

## Thema: Implementeren



- **IMPLEMENTATIE:** VAKGEBIED DAT VOLWASSEN WORDT ■ **LESSEN OVER UITWISSELING** VAN KWALITEITSBELEID TUSSEN UMC'S ■ **DOET DE GGZ** DE JUISTE DINGEN? ■ **DE INZET VAN** IMPLEMENTATIENETWERKEN ■ **IMPLEMENTEREN VAN KWALITEITSVERBETERING** OP MICRONIVEAU ■ **RICHTLIJNEN IMPLEMENTATIE** ANTISTOLLINGSZORG ■ **EENHEID VAN TAAL** BASIS PROFESSIONEEL HANDELEN ■ **ROLLEN VAN ZIN** BIJ IMPLEMENTATIE ■ **DE-IMPLEMENTATIE: ZELFDE AANPAK ALS** BIJ IMPLEMENTATIE OF TOCH ANDERS?

## Redactie

Kees Ahaus, hoofdredacteur  
(Rijksuniversiteit Groningen);  
Tijn Kool (IQ Healthcare; Radboudumc Nijmegen);  
Barbara van der Linden (ZonMw);  
Astraia Rühl (Vilans);  
Peter van Splunteren (Trimbos-instituut);  
Nikki Damen (NIVEL);  
Haske van Veenendaal (Trant);  
Gera Welker (UMCG).

## Eindredactie

Jan Kloeze (jankloeze@vakmedianet.nl)

## Informatie

Aanbieden van artikelen: c.t.b.ahaus@rug.nl en  
jankloeze@vakmedianet.nl

## Uitgever

Frederique Zeemans  
(frederiquezeemans@vakmedianet.nl)

## Accountmanager

Ilona van Zuidam, 06 46388087  
ilonavanzuidam@vakmedianet.nl

## Vormgeving & opmaak

colorscan, www.colorscan.nl

## Druk

Ten Brink, Meppel

## Adres

Vakmedianet, Postbus 448  
2400 AK Alphen aan den Rijn  
www.tijdschriftkiz.nl

## Abonnementenadministratie

klantenservice@vakmedianet.nl, 088-584088

## Abonnementen

Tijdschrift KiZ verschijnt 6 keer per jaar. Jaar-  
abonnement € 149,00. Verzending buitenland per  
jaar € 29,50 (EU) en € 41,50 (niet-EU). Prijzen zijn  
exclusief btw. Op alle uitgaven van Vakmedianet zijn  
de Algemene Voorwaarden van toepassing. Deze zijn  
te vinden op www.vakmedianet.nl

## Doelgroep

KiZ richt zich op managers en professionals die  
binnen zorginstellingen verantwoordelijk zijn voor  
kwaliteit en veiligheid in de zorg.

## Copyright

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitga-  
ve mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een  
geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar  
gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elek-  
tronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of  
op enige andere manier, zonder voorafgaande toe-  
stemming van de uitgever.  
© Vakmedianet 2016

## Publicatievoorwaarden

Op iedere inzending van een bijdrage of informatie  
zijn de standaardpublicatievoorwaarden van Vakme-  
dianet van toepassing. Deze zijn te vinden op www.  
vakmedianet.nl.

## Disclaimer

Alle in deze uitgave opgenomen informatie is met de  
grootste zorgvuldigheid samengesteld. De juistheid  
en volledigheid kunnen echter niet worden garan-  
deerd. Vakmedianet en de bij deze uitgave betrokken  
redactie en medewerkers aanvaarden dan ook geen  
aansprakelijkheid voor schade die het directe of indi-  
recte gevolg is van de opgenomen informatie.

# Implementatie: kennis en kunde

**K**waliteit van zorg leveren vraagt om het continu alert zijn op innovaties en verbeteringen die de kwaliteit kunnen verhogen. Het daadwerkelijk bereiken van kwaliteitswinst gaat niet vanzelf en vergt actieve en gerichte implementatie waar diverse partijen bij nodig zijn; de patiënt en de directe zorgverlener, maar ook de manager, kwaliteitsmedewerkers, bestuurders en externe partijen als ziektekostenverzekeraars, beroepsverenigingen, IGZ, VWS. De verschillende partijen hebben vaak andere belangen en ervaren verschillende belemmeringen bij het doorvoeren van innovaties. Om tot succesvolle implementaties te komen moeten we telkens inspelen op de specifieke situatie, met de betrokkenen en hun bevorderende en belemmerende factoren. Tegelijkertijd willen we de kennis en kunde die we de afgelopen jaren hebben opgedaan met succesvol implementeren verspreiden en gebruiken om regionaal of landelijk op te schalen.

Waar staan we nu op het gebied van kennis en kunde als het gaat om implementatie? Barbara van der Linden schetst een overzicht hiervan en geeft aan waarover we nog meer kunnen leren. Het artikel van Anita Huis en vier implementatiefellows gaat in op de ervaringen met het opschalen van good practices naar alle universitaire ziekenhuizen.

Madelon Roosenboom en collega's beschrijven wat het Kwaliteitsinstituut ziet als haar rol in het stimuleren en ondersteunen van implementatie van kwaliteitsverbeteringen en innovaties. Paulien Goense en Marleen Wilschut gaan in op de rol van netwerken bij het implementeren van evidence-based practices en geven een mooi overzicht van de implementatienetwerken die er landelijk en internationaal zijn ontstaan. Peter van Splunteren bespreekt de implementatie van richtlijnen in de GGZ en constateert dat er feitelijk nog te weinig gebruik wordt gemaakt van de kennis en kunde op dit gebied om tot een systematische implementatieaanpak te komen. In de ziekenhuiszorg is ook gekeken naar de implementatie van kwaliteitsverbeteringen op de werkvloer. Gera Welker, Roel Bakker, Liesbeth van Rensen, Erik Heineman en Margriet Schneider verhalen over de implementatiestrategieën die medisch en verpleegkundig leidinggevenen hiertoe inzetten. Daarna beschrijft Nikki Damen de implementatie van een specifieke richtlijn, waarmee de werkwijze stapsgewijs wordt toegelicht.

Een nieuw opkomend thema in de implementatiekunde is het issue van de-implementatie. Leti van Bodegom-Vos en Perla Marang beschrijven wat dit betekent en hoe de implementatiekennis gebruikt kan worden om de-implementatie trajecten te realiseren.

Het artikel over het Omaha Systeem valt buiten het thema. Jennie Mast en Diana Rietveld beschrijven hoe eenheid van taal kan helpen om zorgplannen transparanter te maken en te verbeteren en daarmee de kwaliteit van zorg zullen versterken.

Wij wensen u veel inspiratie en leesplezier met dit nummer van KiZ.



Gera Welker (li) en Barbara van der Linden



## THEMA: Implementeren

- 4 **Implementatie: vakgebied dat volwassen wordt**  
*B.A. van der Linden*  
Overzichtsartikel. Implementatie is in de laatste twee decennia een professioneel vakgebied geworden. Maar er is nog veel ruimte voor verdere ontwikkeling.
- 8 **Lessen over uitwisseling van kwaliteitsbeleid tussen Umc's**  
*A. Huis, M. Zegers, E. Ista, J. Maessen en G.A. Welker*  
Zorginstellingen willen wel van elkaar leren maar daadwerkelijke uitwisseling van kwaliteitsbeleid vindt in beperkte mate plaats.
- 12 **Doet de ggz de juiste dingen?**  
*P. van Splunteren*  
Hoe zit het met de toepassing van implementatiekunde op een zo belangrijk thema als toepassing van richtlijnen in de praktijk?
- 15 **De inzet van implementatienetwerken**  
*M. Wilschut, P. Goense, M. Fleuren, K. Stals, F. Goossens, L. Boendermaker*  
Hoe zorgen we dat een beleidsmaatregel effect heeft in de praktijk? Hoe zorgen we dat organisaties werken volgens aanbevolen richtlijnen?
- 16 **Stimuleren van kwaliteitsverbetering op microniveau**  
*G.A. Welker, R. Bakker, E.L.J. van Rensen, E. Heineman en M.M.E. Schneider*  
De vraag is hoe we de patiënt en het zorgproces weer centraal kunnen stellen. Een mogelijkheid is om te kijken naar kwaliteitsverbetering op microniveau.
- 20 **Richtlijnen implementatie antistollingszorg**  
*N. Damen*  
Het NIVEL voerde onderzoek uit naar de implementatie van drie richtlijnen, ontwikkeld om de antistollingszorg te verbeteren.
- 24 **Enheid van taal basis professioneel handelen**  
*D. Rietveld en J. Mast*  
Met een classificatie voor de zorg ontstaat er eenheid van taal in een logische samenhang en worden zorgplannen transparanter; een artikel buiten het thema.
- 27 **Rollen van ZIN bij implementatie**  
*M. Rooseboom, E. Weitenberg en C. Roos*  
Welke combinatie van rollen ook wordt opgepakt, het verkennen en begrijpen van een zorgpraktijk en zijn context is telkens de eerste stap.
- 28 **De-implementatie: zelfde aanpak als bij implementatie?**  
*L. van Bodegom-Vos, P. Marang- van de Mheen*  
In tegenstelling tot de implementatie van zorginnovaties, weten we nog maar weinig over de-implementatie van onnodige zorg.

