

Postprint Version	1.0
Journal website	www.tsg.bsl.nl/
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Begrippenkader voor het 'wat' en het 'waarom' bij implementatie van vernieuwingen in patiëntenzorg en preventie

MARIEKE PLAS¹, MARGOT FLEUREN², ROLAND FRIELE³, FLOOR HAAIJER-RUSKAMP⁴, JOLANDA KEIJSERS⁵, JACOMINE RAVENSBERGEN⁶, NIEK KLAZINGA⁷, MICHEL WENSING¹

¹UMC St Radboud, Kwaliteit van zorg (WOK), Nijmegen

²TNO Kwaliteit van zorg, Leiden

³NIVEL, Utrecht

⁴RU, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Groningen

⁵NIGZ, Woerden

⁶ZonMW, Den Haag

⁷AMC, Sociale Geneeskunde, Amsterdam

Om ervaringen uit te wisselen en kennis op te bouwen zijn eenduidige en gedeelde begrippen nodig. Hoewel er in Nederland veel aandacht wordt besteed aan implementatie, ontbreken dergelijke begrippen voor het benoemen van implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren. Daarom werd een project uitgevoerd dat tot doel had om deze te ontwikkelen. Het begrippenkader kwam tot stand door middel van literatuuronderzoek, besprekingen in de projectgroep, en toetsing bij 20 potentiële gebruikers van het begrippenkader. Het begrippenkader bestaat uit twee componenten: een korte typering van implementatiestrategieën ('wat') en beïnvloedende factoren bij implementatie ('waarom'). Implementatiewerkers en – onderzoekers worden uitgenodigd dit begrippenkader te gebruiken bij de beschrijving van hun activiteiten.

INLEIDING

De afgelopen jaren zijn in Nederland veel implementatieprojecten uitgevoerd, al dan niet begeleid door onderzoek of evaluatie. Onderzoek naar implementatie van kennis in de patiëntenzorg en preventie heeft zich ontwikkeld tot een apart vakgebied.^{1,2} Om daadwerkelijk te leren uit implementatieprojecten en om wetenschappelijke kennis over implementatie op te bouwen is het van belang dat de opgedane ervaringen met anderen gedeeld worden middels projectverslagen, artikelen, en mondelinge communicatie. Een probleem waar veel onderzoekers en 'implementatiewerkers' tegenaan lopen is dat een helder en eenduidig begrippenkader ontbreekt. Hierdoor is niet altijd meteen duidelijk welke implementatiestrategie of welke beïnvloedende factor wordt bedoeld. Effectieve uitwisseling van ervaringen op het gebied van implementatie is, ons inziens, gebaat bij een zekere mate van standaardisering van het begrippenkader. Hierin verschilt het vakgebied niet van welk ander vakgebied dan ook. In de communicatie over implementatie komt het nogal eens voor dat begrippen niet of verkeerd worden begrepen. Zo denken sommigen bij 'implementatie' uitsluitend aan een verandering die van bovenaf wordt opgelegd of aan een verandering die altijd start bij een wetenschappelijk onderbouwde interventie. Anderen (zoals wij) gebruiken de term 'implementatie' als een koepelbegrip voor allerlei soorten verander- en

verbeterprocessen. Onder een implementatiestrategie wordt in dit artikel verstaan: een geheel van doelgerichte, samenhangende activiteiten om de invoering van een bepaalde werkwijze of product te bewerkstelligen, een bepaalde verandering op gang te brengen of een blijvende verandering te realiseren. Een probleem is ook dat voor sommige implementatieactiviteiten verschillende termen in omloop zijn, terwijl het om min of meer dezelfde activiteiten lijkt te gaan. Zo worden kleinschalige bijeenkomsten van beroepsbeoefenaren voor scholing en feedback onder meer aangeduid als intercollegiale toetsing, intervisie, kwaliteitscirkels, en nascholing met feedback. Ten slotte zijn Engelstalige begrippenkaders (bijvoorbeeld de EPOC lijst) wellicht niet volledig helder en toepasbaar in Nederland. Hier wordt verslag gedaan van een project dat tot doel had om een Nederlandstalig begrippenkader te ontwikkelen voor het benoemen van implementatiestrategieën in en beïnvloedende factoren bij implementatie. Ons doel was niet om nieuwe begrippen te ontwerpen en te definiëren, maar om gebruikte begrippen te ordenen in een omvattend kader.

