

IMPLEMENTATIE VAN KENNIS IN DE PRAKTIJK

HET RICHTLIJNEN IMPLEMENTATIEPROGRAMMA

WOK, 2003

**R. Grol
M. Wensing
M. Laurant
M. Harmsen**

Colofon

Dit is een publicatie van het Centre for Quality of Care Research (WOK), UMC St Radboud Nijmegen, mogelijk gemaakt door het Ministerie van VWS (registratienummer 545272).

Auteurs:

Prof. dr. Richard Grol

Dr. Michel Wensing

Drs. Mirjam Harmsen

Drs. Miranda Laurant

Nijmegen, 2003

Centre for Quality of Care Research
(WOK)
Afdeling Kwaliteit van Zorg
Universitair Medisch Centrum St Radboud
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen
tel: 024-3615305/fax: 024-3540166
www.wokresearch.nl

Centre for Quality of Care Research
(WOK)
Afdeling Huisartsgeneeskunde
Universiteit Maastricht
Postbus 616
6200 MD Maastricht

ISBN nummer: 76316-18-X

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord

1	Het programma	5
2	Belangrijkste bevindingen	7
2.1	Implementatie algemeen	8
2.2	Vorbereiding en planning	10
2.3	Innovatie/verandering	11
2.4	Probleemanalyse	12
2.5	Interventies	13
2.6	Evalueren	14
2.7	Aanbevelingen voor beleid, praktijk en onderzoek	15
3	Overzicht producten	19
3.1	Boeken en rapporten	19
3.2	Cursussen en conferenties	23
3.3	Producten vanuit de projecten	25

Bijlage: Overzicht van publicaties vanuit het programma (tot en met 2002)

VOORWOORD

Op 2 april 1997 werd door de Minister van VWS de voortgangsrapportage ‘Medical Technology Assessment (MTA) en Doelmatigheid van Zorg’ verzonden aan de Voorzitter van de Tweede Kamer. Hierin werd gesproken over een opdracht een onderzoeksprogramma uit te voeren op het gebied van ‘Implementatie van onderzoeksresultaten en richtlijnen’. Deze opdracht was bestemd voor de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) van de Katholieke Universiteit Nijmegen en de Universiteit Maastricht (UM). In 1998 is dit onderzoeksprogramma met subsidie van het Ministerie van VWS van start gegaan onder de naam ‘MTA- en Richtlijnen Implementatie’ (kortweg ‘Implementatieprogramma’). In de periode 1998-2002 is een groot aantal projecten en onderzoeksactiviteiten uitgevoerd, ten dele met aanvullende subsidies uit andere bronnen.

Deze rapportage presenteert een beknopte samenvatting van de belangrijkste bevindingen van bovengenoemd onderzoeksprogramma. Het omvat tevens een overzicht van de eindproducten van de verschillende studies binnen het programma. Voor meer informatie over het programma en de uitgevoerde studies verwijzen wij naar onze website (www.wokresearch.nl) en naar de diverse publicaties, boeken en rapportages uit het programma.

Richard Grol

1 HET PROGRAMMA

Doel van het programma was het krijgen van inzicht in factoren en methoden die van invloed zijn op een effectieve implementatie in de patiëntenzorg van richtlijnen, onderzoeksresultaten en nieuwe werkwijzen. Zowel het verbeteren van de effectiviteit als de doelmatigheid in de patiëntenzorg was hierbij het uiteindelijke doel.

Om dit doel te bereiken is een groot aantal projecten en studies uitgevoerd. Dit betrof zowel ziektespecifieke als generieke studies:

- a) ziektespecifieke studies zijn uitgevoerd naar de meest effectieve manier om richtlijnen op het gebied van diabetes, maagklachten, beroerte, lage rugpijn, cholesterol en bemoeilijkte mictie te implementeren. Het betrof richtlijnen ontwikkeld door CBO, NHG, NPI, Hartstichting en andere organisaties.
- b) generieke studies zijn ondernomen naar principes van effectieve (wetenschappelijke) kennis, richtlijnen en ‘best practices’ in de praktijk. Dit betrof studies naar:
 - kenmerken van richtlijnen die goed of niet goed worden toegepast,
 - de beste manier om richtlijnen onder specialisten te verspreiden,
 - implementatie van lokale transmurale verwijsprotocollen,
 - het meten van knelpunten en behoeften van hulpverleners ten aanzien van verandering in de praktijk,
 - een geschikte methode om implementatieactiviteiten goed te monitoren,
 - het meten van kosten verbonden aan implementatie.

De projecten werden steeds ondersteund door systematische literatuurstudies op het terrein van implementatie van innovaties.

In de uitvoering van het programma is nauw samengewerkt met andere organisaties, waaronder ZONMw (programma Effectieve Implementatie), CBO, NHG, NPI, NDF, Cochrane Centre, iMTA, iBMG, Nederlandse Hartstichting en andere, zodat steeds een breed draagvlak werd verworven voor de onderzochte implementatiebenaderingen.

2 BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN

Het programma bood de mogelijkheid tot het ontwikkelen van een aantal concrete projecten op het terrein van implementatie die tezamen een groot aantal waardevolle producten, instrumenten en hulpmiddelen voor de praktijk hebben opgeleverd (handboek, meetinstrumenten, trainingsprogramma's, cursussen, etc.). Dit is met name door de omvang van het programma en de subsidie mogelijk gemaakt. Omvangrijke projecten als het schrijven van een handboek met de state-of-the-art op dit nieuwe gebied waren alleen mogelijk op basis van een dergelijk programma. Het programma bood tevens de mogelijkheid om over een reeks projecten heen te kijken en generieke inzichten ten aanzien van implementatie te verzamelen, die men niet uit individuele projecten zou kunnen halen. Het programma vormde tenslotte als het ware een basissubsidie voor het aantrekken van andere subsidies: de door VWS geïnvesteerde subsidie heeft het aantrekken van zeker het dubbele aan investeringen uit andere bronnen gestimuleerd.

De belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit het programma worden hieronder samengevat. Eerst worden enkele conclusies ten aanzien van implementatie in het algemeen gepresenteerd. Vervolgens komen concrete conclusies voor elk van de onderdelen van het implementatiemodel dat in het programma is gehanteerd, aan bod. Tenslotte volgen enkele aanbevelingen voor beleid, praktijk en verder onderzoek.

Conclusies

- meestal is een intensieve, systematische aanpak nodig voor een effectieve implementatie van innovaties (richtlijnen, best practices, nieuwe procedures)
- met goed opgezette implementatieprojecten kan zo'n 10-15% verbetering op hoofdaspecten van de patiëntenzorg worden geboekt
- voor grotere verbetering is meestal een cultuuromslag in instellingen en praktijken nodig en meer en langer investeren in de verbetering van zorgprocessen en randvoorwaarden
- effectieve verandering vereist een goede organisatie en een flexibele planning
- effectieve verandering kost meestal meer tijd dan gepland
- draagvlak voor verandering en betrokkenheid van de doelgroep daarbij is cruciaal in effectieve implementatie
- inhoud, vormgeving, bron en presentatie van innovatie of richtlijn kunnen de toepassing in de praktijk positief én negatief beïnvloeden en vereisen veel aandacht
- richtlijnen, evidence en innovaties moeten vertaald worden in concrete veranderingsvoorstellen en in praktische producten aangepast aan diverse doelgroepen (zorgverleners, patiënten, beleidsmakers)
- alvorens te beginnen met verbeteren dient eerst een gedegen 'probleem-analyse' plaats te vinden
- disseminatie en implementatie van innovatie vereisen verschillende methoden en strategieën
- implementatiestrategieën moeten worden afgestemd op invoeringsproblemen, doelgroep, setting en middelen
- interactieve educatie, feedback, reminders en inzet van consulenten zijn vaak onderzocht en effectief gebleken
- valide, betrouwbare en toepasbare 'indicatoren' zijn nodig om na te gaan of de doelen van implementatie worden gehaald; ontwikkeling hiervan vereist specifieke expertise en training

2.1 Implementatie algemeen

Implementatie van innovaties en verandering in de patiëntenzorg vindt soms met succes plaats door louter een goede verspreiding van informatie. Meestal echter, vooral als het complexe veranderingen betreft, is een meer intensieve en systematische

aanpak nodig, waarin verschillende taken vervuld moeten worden en verschillende stappen gezet moeten worden. Kernelementen van effectieve implementatie zijn:

- a. een goede voorbereiding en planning van de implementatie of verandering en het betrekken van alle belangrijke personen cq. organisaties daarbij,
- b. ontwikkelen van een aantal concrete, haalbare doelen voor verbetering, alsmede het vertalen van de evidence of beoogde verandering in praktische hulpmiddelen voor de doelgroep,
- c. analyse van mogelijke invoeringsproblemen en voorwaarden voor verandering,
- d. ontwikkelen of selecteren (op basis van de literatuur) van een aantal concrete strategieën en maatregelen om verandering te bereiken, toegesneden op de problemen, de doelgroep en de setting,
- e. praktische organisatie van de invoerings- of veranderactiviteiten,
- f. ontwikkelen van indicatoren en monitoring van verbetering; aanpassen van de aanpak op basis van de gegevens.

