

Naar een bruikbare checklist ter bevordering van de implementatie van richtlijnen

Projectrapportage, 23 december 2013



Radboud University Nijmegen Medical Centre

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
Samenvatting.....	3
<i>Doel</i>	3
<i>Opbouw en inhoud</i>	3
<i>Gebruiksaanwijzing</i>	3
Inleiding.....	4
<i>Opdracht</i>	4
<i>Doelstellingen</i>	4
Methode.....	5
<i>Ontwikkelfase</i>	5
<i>Testfase</i>	6
Resultaten.....	8
<i>Ontwikkelfase</i>	8
<i>Testfase</i>	13
Voorstellen voor het gebruik van de checklist.....	20
<i>Fasering gebruik checklist</i>	20
<i>Vragen toetsingskader</i>	21
Colofon.....	22
<i>Opdrachtgever</i>	22
<i>Projectteam</i>	22
Referenties.....	23

Samenvatting

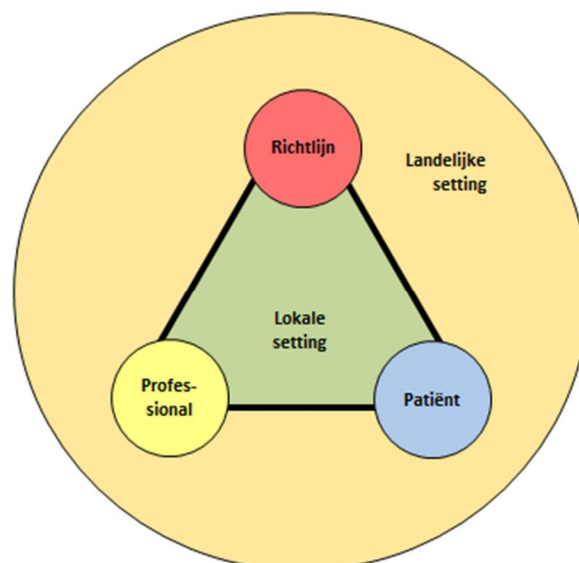
In dit rapport wordt verslag gedaan van een project dat in 2013 in opdracht van het Kwaliteitsinstituut en het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg werd uitgevoerd door een samenwerkingsverband van onderzoekers van de Universiteit van Maastricht en de Radboud Universiteit in Nijmegen. Doel van het project was te komen tot een bruikbare checklist ter bevordering van de implementatie van richtlijnen, te gebruiken tijdens de ontwikkeling van de richtlijn.

Doel

De Implementatiechecklist voor Richtlijnen is bedoeld als hulpmiddel voor richtlijnwerkgroepen en andere bij de ontwikkeling betrokken commissies om een inschatting te maken van mogelijke barrières bij het verspreiden en implementeren van de richtlijn. De checklist is ontwikkeld middels analyse van bestaande richtlijnen, consultatie van richtlijnontwikkelaars en literatuurstudie. De checklist wordt onderdeel van de HARING-tools, die in de loop van 2014 beschikbaar komen via een speciale website. De checklist is aanvullend op het AGREE-instrument.

Opbouw en inhoud

De checklist is opgebouwd uit vijf domeinen. Elk domein vertegenwoordigt een bron van mogelijke implementatieproblemen. De kleuren in de checklist komen overeen met die in onderstaande figuur. Elk domein is verdeeld in een aantal subdomeinen, waaronder één of meer vragen staan die verwijzen naar mogelijke barrières. In totaal bevat de checklist 52 vragen.



Gebruiksaanwijzing

Afhankelijk van de fase van richtlijnontwikkeling en de rol die de gebruiker van de checklist hierin heeft, is een deel van de vragen van belang. Wij stellen voor dat het dagelijks bestuur van de commissie of werkgroep uit de vragen een selectie maakt van relevante aandachtspunten, waar nog problemen moeten worden opgelost. In de vergadering worden deze aandachtspunten besproken en van een toelichting voorzien. Ook wordt een persoon of instantie benoemd die het probleem kan oplossen. Waar aanwezig, staat per aandachtspunt een verwijzing naar de HARING-tool die mogelijke oplossingsrichtingen biedt.

Inleiding

In het voorjaar van 2013 hebben het Kwaliteitsinstituut en het NFU Consortium voor Kwaliteit van Zorg de schrijvers van dit rapport de opdracht gegeven om een checklist te maken waarmee richtlijnontwikkelaars de kans op succesvolle implementatie van een richtlijn kunnen vergroten.

Opdracht

De opdracht aan de projectgroep was tweeledig:

1. Het *ontwikkelen* van een 'implementatiechecklist' waarmee richtlijnontwikkelaars inzicht kunnen krijgen in de factoren waarmee ze rekening moeten houden, wil de richtlijn op een succesvolle manier geïmplementeerd kunnen worden in de praktijk.
2. Het *testen* van de 'implementatiechecklist' op een aantal concrete richtlijnen op potentiële bruikbaarheid.

Deze 'implementatiechecklist' moest aan de volgende functionele eisen voldoen:

- De checklist kan worden gebruikt om a priori een inschatting te kunnen maken van het te verwachten succes van implementatie. Het gaat dus niet om een evaluatie achteraf.
- Niet alleen kenmerken van de richtlijn zelf moeten in overweging worden genomen, maar ook randvoorwaarden op macro-, meso- en microniveau van de zorg.
- De checklist dient zich zowel op de cure-sector als op de care-sector te richten.
- In de checklist moet ruimte zijn voor aspecten waarvoor het Kwaliteitsinstituut speciale belangstelling heeft, zoals patiëntenpreferenties en shared decision making.
- De checklist moet opgenomen kunnen worden in de HARING-website en worden ingebed temidden van de andere HARING-tools.

Uit de checklist dienden maximaal drie vragen gedestilleerd te worden die kunnen worden opgenomen in het toetsingskader van het Kwaliteitsinstituut.

Doelstellingen

De projectgroep heeft deze opdracht vertaald in activiteiten met de volgende doelstellingen:

- a. Het bepalen van determinanten die relevant zijn voor de implementeerbaarheid van richtlijnen.
- b. Het opstellen van een voorlopige lijst van items om deze determinanten te meten, op zinnige wijze gegroepeerd binnen een framework en voorzien van bijbehorende gebruiksinstructies.
- c. Het (laten) testen van deze lijst op enkele concrete Nederlandse richtlijnen in ontwikkeling.
- d. Het toepassen van de checklist op een aantal bestaande richtlijnen in Nederland en in het buitenland om te ontdekken of er nog lacunes zitten in de checklist en om te bepalen of de checklist ook kan worden gebruikt om de mate van implementatiesucces van een richtlijn achteraf te verklaren.
- e. Het opstellen van een definitieve lijst van items.
- f. Het zoeken van afstemming met de verantwoordelijken voor de HARING-website over de vorm waarin de checklist gepresenteerd kan worden.
- g. Het selecteren van een drietal vragen voor het toetsingskader van het Kwaliteitsinstituut.
- h. Het uitbrengen van een eindrapportage aan de opdrachtgevers.

Methode

Het project werd opgedeeld in twee fasen.

1. In de *ontwikkelfase* (april-juni 2013) werd een eerste versie van de checklist samengesteld op basis van literatuurstudie. Tevens werd de doelstelling van het project verder aangescherpt.
2. In de *testfase* (juli-december 2013) werd deze concept-checklist voorgelegd aan een aantal adviseurs (landelijke richtlijnontwikkelaars) voor inhoudelijke reflectie en voor praktische wensen. De checklist is bij wijze van pilot door een aantal actieve werkgroepen uitgetoetst op richtlijnen in ontwikkeling. Ook is de checklist bij wijze van retrospectieve analyse toegepast op een aantal gepubliceerde richtlijnen uit binnen- en buitenland. Verder werd overlegd gevoerd met de opdrachtgever over inbedding in de HARING-website. Tenslotte zijn op 6 december 2013 de resultaten van het project besproken in een expert meeting, waarbij ook de opdrachtgever aanwezig was, waarna de definitieve checklist is opgesteld.

