

Implementeren van richtlijnen

Een leidraad voor adviseurs

Versie 1.0, mei 2006

Ir. T.A. van Barneveld
Mw. L. van den Broek
Dr. J.S. Burgers
Mw. Drs. L.M.T. Schouten
Mw. Drs. H.C. van de Steeg

Inhoud

1	Introductie	3
1.1	Doel van dit document.....	3
1.2	Richtlijnen en het CBO	3
1.3	Implementeren van richtlijnen als onderdeel van het kwaliteitsbeleid	4
1.4	Update van dit document	6
2	Vorbereiding.....	7
2.1	Globaal plan van aanpak	7
2.1.1	Samenhang met andere kwaliteitsinstrumenten.....	7
2.1.2	Budget impact analyse.....	8
2.1.3	Gesprekken met relevante partijen	8
2.2	Samenstelling van de werkgroep	8
2.3	Onderwerpkeuze, -afbakening en knelpuntenanalyse.....	9
2.4	Taken adviseur.....	10
3	Richtlijnontwikkeling.....	11
3.1	Ontwikkelen concept richtlijn.....	11
3.2	Ontwikkelen Indicatoren.....	12
3.3	Budget impact analyse	12
3.4	Opstellen van een implementatieplan	13
3.5	Consultatie en autorisatie.....	18
3.6	Taken adviseur.....	18
4	Disseminatie en implementatie	19
4.1	Testen en uitvoeren van het implementatieplan	19
4.2	Disseminatie.....	19
4.3	Richtlijn en nevenproducten.....	20
4.3.1	Internetversie	20
4.3.2	Samenvattingskaart, flowchart.....	20
4.3.3	Patiënteninformatie	20
4.4	Taken adviseur.....	21
5	Evaluatie en revisie.....	22
5.1	Evalueren	22
5.2	Revisie en herziening.....	23
5.3	Taken adviseur.....	23
6	De verschillende partijen.....	24
6.1	De individuele professional	24
6.2	Professionals in zorginstellingen/ziekenhuizen.....	24
6.3	Management in zorginstellingen	24
6.4	Wetenschappelijke verenigingen	24
6.5	Orde van Medisch Specialisten.....	24
6.6	Patiënten/cliënten en naasten.....	24
6.7	Overheid.....	25
6.8	Nederlandse Zorgautoriteit.....	25
6.9	Inspectie voor de Gezondheidszorg.....	25
6.10	DBC-Onderhoud.....	26
6.11	De zorgverzekeraars	26
	Bronnen.....	45

1 Introductie

1.1 Doel van dit document

Uit tal van studies blijkt dat richtlijnen zich zelden vanzelf implementeren en vaak op de plank blijven liggen (o.a. Grol en Grimshaw, 2003). Het onvoldoende in de praktijk gebruiken van richtlijnen wordt als een belangrijk knelpunt ervaren. Zowel zorgverleners als patiënten zijn erbij gebaat dat richtlijnen in de praktijk worden toegepast. Het niet toepassen van de aanbevelingen uit de richtlijn kan leiden tot onnodig hoge kosten voor de samenleving en nadelige gevolgen voor de patiënt (Van Splunteren et al., 2004).

Dit document is een leidraad voor met name adviseurs, maar ook voor leden van werkgroepen en andere geïnteresseerden die de implementatie van evidence-based richtlijnen willen bevorderen. Dit document beoogt geïnteresseerden te informeren over de implementatiemogelijkheden, hen te laten profiteren van ervaringen die reeds zijn opgedaan en hen te ondersteunen met stappenplannen. Het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (CBO) staat open voor commentaar op dit document en voor suggesties en verbeteringen.

In dit document wordt ingegaan op de voorbereiding, ontwikkeling, disseminatie en implementatie, evaluatie en revisie van een richtlijn. Bij al deze stappen ligt het accent op activiteiten en doelen gerelateerd aan implementatie en de daarbij horende taken van de begeleidend adviseur.

Voor het opstellen van dit document is veelvuldig gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

1. Grol, R, Wensing, M. Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2001.
2. Hulscher M, Wensing M et al. Effectieve implementatie: theorieën en strategieën. Den Haag: ZonMw/WOK, 2000.
3. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technology Assessment 2004; 8(6): 1-72.
4. Van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, Van Barneveld TA, Van de Klundert JLM (redactie). Evidence-Based Richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004.

1.2 Richtlijnen en het CBO

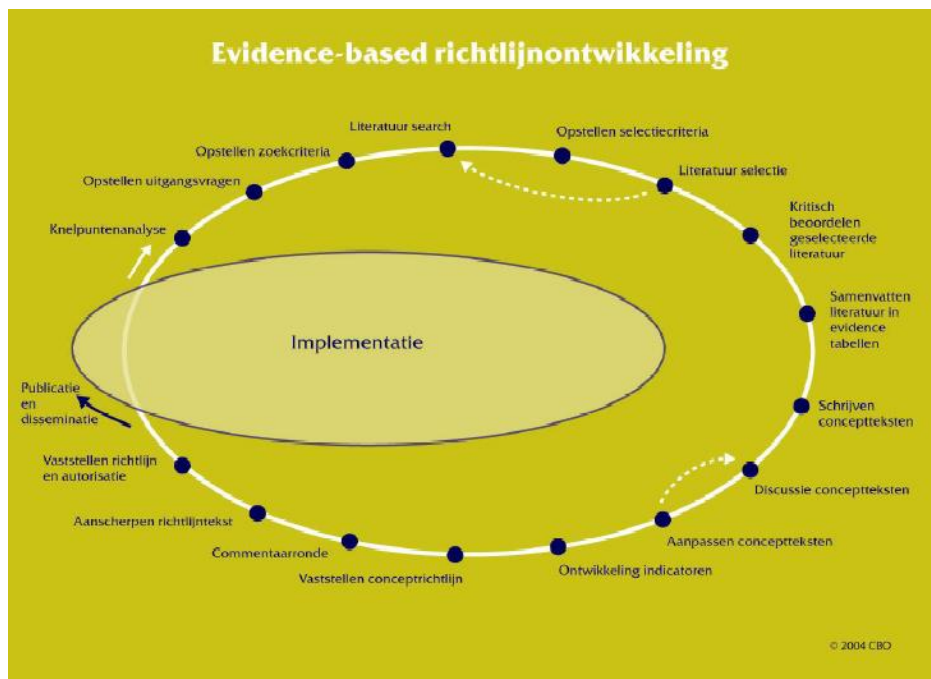
Het CBO heeft tot doel professionals, beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Sinds de oprichting in 1979 heeft het CBO zich ontwikkeld tot een nationaal en internationaal erkend instituut dat begeleiding biedt bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren, herontwerpen en borgen van de professionele kwaliteit van de gezondheidszorg. Een van de taken van het CBO is het leveren van ondersteuning bij het ontwikkelen, implementeren en evalueren van evidence-based richtlijnen.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg en patiënten, berustend op resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig medisch handelen (Van Everdingen, 2004).

Evidence-based richtlijnontwikkeling is een gestructureerd proces bestaande uit diverse stappen, zoals een knelpuntenanalyse, het opstellen van uitgangsvragen, een systematische literatuursearch, literatuurselectie en -beoordeling, en schrijven van conceptteksten; zie figuur 1.

Voor een uitgebreide beschrijving wordt verwezen naar de [Handleiding Evidence-based Richtlijnontwikkeling](#). De binnenste cirkel in de figuur geeft weer dat aandacht voor implementatie

van de richtlijn tijdens het gehele proces van richtlijnontwikkeling belangrijk is. Sterker nog: aandacht voor de implementatie begint al bij de voorbereiding van de richtlijnontwikkeling.



Figuur 1 Evidence-based richtlijnontwikkeling

1.3 Implementeren van richtlijnen als onderdeel van het kwaliteitsbeleid

Richtlijnontwikkeling en -implementatie is een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid in de zorg. Voor de kwaliteit van zorg zijn zes dimensies van belang. De zorg moet:

- veilig zijn;
- effectief zijn;
- efficiënt zijn;
- op tijd geleverd worden;
- voor iedereen toegankelijk zijn;
- gericht zijn op de behoeften van de patiënt.

Kwaliteit van zorg kan worden beschouwd als een cyclus waarbij kennissynthese, implementatie, borging, evaluatie en onderzoek van belang zijn.

Voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg kunnen verschillende instrumenten worden gebruikt, zoals bij- en nascholing, audits, visitatie en indicatoren. Richtlijnen kunnen hierbij als kennissynthese worden gezien en kunnen worden gebruikt als basis voor verbeterprojecten. Richtlijnen zijn dus een belangrijk hulpmiddel om nieuwe inzichten in de zorg in te voeren. Afstemming met en inzet van andere instrumenten is essentieel om implementatie te bevorderen.

Bij het invoeren van een richtlijn denken velen aan het verspreiden ervan, bijvoorbeeld door middel van een publicatie. Implementatie gaat echter een stap verder. Theoretisch wordt als volgt een onderscheid gemaakt in diffusie, disseminatie, adoptie en implementatie (definitie Davis in Grol en Wensing, 2001: 31):

- Diffusie: verspreiden (verzenden) van informatie onder de doelgroep;
- Disseminatie: communicatie van informatie naar hulpverleners om kennis en vaardigheden te vergroten. Het is actiever dan diffusie en gericht op een specifieke doelgroep;
- Adoptie: positieve houding en beslissing om de informatie eigen te maken;
- Implementatie: invoering van een innovatie in de dagelijkse routine, waarbij effectieve communicatiestrategieën vereist zijn en belemmeringen om te veranderen weggenomen worden door het gebruik van educatieve en beleidsmatige technieken.

Een effectieve verspreiding van een richtlijn onder de doelgroep biedt geen garantie voor daadwerkelijke implementatie. Effectieve disseminatie is wel een noodzakelijke voorwaarde voor effectieve implementatie (Grol en Wensing, 2001).

Implementatie van de richtlijn vraagt vaak om een verandering in praktijkroutines van de doelgroep. De snelheid waarmee gebruikers nieuwe inzichten accepteren, heeft te maken met hun kennis en vaardigheden, bereidheid tot verandering, persoonlijke kenmerken zoals vertrouwen in eigen effectiviteit en sociale invloeden. Sommigen zijn sneller bereid hun gedrag te veranderen dan anderen. Veel professionals zullen niet snel uit zichzelf hun gedrag veranderen maar laten zich wel overtuigen door naaste collega's, opinieleiders of academische experts. Een succesvolle implementatie kenmerkt zich vaak door het adequaat omgaan en overwinnen van weerstanden (box 1).

Box 1 Oordelen van artsen over richtlijnen

Uit een landelijke enquête onder een aselechte steekproef van Nederlandse artsen (medisch specialisten, huisartsen, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen) bleek dat driekwart van hen soms (of vaak) weerstand voelde tegen landelijke multidisciplinaire richtlijnen. De belangrijkste bezwaren waren dat richtlijnen niet goed aansluiten bij de dagelijkse praktijk en dat er vaak onderling conflicterende richtlijnen worden aangeboden.

Redenen dat zij moeite hadden met deze richtlijnen waren onder andere:

- | | |
|--|-----|
| - De richtlijnen sluiten niet goed aan bij de problemen en organisatie van de dagelijkse patiëntenzorg | 34% |
| - Er zijn voor dezelfde onderwerpen verschillende richtlijnen, die elkaar ook nog tegenspreken | 33% |
| - De richtlijnen houden onvoldoende rekening met de individuele behoeften van de patiënt | 24% |
| - De richtlijnen worden teveel van bovenaf opgelegd | 19% |
| - De juridische consequenties zijn niet duidelijk | 19% |
| - Er verschijnen in korte tijd te veel richtlijnen na elkaar | 18% |
| - De richtlijnen stroken niet met mijn professionele autonomie | 15% |

Bron: Van Everdingen JJE. 'Een hoop gedoe, maar wel de moeite waard': oordelen van artsen over richtlijnen. *Medisch Contact* 2003; 58 (12): 473-476.

Een belangrijk bezwaar van artsen tegen landelijke multidisciplinaire richtlijnen was dat richtlijnen niet goed aansloten bij de dagelijkse praktijk. Daarom wordt nu het belang van signalering en analyse van behoeften in de praktijk benadrukt. Een manier om dit te doen is een knelpuntenanalyse. Bij een dergelijke analyse worden problemen geïnventariseerd en geprioriteerd die zorgverleners ervaren met betrekking tot de zorg aan hun patiënten. Deze knelpunten zijn het vertrekpunt van de te ontwikkelen richtlijn. Inmiddels is een knelpuntenanalyse een vast onderdeel in de beginfase van de richtlijnontwikkeling. Daarnaast wordt veel belang gehecht aan patiëntparticipatie. Dit kan verder gaan dan het inventariseren van hun knelpunten, wensen en behoeften. De uitdaging is om het

patiëntperspectief zodanig gestalte te geven dat dit bijdraagt aan vernieuwingen in de zorg (zie paragraaf 2.3).

1.4 Update van dit document

Dit document zal worden bijgewerkt zodra nieuwe ontwikkelingen daar aanleiding toe geven. Het CBO zal ten minste twee keer per jaar kijken of aanpassing nodig is. Op de website van het CBO wordt per hoofdstuk zichtbaar gemaakt wanneer deze voor het laatst is aangepast.

2 Voorbereiding

Implementatie van een (aanbeveling uit een) richtlijn begint al bij de voorbereiding van de richtlijnontwikkeling, hetgeen de acceptatie en kwaliteit van de richtlijn ten goede zal komen.

Stappen richtlijnontwikkeling	Activiteiten gericht op implementatie	Doel gerelateerd aan implementatie
Globaal plan van aanpak	<ul style="list-style-type: none">- bespreekpunten: samenhang met andere kwaliteitsinstrumenten, nagaan wenselijkheid budget impact analyse, eventuele oriënterende gesprekken met relevante partijen	<ul style="list-style-type: none">- voorwaarden scheppen voor implementatie- belang van implementatie agenderen
Samenstellen werkgroep	<ul style="list-style-type: none">- keuze voorzitter- keuze werkgroepleden/klinische experts- inbedding patiëntenperspectief- methodologische ondersteuning- administratieve en secretariële ondersteuning- belangenverklaringen- taken en verantwoordelijkheden expliciteren- aparte subgroep met implementatie als aandachtspunt	<ul style="list-style-type: none">- voorwaarden scheppen voor goed product- draagvlak
Onderwerpkeuze en -afbakening	<ul style="list-style-type: none">- vaststellen onderwerp- vaststellen doel en doelgroep- knelpuntenanalyse- opstellen uitgangsvragen, waarvan specifieke m.b.t. implementatie (financieel, capaciteit, juridisch etc)	<ul style="list-style-type: none">- relevantie- aansluiten bij problemen in de praktijk- haalbaarheid

Bron: Vrij naar tabel 5.2 *Stappen en activiteiten bij richtlijnontwikkeling*. Burgers en Grol.
In: Grol, R, Wensing, M., 2006.

2.1 Globaal plan van aanpak

In een vroeg stadium dient de adviseur een aantal bespreekpunten aan de orde te stellen bij de (beoogd) voorzitter, zoals de samenhang met andere kwaliteitsinstrumenten, de wenselijkheid van een budget impactanalyse en oriënterende gesprekken met relevante partijen.

2.1.1 Samenhang met andere kwaliteitsinstrumenten

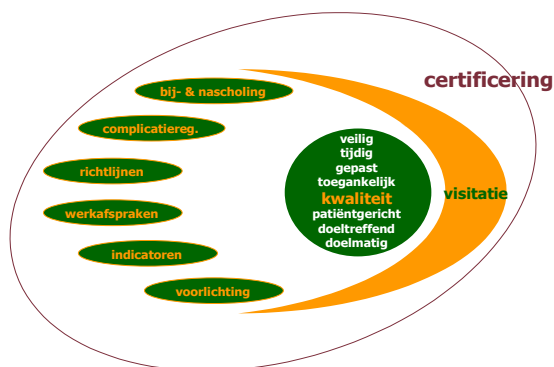
Wetenschappelijke verenigingen zijn vaak aanvrager en initiatiefnemer van de ontwikkeling van een richtlijn. De betrokken wetenschappelijke verenigingen dienen integratie van de ontwikkelde richtlijn met andere kwaliteitsinstrumenten na te streven. Ook kunnen nieuwe onderwerpen voor richtlijnen gedestilleerd worden uit geaggregeerde gegevens uit visitaties. In de voorbereidingsfase is afstemming tussen relevante commissies binnen de wetenschappelijke vereniging van belang over de integratie van de te ontwikkelen richtlijn met andere kwaliteitsinstrumenten.