Het is mogelijk met een goed ontwikkelde, op de problemen toegesneden aanpak zoals hierboven beschreven werkelijke verandering in de patiëntenzorg te realiseren. Zowel de analyses van de literatuur als de diverse projecten uitgevoerd bij de WOK in het kader van dit programma laten zien dat dergelijke veranderingen mogelijk zijn. Gewoonlijk bedraagt de winst in goed opgezette interventieprojecten maximaal zo'n 10 à 15% verbetering wat betreft de gekozen centrale doelen. Het is niet zo dat bepaalde methodes, interventies of maatregelen in alle situaties superieur zijn. Een dergelijk resultaat kan, indien behaald in een groot aantal praktijken of instellingen, zeer de moeite waard zijn. De interventieperiodes in dergelijke projecten bedragen echter meestal niet meer dan 6-12 maanden. Wil men meer winst boeken of de behaalde winst behouden, is allereerst continuering en herhaling van de interventie nodig. Daarnaast bestaat de indruk dat, wil men méér verandering in de instelling of praktijk realiseren, eerst allerlei randvoorwaarden voor verandering gerealiseerd moeten worden. Dit betreft onder andere:

- inzoomen op één of enkele zeer concrete veranderingen met een grote relevantie voor patiënten, betrokken hulpverleners of de samenleving als geheel,
- een cultuuromslag realiseren in instellingen, waardoor ook de algemene bereidheid om aan kwaliteitsverbetering te werken toeneemt, met name onder artsen,
- meer energie steken in het herontwerpen van complete zorgprocessen, met alle disciplines die ervoor nodig zijn,
- zorgen voor randvoorwaarden in de financiële en organisatorische sfeer.

Een voorbeeld vormt het invoeren van CBO-richtlijnen voor diabetes in ziekenhuizen. Met de gekozen interventies (op professionals, teams en patiënten gericht) bleek het mogelijk 5-15% verbetering in verschillende kernindicatoren te realiseren. Echter, om méér winst te boeken zouden bijvoorbeeld méér formatie en betere inzet van diabetesverpleegkundigen nodig zijn, zouden bepaalde multidisciplinaire zorgprocessen en ketens veranderd moeten worden, zou de veranderingsbereidheid onder medische specialisten vergroot moeten worden, en zou intensiever aan één of enkele veranderingen (bijv. diabetische voetpoli's) gewerkt moeten worden. Het zal duidelijk zijn dat dit meer en langere inzet van middelen en personen vergt en een bredere aanpak dan alleen het implementeren van de richtlijn.

Het belang van een algemeen positief klimaat voor verandering als cruciale succesfactor komt in veel projecten naar voren. Dit is een vraag voor toekomstig implementatieonderzoek: hoe kan een dergelijk klimaat bevorderd worden, hoe kan op dit punt een cultuuromslag worden bereikt?

Het is tenslotte van belang, als men een nieuw potentieel interessante en effectieve verbeterstrategie of -programma heeft ontwikkeld, om al vroeg na te gaan hoe bredere toepassing hiervan gerealiseerd kan worden. Communicatie van een project of activiteit naar de toekomstige gebruikers van het product moet vanaf de start plaatsvinden.

2.2 Voorbereiding en planning

Effectieve verandering in de patiëntenzorg vereist enige voorbereiding en een goede organisatie. Implementatie betreft meestal een reeks van onderling samenhangende taken, waar men zich goed van bewust moet zijn en die men dient te plannen. Tegelijk moet de planning flexibel zijn, omdat de implementatie zelden exact zo loopt als men tevoren had gepland. Het verdient aanbeveling om op beperkte schaal te beginnen en geleidelijk uit te breiden als blijkt dat men op de goede weg is met de implementatie-activiteiten.

Hoe goed alles ook is voorbereid, implementatie van veranderingen in de zorg blijkt gewoonlijk veel tijd te kosten, meestal meer tijd dan verwacht en gepland. Vaak worden interventies gepland voor de periode van 6-12 maanden, soms iets langer. Dit blijkt vaak tekort voor dergelijke projecten. Continuïteit in en herhaling van de interventies is gewenst om succes te boeken. De organisatie ten behoeve van de uitvoering blijkt gewoonlijk ook meer tijd dan verwacht te kosten.

Het belang van het creëren van een draagvlak voor een invoeringsproject en voor de verandering in de doelgroep was in onze projecten een constante factor en lijkt een voorwaarde voor een succesvolle implementatie. Contacten met de wetenschappelijke vereniging, inschakeling van opinieleiders, overleg op de werkplek

en commitment van het management kunnen allemaal bijdragen aan een succesvol project. Ze garanderen geen succes, maar zonder deze betrokkenheid zal verandering soms moeilijker verlopen. De doelgroep wordt idealiter betrokken bij zowel het kiezen van doelen en het vaststellen van gewenste veranderingen als bij het bepalen hoe veranderingen in de praktijk het best gerealiseerd kunnen worden.

2.3 Innovatie/verandering

Het is duidelijk geworden uit zowel de analyse van de literatuur, als uit de verschillende projecten dat het hebben van een (goede, evidence based) richtlijn onvoldoende is om een veranderings- of implementatietraject te beginnen. Binnen zo'n traject zal ook gericht aandacht besteed moeten worden aan de wijze waarop deze eruit ziet en wordt gepresenteerd. Richtlijnen, nieuwe wetenschappelijke informatie of nieuwe procedures en technieken moeten meestal vertaald worden in een concreet voorstel voor verandering. Daarbij moet men zich vaak beperken tot enkele concrete doelen waarop de veranderingsactiviteiten zich met name zullen richten.

Belangrijk in de presentatie van de innovatie zijn o.a.:

- presentatie van de wetenschappelijke achtergrond of de ervaringen ermee in de praktijk,
- de overzichtelijkheid en toegankelijkheid van de aanbevelingen, inclusief een optimale lay-out,
- de bron van de aanbevelingen,
- de vormgeving van de aanbevelingen, met name een aantrekkelijke presentatie ervan,
- hulpmiddelen voor het toepassen van de innovatie in de praktijk.

Uit onderzoek bleek, en dit wordt bevestigd in de literatuur, dat de bron van nieuwe informatie en innovaties van groot belang is. Men accepteert vaak alleen wat uit de eigen 'club' komt. Dit betekent dat bijvoorbeeld richtlijnen gemaakt door multi-disciplinaire werkgroepen (zoals ontwikkeld in de CBO-procedure) bij voorkeur een vertaling en label krijgen van de eigen beroeps- of wetenschappelijke vereniging.

Het voorstel voor verandering wordt verder bij voorkeur omgezet in een reeks van praktische producten en hulpmiddelen voor diverse doelgroepen. Vaak wordt de ontwikkeling hiervan onvoldoende begroot. Een les voor beleidsmakers is dat er analoog aan de ontwikkeling van richtlijnen of innovaties gewerkt moet worden aan de ontwikkeling van hulpmiddelen bij die richtlijnen of innovaties die ook vooraf worden getest. Dit betekent bijvoorbeeld vertaling van evidence of richtlijnen in lokale multi-disciplinaire protocollen, in hulpmiddelen voor zorgverleners (bijv. gecomputeriseerde

decision-aids), in folders of andere informatie voor patiënten en in indicatoren om zorg aan af te meten. Dit soort producten moet worden afgestemd op de behoeften van de diverse doelgroepen. Ze moeten er aantrekkelijk uitzien en bij voorkeur op hun toegankelijkheid en leesbaarheid worden getest. In het programma is in dit verband ervaring opgedaan met o.a. een diabetes paspoort (onvoldoende vooraf getest, bleek achteraf voor verbetering vatbaar), een tabel over het risico op hart- en vaatziekten (stap voor stap ontwikkeld en getest onder huisartsen en patiënten) en brochures over rugpijn en maagklachten.