Gedurende het traject werd de checklist op iteratieve wijze doorontwikkeld en verbeterd, dat wil zeggen dat in elke fase bijstellingen plaatsvonden op basis van de ontvangen feedback. De oplevering van de resultaten van het project was 23 december 2013. In concreto betrof het de volgende producten: het projectverslag, de implementatiechecklist en een toelichting voor de gebruiker.

Ontwikkelfase

De literatuurstudie had als doel materiaal te verzamelen voor een checklist op basis van de huidige beschikbare kennis. Het was niet de bedoeling om alle mogelijke determinanten in beeld te krijgen middels een uitputtende systematische review, maar om voldoende onderbouwing te verzamelen voor de meest relevante determinanten. Gedurende de literatuurstudie groeide de checklist langzaam naar een vorm die kon worden voorgelegd aan adviseurs.

Verzameling van literatuur

Relevante bronnen van informatie werden bijeengebracht door middel van een combinatie van zoekstrategieën: een search in Pubmed, raadpleging van boeken (Grol & Wensing; Graham, Tetroe & Strauss; Greenhalgh, etc) en Nederlandstalige literatuur (bv EBRO-boek, HARING-project). Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen theoretische bespiegelingen en empirische literatuur, waarbij de nadruk lag op de empirische studies. Waar empirisch materiaal over richtlijnimplementatie ontbrak, is gezocht naar empirisch bewijs bij andere innovaties, zowel binnen als buiten de zorgsector. Het was uitdrukkelijk de bedoeling de determinanten niet alleen te zoeken op het niveau van de individuele adopters (i.e. zorgprofessionals en patiënten), maar ook op instellingsniveau en op landelijk niveau. Zo konden eventuele belemmeringen op micro-, meso- en macroniveau in kaart worden gebracht. Op aanraden van de adviseurs (zie testfase) is op een later moment nog aanvullende literatuur bekeken.

Analyse van literatuur

Eerst werd de gevonden literatuur doorzocht op raamwerken om de te ontwikkelen lijst met determinanten te ordenen. Deze raamwerken werden beoordeeld op hun geschiktheid als ordeningsstructuur voor de te ontwikkelen checklist. Hierbij speelden de volgende factoren een rol: logische samenhang, balans tussen de onderdelen en geschiktheid bij gebruik als checklist bij richtlijnontwikkeling. Via reflectie en discussie binnen de projectgroep is het gekozen raamwerk

aangepast en vereenvoudigd om als basis te kunnen dienen voor een praktische toepassing als checklist.

Vervolgens werd de literatuur (inclusief de gevonden raamwerken) doorzocht op factoren die de implementatie van richtlijnen bevorderen of belemmeren. Via reflectie en discussie binnen de projectgroep is zo een eerste groslijst van determinanten ontstaan.

Ontwikkeling van een concept implementatiechecklist

De determinanten in de groslijst werden in het raamwerk ondergebracht op de plek waar ze het meest logisch pasten. Deze groslijst werd tot een eerste versie van de checklist verwerkt (versie 1). Via reflectie en discussie binnen de projectgroep werd deze ingekrompen totdat er een meer gebalanceerde versie ontstond (versie 2). Vervolgens zijn de factoren verwerkt tot volledig uitgeschreven vragen die door een richtlijncommissie beantwoord kunnen worden. In deze fase is veel gediscussieerd over de vertalingen van begrippen uit het Engels. Zo ontstond een derde, Nederlandstalige versie van de checklist die kon worden voorgelegd aan de adviseurs (versie 3).

Testfase

Consultatie adviseurs

Concept checklist versie 3 werd voorgelegd aan vier adviseurs die een belangrijke verantwoordelijkheid dragen voor de ontwikkeling en/of evaluatie van richtlijnen in de zorg (zie bijlage 2). Uit het oogpunt van representativiteit kwamen twee adviseurs uit de cure-sector (eerstelijns en tweedelijns) en twee uit de care-sector (GGZ en JGZ). Met elk van deze adviseurs werd een semi-gestructureerd interview van een uur gehouden. Tijdens deze interviews werd gesproken over het gebruiksdoel van de checklist en de inhoud van de voorliggende versie van de checklist. Ook werd gevraagd naar hun toekomstideeën t.a.v. de ontwikkeling van richtlijnen. Tenslotte werd gevraagd naar geschikte actieve werkgroepen die de checklist konden gaan pilot-testen.

Pilot bij richtlijnen in ontwikkeling

In nauw overleg met de adviseurs werden in eerste instantie vier werkgroepen geselecteerd die actief waren met de ontwikkeling c.q. herziening van een richtlijn. Later kwam hier nog een vijfde werkgroep bij. De pilot vond plaats in twee fasen.

1. In de eerste fase werd de voorzitter of secretaris van de werkgroep telefonisch geïnstrueerd en gevraagd om schriftelijke feedback. Hierbij werd o.a. gevraagd naar commentaar op inhoud en format van de checklist en om een selectie te maken van items determinanten die relevant waren voor de richtlijn in kwestie. Hierop werd de checklist bijgesteld en verspreid onder alle leden van de werkgroep.
2. In de tweede fase werd aan de leden van de werkgroep verzocht de checklist in te vullen en op detailniveau van handgeschreven commentaar te voorzien. Tijdens een half uur durend bezoek van twee projectleden aan een reguliere werkgroepvergadering werden hun opinies over en ervaringen met de checklist als geheel verzameld. Betrokken personen werden onder meer gevraagd aan te geven in welke vorm de checklist beschikbaar zou moeten worden gesteld en welke instructie nodig is. Op deze wijze kon een indruk worden gekregen over de bruikbaarheid van de checklist. Waar een bezoek aan de werkgroep niet mogelijk was (omdat men in de projectperiode niet bijeenkwam), werden de opinies en ervaringen verzameld via een semi-

gestructureerde vragenlijst (zie bijlage 3). Op basis van de feedback van de werkgroep werd de checklist wederom bijgesteld.

Retrospectieve analyse

Parallel aan de pilot-activiteiten werd de checklist toegepast op een gerichte steekproef van 20 bestaande richtlijnen in binnen- en buitenland waarvan bekend is dat de richtlijnontwikkelaars voorlopers zijn in aandacht voor implementatieaspecten, om te leren van best practices en om te testen of de checklist ook kan worden gebruikt om het implementatiesucces van een richtlijn achteraf te verklaren.

Hiertoe werden de richtlijnteksten en aanhangende documenten verzameld via het internet en verdeeld over de projectgroepleden. De eerste twee richtlijnen werden door alle vier de onderzoekers bekeken, om uit te proberen of de opzet van de analyse haalbaar was. Vervolgens werden acht richtlijnen bekeken door twee onderzoekers, waarna de resultaten onderling werden besproken. De resterende richtlijnen werden steeds door een enkele onderzoeker bekeken.

Inbedding in HARING-website

Op basis van de resultaten van de pilot werd een wensenlijstje samengesteld voor inbedding in de HARING-website. Deze wensen werden besproken met een delegatie van de opdrachtgever. Omdat de website in kwestie in 2014 geheel nieuw zou worden opgezet en er bij de opdrachtgever nog geen zicht was op de mogelijkheden van deze website, werd in onderling overleg besloten dat over dit onderwerp na afloop van de projectperiode verder zou worden gesproken.

Bijeenkomst met experts

In de laatste maand van het project werd de checklist voorgelegd aan experts die afkomstig waren van richtlijnontwikkelaars, de opdrachtgever en relevante patiëntenorganisaties. In een bijeenkomst werden nut en beoogd gebruik van de checklist besproken en de inhoud van de checklist van commentaar voorzien. Op basis van deze discussie werd de definitieve inhoud van de checklist bepaald. Het verslag van de bijeenkomst, de definitieve checklist en een bijbehorende gebruikersinstructie werden rondgestuurd naar de deelnemers van de bijeenkomst bij wijze van member check en voor een laatste mogelijkheid tot feedback.

