

Verpleegkundige adoptie van een richtlijn.

Stoppen met roken voor zwangeren in de obstetrische klinische setting:
een onderzoek naar adoptiebereidheid ter voorbereiding op een
implementatie.

Student:	H.F. Bosch - Leertouwer
Studentnummer:	3165248
Blok:	Blok 6, Uitvoering Afstudeerproject
Status:	Definitief afstudeerstuk
Datum:	10 juli 2009
Opleiding:	Universiteit Utrecht, Masteropleiding Verplegingswetenschap, Universiteit Utrecht
1 ^o Begeleider:	Drs. G. van der Hooft - Leemans
2 ^o Begeleider / Blokdocent:	Dr. C. Gamel
Stage instelling:	Isala klinieken Zwolle
Beoogd wetenschappelijk tijdschrift:	Verpleegkunde
Gehanteerde referentiestijl:	Vancouver
Aantal woorden artikel:	4436 woorden
Aantal woorden Nederlandse samenvatting:	293 woorden
Aantal woorden Engelstalige abstract:	294 woorden

Verpleegkundige adoptie van een richtlijn.

Stoppen met roken voor zwangeren in de obstetrische klinische setting:
een onderzoek naar adoptiebereidheid ter voorbereiding op een implementatie.

Samenvatting

INLEIDING: Een effectieve richtlijn ter bevordering van het stoppen met roken van zwangeren is de verloskundige minimale interventiestrategie (V-MIS). De V-MIS wordt (nog) niet door verpleegkundigen in de klinische setting gebruikt. Voor implementatie wordt onderzoek verricht naar adoptiebereidheid en implementatie van de V-MIS in de klinische setting.

DOEL: Kennis ontwikkelen en inzicht verkrijgen in persoons-, innovatie- en organisatiekenmerken en de invloed hiervan op adoptie van de richtlijn V-MIS door klinisch obstetrische verpleegkundigen, zodat bijgedragen wordt aan succesvolle implementatie van de richtlijn V-MIS in de toekomst. Gekeken wordt hoe de samenhang tussen de fit (van innovatie- en organisatiekenmerken) en adoptiebereidheid is, rekening houdend met de persoonskenmerken scholing en roken van verpleegkundigen werkzaam op een obstetrische afdeling, van een niet academisch topklinisch ziekenhuis in het oosten van Nederland.

METHODE: Vragenlijsten worden op één klinische afdeling gebruikt om innovatie- en organisatiekenmerken te bepalen, andere vragenlijsten voor de adoptiebereidheid van de richtlijn en persoonskenmerken. Fit wordt bepaald door innovatie- en organisatiekenmerken te vergelijken.

RESULTAAT: Hoe hoger de fit, hoe hoger de adoptiebereidheid voor implementatie van de V-MIS richtlijn, afhankelijk van de toegepaste analysemethode. Algemene scholing in gesprekstechnieken toont geen hogere adoptiebereidheid aan om de richtlijn de V-MIS te implementeren.

Roken van de hulpverlener is niet verder onderzocht. **DISCUSSIE:** Vergelijking van de innovatie- en organisatiekenmerken geeft een misfit. Adoptiebereidheid heeft geen onderlinge samenhang met de gevolgde scholing gesprekstechnieken van de hulpverlener. De noodzakelijke scholing komt mogelijk niet overeen met de gevraagde scholing algemene gesprekstechnieken uit het onderzoek.

CONCLUSIE: Dit onderzoek toont een positief verband aan tussen adoptiebereidheid en fit, van innovatie- en organisatiekenmerken, afhankelijk van de analysemethode die is toegepast. **AANBEVELINGEN:** Onderzoek op grotere schaal waarbij gekeken wordt naar de adoptiebereidheid van de richtlijn "V-MIS", rekening houdend met de visie van verpleegkundigen op rokende zwangeren en specifieke scholing.

TREFWOORDEN: Zwangerschap, Stop met roken richtlijn, Implementatie, Verpleegkundige, Klinische praktijk

Inleiding

Ruim 20 procent van de Nederlandse vrouwen rookt tijdens de zwangerschap, een percentage dat hoger is dan in de meeste andere landen (1). Roken tijdens de zwangerschap is een belangrijke determinant van een toegenomen kans op abnormale ontwikkeling van de placenta, miskramen, perinatale sterfte, vroeggeboorte, zuigelingensterfte, ernstige groeivertraging, luchtweginfecties en wiegendood (2). Er is een significante vermindering van roken, reductie van een laag geboortegewicht en vroegtijdige bevallingen bij gebruik van verschillende interventies met betrekking tot het stoppen met roken (3). De richtlijn “Behandeling van tabaksverslaving” spreekt van intensieve interventies door artsen en/of verpleegkundigen tijdens de zwangerschap, die effect hebben op foetus en moeder (4). De gezondheidszorg heeft baat bij een gerichte aanpak met betrekking tot het stoppen met roken. Het stoppen met roken bewerkstelligt een vermindering van de medische consumptie en is daardoor van invloed op economische winst (4).

Op obstetrische afdelingen, afdelingen waar verloskunde wordt uitgevoerd in een ziekenhuis, komt roken tijdens de zwangerschap regelmatig voor. Op deze afdelingen zijn in verloskunde gespecialiseerde verpleegkundigen werkzaam, te weten obstetrische verpleegkundigen. Een systeem van verpleegkundige begeleiding ten aanzien van stoppen met roken bij zwangeren en kraamvrouwen op deze afdelingen ontbreekt. Er is geen richtlijn c.q. protocol aanwezig betreffende de klinische verpleegkundige begeleiding voor zwangeren bij het stoppen met roken. Een poliklinische richtlijn is in Nederland aanwezig, echter in de klinische setting van een topklinisch ziekenhuis in het oosten van Nederland geven obstetrische verpleegkundigen aan, niet goed te weten hoe de begeleiding in de klinische praktijk vorm te geven.