Uitgangspunt voor een zinvolle verbetering van de patiëntenzorg hoeft niet altijd evidence of een (evidence-based) richtlijn te zijn. Voor veel handelingen in de dagelijkse patiëntenzorg ontbreekt die evidence of deze is niet toepasbaar. Vaak gaat het ook niet om concrete beslissingen die met evidence onderbouwd zijn, maar om reeksen van handelingen of multidisciplinaire zorgprocessen. Problemen in die processen en daarvoor gevonden werkzame oplossingen in de praktijk ('best practices') kunnen evengoed het startpunt voor een zinvolle implementatie vormen. Voorwaarde is wel dat er voldoende ervaring met deze innovaties is opgedaan en dat er ook gegevens zijn verzameld over de effecten die men ermee kan bereiken.

2.4 Probleemanalyse

Zowel in de literatuur als in de door de WOK uitgevoerde projecten komt zeer sterk het belang naar voren van een degelijke probleemanalyse alvorens men met allerlei interventies de implementatie van veranderingen probeert op gang te brengen. Problemen met implementatie liggen telkens verschillend per setting en doelgroep en een gedegen probleemanalyse moet daarom onderdeel uitmaken van elk implementatietraject. Het verdient aanbeveling hierin te investeren. In zo'n analyse zitten verschillende onderdelen:

- waar wijkt de patiëntenzorg het meest af van de gewenste situatie: niet alles is even belangrijk, het is gewenst de aandacht op enkele belangrijke knelpunten te richten. Bij lage rugpijn bleek, tegen de verwachting, het aanvragen van foto's door huisartsen niet een groot probleem. Voorschrijven van medicijnen en verwijzing naar fysiotherapie daarentegen wel.
- wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren om de gewenste situatie te bereiken: liggen de problemen bij de professionals, bij patiënten, bij de samenwerking, in de wijze van organisatie van de zorgprocessen, in de middelen of voorwaarden? Uit een analyse van knelpunten ten aanzien van de implementatie van verschillende richtlijnen bij diverse beroepsgroepen bleken verschillende knelpunten van belang te zijn. Dit heeft consequenties voor de te kiezen implementatiemethoden.

- wie zijn er betrokken in de huidige zorg en zijn belangrijk als er veranderingen aangebracht moeten worden?

Interventies die rekening hielden met de resultaten van zo'n probleemanalyse bleken in de literatuur effectiever dan interventies waarvoor dat niet gold. De knelpunten die men in een dergelijke probleemanalyse vindt, blijken ten dele generiek (bijv. een negatieve houding ten aanzien van richtlijnen in het algemeen), ten dele onderwerp-specifiek of doelgroep- cq settingspecifiek.

2.5 Interventies

Er dient in de selectie van interventies een onderscheid te worden gemaakt tussen disseminatie (verspreiden van de innovatie) en implementatie (feitelijke toepassing ervan bevorderen en verankeren). Beide vragen om verschillende interventies: disseminatie vraagt om interventies die meer gericht zijn op de kennis en acceptatie in grotere populaties; implementatie is vaak gericht op het feitelijk handelen van kleinere, omschreven doelgroepen. Effectieve disseminatie is meestal een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde voor zo'n feitelijke verandering in de zorg.

De ervaring in de diverse projecten leert dat het onvoldoende is om voor de vuist weg een interventiemethode of -strategie te kiezen en daarmee aan de slag te gaan. De interventie moet namelijk afgestemd worden op het probleem, de doelgroep, de setting en de beschikbare middelen. Een stapsgewijze aanpak om zo'n interventie te ontwikkelen, op kleine schaal te testen en dan geleidelijk uit te breiden wordt aanbevolen, maar dit kost tijd en geld, waar vaak geen rekening mee wordt gehouden in de opzet van het project. Het ontwikkelen van goede interventies vormt een van de minst onderzochte en uitgewerkte onderdelen van het implementatieproces. Er zijn methoden die hierbij kunnen helpen (zoals 'Intervention Mapping', in het programma in enkele projecten toegepast, of het 'Precede-Procede model'), maar meer onderzoek en ervaring is nodig alvorens op dit terrein echte aanbevelingen gedaan kunnen worden. In ons programma hebben wij een instrument ontwikkeld waarmee implementatie-activiteiten kunnen worden gepland en gemonitord.

Passieve vormen van educatie (informerende conferenties) kunnen nuttig zijn als eerste stap, maar ze moeten meestal worden aangevuld met interactieve vormen waarin de doelgroep actief aan de slag gaat met de voorgestelde verandering om deze in en aan te passen aan de eigen situatie. Feedback, vaak toegepast in kwaliteitsverbetering, bleek in de meeste projecten een waardevol onderdeel van de interventies. Het kan niet als enige strategie worden gebruikt, maar is vaak wel cruciaal om deelnemers aan te zetten tot verbeteringen. De aard en vorm van de feedback is erg belangrijk: bij voorkeur continue of periodiek, gekoppeld aan relevante indicatoren, gericht op het

handelen van individuen of teams, verstrekt door een gerespecteerde persoon of organisatie en ingebed in een bredere benadering (met educatie en ondersteuning).

Een andere interventie waar vaak succes mee wordt geboekt is de inzet van consulenten (outreach visitors, facilitators) voor face-to-face instructie of ondersteuning op de werkplek. Het moet dan iemand zijn die goed getraind en geprepareerd is en respect af kan dwingen bij de doelgroep. De kracht van deze interventie zit in de vertrouwensband die kan ontstaan en het aanpassen van de interventie aan specifieke kenmerken van doelgroep en setting. In het algemeen werkt een eenmalig bezoek niet voldoende. Afhankelijk van de te bereiken verandering moet er gedurende langere tijd support worden gegeven: dit is anders voor het veranderen van de medicatiekeus dan voor het veranderen van de organisatie van bepaalde zorgprocessen. Inzet van consulenten is vaak een werkzaam middel, maar er hangt meestal een prijskaartje aan.

Interventies gericht op patiënten worden nog relatief weinig toegepast in het implementeren van veranderingen. Het beperkt zich meestal tot het geven van folders aan patiënten. In ons programma hebben wij hiermee positieve ervaringen opgedaan, maar er ligt nog een terrein braak voor ontwikkeling en onderzoek.

Zoals eerder genoemd lijkt het gebruik van praktische hulpmiddelen in allerlei interventies van groot belang: attractieve en gemakkelijk te gebruiken reminderkaarten, richtlijnen op de computer of op 'handhelds', desk-top materialen, decision-aids/beslisbomen, etc. moeten meestal onderdeel uit maken van implementatieprogramma's. Het ontwikkelen ervan kost geld dat in de planning gereserveerd moet worden.

Interventies gericht op het beter organiseren van de zorg en het creëren van een infrastructuur en cultuur die veranderingen bevordert, zijn relatief weinig onderzocht. Ook hier ligt een terrein braak voor verdere ontwikkeling en onderzoek. Dit geldt ook voor nieuwe, interessante methoden als 'Doorbraak', 'Business Process Redesign', 'Lerende organisaties', etc. Onderzoek zou moeten uitwijzen wat de effectiviteit ervan is en welke kosten eraan verbonden zijn.

2.6 Evalueren

Evalueren is belangrijk omdat men dan pas kan zien of het beoogde effect is bereikt. Hiervoor zijn 'indicatoren' nodig. Objectieve informatie over de feitelijke zorg is op elk moment in een implementatieproces van belang: zowel aan het begin om te bepalen welke aspecten van de zorg het meest aandacht verdienen, tijdens de implementatie om tot een eventuele aanpassing van de aanpak te komen als aan het eind van het proces om te zien of de doelen zijn gehaald. Ook als men niet een echte implementatiestudie doet, maar een project in een praktijk of instelling uitvoert of een

regionale of landelijke implementatie opzet, is meten van voortgang aan de hand van objectieve informatie cruciaal. Het ontwikkelen en valideren van goede indicatoren t.b.v. deze evaluaties vormt een proces op zich, waarvoor voldoende inhoudelijke en methodologische expertise nodig is.

