

Kennis van Implementatie Programma

Michel Wensing (IQ healthcare)
Mariëlle Ouwens (IQ healthcare)
Linda Boerboom (IQ healthcare)
Roland Bal (iBMG)
Antoinette de Bont (iBMG)
Marleen de Mul (iBMG)
Roland Friele (NIVEL)
Phil Heiligers (NIVEL)
Anneke van der Niet (NIVEL)

Nijmegen, augustus 2010

Leden uitvoerend consortium

IQ healthcare

Dhr. Dr. Michel Wensing, senior onderzoeker IQ healthcare

Mw. Dr. Mariëlle Ouwens, sectiehoofd IQ development, IQ healthcare

Mw. Drs. Linda Boerboom, onderzoeker IQ healthcare

Dhr. Prof. dr. Richard Grol, adviseur

Dhr. Prof. dr. Theo van Achterberg, adviseur

Mw. Prof. dr. Trudy van der Weijden, adviseur

iBMG

Dhr. Prof. dr. Roland Bal, hoogleraar Bestuur en Beleid van de Gezondheidszorg

Mw. Dr. Antoinette de Bont, senior onderzoeker iBMG

Mw. Dr. Marleen de Mul, senior onderzoeker iBMG

NIVEL

Dhr. Prof. dr. Roland Friele, hoogleraar Sociaal-wetenschappelijke aspecten van wet- en regelgeving in de zorg

Mw. dr. Phil Heiligers, senior onderzoeker NIVEL

Mw. dr. Anneke van der Niet, onderzoeker NIVEL

Inhoud

Samenvatting	4
1. Inleiding	5
Doel.....	5
Vraagstellingen	5
Leeswijzer	6
2. Bevindingen van de actielijnen	7
Contextfactoren voor succesvolle implementatie	7
Internationaal implementatieonderzoek	7
Implementatie-infrastructuur in Nederland	9
3. Andere relevante rapporten	11
Bijdrage aan de beleids- en onderzoeksagenda	11
Programma Kwaliteit van Zorg	11
Kennis van Implementatie Programma	12
4. Beschouwing en aanbevelingen voor ZonMw	13
‘Implementatie’ als term.....	13
Kennis om te implementeren	14
Kennis over implementatie	15
Uiteenlopende benaderingen van implementatie	16
Implementatiestrategieën	17
Context	18
Implementatie en implementatieonderzoek als vakgebieden	20
Projectmatige aanpak van implementatie	21
5. Speerpunten voor toekomstig implementatieonderzoek	23
BIJLAGEN	27
Actielijn 1 Contextfactoren voor succesvolle implementatie	
Actielijn 2 Internationaal implementatieonderzoek	
Actielijn 3 Implementatie-infrastructuur in Nederland	

Samenvatting

Het snel en breed gaan toepassen van (nieuwe) kennis in de zorgpraktijk draagt bij aan een goede en doelmatige gezondheidszorg. Implementatie van kennis is echter geen vanzelfsprekendheid, zelfs niet als de kennis duidelijk meerwaarde heeft boven de huidige praktijk. Implementatie is vaak een complex proces, dat anno 2010 nog maar gedeeltelijk verklaard en beïnvloed kan worden. In de afgelopen jaren zijn in Nederland de praktische implementatie(-ondersteuning) en het implementatieonderzoek tot ontwikkeling gekomen, onder meer ten gevolge van stimulering door ZonMw. Dit rapport biedt een bezinning op de wijze waarop implementatie en implementatieonderzoek in Nederland worden aangepakt en georganiseerd. Implementatie(-onderzoek) kan een belangrijke bijdrage leveren aan de opgaven waarvoor de Nederlandse gezondheidszorg wordt gesteld.

Hoewel veel goede activiteiten zijn ontplooid, ook in vergelijking met veel andere landen, lijkt het nu gewenst om het beleid om een aantal punten bij te stellen. Nieuwe vraagstellingen voor implementatieonderzoek betreffen onder meer de wijze waarop kennis in de praktijk wordt aangepast aan de lokale context, de inzet van informatietechnologie ten behoeve van implementatie, en de wijze waarop de 'sociale werelden' van gebruikers van kennis kunnen worden benut. Verder is meer implementatieonderzoek nodig in andere zorgsectoren als de curatieve sector. Wat betreft de organisatie en financiële prikkels van implementatie en implementatieonderzoek zijn aanbevelingen om (nog meer) te werken met langdurige consortia rond inhoudelijke thema's en om professionalisering van implementatieonderzoek te bevorderen. Voor het versnellen van de vooruitgang op het terrein van de implementatie van kennis zou bovenal meer ruimte moeten komen voor analyse en reflectie.

1. Inleiding

Implementatie van innovaties gaat niet vanzelf, zelfs niet als deze wetenschappelijk bewezen effectief zijn. ZonMw ondervindt de kloof tussen kennisontwikkeling en -toepassing dagelijks en weet dat implementatie expliciet en actief moet worden aangepakt. Implementatie is echter een nieuw vakgebied met elementen in zich van verandkunde, onderwijskunde, (organisatie) psychologie, sociologie, marketing en management.¹ De kennis over het implementeren zelf is nog beperkt, met name over welke interventies op welk moment het meest effectief zijn en welke infrastructuren binnen en buiten organisaties implementatiebevorderend werken. Het actief werken aan een brede implementatie van kennis in de Nederlandse gezondheidszorg is een belangrijke opdracht van ZonMw. In 2001 werd het ZonMw programma Effectieve Implementatie (EI) afgerond waarin onder meer overzichten werden gemaakt van implementatie interventies en beïnvloedende factoren bij implementatie.² Sindsdien zijn veel nieuwe ervaringen en onderzoeksresultaten beschikbaar gekomen. Om te onderzoeken of er een nieuw onderzoeksprogramma wenselijk en noodzakelijk is heeft ZonMw het plan opgevat om een voorstudie uit te laten voeren door een drietal kennisinstituten. Deze voorstudie heeft de naam gekregen “Kennis van Implementatie Programma” en wordt uitgevoerd door een consortium van het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG).

Doel

Het doel van het Kennis van Implementatie Programma (KIP) is om op basis van wetenschappelijke kennis, praktische ervaringen en ‘best practices’ op het gebied van implementatie, te komen tot nieuwe onderzoeks- en ontwikkelvragen op het gebied van implementatie van innovaties in de zorg.

Vraagstellingen

De centrale vragen in het programma Kennis van Implementatie zijn:

- Welke strategieën zijn er voor het implementeren van innovaties?
- Werken deze strategieën voor het implementeren van innovaties?
- Welke wijze van ondersteuning is zinvol bij het implementeren van innovaties?

Deze vragen worden beantwoord vanuit een 3-tal invalshoeken:

1. Wat is hierover bekend vanuit reeds uitgevoerde projecten die zijn gefinancierd door ZonMw? (actielijn 1 onder leiding van het NIVEL)
2. Wat is hierover bekend vanuit het wetenschappelijk onderzoek en bij onderzoeksfinanciers in andere landen? (actielijn 2 onder leiding van IQ healthcare)
3. Wat is hierover bekend vanuit instituten en gremia in Nederland? (actielijn 3 onder leiding van het iBMG)

Leeswijzer

Op basis van de kennis die is opgedaan in de verschillende actielijnen is door betrokken onderzoekers de voorliggende synthese opgesteld. Elke actielijn heeft tevens een eigen rapport opgesteld met bevindingen, conclusies en aanbevelingen. Deze rapporten zijn integraal opgenomen in de bijlagen van deze synthese.

De synthese is als volgt opgebouwd. Na deze inleiding wordt in hoofdstuk 2 een korte samenvatting gegeven van de bevindingen per actielijn. In hoofdstuk 3 wordt een relatie gelegd met twee andere recent uitgebrachte rapporten op dit gebied. In hoofdstuk 4 volgt de beschouwing met een aantal aanbevelingen voor ZonMw die van belang zijn bij het verder nadenken over nieuwe onderzoeks- en ontwikkelvragen op het gebied van implementatie van innovaties in de zorg. Tot slot worden in hoofdstuk 5 een aantal speerpunten en mogelijke onderzoeksvragen genoemd voor toekomstig implementatie onderzoek.

2. Bevindingen van de actielijnen

Vanuit drie invalshoeken is er gekeken naar het implementeren van innovaties in de zorg. In de paragrafen hieronder volgt een korte samenvatting per invalshoek gebaseerd op het onderzoek uitgevoerd in de drie actielijnen.

Contextfactoren voor succesvolle implementatie

Op basis van ervaringskennis van 79 afgesloten ZonMw projecten (verspreid over de 5 ZonMw teams) is er binnen actielijn 1 gekeken welke factoren samenhangen met een succesvolle implementatie (**zie bijlage 1** voor het integrale rapport van actielijn 1). De onderzoekers hebben gezocht naar combinaties van implementatiedoelen en settings waarin implementaties plaatsvinden (situaties). Zij onderscheiden 7 clusters op basis van de doelgroep waarop de implementatie is gericht, het type activiteit bij implementatie of de omvang of spreiding van de implementatie. De volgende clusters zijn gedefinieerd:

- fundamenteel onderzoek
- effect- en valideringsstudies
- implementatie van richtlijnen
- landelijke programma's gericht op zorgverleners
- landelijke programma's gericht op gebruikers
- implementatie van educatie en begeleiding van zorggebruikers.

Een relatie van contextfactoren met de mate van succes van implementatie is alleen gevonden bij "investeren in meerdere communicatiekanalen in het begin" en "inbouwen in bestaande structuren aan het einde van het implementatietraject".

De onderzoekers trekken de volgende clusteroverstijgende conclusies:

- Sociale contacten en samenwerking tijdens het implementatietraject lijken belangrijke aangrijpingspunten voor het delen van verantwoordelijkheden en de borging van de geïmplementeerde resultaten of instrumenten.
- Implementatiestrategieën worden in alle fasen van implementatie ingezet en meervoudige implementatiestrategieën lijken effectiever dan enkelvoudige. Communicatie, informatieverstrekking en het inbouwen in bestaande procedures of organisaties komen daarbij het meest nadrukkelijk naar voren.
- Voldoende tijd, capaciteit en rust in de organisatie zijn belangrijke factoren in de context van implementaties. Ook steun van het management of bestuur lijkt cruciaal.
- Contextfactoren en succes zijn voor een belangrijk deel duidelijk gerelateerd aan een specifiek cluster.
- Fundamenteel onderzoek en ook effectstudies en valideringsonderzoek zijn geen implementaties, maar voorbereidende onderzoeksactiviteiten. De relatie tussen onderzoek en praktijkimplementaties vraagt om extra inzet en verder onderzoek.

Internationaal implementatieonderzoek

In de internationale literatuur is systematisch gezocht naar literatuuroverzichten van studies naar effecten van implementatiestrategieën in alle sectoren van zorg en preventie. Daarnaast zijn "implementatie-activiteiten" in kaart gebracht van onderzoeksfinanciers door het analyseren van de websites van ZonMw en onderzoeksfinanciers in enkele grote of ons

omliggende landen (**zie bijlage 2** voor het integrale rapport van actielijn 2). De onderzoekers trekken de volgende conclusies ten aanzien van de soorten implementatiestrategieën en de gerapporteerde effecten:

- In het afgelopen decennium is het onderzoek naar implementatie van beschikbare en nieuwe kennis over verbeteringen in de patiëntenzorg internationaal tot ontwikkeling gekomen.
- In de periode 2006 tot en met 2009 zijn er 141 reviews gevonden die de effectiviteit hebben onderzocht van verschillende implementatiestrategieën voor het verbeteren van de patiëntenzorg.
- Het overgrote deel van de gevonden literatuuroverzichten (n=110) heeft betrekking op de curatieve zorg, zowel eerstelijnszorg als ziekenhuiszorg.
- Veel minder reviews zijn geïnccludeerd die gingen over implementatie binnen de overige gebieden namelijk: zorg en samenleving (n=13), preventieve zorg (n=4), langdurige zorg (n=3) en fundamenteel onderzoek (n=0).
- Ongeveer de helft van de reviews (n=55) gaat over organisatorische implementatiestrategieën. De overige typen implementatiestrategieën zijn ongeveer in gelijke mate vertegenwoordigd in de gevonden literatuuroverzichten: feedback, reminders en beslissingsondersteuning (n=19); patiëntgerichte strategieën (n=18); educatieve strategieën (n=15); marktgerichte strategieën (n=12); en combinaties van implementatiestrategieën (n=12).
- Implementatiestrategieën kunnen gunstige effecten hebben op professioneel handelen. Effecten op patiëntuitkomsten zijn minder evident.
- Organisatorische strategieën kunnen positieve effecten hebben op patiëntuitkomsten, maar effecten op professioneel handelen zijn hierbij zelden onderzocht.
- Marktgerichte strategieën kunnen invloed hebben op het aantal verrichtingen of zorggebruik conform de voorspellingen door de klassieke economische theorie.
- De effecten van de onderzochte patiëntgerichte strategieën (patiënteducatie en therapietrouw bevorderende interventies) op implementatie van kennis in de zorgverlening zijn niet helder.

De websites zijn bekeken van de volgende landen en onderzoeksfinanciers: Australië (NHMRC), België (KCE), Canada (CIHR), Duitsland (BMBF), Engeland (NIHR), de Verenigde Staten (AHRQ) en Nederland (ZonMw). Dit leidde tot de volgende conclusies:

- Onderzoeksfinanciers hebben voor een deel dezelfde activiteiten op het gebied van implementatie van kennis.
- Vrijwel alle onderzoeksfinanciers ondersteunen samenwerking van onderzoekers en gebruikers, gericht op implementatie van kennis, rond een bepaald onderwerp (bijvoorbeeld dementie, eerstelijnszorg).
- Een aantal organisaties geeft op de website een link naar een groot aantal klinische richtlijnen.
- Onderzoeksfinanciers leggen daarnaast ook eigen accenten zoals kennissynthese, verstrekken van informatie en online cursussen gericht op implementatie, project- en persoonsgebonden financiering van implementatieonderzoek.
- Originele activiteiten zijn: het verplicht stellen van open access publicaties, Café Scientifique (wetenschapsvoorlichting aan het publiek) en Synopse (jongeren betrekken bij wetenschap).

Implementatie-infrastructuur in Nederland

Om de implementatie-infrastructuur in Nederland te beschrijven hebben de onderzoekers 24 interviews gehouden met 28 respondenten uit verschillende typen organisaties, twee expertmeetings georganiseerd met zorgverleners en vertegenwoordigers van zorgorganisaties en beroepsorganisaties en hebben zij een documentanalyse uitgevoerd (**zie bijlage 3** voor het integrale rapport van actielijn 3). Uit de analyses die zijn uitgevoerd trekken de onderzoekers de onderstaande conclusies:

- Elke deelsector blijkt zijn eigen infrastructuur te hebben met een grote hoeveelheid organisaties die kennis ontwikkelt, organisaties die kennis verspreiden en implementeren (een makel-schakelfunctie vervullen) en organisaties die nieuwe kennis gebruiken.
- Het grote aantal organisaties dat zich bezighoudt met implementatie wordt gezien als een maat van succes: er is aandacht voor implementatie als aparte en noodzakelijke stap in kennisontwikkeling.
- De rollen, de aanpak en de instrumenten van verschillende organisaties (beroepsorganisaties, kennisinstututen, onderzoeksinstituten) bewegen zich naar elkaar toe.
- De veronderstelling dat kennisontwikkeling begint bij de wetenschap blijft dominant: er wordt nog steeds weinig ruimte ervaren voor praktijkkennis en voor innovatieve co-productie van wetenschap en praktijk.
- Er is een breed gedeelde en gevoelde noodzaak om stil te staan bij hoe de infrastructuur voor implementatie er nu uitziet en vooral op welke onderdelen de infrastructuur dient te worden verbreed. De huidige infrastructuur lijkt zowel mogelijkheden te bieden voor kwaliteitsverbetering, als juist belemmerend te werken.

De resultaten van deze inventarisatie roepen nieuwe vragen op tot bezinning. Het gaat hierbij om de volgende vragen.

- Is de complexiteit van de implementatie-infrastructuur en het gebrek aan overzicht een probleem?
- Is regie binnen het implementatieveld wenselijk?
- Wordt er dubbel werk gedaan of is kennis situationeel?
- Is de “implementatie wereld” te veel een wereld apart of is dit een uiting van professionalisering van het vak?
- Moet een innovatie worden geïmplementeerd of getransleerd?
- Welk type (evaluatie)onderzoek is nodig om ook onbedoelde en onverwachte effecten van een implementatie mee te nemen?

De belangrijkste vraag die de onderzoekers zichzelf en anderen stellen is of we moeten doorgaan met het verder opbouwen van de huidige implementatie-infrastructuur of dat het tijd is voor herbezinning.

3. Andere relevante rapporten

Kwaliteit van zorg is een thema dat volop in de belangstelling staat en nog urgenter wordt door een aantal ontwikkelingen waar de zorgsector al mee te maken heeft of nog mee te maken krijgt zoals onder andere toename van het aantal mensen met een chronische aandoening, vergrijzing van de bevolking, stijgende zorgkosten, schaarste op de arbeidsmarkt, nieuwe ontwikkelingen op het gebied van ICT en verschuiving van traditionele rollen van zorgverleners en patiënten. Er zijn recent twee rapporten uitgebracht die gaan over de toekomst van kwaliteit van zorg zowel op het gebied van onderzoek als op het gebied van ontwikkeling van nieuwe programma's. Deze rapporten worden hieronder kort besproken en tot slot wordt er een relatie gelegd met de bevindingen uit deze synthese.

Bijdrage aan de beleids- en onderzoeksagenda

De drie onderzoeksinstituten IQ healthcare, iBMG en NIVEL hebben eind 2009 een rapport uitgebracht waarin suggesties worden gedaan en aanbevelingen voor een nieuwe beleids- en onderzoeksagenda voor Kwaliteit in de gezondheidszorg.³ De kernboodschap in dit rapport is dat er de afgelopen jaren al veel gedaan is, maar dat het realiseren van goed gekozen kwaliteitsverbeteringen complex is. Het nieuwe zorgstelsel leidt niet automatisch tot kwaliteitsverbetering en nieuwe ontwikkelingen worden door tal van belemmeringen niet snel doorvertaald. Daarom is onderzoek naar factoren die op kwaliteit van zorg van invloed zijn en naar interventies en strategieën om de zorg te verbeteren, noodzakelijk om daadwerkelijk doorbraken te bereiken.

De huidige wijze van financiering van onderzoek via veelal kleinere kortdurende projecten leidt tot fragmentatie van kennis over deelonderwerpen, verschillende sectoren binnen de zorg en verschillende wetenschappelijke onderzoeksgroepen. Er wordt gesteld dat er een samenhangende kennisinfrastructuur ten aanzien van kwaliteit van zorg moet zijn met een visionaire onderzoeksagenda. Een consortium van de drie grote Nederlandse onderzoeksinstituten IQ healthcare, iBMG en NIVEL kan borg staan voor continuïteit en afstemming in de uitvoering van een dergelijk onderzoeksprogramma. In het rapport wordt een aanzet gedaan voor een onderzoeksprogramma en mogelijke thema's.

Programma Kwaliteit van Zorg

De afgelopen jaren zijn er allerlei programma's geweest op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de zorg. Voorbeelden hiervan zijn Kennisbeleid Curatieve Zorg (2006-2011), Patiëntveiligheid (2005-2010), Zorg voor Beter (2006-2009). Door twee onafhankelijke scribenten is begin 2010 op verzoek van ZonMw een schets gemaakt voor een nieuw samenhangend programma "Onderzoek, Ontwikkeling en Evaluatie van Kwaliteit van Zorg".⁴ In dit rapport wordt gesteld dat het nieuwe programma Kwaliteit van Zorg kenmerken moet hebben van zowel een onderzoeksprogramma als een stimuleringsprogramma, een implementatieprogramma en een evaluatieprogramma.

De verschillende sectoren preventie, care en cure dienen daarbij met elkaar verbonden te worden en verschillende perspectieven dienen te worden meegenomen (maatschappelijk, organisatie, professioneel, patiënt of cliënt). Er moet daarbij interactie zijn tussen onderzoekers, beleidsmakers en professionals uit de praktijk en kennis vanuit verschillende velden en sectoren moet worden samengebracht. In het rapport wordt een voorstel gedaan voor een viertal hoofdthema's en zijn doelstellingen geformuleerd voor het programma.

Kennis van Implementatie Programma

In dit Kennis van Implementatie Programma stond het implementeren van innovaties in de zorg centraal. Er is gekeken welke strategieën succesvol zijn (op basis van reeds uitgevoerde ZonMw projecten en op basis van internationale literatuur), welke factoren bepalend zijn voor succes, en welke infrastructuren hierbij ondersteunend zijn. De analyses die wij hebben uitgevoerd leiden deels tot dezelfde conclusies en aanbevelingen als in de hierboven genoemde rapporten. Overlappende boodschappen zijn:

- Implementatiestrategieën zijn niet sector gebonden (preventie, care, cure). Toch wordt er (te) weinig geleerd van ervaringen uit andere sectoren.
- Implementatiestrategieën kunnen op verschillende niveaus aangrijpen (maatschappij, organisatie, professionals, patiënten).
- Inhoudelijke thema's en velden van (implementatie)onderzoek moeten zijn gebaseerd op, en voortvloeien uit beleidskeuzes.
- (Implementatie)onderzoek, evaluatie en ontwikkeling zou een internationaliseringsslag moeten maken. Dit gebeurt al voor een aantal concrete thema's zoals indicatoren (TOPAS) en richtlijnen (GIN).
- (Implementatie)kennis is gefragmenteerd en versnipperd. Wenselijk is om bredere consortia, langduriger te financieren rondom samenhangende onderzoeksthema's.

4. Beschouwing en aanbevelingen voor ZonMw

De Nederlandse gezondheidszorg staat voor grote opgaven, zoals het betaalbaar houden van het zorgstelsel en het aantrekken van voldoende personeel. Deze opgaven worden op verschillende manieren aangepakt, waarbij vaak wordt beoogd om een betere implementatie van kennis te bewerkstelligen. Zo richten vernieuwingen in de opleiding en herregistratie van zorgverleners zich onder meer op het versterken van een kritische, lerende houding bij zorgverleners. Het versterken van multidisciplinaire teams voor patiëntenzorg is een manier om kennis vanuit verschillende disciplines te bundelen in de zorg voor een patiënt. Financiële prikkels kunnen worden gekoppeld aan prestaties, zoals scores op kwaliteitsindicatoren. Het Britse 'Quality and Outcomes Framework' voor huisartspraktijken heeft op deze manier bijgedragen aan snellere implementatie van kennis.⁵ Deze opsomming van maatregelen is zeker niet uitputtend.

Aangezien kennis voortdurend in ontwikkeling is, moet aan de implementatie hiervan in de zorgpraktijk voortdurend worden gewerkt. Het toetsen en verbeteren van de mate waarin kennis daadwerkelijk wordt ingebed in de zorgpraktijk is dus blijvend nodig. In het afgelopen decennium is het veld van implementatie en implementatieonderzoek tot ontwikkeling gekomen.⁶ Er zijn veel organisaties betrokken geraakt bij implementatie en/of implementatieonderzoek in de gezondheidszorg; veel implementatieprojecten uitgevoerd en internationaal is inmiddels veel implementatieonderzoek verricht. Ook is er al eerder nagedacht over hoe het vakgebied zich verder zou moeten ontwikkelen.^{7:8} In deze paragraaf worden enkele overkoepelende reflecties gegeven door betrokken onderzoekers in het KIP, mede op basis van de bevindingen uit de verschillende actielijnen. Elke thema wordt gevolgd door tenminste één aanbeveling.

'Implementatie' als term

In het implementatieonderzoek wordt 'implementatie' meestal ruim opgevat als 'verbetering van zorg', waarbij het startpunt wordt gevormd door een onderbouwde aanbeveling voor de praktijk (zoals een klinische richtlijn of 'best practice' van elders). In deze opvatting kan in meer of mindere mate sprake zijn van sturing van het implementatietraject 'van buitenaf'. Echter, de term 'implementatie' wordt door sommigen geassocieerd met het van buitenaf opleggen van wetenschappelijke kennis aan een zorgpraktijk. Deze specifieke interpretatie van implementatie kan weerstand oproepen, zodat het gebruik ervan beter kan worden vermeden in situaties waarin dit aan de orde is.

Er bestaan vele termen die ongeveer hetzelfde aanduiden als 'implementatie'. Verwante Engelstalige synoniemen zijn onder meer 'knowledge transfer' en 'knowledge translation' (veel gebruikt in Canada). De term 'translationeel onderzoek' wordt in de biomedische wereld vaak gebruikt voor onderzoek dat basale biomedische ontdekkingen (bijvoorbeeld in cellen of proefdieren) voor het eerst toepast in mensen. Het kan daarom verwarrend zijn voor biomedisch georiënteerde mensen om van translationeel onderzoek te spreken als implementatieonderzoek wordt bedoeld.

'Kwaliteitsverbetering' (Engels: quality improvement, quality management) is een andere term, die 'implementatie' omvat maar ruimer is. In de praktijk wordt kwaliteitsverbetering niet door iedereen geassocieerd met verbetering van medisch handelen, maar eerder met management. Sommige onderzoekers hebben het gevoel dat kwaliteitsmanagement vooral berust op een ideologie en niet getoetst is in goed evaluatieonderzoek, wat overigens wordt onderbouwd door

de resultaten van actielijn 2. De term 'kwaliteitsverbetering' ligt dus minder goed bij een deel van de artsen en wetenschappelijk onderzoekers.

In actielijn 1 kwam naar voren dat binnen ZonMw een grote diversiteit van 'implementatieprojecten' bestaat. De onderzoekers hadden hun twijfels of alle projecten werkelijk kunnen worden beschouwd als implementatieprojecten. In actielijn 3 is de term 'co-productie' geïntroduceerd, die minder machtsverschil (tussen ontwikkelaars en uitvoerders) zou veronderstellen dan de term 'implementatie'. Deze term laat ruimte voor andere zaken als wetenschappelijke kennis en is wellicht gemakkelijker te koppelen aan de verschillende contexten waarin vernieuwingen tot stand worden gebracht. 'Co-productie' is een abstracte term, die weinig wordt gebruikt in de gezondheidszorg. Het benadrukt het idee dat wetenschappelijke kennis in een aantal gevallen kan worden beschouwd als een halffabrikaat en dat kennis ook verandert tijdens toepassing door lokale invloeden.

Conclusie is dat de verschillende termen voor het aanduiden van 'verbetering van zorg', dus ook de term 'implementatie', het nadeel hebben dat zij ongewenste betekenissen hebben voor bepaalde groepen. Het is daarom niet vreemd dat wereldwijd verschillende termen naast elkaar worden gehanteerd. Een echte oplossing van de discussie over terminologie is er niet, maar het lijkt in elk geval raadzaam om steeds uit te leggen wat wordt bedoeld met 'implementatie' en zondig pragmatisch een andere term te gebruiken. Wij verwachten niet dat een onderzoek of consensusprocedure discussies over terminologie uit de wereld kan helpen, indien dit al wenselijk zou zijn.

Aanbeveling

Accepteer dat er verschillende termen worden gebruikt voor 'implementatie' en ga pragmatisch om met het gebruik van termen. Dit betekent onder meer dat ZonMw beter niet kan spreken van 'implementatie' in situaties waarin deze term weerstand oproept.

Kennis om te implementeren

Een veronderstelling bij implementatie is dat er kennis aanwezig is waarvan het de moeite waard is om deze elders ook te gaan toepassen. De gedachte is dat kennis op de ene plaats wordt ontwikkeld en op de andere plaats wordt toegepast. In een aantal gevallen is dat natuurlijk ook zo, bijvoorbeeld bij implementatie van een effectief gebleken therapie. Echter, veel beslissingen en werkwijzen in de zorgpraktijk zijn slechts beperkt of niet te onderbouwen door wetenschappelijke kennis. Zorgverlening is een complexe activiteit, waaraan de wetenschappelijke kennis, vervat in instrumenten als klinische richtlijnen en kwaliteitsindicatoren, maar beperkt richting kan geven. De relatie tussen kennis en de praktijk is niet altijd eenduidig te interpreteren, zodat het bijvoorbeeld lastig is om te bepalen wanneer implementatie succesvol is geweest.

In actielijn 3 wordt daarom voorgesteld om kennis te beschouwen als halffabrikaat. Het implementatieonderzoek zou zich ook moeten richten op de vraag hoe dergelijke halffabrikaten in de praktijk worden bewerkt en welke uitkomsten deze vervolgens hebben (blijven de verwachte positieve effecten overeind?). Voorbeelden zijn programma's voor geïntegreerde zorg bij chronische patiënten. Zelfs als een bepaald programma effectief is gebleken, zal het bij implementatie worden aangepast aan de lokale situatie. Er is bijvoorbeeld een iets anders samengesteld multidisciplinair team als in de oorspronkelijke versie van het programma. Als 'disease management' wordt beschouwd als kennis om te implementeren, dan zou implementatieonderzoek zich ook bezighouden met dergelijke aanpassingen.⁹

Overigens is deze aandacht voor verandering in de kennis vanaf het begin aanwezig geweest in het implementatieonderzoek. Zo was een mislukte implementatie van de richtlijn op het gebied van cardiovasculair risicomangement in de jaren '90 mede aanleiding voor herziening van de richtlijn op dit gebied.¹⁰ Anderzijds zijn er wel degelijk ook goed onderbouwde aanbevelingen, die aantoonbaar gunstig zijn voor overleving en kwaliteit van leven, naar toch niet worden toegepast. Een goed voorbeeld is het handen wassen door artsen en verpleegkundigen ter preventie van infecties (onderwerp van veiligheidsmanagement). Hoewel er goed onderbouwde aanbevelingen zijn en er veel aan de implementatie ervan is gedaan, wordt er door een aanzienlijk deel van de Nederlandse zorgverleners nog steeds onvoldoende vaak handen gewassen. Zolang dergelijke 'eenvoudige' zaken niet altijd goed gaan, terwijl het aantoonbaar beter zou zijn, is het implementatieprobleem misschien wel nog nijpender dan in meer complexe situaties. Tot nu toe is de "implementatiewereld" maar beperkt in staat gebleken om ogenschijnlijk eenvoudige implementatieproblemen op te lossen. Kennelijk zijn er factoren, zoals ook weergegeven in actielijn 1, in de zorgpraktijk die zorgen dat verbetering moeilijk is te realiseren.

Aanbeveling

Er zijn verschillende soorten kennis om te implementeren. Sommige kennis is eenduidig, wat niet betekent dat deze altijd ook wordt toegepast in de zorgpraktijk. Andere kennis kan worden beschouwd als een halffabrikaat, dat in de zorgpraktijk verder wordt vormgegeven. Implementatieonderzoek zou ook betrekking moeten hebben op hoe kennis wordt vormgegeven tijdens implementatie en wat dit betekent voor de effectiviteit. In het bijzonder is het zinvol om na te gaan of effectief gebleken interventies (zoals bijvoorbeeld geïntegreerde zorg) na aanpassing aan de lokale situatie nog steeds effectief zijn.

Kennis over implementatie

In de afgelopen jaren lijkt er sprake te zijn van een exponentiële groei van het aantal implementatieprojecten en –studies. Actielijnen 1 en 2 laten zien dat er inmiddels veel implementatiestudies en verbeterprojecten zijn uitgevoerd in Nederland en in het buitenland. Uit actielijn 3 blijkt dat veel organisatie in de Nederlandse gezondheidszorg zijn betrokken bij implementatieprojecten. Het verdient aanbeveling dat nieuwe studies en projecten waar mogelijk gebruik maken van de resultaten hiervan. Nog steeds zijn er veel projectvoorstellen voor implementatietrajecten waarin een systematische inventarisatie van eerder verricht implementatieonderzoek ontbreekt. Bijvoorbeeld een nieuw implementatieproject voor het implementeren van een bepaalde klinische richtlijn mag niet voorbijgaan aan de resultaten van eerdere implementatieprojecten op hetzelfde gebied. Actielijn 3 laat zien dat belangen (zoals het gehonoreerd willen krijgen van projectvoorstellen) eraan kunnen bijdragen dat dit toch niet gebeurt. Dit is niet bevorderlijk voor cumulatie van kennis over implementatie en het vergroot de kans dat er steeds dezelfde fouten gemaakt worden. Schaarse middelen worden op deze manier ondoelmatig gebruikt, tenzij herhaling van eerdere projecten bewust wordt gezocht. Zeker grote implementatieprojecten zouden verplicht eerst een deugdelijke (literatuur-) studie moeten maken van eerder uitgevoerde implementatieprojecten. Hierbij kan nog wel een discussie worden gevoerd over het soort kennis dat wordt meegenomen. Alles wat bekend is over de gekozen implementatiestrategie? Of over het verbeteren van de zorg waarover het gaat? Ook kennis uit het buitenland? Alleen uitkomsten van trials of ook observationele en kwalitatieve studies? Als de vraag is of een interventie

effectief is, is een 'randomized trial' het beste onderzoeksdesign.¹¹ Als de vraag is hoe goed kennis wordt toegepast in de zorgpraktijk, kan worden gedacht aan een kwantitatieve observationele studie. Als de vraag is welke beïnvloedende factoren een rol spelen bij een implementatietraject, kunnen zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden worden ingezet.¹² Er zit overigens geen historische chronologie in deze opsomming: ook 20 jaar geleden werd er kwalitatief implementatieonderzoek gedaan en ook de komende jaren zullen er 'cluster randomized trials' van implementatiestrategieën nodig blijven.

Aanbeveling

Nieuwe implementatieprojecten en -studies moeten zich rekenschap geven van de resultaten van eerdere soortgelijke activiteiten, bijvoorbeeld in de vorm van een literatuurstudie van gepubliceerd implementatieonderzoek. Wij pleiten voor een oriëntatie die primair is afgestemd op het implementatieprobleem (bijvoorbeeld diabeteszorg), waarbij verschillende studiedesigns een bijdrage kunnen leveren.

De resultaten van actielijn 2 laten zien dat veel implementatiestudies betrekking hebben op de curatieve zorg en dat er weinig reviews zijn over implementatiestudies op de gebieden preventie, langdurige zorg en fundamenteel onderzoek. Implementatie van kennis uit fundamenteel onderzoek behoeft apart aandacht, omdat de doelgroep bestaat uit andere (toegepaste) onderzoekers en ontwikkelaars van nieuwe technologieën. Deze wereld heeft een andere dynamiek dan de wereld van onderzoek naar de implementatie van richtlijnen, 'best practices' en nieuwe technologieën in de praktijk. Zo speelt het publiceren in high impact tijdschriften (Nature, Science) een grote rol, evenals het patenteren en commercieel benutten van ontdekkingen. Een overeenkomst tussen beide werelden is dat ook fundamentele kennis creatief wordt omgevormd ten behoeve van toepassingen in toegepast onderzoek of technologie.

Aanbeveling

Relatief veel implementatieonderzoek heeft betrekking op de curatieve zorg. Meer aandacht is gewenst voor implementatie in andere sectoren van zorg en in het fundamentele biomedische onderzoek. Het is aannemelijk dat kennis en ervaring uit de curatieve sector niet zonder meer kunnen worden generaliseerd naar deze andere sectoren.

Uiteenlopende benaderingen van implementatie

Naast het systematisch inventariseren en ordenen van opgedane ervaringen (zoals in actielijnen 1 en 2 is gedaan) bestaat een grote behoefte aan verklaringen van het verloop en de uitkomsten van implementatietrajecten bij onderzoekers en beleidsmakers. Als het gaat om implementatieonderzoek is dit nodig voor het verklaren van de grotendeels onbegrepen variatie van effecten van implementatieprogramma's. Een betere verklaring van deze variatie zou bijdragen aan het ontwerpen van meer effectieve implementatieprogramma's, door deze beter 'op maat' van de lokale situatie te maken.¹³ Als het gaat om de implementatie-infrastructuur, is behoefte aan duiding van de onderliggende mechanismen in deze infrastructuur, zodat meer inzicht ontstaat in de manieren waarop via deze mechanismen de infrastructuur bespeeld kan worden.

Aanbeveling

Implementatieonderzoek moet zich meer gaan richten op het vinden van verklaringen voor de bevinding dat een implementatiestrategie op de ene plek wel werkt en op de andere plek niet. Ook is onderzoek nodig naar de factoren in de implementatie-infrastructuur die bijdragen aan succesvolle implementatie van kennis.

De drie rapporten laten zien dat er verschillende conceptuele benaderingen kunnen worden gehanteerd in de analyse. In actielijn 1 ligt de benadering het dichtst bij de (motivationale) psychologie, in actielijn 2 bij de epidemiologie en kwantitatieve sociale wetenschap, en in actielijn 3 is deze afkomstig uit de (constructivistische) sociologie. In actielijn 1 en 2 wordt ervan uitgegaan dat wetenschappelijk onderzoek kennis oplevert, waarvan het de moeite waard kan zijn om deze in de praktijk te gaan toepassen. In actielijn 3 wordt betoogd dat de toegevoegde waarde van wetenschappelijke kennis voor de praktijk niet op voorhand vaststaat. Kennis is eerder een halffabrikaat, dat verder wordt ontwikkeld wanneer het ingebed raakt in de praktijk. In de actielijnen 1 en 2 bestaat de gevolgde methode uit het systematisch verzamelen van materiaal, extraheren van relevante kenmerken, en ordenen naar het gehanteerde conceptuele kader. In actielijn 3 bestaat de methode uit systematische kwalitatieve analyse op basis van diepte-interviews, die mede wordt gestuurd door theoretische reflectie.

In de praktijk werken onderzoeksgroepen binnen één bepaalde benadering. Een gevaar hiervan kan zijn dat er silo's van implementatieonderzoek ontstaan: werelden die weinig met elkaar communiceren. Naast wetenschappelijke verschillen spelen ook materiële belangen hierbij een rol, die op hun beurt samenhangen met de financiële prikkels waaraan onderzoeksgroepen blootstaan. Het is erg moeilijk om tot een constructieve dialoog te komen als de financiering van onderzoeksgroepen sterk afhangt van het binnenhalen van projecten. Hoewel diversificatie en competitie tot op zekere hoogte bevorderlijk kan zijn voor innovatie van een vakgebied, is er nu waarschijnlijk te weinig analyse en reflectie op het gebied van implementatie(-onderzoek).

Aanbeveling

Er moet meer ruimte komen voor systematische analyse en reflectie op het gebied van implementatie van kennis in de gezondheidszorg. Langdurige financiering van onderzoeksgroepen is hiervoor nodig. ZonMw kan dit onder meer bevorderen door bundeling van onderzoek en zorginnovatie in themagebonden consortia en door persoonsgebonden fellowships. Voor een deel gebeurt dit overigens al door ZonMw en andere onderzoeksfinanciers.

Implementatiestrategieën

Er bestaan meerdere, elkaar deels overlappende indelingen van implementatiestrategieën. In het eerdere ZonMw programma Effectieve Implementatie is een lijst van implementatiestrategieën opgesteld door een landelijk consortium (IQ healthcare, NIVEL, AMC, TNO, NIGZ).¹⁴ In het algemeen kan worden gesteld dat implementatiestrategieën zelden veldspecifiek zijn. De clustering van typen implementaties in actielijn 1 suggereert dat het positioneren van een implementatietraject zich vooral moet richten op de doelgroep waar de implementatie zich op richt. Actielijn 3 liet grote overeenkomsten zien tussen de implementatiestrategieën en instrumenten die gebruikt worden in verschillende deelsectoren. Dwars door inhoudelijke velden heen blijken vergelijkbare strategieën en interventies gebruikt

te worden die gericht zijn op verschillende doelgroepen: zorgverleners, zorggebruikers, organisaties. Zo blijken zorgverleners vaker te worden blootgesteld aan communicatie en instructie via ervaringsdeskundigen (meestal collega's) en zijn voor zorggebruikers instructie en informatie via deskundigen veelgebruikte strategieën. Uit de analyses binnen actielijn 2 van beschikbare reviews over implementatiestrategieën blijkt dat een aantal strategieën gunstige effecten kunnen hebben op met name het professioneel handelen. Echter, het is vrijwel niet mogelijk om te benoemen welke strategieën of combinaties van strategieën in het algemeen succesvol zullen zijn. Ook per doelgroep hangen de effecten van implementatie kennelijk sterk af van contextuele factoren. Deze bevindingen relateert de waarde van taxonomieën van implementatiestrategieën.

Aanbeveling

In verschillende velden (preventie, curatieve zorg, langdurige zorg) worden gelijksoortige strategieën gebruikt. Het type strategie (wat betreft methodiek) is echter weinig voorspellend voor de effectiviteit, omdat deze sterk samenhangt met de context. Dit relateert het belang van een eenduidige lijst van implementatiestrategieën. Wij adviseren om hierin geen energie te steken, maar wel in een betere omschrijving van beïnvloedende (contextuele) factoren bij implementatietrajecten.

Uit de analyse van actielijnen 1 en 2 valt op dat er nog weinig gebruik gemaakt wordt van de nieuwe informatietechnologie, zoals sociale media. Zo kunnen op het terrein van preventie grote groepen benaderd worden met internetprogramma's (een goed voorbeeld is het 'Minder Drinken-project'), maar ook het stimuleren van besluitvormingsprocessen in groepen met programma's zoals 'Thinktank' kan succesvol zijn. Er zijn verschillende toepassingen van informatietechnologie in de gezondheidszorg beschreven en onderzocht, maar deze zijn niet gekoppeld aan implementatieonderzoek en ook niet altijd onderdeel van een ZonMw programma. Voorbeelden zijn de ontwikkeling van een regionaal of landelijk elektronisch patiëntendossier, applicaties voor beslissingsondersteuning, ontwikkeling van zorgnetwerken als Parkinsonnet, en varianten van telemedicine.^{15;16} Voor de ontwikkeling van dergelijke ontwikkelingen zijn grote fondsen beschikbaar, bijvoorbeeld bij het Ministerie van Economische Zaken.

Aanbeveling

Het is aan te bevelen om een sterkere verbinding te zoeken tussen de 'implementatiewereld' en de wereld van informatietechnologie. Een eerste stap is het maken van een inventarisatie van wat er al gebeurt, ook buiten ZonMw. Daarna zouden gericht projecten kunnen worden uitgezet.

Context

In de huidige benaderingen van implementatie wordt de nadruk gelegd op de gehanteerde methodieken. Zo worden implementatiestrategieën vaak ingedeeld naar hun methodische oriëntatie (educatief, organisatorisch, etc.) en bijvoorbeeld niet naar aandoening (diabetes, schizofrenie, etc.) of sector van zorg (thuiszorg, GGZ, etc.). Actielijn 1 liet zien dat in verschillende sectoren gelijksoortige implementatiestrategieën worden gebruikt. Actielijn 2 laat zien dat de indeling van implementatiestrategieën naar methodische oriëntatie niet bijzonder informatief is: alle soorten strategieën kunnen werken, maar het is onhelder wanneer wat werkt.

Actielijn 3 laat zien dat uiteenlopende instituten veelal dezelfde methodieken toepassen. Er is behoefte aan een aanvullende of andere benadering van implementatie dan een indeling waarin methodieken centraal staan.

Ondanks de grote verschillen in de gevolgde benaderingen en de verschillende objecten van onderzoek, is een gemeenschappelijk thema van de drie rapporten dat veel nadruk wordt gelegd op de context van implementatie. Context lijkt het nieuwe thema te zijn als het gaat om implementatie van kennis in de praktijk. Tenminste, zo wordt dit vanuit een psychologisch perspectief aangeduid: de factoren buiten het individu die invloed hebben op diens veranderingstraject. Vanuit een sociologisch perspectief wordt liever gesproken van organisatie- of systeemverandering, omdat verbetering wordt opgevat als een organisatorisch proces. Vanuit dit perspectief betekent het ook transformatie van de kennis: wie kennis verplaatst verandert die kennis ook. Uit de actielijnen 1 en 3 kwamen allerlei factoren in de context of het systeem naar voren, die van invloed zouden kunnen zijn op implementatieprocessen. In het implementatieonderzoek is ruime aandacht voor organisatorische implementatiestrategieën, zo bleek uit actielijn 2. Enkele concrete voorbeelden van conclusies omtrent context- of systeemfactoren worden hieronder beschreven.

Een clusteroverstijgende conclusie van actielijn 1 is dat aangestuurde interactie tussen collega-zorgverleners en tussen professionals met verschillende achtergronden stimulerend en motiverend werken. Een andere conclusie is dat voldoende tijd, capaciteit en rust in de organisatie belangrijk bijdragen aan het succes van implementatietrajecten. Een aantal contextfactoren is gekoppeld aan het type implementatieproject. Zo lijkt het gebruik van ervaringsdeskundigen vooral van belang bij zorgverlenergerichte implementatiestrategieën. In actielijn 2 worden een aantal onderzochte organisatorische implementatiestrategieën behandeld die zijn gericht op het teamfunctioneren, informatietechnologie en geïntegreerde zorg. Concrete voorbeelden zijn versterkte inzet van verpleegkundigen en apothekers, versterkte coördinatie in patiëntenzorgteams, training van professionals op het gebied van functioneren in teams, versterking van informatietechnologie in de zorg, kwaliteitsmanagement (niet goed onderzocht), en geïntegreerde zorg (=ketenzorg, disease management, klinische paden).

Aanbeveling

In implementatie(-onderzoek) moet meer systematische aandacht zijn voor de omgeving waarin implementatie plaatsvindt. Verwacht wordt dat hierin aanknopingspunten worden gevonden voor het verbeteren en de aanpak van implementatie. Omgeving kan ruim worden opgevat en omvat onder meer: regelgeving, financiële prikkels, ontwikkelingen binnen beroepsgroepen, en kenmerken van doelgroepen. Als eerste stap zou een inventarisatie en selectie van veelbelovende factoren en strategieën moeten worden gemaakt.

Context is een erg ruim begrip, dus de bovenstaande aanbeveling kan in vele richtingen worden uitgewerkt. Een interessante richting lijkt ons om te experimenteren met een combinatie van de stapsgewijze, planmatige aanpak van implementatie (in Nederland bepleit door met name Richard Grol) en het systematisch benutten van de 'sociale werelden' van ontwikkelaars en gebruikers van kennis.¹⁷ In het Engels wordt wel gesproken van 'communities of practice', overigens een begrip dat uiteenlopend wordt uitgelegd.¹⁸ De veronderstelling is dat

sociale netwerken beïnvloeden welke kennis wordt waargenomen door individuen en organisaties, hoe deze kennis wordt beoordeeld (positief of negatief), en of wordt overgegaan tot toepassing van de kennis.

Aanbeveling

Een planmatige aanpak van implementatie gecombineerd met benutting van 'sociale werelden' lijkt ons een veelbelovende manier om meer aandacht te besteden aan context bij implementatietrajecten. Het is wel van belang dat dit abstracte idee wordt geconcretiseerd.

Implementatie en implementatieonderzoek als vakgebieden

Implementatie(-onderzoek) is meestal direct gekoppeld aan een vraag vanuit praktijk of beleid. De afgelopen jaren is "implementatie" een aparte wereld geworden, min of meer los van onderzoek, praktijk en beleid. Deze wereld omvat intermediaire organisaties (kennisinstituten, beroepsorganisaties), maar ook staffunctionarissen binnen zorginstellingen. Een bevinding van actielijn 3 is dat in deze wereld steeds meer dezelfde concepten en instrumenten worden gehanteerd en dat dit geduid kan worden als professionalisering van het implementatieveld. Ook het "implementatieonderzoek" is internationaal bezig om zich te profileren binnen het wetenschappelijke gezondheids(zorg)onderzoek. Zo bestaat er een tijdschrift Implementation Science dat met een impactfactor van 2.5 in het bovenste kwartiel van de SCI categorie van 'health sciences' tijdschriften zit. En in het EU Framework 7 onderzoeksprogramma worden miljoenen euro's besteed aan implementatieonderzoek. Desondanks is het voor implementatieonderzoekers lastig om zich te handhaven in de wereld van het gezondheids(zorg)onderzoek, zo blijkt uit etnografisch onderzoek.¹⁹ Vastgesteld kan verder worden dat het implementatieonderzoek maar zeer beperkt samenvalt met de wereld van "implementatie": praktische implementatie is zelden 'evidence-based'.

Professionalisering van een vakgebied heeft vaak gunstige effecten, zoals kwaliteitsverhoging en verhoogde aantrekkelijkheid voor getalenteerde mensen. ZonMw heeft er belang bij om de professionalisering van zowel implementatie als implementatieonderzoek te bevorderen, bij voorkeur in onderlinge samenhang. Anderzijds moet gewaakt worden voor de mogelijke nadelen van professionalisering, zoals loskoppeling van de praktische en maatschappelijke behoeften waarvoor het vakgebied is bedoeld. Elke implementatiedeskundige en -onderzoeker zou zich bijvoorbeeld ook moeten verbinden met een inhoudelijk veld of doelgroep in de gezondheidszorg.

ZonMw speelt al op verschillende manieren een rol in de professionalisering van "implementatie", bijvoorbeeld via de implementatie-instrumenten die worden aangereikt (formulieren, stappenplannen, etc.). Uit de internationale inventarisatie van implementatie-activiteiten van onderzoeksfinanciers (actielijn 2) blijkt dat ZonMw een breed pakket van activiteiten heeft. Uit actielijn 3 komt naar voren dat ZonMw zich zou moeten bezinnen op de richting waarin wordt gestuurd op het gebied van implementatie en implementatieonderzoek. In actielijn 3 wordt het dilemma geschetst van de fragmentatie van de implementatie-infrastructuur. Enerzijds hebben partijen mogelijk belang bij deze fragmentatie om zichzelf beter te kunnen handhaven, ook al betekent het dat het systeem als geheel ondoelmatig is. Vanuit dit oogpunt wordt gezegd dat er behoefte is aan regie, al wordt hier in de praktijk niet altijd naar gehandeld. Anderzijds is fragmentatie mogelijk gunstig voor leerprocessen in de praktijk. Vanuit dit oogpunt zou een regisseur moeten proberen om door overleg een bepaalde ordening te bevorderen. Regie en fragmentatie staan dus niet noodzakelijkerwijs tegenover elkaar.

Aanbeveling

Professionalisering van (praktische) implementatie en implementatieonderzoek zijn wenselijk omdat dit positieve effecten heeft, mits het geen wereld wordt die losstaat van onderzoek, praktijk en beleid. ZonMw zou een regierol kunnen vervullen als het gaat om het bevorderen van de professionalisering van implementatie en implementatieonderzoek.

Projectmatige aanpak van implementatie

Elk implementatieproject heeft unieke kenmerken, maar het is praktisch onmogelijk om elk implementatieproject uitvoerig te ondersteunen en/of te begeleiden met onderzoek. Voor ZonMw en andere opdrachtgevers van projecten is de vraag welke projecten worden geselecteerd voor ondersteuning en/of evaluatie. Aan de projectmatige aanpak kleven echter ook nadelen. De zorgpraktijk wordt moe van de grote hoeveelheid projecten die onderling geen samenhang lijken te vertonen (dit blijkt ook uit actielijn 3) en onderzoekers worden moe van de plicht tot verantwoording die ten koste gaat van inhoudelijke werkzaamheden. Zo kan de schriftelijke voortgangsrapportage wellicht beter worden vervangen door een bijeenkomst met alle betrokkenen en een vertegenwoordiger van ZonMw. Als het veld hierbij betrokken is, is er minder kans op het ontstaan van een kloof tussen praktijk en onderzoek.

Meer fundamenteel is de vraag of een projectmatige aanpak geschikt is voor het uitvoeren van implementatietrajecten en implementatiestudies. De tijdsduur van projecten is vaak te kort voor uitvoerders om substantiële effecten te bereiken en voor onderzoekers om de effecten goed te interpreteren. De noodzaak om een project vooraf uit te werken en de methodologische eisen van veel (promotie)onderzoek maken tussentijdse aanpassing van het werkplan lastig, terwijl soms wel behoefte is aan flexibiliteit. Ook gaat zeer veel tijd zitten in het verwerven van projecten, vooral van de beste projectleiders en onderzoekers, hetgeen uiteraard ten koste gaat van de tijd voor uitvoering en onderzoek. Al met al zou moeten worden heroverwogen wat een optimale mix is van competitie en langdurige programmafinanciering. Nagegaan kan bijvoorbeeld worden of vernieuwing en implementatie binnen vergelijkbare organisaties niet door een groep deskundigen begeleid kan worden, die vertrouwd is geraakt met het veld. Dan kan opgebouwde veldkennis breder benut worden.³

Tijdens deeltrajecten in vernieuwing en verandering zijn samenwerkingsverbanden vaak van groot belang. Als die samenwerking tot stand komt, kunnen geïnteresseerde en gemotiveerde groepen ontstaan. Het is dus aan te bevelen om tijd te nemen voor het aansturen op samenwerking tussen professionals van verschillende organisaties.

Het is dan wel zaak om die samenwerkingsverbanden ook goed te benutten. Het valt aan te bevelen om de ervaring en betrokkenheid van deze groepen eventueel ook in te zetten op andere locaties of zelfs bij verwante projecten in hetzelfde veld. In deze populaties kunnen deskundigen op het gebied van implementatie gerekruteerd worden. Daarnaast blijkt het zinvol te zijn om gemotiveerde individuen te trainen in het begeleiden of uitvoeren van implementatietrajecten.

Om de opbrengst van implementatie(-onderzoek) te verhogen is meer analyse en reflectie nodig buiten specifieke implementatieprojecten. Wij denken dat dit het beste per inhoudelijk veld of doelgroep kan worden georganiseerd. Een mogelijkheid is om (nog meer) in te zetten op langdurige consortia voor ontwikkeling en implementatie op een bepaald veld. Hiervan bestaan voorbeelden in binnen- en buitenland. De inhoudelijke velden of thema's moeten worden gekozen op basis van beleidsmatige prioriteiten.

Aanbeveling

De gangbare projectmatige aanpak van implementatie dient te worden heroverwogen, omdat langdurige samenwerking vaak een noodzakelijke voorwaarde is voor succesvolle implementatie. Het behoud van bereikte verbeteringen (borging, 'sustainability') kan zo meer aandacht krijgen.

5. Speerpunten voor toekomstig implementatieonderzoek

Hieronder worden enkele mogelijke speerpunten voor implementatieonderzoek uitgewerkt.

Kennis als halffabrikaat

Onderzoek is nodig naar de wijze waarop wetenschappelijke kennis wordt gevormd, wanneer deze wordt ingebed in de zorgpraktijk. Dit is vooral aan de orde bij kennis over complexe interventies, zoals programma's voor geïntegreerde zorg bij chronische patiënten. Vanuit het oogpunt van implementatie zou vooral moeten worden nagegaan welke veranderingen in complexe interventies bijdragen aan een goede inbedding en in welke mate de effectiviteit van de interventies overeind blijft na de aanpassingen in deze interventies. Dit voorstel komt neer op een verruiming van wat meestal onder implementatieonderzoek wordt verstaan bij ZonMw. Wij stellen dus voor om net als in klinische trials te kijken naar de integriteit en effectiviteit van interventies, maar anders dan in klinische trials dit te doen in een situatie dat de interventies breed toegepast gaan worden en de onderzoekers weinig controle hebben over de omstandigheden waaronder dit gebeurt.

Mogelijke onderzoeksvragen:

- Hoe worden complexe interventies gevormd tijdens implementatie ervan?
- Blijven de gunstige effecten overeind na omvorming van de complexe interventie?

Informatietechnologie

Wij pleiten niet voor een primaire focus op de methodiek van implementeren (educatief, organisatorisch etc.), omdat deze weinig voorspellend lijkt voor de kans op succesvolle implementatie. Een uitzondering willen we maken voor het inzetten van informatietechnologie als implementatiemethodiek. Voor informatietechnologie is extra aandacht gewenst, bijvoorbeeld door dit als prioriteit te benoemen binnen ZonMw programma's of er een apart ZonMw programma aan te wijden. In sommige gevallen moet eerst bepaalde implementatietechnologie goed worden geïmplementeerd in de zorgpraktijk, voordat de effectiviteit van hieraan gekoppelde patiëntengebonden interventies goed kan worden nagegaan. In deze gevallen kan implementatieonderzoek voorafgaan aan effectiviteitsonderzoek.

Mogelijke onderzoeksvragen:

- Is het inzetten van specifieke informatietechnologie ondersteunend voor de implementatie van kennis in de zorgpraktijk?
- Welke factoren dragen bij aan een optimaal effect?

Context

Hoewel verwacht wordt dat de context aanknopingspunten biedt voor verbeterde implementatie van kennis, is het een groot en diffuus gebied. Wij verwachten veel van een combinatie van een stapsgewijze, planmatige aanpak van implementatie en benutting van de 'sociale werelden' (sociale netwerken) van de ontwikkelaars en gebruikers van kennis. Dit idee zou moeten worden geconcretiseerd en eerst op kleine schaal worden getest.

Mogelijke onderzoeksvragen:

- Welke specifieke factoren in de sociale werelden van kennisontwikkelaars en –gebruikers beïnvloeden implementatietrajecten?
- Wat is de effectiviteit van een combinatie van planmatige aanpak en benutting van sociale werelden op het succes van implementatie?

Voorwaarden voor implementatie(-onderzoek)

ZonMw heeft op vele manieren bijgedragen aan de professionalisering van implementatie en implementatieonderzoek in Nederland. Een aandachtspunt is de verbinding tussen beide: implementatieactiviteiten zijn nog lang niet altijd wetenschappelijk onderbouwd. In het internationale implementatieonderzoek wordt nagedacht over het opzetten van een internationaal netwerk van implementatieonderzoekers. De grootste Canadese financier van gezondheidsonderzoek CIHR heeft interesse getoond om dit initiatief te ondersteunen. Een bijdrage van ZonMw en andere internationale onderzoeksfinanciers is nodig om het initiatief levensvatbaar te maken.

Tot slot pleiten wij voor inhoudelijk georiënteerde consortia waarin relevante partijen, inhoudelijk deskundigen, en implementatiedeskundigen en –onderzoekers samenwerken. Deze zouden gedeeltelijk als infrastructuur moeten kunnen worden gefinancierd in plaats van op basis van projectsubsidies. De projectgebonden financiering past namelijk niet altijd bij de dynamiek van implementatietrajecten.

Mogelijke activiteiten:

- Bij alle (grote) implementatietrajecten minimaal 5% van het beschikbare budget besteden aan begeleidend implementatieonderzoek.
- Bijdragen aan een internationaal netwerk voor implementatie
- Financieren van de infrastructuur van consortia

References

- (1) Grol R, Berwick DM, Wensing M. On the trail of quality and safety in health care. *BMJ* 2008; 336(7635):74-76.
- (2) Hulscher M, Wensing M, Grol R. Literatuurstudie Effectieve Implementatie. ZON, Den Haag 2000.
- (3) IQ healthcare, iBMG, NIVEL. Kwaliteit in de gezondheidszorg: bijdrage aan de beleids- en onderzoeksagenda. Rapport 2009.
- (4) Burgers J, van Everdingen J. Schets voor programma "onderzoek, ontwikkeling en evaluatie kwaliteit van zorg". Rapport 2010.
- (5) Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009; 361(4):368-378.
- (6) Wensing M, van der Weijden T. Implementatie-onderzoek: veld en voorbeelden. *TSG* 1999; 77:119-121.
- (7) Wensing M, van der Weijden T. Kwaliteitsverbetering; over heilige huisjes en voortschrijdend inzicht. *Huisarts Wet* 2004; 47:263-265.
- (8) Eccles MP, Armstrong D, Baker R, Cleary K, Davies H, Davies S, et al. An implementation research agenda. *Implementation Sci* 2009; 4.
- (9) Jansen YJ, de Bont A, Foets M, Bruijnzeels M, Bal R. Tailoring intervention procedures to routine primary health care practice; an ethnographic process evaluation. *BMC Health Serv Res* 2007; 7:125.
- (10) van der Weijden T, Grol R, Knottnerus JA. Feasibility of a national cholesterol guideline in daily practice. A randomized controlled trial in 20 general practices. *Int J Qual Health Care* 1999; 11(2):131-137.
- (11) Li LC, Moja L, Romero A, Sayre EC, Grimshaw JM. Nonrandomized quality improvement intervention trials might overstate the strength of causal inference of their findings. *J Clin Epidemiol* 2009; 62(9):959-966.
- (12) Jansen YJ, Bal R, Bruijnzeels M, Foets M, Frenken R, de Bont A. Coping with methodological dilemmas; about establishing the effectiveness of interventions in routine medical practice. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:160.
- (13) Wensing M, Bosch M, Grol R. Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. *CMAJ* 2010; 182(2):E85-E88.
- (14) Plas M, Fleuren M, Friele R, Haaijer-Ruskamp F, Keijsers J, Ravensbergen J, et al. Begrippenkader voor het 'wat' en het 'waarom' bij implementatie van vernieuwingen in patiëntenzorg en preventie. *TSG* 2007; 85:160-165.
- (15) de Mul M, de Bont A, Berg M. IT-supported skill-mix change and standardisation in integrated eyecare: lessons from two screening projects in The Netherlands. *Int J Integr Care* 2007; 7:e15.
- (16) de Bont A, Bal R. Telemedicine in interdisciplinary work practices: on an IT system that met the criteria for success set out by its sponsors, yet failed to become part of every-day clinical routines. *BMC Med Inform Decis Making* 2008; 8:47.
- (17) Zuiderent-Jerak T, Strating M, Nieboer A, Bal R. Sociological refigurations of patient safety; ontologies of improvement and 'acting with' quality collaboratives in healthcare. *Soc Sci Med* 2009; 69(12):1713-1721.
- (18) Li LC, Grimshaw JM, Nielsen C, Judd M, Coyte PC, Graham ID. Use of communities of practice in business and health care sectors: a systematic review. *Implement Sci* 2009; 4:27.
- (19) Sobo EJ, Bowman C, Gifford AL. Behind the scenes in health care improvement: the complex structures and emergent strategies of Implementation Science. *Soc Sci Med* 2008; 67(10):1530-1540.