# Implementatie: vakgebied dat volwassen wordt

De laatste twee decennia is in Nederland, maar ook elders in de wereld, hard gewerkt aan de totstandkoming van het vakgebied implementatie. We beschikken tegenwoordig over veel meer bewijs, kennis en inzicht over de effectiviteit van diagnostiek, behandeling, organisatie van zorg en preventie dan vroeger. Maar we weten ook dat de toepassing van dat bewijs of van die kennis in de praktijk niet vanzelf gaat. De erkenning van het feit dat implementatie actief moet worden opgepakt en dat er talrijke beïnvloedende en ook belemmerende factoren meespelen is de laatste 20 jaar wel bereikt.

## B.A van der Linden

**E**r is in die periode ook veel geëxperimenteerd met actieve implementatie door het toepassen van een breed scala aan implementatiestrategieën (fig.2), in een veelheid aan verbeterprojecten en ook in programma's zoals Sneller Beter, Zorg voor Beter en In voor Zorg. Veel werkers in de gezondheidszorg hebben dus ervaring opgedaan met implementatie en er is daarmee een groeiende groep implementatie-deskundigen ontstaan en een groeiende implementatieinfrastructuur opgebouwd waarvan zowel richtlijnvindplaatsen, kennispleinen, kennisinstituten en kwaliteitsfunctionarissen deel uitmaken.

Dit artikel schetst de stand van zaken wat betreft de kennis over implementatie anno 2016. Het laat zien wat implementatie-experts aan deskundigheid in huis hebben. En het geeft een doorkijk naar nieuwe ontwikkelingen en kennisvragen waar de implementatiewereld de komende jaren mee aan de slag zal gaan. Het is gebaseerd op actuele literatuur (zie bronvermeldingen), (internationale) initiatieven als het Global Implementation Initiative (GII) en de opbrengsten van de laatste Global Implementation Conference (GIC) in Dublin, mei 2015 (1) en de eerste bijeenkomst van het Nederlandse implementatienetwerk bij ZonMw, november 2015 (2).

## Kennis over implementatie

Over het algemeen wordt in de literatuur aangegeven dat implementatie systematisch moet worden aangepakt op basis van een analyse van de doelen en beïnvloedende factoren in de innovatie zelf, in de context en bij de betrokkenen (3-7). Op basis van deze uitgangspunten heeft ZonMw een tool gemaakt om zelf een implementatieplan te kunnen maken (8). Figuur 1 geeft een samenvatting.

Vanuit lange lijsten van bevorderende en belemmerende factoren (9) kan specifiek bepaald worden welke factoren van toepassing zijn bij het op handen zijnde implementatietraject. De implementatiestrategieën (zie figuur 2), die worden weergegeven in het implementatieplan, zijn in feite de manier waarmee betrokkenen deze mix van omstandigheden adresseren. Over het algemeen wordt geadviseerd om een gemengde set van strategieën toe te passen op verschillende niveaus in de organisatie en met verschillende aangrijpingspunten (multistrategie/multilevel).

In de literatuur en op de GIC is er veel nadruk op theoretische modellen (frameworks). CFIR en GTO zijn voorbeelden (10-12). Het zijn in feite uitgebreide versies van het ZonMw implementatieplan. Implementation frameworks zijn nuttig voor het inzichtelijk krijgen van de lastige praktijk en het expliciet maken van het implementatieproces, de te nemen stappen. Er zijn beschrijvingen/handleidingen beschikbaar, maar weinig robuust bewijs dat het gebruik

Stap 1: **Doelen bepalen per doelgroep:** SMART formuleren, stakeholders al vroeg betrekken. Matrix maken met per doelgroep: wat moeten ze gaan weten, vinden, doen.

Stap 2: **Doelgroep analyseren:** soorten functionarissen maar ook indeling in koploper/middelmoet/achterblijvers. In kaart brengen: rolverdeling (van directe en indirecte doelgroepen), belangen, attitudes, weerstanden, hoe ze te bereiken, invloed afzender nagaan.

Stap 3: **Vernieuwing doorlichten:** sterke en zwakke kanten, voor en nadelen voor alle doelgroepen. Complexiteit, helderheid, grootte van de verandering, testbaarheid, zichtbaarheid, wat gaat het opleveren?

Stap 4: **Context bekijken:** Organisatorische context/infrastructuur, sociale context, financiële context (wet/regelgeving en aankomende beleidsontwikkelingen), financiële situatie, vergoedingen systemen, risico's. Business case maken: wie wint, wie verliest.

Stap 5: **Strategie kiezen:** wat is nodig om van huidige situatie te komen naar gewenste situatie? Multi level (micro: individu, meso: organisatie en macro: systeem), multistrategie. Zie figuur 2.

Stap 6: **Aanpak bepalen, acties plannen, aanpak communiceren:** gebruik bestaande kanalen of help bouwen aan kanalen/infrastructuur: richtlijnontwikkeling, kennispleinen, onderwijs, toeleiding naar verzekerde pakket, zorginkoop.

Stap 7: **Monitoren en evalueren:** passende onderzoeksdesigns, feedback organiseren.

Bron: <http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/implementatie/tips-vooraf>

Figuur 1: Analyse en maken van een implementatieplan

ervan de effectiviteit van implementatie vergroot. Outer context ('socio-ecologic environment') en de eigenschappen van de interventie zelf blijken weinig echt meegenomen te worden. Er zijn nog weinig instrumenten voor contextanalyses. De beginfase en implementatiefase staan meestal wel beschreven, maar minder vaak hoe de interventie structureel zal worden voortgezet of opgeschaald.

Onderzoek bij implementatieprojecten laat zien dat men vaak kiest voor informerende, educatieve en faciliterende strategieën (5). Er wordt tegenwoordig aangeraden om te beginnen met een analyse en een plan maar daarna adaptief en in co-creatie te werk te gaan. Door co-creatie stijgt de betrokkenheid van stakeholders. Urgentiebesef en eigenaarschap is een belangrijk uitgangspunt bij het realiseren van implementaties (13).

Kort cyclisch werken, actiegericht in kleine stapjes, met lokale aanpassing van de interventie lijken de trends van nu. En aandacht hebben voor afschaffen van oude werkwijzen oftewel de-implementatie (14).

### Mission Impossible

Over het algemeen wordt te weinig tijd uitgetrokken voor implementatietrajecten: in 1-2 jaar moet de klus geklaard zijn en dat is voor grote verandertrajecten een 'mission impossible'. Co-creatie vereist intensieve langdurige, betrokkenheid van key stakeholders vanaf het aller-eerste begin en gedurende het hele implementatietraject: aanbieders, financiers, beslissers, programmaontwikkelaars, communities/patiënten, én intermediären zoals implementatiedeskundigen. Er wordt steeds vaker gewerkt binnen consortia, centers of excellence of academische werkplaatsen.