Resultaten

Ontwikkelfase

De literatuurstudie leverde in totaal 86 bronnen op (zie bijlage 1). Dit is inclusief de literatuur die in de testfase nog werd gevonden. Een deel daarvan werden gebruikt voor de keuze van het raamwerk en alle bronnen voor het inventariseren van relevante determinanten.

Raamwerk voor ordening van factoren

In eerste instantie werd gekeken of het raamwerk van GIRANET (1, 2) geschikt was voor het doel van het project. Daarnaast werden ook de MIDI (3) en TICD (4) bekeken. Tenslotte werden ook de ordeningskaders van Greenhalgh (5) (ook andere innovaties in de zorg) en van Rogers (6) (ook innovaties in andere sectoren) bij de keuze betrokken. Ook AGREE (7) werd bestudeerd om na te gaan of de checklist hierop voldoende aansloot. Enkele belangrijke raamwerken worden hieronder beschreven, waarna het gekozen raamwerk wordt toegelicht.

GIRANET

Het raamwerk van GIRANET biedt een structuur waarin de factoren die een rol spelen bij de implementatie van een richtlijn zijn ingedeeld in 9 domeinen die bij elkaar plaats bieden aan 29 determinanten GIRANET (1, 2). Zes van deze domeinen zijn gewijd aan eigenschappen van de richtlijn zelf (adaptability, usability, validity, applicability, communicability en relevance), twee aan het proces van implementeren (implementation, evaluation) en één aan randvoorwaardelijke zaken (resource implications). Gelet op de doelstelling van het project (een belangrijke plek voor randvoorwaardelijke determinanten), zou een checklist met GIRANET als kapstok moeilijk in balans te krijgen zijn. Daarom is GIRANET niet gekozen als basis voor de checklist.

MIDI

Het MIDI-raamwerk ligt ten grondslag aan een checklist bestaande uit een overzichtelijke lijst met 26 items, onderverdeeld in 4 domeinen: innovatie (c.q. de richtlijn zelf), gebruiker, organisatie, omgeving (3). Drie van de vier domeinen van MIDI gaan over randvoorwaardelijke zaken. Een goed uitgangspunt dus voor een gebalanceerde checklist. De checklist is bedoeld als meetinstrument bij een proefimplementatie en gevalideerd onder *intermediaire gebruikers* (zorgverleners). Bij de validatie zijn alleen de meest voorspellende determinanten overgebleven. De opdracht van het project is echter om een checklist te ontwikkelen die wordt gebruikt door *richtlijnontwikkelaars*. Voor deze groep zou de MIDI-lijst opnieuw gevalideerd moeten worden. Het is vooraf niet te voorspellen hoe die lijst er uit zou komen te zien. De MIDI-lijst in haar huidige vorm is dus ongeschikt voor het doel van dit project. Daarom is ook MIDI niet als basis gekozen.

TICD

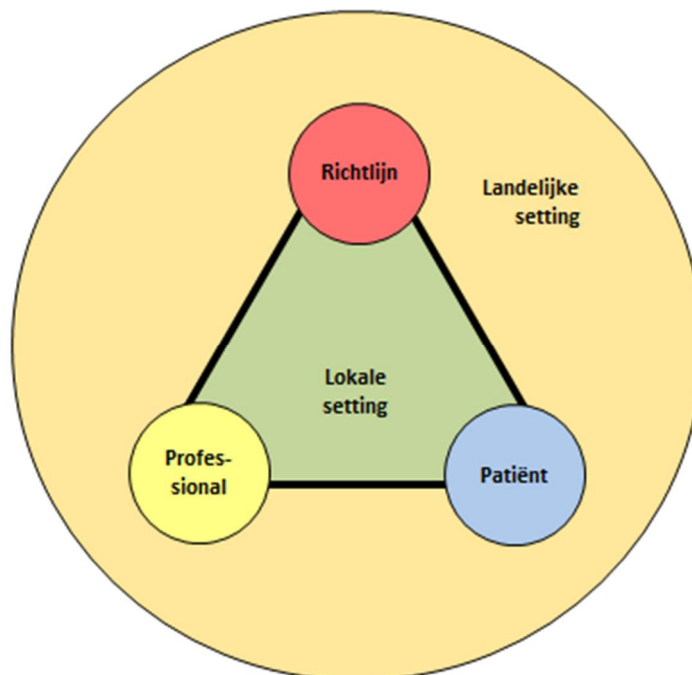
Het TICD-raamwerk bestaat uit 7 domeinen met in totaal 57 items (4). Het raamwerk volgt in grote lijnen de structuur van het verspreidings- en implementatiemodel van Greenhalgh, die op haar beurt weer leunt op het model van Rogers: innovatie (richtlijn), gebruiker (zorgverlener), patiënt, professionele interactie, resources, organisatorische factoren en omgevingsfactoren. Deze indeling in domeinen is helder (elk domein verwijst naar een bron van mogelijke barrières) en sluit goed aan bij de doelstelling van het project. Daarom heeft de projectgroep gekozen voor TICD als basis voor het framework.

AGREE

AGREE (versie 2) is een model dat is ontwikkeld om de kwaliteit van een richtlijn te bevorderen (7). Het biedt een kader voor de ontwikkeling, inhoud en beoordeling van richtlijnen. Het richt zich vooral op het bevorderen van de methodologie en transparantie van het *ontwikkelp proces*. AGREE richt zich dus niet op het implementatieproces. Dit laat onverlet, dat er determinanten zijn die zowel voor de ontwikkeling als de implementatie van belang zijn. Enige overlap tussen AGREE en de te ontwikkelen implementatiechecklist is dus niet te voorkomen. Dat is op zich ook geen probleem, want een dubbelcheck op een later moment kan nooit kwaad. Wat wel van belang is voor de te ontwikkelen checklist, is dat deze goed aansluit bij het AGREE-instrument.

Het uiteindelijke raamwerk

Gelet op de praktische hanteerbaarheid van de checklist heeft de projectgroep het TICD-model vereenvoudigd tot 5 domeinen. Ook is ervoor gekozen om te spreken over knelpunten of barrières in plaats van determinanten van zorg, de term die in het TICD raamwerk wordt gehanteerd. Elk domein vertegenwoordigt een *bron van mogelijke barrières* voor implementatie en is voorzien van een duidelijke vlag die de lading dekt. Dit valt goed uit te leggen aan de gebruiker van de checklist. In Figuur 1 zijn deze domeinen visueel gepresenteerd, waarbij ook de onderlinge afhankelijkheden worden weergegeven. Het gaat hier te ver om op deze afhankelijkheden nader in te gaan. Maar het feit dat ze er zijn, verklaart waarom de toewijzing van een determinant aan een domein soms enigszins arbitrair kan zijn.



Figuur 1: De vijf domeinen van de implementatiechecklist.

Het raamwerk onderscheidt de volgende domeinen:

1. Richtlijn: De kenmerken van de richtlijn in kwestie die een barrière kunnen vormen voor een succesvolle implementatie. Kenmerken van een goede kwaliteit van de richtlijn zelf,

bijvoorbeeld zoals omschreven in AGREE, worden meegenomen als deze bijdragen aan de implementatie ervan in de praktijk.

2. Professional: De individuele en/of groepskenmerken van de zorgverlener op de werkvloer die een barrière kunnen vormen voor een succesvolle implementatie. Veel van deze kenmerken zijn van psychologische of sociologische aard.
3. Patiënt: De individuele en/of groepskenmerken van de patiënten voor wie de richtlijn is bedoeld die een barrière kunnen vormen voor een succesvolle implementatie. Veel van deze kenmerken zijn van medische, psychologische of sociologische aard. Ook de invloed van de professional-patiëntrelatie is onder dit domein geplaatst.
4. Lokale setting: De lokale omgevingsfactoren die een barrière kunnen vormen voor een succesvolle implementatie. Hierbij gaat het vooral om culturele en organisatorische factoren, zowel van structurele aard ('organisational antecedents') als betrekking hebbend op de ontvankelijkheid voor deze specifieke richtlijn ('organisational readiness').
5. Landelijke setting: De omgevingsfactoren op landelijk niveau die een barrière kunnen vormen voor een succesvolle implementatie. Het gaat hier om zaken op politiek, juridisch-ethisch en economisch gebied (randvoorwaarden voor implementatie vanuit het perspectief van zorgverleners en patiënten).