Evalueren zal iets anders inhouden (bijvoorbeeld opzet/meetpunten) voor een verbeterproject in een instelling dan in een gecontroleerde studie naar de (kosten-) effectiviteit van een bepaalde interventie. Beide kunnen echter waardevolle kennis over implementatie opleveren.

2.7 Aanbevelingen voor beleid, praktijk en onderzoek

Hieronder volgt een aantal aanbevelingen voor beleidsmakers, onderzoekers en mensen uit de praktijk van de kwaliteitsverbetering.

Aanbevelingen voor beleid t.a.v. implementatie

Het beleid van overheid, verzekeraars en koepels ten aanzien van de implementatie van innovaties, richtlijnen en verbeteringen in de zorg zou zich enerzijds moeten richten op het stimuleren en uitzetten van praktische programma's voor implementatie (waar voldoende ervaring mee is opgedaan) en anderzijds op het stimuleren van onderzoek en evaluatie op dit terrein (zie verderop).

Innovaties worden bij voorkeur niet alleen verspreid onder doelgroepen, maar beleidsmakers nemen ook de verantwoordelijkheid om geschikte implementatieprogramma's op te zetten. Hierin horen dus onder meer het ontwikkelen van praktische producten bij de innovaties of richtlijnen (decision-aids, folders voor patiënten, website, video's, samenvattingen, indicatoren voor monitoring van toepassing, etc.), het verrichten van analyses van de feitelijke zorg en de problemen daarin, analyses van de belemmeringen om tot invoering van de innovatie te komen, het ontwikkelen van praktische plannen en maatregelen om invoering te bevorderen, en het meten en evalueren van het succes.

Implementatie wordt nu meestal nagestreefd door middel van kortdurende projecten (6-12 maanden). Alhoewel soms snel 'doorbraken' gerealiseerd worden, is een dergelijke periode vaak te kort voor een effectieve, blijvende verandering. Het verdient aanbeveling langduriger trajecten op te zetten met verschillende fasen, waarin niet alleen aan een concrete verbetering wordt gewerkt, maar tegelijkertijd aan de algemene cultuur en veranderingsbereidheid in de praktijk of instelling. Men dient op de werkvloer niet alleen kennis over een concrete inhoudelijke verbetering te krijgen, maar ook kennis van methoden om verbeteringen te realiseren (kennis over methoden van kwaliteitsverbetering en verandering). Daar is tijd voor nodig en meestal gerichte training en ondersteuning.

Aanbevelingen voor de praktijk

Mensen die, binnen praktijken of instellingen, verantwoordelijk zijn voor kwaliteitszorg en voor de implementatie van verbeteringen moeten zich realiseren dat er een groot aantal methoden en strategieën beschikbaar is om veranderingen te realiseren. Meestal zijn de veranderingen die men met methoden als feedback, educatie, reminders, verschuiving van taken of veranderen van zorgprocessen realiseert niet groot, maar zeker de moeite waard. Er is tot op dit moment geen bewijs dat er bepaalde strategieën of methoden zijn die superieur zijn in alle situaties voor allerlei soorten verandering. Het loont bijna altijd de moeite om een systematische aanpak te kiezen die gericht wordt op de belangrijkste problemen op een bepaald terrein.

Praktische aanbevelingen zijn:

- zorg voor een competente, enthousiaste coördinator en een klein team, dat de implementatie coördineert,
- betrek de doelgroep op allerlei mogelijke manieren in het formuleren van doelen en in de keuze van implementatiestrategieën,
- zorg voor een continue actieve betrokkenheid van de ‘leiding’ van de praktijk cq. de instelling bij de verbetering,
- focus op een beperkt aantal concreet omschreven te bereiken verbeteringen,
- begin op kleine schaal, test de aanpak en breid geleidelijk uit,
- zorg voor continue gegevensverzameling zodat op basis van objectieve informatie verder gegaan kan worden,
- baseer de keuze van implementatieactiviteiten op een analyse van knelpunten en barrières t.a.v. verandering,
- bouw de activiteiten zo goed mogelijk in in de normale klinische of scholingsactiviteiten van de doelgroep, zorg dat het normale werk zo weinig mogelijk wordt verstoord,
- en pas op voor te grote ambities van wat in korte tijd bereikt kan worden; maak een realistische planning.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

In het onderzoeksprogramma is gebleken dat in implementatieonderzoek meestal een variatie aan onderzoeksmethoden gehanteerd moet of kan worden. Dit betreft o.a.:

- systematische reviews van studies op het terrein van het verbeteren van de patiëntenzorg,
- observationele studies naar het feitelijk handelen, de variatie daarin en de determinanten van verschillen tussen zorgverleners en instellingen,

- kwalitatieve studies om factoren op te sporen die bepalend zijn in een succesvolle verandering in de zorg,
- gecontroleerde en niet-gecontroleerde studies en programma evaluaties naar de effecten van bepaalde interventies of implementatieprogramma's,
- procesevaluaties waarin geleerd wordt over wenselijke verbeteringen in de wijze van aanpak van de implementatie,
- economische evaluaties van de kosten van de implementatieactiviteiten afgezet tegen de geboekte verbeteringen.

Het is van belang dat toekomstige onderzoekers op dit terrein thuis raken en training krijgen in al deze methoden en dat er een gericht trainingsaanbod wordt gedaan.

Interventies, gericht op het beter organiseren van de zorg en het creëren van een cultuur welke verbeteringen stimuleert, zijn relatief weinig onderzocht. Dit geldt in het bijzonder voor nieuwe, interessante methoden als 'Doorbraak', 'Process Redesign', 'Lerende Organisaties', e.d. Hier ligt een terrein braak voor verder onderzoek. Ook patiëntgerichte implementatiemethoden zijn weinig bestudeerd.

Met name de methodologie van economische evaluaties van implementatieprogramma's en -interventies moet de komende jaren verder ontwikkeld worden. Welke kosten kunnen hierin wel en niet meegenomen worden, moeten patiëntuitkomsten in de evaluaties betrokken worden, etc.?

Het is duidelijk geworden dat men in implementatieonderzoek zowel generieke kennis kan opdoen als kennis die specifiek voor een bepaald terrein (bijv. diabeteszorg) is. Aanbevolen wordt zowel onderzoek gericht op bepaalde patiëntgroepen als onderzoek met een meer generieke doelstelling uit te voeren.

In het soort projecten uitgevoerd in dit kader van het onderzoeksprogramma bleken patiënten meestal zeer bereidwillig om aan een onderzoek mee te doen, als ze direct werden benaderd. Het prospectief insluiten van patiënten door artsen verliep daarentegen nogal eens moeizaam. Dit is een typisch aspect van zorgverlenergebonden onderzoek. In vergelijking met patiëntgebonden onderzoek heeft men veel zorgverleners, praktijken of instellingen nodig om voldoende power te verwerven. Daarom is het van groot belang dat er een goede relatie met het onderzoeksveld en met een research netwerk wordt opgebouwd, om te garanderen dat zulke onderzoeksprojecten met succes uitgevoerd kunnen worden. Investering in onderzoeksnetwerken wordt aanbevolen.

Aanbevelingen

- Beleid:
 - beleid richten op zowel praktische implementatieprogramma's als op uitzetten van onderzoek en evaluatie op dit terrein
 - bij voorkeur langdurige trajecten met aandacht voor de cultuur in instellingen en voor de veranderingsbereidheid bij professionals
- Praktijk:
 - een systematische aanpak van implementatieprojecten wordt geadviseerd, met een goede planning en organisatie
- Onderzoek:
 - onderzoek naar effecten, kosten en toepasbaarheid van nieuwe implementatiemethoden als Doorbraak, Process Redesign, patiëntgerichte methoden
 - training van onderzoekers wat betreft methoden van implementatieonderzoek
 - opbouw van onderzoeksnetwerken voor implementatieonderzoek

3 OVERZICHT PRODUCTEN

De verschillende projecten vanuit het WOK-Implementatieprogramma leverden eindproducten op, welke zijn samen te vatten onder de noemers:

- inzichten ten aanzien van de knelpunten voor de implementatie van richtlijnen en veranderingen in bepaalde settings,
- een set van indicatoren en instrumenten voor de monitoring van de toepassing van richtlijnen,
- een handboek met de belangrijkste inzichten ten aanzien van implementatie,
- diverse boeken ter ondersteuning van implementatie en implementatie-onderzoek,
- een korte cursus voor implementatieonderzoekers,
- publicaties, congressen e.d. met betrekking tot het programma in het algemeen en per project,
- proefschriften (naar verwachting 6 dissertaties),
- geteste methoden en programma's voor implementatie van richtlijnen en nieuwe werkwijzen die op brede schaal kunnen worden toegepast,
- materialen (b.v. patiëntenbrochures) ter ondersteuning van de implementatie van richtlijnen en veranderingen in de praktijk.