Parallel aan het richtlijntraject zullen indicatoren worden ontwikkeld om na te gaan of de richtlijn daadwerkelijk het beoogde effect heeft op de zorg. Voortdurende procesverbetering kan plaatsvinden door een structurele terugkoppeling van de uitkomsten van het medisch-specialistisch handelen. Daarnaast dient de richtlijn opgenomen te worden in het visitatietraject.

Bespreekpunten zijn onder andere:

- Hoe kunnen de richtlijn en de daarbij behorende indicatoren te zijner tijd worden gebruikt voor onderlinge toetsing en bij visitatie om de inhoud van de zorg te evalueren?
- Wat zijn mogelijke gevolgen voor de medisch-specialistische opleiding, bij- en nascholing, DBC's en complicatieregistratie?

- Welke afstemming tussen diverse kwaliteitsinstrumenten kan in gang worden gezet?



Figuur 2 Professioneel kwaliteitssysteem. Bron: Orde van Medisch Specialisten

2.1.2 Budget impact analyse

Het toepassen van aanbevelingen uit een richtlijn heeft vaak gevolgen voor kosten en opbrengsten en kan voor verschillende partijen in en buiten de gezondheidszorg anders uitvallen. Deze (veranderende) kosten en opbrengsten kunnen implementatie van aanbevelingen uit een richtlijn belemmeren. Een budget impact analyse maakt de financiële gevolgen van een richtlijn, of een aanbeveling daaruit, inzichtelijk voor verschillende partijen. Met een dergelijke analyse mogen betere afspraken worden verwacht omtrent investeringen voor het leveren van zorg conform richtlijnen. Het is raadzaam om vast te stellen of een budget impact analyse gewenst is en wie deze gaat uitvoeren.

2.1.3 Gesprekken met relevante partijen

Indien de invoering en implementatie van richtlijnen waarschijnlijk aanzienlijke budgettaire en/of organisatorische consequenties heeft, kan de voorzitter van de richtlijnwerkgroep (eventueel gezamenlijk met het CBO) zijn inhoudelijke gezag aanwenden om het belang en de noodzaak van de richtlijn al in een vroeg stadium onder de aandacht te brengen van relevante partijen zoals het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Zorgautoriteit, DBC-Onderhoud, bestuurders of management van instellingen. Dit is bijvoorbeeld gebeurd bij de richtlijn cardiovasculair risicomangement waarvan een forse stijging van de gezondheidszorguitgaven (met name door dure cholesterolverlagende medicijnen) kon worden verwacht bij invoering.

2.3.2 Samenstelling van de werkgroep

De samenstelling van de werkgroep en de keuze van de voorzitter zijn zeer belangrijk voor het creëren van draagvlak voor de uiteindelijke aanbevelingen. Een dwarsliggende vereniging of een fors meningsverschil kan de implementatie vertragen en belemmeren. Soms kunnen deze discussies de nieuw ontwikkelde richtlijn juist op de kaart zetten, maar in ieder geval vraagt het creëren van draagvlak bijzondere vaardigheden, tact en wijsheid en kennis van het veld.

Meestal is sprake van een multidisciplinaire samenstelling van de werkgroep. Dit vergroot de kans op brede acceptatie van de richtlijn. De voorzitter van de werkgroep is meestal vertegenwoordiger van een vereniging van een specialisme dat het meest betrokken is bij het onderwerp van de richtlijn.

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Deze vereniging is veelal ook de aanvrager of initiatiefnemer van de richtlijnontwikkeling. De (wetenschappelijke) verenigingen en organisaties zorgen voor gemandateerde vertegenwoordigers die zitting hebben in de werkgroep. Dit is van belang in verband voor acceptatie van de uiteindelijke aanbevelingen.

Door patiënten vroegtijdig bij de ontwikkeling te betrekken wordt de kans op aansluiting bij de praktijk vergroot. De ervaringsdeskundigheid van patiënten kan de kwaliteit en de implementatie van richtlijnen verbeteren. Er bestaan meerdere vormen van patiëntenbetrokkenheid:

1. De patiënt als initiatiefnemer van de richtlijn (onderwerpskeuze)
2. De patiënt als consultant voor specifieke onderdelen van de richtlijn (bijv. focusinterviews naar knelpunten, afnemen van vragenlijsten, of als adviseur in de eindfase van de richtlijn.)
3. De patiënt als participant in het gehele traject van richtlijnontwikkeling (deelname werkgroep)
4. Specifiek literatuuronderzoek naar behoeften en/of voorkeuren van patiënten.

De initiatiefnemende organisatie voor de te ontwikkelen richtlijn dient de taken en verantwoordelijkheden voor implementatie te expliciteren.

Bespreekpunten zijn o.a.:

- Heeft ziet de initiatiefnemende organisatie haar eigen rol: faciliterend, uitvoerend en/of controlerend?
- Waaruit bestaat de verantwoordelijkheid van de professionals in zorginstellingen?

Binnen de richtlijnwerkgroep heeft de voorzitter ook de rol van implementatiecoördinator. Werkgroepleden hebben onder meer tot taak te communiceren met de eigen achterban, om gebruikers op tijd te informeren over en te betrekken bij de richtlijn.

De richtlijnwerkgroep wordt vaak op basis van deelonderwerpen ingedeeld in subgroepen. De subgroepen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van een deelonderwerp in de richtlijn (bijvoorbeeld diagnostiek of behandeling). Een (aparte) subgroep kan implementatie als specifiek aandachtspunt hebben. Deze subgroep kan een analyse maken van de doelgroep en de setting waarvoor de aanbevelingen zijn bedoeld, indicatoren ontwikkelen en een implementatieplan opstellen (zie verder hoofdstuk 3).

Opmerking [x1]: Nb; diagnostische analyse is nu alleen in theoretisch stuk beschreven. Hier weglaten?

Alle werkgroepleden dienen zo onafhankelijk mogelijk van externe (bijv. commerciële) invloeden deel te nemen aan de richtlijnontwikkeling. Om dit transparant te maken wordt aan alle werkgroepleden gevraagd een [belangenverklaring](#) in te vullen. In een van de eerste vergaderingen wordt een overzicht gepresenteerd van de belangenverklaringen van de verschillende werkgroepleden. Aan het eind van het traject wordt opnieuw gevraagd een belangenverklaring in te vullen, omdat de belangen gedurende de ontwikkeling van de richtlijn kunnen zijn gewijzigd.

- Zie verder Handleiding Evidence-based Richtlijnontwikkeling: [richtlijnwerkgroep](#).

2.2.3 Onderwerpkeuze, -afbakening en knelpuntenanalyse

Wetenschappelijke verenigingen of de Medisch Wetenschappelijke Raad van het CBO kunnen onderwerpen aandragen voor een te ontwikkelen richtlijn. De inhoud ervan wordt meestal globaal omschreven. De vaststelling van de onderwerpskeuze vindt vervolgens meestal plaats in de begeleidingscommissie van de Orde van Medisch Specialisten (de Orde) of door ZonMw.

Wanneer de financier het onderwerp heeft goedgekeurd, is een eerste taak van de werkgroep het opstellen van een raamwerk voor de richtlijn, en wel door het onderwerp af te bakenen en een knelpuntenanalyse uit te voeren. De keuzes in deze fase bepalen in hoge mate wat in de richtlijn ter sprake komt en hoe goed de richtlijn tegemoet komt aan de behoeften van de beoogde gebruikers.

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Een zorgvuldige afbakening vormt op zich al een belangrijke voorwaarde voor de acceptatie en toepasbaarheid van de richtlijn. Daarnaast is het noodzakelijk om in een vroeg stadium de definities vast te stellen van de gebruikte begrippen, zodat elk werkgroep lid 'over hetzelfde praat'.

Bij een knelpuntenanalyse worden de belangrijke problemen geïnventariseerd en geanalyseerd die zorgverleners met betrekking tot het onderwerp ervaren in de zorg aan hun patiënten. Dit heeft tot doel om een richtlijn zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de behoeften van de dagelijkse praktijk. Het resultaat van een knelpuntenanalyse is een reeks vragen/knelpunten, waarop de richtlijn een antwoord zou moeten geven, eventueel aangevuld met een beknopte omschrijving van de onderliggende problematiek. De knelpunten kunnen medisch-inhoudelijk, organisatorisch of procesmatig van aard zijn.

Het ligt voor de hand de beoogde gebruikers hierbij te betrekken. Aanbevolen wordt om ook patiënten te betrekken. Uitgangspunt hierbij is een gelijkwaardig 'partnership' tussen patiënten en zorgverleners waarbij sprake is van een gezamenlijke verantwoordelijkheid en waarbij de zorg wordt afgestemd op de wensen en behoeften van de individuele patiënt. Daarnaast valt te overwegen om ook zorgverzekeraars en beleidsmakers voor de knelpuntenanalyse te benaderen.

Idealiter gaat een knelpuntenanalyse vooraf aan de besluitvorming over het al dan niet starten van een traject van richtlijnontwikkeling. In de praktijk is dit meestal niet het geval.

Aan de hand van de knelpunten worden de uitgangsvragen opgesteld.

- Zie verder Handleiding Evidence-based Richtlijnontwikkeling: [afbakening van het onderwerp, knelpuntenanalyse en opstellen uitgangsvragen](#).

2.4 Taken adviseur

- agenderen van het belang van implementatie (in eerste instantie) bij de voorzitter en richtlijnwerkgroep
- zorgen voor een goede samenstelling van de werkgroep
- agenderen van het belang van integratie van diverse kwaliteitsinstrumenten bij de voorzitter (en later ook bij werkgroep leden)
- afstemmen en faciliteren van afspraken tussen relevante commissies binnen de wetenschappelijke verenigingen voor de integratie van de te ontwikkelen richtlijn met andere kwaliteitsinstrumenten
- nagaan of een budget impact analyse gewenst is en door wie deze uitgevoerd gaat worden;
- nagaan met de voorzitter of en zo ja, welke partijen van belang zijn voor (de randvoorwaarden van) implementatie en in welk stadium zij benadert dienen te worden, bijvoorbeeld al tijdens de ontwikkeling, in de commentaarfase of na de autorisatie van de richtlijn
- zorgdragen voor afbakenen van het onderwerp
- (laten) inventariseren, groeperen en prioriteren van knelpunten bij zoveel mogelijk relevante betrokkenen
- samenstellen van een subgroep binnen de richtlijnwerkgroep met implementatie als specifiek aandachtspunt
- (laten) expliciteren en vastleggen van de taken en verantwoordelijkheden voor implementatie in overleg met de voorzitter

3 Richtlijnontwikkeling

Tijdens de richtlijnontwikkeling zijn diverse activiteiten gericht op het 'implementatieklaar' maken van de richtlijn; de conceptrichtlijn wordt ontwikkeld en vervolgens formeel bekrachtigd door betrokken organisaties. Daarnaast zijn activiteiten gewenst die de implementatie kunnen ondersteunen, zoals het ontwikkelen van indicatoren en een budget impact analyse. Met name deze ondersteunende stappen, zijn tot op heden niet beschreven binnen de EBRO-systematiek.

Stappen richtlijnontwikkeling	Activiteiten gericht op implementatie	Doel gerelateerd aan implementatie
Ontwikkeling concept richtlijn	<ul style="list-style-type: none"> - bestudering beschikbare richtlijnen en reviews - specifieke search(es) naar best practices, reeds bestaande indicatoren, reviews m.b.t. implementatiestrategieën - verzamelen en beoordelen van wetenschappelijke studies - inbreng klinische expertise en ervaring: aandacht voor mogelijke belemmerende factoren in de praktijk ('overige overwegingen') - formuleren van aanbevelingen voor praktijk - herkenbare en leesbare tekstopbouw - evt. eindredactie door tekstschrijvers 	<ul style="list-style-type: none"> - geloofwaardigheid, wetenschappelijke basis - aandacht voor mogelijke belemmerende factoren - leesbaarheid
	Ontwikkeling indicatoren	<ul style="list-style-type: none"> - in later stadium inzet indicatoren i.v.m. monitoring & evaluatie
	Budget impact analyse	<ul style="list-style-type: none"> - inzichtelijk maken van financiële gevolgen aanbevelingen
	Opstellen van een implementatieplan	<ul style="list-style-type: none"> - systematische, planmatige aanpak van verspreiding en implementatie
Consultatie en autorisatie richtlijn	<ul style="list-style-type: none"> - bijeenkomst, enquête/commentaarronde of groepsmethode - praktijktest - formele bekrachtiging door betrokken organisaties - eventueel keurmerk door onafhankelijke instantie 	<ul style="list-style-type: none"> - toepasbaarheid, brede acceptatie binnen doelgroep

Bron: Vrij naar tabel 5.2 *Stappen en activiteiten bij richtlijnontwikkeling*. Burgers en Grol. In: Grol, R, Wensing, M., 2006.

3.1 Ontwikkelen concept richtlijn

Na het inventariseren van knelpunten en vaststellen van de uitgangsvragen van de richtlijn volgt het zoeken in de wetenschappelijke literatuur naar het best beschikbare bewijsmateriaal dat antwoord geeft op de uitgangsvraag. Na de systematische literatuursearch volgt een literatuurselectie en -beoordeling. Op basis van de literatuur worden conceptteksten geschreven.

➤ Voor de methodiek wordt verwezen naar de [Handleiding Evidence-based Richtlijnontwikkeling](#).

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn kan implementatie worden bevorderd door te letten op de volgende aspecten:

- bij literatuuronderzoek kan nadrukkelijk worden gezocht naar best practices, reviews m.b.t. implementatiestrategieën, reeds bestaande indicatoren etc;
- bij het formuleren van aanbevelingen dient men alert te zijn op mogelijke factoren die het invoeren van die aanbeveling in de praktijk belemmeren. Deze worden beschreven in de paragraaf 'overige overwegingen'. Alle aspecten die daarbij een rol kunnen spelen zijn opgenomen in de [checklist](#) 'overige overwegingen';

- herkenbare en heldere tekstopbouw dragen bij aan beter gebruik van de richtlijn. De kernaanbevelingen moeten duidelijk in de tekst worden gemarkeerd, bijvoorbeeld door gebruik van kader of vetdruk.
- eindredactie door professionele tekstschrijvers kan de leesbaarheid verhogen.

Het eindproduct van de richtlijnontwikkeling is een richtlijndocument, dat kan variëren in vorm en omvang. Burgers (2001) beschrijft kenmerken van richtlijnen die kunnen bijdragen aan acceptatie en toepassing in de praktijk (zie box 2).

Box 2 Kenmerken van richtlijnen die kunnen bijdragen aan acceptatie en toepassing in de praktijk

- een duidelijke doelstelling en specifieke doelgroep
- de wetenschappelijke onderbouwing van de aanbeveling is degelijk en verantwoord
- de richtlijn sluit aan bij de opvattingen, normen en waarden van de doelgroep
- de formulering van de aanbevelingen is helder en voldoende specifiek
- de richtlijn laat ruimte over voor aanpassingen gericht op de individuele patiënt
- de structuur van de richtlijn is helder en de lay-out is attractief
- de richtlijn is eenvoudig te raadplegen via een samenvatting, flowchart of elektronische hulpmiddelen (bijvoorbeeld PDA-versie)

Bron: Burgers JS., Grol R., Zaat J. Richtlijnen en protocollen als hulpmiddel bij de verbetering van de zorg. In: Grol, R, Wensing, M. Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2001.

3.2 Ontwikkelen Indicatoren

De invoering van de richtlijn heeft tot doel het beoogde effect op de kwaliteit van zorg te realiseren. Om dat te meten kunnen indicatoren worden gebruikt. Indicatoren zijn meetbare elementen die een aanwijzing geven over de kwaliteit van een bepaald aspect van de zorgverlening. Indicatoren hebben een signalerende functie.

Bij indicatoren gaat het meestal om een percentage of ratio met een teller (het aantal gevallen waarbij het beoogde effect wordt bereikt) en een noemer (het totale aantal gevallen waarop de aanbeveling van toepassing is). Betrouwbare indicatoren zijn altijd gekoppeld aan systematische registratie van gegevens.