Determinanten

In de verschillende raamwerken worden veel determinanten genoemd die invloed hebben op het succes van de implementatie van vernieuwingen in het algemeen en van richtlijnen in het bijzonder. Daarnaast zijn ook empirische studies bekeken naar individuele determinanten. Een meta-review hiervan toont aan, dat de bewijskracht van onderzoek naar deze factoren varieert (8). Het overgrote deel van het onderzoek naar de factoren is observationeel. Veel determinanten in de uiteindelijke checklist zijn gebaseerd op meerdere onderzoeken en komen terug in verschillende raamwerken, vaak in andere bewoordingen. Omdat ook wij de bewoordingen hebben aangepast (om de determinanten concreet te krijgen voor gebruik in een checklist), passen bewijs uit onderzoek en factor niet één op één op elkaar. Daarom hebben we ervoor gekozen om per determinant twee of drie referenties te vermelden die het belang van een domein van determinanten onderstrepen.

Richtlijngebonden determinanten

Het meeste onderzoek is gedaan naar determinanten die inherent zijn aan de richtlijn zelf (3, 4, 8-10). In deze studies is bewijs voor alle onderstaande determinanten terug te vinden. Veel van deze factoren hebben zowel invloed op de kwaliteit als op de implementeerbaarheid van de richtlijn. Dit heeft geleid tot een zekere overlap van de implementatiechecklist met AGREE (7).

Een zeer bepalende factor is de geloofwaardigheid van de richtlijn. Deze is voor een belangrijk deel gebaseerd op de onderliggende bewijskracht van de aanbevelingen in de richtlijn (1, 7, 10, 11). Als deze beperkt is, is de kans aanwezig dat er controverses blijven bestaan over de aanbevelingen in de richtlijn. Ook de geloofwaardigheid van de aangestelde richtlijncommissie draagt bij aan het draagvlak voor de richtlijn (7). Zo is het de vraag of alle belanghebbende partijen voldoende bij het ontwikkelproces betrokken zijn. Voorts moeten de commissieleden voldoende draagvlak hebben bij hun achterban en geen conflict of interests hebben t.a.v. bepaalde aanbevelingen.

Ook belangrijk is het relatieve voordeel dat het werken met de richtlijn oplevert voor de gebruiker in kwestie, i.c. de zorgverlener (6, 12, 13). Relatief, omdat men de voordelen afzet tegen de huidige

praktijk (current practice) en omdat men ook de nadelen en risico's in de overweging meeneemt. Een voordeel maakt meer indruk als het zichtbaar is, snel te realiseren is en ten goede komt aan gebruiker van de richtlijn (6).

De richtlijn moet ook aan duidelijkheid niets te wensen overlaten (1, 3, 4, 11). Het doel van de richtlijn moet helder zijn. De doelgroep moet duidelijk zijn gedefinieerd (in- en exclusiecriteria, conflicterende risicofactoren of comorbiditeit). De aanbevelingen moeten voldoende concreet zijn beschreven. Zo mag informatie over doseringen niet ontbreken.

Ook de toegankelijkheid van de richtlijn is een aspect dat aandacht verdient (1, 14). Gebruikers moeten weten waar ze de richtlijn kunnen vinden. De richtlijn moet zijn voorzien van een overzichtelijke inhoudsopgave of een andere zoekstructuur. Aanbevelingen moeten overzichtelijk worden gepresenteerd, bijvoorbeeld met behulp van een stroomdiagram. En ook patiënten moeten in begrijpelijke taal kunnen lezen wat er in de richtlijn staat.

Onder de uitvoerbaarheid van de richtlijn vallen verschillende zaken die aangeven hoeveel moeite het kost om volgens de richtlijn te werken. Als de aanbevelingen moeilijk uitvoerbaar zijn, kan het helpen als er hulpmiddelen beschikbaar zijn die de uitvoering bevorderen (1, 15, 16). Hierbij valt te denken aan klinimetrische instrumenten en andere diagnostische hulpmiddelen, of beslismodellen voor het bepalen van een risicoprofiel. Indien de richtlijn als geheel complex in elkaar zit, kan het inspannend of tijdrovend zijn om de aanbevelingen stap voor stap te volgen (6, 12, 17).

Een belangrijk punt is verder de flexibiliteit van de richtlijn, de mate waarin de richtlijn kan worden aangepast aan de lokale situatie (6, 17). Rogers noemt dit het vermogen tot "re-invention". Als het niet mogelijk is om een aanbeveling op te volgen, bijvoorbeeld omdat bepaalde expertise of apparatuur niet aanwezig is, moet er een second-best optie zijn als alternatief.

Verder is het verstandig als de richtlijn eerst op kleine schaal kan worden uitgetest, voordat tot grootschalige en blijvende implementatie wordt overgegaan (6, 12, 13, 17). Men spreekt in de literatuur wel van testbaarheid.

Een wat minder tastbare, maar wel belangrijke factor is de verenigbaarheid van de richtlijn met de werkwijze van de gebruikers (1, 4, 6). Termen die in dit verband worden gebruikt, zijn "compatibility" en "cultural appropriateness". Behalve het feit dat de richtlijn moet stroken met de normen en waarden van de gebruiker, moet deze ook inpasbaar zijn temidden van de andere richtlijnen die al in gebruik zijn. Als een gebruiker merkt, dat aanbevelingen in de nieuwe richtlijn inconsistent zijn met die in bestaande richtlijnen, zal hij minder geneigd zijn de nieuwe richtlijn te volgen.

Tenslotte is ook de evalueerbaarheid van de richtlijn een belangrijke factor. Als de gebruiker inzicht kan krijgen in de wijze waarop hij met de richtlijn omgaat, werkt dit stimulerend. Het krijgen van feedback over gedrag en uitkomsten is immers een fundamenteel principe van leren en gedragsverandering. Vooral als hij dit kan afzetten tegen "spiegelinformatie", waarmee hij zijn handelen kan vergelijken met een referentiegroep. Deze vorm van evalueren wordt ook wel benchmarking genoemd. Het maken van indicatoren bij een richtlijn kan hieraan bijdragen.

Uit de literatuur kwam verder nog een aantal losse factoren naar voren die we hebben geclusterd onder het kopje inhoud van de richtlijn. Het betreft hier de vraag of er – naast medisch-inhoudelijke aanbevelingen – ook organisatorische en andere aanbevelingen worden gedaan.

Determinanten gerelateerd aan de patiënt

Er is bewijs voor een aantal patiëntgebonden determinanten die niet zelf onderwerp van medische zorg zijn, maar wel de navolging van richtlijnen beïnvloeden (3, 4, 12). Een belangrijke factor waardoor zorgverleners zich genoodzaakt voelen om af te wijken van een richtlijn, is dat ze rekening houden met biomedische en psychosociale kenmerken van patiënten (inclusief laaggeletterdheid en gebrek aan kennis over gezondheidszaken). Bovendien kunnen patiënten financieel minder daadkrachtig zijn, zodat ze niet snel van voorzieningen gebruik maken die wel geld kosten, maar niet worden vergoed. Daarnaast kunnen patiënten om individuele redenen gemotiveerd weerstand hebben tegen bepaalde maatregelen, waardoor ze niet bereid zijn om hiernaar te handelen. Dit kan te maken hebben met culturele of religieuze normen en waarden, maar ook met persoonlijke voorkeuren. Ook kan de aanwezigheid van andere ziekten (multimorbiditeit) een hindernis vormen om de richtlijn te volgen, al is er ook onderzoek dat laat zien dat juist patiënten met meerdere ziekten zorg ontvangen die meer volgens richtlijnen is (18, 19).