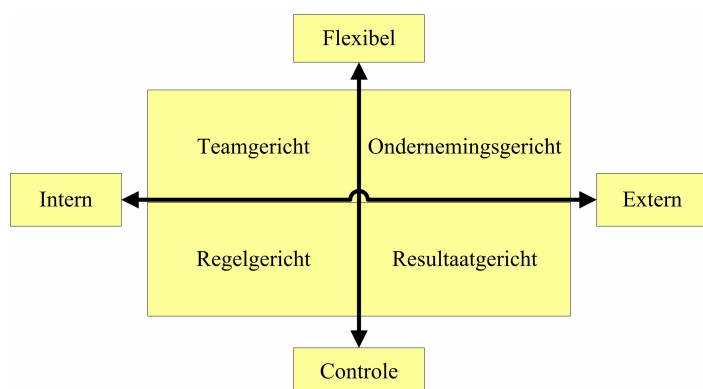
Implementatie van richtlijnen

Voor succesvolle implementatie wordt gebruik gemaakt van implementatiestrategieën (5). Een implementatiestrategie is een geheel van doelgerichte en samenhangende activiteiten om de invoering van een bepaalde werkwijze of product te bewerkstelligen (6). Van Linge (7) stelt dat innoveren geen optelsom is van losse elementen, maar afhankelijk is van fit. Fit wordt gezien als interactie tussen innovatie- en contextvariabelen op uitkomsten (7). Innoveren bestaat uit de elementen adoptie en implementatie. Implementatie is het geheel van acties en gebeurtenissen die leiden tot het gebruik van de innovatie. Adoptie is de beslissing om een innovatie te gebruiken (7). Implementatie van richtlijnen verloopt beter indien de innovatie (het stoppen met roken programma) en context (de klinische praktijk) bij elkaar passen of tijdens het implementatieproces gaan passen (7). Adoptie en implementatie worden bij de dynamische visie op innovatieprocessen als inter-acterende processen gezien. Uit onderzoek blijkt, dat een hoge adoptie een positieve invloed uitoefent op implementatie,

maar voor een succesvolle implementatie alleen, onvoldoende is (7). Hiervoor is het gebruik van een implementatiestrategie noodzakelijk. Bij het opstellen van een implementatiestrategie is het belangrijk de context te beschouwen. Hieronder zijn te scharen, de persoonskenmerken van hulpverleners (obstetrische verpleegkundigen), de omgeving waar de verandering plaatsvindt (de klinische praktijk als organisatie) en de innovatie (de richtlijn stoppen met roken) zelf, waarbij rekening wordt gehouden met de adoptiebereidheid van de obstetrische verpleegkundigen. Adoptiebereidheid wordt gezien als de operationalisatie van adoptie. De relatie van de persoonskenmerken ten opzichte van de adoptiebereidheid, gezamenlijk met de fit, maakt duidelijk welke implementatiestrategie nodig is om een succesvolle implementatie te bewerkstelligen.

Het innovatiecontingentiemodel

Het gebruikte theoretisch kader in het onderzoek is het innovatiecontingentiemodel van Van Linge (7). Dit model is gekozen omdat hierin gesteld wordt dat de kenmerken van de setting een rol spelen in de implementatie. Het heeft als uitgangspunt dat een implementatiestrategie dient uit te gaan van (dis)-congruentie tussen organisatiekenmerken en innovatiekenmerken. Een configuratie is een coherent geheel van kenmerken van een systeem, onderling samenhangende kenmerken, die een organisatie maken tot wat het is en die het onderscheid maken ten opzichte van andere organisaties (7). Configuraties zijn afgeleid van een tweetal theoretische dimensies, te weten: een relatiedimensie (controle versus flexibiliteit) en een richtingsdimensie (interne versus externe gerichtheid). Door de twee dimensies te combineren, ontstaat een typologie van systemen; regelgerichte -, resultaatgerichte -, teamgerichte – en ondernemingsgerichte systemen, (zie figuur 1).



Figuur 1. Typologie van systemen van Van Linge.

Elk systeem kent een gelaagdheid van kenmerken. Van Linge (7) onderscheidt de operationele laag (handelingscomponenten), de laag van de expliciete waarden (doelkenmerken) en de laag van de basale opvattingen (cultuurkenmerken en kenmerken van veranderingspa-

troon). Vanuit het innovatiecontingentiemodel van Van Linge (7), wordt gesteld dat een hoge onderlinge fit tussen innovatie- en organisatiekenmerken, daarnaast rekening houdend met de kenmerken van personen en omgeving op adoptiebereidheid, noodzakelijk is voor de keuze van een implementatiestrategie. Het implementatiesucces en het behoud van de innovatie wordt hierdoor positief beïnvloed (7).

De praktijk en de richtlijn

Een evidence based richtlijn om patiënten te helpen stoppen met roken in de Nederlandse gezondheidszorg is de Minimale Interventie Strategie (MIS) (8). De MIS bestaat uit een korte interventie waarin advies en ondersteuning wordt geboden bij het stoppen met roken. Bij de Verloskundige-MIS (V-MIS), welke wordt gebruikt in de poliklinische verloskundigenpraktijk of het ziekenhuis door verloskundigen en/of gynaecologen (9) wordt de informatie gestructureerd aangeboden waarbij ingestoken wordt op het motivatieniveau van de zwangere rookster. Er wordt ingegaan op het rookgedrag, de motivatie, de barrières, de omgeving, de stopdatum en de mogelijke terugval. In korte tijd wordt zo effectief mogelijk voorlichting over roken gegeven (10).

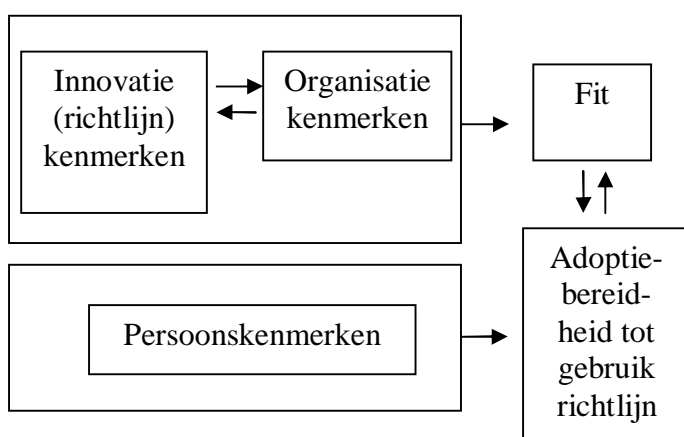
Uit een gerandomiseerd experimenteel onderzoek blijkt dat de V-MIS effectief is in het bevorderen van stoppen met roken op de lange termijn (11). De V-MIS wordt door verloskundigen en gynaecologen in de poliklinische setting gebruikt, echter (nog) niet door verpleegkundigen in de klinische setting. Maloni et al. (12) spreken over de verpleegkundigen als de ideale mensen om de interventies behorende bij het stoppen met roken programma te initiëren. Volgens hen komt dit doordat verpleegkundigen goed zijn in het vaststellen van gezondheidsgedrag en stressoren en in staat zijn om de patiënt op een juiste wijze educatie en sociale support te geven. Daarbij kwam uit het onderzoek van Avidano Britton et al. (13) naar voren dat de klinische setting, het ziekenhuis als omgeving, waarschijnlijk een positieve invloed op het stoppen met roken heeft. Het uitgevoerde onderzoek is in de obstetrische klinische setting verricht. Er is voor zover bekend geen onderzoek verricht naar adoptiebereidheid en implementatie van de V-MIS in de klinische setting. In het werkdocument "Aanbevelingen onderzoek en implementatie op het terrein van de aanpak van roken" in opdracht van ZonMw, Peters et al. (9) wordt aanbevolen om aanvullend onderzoek ten behoeve van het verhogen van de adoptatie- en implementatiegraad te doen bij gebruik van de V-MIS.

