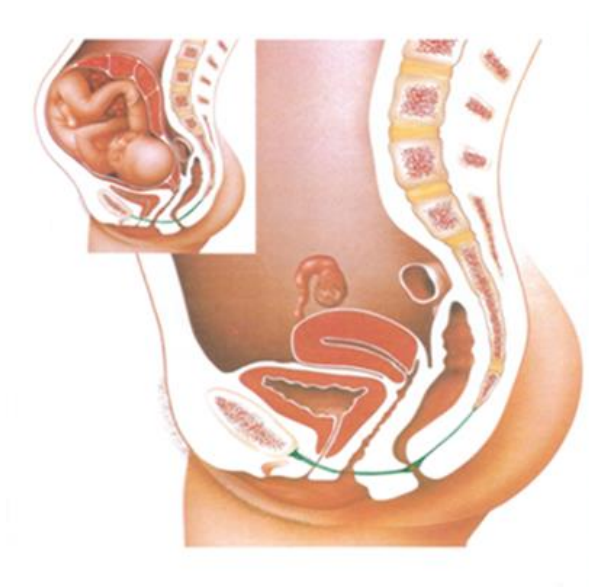


# Kennis implementeren in de peripartumzorg ter preventie van bekkenbodemplachten



**Linda van Bemmelen - Pothuizen**

Fysiotherapie Amstelhoek, Uithoorn, De Kwakel en Amstelhoek

**Astrid Huijpen**

Fysio Centrum Zaanland in Zaans Medisch Centrum, Zaandam

**Josephine de Koning**

Bekkenfysiotherapie Hoofddorp, Hoofddorp

Masterproof implementatieplan VMBF Cohort 2012

Abstract: 224 woorden

Artikel: 3844 woorden

Lijst met gebruikte afkortingen	
BBD	bekkenbodemdysfunctie(s)
GYN	gynaecolo(o)g(en)
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie
PG	projectgroep
PPV	peripartumvrouw(en)
SWOT	strengths, weaknesses, opportunities, threats
BFT	bekkenfysiotherapeut(en)
UI	urine-incontinentie
VK	verloskundige(n)

# Samenvatting

---

## Achtergrond

Peripartumvrouwen (PPV) zonder bekkenbodemdysfuncties (BBD) worden niet gezien door de bekkenfysiotherapeut (BFT). Het doel van het implementatieplan is om via verloskundigen (VK) en gynaecologen (GYN) evidente kennis over risicofactoren waardoor BBD kunnen ontstaan, te implementeren bij PPV zodat zij preventiefacties kunnen ondernemen. Het implementatieplan is geslaagd als de GYN/VK op de hoogte zijn van de kennis en deze aan de PPV doorgeeft, waardoor er vanaf december 2013 tot februari 2014 minimaal één preventieve verwijzing per maand per deelnemende praktijk is.

## Methode

Het participatiemodel van Grol en Wensing<sup>1 2 3 4</sup> wordt doorlopen. De diagnostische analyse van de doelgroep GYN/VK is gemaakt op basis van een enquête. Daarnaast is er voor de doelgroepen (GYN/VK/PPV) een SWOT-analyse gemaakt. Naar aanleiding hiervan zijn meerdere strategieën ingezet. Als procesindicator is de respons op de enquête gebruikt.

## Resultaat

Er is een respons van 50%. 71% van de respondenten willen een informerende patiëntenfolder. Twee maanden na het inzetten van de folder zijn er vijf preventieve verwijzingen bij drie bekkenfysiotherapiepraktijken. De folders worden bij een deel van de respondenten ingezet.

## Conclusie

De gynaecologen en verloskundigen zijn op de hoogte van de risicofactoren. Ondanks deze aanwezige kennis en de verwachting van de professionals dat de peripartumvrouwen geïnformeerd willen worden, heeft de implementatie het vooraf gestelde doel niet bereikt. Er is een aanzet voor verbeterde ketenzorg gegeven en wordt de patiëntenfolder verspreid.

# Inleiding

---

Dit implementatieplan heeft het onderwerp 'Kennis implementeren in de peripartumzorg ter preventie van BBD. De projectgroep (PG) heeft dit onderwerp gekozen, nadat in Hoofddorp een peripartumspreekuur is gestopt, omdat de VK de PPV onvoldoende attendeerde op dit spreekuur. Dit spreekuur is niet volgens de implementatieregels opgezet en onderhouden. De PG wenst dit goede initiatief nogmaals op te zetten. Ditmaal met een goed onderbouwd implementatieplan dat wordt ondersteund door de nieuwe richtlijn urine-incontinentie (UI) van de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)<sup>5</sup> waarin wordt geadviseerd dat "continente vrouwen tijdens hun eerste zwangerschap gesuperviseerde BFT aangeboden moet worden om postpartum urineverlies te voorkomen" (graad A aan bewijs). Momenteel vinden er geen preventieve verwijzingen plaats om BBD te voorkomen bij de peripartumvrouwen. Daarnaast wordt in het Zorginkoopbeleid van Zorg & Zekerheid<sup>6</sup> 'vroegtijdige signalering van mogelijke gezondheidsproblemen' als preventieve zorg aangemoedigd. Daarbij geven zij de voorkeur aan ketengerichte aanpak.

Evidente kennis paraat hebben is één, deze kennis invoeren in de praktijk en daadwerkelijk verankeren in 'hoofd, hart en handen' van betrokken hulpverleners is twee<sup>7</sup>. Het is bekend dat kennis van evidentie alléén niet voldoende is voor het gebruik ervan<sup>8</sup>. Het implementatieproces blijkt in veel gevallen moeizaam te verlopen<sup>9</sup>.

Implementatie is een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde, met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg.

Om ditmaal procesmatig effectiever preventieve zorg te implementeren is literatuurstudie verricht. Grol en Wensing adviseren dat implementatie moet worden afgestemd op beïnvloedbare factoren van de doelgroep. Implementatie is een proces dat in fasen verloopt. Binnen deze fasen zijn vaak verschillende implementatiestrategieën effectief.