Hieronder staan de belangrijkste producten genoemd: als eerste een overzicht van de algemene producten uit het programma en vervolgens een overzicht van de producten uit afzonderlijke projecten. Voorbeelden van deze producten zijn opvraagbaar bij de WOK.

3.1 Boeken en rapporten

Handboek 'Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg'

De expertise en inzichten die met het Implementatieprogramma zijn verkregen, zijn gebundeld en beschreven in het ruim 450 pagina's tellende handboek 'Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg'. In het boek worden theoretische inzichten en de stand van zaken van de wetenschap op het terrein van implementatie van innovaties in de zorg beschreven. Tevens worden vele praktische voorbeelden (afkomstig van de verschillende projecten) gepresenteerd en aanbevelingen ter ondersteuning van implementatieactiviteiten aangereikt. Het is een omvangrijk overzicht van inzichten ten aanzien van implementatie, waarschijnlijk het meest

complete overzicht thans beschikbaar in de (inter)nationale literatuur. Het boek heeft tot doel het overdragen van inzichten op het terrein van implementatie en implementatieonderzoek en richt zich op onderzoekers, professionals en beleidsmakers in de gezondheidszorg. Het boek is begin november 2001 gelanceerd tijdens het eerste Nederlandse Implementatiecongres 'Kennis Beter Delen'. Momenteel wordt gewerkt aan een Engelstalige versie.

Referentie:

Grol R en Wensing M (red.). Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001.

Boek 'Implementatie van richtlijnen en innovaties: Lessen uit de praktijk'

Het boek 'Implementatie van richtlijnen en innovaties: Lessen uit de praktijk' beschrijft wat onderzoekers uit verschillende projecten in de praktijk hebben geleerd bij de toepassing van verschillende interventiestrategieën voor invoering van richtlijnen en innovaties. De praktische lessen die getrokken kunnen worden uit het toepassen van deze strategieën worden beschreven aan de hand van het stramien van een zogenaamd 'Quality Improvement Report'. Doel van een Quality Improvement Report is het beantwoorden van de vragen:

- Wat probeerde men te bereiken?
- Wat maakt van een 'verandering' een 'verbetering'?
- Wat was het mechanisme van de verandering? Hoe kwam de verandering tot stand?
- Welke lessen hebben we geleerd?
- Wat zijn de volgende stappen?

Het boek presenteert ervaringen uit 15 projecten, alsmede een samenvatting hiervan.

Referentie:

Harmsen M, Wensing M, Grol R (red.). Implementatie van richtlijnen en innovaties: Lessen uit de praktijk. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research, UMC St Radboud, 2002.

Boek 'Praktisch Nieuw: Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg'

Het boek 'Praktisch Nieuw: Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg' geeft een inleiding op de kennis over implementatie. Het biedt in ongeveer 90 pagina's een beknopt overzicht van de verschillende onderdelen van implementatie, het beschrijft de belangrijkste inzichten en illustreert deze met concrete voorbeelden uit diverse sectoren van de gezondheidszorg. Per onderdeel worden de daarbij behorende methoden voor de aanpak van implementatie beschreven. Het is vooral een praktisch boekje, bruikbaar voor een zeer breed publiek. De doelgroep omvat leidinggevenden

en werkers uit de praktijk die met implementatie van vernieuwingen te maken hebben. Het boekje is ontwikkeld in samenwerking met ZonMw. Inmiddels zijn er ongeveer 1000 exemplaren verspreid in Nederland.

Referentie:

Wensing M, Splunteren P van, Hulscher M, Grol R. Praktisch Nieuw: Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 2000.

Boek ‘Research on quality improvement: The science of change’

Voor het blad Quality and Safety in Health Care (BMJ-publicaties) is een serie van twaalf artikelen samengesteld over het doen van onderzoek op het gebied van kwaliteitsverbetering en implementatie van veranderingen in de patiëntenzorg. De twaalf artikelen worden gebundeld als boek en worden uitgegeven bij BMJ-books. Hiermee is een basisboek over onderzoek naar implementatie en kwaliteitsverbetering beschikbaar gekomen voor zowel Nederlandse onderzoekers als onderzoekers in andere landen.

Referentie:

Grol R, Baker R, Moss F. Research on quality improvement: The science of change. London: BMJ Books, 2003 (in press).

Boek ‘Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg’

Er is een ‘knelpuntenvragenlijst’ gemaakt voor zowel zorgverleners als voor patiënten. De lijst voor zorgverleners vraagt naar knelpunten en behoeften die men tegen kan komen bij de implementatie van richtlijnen in de praktijk, in het bijzonder van vernieuwingen in de preventieve zorg. Er worden vragen gesteld over mogelijke problemen bij de invoering van de richtlijnen. De knelpuntenvragenlijst voor patiënten richt zich op de knelpunten met betrekking tot het handelen van de zorgverleners en allerlei organisatorische zaken. Om de validiteit te testen zijn deze vragenlijsten uitgezet in verschillende onderzoeken, zowel WOK-onderzoeken als externe onderzoeken. De ontwikkeling en toepassing van de vragenlijsten is gerapporteerd in een boekje. Hiermee is een praktisch hulpmiddel beschikbaar, waarmee een implementatie meer doelgericht aangepakt kan worden.

Referentie:

Peters MAJ, Harmsen M, Laurant MGH, Wensing M. Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK), UMC St Radboud, 2003.

AGREE: Determinanten effectieve richtlijnontwikkeling

Voor het meten van de kwaliteit van richtlijnen is een internationaal Appraisal Instrument (AGREE-instrument) ontwikkeld en geëvalueerd, met een bijbehorende handleiding. Deze is in boekvorm verkrijgbaar (uitgave WOK/CBO), maar ook te downloaden via www.agreecollaboration.org of www.wokresearch.nl/products. Het instrument is inmiddels in meerdere talen verkrijgbaar, waaronder in het Nederlands en Engels. Voor de praktische toepassing van het instrument is een Nederlandstalige cursus/workshop opgezet. Men is ook bezig met het opzetten van een Engelstalige workshop.

Referentie:

The AGREE Collaboration AGREE Instrument voor beoordeling van richtlijnen, Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK), UMC St Radboud, 2001.

Raamwerk interventiebeschrijving

Het raamwerk voor de interventiebeschrijving is een praktisch hulpmiddel, bedoeld voor het (beter) in kaart brengen van de geplande en uitgevoerde implementatie-interventies in een bepaalde studie of verbeterproject. Het raamwerk kan voor verschillende doeleinden worden gebruikt:

- ondersteuning van onderzoekers of ontwikkelaars bij het goed plannen van een interventie,
- leveren van een gedetailleerde beschrijving van de geplande interventie,
- vergelijking van de daadwerkelijke interventie met de geplande interventie (als hulpmiddel voor procesevaluatie),
- geven van mogelijkheden tot het vergelijken van verschillende programma's.

Het procesraamwerk is nog steeds in ontwikkeling, maar wordt al wel binnen verschillende projecten gebruikt.

Referentie:

Hulscher M en Laurant M. Procesraamwerk voor de beschrijving van implementatiestrategieën. Nijmegen: WOK, UMC St Radboud, 2001.

Hulscher M, Laurant M, Grol R. Process evaluation on quality improvement interventions. *Quality Safety Health Care* 2003;12:40-46.

Ontwikkeling indicatoren

Er is een systematische methode om indicatoren uit richtlijnen te halen ontwikkeld. Een set van bijna 140 indicatoren wordt nu nog op validiteit getest, maar kan straks een belangrijke rol spelen in het implementeren en evalueren van richtlijnen. Naar verwachting zal eind 2003 hierover een boek worden gepubliceerd waarin zowel de

indicatoren als de methode om indicatoren te ontwikkelen op basis van richtlijnen worden beschreven.