Dit onderzoek is verricht om inzichtelijk te krijgen, hoe de adoptiebereidheid van verpleegkundigen ten opzichte van de richtlijn is, waarbij rekening is gehouden met persoonskenmerken; zelf roken en scholing in gesprekstechnieken. Een veronderstelling is dat verpleegkundigen die zelf roken minder gemakkelijk de innovatie accepteren dan verpleegkundigen die

dit niet doen. Met betrekking tot het geschoold zijn in gesprekstechnieken zijn verpleegkundigen met scholing beter in staat begeleiding vorm te geven (14). Dit kan resulteren in het anders tegen de adoptiebereidheid van de richtlijn aankijken dan verpleegkundigen die deze scholing niet hebben gevolgd. Ten aanzien van de begeleiding van zwangeren is scholing voor de hulpverlener nodig. Scholing over hoe zwangeren te adviseren te stoppen met roken en sociale support te krijgen (12,14,15,16,17,18,19). Daarnaast moet de hulpverlener zich comfortabel genoeg voelen met het “stoppen met roken programma” voordat ze het in de dagelijkse praktijk kan toepassen (20). Scholing is tevens aanbevolen om de hulpverlener zekerheid te geven over de juiste aanpak van begeleiding (18).

Probleemstelling

Alvorens de V-MIS richtlijn bij obstetrische verpleegkundigen in de klinische setting te implementeren is onderzoek naar adoptiebereidheid noodzakelijk waarbij rekening wordt gehouden met de persoonskenmerken van de verpleegkundigen. Dit heeft geresulteerd in een onderzoek naar het verband tussen persoonskenmerken en adoptiebereidheid, met betrekking tot de “V-MIS” van obstetrische verpleegkundigen in de klinische setting, enerzijds en de samenhang tussen fit als interactie tussen organisatie- en innovatiekenmerken anderzijds. Bij het opstellen van de onderzoeksvraag en het uitwerken van de subvragen is gebruik gemaakt van een onderzoeksmodel. In dit onderzoeksmodel worden de onderzoeksvragen geplaatst, (zie figuur 2).



Figuur 2. Onderzoeksmodel; Verpleegkundige adoptiebereidheid ter voorbereiding op een implementatie

Doel

Het doel is om de aangepaste richtlijn, “V-MIS”, de rokende zwangere in een klinische setting optimaal te begeleiden, te implementeren in een obstetrische klinische setting. Om de implementatie te bewerkstelligen wordt gekeken naar de fit en de adoptiebereidheid om tot

succesvolle implementatie te komen. Daarnaast levert het onderzoek een theoretische bijdrage aan de onderzoekslijn van “Verpleegkundige innovatie en implementatie” van de disciplinegroep Verplegingswetenschap verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Centrale Vraag

Hoe is de samenhang tussen de fit (van innovatie- en organisatiekenmerken) en adoptiebereidheid, rekening houdend met de persoonskenmerken van verpleegkundigen werkzaam op een obstetrische afdeling, van een niet academisch topklinisch ziekenhuis in het oosten van Nederland?

Deelvragen

1. Hoe zijn de organisatiekenmerken van de obstetrische klinische afdeling te typeren?
2. Hoe zijn de innovatiekenmerken van de richtlijn “V-MIS” te typeren?
3. Wat is de adoptiebereidheid van obstetrische verpleegkundigen m.b.t. het gebruik van de richtlijn “V-MIS”?
4. Welke relatie is aanwezig tussen de persoonskenmerken (roken en scholing) van obstetrische verpleegkundigen en de adoptiebereidheid?
5. Hoe is de onderlinge fit tussen de afdelingskenmerken en de innovatiekenmerken?

Methode

Het onderzoek is een dwarsdoorsnede onderzoek en betreft hier een kwantitatief beschrijvend correlationeel onderzoek in een obstetrische klinische setting. De dataverzameling van dit onderzoekstype bestond uit het afnemen van schriftelijke vragenlijsten met de gewaarborgde anonimiteit van de respondenten. Het onderzoek is geen patiëntgebonden onderzoek wat ervoor zorgt dat dit onderzoek niet valt onder de WMO (21). Toestemming voor het onderzoek is gevraagd aan, en gekregen van het hoofd zorgteam van de afdeling waar de obstetrische verpleegkundigen werkzaam zijn. Bij het afnemen en verwerken van de enquêtes is rekening gehouden met de Wet Privacybescherming. De dataverzameling heeft plaatsgevonden van 20 januari tot 21 februari 2009.

Aanpassing richtlijn

De richtlijn “V-MIS” is door de onderzoeker tekstueel aangepast. De tekstuele aanpassing betreft het stroomdiagram en de interventiekaart rookgedrag van de V-MIS. In beiden is een wijziging aangebracht in de tijdspanne. In de poliklinische situatie vindt het opnieuw bespreekbaar maken van het rookgedrag na de stopdatum bij het volgende consult plaats, dit is in de aangepaste versie van de V-MIS in de klinische situatie gewijzigd in “een week na de

stopdatum". Ook is een verandering in tijd aangebracht, in het bespreken van het rookgedrag na de bevalling. In de poliklinische situatie vindt dit in de 8^e maand na bevalling plaats, in de klinische situatie is dit gewijzigd naar een bespreking bij ontslag. Dat de aanpassing naar de klinische praktijk tot de mogelijkheden van het gebruik van de V-MIS behoort, is bij navraag door de onderzoeker onderschreven door het Nederlands expertise centrum voor tabakspreventie (10).

Onderzoekspopulatie

Tot de doelpopulatie van dit onderzoek behoren obstetrische verpleegkundigen, die in Nederland werkzaam zijn in een klinische praktijk van een niet academisch topklinisch ziekenhuis, en mogelijk gaan werken met de richtlijn "V-MIS" om zwangeren te helpen stoppen met roken. Op basis van toestemming is een groot topklinisch ziekenhuis in het oosten van Nederland geselecteerd. De geselecteerde afdeling moest zwangere patiënten, welke langdurig op de afdeling verblijven, opnemen, zodat het gebruik van de richtlijn mogelijk is. De gelegenheidssteekproef bestond uit alle 26 verpleegkundigen werkzaam op deze obstetrische zwangeren afdeling en gespecialiseerd in obstetrie.

Meetinstrumenten

Door middel van gestructureerde vragenlijsten zijn data verzameld. Hiermee is over de persoonskenmerken, de adoptiebereidheid, de innovatie- en organisatiekenmerken kennis verkregen. Voor het meten van de organisatie- en innovatiekenmerken is gebruik gemaakt van de verkorte versie van de vragenlijst "waargenomen organisatie(unit)kenmerken" en "waargenomen innovatiekenmerken". Deze twee vragenlijsten zijn ontwikkeld door de discipline-groep Verplegingswetenschap van Universiteit Utrecht. De vragenlijsten zijn valide en betrouwbaar gebleken voor de vier configuratietypen (22). De waargenomen innovatiekenmerken lijst is aangepast door de term 'innovatie' in de vragenlijst te vervangen door de naam van de richtlijn 'V-MIS'.