Voordat men een implementatietraject start, is het van belang om inzicht te verkrijgen in de factoren die de gewenste implementatie kunnen beïnvloeden. Een goede diagnostische analyse is belangrijk, omdat implementatiestrategieën vermoedelijk effectiever zijn als ze direct aansluiten bij factoren die een verandering daadwerkelijk belemmeren of bevorderen. Een diagnostische analyse kan bijvoorbeeld uitgevoerd worden met behulp van een enquête, interviewmethoden, observatie of dossieronderzoek. Tevens adviseren Grol en Wensing vooraf de fase van gedragsverandering te bepalen, waarin de deelnemende doelgroepen zich bevinden<sup>10,3</sup>. Bij elke fase kunnen zich problemen voordoen die opgelost moeten worden, voordat men naar de volgende fase kan gaan: het is een noodzakelijke volgorde. De fasen die een individu doorloopt, zijn achtereenvolgend: oriëntatie-, inzicht-, acceptatie-, veranderings- en behoud van veranderingfase. (tabel 1)

Tabel 1 Fasen van gedragsverandering met specifieke implementatiedoelen<sup>11</sup>

Fase	Bevorderende factoren (algemeen)	Specifieke implementatiedoelen
Oriëntatie	Zich bewust zijn van de innovatie.	Weten dat de evidente kennis en ketenzorgpartners bestaan.
	Interesse en betrokkenheid.	Men wordt er nieuwsgierig naar.
Inzicht	Kennis en begrip.	Wat houdt de implementatie precies in?
	Inzicht in eigen werkwijze.	Wat is afwijkend van het huidige handelen?
Acceptatie	Positieve houding, motivatie.	De implementatie is waardevol en levert effectief kennisoverdracht en betere ketenzorg.
	Intentie of besluit om te veranderen.	Men gaat op korte termijn met (delen van) de nieuwe inzichten aan de slag.
Verandering	Invoering in de praktijk.	Experimenteren met nieuwe werkwijze uit de nieuwe inzichten. Vaardigheden aanleren.
	Bevestiging van nut.	Bevestiging dat de implementatie 'werkt'.
Behoud van verandering	Integratie in bestaande routines.	De kennisoverdracht wordt structureel ingepast.
	Verankering in de organisatie.	Blijvende toepassing van de kennisoverdracht is mogelijk.

De PG moet eerst de verschillende beïnvloedende factoren voor implementatie vaststellen voor de doelgroep. Dan kan worden bepaald in welke fase van verandering de doelgroep zich bevindt. Hieruit selecteert de PG de implementatiestrategieën. Er is geen eenduidig bewijs voor een bepaalde aanpak. Meerdere strategieën kunnen leiden tot succesvolle implementatie<sup>12</sup>. Een bijkomende overweging betreft de kosten en de mogelijke kosteneffectiviteit van de aanpak.

Om het verloop van de implementatie te kunnen volgen, maakt men gebruik van procesindicatoren. Doel van een procesindicator is het bewaken en verbeteren van zorgprocessen binnen de eigen instelling<sup>13</sup>.

De doelstelling van het implementatieplan is om via verloskundigen (VK) en gynaecologen (GYN) evidente kennis over risicofactoren, waardoor BBD kunnen ontstaan te implementeren bij PPV zodat zij preventieve acties kunnen ondernemen. Beschikbare evidentie wordt hiermee preventief ingezet. Peripartumvrouwen (PPV) zonder bekkenbodemdysfuncties (BBD) worden niet gezien door de bekkenfysiotherapeut (BFT). Het implementatieplan is geslaagd als de GYN/VK op de hoogte zijn van de kennis en deze aan de PPV doorgeeft, waardoor er vanaf februari 2014 minimaal één preventieve verwijzing per maand per deelnemende praktijk is.

# Methode

Er wordt eerst een diagnostische analyse van de doelgroepen gemaakt middels de checklist van ZonMw<sup>3</sup> en een literatuurstudie. De doelgroepen zijn de PPV en de GYN/VK.

Tabel 2 Checklist ZonMw

Hulpvragen	Gynaecologen	Verloskundigen	Peripartumvrouwen
Wat is de rol van de doelgroep?	Zender	Zender	Ontvanger
Welke belang heeft de doelgroep?	Leveren goede zorg	Leveren goede zorg	Bewustwording voor preventieve lifestyle verandering
Wat weet de doelgroep van het onderwerp?	Verwachte voldoende kennis	PG verwachten beperkte kennis	PG verwachten onvoldoende kennis
Wat vindt de doelgroep van de verandering?	Onbekend	Onbekend	Onbekend
Welke motivaties spelen een rol (zoals angst voor verlies autonomie, hang aan vrije tijd, gevoelig zijn voor klachten van patiënten)	Richtlijn advies eigen beroepsgroep	Goede preventieve (keten) zorg	Voorkoming klachten toekomst, lifestyle bewust aanpassen
Aan welke informatie heeft de doelgroep behoefte?	Evidente kennis	Evidente kennis	Praktische laag drempelige informatie
Hoe wil de doelgroep benaderd worden?	Persoonlijk, mail	Persoonlijk, mail	Persoonlijk via GYN/VK/ BFT of ZwangerFit
Hoe is de doelgroep te bereiken? Denk aan kanalen, personen, organisatie, media.	Intercollegiaal via werkplek, mail, telefoon	Intercollegiaal via werkplek, mail, telefoon	Via GYN/VK of ZwangerFit

Kenmerk van de vernieuwing is dat er een verandering wordt verwacht op het huidige verwijsbeleid. Curatieve zorg wordt uitgebreid met preventieve zorg. Eveneens wil de PG bereiken dat de PPV op de hoogte is van de risicofactoren op het verkrijgen van BBD. Of de kennis de PPV bereiken kan de PG alleen meten door het verkrijgen van preventieve verwijzingen. Uit de diagnostische analyse verwacht de PG dat de GYN op de hoogte is van de risicofactoren op het verkrijgen van BBD bij de PPV en de VK in beperkte mate op de hoogte is. Verder is de PG niet op de hoogte of de GYN/VK bereid zijn de PPV hierover te informeren” Willen de GYN/VK en de PPV überhaupt geïnformeerd worden? Is er bereidheid tot verandering en wat is er nodig deze verandering in te zetten en te behouden?

De verandering komt voort uit een eerder gestart peripartumspreekuur dat mislukt is, evidentie uit de literatuur, de nieuwe richtlijn UI van de NVOG en de vraag van oudere patiënten met BBD dat zij graag eerder geïnformeerd hadden willen worden. De gemaakte kosten worden gedragen door de PG. De tijdsinvestering zal beperkt zijn voor GYN/VK.