Referentie:

Braspenning J, Roosmalen M, Schiere A, Mekkink H, Grol R. Indicatoren voor het medisch handelen van de huisarts. Te verschijnen eind 2003.

Rapport ‘Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën’

Het ZONMw-rapport ‘Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën’ geeft de stand van kennis weer op het gebied van implementatie. Aan de hand van het implementatiemodel van Grol (BMJ 1997;315:418-421) wordt een overzicht gegeven van theorieën over verandering en van wat er bekend is over de effectiviteit van deze veranderstrategieën. Dit rapport is in beperkte oplage gedrukt. De gegevens van deze literatuurstudie zijn gebruikt in het handboek ‘Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg’.

Referentie:

Hulscher M, Wensing M, Grol R. ‘Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën’. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 2000.

3.2 Cursussen en conferenties

Conferentie ‘Implementatie van effectieve en doelmatige zorg’

Om de activiteiten van het Implementatieprogramma te profileren en zoveel mogelijk beleidsmakers en aanbieders in de gezondheidszorg ervan op de hoogte te stellen, werd op 10 september 1999 een conferentie te Nijmegen gehouden onder de titel ‘Implementatie van effectieve en doelmatige zorg’. Hieraan hebben ongeveer 300 mensen deelgenomen. Het programma bestond uit voordrachten van (inter)nationale sprekers, een overzicht van implementatieprojecten, interactieve workshops en posters. Het programma werd zeer gewaardeerd door de deelnemers.

Cursus ‘Implementation Research’

In 2001 en 2002 is de cursus ‘Research on implementation of guidelines and innovations’ (kortweg ‘Implementation Research’) georganiseerd. Deze cursus behandelt verschillende theoretische, methodologische en praktische aspecten die kenmerkend zijn voor implementatieonderzoek. De volgende thema’s kwamen tijdens de cursus aan bod:

- positionering van implementatieonderzoek en overzicht van verschillende typen onderzoek,
- onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren voor verandering,
- onderzoek naar het verloop van implementatie,
- implementatieonderzoek in Nederland,
- systematische reviews van implementatieonderzoek,
- experimenteel onderzoek naar implementatiestrategieën,
- clustering problemen,
- economische evaluatie van implementatiestrategieën.

De docenten waren Prof. dr. Richard Grol, Prof. dr. Niek Klazinga,

Prof. dr. Jeremy Grimshaw, Dr. Michel Wensing en Drs. Peter van Splunteren.

Bij de cursus hoort een cursusklaar met daarin het volledige programma en de literatuur. De cursus zal worden herhaald in 2004.

Workshop ‘Indicatoren’

Op aanvraag wordt de workshop ‘Kwaliteitsindicatoren: Constructie en gebruik’ gegeven. Deze workshop richt zich op het construeren van kwaliteitsindicatoren en het gebruik ervan. Deze indicatoren worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te meten, om zo inzicht te krijgen in het handelen. Docenten van de workshop zijn:

Dr. Jozé Braspenning, Prof. dr. Richard Grol en Dr. Michel Wensing.

EBRO-cursus

In het kader van de zogenaamde EBRO-cursus van de Orde van Medisch Specialisten, bedoeld om medisch specialisten te leren goede richtlijnen te maken, is in de afgelopen jaren acht keer een workshop verzorgd over het implementeren van richtlijnen (docenten: Prof. dr. R. Grol, Dr. M. Wensing).

Overige publicaties en bijdragen aan congressen

Een van de doelstellingen van het Implementatieprogramma was het verzamelen, ordenen én overdragen van nieuwe inzichten op het terrein van implementatie en implementatieonderzoek. Daar waar mogelijk werden de nieuwe inzichten in wetenschappelijke en vaktijdschriften gepubliceerd of gepresenteerd op congressen, workshops, en dergelijke. In de bijlage is een overzicht te vinden van alle artikelen die tot nu toe (eind 2002) binnen het Implementatieprogramma zijn gepubliceerd of zijn gepland en de congressen waaraan een bijdrage is geleverd. Het programma leverde

tot nu verschillende proefschriften op; een aantal andere zal in het komende jaar worden afgerond.

3.3 Producten vanuit de projecten

Lage Rugpijn

De huisartsen in dit project hebben als implementatiestrategie een kort trainingsprogramma gevolgd, waarbij het accent lag op patiënteducatie en samenwerking met fysiotherapeuten. Van dit trainingsprogramma zijn een draaiboek en hand-outs beschikbaar. Voor de daadwerkelijke uitvoering van de richtlijnen in de praktijk zijn een handreiking voor de communicatie rond lage rugpijn tussen huisartsen en fysiotherapeuten/oefentherapeuten Cesar/oefentherapeuten Mensendieck, een afsprakenformulier en een kaart met daarop kort de belangrijkste aandachtspunten ontwikkeld. Tevens is er een vragenlijst voor de huisarts en de fysiotherapeut gemaakt om inzicht te krijgen in elkaars kennis en handelwijze bij specifieke lage rugpijn. Het onderzoek zal naar verwachting worden afgesloten met een proefschrift (eind 2003).

Verwijzing interne geneeskunde

Een concreet eindproduct van het project is een model voor een persoonlijk feedbackrapport waarin huisartsen feedback krijgen over hun verwijzingen naar de polikliniek Interne Geneeskunde. De feedback omvat een omschreven en systematische schriftelijke terugkoppeling over de kwaliteit en kwantiteit van bepaalde aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen. De handelingen van de huisartsen worden vergeleken met die van hun collega's uit de omgeving en met bestaande richtlijnen.

Diabetes Mellitus

In dit project is de Diabetespas, ontwikkeld door de Nederlandse Diabetes Federatie, ingevoerd. Als ondersteuning voor het invoeren van de Diabetespas is een poster ontwikkeld en een folder over de Diabetespas. Ter bevordering van de invoering en het gebruik van de Diabetespas is men gestart met een informatieavond voor patiënten en een minisymposium voor het diabetesteam, waarin feedback werd gegeven op kernhandelingen en uitleg over het gebruik van de diabetespas. Door het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO is in samenwerking met de WOK een handleiding ontwikkeld voor de professional in de eerste en tweede lijn die hun

diabeteszorg willen verbeteren. Het onderzoek zal naar verwachting worden afgesloten met een proefschrift (eind 2003).

CVA/beroerte

In het project zijn CBO-richtlijnen voor beroerte verspreid onder verpleeghuisartsen en revalidatieartsen, door middel van òf het opsturen van de richtlijnen òf het opsturen van de richtlijnen gevolgd door een persoonlijk bezoek van een speciaal opgeleide consulent.

Voorafgaand aan het (eventuele) bezoek kregen alle interventieartsen een pakket toegestuurd met daarin een checklist met een stapsgewijze beschrijving hoe men voor elkaar kan krijgen dat de nieuwe richtlijnen geagendeerd worden binnen de eigen organisatie, twee voorbeeldformulieren hoe de aanbevelingen of richtlijnen op een gestructureerde wijze kunnen worden besproken binnen het team en hoe de daarover gemaakte afspraken kunnen worden geëvalueerd, een diskette met de formulieren en een samenvatting van de nieuwe revalidatierichtlijnen van de Nederlandse Hartstichting.

Maagklachten

Voor dit project zijn zowel voor de huisarts als voor de patiënt informatiematerialen ontwikkeld. De huisarts kreeg tijdens een persoonlijk gesprek met een 'visitor' een stroomschema/beslisboom uitgereikt en uitgelegd over hoe te handelen bij patiënten met maagklachten. Op een tweede kaartje stond een toelichting hierop en een stukje over aandachtspunten tijdens een gesprek met patiënten. Voor nieuwe maagklachtenpatiënten bestond het materiaal uit een envelop met daarin informatie over maagklachten en de NHG-folder 'Maagklachten'. Patiënten die al langdurig medicijnen gebruikten, kregen door middel van een kaart informatie over het bestaan van de adviezen voor huisartsen en het belang ervan, en over wanneer een consult zinvol kan zijn. Deze kaart is via de huisarts verspreid. Het onderzoek zal naar verwachting worden afgesloten met een proefschrift (2003/4).