Het is aan te bevelen dat een subwerkgroep parallel aan het traject van richtlijnontwikkeling (of vlak erna) indicatoren ontwikkelt. Dit is efficiënt, omdat gebruik kan worden gemaakt van de expertise van de zorgvuldig samengestelde multidisciplinaire werkgroep, waarbinnen vaak ook patiënten participeren.

Niet voor iedereen is het begrip indicatoren bekend. Wanneer parallel aan een richtlijn indicatoren worden ontwikkeld, is het raadzaam in de werkgroepvergadering een presentatie te (laten) houden over wat indicatoren zijn, hoe ze ontwikkeld kunnen worden en waarvoor ze dienen.

Het is aan te bevelen om de indicatorenset tegelijkertijd met de richtlijn te laten autoriseren.

Het ontwikkelen van indicatoren vereist een systematische procedure.

- Voor informatie over het ontwikkelen van indicatoren wordt verwezen naar:
 - handleiding 'Indicatoren voor verbeterprojecten' (Ten Have, 2004);
 - handleiding 'Indicator ontwikkeling' (in ontwikkeling).

3.3 Budget impact analyse

Invoering van aanbevelingen uit een richtlijn heeft vaak gevolgen voor kosten en opbrengsten voor verschillende partijen in en buiten de gezondheidszorg. Zo kan bijvoorbeeld als gevolg van invoering van aanbevelingen uit een richtlijn de ligduur beperkt worden, wat een opbrengstenverlaging voor

een instelling tot gevolg heeft. Maar ook kan een instelling met meer kosten te maken krijgen doordat dure medicijnen, zoals biologicals, worden aanbevolen, die uit het instellingsbudget worden betaald. Deze (veranderende) kosten en opbrengsten kunnen implementatie van aanbevelingen uit een richtlijn belemmeren.

Een budget impact analyse maakt de financiële gevolgen van een richtlijn, of een aanbeveling daaruit, inzichtelijk voor verschillende actoren. Verwacht wordt dat op grond van een dergelijke analyse betere afspraken gemaakt kunnen worden omtrent investeringen voor het leveren van zorg conform richtlijnen. De relevantie van deze analyses wordt nog eens vergroot, doordat richtlijnen in toenemende mate gebruikt worden als basis voor het ontwikkelen van DBC's en (financiële) prestatie-indicatoren.

In 2006 is een innovatieproject gestart voor het uitvoeren van een budget impact analyse bij richtlijnen. Bruikbare ervaringen worden na afronding van dit traject gecommuniceerd.

3.4 Opstellen van een implementatieplan

In een implementatieplan wordt aandacht besteed aan de doelgroep en de setting waarvoor de aanbevelingen zijn bedoeld en mogelijke belemmerende en bevorderende factoren (diagnostische analyse).

➤ Zie ook bijlage 2 Checklists diagnostische analyse.

Idealiter wordt een keuze uit beschikbare implementatie interventies gemaakt op basis van de uitkomsten van de diagnostische analyse. Voor het kiezen van interventies is kennis van de doelgroep nodig en van de omstandigheden waarbinnen de verbeteringen ingevoerd moeten worden. Zo kan uit deze analyse blijken dat er meer organisatorische dan professioneel gerichte strategieën nodig zijn, of dat de implementatie zich meer op het individu dan op de organisatie of de structuur dient te richten. Hier onder worden mogelijke interventies weergegeven (EPOC in):

Professional gerichte interventies

- Verspreiding van educatief materiaal
Verspreiding van gedrukte aanbevelingen voor klinische zorg, inclusief klinische richtlijnen, audiovisueel materiaal en elektronische publicaties; de materialen worden persoonlijk geleverd of via massamedia.
- Educatieve bijeenkomsten
Deelname van hulpverleners aan conferenties, lezingen, workshops, trainingen buiten de praktijk setting (a) kleine conferenties, met actieve participatie, (b) grote conferenties, met passieve participatie.
- Lokale consensus processen
Deelname van hulpverleners aan discussies om te bewerkstelligen dat zij het klinisch probleem belangrijk vinden en over de aanpak ervan overeenstemming bereiken
- Educatieve praktijkbezoeken
Inzet van een getraind persoon die contact heeft met hulpverleners in hun praktijksetting om informatie te verstrekken; de informatie kan onder meer feedback op het handelen omvatten.
- Lokale opinieleiders
Inzet van hulpverleners die door collega's als 'invloedrijk' ten aanzien van educatie worden gezien; het moet expliciet worden gemaakt hoe opinieleiders worden geïdentificeerd en gerekruteerd.
- Interventie via de patiënt
Nieuwe, niet eerder bekende klinische informatie die direct bij de patiënt is verzameld en aan de hulpverlener wordt gegeven (bijvoorbeeld scores op een depressie vragenlijst)
- Toetsing en terugkoppeling (feedback)
Samenvatting van gegevens over het klinisch handelen van zorgverleners in een bepaalde tijdsperiode. Er zijn twee varianten: (a) interne toetsing, waarbij hulpverleners zelf meedoen aan de gegevensverzameling, (b) externe toetsing, waarbij hulpverleners van anderen passief gegevens krijgen over hun handelen.

- Herinneringen (reminders)
Elke interventie, handmatig of geautomatiseerd, die de hulpverlener op het moment van beslissen aanzet om een klinische handeling of verrichting uit te voeren, bijvoorbeeld geautomatiseerde beslissingsondersteuning zoals medicatieadviezen op grond van om patiëntgegevens, of administratieve ondersteuning zoals een follow-up afsprakensysteem of stickers op patiëntkaarten.
- "Tailored" strategie
Gebruik van persoonlijke interviews, groepsgesprekken ('focusgroepen') of enquête onder hulpverleners om barrières voor verandering op te sporen en dan een interventie te ontwerpen die deze barrières aanpakt.
- Massamedia.
Gevarieerd gebruik van communicatie die een groot aantal mensen bereikt, zoals televisie, radio, kranten, posters, folders, brochures, alleen of in combinatie met andere strategieën.

Patiëntgerichte interventies

- (Massamediale) voorlichting en beslissingsondersteunende materialen
- Betrokkenheid bij voorlichtingsactiviteiten, zowel wat betreft de inhoud van de zorg als bij de structuur en organisatie daarvan ('buddy's')
- Stimuleren van therapietrouw en zelfbehandeling, bijvoorbeeld met behulp van reminders
- Feedback van patiënten over ontvangen zorg: bijvoorbeeld met satisfactie-vragenlijsten om inzicht te krijgen op effect van interventies op satisfactie van patiënten
- Patiëntenvertegenwoordiger in de projectorganisatie (bijvoorbeeld via regioraden)
- Inbreng bij bijvoorbeeld de totstandkoming van protocollen

Organisatorische interventies

- Klinisch multidisciplinaire teams
Het samenstellen van teams met hulpverleners van verschillende disciplines die samenwerken als team in de zorg voor een patiënt.
- Integratie van diensten
'Continue zorg', follow-up mechanismen om de zorg voor een patiënt te coördineren.
- Herziening van professionele rollen
Professionele substitutie, bijvoorbeeld inzet van verloskundigen voor perinatale zorg of apothekers voor voorlichting over medicijnen.
- Interventie in de samenstelling van vaardigheden
Veranderingen in aantal, type of kwalificatie van de staf.
- Continuïteit van zorg
Dit kan zijn: (a) telefonische follow-up, andere regelingen voor follow-up, (b) casemanagement, bijvoorbeeld ten aanzien van verwijzingen, (c) voorzieningen voor het bewaren of verkrijgen van informatie.
- Meten van tevredenheid van hulpverleners
- Tevredenheid van hulpverleners in kaart brengen met werkomstandigheden en hun materiële en immateriële beloning met het doel aspecten van ontevredenheid te verbeteren.
- Communicatie en bespreking van casus door hulpverleners op afstand
Voorbeelden zijn: telefonisch contact, tele-geneeskunde: televisie-/videocontact tussen specialist en verpleegkundigen op afstand.
- Postorder apotheken
- Aanwezigheid en functioneren van adequate mechanismen voor het omgaan met suggesties en klachten van patiënten

Financiële interventies

- Betaling per verrichting
Hulpverlener krijgt betaald voor aantal en type verrichtingen.
- Abonnementsysteem

Hulpverlener krijgt een vast bedrag per patiënt betaald.

- Salarissysteem
Hulpverlener krijgt salaris voor bepaalde zorgverlening.
- Prospectieve betaling
Hulpverlener krijgt een vast bedrag voor een procedure.
- Prikkels voor de hulpverlener
Individuele hulpverlener krijgt direct of indirect een financiële beloning voor bepaalde verrichtingen.
- Prikkels voor de organisatie
De organisatie of groep van hulpverleners krijgt direct of indirect een financiële beloning voor bepaalde verrichtingen.
- Boete voor de hulpverlener
Individuele hulpverlener krijgt direct of indirect een financiële boete voor ongepast handelen.
- Formularia
- Toevoeging of weglating van vergoede producten
- Ziektekostenpremies
Door patiënt betaalde deel voor ziektekostenverzekering, naast dat wat een werkgever betaalt.
- Eigen bijdragen
Patiënt betaalt bij in aanvulling op ziektekostenverzekering bij aflevering van de dienst.
- Eigen betaling
Patiënt betaalt bij aflevering van de dienst.
- Financiële boete
Patiënt ontvangt direct of indirect een financiële boete voor bepaald gedrag, bijvoorbeeld limiet aan vergoeding voor medicijnen.

Wettelijke maatregelen

- Veranderingen in medische aansprakelijkheid
- Management van klachten van patiënten
- Vergunningen

In het implementatieplan wordt beschreven hoe hulpmiddelen en/of richtlijnnevenproducten kunnen bijdragen aan de implementatiedoelstelling (zie ook 4.3). Ook wordt aangegeven welke activiteiten worden gepland om borging en evaluatiedoelen te realiseren. Voor alle onderdelen zijn rolverdeling en uitwerking van budget en van tijdsplan belangrijk.

Implementatie van een richtlijn is niet mogelijk zonder een goede verspreiding van de richtlijn onder de doelgroep. Het implementatieplan beschrijft ook het plan van aanpak voor disseminatie. De belangrijkste disseminatiekanalen zijn momenteel post, digitale verspreiding en publicaties:

- bekendmaking van de richtlijn onder de leden van de wetenschappelijke verenigingen via verenigingpost (Indien mogelijk op naam en met de eigen beroepsvereniging als afzender van de richtlijn. Dit verhoogt de kans op aandacht)
- plaatsing op websites CBO, WV(s) en de Orde van Medisch Specialisten
- plaatsing en/of aandacht op andere relevante sites
- publicatie van (een samenvatting van) de richtlijn in NTVG
- publicatie van de richtlijn in de verenigingsperiodiek
- verzenden van de richtlijn naar de medische staven van ziekenhuizen
- verzenden van de richtlijn naar de leden van de betrokken beroepsvereniging

Aandachtspunten voor disseminatie:

- Hoe kunnen massamediale communicatiekanalen worden ingezet om aandacht te creëren voor de nieuw ontwikkelde richtlijn: moet er een persbericht worden opgesteld, is een woordvoerder beschikbaar voor interviews? Is er een evenement, zoals een landelijk congres, waarbij de richtlijn kan worden 'gelanceerd'?

Handleiding Implementeren van richtlijnen

- Welke regionale (organisatie)structuren kunnen worden ingezet voor disseminatie? Bijvoorbeeld Regionale Huisartsen Verenigingen (RHV), de Integrale Kankercentra en regionale tumorwerkgroepen voor oncologische richtlijnen, Medisch Coördinerende Centra voor transmurale richtlijnen etc.
- Hoe kunnen persoonlijke communicatiekanalen worden ingezet om de nieuwe richtlijn te verspreiden en agenderen: Kan er worden aangesloten bij nascholingsprogramma's of cursussen? Kan gebruik worden gemaakt van netwerken of regionale / lokale groepsbijeenkomsten? Kunnen sleutelfiguren en opinieleiders worden ingeschakeld?
- Ook het ter beschikking stellen van teksten voor websites, cd-roms en/of expertsystemen kan verspreiding ondersteunen.
- Informeer bij de doelgroep wat wenselijke disseminatiekanalen zijn, bijvoorbeeld d.m.v. een focusgroep, enquête, forum op de website of via bestaande overlegstructuren.

Onderstaand *Format Implementatieplan* kan als hulpmiddel dienen bij een goede voorbereiding en planning van de implementatieactiviteiten (wanneer, waar, hoe, door wie). Uiteraard kunnen elementen naar behoefte worden aangepast.

- Meer informatie over implementeren zie bijlage 1 Theoretische achtergrond m.b.t. implementatie
- Zie verder Hoofdstuk 16 Effectieve organisatie van de implementatie, Grol en Wensing, 2001 en het Format Implementatieplan

Format Implementatieplan

1. Inleiding

2. Doelstellingen project

- 2.1 Omschrijving van wat precies geïmplementeerd moet worden (gehele of onderdeel van de richtlijn, specifieke aanbevelingen)
- 2.2 Omschrijving van concreet te bereiken veranderingen, omschrijving van concrete doelen.
- 2.3 Globale omschrijving van de doelgroep(en) waarop de implementatie zich richt (o.a. professie, aantal)
- 2.4 Omschrijving hoe de doelgroep wordt betrokken in het formuleren van te bereiken veranderingen

3. Resultaten analyse doelgroep/setting

- 3.1 Beschrijving setting (landelijk, regionaal, instelling, maatschap of professional)
- 3.2 Beschrijving specifieke karakteristieken per doelgroep (o.a. betrokkenheid, draagvlak, segmentatie)
- 3.3 Analyse van bevorderende en belemmerende factoren
 - Bij professionals
 - Bij patiënten
 - Bij teams of zorgprocessen
 - In de organisatie (structuur / middelen)
 - In politieke, juridische en economische context
- 3.4 Vaststelling van de problemen die door middel van de implementatie moeten worden aangepakt

4. Indicatoren

- 4.1 Nulmeting
- 4.2 Concrete doelen voor verbetering benoemen o.b.v. uitkomst nulmeting
- 4.3 Nameting of continu meten

5. Plan van aanpak disseminatie

- 5.1 Mailing
- 5.2 Plaatsing op relevante websites
- 5.3 Inzet communicatiekanalen (massamedia, persoonlijk)
- 5.4 Hulpmiddelen / richtlijnnevenproducten
- 5.5 Team + rolverdeling (coördinatie/organisatie)
- 5.6 Budget
- 5.7 Tijdpad

6. Plan van aanpak implementatie

- Centrale vraag: Hoe krijgen we de doelgroep(en) zover dat ze gaan handelen volgens de richtlijn?
Met welke interventies en hulpmiddelen?
- 6.1 Doelgroep
 - 6.2 Selectie interventies
 - 6.3 Hulpmiddelen / richtlijnnevenproducten
 - 6.4 Team + rolverdeling (coördinatie/organisatie)
 - 6.5 Budget
 - 6.6 Tijdpad

7. Plan van aanpak borging van de richtlijn

- 7.1 Doelgroep
- 7.2 Selectie interventies
- 7.3 Hulpmiddelen / richtlijnnevenproducten
- 7.4 Team + rolverdeling (coördinatie/organisatie)
- 7.5 Budget
- 7.6 Tijdpad

8. Evaluatie

- 7.1 Bepalen niveau van implementatie (bekendheid / attitude doelgroep / toepassing van de richtlijn / effect op zorg)
- 7.2 Plan van aanpak effectevaluatie (nagaan of de strategie en gekozen interventies effectief zijn)
- 7.3 Plan van aanpak procesevaluatie (nagaan of het implementatieplan is uitgevoerd zoals beoogd)

3.5 Consultatie en autorisatie

Nadat de richtlijnwerkgroep de conceptrichtlijn en conceptset indicatoren gereed heeft, volgt de commentaarfase. Hierbij wordt het concept voorgelegd aan de toekomstige gebruikers van de richtlijn. Er zijn verschillende opties mogelijk voor de wijze waarop de commentaarronde wordt georganiseerd.

➤ Zie de Handleiding Evidence-based Richtlijnontwikkeling: [commentaarronde en autorisatie](#).