Fysio Centrum Zaanland, Bekkenfysiotherapie Hoofddorp en Fysiotherapie Amstelhoek ( de PG) werken samen met de GYN/VK in hun regio middels gezamenlijk spreekuur, multidisciplinair overleg, werkafspraken en gezamenlijke folders. Contact is laagdrempelig en verloopt via korte lijnen. De PG heeft geen direct contact met PPV zonder BBD en zal deelname van GYN/VK nodig hebben om de PPV te bereiken. Uit de

nulmeting blijken er bij tellingen vanuit de patiëntendossiers van de drie deelnemende praktijken geen preventieve verwijzingen van PPV naar de PG.

Naast de oriënterende fase wil de PG het draagvlak vergroten en wordt er een inventariserende en informerende strategie ingezet om de vragen uit de analyse beantwoord te krijgen. De PG zet hierbij een 'onderzoekende en informerende enquête' in onder de GYN/VK. (Bijlage 1 enquête en correspondentie). In de enquête heeft de PG stellingen gebaseerd op literatuuronderzoek over risicofactoren op het krijgen van BBD. Er is een steekproef genomen binnen de regio van de PG<sup>14</sup>. De vuistregel voor de respons van een enquête onder de 50 enquêtes moet 90% zijn. Hiermee kan men een op praktijkervaring gebaseerde uitspraak doen<sup>15</sup>. Er is een herinnering verstuurd en nagebeld om meer respons te krijgen. Als procesindicator is een respons van 50% gesteld. 80% van de GYN/VK is op de hoogte van de kennis en minimaal 60% van de PPV is niet op de hoogte. De PG heeft het informerende middel gekozen waar de meeste vraag naar was. Alleen bij een respons tussen de 20% en 45% kan de respons alleen een bruikbaar handvat zijn voor verbetering<sup>16</sup>.

Uit de enquête heeft de PG inzicht gekregen in de volgende bevorderende factoren: De GYN en de VK zijn beiden goed op de hoogte van de relevante kennis en zij verwachten dat de PPV geïnformeerd willen worden. Er is niet gekozen voor een educatieve strategie richting professionals, omdat er weinig interesse was voor een presentatie 43%. De GYN/VK hebben ter ondersteuning voor het veranderingsproces behoefte aan een informerende patiëntenfolder<sup>17 18</sup> 71%. De PG vond dat voldoende draagvlak om verder te gaan met het implementatieproces. (bijlage 2 brief met de uitslag aan GYN/VK en bijlage 3 een overzicht van de uitslag van de enquête).

De knelpunten en bevorderende factoren zijn meegenomen in de SWOT-analyse (tabel 3). De SWOT-analyse is een samenvoeging van uitkomsten uit de enquête, literatuuronderzoek en uit ervaringen. Hierin is uitgegaan van de sociale en organisatorische context.

Tabel 3

SWOT	Doelgroep	POSITIEF	NEGATIEF
INTERN	<b>GYNAECOLOGEN</b>	<b>KRACHT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is contact met peripartum vrouw</li> <li>• Evidente bewijskracht aanwezig</li> <li>• Spreekuur biedt ruimte voor preventieve voorlichting</li> <li>• Enquête laat zien dat GYN op de hoogte is van risicofactoren en een informatiefolder voor de patiënt te willen</li> <li>• GYN die in BBD gespecialiseerd zijn</li> </ul>	<b>ZWAKTES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BBD zijn niet voor iedere GYN een subspecialisatie</li> <li>• De PG weet niet of preventieve zorg hun aandacht heeft</li> <li>• Deze informatie kan vrouwen onnodig bang maken voor een vaginale bevalling</li> <li>• De PG weet niet of deze informatie over risicofactoren aan de zwangere doorgegeven wordt</li> <li>• Zijn zij op de hoogte van de competenties van de BFT</li> <li>• Uit de enquête blijkt dat er weinig interesse is voor een presentatie of checklist</li> <li>• Wil men hier tijd aan besteden, Vinden zij dit onderwerp belangrijk?</li> </ul>
EXTERN		<b>KANSEN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intercollegiale contacten</li> <li>• Samenwerking met urogynaecologie</li> <li>• Nieuwe Richtlijn urine incontinentie van NVOG 2013 vermeldt actieve interventie van BFT bij zwangere zonder urine incontinentie</li> <li>• Verbeteren preventieve- en integrale ketenzorg</li> <li>• Afstemmen van eenduidige voorlichting</li> <li>• Verhogen kwaliteit zorg aan vrouwen</li> <li>• BFT kan evidence based materiaal (presentatie, folder, checklist) leveren.</li> <li>• BFT kan ondersteuning bieden om materiaal en kennis actueel te houden.</li> <li>• Presentatie kan in multidisciplinaire overleggen gegeven worden.</li> <li>• Informatiefolder kan in spreekuur overhandigd worden, in informatiepakket zwangere of digitaal verspreid worden.</li> <li>• Assistentes zorgen dat de folder bij de PPV komt</li> <li>• Preventieve zorg wordt gestimuleerd vanuit de zorgverzekeraar</li> <li>• Checklist risicofactoren aanwezig<sup>19</sup></li> </ul>	<b>BEDREIGINGEN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementatie ligt niet in onze handen</li> <li>• Afname van motivatie na verloop van tijd</li> <li>• Probleem van vrouw ligt in toekomst</li> <li>• Poli tijd is beperkt</li> <li>• GYN waar BFT niet direct mee samenwerkt zou de kennis van de master BFT niet op waarde kunnen schatten</li> <li>• GYN niet op de hoogte van de meerwaarde van een master BFT t.o.v. een FT met bekkenbodemp als interesse</li> <li>• GYN gebruiken alleen folders van landelijke beroepsgroepen en richtlijnen</li> </ul>