Beide vragenlijsten zijn gebaseerd op het innovatiecontingentiemodel van Van Linge en kijken naar de gelaagdheid van de configuratie. Per vragenlijst bevat de vragenlijst 24 gestructureerde vragen, waarbij gebruik gemaakt wordt van een 5-punts antwoordschaal lopend van 'geheel oneens' naar 'geheel eens'. Uitkomstmaten van de vragenlijsten zijn: een regelgerichte, resultaatgerichte, teamgerichte en ondernemingsgerichte configuratie. De waarden zijn verwerkt volgens voorschrift. Er wordt cumulatief weergegeven (van -100% tot + 100%) hoeveel procent de scores afwijken van de middelste score (noch mee eens, noch mee oneens), welke de mate van aan- of afwezigheid van een configuratie weergeeft.

De demografische factoren, leeftijd, geslacht en aantal jaren werkzaam op de onderzochte obstetrische afdeling zijn in het onderzoek gevraagd. De persoonskenmerken “zelf wel of niet roken” en “wel of niet geschoold zijn in gesprekstechnieken” zijn apart als vraag aan de vragenlijst toegevoegd.

Adoptiebereidheid is, op basis van de vraag aan de verpleegkundige of deze de richtlijn gaat gebruiken, in kaart gebracht. Hierbij is gebruik gemaakt van de Visueel Analoge Schaal (VAS) lopend van 1 (helemaal geen gebruik) tot 10 (zeer zeker) om optimaal gebruik te maken van de richtlijn. De VAS schaal is uit onderzoek als betrouwbare schaal gebleken (23). De inhoudsvaliditeit is (met de VAS met 1 item) gering, dit wordt veroorzaakt door zijn unidimensionaliteit (24).

Fit

De fit is in kaart gebracht door de interactie tussen de verschillende configuraties. Deze interactie, fit als ‘profile deviation’, is toegepast om fit te bepalen tussen de configuraties en de adoptiebereidheid (25). In het fit als interactie model wordt uitgegaan van het scorepatroon van de best scorende groep (op de afhankelijke variabele adoptiebereidheid in dit geval). De scores van de individuele verpleegkundigen zijn berekend als mate van afwijking van het scorepatroon van de normgroep. Misfits worden beschouwd als afwijking van het ideaalprofiel (26). De mate van afwijking van de individuele verpleegkundigen aan dit ideaalprofiel is gemeten door de euclidische afstand te meten (25).

Data analyse

Data werden verwerkt gebruikmakend van beschrijvende (gemiddelden, frequenties) en toetsende (vergelijkende en verband aantonende) statistiek. Het statistische significantieniveau werd vastgesteld op een p-waarde $\leq 0,05$. Voor de statistische analyse is gebruik gemaakt van het programma Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versie 17 en Microsoft Office Excell 2007. De vragenlijsten zijn door de onderzoeker handmatig in SPSS ingevoerd en met een complete herhaling van invoer is nauwkeurigheid van de invoer van beide vragenlijsten getoetst: 100 % nauwkeurigheid.

Resultaten

Van de 26 aangeschreven obstetrische verpleegkundigen kwamen 25 vragenlijsten retour (responsgraad 96 %). De non respons werd verklaard door een negatief gevoel van anonimiteit bij inlevering van de vragenlijst. Ondanks uitleg over de gewaarborgde anonimiteit in de uitwerking is geen respons verkregen. Van alle 25 ingevulde en gebruikte vragenlijsten zijn 24 vragenlijsten volledig ingevuld, van één ontbrak het antwoord op de adoptiebereidheid.

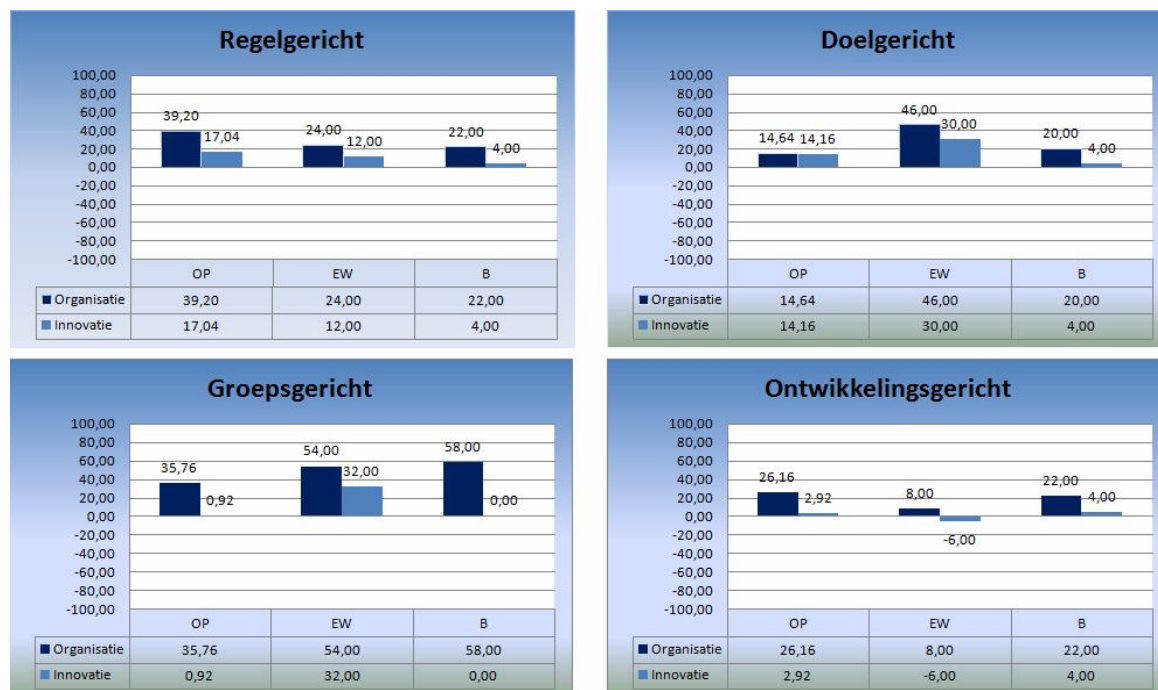
Alle respondenten waren vrouwelijk. Ongeveer 8 % (n=2) had <2 jaar ervaring, 8 % (n=2) had 2 t/m 5 jaar werkervaring, 68 % (n= 17) 6 t/m 10 jaar werkervaring en 16 % (n= 4) had > 10 jaar werkervaring. De gemiddelde leeftijd is 41,72 met een standaard deviatie van 5,13, spreiding van 32 tot 52. De overige demografische gegevens van de respondenten zijn in tabel 1 opgenomen.