Acceptatie van de richtlijn door betrokken wetenschappelijke verenigingen is essentieel voor implementatie. De commentaarfase is landelijk, mede om het draagvlak te verbreden.

De definitieve versie van de richtlijn wordt, indien dit in de procedure tevoren is vastgesteld, ter procedurele toetsing en formele vaststelling voorgelegd aan de besturen van de betrokken verenigingen. Het bestuur kan de procedurele toetsing eventueel delegeren aan de kwaliteits- of richtlijncommissie van de vereniging.



Na autorisatie dienen wetenschappelijke verenigingen zich te committeren aan de implementatie van de richtlijn onder haar leden.

De commentaarronde kan goed gebruikt worden om ideeën voor implementatie te inventariseren. Bijvoorbeeld door in een vragenformulier (aan 50 at random geselecteerde artsen) expliciet te vragen naar verwachte knelpunten bij de toepassing van aanbevelingen in de praktijk.

De commentaarronde kan ook gebruikt worden om een pilot-test uit te voeren, eventueel in gezondheidszorginstellingen waar werkgroepleden werkzaam zijn.

Een richtlijnbijeenkomst of hoorzitting kan ingekleed worden als implementatiebijeenkomst met als doel het belang van implementatie te agenderen (noodzaak voor de praktijk en voordelen voor de individuele professional benadrukken).

3.6 Taken adviseur

- |  bewaken van aspecten die implementatie kunnen bevorderen tijdens de ontwikkeling van de richtlijn
- agenderen binnen de werkgroep van het opstellen van een (disseminatie- en) implementatieplan
- |  bespreken van het implementatieplan
- benutten van de mogelijkheden om commentaarronde te gebruiken voor implementatie

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

4 Disseminatie en implementatie

Wanneer de richtlijn is geautoriseerd en een implementatie- (en disseminatie)plan is opgesteld, kan de daadwerkelijke verspreiding en implementatie worden uitgevoerd. De taken en verantwoordelijkheden voor de adviseur en richtlijnwerkgroep voor daadwerkelijke disseminatie en implementatie kunnen wisselen per richtlijn.

Stappen richtlijnontwikkeling	Activiteiten gericht op implementatie	Doel gerelateerd aan implementatie
	Testen & uitvoeren van het implementatieplan - testen implementatie interventies (pilot) - uitvoeren implementatieplan	- testen van uitvoerbaarheid en haalbaarheid
	Disseminatie en implementatie - publicatie in tijdschriften - publicatie op websites - etc.	- verspreiding van de richtlijn en nevenproducten
Vormgeving / Ontwikkeling nevenproducten	- samenvattingskaarten, stroomdiagrammen etc - patiënteninformatie (patiëntenversie/ -folders, decision aids etc) - elektronische versies op CD-Rom, internet of PDA	- toegankelijkheid en attractiviteit

Bron: Vrij naar tabel 5.2 Stappen en activiteiten bij richtlijnontwikkeling. Burgers en Grol. In: Grol, R, Wensing, M., 2006.

4.1 Testen en uitvoeren van het implementatieplan

Idealiter begint het testen van de uitvoerbaarheid en haalbaarheid van de interventies op kleine schaal bij gemotiveerde groepen (bijvoorbeeld een specifiek team, afdeling of proefregio). Daarna kunnen de activiteiten geleidelijk worden uitgebreid. Hierbij wordt aanbevolen zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande structuren en systemen. De testresultaten dienen vervolgens vertaald te worden naar een breed plan van aanpak voor verdere implementatie. Op basis van ervaringen zal dit in volgende versies van de handleiding nader worden uitgewerkt.

4.2 Disseminatie

De richtlijnen die zijn ontwikkeld binnen het EBRO-richtlijnprogramma worden gratis verspreid aan alle bij de richtlijnontwikkeling betrokken partijen en zijn publiek toegankelijk via de websites van de Orde en het CBO. Tevens kunnen de richtlijn en eventuele hulpmiddelen worden besteld bij de uitgever. Verder worden, door voorzitter en de adviseur, artikelen gepubliceerd in NTVG en verenigingsperiodiek.

Box 3 Verspreiding van richtlijnen en afgeleide producten onder huisartsen, ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap

- publicatie in een wetenschappelijk tijdschrift (Huisarts en Wetenschap), met uitgebreide wetenschappelijke toelichting op elke aanbeveling met literatuurverwijzingen;
- samenvatting op een plastic kaartje met de kernaanbevelingen, gemakkelijk in de praktijk te raadplegen;
- publicatie van samenvatting in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde met een begeleidend commentaar van een huisarts en specialist;
- elektronische versies met een gelaagde opbouw via hyperlinks, beschikbaar op Cd-Rom, NHG-website (nhg.artsennet.nl), geïntegreerd in het elektronisch medisch dossier (EVS) en in PDA-formaat;
- kaarten voor praktijkassistenten voor gebruik bij telefonische contacten met patiënten
- voorlichtingsfolders en -brieven voor patiënten met de aanbevelingen uit de richtlijn in voor patiënten begrijpelijke taal;
- alle richtlijnen gebundeld in één gedrukte uitgave die jaarlijks verschijnt (zoals het Farmacotherapeutisch Kompas van het College voor Zorgverzekeringen).

Bron: Grol R, Wensing M (red). *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg, 2e herziene druk*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006.

4.3 Richtlijn en nevenproducten

Naast de richtlijn worden vaak hulpmiddelen of nevenproducten ontwikkeld om implementatie te vergemakkelijken. Voorbeelden van hulpmiddelen die de toepassing van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen zijn:

- samenvattingskaart of flowchart
- patiënteninformatie
- indicatoren
- internetversie
- computerversies, al dan niet geïntegreerd in het elektronisch medisch dossier etc.
- educatiemateriaal
- hulpmiddelen voor intercollegiaal overleg

Aantal en soorten hulpmiddelen zijn afhankelijk van het onderwerp en de wensen en behoeften van de doelgroep. Hieronder worden enkele mogelijkheden nader toegelicht.

4.3.1 Internetversie

Een belangrijke ontwikkeling is de aansluiting van richtlijnontwikkeling bij moderne communicatiemiddelen zoals het internet. Een CBO-richtlijn wordt in ieder geval in pdf-format geplaatst op de website van de betrokken organisaties. Via algemene databases, zoals Artsennet, kunnen richtlijnen op onderwerp worden gezocht.

Daarnaast is er ervaring opgedaan met het gelaagd opbouwen van een richtlijn via een website, waarbij men bijvoorbeeld eerst de aanbevelingen vindt en vervolgens door kan klikken naar respectievelijk de conclusies uit wetenschappelijk onderzoek, de wetenschappelijke onderbouwing en de referenties.

- Voor voorbeelden van gepubliceerde CBO-richtlijnen, zie de [website van het CBO](#).
- Voor internetversies van richtlijnen zie bijvoorbeeld www.oncoline.nl of nhg.artsennet.nl.

4.3.2 Samenvattingskaart, flowchart

Een beknopt overzicht van hoe concreet te handelen in een bepaalde situatie kan een handig hulpmiddel zijn in de dagelijkse praktijk. Bij de richtlijnen wordt daarom vaak een samenvatting van de aanbevelingen in de richtlijn gegeven. Dit kan op verschillende manieren:

- Samenvatting van alle aanbevelingen op maximaal 3 a 4 pagina's;
- Een flowchart (stroomschema of algoritme) van bijvoorbeeld de diagnostiek of de therapie van de betreffende aandoening. De verschillende beslismomenten en keuzemogelijkheden worden zo overzichtelijk weergegeven. Het is aan te bevelen om niet te veel informatie in één flowchart te stoppen, maak dan liever een flowchart extra.

Soms wordt een combinatie van deze twee vormen gebruikt, bijvoorbeeld een (geplastificeerde) samenvattingskaart (in A5 format) met de belangrijkste aanbevelingen, voorzien van een of meerdere flowcharts.

- Zie de website van het CBO, bijvoorbeeld de [samenvattingskaart](#) behorende bij Richtlijn Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland.

4.3.3 Patiënteninformatie

Patiëntenversie

Richtlijnen zijn door het medisch-wetenschappelijk taalgebruik niet eenvoudig toegankelijk voor patiënten. Daarom is het van belang ook een patiëntenversie te ontwikkelen. Deze versie kan het de patiënt/consument makkelijker maken om samen met de behandelaar beslissingen te nemen over passende zorg ('shared decision making').

Patiëntenfolder

In een patiëntenfolder wordt kort uitleg gegeven over een deelonderwerp van de richtlijn (bijvoorbeeld diagnostiek of leefstijladviezen). De patiëntenfolder kan ook uitleg en adviezen bevatten die tijdens een consult worden gegeven. De patiënt kan alles thuis rustig nalezen, waardoor de informatie beter zal beklippen.

Decision aids

Decision aids zijn keuzehulpen in de vorm van webpagina's, boekjes, cd's, computerprogramma's of video's, om mensen te helpen kiezen tussen twee of meerdere onderzoek- of behandelmogelijkheden. Decision aids zijn vooral zinvol in situaties waarbij er verschillende opties voor onderzoek of behandeling zijn die vergelijkbare uitkomsten hebben, maar door patiënten verschillend kunnen worden gewaardeerd.

Een voorbeeld hiervan is de keuze tussen wel of geen borstsparende operatie bij niet-gemetastaseerde borstkanker (Molenaar et al, 2004). De overlevingskans en de kans op recidief zijn bij beide behandelingen gelijk. Alle patiënten die kiezen voor verwijdering van een gedeelte van de borst (borstsparende operatie) worden bestraald, terwijl van patiënten die kiezen voor verwijdering van de gehele borst (borstverwijderende operatie) ongeveer één derde wordt bestraald. Deze keuze tussen verschillende opties wordt bepaald door de individuele waarden van patiënten en de persoonlijke afweging van kansen en risico's van de verschillende opties door patiënten. Goede informatie over beide opties is bij dergelijke keuzes cruciaal om het juiste te kiezen.

- Informatie te gebruiken door patiënten, zie de [bijlagen bij de richtlijn Lyme-borreliose](#).
- De eerste zes digitale decision aids over borstkanker, hart- en vaatziekten, depressie, overgangsklachten en een verdenking op prostaatkanker verschijnen in de zomer van 2006 op www.kiesbeter.nl.
- Zie ook de [patiëntenvoorlichting](#) door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

4.4 Taken adviseur

- |  zorgdragen voor het testen van het implementatieplan
- zorgdragen voor verspreiding via diverse kanalen

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

5 Evaluatie en revisie

Een belangrijke stap bij de implementatie van (aanbevelingen uit) richtlijnen is de evaluatie van de resultaten: zijn de beoogde doelen behaald? Het is niet per se de laatste stap; het implementatieplan kan voortdurend worden bijgesteld, waarbij nieuwe doelen worden gesteld, nieuwe knelpunten opgespoord en nieuwe interventies ingezet. Er is dus sprake van een cyclus.

Stappen richtlijnontwikkeling	Activiteiten gericht op implementatie	Doel gerelateerd aan implementatie
Evaluatie	- ervaringen uit de praktijk - monitoring met behulp van indicatoren	- monitoren of het invoeren van de richtlijn daadwerkelijk het gewenste effect heeft op de kwaliteit van zorg - gebruik in kaart brengen
	Implementatieplan bijstellen	- vergroten effectiviteit
Revisie & herziening	- vaststellen herzieningsprocedure - regelmatige update van literatuur en zo nodig aanpassen van aanbevelingen	- up-to-date houden

Bron: Vrij naar tabel 5.2 *Stappen en activiteiten bij richtlijnontwikkeling*. Burgers en Grol. In: Grol, R, Wensing, M., 2006.

5.1 Evalueren

5.1.1 Effectevaluatie

Systematische evaluatie van de implementatie van richtlijnen kan op verschillende niveaus plaatsvinden:

- Evaluatie van de bekendheid, acceptatie en waardering (attitude) van hulpverleners met de richtlijn. Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden met een schriftelijke enquête.
- Evaluatie van het daadwerkelijk gebruik van de richtlijnen en/of opvolging van aanbevelingen in de praktijk.
- Nagaan of het toepassen van de richtlijn ook een positief effect heeft op de (uitkomsten van de) zorg.

Om na te gaan of de specifiek beoogde doelen zijn behaald, moeten deze meetbaar gemaakt zijn. Dit kan bijvoorbeeld met de eerder genoemde indicatoren. Deze kunnen worden ingezet om na te gaan hoe de richtlijn wordt opgevolgd (zie ook 3.2).

5.1.2 Procesevaluatie

Om eventuele (afwezigheid van) effecten goed te kunnen interpreteren is het van belang in een procesevaluatie na te gaan of het implementatieplan is uitgevoerd zoals beoogd en welke factoren van invloed waren op het slagen of falen.

Ook kan worden gekeken naar de ervaringen van de doelgroep van het implementatieproces. Dit kan bijvoorbeeld door:

- enquêtemethoden (vragenlijsten)
- interviewmethoden (individueel of groep: semi-gestructureerd)
- observatie (zelfregistratie, dossieranalyse, walk-throughs, analyse van routinematig verzamelde gegevens etc)

Een procesevaluatie kan aanknopingspunten bieden voor bijstelling van de implementatiestrategie.

- Zie verder Hoofdstuk 19 Meten van het proces van implementatie, Grol en Wensing, 2001.

5.35.2 Revisie en herziening

Steeds moet kritisch worden gekeken of een richtlijn op alle onderdelen nog actueel en geldig is, om te zorgen dat daadwerkelijk optimale zorg wordt beschreven. De houders van een richtlijn kunnen een werkgroep samenstellen die het mandaat krijgt om de richtlijn "levend" te houden. Inhoudelijke veranderingen van aanbevelingen dienen altijd ter autorisatie aan de houders van de richtlijn worden voorgelegd.

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

5.45.3 Taken adviseur

- _ toezien op het maken van afspraken over wijze van evaluatie
- zorgdragen dat taken en verantwoordelijkheden m.b.t. de evaluatie worden vastgelegd
- _ toezien op het vaststellen van de herzieningsprocedure van de richtlijn

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

6 De verschillende partijen

Verschillende partijen zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg, patiënt & consument en zorgverzekeraar zullen ziekenhuizen en specialisten steeds vaker vragen om aantoonbaar en systematisch de kwaliteit van zorg te verbeteren. Daaronder valt de toepassing van professionele richtlijnen. De rolverdeling en verantwoordelijkheden ten aanzien van implementatie vragen om expliciete aandacht.

6.1 De individuele professional

De professional is wettelijk verplicht te handelen volgens de geldende professionele standaard (WGBO). Een richtlijn kan worden gebruikt als maatstaf voor verantwoorde zorg, een norm voor in medisch-technisch opzicht goed en doelmatig medisch-specialistisch handelen. Alle medisch specialisten hebben hun professionele autonomie, maar moeten hun medisch handelen wel kunnen verantwoorden. Professionals hebben daarbij de verantwoordelijkheid landelijke richtlijnen op een juiste wijze toe te passen bij de individuele patiënt in een lokale context. Daarbij horen ook de noodzakelijke organisatorische randvoorwaarden. Ook andere partijen hebben hierin hun eigen taak.

6.2 Professionals in zorginstellingen/ziekenhuizen

Maatschappen of vakgroepen van instellingen vormen wellicht de belangrijkste doelgroep voor de implementatie van (aanbevelingen uit) de richtlijn. Idealiter wordt de bespreking van de implementatie van de richtlijn onderdeel van de routine. Tijdens een bespreking wordt de richtlijn besproken met alle betrokken zorgverleners (multidisciplinair) in ieder geval de eigen maatschap. Het doel is om het eigen handelen te vergelijken met de richtlijn (kritische blik). Ook kunnen belemmerende en bevorderende factoren in de eigen setting worden geanalyseerd. Implementatie kan op beperkte schaal worden gestart en uitgebreid.

- Zie ook Van kennis naar doen; voortdurend verbeteren, methoden en technieken voor reflectieve professionals in de zorg (Evers en anderen 2004).

6.3 Management in zorginstellingen

Voor zorginstellingen geldt dat acceptatie van richtlijnen door alle betrokkenen, inclusief het management, van belang is. Een door de beroepsgroep geaccepteerde richtlijn zal geen effect hebben als de toepassing ervan organisatorisch of maatschappelijk niet haalbaar is. Door de implementatie van richtlijnen binnen de eigen instelling te stimuleren en faciliteren kan het kwaliteitsbeleid vorm worden gegeven.