SWOT	doelgroep	POSITIEF	NEGATIEF
INTERN	<b>VERLOSKUNDIGEN</b>	<b>KRACHT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spreekuur biedt ruimte voor preventieve voorlichting</li> <li>• Informerende enquêtes laten zien dat de VK op de hoogte is van de risicofactoren</li> </ul>	<b>ZWAKTES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deze informatie kan vrouwen onnodig bang maken voor een vaginale bevalling</li> <li>• Richtlijnen van KNOV vermelden geen actieve interventie voor preventie t.a.v. BBD</li> <li>• BBD is geen aandachtspunt van de VK</li> <li>• Aandacht voor 'nog niet aanwezige' klachten heeft geen prioriteit</li> </ul>
EXTERN		<b>KANSEN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intercollegiale contacten</li> <li>• Verbeteren preventieve- en integrale ketenzorg</li> <li>• Afstemmen van eenduidige voorlichting</li> <li>• Verhogen kwaliteit zorg aan vrouwen</li> <li>• BFT kan evidence based materiaal, (presentatie, folder, checklist) leveren.</li> <li>• BFT kan ondersteuning bieden om materiaal en kennis actueel te houden</li> <li>• Presentatie kunnen in multidisciplinaire settings worden gegeven</li> <li>• Informatiefolder kan in spreekuur overhandigd, of in informatiepakket zwanger of digitaal verspreid worden</li> <li>• De VK houdt zich al bezig met life-style adviezen zoals roken en verhoogd BMI, wat eveneens een risicofactor is voor BBD</li> <li>• Richtlijnen van NVOG vermeldt actieve interventie van BFT bij zwangere zonder urine incontinentie</li> <li>• Er is een checklist risicofactoren</li> </ul>	<b>BEDREIGINGEN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementatie ligt niet in onze handen.</li> <li>• Afname van motivatie na verloop van tijd</li> <li>• Probleem van vrouw ligt in toekomst</li> <li>• Consulttijd is beperkt</li> <li>• VK waar BFT niet direct mee samenwerkt zou de kennis van de MBFT niet op waarde kunnen schatten.</li> <li>• VK is niet op de hoogte van de meerwaarde van een MBFT tov FT met aandachtsgebied bekkenbodem</li> <li>• Verwijzing FT/OT met aandachtsgebied BB in plaats van geregistreerde BFT</li> <li>• VK werken alleen samen met lokale 1<sup>ste</sup> lijnen BFT</li> </ul>

SWOT	doelgroep	POSITIEF	NEGATIEF
INTERN	<b>PERIPARTUM VROUWEN</b>	<b>KRACHT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gezondheid bewust</li> <li>• Proactief in informatie/ hulp zoeken bij gezondheidsklachten<sup>20</sup></li> <li>• Veel informatie voorhanden via internet, persoonlijk informeren door hulpverleners<sup>21</sup></li> <li>• VK en GYN hebben aangegeven met 81% dat de vrouw wel geïnformeerd wil worden</li> <li>• BFT ontmoeten vrouwen bij Zwangerfit</li> <li>• VK of GYN kan informatie over de risicofactoren geven, zij zijn op de hoogte</li> </ul>	<b>ZWAKTES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Focus op de zwangerschap en hun kind, niet op het mogelijk ontstaan van klachten in de toekomst</li> <li>• Accepteren van incontinentie en bekkenbodemplakten als passend bij zwangerschap en bevallen</li> <li>• Taboe voor jonge vrouw om aandacht te vragen voor bekkenbodemplakten.</li> <li>• 20% van de mensen is niet in staat informatiefolders te lezen (vertalen naar lijf)/ begrijpen<sup>22</sup></li> <li>• Het blijkt dat 30/40% van de patiënten geen evidence based behandeling krijgt.</li> <li>• Wij hebben de vrouwen niet zelf om hun mening gevraagd over behoefte voorlichting</li> </ul>
EXTERN		<b>KANSEN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eenduidige voorlichting PPV is ontvankelijk voor informatie</li> <li>• Tijdig informeren voorkomt klachten in de toekomst.</li> <li>• Zelfmanagement</li> <li>• Preventieve lifestyle en BB oefeningen</li> </ul>	<b>BEDREIGINGEN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veel verschillende informatie rondom zwangerschap is voorhanden en zij zijn hierdoor mogelijk niet meer selectief</li> </ul>

Uit de SWOT-analyse haalt de PG de volgende bevorderende factoren: De PG gaat uit van eigen kansen, namelijk de goede intercollegiale contacten, er is evidentie vanuit de NVOG-richtlijn en overige literatuur en de verwachting dat de PPV geïnformeerd willen worden. De GYN/VK zien de PPV op hun spreekuur en zijn daarom in de gelegenheid de preventieve zorg aan te bieden.