Determinanten gerelateerd aan de zorgprofessional

Bij de adoptie van de richtlijn in de dagelijkse praktijk spelen ook de eigenschappen van de individuele zorgprofessional een rol (3, 4, 8-10). Een groep psychologen onder leiding van Susan Michie heeft op dit gebied veel onderzoek gedaan en ook theoretisch framework ontwikkeld, waarin een groot deel van de psychologie over gedragsverandering compact wordt samengevat (20, 21). In onze implementatiechecklist hebben we deze samengevat in een drietal determinanten.

Cognities, attitude en sociale invloed vormen een belangrijke groep van eigenschappen die de adoptie van de richtlijn kunnen beïnvloeden. Daaronder vallen kennis van de richtlijn, vaardigheden om aanbevelingen uit te voeren en geloof in richtlijnen in het algemeen. Vaak spelen sociale factoren hierbij een rol, zoals het draagvlak voor de richtlijn bij (gezaghebbende) collega's.

Ook de intenties en het vertrouwen van de zorgprofessional zijn van invloed op de adoptie van de richtlijn. Bij intentie is er sprake van een concreet plan om volgens de richtlijn te gaan werken. Bij vertrouwen gaat het zowel om zelf-effectiviteit (vertrouwen in eigen kunnen, d.w.z. het vertrouwen dat ze de richtlijn kunnen navolgen) als om respons-effectiviteit (vertrouwen in het effect van hun handelen).

Tenslotte is ook het inzicht dat de zorgverlener toont in zijn eigen gedrag een belangrijke factor. Hieronder valt het vermogen om het eigen handelen kritisch te evalueren.

Determinanten gerelateerd aan de landelijke omgeving

Rogers heeft er in het verleden al op gewezen dat het succes van een innovatie voor een belangrijk deel wordt bepaald door de randvoorwaarden waaronder deze moet worden geïmplementeerd (6). Dit geldt ook in de gezondheidszorg (22), ook in het geval van de implementatie van zorgrichtlijnen (4). We zetten hieronder de belangrijkste determinanten op een rij.

Het politieke draagvlak voor een nieuwe richtlijn kan belangrijk zijn, vooral als toepassing van de richtlijn belangrijke organisatorische of financiële consequenties heeft. Dit houdt in, dat de noodzaak

voor een nieuwe richtlijn onder de aandacht moet worden gebracht van de landelijke beleidsmakers, koepels en verzekeraars (23). Rogers noemt dit "agenda setting" (6). Hoewel richtlijnontwikkelaars hier weinig invloed op hebben, is het wel iets waarmee men rekening moet houden. Als het politieke draagvlak niet groot is, zal men op andere fronten extra moeite moeten doen om de richtlijn toch goed te laten landen in de praktijk.

Daarnaast is het natuurlijk ook belangrijk dat de vigerende wetgeving de invoering van een richtlijn niet in de weg staat (24). Medicijnen die (voor een bepaalde indicatie) nog niet zijn toegelaten op de Nederlandse markt kan men niet aanbevelen. Soms is het nodig om te wachten op registratie, of zelfs op nieuwe wetgeving alvorens men tot implementatie van een richtlijn kan overgaan. Ook om economische motieven kan het raadzaam zijn de invoering uit te stellen. Bijvoorbeeld totdat de zorgverzekeraars de aanbevelingen van de richtlijn in hun vergoedingenpakket hebben opgenomen of totdat een duur, maar overbodig geworden apparaat is afgeschreven (25).

Determinanten gerelateerd aan de lokale omgeving

Als men een richtlijn wil implementeren in de praktijk, zal ook de lokale omgeving moeten meewerken, want zorgverlening vindt meestal plaats in een bepaalde organisatorische context. Dit kan een huisartsenpraktijk zijn, maar ook een ziekenhuis of ketenzorgprogramma. Greenhalgh maakt onderscheid tussen twee system antecedents en system readiness (22). System antecedents zijn kenmerken van de organisatie als zodanig. Hierbij gaat het om de vraag, of er een vernieuwingsgezind klimaat heerst en of de organisatie de infrastructuur heeft om richtlijnen te accommoderen. Ook de manier van samenwerking binnen een organisatie is van invloed op dit accommodatievermogen.

Er is sprake van system readiness als men in de organisatie de behoefte voelt aan de nieuwe richtlijn (change commitment) en men er vertrouwen in heeft dat deze ook geïmplementeerd kan worden (change efficacy). Om dit te realiseren, moet de organisatie voldoende verandercapaciteit vrijmaken (26, 27). Dit kunnen hulpmiddelen zijn zoals keuzehulpen en voorlichtingsmateriaal. Dit kunnen trainingsfaciliteiten zijn voor zorgprofessionals en extra personeel om een eventuele productiviteitsdip op te vangen in de periode dat men nog moet wennen aan de nieuwe richtlijn. Voor dit alles moet voldoende geld beschikbaar zijn, dus het is van belang dat men tevoren een inschatting heeft gemaakt van de kosten en baten van de invoering (15, 28). Een belangrijke stimulans kan zijn het aanstellen van een change agent die de implementatie voorbereidt en in goede banen leidt (6).

Testfase

In de testfase werd de checklist op verschillende manieren geëvalueerd en na elke evaluatie bijgesteld. Op deze manier is ernaar gestreefd, dat de checklist aan geloofwaardigheid zou winnen en beter zou aansluiten bij de behoeften van de verschillende belanghebbende gremia.

Consultatie adviseurs

De literatuurstudie leverde een concept checklist op (versie 3) die werd voorgelegd aan vier adviseurs die een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van richtlijnen in de onderstaande sectoren en echelons (Tabel 1).

Tabel 1: Achtergrond van de geraadpleegde adviseurs

Instelling	Sector	Echelon
Orde van Medisch Specialisten	Cure	Tweedelij
Nederlands Huisartsengenootschap (NHG)	Cure	Eerstelij
Trimbosinstituut	Care	Geestelijke Gezondheidszorg
TNO	Care	Jeugdgezondheidszorg

De adviseurs vonden het in principe een goede zaak dat er een checklist komt, mits de richtlijnontwikkelaars zelf hier de vruchten van kunnen plukken. De volgende verbeterpunten werden aan de orde gesteld:

- *Lengte van de checklist.* De voorgelegde conceptlijst van (toen nog) 67 determinanten vond men veel te lang. Bij voorkeur zou de checklist maximaal 20 items mogen bevatten. De suggestie werd gedaan om de checklist in twee delen te knippen: een deel voor degenen die verantwoordelijk zijn voor de landelijke ontwikkeling en een deel voor degenen die verantwoordelijk zijn voor de lokale implementatie.
- *Betrekingsniveau van de vragen.* Sommige vragen in de checklist slaan op de richtlijn als geheel, terwijl andere vragen betrekking hebben op aanbevelingsniveau. Deze vragen zouden dus per richtlijn meerdere keren aan bod moeten komen.
- *Generieke of specifieke vragen.* De vragen in de concept checklist waren generiek geformuleerd, zodat elke sector en elk echelon er zijn eigen invulling aan kon geven. De adviseurs vonden dit abstract. Op zijn minst moesten de vragen worden voorzien van nadere instructies. Liever zag men dat er aangepaste versies van de checklist zouden komen voor elke context. Zo zijn in de huisartsenpraktijk de organisatorische factoren van een andere orde dan in grote zorginstellingen. In de care-sector spreekt men liever van cliënten dan van patiënten. Ook het begrip "gebruiker" van de richtlijn was te vaag. Liever zag men hier "arts" of "zorgprofessional" staan.
- *Gebruik van de checklist.* Over de mogelijke inzet van de checklist waren de adviseurs verdeeld. Zo was er scepsis over het idee dat men met de checklist implementatieproblemen kon voorspellen danwel maatregelen kon treffen om problemen te voorkomen. Het invullen van een checklist bleef toch een kwestie van droogzwemmen. Pas bij een (proef)implementatie liep men tegen de echte problemen aan. Verder zou de checklist weinig meerwaarde hebben als deze alleen maar problemen zou identificeren, maar geen oplossingsrichtingen zou aanreiken.