Tabel 1; frequentietabel werkervaring en persoonskenmerken scholing en roken

Werkervaring	Roken		Scholing	
	ja	nee	ja	nee
<2 jaar	0	2	1	1
2 t/m 5 jaar	0	2	0	2
6 t/m 10 jaar	1	16	13	4
> 10 jaar	0	4	4	0
Totaal	1	24	18	7

Perceptie op Innovatie- en Organisatiekenmerken

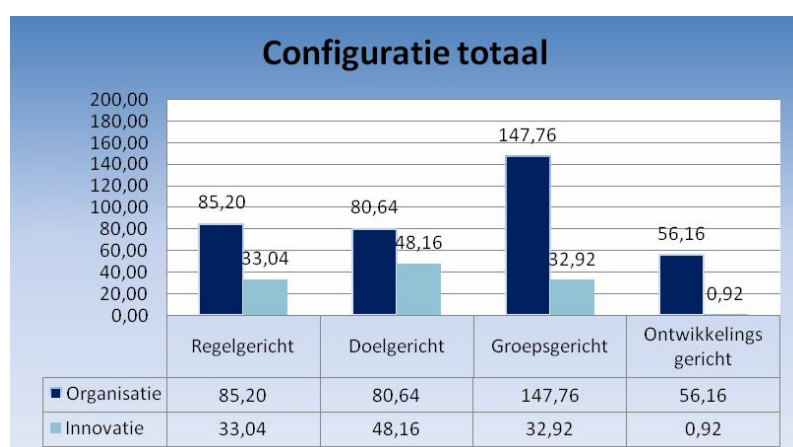
De perceptie is divers. De percentagescores van de vier afdelingsconfuguraties en innovatieconfiguraties, regel-,doel-, groeps- en ontwikkelingsgericht, zijn in figuur 3 weergegeven.



Figuur 3; Organisatie- c.q. Afdelingskenmerken en Innovatie kenmerken in verschillende lagen.

OP=Operationele kenmerken, EW= Expliciete waarden en B= Basale opvattingen.

De gemiddelden bij alle vier de configuraties zijn bij de organisatiekenmerken iets hoger dan bij de innovatiekenmerken. De basale waarden van de innovatiekenmerken zijn op alle vier de configuraties nauwelijks aanwezig. De groepsgerichte configuratie is bij de organisatiekenmerken de sterkste configuratie, de innovatie wordt echter niet zo ervaren. Voor de configuraties doelgericht en groepsgericht scoren de expliciete waarden voor beide kenmerken hoog. Er is sprake van een interne congruentie wat duidt op een harmonische situatie van waarden, bij zowel de organisatiekenmerken alsook de innovatiekenmerken in de regel- en ontwikkelingsgerichte configuratie, aangezien het verschil tussen de lagen minder dan 30% is. De groepsgerichte configuratie is bij de organisatiekenmerken congruent, de doelgerichte configuratie is dat bij de innovatiekenmerken.



Figuur 4; Organisatie- c.q. Afdelingskenmerken en Innovatie kenmerken als som van de verschillende lagen.

Indien de scores van de configuratielagen bij elkaar opgeteld worden (zie figuur 4) scoren de groepskenmerken bij de groepsconfiguratie het hoogst, 147,76. Regel- en doelgericht naderen elkaar met 85,20 en 80,64. De innovatiekenmerken hebben als hoogste configuratie het doelgericht zijn met 48,16. Groeps- en regelgericht naderen elkaar met 32,92 en 33,04 de innovatie kenmerken worden op beide configuraties even sterk ervaren.

Adoptiebereidheid en persoonskenmerken

Adoptiebereidheid is gemeten op een VAS schaal van 1 (geen adoptiebereidheid) en 10 (volledige adoptiebereidheid). Niemand scoort neutraal (5), er zijn 10 scores onder neutraal en 14 scores boven neutraal. Er wordt 7 keer gescoord met een score 1,2 of 3 en 5 keer met een 8,9 of 10. De grootste groep zit in de score 6 en 7 met n=9. De gemiddelde adoptiebereidheid van het gehele team is 5,33 met standaarddeviatie 2,57.

Van de 25 verpleegkundige is er 1 verpleegkundige die rookt, door het lage aantal wordt de karakteristiek “roken” niet meegenomen in de verdere uitwerking. De gemiddelde scores in

relatie tot de persoonskenmerk "gevolgde scholing" van de respondenten zijn getoond in tabel 2. Hieruit blijkt dat de gemiddelde adoptiebereidheid voor de karakteristiek "wel scholing gehad" 5,17 bedraagt, tegen 5,83 voor de groep die geen scholing heeft gehad. De spreiding van adoptiebereidheid is bij de groep met gevolgde scholing groter (1 - 10), dan bij de groep zonder scholing (3 - 8). Adoptiebereidheid is verdeeld in 2 klassen. Hoge adoptiebereidheid (score 6 t/m 10), lage adoptiebereidheid (score 1 t/m 5). Een verband tussen het persoonskenmerk; gevolgde scholing en adoptiebereidheid van de V-MIS richtlijn is bij de statistisch chi-kwadraat Fisher's exact toets met een p-waarde van 1,0 niet significant, (zie tabel 2).

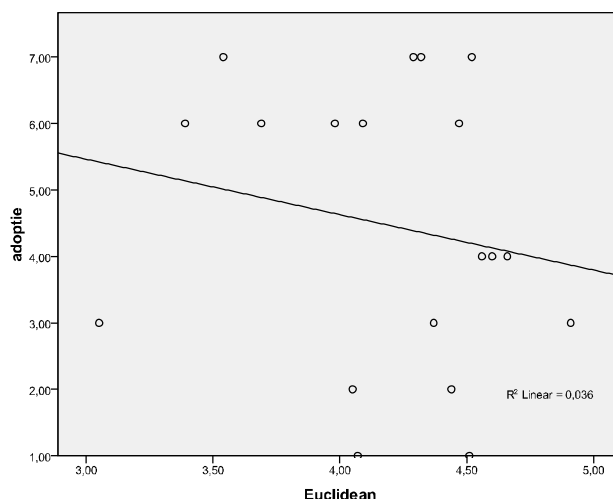
Tabel 2; Gemiddelde scores adoptiebereidheid volgens de karakteristiek "scholing" van de respondenten en Chi kwadraat persoonskenmerk "scholing gesprekstechnieken" en adoptiebereidheid in 2 klassen.