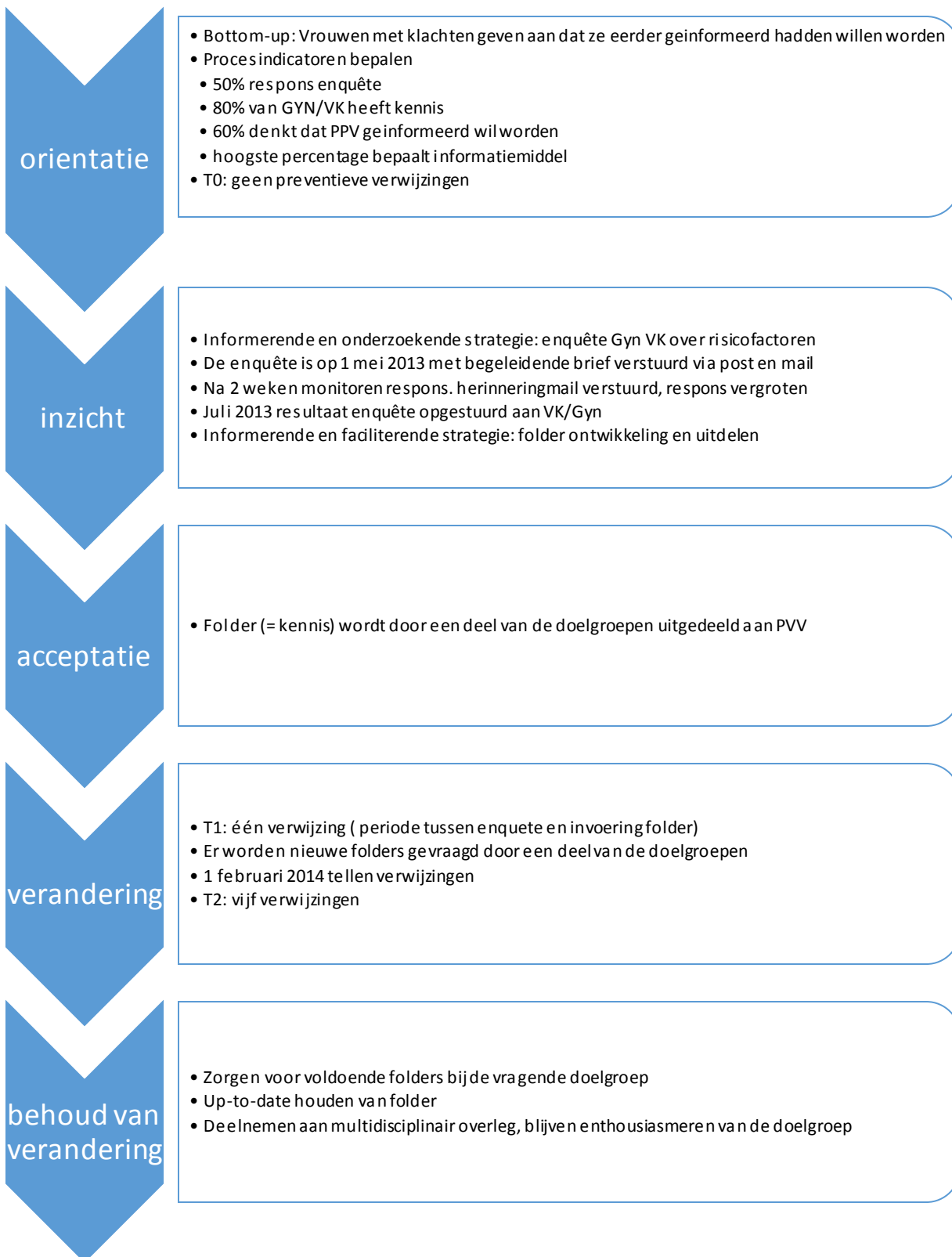
De GYN/VK zitten in de inzichtfase. Er wordt een faciliterende strategie ingezet via de patiëntenfolder om hen in de acceptatiefase te laten komen. Deze patiëntenfolder is door de BFT gratis bij de GYN/VK aangereikt met het verzoek deze onder de PPV te verspreiden. Als knelpunten uit de enquête benoemen de professionals de risico's de PPV te choqueren met het opsommen van de eventuele risicofactoren met angst voor een vaginale bevalling en om een sectio zullen vragen. Ook heeft dit gezondheidsrisico niet altijd de aandacht en er heerst nog steeds een taboe om over het onderwerp te praten. De niet-gezondheidsbewuste PPV zal er beperkt voor open staan. Hiermee is rekening gehouden tijdens het schrijven van de folder. De literatuur geeft aan dat 20% van de patiënten niet in staat is schriftelijke informatie te begrijpen/vertalen naar het eigen lichaam. De benoemde 'angst' bij PPV bij kennis over risicofactoren voor een vaginale bevalling is ondervangen door de informatie zorgvuldig en niet bedreigend te formuleren. Om een pakkende en goed leesbare folder te kunnen maken, heeft de PG een draagvlakvergroten strategie gebruikt door input van verschillende betrokkenen te vragen. Zoals een student communicatie, een zwangere, een journalist, een folderspecialist, een BFT, een GYN en een VK. Organisatorisch gaat de PG er van uit dat de GYN/VK bereid zijn om de folder in hun praktijk te verspreiden omdat zij in de enquête gevraagd hebben om een patiëntenfolder. In Zaandam zijn 150 folders bij de GYN en 50 per VK-praktijk verspreid. In Hoofddorp heeft de VK praktijk 200 folders gekregen en de GYN slechts ter informatie folders met begeleidende brief ontvangen. In Uithoorn hebben de VK praktijken elk 100 folders gekregen en heeft de samenwerkende GYN 150 folders ontvangen. (3 aparte praktijkfolders in PDF)

Bij het inzetten hiervan bleek echter dat een patiënten folder aangeboden vanuit één praktijk op weerstand stuitte. Het Zaans Medisch Centrum (ZMC) heeft de folder beoordeeld en deelt de folder uit. Het Spaarne Ziekenhuis accepteert geen praktijkfolder en blijft in de inzichtfase. Het ZMC zit in de acceptatiefase. De verloskundige van een aantal praktijken in alle drie de regio's verspreiden de folder en zitten in de acceptatiefase.

Uit de SWOT-analyse haalde de PG andere knelpunten. De PG heeft twijfel of alle GYN/VK goed op de hoogte zijn van de competenties van de master-BFT. Hierop heeft de PG geen strategie gezet, omdat gezien de uitkomst van de enquête er weinig behoefte was aan een presentatie waarin de PG zich als MBFT had kunnen profileren. De PG ziet de PPV niet zelf en is afhankelijk van GYN/VK om de kennis bij de PPV te krijgen. Hierop is een educatieve strategie gezet in de vorm van een folder. Waarin de PPV de evidente kennis op haar niveau kan lezen.

In de fase van behoud van verandering gebruikt de PG eveneens een faciliterende strategie door te zorgen dat de folder voldoende voorhanden is en up-to-date blijft. Dit heeft alleen zin bij de groep waar de implementatie geslaagd is. Daarnaast zal de PG 2x per jaar, in eigen netwerk de GYN/VK blijven motiveren zodat de 'kennis over de risicofactoren op het verkrijgen van BBD' bij de peripartumvrouw gewaarborgd blijft. Het tijdspad is beschreven in bijlage 4.

Onderstaande tabel 4 beschrijft de fasen van verandering van het implementatieplan.



# Resultaten

De projectgroep heeft 21 reacties gekregen op de 42 enquêtes die verstuurd zijn. De uitslag voldoet aan de procesindicator die gesteld is op een respons van 50%. Daarvan hebben 43% (10) van de GYN (n23) gereageerd en 61% (n11) van de VK (n18). Dit is een bruikbaar handvat voor verbetering<sup>18</sup>. Hiervan uitgaand zijn we verder gegaan met de uitvoering van de implementatie. Van de overige 21 geënquêteerden, weet de PG niet de reden van het niet-reageren<sup>18</sup>.