In Nederland tekent zich op landelijk niveau een ontwikkeling richting het werken binnen kwaliteitscycli per sector. Deze cycli omvatten: het maken van voor het veld relevante kennis-agenda's, het uitvoeren van (praktijkgericht) onderzoek, het brengen van resultaten naar relevante vindplaatsen en richtlijnen én het toepassen in de praktijk maken daarvan deel uit. Er zijn vele partijen die de kwaliteitscyclus moeten laten draaien. Er lijkt nu meer bewustzijn van de rol die onderzoekers, professionals, instellingen, patiënten, financiers en overheid daarbinnen moeten gaan spelen. De hoofdlijnenakkoorden voor medisch specialistische zorg, huisartsenzorg en GGZ zijn voorbeelden van afspraken over hoe partijen systematisch willen samenwerken aan het verbeteren van kwaliteit. De komende jaren zullen leren of het



Het vakgebied 'implementeren' groeit naar volwassenheid.

op deze manier werken leidt tot betere en snellere implementatie (15-17).

### Implementatie-expertise

Implementatie-experts ondersteunen een groeiende groep zorgprofessionals en kwaliteitsfunctionarissen bij het uitvoeren van implementatietrajecten op de werkvloer (13, 18). Er zijn steeds meer implementatie-experts, veelal 'geëvolueerd' vanuit inhoudelijke vakgebieden.

**Informerende strategie:** bedoeld om mensen te informeren over de verandering: persberichten, presentaties, artikelen, mailingen, social media.

**Motiverende en draagvlakvergroten strategie:** bedoeld om mensen mee te krijgen en aan te zetten tot de verandering: persoonlijk contact, bijeenkomsten, feedback, reminders.

**Educatieve strategie:** bedoeld om mensen kennis en vaardigheden aan te leren zodat zij de verandering in praktijk kunnen uitvoeren: (bij en na-)scholing, e-learning, training, intervisie.

**Organisatorische strategie:** bedoeld om processen goed te stroomlijnen en blokkades op te lossen zodat de vernieuwing de beste kansen maakt: taakverschuiving, samenwerking tot stand brengen, zorgproces veranderen bv naar ketenzorg.

**Faciliterende strategie:** bedoeld om in belangrijke randvoorwaarden te voorzien die een vernieuwing succesvol helpen invoeren: projectmanagement verzorgen, vertaalslag van kennis naar richtlijnen.

**Sturende (marktgerichte) strategie:** bedoeld om het gevoel van urgentie te vergroten, door een relatie te leggen tussen de vernieuwing en de (financiële) gevolgen: cijfers over prestaties publiek maken, kwaliteitskeurmerk, opname in het verzekerde pakket of zorginkoop, financiële prikkels.

**Patiëntgerichte strategie:** bedoeld om vanuit de patiënten de druk te vergroten om een vernieuwing toe te passen: informeren, keuzehulpen voor patiënten, aanmoedigingen om naar de interventie te vragen tijdens consulten.

Bron: <http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/implementatie/aanpak-bepalen>

Figuur2: Implementatiestrategieën

Hun expertise ontlenen ze aan ervaringskennis, aangevuld met een theoretische onderbouwing uit modules of vervolgopleiding, waarin bijzondere aandacht is voor systematisch werken aan (zorg)verbetering, kwaliteits- of veranderingmanagement. Het is raadzaam om zo'n deskundige in een vroeg stadium te betrekken. Zij werken vaak sectoroverstijgend en aan meerdere soorten activiteiten (zie figuur 3). Dit varieert van (implementatie) onderzoek, advisering bij implementatieprojecten tot daadwerkelijke uitvoering van implementatie, hetzij binnen een instelling of vanuit een kennisinstituut. Er zijn generalisten die in meerdere domeinen werken maar soms werkt men voor specifieke doelgroepen. Onderwijs en trainingen geven is meestal een deel van het werkpakket, implementatie is nog niet vaak opgenomen in basiscurricula van zorgprofessionals.

### Netwerken

Toenemend verenigen implementatiedeskundigen zich in netwerken. Binnen de eigen werkdomeinen is er al vaak onderling contact. Het Nederlands Implementatie Collectief (19, 20) bijvoorbeeld is een groeiend netwerk vanuit in eerste instantie de jeugdsector. Het collectief is ook aangesloten bij het European Implementation Collaborative en het wereldwijde Global Implementation Initiative (GII). Het is goed als de domeingerichte netwerken blijven bestaan en groeien omdat er veel herkenning is op onderwerp en context. Daarnaast lijkt het zinvol ook door domeinoverstijgend contact kennis te delen. ZonMw heeft in 2015 een landelijk netwerk van implementatiedeskundigen opgericht om kennis en ervaring uit te wisselen en om kennisvragen ten aanzien van de implementatie praktijk te benoemen (2).

### Professionalisering

Het is duidelijk dat er in de afgelopen 20 jaar veel bereikt is aan het ontwikkelen van kennis en ervaring op het gebied van implementatie. Het gaat niet vanzelf, het is niet makkelijk maar

er is veel geleerd over hoe implementatie succesvol kan verlopen. Het vakgebied implementatie is volwassen aan het worden. Er zijn steeds meer mensen die zich implementatiedeskundige noemen en er zijn steeds meer zorgprofessionals en kwaliteitsfunctionarissen die actief aan het implementeren zijn al dan niet met behulp van zo'n expert. Het zal zaak zijn om in de komende jaren de infrastructuur verder te versterken door steeds meer in kwaliteitscycli te werken met alle relevante partijen. Maar ook om te verduurzamen door meer professionals implementatiebewust en -kundig te maken en het vakgebied verder door te ontwikkelen. Daarmee kunnen succesvolle strategieën meer bekendheid krijgen en breder worden toegepast.

Op de GIC en de ZonMw netwerkbijeenkomst bleek een grote drang naar het door ontwikkelen van 'implementation science': er zijn nog veel vragen over hoe je implementatie goed doet, wat de effectiviteit van ingezette strategieën is en over hoe je implementatie het beste onderzoekt. Dit artikel sluit af met een korte opsomming daarvan.

### Ervaringskennis

Er is een behoefte aan een 'vindplaats' van instrumenten en strategieën waarmee goede ervaring is opgedaan. Maar er is nog weinig ervaringskennis beschreven, zoals ZonMw wel doet in bijvoorbeeld de publicatie Goud Verzilveren. Mogelijk is dat omdat zulke beschrijvingen geen wetenschappelijke status hebben en dat men daarvoor geen tijd vrij kan maken. Maar er is veel te leren over wat implementatiedeskundigen exact doen. En hoe ze overeind blijven in de 'busy kitchen' van alles waar praktijkwerkers mee bezig moeten zijn. Hoe krijgen ze zicht op de afwegingen van stakeholders om wel of niet mee te doen? En ook: welke invloed hebben diverse stakeholders op welk moment? Misschien zitten we te veel op de praktijk van de aanbieders. Biedt het betrekken van patiënten/burgers/naasten mogelijkheden voor verbetering? Hoe doe je een goede contextanalyse? Kunnen zelf-assessments door de gebruikers inzicht geven in de context én commitment creëren om een interventie te gaan implementeren? Hoe werken co-creatie en adaptieve strategieën in de praktijk? En hoe staan die in verhouding tot projectmatig, planmatig werken en trouw blijven aan een bewezen, kost-effectieve interventie? Kunnen we adaptief implementeren met behoud van de 'core concepts/key components' en het bereiken van gewenste outcomes? Het afschaffen van het oude oftewel de-implementatie wordt als belangrijk gezien maar is

<b>Brug tussen praktijk (op alle niveaus) en onderzoek. Makelaar, schakelaar.</b>
<b>Geeft scholing/ training over implementatie: theoretisch en praktisch.</b>
<b>Kent de context en bestaande infrastructuur.</b>
<b>Betrekt gebruikers zoals professionals en patiënten.</b>
<b>Heeft projectmanagement vaardigheden, organisatiesensitiviteit en procesmatig denken.</b>
<b>Zet evaluatie onderzoek op en voert dat uit.</b>
<b>Begeleidt, adviseert, coacht.</b>

Bron: <http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/detail/goud-verzilveren-de-waarde-van-implementatie-experts>

Figuur 3: Wat kan een implementatie expert?

dat hetzelfde als implementatie of moet dat anders worden aangepakt (14)?