METHODEN

Het project omvatte achtereenvolgens literatuuronderzoek, ontwerp van een conceptbegrippenkader, toetsing op basis van de literatuur, toetsing bij potentiële gebruikers van het begrippenkader en ten slotte de vaststelling van een definitief begrippenkader.

Ontwikkeling van het begrippenkader

Er werd een inventarisatie gemaakt van Nederlandse overzichtsartikelen en boeken over implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren bij implementatie in de zorg en preventie uit de periode 2000-2005. Hieraan werd een beperkte selectie van internationale literatuur toegevoegd. De literatuur werd geselecteerd door de projectgroep, waarbij werd gestreefd naar spreiding over sectoren van gezondheidszorg. In de projectgroep werd vervolgens consensus bereikt over een conceptbegrippenkader. Ook werd een eerste toetsing van de bruikbaarheid van het begrippenkader uitgevoerd door de implementatiestrategieën en de beïnvloedende factoren uit de literatuur te ordenen naar het conceptbegrippenkader. Dit leidde tot marginale bijstellingen.

Toetsing bij potentiële gebruikers

Vervolgens werd een panel van onderzoekers en implementatiewerkers geraadpleegd om het conceptbegrippenkader te toetsen. De 39 leden van het panel waren afkomstig van universiteiten/onderzoeksinstituten (n=12), patiëntenorganisaties (n=7), beroepsorganisaties (n=7), overheid (n=5), ondersteunende instituten (n=5), adviesbureaus (n=2) en een zorgverzekeraar (n=1). De personen in het panel werd gevraagd om commentaar op het conceptbegrippenkader. Zij kregen het begrippenkader en een vragenlijst toegestuurd, waarin werd gevraagd om een concrete implementatiestrategie uit hun eigen omgeving te beschrijven aan de hand van de voorgestelde terminologie. Per onderdeel van het begrippenkader werd gevraagd welke begrippen van toepassing waren voor de door hen gekozen implementatiestrategie. Op grond van de toetsing aan literatuur en toetsing bij potentiële gebruikers stelde de projectgroep een definitief begrippenkader vast.

RESULTATEN

Ontwikkeling van het begrippenkader

In totaal werden 23 Nederlandse publicaties³⁻²⁵ en vier internationale publicaties²⁶⁻²⁹ bestudeerd. Van de bestudeerde Nederlandse literatuur hadden 13 publicaties betrekking op de gezondheidszorg en/of de volksgezondheid/preventie in het algemeen en hadden zeven publicaties betrekking op specifieke sectoren binnen de gezondheidszorg, zoals de wijkverpleging of de zorg voor ouderen. Uit de Nederlandse literatuur bleek dat er vooral veel is geschreven over mogelijk beïnvloedende factoren bij implementatie en minder over implementatiestrategieën. In de bestudeerde literatuur werden verschillende indelingen van

