

# Opleiding Verpleegkunde

## Afstuderen: c. Implementatie

Handleiding	Jaar 4
Voltijd / Duaal	Studiejaar 2018-2019

## **ALGEMENE INFORMATIE**

### *Inleiding*

In het afstudeerjaar toont de bijna-afgestudeerde verpleegkundige aan (1) een handelingsbekwame verpleegkundige te zijn; (2) complexe zorgverlening te onderbouwen met klinisch redeneren, op basis van diepgaande achtergrondkennis en het beste wetenschappelijk bewijs; en (3) de kwaliteit van de zorgverlening vanuit verschillende invalshoeken structureel en doelgericht te kunnen verbeteren. Daarnaast laat de student (4) zien in staat te zijn tot kritische reflectie.

In het onderdeel Implementatie laat de student zien dat hij/zij een kwaliteitsverbetering in het primaire proces structureel en doelgericht kan implementeren. Dit komt tot uiting in het opstellen van een implementatieplan voor een kwaliteitsverbetering op de stage-afdeling. Het implementatieplan is gebaseerd op context- en probleemanalyse en er wordt gebruikt gemaakt van een effectieve implementatiestrategie.

### *Studiepunten*

De onderwijseenheid 'Afstuderen' omvat 16 EC (448 sbu). De volgende onderdelen maken deel uit van deze onderwijseenheid:

Literatuurstudie

Case study

Reflectie

Implementatie

Bij de reguliere voltijdopleiding en bij de duaalopleiding HBOV Anesthesie valt ook de cursus EBP4 onder deze onderwijseenheid. Dit laatste geldt dus niet voor de AGZ- en GGZ-duaalopleiding en voor de voltijd AIZ-opleiding.

Bij het voltijd intracurriculair honoursprogramma AIZ is het afstuderen verdeeld over twee opleidingsjaren. De onderwijseenheid 'Afstuderen: implementatie' omvat 5 EC en valt binnen het derde opleidingsjaar, de onderwijseenheid 'Afstuderen: case study' (literatuurstudie, case study, reflectie) omvat 11 EC en valt binnen het vierde opleidingsjaar.

### *Competenties*

Bij het werken aan het implementatieplan staan de volgende competenties (op niveau 3) centraal:

7. De verpleegkundige handelt vanuit een continu aanwezig onderzoekend vermogen leidend tot reflectie, evidence-based practice (EBP) en innovatie van de beroepspraktijk.
14. De verpleegkundige monitort, meet en screent de zorgverlening zowel op het niveau van de individuele zorgverlening als op het niveau van de eenheid waarin zij/hij werkt om goede kwaliteit van zorg te borgen dan wel zorg te verbeteren.
15. De verpleegkundige levert een bijdrage aan kwaliteitssystemen binnen de organisatie en is betrokken bij het lokaal toepasbaar maken en uitvoeren van standaarden, richtlijnen, protocollen en zorgtechnologie, signaleert het ontbreken en draagt bij aan de ontwikkeling hiervan.

### *Programmadoelen*

De student kan:

1. de kenmerken van de gewenste implementatie vergelijken met de huidige werkwijze;
2. de cultuur van de eigen werkeenheden ten aanzien van implementatie analyseren en beschrijven;

3. voor de implementatie relevante organisatiestructuren en werkprocessen analyseren en beschrijven;
4. relevante sociale, organisatorische en maatschappelijke factoren die op de implementatie van invloed zijn, analyseren en beschrijven;
5. vanuit een context- en een probleemanalyse tot een heldere implementatiediagnose komen;
6. op grond van het voorafgaande een onderbouwde keuze van implementatiestrategieën maken;
7. een aanbeveling over het primair proces systematisch uitwerken in een adequaat en concreet implementatieplan.
8. beschrijven op welke manier de implementatie geëvalueerd en geborgd kan worden;
9. nieuwe kennis en de eigen expertise via het implementatieplan overbrengen aan collega-verpleegkundigen.

#### *Programmasoort*

Individuele opdracht.