6.4 Wetenschappelijke verenigingen

Wetenschappelijke verenigingen zijn vaak aanvrager en initiatiefnemer voor de ontwikkeling van een richtlijn. Desalniettemin is een visie op de verantwoordelijkheid voor de implementatie van de richtlijn nog niet uitgekristalliseerd (Nelen et al., 2004). Voor een succesvolle implementatie horen taken en verantwoordelijkheden vooraf te worden bepaald en overeengekomen.

6.5 Orde van Medisch Specialisten

De Orde kan aan de ontwikkeling en implementatie van medisch-specialistische richtlijnen bijdragen, door hun initiërende, coördinerende en voorwaardenscheppende rol. De Orde kan tevens bestuurlijke, organisatorische of financiële knelpunten waardoor de implementatie stagneert, op de juiste plaats en bij de juiste betrokkenen agenderen.

6.6 Patiënten/cliënten en naasten

Patiënten en cliënten hebben steeds meer aandacht voor kwaliteit van zorg en worden steeds vaker bij het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg betrokken. Actieve betrokkenheid van de patiënt of

zorgconsument is van groot belang. Het geven van directe feedback door de zorgconsument op de zorgverlening zal toenemen, hetgeen essentieel is voor het stimuleren van meer kwaliteit.

Op landelijk niveau spelen de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF) en de Consumentenbond een rol. Verder zijn er veel patiëntorganisaties actief die een specifieke patiëntenpopulatie vertegenwoordigen. Om de implementatie van richtlijnen te bevorderen kunnen zij bijvoorbeeld een rol spelen bij:

- Afvaardiging van een vertegenwoordiger in de richtlijnwerkgroep;
- Inventariseren van knelpunten vanuit patiëntenperspectief; formuleren van uitgangsvragen en overige overwegingen;
- Ontwikkeling van indicatoren vanuit patiënt/consumentbeleving;
- Ontwikkeling van patiëntenvoorlichtingsmaterialen;
- Feedback over kwaliteit, service & dienstverlening (ervaren zorg).

Voor patiëntenorganisaties is het belangrijk om met de initiatiefnemende wetenschappelijke vereniging afspraken te maken wie hoofdeverantwoordelijk is voor de ontwikkeling van patiëntenvoorlichtingsmateriaal, patiëntgerichte indicatoren etc.

6.7 Overheid

Ook de overheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) kan bijdragen aan de implementatie van de ontwikkelde richtlijnen, bijvoorbeeld door financiering van zorgvernieuwing en het handelen volgens richtlijnen tot aandachtspunt te maken in contacten met koepelorganisaties als de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

6.8 Nederlandse Zorgautoriteit

In het nieuwe zorgstelsel dat vanaf 2006 van kracht is, wil het kabinet, waar mogelijk, marktverhoudingen introduceren, waarin de vraag van patiënten doorslaggevend zou moeten zijn. Door de introductie van 'gereguleerde marktwerking' zouden zorgaanbieders moeten worden uitgedaagd om goede zorg te bieden tegen zo laag mogelijke kosten (prijs-kwaliteit verhouding).

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) houdt toezicht op zorgsector. De Nza heeft tot taak de marktontwikkeling in de gezondheidszorg te volgen en te stimuleren, en ziet toe op de uitvoering van de nieuwe ziektekostenverzekering.

Nza houdt toezicht op de prijsontwikkeling in delen van de zorg waar de prijzen vrij zijn, zoals een deel van de ziekenhuiszorg, het zogenaamde 'B-segment'. Ziekenhuizen onderhandelen met name voor dit segment met verzekeraars over prijs, volume en kwaliteit van te leveren diensten. Bij ongewenste prijsontwikkelingen kan de Nza zelf ingrijpen of de minister VWS adviseren om maatregelen te nemen. Voor de delen van de zorgsector waar de prijzen nog niet vrij zijn, moet de Nza prikkels voorstellen die de zorgaanbieders stimuleren om een betere prijs-kwaliteitverhouding te leveren.

6.9 Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dient, conform haar taakopdracht op basis van de Gezondheidswet, toezicht te houden op de volksgezondheid. De traditionele rol van IGZ is om via werkbezoeken aan instellingen en het behandelen van klachten toe te zien op de (minimale) kwaliteit in instellingen. IGZ streeft de komende jaren naar een steeds explicieter toezicht op basis van normen die voortkomen uit de Kwaliteitswet zorginstellingen, de WGBO of de Wet BIG, of uit

algemeen geldende zorgvuldigheidseisen. De normen vloeien onder andere voort uit geldige en breed geaccepteerde (evidence-based) richtlijnen.

IGZ heeft samen met de Orde, de NVZ en de NFU een basisset van prestatie-indicatoren ontwikkeld. IGZ stimuleert het gebruik van indicatoren als hulpmiddel voor interne sturing en voor het extern afleggen van verantwoording door de ziekenhuizen. Met de prestatie-indicatoren wil de inspectie haar toezicht effectiever en meer risicogericht uitvoeren. IGZ kan in principe nieuw ontwikkelde indicatoren op basis van een evidence-based richtlijn opnemen in haar basisset.

Box 4 IGZ-onderzoek naar de kwaliteit van de decubituszorg in Nederland

Het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO heeft in 1992 een multidisciplinaire richtlijn decubitus opgesteld, die in 2002 herzien is. De richtlijn heeft tot doel de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren, de klinische besluitvorming te ondersteunen, de diversiteit in handelen van professionals te verminderen en een beter inzicht te geven in dit handelen.

Hoewel binnen de gezondheidszorg vele initiatieven worden ontplooid met betrekking tot de preventie en behandeling van decubitus komt uit het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) naar voren dat afhankelijk van het type zorginstelling tussen de 15 en 35% van de risicopatiënten decubitus heeft en dat de kwaliteitszorg op diverse punten verbeterd dient te worden. Zo zijn vaak geen gegevens beschikbaar over het aantal patiënten met decubitus en ontbreekt een gerichte controle op de naleving van de richtlijn decubitus van het CBO. IGZ heeft toegezegd de komende jaren een actief beleid te voeren om de kwaliteitszorg met betrekking tot decubituspreventie en -behandeling te verbeteren. Zo zal bij een groot aantal zorgaanbieders getoetst worden of de kwaliteitszorg verantwoord is en zullen zonnodig maatregelen opgelegd worden wanneer dit niet het geval is. Daarnaast heeft IGZ met koepelorganisaties van zorgaanbieders, zorgverleners, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de te meten prestatie-indicatoren met betrekking tot decubitus.

Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Decubitus doorgelicht: richtlijn onvoldoende in praktijk toegepast. Een onderzoek naar de kwaliteit van de decubituszorg in Nederland en maatregelen om het aantal patiënten met decubitus te verminderen. Den Haag, februari 2004

6.10 DBC-Onderhoud

Diagnose-Behandel-Combinaties (DBC's) vormen de basis van de nieuwe tariefstructuur en zijn in belangrijke mate op richtlijnen en protocollen gebaseerd. In een nieuwe richtlijn kan een nieuwe behandelvorm of zorginnovatie worden voorgesteld, waarvoor dan een nieuwe of aangepaste DBC ontwikkeld moet worden. Verzoeken voor nieuwe DBC's dienen te worden ingediend bij de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) van DBC-Onderhoud. Zij adviseert over innovatie, de invoering van nieuwe zorgproducten en de verwerking daarvan in de DBC-systematiek. Alle innovaties zullen op basis van specifieke criteria worden beoordeeld, zodat deze eventueel kunnen worden vertaald naar nieuwe DBC's.

6.11 De zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars Nederland is de brancheorganisatie voor de zorgverzekeraars. ZN heeft voor de zorginkoop van 2006 een voorlopige set indicatoren ontwikkeld voor een aantal veelvoorkomende DBC's. Het initiatief om een landelijke en uniforme set van indicatoren uit te werken houdt verband met het bestaan van het nieuwe DBC systeem en met name het onderhandelingsdeel, segment B, waarover instellingen en zorgverzekeraars sinds 2005 voor het eerst vrije prijs- en kwaliteitsafspraken kunnen maken. De huidige voorlopige set zal worden gebruikt in afwachting van definitieve evidence-based indicatoren, zoals die door de wetenschappelijke verenigingen zullen worden ontwikkeld.

De overheid verwacht van de afzonderlijke zorgverzekeraars dat zij een faciliterende en stimulerende rol vervullen bij (regionale) zorgvernieuwingprojecten. Vooral tijdens lokale afspraken tussen zorgverzekeraars en instellingen, gemaakt in het kader van de jaarlijkse productieafspraken, kan kwaliteitsstreven van de verzekeraars concreet worden uitgewerkt. Zorgverzekeraars gebruiken richtlijnen als norm over wat acceptabele kwaliteit is en kunnen nagaan bij zorgaanbieders of deze

richtlijnen worden toegepast. Zorgverzekeraars zouden uiteindelijk bepaald beleid kunnen afdwingen bij het afsluiten van contracten.

Andersom kunnen zorgaanbieders met behulp van een richtlijn aangeven wat voor bepaalde patiëntengroepen verantwoorde zorg is. Zorgverzekeraars dienen hiervoor de noodzakelijke middelen te verstrekken. De verzekeraars kunnen een belangrijke rol vervullen bij financiële strategieën die implementatie kunnen bevorderen. Aandachtspunten voor het overleg van instellingen met zorgverzekeraars zijn het kunnen laten zien van concrete resultaten, bijvoorbeeld doordat er al een *pilot* is uitgevoerd, het benoemen van heldere eindresultaten in termen van winst voor de patiënt en de zorgverleners, en eventuele doelmatigheidswinsten door afname van zorgconsumptie of het verschuiven van taken.

BIJLAGE 1 Theoretische achtergrond met betrekking tot implementatie

Implementatie

Er bestaan vele interessante theorieën over implementatie, afkomstig uit verschillende disciplines en sectoren als onderwijskunde, gezondheidsvoorlichting en –opvoeding, organisatiekunde, andragogiek, marketing, kwaliteitszorg, medical technology assessment (MTA) en bestuurskunde.

Grofweg zijn er drie ‘groepen’ van theorieën:

1. theorieën over individuele factoren;
2. theorieën over sociale invloeden;
3. theorieën over systemen.

Echter, de relevantie van al deze theorieën voor implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg en meer specifiek de implementatie van richtlijnen, is vaak nog onduidelijk. Daarnaast bestaat er geen heldere één-op-één relatie tussen theorieën en concrete implementatiestrategieën (Hulscher et al., 2000).

- Voor een nader overzicht van de in theorieën genoemde aandachtsgebieden bij succesvolle implementatie wordt verwezen naar het rapport: Effectieve implementatie: theorieën en strategieën. Den Haag: ZonMw/WOK.

Effectieve implementatie

Elementen van effectieve implementatie die steeds terug komen in de literatuur zijn (Grol en Wensing, 2001):

- systematische, stapsgewijze aanpak en goede planning van implementatieactiviteiten;
- belang van een diagnostische analyse van doelgroep en setting voor de start van implementatie;
- betrekken van de doelgroep bij zowel de ontwikkeling en aanpassing van de innovatie als bij het plannen van de implementatie;
- aandacht voor verschillende behoeften in de fasen van het veranderingsproces (doelgroepsegmentatie);
- keuze van implementatieactiviteiten koppelen aan de uitkomsten van de diagnostische analyse; meestal is een mix van interventies gewenst;
- nemen van juiste maatregelen op verschillende niveaus: landelijk, regionaal, lokaal, team, professional;
- implementatie inbouwen in bestaande structuren;
- continue evaluatie van het implementatieproces en het resultaat ervan;
- voldoende aandacht voor borging van de resultaten en effecten.

Voor een succesvol gebruik van een richtlijn in de praktijk is een systematische aanpak van de implementatie noodzakelijk. Er bestaan diverse modellen voor implementatie. Deze modellen zijn op hun beurt weer gebaseerd op verschillende theorieën over bijvoorbeeld het veranderen van gedrag of het ontwikkelen van organisaties.

Implementatiemodel van Grol en Wensing

Een veelgebruikt implementatiemodel in de gezondheidszorg is het model van Grol en Wensing (2001). Dit model gaat uit van een cyclisch stappenplan en bevat de volgende onderdelen:

1. Keuze van het onderwerp voor zorgvernieuwing
2. Diagnostische analyse van doelgroep en setting
3. Keuze van de interventie en het opstellen van een implementatieplan
4. Testen en uitvoeren van het implementatieplan

5. (Continue) evaluatie en (waar nodig) bijstelling van het plan

- Een uitgebreide beschrijving van dit model staat beschreven in het boek: Implementatie. Effectieve veranderingen van de patiëntenzorg van Grol en Wensing, 2001.

1. Keuze van het onderwerp voor zorgvernieuwing

Een richtlijn bestaat vaak uit tientallen aanbevelingen. De implementatiestrategie zal zich meestal richten op de belangrijkste aanbevelingen. Een landelijke werkgroep kan als 'trekker' van de implementatie prioriteiten stellen (eventueel in afstemming met het veld). Maar het spreekt voor zich dat deze kunnen verschillen bij de lokale gebruikers, afhankelijk van bijvoorbeeld de regionale of lokale context, ervaren knelpunten, behoeftes, beschikbare voorzieningen etc.

Bij de selectie van de aanbevelingen spelen onder andere de volgende overwegingen een rol:

- de "implementeerbaarheid" van de aanbevelingen (zie box 5)
- de te verwachte gezondheidswinst
- de benodigde tijdsinvestering, kosten en middelen
- noodzakelijke organisatorische veranderingen
- aansluiting bij de wensen en behoeften van de doelgroep.

Burgers (2002) beschrijft kenmerken van effectieve aanbevelingen (zie box 1). Bij de implementatie van richtlijnen zijn ook vaak nieuwe kennis of vaardigheden vereist, veranderingen in de organisatie, routines en gewoonten. Juist daarom is een goede implementatiestrategie gewenst.

Box 5 Kenmerken van effectieve aanbevelingen

- De aanbeveling is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek
- De aanbeveling is concreet en specifiek geformuleerd
- De aanbeveling is eenvoudig op te volgen
- De aanbeveling maakt geen deel uit van een complexe beslisboom
- De aanbeveling sluit aan bij de bestaande normen en waarden in dagelijkse praktijk
- De toepassing van de aanbeveling vereist geen nieuwe kennis of vaardigheden
- De toepassing van de aanbeveling vereist geen veranderingen in de organisatie
- De toepassing van de aanbeveling vereist geen verandering van bestaande routines en gewoonten
- De toepassing van de aanbeveling leidt niet tot negatieve reacties van patiënten

Bron: Burgers JS. *Quality of clinical practice guidelines [proefschrift]. Nijmegen, 2002.*

2. Diagnostische analyse

Naast kenmerken van de richtlijn en aanbevelingen, spelen ook kenmerken van de context een rol. Wanneer men geen goed inzicht heeft in de doelgroep en setting, waar de implementatie gewenst is, kan een verkeerde ingang voor het implementatieplan gekozen worden of kunnen verkeerde interventies worden gekozen. Voor effectieve implementatie van een richtlijn, is dus een analyse van de context cruciaal. Dit kan bestaan uit:

- A. een diagnose of analyse van de doelgroep;
- B. een diagnose of analyse van de setting;
- C. een analyse van de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren.

Ad A. Diagnose of analyse van de doelgroep

Bij de implementatie van (aanbevelingen uit) een richtlijn moet men rekening houden met de karakteristieken van de doelgroep; deze kan worden opgedeeld in een primaire, secundaire en intermediaire doelgroep.

Primaire doelgroep

De beoogde gebruikers van richtlijnen zijn professionals in de zorg. Zij zijn daarom de belangrijkste doelgroep van een implementatiestrategie. Richtlijnen zijn vaak multidisciplinair van aard, dus de primaire doelgroep bestaat dan uit meerdere “groepen” professionals met hun eigen specifieke medische of psychosociale achtergrond.

Secundaire doelgroep

Naast de professionals zijn andere doelgroepen bij implementatie van belang, waarbij vooral te denken valt aan de patiënt, consument en hun naasten. Nog te weinig worden zij tot de doelgroep gerekend.