Bemoelijkte mictie

Als implementatiestrategie voor de invoering van de handelwijze bij mictieklachten is een combinatie van schriftelijke nascholing (PIN) en patiënteneducatiemateriaal toegepast. Het schriftelijke nascholingsmateriaal bestond uit een informatie- en programmaboekje voor de individuele nascholing van de huisarts en een reader hiervoor. Tevens is er een besliskaart ontwikkeld met daarop nog aanvullende

informatie. Aan de patiënten kon de huisarts een folder over plasklachten meegeven, een folder over de klinische test en een korte vragenlijst. Het onderzoek zal naar verwachting worden afgesloten met een proefschrift (2003/4).

Cholesterol

De interventie van het cholesterolproject bevatte een uitgebreide deskundigheidsbevordering van de huisarts en de praktijkassistente, bestaande uit een inhoudelijke nascholing over consultvoering (vaardigheden), instructie en training in het werken met een (digitale) risicometer en een digitale risicotabel. De invoering van de standaard werd in de praktijk ondersteund door preventieconsulentes. Zij hielpen met het delegeren van taken en het trainen in het gebruik van de risicometer en het voorlichtingsmateriaal dat voor de patiënten is ontwikkeld. Voor de training waren video's met praktijkvoorbeelden beschikbaar. Het onderzoek zal naar verwachting worden afgesloten met een proefschrift (2003/4).

Bijlage: Overzicht van publicaties vanuit het programma (tot en met 2002)

Nationale publicaties vanuit het programma

1. Schers H, Drijver R, Kastein M, Doremalen J van, Hoogen H van den, Braspenning J. Aspecifieke lage rugpijnklachten in de huisartspraktijk. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (LINH), 1998. (rapport)
2. Winkens RAG, Pop P, Grol RPMT, et al. Persoonlijke feedback aan huisartsen over verwijzingen naar de internist. Maastricht: Transmuraal Diagnostisch Centrum & Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (tussentijds rapport), 1998. (eindrapport deelproject 1 VWS)
3. Frijling BD, Drenthen T, Lith de Jeude CP van, Boomsma LJ, Appelman CLM. Systematische preventie van hart- en vaatziekten bij hoogrisicogroepen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1999; 42: 466-468.
4. Grol RPTM. 'Evidence based medicine' vereist 'evidence based' implementatie. TSG 1999; 77: 117-119.
5. Grol RPTM, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld K in 't, Rutten G, Mookink HGA. Welke kenmerken van richtlijnen zijn van invloed op toepassing in de praktijk? Huisarts Wet 1999; 42: 303-306.
6. Hout van HPJ. Diagnosing dementia. Evaluation of the clinical practice of general practitioners and a memory clinic (Thesis 1999, K.U.N. Nijmegen).
7. Smeele IJM. Improving care for patients with asthma and COPD in general practice. (Thesis 1999, K.U.N. Nijmegen).
8. Wensing MJP, Weijden T van der. Implementatieonderzoek; veld en voorbeelden. TSG 1999; 77: 119-121.
9. Drenth BB van. Preventie en de huisarts-patiënt relatie: een kansrijk duet? Een literatuuronderzoek naar opvattingen en ervaringen met betrekking tot de opsporing en behandeling van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Huisarts Wet 1999;42(12): 551-555.
10. Soons A. Knelpunten bij de implementatie van diabetes richtlijnen. Een kwalitatieve studie. Verslag van een wetenschappelijke stage, juli, 2000.
11. Hulscher M, Wensing M, Grol R. Literatuurstudie Effectieve Implementatie. Den Haag: ZON, 2000.
12. Wensing M, Van Splunteren P, Hulscher M, Grol R. Praktisch Nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 2000.
13. Wensing M, Van der Bij A, Laurant M. Implementatie van bewegingsprogramma's voor ouderen. Verslag van een literatuurstudie. Den Haag: ZON, 2000.
14. Braspenning J, Spies T, Drijver R, Grol R. Indicatoren voor kwaliteit en doelmatigheid van het medisch handelen in de huisartspraktijk. Rapport ten behoeve van het CBO-programma 'Gepast gebruik', 2000.
15. Adamo N, Jacobs JE, Mookink HGA. Schriftelijke patiëntenvoorlichting in de eerste lijn: effectief of niet? Een literatuuronderzoek. Huisarts Wet 2000; 43(10): 434-437.
16. Dijkstra RRF, Braspenning JCC. Diabetesverpleegkundigen en podotherapeuten in Nederlandse ziekenhuizen: Hoeveel handen hebben we beschikbaar? EADV Magazine 2001; juni: 68-69.
17. Braspenning J, Drijver R, Schiere AM. Meten van (verandering in) de zorg: Kwaliteit en doelmatigheidsindicatoren voor de huisartspraktijk. Nijmegen/Utrecht: WOK/NHG, 2001.
18. Hooi J, Weijden T van der, Grol R. Aanbevelingen voor de implementatie van de richtlijn beroerte. In: CBO-richtlijn Beroerte. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Neurologie et al. Utrecht: CBO, 2000: 165-199.
19. Braspenning J, Drijver R, Schiere AM. Kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren voor het handelen in de huisartspraktijk. Nijmegen/Utrecht: Centre for Quality of Care Research (WOK), UMC St Radboud/Nederlands HuisartsenGenootschap (NHG), 2001.
20. Engers AJ, Schers H, Oostendorp RAB, Wensing M, Kroes B, Grol R. Het handelen van Nederlandse fysiotherapeuten bij lage-rugpijn: Een beschrijvend onderzoek van de dagelijkse praktijk. Ned Tijdschr Fysiother 2001; 111(6): 142-151.

21. Tacken M, Dijkstra R, Drijver R, Hoogen H van den, Bakker D de, Braspenning J. De zorg rondom Diabetes Mellitus type 2, patiënten in de huisartspraktijk. Nijmegen/Utrecht: Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), 2001.
22. Dijkstra R, Braspenning J. Implementatie van doelmatige richtlijnen. In: Niessen LW, Casparie AF (red.). Effecten en kosten van de herziene richtlijnen voor diabetes. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden, 2001.
23. Storms GEMG, ten Have P, Dijkstra R. Indicatoren voor de verbetering van de diabeteszorg. Rapport. CBO, 2001.
24. Braspenning J, Tacken M, Penders A, Hoogen H van den, Bakker D de. Opkomst bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, 1997-1999. TSG 2001; 79(6): 341-45.
25. Braspenning J, Hulscher M. Preventietaken in de huisartspraktijk? TSG 2001; 79(5): 271.
26. Wensing M, Bouwmans C, Clusters T, Klazinga NS. Kosten van implementatie van richtlijnen in de huisartszorg (submitted).
27. Krol N. Conclusies uit drie deelstudies. NHG-Standaard Maagklachten (concept).
28. Burgers JS, Zaat JOM, Spies TH, Bij A van der, Mekkink HGA, Grol RPTM. De kwaliteit van de NHG Standaarden. Beoordeling van 130 kernaanbevelingen uit 28 standaarden. Huisarts Wet 2002; 45(7): 349-353.
29. Peters MAJ, Harmsen M, Laurant MGH, Wensing M. Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK), UMC St Radboud, 2003.
30. Harmsen M, Laurant MGH, Peters MAJ, Hulscher MEJL, Wensing M. Determinanten van het handelen van huisartsen bij de preventie van hart- en vaatziekten. Het ASE-model (submitted).

Internationale publicaties vanuit het programma

1. Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? Br J Gen Pract 1998; 48: 991-997.
2. Weijden T van der, Grol RPTM, Schouten BJ, Knottnerus JA. Barriers to working according to cholesterol guidelines: A randomised controlled trial on implementation of national guidelines in 20 general practices. Eur J Public Health 1998; 8: 113-118.
3. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol RPTM. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. BMJ 1999; 319: 753-756.
4. Feder G, Eccles MR, Grol RPTM, Griffiths C, Grimshaw J. Clinical guidelines: using clinical guidelines. BMJ 1999; 318: 728-730.
5. Grol RPTM, Grimshaw J. Evidence-based implementation of evidence-based medicine. Jt Comm J Qual Improve 1999; 25: 503-513.
6. Hermens RPMG, Hak E, Hulscher MEJL, Mulder J, Tacken MAJB, Braspenning JCC, Grol RPTM. Improving population-based cervical cancer screening in general practice: effects of a national strategy. Int J Qual Health Care 1999; 11: 193-200.
7. Hulscher M, Wensing M, Grol R, van der Weijden T, van Weel C. Interventions to improve the delivery of preventive services in primary care. Am J Public Health 1999; 89: 737-746.
8. Hulscher MEJL, Laurant MGH, Wensing MJP, Grol RPTM. Planning, monitoring and describing interventions. In: Thorsen T, Mäkelä M.(Ed), Changing Professional Practice. Theory and Practice of Clinical Guidelines Implementation. Copenhagen: Danish Institute for Health Services Research and Development, 1999.
9. Wensing MPJ, Laurant MGH, Hulscher MEJL, Grol RPTM. Methods for identifying barriers and facilitators for implementation. In: Thorsen T, Mäkelä M.(Ed), Changing Professional Practice. Theory and Practice of Clinical Guidelines Implementation. Copenhagen: Danish Institute for Health Services Research and Development, 1999.