Bijlagen

Actielijn 1 Contextfactoren voor succesvolle implementatie

Actielijn 2 Internationaal implementatieonderzoek

Actielijn 3 Implementatie-infrastructuur in Nederland

Actielijn 1

Contextfactoren voor succesvolle implementatie

Roland Friele
Anneke van der Niet
Phil Heiligers



ISBN 90-0000-000-0

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2010 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Inleiding	7
1 Achtergrond en vraagstelling	9
1.1 Contextfactoren en strategiekeuze	9
1.1.1 Doelen en strategiekeuze	10
1.1.2 Doelgroepen en strategiekeuze	10
1.1.3 Sociale context, veranderingsbereidheid en strategiekeuze	10
1.1.4 Fasen in implementatieprocessen en strategiekeuze	11
1.1.5 Omgevingsfactoren, structurele voorwaarden en strategiekeuze	11
1.2 Vraagstelling	12
2 Methode	13
2.1 Bronnen	13
2.2 Selectie van projecten	13
2.3 Succesvolle en minder succesvolle projecten volgens ZonMw	14
2.4 Metingen van succes in dit onderzoek	14
2.5 Werkwijze	14
2.5.1 Analyseschema, vooral kwantitatief	14
2.5.2 Kwalitatief naast kwantitatief	15
2.5.3 Clustervorming en een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve analyse	15
2.5.4 Betrouwbaarheid	16
3 Globaal beeld van doelen, doelgroepen, strategieën en succes	17
3.1 Mate van succes	17
3.2 Relatie kenmerken doelen met succes	18
3.3 Doelgroepen	18
3.4 Interventies per fase en succes	18
3.4.1 Interventies en succes	20
3.5 Conclusies:	20
4 Doelgroepen, doelen, context in clusters en de relatie met succes	23
4.1 De vorming van clusters	23
4.2 Leeswijzer voor de clusterbeschrijvingen	24
4.2.1 Cluster 1: Fundamenteel onderzoek (12 projecten), een kwestie van innovatie	25
4.2.2 Cluster 2: Effectstudies en valideringsonderzoek (20 projecten), voorbereiding op implementatie	26
4.2.3 Cluster 3: Richtlijnen (18 projecten), voorbereiding en uitvoering van implementatie	29
4.2.4 Cluster 4: Landelijke organisatiegerichte implementaties (6 projecten), complex	32
4.2.5 Cluster 5: Landelijke zorgverlenersgerichte implementaties (9 projecten): zeer divers	34
4.2.6 Cluster 6: Landelijke gebruikersgerichte implementaties(12 projecten)	36
4.2.7 Cluster 7: Implementatie van educatie en begeleiding van zorggebruikers (7 projecten)	39

5 Conclusies en discussie	43
5.1 Conclusies	43
5.1.1 Onderzoek en praktijk nog niet geïntegreerd	43
5.1.2 Een nieuwe richtlijn raakt ook de organisatie	44
5.1.3 Begeleide interactie leidt tot gemotiveerde samenwerking	44
5.1.4 Ervaringsdeskundigheid en collegiale uitwisseling zijn instructief voor professionals	44
5.1.5 Instructie en deskundigheid stimuleren individueel benaderde zorggebruikers	44
5.1.6 Externe top-down vernieuwing vraagt veel stimulans	45
5.2 Clusteroverstijgende conclusies	45
5.3 Discussie	46
5.4 Slotbeschouwing	47
Literatuur	49
Bijlage 1: Analyseschema	51
Bijlage 2: Voorbeeld van een kwalitatieve analyse van een project	57
Bijlage 3a: Een deel van de kwalitatieve analyse van een cluster	58
Bijlage 3b: Eindresultaat kwalitatieve analyse van een cluster	60

Voorwoord

Dit onderzoek is verricht in opdracht van ZonMw als onderdeel van de samenwerkingsovereenkomst tussen IQ Healthcare, het NIVEL en iBMG ten behoeve van het Kennis van Implementatie Programma. ZonMw heeft subsidie gegeven om op basis van ervaringskennis en 'best practices' over implementatie, te komen tot nieuwe onderzoeks- en ontwikkelvragen op het gebied van implementatie van innovaties in de zorg. Het NIVEL heeft in deze samenwerking de actielijn opgepakt die op basis van ervaringskennis uit afgeronde ZonMw implementatieprojecten verschillen tussen succesvolle en minder succesvolle projecten zal traceren. De conclusies kunnen aangrijpingspunten bieden voor toekomstige aandachtsgebieden voor implementatie en innovatieprogramma's.

Wij willen iedereen hartelijk danken voor de medewerking aan deze studie. De implementatiecoördinatoren bij de vijf teams van ZonMw willen wij danken voor hun coöperatieve houding in de selectiefase van dit onderzoek en hun feedback op het tussentijdse overleg. De leden van bovengenoemd samenwerkingsverband hebben mede richting gegeven aan de toespitsing van onze gezamenlijk opdracht door hun adviezen en bijdrage aan de discussie over tussentijdse presentaties. En Dr. B. van der Linden, onze contactpersoon bij ZonMw zijn wij dankbaar voor haar inzet en bijdrage bij de start en voortgang van de studie en vooral ook voor de ruimhartige gastvrijheid als er activiteiten verricht moesten worden bij ZonMw.

Utrecht, juli 2010

Inleiding

ZonMw hecht groot belang aan de verspreiding en invoering van resultaten van bewezen waarde voor de gezondheidszorg. Dit betekent dat het gaat om implementatie van resultaten en producten die al getoetst zijn en bewezen waarde hebben voor de praktijk van de gezondheidszorg. Voor het sturen van deze beoogde implementatieprocessen is in 2001 in samenwerking met het NIVEL een implementatiemonitor ontwikkeld (Heiligers et al., 2001). Nagegaan werd of de monitor een praktisch bruikbaar instrument is, waarmee het implementatieproces en de implementatiegerichtheid van programma's en projecten van ZonMw gevolgd en bijgesteld kan worden.

In een tweede project uitgevoerd door het NIVEL werd de implementatiemonitor geëvalueerd (Theunissen et al., 2003). Enerzijds werden de validiteit en de betrouwbaarheid van het instrument getoetst, anderzijds werden met het instrument de effectiviteit en implementatiegerichtheid van implementatieprojecten beoordeeld. Inmiddels is er jarenlang ervaring met implementatieprojecten bij ZonMw en wil men de efficiëntie van implementaties verhogen door aan te sturen op onderbouwde strategiekeuzes, die ingebed in een specifieke context leiden tot succesvolle implementaties. Deze studie richt zich vooral op dit aspect in het implementatieproces, namelijk het bepalen van contextfactoren die samen met de gekozen implementatiestrategieën leiden tot succes. Implementaties vinden plaats in een bepaalde tijdgebonden situatie en context. Daarom zal naast een theoretische onderbouwing in deze studie vooral gebruik gemaakt worden van ervaringen met implementatietrajecten bij ZonMw. Verslagen van afgeronde implementatieprojecten vormen de basis voor analyse.

In hoofdstuk 1 wordt de achtergrond geschetst van deze studie, gebaseerd op eerder empirisch onderzoek en reviews. Het hoofdstuk sluit af met de vraagstellingen van deze studie. In hoofdstuk 2 wordt de methodische aanpak van de studie beschreven. Vervolgens staan in hoofdstuk 3 resultaten die een globaal beeld geven van alle geanalyseerde projecten, waarbij tevens definities van een aantal begrippen kort worden weergegeven. Daarna volgt in hoofdstuk 4 de beschrijving van 7 clusters van implementaties die op basis van het geanalyseerde materiaal onderscheiden worden, waarna van elk cluster een korte beschrijving volgt. In dit hoofdstuk worden ook relaties gelegd tussen kenmerken van clusters en een al dan niet succesvolle implementatie. Tot slot volgen conclusies en discussie in hoofdstuk 5.

1 Achtergrond en vraagstelling

In brede zin is het kader voor deze studie de implementatie van veranderingen in de gezondheidszorg, die consequenties (kunnen) hebben voor individuele patiënten, zorgverleners of voor de organisatie van de patiëntenzorg. Dit globale kader kent een grote variëteit in de factoren die het kiezen van implementatiestrategieën bepalen. Dit betekent ook dat voor implementatiestrategieën niet op voorhand een theoretische voorkeur geldt voor ofwel een rationele top-down benadering, ofwel een participatiegerichte bottom-up benadering (Grol, 1997; Grol et al., 2006; Hulscher et al., 2000). Er zal vaak gekozen worden voor een *combinatie van benaderingen*, vanwege de grote diversiteit in doelen en doelgroepen. Wel kan op basis van eerdere studies benoemd worden welke *typen strategieën* bruikbaar zijn bij implementatietrajecten. Gebleken is dat implementatie moet aansluiten bij het niveau van kennis en vaardigheden van doelgroepen (Heiligers et al., 2001; Hulscher et al., 2000; Wensing et al., 2000). Implementatiestrategieën die hierbij passen, zijn gericht op het verstrekken van *informatie* en verzorgen van *educatie* (Heiligers et al., 2001; Hulscher et al., 2000; Mann, 1994). Daarnaast is de sociale context van belang die bepalend is voor de houding die doelgroepen aannemen ten aanzien van hetgeen geïmplementeerd wordt (Rogers, 2002). Hierbij passen *faciliterende* strategieën, zoals workshops, sleutelpersonen aanspreken, klankbordgroepen organiseren (Damoiseaux et al., 1993). En tenslotte zijn er implementaties op structuurniveau (organisaties of systemen). Bij implementaties in organisaties kan gebruik gemaakt worden van educatieve en veranderstrategieën. Bij omvangrijke locale, regionale of landelijke implementaties zullen ook top-down *sturende* strategieën gebruikt worden, naast maatwerk met strategieën gericht op verschillende doelgroepen in te onderscheiden fasen van het implementatietraject (Benne en Chin, 1974; Walrecht, 2006).

1.1 Contextfactoren en strategiekeuze

Een aantal contextbepalende factoren in de keuze van implementatiestrategieën zijn reeds eerder aangetoond. Het betreft kenmerken van doelen en doelgroepen, de sociale context en veranderbereidheid bij doelgroepen, de verschillende fasen in het implementatietraject en een aantal structurele en omgevingsfactoren (Bauer, 2002; Davies and Taylor-Vaisey, 1997; Fleuren et al., 2004; Francke et al., 2008, Plas et al., 2007).

Uit reviews en meta-reviewstudies is gebleken dat meervoudige implementatiestrategieën effectiever zijn dan enkelvoudige (Bauer, 2002; Davies and Taylor-Vaisey, 1997; Francke et al., 2008; NHS Centre for reviews and dissemination, 1999; Wensing et al., 1998). Dit betekent dat bij elk implementatietraject nagegaan moet worden welke combinatie van typen strategieën in welke fase en voor welke doelgroep het meest geschikt is.

Hieronder worden de reeds bekende contextfactoren beschreven.

1.1.1 Doelen en strategiekeuze

Gelet op de impact van implementatietrajecten zijn er twee typen doelen: intermediaire en einddoelen (Walrecht, 2006). Intermediaire doelen verwijzen bijvoorbeeld naar veranderingen of verbeteringen in organisaties. De impact van deze intermediaire doelen moet eerst worden vastgesteld om de relatie met einddoelen te kunnen bepalen.

Wat kenmerken van doelen betreft geldt in de eerste plaats dat hoe duidelijker de doelen zijn, hoe sterker de motivatie is om deze doelen te bereiken (Lippit, 1982). Ten tweede is het bij vagere, abstractere doelen vaak gemakkelijk draagvlak en consensus te creëren, maar de kans op vrijblijvendheid wordt erdoor vergroot (Leune, 2003). Een derde aspect betreft de stabiliteit van doelen. Als bijvoorbeeld tijdens het implementatieproces middelen tot doel worden verheven, dan zal het hele invoeringstraject veranderen. Scheerens (1993) noemt dit goal displacement.

Samengevat: *bij de keuze van implementatiestrategieën moet onderscheid gemaakt worden tussen intermediaire en einddoelen en daarnaast moet rekening worden gehouden met drie kenmerken van doelen: de mate van concreetheid, consensus en stabiliteit.*

1.1.2 Doelgroepen en strategiekeuze

De doelgroepen in deze studie betreffen individuele patiënten, zorgverleners of organisaties van de patiëntenzorg. Deze doelgroepen kunnen op verschillende momenten en posities in het proces van implementeren betrokken raken. Ze kunnen eindgebruikers zijn, waarbij het geïmplementeerde resultaat of product voor hen bedoeld is (meestal patiënten of burgers), maar ze kunnen ook intermediairen zijn in dit proces (vaak de zorgverleners). Ook andere professionals zoals managers moeten als intermediairen tijdig in implementatieprocessen betrokken worden en communiceren met de ontwikkelaars van te implementeren producten of resultaten (Kiefe et al., 2006).

Bij implementaties in organisaties van de patiëntenzorg gaat het niet alleen om solitaire organisaties, maar ook om netwerken van locale, regionale en landelijke organisaties. Bij deze complexe implementatietrajecten wordt stapsgewijs en in fasen met verschillende doelgroepen gewerkt. Een *heldere diagnosestelling* vooraf over stappen in het implementatieproces moet duidelijk maken welke doelgroep in welke fase van het proces benaderd moet worden met geschikte implementatiestrategieën (Francke et al., 2008; Kiefe et al., 2006).

Samengevat: *bij de keuze van implementatiestrategieën moet voor elk implementatietraject nagegaan worden in welke mate doelgroepen variëren naar positie, per fase, en bekendheid of betrokkenheid bij het te implementeren resultaat of product.*

1.1.3 Sociale context, veranderingsbereidheid en strategiekeuze

Vaak betreft het te implementeren resultaat of product een verandering of vernieuwing. De acceptatie ervan bij doelgroepen is een belangrijk aspect voor de mate waarin de impact van de implementatie effectief zal zijn. Rogers (1983, 2002) onderscheidt vijf kenmerken van acceptatie, waarbij het steeds gaat om *de perceptie van de mate waarin de beoogde verandering*:

- een verbetering is ten opzichte van de situatie voorafgaand (relative advantage);
- consistent is met bestaande waarden, ervaringen en behoeften van doelgroepen (compatibility);
- moeilijk te begrijpen is, of lastig te gebruiken is (complexity);

- mogelijkheden biedt om er enigszins mee te experimenteren (triability);
- zichtbaar is voor anderen (observability).

Rogers (1983, 2002) ziet het verspreiden van veranderingen vooral als een sociaal proces, waarbij communicatie een belangrijke rol speelt. Hij benadrukt om gebruik te maken van de mensen die veranderingen snel accepteren en goed geïntegreerd zijn in hun sociale omgeving (early adopters).

Samengevat: *bij de keuze van implementatiestrategieën moet nagegaan worden hoe groot de veranderingsbereidheid is van doelgroepen en welke early adopters per doelgroep benaderd kunnen worden als sleutelpersonen in de communicatie naar de andere leden van de doelgroep.*

1.1.4 Fasen in implementatieprocessen en strategiekeuze

Grol en Wensing (2006) onderscheiden vijf fasen in het implementatieproces die elk om bepaalde accenten in de strategiekeuze vragen:

1. *de oriëntatiefase* vraagt om informatie en uitleg over het te implementeren resultaat of product. Afhankelijk van de doelgroep en veranderbereidheid is de strategiekeuze gericht op het gebruikmaken van zo veel mogelijk communicatiekanalen en sleutelpersonen;
2. *de inzichtfase* vraagt om kennis over het te implementeren resultaat of product en inzicht in de consequenties voor de eigen situatie. In deze fase ligt de nadruk op educatieve strategieën, zoals instructie toetsing en feedback;
3. *de acceptatiefase* vraagt om stellingname ten aanzien van de beoogde verandering. Motiveren en overtuigen staat centraal, waarbij communicatie via sleutelfiguren en deskundigen, naast demonstraties over de uitvoerbaarheid en aanpassingen van de verandering aan wensen van de doelgroepen belangrijke strategieën zijn;
4. *de veranderingsfase* is gericht op het concreet invoeren van de verandering. Faciliteren en bijstellen van doelen is in deze fase belangrijk. Daartoe kunnen extra hulpmiddelen, vaardigheidstrainingen of informatiematerialen als strategie gekozen worden;
5. *de verankeringfase* is gericht op het bestendigen van de verandering door integratie ervan in bestaande praktijken of handelingswijzen. Strategieën die zorgen voor het behoud van de verandering zijn enerzijds gericht op monitoren en feedback en anderzijds op het inbouwen van de verandering of vernieuwing in bestaande procedures, plannen, protocollen, zorgketens, taken en contracten.

Samengevat: *de fase waarin het implementatieproces zich bevindt, bepaalt welk type implementatiestrategieën het meest relevant is.*

1.1.5 Omgevingsfactoren, structurele voorwaarden en strategiekeuze

Van enkele omgevingsfactoren is reeds aangetoond dat zij invloed hebben op het effect van implementatieprocessen. Het betreft de steun van managers en collega's, naast voldoende capaciteit en tijd bij de doelgroep die de verandering moet implementeren (Bauer, 2002; Davies and Taylor-Vaisey, 1997; Francke et al., 2008). Daarnaast zijn een aantal structurele voorwaarden van belang, zoals voldoende financiële en faciliterende middelen voor het slagen van implementatieprocessen (Francke et al., 2008). Al deze factoren die de impact van het slagen van het hele implementatietraject beïnvloeden, hebben ook impact op de mogelijkheden en keuze voor geschikte implementatiestrategieën.

Samengevat: *omgevingsfactoren en structurele voorwaarden bepalen de grenzen*

waarbinnen gezocht kan worden naar relevante implementatiestrategieën.
In deze studie wordt ook nagegaan of naast een aantal reeds empirisch aangetoonde contextfactoren (doelen en doelgroepen, interventies en omgevingsfactoren) er ook nog andere factoren van belang zijn voor succesvolle implementaties.

1.2 Vraagstelling

Gelet op het doel van deze studie is de centrale vraagstelling:

Welke combinaties van contextfactoren en geschikte implementatiestrategieën in de gezondheidszorg leiden tot succesvolle implementaties?

Meer specifieke onderzoeksvragen zijn:

1. Welke (combinaties van) implementatiestrategieën worden veel gebruikt?
2. Welke combinaties van settings (of situaties) én implementaties (resultaten of producten) kunnen worden onderscheiden?
3. Welke relevante, reeds aangetoonde en welke nog onbekende contextfactoren komen voor in de implementatieprojecten?
4. Welke combinaties van contextfactoren en implementatiestrategieën zijn succesvol gebleken?
5. Welke combinaties van contextfactoren en implementatiestrategieën zijn minder succesvol gebleken?

2 Methode

2.1 Bronnen

Er werden 79 implementatieprojecten van ZonMw geanalyseerd: in feite waren er meer projecten, maar vanwege de opeenvolgende reeks is in enkele gevallen een aantal projecten bij elkaar genomen. De analyse gebeurde door tenminste een aanvraag of eindverslag van het project door te nemen en, indien aanwezig, één of meerdere voortgangsverslagen. Van sommige projecten was er nog geen eindverslag in verband met een nog in de toekomst liggende einddatum van het project. In andere gevallen was er geen eindverslag aanwezig, ondanks het feit dat het project al geruime tijd was afgerond. Deze projecten zijn toch allemaal geïnccludeerd in de analyse vanwege voldoende informatie in de aanwezige verslagen van het betreffende project.

Er was een grote diversiteit in geanalyseerde projecten. De projecten bevatten zowel grote complexe landelijke implementaties, waarbij grote organisaties betrokken waren, als regionale en lokale implementaties, waar kleinere organisaties of individuen aan deelnamen. De implementaties waren gericht op zowel zorgverleners als patiënten, als ook op organisaties.

2.2 Selectie van projecten

De selectie van projecten moest van recente datum zijn, maar omdat veel projecten een lange doorlooptijd hebben, is voor een ruime periode gekozen: namelijk voor projecten die in elk geval in de afgelopen 10 jaar uitgevoerd werden. Binnen ZonMw zijn vijf programmakaders (teams). De selectie werd verricht in samenwerking met de implementatiecoördinatoren van ZonMw, elk werkzaam bij een van de vijf teams (zie hieronder de indeling naar domeinnamen). In de planning was afgesproken dat elke coördinator in totaal 10 reeds afgeronde implementatieprojecten zou selecteren, waarvan in de evaluatie van ZonMw er 10 als succesvol beoordeeld waren en 10 als minder succesvol. Van alle teams bij elkaar zouden er dan 100 projecten geselecteerd worden voor analyse. In het algemeen lukte het wel om die projecten te leveren.

Na verzameling van het materiaal: projectaanvragen, voortgangs- en eindverslagen bleek echter dat een aantal dossiers van projecten niet voldoende informatie bevatten om ze in de analyse mee te nemen. Dit heeft geleid tot het includeren van 79 projecten. Hieronder staat per team aangegeven hoeveel projecten zijn geanalyseerd.

- Team 1: Wetenschap en Innovatie: 12 projecten
- Team 2: Preventie: 13 projecten
- Team 3: Langdurige zorg: 18 projecten
- Team 4: Zorg en Samenleving: 15 projecten
- Team 5: Kwaliteit en Doelmatigheid: 21 projecten

2.3 Succesvolle en minder succesvolle projecten volgens ZonMw

Het bepalen van de succesmaat werd door ZonMw gebaseerd op de eigen evaluatie van het hele traject dat een project heeft doorlopen. In de relatie met projectleiders en deelnemers aan projecten heeft ZonMw uiteraard aanvullende informatie met name over het hele procesverloop van een project. Dit betekent ook dat de selectie van ZonMw naar succesvolle en minder succesvolle projecten niet hoeft overeen te komen met de succesmaten die in het onderzoek gehanteerd worden.

ZonMw heeft een driedeling in de succesmaat gehanteerd:

1. Projecten die niet met succes afgerond werden: dat waren er 23 (29% van alle projecten).
2. Projecten die in enige mate succesvol waren: dat waren er 8 (10% van alle projecten).
3. Projecten die succesvol waren: dat waren er 48 (61% van alle projecten).

2.4 Metingen van succes in dit onderzoek

De succesmaat in dit onderzoek is van belang, omdat we op basis daarvan uitspraken willen doen over de voorwaarden, in dit project zijn dat **de contexten** waarbinnen projecten meer of minder succesvol zullen zijn. Succes is op twee manieren gedefinieerd in dit onderzoek:

- een project is succesvol als het einddoel behaald wordt;
- een project is succesvol als er integratie in bestaande procedures of organisaties heeft plaatsgevonden.

Bij beide metingen werden drie mogelijke scores aangehouden: -1 = het project is niet succesvol; 0 = het project is enigszins succesvol; 1 = het project is succesvol. Uitsluitend afgaan op het behalen van het doel van het project leek ons te beperkt, omdat een implementatiedoel wel behaald kan worden, maar dit nog niet vanzelfsprekend hoeft te betekenen dat het bereikte doel ook zal beklijven. Een extra stap is vaak dat er gezorgd moet worden voor borging van het bereikte resultaat door integratie in bestaande praktijken, procedures of organisaties.

2.5 Werkwijze

2.5.1 *Analyseschema, vooral kwantitatief*

De projecten werden bestudeerd en geanalyseerd op basis van de ervaringskennis, die blijkt uit de gegevens over de implementatieprojecten (aanvraag, voortgangs- en eindverslagen). Vooraf werd een analyseschema opgesteld met als doel na te gaan welke bekende relevante contextfactoren ter ondersteuning van de strategiekeuze voorkomen (zie het analyseschema in bijlage 1).

Voor het ontwerpen van het analyseschema is gebruik gemaakt van empirisch aangetoonde factoren die van belang zijn bij implementatie. Er is gebruikgemaakt van zowel dichotome (ja/nee) als Likertschalen (1 = laag, 5 = hoog) om de mate van belang van een factor aan te geven. Wanneer er in de projectdocumenten niets over een bepaald punt werd vermeld, werd dit punt opengelaten. Het analyseschema bevat een groot aantal onafhankelijke variabelen. Vanwege de eenvoud van de statistische analyse, zullen deze onafhankelijke factoren hier niet uitvoerig worden besproken. De belangrijkste afhankelijke variabele was de mate van succes.

In het analyseschema werden eerst de doelen omschreven en beoordeeld in termen van concreetheid, consensus en stabiliteit. Indien er naast einddoelen ook intermediaire doelen in de aanvraag of het eindverslag werden gevonden, werden ook

deze doelen op deze drie aspecten beoordeeld. Vervolgens werd het aantal interventies gescoord. Hierbij werd een onderscheid gemaakt in informatieve, educatieve, faciliterende en motiverende, en sturende interventies. Ook kon worden aangegeven of het om combinaties van interventies ging. In de volgende tabel werd de doelgroep(en) waarop de interventie zich richtte aangekruist. Vervolgens werden twee schema's van Rogers (2003) gebruikt om per doelgroep de perceptie en de mate van bekendheid/betrokkenheid met de implementatie aan te geven. Daarna konden interne en externe omgevingsfactoren die in het project werden genoemd worden aangegeven. Deze factoren konden zowel een bevorderende of belemmerende invloed hebben gehad op de implementatie. In de volgende tabel uit het schema kon de mate van succes en de integratie van de implementatie in de bestaande organisatie worden gescoord. In de laatste tabel tenslotte, konden de gebruikte strategieën en concrete interventies tijdens de implementatie worden weergegeven. In deze tabel, gebaseerd op Grol en Wensing (2006) kan per fase worden aangegeven welke strategieën zijn toegepast. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de oriëntatiefase, de inzichtfase, de acceptatiefase, de veranderingsfase en de verankeringfase.

2.5.2 *Kwalitatief naast kwantitatief*

Het scoren van aantal interventies, doelgroepen en strategieën, was niet altijd toereikend om de projecten te analyseren. Daarom werd besloten om gelijktijdig met het scoren van de kwantitatieve maten, ook de kwalitatieve beschrijving van een project nader in kaart te brengen. Dit gebeurde door bij het analyseschema tabelgegevens toe te lichten en door beschrijvende aanvullingen van hetgeen was gevonden in de verslaglegging van de projecten. Daarnaast werden per verslag (aanvraag, voortgangsverslag en eindverslag) belangrijke of opvallende punten met betrekking tot de context genoteerd. Een voorbeeld van een kwalitatieve projectanalyse is gegeven in bijlage 2.

2.5.3 *Clustervorming en een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve analyse*

Op basis van de kwalitatieve gegevens werd vervolgens nagegaan welke combinaties van implementatiedoelen en settings waarin de implementaties plaatsvinden (situaties) gerubriceerd konden worden, zodanig dat ze te onderscheiden waren van andere combinaties. De beschrijving en de criteria voor vorming van clusters is onderdeel van de resultaten in deze studie en zijn te vinden in hoofdstuk 4. De ontstane deelverzamelingen of clusters verschillen onderling van elkaar. In totaal konden 7 clusters worden onderscheiden.

De projecten in deze clusters werden zowel wat betreft de kwantitatieve als kwalitatieve gegevens bij elkaar beschreven. Op de projecten binnen een cluster werd vervolgens een statistische en kwalitatieve analyse uitgevoerd. Bij de kwantitatieve analyse werden vaak "missings" aangetroffen, omdat niet alle factoren bij alle projecten van belang bleken. Daarom is gekozen voor een eenvoudige beschrijvende toetsing met Chi². Alle kwalitatieve gegevens op projectniveau werden per cluster samengevoegd en gebundeld op relevante kenmerken, belemmerende en bevorderende factoren en tenslotte werden leerpunten in het kader van implementatietrajecten per cluster benoemd. Bijlage 3a geeft een voorbeeld van een deel van de kwalitatieve opmerkingen van een cluster. Bijlage 3b geeft vervolgens weer hoe deze verzameling van opmerkingen is teruggebracht tot het kwalitatieve eindoordeel voor het betreffende cluster.

2.5.4 Betrouwbaarheid

De interrater betrouwbaarheid tussen de twee onderzoekers die geanalyseerd hebben, is gemeten met Pearson's Correlatie¹. De kenmerken van de context van implementaties, die op basis van de geanalyseerde documenten bij vrijwel alle projecten beoordeeld werden, zijn hier meegenomen. Die kenmerken en de correlaties zijn: kenmerken einddoel, 0.86; omvang, spreiding organisatie, 0.77; financiële middelen, 0.81; facilitaire middelen, 0.76; succesvol einddoel behaald, 0.85; succesvolle integratie, 0.71. De interrater betrouwbaarheid op deze kenmerken is dus hoog.

¹ Pearson's correlatie interpretatie: onder 0.30 laag; 0.31-0.50 redelijk; 0.51-0.80 substantieel; 0.81-1.00 bijna perfect

3 Globaal beeld van doelen, doelgroepen, strategieën en succes

De vraagstellingen in deze studie zijn vooral gericht op kenmerken van specifieke contexten waarbinnen geïmplementeerd wordt. In dit hoofdstuk gaan we nog niet in op de aparte contexten of clusters in, maar geven een beeld van het totaal van geanalyseerde projecten. Dit globale beeld geeft inzicht in enkele kenmerken van het totale aantal projecten en is gebaseerd op de kwantitatieve gegevens die met het analyseschema verzameld werden. In hoofdstuk 4 wordt meer op specifieke context ingegaan en delen van de vraagstellingen beantwoord.

3.1 Mate van succes

De twee maten van succes zijn: 'het behalen van het einddoel van het project en anderzijds de integratie van het projectresultaat (of te implementeren product) in bestaande organisaties of procedures.

Van bijna alle geanalyseerde projecten (N=76) werd een einddoel geformuleerd, een derde van de projecten had ook nog een tweede doel en enkele zelfs een derde. In de kwantitatieve analyse werden de eerste einddoelen gebruikt. Op een schaal van 1-5 scoorden de meeste projecten relatief hoog wat betreft concreetheid, maar consensus en stabiliteit was minder sterk.

Er is een relatief groot aantal projecten met succes afgerond volgens alle drie de verschillende succesmetingen: twee derde van de projecten heeft het einddoel gehaald (tabel 3.1). Daarnaast had een op de vijf projecten ook intermediaire doelen met succes vervuld. Overigens heeft maar een op de vier projecten een intermediair doel benoemd. Van een aantal projecten kon nog niet worden vastgesteld of het einddoel was behaald, omdat het project ten tijde van de analyse nog bezig was. Integratie in bestaande procedures of organisaties werd door bijna de helft van de projecten verwezenlijkt, maar bij 40% van alle projecten werd niets over integratie vermeld.

Tabel 3.1 Mate van succes, uitgedrukt in het behalen van doelen en mate van integratie

Mate van succes										
	Totaal		1 (niet succesvol)		2		3 (wel succesvol)		Missing*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doelstelling behaald	79	100%	5	6%	10	13%	52	66%	12	15%
Integratie in bestaande organisatie/structuur/procedures	79	100%	1	1%	8	10%	38	48%	32	41%

*er werd niet steeds een einddoel, intermediair doel of integratie genoemd of het project was nog niet afgerond

3.2 Relatie kenmerken doelen met succes

Kenmerken van het einddoel van projecten, namelijk de mate van concreetheid, consensus en stabiliteit werden gerelateerd aan de mate van succes. Naarmate het einddoel concreter (Chi^2 12.98, p.04) en stabiel (Chi² 26.31, p.001) is en er meer consensus (Chi² 18.51, p.02) over bestaat, wordt het einddoel ook eerder met succes behaald. Deze kenmerken van het einddoel (concreetheid, stabiliteit en consensus) zijn niet gerelateerd aan de succesmaat van integratie, hetgeen onder andere betekent dat een goede uitwerking van doelen niet voldoende is voor een geslaagde integratie in bestaande praktijken.

3.3 Doelgroepen

Er bestond een grote variëteit in doelgroepen. In iets meer dan de helft van alle projecten waren de patiënten de einddoelgroep of gebruikers van het resultaat van de implementatie (55%). Daarnaast werden ook familie van patiënten (9%), consumenten (bijvoorbeeld bij voorlichting; 9%) en bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen (5%) als primaire doelgroep genoemd. Professionals, bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen waren slechts in enkele projecten de einddoelgroep of gebruikers van de implementatie.

Verreweg de grootste groep intermediairen in het implementatieproces bestond uit zorgverleners (artsen (40%), verpleegkundigen (30%) en verzorgenden (14%)). Andere groepen intermediairen waren de onderzoekers (34%) en beleidsmedewerkers (15%). In een klein aantal projecten werden daarnaast verenigingen, beroepsverenigingen en zorgverzekeraars als intermediair vermeld (elk in 10% van de projecten).

Hoe succesvol doelgroepen in het implementatieproces participeren zou gemeten kunnen worden met hun perceptie van de implementatie en de bekendheid van het te implementeren resultaat of product (matrix 4 en 5 in bijlage 1). Helaas kon dit op basis van de gebruikte ervaringskennis voor deze analyse niet worden berekend, omdat er in de geanalyseerde verslagen weinig tot niets vermeld werd over deze kenmerken van doelgroepen.

3.4 Interventies per fase en succes

In de tabellen 3.2 tot en met 3.6 worden aantallen interventies of de mate waarin interventies werden ingezet per implementatiefase weergegeven (fasenindeling volgens Grol en Wensing, 2006). In elke fase is er steeds een type interventies het meest of het meest intensief gebruikt. In de oriëntatiefase is dat het aantal gebruikte communicatiekanalen het grootst, maar worden sleutelfiguren in meer projecten ingezet. In de inzichtfase is de mate waarin instructies gegeven worden iets hoger. Bij de acceptatiefase scoort de mate waarin communicatie via deskundigen wordt verzorgd het hoogst, maar worden in een groter aantal projecten de wensen van doelgroepen meegenomen. In de veranderingsfase worden de minste interventies ingezet, maar het aanbieden van vaardigheidstrainingen gebeurt wel enigszins. In de verankeringsfase tenslotte gaat veel aandacht naar het inbouwen van het te implementeren 'product' in de bestaande procedures en plannen van organisaties.

In tabel 3.2 worden aantallen interventies weergegeven zoals ze in de oriëntatiefase ingezet werden. In het algemeen worden in de oriëntatiefase de drie genoemde interventies in veel projecten ingezet (63%-bijna 80%). Ofschoon het aantal

communicatiekanalen dat gebruikt wordt gemiddeld iets meer is dan de beide andere typen interventies, zien we dat sleutelfiguren in meer verschillende projecten werden ingezet (bijna 80%). Deze gegevens laten ook zien dat de spreiding van de inzet van interventies erg groot is. Er zijn projecten die helemaal geen communicatiekanalen inzetten, maar er is ook minstens een project dat 30 communicatiekanalen gebruikte.

Tabel 3.2 Soorten strategieën en aantallen interventies in de oriëntatiefase

Doel van strategie	Gebruikte middelen		
	Aantal communicatiekanalen	Aantal sleutelfiguren	Aantal hulpmiddelen voor informatie
Oriëntatiefase: informatie en uitleg			
projecten (N; %)	50; 63,3 %	62; 78,5 %	53; 67,1 %
gemiddelde aantal interventies per project	2,5	2,3	2,3
min-max aantal interventies	0-30	0-15	0-10

Tabel 3.3 laat zien dat in de inzichtfase tussen de 50% en 60% van alle projecten de hier genoemde interventies inzetten. Dat betekent ook dat de (bijna) de helft van alle projecten in de inzichtfase geen aparte interventies gebruikt. Vergeleken met de oriëntatiefase investeren minder projecten in de interventies van de inzichtfase. Bij projecten die wel gebruikmaken van inzichtverhogende interventies wordt wel in redelijk hoge mate gebruik gemaakt van de drie typen interventies, waarbij het geven van instructies het hoogst scoort.

Tabel 3.3 Soorten strategieën en mate waarin interventies werden ingezet in de inzichtfase

Inzichtfase: kennis overdragen via educatie	Mate van instructies 1(=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van toetsen 1(=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van feedback 1(=laag) tot 5 (=hoog)
projecten (N;%)	42; 53,2 %	46; 58,2 %	40; 50,6 %
gemiddelde interventies min-max (0-5)	3,7	3,1	3,2

In de acceptatiefase varieert het aantal projecten dat een van de genoemde interventies inzet nogal (tabel 3.4). Bij bijna 75% van de projecten worden de projecten aangepast aan wensen van doelgroepen en dat gebeurt ook in redelijk hoge mate. Het communiceren via deskundigen gebeurt ook in bijna 60% van de projecten en ook vrij intensief. Daarentegen worden demonstraties over de uitvoerbaarheid van de implementatie maar in ruim 40% van de projecten ingezet en dan ook nog in lage mate. Communicatie via sleutelfiguren gebeurt in de helft van de projecten en niet erg intensief.

Tabel 3.4 Soorten strategieën en mate waarin interventies werden ingezet in de acceptatiefase

Acceptatiefase: motiveren en overtuigen, faciliteren	Mate van communicatie via sleutelfiguren 1(=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van communicatie via deskundigen 1(=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van demonstraties over uitvoerbaarheid 1(=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van aanpassen aan wensen doelgroep(en) 1(=laag) tot 5 (=hoog)
projecten (N;%)	39; 49,4 %	45; 57,0 %	34; 43,0 %	59; 74,7%
gemiddelde interventies min-max (0-5)	2,6	3,8	1,8	3,3

In de veranderingsfase worden in het geringst aantal projecten interventies ingezet (40%-46%) en ook de mate waarin interventies gebruikt worden is laag (tabel 3.5).

Tabel 3.5 Soorten strategieën en mate waarin interventies werden ingezet in de veranderingsfase

Veranderingsfase: Sturen, faciliteren, doelen bijstellen	Mate van hulpmiddelen aanreiken 1(=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van vaardigheids-trainingen aanbieden 1(=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van informatiemateriaal verschaffen 1(=laag) tot 5 (=hoog)
projecten (N;%)	36; 45,6 %	32; 40,5 %	33; 41,8 %
gemiddelde interventies min-max (0-5)	2,0	2,6	2,2

In tabel 3.6 zien we in iets meer projecten een inzet in projecten, maar blijft het ook beperkt tot rond de 45%. Wel is per interventie de mate waarin ze ingezet worden hoog, vooral het inbouwen van het te implementeren resultaat of product gebeurt in hoge mate.

Tabel 3.6 Soorten strategieën en mate waarin interventies werden ingezet in de verankeringsfase

Verankeringsfase: Monitoren, feedback, integratie in praktijk, in dagelijks handelen	Mate van feedback geven 1(=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van monitoren van verandering 1(=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van inbouwen in bestaande procedures, plannen, zorgketens, contracten 1(=laag) tot 5 (=hoog)
projecten (N;%)	36; 45,6 %	35; 44,3 %	35; 44,3 %
gemiddelde interventies min-max (0-5)	3,1	3,5	4,1

3.4.1 Interventies en succes

Tussen elke afzonderlijke interventie en de succesmaten (het doel behalen, integratie bewerkstelligen) zijn enkele significante relaties aangetoond. Zo wordt het einddoel vaker behaald als er in de verankeringsfase meer gemonitord wordt ($X^2 = 16,47$; p.04). Daarnaast gebruiken projecten met een succesvolle integratie in de praktijk in de oriëntatiefase meer communicatiekanalen ($X^2 = 10,68$; p.03) en ze besteden in de verankeringsfase vaker aandacht aan het inbouwen van het te implementeren product in een organisatie of procedure ($X^2 = 22,77$; p.004).

In het algemeen geldt wel dat bij minder succesvolle projecten er gemiddeld ook minder interventies ingezet werden, maar dat verschil is niet significant van de succesvolle projecten.

3.5 Conclusies:

1. Succes gedefinieerd als het behalen van het einddoel is in veel projecten gerealiseerd, succes gemeten in termen van integratie (in procedures of organisaties) is maar bij 50% van de projecten gerealiseerd, maar ook bij 40% van de projecten werd hierover niets vermeld.
2. Naarmate het einddoel van een project concreter en stabiel is en er meer consensus over bestaat, wordt het einddoel ook eerder met succes behaald

3. De perceptie van de implementatie door doelgroepen (zoals de mate van complexiteit) en ook de bekendheid van de doelgroep met het implementatieresultaat werd vrijwel niet vermeld in de geanalyseerde verslagen. Daarmee kan niet worden aangegeven of een bepaalde doelgroep meer of minder bijdraagt aan een succesvolle implementatie.
4. Alle projecten overziend zijn implementatiestrategieën en interventies in veel projecten in redelijk voldoende mate ingezet. Voor de veranderingsfase geldt dat er weinig gebruik gemaakt wordt van demonstraties over de uitvoerbaarheid van de implementatie (resultaat of product) en als een project voor deze interventie kiest, wordt dit middel maar in lage mate ingezet.
5. In het algemeen zet een geringer aantal projecten interventies in bij de veranderings- en de verankeringsfase in vergelijking met de drie beginfasen van een implementatietraject.

4 Doelgroepen, doelen, context in clusters en de relatie met succes

4.1 De vorming van clusters

In dit hoofdstuk worden de kenmerken van 7 verschillende implementatieclusters beschreven. De indeling in clusters is gebaseerd op de kwalitatieve analyse van de projecten, waarbij in eerste instantie het analyseschema dat op basis van eerdere studies werd opgesteld ingevuld werd (zie bijlage 1). Het betreft kenmerken van het type implementatie naar inhoud² en naar te implementeren product³, de beoogde participanten en/of doelgroepen, de omvang of locatie van de implementatie⁴, naast specifiek te onderscheiden doelen, strategieën en interne of externe (organisatiegebonden) omstandigheden. Buiten het raamwerk van het analyse schema zijn ook kenmerkende gegevens genoteerd van elk project. De combinatie van beide bronnen van informatie hebben tot de indeling in 7 clusters geleid. Het geheel overziend zijn drie kenmerken uit de context van implementatietrajecten het meest richtinggevend bij de clustering:

- de doelgroep waarop de implementatie gericht is,
- het type activiteit of product bij de implementatie (de inhoud),
- de omvang of spreiding van de implementatie (landelijk, regionaal of lokaal).

In antwoord op de *tweede vraagstelling* van deze studie hebben we de onderstaande combinaties van settings (situaties) en implementaties (resultaten of producten) kunnen onderscheiden bij de aangereikte projecten van ZonMw:

1. Fundamenteel onderzoek: het belangrijkste selectiekenmerk is het ontwikkelde product dat het resultaat is van gecontroleerde preklinische onderzoeksstudies gericht op innovatie;
2. Effectstudies en valideringsonderzoek: de belangrijkste selectiekenmerken zijn het product in combinatie met specifieke doelgroepen (meestal zorgverleners of patiënten); de studies zijn praktijkgebonden, want ze beogen de effectiviteit van instrumenten in de praktijk te meten of na te gaan of bepaalde instrumenten valide zijn om in te zetten in de praktijk.
3. Richtlijnimplementaties: de belangrijkste selectiekenmerken zijn het product 'geteste of nog te ontwikkelen richtlijn' in combinatie met specifieke intermediaire doelgroepen (zorgverleners) en einddoelgroepen (patiënten); richtlijnen beogen meestal het gedrag van zorgverleners te reguleren of verbeteren ten aanzien van een onderdeel in de verzorging of behandeling.
4. Landelijke organisatiegerichte implementaties: de belangrijkste selectiekenmerken zijn de doelgroepen en de omvang of spreiding van de implementatie; het zijn vaak landelijke samenwerkingsprojecten van zorgorganisaties met andere partners gericht op kwaliteitsverbetering in de zorg.

² Bijvoorbeeld een verandering in de behandeling van een ziekte

³ Bijvoorbeeld een richtlijn

⁴ Landelijk, regionaal of lokaal

5. Landelijke zorgverlenersgerichte implementaties: de belangrijkste selectiekenmerken zijn de doelgroepen en de omvang of spreiding van de implementatie; deze projecten zijn vaak gericht op een blijvende gedragsverandering bij huidige (en toekomstige) zorgverleners door klinische toepassing van wetenschappelijke onderzoeksresultaten.
6. Landelijke gebruikersgerichte implementaties: de belangrijkste selectiekenmerken zijn de doelgroepen, het te gebruiken product (instrument) en de omvang of spreiding van de implementatie; de projecten zijn gericht op een blijvende gedragsverandering bij huidige (en toekomstige) zorggebruikers.
7. Implementaties van educatie en begeleiding van zorggebruikers: de belangrijkste selectiekenmerken zijn specifieke doelgroepen en intermediairen die een spilfunctie hebben, naast het te gebruiken product (instrument); de projecten zijn gericht op een gedragsverandering van de zorggebruiker (patiënt) door het aanbieden van educatie en begeleiding.

In dit hoofdstuk worden per cluster de belangrijkste kenmerken beschreven. Verder wordt ingegaan op de gebruikte implementatiestrategieën en interventies (vraagstelling 1), de belangrijkste contextfactoren (vraagstelling 3), en succesvolle en minder succesvolle combinaties van contextfactoren en implementatiestrategieën (vraagstelling 4 en 5).

De geanalyseerde projecten werden geselecteerd door de 5 teams bij ZonMw, die elk een inhoudelijk terrein coördineren. In tabel 4.1 is weergegeven hoeveel projecten van elk team in de 7 verschillende implementatieclusters werden ondergebracht.

Tabel 4.1 Relatie teams ZonMw en samengestelde clusters

Teams ZonMw*	Clusters van implementatietrajecten						
	Fundamenteel onderzoek	Effect- en valideringsstudies	Implementatie van richtlijnen	Landelijk organisatiegericht	Landelijk zorgverlenersgericht	Landelijk gebruikersgericht	Impl. van educatie en begeleiding zorggebruikers
Team 1	11	1					
Team 2		3	1	7		3	
Team 3	1	3	4		5	6	
Team 4**		9	1		1	2	7
Team 5		5	12		3	1	

* Totalen kunnen hoger zijn dan aantal geselecteerde projecten per team, omdat enkele projecten bij meerdere clusters pasten

** 2 projecten zijn overkoepelende inventarisaties ter voorbereiding van implementatieprogramma's, die 2 zijn niet meegenomen in de clusters

4.2 Leeswijzer voor de clusterbeschrijvingen

In de hierna volgende paragrafen volgt een beschrijving van de zeven onderscheiden clusters. Elke paragraaf is opgebouwd uit een aantal onderdelen waar zowel kwalitatieve als kwantitatieve resultaten zullen worden beschreven. Ieder keer zal begonnen worden met een beschrijving van het betreffende cluster en het doel (of de doelen) van de implementaties in dit cluster. Vervolgens zal een aantal context (omgevings)factoren worden besproken, gerelateerd aan succes. Het gaat achtereenvolgens om doelgroepen, doelen, strategieën en overige factoren. Onder overige factoren vallen de structuur en cultuur van een organisatie, evenals interne en externe factoren die een rol kunnen spelen tijdens het implementatieproces. In deze stukjes komen vooral de resultaten van de kwantitatieve analyse naar voren. Voor een uitleg over de contextfactoren wordt verwezen naar hoofdstuk 1.

Vervolgens zal de mate van succes worden besproken. Daarna zullen per cluster

bevorderende factoren, knelpunten en leerpunten worden beschreven. Dit is het resultaat van de kwalitatieve analyse. De paragraaf sluit af met een conclusie, waar de belangrijkste resultaten van het betreffende cluster op een rij worden gezet.

4.2.1 Cluster 1: Fundamenteel onderzoek (12 projecten), een kwestie van innovatie

A. Beschrijving

In het cluster 'fundamenteel onderzoek' gaat het om projecten waarbij goed gecontroleerde preklinische onderzoekstudies worden uitgevoerd naar fundamentele aspecten van ziektes en/of behandelmethoden.

Het doel is in het algemeen inzicht te verkrijgen in een eigenschap of eigenschappen van een ziekte of behandelmethode. Het uiteindelijke doel van deze studies is innovatie en verbetering van de zorg.

B. Doelgroepen, doelen, strategieën en overige factoren die succes van implementatie beïnvloeden

Doelgroepen: in twee derde van de projecten was de eindgebruiker of uiteindelijke doelgroep de patiënt. Centraal in alle projecten stond de arts-onderzoeker. In een kwart van de projecten waren artsen de intermediairen maar tevens de gebruikers van het resultaat van de projecten.

Doelen: concreetheid, consensus en stabiliteit, gerelateerd aan succes: de mate van concreetheid en consensus was bij alle einddoelen hoog. De stabiliteit van einddoelen was matig tot hoog. Een relatie leggen met succes is niet zinvol, omdat vrijwel alle projecten succesvol waren. Bij het kleine aantal intermediaire doelen zijn dezelfde kenmerken van concreetheid, consensus en stabiliteit waargenomen als bij de einddoelen.

Strategieën per fase, gerelateerd aan succes: in het algemeen werd er weinig gebruik gemaakt van implementatiestrategieën en daarmee samenhangende interventies. In een paar projecten is wel gebruik gemaakt van meerdere communicatiekanalen en sleutelfiguren. En in een drietal projecten is veel feedback gegeven door collega-deskundigen. Ook is er in de helft van de projecten gecommuniceerd via deskundigen naar andere collega's. De projecten in dit cluster implementeren niet in de praktijk, maar verspreiden hun kennis naar collega-deskundigen. Het is de vraag of we het verspreiden van innovatieve kennis naar andere deskundigen ook implementatie moeten noemen, want de relatie met eindgebruikers en zelfs met andere zorgverleners zit niet in de planning van deze projecten.

Structuur, cultuur, interne en externe factoren die een rol spelen: van 75% van het fundamenteel onderzoek was bekend dat het ging om een lokaal project, verricht in een ziekenhuis of laboratorium, ofschoon de verspreiding van de verkregen kennis meestal internationaal was. Structuur en cultuurfactoren in de organisatie hadden vrijwel geen invloed op deze projecten. Wel werd bij enkele projecten de steun van het management en bestuur genoemd.

Wat de interne factoren betreft werd slechts in een project gemeld dat de tijd te beperkt was om het onderzoek daarbinnen af te ronden. Bij 40% van de projecten werd genoemd dat er voldoende tijd was en de helft gaf aan ook voldoende financiële ondersteuning te hebben. Van de overige projecten is niet bekend hoe zij de tijdsinvestering en financiën beoordeelden.

De externe stimulerende factoren, vooral financiën, werd in 80% van de projecten als hoog benoemd. In 75% van de projecten werden de externe faciliteiten eveneens als hoog aangegeven.

Succes: het einddoel wordt in vrijwel alle projecten gehaald. Integratie in bestaande organisatie, structuur of procedures is slechts in een kwart van de projecten geslaagd en bij de overige projecten niet aan de orde (tabel 4.2).

Tabel 4.2 Mate van succes volgens, uitgedrukt in het behalen van doelen en mate van integratie bij fundamenteel onderzoek, en de vastgestelde succesmaat volgens ZonMw

Mate van succes										
	Totaal		1 (niet succesvol)		2		3 (wel succesvol)		Missing*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doelstelling behaald	12	100%			1	8%	11	92%		
Integratie in bestaande organisatie/structuur/procedures	12	100%					3	25%	9	75%
Volgens ZonMw	12	100%					12	100%		

* er werd niet steeds een einddoel, intermediair doel of integratie genoemd of het project was nog niet afgerond

Bevorderende factoren: de financiën zijn meestal toereikend voor het beoogde doel. Veel projecten sluiten aan op eerdere succesvol verlopen projecten. Internationale samenwerking van onderzoeksgroepen is positief voor de verdere ontwikkeling.

Knelpunten: in de geanalyseerde projecten was dat onder andere het vertrek van de hoofdonderzoeker en een gebrekkige technologie.

Leerpunt: de grote vraag blijft hoe een onderzoeker de resultaten van preklinisch onderzoek overdraagt aan klinische onderzoekers en zijn/haar onderzoek bekendmaakt bij het grotere publiek.

C. Conclusies:

1. Fundamenteel onderzoek beoogt geen implementatie in de klinische praktijk en in die zin zijn deze projecten niet succesvol op het punt van integratie in de praktijk. Succes gaat met kleine stapjes, en dat is voor wetenschappers een geaccepteerde gang van zaken. Dit betekent ook dat bruikbaarheid voor de praktijk vaak enige tijd op zich laat wachten (veel vervolgpunten).
2. Fundamenteel onderzoek is gericht op innovatie en ziet verspreiding van kennis onder collega-experts als vorm van implementatie. Daarin zijn ze succesvol.
3. De brugfunctie tussen fundamenteel onderzoek en klinische praktijk moet door anderen georganiseerd worden

4.2.2 Cluster 2: Effectstudies en valideringsonderzoek (20 projecten), voorbereiding op implementatie

A. Beschrijving

1. 1 (Kosten)effectiviteitstudies zijn gericht op het uittesten van nog niet bewezen behandelwijzen/ veranderingen in de praktijk van de zorgverlening. Het gaat om het al dan niet aantonen van een positief effect van een verandering middels een goed gecontroleerd onderzoek. In de meeste studies gaat het om één specifieke doelgroep/patiëntengroep/groep zorgverleners, bij wie het effect van de verandering wordt gemeten. Effectiviteitstudies zijn vaak het gevolg van landelijke trends/ontwikkelingen of een maatschappelijk debat. Het effect moet nog worden aangetoond alvorens de verandering of innovatie verder te ontwikkelen, vast te leggen in richtlijnen of klaar te stomen voor landelijke implementatie. In de methode van onderzoek gaat het om meetbare indicatoren en meerdere meetmomenten of meetgroepen. Naast kwantitatieve metingen, is het ook belangrijk om deze gegevens kwalitatief te onderbouwen door interviews met betrokkenen. Wanneer de interventie wordt uitgezet op verschillende plekken, moet er voldoende kennis worden verzameld over de verschillende beginsituaties

en het mogelijk effect daarvan op de te meten variabelen. Bij kosteneffectiviteitsstudies zal zo dicht mogelijk moeten worden aangesloten bij de klinische praktijk om de kosten in kaart te brengen; de studie moet hier niet ingrijpen in het werkelijke proces.

2. Bij 'validiteitsstudies' gaat het om projecten waarbij bepaalde meet- of screeningsinstrumenten moeten worden gevalideerd in hun gebruik. Het doel is om de instrumenten te testen en valideren en bij een positief resultaat te implementeren, om zo de behandeling van of hulpverlening aan een bepaalde doelgroep te verbeteren. *De methode* van onderzoek houdt in: een gecontroleerde studie waarbij het nieuwe instrument gedurende een bepaalde periode in de praktijk wordt getest en middels vragenlijsten en interviews geëvalueerd (o.a. op haalbaarheid en gebruiksvriendelijkheid) bij alle betrokkenen, om zodoende evidence based screeningsinstrumenten te ontwikkelen. Een controlegroep is niet altijd aanwezig omdat dit niet haalbaar/wenselijk is (hoge uitval zorggebruikers). Er worden dan andere manieren gezocht om toch aanwijzingen voor causale verbanden te vinden.

B. Doelgroepen, doelen, strategieën en overige factoren die succes van implementatie beïnvloeden

Doelgroepen: de eindgebruiker of uiteindelijke doelgroep was in de helft van de projecten de patiënt en in 15% ook de familie van patiënten. Intermediären zijn in 70% van de projecten artsen. Verder werden ook verpleegkundigen (25%) en onderzoekers (40%) als intermediair aangeduid. In enkele projecten vervullen zorgverzekeraars en verenigingen, VWS en de GGD een intermediaire rol, afhankelijk van de specifieke context en inhoud.

Doelen: concreetheid, consensus en stabiliteit, gerelateerd aan succes: de mate van concreetheid was bij 85% van de einddoelen hoog. In een iets lager percentage van de einddoelen (80%) was ook de mate van consensus en stabiliteit hoog te noemen. Er is geen significante relatie gevonden tussen kenmerken van de doelen en de mate van succes.

Strategieën per fase, gerelateerd aan succes: er werden erg veel interventies toegepast in deze projecten, maar het is opvallend dat bij de projecten die niet of minder succesvol waren er juist vrijwel geen interventies plaatsvonden. In de oriëntatiefase werd door een groot aantal van de projecten gebruik gemaakt van sleutelfiguren voor communicatie en informatie verstrekking (75%). 65% gebruikte een of meer communicatiekanalen en 70% gebruikte nog andere hulpmiddelen. In de inzichtfase werd in de helft van de projecten gebruik gemaakt van toetsen, 40% gebruikte instructies en 30% gaf feedback. In de acceptatiefase werd vooral veel aandacht besteed aan aanpassingen aan wensen van de doelgroep (70%) en in mindere mate aan communicatie via deskundigen (25%). In de veranderingsfase werd het minste geïnvesteerd: 25% van de projecten zette extra hulpmiddelen in en enkelen verzorgden vaardigheidstrainingen of boden extra informatiemateriaal. In de verankeringsfase ging de meeste aandacht uit naar het inbouwen van de resultaten in bestaande procedures en organisatie (45%), waarbij inbouwen werd gezien als het toetsen van de bruikbaarheid in de praktijk. Er kunnen geen verschillen tussen succesvolle en minder succesvolle projecten gegeven worden, omdat de minder succesvolle projecten maar heel weinig interventies toepasten.

Structuur, cultuur, interne en externe factoren die een rol spelen: de effectstudies en valideringsonderzoeken zijn voornamelijk landelijk (65%). Een kleiner aantal waren lokaal (20%) opgezette projecten.

De implementatie was meestal professioneel gericht (65%) en er werd geen rekening gehouden met de processtructuur waar de implementatie in plaatsvond. Gelet op de cultuur van de organisaties waar het onderzoek verricht wordt, is in 40% van de projecten sprake van gedeelde waarden en doelen, maar van de overige

cultuurkenmerken werd in de verslagen niets vermeld.

Wat interne factoren betreft, werd in een derde van de deelnemende organisaties steun verleend door het management en bestuur. In 15% van de projecten was er steun van collega's en/of andere zorgverleners. Bij 30% van de projecten werd aangegeven dat er voldoende tijd was. Bij 40% noemde men voldoende faciliteiten als interne factor van invloed en bij de helft voldoende financiën. Bij 1 project werd aangegeven dat er onvoldoende tijd en onvoldoende rust was voor het uitvoeren van het project. Ook blijkt bij enkele landelijke projecten (N=3) dat er op een aantal locaties waar het onderzoek plaatsvond te weinig tijd was. Dit zijn tevens de projecten die minder succesvol blijken te zijn, in termen van het halen van het einddoel.

De externe stimulerende factoren, vooral de financiële ondersteuning, werd in 90% van de projecten hoog genoemd. Dat gold ook voor 70% van de externe faciliteiten. Daarnaast werd in verschillende projecten benadrukt dat de maatschappelijke discussie over het onderwerp, of ook de Europese belangstelling stimulerend werkte, maar ook de maatschappelijke trend om patiënten zelf te laten nadenken over hun gezondheid werkte positief. Verder was het belang dat de Gezondheidsraad aan het onderwerp hechtte een stimulerend factor, alsmede een succesvolle implementatie in een andere regio.