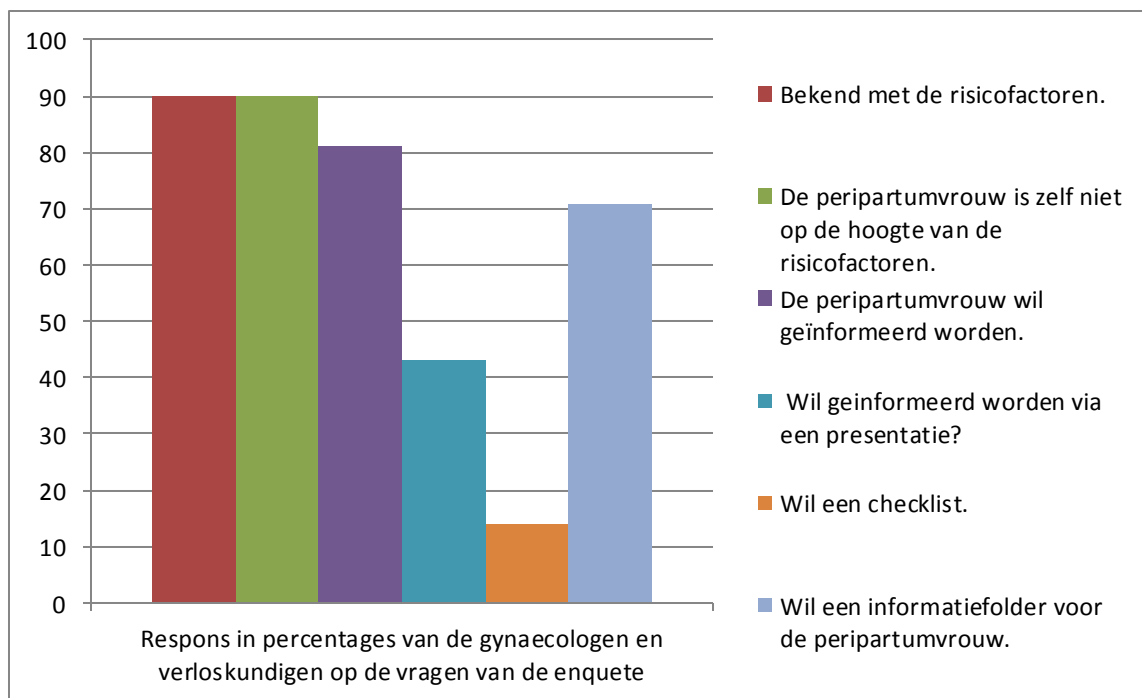
- 90% van de respondenten geeft aan bekend te zijn met 'de risicofactoren' (voldoet aan procesindicator 80%).
- 90% geeft aan te verwachten 'dat de vrouwen zelf niet bekend zijn met de klachten'.
- 81% antwoordt positief op de vraag 'Denkt u dat de vrouwen openstaan voor deze informatie en bereid zijn preventieve actie te ondernemen?' (voldoet aan procesindicator 60%).

Op de vraag 'Hoe zou u geïnformeerd willen worden' geeft aan<sup>23</sup>:

- 43% een presentatie te willen
- 71% een patiënten folder te willen
- 14% een checklist te willen.

Enkele respondenten hebben meerdere mogelijkheden aangekruist. De PG heeft als procesindicator aangegeven dat wat het hoogste percentage is als strategie gebruikt zal worden. De patiëntenfolder heeft het hoogste percentage en daarom besluit de PG alleen de folder te ontwikkelen.

Grafiek 1. Resultaten enquête



De tellingen van het aantal preventieve verwijzingen van de drie deelnemende bekkenfysiotherapie praktijken zijn:

- T0: Voor het versturen van de enquête, tussen 1 januari en 1 mei 2013 is in onze praktijkadministratie geteld hoeveel verwijzingen er op dat moment waren van peripartumvrouwen die preventief op consult kwamen.  
**T0: nul verwijzingen**
- T1: We hebben bijgehouden of er nog nieuwe preventieve verwijzingen zijn in de periode tussen juni (na het versturen van de uitslag van de enquête) en eind november (vóór het verspreiden van de folder).  
**T1: één verwijzing**
- T2: Begin februari, twee maanden na de introductie van de folder hebben wij weer geteld hoeveel preventieve verwijzingen er zijn.  
**T2: vijf in totaal over twee maanden**  
Bekkenfysiotherapie Hoofddorp heeft drie verwijzingen gekregen. Twee van VK en één van een GYN. Fysiotherapie Amstelhoek heeft twee verwijzingen gekregen via de VK, Fysio Centrum Zaanland één via DTF.  
Er zijn in Zaandam zowel door de GYN als VK verzoeken geweest voor nieuwe folders. Dit betekent dat de folders uitgedeeld worden en de informatie de PPV bereikt.

# Discussie

---

De doelstelling van het implementatieplan is om via verloskundigen en gynaecologen evidente kennis over risicofactoren waardoor bekkenbodemdysfuncties kunnen ontstaan, te implementeren bij peripartumvrouwen zodat zij preventieve acties kunnen ondernemen. Beschikbare evidentie wordt hiermee preventief ingezet. Peripartumvrouwen zonder bekkenbodemdysfuncties worden niet gezien door de bekkenfysiotherapeut (BFT). Het implementatieplan is geslaagd als de GYN/VK op de hoogte zijn van de kennis en deze aan de PPV doorgeeft, waardoor er vanaf februari 2014 minimaal één preventieve verwijzing per maand per deelnemende praktijk is.

De motivatie voor het stellen van twee preventieve verwijzingen per praktijk is om kostendekkend de folder te kunnen ontwikkelen en uitdelen.

De PG heeft vijf verwijzingen per twee maanden bij drie praktijken gekregen. Dit is niet overeenkomstig het vooraf gestelde doel. Uit de literatuur blijkt dat het implementeren van een nieuwe richtlijn of evidente kennis een moeizaam proces is<sup>24</sup>. Implementatie van innovaties gaat niet vanzelf, zelfs niet als deze wetenschappelijk bewezen effectief zijn. De nieuwste richtlijn UI van NVOG 2013 adviseert aan gynaecologen, zwangeren zonder klachten preventief BFT te geven. In de praktijk merkt de PG nog geen toename van deze preventieve verwijzing, echter implementatie van richtlijnen kost tijd<sup>25</sup>. De PG heeft indirect contact met de PPV. Dit is een zwakte. De implementatie kost veel tijd en geld van de BFT en de kennis komt niet bij alle PPV aan. De PG is er van uit gegaan dat de VK/GYN goed op de hoogte zijn van de behandel mogelijkheden van de kennis domeinen van de bekkenfysiotherapeut. Niet-doorverwijzen van de PPV, kan ook te maken hebben met onbekendheid van de bekkenfysiotherapeutische mogelijkheden. De PG werkt immers niet met alle professionals nauw samen.