De patiënt/consument is vrager c.q. eindgebruiker van de zorg en heeft in die zin groot belang bij de snelle verspreiding en invoering van vernieuwingen. Strategieën met de patiënt als ‘krachtige trekker’ voor vernieuwingen in de zorg zijn echter schaars (Van Splunteren et al., 2004). Er is enig onderzoek gedaan naar hoe bepaalde vorm van voorlichting, namelijk direct-to-consumer-advertising, aan het publiek ertoe kan leiden dat een deel van de patiënten een deel van de artsen weet te bewegen hun gedrag te veranderen. Over de mate waarin dit het geval is, is geen eenduidig antwoord te geven (RVZ, 2005).

De mate waarin de patiënt de baas is over zijn eigen zorgprobleem – *patiënt empowerment* – is in hoge mate gerelateerd aan goede informatie. Het is belangrijk patiënten/consumenten te stimuleren zich goed te laten informeren en de zorgverlener aan te spreken om het verlenen van zorg conform de meest recente richtlijnen en inzichten. Wanneer patiënten weten wat bij een bepaald probleem de beste zorg is, zal een deel van hen hierom kunnen vragen. Deze externe druk kan zorgverleners ertoe aanzetten deze zorg te verlenen en sneller veranderingen in te voeren (RVZ, 2005).

Intermediaire doelgroep

Daarnaast spelen diverse partijen een rol die een belangrijke rol kunnen spelen bij de implementatie, zoals (commissies binnen) de beroeps- of wetenschappelijke vereniging, vakgroep en het management in de gezondheidszorginstelling, Nederlandse Zorgautoriteit, DBC Onderhoud, zorgverzekeraars en Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Box 6 Diabeteszorg

Voor een effectieve implementatie dienen richtlijnen aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de bestaande praktijk. In het veld van de diabeteszorg is de laatste jaren veel gebeurd. In toenemende mate zijn niet alleen de zorgprofessionals maar ook beleidsmakers, zorgverzekeraars, ziekenhuizen en patiëntenorganisaties actief om de zorg voor diabetespatiënten goed te organiseren en te optimaliseren. Veel partijen zijn betrokken, met soms uiteenlopende belangen. Het standaardiseren van de diabeteszorg is een lastige aangelegenheid als daarmee alle partijen op één lijn gebracht moeten worden. Allerlei ontwikkelingen op het politieke en financieel-economische vlak kunnen een effectieve implementatie in de weg staan. Men kan denken aan de ontwikkeling van keten-DBC's, de komst van het nieuwe zorgstelsel en het marktdenken. Bij de implementatie van de nieuwe richtlijnen moet met deze ontwikkelingen rekening worden gehouden.

Ad B. Diagnose of analyse van de setting

Na de analyse van de doelgroep is het wenselijk de setting te bekijken waar de implementatie gaat plaatsvinden. Grol en Wensing (2001) benoemen een aantal factoren die van invloed kunnen zijn:

- Patiëntgebonden factoren (leeftijd, geslacht, sociaal-economische status) kunnen een verandering in het handelen (al dan niet terecht) stimuleren of tegenhouden. Opvattingen van patiënten of de inschatting van hun opvattingen door professionals beïnvloeden diens handelen.

- Sociale invloeden, zoals de opvattingen van collega's, spelen een rol bij het veranderen van gedrag en het al dan niet toepassen van een aanbeveling. Vaak is het de kunst om lokale opinieleiders te vinden op een afdeling of in een groep van professionals; zij hebben grote invloed op hun collega's wat betreft het invoeren van nieuwe werkwijzen op een bepaald terrein. Het is effectief gebleken om zulke opinieleiders te benutten om nieuwe inzichten door te geven binnen de werkomgeving.
- Factoren gerelateerd aan het systeem, zoals de organisatie en structuur, maar ook financiële middelen en vergoedingen (of het ontbreken daarvan) spelen uiteraard een rol. Een voorwaarde voor het invoeren van een nieuwe werkwijze is dat de benodigde voorzieningen beschikbaar zijn. Een veelgehoorde belemmering voor het invoeren van bepaalde aanbevelingen uit een richtlijn is dat de kosten in het zorgtraject stijgen als gevolg van de invoering van de aanbeveling. Dit kan het geval zijn, bijvoorbeeld omdat bepaalde apparatuur of extra menskracht nodig is. Maar het gaat niet altijd op. Een richtlijn kan ook kostenbesparend werken. Het is daarom raadzaam voor een richtlijn een budget impact analyse te maken, waarmee voor verschillende actoren de financiële gevolgen van een richtlijn, of een aanbeveling daaruit, zichtbaar worden gemaakt (Van Splunteren et al., 2004)

Ad C. Belemmerende en bevorderende factoren

Belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van de implementatie van de gewenste vernieuwing kunnen op verschillende niveaus liggen: het individu, de sociale omgeving of het systeem.

Bij het individu kunnen ze bijvoorbeeld betrekking hebben op het gebied van kennis, attitude, gedrag en persoonlijke kenmerken van hulpverleners. Concreet kan de professional niet op de hoogte zijn van de richtlijn, geen vertrouwen hebben in de richtlijnmaker of het niet eens zijn met de inhoud van de richtlijn, meer waarde hechten aan de professionele autonomie of na goedbedoelde pogingen om de verandering in te voeren snel terugvallen in oude routines. Belemmerende en bevorderende factoren kunnen ook slaan op de sociale omgeving: kenmerken of het gedrag van patiënten, collega's of management. Zo kan bijvoorbeeld het management geen interesse hebben in het onderwerp of geven geen hoge prioriteit aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Binnen het systeem slaan ze op organisatorische, financiële of structurele aspecten van de werkomgeving. Zo kunnen er onvoldoende voorzieningen zijn in de instelling.

Invoeringsproblemen kunnen op verschillende manieren worden opgespoord, bijvoorbeeld door:

- enquêtemethoden (schriftelijke vragenlijsten over richtlijnen (knelpuntenanalyse), casusspecifieke vragenlijsten);
- interviewmethoden (individueel of groep: brainstorm, focusgroep, Delphi methodiek);
- observatie (zelfregistratie, dossieranalyse, analyse van routinematig verzamelde gegevens).

Voor interpretatie van de belemmerende en bevorderende factoren kunnen de verzamelde gegevens worden geanalyseerd en geordend met behulp van een stroomdiagram, paretoagram of visgraatdiagram.

Het inzicht in de praktische bruikbaarheid van de verschillende methoden is nog beperkt.

- Voor meer details over de methoden wordt verwezen naar Grol & Wensing 2001. Hoofdstuk 8: Methoden om invoeringsproblemen op te sporen.
- Zie Bijlage 3 Checklists diagnostische analyse.

3. Keuze van de interventie en opstellen implementatieplan

Uit literatuurreviews (Hulscher et al. 2000, Grimshaw et al. 2004) is gebleken dat er niet één optimale interventie die effectief is onder alle omstandigheden. Het lijkt vaak effectiever om meerdere

implementatiestrategieën te combineren. Als de diagnostische analyse is gedaan, hoe kiezen we dan de juiste interventie en waaruit kunnen we kiezen? Er zijn verschillende soorten benaderingen voor de indeling van implementatiestrategieën (Hulscher M, Wensing et al., 2000), zoals indelingen van strategieën voor verschillende fasen in het veranderingsproces, strategieën voor segmenten in de doelgroep en faciliterende versus controlerende strategieën.

Fasen veranderingsproces

Interventies en implementatiestrategieën kunnen worden geordend aan de hand van de verschillende fasen in het veranderingsproces die individuen of groepen moeten doormaken. Het gaat om strategieën die aansluiten bij de vijf fasen in het veranderingsproces van zorgverleners Grol en Wensing (2001):

1. *Oriëntatie*: Professionals raken bekend met een andere of nieuwe werkwijze, hun aandacht is getrokken en de interessen voor de nieuwe werkwijze is gewekt. Kernwoorden zijn bewust van de innovatie, interesse en betrokkenheid.
2. *Inzicht*: Professionals weten wat de nieuwe werkwijze inhoudt, hebben een goed inzicht in de eigen zorgverlening en achterhalen op welke punten deze afwijkt van de nieuwe werkwijze. Kernwoorden zijn kennis, begrip en inzicht in eigen werkwijze.
3. *Acceptatie*: Professionals wegen de voor- en nadelen van de nieuwe werkwijze af en raken overtuigd dat de nieuwe werkwijze waardevol of effectief is. Ze bedenken hoe de nieuwe werkwijze in de eigen praktijk c.q. werkwijze past. Kernwoorden zijn positieve houding, motivatie en intentie of besluit tot veranderen.
4. *Verandering*: In eerste instantie experimenteren de professionals met de nieuwe werkwijze. Zo ervaren ze dat het anders kan en hoe effectief de nieuwe werkwijze is. Kernwoorden zijn invoering in de praktijk en bevestiging van het nut.
5. *Behoud*: Professionals integreren de nieuwe werkwijze in de bestaande praktijk routines. Kernwoorden zijn integratie en verankering in de dagelijkse organisatie.

Als de doelgroep geen weet heeft van een nieuwe (aanbeveling uit een) richtlijn, vraagt dat een andere benadering dan als men niet de vaardigheden heeft om de vernieuwing uit te voeren of als men twijfels heeft bij de haalbaarheid.

In de oriëntatiefase is het bijvoorbeeld belangrijk via allerlei kanalen beknopte boodschappen te verspreiden om de doelgroep op de hoogte te brengen en interesse te wekken.

Voor de inzichtfase kunnen eenvoudige methoden van zelftoetsing, bijvoorbeeld met behulp van zelfregistratieformulieren, worden ingezet om inzicht te geven in (overschatting van) eigen handelen. Tijdens de acceptatiefase kan het belangrijk zijn weerstanden te bespreken of de vernieuwing aan te passen aan lokale omstandigheden.

In de veranderingsfase zijn bijvoorbeeld ondersteunende middelen, vaardigheidstrainingen of herontwerp van zorgprocessen van belang.

Ten slotte is voor het behoud van verandering monitoring en feedback van belang, maar ook de beschikbaarheid van voldoende middelen en steun van management.

Meestal is een combinatie van strategieën nodig, aangezien verschillende subgroepen in verschillende fasen van het veranderingsproces zitten.

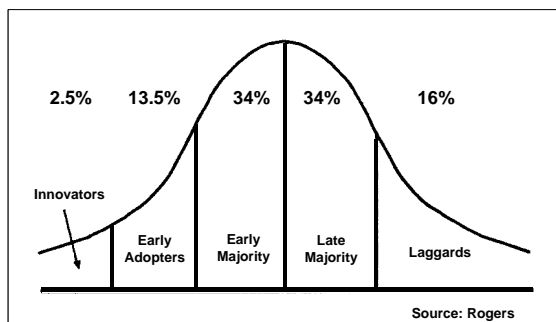
- Voor een uitgewerkt overzicht wordt verwezen naar Grol & Wensing 2001, tabel 9.2.

Veranderingsbereidheid doelgroep

Rogers (1995) geeft aan dat er grote verschillen zijn in de mate waarin mensen bereid zijn om te veranderen. Hij gaat ervan uit dat elke doelgroep personen kent die graag willen veranderen en personen voor wie veranderen niet hoeft. Hij onderscheidt de volgende typen:

- *Innovators* (vernieuwers): proberen graag nieuwe ideeën uit. Zij spelen dikwijls een belangrijke rol bij het uitdenken en verspreiden van veranderingen, doordat ze de innovatie binnen de (beroeps)groep introduceren.
- *Early adopters* (vroegge aanvaarders): zijn de belangrijke 'opinionleaders' binnen de (beroeps)groep. Het zijn gerespecteerde sleutelfiguren die een essentiële rol spelen bij het verspreiden van veranderingen. Het signaal dat zij een bepaalde verandering aanvaarden, vermindert de onzekerheid bij hun collega's. Hun mening speelt dus een belangrijke rol bij het over de streep trekken van anderen.
- *Early majority* (vroegge meerderheid): aanvaarden de innovatie net voor het gemiddelde groepslid. Deze mensen kenmerken zich vaak door veel interacties met collega's. Daardoor spelen zij een belangrijke rol bij de verdere verspreiding van de verandering.
- *Late majority* (late meerderheid): aanvaarden de innovatie net na het gemiddelde groepslid. Deze mensen staan sceptisch en voorzichtig tegenover vernieuwingen. Pas als de innovatie overeenkomt met de heersende normen laat deze categorie zich overtuigen. Hier is dus druk van collega's nodig.
- *Laggards* (achterblijvers): accepteren als laatste de verandering. Deze mensen zijn vooral op (opgebouwde zekerheden uit) het verleden gericht en het meest traditioneel ingesteld. Laggards willen er tevoren zeker van zijn dat het idee niet kan mislukken. Zij zijn achterdochtig ten opzichte van vernieuwingen.

De verdeling van deze typen in een (beroeps)groep heeft de vorm van een normaalcurve of Gauss-kromme.



Figuur 3 Veranderingsbereidheid. Bron: Rogers (1995)

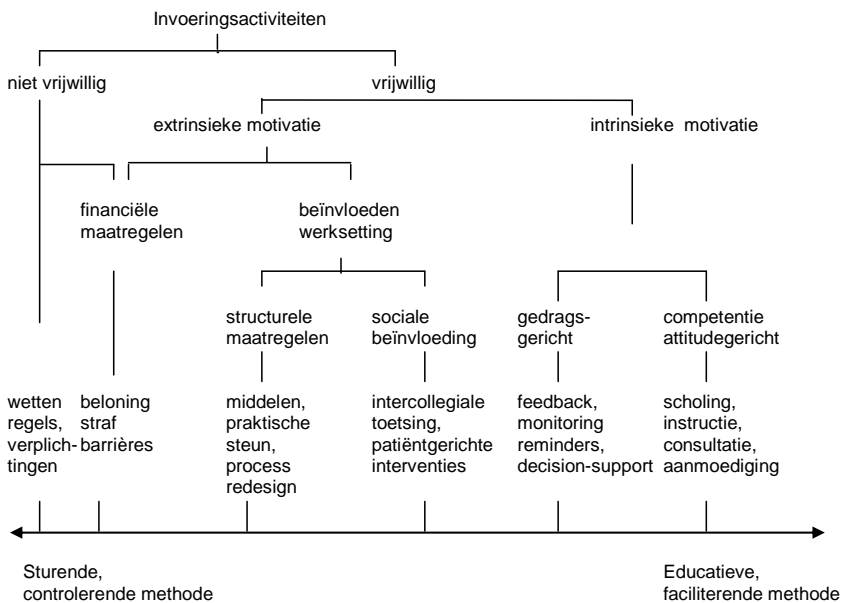
Innovatoren hebben aan een helder verhaal meestal genoeg en 'vroegge aanvaarders' laten zich snel overtuigen met theorie en argumenten. De vroegge en late meerderheid moeten het zien en ervaren. (Mogen) experimenteren, begeleiding en coaching zijn voor hen belangrijk. Voor de achterblijvers zijn externe druk, dwang en soms sancties nodig. Voor meer details wordt verwezen naar Grol & Wensing 2001, tabel 9.3.

Uiteindelijk dient de implementatiestrategie activiteiten te bezitten die het de doelgroep mogelijk maakt de diverse fasen in het veranderingsproces te doorlopen. Ook moet de werkgroep rekening houden met verschillen in veranderingsbereidheid, en dus met verschillen in behoefte aan ondersteuning, binnen de doelgroep. Vaak geeft een gecombineerde strategie, die op verschillende niveaus ingrijpt, de beste resultaten.

Faciliterende versus controlerende strategieën

Daarnaast worden strategieën onderscheiden waarbij de nadruk wordt gelegd op *interne processen* en strategieën die vertrekken vanuit *externe invloeden*. In grote lijnen kan men deze strategieën

ordenen op een schaal lopend van educatieve en faciliterende strategieën naar controlerende en dwingende strategieën (zie figuur 4). Strategieën waarbij interne processen het uitgangspunt zijn, besteden veel aandacht aan het motiveren van professionals en de wijze waarop bij hen de besluitvorming plaatsvindt. Methodieken ingezet door wetenschappelijke verenigingen en het CBO, zoals de Doorbraakmethode, hebben vaak dit karakter. Strategieën die uitgaan van externe invloeden besteden aandacht aan de invloed van sociale interactie, managementinterventies, externe beïnvloeding, controle en dwang. Steeds vaker gaan geluiden op dat organisaties ook van deze interventies gebruik moeten gaan maken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de inzet van prestatie-indicatoren en benchmarking.