Aandachtspunten voor de toekomst

Ook werd gesproken over de belangrijkste aandachtspunten op het gebied van richtlijnontwikkeling bij de verschillende instanties. Bij de Orde zet men in op het indelen van richtlijnen in modules, met het idee dat modules gemakkelijker zijn te onderhouden en te combineren (in geval van multimorbiditeit). Bij het NHG heeft men een speerpunt gemaakt van het formaliseren van aanbevelingen, zodat een huisarts geautomatiseerde feedback kan krijgen als hij van de richtlijn afwijkt. Bij de GGZ ziet men het nut van systematische verzameling van feedback van eindgebruikers. Het idee is dat de opzet van een systeem voor structurele feedback kan bijdragen aan de verbetering van de richtlijn. Bij de JGZ gelooft men in de heilzame werking van kleinschalige proefimplementaties, waar feedback van de eindgebruiker wordt gebruikt om de implementatie te

bevorderen. Samengevat zijn dit de ontwikkelingen waarmee men in de nabije toekomst rekening moet houden:

- Het opsplitsen van richtlijnen in modules
- Het geven van feedback aan de gebruiker
- Het systematisch betrekken van de eindgebruiker bij het verbeteren van (de implementatie van) richtlijnen.

Deze ontwikkelingen zijn weliswaar niet van direct belang voor de ontwikkeling van de implementatiechecklist, maar leveren elk wel een eigenstandige bijdrage aan hetzelfde doel als waarvoor de checklist wordt ontwikkeld, namelijk het bevorderen van de implementatie van richtlijnen in de praktijk. Daarom leek het ons zinvol om hiervan nota te nemen.

Consequenties voor de checklist

Op basis van het commentaar van de adviseurs werd de checklist aangepast tot versie 4. De checklist werd in twee delen gesplitst: een deel voor ontwikkelaars (met de domeinen richtlijn, patiënt, landelijke setting) en een deel voor implementatoren (met de domeinen professional en lokale setting). Verder werd besloten om de tekst van de vragen voor de komende pilot contextgevoelig te maken.

Pilot van de checklist in actieve werkgroepen

In overleg met de adviseurs werden de volgende werkgroepen benaderd met de vraag of ze met de checklist wilden piloten. Alleen in de JGZ-sector konden geen werkgroepen aan de pilot meedoen, omdat daar op het moment geen richtlijnen in ontwikkeling of herziening waren. Alle benaderde werkgroepen stemden in, met dien verstande dat twee werkgroepen geen vergadering hadden binnen de periode van de pilot, zodat het fysiek bijwonen van een vergadering niet mogelijk was. Verder stond één van de werkgroepen voor haar laatste bijeenkomst en werd een bezoek kort tevoren afgelast vanwege een overvolle agenda. Uiteindelijk zijn twee werkgroepen dus daadwerkelijk bezocht en heeft bij drie werkgroepen een schriftelijke evaluatie plaatsgevonden (Tabel 2).

Tabel 2: Geraadpleegde werkgroepen van richtlijnen in ontwikkeling

Domein	Richtlijn in ontwikkeling	Feedback
Cure – tweedelij	Duizeligheid (multidisciplinair)	November
Cure – eerstelij	Slaapproblemen Diepe veneuze trombose	November December (schriftelijk)
Care – GGZ	Somatische screening VG Dwang & drang	December (schriftelijk) Februari (schriftelijk)
Care – JGZ	-	-

Commentaar van de voorzitters

De voorzitters werden telefonisch geïnstrueerd over de bedoeling van de pilot. Vervolgens hebben zij schriftelijk feedback gegeven op de voorliggende concept richtlijn (versie 4). Formuleringen die niet duidelijk waren, werden aangegeven. Eén voorzitter wilde graag een checklist waarin de determinanten met steekwoorden waren aangegeven. De overige voorzitters gaven toch de voorkeur aan volledig uitgeschreven vragen. Elke voorzitter maakte een selectie van determinanten

die van belang waren voor de richtlijn in kwestie. Het aantal vragen dat als niet relevant werd geschrapt, varieerde van een enkele vraag tot meer dan de helft van de checklist. Verder werd met de voorzitters overlegd, welke instructies de overige leden van de werkgroep zouden krijgen over het invullen van de checklist.

Feedback van de werkgroepen

De overige leden van de werkgroep kregen een versie van de checklist toegestuurd die was aangepast aan de specifieke wensen van de voorzitter, inclusief bijbehorende instructies. Gevraagd werd om alleen deel 1 in te vullen (voor richtlijnontwikkelaars) en beide delen van commentaar te voorzien. Uit de feedback die werd gegeven, kwamen de volgende verbeterpunten naar voren:

Lengte van de checklist. In de NHG-werkgroepen had men sterke voorkeur voor een zeer korte lijst van ongeveer 5 “kernitems” die verwezen naar de meest cruciale determinanten voor succes. Men achtte het dagelijks bestuur van de werkgroep (voorzitter, secretaris en/of methodoloog) in staat om deze selectie te maken. Daarop is aan deze personen gevraagd of ze een keuze konden maken. De twee secretarissen kwamen toen, na onderling overleg, elk met een shortlist. Drie “kernitems” kwamen op beide lijstjes voor (draagvlak gebruikers, duidelijk te interpreteren, uitvoerbaarheid). Vijf “kernitems” werden door slechts één van beiden genoemd (lokale aanpasbaarheid, verenigbaarheid met normen en waarden, rekening houden met begrip en financiële draagkracht van patiënt, overtuigend bewijs en vergoeding door basisverzekering).

Gebruik van de checklist. De checklist zou op verschillende momenten in het ontwikkeltraject moeten kunnen worden gebruikt, steeds met een andere subset van vragen. Ook hier achtte men het dagelijks bestuur van de werkgroep in staat om een keuze te maken. Een aantal vragen van de checklist vond men op het terrein van andere commissies liggen. Zo vond men dat de barrières op landelijk niveau al moesten zijn geslecht voordat de werkgroep in kwestie zou worden aangesteld. Een deel van de checklist moest dus eigenlijk worden voorgelegd aan deze voorbereidings- of agenderingscommissie.

Oplossingsrichtingen. Over het toevoegen van verwijzingen naar oplossingsrichtingen dachten de werkgroepen verschillend. Aan de ene kant zag men hierin juist de grote meerwaarde van de checklist, aan de andere kant dacht men voor de meeste barrières zelf wel op voor de hand liggende oplossingsrichting te kunnen komen. Een verwijzing naar andere HARING-tools of andere instrumenten vond men een extra service, maar geen conditio sine qua non.

Inhoud van de checklist. Men had moeite met de interpretatie van sommige vragen. Dit bleek soms samen te hangen met de formulering van de vraag en soms met het betrekkningsniveau van de vraag (sloeg die op de richtlijn als geheel of op aanbevelingen?). De vraag of de richtlijn geschikt was voor shared decision making vond men een eye opener: nooit aan gedacht, maar wel zinvol. Voor de multidisciplinaire richtlijn over duizeligheid waren de vragen over samenwerking en afstemming heel relevant. Niet pas bij de lokale implementatie (zoals was voorzien in de concept checklist), maar ook al tijdens de ontwikkeling van de richtlijn.

Consequenties voor de checklist

Op basis van de feedback uit de pilot zijn onduidelijke formuleringen aangepast en is de uitleg bij de vragen verbeterd. Dit heeft geresulteerd in conceptversie 5 van de checklist.

Een groot deel van de feedback werd verwerkt in discussiepunten voor de expert meeting. Zo werd de eerder gemaakte tweedeling van de checklist weer ter discussie gesteld en vervangen door een voorstel om de checklist door meerdere commissies te laten gebruiken. Ook werd een procedurevoorstel geformuleerd om binnen een werkgroep tot een hanteerbaar aantal vragen te komen. Dit zou er in de praktijk op neerkomen, dat het dagelijks bestuur van de werkgroep beoordeelt welke determinanten voor de implementatie van de richtlijn in kwestie een serieuze barrière vormen, en dat vervolgens in de werkgroep wordt besproken of en wat hieraan gedaan moet worden.