#### *Samenstelling studentengroep*

Introductie van het afstuderen: cohort (50 minuten: binnen introductiecollege)

Ondersteunend onderwijs in basisgroep:

Cursus Implementatiekunde

#### *Literatuur/Bronnen/Middelen*

Geraadpleegde literatuur:

1. Andriessen D. Praktisch relevant én methodisch grondig? Dimensies van onderzoek in het hbo. Openbare les. Utrecht: Hogeschool Utrecht; 2014.
2. Sluijsmans D, Andriessen D, Sporken S, Dijkstra A, Vonk F. Goed beslissen over beroepsbekwaamheid in het hbo. *Onderwijsinnovatie* 2014;3:17-26.

Verplichte literatuur:

3. Wensing M, Grol R, redactie. Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 7<sup>de</sup> druk. Houten: BSL; 2017.

#### *Docentenrol*

Consultgever

#### *Aanwezigheid*

Binnen dit programma geldt geen aanwezigheidsplicht.

#### *Toetsen en Beoordelen<sup>1</sup>*

Dit programma wordt via het implementatieplan getoetst. De precieze toetseisen zijn in de bijlage opgenomen in beoordelingsformulieren. Voor alle producten moet ten minste een 5,5 behaald zijn. Uitsluitend voor de reguliere voltijdopleiding en voor de duaalopleiding HBOV Anesthesie geldt dat ook aan de eisen van EBP4 voldaan moet zijn om de studiepunten voor deze onderwijseenheid toegekend te krijgen.

---

<sup>1</sup> Aan deze tekst kunnen geen rechten worden ontleend: zie OER voor definitieve tekst

Let op: bij alle schriftelijke producten zijn de voorwaardelijke criteria zijn van toepassing.

### *Herkansing*

De herkansing in hetzelfde studiejaar is het verbeteren van het product op grond van de beoordeling/feedback van de docent. Indien deze herkansing in hetzelfde studiejaar niet wordt behaald gelden bij de daaropvolgende herkansingen de eisen van het lopende studiejaar. De inleverdatum is conform het toetsrooster.

### *Cognitieve toetsmatrix (complexiteitsniveau 3)*

<b>Cognitieve taxonomie</b> → <b>Beoordelingscriteria</b> ↘	<b>kennis</b>	<b>begrip</b>	<b>toepassing</b>	<b>analyse</b>	<b>synthese</b>	<b>evaluatie</b>	<b>weging in %</b>
1. De kenmerken van de gewenste implementatie zijn helder vergeleken met de huidige werkwijze.				X			5%
2. De cultuur van de eigen werkeenheden ten aanzien van implementatie is met voldoende diepgang geanalyseerd en beschreven.				X			10%
3. De voor de implementatie relevante organisatiestructuren en werkprocessen zijn met voldoende diepgang geanalyseerd en beschreven.				X			10%
4. De relevante sociale, organisatorische en maatschappelijke factoren die op de implementatie van invloed zijn, zijn geanalyseerd en beschreven.				X			10%
5. De implementatiediagnose komt duidelijk en logisch voort uit de context- en de probleemanalyse, en is helder geformuleerd.					X		15%
6. De keuze van de implementatiestrategieën is duidelijk en adequaat onderbouwd, en gebaseerd op de voorafgaande analyse.					X		15%
7. Er is een adequate manier hoe de implementatie				X			10%

geëvalueerd en geborgd kan worden, helder beschreven.							
8. De implementatie-activiteiten zijn systematisch uitgewerkt in een adequaat en concreet implementatieplan.					X		15%
9. Via het implementatieplan biedt de student de praktijk nieuwe kennis en/of draagt eigen expertise over.					X		10%
<b>Totaal</b>							<b>100%</b>

## Het implementatieplan

Implementatie wordt omschreven als: “een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen (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” (3, p.32).

In de implementatiefase onderzoekt de student hoe een uit de case study voortkomende kwaliteitsverbetering in de praktijk geïmplementeerd kan worden. Het resultaat hiervan is het implementatieplan. Voor het implementatieplan analyseert de student de determinanten die de invoering van de kwaliteitsverbetering beïnvloeden, dat kunnen zowel bevorderende als belemmerende of beperkende factoren zijn. De student koppelt in het implementatieplan de kwaliteitsverbetering aan de structuur en cultuur en de sociale, organisatorische en maatschappelijke factoren op de werkeenheden.