Figuur 4 Methoden om richtlijnen en veranderingen te implementeren. (Aangepast schema, naar van Woerkom, 1990 Bron: Grol en Wensing, 2001, p. 202.)

Strategieën gericht op kernactiviteiten

Tot slot is een vaak gebruikte indeling voor implementatiestrategieën gemaakt door Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), een groep binnen de Cochrane Collaboration die zich richt op reviews van studies naar implementatie van richtlijnen. Zij hanteren een indeling gericht op kernactiviteiten: strategieën kunnen zich richten op de professional of zorgverlener, de organisatie, de patiënt, de financiële condities, juridische maatregelen of combinaties hiervan. Deze zijn reeds weergegeven in hoofdstuk 3.4.

Hieronder volgt een overzicht van voorbeelden van diverse implementatiestrategieën volgens deze indeling.

Professional gerichte strategieën

Introductie van een richtlijn is een innovatie die van zorgverleners een min of meer ingrijpende gedragsverandering vereist. Zoals eerder besproken heeft de snelheid waarmee gebruikers overgaan tot acceptatie van nieuwe inzichten te maken met allerlei persoonlijke kenmerken als

kennis- en vaardigheidsniveau, houding, vertrouwen in eigen effectiviteit, maar ook sociale invloeden.

Voorbeelden van professional gerichte strategieën zijn educatieve bijeenkomsten en toetsing & terugkoppeling (audit en feedback). Bij toetsing en terugkoppeling zijn er twee varianten:

1. interne toetsing, waarbij professionals zelf meedoen aan de gegevensverzameling en – beoordeling. Denk hierbij aan visitatie.
2. externe toetsing, waarbij de gegevens door anderen/derden worden geanalyseerd en beoordeeld. Denk hierbij aan accreditatie en certificering.

Barrières voor implementatie met betrekking tot professionals kunnen zijn:

- gebruikers hebben niet voldoende kennis en vaardigheden en weten niet hoe zij de nieuwe richtlijn/aanbeveling moeten toepassen.
- gebruikers zijn niet of te laat betrokken bij de ontwikkeling van de nieuwe richtlijn/aanbeveling;
- gebruikers worden onvoldoende of laat geïnformeerd over de nieuwe richtlijn/aanbeveling;
- gebruikers zijn onvoldoende gemotiveerd om de nieuwe richtlijn/aanbeveling toe te passen;
- gebruikers hebben onvoldoende vertrouwen in de uitkomsten van de nieuwe richtlijn/aanbeveling;
- gebruikers hebben moeite bestaande werkroutines te doorbreken;
- de richtlijn/aanbeveling conflicteert met bestaande afspraken en routines bij behandelteam;
- het huidige werkklimaat in de instelling is niet gericht op het invoeren van veranderingen.

Organisatorische strategieën

Richtlijnen beschrijven naast de ‘stand van de wetenschap’, steeds vaker ook de organisatorische randvoorwaarden. Richtlijnen kunnen invloed hebben op het beleid en de interne organisatie van een ziekenhuis (bijvoorbeeld de nieuwe richtlijn over Intensive Care). De invoering van nieuwe richtlijn heeft vaak consequenties voor de betreffende organisaties, bijvoorbeeld vanwege benodigde mensen, middelen en nieuwe procedures. Tevens vormen richtlijnen een van de fundamenten van het kwaliteitsbeleid.

Voorbeelden van een organisatorische strategie zijn het samenstellen van multidisciplinaire teams en accreditatie van instellingen. Binnen de methodieken Doorbraak en Klinische Paden worden organisatorische strategieën veelvuldig toegepast.

Organisatorische barrières voor implementatie kunnen zijn:

- Context met verschillende partijen met uiteenlopende belangen;
- Gebrek aan of geen ondersteuning van de vernieuwing door opinieliders en /of leidinggevenden;
- Gebrekkige registratie en beperkte (ICT) mogelijkheden voor uitwisseling van gegevens doordat systemen niet goed met elkaar communiceren.

Patiëntgerichte strategieën

Naast de professional als primaire gebruiker van richtlijnen, ontstaat steeds meer het besef van de rol en het belang van de patiënt ten aanzien van (de implementatie van) richtlijnen.

Patiëntgerichte strategieën zijn een voorwaarde voor effectieve implementatie, waarbij ten minste de richtlijn in een voor de patiënt begrijpelijke taal ter beschikking wordt gesteld. Daarnaast moeten patiënten/consumenten over relevante informatie kunnen beschikken waarmee zij kunnen kiezen in de zorg. De individuele patiënt kan worden voorzien van informatie over ‘best practice zorg’ voor het gezondheidsprobleem waarmee de betrokkenen kampt via ‘health portals’ als www.kiesbeter.nl, maar ook via de media (televisie, magazines, radio etc) en medische

Handleiding Implementeren van richtlijnen

kanalen (o.a. door een folder in de wachtkamer). De prestaties van ziekenhuizen (en wellicht ook andere sectoren) worden op basis van (IGZ-) indicatoren verzameld en openbaar gemaakt.

Barrières voor implementatie met betrekking tot patiënten kunnen zijn:

- patiënten worden niet of te laat betrokken bij de ontwikkeling van de nieuwe richtlijn/aanbeveling;
- patiënten worden onvoldoende of laat geïnformeerd over de nieuwe richtlijn/aanbeveling;
- patiënten zijn niet bereid mee te werken aan de nieuwe richtlijn/aanbeveling;
- patiënten twijfelen aan de deskundigheid van de arts;
- de nieuwe richtlijn/aanbeveling brengt extra kosten voor de patiënt met zich mee.

Financiële maatregelen

Met financiële interventies kunnen verschillende prikkels worden gegeven. Zo kan betaling per verrichting stimulerend werken ten aanzien van een gewenste handeling. Nadeel is dat het overmatige zorg in de hand kan werken. Andersom geven een salarissysteem of abonnementssysteem minder prikkels voor onnodige zorg, maar kunnen op hun beurt selectie aan de poort of onderbehandeling in de hand kan werken.

Een voorbeeld van een financiële strategie is de prijsbepaling op grond van de basisset inkoopindicatoren die zorgverzekeraars gebruiken bij de inkoop van zorg.

Financiële barrières voor implementatie kunnen zijn:

- Er zijn niet genoeg middelen beschikbaar voor de invoering van de nieuwe richtlijn/aanbeveling;
- Onvoldoende evidence (of geen richtlijn beschikbaar) voor een Diagnose-Behandel-Combinatie (DBC).

Wettelijke maatregelen/regelgeving

Hierbij gaat het om alle interventies gericht op veranderingen in de zorgverlening of zorgadministratie via wet- en regelgeving. Hierbij kan er overlap zijn met organisatorische en financiële strategieën.

Juridische barrières voor implementatie kunnen zijn:

- logge, ambtelijke procedures die veel tijd vergen;
- top-down karakter waarvoor niet altijd draagvlak bestaat.

BIJLAGE 2 Checklists Diagnostische analyse

Bron: Programma Impact, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Checklist A: De doelgroep

Definieer de doelgroep

Huidige situatie

- Stand van zaken met betrekking tot de gekozen richtlijn/aanbeveling: in welke mate is de richtlijn/aanbeveling bekend bij de beoogde gebruikers?
- Veranderingsbereidheid (Grol, Rogers)
- Veranderingsmogelijkheden
 - o visie – vaardigheden – middelen – stimulansen – actieplan (Ersösz)
 - o leerstijlen: denkers / doeners / dromers / beslissers (Kolb)
 - o kleuren van veranderen (Caluwe)
 - o informatiebehoefte en zoekgedrag
 - o overige kenmerken:
 - veranderingsgerelateerde vaardigheden
 - ondersteuningsbehoefte
 - homogeniteit en evenwichtigheid van de groep
- Setting waarin de professionals werkzaam zijn (intramuraal/extramuraal; eenmanspositie/teamverband; monodisciplinair/multidisciplinair)
- Autonomie/beslissingsvrijheid van de doelgroep
- Mate van beleidsmatige en randvoorwaardelijke ondersteuning

Gewenste situatie

- Wat gaat er anders als richtlijn/aanbeveling is geïmplementeerd?
- Zijn er voorbeeldpraktijken?
- Wat is de veranderopgave?

Relatie tot het instrument

- Is er noodzaak tot veranderen?
- Ervaart de doelgroep een probleem? (En helpt de gekozen richtlijn/aanbeveling dit probleem op te lossen?)
- Wat is de aard van de verandering?
- Wat is de houding van de doelgroep ten aanzien van de richtlijn/aanbeveling?
- Wat is de motivatie van de doelgroep ten aanzien van de richtlijn/aanbeveling (waarom zou ik het gaan toepassen)?
- Wat is de meerwaarde van de richtlijn/aanbeveling voor de doelgroep? (winst en verlies, emotief, sociaal, cognitief)
- Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren? (SWOT, Ersösz)

Relatie tot de beroepsvereniging

- Van welke structuur kan gebruik gemaakt worden (bestuur, professioneel kader, samenwerkingsrelaties, deskundigheid, faciliteiten, infrastructuur, communicatiekanalen, financiën)
- Wat is de houding van de doelgroep:
 - o ten aanzien van de beroepsvereniging
 - o ten aanzien van de opstellers van de richtlijn/aanbeveling

Relatie tot de omgeving

- Trends en ontwikkelingen (wet- en regelgeving, financiering)
- Samenwerkingsrelaties
- Afhankelijkheidsrelaties

Checklist B: De beroepsvereniging

Huidige situatie

- Missie, visie, doelen en speerpunten van de beroepsvereniging
- Betrokkenheid van het bestuur
- Sleutelfiguren in de beroepsvereniging
- Stand van zaken kwaliteitsbeleid
- Wat is er tot nu toe gedaan?
- Samenhang tussen richtlijnen/aanbeveling
- Structuur van de beroepsvereniging: infrastructuur, communicatiestructuur
- Professioneel kader
- Structuur kwaliteitsbeleid: commissie, coördinatoren/functionarissen
- Beschikbare mensen, middelen, geld, organisatie en procedures
- Verantwoordelijke voor het implementatieproject

Gewenste situatie

- Toekomst kwaliteitsbeleid
- Wat zijn de plannen voor de komende jaren?
- Hoe past dit implementatieproject in de plannen van de komende jaren?
- Doelstelling met betrekking de richtlijn/aanbeveling (Wat gaat er beter als de richtlijn/aanbeveling is geïmplementeerd? Welke knelpunten zijn dan opgelost?)

Relatie tot de richtlijn/aanbeveling

- Waarom/met welk doel is de richtlijn/aanbeveling ontwikkeld / maatschappelijke relevantie?
- Nut/winst/toegevoegde waarde van de richtlijn/aanbeveling
- Is de richtlijn/aanbeveling gelegitimeerd?
- Bevorderende en belemmerende factoren.
- Beschikbaarheid en opvattingen van sleutelfiguren ten aanzien van de richtlijn/aanbeveling

Relatie tot de omgeving

- Trends en ontwikkelingen (wet- en regelgeving, financiering)
- Relevante actoren (maatschappij, patiëntenverenigingen, verwijzers, andere zorgverleners, verzekeraars, initiële opleidingen, aanbieders bij- en nascholing)
- Bestaande samenwerkingsverbanden en netwerken
- Sleutelfiguren in de omgeving
- Bevorderende en belemmerende factoren

Checklist C: De richtlijn/aanbeveling

Om welke richtlijn/aanbeveling gaat het?

Huidige situatie

- Wie heeft de richtlijn/aanbeveling ontwikkeld?
- (Hoe) zijn de beroepsbeoefenaren bij de ontwikkeling betrokken?
- Wie zijn verder bij de ontwikkeling betrokken (patiënten, verwijzers, paramedische beroepsgroepen)?
- Is er sprake van een wetenschappelijke onderbouwing?
- Is de richtlijn/aanbeveling al gereed?
- Is de richtlijn/aanbeveling in de praktijk getest?

Stand van zaken met betrekking tot de implementatie (wat is er tot nu toe gedaan?)

- Ingezette implementatiemiddelen en –strategieën tot nu toe
- Behaalde resultaten tot nu toe

Gewenste situatie

- Relatie met patiëntenzorg: wat wordt de patiënt er beter van?
- Aan welke problemen beoogt de richtlijn/aanbeveling een bijdrage te leveren?

Relatie tot de doelgroep

- Levert invoering relatief voordeel op (ten opzichte van het oude / alternatief handelen)?
- Wat is de mate van congruentie (met belangrijkste heersende normen en waarden)?
- Is het resultaat van de verandering zichtbaar (ook voor buitenstaanders)?
- Is het instrument uit de richtlijn/aanbeveling al uitontwikkeld of is het flexibel en aan te passen aan de situatie?
- Is experimenteren met de richtlijn/aanbeveling mogelijk (uitproberen)?
- Ziet de richtlijn/aanbeveling er aantrekkelijk uit?
- Is het voor meerdere doelen te gebruiken?
- Is het goed te begrijpen, haalbaar, eenvoudig (mate van complexiteit)?
- Sluit het aan bij essentiële aspecten uit het werk?

Relatie tot de beroepsvereniging

- Waarom (met welk doel) is de richtlijn/aanbeveling ontwikkeld?
- Nut, winst en toegevoegde waarde van de richtlijn/aanbeveling voor de beroepsvereniging
- Opvattingen van sleutelfiguren binnen de beroepsvereniging

Relatie tot de setting / omgeving

- Bekendheid bij/acceptatie door:
 - o patiëntenverenigingen
 - o verwijzers
 - o andere zorgverleners
 - o verzekeraars
 - o initiële opleidingen
 - o aanbieders bij- en nascholing
- Zijn er concurrerende instrumenten/ontwikkelingen binnen de beroepsvereniging?

BIJLAGE 3 Drie **praktijk** ervaringen

1 Implementatie van de landelijke richtlijn Niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC)

De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) is de initiatiefnemer van het project "Implementatie richtlijn niet-kleincellig longcarcinoom". Ondersteuning en advisering bij dit project vindt plaats door de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC), het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (CBO) en de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit tegenwoordig het Centre for Quality of Care Research (WOK). De VIKC verzorgt zowel landelijke als regionale ondersteuning (namelijk een landelijke begeleider en twee regionale netwerken vanuit het Integraal Kankercentrum Oost (IKO) en het Integraal Kankercentrum Noord (IKN). Er wordt binnen dit traject verder samen gewerkt met de richtlijn werkgroep NSCLC (vertegenwoordigers wetenschappelijke verenigingen en partijen). De Orde financiert het implementatietraject. Het project heeft plaatsgevonden van januari 2005 tot en met november 2005.

Binnen de projectgroep NSCLC is een aantal keuzes gemaakt die van invloed zijn op de invulling en uitwerking van het project. Deze keuzes hebben betrekking op de volgende onderwerpen: richtlijn volledig of gedeeltelijk implementeren, wanneer is de implementatie geslaagd, ontwikkelen van indicatoren, waar gegevens vandaan halen en wie voert de implementatie uit en waar vindt de implementatie plaats.

Keuze van aanbevelingen

De projectgroep heeft vastgesteld dat het implementeren van alle 83 aanbevelingen uit de richtlijn NSCLC een te ambitieuze doelstelling is binnen dit traject. De projectgroep heeft daarom in overleg met het panel (samengesteld uit de voormalige werkgroep, die de richtlijn heeft opgesteld) prioriteiten vastgesteld binnen de aanbevelingen. Leidraad bij het vaststellen van prioriteiten vormde het uitgangspunt dat alleen die elementen uit de aanbevelingen prioriteit krijgen die daadwerkelijk verbeterbaar zijn en / of essentieel zijn bij de behandeling van de patiënt. Uiteindelijk heeft het panel van de 83 aanbevelingen een kernset van 8 aanbevelingen geselecteerd. Dit betekent dat het panel meent dat het opvolgen van deze kernaanbevelingen bijdraagt aan een optimale gezondheid of behandelingsresultaat bij de patiënten (bv. Minder complicaties of een beter behandelingsresultaat) en/of onnodige discontinuïteit c.q. onnodige kosten kunnen voorkomen en/of bijdragen aan een optimale begeleiding en ondersteuning van de patiënt. Enkele voorbeelden:

De maximaal aanvaardbare wachttijd voor uitvoering diagnostiek (CT, bronchoscopie met PA, PET, mediastinoscopie) is 3 weken (ofwel 21 kalenderdagen), vanaf 1^e bezoek longarts.