Retrospectieve analyse van bestaande richtlijnen

Conceptversie 4 van de checklist werd ook onderworpen aan een retrospectieve analyse op basis van de tekst van bestaande richtlijnen. De bestudeerde richtlijnen zijn weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3: Gepubliceerde richtlijnen die zijn gebruikt voor de retrospectieve analyse

Uitgever/Bron	Richtlijn	Publicatie
<i>Nederlandse richtlijnen</i>		
CBO	Richtlijn diagnose, behandeling, begeleiding en beoordeling van patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom.	2013
CBO	Richtlijn Lymeziekte.	2013
JGZ	JGZ-richtlijn Overgewicht. Preventie, signalering, interventie en verwijzing.	2012
Multidisciplinair	Multidisciplinaire richtlijn Ziekte van Parkinson.	2010
Multidisciplinair	Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen.	2012
NCJ	Multidisciplinaire richtlijn Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's.	2013
NHG	Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomangement.	2011
NHG	NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten.	2013
NHG	NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik.	2005
NVA	Richtlijn Wervelkolomgerelateerde pijnklachten van de lage rug.	2011
NVA/NVvH	Richtlijn Het Peroperatieve Traject.	2011
V&VN	Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling.	2011
<i>Buitenlandse richtlijnen</i>		
AHRQ	Diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease.	2011
AHRQ	Hereditary breast and ovarian cancer syndrome.	2009
NICE	Falls. Assessment and prevention of falls in older people.	2013
NICE	Stroke rehabilitation. Long-term rehabilitation after stroke.	2013
NICE	Ulcerative colitis. Management in adults, children and young people.	2013
SIGN	Diagnosis and management of colorectal cancer.	2011
SIGN	Diagnosis and management of psoriasis and psoriatic arthritis in adults.	2010
SIGN	Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults.	2012

Al snel bleek dat de checklist niet kon worden gebruikt om *post hoc* de mate van succes van een richtlijn te kunnen verklaren. De richtlijnteksten die we hebben bestudeerd, bevatten hiertoe te weinig informatie. Daarom is de retrospectieve analyse alleen uitgevoerd om te onderzoeken of de checklist nog lacunes bevat.

Lacunae in de checklist

Uit de retrospectieve analyse kwamen de volgende aspecten naar voren waaraan in de concept checklist nog geen aandacht was besteed:

- Aandacht voor het feit dat de richtlijn is opgesteld aan de hand van AGREE
- Aandacht voor het afleren van bestaande routines ('interventions that cannot be recommended')
- Aandacht voor het sociale netwerk, 'supportive' omgeving, ondersteuning door familie (met name bij jeugd en adolescenten)
- Aandacht voor cultuurspecifieke zaken (bijvoorbeeld voeding en beweging)
- Aandacht voor opname in de richtlijn van een lijst met beschikbare 'implementation tools and resources'
- Aandacht voor het vastleggen van samenwerkingsafspraken: organisatie van zorg, overdracht van zorg en geven van informatie / voorlichting

Andere opvallende zaken

Voorts wees de analyse uit dat enkele zaken wellicht een wat prominentere plek in de checklist zouden moeten krijgen:

- Meer aandacht voor de arts-patiëntrelatie
- Meer aandacht voor de 'patient ability to understand and retain information'
- Meer aandacht voor goed omschreven meetbare doelstellingen en audit-indicatoren, met name voor kern-aanbevelingen. Deze indicatoren moeten ratio's zijn, waarbij duidelijk is wat wordt meegewogen boven en onder de streep.
- Verduidelijken van complexe aanbevelingen door middel van visuele weergaven
- Meer aandacht voor de gebruiksvriendelijkheid van de richtlijn met betrekking tot aspecten als layout, grafische weergave van aanbevelingen, duidelijke samenvatting, etc.

Consequenties voor de checklist

Op basis van de retrospectieve analyse werden een paar items toegevoegd. De meeste lacunae werden echter geacomodeerd door deze te verwerken in bestaande items, hetzij in de tekst van de vraag zelf, hetzij in de uitleg bij de vraag.

Bijeenkomst met experts

Op 6 december is een bijeenkomst gehouden met 10 experts vanuit de richtlijnontwikkeling, een patiëntenplatform en de opdrachtgever (zie bijlage 4). De expert meeting voltrok zich in een open en constructieve sfeer. Tijdens de bijeenkomst werden keuzes gemaakt ten aanzien van een aantal openstaande issues. Hierbij werden de volgende beslissingen genomen:

Doelgroep checklist. De gebruikersgroepen van de checklist worden ruimer gedefinieerd. Naast de richtlijnontwikkelaars en de implementatoren zouden ook de commissies worden betrokken die vóór de richtlijnontwikkeling en richtlijnimplementatie actief zijn. In totaal zou de checklist dus worden gebruikt door vier instanties:

- een voorbereidingscommissie die besluit tot het ontwikkelen of herzien van een richtlijn
- een ontwikkelingscommissie (werkgroep) die de richtlijn inhoudelijk vormgeeft
- een implementatiecommissie die de invoer van de richtlijn voorbereidt

- het lokale implementatieteam dat belast is met de invoering van de richtlijn op de werkvloer.

Verdeling van verantwoordelijkheden. Het dagelijks bestuur van de werkgroep c.q. andere commissie (voorzitter, secretaris, methodoloog) krijgt de verantwoordelijkheid om zelf te bepalen welke determinanten op welk moment in de werkgroep zouden worden besproken. En als een probleem wordt gesignaleerd, zou ook een verantwoordelijke voor de oplossing moeten worden aangewezen. Dit kan overigens ook iemand zijn buiten de werkgroep c.q. commissie.

Aanvullend materiaal. In de instructie bij de checklist moet in ieder geval worden gemeld hoe de checklist moet worden gebruikt, hoe de verantwoordelijkheden liggen en hoe de checklist zich verhoudt met AGREE. De instructie mag niet meer dan een pagina (A4) omvatten.

Verantwoordingsdocument. De keuze van een drietal items voor het verantwoordingsdocument werd overgelaten aan de projectgroep. Een voorstel hiertoe wordt in de eindrapportage opgenomen (zie discussie).

Inhoud van de checklist. De belangrijkste nog openstaande issues t.a.v. de vragen in de checklist werden langsgelopen. Er werd goed gekeken naar de formulering van de vragen. Was er sprake van een juiste nuancering? Werd er niet onnodig gestigmatiseerd?

Consequenties voor de checklist

De bijeenkomst met experts heeft vooral geleid tot tekstuele aanpassingen van de checklist, daarnaast op sommige plaatsen ook tot indikking van het aantal. Zo werd onder het kopje 'geloofwaardigheid' de vraag over *evidence* geschrapt, omdat het draagvlak op de werkvloer vooral afhangt van de geloofwaardigheid van de makers van de richtlijn en omdat dit aspect al duidelijk wordt omschreven in AGREE. Als aanvulling op de checklist werd een toelichting geschreven met de inhoud zoals hiervoor bepaald.

Voorstellen voor het gebruik van de checklist

De checklist heeft bij oplevering een bevredigende balans tussen volledigheid en beknoptheid, maar nog niet haar definitieve formaat. Dat is pas het geval als de checklist wordt ingebed in de website van het Kwaliteitsinstituut samen met de andere HARING-tools. Daar kunnen versies worden aangeboden met aangepast vocabulaire per sector of echelon. Op dit moment is er dus nog sprake van een *prototype* checklist, vastgelegd in tekst en in Excel. Hieronder volgt nog een voorstel voor opdeling van de vragen naar fase in het ontwikkelproces.

