

Invulsjabloon KB-PIMP

Let op: dit is een model, de werkelijkheid kan vragen om een andere volgorde, herhaling van bepaalde stappen, of om aanvullende stappen!
Het is invulsjabloon is bedoeld als hulpmiddel voor het maken van je KB-PIMP.

VOORBEREIDINGSFASE	
<p>Uitgangspunt implementatieplan</p> <p>Nieuwe wetenschappelijke kennis en/of gesignaleerd probleem; goede ervaringen</p>	<p>Aanleiding</p> <p>In voorgaande jaren is er aandacht besteed aan het heupbeleid. De implementatie is toen tot begrijpen/willen gekomen. (Voor implementatie worden de volgende fases doorlopen: Openstaan, Begrijpen, Willen, Kunnen, Doen, Blijven doen, Evalueren) Najaar 2018 zijn de richtlijnen t.a.v. het heupbeleid herzien. Dit was aanleiding om het heupbeleid opnieuw te gaan implementeren</p> <p>Richtlijn heupbeleid</p> <p>Aanbeveling 1 <i>Start screening van de heupontwikkeling met een X-bekken AP opname bij kinderen (met de verdenking op) met de diagnose spastische Cerebrale Parese vanaf 1-jarige leeftijd of het moment van het stellen van de diagnose.</i></p> <p>Aanbeveling 2 - 1e-2e jaar: 1x per 6 maanden - Op 2-jarige leeftijd kan de GMFCS klasse vastgesteld worden, variatie van 1 klasse is dan nog mogelijk</p> <p><i>Na het 2e jaar:</i> - Kinderen met GMFCS 1 herhalen op indicatie* - Kinderen met GMFCS 2 herhalen op 6e en 10e jaar, als dan MP < 33% alleen op indicatie* - Kinderen met GMFCS 3 jaarlijks herhalen tot 8e jaar. Als MP < 33% stabiel over >2 jaar, 1x per 2 jaar tot einde botgroei heup, of op indicatie*. - Kinderen met GMFCS 4-5 op de leeftijd van 2-4 jaar halfjaarlijks herhalen. Vanaf het 4e jaar jaarlijks tot einde botgroei heup, of op indicatie*</p> <p>Aanbevelingen 3 <i>Verandering passieve range of motion heup (afname heupabductie, exorotatie) asymmetrische kniehoogte bij 90° heupflexie bdz. in ruglig, looppatroon met toename bekkenhoogstand in midstance of endorotatie in de heup met flexie in heup- en knie, windswept deformity)</i></p> <p>Aanbevelingen 4 <i>Voor een goede beoordeling moeten alle eerdere röntgenopnames voor beoordeling beschikbaar zijn voor de behandelend arts en moet de behandelend arts in staat zijn het MP te berekenen. De screening met een X-bekken AP opname moet gecombineerd worden met een klinisch onderzoek.</i></p> <p><i>Bij elke röntgenologische controle van de heupontwikkeling bij een kind met een spastische Cerebrale Parese moet het migratiepercentage van beide heupen berekend worden. Daarvoor is een kwalitatief goede röntgenopname noodzakelijk (acetabulum projectie is (nagenoeg) lijnvormig).</i></p> <p>Aanbevelingen 5 <i>Preventieve chirurgie is geïndiceerd bij kinderen met een spastische Cerebrale Parese met een toename van heuplateralisatie op ten minste 2 X-bekken AP opnames met een migratiepercentage tussen de 33-40%. De eerste keuze voor preventieve chirurgie is een weke delen procedure (adductorentenotomie met of zonder psoastenotomie beiderzijds). Postoperatief moet behandeling met gips worden vermeden. De onderzoeksgroep heeft goede ervaringen met een afneembare orthesebehandeling.</i></p> <p>Aanbevelingen 6 - Indien er na preventieve weke delen chirurgie recidief heuplateralisatie of verdere progressie van heuplateralisatie (MP >40%) optreedt, is een herhaalde preventieve operatie (ossale procedure al of niet in combinatie met weke delen chirurgie) geïndiceerd om een heupluxatie te voorkomen. - Postoperatief moet behandeling met gips worden vermeden (ref Ruzbarsky 2013). Aanbeveling is het toepassen van snelle mobilisatie en oefenstabiele osteosynthese technieken.</p>