implementatiestrategieën gehanteerd, die in sommige gevallen waren gebaseerd op literatuuronderzoek en in andere gevallen op praktijkervaringen of ondervraging van deskundigen. Een deel van de Nederlandse literatuur sluit zich aan bij de lijst van de Cochrane Collaboration groep 'Effective practice and Organisation of Care' (EPOC). De lijsten van implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren waren zeer divers van aard. In sommige gevallen werden duidelijke overzichtelijke lijsten gegeven, terwijl andere lijsten een opsomming bevatten van allerhande implementatiestrategieën of beïnvloedende factoren zonder dat daarin een ordening te ontdekken was. De geordende lijsten waren veelal het resultaat van gestructureerd literatuuronderzoek. De minder geordende lijsten waren vaak een verzameling van in de praktijk voorkomende implementatiestrategieën. Het conceptbegrippenkader bestond uit drie componenten: wat, waarom en hoe. In de projectgroep werd allereerst consensus bereikt over de begrippen voor een korte typering van implementatiestrategieën ('wat'). Daarna werden in de projectgroep begrippen uitgewerkt voor een omschrijving van de beïnvloedende factoren bij implementatie ('waarom'). De eerste component van het begrippenkader voor de omschrijving van een implementatiestrategie was een korte typering van 'wat bij wie' was gepland of gedaan. Deze korte typering gaf een globale omschrijving van de strategie. De strategieën werden gerubriceerd in vier categorieën: gericht op burgers/patiënten, gericht op intermediairen (zorgverleners, docenten et cetera), gericht op organisaties (zorginstellingen, scholen et cetera) en gericht op de maatschappij (zorgsysteem, andere maatschappelijke sectoren). Hiervoor werd gekozen omdat hiermee een overzichtelijk systeem ontstaat, geordend naar het niveau van de strategieën: van micro- via mesonaar macroniveau. De tweede component in het begrippenkader betrof de beïnvloedende factoren bij implementatie. Elke omschrijving van een implementatiestrategie zou moeten aangeven op welke factoren deze beoogt aan te grijpen. Deze factoren zijn als het ware de schakels in een causale keten, die uiteindelijk moet leiden tot de beoogde verandering bij de doelgroep. Hierbij werd dezelfde onderverdeling in vier rubrieken gemaakt als bij de eerste component. De derde component in het begrippenkader was een uitwerking van de implementatiestrategie: het 'hoe'. Hierbij werd zoveel mogelijk gebruik gemaakt van een bestaande lijst van begrippen.¹⁰ Op enkele uitzonderingen na lieten de lijsten van implementatiestrategieën uit de Nederlandse literatuur zich goed ordenen naar het door ons ontwikkelde begrippenkader. De lijsten van activiteiten die zich minder goed lieten ordenen waren vaak algemener van aard. Zo werd bijvoorbeeld aangegeven dat er goed geformuleerde projectdocumentatie vervaardigd moet worden en dat er verschillende communicatiekanalen gebruikt dienen te worden. Tevens werden punten genoemd als 'het wekken van interesse' en 'een zodanige presentatie geven dat de betrokkenen er het nut van inzien'. Ook de meerderheid van de beïnvloedende factoren die in de literatuur werden genoemd was goed onder te brengen in het door ons ontwikkelde begrippenkader. De begrippen uit de literatuur die minder goed waren onder te brengen, waren vaak weinig concreet of hadden te maken met factoren die niet binnen ons begrippenkader pasten. Zo werden er bij 'individuen' factoren genoemd als leeftijd en geslacht. Bovendien werden in een aantal referenties kenmerken van de innovatie genoemd, zoals 'meerwaarde van de innovatie', 'zichtbaarheid van de innovatie' en 'mogelijkheid tot uitproberen'. Deze factoren zijn weliswaar relevant, maar vormen geen onderdeel van ons begrippenkader. Hetzelfde geldt voor factoren met betrekking tot de implementatiestrategie.

Toetsing bij potentiële gebruikers

Na de eerste herinnering werden in totaal 20 vragenlijsten geretourneerd. Dit leverde een totale respons op van 43%. Wanneer naar het aantal deelnemende organisaties werd gekeken, was de respons 53%. Van 12 non-responders is bekend waarom ze niet deelnamen aan dit onderzoek. De meest genoemde reden was dat men de vragenlijst niet kon invullen omdat men niet direct betrokken was bij een implementatie-project (zeven keer genoemd). Een andere reden was dat men het te druk had en daarom niet aan het invullen van de vragenlijst was toegekomen (vijf keer genoemd). Een non-responder gaf daarnaast aan de

vragenlijst te ingewikkeld te vinden. De reacties van de panelleden verschilden sterk voor de verschillende onderdelen van het begrippenkader. Bij de onderdelen 'wat' en 'waarom' werden vooral nadere vragen ter verduidelijking gesteld, waarbij men zich over het algemeen goed kon vinden in de gekozen indeling en onderdelen. Er werd onder meer aandacht gevraagd voor het creëren van draagvlak, voor de samenhang in de implementatiestrategie en het bereiken van blijvende verandering. Bijvoorbeeld: 'De gebruikte ordening is heel bruikbaar. Wellicht is het goed ook een ordening te maken voor het niveau van het team of unit of afdeling.' '...dat ik in de beschrijving van mijn strategieën ook de samenhang tussen de verschillende onderdelen zou willen kunnen aangeven'. 'Ik mis nog de mogelijkheid om aan te geven dat je probeert het 'klimaat', de omstandigheden en de randvoorwaarden te beïnvloeden.' Daarentegen bleek het onderdeel 'hoe' voor velen onduidelijk, terwijl de meningen sterk uiteenliepen over de manier waarop dit onderdeel duidelijker zou kunnen worden. Naar aanleiding van de opmerkingen met betrekking tot het derde onderdeel van het begrippenkader (het 'hoe') werd dit onderdeel uit het begrippenkader gehaald. Verder werd getracht het begrippenkader te verhelderen op punten waar onduidelijkheden leken te bestaan. Het definitieve begrippenkader is te vinden in de boxen 1 en 2.