Om de effectiviteit van de implementatie te bevorderen is een goed gebruik van implementatietheorieën van belang. Hierbij moet het plan worden onderbouwd met inzichten uit deze theorieën. Door theorie te koppelen aan de analyse van de determinanten en aan de kenmerken van de gewenste implementatie, ontstaat een implementatiestrategie. Deze strategie wordt tot een concreet implementatieplan verwerkt. Ter ondersteuning van het schrijven van het implementatieplan worden lessen implementatiekunde aangeboden.

## Opdracht

De student schrijft een implementatieplan van maximaal 4000 woorden voor een uit de case study voortkomende kwaliteitsverbetering<sup>2</sup> van beperkte omvang.

## Werkwijze

Grol en Wensing (2015, p.17) onderscheiden grofweg 7 stappen in het implementeren:

1. Ontwikkel voorstel voor verandering
2. Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering
3. Probleemanalyse doelgroep en setting
4. Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën
5. Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan
6. Integratie in routines
7. (Continue) evaluatie en (indien nodig) bijstelling van plan

### *Ontwikkel voorstel voor verandering*

Het voorstel voor verandering is een concretisering van een (bij voorkeur aan de case study gerelateerde<sup>2</sup>) kwaliteitsverbetering met betrekking tot een (beperkte en afgebakende) verandering in het primair proces (dus in de directe patiëntenzorg).

### *Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering*

De gewenste kwaliteitsverbetering wordt met de huidige feitelijke zorg vergeleken, waardoor duidelijk wordt wat er moet veranderen om de kwaliteitsverbetering door te kunnen voeren. Wat zijn de concrete doelen van de gewenste kwaliteitsverbetering? Zijn er eventueel indicatoren te

---

<sup>2</sup> Indien uit de case study geen implementeerbare aanbeveling voortkomt, mag de student een andere beperkte zorgverbetering in het primair proces in een implementatieplan uitwerken.

formuleren? In hoeverre passen de kenmerken en doelen van de verandering bij al bestaande doelen en werkwijzen? Hierbij moet ook duidelijk worden wat het voordeel van deze kwaliteitsverbetering voor de patiënt is. Is er eerder geprobeerd een dergelijke kwaliteitsverbetering door te voeren, en wat waren toen eventueel succes- en/of faalfactoren?

#### *Probleemanalyse doelgroep en setting*

Bij deze probleemanalyse worden sociale, organisatorische en, indien van toepassing, maatschappelijke factoren geanalyseerd. Teamcultuur van het team dat de verandering zal uitvoeren, veranderingsbereidheid van het team en van de individuele teamleden, formeel en informeel leiderschap zijn voorbeelden van relevante sociale factoren. De organisatie en de manier waarop taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden formeel en informeel zijn geregeld en vastgelegd, en de structuren in de organisatie (bijvoorbeeld: overlegstructuur, wel of niet bestaan van een organisatiebrede protocollencommissie, kwaliteitssysteem) zijn voorbeelden van organisatorische factoren. Bij maatschappelijke factoren denk je bijvoorbeeld aan juridische factoren als de WGBO of de (veiligheids)eisen die de IGZ via de Kwaliteitswet Zorginstellingen aan een zorginstelling stelt. Alleen als het bij het onderwerp van de implementatie relevant is worden de maatschappelijke factoren geanalyseerd.

#### *Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën*

Afhankelijk van de determinanten waarvan bij de voorafgaande analyse bleek dat ze een belangrijke rol bij het succesvol implementeren spelen, zijn verschillende implementatietheorieën relevant. Het boek van Wensing & Grol biedt een breed overzicht van verschillende theorieën op dit gebied. Door de belangrijke determinanten van de context en de kenmerken van de gewenste kwaliteitsverbetering aan de implementatietheorieën te koppelen, kan een implementatiestrategie ontwikkeld worden.

#### *Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan*

Het implementatieplan zelf is de concretisering van het bovenstaande in een duidelijk plan. In dit plan is een tijdspad met een activiteitschema uitgewerkt. In het activiteitschema staat wie, wanneer, hoe, wat met welk doel doet, en wie daarvoor uiteindelijk verantwoordelijk is.