	<p>- Systematische screening en tijdige behandeling door een gespecialiseerd multidisciplinair team zijn noodzakelijke</p> <p>- Indien er na preventieve weke delen chirurgie recidief heuplateralisatie of verdere progressie van heuplateralisatie (MP >40%) optreedt, is een herhaalde preventieve operatie (ossale procedure al of niet in combinatie met weke delen chirurgie) geïndiceerd om een heupluxatie te voorkomen.</p> <p>- Postoperatief moet behandeling met gips worden vermeden (ref Ruzbarsky 2013).</p> <p>Aanbeveling is het toepassen van snelle mobilisatie en oefenstabiele osteosynthese technieken.</p> <p>- Systematische screening en tijdige behandeling door een gespecialiseerd multidisciplinair team zijn noodzakelijke</p> <p>Aanbevelingen 7</p> <p>- Overweeg palliatieve heupchirurgie bij niet behandelbare persisterende pijn gerelateerd aan heupluxatie. De aard van de ingreep wordt vooral bepaald door de ervaring van het betreffende multidisciplinaire team. De uitvoering door een ervaren orthopedisch chirurgisch team is essentieel.</p> <p>- Postoperatieve behandeling met gips moet worden vermeden (ref Ruzbarsky 2013).</p> <p>Aanbeveling is het toepassen van snelle mobilisatie en oefenstabiele osteosynthese technieken. Opgemerkt moet worden dat het palliatieve effect (de pijnvermindering) soms geruime tijd (tot 6 maanden) na de operatie intreedt.</p> <p>Aanbevelingen 8</p> <p>- Chirurgische behandeling tot behoud of verbetering van loopvaardigheid (GMFCS 2 en 3) heeft mogelijk waarde bij kinderen in de (pre)puberteit.</p> <p>- Vanwege onvoldoende gegevens vanuit onderzoek moet de indicatie voor chirurgie voor verbetering van het lopen in multidisciplinair specialistisch (orthoeped, revalidatiearts, kinderneuroloog, bewegingswetenschapper) en paramedisch (kinderfysiotherapeut, maatschappelijk werk, psycholoog) verband gesteld worden, gebruikmakend van gangbeeldanalyse, en in nauw overleg met de cliënt en ouders/ verzorgers over de te verwachten resultaten.</p> <p>Aanbevelingen 9</p> <p>Over chirurgische behandeling voor behoud van mobiliteit bij GMFCS 4 en 5 kinderen (liggen, zitten, staan) zijn geen gegevens beschikbaar in de literatuur. Slechts op individueel niveau in een multidisciplinair specialistisch (orthoeped, revalidatiearts, kinderarts, kinderneuroloog) en paramedisch team (kinderfysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog/orthopedagoog) kunnen doelen in samenspraak met ouders/verzorgers geformuleerd worden.</p>
<p>Voorbereiding en planning</p> <p>Formuleren van een heldere (overall) doelstelling: 'De zon boven je project'. Hoef niet SMART.</p> <p>Voldoende budget en staf en het maken van een realistische tijdsplanning (is ook vastgelegd in deelname project)</p>	<p>Doelstelling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoogstraat breed wordt het stroomdiagram uit de richtlijn t.a.v. het heupbeleid gevolgd • Om hier aan te voldoen zijn er 3 verschillende stroomdiagrammen voor schoolkinderen, voor poliklinische kinderen en voor jongeren vanaf 16 jaar • Alle fysiotherapeuten, ergotherapeuten, (revalidatie) artsen nemen op uniforme wijze SLO af • Verantwoordlijkheden zijn duidelijk voor planning, medisch secretaresse, artsen en therapeuten
ANALYSEFASE	
<p>1. Ontwikkeling van een voorstel voor verandering</p>	<p>Gekozen aanbeveling</p>