[BOX 1]

[BOX 2]

DISCUSSIE

Het bleek mogelijk om een begrippenkader voor implementatie te ontwerpen, waarover geraadpleegde gebruikers zich overwegend positief uitlieten. Dit gold voor het benoemen van implementatiestrategieën (het 'wat') en beïnvloedende factoren bij implementatie (het 'waarom'). Het nader omschrijven van de activiteiten (het 'hoe') bleek problematisch en werd daarom buiten het begrippenkader gelaten. Het is niet mogelijk om in kort bestek het ontworpen begrippenkader gedetailleerd te vergelijken met andere begrippenkaders voor implementatie, kwaliteitsverbetering en kennistransfer. Ter illustratie kunnen we onze lijst van implementatiestrategieën vergelijken met die van EPOC, de groep in de Cochrane Collaboration voor implementatie onderzoek. De strategieën gericht op professionals komen in belangrijke mate overeen in de twee lijsten, maar de overige typen strategieën verschillen nogal. Een mogelijke verklaring is dat de door ons ontworpen lijst ook in gaat op implementatie in de preventie, terwijl de EPOC lijst vooral op patiëntenzorg betrekking heeft. Verder is de ontworpen lijst van organisatorische strategieën beter te relateren aan organisatorische theorieën dan de EPOC lijst, waarin eigenlijk organisatorische interventies zijn opgesomd die in de onderzoeksliteratuur te vinden zijn. In de analyse van de Nederlandse literatuur viel op dat vooral over beïnvloedende factoren is geschreven en minder over implementatiestrategieën. Mogelijk is er vooral onderzoek gedaan naar de factoren die van invloed zijn op het wel of niet slagen van de implementatie, dan naar de effectiviteit van de verschillende implementatiestrategieën. Wellicht heeft men de indruk dat er meer grip is op de beïnvloedende factoren dan op de implementatiestrategieën, die vaak een complex geheel vormen. Onze studie had uiteraard een aantal beperkingen. De samenstelling van de expertgroep heeft wellicht het begrippenkader gekleurd, al is een serieuze poging gedaan om overstijgend (los van het eigen referentiekader) naar de begrippen te kijken. Niet alle literatuur kon worden doorgenomen, niet alle potentiële gebruikers reageerden op ons verzoek om mee te werken en niet alle commentaren konden goed worden verwerkt. Vrijwel iedereen zal iets kunnen vinden dat ontbreekt in het begrippenkader of (naar eigen oordeel) verkeerd is gedefinieerd. Het voorgestelde begrippenkader veronderstelt een bepaalde achtergrondkennis bij de gebruiker, maar het ging

het bestek van een artikel te boven om deze kennis uitputtend te geven. Hiervoor verwijzen wij naar een handboek op het terrein van implementatie.³⁰ Toch denken wij dat gebruik van de ontworpen begrippen kan bijdragen aan een effectievere communicatie en kennisvermeerdering op het gebied van implementatie. Wij stellen ons voor dat het begrippenkader vooral nuttig is om implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren bij implementatie globaal aan te duiden op een manier die voor iedereen begrijpelijk is. In aanvulling hierop zullen meestal andere begrippen nodig zijn om de activiteiten nader uit te werken. Het is niet onze bedoeling geweest om het gebruik van andere begrippen uit te sluiten. Nederlandse implementatiewerkers, onderzoekers en hun opdrachtgevers worden uitgenodigd om het begrippenkader te gaan toepassen. ZonMW en andere financiers van projecten zouden het gebruik van het begrippenkader moeten bevorderen en faciliteren.