Fasering gebruik checklist

De totale checklist bestaat uit 52 vragen. Voorgesteld wordt om de checklist op maat te maken voor de fase waarin het ontwikkelproces zich bevindt. Dit gebeurt aan de hand van de driedeling zoals gebruikt in het Handboek voor Evidence-based Richtlijnontwikkeling (29). Deze driedeling volgt in grote lijnen de taakverdeling die bij sommige instanties (bv. het NHG) wordt gehanteerd tussen een voorbereidingscommissie, een ontwikkelingswerkgroep en een implementatiewerkgroep. In de checklist is nog een fase IV toegevoegd (14 vragen) voor determinanten die relevant zijn tijdens de implementatie op de werkvloer. Hiermee dienen de lokale implementatoren rekening te houden. Ons advies is om deze fase-IV vragen als bijlage bij de richtlijn te voegen.

I Voorbereidingsfase (10 vragen)

- 1) kiezen van onderwerp, doel en doelgroep
- 2) identificeren van betrokken beroepsorganisaties en patiëntenorganisaties
- 3) kiezen van een voorzitter door betrokken organisaties
- 4) betrekken van inhoudsdeskundigen, methodologische experts
- 5) borgen van patiëntenperspectief in de richtlijn
- 6) transparant maken en beperken belangenverstrengeling

II Ontwikkelfase (17 vragen)

- 7) analyseren van knelpunten
- 8) opstellen van specifieke uitgangsvragen
- 9) systematisch samenvatten van literatuur
- 10) transparant maken van de gebruikte methode om de aanbevelingen op te stellen
- 11) specifiek en eenduidig formuleren van de aanbevelingen
- 12) opleveren van producten die de toepassing van de richtlijn bevorderen

III Afrondingsfase (11 vragen)

- 13) raadplegen van experts en toekomstige gebruikers (consultatie en/of pilot implementatie)
- 14) accorderen van de richtlijn door de primaire beroepsgroepen en patiëntenorganisatie(s)
- 15) gebruikersvriendelijk en gemakkelijk vindbaar maken van de richtlijn
- 16) vermelden van de procedure voor herziening

Bij de verdeling van de vragen is er vooralsnog van uitgegaan, dat elke vraag slechts in een enkele fase aan bod komt. De mogelijkheid wordt echter uitdrukkelijk opgehouden om bij voortschrijdend inzicht een vraag in meerdere fasen aan de orde te stellen.

Vragen toetsingskader

De opdrachtgever heeft gevraagd om uit de checklist een drietal vragen te destilleren die kunnen worden opgenomen in het Toetsingskader van het Kwaliteitsinstituut.

Hoewel in de pilotstudie een shortlist van “kernitems” is benoemd door twee richtlijncommissie secretarissen (draagvlak gebruikers, duidelijk te interpreteren, uitvoerbaarheid) hebben de bevindingen van de literatuurstudie, pilotstudie en expertmeeting samen niet geleid tot een duidelijke set van kernfactoren op de checklist die altijd zwaarder wegen dan andere items. Het is eerder andersom, het belang van ieder item wordt sterk contextueel bepaald (type richtlijn, type providers doelgroep, type patiënten doelgroep, kloof tussen richtlijn en praktijk, etc.). Het is dus niet duidelijk waar de generieke zwaartepunten liggen in deze checklist, laat staan dat er een drietal vragen uit de checklist te selecteren is die altijd gehonoreerd moeten worden in richtlijnontwikkeling. Wij stellen daarom voor om procesmatige vragen in het toetsingskader op te nemen:

- 1) Is de checklist gebruikt in de scopingfase van de richtlijnontwikkeling?
- 2) Is de checklist gebruikt in latere fasen door de richtlijncommissie om de implementeerbaarheid van de richtlijn te bevorderen?
- 3) Is de beoordeling van relevante determinanten van implementatie van de richtlijn beschikbaar voor anderen? (bv. opgenomen als bijlage in de richtlijn)

Colofon

Opdrachtgever

Namens het Kwaliteitsinstituut:

- Prof. dr. Diana Delnoij

Namens het NFU Consortium Kwaliteit van Zorg

- dr. Marion Verduijn

Projectteam

Namens Maastricht UMC+ (onderzoeksschool Caphri, vakgroep Huisartsgeneeskunde):

- Prof. dr. Trudy van der Weijden
- dr. Huibert Tange
- dr. Gaby Ronda
- mw. Silvia Bours

Namens Radboud UMC (afdeling IQ Healthcare):

- Prof. dr. Michel Wensing
- dr. Jozé Braspenning

Referenties

1. Gagliardi AR, Brouwers MC, Bhattacharyya OK. The guideline implementability research and application network (GIRAnet): an international collaborative to support knowledge exchange: study protocol. *Implement Sci.* 2012;7:26.
2. Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA, Lemieux-Charles L, Grimshaw JM. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. *Implement Sci.* 2011;6:26.
3. Fleuren MAH, Paulussen TGMW, Van Dommelen P, Van Buuren S. Ontwikkeling meetinstrument voor determinanten van innovaties (MIDI). Leiden: TNO, 2012.
4. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M, et al. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci.* 2013;8:35.
5. Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Macfarlane F, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in health service organisations - a systematic review. London: BMJ Books, Blackwell Publishing Ltd.; 2005.
6. Rogers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York, NY: Free Press; 2003.
7. AGREE-Next-Step-Consortium. AGREE II - Instrument ter beoordeling van richtlijnen. 2009.
8. Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2008;8:38.
9. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA.* 1999 Oct 20;282(15):1458-65.
10. Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implement Sci.* 2009;4:54.
11. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ.* 1998;317(7162):858-61.
12. Rutten G, Kremers S, Rutten S, Harting J. A theory-based cross-sectional survey demonstrated the important role of awareness in guideline implementation. *J Clin Epidemiol.* 2009 Feb;62(2):167-76 e1.
13. Stetler CB, McQueen L, Demakis J, Mittman BS. An organizational framework and strategic implementation for system-level change to enhance research-based practice: QUERI Series. *Implement Sci.* 2008;3:30.
14. Shiffman RN, Dixon J, Brandt C, Essaihi A, Hsiao A, Michel G, et al. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2005;5:23.
15. Hilbink M, Ouwens M, Kool T. De HARING-tools. Nijmegen: IQ Healthcare, UMCR; 2013. 184 p.
16. van der Weijden T, Pieterse AH, Koelewijn-van Loon MS, Knaapen L, Legare F, Boivin A, et al. How can clinical practice guidelines be adapted to facilitate shared decision making? A qualitative key-informant study. *BMJ Qual Saf.* 2013 Jun 7.
17. Oldenburg BF, Hardcastle D, Kok G. Diffusion of health education and health promotion innovations. In: Glanz K, Lewis BF, Rimer B, editors. *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice.* 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1997. p. 270–86.

18. Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: a systematic analysis of evidence-based guidelines. *PLoS One*. 2011;6(10):e25987.
19. Nouwens E, Van Lieshout J, Wensing M. Comorbidity complicates cardiovascular treatment: is diabetes the exception? *Neth J Intern Med*. 2012;70:298-305.
20. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker D. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:26-33.
21. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci*. 2012;7:37.
22. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*. 2004;82(4):581-629.
23. Lavis JN, Oxman AD, Moynihan R, Paulsen EJ. Evidence-informed health policy 1 – Synthesis of findings from a multi-method study of organizations that support the use of research evidence. *Implement Sci*. 2008;3:53.
24. Zwaanswijk M, Ploem MC, Wiesman FJ, Verheij RA, Friele RD, Gevers JK. Understanding health care providers' reluctance to adopt a national electronic patient record: an empirical and legal analysis. *Med Law*. 2013;32(1):13-31.
25. Adang E, Wensing M. Economic barriers to implementation of innovations in health care: is the long run-short run efficiency discrepancy a paradox? *Health Policy*. 2008;82:236-42.
26. Hagedorn HJ, Heideman PW. The relationship between baseline Organizational Readiness to Change Assessment subscale scores and implementation of hepatitis prevention services in substance use disorders treatment clinics: a case study. *Implement Sci*. 2010;5:46.
27. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci*. 2009;4:67-77.
28. Kitson AL, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implementation Science*. 2008;3:1.
29. van Everdingen JJE, Dreesens DHH, Burgers JS, Swinkels JA, van Barneveld TA, van der Weijden T. *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk*: Bohn Stafleu van Loghum; 2013.