<p>Welke aanbeveling wil je invoeren?</p> <p>2. Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering</p> <p>Wat is het verschil is tussen de huidige en de 'nieuwe' werkwijze. Deze fase levert op: concrete resultaten, SMART beschreven. Wat gaat straks sneller, beter, meer of minder en hoe ga je dat in kaart brengen/meten?</p>	<p>Huidige werkwijze</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artsen schrijven verwijzing voor maken van foto, maar ouders doen dit niet altijd of wachten erg lang • Op PO wordt SLO beoordeeld op afkapwaardes, op VO niet altijd • Voor het maken van een x-foto wordt een infoblad meegegeven, toch worden foto's niet altijd op de juiste wijze genomen • Soms is het niet duidelijk wie de "regie" heeft, bv wanneer een kind na het maken van een foto door een orthopeed in het ziekenhuis wordt gezien • Er is geen uniforme werkwijze binnen De Hoogstraat <p>Nieuwe werkwijze Zie resultaten</p> <p>SMART resultaten (in kader van de doelstelling)</p> <ul style="list-style-type: none"> • In de stroomdiagrammen staat het volgende: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wanneer wordt kind/jongere opgeroepen voor x-foto ○ Wie roept kind/jongere op ○ Wie is verantwoordelijk dat kind/jongere wordt opgeroepen ○ Wie houdt regie over het maken en beoordelen van de foto's en hoe waarborg je dit als ander centrum betrokken is ○ Wie heeft contact met radiologie over het op de juiste wijze maken van de foto's ○ Binnen een maand na/voor het maken van de foto wordt er een SLO afgenomen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie zorgt voor deze planning ▪ SLO wordt beoordeeld door fysio/ergo dmv afkapwaardes ▪ Indien er 'rode' cijfers zijn wordt dit teruggekoppeld aan de arts • Alle fysiotherapeuten/ergotherapeuten/artsen van het SO/VSO krijgen scholing in het afnemen van het SLO. Na deze scholing is er uniformiteit in het afnemen. Het SLO wordt door twee therapeuten in wisselde samenwerking afgenomen. Tijdens het SLO wijzen de therapeuten elkaar op de juiste wijze van afname. De artsen worden minsten 3x per jaar bij een SLO gepland. Arts/therapeut wijzen elkaar op juiste wijze van afname. <p>Hoe ga je de resultaten meten?</p>
<p>3. Analyse doelgroep en setting</p> <p>Bekijk je doelgroep, welke verschillen/segmenten zijn er? In welke fase van verandering bevindt men zich? Openstaan, begrijpen, willen, kunnen, doen, blijven doen.</p>	<p>Doe je analyse, voeg de uitwerking ervan eventueel toe in een bijlage .</p> <p>Hulpmiddelen om de analyse van doelgroep en setting uit te voeren zijn o.a. de volgende analyse methoden (gebruik er minimaal 1 van): SWOT-analyse, Risicoanalyse, Stakeholder- of krachtenveldanalyse, Hoedjes van De Bono.</p> <p>Voor krachtenveldanalyse zie bijlage</p>
<p>Conclusies n.a.v. analyse</p> <p>Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren?</p>	<p>Belemmerend</p> <p>Geen aansluiting bij radiologen Artsen moeten veel doen en zijn erg druk SLO scholing> niet iedereen geeft prioriteit aan SLO scholing en doet dus niet mee Voor ouders is het niet altijd duidelijk waarom X-foto noodzakelijk is Planners/med secr krijgen extra werk</p>