Succes: het einddoel werd in ruim 45% van de projecten gehaald, maar van 7 studies (35%) is (nog) niet bekend of ze succesvol afgerond zijn (tabel 4.3). Integratie in bestaande organisatie, structuur of procedures wordt bij dit type studies vaak niet genoemd. Na een validering- of effectstudie wordt meestal pas besloten of het resultaat breed geïmplementeerd zal gaan worden.

Tabel 4.3 Mate van succes, uitgedrukt in het behalen van doelen en mate van integratie bij effectstudies en valideringsonderzoek, en de vastgestelde succesmaat volgens ZonMw

Mate van succes										
	Totaal		1 (niet succesvol)		2		3 (wel succesvol)		Missing*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doelstelling behaald	20	100%	2	10%	2	10%	9	45%	7	35%
Integratie in bestaande organisatie/structuur/procedures	20	100%			3	15%	7	35%	10	50%
Volgens ZonMw	20	100%	4	20%	6	30%	10	50%		

* er werd niet steeds een einddoel, intermediair doel of integratie genoemd of het project was nog niet afgerond

Bevorderende factoren: er is bij beide typen onderzoek een voortdurende wisselwerking tussen onderzoek en praktijk. Beide typen onderzoek zijn opgezet naar aanleiding van een behoefte vanuit het veld of vanuit een vraag van de landelijke of lokale politiek. De onderzoeksopzet wordt in overleg met betrokkenen aangepast aan de praktijksituatie en in veel gevallen is er steun vanuit het management.

Knelpunten:

- Onderzoekgebonden knelpunten: effectstudies zijn niet bruikbaar als er verschillende beginsituaties zijn bij de eerste metingen. Bij het interpreteren van de resultaten is het belangrijk te bedenken dat effectstudies veelal worden uitgevoerd met de 'innovators' binnen de groep waarop het project betrekking heeft. Dit kan het gemeten effect (positief) beïnvloeden. Verder zijn sommige effecten pas waarneembaar op langere termijn. Een langere follow up is dan nodig om deze effecten alsnog in kaart te brengen.
- Implementatiegebonden knelpunten: werven van instellingen die deelnemen aan het validiteitonderzoek kost tijd. Participatie is cruciaal en dat vraagt tijd. Het is van belang na te gaan of er nog andere tijdrovende veranderingen tegelijkertijd lopen, want twee processen tegelijkertijd kunnen elkaar afremmen.

Leerpunten: Interventies die stimuleren en motiveren tot participatie zijn van belang en onderzoekers moeten investeren in een goede relatie met de praktijk. Deze onderzoeken bieden door de wisselwerking onderzoeker-praktijk een goede basis voor verdere verspreiding van de resultaten: bruikbare, verantwoorde en efficiënte instrumenten.

C. Conclusies

1. Beide typen onderzoek zijn **voorbereidend voor implementatie**. Bij aangetoonde effectiviteit/ validering van het instrument, zal het betreffende instrument worden aanbevolen en landelijk worden geïntegreerd.
2. In termen van behaalde doelen is bij een deel van deze projecten succes bereikt. Succes in termen van integratie in bestaande procedures is niet behaald, maar dat was ook niet het doel.
3. Vanwege het grote belang van samenwerking met de praktijk zijn bij succesvolle projecten veel interventies ingezet die moeten motiveren en stimuleren tot participatie. De minder succesvolle projecten maakten weinig gebruik van interventies. Daarnaast zijn externe partijen die het maatschappelijk belang benadrukken stimulerende externe factoren (inzet Gezondheidsraad en Europese belangstelling).
4. Bij deze typen onderzoek is verantwoording, efficiëntie en bruikbaarheid van de onderzoeksinstrumenten het centrale doel. Samenwerking met de praktijk is noodzakelijk en ook aanpassing aan bruikbaarheid in de praktijk.
5. In deze onderzoeken is er een noodzakelijke relatie met de praktijk, waardoor onderzoek en praktijk samenwerken aan een bruikbaar resultaat: onderzoekers moeten uitleggen, feedback geven en monitoren. Dit betekent ook dat de gebruikers van de resultaten mede-eigenaar worden. Deze basisrelatie is een belangrijke stimulans voor de verspreiding en verdere implementatie van het resultaat (de instrumenten).
6. Bij grote organisaties is het noodzakelijk om een landelijk sturingsorgaan in te stellen met invloed vanuit het veld dat in overleg met onderzoekswereld prioriteiten stelt over wenselijk en noodzakelijk onderzoek. Het is van belang dat in alle overlegstructuren vertegenwoordigers van het werkveld aanwezig zijn.

4.2.3 Cluster 3: Richtlijnen (18 projecten), voorbereiding en uitvoering van implementatie

A. Beschrijving

Bij richtlijnimplementaties gaat het enerzijds om het implementeren van richtlijnen in de praktijk van de zorg. Richtlijnen beogen meestal het gedrag van zorgverleners te reguleren, of verbeteren ten aanzien van een onderdeel in de verzorging of behandeling. Het betreft dan richtlijnen, die al ontwikkeld, getest en door experts geaccepteerd zijn. Anderzijds wordt ook het ontwikkeltraject van het maken van een richtlijn onder implementatie benoemd.

B. Doelgroepen, doelen, strategieën en overige factoren die succes van implementatie beïnvloeden

Doelgroepen: in twee derde van de projecten werd de patiënt als eindgebruiker of uiteindelijke doelgroep aangemerkt. In een project was ook familie eindgebruiker. In de helft van de projecten waren verpleegkundigen de intermediairen en in een op de drie projecten waren dat de artsen en verzorgenden. In enkele projecten hadden daarnaast verenigingen, beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen en het management van participerende organisaties een intermediaire rol. Verder komen

gemeenten, beleidsmakers, opleiders en professionals zoals fysiotherapeuten in enkele projecten als intermediair voor.

Doelen: concreetheid, consensus en stabiliteit, gerelateerd aan succes: bij de helft van de einddoelen was de mate van concreetheid hoog of enigszins hoog; de mate van consensus was voor meer dan de helft van de einddoelen enigszins hoog. De stabiliteit van einddoelen was neutraal (niet hoog en niet laag). Er is een significant verschil gevonden tussen succesvolle en minder succesvolle implementaties van richtlijnen: als de stabiliteit van de einddoelen hoger is, dan is de integratie van richtlijnen beter, dus succesvoller ($\chi^2 = 9.38$; p .03).

Strategieën per fase, gerelateerd aan succes: er werden veel interventies gebruikt bij de implementatie van richtlijnen. In de oriëntatiefase is een significante relatie aangetoond: het einddoel bij richtlijnprojecten werd vaker met succes behaald als er bij de oriëntatie meer communicatiekanalen (minimaal 2) gebruikt werden ($\chi^2 = 7.90$; p.05). In 60% van de projecten was gebruik gemaakt van meerdere communicatiekanalen en bij een op de drie waren sleutelfiguren ingezet. In de inzichtfase werden instructies en feedback gebruikt in respectievelijk 40% en 50% van de projecten. In de acceptatiefase werd in 80% van de projecten gecommuniceerd via deskundigen, demonstraties over uitvoerbaarheid werden vrijwel niet ingezet. In de veranderingsfase werd in de helft van de projecten gewerkt met vaardigheidstrainingen. In de verankeringsfase besteedde bijna 70% van de projecten aandacht aan het inbouwen van de richtlijnen in bestaande organisatie of procedures en de helft van de projecten maakte gebruik van feedback. 40% monitorde de implementatie van de richtlijn in de verankeringsfase. Deze laatste fase kost veel tijd, omdat de zorgverleners al wel, maar de organisatie nog niet bekend is met de gevolgen van de nieuwe richtlijn.

Structuur, cultuur, interne en externe factoren die een rol spelen: 40% van de richtlijnprojecten beogen landelijke implementaties, 20% is regionaal gericht en ruim 15% lokaal (een of enkele ziekenhuizen, verpleeghuizen, etc.). Ook zijn er combinaties van lokaal en regionaal of regionaal en landelijk gerichte projecten. De implementatie is meestal professioneel gericht (ruim 55%) en er wordt in nog geen 30% rekening gehouden met de processtructuur waar de implementatie in plaatsvindt. Gelet op de cultuur van de organisaties waar richtlijnen geïmplementeerd worden, is er in de meeste gevallen sprake van gedeelde waarden en doelen, de sfeer is in 40% van de organisaties positief (van de overige 60% is dat niet bekend).

Wat interne factoren betreft, wordt in twee derde van de organisaties steun verleend aan de implementaties door het management en bestuur, verder is bij 40% van de projecten bekend dat collega's steun verlenen. Bij 40% van de projecten wordt aangegeven dat er voldoende tijd, faciliteiten en financiën is, maar ook is in een op de drie projecten onvoldoende tijd voor het implementeren van de richtlijn. Een interne factor draagt significant bij aan succesvolle integratie van de richtlijn, namelijk als er voldoende rust is in de organisatie ($\chi^2 = 7.00$; p .03).

De externe stimulerende factoren, vooral financiën wordt in 2 van de 3 projecten als hoog benoemd, dat geldt ook voor 40% van externe faciliteiten, vaak zijn er ook externe partijen die zich specifiek inzetten voor het slagen van de richtlijnimplementatie, zoals verwijzers en trainers die implementatiecoördinatoren opleiden (bij het LEVV).

Succes: het einddoel wordt in ruim 60% van de projecten gehaald als er richtlijnen geïmplementeerd moeten worden, integratie in bestaande organisatie, structuur of procedures lukt in bijna 70% van de projecten (tabel 4.4).

Tabel 4.4 Mate van succes, uitgedrukt in het behalen van doelen en mate van integratie bij richtlijnimplementaties, en de vastgestelde succesmaat volgens ZonMw

Mate van succes										
	Totaal		1 (niet succesvol)		2		3 (wel succesvol)		Missing*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doelstelling behaald	18	100%	2	11%	5	28%	11	61%		
Integratie in bestaande organisatie/structuur/procedures	18	100%			3	16%	12	68%	3	16%
Volgens ZonMw	18	100%	4	22%	1	6%	13	72%		

* er werd niet steeds een einddoel, intermediair doel of integratie genoemd of het project was nog niet afgerond

Bevorderende factoren: voor richtlijnimplementaties is er een infrastructuur ontwikkeld voor zorgverleners aangesloten bij het LEVV: zij leiden verpleegkundigen op tot implementatiecoördinator. Daarnaast wordt bij veel richtlijnimplementaties steun vanuit het management of bestuur geboden.

Knelpunten: richtlijnimplementatie wordt veelal gericht op gedragsverandering bij professionals en niet op organisatieverandering.

Leerpunten: niet alleen zorgverleners zijn de beoogde doelgroep bij richtlijnimplementaties, maar ook de organisatie die vaak procedures en onderlinge afstemming moet aanpassen. Bij het inzetten van strategieën kan daarom niet worden volstaan met educatie en informatie voor direct betrokken zorgverleners, maar moet ook aandacht besteed worden aan organisatieverandering. Veranderde procedures en systemen moeten ook bekend gemaakt worden aan zorgverleners die de richtlijn niet zelf gaan gebruiken, maar er via de gebruiker wel mee in aanraking zou kunnen komen.

Bij het **ontwikkelen van een richtlijn** is het vooral belangrijk dat dit van begin af aan organisatiebreed wordt aangepakt. Uit de evaluatie van meerdere projecten volgt dat hierbij een tiental stappen zijn te onderscheiden die de ontwikkeling van een richtlijn positief kunnen beïnvloeden.

C. Conclusies

1. Bij richtlijnimplementaties zijn twee accenten te noemen. Bij richtlijnontwikkeling ligt een belangrijk accent op ontwikkelen en testen, waarbij integratie in de praktijk (dus feitelijke implementatie) nog niet aan de orde is. Pas na de ontwikkelfase volgt de implementatie van de richtlijn en dan wordt begonnen met integratie.
2. Bij de meerderheid van de implementatietrajecten werd het einddoel met succes behaald. De minder succesvolle projecten hadden de implementatie voornamelijk gericht op individuele professionals en niet op de organisatie waar de implementatie plaatsvond. Daardoor lukte het niet om de richtlijn breed te verspreiden.
3. Factoren die bijdragen aan het succesvol bereiken van het implementatiedoel zijn het inzetten van meerdere communicatiekanalen in het begin van het project en voldoende rust in de organisatie. Daarnaast is het aanbod van een training van implementatiecoördinatoren een belangrijke stimulans.
4. Naast training voor individuele zorgverleners die de richtlijn gaan gebruiken, lijkt uitbreiding van de implementatiestrategie met vormen van organisatieverandering noodzakelijk.

4.2.4 Cluster 4: Landelijke organisatiegerichte implementaties (6 projecten), complex

A. Beschrijving

Landelijke organisatiegerichte projecten komen in meest expliciete vorm voor bij grote samenwerkingsprojecten zoals bijvoorbeeld bij de implementatie van kwaliteitssystemen in de zorg. Kenmerkend bij deze projecten is dat de partijen die deelnemen enerzijds koepelorganisaties in de publieke zorg zijn en anderzijds koepels van bijvoorbeeld de lokale overheid, die een regierol hebben in de regio of gemeente. Verder wordt het hele traject van ontwikkeling van kwaliteitsnormen en -instrumenten, naar testen van instrumenten en het implementeren van instrumenten tot (gezamenlijke) benchmarks doorlopen. In dat deel van het traject komen professionals en ook gemeentebestuurders en -bestuurders in beeld. Professionals die hun werkwijze moeten aanpassen aan de kwaliteitseisen en lokale overheidsfunctionarissen die zich de regierol en verantwoordelijkheid voor het beleid eigen maken. Tenslotte moet er gezorgd worden voor bestendiging: het vastleggen van een herkenbaar en bruikbaar systeem.

B. Doelgroepen, doelen, strategieën en overige factoren die succes van implementatie beïnvloeden

Doelgroepen: de eindgebruiker of uiteindelijke doelgroep was bij deze organisatiegerichte projecten zeer divers. Vaak waren uiteraard organisaties of hun medewerkers de einddoelgroep. Dat betrof gemeenten, GGD-en, JGZ, maar ook het management of bestuur van een organisatie, kwaliteitsadviseurs en verschillende professionals. Slechts in 1 project waren patiënten einddoelgroep. In de helft van de projecten werd de groep consumenten als einddoelgroep genoemd, waarbij het dan gaat om degenen die gebruikmaken van preventie en voorlichting. Als intermediair in deze projecten werden beleidsmakers, beroepsverenigingen en landelijke koepels vaker genoemd dan professionals.

Doelen: concreetheid, consensus en stabiliteit, gerelateerd aan succes: bij de helft van de projecten was de mate van concreetheid en stabiliteit van het einddoel enigszins hoog, maar slechts een op de drie projecten had een vergelijkbare mate van consensus.

Strategieën per fase, gerelateerd aan succes: de strategiekeuze bij deze grote projecten varieerde sterk per fase. Informatie en communicatie waren hoog in de startfase, waarbij een centrale werkgroep/stuurgroep de regierol op zich neemt met als doel organisatiegerichte samenwerking tussen landelijke koepels. In het begin van de ontwikkelfase lag het accent op educatie; trainingen voor professionals en deskundigheidsbevordering voor bestuurders, staf en ook voor de lokale overheid. En vervolgens organisatieverandering in de ontwikkel- en borgingsfase door de invoering, het testen en borgen van (producten van) kwaliteitssystemen.

In de oriëntatiefase werd in de helft van de projecten 3 of meer communicatiekanalen gebruikt, verder werden in alle projecten meerdere sleutelfiguren en hulpmiddelen ingezet. In de inzichtfase was in twee derde van de projecten veel aandacht voor instructies, toetsing en feedback. In de acceptatiefase werd in ruim 80% van de projecten communicatie vanuit deskundigen ingezet en ook het aanpassen aan wensen van gebruikers was hoog. In de veranderingsfase zette de helft van de projecten extra hulpmiddelen in; in twee derde van de projecten werd extra informatiemateriaal gegeven en in een derde vaardigheidstrainingen. In de verankeringsfase werd de meeste aandacht besteed aan het inbouwen van de resultaten in bestaande organisaties en procedures (twee derde van de projecten), in de helft van de projecten werd feedback gegeven.

Structuur, cultuur, interne en externe factoren die een rol spelen: alle projecten betroffen grote landelijke implementaties met een complexe structuur. De organisaties

die participeren waren professioneel gericht (twee derde van de projecten) en ook bureaucratisch (een derde) te noemen.

Een cultuuraspect dat gesignaleerd kan worden, is dat in twee derde van de deelnemende organisaties sprake was van gedeelde waarden en doelen.

Wat interne factoren betreft, werd in twee derde van de organisaties steun verleend aan de implementaties door het management en bestuur en in een derde van de projecten was er ook steun van collega's en anderen.

Van de externe stimulerende factoren is de externe facilitering in 80% van de projecten hoog te noemen.

Succes: het einddoel is succesvol behaald in twee derde van de landelijke organisatiegerichte projecten, integratie in de bestaande organisaties, structuur of procedures is in 50% van de projecten gerealiseerd (tabel 4.5).

Tabel 4.5 Mate van succes, uitgedrukt in het behalen van doelen en mate van integratie bij landelijke organisatiegerichte implementaties, en de vastgestelde succesmaat volgens ZonMw

Mate van succes										
	Totaal		1 (niet succesvol)		2		3 (wel succesvol)		Missing*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doelstelling behaald	6	100%					4	67%	2	33%
Integratie in bestaande organisatie/structuur/procedures	6	100%			1	17%	3	50%	2	33%
Volgens ZonMw	6	100%	5	83%	1	17%				

*er werd niet steeds een einddoel, intermediair doel of integratie genoemd of het project was nog niet afgerond

Bevorderende factoren: centrale coördinatie en aansturing is een belangrijke voorwaarde bij landelijke complexe projecten. Verder wordt interactie tussen verschillende professionals, bestuurders en overheidsambtenaren als zeer motiverend ervaren.

Knelpunten: voor de voorbereidende fasen wordt niet voldoende tijd genomen. Actoren die geacht worden de regierol op zich te nemen, hebben meer tijd nodig om zich op die rol voor te bereiden dan verwacht. Vertraging en een vermindering van betrokkenheid kan ontstaan als landelijke communicatiekanalen niet goed functioneren, dus het is van belang deze cruciale functies niet door 1 persoon te laten aansturen (back up voor ziekte en zwangerschap).

Leerpunten: Centrale coördinatie en regie zijn bij grote landelijke projecten tijdens alle fasen van het traject van belang. Niet alleen in de startfase, maar ook in de ontwikkel- en borgingsfase is centrale aansturing van belang. Alle werkvelden zijn dan druk met de ontwikkeling en invoering van instrumenten in het eigen veld, of het zicht krijgen op verantwoordelijkheden of de regierol in de toekomst.

Verder zijn informatie en communicatie bij de start een belangrijke voorwaarde om elkaars taal te leren begrijpen. Overheidsfunctionarissen en zorgverleners of beleidsmakers hebben een eigen jargon en deskundigheid. Om met elkaar samen te werken moet er begrip ontstaan voor die verschillen.

Passende werkvormen per fase in het hele traject vergroten de betrokkenheid. In de startfase is het belangrijk om de eindgebruikers meteen te betrekken bij de landelijke coördinatie en regie om draagvlak te creëren. In de ontwikkelfase is interactie en eventueel gezamenlijke training en interactie van verschillende groepen participanten als zeer motiverend ervaren. Bij toetsing en borging zijn vaste werkgroepen erg functioneel, omdat zij de instrumenten kunnen testen en de rapportages kunnen bespreken.

C. Conclusies

1. Landelijke organisatiegerichte implementaties zijn complex. Veel tijd gaat zitten in het bij elkaar brengen van participanten, in het leren begrijpen van elkaars taal en verantwoordelijkheden in deze trajecten.
2. In termen van succes werd in de meerderheid van de projecten het einddoel wel behaald, maar integratie in bestaande procedures en organisaties maar voor de helft.
3. Centrale coördinatie, draagvlak creëren en de hele procesbewaking moet goed geregeld worden.
4. Het enthousiasme dat in de ontwikkelfase ontstaat door de interactie in trainingen, kan ingezet worden in de borgingsfase door vaste werkgroepen in te stellen voor de borgingsactiviteiten.

4.2.5 Cluster 5: Landelijke zorgverlenersgerichte implementaties (9 projecten): zeer divers

A. Beschrijving

Het cluster landelijke zorgverlenersgerichte implementaties bevat projecten die zich primair richten op de zorgverlener. Het doel is vaak een blijvende gedragsverandering bij huidige (en toekomstige) zorgverleners door klinische toepassing van wetenschappelijke onderzoeksresultaten. Wetenschappelijke inzichten worden in concrete implementeerbare eindproducten omgezet en getoetst. Voor de implementatie worden verschillende verspreidingsvormen gebruikt: een website is een manier voor de verspreiding van vernieuwingen en instrumenten. Daarnaast ook (video)conferenties die inzicht bieden in de toepassing van de vernieuwing in de praktijk. En tenslotte ook bijeenkomsten voor het creëren van draagvlak. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van organisatiegebonden interne communicatiemiddelen (nieuwsbrieven, intranet).

B. Doelgroepen, doelen, strategieën en overige factoren die succes van implementatie beïnvloeden

Doelgroepen: in ruim 50% van de projecten waren patiënten de eindgebruikers of uiteindelijke doelgroep. In een project was ook familie eindgebruiker. In 40% van de projecten waren verpleegkundigen en verzorgenden de direct benaderde doelgroep en in een op de drie projecten waren dit artsen. In enkele projecten hadden verenigingen, beroepsverenigingen of het management en bestuur van participerende organisaties een intermediaire rol. Ook gemeenten, beleidsmakers en professionals zoals gedragswetenschappers werden in enkele projecten als intermediair aangemerkt.

Doelen: concreetheid, consensus en stabiliteit, gerelateerd aan succes: bij meer dan de helft van de projecten was het einddoel niet zo concreet geformuleerd, ook was bij bijna de helft geen hoge mate van consensus en stabiliteit van de doelen. Er werden bij deze projecten vrij weinig intermediaire doelen benoemd. Ondanks de wat lage score op concreetheid, consensus en stabiliteit van de geformuleerde doelen, verliepen vrijwel alle projecten succesvol, waardoor een toetsing op succes niet voor de hand ligt.

Strategieën per fase, gerelateerd aan succes: in het algemeen werd er veel gebruik gemaakt van implementatiestrategieën en daarmee samenhangende interventies. In de oriëntatiefase maakten alle projecten gebruik van sleutelfiguren (meestal 1 persoon), in bijna de helft van de projecten werden 1 tot 2 communicatiekanalen gebruikt en twee van de drie projecten zette allerlei hulpmiddelen in. In de inzichtfase maakte bijna de helft van de projecten gebruik van (4 of 5 verschillende) instructies.

Ook werd er in hetzelfde aantal projecten getoetst. Feedback als strategie werd iets minder ingezet. In de acceptatiefase werden de minste interventies gebruikt: communicatie via deskundigen gebeurde in bijna de helft van de projecten, communicatie via sleutelfiguren en demonstraties in enkele projecten (resp. 2 en 3). In de veranderingsfase werd in een op de drie projecten vaardigheidstraining ingezet alsmede extra hulpmiddelen. Extra informatie werd in enkele projecten verstrekt. Voor de verankering werd in bijna 80% van de projecten aandacht besteed aan het inbouwen van de resultaten in de bestaande procedures. Feedback en het monitoren van de implementatie werden in een op de drie projecten ingezet.

Structuur, cultuur, interne en externe factoren die een rol spelen: meer dan de helft van de projecten betrof een landelijke implementatie, de andere projecten werden lokaal uitgevoerd. Alle projecten waren professiegericht. Wat de invloed van de organisatiecultuur betreft, zien we dat in bijna 60% van de projecten de deelnemers gedeelde waarden en doelen hanteerden.

Wat interne factoren betreft, was er in bijna de helft van de projecten expliciet steun vanuit het management en collega's bij de implementatie. Bij een op de drie projecten werd aangegeven dat er voldoende tijd, capaciteit en financiën ingezet kon worden voor de implementatie. Voldoende rust werd slechts bij een project genoemd.

De externe stimulerende factoren: bij 80% van de projecten waren er in hoge mate externe financiële middelen en bij 70% ook externe faciliteiten ingezet.

Succes: het einddoel werd in bijna 70% van de projecten gehaald. De integratie in bestaande organisatie, structuur of procedures lukte in bijna 80% van de projecten (tabel 4.6).

Tabel 4.6 Mate van succes, uitgedrukt in het behalen van doelen en mate van integratie bij zorgverlenersgerichte implementaties, en de vastgestelde succesmaat volgens ZonMw

	Mate van succes									
	Totaal		1 (niet succesvol)		2		3 (wel succesvol)		Missing*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doelstelling behaald	9	100%			1	11%	6	67%	2	22%
Integratie in bestaande organisatie/structuur/procedures	9	100%	1	11%			7	78%	1	11%
Volgens ZonMw	9	100%	6	67%			3	33%		

* er werd niet steeds een einddoel, intermediair doel of integratie genoemd of het project was nog niet afgerond

Bevorderende factoren: er zijn veel hulpmiddelen ingezet om zorgverleners te ondersteunen bij de implementatie van vernieuwingen of instrumenten, zoals een helpdesk voor gebruikers (zorgverleners), e-learning via een DVD, een webcast, een website met te downloaden hulpmiddelen. Er was voldoende tijd om de vernieuwing eigen te maken, en tijd om te oefenen met de hulpmiddelen (zoals digitale registratie- en feedbacksystemen).

Het gebruiken van nieuwe instrumenten gaat gepaard met metingen (effectstudies): er is voor gezorgd dat digitale meetmethoden aansluiten aan al bestaande 'routine outcome systemen' in de betreffende organisaties, waardoor en geen nieuwe instructies nodig zijn.

Verder is gebruik gemaakt van training on the job door experts en ook scholing van projectleiders over het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

Leren van de ervaringen elders is bevorderd door het koppelen van een instelling die de vernieuwing al heeft ingevoerd aan een instelling die de vernieuwing wil gaan invoeren (samenwerking innoverende praktijken). Daarnaast is een netwerk gecreëerd van gebruikers en ervaringsdeskundigen, of werd een projectleider of -

team aangesteld waar instellingen of personen terecht kunnen die de vernieuwde werkwijze willen toepassen of feedback willen ontvangen.

Knelpunten: terugkomende metingen naar de effectiviteit van interventie kosten veel tijd, dus het is van belang dat dit voor de zorgverleners zo efficiënt mogelijk aangeboden wordt (bv. door middel van online vragenlijsten). Het rekruteren van zorgverleners en hun organisaties om mee te werken aan innovatie kost veel tijd en geld. Steun van het management blijkt essentieel te zijn om met succes deelnemers te werven. En gelijktijdige invoering van meerdere veranderingen binnen een organisatie werkt belemmerend.

Leerpunten: Het gaat in deze projecten vaak over het omzetten van wetenschappelijke inzichten in de klinische praktijk. In deze projecten staan niet de onderzoekers centraal, maar moeten inzichten worden vertaald naar praktische lesstof. Daarbij is de inzet van ervaren doorbrekers (mensen uit die praktijk) als experts om anderen in de praktijk te onderwijzen de meest geslaagde aanpak. Onderzoekers zijn wel aanwezig in deze projecten, maar niet op de voorgrond. Voor bestending op de lange termijn zullen nieuwe inzichten in opleidingen en scholingsprogramma's opgenomen moeten worden (cursusevaluaties en waar nodig aanpassen). Ook al zijn de innovaties wetenschappelijk getest, evaluatie over het gebruik in de praktijk en ruimte voor aanpassing van de vernieuwing aan de praktijk blijft belangrijk. Het is van belang de mening van betrokkenen, die met de vernieuwingen moeten werken bij de besluitvorming te betrekken.

C. Conclusies:

1. Het in de praktijk implementeren en uittesten van kansrijke (en wetenschappelijk aangetoonde) innovaties staat centraal bij deze zorgverlenersgerichte implementaties
2. Ofschoon vooraf gestelde doelen minder gedragen werden door consensus en ook in mindere mate concreet en stabiel waren, zijn veel projecten succesvol afgerond. Ze zijn zowel succesvol in het behalen van de einddoelen, als in de integratie in bestaande procedures of organisaties.
3. Er zijn in alle fasen van de projecten veel interventies ingezet. Een groot aantal hulpmiddelen en ondersteuning is aangeboden.
4. Instructies om met de vernieuwingen om te gaan verlopen succesvol als ervaringsdeskundigen de implementaties begeleiden.
5. De meting van effecten van vernieuwing moet vanwege het lange termijn-karakter zo efficiënt mogelijk aangeboden worden, zodat het zorgverleners weinig tijd kost (online vragenlijsten).
6. Het was stimulerend dat zorgverleners niet alleen als individu benaderd zijn, maar ook samengebracht worden voor het uitwisselen van ervaringen. Deze aanpak creëerde draagvlak.

4.2.6 Cluster 6: Landelijke gebruikersgerichte implementaties(12 projecten)

A. Beschrijving

Het cluster landelijke gebruikersgerichte implementaties bevat projecten die zich primair richten op de persoon die met de verandering gaat werken. Het doel is een blijvende gedragsverandering bij huidige (en toekomstige) zorggebruikers, maar ook het uittesten van de methode (het nieuwe instrument) om deze gedragsverandering te bewerkstelligen. De directe doelgroep in dit cluster is de gebruiker van de verandering of implementatie. Dit is meestal de individuele patiënt, soms echter de zorgverlener, die de patiënt vervolgens zal begeleiden. De middelen die gebruikt worden zijn

(digitale) trainingen voor de gebruikers, of innovatieve online keuzehulp. De gebruikte werkvormen zijn bijeenkomsten, focusgroepsdiscussies, conferenties. Daarnaast wordt materiaal gemaakt dat een breed publiek moet bereiken, zoals flyers, folders en advertenties, of via nieuwsbrieven van patiëntverenigingen, en relevante websites.

B. Doelgroepen, doelen, strategieën en overige factoren die succes van implementatie beïnvloeden

Doelgroepen: de eindgebruikers in deze projecten bestonden voor 70% uit individuele patiënten, (of consumenten), naast bewoners van verzorgings- of verpleeghuizen of zelfs de hele bevolking. In de helft van de projecten waren artsen, onderzoekers en familie intermediairen, beleidsmakers waren dat in ruim 40% van de projecten. In enkele projecten waren verenigingen, beroepsverenigingen, VWS, zorgverzekeraars en andere groepen zorgverleners intermediair.

Doelen: concreetheid, consensus en stabiliteit, gerelateerd aan succes: bij 75% van de projecten was het einddoel concreet geformuleerd, consensus was hoog bij 60% van de projecten en bij de helft van de projecten was er een hoge mate van stabiliteit in de doelstelling. Significante verschillen in kenmerken van doelen werden niet gevonden tussen succesvolle en minder succesvolle projecten.

Strategieën per fase, gerelateerd aan succes: er werd veel gebruik gemaakt van verschillende strategieën en daarmee samenhangende interventies. In de oriëntatiefase werd in 60% van de projecten maximaal 3 sleutelfiguren ingezet. Ruim 40% van de projecten gebruikte maximaal 3 communicatiekanalen en bijna 70% zette 1 tot 4 hulpmiddelen in. In de inzichtfase werd in ruim 40% gebruik gemaakt van toetsen en van meerdere (4 á 5) instructies. Feedback werd in een op de drie projecten ingezet. In de acceptatiefase was in de helft van de projecten gecommuniceerd via deskundigen, in 40% van de projecten werden aanpassingen aan de wensen van gebruikers doorgevoerd en in 20% werden ook demonstraties verzorgd. In de veranderingsfase werd in 1 op de 3 projecten gebruik gemaakt van extra hulpmiddelen en extra informatie. In de verankeringsfase was in 40% van de projecten feedback ingezet, in de helft van de projecten werd gemonitord en in 60% werd aandacht besteed aan het inbouwen van de resultaten in bestaande procedures of organisaties. Projecten waarbij veel instructies werden ingezet in de inzichtfase slaagden er vaker in het einddoel te behalen dan de projecten waarbij dit minder gebeurde ($\chi^2 = 6.00$; $p .05$), en als er in de acceptatiefase meer gecommuniceerd werd via deskundigen werd het einddoel ook vaker met succes behaald ($\chi^2 = 7.00$; $p .03$).

Structuur, cultuur, interne en externe factoren die een rol spelen: de helft van de projecten waren landelijke implementaties, en daarnaast waren er ook enige regionaal (17%) en lokaal (25%) uitgevoerde projecten. Wat de structuur betreft, waren de deelnemende organisaties voornamelijk professioneel (55%). Betreffende de cultuuraspecten was bij 50% van de deelnemende organisaties duidelijk dat men gedeelde waarden en normen hanteerde.

Bij de interne factoren die van belang zijn bij implementatie gaf men in een op de drie projecten aan dat er voldoende tijd was voor de implementatie, maar in 1 project werd expliciet vermeld dat er onvoldoende tijd was. In de helft van de projecten gaf men aan dat er intern voldoende financiële middelen waren voor implementatie, voor de faciliterende middelen gold dat in een op de drie projecten. Voldoende rust in de organisatie om te kunnen implementeren was in 25% van de projecten benoemd, maar 1 project gaf aan dat er onvoldoende rust heerste.

In 75% van de projecten werden externe financiële en faciliterende middelen in hoge mate benoemd als stimulerende middelen.

Succes: het einddoel werd in 75% van de projecten gehaald en de integratie in bestaande organisatie, structuur of procedures was in 50% van de projecten aangetoond (tabel 4.7).

Tabel 4.7 Mate van succes, uitgedrukt in het behalen van doelen en mate van integratie bij gebruikersgerichte implementaties, en de vastgestelde succesmaat volgens ZonMw

Mate van succes										
	Totaal		1 (niet succesvol)		2		3 (wel succesvol)		Missing*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doelstelling behaald	12	100%	1	8%	1	8%	9	75%	1	8%
Integratie in bestaande organisatie/structuur/procedures	12	100%	1	8%			6	50%	5	42%
Volgens ZonMw	12	100%	3	25%			9	75%		

* er werd niet steeds een einddoel, intermediair doel of integratie genoemd of het project was nog niet afgerond

Bevorderende factoren: het gebruik maken van nieuwe media door richtlijnen ook digitaal beschikbaar te maken via een bekende website, een andere optie is de individuele patiënt te benaderen en te volgen met gebruik van sociale media. Verder worden experts ingezet die beschikbaar zijn als vraagbaak voor de individuele patiënt of de begeleidende zorgverlener. Ondersteuning van andere betrokken instanties en hun websites (door middel van links) heeft een positief effect, evenals het gebruik maken van een participatief design als het project door onderzoek gevolgd wordt, waarbij de doelgroep betrokken wordt bij de ontwikkeling van het onderzoek. Als het een project betreft, waarbij zorgverleners begeleidend zijn voor de zorggebruikers, dan is betrokkenheid en verantwoordelijkheid van het management van de organisatie van belang. Stimulerend is ook als er maatschappelijke discussies of trends over het onderwerp gaande zijn, al dan niet ten gevolge van overheidsbeleid.

Knelpunten zijn er vooral op het gebied van praktische belemmeringen, zoals personeelwisselingen bij de zorgverleners die patiënten begeleiden, veranderingen in de organisatie en niet werkende computerprogramma's.

Leerpunten: Het is van belang dat de leermethoden aansluiten bij de doelgroep, waarbij een afweging gemaakt moet worden of bij het thema beter samen geleerd kan worden of beter alleen, bijvoorbeeld achter de computer. Om de motivatie voor deelname hoog te houden, is het belangrijk om de doelgroep van begin af aan en continue bij het proces van leren te betrekken; draagvlak is geen probleem als het project voortkomt uit een praktijkprobleem (bottom up). Een pilot kan goed inzicht geven in mogelijke haalbaarheid en verbeterpunten. Uiteraard is het vervolgens noodzakelijk om de ontwikkeling van (leer-)materiaal of instrumenten te laten aansluiten bij de uitkomsten van de pilot. Ten slotte moet de toepassing van materiaal en instrumenten en de mate waarin deze effect hebben en gebruiksvriendelijk zijn geëvalueerd worden (met interviews, vragenlijsten of panels).

C. Conclusies

1. Bij landelijke gebruikersgerichte implementatie staat het directe nut van de implementatie voor de zorggebruikers centraal. De meest directe vorm is de online (keuze) hulp, waarbij de zorggebruiker zelf afwegingen maakt over het eigen gedrag en leefstijl. Nieuwe sociale media maken het mogelijk om bepaalde doelgroepen direct te benaderen en eventueel te volgen. Bij de indirecte benadering zijn lokale projectgroepen of werkgroepen van een zorginstelling betrokken, die zorggebruikers begeleiden bij veranderingen in gedrag of leefstijl.
2. Een meerderheid van deze projecten blijkt succesvol als het gaat om het behalen van het einddoel. Integratie als succesmaat is niet meteen zichtbaar bij projecten die zorggebruikers direct benaderen.

3. Om zichtbaar te maken of deze implementaties de juiste doelgroep bereiken en ook het beoogde effect heeft op diens gedrag zal onderzoek opgezet moeten worden.
4. Bij deze projecten worden veel interventies ingezet. De projecten zijn succesvoller (in het behalen van het einddoel) als er veel instructies worden gegeven en er veel gecommuniceerd wordt via deskundigen.
5. Betrokkenheid van de gebruikers bij de ontwikkeling van het materiaal en de instrumenten die ingezet worden, naast publieke aandacht voor het onderwerp, zijn beide belangrijke stimulansen voor de gebruikers.

4.2.7 Cluster 7: Implementatie van educatie en begeleiding van zorggebruikers (7 projecten)

A. Beschrijving

Het cluster implementatie van educatie en begeleiding van zorggebruikers bevat projecten die zich primair richten op specifieke groepen zorggebruikers, waarbij zorgverleners en soms ook familie een spilfunctie hebben in het bereiken van het doel naar de zorggebruiker toe. Het doel is een gedragsverandering van de zorggebruiker (patiënt) door het aanbieden van een specifiek ontworpen interventie. Projecten sluiten aan bij wat er wetenschappelijk al bekend is, maar wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van de nieuwe behandelwijze of benadering ontbreekt vaak nog. Aan deze projecten zijn daarom vaak effectiviteitsstudies verbonden. Het effect van een behandeling op het gedrag van zorggebruikers wordt onderzocht door middel van vragenlijsten en interviews. Soms wordt een open gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek uitgevoerd. Informatie over de nieuwe aanpak of behandeling wordt voornamelijk verspreid via patiëntenverenigingen en hun verenigingsbladen of nieuwsbrieven, en daarnaast ook via websites. Directe benadering van de beoogde doelgroep gebeurt ook via zorgverleners waar mee zorggebruikers contact onderhouden.

B. Doelgroepen, doelen, strategieën en overige factoren die succes van implementatie beïnvloeden

Doelgroepen: de eindgebruikers in deze projecten waren zeer gevarieerd, want het betreft hier niet alleen degenen die uiteindelijk baat zullen hebben bij de implementatie. Te denken valt aan educatie en training van ouders om hun kind goed te kunnen begeleiden. Daarnaast bijvoorbeeld training of instructie voor medewerkers bij de GGD of beleidsmedewerkers. Bij de einddoelgroep treffen we dus meerdere groepen aan: allochtone jongeren, familie of ouders van jonge kinderen, GGD- en beleidsmedewerkers. In ruim 70% van de projecten waren onderzoekers intermediair, omdat zij de effectiviteit of validiteit van ontwikkelde trainingen en instrumenten toetsen voordat ze breed ingezet kunnen worden in de praktijk. Daarnaast waren (methodiek-)ontwikkelaars en professionals met een educatieve achtergrond als intermediairen betrokken bij de ontwikkeling en testfase, naast beleidsmedewerkers, gemeenten en grotere organisaties die inhoudelijk thuis zijn op het terrein (RIVM, GGD). Tenslotte hadden ook professionals uit de zorg een intermediaire rol, zoals verpleegkundigen, gezinsmedewerkers of medewerkers van consultatiebureaus.

Doelen: concreetheid, consensus en stabiliteit, gerelateerd aan succes: De einddoelen waren zeer concreet, ook was er in hoge mate consensus en stabiliteit over de gestelde doelen. Aangezien er maar enkele projecten succesvol afgerond waren, is het echter niet zinvol de vergelijking tussen succesvolle en minder succesvolle projecten in een kwantitatieve analyse na te gaan.

Strategieën per fase, gerelateerd aan succes: in de oriëntatiefase werden in bijna 60% van de projecten 1 of 2 communicatiekanalen en ook hulpmiddelen gebruikt. Bij

alle projecten op 1 na werden sleutelfiguren benaderd. In de inzichtfase werden in 40% van de projecten veel instructies en toetsen ingezet. In de acceptatiefase werd bij meer dan de helft van de projecten veel gecommuniceerd via sleutelfiguren en bij evenveel projecten werden aanpassingen uitgevoerd op basis van wensen van de doelgroep. In de veranderingsfase werd maar 1 interventie (extra hulpmiddel) in een project ingezet. In de verankeringsfase werd bij enkele projecten interventies toegepast: 1 keer werd een monitor uitgevoerd, bij 2 projecten werd feedback gegeven en eveneens bij 2 projecten werd gewerkt aan het inbouwen van de implementaties in bestaande organisaties of procedures.

Structuur, cultuur, interne en externe factoren die een rol spelen: in dit cluster waren de meeste projecten landelijk georganiseerd. Er was 1 regionaal en 1 lokaal project. Bij de interne factoren die van belang zijn bij implementatie, werd in bijna de helft van de projecten steun vanuit het management geboden. In enkele projecten werd aangegeven dat er voldoende tijd en capaciteit was om te implementeren. Voldoende financiële steun was in meer dan de helft van de projecten voorhanden. In 1 project werd aangegeven dat er te weinig capaciteit en rust in de organisatie was om te kunnen implementeren

De externe stimulans in termen van financiën en faciliteiten was voor meer dan de helft van de projecten hoog te noemen.

Succes: het einddoel werd maar bij 1 project behaald en de integratie in bestaande organisatie, structuur of procedures lukte bij 2 van de 7 projecten (tabel 4.8).

Tabel 4.8 Mate van succes, uitgedrukt in het behalen van doelen en mate van integratie bij deze educatieve en begeleidingsgerichte implementaties voor zorggebruikers, en de vastgestelde succesmaat volgens ZonMw

Mate van succes										
	Totaal		1 (niet succesvol)		2		3 (wel succesvol)		Missing*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doelstelling behaald	7	100%	2	29%			1	14%	4	57%
Integratie in bestaande organisatie/structuur/procedures	7	100%			1	14%	2	29%	4	57%
Volgens ZonMw	7	100%	1	14%	4	57%	2	29%		

* er werd niet steeds een einddoel, intermediair doel of integratie genoemd of het project was nog niet afgerond

Bevorderende factoren: de projecten in dit cluster zijn vaak het gevolg van een politiek besluit en over het onderwerp is een maatschappelijk of politiek debat gaande (landelijk, soms ook Europees). In deze context is het van belang dat bij de uitvoerende organisaties het management de implementatie steunt. Het kost vaak veel tijd om organisaties of zorgverleners en ook zorggebruikers te motiveren om mee te doen aan de vernieuwing, waardoor soms een financiële beloning wordt ingezet om deelname te stimuleren. Deelname aan de vernieuwing verloopt soepeler als de nieuwe projecten aansluiten bij behoeften vanuit het veld of de professionals. Een flexibele opstelling van onderzoekers, zoals blijkt uit aanpassingen aan opmerkingen uit het veld werkt positief bij het werven van instellingen voor deelname aan de effectstudies.

Knelpunten: personele onderbezetting waardoor zorggebruikers minder frequent worden benaderd als wenselijk, veel personele wisselingen. Het werven van instellingen voor deelname aan het onderzoek naar effecten op het gedrag van de doelgroep kost veel tijd. Er zijn andere lopende studies of veranderingen die tijd en aandacht van de zorgverleners opeisen, waardoor er gebrek is aan capaciteit, prioriteit en tijd.

Leerpunten: er moeten voldoende getrainde medewerkers zijn om de zorggebruikers te assisteren bij de gedragsverandering en later te interviewen of vragenlijsten af te nemen voor de effectstudies. Vaak zijn zorgverleners de sleutelfiguren naar de zorggebruikers, dus het is van belang om bijeenkomsten voor zorgverleners te organiseren om de motivatie tot deelname te verhogen en draagvlak te creëren. Tenslotte is het stimulerend als de mogelijkheid geboden wordt tot uitwisseling van ervaringen (zowel voor zorgverleners als zorggebruikers).

C. Conclusies

1. Bij deze implementaties van een vernieuwing in het behandelingsaanbod ligt de nadruk op educatieve doelen, die rechtstreeks voortkomen uit politieke besluitvorming. Bij de meeste projecten moest de nieuwe behandeling nog getoetst worden.
2. De meeste projecten waren nog niet afgerond met een eindverslag, waardoor ze nog niet succesvol genoemd kunnen worden. Wel valt op dat deze projecten heel duidelijk top-down gestuurd zijn vanuit politieke besluitvorming. Het kost erg veel tijd en inspanning om zowel medewerkers als zorggebruikers te motiveren tot deelname.
3. Er werden vooral in de beginfase erg veel interventies ingezet, waarbij ook veel externe professionals (niet gebonden aan de zorgsector) werden ingezet, zoals methodiekontwikkelaars en professionals met een educatieve achtergrond. Deze vernieuwing werd niet vanuit de zorgverleners zelf benoemd, waardoor het gevaar groter is dat de vernieuwing moet concurreren met andere taken of reeds lopende veranderingen. Dit probleem neemt toe bij tekort in capaciteit of personeelwisseling.
4. Bij top-down vernieuwingen is het van groot belang dat er geïnvesteerd wordt in informatie voor en communicatie met de zorgverleners die een belangrijk deel van de uitvoering van de vernieuwing moeten verzorgen.

5 Conclusies en discussie

Deze studie is opgezet vanuit de gedachte dat ervaringskennis op basis van afgeronde implementatietrajecten kan bijdragen tot inzicht in de mate van succes bij implementaties. De veronderstelling is dat de context waarin implementaties plaatsvinden, bepalend is voor de keuze van strategieën en interventies die al dan niet tot succesvolle implementaties leiden. Een eerste analyse op alle geïnccludeerde ZonMw projecten (79) liet zien dat er redelijk veel verschillende interventies ingezet worden. Een relatie met de mate van succes bleek alleen gerelateerd te zijn aan het investeren in meerdere communicatiekanalen in het begin en het inbouwen in bestaande structuren aan het einde van het implementatietraject. Alleen in de veranderingsfase werden demonstraties van de bruikbaarheid van de implementatie in weinig projecten ingezet.

Het indelen in clusters bleek vervolgens een verhelderende exercitie. Voor elk cluster is nagegaan in welke mate er sprake was van succesvolle implementaties en in welke context die tot stand kwamen. Succes is op twee manieren gemeten: enerzijds is een project als succesvol aangemerkt als het einddoel behaald was en anderzijds is het project succesvol als er integratie van het te implementeren resultaat of product in bestaande procedures en organisaties plaatsvond.

Hieronder worden de belangrijkste conclusies weergegeven, waarbij enerzijds elke cluster met de specifieke context en het behaalde succes besproken wordt en anderzijds ook clusteroverstijgende punten aangedragen worden die inzicht geven in succesvolle implementaties. In deze conclusies worden eveneens de vraagstellingen 3, 4 en 5 beantwoord, omdat per cluster en clusteroverstijgend de meest relevante contextfactoren in relatie tot het in meerdere of mindere mate succesvol zijn, besproken worden.

5.1 Conclusies

5.1.1 *Onderzoek en praktijk nog niet geïntegreerd*

Implementaties in de zorgpraktijk worden meestal voorafgegaan door onderzoek omdat het doel is om bewezen en bruikbare resultaten of instrumenten te implementeren. Fundamenteel onderzoek, valideringsonderzoek en effectstudies zijn noodzakelijke voorwaarden voordat er implementatie plaatsvindt.

Het succesvol bereiken van het onderzoeksdoel is wetenschappelijk gezien een succes, maar integratie in de zorgpraktijk is daarmee nog niet bereikt. Voor fundamenteel onderzoek kan succesvol integreren zelfs nog lange tijd op zich laten wachten, omdat dit onderzoek meestal meerdere opeenvolgende onderzoekscycli vereist, voordat er implementeerbare resultaten zijn. Dat is anders bij validerings- en effectstudies, waarbij onderzoekers de praktijk nodig hebben. Zorgpraktijken die aan deze typen onderzoek meewerken implementeren vaak al (delen van) instrumenten of resultaten die de onderzoeker in samenwerking met hen toetst. Toch is ook bij deze beide typen onderzoek nog geen sprake van de implementatie van bewezen bruikbare resultaten of instrumenten.

Conclusies:

1. deze onderzoeksprojecten beogen geen expliciete implementatie, hun resultaten zijn echter wel noodzakelijke voorwaarden voor implementatie in de zorgpraktijk;
2. de context bij deze projecten is onderzoeksgericht, dit wil zeggen dat contextfactoren bijdragen aan succesvol onderzoek, maar niet aan rechtstreekse implementatie.

5.1.2 Een nieuwe richtlijn raakt ook de organisatie

Bij richtlijnimplementaties is al veel kennis over het voortraject, namelijk de ontwikkeling van richtlijnen. Er is een geaccepteerde stapsgewijze methodiek ontwikkeld. Voor de implementatie van richtlijnen zijn eveneens ondersteunende instrumenten ontwikkeld, zoals een training voor implementatiecoördinatoren. Eén aspect bij de richtlijnimplementatie krijgt nog weinig aandacht. De implementatie blijkt succesvoller te zijn als niet alleen verandering in het handelen van individuele zorgverleners wordt gestimuleerd, maar ook noodzakelijke veranderingen in de organisatie worden doorgevoerd. Organisatieverandering is van belang omdat ook de procedures waarin de nieuwe richtlijn ingebed moet worden om aanpassingen vragen. Verder moeten ook andere zorgverleners naast degenen die de nieuwe richtlijn hanteren op de hoogte zijn van de implicaties en mogelijke veranderingen in het zorgproces, waarin ook zij participeren.

Conclusie: bij richtlijnimplementatie is naast gedragsverandering van zorgverleners ook organisatieverandering als strategie een noodzakelijk onderdeel van het implementatieproces.

5.1.3 Begeleide interactie leidt tot gemotiveerde samenwerking

Grote landelijke organisatiegerichte implementaties worden gekenmerkt door complexe en langdurende processen, waarbij afstemming, taakverdeling in bevoegdheden en verantwoordelijkheden tot gezamenlijke (deels nieuwe) activiteiten leiden. De centrale regierol om partijen bij elkaar te brengen is van groot belang gedurende het hele traject. Een belangrijk omslagpunt ontstaat als in de ontwikkelfase men door interactieve bijeenkomsten en trainingen enthousiast en gemotiveerd raakt om aan het traject te werken.

Conclusie: samenwerkingsverbanden die ontstaan tijdens de ontwikkelfase zijn een belangrijk aangrijpingspunt om langer lopende werkgroepen in te stellen die ook de verantwoordelijkheid voor borging en continuïteit kunnen dragen.

5.1.4 Ervaringsdeskundigheid en collegiale uitwisseling zijn instructief voor professionals

Bij landelijke zorgverlenersgerichte implementaties worden veel interventies ingezet in alle fasen van de implementatie. De meeste zorgverlenersgerichte implementaties zijn succesvol, maar instructies van ervaringsdeskundigen verlopen het meest succesvol. Verder werkt het uitwisselen van ervaringen over de vernieuwing stimulerend.

Conclusie: zorgverlenersgerichte implementaties zijn het meest succesvol als ze gedragen worden door sociale contacten met collega's gericht op uitwisseling van ervaringen.

5.1.5 Instructie en deskundigheid stimuleren individueel benaderde zorggebruikers

Bij landelijke gebruikersgerichte implementaties blijkt de individugerichte benadering via digitale middelen goed te werken als er veel instructies gegeven worden en deskundigen de spreekbuis zijn om te stimuleren tot 'nieuw' gedrag. Ook is

betrokkenheid bij het (verder) ontwikkelen van het aangereikte materiaal stimulerend. *Conclusie:* directe digitale instructie en informatie door experts stimuleert tot reflectie op of verandering van eigen (gezondheids-)gedrag.

5.1.6 Externe top-down vernieuwing vraagt veel stimulans

Bij de implementatie van educatie en begeleiding van zorggebruikers gaat het vaak om implementaties die top-down aangestuurd zijn, onder andere vanuit politieke besluitvorming. Er gaat dan veel energie zitten in het stimuleren tot participatie van zowel zorgverleners als zorggebruikers .

Conclusie: vernieuwingen die top-down geïmplementeerd worden, kosten veel tijd om deelnemers te rekruteren.

5.2 Clusteroverstijgende conclusies

1. Bij meerdere clusters blijkt de aangestuurde interactie tussen collega-zorgverleners, maar ook tussen professionals met verschillende achtergronden (zorgverleners, beleidsmakers en overheids-functionarissen) stimulerend en motiverend te werken. De conclusie is, dat sociale contacten en samenwerking tijdens het implementatietraject belangrijke aangrijpingspunten zijn voor het delen van verantwoordelijkheden en de borging van de geïmplementeerde resultaten of instrumenten.

2. Interventies worden bij vrijwel alle clusters in hoge mate ingezet en ook in alle fasen van de implementatie. Dit is een antwoord op vraagstelling een in deze studie. Ook wordt tegemoet gekomen aan het in eerder onderzoek aangetoonde gegeven, dat meervoudige implementatiestrategieën effectiever zijn dan enkelvoudige (Bauer, 2002; Davies and Taylor-Vaisey, 1997; Francke et.al., 2008; NHS Centre for reviews and dissemination, 1999; Wensing et.al., 1998). Communicatie, informatieverstrekking en het inbouwen in bestaande procedures of organisaties komen daarbij het meest nadrukkelijk naar voren. Ook het monitoren van de verandering is een belangrijke factor. In het algemeen werden bij minder succesvolle projecten minder interventies ingezet, maar slechts bij enkele clusters waren er significante verschillen.

3. Voldoende tijd, capaciteit en rust in de organisatie zijn belangrijke factoren in de context van implementaties. Ook steun van het management of bestuur is cruciaal. Deze punten werden bij verschillende clusters naar voren gebracht. Het blijkt weliswaar meestal maar door 1 of 2 projecten per cluster genoemd te worden, deze factoren zijn wel bepalend voor het doorzetten van een traject. Als er te weinig tijd of personeel is, geen draagvlak of urgentiegevoel wordt gecreëerd, of als er nog andere veranderingstrajecten lopen, blijken organisaties of individuele zorgverleners het soms op te geven en stopt de participatie in een project. De conclusie is, dat het belangrijk is om bij de selectie van deelnemende organisaties of individuen te letten op randvoorwaarden van tijd, capaciteit en rust. Na de start van een project is flexibiliteit van belang ingeval bij participanten niet meer voldaan wordt aan deze randvoorwaarden.

4. Contextfactoren en succes zijn voor een belangrijk deel duidelijk gerelateerd aan een specifiek cluster. Zo is het aanvullen van de strategie bij richtlijnimplementatie met organisatieverandering naast gedragsverandering duidelijk aan de context van richtlijnimplementaties gebonden. Het gebruikmaken van ervaringsdeskundigen zoals bij zorgverlenersgerichte implementaties van belang blijkt, kan natuurlijk ook een goede strategie zijn bij zorggebruikers. Echter een zorggebruikersgerichte individuele online benadering biedt daarvoor geen directe mogelijkheden. Bij de online benadering past veel instructie en communicatie via deskundigen. Top-down gestuurde implementaties kunnen in feite ook voorkomen bij andere clusters dan de

educatieve en begeleidende interventies die direct volgen op politieke besluitvorming. Maar de clusters waarin betrokkenheid van de praktijk en professionals gebaseerd is op het belang dat zij erbij hebben, is bij de meeste clusters veel meer de basis.

5. Fundamenteel onderzoek en ook effectstudies en valideringsonderzoek zijn geen implementaties, maar voorbereidende onderzoeksactiviteiten. De relatie tussen onderzoek en praktijkimplementaties vraagt om extra inzet en verder onderzoek.

5.3 Discussie

De centrale vraagstelling van deze studie richt zich op het traceren van succesvolle combinaties van contextfactoren en implementatiestrategieën tegenover minder succesvolle. Een eenduidig antwoord is daarop niet te formuleren. Enerzijds vanwege de diversiteit van de zeven clusters en anderzijds vanwege de beschrijvende analyse van het materiaal. De gegevens waarop deze studie is gebaseerd betreffen documenten: subsidieaanvragen, voortgangs- en eindverslagen van ZonMw projecten. Van elk project werden dus minimaal twee documenten doorgenomen. Deels werd de analyse gebaseerd op een voorgestructureerd schema, deels werd een kwalitatieve analyse toegepast die extra aanvullende onderwerpen over een bepaalde context opleverde. Toetsend vergelijken van succesvolle en minder succesvolle projecten was niet mogelijk. Slechts over het gebruik van interventies konden in voldoende mate gegevens gegenereerd worden om enkele verschillen te benoemen. Een belangrijk deel van de analyse is beschrijvend, hetgeen voor de opdracht van deze studie het meest relevant was. De betrouwbaarheid van verrichte analyses is gemeten door een interrater-ratervergelijking van de twee onderzoekers die deze studie uitvoerden.

Op één onderwerp na konden alle thema's uit het voorgestructureerde analyseschema in de documenten getraceerd worden. Perceptie van de implementatie door doelgroepen en ook het inschatten van de kennis van de doelgroep of gebruikers over het te implementeren product was lastig uit de voortgangs- en eindverslagen te halen. Vaak beschrijven projectleiders of onderzoekers de voortgang en het resultaat van een project. De weergegeven indrukken blijven percepties van deze auteurs van verslagen. Dit betekent dat we in de verwerking van gegevens de perceptie van eindgebruikers en doelgroepen niet hebben meegenomen. Om de perceptie van doelgroepen en eindgebruikers in kaart te krijgen zou bij elk implementatietraject in het begin, halverwege en aan het eind met hen kort geëvalueerd moeten worden.

De succesmaat van 'het behalen van einddoelen' is het meest van toepassing gebleken. Slechts van 15% (12 van de 79) projecten was niet bekend of het einddoel bereikt was. Van de succesmaat 'integratie in bestaande procedures of organisatie' is bij 41% (32 van de 79) projecten niet bekend is of ze daarin geslaagd zijn.

Bij de selectie van projecten was aan ZonMw medewerkers gevraagd om ongeveer de helft succesvolle en de helft minder succesvolle projecten te selecteren. Het resultaat was dat zij een op de drie projecten als minder succesvol benoemden. Vergelijken we de succesmaten die gebruikt werden in deze studie met de selectie vooraf door ZonMw, dan valt op dat er tijdens het onderzoek minder weinig succesvolle projecten getraceerd werden. Wel was er voor bijna 50% van de projecten overeenkomst wat betreft de geslaagde projecten, in de definitie van 'het einddoel is behaald'. De relatie tussen succesprojecten van ZonMw en de succesmaat 'integratie in bestaande procedures of organisatie' betrof een op de drie projecten.

Dat er in de selectie van ZonMw meer projecten als minder succesvol benoemd werden, heeft voor een deel te maken met de extra informatie die ZonMw medewerkers hebben, omdat zij de procesgang van projecten tijdens de uitvoering

gevolgd hebben. Dit pleit ervoor om opmerkelijke procesgegevens tijdens de looptijd van een project te verzamelen.

5.4 Slotbeschouwing

Anders dan verwacht blijkt niet zozeer het bepalen van implementatiestrategieën en het voldoende inzetten van interventies een graadmeter voor succes te zijn. Wel kan geconstateerd worden dat bij minder succesvolle projecten iets minder interventies gepleegd worden.