Als procesindicator is de uitslag van de enquête gebruikt. De PG heeft beperkte invloed gehad op de gekozen procesindicatoren, omdat er geen sprake is geweest van een trainbare handeling. Dit zou een kenmerk zijn geweest van een goede procesindicator<sup>26</sup>. De beperkte invloed lag in het nabellen en herinneringsmails versturen naar de geënquêteerden.

De uitkomsten van de enquête dienen met enige terughoudendheid te worden geïnterpreteerd en kunnen niet zonder meer naar een grotere groep worden vertaald<sup>27</sup>. De respons geeft wél een indruk hoe de doelgroep, waar wij in onze regio het meest mee samenwerken, kennis heeft van de risicofactoren en of bekkenbodem-dysfuncties “top-of-mind” zijn voor hen.

Een enquête is misschien niet het juiste middel om deze informatie te krijgen. De PG heeft door een multiple-choicevraagstelling ruimte gelaten om eenvoudig en veilig antwoorden te kunnen geven, om voldoende respons te hebben. Daarom is gekozen voor een korte vragenlijst met vinkjes en ruimte, maar geen verplichting, de open vakken te benutten. De PG zijn er van uitgegaan dat de geënquêteerden niet onnodig belast wilden worden in tijd en aandacht bij het invullen. In de oriënterende fase had de PG verwacht dat de GYN/VK om een presentatie zouden vragen. Zij gaven aan reeds goed geïnformeerd te zijn over de risicofactoren. Dit is blijkbaar basiskennis van de doelgroepen of opgedaan door samenwerking met BFT.

Een presentatie had de meerwaarde van de bekkenfysiotherapie kunnen toelichten. Tevens hadden wij de het preventief verwijsbeleid kunnen stimuleren. Mogelijk is dit een verklaring waarom de PG tot op heden weinig verwijzingen heeft gekregen.

In de inzicht- en acceptatiefase zijn er verschillen geweest bij de implementatie per deelnemer van de PG. De PR-commissie van de afdeling GYN van het ZMC in Zaandam heeft de folder als zeer informatief beoordeeld en heeft het verzoek gedaan om de folder toe te voegen aan de ‘zwangerschap documentatiemap’. De VK in Hoofddorp hebben aangegeven dat zij de folder op de website willen plaatsen. Het Spaarne Ziekenhuis heeft

aangegeven problemen te hebben met een individuele folder en wil geen preferred provider precedent scheppen. Zij hebben aangegeven een landelijke folder met dezelfde inhoud wél te willen verstrekken. De VK in het gezondheidscentrum Waterlinie in Uithoorn sturen de folder bij intake van de zwangere digitaal mee. De GYN in dit gezondheidscentrum geven het aan alle PPV mee. Algemeen wordt de folder met name curatief meegegeven door de VK. Het staat bij een aantal VK-praktijken in het folderrek. Dit betekent dat de informatie wel gegeven wordt, of het gelezen wordt weten we niet. Mogelijk had de PG vooraf de knelpunten per regio en per praktijk in kaart moeten brengen. Dan had de PG per regio verschillende strategieën kunnen inzetten, waardoor de kans van slagen van de implementatie groter zou zijn. Tevens had de PG in de enquête aan de GYN/VK moeten vragen of zij bereid waren de PPV te informeren over de risicofactoren. De PG heeft hier geen strategie op gezet omdat vooraf dit niet als knelpunt is gezien.

Het is onbekend of de folder door alle vrouwen begrepen wordt. Het is onbekend hoe de “health literacy” is van de PPV (d.w.z. de gezondheidsvaardigheden van de PPV). Uit onderzoek naar de “health literacy” van Nederlandse volwassenen blijkt dat groepen met een lagere sociaaleconomische status, een lager opleidingsniveau en een lage subjectieve sociale status, minder gezondheidsvaardigheden bezitten dan groepen met een hogere sociaal economische positie<sup>28</sup>. Dat betekent dat wij accepteren dat altijd een deel van de PPV moeite zal hebben de folder te begrijpen of de instructie op te volgen<sup>29</sup>.

Om de PPV te bereiken was een marketingstrategie beter geweest, door bijvoorbeeld in de plaatselijke krant een artikel hierover te plaatsen. Op deze manier had de PG de PPV kunnen informeren.

De financiële investering door de PG voor deze implementatie en voor de preventieve peripartumzorg in het algemeen moet kostendekkend blijven. Het is de vraag of dit een haalbare zaak is. Er zijn vele commerciële aanbieders op de markt die PPV als doelgroep benaderen. De PG vindt dat het gratis inzetten van folders kostendekkend moet zijn.

De PG realiseert zich dat de meeste risicofactoren niet beïnvloedbaar zijn, noch door de PPV noch door de VK, GYN en BFT. Enkele respondenten reageerden hier ook op door aan te geven dat zij de PPV niet onnodig angstig wilden maken over mogelijke risicofactoren die aanwezig kunnen zijn in de peripartumperiode. Echter de risicofactoren gericht op een gezonde lifestyle, zoals een gezond BMI en niet roken passen in de huidige visie over gezond zwanger zijn en bieden juist een kans om de PPV te stimuleren bewust gezonde keuzes te maken.

## Conclusies en aanbevelingen

---

De GYN/VK zijn op de hoogte van de risicofactoren. Ondanks deze aanwezige kennis en de verwachting van de professionals dat de PPV geïnformeerd willen worden, heeft de implementatie het vooraf gestelde doel niet bereikt. Wel is er een aanzet voor verbeterde ketenzorg gegeven wordt de patiëntenfolder verspreidt. De folder wordt beter ontvangen als er reeds een vertrouwd ketentraject voorhanden is.

Het verdient aanbeveling om de genoemde factoren betreffende zwaktes in dit implementatieplan nader te onderzoeken per regio en te verbeteren alvorens na een half jaar de folder te evalueren op kwaliteit en bruikbaarheid.