#### *Integratie in routines*

Bij de start van het doorvoeren van een verandering is er meestal veel aandacht voor de nieuwe werkwijze. Na verloop van tijd dreigt dat echter te verslappen en bestaat het risico dat weer op oude routines wordt teruggegrepen. Daarom hoort het implementatieplan ook aandacht te besteden aan de fase waarin de verandering behouden moet worden: hoe wordt de implementatie in de routines ingepast, zodat er werkelijk sprake is van een structurele verbetering

#### *(Continue) evaluatie en (indien nodig) bijstelling van plan*

Natuurlijk kunnen zich onvoorziene situaties, invloeden, gebeurtenissen voordoen, die bijstelling van het plan nodig maken. Verder zal er in veel gevallen voortschrijdend inzicht zijn, waardoor ook bijstelling verstandig is. Er moet dus goed nagedacht worden over de organisatie van evaluatie van het plan, en evaluatie van de resultaten van de uitvoering van het plan. Wat moet wanneer, op welke wijze, door wie, geëvalueerd worden? Wie is hiervoor verantwoordelijk, en wie is verantwoordelijk voor (het nemen van beslissingen over) het bijstellen van het plan, of van de verbetering zelf?

## **Opbouw implementatieplan**

### *1. Titel*

### *2. Inleiding*

In de inleiding wordt een korte schets gegeven van de te verbeteren werkwijze en van de beoogde kwaliteitsverbetering (eventueel wordt dit uit de case study teruggehaald). Het gaat hierbij om een korte schets van de te verbeteren werkwijze en van de beoogde kwaliteitsverbetering. Indien het mogelijk is wordt in de inleiding ook aangegeven hoe groot het probleem is, en hoe vaak de situatie die via deze implementatie verbeterd wordt, voorkomt.

### *3. De context en de kwaliteitsverbetering zelf*

Via een beknopte uitleg van de huidige werkprocessen en stakeholders (setting, de patiëntengroep, het team, huidige werkwijze) die bij de verandering betrokken zijn, wordt de lezer in staat gesteld de implementatie en het plan in de juiste context te plaatsen. Vervolgens wordt aangegeven in welke mate en op welke wijze de kwaliteitsverbetering aansluit bij de bestaande praktijk, en welke kenmerken van de kwaliteitsverbetering de succesvolle implementatie bevorderen of juist beperken.

### *4. Kenmerken van de sociale context*

In dit onderdeel van het implementatieplan staat een beschrijving van de doelgroep die de implementatie door moet voeren en de veranderde werkwijze in de praktijk uit zal voeren. Meestal zal dit het verpleegkundig team zijn. Daarbij kan gedacht worden aan het onderzoeken en beantwoorden van vragen als:

- Wat voor (implementatie)cultuur heeft dit team, en hoe blijkt dit (bijvoorbeeld bij eerdere implementaties)?
- Hoe is de veranderingsbereidheid van het team en van de verschillende segmenten binnen het team?
- Heeft ieder op dit moment voldoende kennis en vaardigheden om de veranderde werkwijze uit te kunnen voeren?
- Hoe is de motivatie voor deze verandering?

### *5. Kenmerken van de organisatorische en maatschappelijke context*

Bij de kenmerken van de setting wordt ingegaan op de andere stakeholders dan de doelgroep. Wie heeft nog meer belangen op het gebied van de beoogde verandering, wat zijn hun belangen, en hoe stellen zij zich op tegenover de verandering? Verder wordt ingegaan op organisatorische en maatschappelijke factoren: structuren (bijvoorbeeld een protocollencommissie), werkprocessen, beschikbare middelen, wetgeving, kwaliteitssystemen, zorgverzekeraar, landelijke ontwikkelingen, impact die dit onderwerp mogelijk in de pers heeft (gehad), en dergelijke.

### *6. De implementatiediagnose*

In de implementatiediagnose wordt een conclusie geformuleerd met *de belangrijkste* (belemmerende en bevorderende) factoren/determinanten uit de contextanalyse (sociale, organisatorische en maatschappelijke context) en de analyse van verbetering zelf, de doelgroep en



de setting (stakeholders en huidig werkproces). Dit wordt kort, en in onderlinge samenhang, geformuleerd.

### *7. Implementatietheorieën en -strategie*

De implementatiediagnose wordt aan (verschillende) implementatietheorieën gekoppeld. Hierbij wordt gemotiveerd weergegeven welke factoren via welke implementatietheorie beïnvloed en gebruikt zullen worden. Hierop volgt een concrete uitwerking: hoe worden de implementatietheorieën omgezet in werkwijzen of activiteiten waarlangs de factoren beïnvloed worden. Het geheel van deze doelgerichte en samenhangende activiteiten en werkwijzen is de implementatiestrategie.