Daarentegen zijn er andere aandachtspunten die wel om verdere uitwerking en onderzoek vragen:

1. De afstemming tussen onderzoek en praktijk. Hoe kunnen innovaties die een belangrijke opbrengst zijn van fundamenteel onderzoek geïmplementeerd worden in zorgpraktijken? Onderzoekers zijn niet bij uitstek degenen die deze brugfunctie kunnen vervullen, omdat hun expertise niet op dat gebied ligt. Er is een heel traject te gaan van innovatieresultaat naar bruikbare toepassing in de zorg. Dat traject zal verder uitgewerkt moeten worden, inclusief het vaststellen van de competenties die vereist zijn voor dit overbruggingstraject.
2. Hoe kunnen de op elkaar betrokken contacten die ontstaan tussen onderzoekers en praktijk bij effectstudies en valideringsonderzoek ingezet worden voor de verdere verspreiding van bewezen bruikbare resultaten? Bij dit type onderzoek verwerft de onderzoeker ten behoeve van de verrichte studies kennis van de praktijk, die efficiënter gebruikt kan worden bij verdere verspreiding.
3. Structurele voorwaarden zoals voldoende tijd en capaciteit om implementaties uit te voeren, alsmede steun van leidinggevenden, moeten meegenomen worden bij de benadering en selectie van participanten in implementaties om te voorkomen dat deze voorwaarden tot minder succesvolle trajecten leiden. In dit verband vragen ook top-down projecten om extra aandacht. Als projecten niet vanuit een vraag bij zorggebruikers, zorgverleners of organisaties in de zorg ontstaan, is veel informatie en overreding een voorwaarde om tot enig succes te leiden. In deze startsituaties is een pilot of haalbaarheidstoets een belangrijke voorwaarde om succesvol te kunnen implementeren.

Literatuur

- Bauer, M.S. A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harv Rev Psychiatry*, 2002; 10: 138-153
- Benne, K. & Chin, R. General strategies for effecting changes in human systems. In : W.Bennis, K.Benne & R.Chin (Eds). *The planning of change (2nd edition)*. London : Holt, Rinehart & Winston, 1974
- Damoiseaux, V., Van de Molen, H.T., & Kok, G.J.(redactie). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen : Van Gorcum en Comp B.V., 1993
- Davis, D.A., Taylor-Vaisey, A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997; 157: 404-416
- Fleuren, M., Wiefferink, K., Paulussen, T. Determinants of innovation within health care organizations, Literature review and Delphi study, *International Journal for Quality in Health Care*, 2004; 16: 2:107-123
- Francke, A.L., Smit, M.C., de Veer, A.J.E., Mistiaen, P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2008; vol. 8, nr. 38
- Grol, R. Beliefs and evidence in changing of clinical practice. *BMJ* 1997 ; 315 : 418-421
- Grol, R., Wensing, M. *Implementatie. Effectieve verbetering van patientenzorg*. Maarssen : Elsevier Gezondheidszorg, 2006
- Heiligers, P. J.M., Calsbeek, H., Friele, R. *Ontwikkeling Implementatiemonitor ZON*. Utrecht: NIVEL, 2001, p 187
- Hulscher, M, Wensing, M. & Grol, R. *Effectieve implementatie: theorieën en strategieën*. Den Haag: Zon, WOK, 2000
- Kiefe, C.I., Sales, A. A State-of-the-art Conference on implementing evidence in health care, editorial. *Journal of General Internal Medicine*, 2006; 21: S67-S70
- Leune, H. Onderwijs en overhead. In: N.Verloop & J.Lowyck (red.). *Onderwijskunde: Een kennisbasis voor professionals*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff, 2003
- Lippit, G.L. *Organisation renewal: a holistic approach to organization development*. Englewood Cliffs: Prentice Hall. 1982
- Mann, K.V. Educating medical students: lessons from research in continuing education. *Acad Med* 1994; 69: 41-49
- NHS Centre for reviews and Dissemination: getting evidence into practice. *Effective Health Care Bulletin*. 1999; 5:1-16
- Plas, M., Fleuren, M., Friele, R., Haaijer-Ruskamp, F., Keijsers, J., Ravensbergen, J., Klazinga, N., Wensing, M. Begrippenkader voor het "wat" en het "waarom" bij implementatie van vernieuwingen in patiëntenzorg en preventie. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, vol. 85, 2007, nr. 3, p. 160
- Rogers, E.M. *Diffusion of innovations*. New York: the free Press, 1983.
- Rogers, E.M. Diffusion of preventive innovations. *Addictive behaviors*, 2002; 27: 989-993

- Sales, Anne; Smith, Jeffrey; Curran, Geoffrey; Kochevar, Laura.. Models, Strategies, and Tools: Theory in Implementing Evidence-Based Findings into Health Care Practice. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, Feb 2006; 2, 21: S43-S49, DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00362.x; (AN 20451350)
- Scheerens, J.Evaluatie. In: P.J.J.Stijnen et.al. (red.). *Transformatie van schoolorganisaties*. Alphen a/d Rijn/Heerlen: Samson, H.D. Tjeenk-Willink/Open Universiteit, 1993
- Theunissen, N.C.M. ,te Pas,S.M.E., Friele, R.D. *Evaluatie implementatiemonitor ZonMW: onderzoek naar de relatie tussen implementatieplannen en hun uitkomsten*. Utrecht: NIVEL, 2003, p 153
- Walrecht, E.S. *Brede innovatie, passende strategie? De Groninger Vensterschool als casus van onderzoek naar strategie en invoering*. Dissertatie RUG. Veenendaal: Universal Press, 2006
- Wensing, M., Weiden, T. van der, Grol, R. Implementation guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br J Gen Pract*. 1998; 48: 991-997
- Wensing, M., van Splunteren, P., Hulscher, M. en Grol R. *Praktisch nieuw: implementaties van vernieuwingen in de gezondheidszorg*. Assen, Van Gorcum en Comp. B.V.:2000

Bijlage 1: Analyzeschema

A. Analyse van doelen, doelgroepen, omgevingsfactoren, structurele factoren

Projecttitel:
Projectnummer:
Probleem:

Doel(en):
Intermediair doel:

Einddoel 1:

Einddoel 2:

<i>Doelen</i>	1 (laag)	2	3	4	5 (hoog)
Intermediaire doelen					
Mate van concreetheid					
Mate van consensus					
Mate van stabiliteit					
Einddoel 1					
Mate van concreetheid					
Mate van consensus					
Mate van stabiliteit					
Einddoel 2					
Mate van concreetheid					
Mate van consensus					
Mate van stabiliteit					

Toelichting bij intermediaire doelen:

Toelichting bij einddoel 1:

Toelichting bij einddoel 2:

<i>Aantal interventies</i>	Aantal	Toelichting
Informatief		
Educatief		
Faciliterend en motiverend		
Sturend		
Combinaties		

Doelgroepen	Subdoelgroep	Aanwezig ja/nee	Als intermediair/ gebruiker/doelgroep	Als einddoelgroep
Patiënt				
Bewoners van een instelling				
Consument				
Zorgverlener	Arts			
	Verpleegkundigen			
	Verzorgenden			
	Fysiotherapeuten			
Docenten				
Familieleden				
Onderzoekers				
Verenigingen				
Beroepsverenigingen				
Opleiders				
Beleidsmakers				
Facilitaire dienst				
Management/bestuur				
Zorgverzekeraars				
VWS				
Maatschappij				
....				

Type doelgroepen en perceptie van implementatie/interventie (Rogers, 2003)	Relative advantage Ja/nee	Compatibility Ja/nee	Complexity Ja/nee	Triability Ja/nee	Observability Ja/nee
Individu: zorgverlener					
Individu: patiënt					
Organisatie klein/regionaal/locaal					
Organisatie groot/landelijk					

Type doelgroepen en Mate van bekendheid/betrokkenheid	Innovators Ja/nee	Early adopters Ja/nee	Early majority Ja/nee	Late majority Ja/nee	Late laggards Ja/nee
Individu: zorgverlener					
Individu: patiënt					
Organisatie klein/regionaal/locaal					
Organisatie groot/landelijk					

Omgevingsfactor en (intern)					
Omvang organisatie	Landelijk Ja/nee	Regionaal Ja/nee	Locaal Ja/nee	aantal zorgverleners	aantal overig personeel
Structuur van organisatie	Bureaucratie:hiër archisch Ja/nee	Marktgericht: veel regels Ja/nee	Professie gericht: gedeeld Ja/nee	Baas-gestuurd: klein en eenhoofdig Ja/nee	Afstemming op processtru ctuur Ja/nee
Cultuur van organisatie	Sfeer Pos/Neg	Gedeelde doelen en waarden Ja/nee	Rituelen/symbolen/c eremonies Ja/nee	Mythen/legende n Ja/nee	Helden Ja/nee

Steun in de organisatie	Steun management Ja/nee	Steun collega's Ja/nee	Steun (andere) zorgverleners Ja/nee	Steun anderen Ja/nee	
Voldoende faciliteiten in de organisatie	Voldoende tijd Ja/nee	Voldoende capaciteit Ja/nee	Voldoende financiën Ja/nee	Voldoende rust Ja/nee	
Andere interne organisatiefactor:.....					
Andere interne organisatiefactor:.....					
Omgevingsfactoren (extern)	1(laag)	2	3	4	5(hoog)
Financiële middelen					
Faciliterende middelen					
Andere externe organisatiefactor:.....					
Andere externe organisatiefactor:.....					
Andere externe organisatiefactor:.....					

Mate van succes					
	1 (niet succesvol)	2	3 (wel succesvol)		
Volgens ZonMw					
Doelstelling behaald	1 (nee)	2	3	4	5(hoog)
- intermediaire doelen					
- einddoel 1					
- einddoel 2					
	1(laag)	2	3	4	5(hoog)
Integratie in bestaande organisatie/structuur/procedures					
	1(laag)	2	3	4	5(hoog)
Overige					

Toelichting bij mate van succes:

B. Analyse van strategiekeuze

Soorten strategieën naar fase (Grol en Wensing, 2006)

Projecttitel en projectnummer:					
Doel van strategie	Gebruikte middelen				
Oriëntatiefase: informatie en uitleg	Aantal communicatiekanalen	Aantal sleutelfiguren	Aantal hulpmiddelen voor informatie		
Inzichtfase: kennis overdragen via educatie	Aantal/mate van instructies (1=laag) tot 5 (=hoog)	Aantal/mate van toetsen (1=laag) tot 5 (=hoog)	Aantal/mate van feedback (1=laag) tot 5 (=hoog)		
Acceptatiefase: motiveren en overtuigen, faciliteren	Mate van communicatie via sleutelfiguren (1=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van communicatie via deskundigen (1=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van demonstraties over uitvoerbaarheid (1=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van aanpassen aan wensen doelgroep(en) (1=laag) tot 5 (=hoog)	
Veranderingsfase: Sturen, faciliteren, doelen bijstellen	Mate van hulpmiddelen aanreiken (1=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van vaardigheids-trainingen aanbieden (1=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van informatie-materiaal verschaffen (1=laag) tot 5 (=hoog)		
Verankeringsfase: Monitoren, feedback, integratie in praktijk, in dagelijks handelen	Mate van feedback geven (1=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van monitoren van verandering (1=laag) tot 5 (=hoog)	Mate van inbouwen in bestaande procedures, plannen, zorgketens, contracten (1=laag) tot 5 (=hoog)		

Toelichting bij *gebruikte middelen*:

Aantal communicatiekanalen:

Aantal sleutelfiguren:

Aantal hulpmiddelen voor informatie:

Aantal/mate van instructies:

Aantal/mate van toetsen:

Aantal/mate van feedback:

Mate van communicatie via sleutelfiguren:

Mate van communicatie via deskundigen:

Mate van demonstraties over uitvoerbaarheid:

Mate van aanpassen aan wensen doelgroep(en): ?

Mate van hulpmiddelen aanreiken:

Mate van vaardigheidstrainingen aanbieden:

Mate van informatiemateriaal verschaffen:

Mate van feedback:

Mate van monitoren van verandering:

Mate van inbouwen in bestaande procedures, plannen, zorgketens, contacten:

C. Analyse van producten

	Ja/nee (aantal)	landelijk	Regionaal	Internationaal	Anders
Onderzoek:					
Netwerk:					
Publicaties:					
Citaties:					
Publiciteit (congressen/seminars, etc)					

Bijzonderheden project

Algemeen:

Aanvraag (A):

Voortgangsverslag (VV):

Eindverslag (EV):

Bijlage 2: Voorbeeld van een kwalitatieve analyse van een project

Bijzonderheden project

Algemeen: Het project wordt volledig ondersteund door het management. Er is een landelijke stuurgroep xxxxxxxx, daaronder zit een ziekenhuisbrede projectgroep en daaronder een afdelingswerkgroep. Het project wordt breed gedragen.

Aanvraag (A):

Ondanks een aangetoonde effectieve en doelmatige interventie, blijkt screening en behandeling van xxxxxxxx bij opname in het ziekenhuis nog steeds geen gemeengoed te zijn in Nederland. De hindernissen die genomen moeten worden om wel tot screening en behandeling over te gaan liggen o.a. op de volgende vlakken:

- de aarzelingen van het ziekenhuismanagement om extra kosten te maken voor de xxxxxxxx
- de organisatie van de screening van xxxxxxxx (uitvoering en dus extra werklast voor verpleegkundigen)
- de organisatie van de voedselvoorziening (facilitair management, assistenten)

Het project is ingebed in het project xxxxxxxx. Voor dit project is er al een pilot geweest, waarbij in zes ziekenhuizen een implementatie is geweest. Hieruit waren verschillende producten voortgekomen, voor zowel raden van bestuur, zorgverleners als patiënten.

De implementatie begon landelijk, maar verandert in de loop van het project van landelijk naar per ziekenhuis. Er is dus ruimte voor aanpassing van de implementatie aan de lokale ziekenhuiscultuur/structuur. Dit zou het succes van de implementatie positief kunnen beïnvloeden.

Voortgangsverslag (VV):

Op bestuurlijk niveau moet worden besloten of de prestatie indicator xxxxxxxx in volle omvang in de basisset indicatoren wordt opgenomen. (Met andere woorden: er wordt besloten of de screening en behandeling xxxxxxxx onderdeel wordt van een routine voor ziekenhuispersoneel).

Tijdens de bijeenkomsten is er gebruik gemaakt van ervaringsdeskundigen.

Eindverslag (EV):

Elke deelnemende afdeling/polikliniek formeerde een werkgroep (verbeterteam) die verantwoordelijk was om het verbeterproject op de eigen afdeling of polikliniek uit te voeren (EV pag. 6).

Opname van xxxxxxxx in de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ (Inspectie voor de GezondheidsZorg). Vanaf 2007 wordt van ziekenhuizen verwacht dat ze het screeningspercentage van alle opgenomen patiënten jaarlijks melden (EV pag. 8), evenals het halen van de xxxxxxxx op de vierde opnamedag.

Het management is betrokken bij het project door middel van overleg met de inspectie voor de gezondheidszorg, de Nederlands Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten. Hierbij is een prestatie-indicator xxxxxxxx opgesteld.

Een succesfactor voor de aanpak van xxxxxxxx is dat aansluiting wordt gezocht bij andere ontwikkelingen in het ziekenhuis (EV pag. 11).

In de ziekenhuizen is de verantwoordelijkheid voor de screening overgeheveld van de projectgroep naar het management (EV pag. 19).

Bijlage 3a: Een deel van de kwalitatieve analyse van een cluster

Contextfactoren landelijke gebruikersgerichte implementaties

- Wensen en behoeften van eindgebruikers zijn geïnventariseerd in de discussiebijeenkomsten in het ziekenhuis. Hier viel op dat er groot enthousiasme bestond onder de deelnemers voor deze bijeenkomsten. De kans om kennis te nemen van ervaringen van anderen werd ook zeer gewaardeerd. Vaak hebben zorgverleners niet de gelegenheid om te leren van anderen of om ervaringen te delen. Het onderzoek bracht mensen uit de zorgverlening voor deze doelgroep bij elkaar.
- Voorafgaand aan dit onderzoek is er een pilot geweest om aan de hand van interviews en vragenlijsten de onderzoeksopzet uit te werken.
- Het onderzoeksproject heeft een participatief design met nadruk op interactie en samenwerking tussen onderzoekers en onderzochten. Het betreft een exploratief onderzoek waarin meerdere kwalitatieve methoden worden ingezet om de validiteit te vergroten. Het gaat om semigestructureerde interviews, focusgroep discussies en observaties.
- xxxxxxxx. Op dit onderdeel is vertraging opgelopen. De vertraging berust op de noodzaak van aanvullende financiering (inmiddels verkregen) en complicaties in de ontwikkeling van software. Vlak na toekenning van de subsidie kwam het veld van onder meer xxxzorg en xxxzorg onder grote politiek/budgettaire druk te staan, met onzekerheid over werkgelegenheid en de noodzaak van herbezinning op bestaande taken en samenwerkingsverbanden. Besturen van instellingen moesten tijdelijk gas terugnemen en ook was extra overleg met ziektenkostenverzekeraars nodig.
- Doordat de oorspronkelijke onderzoeker van het eenzaamheidsproject nadien elders emplooi heeft gevonden en omdat aanvullende analyses wenselijk waren, heeft het afronden van wetenschappelijke publicaties vertraging opgelopen.
- Aanbevelingen: 1) Commitment van leidinggevenden is cruciaal voor de implementatie van een nieuwe methodiek en het werven van deelnemers voor een training zoals in dit project. 2) Het trainen van professionals is geen garantie voor implementatie. Vanuit hun professionele autonomie bepalen professionals doorgaans immers zelf welke methodieken zij wensen toe te passen. 3) De gehanteerde bekostigingssystematiek kan een belemmering vormen voor de invoering van een nieuwe methodiek. 4) Er blijkt meer tijd nodig dan voorzien om wetenschappelijke artikelen (a) te schrijven en (b) gepubliceerd te krijgen. 5) Bij het aanbieden van concrete trainingen dient rekening gehouden te worden met jaarscholingsprogramma's van betreffende instellingen.
- De cursisten hadden de mogelijkheid om de docenten van de training gedurende de invoering van de cursus te consulteren.
- Het management van de instelling zal eerst uitdrukkelijke toestemming moeten geven en moet bereid zijn in het project te investeren door een coördinator voor dit project aan te stellen die zijn/haar rol in werktijd kan vervullen.
- De resultaten van dit project zullen worden gecommuniceerd op (inter)nationale wetenschappelijke fora.
- Er is al duidelijk vraag naar een goede, niet invasieve test voor de vroege opsporing van xxxxxxxx en derhalve naar toepassing van de resultaten van dit project. Dit blijkt o.a. uit de uitkomsten van de consensusontwikkeling bijeenkomst over dit onderwerp en de brief van de minister van VWS aan de 2e kamer [...]. In zijn algemeenheid is er maatschappelijke discussie over xxxxxxxx.
- Voor de implementatie van de digitale trainingsmodule was meer tijd vereist, hetgeen nu niet mogelijk was. Tijdsgebrek, werkdruk en de weerbarstigheid van de

dagelijkse praktijk speelde bij de hulpverleners een belangrijke rol in het al dan niet succesvol kunnen integreren van het werken met de trainingsmodule in de dagelijkse werkzaamheden. Een aantal hulpverleners moest ook wennen aan het zelfstandig leren en werken met de computer. Verder is het belangrijk dat hulpverleners zich door het management ondersteund voelen en zich gestimuleerd voelen in kennisverbetering en onder werktijd tijd krijgen om in de digitale trainingsmodule te werken.

- De intervisie wordt door alle deelnemers leerzaam gevonden. Vooral het intercollegiale aspect vindt men zinvol, evenals het ideeën uitwisselen met elkaar
- Bij het werven cursisten is eerst een mailing verzonden naar de regionale instellingen. Wegens te lang uitblijven van reacties is later telefonisch en/of per e-mail persoonlijk contact opgenomen. Het op deze wijze direct benaderen van leidinggevenden is uiteindelijk effectiever gebleken, maar heeft niet kunnen voorkomen dat de trainingen later hebben plaatsgevonden dan gehoopt.
- Op geleide van de informatie van professionals en patiënten wordt de digitale richtlijn waar nodig en mogelijk binnen het budget aangepast.
- Er is een digitale trainingsmodule ontwikkeld. De digitale leer methode is gedurende drie maanden door 38 hulpverleners in drie aan dit project deelnemende GGZ instellingen gebruikt. Uit de evaluatie bleek dat de digitale leer methode bijdraagt aan verbetering van kennis van hulpverleners. Of daarmee de hulpverlening is verbeterd, is (nog) niet te zeggen.
- Participatieve opzet was erg inspirerend voor alle betrokkenen. Dit project heeft ons geleerd de doelgroep overal en continu bij ons werk te betrekken.
- We hebben het project lokaal uitgevoerd, maar de verspreiding van de resultaten en de implementatie op een landelijk netwerk gericht.

Bijlage 3b: Eindresultaat kwalitatieve analyse van een cluster

Landelijke gebruikersgerichte implementaties kort

Team 2 (3 projecten), team 3 (6 projecten), team 4 (2 projecten) en team 5 (1 project)

Wat: Het cluster 'landelijke gebruikersgerichte implementaties' bevat projecten die zich primair richten op de persoon die met de verandering gaat werken. **Doel:** Een blijvende gedragsverandering bij huidige (en toekomstige) gebruiker, maar ook het uittesten van de methode (het nieuwe instrument) om deze gedragsverandering te bewerkstelligen. **Doelgroep:** Directe doelgroep in dit cluster is de gebruiker van de verandering/implementatie. Dit is meestal de individuele patiënt, soms echter de zorgverlener. **Methode:** (Digitale) Trainingen aan de gebruikers, innovatieve online keuzehulp. **Implementatie:** via een projectgroep per locatie, een afdelingswerkgroep per afdeling, en een landelijke stuurgroep. De individuele patiënt wordt meestal via een website benaderd waarop de implementatie digitaal wordt aangeboden. **Communicatie:** via bijeenkomsten, focusgroepsdiscussies, conferenties en websites, en voor de bevolking ook via flyers, folders en advertenties, of via nieuwsbrieven van patiëntverenigingen, en relevante websites. Bij onderzoek worden de resultaten worden gecommuniceerd via wetenschappelijke artikelen. **Bevorderende factoren:** betrokkenheid van het bestuur/management (en verantwoordelijkheid management), aansluiten van het project bij andere ontwikkelingen in de instelling, meerdere mensen verantwoordelijkheid geven (werkgroepen instellen), gebruik maken van nieuwe media (bv. richtlijnen ook digitaal beschikbaar maken via een bekende website, zodat ook de interactie makkelijk is, de individuele patiënt benaderen en volgen mbv social media). Experts die beschikbaar zijn als vraagbaak (voor de zorgverlener/individuele patiënt). Maatschappelijke discussies of trends over het onderwerp, al dan niet ten gevolg van overheidsbeleid. Ondersteuning van andere betrokken instanties/media en hun websites (dmv links). Aanpassing van het onderzoeksvoorstel aan ervaringen in de praktijk. Maak de doelgroep medeonderzoeker dmv een participatief design met nadruk op interactie en samenwerking onderzoekers en onderzochten ((afh. van doelgroep) betrek de doelgroep bij de ontwikkeling van onderzoeksinstrumenten en bij uitvoering interviews met andere zorggebruikers). **Knelpunten:** Personeelwisselingen. Organisatieveranderingen. Tijdsgebrek. Werkdruk. Niet werkende computerprogramma's. **Leerpunten:** De toepassing van de verandering (en effectiviteit, gebruiksvriendelijkheid instrument) door de gebruikers moet worden geïnventariseerd en geëvalueerd (middels interviews/vragenlijsten/panels). Er is een verschil tussen verbetering van kennis en verbetering in hulpverlening (dit geldt voor de zorgverlener). Leermethoden laten aansluiten bij de doelgroep (samen leren of juist alleen achter de computer, voor teamplayers of een eizelgänger). Betrek de doelgroep van begin af aan en continue bij het proces (eenmaal niet betrekken verlaagt motivatie voor deelname). Een pilot kan goed inzicht geven in mogelijke haalbaarheid, knel- en verbeterpunten. Ontwikkeling instrumentarium laten aansluiten bij uitkomsten experiment. Bij gebleken effectiviteit van het gebruikte instrument deze inpassen in huidige aanbod. Draagvlak is geen probleem als het project voortkomt uit een praktijkprobleem (bottom up).

Actielijn 2

Internationaal implementatieonderzoek en implementatiebeleid van onderzoeksfinanciers:

een overzicht anno 2010

*Michel Wensing
Mariëlle Ouwens
Linda Boerboom*



Radboud University Nijmegen Medical Centre

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare)

Missie

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) is een internationaal topcentrum voor onderzoek, onderwijs en ondersteuning op het gebied van kwaliteit, veiligheid en innovatie in de gezondheidszorg. Daarmee willen we bijdragen aan effectieve, veilige, patiëntgerichte en ethisch verantwoorde patiëntenzorg.

Onze ambities

- Uitvoeren van hoogwaardig wetenschappelijk onderzoek op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de zorg. Bij een internationale visitatie werd IQ healthcare neergezet als 'excellent' en 'world leading' op het terrein van kwaliteit en patiëntveiligheid van de zorg.
- Verzorgen van onderwijs op het gebied van kwaliteit en veiligheid van zorg.
- Ondersteunen van zorgaanbieders, beleidsmakers, beroeps- en patiëntenorganisaties, instellingen, zorgverzekeraar en overheden bij de implementatie van optimale patiëntenzorg.

IQ healthcare is een onafhankelijke, zelfstandige afdeling van het UMC St Radboud. Het instituut is actief in de eerstelijnsgezondheidszorg, de intra- en transmurale zorg, paramedische wetenschappen, verplegingswetenschap en ethiek. In het instituut werken ruim 140 mensen. Het team is ervaren, deskundig en sterk door haar multiprofessionele samenstelling van artsen, verpleegkundigen, paramedici, gezondheidswetenschappers, epidemiologen, sociale wetenschappers en ethici.

Belangrijke thema's

- Implementatie van richtlijnen en 'best practices'
- Meten en evalueren van innovaties in de zorg
- Patiëntveiligheid en veiligheidsmanagement
- Professionele ontwikkeling van klinische professionals
- Ethische en morele aspecten van kwaliteit en veiligheid
- Versterken van de rol van patiënten in de zorg
- Indicatorontwikkeling, transparantie en publieksinformatie
- Integrale zorg, ketenzorg en 'disease management'
- Leefstijl, zelfmanagement en therapietrouw voor patiënten
- Zorg voor kwetsbare ouderen en palliatieve zorg

Correspondentie

Mw. Dr. Mariëlle Ouwens
Scientific Institute for Quality of Healthcare,
UMC St Radboud
Postbus 9101 (114 IQ healthcare)
6500 HB Nijmegen
T: 024-8186648/b.g.g. 024-3616560
E: M.Ouwens@iq.umcn.nl
www.iqhealthcare.nl

Bezoekadres

Geert Groteplein Noord 21
Route 114
6525 EZ Nijmegen

INHOUD

SAMENVATTING	4
1. ACHTERGROND	7
2. METHODE	9
2.1 Kennis over implementatiestrategieën	9
2.2 Activiteiten van onderzoekfinanciers	10
3. RESULTATEN	11
3.1 Implementatiestrategieën	11
3.1.1 Organisatorische implementatiestrategieën.....	11
3.1.2 Feedback, reminders en beslissingsondersteuning.....	12
3.1.3 Patiëntgerichte implementatiestrategieën	13
3.1.4 Educatieve implementatiestrategieën	13
3.1.5 Meervoudige implementatiestrategieën	14
3.1.6 Marktgerichte implementatie strategieën	14
3.2 Implementatiebeleid van onderzoeksfinanciers.....	15
3.2.1 Onderzoeksprogrammering	16
3.2.2 Aanbieden van onderzoeksresultaten.....	16
3.2.3 Versterken van vraag naar onderzoek.....	17
3.2.4 Uitwisseling tussen onderzoekers en gebruikers van onderzoek	17
3.2.5 Evaluatie van implementatie activiteiten	18
4. DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN	19
4.1 Onderzoek naar implementatiestrategieën.....	19
4.2 Implementatieactiviteiten van onderzoeksfinanciers	20
4.3 Aanbevelingen.....	20
REFERENTIES	21
BIJLAGE 1 Link tussen onderzoek en toepassing	29
BIJLAGE 2 Overzicht van strategieën.....	32

Leden projectgroep

Dhr. Dr. Michel Wensing, senior onderzoeker, IQ healthcare

Mw. Dr. Mariëlle Ouwens, sectiehoofd IQ development, IQ healthcare

Mwr. Drs. Linda Boerboom, wetenschappelijk onderzoeker

SAMENVATTING

In het afgelopen decennium is het onderzoek naar implementatie van beschikbare en nieuwe kennis over verbeteringen in de patiëntenzorg internationaal tot ontwikkeling gekomen. Er is veel kennis beschikbaar en in dit rapport wordt hiervan een overzicht gegeven. Dit gebeurt door het inventariseren en toegankelijk maken van internationale kennis uit onderzoek naar de soorten en effectiviteit van implementatiestrategieën en door het verkennen van het implementatiebeleid van enkele grote financiers van gezondheidszorgonderzoek in de wereld.

Kennis over implementatiestrategieën

Om inzicht te krijgen in studies over effectieve implementatiestrategieën, is een systematische zoekactie uitgevoerd in twee grote internationale bestanden van gepubliceerd gezondheidszorgonderzoek (Pubmed, Cochrane Library). Er is gezocht naar systematische overzichten ofwel reviews waarin onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van verschillende implementatiestrategieën voor het verbeteren van de patiëntenzorg. We hebben gezocht naar reviews gepubliceerd in de periode 2006-2009. Dit leverde 141 publicaties op, die zijn samengevat in tabellen. Als de gevonden reviews worden ingedeeld volgens de aandachtsgebieden van ZonMw dan valt het volgende op. Het overgrote deel van de gevonden literatuuroverzichten (n=110) heeft betrekking op de curatieve zorg, zowel eerstelijnszorg als ziekenhuiszorg. Veel minder reviews zijn geïnccludeerd die gingen over implementatie binnen de overige gebieden namelijk: zorg en samenleving (n=13), preventieve zorg (n=4), langdurige zorg (n=3) en fundamenteel onderzoek (n=0). Onze conclusies zijn dus vooral gebaseerd op bevindingen in de curatieve zorg.

Als de reviews worden ingedeeld naar soort implementatiestrategie dan ontstaat het volgende beeld. Ongeveer de helft van de reviews (n=55) gaat over organisatorische implementatiestrategieën, zoals bijvoorbeeld versterking van patiëntenzorgteams, invoering van informatietechnologie en varianten van geïntegreerde zorg. De overige typen implementatiestrategieën zijn ongeveer in gelijke mate vertegenwoordigd in de gevonden literatuuroverzichten: feedback, reminders en beslissingsondersteuning (n=19); patiëntgerichte strategieën (n=18); educatieve strategieën (n=15); marktgerichte strategieën (n=12); en combinaties van implementatiestrategieën (n=12).

Met betrekking tot de gerapporteerde effecten kan het volgende worden gesteld. Wat betreft de professioneel gerichte strategieën lijken nascholing van zorgverleners en terugkoppeling van gegevens (feedback) gemiddeld een klein positief effect te hebben op het professioneel handelen. Beslissingsondersteuning is relatief veel onderzocht, onder meer in relatie tot het voorschrijven van medicatie, en lijkt eveneens een effectieve strategie. De effecten van nieuwere vormen van scholing op implementatie van kennis, zoals e-learning en educatieve spellen, zijn nog niet goed onderzocht.

Hierbij moet wel bedacht worden dat sprake is van een aanzienlijke variatie in de gevonden effecten en dat er uiteenlopende effectmaten zijn toegepast. De strategieën die niet vallen in de categorieën zoals hierboven genoemd, zijn niet altijd primair op implementatie van kennis gericht, maar dienen vaak ook andere doelen. Al met al kunnen implementatiestrategieën dus gunstige effecten op professioneel handelen hebben. Effecten op patiëntuitkomsten zijn minder evident. Een aantal literatuuroverzichten laat positieve effecten zien van organisatieverandering op patiëntuitkomsten, maar de (intermediaire) effecten op professioneel handelen zijn dan vaak niet onderzocht. Marktgerichte strategieën, zoals aanpassing van vergoedingen of het bevorderen van transparantie van de kwaliteit, lijken invloed te hebben op het aantal verrichtingen of zorggebruik conform de voorspellingen door de klassieke economische theorie (bijvoorbeeld hogere eigen bijdrage leidt tot verminderd zorggebruik). De effecten van de

onderzochte patiëntgerichte strategieën (patiënteducatie en therapietrouw bevorderende interventies) op implementatie van kennis in de zorgverlening zijn niet helder.

Activiteiten van onderzoekfinanciers

Om na te gaan wat het implementatiebeleid is van onderzoekfinanciers en wat de door hen uitgevoerde activiteiten zijn, zijn de websites bekeken van enkele grote financiers. Er is gekozen voor de volgende landen en onderzoekfinanciers: Australië (NHMRC), België (KCE), Canada (CIHR), Duitsland (BMBF), Engeland (NIHR), de Verenigde Staten (AHRQ) en Nederland (ZonMw). De implementatie activiteiten zijn geordend volgens een raamwerk voor implementatiebeleid in gezondheidszorgsystemen van Lavis. Het overzicht van activiteiten is niet uitputtend, maar indicatief. Op basis van onze analyse kunnen we de volgende conclusies trekken. Enerzijds hebben de onderzoekfinanciers voor een deel dezelfde activiteiten op het gebied van implementatie van kennis. Vrijwel alle onderzoekfinanciers ondersteunen samenwerking van onderzoekers en gebruikers, gericht op implementatie van kennis, rond een bepaald onderwerp (bijvoorbeeld dementie, eerstelijnszorg). Een aantal organisaties geeft op de website een link naar een groot aantal klinische richtlijnen. Anderzijds leggen onderzoekfinanciers eigen accenten. Zo legt CIHR uit Canada veel nadruk op bundeling van kennis (kennissynthese), verstrekken van informatie en online cursussen gericht op implementatie, en op project- en persoonsgebonden financiering van implementatieonderzoek. NHMRC uit Australië geeft onderzoeksresultaten in allerlei vormen, zoals succesverhalen, samenvattingen voor leken, en podcasts. Er zijn ook enkele opvallende activiteiten, die maar één onderzoekfinancier lijkt uit te voeren. Voorbeelden zijn het verplicht stellen van open access publicaties, Café Scientifique (wetenschapsvoorlichting aan het publiek) en Synopse (jongeren betrekken bij wetenschap). Al deze voorbeelden zijn afkomstig van CIHR uit Canada.

Conclusies

Implementeren van innovaties voor het verbeteren van de patiëntenzorg staat steeds meer op de onderzoeksagenda. De door ons gevonden reviews gingen met name over organisatorische implementatiestrategieën en betroffen vooral de curatieve zorg. Sommige reviews laten zien dat implementatiestrategieën het professioneel handelen kunnen verbeteren en sommige organisatorische strategieën kunnen patiëntenuitkomsten verbeteren. Alle gevonden reviews zijn door ons weergegeven in overzichten en onderzoeksorganisaties en onderzoekers kunnen hiermee hun voordeel doen, vooral als het gaat om verbetering van de curatieve zorg. Implementatie wordt door onderzoekfinanciers zoals ZonMw op allerlei manieren gestimuleerd. Financiers kunnen bij elkaar ideeën opdoen voor mogelijke activiteiten ter bevordering van de implementatie van kennis in de gezondheidszorg. Het Canadese CIHR lijkt de meest uitgebreide en diverse set van activiteiten te hebben op dit gebied.

1. ACHTERGROND

Implementatie

Veel patiënten ontvangen niet de best mogelijke zorg en nieuwe inzichten voor het verbeteren van de zorg worden vaak niet opgevolgd (1-3). Het implementeren van kennis gaat niet vanzelf, zelfs niet als het wetenschappelijk bewezen effectief is. Implementatie is echter een betrekkelijk nieuw vakgebied met elementen in zich van veranderekunde, onderwijskunde, (organisatie) psychologie, sociologie, marketing en management. Hoewel de kennis over implementatie de laatste jaren is toegenomen, zijn er ook nog veel vragen met name over welke interventies op welk moment het meest effectief zijn en welke infrastructuren binnen en buiten organisaties optimaal ondersteunend zijn voor implementatie.

ZonMw

Het actief werken aan een brede implementatie van kennis in de Nederlandse gezondheidszorg is een belangrijke opdracht van ZonMw. ZonMw ondervindt de kloof tussen kennisontwikkeling en toepassing dagelijks en weet dat implementatie expliciet en actief moet worden aangepakt. In 2001 is het ZonMw programma Effectieve Implementatie (EI) afgerond waarin onder meer overzichten zijn gemaakt van implementatie interventies en beïnvloedende factoren bij implementatie (4). Sindsdien zijn veel nieuwe ervaringen en onderzoeksresultaten beschikbaar gekomen. Daarom achtte ZonMw de tijd rijp voor een "update" van beschikbare kennis om zo een impuls te geven aan een nieuw implementatie onderzoek- en ontwikkelprogramma.

Kennis van Implementatie Programma

ZonMw heeft aan 3 kennisinstututen gevraagd een kortdurend onderzoek uit te voeren naar de huidige kennis over implementatie, het zogenaamde Kennis van Implementatie Programma (KIP). IQ healthcare, iBMG en NIVEL hebben elk een actielijn uitgewerkt met een specifieke onderzoeksvraag. De centrale vragen in het programma Kennis van Implementatie zijn:

- Welke strategieën of mogelijkheden zijn er voor het implementeren van innovaties?
- Werken deze strategieën voor het implementeren van innovaties?
- Waar kun je ondersteuning krijgen bij het implementeren van innovaties?

Deze vragen worden beantwoord vanuit een 3-tal invalshoeken:

1. Wat is hierover bekend vanuit reeds uitgevoerde projecten die zijn gefinancierd door ZonMw? (actielijn 1 uitgevoerd door het NIVEL)
2. Wat is hierover bekend vanuit de literatuur en in andere landen? (actielijn 2 uitgevoerd door IQ healthcare)
3. Wat is hierover bekend vanuit instituten en andere gremia in Nederland? (actielijn 3 uitgevoerd door iBMG).

Dit rapport is een beschrijving van actielijn 2. Naast de rapporten per actielijn wordt door de betrokken onderzoekers één gemeenschappelijke synthese geschreven.

Doelstelling

Voor het beantwoorden van de hierboven geformuleerde vraagstelling heeft IQ healthcare de invalshoek genomen van beschikbare internationale literatuur over implementatie en het implementatiebeleid van onderzoeksfinanciers.

Het doel van het onderzoek is tweeledig:

1. Inventariseren en toegankelijk maken van internationale kennis uit onderzoek naar de effectiviteit van implementatiestrategieën
2. Verkennen van het implementatiebeleid van enkele grote financiers van gezondheidsonderzoek in de wereld.

2. METHODE

2.1 Kennis over implementatiestrategieën

Omdat het aanbeveling verdient om nieuw onderzoek en beleid te oriënteren op gebundelde onderzoekskennis en niet zozeer op afzonderlijke studies, is er gezocht naar systematische overzichten van studies naar effecten van implementatiestrategieën.

Er is een systematische search uitgevoerd in Pubmed en de Cochrane Library voor de periode 2006 tot en met 2009, gericht op systematische overzichten van studies naar de effecten van implementatiestrategieën. Geïnccludeerd zijn alle typen implementatiestrategieën, in alle sectoren van zorg en preventie, gericht op het bevorderen van implementatie van kennis bij (gediplomeerde) zorgverleners of preventiewerkers. Er zijn door ons geen formele eisen gesteld aan de methodologische kwaliteit van de individuele studies, behalve dat in het onderzoek sprake moest zijn van empirische metingen van professioneel handelen of patiëntuitkomsten. In veel gevallen omvatten de literatuuroverzichten kwantitatieve evaluaties met een parallele controlegroep (al dan niet gerandomiseerd). Het literatuuroverzicht moest in elk geval gebaseerd zijn op een systematische literatuursearch; niet-systematische beschouwingen vielen buiten het bestek van dit rapport. Aan de kwaliteit van de literatuuroverzichten werden geen verdere eisen gesteld.

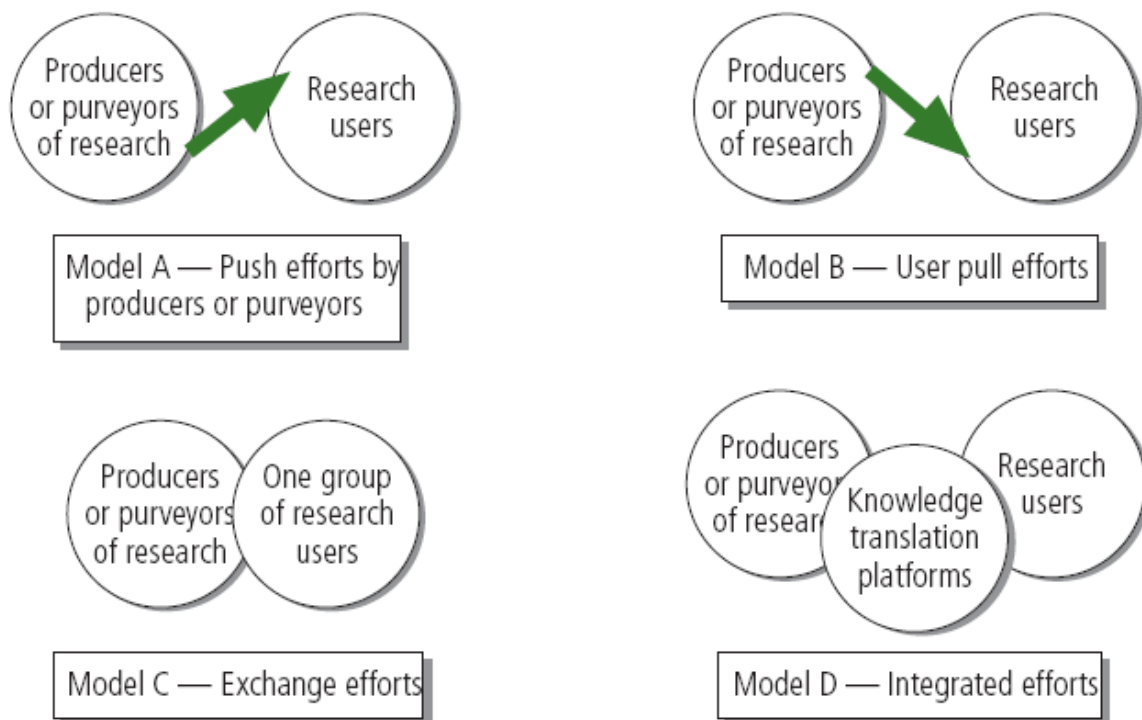
De gehanteerde zoektermen zijn: quality improvement, improvement, improving, intervention(s), strategy, strategies AND organisational, organizational, educational, e-learning, internet-based learning, ICT, Information technology, knowledge management, decision support, professional development, role revision, case management, clinical pathways, integrated care, collaborative care, team, structured care, organizational culture, organisational culture, leadership, high-volume, low-volume, diagnosis related group system, diagnosis-related group system, financial, pay for performance, reimbursement, contracting, transparency, consumer choice, patient safety, regulations, prevent, prevention, care.

Twee onderzoekers hebben de geïnccludeerde reviews beschreven in tabellen aan de hand van de volgende items: auteur, jaar van publicatie, onderwerp, de setting, het type patiënten dat is betrokken, de implementatiestrategie, de betrokken zorgverleners of andere participanten, het aantal studies dat geïnccludeerd werd in het review, de belangrijkste resultaten en de conclusie van de auteurs.

2.2 Activiteiten van onderzoekfinanciers

Voor de verkenning van het implementatiebeleid van onderzoekfinanciers heeft een analyse plaatsgevonden van de websites van onderzoekfinanciers in enkele grote of ons omringende westerse landen namelijk: Australië, België, Canada, Duitsland, Engeland en de Verenigde Staten. Ook de activiteiten van ZonMw zijn bestudeerd en beschreven. Er is gezocht naar de grootste financier van toegepast onderzoek in de gezondheidszorg in deze 7 landen. Vanwege de haalbaarheid is de verkenning beperkt tot organisaties met een Engelse of Duitstalige website. De websites van de genoemde organisaties werden bekeken, evenals hierop te vinden documenten en links, om vast te stellen welke "implementatie activiteiten" zij ontplooiën. Dit gebeurde door twee onderzoeksmedewerkers, die onafhankelijk van elkaar werkten. Lavis heeft een aantal modellen beschreven om "research" te linken aan "action" (zie figuur 2) (5).

Fig. 2. Models for linking research to action



WHO 06.106

De gevonden activiteiten werden geordend volgens een raamwerk van Lavis voor implementatiebeleid in gezondheidszorgsystemen. (zie bijlage 1) Een aantal activiteiten in dit raamwerk werd buiten beschouwing gelaten, omdat deze geen betrekking hebben op onderzoekfinanciers. De inventarisatie van activiteiten is bedoeld om een indruk te krijgen van de activiteiten, maar kan niet als uitputtend worden beschouwd.

3. RESULTATEN

3.1 Implementatiestrategieën

In totaal zijn er 141 gepubliceerde literatuuroverzichten gevonden. (zie bijlage 2) ZonMw hanteert een aantal veldgebonden thema's. In tabel 1 staan de 5 thema's van ZonMw en het aantal reviews dat gevonden is binnen dit thema.

Tabel 1. Aantal gevonden reviews per veldgebonden thema van ZonMw

Strategieën	Aantal
Kwaliteit en Doelmatigheid	121
Zorg en samenleving	13
Preventie	4
Langdurige Zorg	3
Wetenschap en Innovatie	0

Het overgrote deel van de gevonden reviews (n=121) heeft betrekking op curatieve zorg (dit valt onder Kwaliteit en Doelmatigheid), inclusief chronische aandoeningen. Hierbij zitten 11 reviews die betrekking hebben op verbetering van zorg bij psychische psychiatrische problematiek (6-16). In totaal 13 reviews zijn ingedeeld onder het thema zorg en samenleving (17-29). Hieronder zitten veel "marktgerichte implementatiestrategieën" die gaan over de effecten van eigen bijdragen, beleid ten aanzien van medicatieprijzen, bevorderen van transparantie, smart home technologieën en beleid ten aanzien van gezondheidszorg in landelijke gebieden. Vier reviews gaan over aspecten van preventie, waaronder vaccinatiengraad, preventie van infecties en bevorderen van borstvoeding (30-33). Drie reviews betreffen langdurige zorg bij kwetsbare ouderen of verstandelijk gehandicapten (34-36). Geen enkel review ging over verspreiding of implementatie van fundamenteel onderzoek.

De gevonden reviews zijn ook ingedeeld naar soort implementatiestrategie. In tabel 2 staat weergegeven hoeveel reviews er per categorie gevonden zijn. Elk review is bij één categorie ingedeeld. In de hierna volgende paragrafen worden de bevindingen samengevat per categorie en worden enkele opvallende zaken uitgelicht.

Tabel 2. Overzicht van de gevonden reviews (n=141)

Strategieën	Aantal
Organisatorische implementatiestrategieën	62
Feedback, reminders, beslissingsondersteuning	19
Patiëntgerichte implementatiestrategieën	18
Educatieve implementatiestrategieën	15
Combinaties van implementatiestrategieën	15
Marktgerichte implementatiestrategieën	12

3.1.1 Organisatorische implementatiestrategieën

De grootste categorie is organisatorische implementatiestrategieën met 62 reviews. (zie bijlage 2) Binnen deze categorie vallen allerlei vormen van organisatieveranderingen, die (mede) tot doel hebben om bepaalde kennis (over goede patiëntenzorg) te implementeren. Er wordt dus veel onderzoek gedaan naar organisatorische strategieën. Echter, onze indruk is dat dit voor een belangrijk deel observationele studies betreffen. De organisatorische strategieën kunnen

op meerdere manieren worden ingedeeld, afhankelijk van het gekozen perspectief. Hier hanteren wij een indeling waarover eerder is gepubliceerd door Wensing en anderen in het blad *Implementation Science* (37).

Versterkte inzet van niet-artsen, zoals apothekers en verpleegkundigen

Twee reviews laten zien dat versterkte inzet van apothekers gunstige effecten op de klinische praktijk kan hebben (38;39). Extra inzet van verpleegkundigen lijkt gunstige effecten op capaciteit en tevredenheid te hebben zonder verlies van kwaliteit of veiligheid (40).

Versterking van patiëntenzorg teams

De opbrengst van versterkte patiëntenzorgteams lijkt volgens het beschikbare onderzoek wisselend (41;42). Het betreft een grote diversiteit van interventies, zodat een nadere analyse nodig is om zinvolle conclusies te trekken. Een hypothese is dat zowel versterkte expertise als versterkte coördinatie nodig zijn voor het verbeteren van de klinische praktijk (41).

Trainingen van professionals op het gebied van functioneren in teams

Er worden overwegend gunstige effecten gerapporteerd over trainingen voor professionals op het gebied van teamfunctioneren, maar niet alle studies hebben een sterk design en meten vaak geen effecten op professioneel handelen of patiëntuitkomsten (43-45).

Versterking van informatietechnologie

Drie reviews laten zien dat het inzetten informatietechnologie allerlei positieve effecten kan hebben, maar niet alle studies laten daadwerkelijk effecten zien op professioneel handelen of patiëntuitkomsten (46-48).

Kwaliteitsmanagement, inclusief cultuur en leiderschapsinterventies

De studies in deze rubriek zijn veelal observationeel van aard. De meerwaarde van kwaliteitssystemen of leiderschap voor implementatie van kennis is niet goed aangetoond. Enkele reviews betreffen specifiek verpleegkundig leiderschap (49;50). Een review naar de effectiviteit van 'communities of practice' vond geen relevant onderzoek (51).

Geïntegreerde zorg, inclusief ketenzorg, disease management, klinische paden

De reviews over varianten van geïntegreerde zorg lieten overwegend gunstige effecten zien op patiëntuitkomsten en, in mindere mate, ook op professioneel handelen en kosten (52;53). Onhelder is echter wat precies de werkzame bestanddelen zijn van de samengestelde verbeterprogramma's.

CONCLUSIE

Er zijn veel verschillende organisatorische strategieën voor implementatie. Strategieën gericht op teamfunctioneren, ICT en geïntegreerde zorg zijn veelbelovend.

3.1.2 Feedback, reminders en beslissingsondersteuning

De categorie, feedback, reminders en beslissingsondersteuning bevat 19 reviews (zie bijlage 2). Er zijn veel studies over audit en feedback voor zorgverleners (terugkoppeling over het handelen op basis van toetsing), en dit onderzoek is van relatief goede methodologische kwaliteit. Helaas is het aantal gevonden literatuuroverzichten beperkt (54;55). Het aantal studies per review varieerde van 10 tot 118. Een omvangrijk Cochrane review van audit en feedback (n=118 studies) liet een gemiddeld effect op professioneel handelen zien van 5% verbetering (56), vergelijkbaar met de effectiviteit van scholing bij zorgverleners. Audit en feedback wordt vaak in combinatie met andere implementatiestrategieën toegepast, maar volgens dit review waren dergelijke combinaties niet systematisch effectiever dan alleen audit en feedback.

De overige 17 literatuuroverzichten hebben betrekking op beslissingsondersteuning en reminders (=enkelvoudige herinneringen). Deze reviews hebben voornamelijk betrekking op het voorschrijven van medicatie, monitoring van patiënten en preventieve zorg. Er werden overwegend positieve effecten op kwaliteit en uitkomsten van zorg gevonden in de verschillende literatuuroverzichten (57-60). Een review (n=106 studies) vond een aantal factoren die samenhangen met effectiviteit van beslissingsondersteuning, zoals automatische gegevensverzameling uit dossiers en mogelijkheid tot hulp voor gebruikers zonder controle door externen (61). Implementatie van systemen voor beslissingsondersteuning en andere vormen van informatietechnologie is opgenomen bij de organisatorische implementatiestrategieën.

CONCLUSIE

Reminders en feedback kunnen leiden tot 5% verbetering van het handelen.

Automatisering van gegevens en ondersteuning hebben daarbij een positief effect.

3.1.3 Patiëntgerichte implementatiestrategieën

Patiëntgerichte implementatiestrategieën kunnen de implementatie van kennis bevorderen door patiënten te betrekken bij verbetering van zorg, bijvoorbeeld door hen te informeren over wat aanbevolen medische zorg is. Interventies gericht op patiënten, zoals patiënteducatie, kunnen uiteenlopende doelen hebben, waaronder het voldoen aan regelgeving omtrent voorlichting van de patiënt, wegnemen van ongerustheid, en bevorderen van therapietrouw. Er is zeer veel onderzoek gedaan naar 'gedragsmatige' interventies gericht op patiënten. Door ons zijn 18 reviews geselecteerd van patiëntgerichte interventies waarin een relatie kon worden gelegd met verbetering van de klinische praktijk. (zie bijlage 2) Het aantal studies per review varieerde van 0 tot 91. Een aantal reviews betrof patiënteducatie, al dan niet in een specifieke groep (COPD, diabetes, kanker, psychiatrie). De impact hiervan op de klinische praktijk komt niet goed naar voren uit de gevonden literatuur (62;63). Andere reviews betroffen interventies, die waren gericht op het bevorderen van therapietrouw (wat kan worden opgevat als implementatie van kennis bij de patiënt). Hieruit komt een wisselend beeld naar voren. Van Dulmen et al (2007)(64) geven een omvattend overzicht van deze therapietrouw bevorderende interventies.

CONCLUSIE

Het effect van strategieën gericht op de patiënt is niet duidelijk aangetoond.

3.1.4 Educatieve implementatiestrategieën

Er is veel onderzoek gedaan naar de effecten van scholing van zorgverleners op hun handelen en de uitkomsten van zorg. Het overgrote deel hiervan is op artsen gericht en een groot deel betreft onderzoek met een parallelle controlegroep, die veelal op basis van randomisatie van deelnemers was samengesteld (*randomized trials*). Er zijn in de onderzochte periode (2006 tot en met 2009) in totaal 15 literatuuroverzichten gevonden die (gedeeltelijk) betrekking hebben op dit type strategieën. (zie bijlage 2) Per review zijn 1 tot 201 studies geïnccludeerd. Min of meer traditionele scholingsvormen (schriftelijk materiaal, educatieve bijeenkomsten, praktijkbezoeken) hebben volgens de beschikbare Cochrane reviews gemiddeld een effect van circa 5% verbetering in het professioneel handelen (65-67). Opvallend is dat ook het toesturen van educatief materiaal gemiddeld dit effectief had, hoewel tot voor kort werd gedacht dat deze strategie niet effectief zou zijn (65). Bij deze gemiddelden hoort een aanzienlijke variatie in effecten, die grotendeels onverklaard is. Het is bijvoorbeeld niet zo dat combinaties van educatieve interventies systematisch effectiever waren dan enkelvoudige educatieve interventies.

Van nieuwere vormen van scholing van zorgverleners, zoals e-learning en educatieve spellen, zijn de effecten nog onduidelijk. Hoewel een review naar e-learning bij zorgverleners ruim 200 studies omvat (68), waren er slechts 19 studies waarin professioneel handelen of patiëntenuitkomsten waren gemeten.

In deze 19 studies werd geen duidelijk effect gevonden. In de overige studies werd meestal alleen effect op kennis of houdingen bij zorgverleners onderzocht. Scholing gericht op het functioneren in patiëntenzorgteams wordt in dit rapport behandeld bij de organisatorische implementatiestrategieën.

CONCLUSIE

Traditionele educatie voor professionals leidt, net zoals audit en feedback, tot 5% verbetering van het professioneel handelen. De effecten van moderne educatie moeten verder worden onderzocht.

3.1.5 Meervoudige implementatiestrategieën

Er zijn 15 reviews geïnccludeerd die een combinatie van implementatiestrategieën betreffen en vaak gericht zijn op een bepaald klinische onderwerp of patiëntengroep (zoals astmazorg) (zie bijlage 2). Eigenlijk passen deze strategieën niet goed in een ordening naar type implementatiestrategie. Er komt geen eenduidig beeld naar voren uit deze rubriek.

3.1.6 Marktgerichte implementatie strategieën

Marktgerichte strategieën grijpen aan op elementen van de gezondheidszorg als 'markt' van zorgaanbieders en zorgconsumenten. Het betreft bijvoorbeeld regulering van het zorgaanbod, aanpassingen van prijzen of financiële risico's, of het transparant maken van kwaliteit en prijs ten behoeve van zorgconsumenten. Er zijn 12 reviews (met 0 tot 45 studies per review) gevonden (zie bijlage 2). Aanpassingen in prijzen lijken de klassieke economische wetmatigheden te volgen. Zo leidt het invoeren van eigen bijdragen tot vermindering van medicatiegebruik (17;29). Onhelder is wat de invloed hiervan op gezondheidsuitkomsten was. Het transparant maken van de kwaliteit van zorg kan leiden tot kwaliteitsverbeterende maatregelen bij ziekenhuizen (20), maar individuele consumenten lijken er weinig mee te doen (19). Aanbesteding van zorg zou leiden tot toename van toegankelijkheid en verbeterde uitkomsten volgens een literatuuroverzicht met drie studies (23).

CONCLUSIE

Marktgerichte strategieën kunnen leiden tot veranderingen maar effecten op gezondheidsuitkomsten zijn vaak onduidelijk.

3.2 Implementatiebeleid van onderzoeksfinanciers

In het kader van deze studie zijn de websites bekeken van enkele grote financiers van gezondheidszorgonderzoek in de wereld.

Er is begonnen met de websites van een 3-tal grote organisaties die zich zowel richten op fundamenteel als toegepast onderzoek in de gezondheidszorg:

- National Health and Medical Research Council (NHMRC Australië)



- Canadian Institutes of Health Research (CIHR, Canada)



- National Institute for Health Research (NIHR, Engeland)



In Duitsland werd de BMBF bekeken, een financier van met name fundamenteel onderzoek in allerlei sectoren:

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF, Duitsland)



Tot slot werden enkele onderzoeksfinanciers van met name toegepast onderzoek in de gezondheidszorg bekeken:

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, Verenigde Staten)
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg KCE (België).



Voor Nederland is de site bekeken van ZonMw.



3.2.1 Onderzoeksprogrammering

Op het gebied van onderzoeksprogrammering zijn veel voorbeelden gevonden van activiteiten om gebruikers te betrekken bij onderzoeksprogrammering (zie tabel 3). Enkele onderzoeksfinanciers regelen deze betrokkenheid per onderwerp via een inspraakprocedure (NHMRC) of workshops (CIHR). Bij anderen (AHRQ, KCE) kan iedereen een onderzoeks idee melden op de website. NIHR faciliteert onderzoeksprojecten op dit gebied. Er werden op de websites geen voorbeelden gevonden van verkenningen voorafgaand aan het bepalen van een onderzoeksagenda.

Het financieren van kennissynthese (middels systematische literatuuroverzichten en/of klinische richtlijnen) is bij een aantal onderzoeksfinanciers een belangrijke activiteit (CIHR, AHRQ, NIHR, NHMRC). Twee organisaties (CIHR en ZonMw) bieden op de website een cursus voor het beoordelen van gepubliceerd onderzoek.

Tabel 3. Implementatieactiviteiten gericht op onderzoeksprogrammering

Activiteiten	Onderzoeksfinanciers	
Gebruikers worden betrokken bij onderzoeksprogrammering	<ul style="list-style-type: none"> workshops met onderzoekers en gebruikers inspraakprocedure, resultaten op website iedereen kan een onderzoeks idee indienen op website ondersteunt onderzoek op dit terrein 	<p>CIHR</p> <p>NHMRC</p> <p>AHRQ</p> <p>KCE</p> <p>NIHR</p>
Verkenningen voor bepaling onderzoeksagenda uitgevoerd	Niets gevonden	
Financiering van kennissynthese (reviews, richtlijnen)	<ul style="list-style-type: none"> Cochrane Collaboration, systematische review comparative Effectiveness Research National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) klinische richtlijnen 	<p>CIHR</p> <p>AHRQ</p> <p>NIHR</p> <p>NHMRC</p>
Ondersteuning van training op het gebied van kennissynthese	<ul style="list-style-type: none"> online cursus voor beoordeling van studies handleiding kennissyntheses beschikbaar op website 	<p>CIHR</p> <p>ZonMw</p>

3.2.2 Aanbieden van onderzoeksresultaten

De meeste onderzoeksfinanciers ondernemen activiteiten die zijn gericht op het aanbieden van onderzoeksresultaten (zie tabel 4). De vorm loopt uiteen van factsheets en prestatie van indicatoren (NIHR) tot succesverhalen, samenvattingen voor leken, podcasts, publicaties (NHMRC) en Parel-projecten (ZonMw). Alle bekeken organisaties brengen persberichten uit over onderzoeksresultaten. Disseminatie bij afronding van een onderzoeksproject ('end of grant') is verplicht bij twee organisaties (CIHR en ZonMw), maar vermoedelijk ook bij anderen.