		Adoptiebereidheid					
		laag	hoog	totaal	Mediaan (interkwartielrange)	Min Max	Gemiddelde adoptiebereidheid (SD)
Scholing	Ja	10	8	18	6,00 (5)	1-10	5,17 (2,77)
	Nee	4	2	6	6,50 (4)	3-8	5,83 (1,94)
	Totaal	14	10	24			

	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Fisher's Exact Test	1,00	,51

Fit en adoptiebereidheid

De groep die de hoogste adoptiebereidheid heeft ten opzichte van de richtlijn de V-MIS (score 8 t/m 10) is gebruikt als normgroep voor fit, n=5. Om het verband tussen fit als profile deviation en de adoptiebereidheid te berekenen is een regressieanalyse uitgevoerd. De verwachting is dat hoe groter de afwijking van de normgroep is (euclidische afstand) hoe kleiner de adoptiebereidheid zal zijn. Het spreidingsdiagram bevat de euclidian distance en de adoptiebereidheid van de overgebleven verpleegkundigen welke buiten de normgroep vallen, (zie figuur 5).



Figuur 5; Spreidingsdiagram euclidian distance en adoptiebereidheid V-MIS.

De regressie laat zien dat bij eenzijdig toetsen ($p \leq 0,5$) de p waarde 0,219 niet significant is. Er is geen significant verband aantoonbaar.

Door gebruik te maken van de euclidian distance is fit in één getal uitgedrukt. Dit zorgt ervoor dat er geen duidelijk zicht meer is op wat er in de verschillende configuratielagen is gebeurd. Gebruik van een clusteranalyse naast de euclidian distance kan het doel om fit meer inzichtelijk te maken beter bereikbaar maken. De clusteranalyse op fit is hiervoor alsnog toegepast. Bij de verdeling voor 3 clusters werd 1 cluster zo klein ($n=2$), dat gekozen is om een analyse op 2 clusters (zie tabel 3) toe te passen.

Tabel 3;Definitieve clusterindeling

	Cluster	
	1	2
Respondenten (missing n=2)	10	14
adoptiebereidheid	3	7
Regelgericht Organisatie	3,64	3,53
Resultaatgericht Organisatie	3,54	3,55
Groepsgericht Organisatie	3,83	4,11
Ondernemingsgericht Organisatie	3,12	3,59
Regelgericht Innovatie	2,93	3,38
Resultaatgericht Innovatie	3,07	3,46
Groepsgericht Innovatie	3,02	3,32
Ondernemingsgericht Innovatie	2,76	3,11

Het eerste cluster met respondenten (n=10), geeft weer dat bij zwak ontwikkelde configuraties een lage adoptiebereidheid (3) is. De configuraties zijn als een gemiddelde score op een 5 punts likertschaal gemeten. Bij de configuraties van de innovatie is de score op groepsgericht neutraal. De scores van de configuraties van de organisatie zijn hoger maar blijven onder de 4 (laagste score 3,12 en hoogste 3,64).

Het tweede cluster, waar iets meer dan de helft van de respondenten onder valt (n=14), heeft een adoptiebereidheid van 7 voor de richtlijn en sterker ontwikkelde configuraties. Groepsgericht heeft voor de organisatie de hoogste score (4,1), ondernemingsgericht voor de innovatie de laagste (3,1). Organisatieconfiguraties zijn hoger (laagste score 3,53 en hoogste 4,11) dan innovatieconfiguraties (laagste 3,11 en hoogste 3,46).

Discussie

De clusteranalyse laat een positief verband zien tussen adoptiebereidheid en fit (van innovatie- en organisatiekenmerken). Zoals verwacht blijkt uit de clusteranalyse, dat bij een hoge adoptiebereidheid sterkere configuraties ontwikkeld zijn. Dit houdt in dat het team meer flexibiliteit kent doordat het verschillende organisatiekenmerken bevat (7). Het zorgt ervoor dat het team op verschillende kenmerken kan reageren en daardoor de innovatie makkelijker kan accepteren. Een specifieke eigenschap van een richtlijn is, dat een richtlijn meerdere kenmerken zoals een controlerende en een intern gerichte focus bezit. Vanwege de aanwezige configuraties bezit het team de innovatiekenmerken en is hierdoor beter in staat om de richtlijn te accepteren en te adopteren. Dit wordt bevestigd door de literatuur, waaruit blijkt dat een team dat meer configuratiekenmerken ontwikkeld heeft, in staat is om verder te kijken dan zichzelf (7). De regressieanalyse laat geen verband zien. Vanwege de kleine steekproef (n=25) kan verklaard worden dat de regressieanalyse geen significant verband kan bewijzen.

Onderlinge fit tussen afdeling- en innovatiekenmerken

De resultaten van de organisatiekenmerken laten op alle configuraties kenmerken zien, een hybride omgeving volgens van Linge (7), waarbij met name kenmerken uit de groepsgerichte configuratie opvallen. Van Linge (7) noemt een dergelijke organisatie een systeem met meerdere embryonale configuraties. De groepsgerichte configuratie van de organisatie is hierbij het sterkst aanwezig. Binnen de gezondheidszorg is dit een verwachte uitslag doordat samenwerking, sociaal en communicatief vaardig zijn en het delen van kennis kenmerken zijn die veel voorkomen in de gezondheidszorg, wat overeenkomt met de basale waarden van de groepsgerichte configuratie. Ook de expliciete laag, die de vastlegging van doelen en kennis over effecten interpreteert, is hier sterk ontwikkeld. De operationele laag heeft een

lagere score. Een verklaring hiervoor kan gevonden worden, aangezien de uitvoering van de patiëntenzorg met name individueel gebeurt.

Bij vergelijking van de innovatie- en organisatiekenmerken is een misfit aanwezig. Het verpleegkundige team is meer groepsgericht, de innovatie (de richtlijn V-MIS) bevat daarentegen kenmerken uit de regel- en resultaatgerichte configuratie, al zijn deze niet sterk aanwezig. Bij de doelgerichte configuratie is de expliciete laag het meest aanwezig. Dit sluit aan bij de innovatie, het doel is immers de patiënt te laten stoppen met roken. De ontwikkelingsgerichte configuratie scoort op expliciete waarden laag. De innovatie wordt door de afdeling daarmee niet als vernieuwend gezien. Dit was te verwachten doordat de regelgeving, invoering van een tabaksonthoudingsbeleid ten opzichte van het roken, is aangescherpt en bij een ieder onder de aandacht is geweest (27). Daarnaast is het algemeen bekend dat roken in negatieve zin van invloed is op de gezondheid van moeder en ongeboren kind. Meerdere maatschappelijke campagnes gericht op het stoppen met roken tijdens de zwangerschap zijn de laatste jaren uitgevoerd en hebben aan het zich bewust zijn van de gevaren bijgedragen. Hierdoor is stoppen met roken tijdens de zwangerschap een gemeengoed en voor verpleegkundigen een geaccepteerde en normale wijze van omgang met een zwangerschap.