### Effectiviteitsbewijs

Er is nog weinig bewijs van effectiviteit over welke strategie werkt in welke setting en of multiple strategieën beter werken dan enkelvoudige. En er is weinig bekend over hoe je van de ene fase naar de volgende komt en hoe factoren elkaar beïnvloeden. Nieuw zijn zogeheten logic models (20) waarbij de keuze van implementatiestrategieën gebaseerd wordt op wat logisch is dat gaat werken. Het zal nodig zijn om onderzoek te doen om de effectiviteit van die aanpak te bewijzen.

Mogelijk moeten we de kwaliteitscyclus uitbreiden tot zorginkoop op outcomes of impact waardoor er een interne motivatie ontstaat om de beste evidence based practice te gaan uitvoeren. Maar hoe meet je impact? En: leidt cofinanciering door bijvoorbeeld ziekenhuizen of verzekeraars eventueel in combinatie met shared savings tot betere implementatie? Toenevend wordt de vraag gesteld wat minimaal nodig is om te doen, en wat de snelste en goedkoopste manier is om outcomes te krijgen. Op dit soort vragen zou implementatieonderzoek zich moeten richten. De wenselijkheid van een nieuw implementatieonderzoeksprogramma werd uitgesproken op de netwerkbijeenkomst in november.

### Implementatieonderzoek

Naast inhoudelijke vragen zijn er ook vragen over het implementatieonderzoek zelf: moeten we streven naar meedoen met de traditionele wetenschap (RCT's voor bewijs van effectiviteit van de implementatie strategie) óf werken aan een eigen wetenschappelijke methodiek (formatieve evaluaties, mixed methods, observationeel onderzoek, gebruik van real data) die past bij adaptieve strategieën (21)? Er is behoefte aan meer evaluerend onderzoek in plaats van RCT's die vaak replicaties blijken van eerdere kost-effectiviteitsstudies en die veelal gebruik maken van AIO's zonder uitgebreidere implementatie expertise.

### Tot slot

Het verder opdoen van ervarings- en wetenschappelijke kennis, het versterken van infrastructuur (door middel van implementatiedeskundigen) én meer netwerkvorming zullen bijdragen aan het werkelijk volwassen worden van implementatie als volwaardig vakgebied in de komende jaren. Aansluiting bij de internationale gemeenschap biedt kansen om te leren, en up to date te blijven. Maar de 'body of imple-

mentation-knowledge' die we in Nederland met elkaar opbouwen is zeker de moeite waard om ook collega's van over de grens van te laten profiteren.

### Literatuur

1. <http://globalimplementation.org>
2. <http://publicaties.zonmw.nl/implementeren-in-de-zorg>
3. Grol, R., Wensing, M. (2011) *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*, Reed Business.
4. Fixsen, D., et al. (2005) *Implementation research: a synthesis of the literature*. The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231). <http://nirn.fpg.unc.edu/>
5. Wensing, M., Bal, R., Friele, R. (2012) *Knowledge implementation in healthcare practice: a view from The Netherlands*. *BMJ Quality and Safety*: 2012, 21(5), 439-442
6. Verweij, L., et al. (2015) *Implementatie van doelmatige interventies vraagt kennis van de praktijk, aandacht voor de context en flexibiliteit*. Evaluatie van het ZonMw Deelprogramma Implementatie. Nivel.
7. Fleuren, M. et al. (2014) *Towards a measurement instrument for determinants of innovations* *International Journal for Quality in Health Care*, 26 (5), 2014: 501-510
8. <http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/implementatie/tips-vooraf/>
9. Durlak, J., Dupre, E. (2008) *Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation*. *Am J Community Psychol*. 2008 Jun;41(3-4):327-50.
10. Powell, B. et al. (2015) *A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for implementing change (ERIC) project*. *Implementation Science*. <http://www.implementationscience.com/content/10/1/21>
11. CFIR framework. <http://cfirguide.org/>
12. GTO framework: <http://www.rand.org/health/projects/getting-to-outcomes/documents.html>
13. Welker et al. G.A. (2016) *Stimuleren van kwaliteitsverbetering op microniveau. Hoe werken medisch en verpleegkundig leidinggevenden in ziekenhuizen aan het verbeteren van kwaliteit van zorg?* KIZ, nr 2, 2016.
14. van Bodegom-Vos, L., Marang-van de Mheen, P. (2016) *De-implementatie van onnodige zorg: dezelfde aanpak als implementatie of toch anders?* KIZ, nr 2 2016.
15. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/04/01/kwaliteits-en-doelmatigheidsagenda-medisch-specialistische-zorg>
16. van Splunteren, P. (2016) *De implementatie van richtlijnen in de ggz. Doet de ggz de juiste dingen?* KIZ, nr 2. 2016.
17. Rooseboom, M., Weitenberg, E., Roos, C. (2016) *Implementatie ZIN Regie op duidelijkheid en transparantie. Lerend verbeteren, in cocreatie en dialoog*. KIZ, nr. 2, 2016.
18. <http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/detail/goud-verzilveren-de-waarde-van-implementatie-experts>  
<https://kennisnetjeugd.nl/werkgroep/41-nederlands-implementatie-collectief-nic>
19. Goense, P. en Wilschut, M. (2016) *Evidence based Implementeren: De rol van implementatienetwerken*. KIZ nr. 2, 2016.
20. Goeschel, C., Weiss, W., Pronovost, P. (2012) *Using a logic model to design and evaluate quality and patient safety improvement programs*. *International Journal for Quality in Health care*.
21. [http://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/DoelmatigheidsOnderzoek/Eindrapportage\\_27okt2015\\_FINAL\\_Ane\\_Jolanda.pdf](http://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/DoelmatigheidsOnderzoek/Eindrapportage_27okt2015_FINAL_Ane_Jolanda.pdf)

### Informatie over de auteur

**Barbara van der Linden** is stafmedewerker implementatie en innovatie bij ZonMw en redacteur van KIZ.

# Naar leernetwerken van zorginstellingen

## LESSEN OVER UITWISSELING VAN KWALITEITSBELEID TUSSEN UMC'S

In veel Nederlandse zorginstellingen ligt een schat aan waardevolle kennis en ervaring om de zorg op effectieve wijze te verbeteren. Zorginstellingen willen wel van elkaar leren maar daadwerkelijke uitwisseling van kwaliteitsbeleid vindt in beperkte mate plaats. Deze uitwisseling is niet eenvoudig, maar zeer waardevol om een versnelling in kwaliteitsverbetering tot stand te brengen. Het is immers niet noodzakelijk om het wiel voortdurend zelf uit te vinden. Op welke wijze dient een dergelijke uitwisseling gestalte te krijgen? Wat zijn succesfactoren en welke factoren belemmeren de uitwisseling? Bij de uitvoering van het programma 'Verbeteren van kwaliteit' stonden deze vragen centraal. We gaan in op de randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan en formuleren praktische aanbevelingen voor toekomstige uitwisselingsprogramma's.

**Door: A. Huis, M. Zegers, E. Ista, J. Maessen en G. Welker**

**D**e acht universitaire medische centra (Umc's) in Nederland zijn verenigd in de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU). De NFU wil een nadrukkelijke en innoverende rol spelen op het gebied van kwaliteitsverbetering binnen de ziekenhuiszorg. Met de oprichting van het consortium Kwaliteit van Zorg geeft de NFU deze ambitie gestalte. Binnen het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg werken de Umc's gezamenlijk aan de verbetering van de veiligheid, patiëntgerichtheid en doelmatigheid van integrale zorg in ziekenhuizen. Bij het programma 'Verbeteren van kwaliteit' staat de uitwisseling van ervaring en bundeling van expertise centraal. Er wordt samengewerkt aan de verspreiding van verbeterinitiatieven en het genereren van kennis over (voorwaarden voor) succesvolle kwaliteitsverbetering in de Umc's en andere ziekenhuizen. Het programma werd uitgevoerd in de periode april 2012- juni 2015.