Er ontbreekt consensus binnen de bekkenfysiotherapie over de inhoud van het peripartumconsult. Om deze vrouwen goed te informeren bevelen wij binnen onze beroepsgroep aan, afspraken te maken over de inhoud van dit consult. Er ligt een kans om evidente, geprotocolleerde ketenzorg te ontwikkelen en daarmee de ontwikkeling van een bekkenfysiotherapeutisch product vorm te geven in de toekomst.

Het is belangrijk om andere hulpverleners zoals VK en GYN van het begin bij het implementatieproces te betrekken, zodat afspraken op elkaar afgestemd kunnen worden en er voldoende draagvlak wordt gecreëerd wat een belangrijke voorwaarde is voor een succesvolle implementatie<sup>8</sup>.

De PG denkt dat de huidige contacten een opmaat zijn voor andere producten die binnen de ketenzorg met GYN/VK ontwikkeld kunnen worden ten behoeve van gynaecologische en obstetrische klachten.



# Literatuurlijst

---

- <sup>1</sup> Grof R, Berwick DM, Wensing M. On the trail of quality and safety in health care. *BMJ* 2008; 336(7635):74-76.
- <sup>2</sup> <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kennis-van-Implementatie-Programma.pdf>  
Radboud Univeristy Nijmegen Medical Centre i.s.m. NIVEL en Erasmus Universiteit Rotterdam
- <sup>3</sup> Grof R, Wensing M, Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg (vierde, herziene druk), Reed Business. Okt 2011
- <sup>4</sup> Grof R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. 2003 Oct 11;362(9391):1225-30.
- <sup>5</sup> Richtlijn Urine-incontinentie voor de tweede- en derdelijnszorg. Nederlandse vereniging voor obstetrie & gynaecologie. Mei 2013.
- <sup>6</sup> Beleidsdocument 2012-2013 Opgesteld door: Zorgkantoren Zuid-Holland Noord en Amstelland en de Meerlanden [www.zorgkantoor-zorgzekerheid.nl](http://www.zorgkantoor-zorgzekerheid.nl)
- <sup>7</sup> Heslehurst N1, Newham J, Maniatopoulos G, Fleetwood C, Robalino S, Rankin J. Implementation of pregnancy weight management and obesity guidelines: a meta-synthesis of healthcare professionals' barriers and facilitators using the Theoretical Domains Framework. *Obes Rev.* 2014 Mar 16.
- <sup>8</sup> Wensing M, Ouwens M, Boerboom L. Kennis van Implementatie Programma. Nivel, Erasmus. Nijmegen augustus 2010
- <sup>9</sup> Rubio-Valera M1, Pons-Vigués M2, Martínez-Andrés M3, Moreno-Peral P4, Berenguera A2, Fernández A5. Barriers and Facilitators for the Implementation of Primary Prevention and Health Promotion Activities in Primary Care: A Synthesis through Meta-Ethnography. *PLoS One.* 2014 Feb 28;9(2)
- <sup>10</sup> Checklist matrix doelgroepen analyseren <http://www.zonmw.nl>
- <sup>11</sup> Stuurgroep multidisciplinaire richtlijn ontwikkeling GGD Trimbos  
[www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=1855&richtlijn](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=1855&richtlijn)
- <sup>12</sup> Van der Wees PJ, Jamtvedt G, Rebbeck T, et al. Multifaceted strategies may increase implementation of physiotherapy clinical guidelines: a systematic review. *Austr J of Physiother.* 2008; 54:233-241
- <sup>13</sup> Beersen N, Kallewaard M, Croonenborg JJ, Everdingen J. Handleiding indicatorontwikkeling. Kiezen in de zorg. Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg CBO 2007
- <sup>14</sup> [www.survey-onderzoek.nl](http://www.survey-onderzoek.nl)
- <sup>15</sup> Organisatie adviesbureau van Beekveld en Terpstra citeert: 'De vuistregels die Van Beekveld & Terpstra hanteert voor een responsberekening zijn gebaseerd op praktijkervaring' [www.vanbeekveldenterpstra.nl](http://www.vanbeekveldenterpstra.nl)

---

<sup>16</sup> [www.tevredenheidsonderzoek.org](http://www.tevredenheidsonderzoek.org)

<sup>17</sup> Bemmelen-Pothuizen ACJ, Huijpen A, Koning de JMH. Fitte bekkenbodemspieren tijdens en na de zwangerschap. Informatiefolder 2013

<sup>18</sup> Brand MJ, Bijmolt THA, jaarboek NVvM, 1993-1994. (Nederlandse Vereniging van Marktonderzoekers) november 2004.

<sup>19</sup> [www.profundum-educatie.nl](http://www.profundum-educatie.nl)

<sup>20</sup> BuurmanMB, Lagro-Janssen AL. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci.* 2012 Aug 27

<sup>21</sup> Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2014 Mar;94(3):291-309

<sup>22</sup> Van der Heide I et al. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health* 20-13, 13:179

<sup>23</sup> Lane D, Ferri M, Lemaire J, McLaughlin K, Stelfox HT. A systematic review of evidence-informed practices for patient care rounds in the ICU\*. *Crit Care Med.* 2013 Aug;41(8):2015-29.

<sup>24</sup> Grimshaw JM, Schünemann HJ, Burgers J, Cruz AA, Heffner J, Metersky M, Cook D; ATS/ERS Ad Hoc Committee on Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. Disseminating and implementing guidelines: article 13 in Integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proc Am Thorac Soc.* 2012 Dec;9(5):298-303.

<sup>25</sup> Fleuren M, Dusseldorp E, van den Bergh S, Vlek H, Wildschut J, van den Akker E, Wijkkel D. Implementation of a shared care guideline for back pain: effect on unnecessary referrals. *Int J Qual Health Care.* 2010 Oct;22(5):415-20

<sup>26</sup> Stuurgroep multidisciplinaire richtlijn ontwikkeling GGD Trimbos  
[www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=1855&richtlijn\\_id=120](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=1855&richtlijn_id=120)

<sup>27</sup> van der Zee F. Kennisverwerving in de Empirische Wetenschappen, de methodologie van wetenschappelijk onderzoek. BM000, Groningen, 2004

<sup>28</sup> Van der Heide I et al. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health* 20-13, 13:179

<sup>29</sup> Senekjian L, Heintz K, Egger M. Do women understand urogynecologic terminology? *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2011 September; 17(5): 215–217