Tabel 4. Implementatieactiviteiten gericht op aanbod van onderzoek (“push”)

Activiteiten	Onderzoeksfinciers	
Boodschappen uit onderzoek worden actief opgespoord en uitgedragen op website	<ul style="list-style-type: none"> • factsheets, prestatie indicatoren • onderzoeksresultaten, mijlpalen, profielen • succesverhalen, samenvattingen voor leken, podcasts en publicaties • Parel-projecten 	NIHR CIHR NMHRC ZonMw
Persberichten worden periodiek uitgegeven	Alle organisaties	
Ondersteuning van training op het gebied van kennissynthese voor onderzoekers	<ul style="list-style-type: none"> • documenten en links op website • handleiding kennissyntheses beschikbaar op website 	CIHR ZonMw
Verplichte disseminatie bij elk gefinancierd project ('end of grant' implementatie)	<ul style="list-style-type: none"> • verplichte disseminatie 	CIHR ZonMw

3.2.3 Versterken van vraag naar onderzoek

Om de vraag naar onderzoeksresultaten te bevorderen wordt een aantal activiteiten ontplooid (tabel 5). Zo zijn klinische richtlijnen te vinden op of via de websites van enkele onderzoeksfinciers (NIHR, NMHRC, AHRQ). Eén organisatie (NIHR) heeft een helpdesk voor methodologische vragen en een andere organisatie (CIHR) biedt een online cursus over evidence-based beslissen. ZonMw heeft doorlopende calls voor gezondheidszorgonderzoek. Snelle inventarisatie van kennis bij actuele vragen is mogelijk via een continu openstaande oproep voor projectvoorstellen (NIHR). Eén organisatie (CIHR) heeft verplicht gesteld dat onderzoek in 'open access' tijdschriften wordt gepubliceerd.

Tabel 5. Implementatieactiviteiten gericht op versterken van de vraag naar onderzoek (“pull”)

Activiteiten	Onderzoeksfinciers	
Kennissyntheses beschikbaar op website (reviews, richtlijnen)	<ul style="list-style-type: none"> • klinische richtlijnen • klinische richtlijnen, reviews, samenvattingen 	NIHR/NICE NMHRC AHRQ
Voorziening voor snelle inventarisatie van kennis bij actuele vragen	<ul style="list-style-type: none"> • continue oproep voor projectvoorstellen • doorlopende call voor gezondheidszorgonderzoek 	NIHR ZonMw
Ondersteuning van training van gebruikers van onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • help desk voor vragen over evaluatieonderzoek • online cursus evidence-based decision-making, documenten en links op website 	NIHR CIHR
Anders	<ul style="list-style-type: none"> • verplichting om in 'open access' tijdschriften te publiceren 	CIHR

3.2.4 Uitwisseling tussen onderzoekers en gebruikers van onderzoek

Op het gebied van uitwisseling tussen onderzoekers en gebruikers bieden onderzoeksfinciers ondersteuning door workshops (CIHR), een adviesgroep (NIHR) en samenwerkingsverbanden rond specifieke onderwerpen (CIHR, NMHRC, AHRQ, BMBF, ZonMw) (tabel 6). Eén organisatie (CIHR) biedt een online cursus op het gebied van deze

samenwerking. Dezelfde organisatie heeft nog diverse andere activiteiten op dit terrein, onder meer gericht op het betrekken van jongeren en het algemene publiek bij wetenschap. ZonMw is de kartrekker van het landelijke implementatiecongres Kennis Beter Delen dat eens in de 2 jaar in Nederland plaatsvindt en georganiseerd wordt door zeventien (kennis)instellingen. Hier kan de zorgsector nieuwe kennis over implementeren op pikken en daarmee concreet aan de slag gaan.

Tabel 6. Implementatieactiviteiten gericht op uitwisseling (“exchange”)

Activiteiten	Onderzoeksfinciers	
Kennismakelaars brengen onderzoekers en gebruikers samen	<ul style="list-style-type: none"> workshops met onderzoekers en gebruikers 	CIHR
Partnerschap onderzoekers-gebruikers in programma's of projecten	<ul style="list-style-type: none"> National Quality Board Partnerships for Health System Improvement en andere programma's Partnerships for Better Health programma Practice-based Research Networks in primary care ziektegebonden netwerken ('Kompetenznetzen') 'Oor te luister'-traject 	NIHR CIHR NHMRC AHRQ
Ondersteuning van training van onderzoekers en gebruikers op het gebied van uitwisseling Anders	<ul style="list-style-type: none"> online cursus voor samenwerking onderzoekers-gebruikers van onderzoek synaps, gericht op betrekken van jongeren bij gezondheidsonderzoek; Café Scientifique, gericht op algemeen publiek Implementatiecongres Kennis Beter Delen 	BMBF ZonMw CIHR CIHR ZonMw

3.2.5 Evaluatie van implementatie activiteiten

Tot slot hebben diverse onderzoeksorganisaties activiteiten op het terrein van evaluatie van implementatie (tabel 7), onder meer projectsubsidies (NIHR, CIHR, NHMRC, AHRQ) en persoonsgebonden subsidies (CIHR, NHMRC, ZonMw).

Op de websites van enkele organisaties zijn evaluaties van implementatie activiteiten van de eigen organisatie te vinden (CIHR, NHMRC). In één geval werd journalisten gevraagd om de organisatie te beoordelen (KCE).

Tabel 7. Evaluatie van implementatieactiviteiten

Activiteiten	Onderzoeksfinciers	
Financiering van (specifiek) implementatie onderzoeksprojecten		allen
Financiering van persoonsgebonden projecten op het terrein van implementatie	<ul style="list-style-type: none"> studenten, fellowships, onderzoekers, hoogleraren Translating Research into Practice (TRIP) fellowships Implementatie fellows (DO programma) 	CIHR NHMRC ZonMw
Financiering van evaluatie van implementatie activiteiten van eigen organisatie	<ul style="list-style-type: none"> continue monitoring en evaluatie uitgebreide analyse van 1200 afgesloten projecten evaluatie door journalisten, verslag in jaarrapport Kennis Implementatie Programma 	CIHR NHMRC KCE ZonMw
Betrokkenheid van stakeholders in deze evaluaties	Niet gevonden	

4. DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

4.1 Onderzoek naar implementatiestrategieën

In een systematische zoekactie zijn er 141 overzichten gevonden van onderzoek naar implementatiestrategieën in de gezondheidszorg in een periode van vier jaar (2006-2009). Het overgrote deel betrof de curatieve zorg (zowel eerstelijnszorg als ziekenhuiszorg) en bijna de helft omvatte organisatorische implementatiestrategieën.

Er is internationaal gezien een grote hoeveelheid gepubliceerde studies naar implementatiestrategieën waarmee onderzoeksfinanciers en onderzoekers hun voordeel kunnen doen. Het is niet of nauwelijks mogelijk om een samenvattend beeld van de resultaten te geven, omdat inhoud, context en methodologie van het onderzoek sterk uiteenlopen. Een aantal punten die ons opvielen zijn beschreven in hoofdstuk 3.

Het is niet helemaal helder waarom zo weinig implementatieonderzoek in de langdurige zorg en preventie werd gevonden. Mogelijk is meer te vinden in bronnen die specifiek op deze sectoren zijn gericht, maar een deel hiervan zou ook in algemene databestanden als Pubmed terecht moeten komen. Wij vermoeden dat er minder implementatieonderzoek in deze sectoren wordt verricht. Verspreiding van kennis uit fundamenteel onderzoek is een apart onderwerp, waarop onze zoektocht niet goed was afgestemd. Wij vermoeden dat er wel onderzoek is te vinden, maar dat dit veelal observationeel van aard is.

Ons rapport betrof (overzichten van) kwantitatief-vergelijkend evaluatieonderzoek (waaronder *randomized trials*). Nieuw onderzoek moet rekening houden met eerder gedane studies om onbedoelde replicaties te voorkomen. In de praktijk is vaak een discussiepunt of eerder gedaan onderzoek (in het buitenland, bij een andere patiëntgroep, of in een andere zorgsector) vertaald mag worden naar het lokale implementatieprobleem. Zo men wil, is er altijd wel te argumenteren voor een nieuwe studie. Onze eigen ervaring is dat in onderzoeksvoorstellen op het gebied van implementatie niet altijd een serieuze poging wordt gedaan om eerder gedaan onderzoek op te sporen, zodat hier nog winst mogelijk lijkt. Overigens is dit een probleem dat veel breder speelt in het onderzoek, bijvoorbeeld ook in het onderzoek met proefdieren.

Een ander discussiepunt betreft de zinvolheid van kwantitatief-toetsend onderzoek naar implementatiestrategieën, zoals samengevat in de gevonden literatuuroverzichten. Zo staat in een trial één toets centraal (van het verschil op de primaire uitkomstmaat tussen experimentele en controle conditie bij follow-up), terwijl het verloop van een implementatietraject wordt beïnvloed door vele factoren en de uitkomsten op een groot aantal domeinen kunnen liggen. De werkingsmechanismen van implementatiestrategieën zijn grotendeels onbegrepen en vermoedelijk complex. Sommige onderzoekers verwachten veel van kwalitatief-interpreterend onderzoek, terwijl anderen denken dat kwantitatief-explorerend onderzoek (al dan niet gekoppeld aan trials) licht kan werpen op de werking van implementatiestrategieën. De toekomst zal wellicht leren welke benadering of combinatie van benaderingen het meest vruchtbaar is.

4.2 Implementatieactiviteiten van onderzoeksfinanciers

Onderzoeksfinanciers elders in de wereld hebben voor een deel dezelfde activiteiten op het gebied van implementatie van kennis. Het lijkt erop dat zij onderling goed naar elkaar hebben gekeken. Vrijwel alle onderzoeksfinanciers ondersteunen samenwerking van onderzoekers en gebruikers, gericht op implementatie van kennis, rond een bepaald onderwerp (bijv. dementie, eerstelijnszorg). Een aantal organisaties geeft op de website (een link naar) een groot aantal klinische richtlijnen. Dat neemt niet weg dat de onderzoeksfinanciers ook eigen accenten leggen. Zo legt CIHR uit Canada veel nadruk op bundeling van kennis (kennissynthese), verstrekken van informatie en online cursussen gericht op implementatie, en op project- en persoonsgebonden financiering van implementatieonderzoek. NHMRC geeft onderzoeksresultaten in allerlei vormen, zoals succesverhalen, samenvattingen voor leken, en podcasts. Tot slot zijn er enkele opvallende activiteiten, die maar één onderzoeksfinancier lijkt te doen. Voorbeelden zijn het verplicht stellen van open access publicaties, Café Scientifique (wetenschapsvoorlichting aan het publiek) en Synopse (jongeren betrekken bij wetenschap). Al deze voorbeelden zijn afkomstig van CIHR uit Canada.

ZonMw heeft een groot en divers pakket van implementatieactiviteiten, maar zou hier en daar nog activiteiten elders kunnen vinden die niet in dat pakket zitten. Vooral CIHR uit Canada lijkt interessant, omdat deze organisatie waarschijnlijk het grootste en meest diverse pakket van activiteiten ontplooit op het gebied van implementatie.

4.3 Aanbevelingen

- Nieuw implementatieonderzoek zou moeten starten met een oriëntatie op beschikbare studies in vergelijkende settings.
- Er zou meer implementatieonderzoek moeten worden gedaan op de gebieden preventie, langdurige zorg en zorg en samenleving.
- Er zou een aparte studie moeten worden gemaakt van verspreiding van kennis uit fundamenteel onderzoek.
- ZonMw heeft een groot aantal implementatieactiviteiten, maar kan wellicht nog nieuwe activiteiten ontleen aan andere onderzoeksfinanciers (zoals CIHR in Canada).

REFERENTIES

- (1) Grol R. Personal paper. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997 Aug 16;315(7105):418-21.
- (2) Grol R, Grimshaw J. Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *Jt Comm J Qual Improv* 1999 Oct;25(10):503-13.
- (3) Grol R, Baker R, Moss F. *Quality Improvement Research: understanding the science of change in health care*. London: BMJ Publishing Group; 2004.
- (4) Grol R, Wensing M. *Implementatie: Effectieve verandering in de patientenzorg*. Maarssen: 2006.
- (5) Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bull World Health Organ* 2006 Aug;84(8):620-8.
- (6) Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry* 2006 Dec;189:484-93.
- (7) Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ* 2007 Aug 18;335(7615):336.
- (8) Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract* 2008;9:25.
- (9) Desplenter FA, Simoens S, Laekeman G. The impact of informing psychiatric patients about their medication: a systematic review. *Pharm World Sci* 2006 Dec;28(6):329-41.
- (10) Harkness EF, Bower PJ. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD000532.
- (11) Mansouri N, Gharaee B, Shariat SV, Bolhari J, Yousefi NR, Rahimi-Movaghar A, et al. The change in attitude and knowledge of health care personnel and general population following trainings provided during integration of mental health in Primary Health Care in Iran: a systematic review. *Int J Ment Health Syst* 2009;3(1):15.
- (12) Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD002213.
- (13) Shepperd S, Doll H, Gowers S, James A, Fazel M, Fitzpatrick R, et al. Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD006410.
- (14) Smolders M, Laurant M, Roberge P, van Balkom A, van Rijswijk E, Bower P, et al. Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. *Can J Psychiatry* 2008 May;53(5):277-93.
- (15) van Steenbergen-Weijenburg KM, van der Feltz-Cornelis CM, Horn EK, van Marwijk HW, Beekman AT, Rutten FF, et al. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2010;10:19.
- (16) Williams JW, Jr., Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry* 2007 Mar;29(2):91-116.
- (17) Aaserud M, Dahlgren AT, Kusters JP, Oxman AD, Ramsay C, Sturm H. Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD005979.
- (18) Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD003318.
- (19) Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Med Care* 2009 Jan;47(1):1-8.
- (20) Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med* 2008;148(2):111-23.

- (21) Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD005314.
- (22) Koehlmoos TP, Gazi R, Hossain SS, Zaman K. The effect of social franchising on access to and quality of health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD007136.
- (23) Lagarde M, Palmer N. The impact of contracting out on health outcomes and use of health services in low and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD008133.
- (24) Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD008137.
- (25) Martin S, Kelly G, Kernohan WG, McCreight B, Nugent C. Smart home technologies for health and social care support. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD006412.
- (26) Mehrotra A, Damberg CL, Sorbero ME, Teleki SS. Pay for performance in the hospital setting: what is the state of the evidence? *Am J Med Qual* 2009 Jan;24(1):19-28.
- (27) Pariyo GW, Kiwanuka SN, Rutebemberwa E, Okui O, Ssengooba F. Effects of changes in the pre-licensure education of health workers on health-worker supply. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD007018.
- (28) Sturm H, ustvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Oxman AD, Ramsay C, Vernby A, et al. Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD006731.
- (29) Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H, et al. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD007017.
- (30) Aboelela SW, Stone PW, Larson EL. Effectiveness of bundled behavioural interventions to control healthcare-associated infections: a systematic review of the literature. *J Hosp Infect* 2007 Jun;66(2):101-8.
- (31) Corluka A, Walker DG, Lewin S, Glenton C, Scheel IB. Are vaccination programmes delivered by lay health workers cost-effective? A systematic review. *Hum Resour Health* 2009;7:81.
- (32) Gould DJ, Chudleigh JH, Moralejo D, Drey N. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD005186.
- (33) Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery* 2009;25(1):50-61.
- (34) Balogh R, Ouellette-Kuntz H, Bourne L, Lunskey Y, Colantonio A. Organising health care services for persons with an intellectual disability. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD007492.
- (35) Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community* 2009;17(5):447-58.
- (36) Forster A, Young J, Lambley R, Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD001730.
- (37) Wensing M, Wollersheim H, Grol R. Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implement Sci* 2006;1:2.
- (38) Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2006 May 8;166(9):955-64.
- (39) Koshman SL, Charrois TL, Simpson SH, McAlister FA, Tsuyuki RT. Pharmacist care of patients with heart failure: a systematic review of randomized trials. *Arch Intern Med* 2008;168(7):687-94.
- (40) Carter AJ, Chochinov AH. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *CJEM* 2007 Jul;9(4):286-95.
- (41) Bosch M, Faber MJ, Crujlsberg J, Voerman GE, Leatherman S, Grol RP, et al. Review article: Effectiveness of patient care teams and the role of clinical expertise and coordination: a literature review. *Med Care Res Rev* 2009 Dec;66(6 Suppl):5S-35S.
- (42) Holleman G, Poot E, Mintjes-de Groot J, van Achterberg T. The relevance of team characteristics and team directed strategies in the implementation of nursing innovations: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2009;46(9):1256-64.
- (43) Buljac-Samardzic M, kker-van Doorn CM, van Wijngaarden JD, van Wijk KP. Interventions to improve team effectiveness: A systematic review. *Health Policy* 2009 Oct 24.
- (44) Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach* 2007 Oct;29(8):735-51.

- (45) Salas E, DiazGranados D, Klein C, Burke CS, Stagl KC, Goodwin GF, et al. Does team training improve team performance? A meta-analysis. *Hum Factors* 2008 Dec;50(6):903-33.
- (46) Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med* 2006 May 16;144(10):742-52.
- (47) Garcia-Lizana F, Sarria-Santamera A. New technologies for chronic disease management and control: a systematic review. *J Telemed Telecare* 2007;13(2):62-8.
- (48) Hayward GL, Parnes AJ, Simon SR. Using health information technology to improve drug monitoring: a systematic review. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009 Dec;18(12):1232-7.
- (49) Cummings G, Lee H, Macgregor T, Davey M, Wong C, Paul L, et al. Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2008 Oct;13(4):240-8.
- (50) Cummings GG, Macgregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2009 Sep 23.
- (51) Li LC, Grimshaw JM, Nielsen C, Judd M, Coyte PC, Graham ID. Use of communities of practice in business and health care sectors: A systematic review. *Implement Sci* 2009;4:27.
- (52) Minkman M, Ahaus K, Huijsman R. Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. *Int J Qual Health Care* 2007 Apr;19(2):90-104.
- (53) Schouten LM, Hulscher ME, van Everdingen JJ, Huijsman R, Grol RP. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. *BMJ* 2008 Jun 28;336(7659):1491-4.
- (54) Hysong SJ. Meta-analysis: audit and feedback features impact effectiveness on care quality. *Med Care* 2009 Mar;47(3):356-63.
- (55) Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD000259.
- (56) Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD000259.
- (57) Pearson SA, Moxey A, Robertson J, Hains I, Williamson M, Reeve J, et al. Do computerised clinical decision support systems for prescribing change practice? A systematic review of the literature (1990-2007). *BMC Health Serv Res* 2009;9:154.
- (58) Ross S, Loke YK. Do educational interventions improve prescribing by medical students and junior doctors? A systematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2009;67(6):662-70.
- (59) Schedlbauer A, Prasad V, Mulvaney C, Phansalkar S, Stanton W, Bates DW, et al. What evidence supports the use of computerized alerts and prompts to improve clinicians' prescribing behavior? *J Am Med Inform Assoc* 2009;16(4):531-8.
- (60) Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay CR, Eccles MP, Grimshaw J. The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD001096.
- (61) Nies J, Colombet I, Degoulet P, Durieux P. Determinants of success for computerized clinical decision support systems integrated in CPOE systems: a systematic review. *AMIA Annu Symp Proc* 2006;594-8.
- (62) Blackstock F, Webster K. Disease-specific health education for COPD: a systematic review of changes in health outcomes. *Health Educ Res* 2007;22(5):703-17.
- (63) McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Educ Couns* 2006;63(1-2):24-8.
- (64) van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res* 2007;7:55.
- (65) Farmer AP, Legare F, Turcot L, Grimshaw J, Harvey E, McGowan JL, et al. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(3):CD004398.
- (66) Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD003030.
- (67) O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD000409.

- (68) Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *JAMA* 2008;300(10):1181-96.
- (69) Akl EA, Sackett K, Pretorius R, Erdley S, Bhoopathi PS, Mustafa R, et al. Educational games for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD006411.
- (70) Alexander JA, Hearld LR. What can we learn from quality improvement research? A critical review of research methods. *Med Care Res Rev* 2009;66(3):235-71.
- (71) Barbieri A, Vanhaecht K, Van HP, Sermeus W, Faggiano F, Marchisio S, et al. Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis. *BMC Med* 2009;7:32.
- (72) Bennett MI, Bagnall AM, Jose CS. How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. *Pain* 2009;143(3):192-9.
- (73) Beranova E, Sykes C. A systematic review of computer-based softwares for educating patients with coronary heart disease. *Patient Educ Couns* 2007 Apr;66(1):21-8.
- (74) Bravata DM, Gienger AL, Holty JE, Sundaram V, Khazeni N, Wise PH, et al. Quality improvement strategies for children with asthma: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163(6):572-81.
- (75) Bryan C, Boren SA. The use and effectiveness of electronic clinical decision support tools in the ambulatory/primary care setting: a systematic review of the literature. *Inform Prim Care* 2008;16(2):79-91.
- (76) Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD004180.
- (77) Carter BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA. The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 2009 Oct 26;169(19):1748-55.
- (78) Chaillet N, Dube E, Dugas M, Audibert F, Tourigny C, Fraser WD, et al. Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2006 Nov;108(5):1234-45.
- (79) Chaillet N, Dube E, Dugas M, Francoeur D, Dube J, Gagnon S, et al. Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec. *Bull World Health Organ* 2007 Oct;85(10):791-7.
- (80) Chan R, Webster J. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD008006.
- (81) Conroy S, Sweis D, Planner C, Yeung V, Collier J, Haines L, et al. Interventions to reduce dosing errors in children: a systematic review of the literature. *Drug Saf* 2007;30(12):1111-25.
- (82) Coory M, Gkolia P, Yang IA, Bowman RV, Fong KM. Systematic review of multidisciplinary teams in the management of lung cancer. *Lung Cancer* 2008 Apr;60(1):14-21.
- (83) Damiani G, Pinnarelli L, Sommella L, Farelli V, Mele L, Menichella G, et al. Appropriateness of fresh-frozen plasma usage in hospital settings: a meta-analysis of the impact of organizational interventions. *Transfusion* 2009 Aug 31.
- (84) Dennis SM, Zwar N, Griffiths R, Roland M, Hasan I, Powell DG, et al. Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. *Med J Aust* 2008 Apr 21;188(8 Suppl):S53-S56.
- (85) Doumit G, Gattellari M, Grimshaw J, O'Brien MA. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD000125.
- (86) Durieux P, Trinquart L, Colombet I, Nies J, Walton R, Rajeswaran A, et al. Computerized advice on drug dosage to improve prescribing practice. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(3):CD002894.
- (87) Elkhuizen SG, Limburg M, Bakker PJ, Klazinga NS. Evidence-based re-engineering: re-engineering the evidence--a systematic review of the literature on business process redesign (BPR) in hospital care. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2006;19(6-7):477-99.
- (88) Eslami S, bu-Hanna A, de Jonge E, de Keizer NF. Tight glycemic control and computerized decision-support systems: a systematic review. *Intensive Care Med* 2009;35(9):1505-17.
- (89) French SD, Green S, Buchbinder R, Barnes H. Interventions for improving the appropriate use of imaging in people with musculoskeletal conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD006094.
- (90) Fung-Kee-Fung M, Watters J, Crossley C, Goubanova E, Abdulla A, Stern H, et al. Regional collaborations as a tool for quality improvements in surgery: a systematic review of the literature. *Ann Surg* 2009 Apr;249(4):565-72.

- (91) Gagnon MP, Legare F, Labrecque M, Fremont P, Pluye P, Gagnon J, et al. Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD006093.
- (92) Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006 Nov 27;166(21):2314-21.
- (93) Griffiths PD, Edwards MH, Forbes A, Harris RL, Ritchie G. Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD002214.
- (94) Hakkennes S, Dodd K. Guideline implementation in allied health professions: a systematic review of the literature. *Qual Saf Health Care* 2008 Aug;17(4):296-300.
- (95) Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD000011.
- (96) Heselmans A, Van de Velde S, Donceel P, Aertgeerts B, Ramaekers D. Effectiveness of electronic guideline-based implementation systems in ambulatory care settings - a systematic review. *Implement Sci* 2009 Dec 30;4(1):82.
- (97) Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke YK. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2008 Mar;65(3):303-16.
- (98) Hoomans T, Evers SM, Ament AJ, Hubben MW, van der Weijden T, Grimshaw JM, et al. The methodological quality of economic evaluations of guideline implementation into clinical practice: a systematic review of empiric studies. *Value Health* 2007;10(4):305-16.
- (99) Jacobson VJ, Szilagyi P. Patient reminder and patient recall systems to improve immunization rates. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD003941.
- (100) Jamal A, McKenzie KP, Clark MP. The impact of health information technology on the quality of medical and health care: a systematic review. *HIM J* 2009;38(3):26-37.
- (101) Joosten EA, Fuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008;77(4):219-26.
- (102) Kastner M, Straus SE. Clinical decision support tools for osteoporosis disease management: a systematic review of randomized controlled trials. *J Gen Intern Med* 2008;23(12):2095-105.
- (103) Kaur S, Mitchell G, Vitetta L, Roberts MS. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. *Drugs Aging* 2009;26(12):1013-28.
- (104) Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Arch Intern Med* 2007;167(6):540-50.
- (105) Latour CH, van der Windt DA, de Jonge P, Riphagen II, de Vos R, Huyse FJ, et al. Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: a systematic review. *J Psychosom Res* 2007 Mar;62(3):385-95.
- (106) Leatherman S, Warrick L. Effectiveness of decision aids: a review of the evidence. *Med Care Res Rev* 2008;65(6 Suppl):79S-116S.
- (107) Lemmens KM, Nieboer AP, Huijsman R. A systematic review of integrated use of disease-management interventions in asthma and COPD. *Respir Med* 2009;103(5):670-91.
- (108) Leykum LK, Pugh J, Lawrence V, Parchman M, Noel PH, Cornell J, et al. Organizational interventions employing principles of complexity science have improved outcomes for patients with Type II diabetes. *Implement Sci* 2007;2:28.
- (109) Lu CY, Ross-Degnan D, Soumerai SB, Pearson SA. Interventions designed to improve the quality and efficiency of medication use in managed care: A critical review of the literature - 2001-2007. *Bmc Health Services Research* 2008 Apr 7;8.
- (110) Maenpaa T, Suominen T, Asikainen P, Maass M, Rostila I. The outcomes of regional healthcare information systems in health care: a review of the research literature. *Int J Med Inform* 2009 Nov;78(11):757-71.
- (111) Mazmanian PE, Davis DA, Galbraith R. Continuing medical education effect on clinical outcomes: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chest* 2009;135(3 Suppl):49S-55S.
- (112) McGaughey J, Alderdice F, Fowler R, Kapila A, Mayhew A, Moutray M. Outreach and Early Warning Systems (EWS) for the prevention of intensive care admission and death of critically ill adult patients on general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD005529.
- (113) McGowan JL, Grad R, Pluye P, Hannes K, Deane K, Labrecque M, et al. Electronic retrieval of health information by healthcare providers to improve practice and patient care. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD004749.

- (114) Mitchell GK, Brown RM, Erikssen L, Tieman JJ. Multidisciplinary care planning in the primary care management of completed stroke: a systematic review. *BMC Fam Pract* 2008;9:44.
- (115) Mollon B, Chong J, Jr., Holbrook AM, Sung M, Thabane L, Foster G. Features predicting the success of computerized decision support for prescribing: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Med Inform Decis Making* 2009;9:11.
- (116) O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD001431.
- (117) O'Neil KM, ddrizzo-Harris DJ. Continuing medical education effect on physician knowledge application and psychomotor skills: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chest* 2009;135(3 Suppl):37S-41S.
- (118) Oeseburg B, Wynia K, Middel B, Reijneveld SA. Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: a systematic review. *Nurs Res* 2009;58(3):201-10.
- (119) Ostini R, Hegney D, Jackson C, Williamson M, Mackson JM, Gurman K, et al. Systematic review of interventions to improve prescribing. *Ann Pharmacother* 2009;43(3):502-13.
- (120) Ouwens M, Hulscher M, Hermens R, Faber M, Marres H, Wollersheim H, et al. Implementation of integrated care for patients with cancer: a systematic review of interventions and effects. *Int J Qual Health Care* 2009;21(2):137-44.
- (121) Patow CA, Karpovich K, Riesenber LA, Jaeger J, Rosenfeld JC, Wittenbreer M, et al. Residents' engagement in quality improvement: a systematic review of the literature. *Acad Med* 2009;84(12):1757-64.
- (122) Randell R, Mitchell N, Dowding D, Cullum N, Thompson C. Effects of computerized decision support systems on nursing performance and patient outcomes: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2007;12(4):242-9.
- (123) Rotter T, Kugler J, Koch R, Gothe H, Twork S, van Oostrum JM, et al. A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes. *BMC Health Serv Res* 2008;8:265.
- (124) Ryhanen AM, Siekkinen M, Rankinen S, Korvenranta H, Leino-Kilpi H. The effects of Internet or interactive computer-based patient education in the field of breast cancer: a systematic literature review. *Patient Educ Couns* 2010;79(1):5-13.
- (125) Saxena S, Misra T, Car J, Netuveli G, Smith R, Majeed A. Systematic review of primary healthcare interventions to improve diabetes outcomes in minority ethnic groups. *J Ambul Care Manage* 2007;30(3):218-30.
- (126) Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD007491.
- (127) Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD000356.
- (128) Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, et al. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD000313.
- (129) Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD004910.
- (130) Steinman MA, Ranji SR, Shojania KG, Gonzales R. Improving antibiotic selection: a systematic review and quantitative analysis of quality improvement strategies. *Med Care* 2006;44(7):617-28.
- (131) Tate DF, Finkelstein EA, Khavjou O, Gustafson A. Cost effectiveness of internet interventions: review and recommendations. *Ann Behav Med* 2009;38(1):40-5.
- (132) Thompson DS, Estabrooks CA, Scott-Findlay S, Moore K, Wallin L. Interventions aimed at increasing research use in nursing: a systematic review. *Implement Sci* 2007;2:15.
- (133) Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD002099.
- (134) van der Wees PJ, Jamtvedt G, Rebbeck T, de Bie RA, Dekker J, Hendriks EJ. Multifaceted strategies may increase implementation of physiotherapy clinical guidelines: a systematic review. *Aust J Physiother* 2008;54(4):233-41.
- (135) van Rosse F, Maat B, Rademaker CM, van Vught AJ, Egberts AC, Bollen CW. The effect of computerized physician order entry on medication prescription errors and clinical outcome in pediatric and intensive care: a systematic review. *Pediatrics* 2009;123(4):1184-90.
- (136) van Steenkiste B, Grol R, van der Weijden T. Systematic review of implementation strategies for risk tables in the prevention of cardiovascular diseases. *Vasc Health Risk Manag* 2008;4(3):535-45.

- (137) Verhoeven F, van Gemert-Pijnen L, Dijkstra K, Nijland N, Seydel E, Steehouder M. The contribution of teleconsultation and videoconferencing to diabetes care: a systematic literature review. *J Med Internet Res* 2007;9(5):e37.
- (138) Verrue CL, Petrovic M, Mehuys E, Remon JP, Vander Stichele R. Pharmacists' interventions for optimization of medication use in nursing homes : a systematic review. *Drugs Aging* 2009;26(1):37-49.
- (139) Ward D, Drahota A, Gal D, Severs M, Dean TP. Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD003164.
- (140) Watson PW, McKinstry B. A systematic review of interventions to improve recall of medical advice in healthcare consultations. *J R Soc Med* 2009 Jun;102(6):235-43.
- (141) Wens J, Vermeire E, Hearnshaw H, Lindenmeyer A, Biot Y, Van Royen P. Educational interventions aiming at improving adherence to treatment recommendations in type 2 diabetes: A sub-analysis of a systematic review of randomised controlled trials. *Diabetes Res Clin Pract* 2008;79(3):377-88.
- (142) Williams A, Manias E, Walker R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *J Adv Nurs* 2008;63(2):132-43.
- (143) Wolfstadt JI, Gurwitz JH, Field TS, Lee M, Kalkar S, Wu W, et al. The effect of computerized physician order entry with clinical decision support on the rates of adverse drug events: a systematic review. *J Gen Intern Med* 2008 Apr;23(4):451-8.
- (144) Wong CA, Cummings GG. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Manag* 2007 Jul;15(5):508-21.
- (145) Wulff CN, Thygesen M, Sondergaard J, Vedsted P. Case management used to optimize cancer care pathways: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008;8:227.
- (146) Yourman L, Concato J, Agostini JV. Use of computer decision support interventions to improve medication prescribing in older adults: a systematic review. *Am J Geriatr Pharmacother* 2008 Jun;6(2):119-29.
- (147) Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD000072.

Acknowledgements

Wij willen Loes Custers bedanken voor haar medewerking en ondersteuning tijdens het beoordelen en verwerken van de literatuur reviews die wij geïnccludeerd hebben in dit rapport.

BIJLAGE 1 Link tussen onderzoek en toepassing

Table 1. Framework for assessing country-level efforts to link research to action

Domain	Elements
General climate	<ul style="list-style-type: none"> Some funders have a mandate to support efforts to link research to action as well as to support excellence in research Some funders support efforts to link research to action by providing funding for such efforts and by considering such efforts in research-assessment exercises at the level of institutions and (when appropriate) in peer-review processes at the level of research proposals Universities and other research institutions support faculty members' efforts to link research to action by considering such efforts (when appropriate) as part of tenure and promotion processes Some researchers place value on promoting the use of research and on recognizing the importance of other types of information on which research users regularly draw to inform their own or their organization's decision-making Intermediary groups (including the media, civil society groups and professional associations) place value on the use of research to inform their target audiences, constituencies or memberships Users of research (including funders) place value on the use of research to inform their own or their organizations' decision-making Some researchers and research users (as well as intermediary groups including the media, civil society groups and professional associations) exhibit a commitment to work within a model of ongoing "linkage and exchange" that guides their efforts to produce research and other types of information to link research to action
Production of research	<ul style="list-style-type: none"> Some research funders periodically engage potential users of research in priority-setting processes to identify priority areas both for research and for efforts to link research to action Some funders commission or fund scoping reviews to identify the state of research in priority areas before undertaking efforts to support systematic reviews or additional research on a topic, or both Some funders commission or fund the production and regular updating of systematic reviews that address the full range of questions asked by research users in particular priority areas (as well as the documents that assess an intervention, such as health technology assessments, and guidance documents, such as clinical practice guidelines or system-oriented syntheses, that build on these systematic reviews) Funders and ethics review boards place value on the use of systematic reviews to justify additional research on a topic and on the registration of systematic reviews to avoid unnecessary duplication Some researchers respond to funding calls for scoping reviews, systematic reviews and original research (as well as to funding calls for the assessment and guidance documents that build on these systematic reviews) in high-priority areas and commit to regularly update the systematic reviews Some researchers periodically participate in skill-development programmes to develop their capacity to conduct systematic reviews (as well as to produce the assessment and guidance documents that build on these systematic reviews) that address one or more of the types of questions asked by potential research users
Push efforts (as one cluster of activities among a mix of four clusters)	<ul style="list-style-type: none"> Some funders, researchers or intermediary groups, or some combination of these, periodically engage in all or some elements of a systematic push effort by identifying actionable messages arising from systematic reviews (and from single studies when a strong case can be made for their unique contributions), fine-tuning messages and related resources for different user groups, working with and through the most credible messengers for each user group, using research-informed strategies to encourage and support action based on the messages and evaluating their impact against achievable objectives <ul style="list-style-type: none"> For clinicians, research-informed strategies may be drawn from an overview of systematic reviews of randomized trials of interventions designed to better align health-care professionals' practise with the research,⁴ as well as from a systematic review of randomized controlled trials of all guideline dissemination and implementation strategies⁵ and a summary of this research from the perspective of low- and middle-income countries⁶ For public policy-makers, the attributes of potential interventions have to be deduced from systematic reviews of observational studies that examine the factors influencing the use of research in health-care management and policy-making^{7,8} — for example, interventions that encourage interactions between researchers and health-care policy-makers and that ensure the best available research is made available in a timely way are addressing two factors that increase the likelihood that research will be used by policy-makers Some funders, researchers or intermediary groups, or a combination of these, develop media releases for systematic reviews and (when appropriate) profile and place in context locally conducted studies Some researchers periodically employ self-assessment tools to evaluate their capacity to develop and execute research-informed push efforts Some researchers periodically participate in skill-development programmes to enhance their capacity to develop and execute research-informed push efforts
Efforts to facilitate user pull (as one cluster of activities among a mix of four clusters)	<ul style="list-style-type: none"> Some funders, researchers or intermediary groups, or a combination of these, maintain user-group specific web sites (or CD-ROMs) that provide one-stop shopping for systematic reviews that are optimally packaged and of high quality and relevance (also, as part of a national electronic library for health, provide access to health statistics, performance indicators and other locally relevant data, as well as names and contact information for people who are familiar with the reviews and data)

John N Lavis et al.

(Table 1, cont.)

Domain	Elements
Efforts to facilitate user pull (as one cluster of activities among a mix of four clusters)	<ul style="list-style-type: none"> Some funders, researchers or intermediary groups, or a combination of these, maintain user-group specific web sites that profile systematic reviews that are optimally packaged and of high quality and relevance as well as being locally applicable during “teachable moments”, such as during a period of intense media coverage of an issue Some funders, researchers or intermediary groups, or a combination of these, maintain user-group specific rapid-response units that provide written summaries, telephone consultations or in-person consultations about the best available research Some funders, researchers or intermediary groups, or a combination of these, periodically participate in skill-development programmes to enhance their capacity to develop and execute efforts to facilitate user pull
User-pull efforts (as one cluster of activities among a mix of four clusters)	<ul style="list-style-type: none"> Research users periodically employ user-group specific self-assessment tools to evaluate their capacity to acquire, assess, adapt and apply research Research users develop structures and processes to help them to acquire, assess, adapt and apply research; to combine research with other types of information as inputs to decision-making; and to promote the use of research in decision-making Research users periodically participate in skill-development programmes to enhance their capacity to acquire, assess, adapt and apply research
Exchange efforts (as one cluster of activities among a mix of four clusters)	<ul style="list-style-type: none"> Some trusted individuals (sometimes called “knowledge brokers”) build relationships among researchers and research users who have shared interests Some researchers and research users build partnerships around single studies, programmes of research, or systematic reviews to enable them to collectively ask and answer locally relevant questions (for example, to co-produce research and other types of information) Some researchers and research users build partnerships around efforts to link research to action, specifically push efforts, efforts to facilitate user pull, and user-pull efforts undertaken by those who use research Some researchers and research users develop partnerships outside the context of the co-production of research and efforts to link research to action to enable them to discuss a broad range of issues of mutual interest Some researchers and research users periodically participate in skill-development programmes to enhance their capacity to engage in mutually beneficial partnerships
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> Some funders provide funding for rigorous evaluations of efforts to link research to action Funders, researchers, intermediary groups and user groups participate in rigorous evaluations of efforts to link research to action

BIJLAGE 2 Overzicht van strategieën

(6-36;38-55;57-147)

Organisatorische implementatiestrategieën (n=62)

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Balogh 2008	Organisatie van de gezondheidszorg voor personen met een intellectuele beperking	Alle	Personen met een intellectuele beperking	Reorganisatie van de gezondheidszorg zodat het voldoet aan de behoeften van de doelgroep.	Personen met een intellectuele beperking en gelijktijdige fysieke, mentale en gedragsproblemen	N = 8	Organisatorische implementatie strategieën bleken effectief in 3 studies. In 5 studies was er geen bewijs van effect.	Momenteel zijn er geen studies met een goed studiedesign met een focus op het organiseren van de gezondheidszorg voor personen met een intellectuele beperking en gelijktijdige fysieke problemen. Er zijn weinig studies met organisatorische implementatiestrategieën met een focus op mentale gezondheidsbehoeften.
Barbieri 2009	Klinische paden	Tweede-lijnszorg	Patiënten met een totale heup- en/of knie prothese	Het gebruik van klinische paden om de organisatie te verbeteren en de kosten in de zorg te reduceren.	Patiënten	N = 22	Patiënten in de interventiegroep hadden significant minder postoperatieve complicaties, ook was de opname periode korter en waren de kosten lager in vergelijking tot de controlegroep.	Klinische paden kunnen de kwaliteit van de zorg verbeteren. Een gunstig kosteneffect aangaande de ontwikkeling en implementatie kan niet worden vastgesteld.
Bosch 2009	Teams in de gezondheidszorg	Alle	Alle	De effectiviteit van patiëntenzorgteams en de rol van klinische expertise en coördinatie.	Teams	N = 27	Teams met verbeterde klinische expertise hadden betere prestaties, patiëntenuitkomsten waren variërend. Teams met een verbeterde coördinatie hadden enige positieve effecten op de patiëntenuitkomsten maar beperkte effecten op de kosten en de uitkomst van het zorggebruik.	Verbetering van de klinische expertise is een effectieve component voor het verbeteren van de impact die patiëntenzorgteams hebben. De aanvullende waarde van coördinerende functies blijft onduidelijk.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
							Een combinatie van beide liet een beperking van de patiëntenuitkomsten zien.	
Bower 2006	Samenwerking in de primaire zorg	Eerste-lijnszorg	Patiënten met een depressieve stoornis	Het identificeren van 'actieve ingrediënten' in zorgmodellen m.b.t. samenwerking bij een depressieve stoornis.	Patiënten en zorgverleners	N = 28 en 34	Er was geen significant effect meetbaar tussen de interventie en het gebruik van antidepressiva (28). Belangrijke effecten m.b.t. depressieve symptomen waren: systematische identificatie van patiënten, professionele achtergrond en supervisie van een specialist (34).	Metaregressies zijn mogelijk bruikbaar bij het identificeren van 'actieve ingrediënten' in complexe interventies in de GGZ.
Briggs 2006	Integratie van primaire zorgverlening in landen met lage en modale inkomens ten aanzien van zorgverlening	Eerste-lijnszorg	Alle	Samenbrengen van organisatie, management en het leveren van speciale zorgverlening.	Zorgverleners	N = 5	De implementatiestrategieën waren complex en enkele studies vertoonden grote verschillen tussen de vergelijkingen. Er bleek geen consistent patroon aanwezig. Slechts 1 studie probeerde het gebruikersperspectief van de geleverde zorg te beoordelen.	Er zijn slechts een paar studies uitgevoerd die van goede kwaliteit waren om te kunnen onderzoeken welke strategieën er zijn om zorg integratie in lage en modale inkomens landen te kunnen bevorderen.
Buljac-Samardzic 2009	Interventies voor team effectiviteit	Tweede-lijnszorg	Alle	Interventies voor zorgteams verbeteren de team effectiviteit.	Zorgverleners	N = 48	Er is een positieve relatie tussen de interventie en niet-technische team vaardigheden. Het niveau van bewijskracht is vaak laag. Positief was de simulatietraining, Crew Resource Management training, team-based training en continue kwaliteitsverbetering.	Teamtraining kan de effectiviteit van multidisciplinaire teams verbeteren. Weinig studies leveren adequate bewijskracht over interventies die team effectiviteit verbeteren.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Bunn 2008	Telefonische consultatie en triage	Alle	Alle	Telefonische consultatie en triage.	Bevolking en gebieden met potentiële toegang tot telefonisch overleg lijnen.	N = 9	Er was een daling in het aantal huisarts bezoeken (drie van de vijf studies). Ook is er een significante vermeerdering in vervolgspraken gevonden (2 studies). Over het algemeen was meer dan 50% van de oproepen afgehandeld met telefonisch advies.	Telefonische consultaties reduceren het aantal ingrepen en bezoeken buiten kantooruren door huisartsen.
Burns 2007	Case management	Tweede-lijnszorg	Patiënten met zware psychische stoornis	Case management voor het verminderen van het ziekenhuisverblijf bij patiënten met een zware psychische stoornis.	Patiënten	N = 29	Trials met een hoog ziekenhuisverblijf voorafgaand en de controlegroep vonden een duidelijke afname van het verblijf met intensieve case management. Case management teams georganiseerd volgens het model van 'assertive community treatment' lieten ook een afname van het verblijf zien, maar dit was in verhouding minder.	Hoe meer de zorg is georganiseerd volgens het model van 'assertive community treatment', hoe sterker de afname van het ziekenhuisverblijf. Dit was vooral het geval in een situatie met een lang ziekenhuisverblijf.
Carter 2009	Zorgteam interventies	Tweede-lijnszorg	Patiënten met een hoge bloeddruk (RR)	Interventies gebaseerd op zorg vanuit een team verbeteren de RR.	Patiënten	N = 37	Voorlichting over RR medicatie reduceert de gemiddelde RR. De systolische RR neemt af bij de verpleegkundige studies en bij apothekers in klinieken of teams. Behandelaanbevelingen, verpleegkundige interventies en behandeling van algoritme hebben effect op de systolische RR.	Interventies gericht op het zorgteam staan in relatie met verbeteringen van de RR en individuele componenten. Nieuwe hypertensie richtlijnen zouden zorgteam componenten moeten omvatten.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Garcia-Lizana 2007	Technologieën in chronisch disease management	Alle	Chronische ziekten	Het effect van ICT interventies voor het managen en controleren van chronische ziekten.	Patiënten	N = 24	Over het algemeen zorgden ICT interventies niet voor verbetering in de klinische uitkomsten. Alleen uitkomsten m.b.t. hart- en vaat-ziekten, en het gebruik van educatieve en sociale ondersteuning leverden enig positief resultaat op.	De voordelen die ICT interventies kunnen leveren voor het controleren en managen van chronische ziekten zijn beperkt.
Carter 2007	Inzet van nurse practitioners (NP)	Eerste hulp	Alle	De inzet van NP's om de kosten, de kwaliteit van zorg, de tevredenheid en de wachttijden te verbeteren.	Nurse practitioners	N = 33	De inzet van NP's kan leiden tot een afname van de wachttijd, een hogere tevredenheid en een kwaliteit van zorg gelijk aan de zorg geleverd door een basisarts. Kosten blijken hoger dan de inzet van een basisarts.	De inzet van NP's zal verder onderzocht moeten worden, vooral in dichtbevolkte gebieden. In landelijke gebieden kunnen NP's overwerkte artsen bijstaan, zodat de toegang van de zorg en de patiënttevredenheid verbeteren.
Chan 2010	Klinische paden in de terminale zorg	Alle	Terminale patiënten	Klinische paden in de terminale zorg verbeteren de zorg voor de terminale patiënt.	Patiënten	N = 0	Er werden 920 potentiële titels relevant bevonden maar geen van alle voldeed aan de inclusie criteria.	Zonder bewijsmateriaal is het niet mogelijk klinische paden in de terminale zorg te maken. Meer studies zullen moeten worden gedaan.
Chaudhry 2006	ICT in de gezondheidszorg	Alle	Alle	De impact van ICT op de kwaliteit, de efficiëntie en de kosten in de gezondheidszorg	Patiënten en zorgverleners	N = 257	Ongeveer 25% van de studies was afkomstig van 4 academische instellingen. Kwaliteitsvoordelen: toename van de therapietrouw bij gebruik van richtlijnen, versterkte surveillance en monitoring en afname in medicatiefouten. Efficiëntievoordelen: afname in het gebruik van zorg. Gegevens over de kosten waren beperkt.	Vier benchmark instellingen tonen de efficiëntie van ICT bij het verbeteren van de kwaliteit en efficiëntie van de zorg aan. Hoe andere instellingen deze voordelen kunnen bereiken en wat de kosten zijn is onduidelijk.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Christensen 2008	Eerstelijns interventies bij depressie	Eerstelijnszorg	Patiënten met een depressieve stoornis	De effectiviteit van interventies bij een depressie zowel praktijk- als groepsgericht.	Patiënten	N = 55	De volgende interventies zorgden voor significante verbeteringen: herziening van professionele rollen, inzet van een case manager, meenemen van patiëntvoorkeuren, inzet van een verpleegkundige, psycholoog of psychiater, groepsinterventies.	De inzet van case management is belangrijk in de huisartsen-praktijk, ook zijn bepaalde groepsmodellen effectief en zijn andere minder succesvol.
Coory 2008	Multidisciplinaire (MD) teams	Alle	Patiënten met longkanker	Multidisciplinaire teams moeten worden ingezet om de zorg bij longkanker patiënten te managen.	Patiënten	N = 16	2 studies rapporteerden verbeteringen in de overlevingskansen. Gegevens over de oorzaken hiervoor zijn zwak. Het effect van MD teams was groter bij het veranderen van de patiënt in vergelijking tot de overlevingskansen. 6 Studies toonden een verhoging van chirurgie, chemo- of radiotherapie.	Het bewijsmateriaal over de overlevingskansen door de inzet van MD teams bij longkanker is beperkt. MD teams lijken wel tot betere uitkomsten te leiden. Het verzamelen van informatie zal zich moeten richten op de potentiële confounders.
Cummings 2009	Leiderschapsstijlen	Alle	Alle	De relatie tussen leiderschapsstijlen en de uitkomsten voor het verbeteren van de verpleegkundige praktijk en omgeving.	Verpleegkundigen	N = 53	De uitkomsten werden verdeeld over 5 thema's: tevredenheid, rol en salaris, relatie met werk, gezondheid en welzijn, factoren van werkomgeving en productie en effectiviteit. Bij 24 studies had de leiderschapsstijl invloed op een hogere tevredenheid. 10 studies vonden dat stijlen gefocust op taken tot lagere tevredenheid leiden.	Leiderschap gefocust op taakvoltooiing alleen is niet genoeg voor het bereiken van betere verpleegkundige praktijk en omgeving. Door het individu en de organisatie zullen meer inspanningen moeten worden geleverd om tevredenheid, werving, behoud en een gezonde werkomgeving en het tekort aan personeel aan te pakken.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Cummings 2008	Verpleegkundig leiderschap	Alle	Alle	Het achterhalen van de factoren die bijdragen aan verpleegkundig leiderschap en het effect op educatieve interventies voor het ontwikkelen van verpleegkundig leiderschap.	Verpleegkundige leiders	N = 26	Factoren werden verdeeld in 4 groepen: gedrag en praktijk (8), eigenschappen en karakteristieken (6), context en praktijksetting (3) en participatie in educatieve activiteiten (9).	Leiderschap kan worden ontwikkeld door specifieke educatieve activiteiten, door modellering en het in de praktijk brengen van competenties. Echter zijn de studiedesigns zwak.
Damiani 2009	Het gebruik van versbevoren plasma (VBP)	Tweede-lijnszorg	Alle	Organisatorische interventies bij VBP kunnen de risico's bij transfusies verminderen.	Zorgverleners	N = 10	Het risico ratio van ondoelmatig transfusies in vergelijking tot gebruik van organisatorische interventies was 2.02.	De organisatorische interventies laten positieve uitkomsten zien in de afname van het aantal inefficiënte VBP transfusies.
Dennis 2008	Chronic disease management	Eerste-lijnszorg	Patiënten met fysieke problemen	De effectiviteit van chronic disease management interventies bij fysieke gezondheidsproblemen en beleidsopties voor de implementatie in Australië.	Patiënten	N = 23	Interventies ter ondersteuning van zelfmanagement, educatie en verandering van het betalingsstelsel, werden het sterkst geassocieerd met verbetering van de resultaten van de patiënt en het proces.	Het 'Chronic Care model' is een nuttig raamwerk om de impact van chronic disease management interventies te begrijpen en de hiaten op te sporen. Overleg tussen belanghebbenden en beleidsmakers is hierbij van belang.
Eklund 2009	Integrale en coördinerende interventies	Alle	Kwetsbare ouderen	Het effect van integrale en coördinerende interventies bij kwetsbare ouderen (levend in een gemeenschap), op de patiënt, de zorgverlener en het gebruik van de gezondheidszorg.	Patiënten	N = 9	Bij weinig resultaten was een significant verschil, maar over het algemeen zijn de resultaten ten gunste van de interventiegroep. 5 studies toonden een positief effect op de patiënt en eveneens op het gebruik van de gezondheidszorg. 2 studies toonden tevredenheid bij de mantelzorger.	Er is enig bewijs dat integrale en coördinerende interventies positief zijn voor de populatie van kwetsbare ouderen.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Fung-Kee-Fung 2009	Regionale samenwerking in de chirurgische praktijk	Alle	Chirurgische patiënten	Regionale samenwerking voor het realiseren van kwaliteitsverbeteringen in de chirurgie.	Patiënten	N = 7	Significante verbeteringen werden gerapporteerd zowel in proces als uitkomstmaten. Succesfactoren waren: vertrouwen tussen zorgverleners en -instanties, beschikbaarheid van data, klinisch leiderschap, institutionele commitment en infrastructurele en methodologische ondersteuning.	De succesfactoren kunnen worden gebruikt als model voor het verbeteren van de samenwerking tussen chirurgen en zorginstellingen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en professionele ontwikkeling te handhaven.
Gagnon 2008	ICT integratie-bevordering bij zorgverleners	Alle	Alle	Het bevorderen van de integratie van het gebruik van ICT bij zorgverleners.	Artsen	N = 10	De ICT integratie interventie had kleine tot middelmatige positieve effecten (4 studies). 4 studies konden geen significant positieve effecten laten zien, en twee andere hadden gemengde effecten.	Er zijn kleine effecten voor interventies gericht op het gebruik van elektronische databases en digitale bibliotheken. De effectiviteit van interventies ter bevordering van ICT integratie blijft onzeker.
Hayward 2009	Informatie-technologie in de zorg	Alle	Alle	Informatietechnologie in de zorg in de controle van medicatie.	Zorgverleners	N = 7	4 studies toonden 'real-time' interventies, echter slechts 1 studie toonde verbetering in de controle van medicatie. 2 andere studies die niet waren gebaseerd op de arts lieten lichte verbeteringen zien.	Weinig studies lieten verbetering zien bij het gebruik van informatietechnologie bij medicatiecontrole. Er is overeenstemming tussen de methoden voor het reduceren van medicatiefouten.
Holleman 2009	Teams en de implementatie van verpleegkundige innovaties	Alle	Alle	De relevantie van team kenmerken en -directe strategieën bij het implementeren van verpleegkundige innovaties.	Verpleegkundige teams	N = 9	De kwaliteit van de studies was over het algemeen laag. 15 kenmerken werden gevonden op grond van 6 succesvolle teams. 21 verschillende directe strategieën werden gevonden en inductief gecategoriseerd.	Er zijn maar weinig studies gevonden en er is slechts weinig bewijskracht. Feedback was de meest gebruikte strategie. Leiderschap is zowel een kenmerk als een strategie.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Gilbody 2006	Samenwerken in de zorg	Eerstelijnszorg	Patiënten met een depressieve stoornis	Samenwerken in de zorg heeft zich ontpopt als een potentieel effectieve interventie om de kwaliteit van de eerstelijnszorg en de patiëntenuitkomsten te verbeteren.	Patiënten	N = 37	Depressieve klachten waren verbeterd na 6 maanden en langdurende voordelen tot 5 jaar. De omvang van de resultaten staan in verband met de medicatie naleving, de professionele achtergrond en de supervisie van case managers.	Samenwerken in de zorg rondom patiënten met een depressieve stoornis is effectief in vergelijking tot de standaard zorg omdat het de patiëntenuitkomsten verbetert.
Griffiths 2007	Intermediaire zorg in opname klinieken met verpleegkundige leiding	Alle	Alle	Het succesvoller managen van de overgang van ziekenhuis naar thuis voor patiënten met een langere herstelperiode.	Patiënten (>18)	N = 10	Er was geen statistisch significant effect op patiëntensterfte in het ziekenhuis, maar studies van hogere kwaliteit lieten een grotere niet significante vermeerdering in patiëntsterfte in het ziekenhuis zien. Verwijzing naar een ziekenhuis was verminderd voor de opnamekliniek. Vroege heropnames waren afgenomen. 1 studie vergeleek voor chronisch zieken een opnamekliniek met ICU care, daarbij was er geen verschil met sterfte en de duur van de ziekenhuisopname.	Er is bewijs dat patiënten die ontslagen werden uit de opnamekliniek beter voorbereid waren op het ontslag, maar het is onduidelijk of dit gewoon een product is van de langere ziekenhuisopname. Geen statistisch significante negatieve effecten werden geconstateerd, maar de mogelijkheid tot toename van vroegtijdige sterfte kan niet worden uitgesloten.
Hammick 2007	Interprofessionele educatie (IPE)	Alle	Alle	Interprofessionele educatie.	Zorgverleners	N = 21	Personeelsontwikkeling is belangrijk voor de effectiviteit van IPE. Authenticiteit en patiëntgerichtheid dragen bij aan positieve resultaten. Interprofessioneel onderwijs is over het algemeen goed ontvangen.	Authenticiteit en patiëntgerichtheid dragen uiteindelijk bij aan een verbeterde patiënten-zorg.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Harkness 2008	Psychologische therapie	Eerstelijnszorg	Alle	Plaatselijke GGZ medewerkers leveren psychologische therapie en psychosociale interventies in de eerstelijns gezondheidszorg.	Zorgverleners	N = 42	GGZ medewerkers zorgde voor een significante vermindering op van het aantal consultaties, medicatie voorschrijvingen, voorschrijfkosten en het aantal verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg. In CBA studies, had de aanvulling van GGZ medewerkers in de zorg geen effect op het voorschrijfgedrag naar de grotere beroeps populatie en was er geen consistent patroon in de impact op verwijzingen in de grotere patiëntenpopulatie.	Er is bewijs dat als GGZ medewerkers in de eerste lijn, psychologische therapie en psychosociale interventies geven, de handelingen van eerstelijns zorgverleners, zoals consultaties, voorschrijvingen en verwijzingen naar specialistische zorg zullen verminderen.
Holland 2007	Apotheker medicatieoverzicht	Alle	Ouderen	Het effect van een apotheker medicatieoverzicht bij ouderen	Artsen en patiënten	N = 32	Er was een lichte daling bij het voorschrijven van medicatie. Er was geen significant verschil m.b.t. opnames en mortaliteit. Therapietrouw en kennis kunnen mogelijk verbeteren door de interventie.	Apotheker medicatieoverzichten hebben geen effect op het aantal opnames en de mortaliteit. Interventies kunnen de kennis en therapietrouw verbeteren, maar er zijn te weinig gegevens over de verbetering van de kwaliteit van leven.
Jamal 2009	Informatietechnologie in de zorg	Alle	Alle	Informatietechnologie in de zorg gericht op het gebruik van richtlijnen door zorgverleners en de impact op patiëntenuitkomsten.	Zorgverleners	N = 23	14 studies lieten positieve verbeteringen zien aangaande het in acht nemen van de richtlijnen. Patiëntenuitkomsten gaven geen verbeteringen weer.	Het aantal studies was laag, echter de bevindingen laten zien dat informatietechnologie in de zorg kan leiden tot betere inachtneming van de richtlijnen door zorgverleners.
Kaboli 2006	Apothekers interventies	Tweedeelijnszorg	Volwassen patiënten	De effecten van apothekers interventies op het proces en de uitkomsten van zorg bij volwassen ziekenhuis patiënten.	Patiënten	N = 36	Medicatiefouten of bijwerkingen reduceerde in 7 van de 12 trials. Medicatietrouw, -kennis en toepasbaarheid verbeterden in 7 van de 12 trials en er was een kortere opnameduur in 9 van de 17 trials.	Apothekers interventies in ziekenhuizen zorgden over het algemeen voor verbeteringen in de geleverde zorg.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Koshman 2008	Apothekerszorg	Alle	Hartfalen patiënten	De effecten van apothekers zorg op patiënten-uitkomsten bij hartfalen.	Patiënten	N = 12	Apothekerszorg leidde tot afname van het aantal opnames, het aantal opnames t.g.v. hartfalen en het sterftecijfer (niet significant). Apothekerszorg in samenwerkingsverband leidde tot een grotere afname van het aantal opnames t.g.v. hartfalen. De mate van participatie van apothekers is verschillend per studie.	Apothekerszorg voor de behandeling van hartfalen patiënten reduceerde het risico op opname t.g.v. hartfalen. De participatie van apothekers in de zorg rondom hartfalen kan sterk worden aangeraden.
Ouwens 2009	Integrale zorg	Alle	Patiënten met kanker	Het effect van interventies aangaande integrale zorg op de kwaliteit van zorg bij patiënten met kanker.	Patiënten	N = 33	Er was een grote variatie van interventies en uitkomstmaten. Effectieve interventies waren: het opnemen van de consultatie; het aanbieden van informatie; beslissingssteun; follow-up; case management en 'one-stop clinics'.	Om de integrale zorg bij kankerpatiënten te verbeteren is een programma aan te raden dat zich focust op meerdere interventies gericht op patiënten, zorgverleners en de organisatie van zorg.
Latour 2007	Case management	Tweede-lijnszorg	Complexe patiënten	De effectiviteit van case management geleid door verpleegkundigen in de ambulante zorg.	Patiënten	N = 10	Resultaten waren gebaseerd op heropname percentage, eerste hulp bezoeken, functionele status, kwaliteit van leven of patiënttevredenheid, maar waren tegenstrijdig.	Er is matig bewijs voor het effect van case management op de patiënttevredenheid en er is geen effect op eerste hulp bezoeken.
Lemmens 2009	Disease management interventies	Alle	Patiënten met COPD en Astma	Het effect van meerdere interventies vergeleken met het gebruik van één disease management interventie of normale zorg op de uitkomsten van de zorg.	Patiënten	N = 36	Er zijn verbeteringen waar te nemen in de kwaliteit van leven en het aantal opnames neemt af wanneer 3 interventies worden ingezet. Kwalitatieve analyses laten positieve trends zien qua tevredenheid en proces en uitkomst indicatoren.	Er bestaan veelbelovende combinaties van interventies, echter schattingen naar het effect van de inzet van meerdere combinaties van interventies zijn beperkt.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Leykum 2007	Organisatorische interventies	Alle	Type II Diabetes	De relatie onderzoeken tussen interventies voor het implementeren van 'complexe adaptieve systemen' (CAS) of kenmerken daarvan, en de effectiviteit van de gerapporteerde uitkomsten voor patiënten met diabetes type II.	-	N = 32	Bij de meeste studies kon minimaal 1 CAS kenmerk in de interventies worden herkend. 91% had een matig tot effectief effect. Twee individuele CAS kenmerken worden geassocieerd met effectiviteit: interconnecties tussen de participanten en co-evolutie.	De relatie tussen CAS kenmerken en de effectiviteit van de uitkomsten voor patiënten met type II diabetes suggereert dat de complexe wetenschap een effectief raamwerk kan verschaffen voor het ontwerpen en de implementatie van interventies die leiden tot verbeterde patiëntuitkomsten.
Li 2009	Communities of practice	Alle	Alle	Het gebruik van 'communities of practice' in het bedrijfsleven en de gezondheidszorgsector.	Zorgverleners	N = 0	Er is geen duidelijke bewijs voor effectiviteit van de 'communities of practice' in de zorgsector.	Er is geen dominante trend in hoe het concept van 'communities of practice' geoperationaliseerd moet worden in zowel het bedrijfsleven als in de gezondheidszorgsector.
Maenpaa 2009	Informatie-systemen in de zorg	Alle	Alle	Informatiesystemen in de zorg hebben effecten op zorgprocedures, de zorgpraktijk en de behandelingsuitkomsten.	Zorgverleners	N = 24	Ondanks de verschillende informatiesystemen zijn de uitkomsten gelijk, ze verbeteren data-uitwisseling, -toegang, -effectiviteit; patiënteninformatie; communicatie en coördinatie in de regio, en ze stimuleren procesveranderingen.	Er wordt verwacht dat informatiesystemen een effect en impact hebben op zorgprocedures, de zorgpraktijk en behandelingsuitkomsten.
Martin 2007	Smart home technologie	Thuis-zorg/VGZ	Lichamelijk en of verstandelijk beperkten	Smart home technologieën dragen bij aan de sociale zorg en de stijgende vraag hierna, en het gebrek aan personeel en financiële middelen.	Patiënten	N = 0	Er werden geen studies gevonden die aan de inclusiecriteria voldeden.	Ondanks dat het belangrijk is voor zorgverleners en zorgvragers, is er een tekort aan bewijs om smart home technologieën te kunnen aanbevelen.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Mc Gowan 2009	Beschikbaarheid en toegankelijkheid van elektronische informatie	Alle	Alle	Interventies om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van elektronische informatie door zorgverleners te vergroten, verbeteren de praktijk en de patiëntenzorg.	Zorgverleners	N =2	In geen van de studies werden er verschillen gevonden m.b.t. zoektraining, patiëntenzorg en kosten. Zorgverleners met training hadden meer kennis van elektronische bronnen.	Er is een tekort aan bewijs om te concluderen dat interventies om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van elektronische informatie vergroten, de praktijk en de patiëntenzorg verbeteren.
Minkman 2007	Integrale modellen voor kwaliteitsmanagement	Alle	Alle	Het implementeren van integrale modellen voor kwaliteitsmanagement om prestaties te verbeteren.	Patiënten	N = 37	17 studies (2 EFQM Excellence model, 14 Chronic Care Model) rapporteerden 1 of meer significante resultaten.	Er is enig bewijs dat het Chronic Care Model kan bijdragen aan betere processen en uitkomstprestaties. Bewijs voor het MBQA criteria en EFQM Excellence model is beperkter.
Mitchell 2008	Multidisciplinaire zorgplanning	Eerstelijnszorg	Patiënten die een beroerte hebben gehad	De impact van gecoördineerde multidisciplinaire zorg in de eerste lijn op de uitkomsten bij een beroerte.	Patiënten	N = 18	Er was geen relatie met mortaliteit en inconsistent effect op functionele uitkomsten. Het is onduidelijk of actieve betrokkenheid van een huisarts of andere eerstelijns professional een positief heeft.	Multidisciplinaire zorgplanning heeft geen eenduidige verbeteringen voor patiënten na een beroerte, er zijn procesvoordelen.
Oeseburg 2009	Case management	Alle	Kwetsbare ouderen en chronische patiënten	Het effect van case management m.b.t. het vertegenwoordigen van de patiënt, op het gebruik van diensten en de kosten in de zorg.	Patiënten	N = 8	In geen van de studies was er een toename van het gebruik van diensten of de kosten. 2 studies toonden een afname aan van het gebruik van diensten en kosten.	De resultaten indiceren dat er meer prioriteit moet worden gegeven aan het verder implementeren van case management m.b.t. het vertegenwoordigen van ouderen en chronisch zieken. De verpleging zou bij deze ontwikkeling een rol kunnen spelen.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Patow 2009	De participatie van basisartsen	Alle	Alle	Het effect van de participatie van basisartsen in kwaliteitsverbetering op de patiëntenzorg.	Basisartsen	N = 28	De mate van participatie en de rol van de basisartsen verschillen. 5 studies rapporteerden over patiëntenuitkomsten. 23 studies omschreven procesverbeteringen in patiënten of het onderwijs.	Een aantal studies beschreven klinische of educatieve effectiviteit, echter er zijn ook verschillende beperkingen.
Reeves 2007	Inter-professioneel onderwijs	Alle	Alle	Interventies gericht op interprofessioneel onderwijs verbeteren de professionele samenwerking en de patiëntenzorg.	Zorgverleners	N = 6	4 studies gaven positieve resultaten met betrekking tot: werkcultuur, patiënttevredenheid, samenwerkend team gedrag, maken van fouten in teams, organisatie van zorg bij slachtoffers van geweld, kennis en vaardigheden in de GGZ. Andere uitkomsten toonden kleine verbeteringen of waren neutraal.	Ondanks sommige positieve uitkomsten, kan er vanwege een tekort aan relevante studies geen uitspraak worden gedaan over de generaliseerbaarheid van de resultaten.
Rotter 2008	Klinische paden	Tweede-lijnszorg	Alle	Het effect van klinische paden op de lengte van verblijf, de ziekenhuiskosten en patiëntenuitkomsten.	Patiënten	N = 17	De meerderheid van de studies rapporteerden een positieve impact aangaande lengte van verblijf en de kosten. Bij het aantal heropnames en complicaties was geen effect waar te nemen.	Ondanks dat klinische paden effectief lijken, is er niet genoeg overtuigend bewijs om een raamwerk voor klinische paden vast te stellen.
Salas 2008	Teamtraining	Alle	Alle	De effectiviteit en voorwaarden voor teamtrainingsinterventies voor teamresultaten.	Teams	N = 45	Er bestaat een gematigde tot positieve relatie tussen teamtrainingsinterventies en de verschillende uitkomsttypen. Opleidingsinhoud, de stabiliteit van de teamleden en teamgrootte zijn meest effectief.	De bevindingen suggereren dat teamtraining geschikt is bij het verhogen van teamresultaten. Ze verbeteren cognitieve, affectieve en prestatie-uitkomsten en teamwork processen.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Saxena 2007	Interventies m.b.t. diabetes	Eerste-lijnszorg	Diabetici in een etnische minderheid	De effectiviteit van interventies voor bloedsuikercontrole en de risicofactoren voor hart- en vaatziekten bij diabetici.	Patiënten	N = 9	Twee zorgmodellen werden herkend: (1) Case management met een specialistische diabetes verpleegkundige en (2) het gebruik van de diensten van zorgverleners uit etnische minderheden om patiënten met diabetes te ondersteunen. Case management als interventie verbetert de controle van het bloedsuiker-gehalte. Beide interventies (1 en 2) reduceren de risicofactoren van hart- en vaatziekten.	Case management als interventie verbetert de controle van het bloedsuikergehalte. Beide interventies (1 en 2) reduceren de risicofactoren van hart- en vaatziekten.
Schouten 2008	Samenwerking bij kwaliteitsverbetering	Alle	Alle	Het effect van samenwerking bij kwaliteitsverbetering bij het verbeteren van de zorg.	Patiënten	N = 72	12 studies die in totaal 9 trails evalueerden, rapporteerde matig positieve resultaten. 7 studies rapporteerden een effect op dezelfde geselecteerde uitkomstmetingen. Twee studies rapporteerden geen effect.	De bewijskracht voor samenwerking bij kwaliteitsverbetering is positief maar beperkt. De interventies lijkt een sleutelrol te spelen bij de huidige strategieën die zijn gericht op het accelereren van verbeteringen.
Shepperd 2008	Thuisdienst voor acute zorg	Tweede-lijnszorg/ thuiszorg	Alle	Een thuisdienst voor acute zorg kan bijdragen aan het oplossen van het tekort aan ziekenhuisbedden in de acute zorg.	Patiënten	N = 26	Zowel bij patiënten met een verscheidenheid aan klachten als patiënten herstellende van een beroerte, is er geen verschil in mortaliteit en heropname. Patiënten lijken meer tevreden bij vroegtijdig ontslag.	Er is onvoldoende bewijs of een service van vroegtijdig ontslag ziekenhuis/huis leidt tot economische voordelen of verbeterde gezondheidsuitkomsten.
Shepperd 2008	Thuisdienst voor acute zorg	Tweede-lijnszorg/t huiszorg	Alle	Een thuisdienst voor acute zorg kan bijdragen aan het oplossen van het tekort aan ziekenhuisbedden in de acute zorg.	Patiënten	N = 10	Er is geen significante vermindering in mortaliteit na 3 maanden, ook werden patiënten niet vaker opgenomen in het ziekenhuis en zijn ze meer tevreden. Thuisdienst lijkt minder duur dan opname in het ziekenhuis.	Na een analyse is er geen bewijs om aan te nemen dat thuisdienst bij acute zorg leidt tot uitkomsten die anders zijn als bij opname in het ziekenhuis.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Shepperd 2009	Ontslagplanning in het ziekenhuis	Tweede-lijnszorg	Alle	Ontslagplanning vermindert de lengte van de ziekenhuisopname, het aantal ongeplande ontslagen en het verbetert de coördinatie.	Patiënten	N = 21	De lengte van de ziekenhuisopname en –heropname zijn significant verminderd bij patiënten in de interventiegroep. Alleen voor ouderen, patiënten met een verscheidenheid aan gezondheidsproblemen en patiënten herstellende van een operatie was een lagere mortaliteit niet aantoonbaar. Sommige trials toonden een hogere tevredenheid aan. Over verschil in kosten wordt weinig gerapporteerd.	Het is aantoonbaar dat een gestructureerde ontslagplanning enigszins kan bijdragen aan het verminderen van de lengte van ziekenhuisopname en - heropname bij ouderen. De impact voor mortaliteit, gezondheidsuitkomsten en kosten zijn onzeker.
Smith 2007	Gezamenlijke zorg door primaire en specialistische zorgverleners	Alle	Chronische ziekten	Interventies voor gezamenlijke zorg verbeteren de organisatie van chronische ziekten en de koppeling tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg.	Patiënten	N = 20	Gezamenlijke zorg heeft een positief effect aangaande het voorschrijven, alle andere uitkomsten zijn variërend.	Met uitzondering van het voorschrijven, kunnen de voordelen van gezamenlijke zorg niet worden aangetoond.
Smolders 2008	Kennisoverdracht en interventies voor verandering	Eerste lijns- en poliklinische zorg	Patiënten met angststoornissen	Kennisoverdracht en interventies voor verandering voor het verbeteren van de eerstelijns- en poliklinische zorg bij patiënten met een angststoornis.	Patiënten	N = 24	Organisatorische strategieën van geïntegreerde zorg waren het meest effectief. Professionele interventies hadden alleen invloed op het proces en de uitkomsten als ze in relatie stonden met organisatorische interventies. Er was geen effect van de organisatorische interventies op de angstsymptomen van patiënten.	Geïntegreerde zorg lijkt een veel belovend voor het verbeteren van de eerstelijns- en poliklinische zorg bij patiënten met angststoornissen.
van Steenberg-Weijenburg 2010	Samenwerken in de zorg	Eerstelijnszorg	Patiënten met een depressieve stoornis	Samenwerken in de zorg voor patiënten met een depressieve stoornis in de eerste lijn zou voor kostenbesparing kunnen zorgen.	Patiënten	N = 8	De kwaliteit van de studies voldoet niet aan de CHEC-list eisen. 4 studies rapporteren kosten per QALY en 6 kosten per depressievrije dagen.	Samenwerken in de zorg is een veelbelovende interventie die kosteneffectief zou kunnen zijn.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
van Steenkiste 2008	Implementatiestrategieën voor risico tabellen	Alle	Patiënten met een hartaandoening	Effectieve implementiestrategieën voor het invoeren van risico tabellen.	Zorgverleners	N = 9	De effecten waren matig. Er is geen directe relatie tussen het type strategie en het succes ervan.	Studies naar implementatiestrategieën voor risico tabellen bij hartaandoeningen zijn schaars. Er is behoefte aan een betere inbedding van systematische en probleemgerichte benaderingen.
Urquhart 2008	Dossiersystemen voor verpleegkundigen	Alle	Alle	Dossiersystemen voor verpleegkundigen zijn effectief bij het beïnvloeden van de verpleegkundige praktijk.	Verpleegkundigen	N = 9	Alle dossiersystemen voor verpleegkundigen, die als doel hebben om een probleem onder controle te krijgen, zijn succesvol in meer of mindere mate. Het is onzeker of systeemverandering de verpleegkundige praktijk kan verbeteren en daarmee de gezondheid van de patiënt.	Er moet meer worden samengewerkt met de verpleegkundigen bij de ontwikkeling van het verpleegkundig dossier om te weten wat er precies in het dossier moet worden vastgelegd.
Verhoeven 2007	Teleconsultatie en videoconferencing	Alle	Diabetici	De voor- en nadelen van teleconsultatie en videoconferencing op de uitkomsten in de zorg voor diabetici.	Zorgverleners en patiënten	N = 39	Meest gerapporteerde verbeteringen waren: tevredenheid, metabole controle, kostenbesparingen, kwaliteit van leven, transparantie en de toegankelijkheid. Dagelijkse controle was bewezen effectief voor gedragsverandering en kostenbesparing. Voordelen van videoconferencing waren er vooral op sociaaleconomische gronden.	Teleconsultatie en videoconferencing zijn praktisch, kosteneffectief en betrouwbaar in het leveren van zorg aan diabetici.
Verrue 2009	Apothekersinterventies	Verpleeghuis	Ouderen	Apothekersinterventies kunnen de kwaliteit van het voorschrijven van medicatie in verpleeghuizen verbeteren	Apothekers	N = 8	Uiteenlopende resultaten werden gevonden en apothekers hadden verschillende rollen. Apothekersbetrokkenheid vergroete de kennis en het bewustzijn over medicatie bij artsen en verpleegkundigen.	De bewijskracht aangaande apothekersinterventies in het verpleeghuis is schaars. Er zal meer nadruk moeten komen te liggen op de keuze van uitkomstmaat en multidisciplinaire samenwerking.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Wong 2007	Verpleegkundig leiderschap	Alle	Alle	De relatie tussen verpleegkundig leiderschap en patiëntenuitkomsten.	Verpleegkundigen en patiënten	N = 7	Er is een positieve relatie aangetoond tussen leiderschaps-gedrag, -stijlen of prestaties en patiënttevredenheid en de afname van het aantal bijwerkingen.	De bevindingen laten zien dat verpleegkundig leiderschap een belangrijke organisatorische strategie is om patiëntenuitkomsten te verbeteren.
Wulff 2008	Case management	Alle	Kanker patiënten	Het gebruik van Case management bij het optimaliseren van klinische paden bij kanker	Patiënten	N = 7	Interventiekenmerken, uitkomsten, bevindingen en methodologische aspecten waren allemaal verschillend.	Er kunnen geen conclusies worden getrokken over het effect van Case management op de zorg voor kanker patiënten.
Zwarenstein 2007	Interprofessionele samenwerking	Alle	Alle	Interprofessionele samenwerking kan de beroepspraktijk en gezondheidsuitkomsten verbeteren.	Zorgverleners	N = 5	Sommige studies geven verbeteringen weer aangaande de patiëntenzorg, wanneer interprofessionele samenwerking werd toegepast. In andere studies zijn de uitkomsten variërend of niet waar te nemen.	Interprofessionele samenwerking kan leiden tot positieve veranderingen in de gezondheidszorg.