### Drie inhoudelijke thema's

Onderwerpen voor uitwisseling zijn door de Umc's geselecteerd op basis van maatschappelijke relevantie en de aanwezigheid van goede praktijkvoorbeelden (best practices) in de Umc's. De geselecteerde thema's waren: medicatieveiligheid, perioperatieve zorg en interne audits. Voor elk inhoudelijk thema werd een themaprojectgroep opgericht, bestaande uit: lokale experts uit alle Umc's, de centrale pro-

jectleider van het programma 'Verbeteren van kwaliteit', een voorzitter met inhoudskundigheid, een afgevaardigde van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en een implementatie-deskundige. Het doel was om op de genoemde thema's te verbeteren, onder andere door gebruik te maken van de best practices. Op basis hiervan werd een plan van aanpak geformuleerd bestaande uit vijf fasen: 1) probleemverkenning en aanbrenge focus; 2) analyse huidige situatie; 3) ontwikkeling van veranderstrategieën; 4) uitvoering en evaluatie; 5) verspreiding resultaten.

### Evaluatie

Om optimaal te leren van het gezamenlijk werken aan een kwaliteitsverbetering is het programma in samenwerking met het NIVEL uitgebreid geëvalueerd, zowel op projectgroepniveau (de huidige studie) als op consortium niveau (Schilp & Rademakers, 2015). Onderzocht werd:

- In welke mate expertise, ervaring en implementatiekennis tussen de Umc's is uitgewisseld.
- In hoeverre (kwaliteits)beleid in de Umc's voortvloeiend uit de doelstellingen van de drie themaprojectgroepen is geformuleerd.
- In welke mate verbeterprojecten in de dagelijkse praktijk op de drie thema's door zorg- of andere professionals zijn geïmplementeerd.



Voor de opzet van de evaluatie is een beleids-evaluatiemodel gebruikt dat in diverse proces-evaluaties is toegepast (De Visser e.a., 2009; Poortvliet & Van Vree, 2009). Het model bestaat uit de volgende componenten: 1) beleidsprobleem; 2) instrumenten; 3) uitvoering; 4) resultaten; en 5) effecten en een terugkoppeling naar het beleidsprobleem (figuur 1). De gegevens zijn verzameld met behulp van documentenanalyse, observaties tijdens de projectgroepbijeenkomsten en diepte-interviews met ruim dertig betrokkenen waaronder de centrale projectleider, de voorzitters van de projectgroepen, de implementatiedeskundigen en een aantal projectgroep leden. Hieronder volgen de resultaten van de evaluatie.

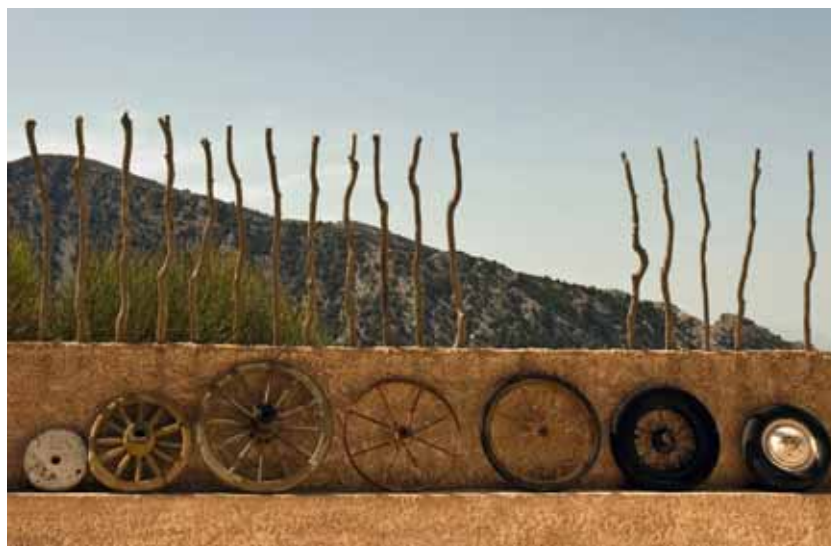
### 1. Kennisuitwisseling

Gedurende het programma zijn de drie projectgroepen elke 3 maanden (12 tot 15 keer) bij elkaar gekomen. Het daadwerkelijk bij elkaar komen werd als zeer waardevol en essentieel voor uitwisseling bevonden. Tijdens de bijeenkomsten maar ook in tussenliggende perioden is veel kennis en ervaring tussen de Umc's uitgewisseld. Door de veelal open sfeer en vertrouwen was er grote bereidheid om kennis te delen binnen de projectgroepen. Het werken onder de vlag van de NFU vergemakkelijkte deze kennisuitwisseling en door terugkoppeling door de projectleider naar het NFU-consortium konden zaken zoals de vertrouwelijkheid van data op een hoger niveau besproken en gefiatteerd worden.

Een digitale toolbox was voor ieder projectgroep lid beschikbaar. Disseminatie en implementatie activiteiten en praktische tools die lokaal ontwikkeld waren, zoals promotie filmpjes, flyers, posters en checklists werden via deze toolbox gedeeld. Twee projectgroepen zijn uitgegroeid tot netwerken met deskundigen die ook na afloop van het programma kennis willen blijven uitwisselen.

### 2. (Kwaliteits)beleid in de Umc's

De gekozen thema's stonden in de Umc's al in meer of mindere mate in het kwaliteitsbeleid, waarbij ze onderdeel waren van programma's (zoals het VMS Veiligheidsprogramma) of accreditaties (zoals JCI of NIAZ)<sup>1</sup>. Daardoor was het niet mogelijk om de opbrengsten van het programma direct te linken aan aanpassingen in het kwaliteitsbeleid van de Umc's. Veranderingen die plaatsvonden door samenwerking tussen de Umc's in de projectgroepen konden moeilijk onderscheiden worden van reguliere lokale ontwikkelingen.



Niet steeds opnieuw het wiel uitvinden.



Figuur 1 Beleidsevaluatiemodel.

Projectgroepleden bespraken de bijeenkomsten in hun lokaal netwerk waardoor in ieder geval werd bereikt dat de thema's in de Umc's (weer) op de agenda werden geplaatst of dat moeizame veranderingen geagendeerd werden bij relevante partijen of bij het eigen bestuur en zo naar een hoger niveau getild konden worden.

### 3. Ingezette verbetertrajecten

De themaprojectgroepen hebben de lokale Umc's vooral ondersteund bij het opzetten van verbeterprojecten. Binnen het thema Medicatieveiligheid is een pilot 'Medicatie in eigen beheer' uitgevoerd (box 1). Binnen het thema Perioperatieve Zorg is een structuur voor de monitoring aan de richtlijn ontwikkeld en een structuur voor de inrichting van het ontslag naar huis geformuleerd (box 2). De themagroep Interne Audit heeft een zestal ontwikkelingpunten geformuleerd teneinde de auditsystematiek in de Umc's effectiever en efficiënter te maken (box 3).

### Bevorderende en belemmerende factoren

Er zijn diverse belemmerende en bevorderende factoren voor succesvolle uitwisseling van kennis en ervaring genoemd door de geïnterviewden. Als bevorderend voor kennisdeling werden genoemd: het duidelijk en concreet formuleren van het thema en de focus, draagvlak en commitment zowel op bestuurlijk als op afdelingsniveau, een projectgroep waarin zowel inhoudsdeskundigen als beslissers zitting hebben en de aanwezigheid van een inhoudsdeskundige voorzitter. Uiteraard is openheid en bereidheid van projectgroepleden om kennis en ervaringen te delen een belangrijke voorwaarde.