ABSTRACT

Conceptual framework for the 'what' and 'why' in implementation of innovations in patient care and prevention A standardised and shared set of constructs is needed for effective exchange of experiences and development of evidence. While implementation has received much interest in The Netherlands, such set was not available for describing implementation interventions and determinants of change. Our project aimed to develop such set of constructs. The set was developed on the basis of literature review, discussion in the project group, and assessment in 20 potential users of the constructs. The set of constructs comprises two components: a short qualification of implementation interventions ('what') and of determinants for change ('why'). Researchers and workers in the field of implementation are encouraged to use the constructs in descriptions of their activities. Key words implementation, quality improvement, concepts, health services research

LITERATUUR

1. Wensing M, Weijden T van der. Implementatie-onderzoek; veld en voorbeelden. Tijdschr Gezondheidswet 1999;77:119-21.
2. Eccles MP, Mitmann BS. Welcome to Implementation Science. BMC Implementation Science 2006;1:1.
3. Cozijnsen AJ, Vrakking WJ. Handboek Verandermanagement. Theorie en strategieën voor organisatieverandering. Deventer: Kluwer, 2003.
4. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Leiden: TNO-PG, 2002.
5. Gezondheidsraad. Van implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000.
6. GHIP. Richtsnoer Good Healthcare Innovation Practice (GHIP) 1.0. Utrecht: GHIP, 2003.
7. Groenewegen PP, Bos GAM van den, Megchelen PJ van. Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken. Van onderzoeksresultaten naar verbetering van zorg. Assen: Van Gorcum, 2004.
8. Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier, 2001.
9. Hommels LM, Molleman GRM. Handboek Prefffi. Utrecht: NIGZ, 2002.
10. Hulscher M, Wensing M, Grol R. Effectieve implementatie: theorie en strategieën. Den Haag/Nijmegen: ZON/WOK, 2000.
11. Keijsers J, Paulussen T, Peters L, Fleuren M, Lammers F. Kennis beter benutten. Informatiegedrag van nationale beleidsmakers. Utrecht/Leiden: NIGZ/TNO, 2005.
12. KITZ/LVV. Werkboek Implementatie wijkverpleegkundige standaarden. Utrecht: KITZ/LVV, 2004.
13. Laurant M, Harmsen M, Wensing M. Implementatie van beweegprogramma's voor ouderen. Belemmerende en bevorderende factoren voor succesvolle implementatie. Nijmegen: WOK, 2002.
14. NIGZ. Toelichting Prefffi 2.0. Utrecht: NIGZ, 2003.

15. Pepels R, Linden B van der, Huijsmans R. Vooral doen! Handreiking voor succesvol implementeren van transmurale zorg. Assen: Van Gorcum, 2004.
16. Peters MAJ, Harmsen M, Laurant MGH, Wensing M. Ruimte voor verandering? Nijmegen: WOK, 2003.
17. Ravensbergen J, Friele R, Keijsers J, Wensing M, Klazinga N. In zicht. Nieuwe wegen voor implementatie. Assen: Van Gorcum, 2003.
18. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Verspreiding van innovaties. Zoetermeer: RVZ, 2005.
19. RVZ. Van weten naar doen. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer: RVZ, 2005.
20. Saan H, Haes Wde. Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering. Utrecht: NIGZ, 2005.
21. Schrijvers G, Oudendijk N, Vries P de, Hageman M. Moderne patiëntenzorg in Nederland. Van kennis naar actie. Maarssen: Elsevier, 2002.
22. Theunissen NCM, Pas SME te, Friele RD. Evaluatie implementatiemonitor ZonMW. Onderzoek naar de relatie tussen implementatieplannen en hun uitkomsten. Utrecht: Nivel, 2003.
23. Linge RH van, Heijnen-Kales Y, Leytens JAM et al. Verspreiding en implementatie van wetenschappelijke kennis in de verpleging. Den Haag/Utrecht: ZonMW/LVVV, 2001.
24. Splunteren PT van, Veld CJ in 't, Barneveld TA van. Implementatie van richtlijnen: kan het sneller? In: Everdingen JJE van et al. Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: BSL, 2004.
25. Wensing M, Splunteren P van, Hulscher M, Grol R. Praktisch nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 2000.
26. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Intervention mapping. Designing theory- and evidence-based health promotion programs. Boston: McGraw-Hill, 2001.
27. Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Kyriakidou O, Macfarlane F, Peacock A. How to spread good ideas. A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D. London: NCCSDO, 2004.
28. Rogers EM. Diffusion of Innovations. New York: Free Press, 2003 (5th ed). Thorsen T, Maikela M. Changing professional practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation. Copenhagen: Danish Institute of Health Services Research and Development, 1999.
29. Wensing M, Bosch M, Foy A, Van der Weijden T, Eccles M, Grol R. Factors in theories on behaviour change to guide implementation and quality improvement in healthcare: a qualitative literature review. Nijmegen: WOK, 2005. 30. Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verbetering van patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006 (tweede druk).