Persoonskenmerken

De adoptiebereidheid (met betrekking tot de V-MIS) heeft in de gemeten chi-kwadraat, statistisch geen onderlinge samenhang met het persoonskenmerk; de gevolgde scholing van de hulpverlener met betrekking tot gesprekstechnieken. Dit blijkt ook uit de gemiddelde adoptiebereidheidscore welke lager is bij de groep welke scholing heeft gevolgd. Dit is opmerkelijk doordat uit literatuur blijkt dat bereidwilligheid van hulpverleners, om een stoppen met roken programma uit te voeren, verkregen kan worden door training. Geschikt zijn training om het stoppen met roken programma toe te passen en training op de benodigde vaardigheden om de juiste gesprekstechnieken te gebruiken (12,14,15,16,17,19,20,28,29). De Vries et al. (28) geven als aanbeveling voor eisen van implementatie aan, een onderzoek te houden waarbij naar de V-MIS gekeken wordt en het effect van deze aanpak in combinatie met motivational interviewing. Motivational interviewing vraagt om specifieke scholing van gesprekstechnieken voor de hulpverlener. De noodzakelijke scholing komt mogelijk niet overeen met de gevraagde scholing algemene gesprekstechnieken uit het onderzoek. Dit zou verklaren dat de verpleegkundige adoptiebereidheid voor de V-MIS niet significant hoger is met gevolgde scholing. Door specifieke scholing te volgen is mogelijk wel een significant verband tussen fit en scholing te zien.

Een veronderstelling is dat verpleegkundigen die zelf roken minder gemakkelijk de innovatie accepteren dan verpleegkundigen die dit niet doen. Vanwege de lage aanwezigheid van verpleegkundigen die roken ($n=1$) is hier geen verband aantoonbaar. Wat niet is meegenomen maar wel van invloed zou kunnen zijn, is de kijk van een individuele verpleegkundige op het roken in een zwangerschap. Uit de praktijk komt naar voren dat roken in een zwangerschap, door individuele verpleegkundigen, wordt veroordeeld en niet begrepen. Dit zou een positieve uitslag van de adoptiebereidheid mogelijk hebben kunnen beïnvloeden.

Beperkingen en sterke kanten van het onderzoek

Meerdere respondenten gaven aan dat de vragen uit de vragenlijsten, door onduidelijkheid of niet eenduidig taalgebruik en voor meerdere uitleg vatbaar, moeilijk te begrijpen waren en daardoor lastig in te vullen. De door de respondenten ervaren onduidelijkheid kan de uitkomsten beïnvloed hebben. Er is geen onderzoek gedaan van de vragenlijst na het wijzigen van de term innovatie in “de V-MIS”, wat mogelijk van invloed op de validiteit van de vragenlijst kan zijn geweest. De organisatie- en innovatiekenmerken zijn geanalyseerd waarbij berekening is toegepast van mean scores en het optellen van deze scores. Deze methode van analyseren kent beperkingen, wat van invloed kan zijn op de interne validiteit. Dit zorgt voor ervoor dat generaliseren moeilijk is, de resultaten wijzen echter wel in een positieve richting welke door andere obstetrische afdelingen als trend kunnen worden meegenomen om gegevens af te leiden bij implementatie van de V-MIS richtlijn.

De groep verpleegkundigen in het onderzoek is een homogene groep, alle verpleegkundigen zijn werkzaam op dezelfde afdeling en hebben zich gespecialiseerd in de obstetrie. Dit verhoogt de representativiteit (30). De onderzoekspopulatie van dit onderzoek is één obstetrische klinische afdeling, het betreft hier 26 verpleegkundigen. Deze populatie is klein waardoor statistische bewijzen moeilijk te verkrijgen zijn maar wel een trend af te leiden is.

Een sterke kant van het onderzoek is de hoge respons (96%). Dit kan worden verklaard doordat de onderzoeker tot een jaar geleden deel heeft uitgemaakt van de onderzochte afdeling. Mogelijk zijn de antwoorden van de invuller op sociaal wenselijk gedrag ingevuld. Om bias te voorkomen is gebruik gemaakt van zoveel mogelijke anonimiteit in dataverzameling en volledige anonimiteit in data-analyse van het onderzoek.

Conclusie

Dit onderzoek toont een positief verband aan tussen adoptiebereidheid en fit, van innovatie- en organisatiekenmerken, afhankelijk van de analysemethode die is toegepast. Dit wil zeggen dat hoe hoger de fit, hoe hoger de adoptiebereidheid is voor implementatie van de V-

MIS richtlijn. Het positieve verband is echter alleen aanwijsbaar bij de clusteranalyse. Er is gekeken naar het persoonskenmerk scholing. Scholing toont geen hogere adoptiebereidheid aan waardoor algemene scholing in gesprekstechnieken niet significant van belang is voor de adoptiebereidheid om de richtlijn de V-MIS te implementeren. Het persoonskenmerk roken is niet meegenomen waardoor geen conclusie te trekken is.

Aanbevelingen

Afdelingsgebonden

Alvorens de richtlijn op de obstetrische afdeling in de praktijk te implementeren, is het raadzaam om specifieke scholing, zoals motivational interviewing welke gericht is op gebruik van de richtlijn de V-MIS, te laten volgen door de verpleegkundigen.

Vervolg onderzoek

Een aanbeveling is om dit onderzoek op grotere schaal te onderzoeken met meerdere afdelingen en ziekenhuizen, waarbij gekeken wordt naar de adoptiebereidheid van de richtlijn "V-MIS". Daarbij rekening houdend met de visie van verpleegkundigen op rokende zwangeren, het zelf roken en specifieke scholing. Scholing, zoals motivational interviewing, welke gericht is op verpleegkundigen met betrekking tot het gebruik van de richtlijn "V-MIS".

Een aanbeveling is om uitgebreider onderzoek te doen naar de begrijpelijkheid en de invloed hiervan op de uitslag van de verkorte versie van de vragenlijst "waargenomen organisatie(unit)kenmerken" en "waargenomen innovatiekenmerken" ontwikkeld door de discipline-groep Verplegingswetenschap van Universiteit Utrecht.

Nurses' adoption readiness of a guideline.

Smoking cessation for pregnant women in an obstetric clinical setting: a research on adoption readiness before implementation.