	<p>Bevorderend Artsen, fysio's, ergo's zien belang van heupbeleid in Noodzaak uniformiteit afname SLO wordt door hele team ingezien</p>
<p>4. Ontwikkeling en selectie van interventies / strategieën Wat ga je doen om je resultaten en doelstelling te behalen? En heb je hier budget voor nodig?</p> <p>NB: Relateer je strategieën aan de (probleem)analyse van doelgroep en setting. Verschillende fasen van implementatie en fasen van gedragsverandering vragen bijpassende strategieën</p>	<p>Interventies / strategieën op basis van je analyse(conclusies)</p> <p>Maken van stroomdiagrammen (zie resultaat) Zorgen voor SLO scholing</p>

UITVOERFASE						
5. Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan Zet je interventies / strategieën bij elkaar in een overzicht: Concretiseer: wanneer, waar en hoe gebeurt wat door wie . Dat kan met de tabel hiernaast, waarin enkele voorbeelden genoemd staan. Je mag de tabel ook in een bijlage toevoegen of uitwerken in Excel bijvoorbeeld. Tip: zet voor je eigen overzicht de onderdelen uiteindelijk in chronologische volgorde qua tijd. Als je opdrachtgever akkoord is kun je het plan gaan uitvoeren. Stel waar nodig bij.	Uit analyse blijkt	Wat	Wie Door wie? Aan wie?	Hoe	Waar	Wanneer
	Belemmering: Artsen moeten veel doen en zijn erg druk	Duidelijke route wanneer wat moet gebeuren en door wie	Door KB-er Aan artsen	Maken van stroomdiagrammen		Voorjaar 2019
	Belemmering: Geen aansluiting bij radiologen	Probleem voorleggen op forum, meerdere instellingen ervaren dit probleem	Door KB-ers Aan forum	Bericht op forum plaatsen		Voorjaar 2019
	Belemmering: Voor ouders is het niet altijd duidelijk waarom X-foto noodzakelijk is	Ouders informeren over belang van het maken van X-foto	Door RA/KB Aan ouders	ouderavond	Rembrandtkade	Voorjaar 2019
	Bevorderend: Noodzaak uniformiteit afname SLO wordt door hele team ingezien	Uniforme afname SLO	Van VUMc Aan RT DKP	Dmv incompany scholing	DKP	18 april 2019
	Belemmering: SLO scholing> niet iedereen geeft prioriteit aan SLO scholing en doet dus niet mee	Zorgen voor inzien noodzaak van scholing Zorgen voor leren van elkaar		Eventueel in kwaliteits protocol opnemen dat SLO alleen afgenomen mag worden na scholing Tijdens afnemen SLO elkaar 'controleren' op juiste afname		
	Belemmerend: Extra werk voor med secr	Med. Secr. Mee laten denken over efficiënte oproeplijst voor x-foto's		Afspraak plannen		
	6. Integratie in routines Stel jezelf de volgende vragen:					
			Is het resultaat opgenomen in de dagelijkse routine? Als de continuïteit in het geding komt, komt het dan 'vanzelf' bovendrijven dat het moet gebeuren? Zo niet, bedenk hier dan iets op. Wat zijn de redenen waarom het projectresultaat in de toekomst niet meer in werking zou zijn? Wat is de kans dat dit gebeurt?			

	<p>Wat is het <u>effect</u> als dit zou gebeuren?</p> <p>Wat kan je doen om dit te <u>voorkomen</u>? Neem dit op in je implementatieplan (gemaakt in stap 5).</p>
EVALUATIEFASE	
<p>7. Evaluatie en eventueel bijstelling van je plan</p> <p>Bedenk wat je kunt meten en wanneer (planning) om te bekijken of je resultaten zijn behaald.</p> <p>Evalueer regelmatig en communiceer tussentijdse evaluaties naar je team. Dit geeft feedback, kan werken als een reminder en als motivatie.</p>	<p>Wanneer ga je evalueren?</p> <p>Hoe ga je evalueren?</p> <p>Neem dit op in je implementatieplan(ning) (vul plan gemaakt in stap 5 dus aan indien nodig).</p>