Feedback, reminders en beslissingsondersteuning (n = 19)

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Bryan 2008	Elektronisch klinische interventies	Eerste-lijnszorg	Alle	De effectiviteit van elektronisch klinische interventies voor het ondersteunen van beslissingen.	Artsen	N = 17	76% van de studies rapporteerden positieve resultaten of variabele uitkomsten. 24% toonde geen effect aan.	De interventies lijken verbeteringen te tonen, echter is er ook variatie in types en methoden. Meer werk is nodig voor effectieve implementatie strategieën.
Durieux 2008	Gecomputeriseerd advies voor medicijndoses	Alle	Alle	Computersystemen ter ondersteuning van artsen om de optimale medicijndoses te bepalen.	Zorgverleners	N = 23	Gecomputeriseerd advies voor medicijndoses heeft significante voordelen voor het vergoten van de initiële dosis, het vergoten van serum concentraties, verminderen van de tijdsduur tot therapeutische stabilisatie, verminderen van het risico op een toxisch medicatie niveau en het verminderen van de verblijfsduur in het ziekenhuis.	Gecomputeriseerd advies voor medicijndoses heeft enkele voordelen: het vergroot de initiële dosis, het vergroot serum concentraties en het leidt tot een snellere therapeutische controle. Het verminderde de verblijfsduur in het ziekenhuis. Er was echter geen effect op de bijwerkingen.
Conroy 2007	Doseringsfouten	Alle	Kinderen	Identificeren van studies m.b.t. het voorkomen van doseringsfouten.	Kinderen	N = 28	De belangrijkste interventies zijn computerinschrijvings-systemen voor medicatie opdrachten en computervoorschrijvings-ondersteuning, die een kleine afname laten zien van het aantal medicatiefouten, net als sommige educatie- en risicomangement programma's.	Er is onvoldoende informatie over uitkomstmaten als mortaliteit en economie, en intraveneuze infusiepompen.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Eslami 2009	Computer-systemen voor het ondersteunen van beslissingen	Alle	Diabetici	Het gebruik van computersystemen bij het stimuleren van beslissingen aangaande strikte bloedsuikercontrole.	Zorgverleners	N = 17	11 studies rapporteerden het effect van een nieuw protocol, waarin de computersystemen niet waren geïntegreerd en slechts passief werden gebruikt. De RCT's aanwezig, lieten allemaal minimaal één indicator van de bloedsuiker controle zien die positief was. Er werd nauwelijks iets gezegd over het aantal hypo's.	Hoewel het effect van computersystemen voor het stimuleren van beslissingen bij strikte bloedsuikercontrole positief is, is het niet mogelijk om de precieze succesfactoren te achterhalen.
Heselmans 2009	Richtlijn- implementatie systemen	Alle	Alle	Op richtlijn gebaseerde computersystemen voor het ondersteunen van beslissingen in de ambulante zorg, leveren met succes kennis uit richtlijnen.	Zorgverleners	N = 27	Ongeveer 50% van de uitkomstvariabelen was significant. In geen van de studies verbeterden de patiëntenuitkomsten. 7 van de 17 studies die procesuitkomsten rapporteerden lieten verbeteringen zien. Er was geen verbetering bij de vergelijking tussen elektronische implementatie en papieren implementatie van de richtlijn.	Er is minimaal bewijs voor de effectiviteit van computersystemen om het maken van beslissingen te ondersteunen.
Hysong 2009	Audit en feedback	Alle	Alle	De impact van de effectiviteit van audit en feedback op de kwaliteit van zorg.	Zorgverleners en patiënten	N = 19	Audit en feedback hebben een matig tot significant effect op de kwaliteitsuitkomsten. Geschreven en meer frequente terugkoppeling versterkt dit effect, terwijl verbale feedback dit effect verzwakt.	De effectiviteit van audit en feedback verbetert, als het geschreven is en het frequent wordt geleverd.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Jacobson 2008	Reminders	Alle	Alle	Patiëntenreminders en herinneringssystemen ter verhoging van het aantal vaccinaties.	Zorgverleners en patiënten die vaccinaties krijgen.	N = 47	Reminders waren effectief voor vaccinaties bij kinderen, griepvaccinaties bij kinderen, Pneumokokken bij volwassenen, Tetanus, Hepatitis B en griepvaccinaties bij volwassenen. Alle typen reminders waren effectief (briefkaarten, brieven of telefoon), waarbij telefoon het meest effectief is, maar ook het meest prijzig.	Patiëntenreminders en herinneringssystemen in de zorgsector zijn effectief voor het verbeteren van het aantal vaccinaties in ontwikkelde landen.
Jamtvedt 2006	Audit en feedback	Alle	Alle	Inzet van audit en reminders voor verbetering van de zorg.	Zorgverleners	N = 118	Slechte naleving van de aanbevolen zorg en een hogere intensiteit van audit en feedback worden in verband gebracht met een grotere effectiviteit in alle studies.	Audit en feedback kunnen effectief zijn voor de verbetering van de beroepspraktijk. Wanneer het effectief is, zijn de effecten meestal klein tot gemiddeld. De relatieve effectiviteit van audit en feedback is waarschijnlijk groter wanneer vanaf aanvang de therapietrouw laag is en wanneer feedback vaker wordt gegeven.
Kastner 2008	Klinische interventies voor het ondersteunen van beslissingen	Alle	Patiënten met osteoporose	Het effect van klinische interventies voor het ondersteunen van beslissingen bij het managen van osteoporose.	Artsen	N = 13	3 studies tonen aan dat een combinatie van reminders en educatie leidt tot een toename van bone mineral density tests en medicatiegebruik. Reminders en een patiëntenrisico-strategie leiden tot een afname van fracturen en een toename van therapie.	Multi-componenten interventies lijken effectief bij het ondersteunen van klinische beslissingen bij osteoporose.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Mc Gaughey 2007	Waarschuwingssystemen	Tweede-lijnszorg	Alle	Waarschuwingssystemen verbeteren de vroegtijdige signalering van een verslechtering in de toestand van de patiënt.	Patiënten	N = 2	Bij 1 studie waren geen statistische verschillen tussen het gebruik van een waarschuwingssysteem en het medisch spoed team. De andere studie gaf weer dat bij het gebruik van een waarschuwingssysteem de mortaliteit daalde.	De effectiviteit van waarschuwingssystemen kan worden bewezen, evenals een afname van de mortaliteit.
Mollon 2009	Computer-systemen voor beslissingsondersteuning	Alle	Alle	Computersystemen voor beslissingsondersteuning bij het voorschrijven van medicatie verbeteren de kwaliteit van zorg.	Artsen	N = 41	37 studies rapporteerden een succesvolle implementatie. 25 studies toonden succes aan in het voorschrijfgedrag van de arts en 5 studies beschreven verbeterde patiëntenuitkomsten.	Ondanks dat computersystemen voor beslissingsondersteuning het voorschrijfgedrag lijken te veranderen, zijn er weinig studies die ook verbeteringen in de patiëntenuitkomsten laten zien.
Nies 2006	Computer-systemen voor beslissingsondersteuning	Alle	Alle	Determinanten voor het succes van computersystemen voor beslissingsondersteuning .	Patiënten en artsen	N = 106	De belangrijkste determinanten van computersystemen voor beslissingsondersteuning waren: systeem gestarte interventies, assistentie zonder gebruikerscontrole, systemen waarbij gegevens automatisch werden verzameld uit het elektronisch dossier en systemen voor vervolgacties in computerinschrijvingssystemen voor artsen.	Het is moeilijk om een gestandaardiseerd systeem van determinanten op te stellen, gezien de variërende termen en uitkomstcriteria en de beperkte methodologische informatie.
Pearson 2009	Computer-systemen voor beslissingsondersteuning	Alle	Alle	Computersystemen voor beslissingsondersteuning bij het voorschrijven van medicatie, verbeteren de kwaliteit van zorg en de patiëntenuitkomsten.	Artsen	N = 56	Bij het starten en toezichthouden op medicatie lijkt de interventie effectief, vooral systeemadviezen zijn nuttig.	De opvattingen aangaande de impact van de interventie op het proces van medicatievoorschrijving zijn beperkt.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Randell 2007	Computer-systemen voor beslissings-ondersteuning	Alle	Alle	Het effect van computer-systemen voor beslissings-ondersteuning op de prestaties van verpleegkundigen en de patiëntenuitkomsten.	Verpleegkundigen	N = 8	Het effect van de interventie op verpleegkundige prestaties en patiëntenuitkomsten was inconsistent.	Het invoeren van computer-systemen voor beslissings-ondersteuning zal niet met zekerheid leiden tot positieve resultaten.
Rosse 2009	Computer-inschrijvings-systemen voor medicatie opdrachten	Alle	Pediatriesch en IC patiënten	Computerinschrijvings-systemen voor medicatie opdrachten kunnen effectief zijn bij het reduceren van medicatiefouten en verbeteren de resultaten.	Patiënten	N = 12	Er is een significante afname van het aantal risico's en fouten bij het gebruik van de interventie. Er is geen afname van het aantal medicatie-incidenten of de mortaliteit.	Ondanks dat de interventie een afname laat zien van het aantal fouten in het voorschrijven, is er geen bewijs voor klinisch voordelen.
Schedlbauer 2009	Medicatie voorschrijfgedrag	Alle	Alle	Computerhints en -waarschuwingen om het medicatie voorschrijfgedrag bij artsen te verbeteren.	Artsen	N = 27	23 studies toonden positieve uitkomsten aan bij het voorschrijven, of verkleinden het aantal medicatiefouten. 5 studies toonden positieve management resultaten aan.	Computerhints en -waarschuwingen hebben een positieve werking, echter was het aantal studies minimaal.
Shojania 2009	Computer-reminders op het beeldscherm	Alle	Alle	Computerreminders kunnen de zorg verbeteren doordat ze artsen ondersteunen bij het maken van beslissingen.	Artsen	N = 28	Bij gebruik van computer-reminders bij het ordenen van medicatie, het onderzoeken en bij vaccinaties, is een verbetering van de mediaan met 4.2%. In sommige studies verbeterde de gezondheid van de patiënt met een mediaan met 2.5%.	Computerreminders resulteren in kleine verbeteringen in het gedrag van de gebruiker. Hoewel sommige studies de voordelen aantonen, waren deze niet geassocieerd met de manier waarop de artsen werkten.
Wolfstadt 2008	Computer-inschrijvings-systemen voor medicatie opdrachten	Tweede-lijnszorg	Alle	Computerinschrijvings-systemen voor medicatie opdrachten met klinische beslissingsondersteuning kunnen effectief zijn bij het voorkomen van medicatiefouten.	Artsen en patiënten	N = 10	De interventie draagt bij aan een significante afname van het aantal medicatiefouten in 5 van de 10 studies.	Een aantal studies rapporteren een effect, maar deze waren geen RCT's.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Yourman 2008	Computer- beslissings ondersteunende interventies	Alle	Ouderen	De impact van computerbeslissings- ondersteunende interventies verbeteren de kwaliteit van het voorschrijven van medicatie bij ouderen.	Patiënten	N = 10	8 studies toonden matige verbeteringen bij het voorschrijven. 2 studies rapporteerden de impact van klinische uitkomsten, maar waren hierover verdeeld.	Verschillende interventies zouden effectief kunnen zijn, echter worden er weinig klinische uitkomsten beschreven.

Patiëntgerichte strategieën (n=18)

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Beranova 2006	Computersoftware voor patiënten-educatie	Alle	Patiënten met coronaire hartaandoeningen	Het evalueren van computersoftware voor het voorlichten van patiënten met coronaire hartaandoeningen.	Patiënten	N = 5	Alle studies rapporteerden een significante toename van kennis, zelfs na 6 maanden follow-up. Tevens was er een hoge patiënttevredenheid meetbaar.	Computersoftware voor patiënteneducatie speelt een grote rol bij het vergroten van de kennis van patiënten met coronaire hartaandoeningen.
Bennett 2009	Patiëntgerichte educatieve interventies voor pijn bij kanker	Alle	Kankerpatiënten	Patiëntgerichte educatieve interventies voor pijn bij kanker verbeteren de aspecten van pijn management.	Patiënten	N = 21	Educatieve interventies verbeteren de kennis en attitude en reduceren de gemiddelde en hoogste pijnintensiteit.	Patiëntgerichte educatieve interventies blijken een matig maar significant voordeel op te leveren bij het managen van pijn bij kanker.
Blackstock 2007	Gezondheids-educatie	Alle	Patiënten met COPD	De voordelen van ziektespecifieke gezondheidseducatie bij COPD.	Patiënten	N = 13	De interventie heeft minimaal effect op de gezondheidsresultaten. Educatie gericht op zelfmanagement zorgt voor bemoedigende resultaten, maar is niet significant.	Er is onvoldoende basis voor het doen van aanbevelingen m.b.t. de voordelen, echter didactische educatie is waarschijnlijk minder effectief in vergelijking met zelfmanagement educatie.
Desplenter 2007	Educatieve interventies	Alle	Psychiatrische patiënten	De impact van educatieve medicatie interventies op de uitkomsten van psychiatrisch patiënten.	Patiënten	N = 17	Therapietrouw was 11-30% hoger in de interventiegroep, kennis was 14-28% hoger. 1 studie rapporteerde een verhoogde tevredenheid, andere patiëntuitkomsten waren niet significant en economische uitkomsten werden nergens vermeld.	Educatieve interventies lijken een positief effect te hebben op de kennis en therapietrouw. Weinig studies laten klinische of economische uitkomsten zien.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
van Dulmen 2007	Educatieve interventies	Alle	Alle	Strategieën om therapietrouw te bevorderen.	Patiënten	N = 38	Er zijn significante verschillen in effectiviteit bij therapietrouw interventies in 23 van de 38 studies. Effectieve interventies waren gevonden in vier theoretische benaderingen van therapietrouw; technisch, gedrag, educatie en multifacet of complexe interventies.	Er is een schaarste aan vergelijkende studies die expliciet theoretische modellen of onderdelen daarvan vergelijken. Het relatieve gewicht van deze theorieën en de effectieve componenten in de interventies ontworpen om therapietrouw te verbeteren, moeten worden beoordeeld in toekomstige studies.
Forster 2008	De geriatrische dagbehandeling	Alle	Ouderen	De geriatrische dagbehandeling als interventie om sterfte, afhankelijkheid en hospitalisatie te voorkomen en de persoonlijke gezondheidstoestand te verbeteren.	Ouderen (> 60)	N = 13	Geriatrische dagbehandeling blijkt effectiever dan geen behandeling inclusief verbeterde activiteiten in het dagelijks leven en het verminderde het gebruik van ziekenhuisbedden. Er is een klein voordeel voor dagbehandeling ten opzichte van andere vormen van uitgebreide diensten voor ouderen.	Dagbehandeling voor ouderen blijkt effectiever dan geen interventie, maar lijkt geen duidelijk voordeel te hebben t.o.v. andere vormen van veelomvattende zorg voor ouderen.
Haynes 2008	Educatieve interventies	Alle	Alle	Strategieën om farmaceutische therapietrouw te bevorderen.	Patiënten	N = 91	De meest effectieve interventies leidden niet tot grote verbeteringen in therapietrouw.	Bestaande methoden om therapietrouw te bevorderen zijn meestal complex en niet erg effectief, zodat er geen grote voordelen gerealiseerd kunnen worden.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Joosten 2008	Shared decision-making (SDM)	Alle	Alle	De arts en patiënt gaan samen door alle fasen van het besluitvormingsproces heen.	Patiënten en zorgverleners	N = 11	Er was geen verschil tussen SDM en controle (5 studies), 1 studie liet geen korte termijn effecten zien, maar wel positieve langere termijn effecten. Er was een positief effect van SDM op uitkomstmaten (5 studies).	Ondanks aanzienlijke interesse in het toepassen van SDM, is er weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit ervan.
Kripalani 2007	Educatieve interventies	Alle	Alle	Strategieën om farmaceutische therapietrouw te bevorderen.	Patiënten	N = 37	Er was een significante verbetering in tenminste 1 therapietrouw maat (20 studies). Therapietrouw vermeerderde consistent bij gedragsinterventies die de doseringsbehoeften verminderden en bij de interventies waarbij monitoring en feedback betrokken waren.	Verschillende typen interventies zijn effectief bij het verbeteren van medicatie therapietrouw bij chronische aandoeningen, maar weinig waren significant van invloed op klinische uitkomsten.
Leatherman 2008	Keuzehulpen	Alle	Alle	Keuzehulpen: screening en behandeling	Patiënten	N = 33	Het meeste bewijs van screening studies suggereert dat keuzehulpen effectief zijn in het vergroten van kennis en zijn acceptabel voor patiënten.	Het meeste bewijs van screening studies suggereert dat keuzehulpen effectief zijn in het vergroten van kennis en zijn acceptabel voor patiënten.
McMullan 2006	Educatieve interventies	Alle	Alle	Educatieve interventies: internet	Patiënten	-	De meerderheid van gezondheidsgerelateerde internet zoekacties door patiënten zijn gericht op specifieke medische condities.	Er is een verschuiving in de rol van de patiënt van passieve ontvanger naar actieve consument van informatie over gezondheid.
O'Connor 2009	Keuzehulpen	Alle	Alle	Keuzehulpen: screening en behandeling	Patiënten	N = 55	Keuzehulpen vergroten de betrokkenheid van patiënten en leiden tot informatiegebaseerde beslissingen. Toch hebben keuzehulpen variërende effecten op beslissingen	Keuzehulpen vergroten de betrokkenheid van patiënten en leiden tot informatiegebaseerde beslissingen. Toch hebben keuzehulpen variërende effecten op beslissingen.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Ryhanen 2010	Educatieve interventies	Tweede-lijnszorg	Alle	Educatieve interventies: internet, interactieve computer programma's en multimedia programma's.	Patiënten en zorgverleners	N = 14	De effecten van de studies waren divers, behalve voor kennis-gerelateerde onderwerpen. Internet of interactieve computerprogramma's voor patiënteneducatie in de borstkankerzorg hebben mogelijk wel positief effect op het vergroten van kennis over borstkanker.	De resultaten suggereren een positieve relatie tussen internet of interactieve computer-programma's voor patiënten-educatie en de mate van kennis over borstkanker bij patiënten.
Tate 2009	Educatieve interventies	Alle	Alle	Educatieve interventies: internet	Patiënten	N = 8	8 studies waren gevonden die specifieke economische indicatoren met een internet interventie vermelden. Bij de meesten ontbreken echter uitgebreide analyses.	Het ontbreken van gegevens over kosten is waarschijnlijk een weerspiegeling van het vroege stadium van onderzoek voor een groot aantal artikelen gepubliceerd tijdens de verslagperiode. Nu het gebied wordt verplaatst naar de effectiviteit studies, is het belangrijk om de kosten-effectiviteit gegevens te verzamelen.
Ward 2008	De verschillende omgevingen voor revalidatie bij oudere patiënten	Alle	Ouderen	De effecten van de gesimuleerde thuisomgeving (1), de ziekenhuis omgeving (2) en de thuisomgeving (3) op het herstel van ouderen.	Patiënten	N = 0	Er is onvoldoende bewijs om (1), (2) en (3) te vergelijken.	Er zijn drie redenen voor het ontbreken van bewijs: beschrijvingen van de omgevingen ontbreken vaak; componenten van het revalidatiesysteem in de omgevingen zijn niet gespecificeerd, is dit wel dan zijn deze vaak niet vergelijkbaar.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Watson 2009	Consultadviezen	Alle	Alle	Strategieën om te stimuleren dat patiënten het advies dat ze tijdens het consult krijgen, kunnen onthouden.	Patiënten	N = 34	Negen geheugen interventies zijn geëvalueerd. De meeste studies waren gefocust op het gebruik van geschreven en/of op tape opgenomen medische instructies.	Terwijl geschreven en/of op tape opgenomen instructies het onthouden ervan lijkt te verbeteren, was er een gebrek aan interventies met psychologische theorie zichtbaar.
Wens 2007	Educatieve interventies	Alle	Diabetici	Educatieve interventies voor het verbeteren van therapietrouw bij diabetici.	Patiënten	N = 8	Door het gebrek aan kwaliteits-studies, variërende heterogene uitkomstmaten, onduidelijke definities van therapietrouw en moeilijkheden bij het evalueren van educatieve uitkomsten, is het niet mogelijk om conclusies te trekken.	Er is behoefte aan goede studie designs aangaande de effectiviteit van de verschillende aspecten van educatie op de therapietrouw.
Williams 2008	Educatieve interventies	Alle	Patiënten met meerdere chronische aandoeningen	Therapietrouw	Patiënten	N = 8	Studies die de medicatie therapietrouw onderzochten van patiënten met meerdere chronische aandoeningen waren gericht op patiënten boven de 70 en waren gefocust op het verminderen van gezondheidskosten.	Interventies die medicatie therapietrouw verbeteren bij patiënten met meerdere chronische aandoeningen zijn essentieel, gezien het vaker voorkomen van deze condities bij patiënten van alle leeftijden.

Educatieve implementatie strategieën (n = 15)

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Akl 2007	Educatieve spellen	Alle	Alle	Educatieve spellen ter bevordering van de prestaties van zorgverleners.	Zorgverleners	N = 1	De gevonden studie liet een verbeterde score op een kennistoets zien.	Er is geen onderbouwing voor de implementatie van educatieve spellen.
Cook 2008	Leren via internet	Alle	Alle	Instructies aan onderwijzers van zorgprofessionals via internet.	Onderwijzers van zorg-professionals	N = 201	Bij alle resultaten was de heterogeniteit hoog. De gepoolde effecten van de interventie in vergelijking tot geen interventie waren, 1.0 voor kennis, 0.85 voor vaardigheden en 0.82 voor het gedrag van de onderwijzer en de patiënten-effecten. De gepoolde effecten van de interventie in vergelijking tot interventies zonder gebruik van internet waren, 0.10 voor tevredenheid, 0.12 voor kennis, 0.09 voor vaardigheden, en 0.51 voor het gedrag van de onderwijzer en de patiënteneffecten.	Leren via internet wordt in relatie gebracht met positieve effecten in vergelijking tot geen interventie. De effecten vergeleken met interventies zonder gebruik van internet zijn echter klein en suggereren dat traditionele methoden van leren tot gelijke effecten leiden dan leren via internet.
Doumit 2006	Kleinschalige inzet van opinieleiders	Alle	Alle	De kleinschalige inzet van opinieleiders ter verbetering van het gedrag van zorgverleners.	Zorgverleners	N = 12	Het gebruik van kleinschalig ingezette opinieleiders bevordert de 'evidenc-based' zorgverlening. Sommige studies testen of de inzet van opinieleiders de 'evidence-based' zorgverlening bevordert. Andere studies testen opinie-leiders d.m.v. reminders, audit en feedback, verspreiding van educatiematerialen of seminars. De meesten probeerden het gedrag van artsen te beïnvloeden.	Het gebruik van kleinschalig ingezette opinieleiders bevordert met succes de 'evidence-based' zorgverlening. Toch blijft de uitvoerbaarheid van een wijdverspreid gebruik onzeker.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Farmer 2008	Educatiematerialen	Alle	Alle	Papieren educatiemateriaal ter verbetering van kennis, bewustzijn, mentaliteit, vaardigheden, zorgverlening en de patiëntenuitkomsten.	Zorgverleners	N = 23	Papieren educatiematerialen blijken een aantal positieve effecten te hebben op de zorgverlening.	Het gebruik van papieren educatiematerialen kan een positief effect hebben op de procesresultaten, maar niet op de uitkomsten bij patiënten. Over het optimaliseren van educatiematerialen is onvoldoende informatie. De effectiviteit van educatiematerialen is in vergelijking met andere strategieën onzeker.
Forsetlund 2008	Educatiemeetings en workshops	Alle	Alle	Het gebruik van meetings en workshops ter verbetering van de zorgverlening en de zorguitkomsten.	Zorgverleners	N = 81	Educatiemeetings (alleen of gecombineerd met andere interventies) kunnen de beroepspraktijk verbeteren en de behandelingsdoelstellingen bij patiënten verwezenlijken. Educatieve meetings bleken niet effectief voor complex gedrag in vergelijking tot minder complex gedrag, ze lijken minder effectief voor minder ernstige resultaten dan voor ernstigere resultaten.	Educatiemeetings (alleen of gecombineerd met andere interventies) kunnen de zorgverlening en de zorgresultaten voor de patiënten verbeteren. Het effect is waarschijnlijk klein en gelijk aan andere typen continuerende medische educatie zoals audit en feedback. Strategieën om de aanwezigheid bij educatiemeetings te vergroten (door het gebruik van zowel interactieve als didactische formats) verhogen de effectiviteit van de bijeenkomsten. Educatie-meetings alleen lijken niet effectief om complex gedrag te veranderen.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Gould 2007	Handhygiëne	Alle	Alle	Het verbeteren van de naleving van het handhygiëneprotocol.	Zorgverleners	N = 2	Vier maanden na de implementatie was er een significante toename in het naleven van het handhygiëneprotocol (1 studie). De andere studie toonde geen toename na implementatie.	Er is weinig fundamenteel bewijs voor de keuze onderbouwing van de interventies om handhygiëne te verbeteren. Het lijkt onwaarschijnlijk dat interventies gebaseerd op korte, eenmalige sessies succesvol zijn.
Hakkennes 2008	Richtlijn- implementatie	Alle	Alle	Klinische richtlijnen voor paramedische professionals kunnen de kwaliteit van zorg en veiligheid verbeteren.	Paramedici	N = 14	De patiënt- en procesuitkomsten zijn slechts klein. Educatieve interventies kwamen het meeste voor. Er was geen verschil tussen de inzet van 1 interventie ten opzichte van meerdere interventies tegelijk.	Er is geen bewijs om de implementatie van een set richtlijnen voor paramedici te stimuleren.
Mansouri 2009	Scholing van zorgverleners en bevolking	Eerste- lijnszorg	Alle	Scholing van zorgverleners en de bevolking kan bijdragen aan de kennis en attitude aangaande de GGZ.	Zorgverleners en de bevolking	N = 6	Alle studies lieten een verbetering zien in de attitude en kennis, bij 2 vergelijkende studies was dit op lange termijn.	Een scholing verbetert de attitude en kennis op korte termijn, er is ook bewijs voor verbetering op lange termijn.
Mazmanian 2009	Continue medische educatie	Alle	Alle	De impact van continue medische educatie op de resultaten in de zorg.	Artsen	N = 37	13 studies lieten positieve effecten zien op lange termijn. Het gebruik van meerdere soorten educatieve interventies en technieken had een positief effect.	Ondanks zwak bewijsmateriaal, kunnen interventies van continue medische educatie worden gebruikt om klinische resultaten te verbeteren.
O'Brien 2007	Educatieve Trainings Bezoeken (ETB)	Alle	Alle	ETB's kunnen de manier waarop professionals voor hun patiënten zorgen verbeteren.	Zorgverleners	N = 69	De risicoverschillen van de mediaan gaven een hoge mate van overeenkomst weer bij het voorschrijven van medicatie, maar waren variërend voor andere professionele handelingen.	Het effect van ETB's op het professioneel handelen variëren van klein tot matig. M.b.t. het voorschrijven van medicatie zijn de resultaten klein maar belangrijk.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
O'Neil 2009	Continue medische educatie	Alle	Alle	Het gebruik van continue medische educatie ter verbetering van de kennis en psychomotorische vaardigheden van de arts.	Artsen	N = 15	Een overzicht van bewijs toonden een verbetering aan van de toepassing van kennis. De effectiviteit aangaande psychomotorische vaardigheden kon niet worden aangetoond.	Continue medische educatie verbetert de kennis. Het toepassen van meerdere soorten langdurige educatieve interventies wordt aanbevolen om onderwijsresultaten verder te verhogen.
Pariyo 2008	Het stimuleren van toekomstige zorgverleners	Alle	Alle	Veranderingen en interventies in het onderwijs voor zorgverleners in opleiding kunnen leiden tot een toename aan personeel in de zorg.	Zorgverleners in opleiding	N = 2	Interventies bestaande uit een pakket van activiteiten om studenten aan te moedigen leiden tot een stijging van het aantal inschrijvingen en het aantal afgestudeerden aan zorgopleidingen.	Er is een tekort aan bewijs om het effect en het verband van onderwijsinterventies en een toename van personeel in de zorg aan te tonen.
Ross 2009	Educatieve interventies	Alle	Alle	Educatieve interventies verbeteren de voorschrijving van medicatie door basisartsen.	Basisartsen	N = 15	Zowel RCT's als 'voor-en-na' trials laten verbeteringen zien bij het voorschrijven. Er wordt veel gebruikt gemaakt van de Good Prescribing Guide van de WHO. Bij sommige interventies namen er weinig participanten deel.	De WHO Good Prescribing Guide is het enige model dat veelvuldig gebruikt wordt om het voorschrijven te verbeteren.
Spiby 2007	Borstvoeding	Alle	Moeders die borstvoeding geven	Het effect van training, educatie en praktische interventies met professionals op de periode van borstvoeding.	Zorgverleners	N = 9	Interventies werden toegepast in verschillende settings en waren meestal gericht op het vergroten van kennis en het veranderen van de beroepspraktijk.	De gegevens waren te beperkt om een uitspraak te doen over algemene voor- of nadelen.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Thompson 2007	Vergroten van het gebruik van onderzoek in de verpleegkunde	Alle	Alle	Het vergroten van het gebruik van onderzoek in de verpleegkunde d.m.v. educatie.	Verpleegkundigen	N = 4	Educatieve meetings geleid door een onderzoeker waren ineffectief (2 studies). Educatieve meetings geleid door een lokale opinieleider (1 studie) en de formatie van multidisciplinaire commissies (1 studie) waren beide effectief voor het vergroten van het gebruik van onderzoek.	Er is weinig bekend over het vergroten van het gebruik van onderzoek in de verpleegkunde, en het bewijs om specifieke interventies te ondersteunen is niet overtuigend.

Combinaties van interventies (n=15)

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Aboelela 2007	Gebundelde gedrags-interventies	Alle	Alle	De effectiviteit van gebundelde gedrags-interventies om infecties die in relatie staan met de zorg in de hand te houden.	Zorgverleners	N = 33	Bij 4 studies met een kwaliteitscore van 80% of hoger, werd een afname van het aantal infecties gerapporteerd.	Educatieve programma's en multidisciplinaire teams lijken effectieve strategieën om de infectiepercentages te reduceren.
Alexandre 2009	Methoden voor kwaliteitsverbetering	Alle	Alle	Onderzoek naar kwaliteitsverbetermethoden aangaande de effectiviteit van zorg in verschillende zorgsettings.	Alle	N = 185	Het meeste onderzoek vindt plaats in ziekenhuizen en is gericht op diverse kwaliteitsinterventies, en op zowel proces- als uitkomstmetingen. Er is veel variatie in de soorten studiedesigns.	Verder onderzoek zal zich moeten richten op de tekortkomingen van de reeds bestaande studies.
Akbari 2008	Verwijzingen naar de polikliniek	Eerste-lijnszorg	Alle	Het verbeteren van het verwijzingsproces.	Artsen	N = 17	In 9 studies bleek nascholing effectief als specialisten waren betrokken en een verwijsformulier werd geleverd. Organisatie-veranderingen waren in 4 studies effectief. Financiële prikkels leiden tot een beperkte afname van het aantal verwijzingen in 4 studies.	Activerende kleinschalige scholing met betrokkenheid van specialisten en gebruik van verwijsformulieren is de enige aangetoonde strategie die effectief is.
Bravata 2009	Implementatiestrategieën	Alle	Kinderen	Strategieën voor kwaliteitsverbetering kunnen het zorgproces en de -uitkomsten bij astma patiënten verbeteren	Patiënten	N = 79	Zelfmanagement reduceerde het aantal symptoomvrije dagen en de absentie op school. Patiënten-voorlichting zorgde voor verbeteringen bij het medicatie gebruik. Gebruik van een variatie van voorlichtingsstrategieën, zorgde voor een langdurig effect en betere resultaten.	Verschiedende strategieën voor kwaliteitsverbetering verbeteren het zorgproces en de -uitkomsten bij kinderen met astma.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Chaillet 2007	Evidence-based strategieën	Tweede-lijnszorg	Vrouwen met een keizersnede	Het meten van de effectiviteit van interventies om het aantal keizersneden te doen afnemen en de impact van deze afname.	Zorgverleners	N = 10	Een significante afname was meetbaar, vooral audit, feedback en multifacet interventies waren effectief. Er was geen significante verschillen in neonatale en perinatale mortaliteit en morbiditeit.	Het aantal keizersneden kan op een veilige manier worden gereduceerd door het gebruik van multifacet interventies gericht op audit en feedback.
Chaillet 2006	Evidence-based strategieën	Alle	Obstetrie patiënten	Effectieve strategieën voor het implementeren van klinische praktijkrichtlijnen in de obstetrische zorg.	Patiënten en zorgverleners	N = 33	Audit en feedback, reminders en multifacet strategieën bleken over het algemeen effectief. Educatieve strategieën met medici waren ineffectief, met paramedici, opinieleiders, kwaliteitsverbetering en een-op-een training hadden een gemengd effect. Resultaten verschillen van de klinische praktijkrichtlijnen in andere sectoren.	Prospectieve identificatie van strategieën is noodzakelijk voor een betere aanpassing van de interventie en het verbeteren van klinische praktijkrichtlijnen. Binnen de obstetrische zorg kunnen audit en feedback interventies door opinieleiders worden aanbevolen als effectieve methode voor gedragsverandering.
Elkhuizen 2006	Business Proces Redesign (BPR)	Tweede-lijnszorg	Alle	BPR voor het implementeren van patiëntgerichte en kosteneffectieve organisatorische veranderingen	Patiënten en zorgverleners	N = 86	Weinig studies beschreven meetbare parameters. Individuele effecten konden niet worden vergeleken, omdat diverse interventies vaak werden gecombineerd. Tevens was er inconsistentie tussen de studie- doelstellingen en de gerapporteerde resultaten.	Duidelijke en eenduidige methoden, termen en richtlijnen zijn nodig en moeten worden ontwikkeld om te kunnen leren van de voordelen van BPR innovaties in zorginstellingen.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
French 2006	Het gebruik van beeldvormende technieken	Tweede-lijnszorg	Alle	Verbeteren van het gebruik van beeldvormende technieken voor spiergerelateerde aandoeningen, om betere zorgresultaten te behalen en lagere zorgkosten na te streven.	Zorgverleners, beleidsmakers en overige	N = 28	Het effect van elke interventie vergeleken met geen interventie was klein. Patiëntgerichte interventies, reminders, en organisatieverandering bleken het meest bruikbaar om het gebruik van beeldvormende technieken in osteoporose te verbeteren. Interventies in studies gericht op rugklachten, toonden wisselende effecten. Voor andere, spiergerelateerde aandoeningen waren de verspreiding van educatieve materialen, educatieve meetings en audit en feedback niet effectief.	Professionele interventies waren positief en patiëntgerichte interventies, reminders en organisatieveranderingen bleken het meest bruikbaar, om een toename van het gebruik van beeldvormende technieken bij osteoporose te realiseren. Interventies in studies gericht op rugklachten, toonden wisselende effecten. Voor andere spiergerelateerde aandoeningen, kunnen geen conclusies worden getrokken.
Kaur 2009	Inadequate medicatievoorschrijving	Alle	Ouderen	Interventies ter voorkoming van inadequate medicatievoorschrijving reduceren de kans op inadequate voorschrijving.	Zorgverleners	N = 24	Allerlei verschillende interventies werden geïnccludeerd. In 16 studies was de impact van de interventie significant. Het consulteren van een geriater was een van de meest effectieve interventies.	Verskillende interventies zouden mogelijk bruikbaar zijn om inadequate voorschrijving bij ouderen te reduceren.
Lu 2008	Medicatiegebruik	Alle	Alle	Het verbeteren van de kwaliteit en efficiëntie van medicatie gebruik bij de organisatie van de zorg.	Alle	N = 164	51 studies voldeden aan de criteria voor inclusie. Meest effectief zijn: een-op-een training, computer-waarschuwingen en reminders, apotheker samenwerking en multifacet disease management.	Er is goed bewijs voor de effectiviteit van verschillende interventies bij het verbeteren van het medicatie gebruik. Echter is er weinig bekend over de kosten ervan.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Ostini 2009	Medicatievoorschrijving	Alle	Alle	Interventies om medicatievoorschrijving bij artsen te verbeteren	Artsen	N = 29	Audit, feedback en outreach bezoeken zijn meest genoemd en meest effectief. Ook patiëntgerichte interventies worden genoemd maar zijn niet altijd even effectief. Er is te weinig bewijs om uitspraak over reminders te doen.	Onderzoek naar interventies voor medicatievoorschrijving zijn positief op gebied van audit/feedback en outreach bezoeken. Naar andere interventies is een stuk minder onderzoek gedaan.
Shepperd 2007	Alternatieven voor opname binnen de GGZ bij kinderen en jongeren	GGZ	Kinderen/jongeren	Alternatieven kunnen opname in een GGZ-instelling mogelijk vermijden.	Patiënten	N = 7	Er worden 4 zorgmodellen vergeleken: multisystematische therapie (1), specialistisch poliklinische service (2), intensieve thuisbehandeling (3) en intensieve crisis interventie in de thuissituatie (4). Jongeren bij (1) functioneerde iets beter en bleven minder vaak weg van school. In vergelijking tot de controlegroep verbeterde hun cohesie en aanpassingsvermogen op korte termijn. Kleine verbeteringen waren te zien bij (4), bij (2) en (3) waren geen verschillen.	De kwaliteit van het bewijsmateriaal is slechts minimaal, waardoor het weinig basis biedt voor het doorontwikkelen van alternatieven.
Steinman 2006	Antibiotica bij acute infecties	Poli-klinisch	Alle	Kwaliteitsverbeterstrategieën voor het verbeteren van de effectiviteit bij het voorschrijven van antibiotica bij acute infecties.	Patiënten en artsen	N = 26	De meeste interventies waren gebaseerd op educatie en audit en feedback. Bij 22 vergelijkingen werd het voorschrijven verbeterd. Educatie alleen zorgde voor grotere effecten dan in combinatie met audit en feedback.	Multidimensionale interventies met audit en feedback waren minder effectief dan klinische educatie alleen. Het verbeteren van de intensiteit van één interventie krijgt de voorkeur boven een minder intensieve multidimensionale methode.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Williams 2006	Multifacet interventies	Eerste-lijnszorg	Patiënten met een depressieve stoornis	Het verbeteren van de uitkomsten bij patiënten met een depressieve stoornis in de eerste lijnszorg.	Patiënten	N = 28	20 studies rapporteerden verbeterde uitkomsten tussen de 3-12 mnd en 3 studies rapporteerden aanhoudende verbeteringen tussen de 24-57 mnd. Meest genoemd werden: patiënteneducatie en zelf-management, monitoren van depressieve symptomen en therapietrouw, beslissings-ondersteuning bij medicatie management, patiëntenregistratie en supervisie door zorgmanagers.	Er is sterk bewijs dat zorg management op korte termijn voordelen oplevert voor patiënten met een depressie. Kritische elementen voor succesvolle programma's zijn in opkomst.
Wees, van der 2008	Multifacet strategieën	Fysiotherapie	Alle	De effectiviteit van strategieën voor de toename van klinische richtlijnen in de fysiotherapie	Fysiotherapeuten	N = 5	Educatieve strategieën waren effectief bij de naleving van bepaalde aanbevelingen bij pijn in de onderrug en bij whiplash. Er was geen bewijs voor het verbeteren van de gezondheid van de patiënt of het reduceren van de kosten.	Multifacet strategieën gebaseerd op educatieve bijeenkomsten kunnen mogelijk uitkomsten in de professionele praktijk verbeteren.