### *8. Tijdsplan en activiteitenschema*

Het tijdsplan en activiteitenschema moet alle betrokkenen, in staat stellen om snel overzicht over het concrete implementatieplan te krijgen. Hierbij zijn de rollen van de betrokkenen beschreven en het tijdsplan en activiteitenschema zijn gerelateerd aan de afdeling.

Het (helder vormgegeven) schema geeft weer wie, wanneer, met welk doel, welke activiteit onderneemt, en wie voor deze activiteit verantwoordelijk is.

### *9. Borging*

Door de verbetering te borgen wordt de nieuwe werkwijze structureel doorgevoerd in de organisatie, en wordt dus terugval naar de oude situatie voorkomen. Door een goede borging wordt de vernieuwde werkwijze als het ware gegarandeerd, en is het niet afhankelijk van de persoon of deze werkwijze al dan niet uitgevoerd wordt.

### *10. Evaluatie*

De tijdsplanning van de evaluatie is natuurlijk in het tijdsplan en activiteitenschema opgenomen. In de evaluatieparagraaf van het implementatieplan worden de evaluatie-onderwerpen en de bijhorende evaluatiecriteria geformuleerd.

## **Begeleiding**

Het implementatieplan is een individuele opdracht. Nadat de opdracht geïntroduceerd en toegelicht is, volgen de ondersteunende lessen waarin studenten elkaar en een vakdocent gerichte vragen kunnen stellen.

### *Ondersteunend onderwijs*

De cursussen Klinisch redeneren, EBP, Implementatie, en de catch-up lessen Beroepsgericht schrijven en EBP2/systematisch literatuur zoeken, ondersteunen de studenten inhoudelijk bij het uitwerken van hun afstudeerproducten.

### *Afstudeeratelier*

In het afstudeeratelier wordt vraaggerichte begeleiding geboden bij het werken aan afstudeerproducten. Deze begeleiding heeft de vorm van consultatie. Het heet 'atelier' omdat het de bedoeling is dat studenten aan hun afstudeerproducten werken in een lokaal waarin ook een docent aan het werk is, en dan tegelijk beschikbaar is voor consultatie.

Gedurende de afstudeerperiode staat op 5 dagdelen Afstudeeratelier in het rooster gepland. In het leslokaal kunnen studenten aan hun afstudeerproducten (Literatuurstudie, Case study, Implementatie, Reflectie) werken. Verder is er een docent aan het werk. Indien een student een vraag heeft, vast dreigt te lopen, of twijfelt over een bepaalde stap, kan zij/hij een individuele consultvraag aan de docent stellen. De docent bespreekt de vraag met de student op een coachende manier, dat wil zeggen dat de docent niet 'het antwoord voorzegt', maar met de student kijkt naar het probleem en ze samen naar een oplossing of oplossingsrichting zoeken. Per consultvraag wordt maximaal 10 minuten uitgetrokken. Bij de start van het atelier legt de docent een rooster neer waarop de student zich kan inschrijven voor een consult. Dit is met name belangrijk voor de situatie waarin er veel studenten zijn die een consultvraag hebben.

De student levert via OnStage op de in de afstudeerplanning vastgelegde datum een eerste (concept)versie van het implementatieplan in bij de eerste examinerator. De examinerator voorziet het implementatieplan aan de hand van het beoordelingsformulier van feedback. Op basis van deze feedback kan de student het implementatieplan aanpassen en volgens toetsrooster een definitieve versie inleveren via OnStage. Indien de student onderdelen van de feedback niet begrijpt kan deze de examinerator enkele concrete vragen stellen ter verduidelijking. Dit kan per mail, telefoon of in een persoonlijk 10-minutengesprek.