De maximaal aanvaardbare wachttijd voor curatieve therapie is 5 weken (ofwel 35 kalenderdagen) vanaf 1^e bezoek longarts.

Gevarieerde doelgroep

De doelgroep bestaat uit meerdere "groepen" professionals met hun eigen specifieke medische of psycho-sociale achtergrond. Elke groep ook met zijn "eigen" wetenschappelijke vereniging (organisatie, structuur en cultuur). Binnen het implementatietraject is er voor gekozen om de landelijke en regionale tumorwerkgroepen de meeste disciplines te bereiken. Aandachtspunt is, vanwege de gevarieerdheid van de doelgroep, om de strategie en interventies af te stemmen op die eigenschappen van de specifieke doelgroep zodat een maximaal effect bereikt kan worden. Niet alle betrokken wetenschappelijke verenigingen hoeven op dezelfde manier benaderd worden.

Knelpunten

Er zijn knelpunten benoemd die de acceptatie van de richtlijn NSCLC in de weg kunnen staan. Deze knelpunten zijn allen geformuleerd op het niveau van de professional. Andere knelpunten bijvoorbeeld op het gebied van het product (biedt de richtlijn een oplossing voor het ervaren probleem / levert het handelen volgens de richtlijn winst op voor de professional) worden minder

belicht. Verder worden een aantal specifieke activiteiten / producten ter ondersteuning van de implementatie benoemd.

Implementatiestrategie

Naast het verspreiden van de richtlijn, het schrijven van een artikel over de richtlijn en het bespreken van de richtlijn in de regionale longtumorwerkgroepen, was een belangrijke activiteit in het kader van het implementatietraject, inzicht verkrijgen in de huidige adherentie aan de richtlijn en in mogelijkheden voor verbeteringen. Om dit te kunnen bepalen zijn indicatoren ontwikkeld. De implementatie van de richtlijn NSCLC is geslaagd als door de professional gehandeld wordt op basis van deze geprioriteerde aanbevelingen. De projectgroep vond het belangrijk dat op basis van de aanbevelingen zowel proces als uitkomst indicatoren ontwikkeld werden. Enerzijds vormen de indicatoren een implementatie activiteit, door het betrokken zijn bij de ontwikkeling van indicatoren wordt de professional gefocust op de richtlijn en op zijn eigen handelen. Anderzijds bieden de indicatoren de mogelijkheid om te meten of gehandeld wordt volgens de richtlijn en of de implementatie derhalve geslaagd is.

Proefregio's en projectorganisatie

Binnen de projectgroep is afgesproken dat de implementatie van de richtlijn NSCLC, in overeenstemming met het beleid (richtlijn evaluatie door integrale kankercentra 2005) van de VIKC, in eerste instantie zal plaatsvinden in twee regio's namelijk IKO en IKN. Het implementatieproject is geïnitieerd door de NVALT en de VIKC. Het feit dat de richtlijn een multidisciplinair karakter heeft betekent dat ook de andere 12 wetenschappelijke verenigingen op de hoogte gebracht / betrokken dienen te worden bij het implementatietraject. Om die reden heeft de projectgroep afgesproken dat terugkoppeling plaats zal vinden via de landelijke en regionale tumorwerkgroepen van het VIKC. De uitkomsten kunnen eveneens op deze manier gecommuniceerd worden.

Leerpunten

De eerste opzet van een implementatieplan zou klaar moeten zijn voor de richtlijn klaar is. De manier van verspreiding, publicatie en andere 'openbaringen' kunnen heel bepalend zijn voor de acceptatie. Dit impliceert ook dat (regionale) analyses uit het implementatieplan (knelpunten, belemmerende en bevorderende factoren, karakteristieken van de doelgroep) klaar zouden moeten liggen. Het uitvoeren van de in het implementatieplan beschreven strategie en interventies vinden plaats na afronding van de richtlijn en indicatoren ontwikkeling.

Op basis van het beleid van de VIKC is gekozen om de richtlijn NSCLC in eerste instantie gericht te implementeren in twee regio's. De regionale resultaten dienen vertaald te worden naar een breed plan van aanpak voor landelijke implementatie. Het effect van de interventies en de strategie zal zichtbaar gemaakt moeten worden opdat deze implementatie (kosten)effectief gebeurt.

Binnen het projectvoorstel "Implementatie van de landelijke richtlijn niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC)" worden knelpunten benoemd die de acceptatie van de richtlijn NSCLC in de weg kunnen staan. Deze knelpunten zijn allen geformuleerd op het niveau van de professional. Andere knelpunten bijvoorbeeld op het gebied van het product (biedt de richtlijn een oplossing voor het ervaren probleem / levert het handelen volgens de richtlijn winst op voor de professional) worden minder belicht.

2 Implementatie van richtlijnen voor zuurstofbehandeling thuis

Van oktober 2003 tot september 2005 heeft het project 'Implementatie van richtlijnen voor zuurstofbehandeling thuis' plaats gehad. Het project is uitgevoerd in opdracht van ZonMW door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO in samenwerking met TNO Kwaliteit van Leven.

Het doel van dit project was door middel van gerichte implementatie van de richtlijn 'Zuurstofbehandeling thuis' en de module 'Zuurstofapparatuur' van het hulpmiddelenkompas in twee proefregio's, het doelmatig gebruik van zuurstof in de thuissituatie te bevorderen. Aan het eind van dit project dienden longartsen ten minste op de hoogte te zijn van de richtlijn en conform te handelen.

Proefregio's en knelpunten

De richtlijn voor zuurstofbehandeling thuis is geïmplementeerd in 2 proefregio's: Utrecht en Bergen op Zoom / Roosendaal. Er is gekozen om de implementatie te richten op COPD-patiënten met de volgende indicaties: korte termijn zuurstofbehandeling thuis, onderhoudsbehandeling met zuurstof thuis, zuurstofbehandeling voor nachtelijke hypoxemie en zuurstofbehandeling voor hypoxemie tijdens inspanning.

Knelpunten in de regio's ten aanzien van de zuurstofbehandeling thuis zijn in kaart gebracht door middel van semi-gestructureerde interviews met longartsen (10), longverpleegkundigen (5), zorgverzekeraars (3), leveranciers van zuurstofapparatuur (4) en patiënten (3).

Hoewel alle longartsen aangaven dat zij de richtlijn 'Zuurstofbehandeling thuis' kennen, suggereert de aard van de knelpunten die zij ervaren (rokende patiënten, keuze zuurstofbron, arteriële bloedgasbepaling, onderscheid tussen korte termijn zuurstofbehandeling en onderhoudsbehandeling met zuurstof thuis) dat zij mogelijk niet altijd volgens de richtlijn werken. Daarom is gekozen voor een implementatiestrategie met het accent op educatie en feedback, met als doel dat de longartsen beter op de hoogte zijn van de richtlijn en dat de longartsen zich bewust zijn van het eigen handelen.

Andere knelpunten die worden ervaren zijn: informatievoorziening aan patiënten, ontbreken van een landelijk standaard aanvraagformulier. Uit de interviews met patiënten kwamen nauwelijks knelpunten naar voren.

Implementatiestrategie Educatie en feedback

De resultaten van de knelpuntenanalyse en de karakteristieken van de regio's zijn gebruikt om de implementatiestrategie te bepalen. Omdat de richtlijn en het hulpmiddelenkompas zich met name richten op het handelen van de longarts, zijn de activiteiten ten behoeve van de implementatie voornamelijk gericht op longartsen.

Er is gekozen voor een mix aan interventies bestaande uit o.a. de volgende activiteiten:

- educatie (inhoudelijk onderdeel over de richtlijn tijdens de startbijeenkomst)
- feedback op het handelen (op basis van indicatoren) om de longartsen bewust te maken van het eigen handelen en de (eventuele) noodzaak deze aan te passen
- ontwikkeling en beschikbaar stellen van een uniform aanvraagformulier
- ontwikkeling en beschikbaar stellen van voorlichtingsmateriaal voor patiënten

Beleving versus daadwerkelijk gedrag

De richtlijn 'Zuurstofbehandeling thuis' is algemeen bekend onder de longartsen; dit blijkt uit de resultaten van het post-hoc effectiviteitsonderzoek en de knelpuntenanalyse. Om het handelen van de longartsen omtrent zuurstofbehandeling thuis inzichtelijk te maken is een nieuw registratieformulier ontwikkeld, waarin indicatoren van het zorgproces opgenomen zijn. Zowel tijdens de nulmeting als tijdens de continue meting krijgt slechts een zeer klein deel van de patiënten zuurstof voorgeschreven conform de richtlijn en per saldo laten de metingen geen verbeteringen zien in het handelen volgens de richtlijn. Uit het post-hoc effectiviteitsonderzoek blijkt dat longartsen *in hun beleving* meestal volgens de richtlijn werken en dit tijdens het implementatieproject ook vaker zijn gaan doen.

Patiëntenparticipatie

De patiënt is door middel van een enquête betrokken bij het implementatieproces (voor de nulmeting hebben 18 de enquête ingevuld en voor de continue meting hebben 18 patiënten de enquête ingevuld). Deze enquête is ontwikkeld om inzichtelijk te maken of patiënten voldoende en juist geïnformeerd zijn over hun behandeling. Patiënten geven aan doorgaans voldoende geïnformeerd te

zijn. Zij blijken echter niet altijd op de hoogte van dosering, gebruiksduur en het feit dat hij/zij zelf de brandweer moeten informeren over de aanwezigheid van zuurstofapparatuur in huis. Deze resultaten waren aanleiding om in samenwerking met het Astma Fonds nieuw voorlichtingsmateriaal te ontwikkelen.

Evaluatie implementatiestrategie

Tenslotte is de bruikbaarheid van de uitgevoerde interventies in beide regio's geëvalueerd met behulp van het post-hoc effectiviteitsonderzoek en de bevindingen uit de 0-meting en continue meting. De volgende interventies bleken bij de implementatie behulpzaam: beschikbaarheid van de richtlijn, bespreking van de richtlijn met collega's, uniform aanvraagformulier, lezen van artikelen, collectieve aandacht voor de richtlijn en educatie.

Het gebruikte registratieformulier in het implementatieproject heeft tevens als basis gediend voor het nieuw ontwikkelde standaard aanvraagformulier. Dit nieuwe aanvraagformulier kan dienen als landelijk standaard aanvraagformulier in Nederland.

Conclusie

De richtlijn 'Zuurstofbehandeling thuis' is bij de longartsen in de proefregio's algemeen bekend. De resultaten van de continue meting laten echter zien dat de longartsen niet geheel conform de richtlijn handelen. Het post-hoc effectiviteitsonderzoek laat daarentegen zien dat de longartsen *in hun beleving* overeenkomstig de richtlijn handelen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat longartsen zich niet bewust zijn dat zij het eigen handelen aan dienen te passen om volgens de richtlijn te werken.

3 Kwaliteitskader Diagnostiek en Behandeling van Cystic Fibrosis

Begin 2005 is op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) en Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) een project gestart om de zorg voor Cystic Fibrose (CF)-patiënten in Nederland te verbeteren. Bij dit project zijn alle disciplines die CF-zorg verlenen en ook de patiëntenorganisatie (NCFS) betrokken. Het project wordt begeleidt door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en bestaat uit een aantal onderdelen, waarbij verschillende kwaliteitsinstrumenten worden afgestemd:

De richtlijn Cystic Fibrosis

De opdracht bestaat uit het ontwikkelen van een geactualiseerde en 'evidence based' richtlijn over diagnostiek, behandeling en organisatie van zorg van Cystic Fibrosis, die de 'consensus based' richtlijn uit 1998 vervangt. Inmiddels is een richtlijn CF in ontwikkeling. De richtlijn CF is een essentieel onderdeel van een professioneel kwaliteitssysteem.

Set van indicatoren

Inmiddels zijn een aantal indicatoren opgesteld, die door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) bij de inkoop van zorg gebruikt worden. De indicatoren kunnen ook gebruikt worden voor het monitoren van het zorgproces binnen de eigen instelling, als ten behoeve van benchmarking (vergelijken met andere praktijken). Het betreft hier de kern van de kwaliteitszorg: het daadwerkelijk meten van de kwaliteit van zorg en op grond van die meting het eventueel invoeren van verbeteringen met als doel de kwaliteit van zorg gericht te verbeteren. Deze indicatoren kunnen ook bij DBC-onderhandelingen worden ingezet.

Budget impact analyse

Het patiëntenaanbod van CF groeit en bezuinigingen in de gezondheidszorg treffen de vergoedingen voor de dure, maar vaak meer effectieve nieuwe therapieën voor patiënten met CF. Zo is er de laatste jaren een aantal dure, maar effectieve nieuwe therapieën ontwikkeld (o.a. verneveling van

Handleiding Implementeren van richtlijnen

antibiotica), welke tot een forse stijging van de kosten zullen leiden. Deze ontwikkelingen vereisen dat diagnostische- en therapeutische procedures doelmatiger ingezet dienen te worden. De implementatie van de CF richtlijn zal een meer efficiënte toepassing bewerkstelligen van diagnostische- en therapeutische procedures met een directe macro-economische impact tot gevolg. Tijdens de richtlijnontwikkeling zal naar aanleiding van een aantal gedane aanbevelingen een analyse uitgevoerd worden naar de consequenties op het gebied van de kosten (en opbrengsten), ook wel een budget impact analyse genoemd.

Visitatie en Medical audit

Binnen het project zal een koppeling worden gelegd naar visitatie/audit, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van toetsingscriteria voor visitatie, medical audit e.d.

Bronnen

- AGREE-instrument. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org
- Burgers J., Grol R., Zaat J. Richtlijnen en protocollen als hulpmiddel bij de verbetering van de zorg. In: Grol, R, Wensing, M. Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2001.
- Casparie AF, Theuvenet PJ et al. Richtlijnontwikkeling als onderdeel van het kwaliteitssysteem. In: Everdingen JJE van e.a. (red) Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.
- Edwards A, Unigwe S, Elwyn G, Hood K. Personalised risk communication for informed decision making about entering screening programs. Cochrane Database Syst Rev 2003;(1):CD001865.
- Hulscher M, Wensing M et al. Effectieve implementatie: theorieën en strategieën. Den Haag: ZonMw/WOK, 2000.
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L et al. (2004) Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technology Assessment 2004; 8(6): 1-72.
- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. The Lancet. 2003; 362:1225-30.
- Grol, R, Wensing, M. (red). Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2001.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Evidence-based Richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden. Utrecht: CBO, 2005. Beschikbaar op: http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding_ebro/default_view
- Molenaar S, Oort F, Sprangers M, Rutgers E, Luiten E, Mulder J, de Haes H. Predictors of patients' choices for breast-conserving therapy or mastectomy: a prospective study. Br J Cancer 2004; 90(11):2123-30.
- Nelen WLDM, De Beer JJA, Burgers JS, Hulscher ME. Leren van Nederlandse landelijke richtlijnprogramma's anno 2004. WOK, NVK 2004
- Raats C.J.I. Het bevorderen van doelmatig gebruik van zuurstof in de thuissituatie. Eindrapportage ZonMw, 2005
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van weten naar doen. Zoetermeer, 2005
- Rogers EM. Diffusion of innovations. Free Press. New York, 1995.
- Schellekens WMLCM, Van de Klundert JLM In: Van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, Van Barneveld TA en Van de Klundert JLM (red.) Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.
- Splunteren van P.T. et al. Doorbreken met resultaten Verbetering van de patiëntenzorg met de Doorbraakmethode. Assen: Koninklijke van Gorcum, 2003.
- Splunteren van PT et al. Implementatie van richtlijnen: Kan het sneller? In: Van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, Van Barneveld TA en Van de Klundert JLM (red.) Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.
- Ten Have P. Handleiding 'Indicatoren voor verbeterprojecten'. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht, 2004.
- Van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, Van Barneveld TA, Van de Klundert JLM (redactie). Evidence-Based Richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004.

Met opmaak: opsommingstekens en nummering