Marktgerichte implementatiestrategieën (n=12)

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Aaserud 2006	Medicatieprijs en inkoopbeleid	Alle	Alle	Medicatieprijs en inkoopbeleid.	Zorgverleners	11	Het gebruik van referentie-medicatie leidde tot een stijging tussen de 60% en 196% na de introductie van referentieprijzen. Het introduceren van een eigen bijdrage leidde tot een daling in het gebruik tussen de 19% en 42%.	Referentieprijzen bevorderen het rationeel medicatiegebruik. Er zijn geen aanwijzingen voor negatieve effecten op zorggebruik of uitkomsten.
Austvoll-Dahlgren 2007	Invoering van een eigen bijdrage	Alle	Alle	Invoering van een eigen bijdrage.	Zorgverleners	N = 21	De invoering van een eigen bijdrage leidde tot een vermindering van het medicatiegebruik. In 1 studie had het toegenomen zorggebruik een nadelig effect. In andere studies was er geen significante verandering in het gebruik van zorg na invoering van een eigen bijdrage.	Een eigen bijdrage kan leiden tot een vermindering van het medicatiegebruik. Ondanks dat er onvoldoende data was over de zorguitkomsten, zijn er substantiële verminderingen in het gebruik van levensverlengende medicatie en medicatie die belangrijk is voor de behandeling van chronische aandoeningen. Dit kan een nadelig effect hebben op de gezondheid en leiden tot een toename van het zorggebruik en totale uitgaven.
Corluka 2009	Vaccinatie-programma's	Alle	Alle	De kosteneffectiviteit van Interventies gericht op de inzet van zorgverleners bij vaccinatieprogramma's.	Sociale zorgverleners	N = 3	De studies misten informatie over de betaalbaarheid en de duurzaamheid en waren heterogeen aangaande de setting en de uitkomsten van de zorgverleners.	Economische evaluaties en kosteneffectiviteit analyses focussen te veel op gezondheidsuitkomsten.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Faber 2009	Informatie over de kwaliteit van zorg	Alle	Alle	De impact die kwaliteitsinformatie heeft op de keuze van de consument.	Patiënten	N = 14	Makkelijk te lezen presentatie vormen en duidelijke mededelingen verbeteren de kennis en attitude bij het gebruik van kwaliteitsinformatie, het gewicht van de informatie is afhankelijk de vrije keuze en de kosten.	Het produceren en publiceren van vergelijkende informatie blijft beperkt tot het onder de aandacht brengen en het aanzetten tot selectief consumentengedrag.
Fung 2008	Transparante gegevens over de patiëntenzorg	Alle	Alle	Transparante gegevens over de resultaten in de patiëntenzorg verbeteren de kwaliteit van zorg.	Zorgverleners en patiënten	N = 45	Studies gericht op gezondheidsplannen laten een kleine associatie zien tussen het openbaar maken van de gegevens en de plan-selectie. Bij 11 ziekenhuisgerichte studies worden kwaliteitsverbeteractiviteiten gestimuleerd. Bij 9 ziekenhuisgerichte, 7 individueel gerichte en 11 primair ziekenhuisgerichte studies is er een inconsistente associatie.	Op ziekenhuisniveau zouden transparante gegevens kwaliteitsverbetering kunnen stimuleren. Het bewijsmateriaal is echter gering. Systemen voor het evalueren van transparante gegevens zijn incompleet.
Grobler 2007	Zorgverleners in landelijke gebieden	Alle	Alle	Zorgverleners naar verhouding inzetten in landelijke gebieden.	Zorgverleners	N = 0	Geen studie voldeed aan de inclusiecriteria.	Er zijn geen studies waarin bias en confounding geminimaliseerd worden om een van de interventies te ondersteunen die geïmplementeerd zijn betreffende de ongelijke verspreiding van zorgverleners.
Hoomans 2007	Economische evaluaties voor de implementatie van richtlijnen	Alle	Alle	De voordelen van economische evaluatie voor het implementeren van richtlijnen.	Zorgverleners	N = 24	Verschillende settings komen in de studies aan de orde. Bij de meeste economische evaluaties was de methodologie gebrekkig.	Het bewijsmateriaal is te beperkt om het te kunnen gebruiken bij het nemen van beslissingen.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Koehlmoos 2007	Social franchising	Alle	Alle	'Social franchising' heeft zich ontwikkeld als een mogelijk middel om zorgvoorzieningen te verbeteren d.m.v. het aannemen van zelfstandigen in landen met lage en modale inkomens.	Patiënten en zorgverleners	N = 0	Geen studie voldeed aan de inclusiecriteria.	Het is nodig om studies te ontwikkelen die de effecten van 'social franchising' evalueren op toegankelijkheid en kwaliteit van zorgvoorzieningen in landen met lage en modale inkomens.
Lagarde 2009	'contracting out': Het uitbesteden van gezondheidszorg diensten door de overheid aan niet statelijke aanbieders.	Alle	Alle	De impact van 'contracting out' diensten voor het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg en de zorguitkomsten voor landen met lage en modale inkomens.	Gebruikers en niet-gebruikers van de gezondheidszorg en gezondheidszorg voorzieningen	N = 3	Contracting out zorgt voor een toename van de toegankelijkheid en het gebruik van de zorg. 1 studie rapporteerde een afname van de uitgaven en enige verbetering in de zorguitkomsten.	Contracting out kan zorgen voor een toename van de toegankelijkheid en het gebruik van zorg bij landen met lage en modale inkomens, echter het bewijs hiervoor is zwak.
Lagarde 2009	Conditional Cash Transfers (CCT): Voorwaardelijke overdracht van geld aan gezinnen voor het bekostigen van de gezondheidszorg	Alle	Alle	De impact van CCT voor het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg en de zorguitkomsten voor landen met lage en modale inkomens.	Gebruikers en niet-gebruikers van de gezondheidszorg en gezondheidszorg voorzieningen	N = 10	CCT zorgt voor een aantal voordelen: zorg diensten, voedingstoestand en zorguitkomsten. Veel CCT programma's bestaan uit verschillende componenten. Er is een positieve impact bij het gebruik van preventieve diensten bij kinderen.	CCT programma's zouden een goede manier kunnen zijn voor het verbeteren van de toegankelijkheid van preventieve diensten en stimuleren preventief gedrag.
Mehrotra 2009	Betaling per verrichting	Tweede-lijnszorg	Alle	Het effect van programma's voor betaling per verrichting op klinische procesmetingen, patiëntenuitkomsten en -ervaringen, veiligheid en het gebruik van bronnen.	Ziekenhuizen	N = 8	De meeste studies hebben methodologische beperkingen en zijn meestal gericht op klinische procesmetingen. Ziekenhuizen in de interventiegroep lieten een 2 tot 4% hogere verbetering zien in vergelijking tot ziekenhuizen in de controlegroep.	Het betalen per verrichting in ziekenhuizen zal verder geëvalueerd moeten worden om de gevolgen ervan te begrijpen en te kijken of de voordelen ervan opwegen tegen de kosten.

Auteur	Onderwerp	Setting	Patiënten	Implementatiestrategie	Participanten	Aantal studies	Resultaten	Conclusie auteurs
Sturm 2007	Financiële regelingen bij het voorschrijven van medicatie	Alle	Alle	Financiële regelingen kunnen kosten beheersen bij het voorschrijven van medicatie.	Artsen	N = 13	In 3 landen daalden de medicatie- uitgaven en het aantal voorgeschreven medicamenten, bij het voorschrijven van generieke medicamenten. Of er effecten op de gezondheid zijn is niet bekend.	Uitgaven aan medicatie kunnen worden beperkt, door het terugdringen van het aantal medicatie voorschriften en een toename van het gebruik van generieke medicatie.

Actielijn 3

Implementatie op een tweesprong

Analyse van de implementatie-infrastructuur in Nederland

*Roland Bal
Antoinette de Bont
Marleen de Mul*

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	1
Infrastructuren	2
2. Onderzoekopzet.....	3
3. Resultaten	5
Sociale infrastructuur.....	5
Spelers.....	5
Verschuiving van rollen.....	7
Regievoering.....	8
Professionalisering van het implementatieveld.....	10
Instrumentele infrastructuur.....	10
Implementatiemodellen en quality collaboratives	10
Convenanten, consortia en academische werkplaatsen.....	12
Regie-instrumenten.....	14
Conceptuele infrastructuur	17
Kenniscyclus	17
Diffusie en strategie	20
4. Discussie en conclusie.....	23
Meer complexiteit, meer regie	23
Vragen voor bezinning.....	24
Dubbel werk – een noodzaak of eigenbelang?.....	25
Implementatie – een professie of een eigen wereld?	26
Waar de infrastructuur zichtbaar wordt.....	27
Een knellend verband van effectonderzoek en verandermanagement.....	27
Op een tweesprong	28
Literatuurlijst.....	29
Bijlage I. Interviews	31
Bijlage II. Expertmeetings	32
Bijlage III. Lijst van afkortingen	33
Bijlage IV. Infrastructuren deelsectoren van de zorg	34
Infrastructuur Fundamenteel onderzoek (Team 1 ZonMw)	34
Infrastructuur Preventie (Team 2 ZonMw).....	35
Infrastructuur Langdurige zorg (Team 3 ZonMw)	35
Infrastructuur Zorg & Samenleving, specifiek Jeugd (Team 4 ZonMw).....	36
Infrastructuur Curatieve zorg (Team 5 ZonMw).....	36

1. Inleiding

In 1991 verscheen het rapport van de Gezondheidsraad 'Medisch handelen op een tweesprong' (Gezondheidsraad, 1991). De medische beroepsgroep werd voor de keuze gesteld: meer eigen verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg of meer overheidstoezicht. Vanaf die jaren heeft de (para)medische beroepsgroep fors ingezet op kennisontwikkeling, en met name richtlijnen. Al snel merkte men dat het ontwikkelen en beschikbaar stellen van richtlijnen en andere kennis niet betekent dat deze ook gebruikt wordt. De afgelopen jaren is dan ook een infrastructuur opgebouwd voor de implementatie van kennis en innovaties in de zorg. Wetenschappelijke kennis over gedragsverandering is toegankelijk gemaakt in handboeken over implementatie. Kennisinstituten, adviesbureaus maar ook zorginstellingen hebben medewerkers aangesteld en in sommige gevallen ook aparte afdelingen opgericht voor implementatieprojecten. Tot slot zijn tal van nieuwe instrumenten ontwikkeld voor de implementatie van kennis en innovaties zoals implementatiemodellen, kennisdatabanken en monitoringsystemen.

In opdracht van ZonMW hebben we deze infrastructuur beschreven. Het doel van de studie is een inventarisatie: wat hebben we in Nederland opgebouwd? Een verschil met eerdere studies naar de implementatie en disseminatie van kennis (de zogenaamde DIK studies) is de breedte en de mate van gedetailleerdheid van de opzet van deze studie. Waar de DIK studies zich richtten op deelsectoren in de zorg (respectievelijk de medische beroepsgroep (1998), de verpleging (1991), de paramedische beroepen (2005) en de openbare gezondheidszorg (2010)) gaat deze infrastructuurstudie over de volle breedte van de gezondheidszorg: van fundamenteel onderzoek, via curatieve en langdurige zorg naar publieke gezondheid. De meerwaarde van deze studie is het samenbrengen en verdiepen van de inzichten uit deze studies, waarbij we een zekere afstand tot het implementatieveld hebben genomen.

Gaandeweg de studie kwam er een tweede doelstelling bij, namelijk bezinning. Uit de wereld van de implementatie die wij betraden komen geluiden van teleurstelling:

- “we doen steeds dezelfde dingen en lopen telkens opnieuw tegen dezelfde problemen op”;
- “we stoppen er zoveel energie in en het levert zo weinig op”;
- “we zitten vast in de infrastructuur van projectfinanciering.”

Anno 2010 lijkt het implementatieveld, in navolging van de medische beroepsgroep, ook op een tweesprong te staan: doorgaan op de huidige weg of de bakens verzetten. Doorgaan op de huidige weg betekent nog meer investeren in kennisontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek naar effectieve implementatie. Het alternatief is juist uitbannen van het begrip implementatie en nadenken over andere vormen van gezamenlijke kennisontwikkeling. In deze studie willen we de achtergrond van deze tweesprong analyseren en de implicaties van beide wegen voor de toekomst verkennen.

Voor dit onderzoek zijn daarom de volgende vragen geformuleerd:

1. Hoe ziet de bestaande implementatie-infrastructuur er uit?
2. Welke redundanties en hiaten zijn hierin te ontdekken?
3. Hoe gaat deze infrastructuur om met eventuele spanningen tussen verschillende vormen van kennis (klinische evidence, cliëntenperspectief, praktijkkennis, organisatorische kwaliteit)?

4. Op welke wijze draagt de huidige infrastructuur bij aan kwaliteitsverbetering in de zorg?

Infrastructuren

Het doel van onze studie is het evalueren van de implementatie-infrastructuur. We hanteren daarvoor infrastructuur als een analytisch concept zoals dat is ontwikkeld in de sociaal wetenschappelijke literatuur naar het onzichtbare werk dat nodig is voor kennisontwikkeling en kennisverspreiding (Sismondo 2000, Star & Griesemer 1989, Bekker et al. 2010). Daarbij operationaliseren we het begrip infrastructuur met behulp van de kenmerken die Star en Griesemer hebben beschreven, te weten:

- Verankering. Een infrastructuur is onderdeel van andere structuren zoals sociale conventies maar ook standaarden en technologie. Een infrastructuur is als het ware verzonken in zowel sociale afspraken als in dingen;
- Transparantie. Een infrastructuur is vanzelfsprekend aanwezig en daarmee ook onzichtbaar. De infrastructuur hoeft niet voor elk nieuw project te worden opgebouwd. Het ondersteunt projecten op onzichtbare wijze. Infrastructuren worden alleen zichtbaar als zij niet functioneren.
- Schaal. Infrastructuren reiken ver, zowel in tijd als plaats. Een infrastructuur is groter dan een project of een praktijk.
- Participatie. Infrastructuren zijn vanzelfsprekend aanwezig voor de mensen die de infrastructuur kennen. Voor buitenstaanders is een infrastructuur veel minder vanzelfsprekend. Om een infrastructuur te leren kennen en er gebruik van te maken, dien je onderdeel te worden van de groep/de cultuur
- Gelaagdheid. Een infrastructuur ontwikkelt zich incrementeel. Het wordt niet in een keer vanaf de grond opgebouwd, maar is een combinatie van onderdelen van bestaande infrastructuren. Een infrastructuur is daarom gelaagd en complex.

Een belangrijk aanname in dit onderzoek is dat de ontwikkeling van kennis niet los kan worden gezien van de context waarin het wordt ontwikkeld. Kennis omvat ook meer dan feiten of theorieën. Kennis is ook belegd in sociale verbanden, instrumenten en concepten. Bij de beschrijving van de kennis implementatie-infrastructuur maken we dan ook onderscheid tussen de sociale, instrumentele en conceptuele infrastructuur. Hieronder geven we een korte typering van elk onderdeel.

De *sociale infrastructuur* bestaat uit de verschillende organisaties die betrokken zijn bij de implementatie van kennis. De sociale infrastructuur is het meest zichtbaar, omdat het alle organisaties omvat die met implementatie bezig zijn.

De *instrumentele infrastructuur* gaat over de harde en de zachte technologie die onderdeel uitmaakt van de infrastructuur en door de organisaties uit de sociale infrastructuur gebruikt wordt. Voorbeelden zijn de modellen, contracten, meetinstrumenten, indicatoren die een rol spelen bij implementatie.

De *conceptuele infrastructuur*, tot slot, richt zich op de achterliggende concepten: paradigma's en theoretische aannames over implementatie. Implementatie wordt dan bijvoorbeeld gepositioneerd als een van de fasen in een innovatie- of kenniscyclus.

Dit theoretisch kader biedt behalve een structuur ook de noodzakelijke afstand van het onderzoeksveld. Een van onze onderzoeksvragen gaat immers over theoretische aannames in het implementatieveld. Voor dit onderzoek is het noodzakelijk om bijvoorbeeld de notie van de kenniscyclus los te laten omdat deze mede object is van onderzoek.

2. Onderzoeksopzet

Voor het empirisch onderzoek van de implementatie-infrastructuur is gebruik gemaakt van kwalitatieve methoden: interviews, focusgroepen en documentanalyse.

Interviews

Er hebben 24 interviews plaatsgevonden met in totaal 28 respondenten uit verschillende typen organisaties: ZonMw (n=10), regiecentra (vaak gehuisvest binnen een kennisinstituut) (n=6) kennisinstituten (n=5), beroepsorganisaties (n=2), zorgaanbieders (n=2), adviesbureaus (n=2) en overige organisaties (n=1). In bijlage I is de lijst met geïnterviewden opgenomen. Een deel van de interviews (n=9) is telefonisch afgenomen; de andere vonden plaats op de werklocatie van de respondent. Op één na zijn alle interviews opgenomen met een voice recorder, letterlijk uitgetypt en verwerkt tot een interviewverslag.

Focusgroep

Er zijn twee expertmeetings georganiseerd met vertegenwoordigers van respectievelijk zorgverleners/zorgorganisaties en beroepsorganisaties (15 juni 2010), en kennis- en onderzoeksinstituten (17 juni 2010). Deze bijeenkomsten dienden als focusgroep om onze bevindingen te toetsen en als discussieplatform om de toekomst voor de implementatie-infrastructuur te verkennen. De resultaten van deze bijeenkomsten zijn verwerkt in dit rapport. bijlage II bevat de deelnemerslijsten van de expertmeetings.

Documentanalyse

Complementair aan de interviews en focusgroepen zijn ook andere databronnen gebruikt:

- Andere studies naar infrastructuren van deelsectoren binnen de zorg, waaronder de DIK-studies van ZonMw;
- De websites van de organisaties die onderdeel zijn van de implementatie-infrastructuur, en – indien op de site aanwezig – documenten over (de visie op) implementatie, of onderzoeksrapportages waaruit deze visie duidelijk wordt;
- Deelnemerslijsten, programma's en abstractboeken van de Kennis Beter Delen congressen;

3. Resultaten

Aan de hand van drie ‘lagen’ van infrastructuur die in het theoretisch kader zijn geïntroduceerd – de sociale infrastructuur, de instrumentele infrastructuur en de conceptuele infrastructuur – bespreken we de resultaten van het onderzoek. In de tekst en de figuren worden afkortingen gebruikt, die worden toegelicht in bijlage III.

Sociale infrastructuur

Op het sociale niveau van de implementatie-infrastructuur gaat het om de organisaties en hun relatie tot elkaar. We bespreken achtereenvolgens:

1. de spelers van de implementatie-infrastructuur;
2. de verschuiving van rollen;
3. regievoering op het implementatieveld;
4. professionalisering van het implementatieveld.

Spelers

Alle organisaties die een binding hebben met de gezondheidszorg doen op een of andere manier aan implementatie. Het is dus niet mogelijk om een scheiding aan te brengen tussen organisaties die wel en niet onderdeel uitmaken van de implementatie-infrastructuur. Oorspronkelijk betreft het vooral zorginstellingen; later zijn daar beroepsorganisaties en kennisinstituten in de gezondheidszorg bij gekomen en adviesbureaus van binnen en buiten het zorgveld. Inmiddels zijn bijvoorbeeld ook gemeenten of scholen onderdeel van de implementatie-infrastructuur.

Bovendien kunnen er verschillende ‘dwarsdoorsneden’ van de implementatie-infrastructuur gemaakt worden. Een eerste is een doorsnede langs de deelsectoren van de zorg (curatieve zorg, jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg, etc.). Bij een dergelijke dwarsdoorsnede valt op dat de implementatie-infrastructuren sterk verschillen tussen de deelsectoren wat betreft de hoeveelheid organisaties en de machtsbalans tussen deze organisaties. Dat heeft onder andere te maken met de historische achtergrond van het veld, de maturiteit van het veld, en de taakopvatting. Er is dus niet één implementatie-infrastructuur, maar er zijn er vele. Dat geldt niet alleen tussen deelsectoren maar zelfs binnen een bepaalde deelsector. Binnen de preventie zijn er bijvoorbeeld verschillende deelinfrastructuren te onderkennen en zelfs binnen een specifiek veld, zoals de gezondheidsbevordering kunnen nationale infrastructuren en weer anders uitzien dan lokale of regionale.

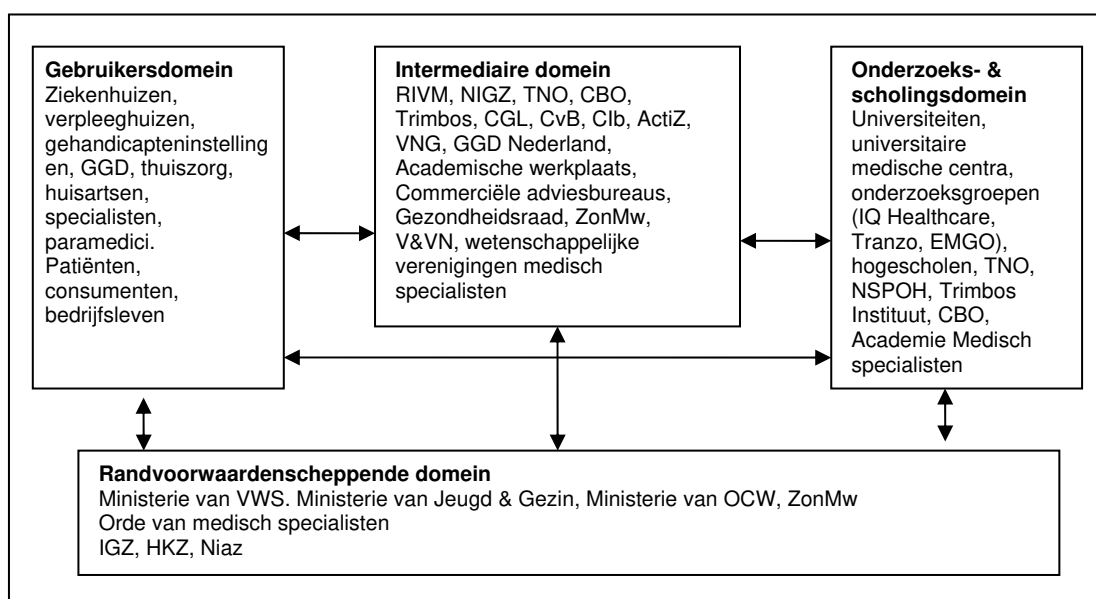
Deze ordening heeft overigens ook beperkingen: centraliseren op één thema leidt immers tot splitsing op andere thema's. Zo kan bijvoorbeeld naar doelgroep geordend worden (jeugd), maar dat kan leiden tot een splitsing tussen jeugdpreventie en de andere preventiegebieden. Deze dynamiek speelt ook in de interne ZonMw infrastructuur waar teams, programma's en thema's onderscheiden worden, die zich niet laten ordenen in een twee-dimensionele matrix. De ZonMw medewerkers ervaren voortdurend de grenzen van hun eigen ordeningsprincipes. Ter illustratie:

“...door de programmateksten ben je heel sturend in wie er wel en niet kan indienen. Bijvoorbeeld, doelmatigheidsonderzoek in verpleeghuizen kon niet gesubsidieerd worden omdat doelmatigheidsonderzoek alleen om de cure ging. Evenzo was ook het richtlijnenprogramma van ZonMw gericht op de cure. Daardoor viel de curatie binnen de caresector buiten de boot.” (ZonMw).

In een recente infrastructuur-studie, de zogeheten DIK-studie voor de Openbare gezondheidszorg, worden de organisaties geordend naar domeinen (Vaandrager et al., 2010). Ook voor onze studie hebben we gekozen voor deze ordening, omdat het een generieke indeling is, die voor elke deelsector bruikbaar is. Bovendien worden in dit model de organisaties naast elkaar geplaatst en niet na elkaar, als zou elke organisatie enkel op een bepaald moment in het implementatieproces een taak hebben. Zoals gezegd heeft een dergelijke ordening ook zijn beperkingen. Waar dat relevant is reflecteren we daar op.

De DIK-studie onderscheidt vier domeinen. Het *gebruikersdomein* is de vraagkant, oftewel de zorgorganisaties en zorgprofessionals, maar uiteindelijk ook de indirecte vragers van kennis: burgers en patiënten. De aanbodkant vormt het *onderzoeks- en scholingsdomein*. Daaronder vallen universiteiten, hogescholen en andere onderzoeksinstituten. Het onderzoeks- en scholingsdomein wordt in de DIK-studie samengenomen omdat het dezelfde organisaties lijken te zijn (universiteiten, hogescholen). Hierdoor wordt echter niet zichtbaar dat een van de grote uitdagingen is om kennisontwikkeling (middels instrumenten, richtlijnen, etc.) te koppelen aan onderwijs van nieuwe professionals en reguliere bij- en nascholing. Het *intermediaire domein* tracht de interactie tussen vraag en aanbod te bevorderen. Het zijn de 'makelschakels' zoals kennisinstituten, regiecentra en commerciële adviesbureaus. Tot slot vallen onder het *randvoorwaardenscheppende domein* financierende organisaties, beleidsorganen, toezichthouders en vakbonden.

In figuur 1 is dit gevisualiseerd aan de hand van voorbeelden van organisaties uit verschillende deelsectoren (zie ook bijlage IV). Daarbij hebben we ons nog zoveel mogelijk beperkt tot organisaties die ook herkenbaar zijn als organisaties op het vlak van de gezondheidszorg. Dat is inmiddels echter als gezegd al behoorlijk arbitrair. Sommige organisaties hebben bovendien hybride rollen en vallen dus onder meerdere domeinen. Zo is ZonMw een financier van onderzoek, waaronder implementatie-onderzoek, maar treedt het in het kader van de landelijke kwaliteitsprogramma's (de 'beters') zelf soms ook als intermediaire organisatie op. De organisaties uit het intermediaire domein zijn het meest herkenbaar als implementatie-organisatie, maar zoals gezegd schieten we tekort in het beschrijven van de implementatie-infrastructuur als we ons alleen richten op dit domein.



Figuur 1. De domeinen van de implementatie-infrastructuur met voorbeelden van organisaties (model afgeleid van DIK OGZ2010)

Hoewel figuur 1 een statische werkelijkheid presenteert, is de werkelijkheid dynamisch. Het implementatieveld breidt zich voortdurend uit met nieuwe organisaties. Illustratief hiervoor is het onderzoek dat Trimbos en CBO uitvoerden in opdracht van de Regieraad. Zij identificeerden rond de honderd organisaties die op een of andere manier betrokken waren bij initiatieven op het gebied van kwaliteit van zorg in de cure-care en preventiesector (Harmsen et al., 2009). Niet alleen geeft dit aan dat de 'markt' voor implementatie een groeimarkt is, ook illustreert het dat bij elke nieuwe bezinning op implementatie nieuwe organisaties in beeld komen die een rol bij implementatie kunnen spelen.

Verschuiving van rollen

Een andere vorm van dynamiek in de implementatie-infrastructuur is de verschuiving van de rollen en activiteiten van de organisaties. Vele zijn zich met andere dingen bezig zijn gaan houden, complementair aan hun 'oorspronkelijke taak' van bijvoorbeeld interventies ontwikkelen of onderzoek doen. Een duidelijk voorbeeld van een verschuiving in focus is de ontwikkelingen bij het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Het CBO startte als begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsing, hield zich daarna bezig met richtlijnontwikkeling, maar ging zich gaandeweg steeds meer toeleggen op het ontwikkelen en toepassen van implementatie-instrumenten, niet alleen voor richtlijnen, maar ook voor andere innovaties in de zorg. Zo haalden zij bijvoorbeeld de Breakthrough methodiek van het Institute of Healthcare Improvement naar Nederland. Ook beroepsorganisaties houden zich nu bezig met de ontwikkeling van bijvoorbeeld richtlijnen en nemen deel aan consortia voor kennisontwikkeling en implementatie. Kennisinstituut Vilans biedt naast haar landelijke projecten zorgorganisaties de mogelijkheid om een implementatieadviseur toegewezen te krijgen, die specifiek ondersteunt bij vragen van de instelling zelf.

Ook is er een steeds groter aantal commerciële adviesbureaus actief in het implementatieveld. In grote lijnen verschilt hun aanpak van die van bijvoorbeeld een kennisinstituut, doordat de adviesbureaus vaak vertrekken vanuit een managementprobleem (procesoptimalisatie) en kennisinstellingen (volgens henzelf) vanuit zorginhoud of patiëntenperspectief. Adviesbureaus hebben bovendien vaak meer kennis over het maken van een businesscase voor kwaliteitsprojecten en het 'bespelen' van de hogere bestuurslagen in een zorgorganisatie. Deze adviesbureaus beïnvloeden het implementatieveld ook op een hoger niveau door hun werk voor beroepsorganisaties, ZonMw en VWS.

Ook universitaire onderzoeksinstituten nemen steeds vaker een commerciële rol op zich in implementatie-adviestrajecten, zo heeft het Nijmeegse IQ Healthcare van de Radboud Universiteit de divisie IQ Development, waar kortdurende projecten worden gedaan in opdracht van overheid, MKB en zorginstellingen. Het iBMG was onderdeel van het consortium Sneller Beter om 'best practices' te implementeren in Nederlandse ziekenhuizen. In het fundamenteel onderzoek kiezen universiteiten er steeds vaker voor om hun aangevraagd patenten op nieuwe kennis onder te brengen in spin-off bedrijfjes. De valorisatie van kennis van universiteiten maakt dat deze zich actiever bemoeien met meer 'downstream' activiteiten in de kenniscyclus.

Organisaties bewegen zich ook steeds meer op elkaars terrein. Dat is bijvoorbeeld goed te zien bij de kennisinstellingen als CBO, Trimbos en Vilans:

“Voor een deel is het complementair (...) maar er zit ook wel overlap in. Dat komt omdat er grenzen vervagen. In de maatschappij vervagen die grenzen door integrale ketenzorg, daardoor vervagen ook de grenzen tussen de kennisinstellingen (...) Ik kan hier meerdere etiketten op plakken. Voor een deel is het verspilling dat we veel van hetzelfde hebben, maar ik kan er ook het etiket

op plakken dat we meer netwerkinstituten worden, op een natuurlijke manier. Vanuit een bepaalde vraag brengen we expertise bij elkaar voor een bepaalde opdracht en zoeken we elkaar op.” (Kennisinstituut)

Vanuit het feit dat er zo veel organisaties onderdeel uitmaken van de implementatie-infrastructuur en dat hun aantal groeit, kan worden geconcludeerd dat er blijkbaar een groeiende markt is voor implementatie(projecten); er is een beweging van expansie. Al deze verschuivingen binnen en tussen organisaties bevestigen het belang dat wordt gehecht aan implementatiekennis en het beeld van implementatie als een groeiende markt. De andere kant van deze ontwikkeling is dat niet meer op voorhand vaststaat wie wat doet en wat wiens verantwoordelijkheid is. Bovendien, door veranderingen in financiering – bijvoorbeeld de verschuiving van instellingssubsidies naar projectsubsidies – worden kennisinstituten ten opzichte van elkaar en ten opzichte van commerciële adviesbureaus ook steeds meer elkaars concurrenten. Die concurrentie levert bij kennisinstituten ambivalente reacties op:

“Enerzijds is concurrentie goed natuurlijk, maar anderzijds is het typisch dat zes onderzoeksinstituten voor een opdrachtje van ZonMw of de Regieraad van 50.000 euro allemaal goede tijd inzetten om voorstellen te schrijven. Het zijn overheidsgelden voor de kwaliteit van zorg en het is ook heel ondoelmatig.” (Kennisinstituut)

Behalve de hoge transactiekosten die hiermee gepaard gaan levert het projectmatig werken nog andere nadelen op. We komen daar later op terug.

Regievoering

Wie heeft het in de implementatie-infrastructuur voor het zeggen? Wie ziet toe op kennisontwikkeling en verspreiding en wie zorgt dat nieuwe kennis in bijvoorbeeld richtlijnen ook wordt gebruikt? Uit de vorige paragrafen kwam het beeld naar voren van een groeiende, verschuivende markt voor implementatie, waarop allerlei partijen een actieve rol vervullen in meerdere implementatie-infrastructuren. Gezien de omvang van het implementatieveld, is het logisch dat velen de implementatie-infrastructuur als gefragmenteerd duiden en ervaren. Ook de DIK-studies, die op grote afstand in de tijd zijn uitgevoerd en op verschillende deelsectoren betrekking hebben, signaleren deze fragmentatie. Een van de betrokkenen bij de eerste DIK-studie blikt terug:

“Toen vond ik ook al dat er totaal geen lijn in zat. Alle partijen waren voor hun eigen hachje bezig. Er zat geen synergie in.” (Kennisinstituut)

Er is dus altijd sprake geweest van een krachtenveld van vraag en aanbod en van macht en belang. Deze fragmentatie wordt vaak negatief geïdentificeerd. Het zou onduidelijk zijn wie wat doet en zo een belemmering vormen voor ‘natuurlijke’ verspreiding van kennis. In de laatste drie DIK-studies wordt daarom geconcludeerd dat er behoefte is aan meer centrale sturing; één organisatie die de regie heeft, terwijl in de eerste DIK-studie regievoering uiteenlopende reacties oproept (→ Box 1). Vaak wordt voor die regiefunctie een nieuwe organisatie in het leven geroepen, die bijvoorbeeld wordt gehuisvest binnen een onderzoeksinstituut. De afgelopen 5 jaar zijn opgericht: het Centrum Infectieziektebestrijding (2005), het Centrum Bevolkingsonderzoek (2006), het Centrum Jeugdgezondheid (2006), het Centrum Gezond Leven (2007), en de Regieraad Kwaliteit van Zorg (2009). In mei 2010 berichtte minister Klink de Tweede Kamer over de komst van een nationaal kwaliteitsinstituut. Ook in ons onderzoek verwachtten sommige respondenten veel van een dergelijk instituut:

“Ik denk dat er absoluut baat is bij een onafhankelijk instituut dat de literatuur en het onderzoek zeeft (...) Nu ligt het bij de beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen, maar dat werkt niet goed want die hebben weer hun eigen belangen. En het duurt allemaal heel lang voor het er is. Een instituut als NICE daar zou ik voor zijn. En nu zit er dus geen duidelijke lijn. ZonMw doet wat, VWS doet wat, de beroepsgroepen doen wat (...) dus je zit zo op minstens 4 potjes waar geld in zit. En iedereen zet daar een organisatie op. Dat is toch waste, lijkt mij?” (Kennisinstituut)

Regieorganisaties die de afgelopen jaren werden opgericht, zijn echter – zeker de eerste jaren – nog zoekend naar wat regie voeren inhoudt en naar legitimering van hun rol. Hoewel achter de regiecentra allerlei veldpartijen een rol vervullen in richtlijncommissies en wetenschappelijke adviescommissies, komt de regie op veel deelterreinen van de zorg moeilijk tot stand. Een van de oorzaken hiervoor lijkt te zijn dat er een gewoonte is om iedereen overal bij te betrekken. Bijeenkomsten over de prioritering van nieuw onderzoek, de voortgang van projecten of de implementatie van nieuwe inzichten krijgen daardoor gemakkelijk het karakter van een Poolse landdag. De vraag kan dan ook gesteld worden of meer regie werkelijk gewenst wordt. De actoren in het implementatieveld hebben immers ook belang bij de fragmentatie en het grote aantal organisaties. Er is sprake van een markt waarin zowel wordt samengewerkt als wordt geconcurrereerd en dat is in het belang van velen:

“Blijkbaar is er wel markt, als je er heel kritisch naar kijkt. Alle instituten houden zichzelf in stand. We tuigen ons op met expertise en projecten en een instrumentarium en we zijn allemaal geneigd om dat in stand te houden.” (Kennisinstituut)

ZonMw heeft de afgelopen jaren steeds meer een sturende rol aangenomen ten aanzien van implementatie. Er zijn aparte lijnen binnen onderzoeksprogramma's, die specifiek gericht zijn op het verwerven van implementatiekennis, maar ook binnen ZonMw is implementatie sterker op de kaart gezet door het aanstellen van implementatiemedewerkers. Deze staffunctionarissen ondersteunen en adviseren de secretarissen en projectleiders van de onderzoeksprogramma's bij het zorgen dat nieuwe kennis uit deze onderzoeken ook zijn weg vindt naar de praktijk. Bovendien beïnvloedt ZonMw met verschillende instrumenten ook de wetenschap: onderzoekers van universiteiten moeten in hun aanvragen en rapportages expliciet aandacht schenken aan implementatie. Zo wordt implementatie een belangrijk aandachtspunt in het hele subsidietraject van ZonMw, onder andere:

- in de programmatekst;
- in de eisen aan het onderzoeksvoorstel;
- in de eisen aan tussen- en eindrapportage (de 'C&I vragen');
- in het reserveren van een deel van het totale programmabudget (5%) voor implementatie;

Box 1. Aanbevelingen uit de DIK studies

DIK Medisch (1998)

“Er bestaat niet een eenduidige opvatting over de vraag of een samenhangende infrastructuur voor disseminatie en implementatie van kennis nodig en wenselijk is.” (p.27)

DIK Verpleging (2001)

“Voor de verbetering van de verspreiding en implementatie van wetenschappelijke kennis in de verpleging zijn zowel een sterkere centrale sturing als decentrale sturing nodig. Deze twee vormen van sturing dienen elkaar aan te vullen en met elkaar te interacteren.” (p.29)

DIK Paramedisch (2005)

“[Er is] meer behoefte ... aan regie vanuit het gezag van beroepsverenigingen in nauwe samenwerking met kennisinstituten, waarbij een duidelijke taakverdeling moet worden gevonden op onderdelen van de kenniscycli.” (p.48)

DIK OGZ (2010)

“Er is regievoering nodig in de kennisproductiefase en kennisuitwisselingsfase” (p.75)

- in het stimuleren van projectleiders om een VIMP (Verspreidings en Implementatie Impuls) aan te vragen van 50.000 euro bij kansrijke projecten (deze regeling vervangt sinds 2009 de VIP's, Verspreidings- en Implementatie Plannen die bij elk project werden geschreven);
- in het monitoren van afgeronde projecten via de VRAP (Voortgangs Rapportage Afgeronde Projecten);
- in het toekennen van een bijzondere status aan succesvolle implementatieprojecten (de zogeheten Parels).

Professionalisering van het implementatieveld

De implementatie-infrastructuur heeft de afgelopen decennia een ontwikkeling doorgemaakt die te duiden is als professionalisering. Aan de kant van de wetenschap zijn er steeds meer implementatie-onderzoekers, bij kennisinstituten werken implementatie-adviseurs en in zorgorganisaties lopen 'implementators' rond. De universitaire medische centra kennen Technology transfer officers voor ondersteuning bij het valoriseren van kennis uit fundamenteel onderzoek en recent ook implementatiefellows voor het begeleiden en onderzoeken van de implementatie van kennis uit bijvoorbeeld doelmatigheidsonderzoek. Implementatie is een vak apart geworden met een eigen taal, rituelen en samenkomsten (waarvan het Kennis Beter Delen congres een mooie afspiegeling vormt). Het gevaar van deze ontwikkeling bestaat echter dat een scheiding wordt gecreëerd tussen de wereld van de ontwikkeling en implementatie en de wereld van de praktijk, oftewel dat het implementatieveld op zichzelf gaat staan. Daarbij bestaat ook het gevaar van een wij-zij houding: 'wij weten wat goed is, maar zij doen er niets mee'. Een van de respondenten typeerde dit als "*sheer arrogance*" van kennisontwikkelaars en implementatie-organisaties ten opzichte van het gebruikersdomein. Ook in de expertmeetings met zorginstellingen kwam deze ervaren scheiding naar voren.

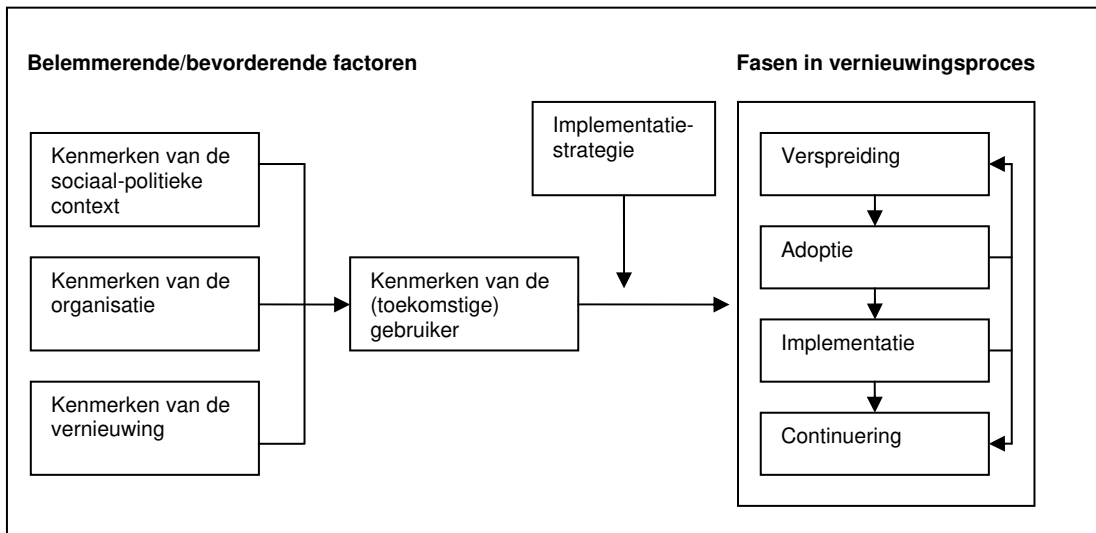
Instrumentele infrastructuur

In deze paragraaf beschrijven we de instrumentele infrastructuur. De organisaties die in de vorige paragraaf zijn beschreven maken gebruik van allerlei instrumenten, maar bijvoorbeeld ook samenwerkingsverbanden, expertmeetings en veldraadplegingen. We bespreken drie typen instrumenten:

1. Implementatiemodellen en quality collaboratives
2. Convenanten, consortia en academische werkplaatsen
3. Regie-instrumenten

Implementatiemodellen en quality collaboratives

Elk kennisinstituut heeft een eigen implementatiemodel dat gebruikt wordt als men zelf betrokken is bij een implementatietraject of dat via cursussen wordt doorgegeven aan hen die lokaal, in een zorginstelling, met implementatie bezig zijn. Figuur 2 is bijvoorbeeld het implementatiemodel van TNO.



Figuur 2. Implementatiemodel TNO (Bron: website TNO)

De modellen zijn gericht op een planmatige aanpak van implementatie. De implementatiemodellen van de verschillende kennisinstituten lijken sterk op elkaar, wat verklaard kan worden door de eerder genoemde professionalisering van het implementatieveld. De uniformiteit in instrumenten duidt bovendien op een gedeelde knowledge base, die gevoed wordt door nieuwe 'implementatietrends' uit de Verenigde Staten, bijvoorbeeld van het IHI of gezaghebbende zorgorganisaties als Kaiser Permanente. Ook de Nijmeegse onderzoeksgroep IQ Healthcare (voorheen WOK) beïnvloedt de implementatie-infrastructuur sterk, door hun vele onderzoek en het implementatiehandboek van Richard Grol en Michel Wensing dat overal op de plank staat en gebruikt wordt in lokale implementatieprojecten en bij subsidieaanvragen.

Het model dat wordt getoond in figuur 2 is tevens een mooie illustratie voor het werk van implementatie-onderzoekers, omdat zij veelal bezig zijn met het verfijnen van deze modellen en het leveren van *evidence* voor de toepassing ervan. Zij houden zich bijvoorbeeld bezig met onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie (bijvoorbeeld patiëntkarakteristieken, kennis en vaardigheden, en bruikbaarheid) en naar de effectiviteit van strategieën in de verschillende fasen van het vernieuwingsproces (bijvoorbeeld educatie, feedback en organisatieverandering).

Andere onderzoeksgroepen gaan op zoek naar nieuwe modellen, die de 'context' beter vangen:

"We zijn nu bezig met een project om te komen tot een beter model voor preventieve interventies: welke actoren spelen een rol om een interventie goed geïmplementeerd te krijgen, welke culturele aspecten en sociale context spelen een rol. In plaats van de oude cyclus van het ontwikkelen van een interventie en als we die dan implementeren komt het goed. Dan blijkt natuurlijk dat dat niet werkt, want de culturele en sociale context is te weinig meegenomen."
(Kennisinstituut)

Op die manier wordt de implementatie-infrastructuur *onderdeel* van het implementatie instrumentarium.

Naast planmatige implementatie modellen, zijn ook andere modellen ontwikkeld. Een alternatief model is de Doorbraakmethodiek, die is gericht op het snel verspreiden van nieuwe kennis en *best practices* binnen een groep van enthousiaste teams. Ook dat

instrument wordt in verschillende varianten ingezet door onder andere CBO, Trimbos en Vilans. Verschillende Nederlandse verbeterprogramma's maken gebruik van deze oorspronkelijk door het Institute of Healthcare Improvement ontwikkelde methodiek.

Steeds meer wordt echter erkend dat de resultaten van implementatieprojecten beperkt zijn. Een grote evaluatiestudie van de landelijke verbeterprogramma's van ZonMw (waarin o.a. gebruik werd gemaakt van de Doorbraakmethodiek) liet bijvoorbeeld een gemengd beeld zien van de effecten op patiëntenuitkomsten en borging (→ Box 2).

De projectstructuur

De populariteit van implementatiemodellen en doorbraaktrajecten, die een blauwdruk geven voor implementatie, komt door de manier waarop het implementatieveld opereert: in projectstructuren. Deze projectbenadering van kennis- en onderzoeksinstituten en de zorgorganisaties zelf, sluit namelijk aan bij de manier waarop de subsidie wordt verstrekt: voor concrete projecten, die passen binnen een van de programma's van, bijvoorbeeld, ZonMw. Het doorlopen van een vooraf vastgesteld traject biedt houvast aan het veld (het project als 'behapbare proportie'), maar heeft ook beperkingen. De projectstructuur leidt ertoe dat men het overzicht kwijtraakt, steeds 'van project naar project holt' en onvoldoende tijd neemt voor evaluatie en reflectie. Zowel bij de organisaties die implementatie aansturen en coördineren, als bij de zorgorganisaties, kan daarom gemakkelijk verandermoetheid optreden. Met name instellingen zijn moe van de vele implementatie- en innovatieprojecten. Zeker als er al meerdere innovatieprogramma's naast elkaar worden uitgevoerd, worden weer nieuwe innovatieprogramma's als storend ervaren. Waar de onderzoeksinstituten belang hebben bij verschillende innovatie programma's, hebben de zorginstellingen dat niet – of minder. Alles moet immers *“door hetzelfde gaatje”*.

Box 2. Conclusie meta-evaluatie landelijke verbeterprogramma's (Øvretveit & Klazinga, 2010)

“Overall, this ambitious development program for the health and social care sector had many positive impacts, especially in introducing new ideas and methods of improvement into the health and social care sector. Improved end outcomes for patients are not known with any certainty, but are likely in some programs. The results are not for all services and all patients/clients in The Netherlands, but only for those involved in the programs. The spread of the methods and results is unknown, as is the sustainability. Many evaluations questioned whether spread or sustainability would happen after the programs and did not consider enough was done to enable this. Many suggested more planning and systematic effort would need to be invested if the structures and capacities developed by the programs at each level of the health system were to be maintained or built-on, and noted that only a limited integration appeared to have happened of improvement methods into the program-delivery and service-delivery organizations.” (p. 30)

Convenanten, consortia en academische werkplaatsen

Er is een aantal strategische instrumenten, dat wordt ingezet om meer cohesie te krijgen in het implementatieveld en de 'kloof' tussen wetenschap en praktijk te overbruggen (→ Box 3). ZonMw maakt veel gebruik van deze strategische instrumenten:

“Zonmw lijkt altijd wel van de procedures en zo. Aan de voorkant zijn wij zo en zit daar voor een deel van ons implementatie-instrumentarium aangehaakt. Maar er zijn ook instrumenten ... minder instrumenteel, meer de kant van draagvlak, expertmeeting, programmering, invitationale conferenties, allerlei partijen betrekken, proberen stakeholderanalyse te plegen.” (ZonMw)

ZonMw stimuleert en financiert bijvoorbeeld consortia en academische werkplaatsen en monitort of het consortium de vooraf gestelde doelen haalt, al is

“de ervaring (...) soms dat ZonMw te dicht op het consortium zit en dat zij dat niet prettig vinden en zeggen ‘jullie zijn van het geld en wij gaan over de inhoud’” (ZonMw)

In deze consortia zijn universiteiten, andere kennisinstituten en praktijkinstellingen vertegenwoordigd, en soms ook patiëntenorganisaties. Ook in het veld van fundamenteel onderzoek wordt gebruik gemaakt van consortia, maar daar is het een publiek-privaat samenwerkingsverband tussen universiteiten en bedrijfsleven, bijvoorbeeld in de vorm van een topinstituut (zoals TI-Pharma). Het Netherlands Genomics Initiative fungeert als regiecentrum voor 16 consortia, waarvan er vijf een duidelijke relatie hebben met de gezondheidszorg. Daarnaast wordt ook in de grote verbeterprogramma's gebruik gemaakt van samenwerkingsverbanden in het veld, al ligt er bij deze consortia een relatie naar VWS. Voorbeelden zijn het (afgeronde) Sneller Beter programma en het huidige Nationaal programma ouderenzorg.

“De academische werkplaats is een voorbeeld van veel meer dialoog tussen onderzoek en praktijk. Er zit weliswaar in dat we het kunstje doen [traditioneel onderzoek van ontwikkeling tot implementatie], maar ook wel dat partijen bij elkaar gebracht worden. Dat zie je ook bij het programma ouderen. Dat is begonnen met het bij elkaar brengen van partijen en daarna is men pas begonnen met het opstellen van het programma... Bij ZonMw is er een ontwikkeling te zien ... van top down implementatie ... [via] academische werkplaatsen naar bottom up programmeren.” (ZonMw).

De vorming van de Universitair Medische Centra is een ander mooi voorbeeld van een strategische alliantie tussen wetenschap en zorgpraktijk, die in dit geval ook heeft geleid tot één organisatie. De UMC's werden daarmee de academische werkplaatsen van de curatieve zorg, die later zijn uitgebreid met academische werkplaatsen voor het veld van de openbare gezondheidszorg: GGDen, thuiszorginstellingen en Jeugdgezondheidszorg. Wetenschap heeft veelal de centrale rol.

“Wat je bij de academische werkplaatsen ziet, wat je bij ZonMw trouwens als geheel ziet, is dat daar heel gauw de macht weer gegrepen wordt door de professoren en academici. Er is geen goede balans. ZonMw [is] nog altijd waar het de geldverdeling betreft, een geldverdeelplaats van professoren en niet van mensen uit de praktijk. Zo is het met de academische werkplaatsen ook. Ik zit in een curatorium van een aantal profs van ons die ook in een academische werkplaats zitten maar daar heb ik altijd weer: waar is het ‘werk’gedeelte? Waar is de praktijk? Niet dat ze het heel slecht doen, maar je moet ze er wel bijhouden. Voor je het weet gaan ze weer de hoge academie in.” (Kennisinstituut).

Box 3. Strategische samenwerkingsverbanden

Fundamenteel onderzoek

Cancer Genomics Centre
Celiac Disease Consortium
Centre for Medical Systems Biology
Netherlands Consortium for Healthy Ageing
VIRGO Consortium
TI Pharma
IOP Genomics

Preventie

Convenant overgewicht
Academische werkplaats publieke gezondheid
Convenant ZonMw – NIGZ
Nederlandse public health federatie

Langdurige zorg

Nationaal programma ouderenzorg
Academische thuiszorgwerkplaatsen
Convenant ZonMw – GGZ
Convenant ZonMw – Vilans/Actiz
Convenant ZonMw – Vilans/VGN
NESDA consortium
GROUP consortium

Consortium kinder- en jeugdpsychiatrie

Curatieve zorg

Consortium Revalidatie in Beweging
Studies in Obstetrics, Fertility and Gynaecology
Universitair Medische Centra
Convenant ZonMw – GGZ
NESDA consortium
GROUP consortium
Consortium kinder- en jeugdpsychiatrie

Zorg & Samenleving

Academische werkplaats jeugd
Jeugdsector convenant /
Kennissprogramma Jeugd

Voor de UMC-vorming lijkt een zelfde fenomeen opgeldt te doen: in plaats van het onderzoek naar de kliniek te brengen, lijkt de UMC-vorming er aan bij te dragen dat klinici steeds meer fundamenteel onderzoek doen. In ieder geval lijkt de groeiende roep om ‘translationeel onderzoek’ te bevorderen daarop te wijzen. Dit type onderzoek was immers juist een taak van de UMC’s.

Regie-instrumenten

Regiecentra gebruiken voor het uitvoeren van hun regietaak verschillende instrumenten. Er zijn overeenkomsten, maar ook wel verschillen tussen de regiecentra (→ Box 4).

Kennisdatabank

Een eerste, veelgebruikt instrument zijn kennisdatabanken. Dit zijn disseminatie-instrumenten, waarmee wordt beoogd dat kennis (richtlijnen, best practices, etc.) gemakkelijker toegankelijk is voor de werkpraktijk, en het gebruik ook toeneemt:

“We verleiden mensen om kennis te gebruiken. En daar gebruiken we onze blauwe ogen voor, want we hebben geen geld en geen macht. Maar ons vermoeden, of eigenlijk ons streven is, als je een hele goede database hebt, waar mensen echt iets aan hebben en waar ze snel in kunnen zoeken, dat je dan de professional helpt.”
(Regiecentrum)

Een aantal regiecentra geeft echter toe nog vooral bezig te zijn met verspreiding en niet met ‘echte implementatie’:

“Voor het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen hebben wij een commissie in het leven geroepen voor regie op de ontwikkeling, implementatie, borging en onderhoud van de richtlijnen (...) en dat loopt nu een aantal jaren en dat loopt aardig goed (...) En het implementatietraject daar moeten we nog mee aan de slag om dat verder goed op poten te zetten. Dat loopt nog iets minder. Daar gaan we nu de komende tijd mee aan de slag.” (Regiecentrum)

Kennisdatabanken zijn voornamelijk te vinden op de websites van kennisinstututen, beroepsorganisaties en regiecentra. Het beheren van een kennisdatabank is voor regiecentra een belangrijke taak, waarmee ze zichtbaar zijn voor het veld waarop regie wordt uitgevoerd, en waaraan zij ook legitimiteit ontlene. Zo beheert het Centrum Gezond Leven (CGL) de I-database met leefstijlinterventies. Deze interventies moeten door de eigenaar (bijvoorbeeld de ontwikkelaar) worden aangemeld en kunnen door een Erkenningcommissie worden

Box 4. Instrumentarium regiecentra

Centrum Gezond Leven

Website - loket
Database effectieve interventies
Handleidingen gezonde stad/school
Prioritering (naar ZonMw)
Contacten met het veld

Centrum voor Bevolkingsonderzoek

Website
Richtlijnen
Kwaliteitssysteem (dataset)
Vergunningen
Draiboeken
Financiering van zorg
Contacten met het veld

Centrum Infectieziektebestrijding

Website
Richtlijnen
Zelf onderzoek doen
Onderzoeksfinanciering
Kwaliteitssysteem (audits)
Financiering van zorg
Contacten met het veld

Centrum Jeugdgezondheid

Website - portaal
Richtlijnen
Standpunten
Database effectieve jeugdinterventies
Onderzoeksfinanciering
Kwaliteitssysteem (dataset DDJGZ)
Kenniskring
Contacten met het veld

NGI

Website - portaal
Onderzoeksfinanciering
Subsidievoorwaarden
Kwaliteitssysteem (rapportages)

Regieraad Kwaliteit van zorg

Prioritering
Richtlijnen (in ontwikkeling)
Onderzoeksfinanciering
Contacten met het veld

ZonMw

Website
Prioritering
Programmering
Onderzoeksfinanciering
Subsidievoorwaarden
VIMP, VRAP
Contacten met het veld

getoetst, waarna ze het keurmerk 'effectieve interventie' kunnen krijgen. Het CGL heeft bovendien afspraken met ZonMw, waardoor in een aantal subsidievoorwaarden staat dat de aanvrager verplicht is om zijn interventie na afloop van het project aan te melden bij de Erkenningscommissie:

“Als ZonMw zich er niet mee zou bemoeien kan een ontwikkelaar denken, daar heb ik geen zin in. Nu krijgen we potentieel kansrijke interventies binnen”. (Regiecentrum).

Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) heeft de databank 'effectieve jeugdinterventies', waar ook het Centrum Jeugdgezondheid (CJG) in participeert. Omdat er overlap is in het werkveld werken CGL, NJI en CJG samen om beide databanken actueel en volledig te houden. Er is echter ook wel kritiek op deze databases, omdat het gevaar bestaat dat kennis in databanken belangrijker wordt gevonden dan lokale kennis, en grotere invloed zal krijgen op het lokale gezondheidsbeleid (Vaandrager et al., 2010). Deze koppeling van databases aan beleid kan echter ook gezien worden als een effectieve strategie om het gebruik van kennis te bevorderen. Bovendien is de ervaring uit ons onderzoek dat veel databases met best practices weinig gebruikt worden omdat de kennis al bekend is en wordt toegepast of omdat de kennis/practice teveel afwijkt. In die zin lijkt beschrijving van de context waarin interventies effectief kunnen zijn, zeker zo belangrijk als het beschrijven van effectieve interventies als zodanig.

Kwaliteitsmonitoring

Het tweede instrument van regiecentra is de kwaliteitsmonitoring. Daarbij gaat het om het vaststellen van een indicatorenset die het veld moet aanleveren, al dan niet via een ICT systeem. Met behulp van de indicatoren monitort het regiecentrum vervolgens de *compliance* aan richtlijnen en de uitkomsten van de zorg. De ontwikkeling van een monitoringssysteem is een moeizaam proces:

“Rond de Downscreening hebben we (...) stappen gezet om eisen te maken, indicatoren, een plan hoe je die gegevens beschikbaar kunt krijgen en uiteindelijk een landelijke database die ontwikkeld is (...) Al dat soort trajecten zijn vrij complexe trajecten kan ik wel zeggen maar die zorgen er uiteindelijk voor dat je ook feedback kunt gaan geven aan die zorgverlener van hoe doe ik het nou en wijzelf houden dan een beeld van hier hoeven we niets mee, dat gaat wel goed, en hier zit een knelpunt.” (Regiecentrum)

Centra die dit instrument gebruiken, merken dat het bevorderend werkt voor de implementatie van richtlijnen. Kwaliteitsmonitoring vindt soms ook plaats door audits. Hiervan maakt het Centrum Infectieziektebestrijding gebruik bij het bewaken van de kwaliteit van de soa-zorg op GGDen. De strategie van het Centrum Gezond Leven zou ook kwaliteitsmonitoring genoemd kunnen worden. Deze vindt echter vooraf plaats, als een interventie getoetst wordt op effectiviteit. Daarna houdt het CGL zich niet meer bezig met het bewaken van de toepassing van deze interventies in de praktijk. Daarvoor ligt bijvoorbeeld een taak bij de Inspectie, die dit in het kader van de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ 2010) ook heeft opgepakt.

Financiering

Het derde instrument is financiering. De meeste regiecentra beschikken over budget om onderzoek uit te zetten. Het Centrum Infectieziektebestrijding en het Centrum voor Bevolkingsonderzoek hebben daarnaast nog een budget om de daadwerkelijke zorg te betalen. Het Clb financiert de curatieve soa-zorg en seksualiteitshulpverlening door GGDen en subsidieert preventieprogramma's van organisaties als HIV/AIDS Nederland. Het CvB financiert onder andere de borstkankerscreening en werkt daarvoor met een vergunningensysteem, waardoor een beperkt aantal organisaties screening mogen aanbieden en ook rechtstreeks betaald worden door het CvB. Deze juridische en financiële instrumenten geven een regiecentrum veel macht, omdat ze vergunningen ook weer kunnen intrekken. Echter, deze macht wordt spaarzaam gebruikt:

“dat soort instrumenten helpt wel om implementaties landelijk ingevoerd te krijgen. Aan de andere kant hebben wij ook zoiets, het helpt als je ze achter de hand kan hebben, maar ik heb nog nooit daarmee gedreigd (...) want op het moment dat je daarmee begint is het einde zoek, maar op een bepaalde manier helpt het wel.” (Regiecentrum)

In het fundamenteel onderzoek binnen de *life sciences* spelen de subsidievoorwaarden van de verschillende subsidieregelingen ook een belangrijke rol als implementatie-instrument.

“Het idee is dat er dan een bepaalde hoeveelheid subsidie is, en voor IOP [Innovation Oriented research Program for Genomics] is dat 75 tot 100 procent subsidie. Voor de NCI centra is dat iets minder. Daar moet nog wat eigen bijdrage bij komen. Voor de TI's [Topinstituten] is er nog meer eigen bijdrage. Met in het achterhoofd dat die eigen bijdrage niet alleen van de universiteiten moet komen, maar ook van de bedrijven. En die eisen worden hoe verder je komt in die keten steeds zwaarder. Meteen een prikkel om nog meer aandacht te besteden aan valorisatie.” (Regiecentrum).