10. Weijden T van der, Grol RPTM, Knottnerus JA. Feasibility on a national cholesterol guideline in daily practice. A randomized controlled trial in 20 general practices. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 131-137.
11. Woolf S, Grol RPTM, Hutchinson A, Eccles MR, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318:527-530.
12. Grimshaw JM, Winkens RAG. Systematic review of interventions to improve outpatient referrals from primary to secondary care. Aberdeen/Maastricht 2000: DH report.
13. Wensing M, Grol R. Patients' views on health care: a driving force for improvement in disease management. *Disease Management & Outcomes* 2000; 7: 117-125.
14. Schers H, Braspenning J, Drijver R, Wensing M, Grol R. Low back pain in general practice: reported management and reasons for not adhering to the guidelines in the Netherlands. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 640-644.
15. Wensing M. Evidence-based patient empowerment (editorial). *Qual Health Care* 2000; 9: 200-201.
16. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol RPTM. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 892-897.
17. Grol RPTM. Between evidence-based practice and total quality management: the implementation of cost-effective care. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(4): 297-304.
18. Grol RPTM, Jones, R. Twenty years of implementation research. *Fam Pract* 2000; 17: S32-S35.
19. Hermens RPMG, Tacken MAJB, Hulscher MEJL, Braspenning JCC, Grol RPTM. Attendance to cervical cancer screening in family practices in the Netherlands. *Prev Med* 2000; 30: 35-42.
20. Hout HPJ van, Vernooij-Dassen MJFI, Poels P, Hoefnagels WHL, Grol, RPTM. Are general practitioners able to accurately diagnose dementia and identify Alzheimer's disease? A comparison with an outpatient memory clinic. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 311-312.
21. Hout HPJ van, Vernooij-Dassen MJFI, Bakker K, Blom MCA, Grol RPTM. General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. *Pat Educ Couns* 2000; 39: 219-225.
22. Jansen JJ, Grol RPTM, Vleuten CPM van der, Scherpbier A, Crebolder HFJM, Rethans J. Effect of a short skills training course on competence and performance in general practice. *Med Educ* 2000; 34: 66-71.
23. Dijkstra RF, Braspenning JCC, Uiters E, Ballegooye E van. Perceived barriers to the implementation of diabetes guidelines in hospitals in the Netherlands. *Neth J Med* 2000; 56: 80-85.
24. Ballegooyen M van, Hermens RPMG. Cervical cancer screening in the Netherlands. *Eur J Cancer* 2000; 36: 2244-2246.
25. The AGREE collaborative group. Guideline development in Europe: An international comparison. *Int J Technol Assess Health Care* 2000; 16(4): 1039-1049.
26. Elwyn G, Edwards A, Mowle S, Wensing M, Wilkinson C, Kinnersley P, Grol R. Measuring the involvement of patients in shared decision making: a systematic review of instruments. *Pat Educ Couns* 2001; 43: 5-22.
27. Krol N, Spies T, Balen J van, Numans M, Muris J, Wensing M, Grol R. Dyspepsia in general practice: medical care and its determinants. Nijmegen, WOK, 2001.
28. Grol RPTM. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for practice. *Med Care* 2001; 39(8): II46-II54.
29. Gross PA, Greenfield S, Cretin S, Ferguson J, Grimshaw J, Grol RPTM, Klazinga N, et al. Optimal methods for guideline implementation: Conclusions from Leeds Castle meeting. *Med Care* 2001; 39(8): II85-II92.
30. Drenth B van, Hulscher MEJL, Mekkink HGA, Lisdonk EH van de, Wouden JC van der, Grol RPTM. Health perceptions of patients after cardiovascular risk detection and after intervention in general practice. *Prev Cardiol* 2001; 4: 23-27.
31. Frijling BD, Spies TH, Lobo CM, Hulscher MEJL, Drenth BB van, Braspenning JCC, Prins A, Wouden JC van der, Grol RPTM. Blood pressure control in treated hypertensive patients: Clinical performance of general practitioners. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 9-14.
32. Grol R. Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA* 2001; 286: 2578-2585.

33. Hulscher M, Wensing M, Grol R, van der Weijden T. Interventions to implement prevention in primary care (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2001. Oxford: Update Software.
34. Jacobs JE, Lisdonk EH van de, Smeele I, Weel C van, Grol R. Management of patients with asthma and COPD: Monitoring quality of life and the relationship to subsequent GP interventions. *Fam Pract* 2001; 18: 574-580.
35. Wensing M, Lisdonk E van de, Hoogen H van den, Schattenberg G, Weel C van, Grol. Hearing disability in older adults: Patient and doctor delay in primary medical care. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1398-1399.
36. Hooi JD, Weijden T van der, Limburg M, Dubois WI, Grol R. A multidisciplinary guideline for the acute phase of stroke: Barriers perceived by Dutch neurologists (submitted).
37. Weijden T van der, Hooi JD, Limburg M, Grol R. The organisation of stroke units in the Netherlands: Lessons for implementation (submitted).
38. Marshall M, Braspenning J. European family practice and public accountability. *Fam Pract* 2001; 18(5): 473-4.
39. Schers H, Wensing M, Huijsmans Z, Tulder van M, Grol R. Implementation barriers for general practice guidelines on low back pain: A qualitative study. *Spine* 2001; 26(15): E348-E353.
40. Dijkstra R, Braspenning J, Grol R. Empowering patients: How to implement a diabetes passport in hospital care? *Pat Educ Couns* 2002; 47(2): 173-177.
41. Grol R, Baker R, Moss F. Quality improvement research: Understanding the science of change in health care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 110-111.
42. Wolters R, Wensing M, Weel C van, Wilt GJ van der, Grol RPTM. Lower urinary tract symptoms: social influence is more important than symptoms in seeking medical care. *BJU Int* 2002; 90: 655-661.
43. Dijkstra RF, Braspenning JCC, Huijsmans Z, Peters S, van Ballegooie E, ten Have P, Casparie AF, Grol RPTM. Patients and nurses determine variation in hospital diabetes care more than doctors or settings (submitted).
44. Steenkiste BC van, Weijden T van der, Stoffers HEJH, Grol R. Barriers to primary cardiovascular prevention in general practice: The implementation of risk tables in daily practice (submitted).
45. Steenkiste BC van, Weijden T van der, Vaes J, Timmermans DRM, Stoffers HEJH, Grol R. Do patients understand their coronary risk? (submitted).
46. Niessen L, Dijkstra R, Hutubessy R, Ballegooie E van, Rutten G, Ruttem F, Evans D. Generalised cost-effectiveness analysis of diabetes treatment guidelines for patients in primary and secondary care (submitted).
47. Burgers JS, Grol RPTM, Klazinga NS, Mäkelä M, Zaat JOM, Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programmes. *Int J Qual Health Care* (in press).
48. Burgers JS, Cluzeau FA, Hanna SE, Hunt C, Grol RPTM, The AGREE collaboration. Characteristics of high-quality guidelines: Evaluation of 86 clinical guidelines developed in ten European countries and Canada. *Int J Techn Ass Health Care* 2002;18(4): 955-964.
49. Burgers JS, Bailey JV, Klazinga NS, Bij van der AK, Grol RPTM, Feder G. Inside guidelines: Comparative analysis of recommendations and evidence in diabetes guidelines from 13 countries. *Diabetes Care* 2002; 25: 1933-1939.
50. Burgers JS. Quality of clinical practice guidelines. Nijmegen: WOK, 2002. Thesis.
51. The AGREE collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 18-23.
52. Burgers JS, Grol RPTM, Zaat JOM, Spies TH, van der Bij AK, Mokkink HGA. Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 15-19.