## Thema's werden naar een hoger niveau getild

Belangrijke obstakels bij de uitvoering en implementatie van de projecten waren: gebrek aan tijd en prioriteit, gebrek aan mandaat bij projectgroepleden om echt te kunnen doorpakken, gebrek aan steun binnen de organisatie en problemen met de vertaling van de besproken verbetermethodiek naar de lokale situatie. Binnen alle projectgroepen waren er veel wisselingen van leden (gebrek aan continuïteit), mede veroorzaakt door het ontbreken van een duidelijke profielschets voor projectgroep-

**Tabel 1: Aanbevelingen programma 'Uitwisseling van Kwaliteit'**

#### Voorbereiding

- Vooraf exploratie van het thema waarin ervaringen worden uitgewisseld en ruimte voor verbetering worden aangescherpt.
- Aanbrengen heldere focus, doelbepaling en projectdefinitie.
- SMART formulering doelen.
- Bestuurlijke commitment en draagvlak creëren binnen de instelling op alle relevante niveaus.
- Vastleggen randvoorwaarden en verantwoordelijkheden.
- Realistische planning. Implementatie op meerdere niveaus kost meer tijd. Een ruwe schets van het project is hierbij van belang zodat veranderinitiatieven op tijd in de jaarplannen van de instelling kunnen worden opgenomen.

#### Opzet en werkwijze

- Aansturing van de themaprojectgroepen voorzitter-projectleider-implementatiefellow  
Voorzitter: zowel procesmatig als inhoudelijk deskundig. Erkend expert op thema.  
Projectleider: heeft kennis de inhoud, procesbewaking, kan strategisch schakelen met stakeholders.  
Implementatiedeskundige: ondersteunt Umc's bij de implementatie van verbeteracties en het evalueren van de effecten van de werkgroep.
- Samenstelling projectgroep: deelnemers lokale deskundigen. Een duidelijke profielschets voor projectgroepleden biedt ondersteuning.
- Openheid en transparantie van de leden in de thema

### Projectgroep Medicatieveiligheid

De projectgroep Medicatieveiligheid had de opdracht om door uitwisseling van kennis, ervaringen en expertise de medicatieveiligheid binnen de Umc's naar een hoger plan te brengen. De projectgroep heeft dit toegespitst op medicatie in eigenbeheer (MiEB) voor complexe patiëntengroepen binnen de Umc's.

#### Opbrengsten

*Ontwikkeling MiEB:* met de bestaande kennis en ervaringen binnen de Umc's is een inventarisatie gemaakt van de randvoorwaarden voor MiEB. Vervolgens werd een generiek protocol MiEB ontwikkeld. Hierin werd het selectieproces van patiënten voor MiEB beschreven, hoe MiEB aan te leren en te controleren. Waar nodig kon dit worden toegespitst op de lokale situatie in een Umc.

*Uitwisseling verbeterstrategieën:* gezamenlijk werd een generiek implementatieplan voor MiEB opgesteld, waarin zoveel mogelijk rekening werd gehouden met bevorderende en belemmerende factoren. De belangrijkste elementen uit het implementatieplan hadden betrekking op: 1) toerusting op de professionals (voorlichting, educatie), 2) reminder (zakkaartje) en 3) procesinrichting van MiEB.

*Implementatie MiEB:* Op basis van het implementatieplan hebben lokale projectteams MiEB in hun eigen Umc op een pilot afdeling geïmplementeerd. Patiënten scoorden het zelfstandig beheren van hun medicatie in het ziekenhuis als zeer positief.

De eerste bevindingen zijn in een overzicht van randvoorwaarden voor implementatie samengevat; tevens is er een beslismodel en een voorbeeld van een zakkaartje beschikbaar (<http://www.nfukwaliteit.nl/programmas/verbeteren-van-kwaliteit/>). De professionals delen hun volgende stappen in het gevormde expertisenetwerk Medicatieveiligheid.

*Invitational conference:* In juni 2015 werden de eerste ervaringen over de implementatie van MiEB tijdens een invitational conference aan stakeholders gepresenteerd.

leden. Een grote hindernis vormden de te complexe en omvangrijke thema's die veranderingen vroegen op meerdere niveaus in de organisatie, waardoor het veel tijd kostte om de betrokkenen op al deze niveaus mee te krijgen. De rol van de implementatiedeskundigen was bij aanvang niet duidelijk geëxpliciteerd, maar hun inzet werd door projectgroepleden zeer gewaardeerd. Zo leverden zij input bij de bijeenkomsten en adviseerden zij bij discussies op basis van hun implementatiekennis. De implementatiedeskundigen ondersteunden de Umc's bij de ontwikkeling/ implementatie van verbeteracties en bij het evalueren van de effecten van de werkgroep.

### Lessen uit dit verbeterprogramma

Op basis van de evaluatie en genoemde bevorderende en belemmerende factoren zijn praktische aanbevelingen geformuleerd voor toekomstige kennisuitwisselingsprogramma's (zie in deze kolom tabel 1). De geleerde lessen uit dit programma hebben ertoe geleid dat binnen het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg een aangepast model is ontwikkeld voor de kennisuitwisselingsprojecten binnen de Umc's.

In het herontwerp wordt een duidelijke scheidslijn getrokken tussen voorbereiding en daadwerkelijke implementatie. Het nieuwe model onderscheidt 3 fasen. De 1e fase omvat het selecteren van onderwerpen of verbeterthema's. In fase 2 wordt bekeken of de aangedragen thema's zich lenen om gezamenlijk op te pakken. De focus ligt hierbij op het inventariseren van mogelijkheden én draagvlak voor daadwerkelijke verbetering in de praktijk. Fase 3 richt zich op het in regie zetten van doelgerichte verbetering door bundeling en uitwisseling van kennis en good practices en het organiseren van bijeenkomsten of leernetwerken waarin voorbeeldprojecten plaatsvinden en worden uitgewisseld.

Het gaat hierbij niet om het dogmatisch en geforceerd opleggen of uitrollen van één best practice of blauwdruk. Onderlinge uitwisseling, versterking en versnelling van succesvolle (decentrale) slagvaardigheid staan centraal. Meer informatie over het herontwerp is binnenkort te vinden op <http://www.nfukwaliteit.nl/programmas/verbeteren-van-kwaliteit>.

#### Noten

- 1 Joint Commission International (JCI) is een erkende kwaliteitsorganisatie die wereldwijd zorginstellingen beoordeelt. Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) ontwikkelt kwaliteitsnormen en toetst zorginstellingen hierop.

#### Literatuur

De Visser S., Van der Kemp S., F. Van Vree. *Voorbereiding van ziekenhuizen op rampen: Evaluatie implementatietrajecten OTO-B*. Zoetermeer, 2009

Maessen J., Welker G., Ista E., Zegers M., A. Huis., *NFU-programma Uitwisseling kwaliteitsbeleid umcs, Proces- en effectevaluatie op het niveau van de themaprojectgroepen en de individuele umc's*. NFU-consortium Kwaliteit van Zorg, 2015. <http://www.nfukwaliteit.nl/lessen-vanuit-het-verbeterprogramma>

Maessen J.; Welker G. (2015). *Perioperatieve Veiligheid Stimuleren. Delen van kennis en expertise*. NFU-consortium Kwaliteit van Zorg, 2015. <http://www.nfukwaliteit.nl/lessen-vanuit-het-verbeterprogramma>

Poortvliet E.P., F. Van Vree. (2009). *Procesevaluatie Sneller Beter*. Zoetermeer, 2009

Schilp J., Rademakers J., *NFU-programma Uitwisseling kwaliteitsbeleid umcs, Procesevaluatie op het niveau van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en themaprojectgroepen*. NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg; Utrecht, 2015 <http://www.nfukwaliteit.nl/lessen-vanuit-het-verbeterprogramma>

Zegers M., A. Huis *Interne audits. Bundeling van kennis en expertise*. NFU-consortium Kwaliteit van Zorg, 2015. <http://www.nfukwaliteit.nl/lessen-vanuit-het-verbeterprogramma>

#### Informatie over de auteurs

**Dr. Anita Huis** is verplegingswetenschapper bij IQ healthcare van het Radboudumc te Nijmegen, eerder als projectleider verbonden aan het NFU-consortium Kwaliteit van zorg.