Onderzoek

Er zijn verschillen tussen de regiecentra in hun relatie tot wetenschappelijk onderzoek. Sommige regiecentra hebben zoals gezegd potjes om onderzoek te betalen, andere zijn vooral betrokken bij het verzamelen van onderzoeksvragen en het in samenwerking met ZonMw opzetten van onderzoeksprogramma's. Voor de legitimering van een regiecentrum kan het bovendien een voordeel zijn dat zij ook zelf onderzoek uitvoeren:

“Doordat we een autoriteit zijn op het gebied van X, ook omdat we eigen onderzoek doen, kunnen we via argumentatie zorgen dat iedereen het toch wel zo gaat doen. Dus kennis genereren is voor ons een belangrijke activiteit want daarmee houden we die autoriteit in stand.” (Regiecentrum)

Andere regiecentra ontleen hun legitimiteit juist aan een onafhankelijke positie ten opzichte van onderzoek:

“Wij worden ook wel regelmatig gevraagd door onderzoekers om mee te schrijven in een onderzoeksvoorstel voor ZonMw. Wij willen graag meekijken als het onderwerp dicht tegen implementatie aan ligt. Maar voor de rest proberen wij daar zo ver mogelijk af te blijven want dan krijg je vermenging van rollen want dan worden wij partij in aanbevelen dat dat goed is en dat is een heel andere rol dan uitvoering. Wij zijn echt van de uitvoering...Ik ben heel erg voor scheiding van rollen dat maakt het allemaal veel helderder.” (Regiecentrum)

Conceptuele infrastructuur

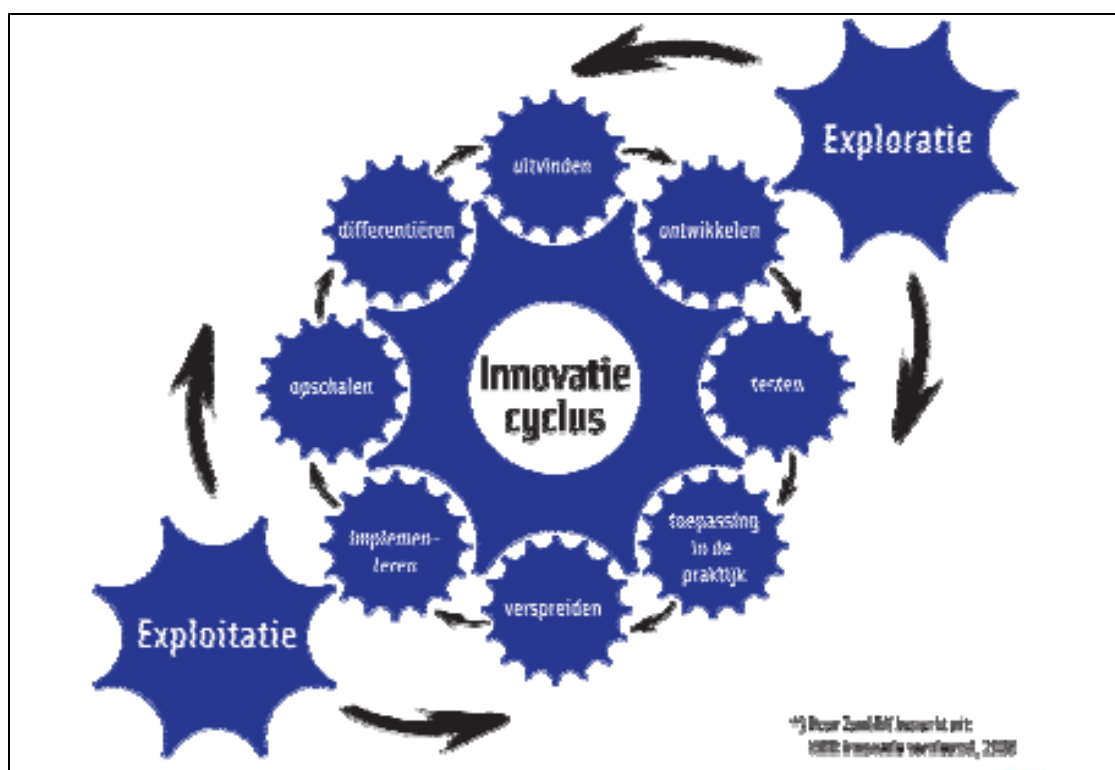
De conceptuele infrastructuur wordt gevormd door de (dominante) paradigma's in het implementatieveld. De concepten liggen besloten op meerdere lagen van de infrastructuur: zowel op het sociale als het instrumentele. Juist het feit dat de concepten breed gedeeld worden, maakt dat zij niet op het eerste oog zichtbaar zijn als onderdeel van de infrastructuur. Hun onzichtbaarheid maakt ze echter niet minder krachtig, want het is juist op dit niveau dat we signaleren dat de implementatie-infrastructuur gaat wringen met de zorgpraktijk.

De volgende twee concepten worden hierna besproken:

1. Kenniscyclus
2. Diffusie en strategie

Kenniscyclus

Het eerste concept, dat besloten ligt in de implementatie-infrastructuur is de kennis- of innovatieketen (WRR 2008a, figuur 3). De kenniscyclus veronderstelt dat kant en klare kennis wordt ontwikkeld (in fundamenteel, strategisch/translationeel of toegepast onderzoek), en vervolgens wordt uitgetest (in ontwikkelingsprojecten), verspreid en geïmplementeerd (in implementatieprojecten). Hoewel de kennisketen een dominant concept is in de implementatie-infrastructuur (die onder andere zichtbaar wordt in infrastructuurstudies en de programmering van ZonMw), is er ook al lange tijd kritiek op dit model, met name de positie van wetenschappelijke kennis ten opzichte van andere kennis zoals praktijkkennis en ervaringskennis van cliënten. We zullen drie kritiekpunten nader uitwerken.



Figuur 3. Innovatiecyclus van ZonMw (afgeleid van WRR 2008a)

Geldigheid in de praktijk

Het eerste punt van kritiek gaat over het onderscheid in fasen. Zoals gezegd wordt in de kenniscyclus verondersteld dat kennis zich ontwikkelt in verschillende duidelijk te onderscheiden fasen. Dat onderscheid wordt ter discussie gesteld. De beperkingen van de kennisketen werden al zichtbaar in de bewegingen binnen de sociale infrastructuur: organisaties bewegen steeds meer naar elkaar toe of vervullen hybride rollen. In de DIK-studie van 2001 wordt expliciet vermeld dat

“invoering als fase in het innovatieproces volgens sommige respondenten niet [is] te scheiden van andere fasen in het proces. Vooral bij organisaties die in een soort van praktijkverbeteringscyclus opereren gaan lokale ontwikkeling en innovatie van implementatie vaak hand in hand. Er is in deze gevallen dan ook geen vaststaande innovatie. Innovatiemodificatie wordt hier dan ook niet als een probleem gezien maar als een noodzakelijk proces.” (DIK-studie, 2001:19).

Dit citaat laat zien dat de kenniscyclus lang niet altijd ‘zuiver’ doorlopen wordt. Ook in de DIK-studie Openbare Gezondheidszorg (2010) worden ordeningsprincipes zoals de kenniscyclus geproblematiseerd en wordt afstand genomen van de fasering die in eerdere studies gehanteerd is. Er wordt echter geen grote afstand genomen van de kenniscyclus. De onderzoekers komen uiteindelijk opnieuw tot een fasering van initiatie, ontwikkeling, implementatie en terminatie.

Dominantie van wetenschap

Een tweede kritiek op de kenniscyclus is de dominante positie van de wetenschap. Dominantie van de wetenschap maakt het nog steeds lastig om andere typen kennis, zoals praktijkkennis en ervaringen van cliënten, zorgverleners en zorgorganisaties een volwaardige plaats te geven (Willems et al., 2007). In de kenniscyclus is een centrale rol weggelegd voor de wetenschap, zowel bij de kennisontwikkeling als bij het evalueren (onderzoeken) van de effecten van implementatie. ZonMw signaleert dat de ‘brug over de kloof tussen wetenschap en praktijk’ vaak eenzijdig bewandeld wordt: van de wetenschap naar de praktijk, en nauwelijks andersom (dus dat praktijkvragen leiden tot wetenschappelijk onderzoek) (Mootz, 2008). Het is vooral opvallend dat patiënten(organisaties) weinig initiatief kunnen nemen voor (gesubsidieerde) implementatieprojecten:

“Patiënten of patiëntenorganisaties dienen ook nauwelijks voorstellen in. Heel jammer want het lijkt een krachtig instrument te zijn. Als patiënten gaan vragen om bepaalde zorg, dan moet de zorg wel.” (ZonMw)

Ook bij richtlijnontwikkeling is wetenschappelijke kennis dominant. Weliswaar wordt er bij richtlijnen ook naar de praktijk gekeken maar het inbrengen van praktijkervaringen en –mogelijkheden in richtlijnontwikkeling blijft een lastig proces. Zo zijn er voor wetenschappelijke kennis allerlei maten voor evidence ontwikkeld (zoals de GRADE systematiek), maar geldt dit niet voor praktijkkennis. Ervaringen met de inbreng van patiëntenervaringen in richtlijnen zijn evenzeer teleurstellend (Goossensen et al., 2005; van de Bovenkamp & Trappenburg, 2009).

Ook aan de evaluatiekant is het wetenschappelijke paradigma dominant. Voor veel respondenten (en ook voor financiers als ZonMw) begint implementatie pas als de interventie is ontwikkeld en de effectiviteit ervan is aangetoond (Zuiderent-Jerak, 2007). Zo hebben bijvoorbeeld de door ZonMw gefinancierde implementatiefellows in de academische ziekenhuizen de taak om binnen hun instelling onderzoek te doen naar de implementatie van interventies die bewezen effectief zijn. Bij de keuze voor het evaluatieonderzoek is de epidemiologische methode vaak leidend. Er wordt vaak

gestreefd naar gerandomiseerde studies en het meten van kwantitatieve uitkomstmaten. Bij complexe innovaties blijken keer op keer de gemeten effecten beperkt. Tegelijkertijd wijzen de betrokkenen op de onbedoelde en onverwachte effecten die in de studies onzichtbaar blijven (Jansen & de Bont, 2010). Door dit dominante wetenschappelijk paradigma in de kenniscyclus is er het gevaar dat er onvoldoende bekend is over de effecten van implementatie, simpelweg omdat veel belangrijke elementen buiten beschouwing blijven.

Effectiviteit

Een derde punt van kritiek betreft de effectiviteit van de kenniscyclus. Een veelgebruikte metafoor in het implementatieveld is dan ook die van de kloof en de brug (zie in de vorige paragraaf een voorbeeld van een tekst van ZonMw). Het is opvallend hoe vaak het beeld van de brug wordt gebruikt in powerpointpresentaties en publicaties over innovaties en implementaties in de gezondheidszorg. Implementatiewerkers positioneren zichzelf als de civiel technici van de gezondheidszorg. Vandaar ook de nadruk op allerhande methodieken en technieken. De conceptuele infrastructuur dringt hier sterk door in de instrumentele infrastructuur. Het doel van implementeren is om de kloof te overbruggen, maar volgens critici draagt het concept van de kenniscyclus juist bij aan het creëren van een kloof. De kenniscyclus creëert eigen implementatieproblemen bij elke fase (Zuiderent-Jerak, 2007; Bijker et al., 2009). Tussen elke fase kan een kloof ontstaan, met name omdat verschillende organisaties verantwoordelijk zijn voor verschillende fasen uit de kennisketen. Ook zijn binnen organisaties (bijvoorbeeld bij de universiteiten en kennisinstituten) verschillende afdelingen werkzaam in verschillende fasen. ZonMw identificeerde dan ook diverse innovatiereemers, die de doorstroom tussen de verschillende fasen van de innovatiecyclus (figuur 3) kunnen blokkeren:

- onvoldoende financiering;
- techniek niet voltooid of effectief;
- onvoldoende leiderschap;
- onvoldoende ondernemerschap;
- problemen met informatisering;
- onvoldoende bekostiging;
- wetten en regels;
- bureaucratie;
- weerstand bij gebruikers;
- andere prioriteiten;
- geen steun bij opschalen.

Het denken in termen van kloven die overbrugd moeten worden leidt zo automatisch tot allerlei 'bevorderende en belemmerende factoren' waarvan er inmiddels honderden benoemd zijn. Wat al deze factoren nu precies verklaren lijkt daarbij onduidelijk. Praktische handvaten voor implementatiewerkers leveren ze inmiddels nauwelijks meer. Het blijkt in de praktijk echter lastig uit dit 'kloven en bruggen' denken te ontsnappen, cq. vormen te vinden waarin kloofvorming wordt vermeden. Intussen begint wel het besef door te dringen dat implementatiewerkers niet alleen kloven overbruggen maar ze ook zelf maken:

“Door onze eigen manier van praten, denken, woorden blijven we ook hangen. Er wordt ergens kennis ontwikkeld, in een toren, en dat noemen we dan een richtlijn. En dat sluit natuurlijk voor geen meter aan bij wat de practicus nodig heeft op de dagelijkse werkvloer. Wij creëren dat als kennisinstituten ook zelf: er is een kloof en daar is een project voor nodig. Dus we houden dat ook zelf in stand, vind ik.”(Kennisinstituut)

Diffusie en strategie

Het implementatieveld is in korte tijd ontwikkeld. Daarbij is één specifieke benadering centraal komen te staan. Het boek 'Diffusion of innovations' van Everett Rogers (eerste druk 1962) heeft het implementatieveld geïnspireerd tot allerlei implementatiemodellen die, omdat ze van dezelfde bron zijn afgeleid, grote overeenkomst vertonen. Diffusie is "*the process by which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system*" (McMaster et al., 1997). Deze diffusiebenadering beïnvloedt zowel de praktijk van implementatie als het onderzoek naar implementatie. De verandertheorie van Rogers dicteerde bijvoorbeeld een planmatige aanpak van implementatie. Het model dat in de tijd van het eerste grote, door ZonMw (destijds ZON) gefinancierde implementatieonderzoek is ontwikkeld door onderzoeksinstituut WOK (thans IQ Healthcare) veronderstelt deze planmatige aanpak. De definitie van implementatie, die in dezelfde periode is opgesteld, benoemt de planmatige aanpak als een van de kenmerken van (goede) implementatie: "*Implementatie is een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen met als doel dat deze een structurende plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg*" (ZON 1997).

Vanuit de diffusiebenadering is er grote aandacht voor implementatiestrategieën. Door gebruik te maken van strategieën (zoals informeren, feedback geven, opinieleiders inzetten) wordt geprobeerd om de toekomstige gebruikers van de innovatie een stap verder te brengen in het proces van Oriëntatie, Inzicht, Acceptatie, Verandering en Behoud (Grol & Wensing, 2006). De veranderingstheorieën zijn vooral gebaseerd op de cognitieve psychologie.

Een grote groep wetenschappers, verbonden aan universiteiten en onderzoeksinstituten doet onderzoek naar de effectiviteit van implementatiestrategieën. De afgelopen jaren zijn internationaal vele honderden studies verschenen waarin strategieën met elkaar worden vergeleken, maar er komt nog geen eenduidig beeld uit wat wel en niet werkt. Dit blijkt zeer sterk situationeel bepaald te zijn. Over de hele lijn zijn de effecten op het professioneel handelen beperkt. Zo blijkt uit de rapportage van Actielijn 2 dat het effect van educatieve strategieën en feedback & reminders 5% is (Wensing et al., 2010). Vijf procent lijkt laag – zeker in aanmerking genomen dat dit nog het hoogste percentage is dat gevonden werd – maar dit is mogelijk ook een product van hoe de effecten worden gemeten. Immers, alleen de effecten die vooraf verwacht werden kunnen via de methode van nulmeting en nameting berekend worden (zie ook de eerdere opmerkingen over effectmeting).

De respondenten vragen zich verder af of er niet teveel 'zachte' implementatiestrategieën worden gebruikt (en onderzocht), die gericht zijn op het overtuigen en het aanspreken van de intrinsieke motivatie. Moet er niet meer gekeken worden naar de harde strategieën, waarbij verandering extrinsiek gemotiveerd worden? De respondenten noemen voorbeelden van de marketingstrategie van de farmaceutische industrie, maar ook het toezicht van de Inspectie en het geven van de juiste financiële prikkels. Voor veel respondenten is de huidige financierings(infra)structuur namelijk een grote belemmering voor het 'vanzelf' gaan van implementatie:

"zolang je de financiële prikkels de andere kant op laat wijzen moet je niet verwachten dat je meer dan 10% van de populatie (individueel of organisaties) de andere kant op kunt laten bewegen. Dat gaat gewoon niet gebeuren dat is illusionair om dat te verwachten" (Adviesbureau).

Een tweede onderzoeksthema binnen het implementatieveld (naast effect- en evaluatiestudies van implementatiestrategieën) is het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie, waar we hierboven al even aan refereerden. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen factoren binnen de innovatie zelf, de gebruiker, de sociale en de organisatorische context (zie figuur 2). De waarde van deze wetenschappelijke implementatiekennis voor de zorgpraktijk is volgens sommigen echter beperkt:

*“in de tijd van de eerste DIK-studie werden veel studies gedaan naar belemmerende en bevorderende factoren, waarvan je denkt “wat moet ik ermee? Wanneer is wat nou geldig?” Op zich is het als overzicht wel aardig, maar praktisch kun je er zo ontzettend weinig mee. Er zijn best algemene inzichten over veranderen, dat je dat gestructureerd moet doen, gefaseerd moet doen...een groep geïnteresseerden benaderen, het onderwerp inkaderen, de leiding betrekken, de PDCA erin zetten. Dat is prima knowledge, daar moet je gebruik van maken. Maar meer is er gewoon niet. Daar kun je wel naar blijven zoeken, maar wij verandermanagers gaan toch weer gewoon door.”
(Kennisinstituut).*

De benadering van implementatie als een stapsgewijs diffusieproces is heel sterk aanwezig in het implementatieveld en de respondenten hebben een dubbele houding ten aanzien van dit paradigma, zoals ook al bleek uit bovenstaand citaat en de beschrijving van de instrumentele infrastructuur. Enerzijds wordt het nut van implementatiemodellen steeds bevestigd. Het is prettig om projectmatig te werken en om een bepaald model als handvat te hebben. Modellen moeten echter zoveel mogelijk aansluiten bij de praktijk waarin ze worden gebruikt. Daarom zijn er zoveel verschillende, met elk eigen accenten. Anderzijds lopen implementatiewerkers ook tegen de grenzen van deze modellen aan. Deze modellen veronderstellen namelijk dat er een innovatie *is*, die *uitgerold* moet worden. Aansluitend bij de kritiek op de kenniscyclus is er daarom ook kritiek op de implementatiemodellen. Juist het ontwikkelen van een innovatie buiten de praktijk die met die innovatie moet gaan werken, brengt al een eerste implementatieprobleem met zich mee. Ook zijn er vragen over de mate waarin innovaties die volgens een model geïmplementeerd worden ook daadwerkelijk geborgd worden en leiden tot reflexiviteit van zorgverleners. Het rapport ‘Van implementeren naar leren’ van de Gezondheidsraad plaatst bijvoorbeeld kanttekeningen bij de effectiviteit van planmatige implementatie (Gezondheidsraad, 2000).

4. Discussie en conclusie

We zijn dit onderzoek gestart met vier vragen:

1. Hoe ziet de bestaande implementatie-infrastructuur er uit?
2. Welke redundanties en hiaten zijn hierin te ontdekken?
3. Hoe gaat deze infrastructuur om met eventuele spanningen tussen verschillende vormen van kennis (klinische evidence, cliëntenperspectief, praktijkkennis, organisatorische kwaliteit)?
4. Op welke wijze draagt de huidige infrastructuur bij aan kwaliteitsverbetering in de zorg?

Voor het antwoord op deze vragen hebben we de implementatie-infrastructuur in Nederland beschreven over de volle breedte van het kennisveld. Uit onze analyse blijkt dat elke deelsector zijn eigen infrastructuur heeft met organisaties die kennis ontwikkelen, organisaties die een makelschakelfunctie vervullen en organisaties die nieuwe kennis gebruiken. In totaal is een grote hoeveelheid organisaties in de zorg actief met het ontwikkelen, verspreiden en implementeren van nieuwe kennis, zoals richtlijnen, best practices, en (medisch) technologische innovaties. Het grote aantal organisaties dat zich bezig houdt met implementatie wordt gezien als een maat van succes. Het laat zien dat er aandacht is voor implementatie als een aparte en noodzakelijke stap in kennisontwikkeling (Wensing et al., 2000).

Een opvallende bevinding is dat de rollen, de aanpak en de instrumenten van verschillende organisaties (beroepsorganisaties, kennisinstututen, onderzoeksinstituten) naar elkaar toe bewegen. Een goed voorbeeld is de ontwikkeling van commerciële bureaus binnen universiteiten die zich richten op de implementatie van kennis. Daarbij zijn de verschillen tussen de modellen, de instrumenten en de concepten die de organisaties gebruiken relatief klein. Er zijn bijvoorbeeld diverse implementatiemodellen, maar de onderlinge verschillen zijn verwaarloosbaar, vooral omdat ze putten uit dezelfde internationale modellen en paradigma's wat betreft kennisontwikkeling en -implementatie. Een andere belangrijke bevinding is de blijvende dominantie van wetenschap als startpunt van kennisontwikkeling en innovatie. Ondanks – of wellicht dankzij – de aandacht voor het intermediaire domein, blijft de veronderstelling dominant dat kennisontwikkeling begint bij de wetenschap.

Een belangrijke conclusie van dit onderzoek is de breed gedeelde en gevoelde noodzaak om stil te staan bij hoe de infrastructuur voor implementatie er nu uit ziet en vooral op welke onderdelen de infrastructuur dient te worden verbreed. De huidige infrastructuur lijkt zowel mogelijkheden te bieden voor kwaliteitsverbetering, als juist belemmerend te werken. De resultaten van de inventarisatie roepen daarom ook nieuwe vragen op. Het zijn vragen tot bezinning. In deze slotparagraaf scherpen we deze vragen aan op basis van de resultaten van dit onderzoek.

Meer complexiteit, meer regie

Door het grote aantal organisaties en de verschillende infrastructuren voor de diverse sectoren is het veld niet eenvoudig te overzien. Een belangrijke vraag is of de complexiteit van het veld en met name het gebrek aan overzicht een probleem is (Marres, 2005; WRR, 2006; Dwarswaard et al., 2009). In de vier DIK-studies die in dit rapport zijn beschreven is de complexiteit van het veld keer op keer geproblematiseerd (zie onze paragraaf over de sociale infrastructuur). Daaruit zouden we kunnen afleiden dat de complexiteit inderdaad een probleem is. Daarentegen kunnen we ook

concluderen dat deze definitie van het probleem niet tot oplossingen leidt, want de vraag blijft telkens terugkomen.

De complexiteit van het veld als probleem roept enerzijds een vraag op naar regie (Meurs et al., 1998; Linge et al., 2001; ZonMw, 2005, Vaandrager et al., 2010). Een nieuwe ontwikkeling in de implementatie-infrastructuur, die in dit rapport is beschreven, is dan ook de oprichting van zogenaamde regie-organisaties zoals het Centrum Gezond Leven of de Regieraad Kwaliteit van Zorg. Anderzijds wordt regie juist afgewezen. Daarbij wordt onder andere gewezen op het belang van een eigen netwerk in een specifieke sector en het situationele karakter van kennis (zie ook Berg 1997). Het effect van enerzijds de roep om regie en anderzijds het afwijzen van regie is dat regieorganisaties de regie niet *alleen* kunnen voeren. Om regie te kunnen voeren nodigen zij alle organisaties uit voor overleg. Vertegenwoordigers van vele organisaties treffen elkaar op steeds meer verschillende plekken om te praten over implementatie en de afstemming tussen het grote aantal projecten. Dit roept bij het veld de vraag op of het overleg niet meer gecentraliseerd kan worden. Met andere woorden, de vraag naar regie houdt zichzelf niet alleen stand, maar versterkt deze vraag ook (zie ook Van Gunsteren 2003). Dit terwijl er geen overeenstemming is of regie gewenst is.

Het implementatieveld is daarmee een uiting van de typische Nederlandse manier om met complexe problemen om te gaan: de polder. In de polder komen vertegenwoordigers van allerlei georganiseerde belangen bijeen om, binnen het raamwerk van wetenschappelijke kennis, tot afstemming van activiteiten, beleid en regelgeving te komen. Ondanks de wijzigingen in de structuur van de gezondheidszorg die de afgelopen jaren zijn doorgevoerd is deze polder nog steeds het dominante model van besluitvorming (Bal, 2008). De term 'regie' past hier ook goed bij, juist omdat het gaat om een *afstemming* en niet om een *afdwinging*. Wat dat betreft is het interessant dat Minister Klink in zijn recente brief aan de Tweede Kamer over het kwaliteitsinstituut naast de regiefunctie die van 'doorzettingmacht' noemt (Klink 2010). De recente geschiedenis van regie-organen in de zorg doet bevroeden dat het ontwikkelen van een dergelijke doorzettingmacht geen sinecure zal zijn. Het is bovendien de vraag of doorzettingmacht het werkelijke probleem is. In ieder geval lijkt het erop dat de top down benadering die hiermee wordt ingezet alleen voor specifieke kwesties kan gelden (WRR 2008b; Zuiderent-Jerak et al, 2010).

Vragen voor bezinning

Bovenstaande resultaten zijn het best samen te vatten in twee vragen:

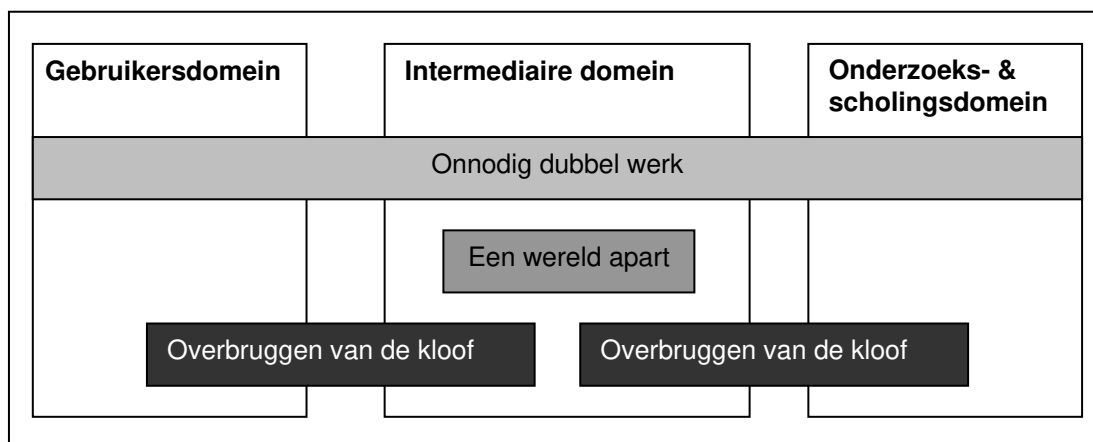
- Is de complexiteit van het implementatieveld een probleem? En zo ja, in welke termen dient het probleem geduid te worden;
- Willen de organisaties dat er regie wordt gevoerd, en zo ja willen organisaties dan ook geregisseerd worden?

We kunnen deze vragen verder aanscherpen aan de hand van een vergelijkbare discussie over de taakverdeling tussen de verschillende organisaties die betrokken zijn bij implementatie. In de DIK studie Openbare Gezondheidszorg worden, zoals eerder genoemd, vier domeinen onderscheiden: 1) het onderzoeksdomein, 2) het intermediaire domein, 3) het gebruikersdomein en 4) het randvoorwaarden schepende domein. Een belangrijke bevinding uit dit rapport is echter dat de verschillen tussen deze domeinen kleiner worden. Zoals uit de inventarisatie van de sociale infrastructuur blijkt, zijn onderzoekscentra en andere kennisinstututen zich ook gaan opstellen als intermediaire organisaties. Intermediaire organisaties zoals Vilans schuiven op naar het domein van de gebruikers. Zij bieden instellingen de mogelijkheid om hun implementatiemedewerkers in te huren. Gebruikers – vertegenwoordigers van zorginstellingen en branche organisaties – zijn enthousiast over initiatieven waarin zij

samen met onderzoekers kennis ontwikkelen. De verschuiving tussen de domeinen roept, net als de complexiteit van het implementatieveld, uiteenlopende vragen op.

- Is er sprake van dubbel werk nu zowel universiteiten, kennisinstututen, adviesbureaus als zorginstellingen zich als intermediair opstellen tussen kennis en praktijk?
- Wordt de implementatiewereld meer en meer een wereld apart die los staat van zowel het onderzoekersdomein als het gebruikersdomein?
- Worden de verschillen tussen het onderzoeksdomein, het intermediaire domein en het gebruikersdomein kleiner en is dat een bewijs dat de kloof tussen kennis en praktijk kleiner wordt?

Elke vraag definieert het probleem anders (figuur 4). De definiëring van het probleem is nauw verbonden met de richting waarin oplossingen worden gezocht. De begrippen fragmentatie, inefficiëntie, complexiteit suggereren vanzelfsprekend de noodzaak tot meer samenhang. Er zijn recent relevante alternatieve concepten ontwikkeld waarmee problemen in termen van efficiëntie en fragmentatie anders geduid kunnen worden, zoals redundantie. Het begrip redundantie verwijst naar het krachtige en met name flexibele verband van 'een losse ordening met deels overlappende of concurrerende elementen' (RMO, 2008:48). Andere concepten zijn *situated knowledges* of contextualisering. Het voert voor de conclusies van dit rapport te ver om in detail om deze begrippen in te gaan, maar het laat zien dat andere definities van de problemen mogelijk en zinnig zijn. Met andere woorden, de vragen zijn een uitnodiging om nog eens kritisch naar de definitie van de problemen te kijken.



Figuur 4. Drie analyses van de implementatie-infrastructuur

Dubbel werk – een noodzaak of eigenbelang?

Er is veel werk nodig om kennis en innovaties te implementeren (Zuiderent-Jerak, 2007; Jansen et al., 2007) en daarbij is dubbel werk in zekere zin onvermijdelijk. Kennis situationeel, dat wil zeggen specifiek voor een situatie (Harraway, 1988). Interventies zijn effectief in een specifieke (onderzoeks)setting, maar niet in een andere. Omdat kennis situationeel is zijn er aparte infrastructuren voor de verschillende sectoren in de zorg nodig waarbinnen kennis binnen de lokale context en binnen lokale netwerken wordt ingebracht (Berg, 1997; Currie, 2006). Dubbel werk is dus niet vanzelfsprekend een probleem, maar het kan wel een probleem worden. Er zijn echter ook belangen om werk te verdubbelen. Drie programma's in de ouderenzorg zijn ook drie opties om een project te verwerven. Een project dat in het ene programma is afgewezen, kan mogelijk in een ander project in aangepaste vorm worden gehonoreerd. Net zoals bij de vraag om regie, wordt er wel gevraagd om doelmatiger met implementatieprojecten om te gaan, maar is het daadwerkelijk doelmatig werk niet

in ieders individuele belang. Dat geldt voor zorginstellingen, voor kennisinstituten en adviesbureaus, voor onderzoekers, maar evenzeer voor ambtenaren op het Ministerie.

Zorginstellingen geven een duidelijk signaal af over het 'probleem' dubbelwerk: er zijn te veel innovatieprojecten. Weer nieuwe innovatieprogramma's worden als bijzonder storend ervaren als al meerdere innovatieprogramma's naast elkaar worden uitgevoerd, zoals drie programma's in de ouderenzorg/langdurige zorg en zelfs vijf programma's in de jeugdzorg. Waar de onderzoeksinstituten belang hebben bij verschillende programma's, hebben de zorginstellingen dat niet – of minder. Alles moet immers 'door hetzelfde gaatje'. Instellingen zijn moe van alle implementatie- en innovatieprojecten die hen worden opgelegd. We hebben hier bewust gekozen voor het begrip opleggen ook al worden instellingen altijd gevraagd om mee te doen en is er geen sprake van dwang of verplichting. De basisveronderstelling achter implementatie is echter het verplaatsen van kennis: kennis die op de ene plek en door anderen is ontwikkeld wordt op een andere plek geïntroduceerd en toegepast (Jansen & de Bont, 2010). In die zin, en zo ervaren 'gebruikers' het ook, wordt de kennis opgelegd. Zij zijn vooral moe van het 'uitrollen' of 'opschalen' van kennis. Juist dan ervaren zij de kloof tussen kennis en praktijk. Ook al is die kennis op een ander plek met praktijkmensen ontwikkeld, zodra die kennis wordt uitgerold of de *best practices* worden opgeschaald, wordt het kennis die ontwikkeld is zonder de (eigen) praktijk erbij te betrekken en zonder dat de (eigen) praktijk erom gevraagd heeft.

Niet alleen is dit een voorbeeld hoe wetenschappelijke kennis dominant is in implementatie, maar ook hoe onbedoeld en onvoorzien de kloof tussen wetenschap en praktijk wordt gereproduceerd. Er komen dan ook steeds meer vragen over de innovatiecyclus en vooral over de impliciete veronderstellingen over de taakverdeling tussen kennisinstituten en zorginstellingen die daarin verborgen liggen. De kenniscyclus is geïntroduceerd om een brug te slaan tussen kennis en praktijk, maar houdt deze scheiding tevens in stand: kennisontwikkeling verloopt volgens deze modellen in fasen waarbij wetenschap vooraan staat en de praktijk achteraan. "*Moeten we het begrip implementatie niet afschaffen?*", vragen sommige deelnemers aan de expertmeetings zich af.

Implementatie – een professie of een eigen wereld?

Voor de gebruikers is door de gemeenschappelijke taal en de typische instrumenten die horen bij implementatie, de wereld van de implementatiekunde een wereld apart geworden. De instellingen herkennen zich bijvoorbeeld niet in de taal en hebben geen behoefte aan verdere verfijning van de modellen. In het perspectief van de gebruikers is de implementatiewereld te veel op zichzelf gericht.

Implementatieonderzoekers en implementatieadviseurs herkennen zich niet in dit beeld van implementatie als een wereld apart. Zij erkennen dat voor implementatie een eigen taal is ontwikkeld, maar zij zien dat als een professionalisering van het vak implementeren. De professie vormt ook een eigen wereld, maar staat daarmee niet los van de praktijk. Op wetenschappelijke congressen en expertbijeenkomsten vormen zij een aparte wereld om gezamenlijk kennis te verdiepen en instrumenten te verfijnen. In zorginstellingen proberen implementatiewerkers juist niet hun eigen taal, maar de taal van de werkvloer te spreken, en zij ervaren dit ook als cruciaal voor een goede samenwerking met het veld.

Waar de infrastructuur zichtbaar wordt

Zoals gezegd wordt infrastructuur pas zichtbaar als deze niet goed functioneert. We realiseren ons pas hoe de glasvezelkabels lopen als de kabels worden beschadigd bij wegwerkzaamheden en de internetverbindingen stilvallen. Het meest zichtbare – en daarmee meest knellende – onderdeel van de implementatie-infrastructuur zijn de formats voor het aanvragen van projecten, met name implementatieparagrafen en communicatieplannen. Het gaat niet zozeer om de plannen en formulieren – zij zijn alleen het meest zichtbare deel – maar vooral om de projectmatige structuur die daarachter ligt. De projectmatige structuur van implementatie heeft een aantal kenmerken die als knellend worden ervaren:

- De doelstellingen die vooraf zijn geformuleerd, zijn leidend;
- De interventie die geselecteerd wordt dient bewezen effectief te zijn. Hetgeen betekent dat interventies al ver ontwikkeld zijn en uit andere praktijken moeten worden 'geplukt'.
- De periode waarbinnen de verandering gerealiseerd dient te worden is afhankelijk van het budget.

Hoewel onderzoekers, adviseurs en professionals er wel in slagen om de formulieren en de opgelegde projectstructuur heen te werken, beperkt deze infrastructuur hen met name in hun vrijheid om te experimenteren (en te leren) en om door te gaan op onverwachte resultaten.

Hetzelfde geldt voor de infrastructuur van de kenniscyclus die veronderstelt dat elders ontwikkelde kennis wordt *uitgerold* over de praktijk. Kennisinstituten, adviesbureaus en zorginstellingen herkennen zich hier niet in. Elke interventie moet steeds worden aangepast aan lokale omstandigheden om 'implementatie' mogelijk te maken. Een 'interventie' moet niet worden geïmplementeerd, maar getransleerd. Sterker nog, wat de interventie is wordt bij de verplaatsing ervan eigenlijk onduidelijk, omdat de contexten waarin die interventie in een bepaalde setting kon werken wellicht wel onderdeel waren van de interventie. Het conceptuele instrumentarium om met deze gesitueerde verplaatsing om te gaan ontbreekt echter, waardoor steeds opnieuw de schijn wordt gewekt dat interventies (al dan niet) worden geïmplementeerd. De machinerie van de kenniscyclus wordt daardoor keer op keer bevestigd.

Een knellend verband van effectonderzoek en verandermanagement

De huidige implementatie-infrastructuur, zo wordt zichtbaar, kan op sommige momenten een knellend verband zijn van effectonderzoek en verandermanagement (Fraser, 2007). Niet alleen drukt het effectonderzoek een stempel op de mogelijkheden om te experimenteren, ook bepaalt de methodiek van medisch epidemiologisch onderzoek welke veranderingen als effecten meegenomen worden. Alleen de effecten die vooraf verwacht werden, kunnen via de methode van nulmeting en nameting berekend worden. Onbedoelde en onverwachte effecten blijven daarmee, zoals gezegd, onzichtbaar (Jansen & de Bont, 2010). Met andere woorden, de beperkte mate van effect van innovatie projecten is mogelijk een product van hoe effecten worden gemeten, en dus van de wijze waarop wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan. De zichtbare effecten van implementatiestrategieën en doorbraakprojecten blijven beperkt mede door de wijze van evaluatie. De koppeling met verandermanagement versterkt dit proces. Het verandermanagement neemt namelijk onvoldoende afstand van het empirisch wetenschappelijke paradigma. Zij reproduceert op grote schaal voor- en nametingen, door het vooraf opstellen van SMART doelen, die gemeten moeten worden. Daarbij is binnen veranderkundige projecten nog veel minder ruimte om vooraf gestelde doelstellingen bij te stellen of om te experimenteren met onbekende interventies (Zuiderent-Jerak et al. 2009).

Op een tweesprong

Anno 2010 maakten we in het kader van het Kennis van Implementatie Programma door deze kennissynthese de balans op van de implementatie-infrastructuur. Het implementatieveld is in korte tijd geprofessionaliseerd. Daarbij is één specifieke benadering centraal komen te staan. Hoewel die benadering een duidelijke meerwaarde heeft, is de benadering ook wat smal.

We signaleren dan ook dat we op een tweesprong staan: het implementatieveld verder opbouwen of een herbezinning op implementatie. Voor een van de respondenten is het duidelijk welke weg de voorkeur verdient:

“Binnen het KIP programma gaan we nog eens preciezer kijken wat de huidige infrastructuur is, we gaan nog eens preciezer kijken naar wat de huidige evidence is over effectieve implementatiestrategieën. Dat hebben we al 10x gedaan! We graven ons nog wat dieper in, in wat we nu hebben (...) We draaien steeds rond in dezelfde cirkel. Dit is niet meer goed. Het hele speelveld moet verzet worden en dat vereist op alle niveaus een debat.” (Kennisinstituut).

Met dit rapport hebben we een aanzet willen geven voor dit debat. Het is geen advies om de infrastructuur radicaal te veranderen. Een infrastructuur ontwikkelt zich nu eenmaal incrementeel. Niet alleen is het een combinatie van onderdelen van bestaande infrastructuren, ook is het verzonken in tal van standaarden en sociale conventies. Het kan niet in een keer vanaf de grond opgebouwd, en het kan dus ook niet snel veranderen. Infrastructuren zijn traag.

Andere vormen van onderzoeken, zoals procesevaluaties, actiegericht onderzoek en etnografische studies worden onderdeel van sociale conventies en standaarden, zoals zichtbaar wordt in de recente discussies over de evaluatie van complexe interventies (Zuiderent-Jerak et al., 2009; Jansen et al., 2007). Nieuwe vormen van onderzoek zijn verbonden aan veranderingen in andere onderdelen van de infrastructuur zoals evaluatieonderzoek, beoordelingscommissies van voorstellen en uiteindelijk ook de gewraakte formulieren en procedures. Het advies is om de infrastructuur te verbreden, dat wil zeggen andere type organisaties, andere instrumenten en andere concepten. De toenemende overlap tussen de rollen en de taken van onderzoeksorganisaties, intermediaire organisatie en gebruikers organisaties biedt daarvoor een kans: het kan leiden tot nieuwe vormen van kennisontwikkeling, zoals co-productie van kennis en wetenschap en praktijk.

Literatuurlijst

- Bal R. 2008. *De nieuwe zichtbaarheid. Sturing in tijden van marktwerking*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Bekker M, van Egmond C, Wehrens R, Putters K, Bal, R. 2010. Linking research and policy in Dutch healthcare: infrastructure, innovations and impacts. *Evidence & Policy* 6 (2):237-253.
- Berg M. 1997. *Rationalizing Medical Work. Decision Support Techniques and Medical Practices*. MIT Press.
- Bijker WE, Bal R, Hendriks R. 2009. *Paradox of Scientific Authority. The role of scientific advice in democracies*. Boston: MIT Press.
- Bovenkamp HM van de, Trappenburg MJ. 2009. Reconsidering Patient Participation in Guideline Development. *Health Care Analysis* 17(3):198-216.
- Currie G, Suhomlinova O. 2006. The Impact of Institutional forces upon knowledge sharing in the UK NHS: the triumph of professional power and the inconsistency of policy. *Public Administration*, 84 (1).
- Dwarswaard J, van Egmond S, Janssen M, Putters K. 2009. *Over gewicht. Een analyse van de overheidsaanpak van preventie van overgewicht en de rol van de organisatie van de OGZ daarbij*. Rotterdam: iBMG.
- Fraser S. 2007. *Undressing the Elephant; Why Good Practice Doesn't Spread in Healthcare*. Lulu.
- Gezondheidsraad. 1991. *Medisch handelen op een tweesprong*. Rijswijk: Gezondheidsraad.
- Goossensen A, van der Veen C, van der Linden M, Franx G. 2005. Perspectief op behandeling van mensen met een angststoornis: inbreng van patiënten bij richtlijnontwikkeling. *TSG* 83(3):166-171.
- Grol R, Wensing M. 2006. *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Gunsteren H van. 2003. *Stoppen. U kunt het. U wilt het. U doet het niet*. Amsterdam: Van Gennep.
- Harmsen A, Stoop C, van Splunteren P, Koense Y. 2009. *Lopende initiatieven op het gebied van kwaliteit in de care- cure- en preventiesector. Inventarisatie in opdracht van de Regieraad*. Den Haag: Regieraad.
- Haraway D. 1988. Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies* 14(3):575-599.
- Jansen Y, de Bont A, Bruijnzeels M, Bal R. 2007. Tailoring intervention procedures to routine primary health care practice; an ethnographic process evaluation. *BMC Health Services Research* 14(7):125.
- Jansen Y, de Bont A. 2010. The Role of Screenings Methods and Risk Profile Assessments in Prevention and Health Promotion Programmes: An Ethnographic Analysis. *Health Care Analysis*. [Epub ahead of print]
- Klink A. 2010. *Oprichting van een nationaal kwaliteitsinstituut. Brief aan de Tweede Kamer*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Linge RH van, Heijnen Y, Zandvliet J, van Splunteren PT. 2001. *Disseminatie en Implementatie van kennis in de verpleging*. Den Haag: ZonMw.
- Marres N. 2005. No issue, no public. Democratic deficits after the displacement of politics. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam, november 2005, beschikbaar op <http://dare.uva.nl/record/165542>.
- McMaster T, Vidgen TR, Wastell DG. Technology transfer – diffusion or translation? In: T McMaster (Ed.): *Facilitating technology transfer through partnership. Learning from practice and research*. London: Chapman & Hall.
- Meurs PL, van Splunteren PT, WTPF van der Werf. 1998. *Disseminatie en Implementatie van Kennis*. Utrecht/Den Haag: KNMG/ZON.
- Mootz M. 2008. *Negen ZonMw-programma's onder de loep. Over infrastructurele samenwerking tussen wetenschap en praktijk*. Interne notitie ZonMw.
- Øvretveit J, Klazinga N. 2010. *Meta-evaluation of ten national quality improvement programmes in The Netherland's 2004-2009*. Den Haag: ZonMw.

- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. 2008. *De ontkokering voorbij. Slim organiseren voor meer regelruimte*. Den Haag: RMO.
- Rogers EM. 2003. *Diffusion of innovations*. Fifth edition. New York: Free Press. [1962]
- Sismondo S. 2000. Island biogeography and the multiple domains of models. *Biology and Philosophy* 15(2):239-258.
- Star SL, Griesemer JR. 1989. Institutional ecology, 'translations' and boundary objects: amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science* 19(3):387-420.
- Vaandrager L, van den Driessen Mareeuw F, Naaldenberg J, Klerkx L, Molleman G, de Regt W, Zandvliet J. 2010. *De kennisinfrastructuur van de Openbare Gezondheidszorg*. Vorm en functioneren. Den Haag: ZonMw.
- Wensing M, van Splunteren P, Hulscher M, Grol R. 2000. *Praktisch nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg*. Assen. Van Gorkum.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid . 2006. *Lerende overheid. Een pleidooi voor probleemgerichte politiek*. Den Haag: WRR.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. 2008a. *Innovatie vernieuwd. Opening in viervoud*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. 2008b. *Onzekere veiligheid. Verantwoordelijkheden rond fysieke veiligheid*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Willems, DL, Vos R, Palmboom G, Lips P. 2007. *Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- ZonMw/Ipso Facto Sociaal beleidsonderzoek. 2005. *Disseminatie en Implementatie van Kennis. Onderzoek naar kennisontwikkeling binnen zes paramedische beroepsgroepen*. Den Haag: ZonMw.
- Zuiderent-Jerak T. 2007. Preventing implementation; Experimental Interventions with Standardization in Healthcare. *Science as Culture* 16(3): 311-329.
- Zuiderent-Jerak T, Strating M, Nieboer A, Bal R. 2009. Sociological refigurations of patient safety; ontologies of improvement and 'acting with' quality collaboratives in healthcare. *Social Science & Medicine* 69(12):1713-21.
- Zuiderent-Jerak T, Jerak-Zuiderent S, Bal R. 2010. *Veiligheidsnormen in Richtlijnen. Kansen en valkuilen voor het besturen van kwaliteit*. Den Haag: Regieraad.

Bijlage I. Interviews

Naam	Organisatie
T. van Alphen	ZonMw Team 2
G. van Asseldonk	ZonMw Team 3
C. Baan	RIVM – preventie en zorgonderzoek
T. van Barneveld	Orde: Afdeling ondersteuning professionele kwaliteit
M. Beckers	RIVM – Centrum Jeugd
A. van de Berg	Manager Verpleeghuis Het Parkhuis, Dordrecht
M. Berg	Plexus
M. Bloemers	ZonMw Team 2
B. Blom	ZonMw Team 5
A. de Boer	RIVM - Infectieziekten
D. van Dale	RIVM – CGL
T. Dunnink	RIVM – Centrum Jeugd
I. van de Glind	Voormalig kwaliteitsfunctionaris ziekenhuis St.Jansdal, Harderwijk
G. van Leeuwen	ZonMw Team 4
T. Rijkers	NGI
M. Roosenboom	ZonMw Team 2
A. Ruhl	ZonMw Team 3
L. Schouten	CBO
C. Schuttevaer	ZonMw Team 1
P. van Splunteren	Trimbos
L. Stockx	RIVM
H. Treurniet	RIVM – VTV
H. van Veldhuizen	RIVM – Bevolkingsonderzoek
L. Waling	Alares
K. Watson	Voormalig CEO farmaceutisch bedrijf
G. Westerhuis	ZonMw Team 1
D. Wientjens	Orde: raad WOK
A. Zandvliet	ZonMw Team 2

Bijlage II. Expertmeetings

Expertmeeting 15 juni 2010: Zorgaanbieders en beroepsorganisaties

Naam	Organisatie	Functie
T. Drenthen	Nederlands Huisartsen Genootschap	Teamleider preventie en patiëntenvoorlichting
P. Go	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde	Voorzitter commissie richtlijnen
M. van Hattum	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie – KNMP	Apotheker, bestuurslid
S. van Heijst N. Hulshof	Stichting Rhijnhuizen Raedelijk	Organisatie adviseur Adjunctdirecteur
D. van Ravensberg	Nederlands Paramedisch instituut	Programmableider Kwaliteit & Doelmatigheid; fysiotherapeut
E. Ista	Erasmus MC	Implementatiefellow
P. van der Loo	Zorgbelang Nederland	Directeur
J. Oostenbrink	Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	Hoofd afdeling innovatie en organisatie
Ph. Van der Wees	KNGF	Onderzoeker richtlijnen
D. Wientjens	Artsenfederatie KNMG	Projectleider Modernisering Medische Vervolgopleidingen

Expertmeeting 17 juni 2010: Kennis- en onderzoeksinstituten

Naam	Organisatie	Functie
L. van Amsterdam	Jan van Es Instituut	
F. Dronkers	NJi	Programma manager
G.C. Franx	Trimbos-instituut	Programmahoofd Zorginnovatie
R.D. Friele	Nivel	Adjunct-directeur
S. van Haaren	NJI	Programma-implementatie & Training
I. Janssen	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO	Teammanager Logistiek
J.F.E.M. Keijsers	TNO Kwaliteit van Leven	Business Developer, afdeling Gezondheidsbevordering
M. Langelaan	EMGO/Nivel	Senior onderzoeker
M. Leurs	RIVM	Hoofd Centrum Gezond Leven
C. van Raaijen	Jan van Es Instituut	
L. Schouten	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO	Senior adviseur
J. Schuit	RIVM	Hoofd Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek
M. van de Steeg	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO	Senior adviseur
G.H. van der Zanden	NIGZ	Manager afdeling Zorg en Wijk
J. Zomerplaag	Vilans	Programmableider

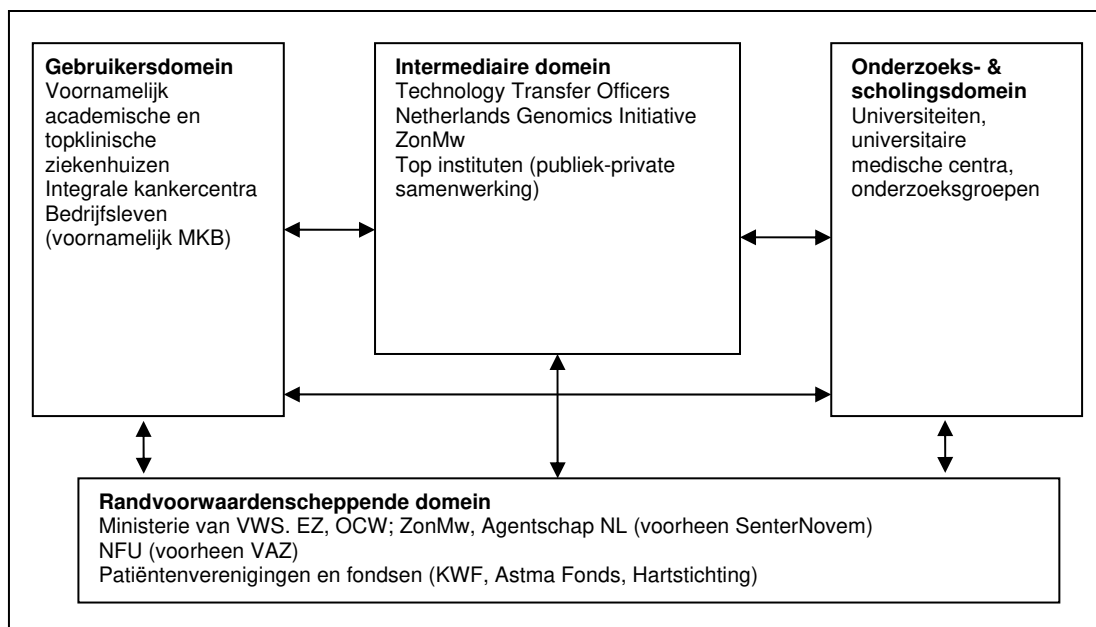
Bijlage III. Lijst van afkortingen

AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
CGL	Centrum Gezond Leven
Clb	Centrum Infectieziektebestrijding RIVM
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CJG	Centrum Jeugd en Gezin
CvB	Centrum voor Bevolkingsonderzoek RIVM
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
EZ	Ministerie van Economische Zaken
GBI	Gezondheidsbevorderende instelling
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie
KWF	Koningin Wilhelmina Fonds
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijns
MKB	Midden en Kleinbedrijf
NEO	Netwerk Eerstelijns Organisaties
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie in de zorg
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NJi	Nederlands Jeugdinstituut
NPi	Nederlands Paramedisch instituut
NSPOH	Netherlands School of Public and Occupational Health
NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten
NVPG	Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering
NVZ	Nederlandse vereniging van Ziekenhuizen
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
NZA	Nederlandse Zorgautoriteit
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur Eerstelijns
RVZ	Raad Volksgezondheid en Zorg
SoZaWe	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
STZ	Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen
Ti	Topinstituut
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomstverkenning RIVM
VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

Bijlage IV. Infrastructuren deelsectoren van de zorg

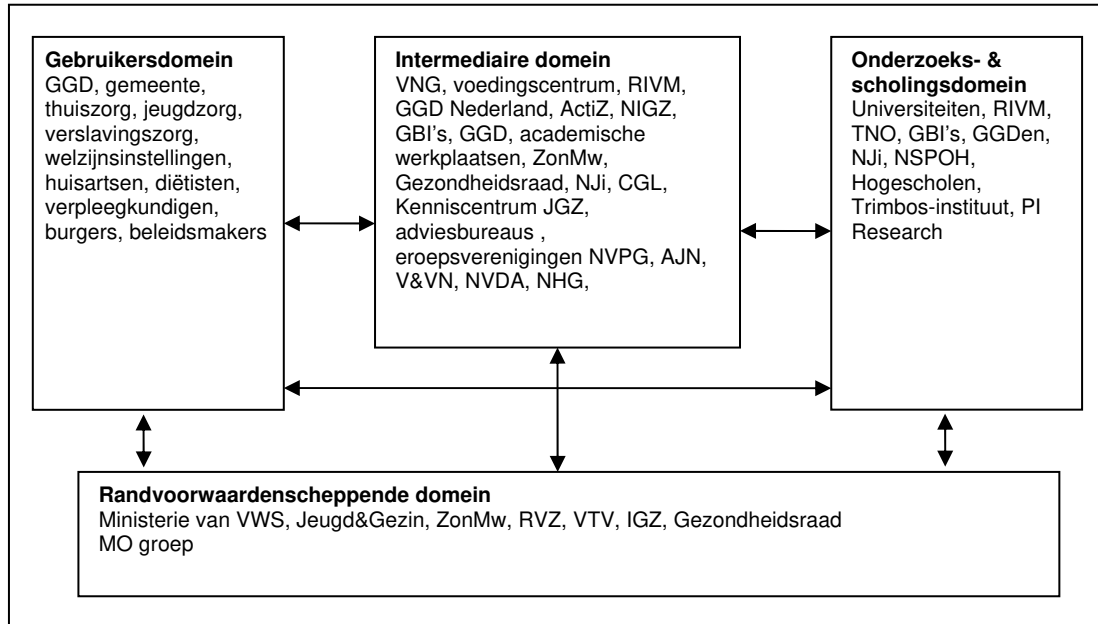
In onderstaande figuren wordt voor vier deelsectoren (en de vier corresponderende teams van ZonMw) een globale schets gegeven van de implementatie-infrastructuur. Vanwege de beperkte omvang van ons onderzoek, konden we geen uitputtend onderzoek doen naar de sociale infrastructuur op elk deelterrein. De organisaties die in deze figuren genoemd worden zijn het resultaat van een brede internet search en bestudering van andere infrastructuurrapporten. Het terrein van team 4 van ZonMw (Zorg & Samenleving) is zo divers dat er geen overkoepelende infrastructuur kan worden gegeven. We hebben daarom gekozen voor het deelterrein Jeugd. Hierdoor vertoont de implementatie-infrastructuur echter overlap met de preventie-infrastructuur (team 2), omdat we ons voor die infrastructuur baseren op de DIK-studie OGZ, waarin de jeugdgezondheidszorg als casus diende.

Infrastructuur Fundamenteel onderzoek (Team 1 ZonMw)

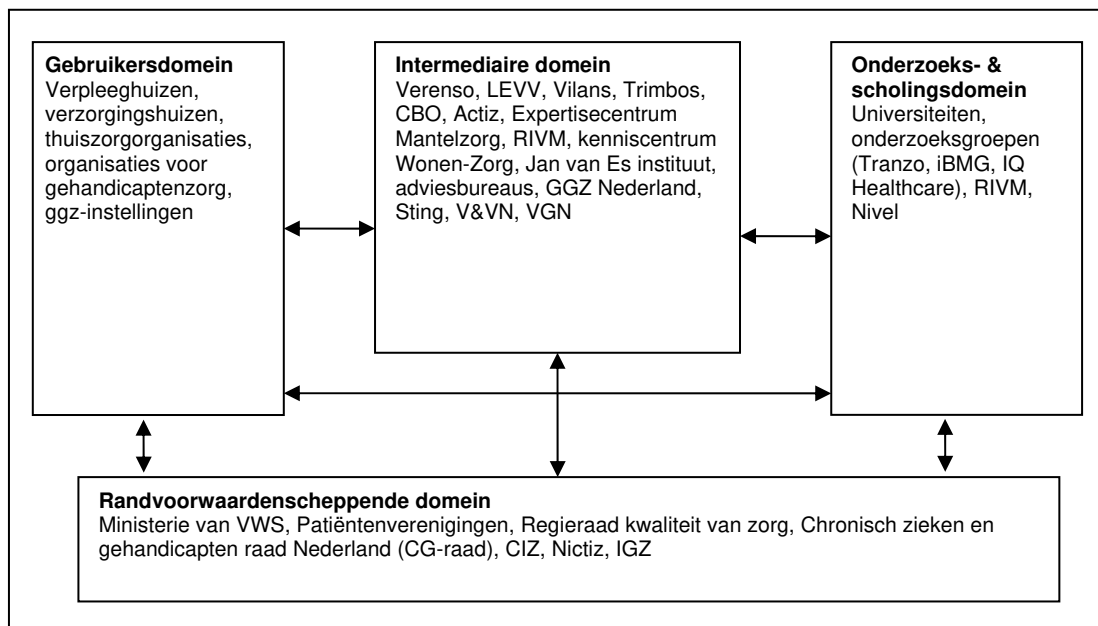


Infrastructuur Preventie (Team 2 ZonMw)

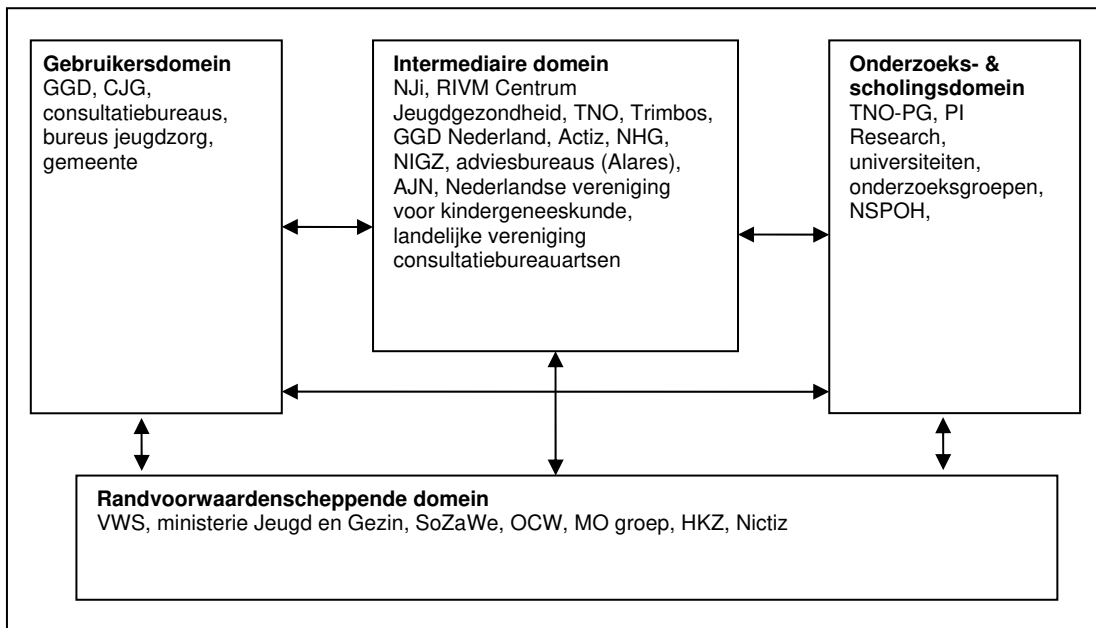
Deze figuur is grotendeels overgenomen uit de DIK-studie OGZ (Vaandrager et al., 2010). De beroepsverenigingen hebben we echter in het intermediaire domein geplaatst, omdat zij ook betrokken zijn bij richtlijnontwikkeling- en implementatie.



Infrastructuur Langdurige zorg (Team 3 ZonMw)



Infrastructuur Zorg & Samenleving, specifiek Jeugd (Team 4 ZonMw)



Infrastructuur Curatieve zorg (Team 5 ZonMw)