### **Beoordeling**

Elke competentie wordt aan de hand van de bijhorende beoordelingscriteria holistisch beoordeeld. De eerste examinerator geeft een voorlopige beoordeling (inclusief voorwaardelijke criteria) van het implementatieplan, en legt deze voorlopige beoordeling (via OnStage) voor aan de tweede examinerator. De tweede examinerator geeft schriftelijk en beargumenteerd (via OnStage) aan of, en op welke onderdelen, zijn beoordeling afwijkt van die van de eerste examinerator. De eerste examinerator stelt vervolgens de definitieve beoordeling vast. Indien de beoordelingen van de eerste en de tweede examinerator meer dan 1,5 punt verschillen, of indien een van beide examineratoren tot de beoordeling 'onvoldoende' komt, waar de andere examinerator 'voldoende' beoordeelt, wordt een beoordeling door een derde examinerator uitgevoerd.

## Beoordelingsformulier: Implementatieplan

Naam student:

Cijfer:

Studentnummer:

Toetsdatum:

Naam eerste examinator:

Naam tweede examinator:

<b>Competentie en indicatoren</b> (beoordeling op complexiteit van redeneren, niveau 3) <i>De competenties worden holistisch beoordeeld, de examinator houdt daarbij rekening met de aandachtspunten die onder de competenties staan, zonder deze exact te wegen.</i>	<b>Opmerkingen examinator</b>	<b>Aantal punten<sup>3</sup></b>
<p><b>14-1. De verpleegkundige monitort, meet en screent de zorgverlening zowel op het niveau van de individuele zorgverlening als op het niveau van de eenheid waarin zij/hij werkt om goede kwaliteit van zorg te borgen dan wel zorg te verbeteren.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de kenmerken van de gewenste implementatie zijn helder vergeleken met de huidige werkwijze;</li> <li>• de cultuur van de eigen werkeenheden ten aanzien van implementatie is met voldoende diepgang geanalyseerd en beschreven;</li> <li>• de voor de implementatie relevante organisatiestructuren en werkprocessen zijn met voldoende diepgang geanalyseerd en beschreven;</li> <li>• de relevante sociale, organisatorische en (indien van toepassing) maatschappelijke factoren die op de implementatie van invloed zijn, zijn geanalyseerd en beschreven;</li> <li>• de implementatiediagnose komt duidelijk en logisch voort uit de context- en de probleemanalyse, en is helder geformuleerd;</li> <li>• het implementatieplan levert een bijdrage aan, en schept voorwaarden om de kwaliteit van zorg te verbeteren.</li> </ul>		Max. 35 punten
<p><b>7. De verpleegkundige handelt vanuit een continu aanwezig onderzoekend vermogen leidend tot reflectie, evidence-based practice (EBP) en innovatie van de beroepspraktijk.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• draagt systematisch bij aan de verbetering en vernieuwing van de zorgverlening;</li> </ul>		Max. 20 punten

<sup>3</sup>De examinator geeft punten (in de conceptfase O/V) per competentie (dus voor 14-1, 7, 15, en 14-2), niet per indicator.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• via het implementatieplan brengt de student zowel nieuwe kennis over ontwikkelingen in de patiëntenzorg, als eigen expertise over op collega-verpleegkundigen en andere betrokken zorgverleners in de praktijk.</li> </ul>		
<p><b>15. De verpleegkundige levert een bijdrage aan kwaliteitssystemen binnen de organisatie en is betrokken bij het lokaal toepasbaar maken en uitvoeren van standaarden, richtlijnen, protocollen en zorgtechnologie, signaleert het ontbreken en draagt bij aan de ontwikkeling hiervan.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• doet suggesties tot verbetering van de zorgverlening;</li> <li>• zoekt naar mogelijkheden tot verbetering van werkmethode, aanpak, processen of systemen, en voert deze planmatig uit;</li> <li>• de keuze van de implementatiestrategie is duidelijk en adequaat onderbouwd, en gebaseerd op de voorafgaande analyse;</li> <li>• de implementatie-activiteiten zijn systematisch uitgewerkt in een adequaat en concreet implementatieplan.</li> </ul>		Max. 35 punten
<p><b>14-2. De verpleegkundige monitort, meet en screent de zorgverlening zowel op het niveau van de individuele zorgverlening als op het niveau van de eenheid waarin zij/hij werkt om goede kwaliteit van zorg te borgen dan wel zorg te verbeteren.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• er is heldere beschrijving van een adequate manier waarop de implementatie geëvalueerd en geborgd kan worden.</li> </ul>		Max. 10 punten