**Dr. Marieke Zegers** is gezondheidswetenschapper en epidemioloog B bij IQ healthcare van het Radboudumc te Nijme-

#### Projectgroep Perioperatieve Zorg

De projectgroep Perioperatieve Zorg kreeg de opdracht om door uitwisseling van ervaringen en expertise de implementatie van de perioperatieve richtlijn in de Umc's naar een hoger niveau te brengen.

#### Opbrengsten

*Probleemanalyse*: Ieder Umc benoemde succesfactoren en knelpunten van de implementatie van de Perioperatieve Richtlijn. Met behulp van een gezamenlijke ontwikkelde vragenlijst werd de compliance aan de voorgeschreven stopmomenten op gelijke wijze gemeten

*Uitwisseling verbeterstrategieën*: Alle verbeteractiviteiten die lokaal waren uitgevoerd om de stopmomenten te implementeren werden verzameld, besproken en in een toolbox opgenomen.

Implementatie stopmoment 7 (ontslag): Op basis van de gezamenlijk vastgestelde randvoorwaarden en de uitwisseling van ingezette implementatieactiviteiten in het Umc met de good practice ontslag, kon elk Umc verbeteringen in het ontslagproces doorvoeren.

*Toolbox*: Ter ondersteuning is een toolbox ontwikkeld, waarin alle lokale activiteiten, ontwikkelde materialen zoals protocollen en voorlichtingsfilmpjes, verzameld zijn.

*Notitie*: Een overzicht van de probleemanalyse en implementatiestrategieën is gebundeld in de notitie 'Perioperatieve Zorg' (Maessen en Welker, 2015).

#### Projectgroep Interne Audits

Iedere Umc heeft een integraal kwaliteitssysteem dat structureel wordt geëvalueerd met interne audits. De opdracht van de werkgroep Interne Audits betrof het uitwisselen van kennis, beleid, ontwikkelde methodieken en ervaringen over de verschillende auditsystemen binnen de Umc's teneinde de auditsystematiek in de Umc's effectiever en efficiënter te maken.

#### Opbrengsten

*Netwerkvorming*: de werkgroep is uitgegroeid tot een netwerk met deskundigen op het gebied van interne audits.

*Ontwikkelpunten*: op basis van geïdentificeerde knelpunten en good practices in de Umc's heeft de werkgroep zes ontwikkelpunten geformuleerd: 1) uitwisseling gehanteerde normenkaders; 2) optimaliseren auditsystematiek in multidisciplinaire zorgketens; 3) professionaliseren en borgen kwaliteit auditoren; 4) integreren patiëntervaringen bij deelname aan wetenschappelijk onderzoek en onderwijs in zorgaudits; 5) borging monitoring van verbeterpunten en verbeteracties; 6) afstemming interne audits en externe kwaliteitsvisities. De ontwikkelpunten en good practices afkomstig van de werkgroep zijn gebundeld in een boekje (Zegers & Huis, 2015: <http://www.nfukwaliteit.nl/lessen-vanuit-het-verbeterprogramma>)

*Symposium*: de werkgroep heeft op 29 mei 2015 een symposium georganiseerd getiteld 'Mind the Gap! Effectieve inzet van interne audits' waar goede voorbeelden op het gebied van interne audits gepresenteerd (<http://www.nfukwaliteit.nl/symposia/29-mei-2015-symposium-mind-the-gap-effectieve-inzet-van-interne-audits/>).

*Toolbox*: voor het (blijvend) uitwisselen van kennis en ervaringen heeft de werkgroep een digitale toolbox opgezet waarin materialen, documenten, instrumenten en methoden uit de acht Umc's zijn opgeslagen en gedeeld.

gen, tevens ZonMw Implementatiefellow.

**Dr. Erwin Ista** is verplegingswetenschapper in het Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam, tevens ZonMw Implementatiefellow.

**Dr. José Maessen** is staf adviseur bij de afdeling Kwaliteit en Veiligheid van het academisch ziekenhuis Maastricht en werkt als senior onderzoeker bij School CAPHRI, MUMC.

**Dr. Gera Welker** is adviseur beleid en implementatie bij het UMCG, coördinator van het UMCG Kenniscentrum Kwaliteit & Veiligheid en tevens ZonMw implementatiefellow.

## Implementatie van richtlijnen in de ggz

# Doet de ggz de juiste dingen?

Implementatie wordt, volgens Barbara van der Linden in het overzichtsartikel van dit themanummer, langzamerhand een eigen vakgebied met een body of knowledge, deskundigen, leerstoelen en een wereldwijd netwerk van implementatiedeskundigen. Aan de ene kant wijzen de ontwikkelingen, die Van der Linden beschrijft, zeker op een toenemende professionalisering van het vakgebied implementatie. Aan de andere kant worden de inzichten uit de implementatiekunde nog lang niet overal consequent toegepast. Dit artikel gaat, bij wijze van voorbeeld, over de landelijke implementatie van richtlijnen in de ggz.

## P. van Splunteren

**V**anaf 1999 zijn in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in totaal 17 multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld, onder meer op het gebied van depressie, angststoornissen, autisme, adhd, schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen. Ze zijn gepubliceerd en verspreid onder betrokken beroepsgroepen: psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en vaktherapeuten (zie [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)).

De toepassing van deze richtlijnen is niet systematisch onderzocht. Toch zijn er wel aanwijzingen over de mate waarin patiënten de voorkeursbehandeling uit de richtlijn ontvangen. Verschillende onderzoeken komen uit op een schatting van een percentage patiënten tussen de 20-70% dat de aanbevolen behandeling ontvangt. Sommige richtlijnen, zoals depressie en angststoornissen, scoren beduidend hoger dan die op het gebied van schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen (Van Splunteren e.a., 2011). Uit het onderzoek komt naar voren dat verschillende belemmeringen een rol spelen bij de implementatie van richtlijnen. Professionals accepteren, om uiteenlopende redenen, de nieuwe werkwijze niet én organisaties besteden onvoldoende tijd aan scholing en adaptatie van de richtlijn. Wijze van financiering is een veel genoemde belemmering: er bestaan perverse prikkels om patiënten langer dan nodig in behandeling te houden.

## Geen landelijke sturing

Bekijken we de schaarse onderzoeken naar implementatie van richtlijnen in de ggz dan valt met name op dat landelijke sturing op het gebied van richtlijnontwikkeling weliswaar aanwezig is maar steeds vanuit verschillende gremia. De sturing op het gebied van disseminatie en implementatie is echter gebrekkig. Was de ontwikkeling van richtlijnen voor een aantal jaren gegarandeerd, de implementatie kende in het geheel geen structurele ondersteuning. Dit, terwijl inmiddels buiten kijf staat dat richtlijnen zich niet vanzelf implementeren (Cabana ea., 1999; Grol, 2003 ea.; Hutschemakers, 2010). De implementatie kreeg soms een push door middel van doorbraakprojecten (Depressie, Angst, Schizofrenie – Van Splunteren ea., 2011), maar in veel gevallen bleef de implementatie steken in het verspreiden van het materiaal. Een goede uitzondering daarop is de implementatie van de richtlijn suïcidaal gedrag, die recentelijk met hulp van VWS door 113-online, dit is een zelfstandige zorgaanbieder op het gebied van zelfmoordpreventie (zie [www.113online.nl](http://www.113online.nl)), ter hand is genomen. De implementatie van die richtlijn gebeurt vooral door training van professionals en door regionale afspraken te maken tussen zorgaanbieders. Maar een zwak punt blijft dat vooral de implementatie van ggz-richtlijnen ad-hoc geregeld is. En er geen landelijke orgaan verantwoordelijk is voor de 'uptake' en monitoring van het gebruik van richtlijnen in de praktijk. Dit in weerwil van aanbevelingen uit het rapport 'Meer ruimte voor richtlijnen' (Burgers ea., 2011). Zie verder kader 1 met belangrijke aanbevelingen uit het rapport.