Summary

BACKGROUND: An effective guideline to advance smoking cessation for pregnant women is the obstetric minimal intervention strategy (Dutch abbreviation) V-MIS. In a clinical setting V-MIS has not (yet) been used. In advance to implementation a survey on adoption readiness for using V-MIS in the clinical setting is undertaken. **AIM:** Study to develop knowledge and insight in personal-, innovation- and organisation characteristics and their influence on obstetrics nurses' adoption readiness of a guideline, thus contributing to more successful implementation of the guideline V-MIS in the future. Coherence between fit (of innovation- and organisation characteristics) and adoption readiness is analyzed taken into account personal characteristics and nurses working on the obstetrics ward in a non academic topclinical hospital in the eastern part of Holland, who smoke themselves. **METHOD:** Questionnaires used on one specific ward, to determine innovation- and organisation characteristics. Different questionnaires will be used to determine adoption readiness and personal characteristics. Comparison of innovation- and organisation characteristics determine the fit. **FINDINGS:** High fitscores are associated with high adoption readiness for implementing the guideline V-mis dependant on the method of analysis. General education in conversation technique does not raise adoption readiness for V-MIS. Smoking amongst nurses is not further investigated. **DISCUSSION:** Comparison of innovation- and organisation characteristics show a misfit. Adoption readiness (for V-MIS) and the personal characteristic "had training in general conversation technique" show no coherence. This is possibly caused by the fact that this training not being the most suitable. **CONCLUSION:** The survey shows a positive coherence between adoption readiness and fit, as well as between innovation- and organisation characteristics, all depending on the method of analysis used. **RECOMMENDATION:** A larger investigation on adoption readiness for the guideline V-MIS, taken into account nurses' views on pregnant women smoking and specific training in conversation techniques.

Keywords

Pregnancy, Smoking Cessation, Implementation, Nurse, Hospital-based.

Literatuurlijst

- 1 Centraal Bureau voor de Statistiek. *Nederland toonaangevend in geboorteregeling en laat moederschap Gidsland of buitenbeentje?* CBS Index 2001;9:26-28.
- 2 Garssen J, Meulen A van der. Bevolkingstrends, 3e kwartaal 2004 *Ontwikkelingen rond de perinatale sterfte in Nederland*. Centraal bureau voor de statistiek (CBS) 2004;15-31.
- 3 Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *The Cochrane library* 2004;1-70.
- 4 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. *Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving*, Alphen aan den Rijn CBO 2004;1-171.
- 5 Halfsens RJG, Linge RH van. *Disseminatie en implementatie van kennis in de verpleegkundige en verzorgende praktijk*. State of the art studie verpleging en verzorging, Utrecht. 2003;457-468.
- 6 ZonMw implementatiekennis begrippen. Afgehaald van website op 12-04-2008, van: <http://www.zonmw.nl/nl/implementatie/implementatiekennis/begrippen/>
- 7 Linge RH van, *Innoveren in de Gezondheidszorg: Theorie, Praktijk en Onderzoek*. 1e druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg;2006.
- 8 Weel C van, Coebergh JWW, Drenthen T, Schippers GM, Spiegel PI van, Anderson PD, Bladeren FA van, Veenendaal H van. Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* 2005;149(1):17-21.
- 9 Peters L, Kleinjan M, Bouwens J, Eijnden R van. *Aanbevelingen onderzoek en implementatie op het terrein van de aanpak van roken* - Adviesdocument ZonMw 2007;1-56.
- 10 Stivoro. Feiten en cijfers 2008. Afgehaald van website op 27-01-2008, van: <http://www.stivoro.nl>
- 11 Bakker, M.J., Vries, H., Dolan Mullen, P., & Kok, G. (2005). Predictors of perceiving smoking cessation counselling as a midwife's role: a survey of Dutch midwives, *European Journal of Public Health*, 15(1), 39-42.

12 Maloni JA, Albrecht SA, Thomas KK, Halleran J, Jones R. Implementing evidence-based practice: reducing risk for low birth weight through pregnancy smoking cessation. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2003;32:676.

13 Avidano Britton GR, Brinthaup J, Stehle JM, James GD. The effectiveness of a nurse-managed perinatal smoking cessation program implemented in a rural county. *Nicotine & Tobacco Research* 2006;8:13-28.

14 Chapin J, Root W. Improving obstetrician-gynecologist implementation of smoking cessation guidelines for pregnant women: an interim report of the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Nicotine & Tobacco Research* 2004;6 Suppl 2:S253-S257.

15 Chalmers K, Gupton A, Katz A, Hack T, Hildes-Ripstein E, Brown J, McMillan D, Labossiere D, Mackay M, Pickerl C, Savard-Preston Y, St Vincent J, Morris HM, Cann B. The description and evaluation of a longitudinal pilot study of a smoking relapse/reduction intervention for perinatal women. *Journal of Advanced Nursing* 2004;45:162-71.

16 Aquilino ML, Goody CM, Lowe JB. WIC providers' perspectives on offering smoking cessation interventions. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing* 2003;28:326-32.

17 Bull L. Smoking cessation intervention with pregnant women and new parents (part 2): a focus group study of health visitors and midwives working in the UK. *Journal of Neonatal Nursing* 2007;13:179-85.

18 Bull L, Whitehead E. Smoking cessation intervention with pregnant women and new parents: a survey of health visitors, midwives and practice nurses. *Journal of Neonatal Nursing* 2006;12:209-15.

19 Price JH, Jordan TR, Dake JA. Perceptions and use of smoking cessation in nurse-midwives' practice. *Journal of Midwifery Womens Health* 2006;51:208-15.

20 Pullon S, McLeod D, Benn C, Viccars A, White S, Cookson T et al. Smoking cessation in New Zealand: education and resources for use by midwives for women who smoke during pregnancy. *Health Promotion International* 2003;18:315-25.

21 CCMO. Website van de centrale commissie mensgebonden onderzoek. Verkregen op 14 september, 2008, via <http://www.ccmo-online.nl/main.asp>

22 Linge, R.H., van. (2007) *Validiteit van de vragenlijsten uit onderzoekslijn innovatie implementatie*. Unpublished manuscript. Disciplinegroep verplegingswetenschap Universiteit Utrecht, Utrecht.

23 Padilla, G.V., Presant, C., Grant, M.M., Metter, G., Lipsett, J., & Heide, F. (1983) Quality of life index for patients with cancer. *Research in Nursing & Health*, 6, 117-126.

24 Sim, J., & Waterfield, J.(1997). Validity, reliability and responsiveness in the assessment of pain. *Physiotherapie Theorie and Practice*, 13, 23-37.

25 Bergeron, F., Raymond, L., & Rivard, S. (2001). Fit in strategic information technology management research: an empirical comparison of perspectives. *Omega, the international journal of managementscience*, 29, 125-142.

26 Drazin, R. & Van de Ven, A.H. (1995). Alternative Forms of Fit in Contingency Theory. *Administrative Science Quarterly*, 30, (4), 514-539.

27 Ministerie volksgezondheid, welzijn en sport. Roken en de wet 2008. Afgehaald van website op 21-01-2008, van: <http://www.rokenendewet.nl/index.asp>

28 Vries H de, Bakker M, Mullen PD, Breukelen G van. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Education Counseling* 2006;63:177-87.

29 Crawford MA, Woodby LL, Russell TV, Windsor RA. Using formative evaluation to improve a smoking cessation intervention for pregnant women. *Health Communication* 2005;17:265-81.

30 Polit, D.F., Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.