## Netwerk kwaliteitsontwikkeling ggz

Medio 2012 hebben de overheid en partijen in de ggz een toekomstagenda vastgelegd in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 / 2015 - 2017<sup>1</sup>. Uitgangspunt daarbij is dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd, en niet de patiënt rond de zorg. Dit betekent in de

woorden van het Bestuurlijk Akkoord dat “zorgaanbieders in de GGZ continu passende en doelmatige zorg bieden, continu weer de vraag stellen wat iemand nodig heeft, niet alleen op het moment dat de zorgvraag zich voor het eerst voordoet”. Een andere belangrijke doelstelling van dit Bestuurlijk Akkoord is de stijgende kosten van de ggz een halt toe te roepen, met behoud van kwaliteit, door meer substitutie van patiënten naar goedkopere vormen van zorg en meer nadruk op zelfzorg. In het kader van dit Akkoord en gelet op de kwaliteitsparagraaf werd eind 2013 het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz opgericht ([www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl)). Dit orgaan, resulterend onder een tripartiete bestuur van NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie), NIP (Nederlands Instituut van Psychologen) en LPGGZ (Landelijk Platform cliënten- en familieorganisaties), kreeg de opdracht om in de periode 2014 t/m 2017 achttien zorgstandaarden te ontwikkelen voor alle belangrijke aandoeningen binnen de ggz (depressie, angst, persoonlijkheidsstoornissen, bipolaire stoornissen, ADHD, etc). Daarnaast moeten er 24 zogenaamde generieke modules komen over zorgstandaard overstijgende onderwerpen, zoals zelfmanagement, familieondersteuning, psychotherapie en eHealth (voor een compleet overzicht van zorgstandaarden en generieke modules zie de website van het Netwerk). Inmiddels is de machinerie in werking en wordt er door verschillende uitvoerende partijen gewerkt aan de totstandkoming van de kwaliteitsdocumenten. Voor de zorgstandaarden worden bestaande richtlijnen gebruikt of zo nodig geactualiseerd, en daaraan worden paragrafen toegevoegd over kwaliteitsindicatoren, practice based inzichten en organisatie van de zorg. De generieke modules moeten vaak nieuw worden geschreven omdat er geen landelijk geaccrediteerde documenten beschikbaar zijn. Is de ontwikkeling van ruim 40 kwaliteitsdocumenten in een tijdsbestek van nauwelijks drie jaar al een hele tour de force, de implementatie van deze documenten in de praktijk van de ggz is een nog grotere opgave. Het Netwerk start vanaf medio 2016 met een bottom-up strategie waarin uitvoerders (beroepsverenigingen, instellingen, behandelaren) worden uitgenodigd voor max € 50.000 per project de implementatie van de zorgstandaarden ter hand te nemen. Daarnaast wil het Netwerk een voucher systeem in werking stellen (tot ca € 10.000 per voucher) ter stimulering van lokale initiatieven. Met een Implementatievoucher kunnen zorgaanbieders ondersteuning (bijvoorbeeld een adviseur of projectleider) inhuren om zorgpro-



Lukas Jonaitis

*Uitzondering is de implementatie richtlijn suïcidaal gedrag.*

professionals te begeleiden bij de vertaling van een of meer zorgstandaarden naar hun eigen praktijksituatie. Het Netwerk kan deze initiatieven garanderen tot eind 2017 maar daarna is het voortbestaan onzeker.

### Reflectie

Hieronder puntsgewijs mijn reflectie op de huidige werkwijze bij de implementatie van ggz zorgstandaarden in relatie tot de aanbevelingen uit het rapport Burgers (zie kader).

1. Er is wel sprake van een landelijk aanpak, maar er is geen sturing op onderwerpen, geen sturing op aanpak en geen zicht op systematische evaluatie. De aanpak van het Netwerk lijkt op een schot hagel, waaruit mogelijk zinvolle initiatieven voort kunnen komen maar met een groot risico op lokale projectjes zonder grote impact en met een risico op voortijdig uitdoven.
2. Het initiatief wordt terecht bij de zorgprofessionals en patiëntvertegenwoordigers gelegd. Zij moeten ervoor zorgen dat de standaarden

#### Aanbevelingen van “Meer ruimte voor richtlijnen”

- Er is meer landelijke sturing nodig om de implementatie van richtlijnen te bevorderen.
- Het Nationaal Kwaliteitsinstituut zou hiervoor een landelijke kwaliteitsagenda moeten opstellen met een keuze van onderwerpen en vijfjarenplanning.
- De ontwikkeling en toepassing van richtlijnen in de praktijk is in principe een zaak van de beroepsgroepen, gefinancierd uit de middelen beschikbaar voor kwaliteitsbeleid.
- Voor elk onderwerp moet een beroepsorganisatie (of consortium van organisaties) worden aangewezen die primair verantwoordelijk is voor de implementatie.
- Patiëntenorganisaties moeten zoveel mogelijk worden betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen.
- De naleving van richtlijnen in de praktijk moet systematisch worden geëvalueerd en teruggekoppeld.

worden gebruikt. Echter, door de verschillende disciplines, belangen en opdeling van de ggz in verschillend gefinancierde compartimenten, is het veld in de ggz verdeeld en versnipperd. Zorgprofessionals en hun vertegenwoordigers kijken eerst naar hun eigen belang, en pas daarna naar het overstijgende algemene belang. Het is de verwachting dat de implementatie van de zorgstandaarden hierdoor verzwakt. Iedere partij gaat eerst op zoek naar eigen voordelen, wat ontbreekt is een gedeelde en overstijgende visie wat nodig is voor de implementatie.

## Het staat buiten kijf dat richtlijnen zich niet vanzelf implementeren

3. De patiëntenorganisaties zijn wel betrokken, maar in plaats dat zij samen met de professionals optrekken, moeten zij concurreren met de professionals. Immers, ook patiëntenorganisaties kunnen voorstellen indienen. In feite, herhaalt zich hier hetzelfde proces als bij de zorgprofessionals. Men wordt elkaars concurrent, met een groot risico op initiatieven die elkaar uitdoven in plaats van versterken.

4. Een vierde en laatste punt is het ontbreken van een landelijk systeem voor systematische evaluatie en terugkoppeling. Een landelijk systeem kan er voor zorgen dat er een ‘levende’ kwaliteitscyclus tot stand komt, waarin leren centraal staat. In andere sectoren (kankercentra, intensive care, huisartsenzorg) werpt een dergelijk systeem zijn vruchten af.

### Conclusie

Er is binnen de ggz wel aandacht voor ontwikkelen van richtlijnen, maar weinig erkenning voor de systematische aanpak van de implementatie. De initiatieven op het gebied van ontwikkeling van zorgstandaarden en modules zijn erg ambitieus, en nog niet vertoond in Nederland of daarbuiten. De ontwikkeling van de zorgstandaarden is bedoeld om beschikbare kennis meer toegankelijk te maken voor professionals en patiënten. De manier waarop dat gebeurt, samen met zorgprofessionals en patiënten, geeft draagvlak en biedt een goede basis voor toepassing in de praktijk. Dat dwingt respect af. Maar bij het vinden van oplossingen voor de implementatie wordt te weinig gebruik gemaakt van de bestaande implementatiekennis voor een landelijke en systematische aanpak.

### Aanbevelingen

Er is voldoende kennis over implementatie beschikbaar, raadpleeg het genoemde rapport “Meer ruimte voor richtlijnen”, of neem de aanbevelingen van het artikel van Van der Linden in dit KIZ-nummer serieus. Niet alleen de ontwikkeling van standaarden vraagt landelijke sturing, ook de implementatie vraagt daarom. De noodzakelijke landelijke sturing kan komen van het Kwaliteitsinstituut. Met professionals en patiëntvertegenwoordigers moeten afspraken gemaakt worden over implementatietrajecten per zorgstandaard. Implementatiedeskundigen en/of kwaliteitsmedewerkers kunnen helpen om in kaart te brengen hoe dat het best kan. Zij hebben daarvoor de kennis en vaardigheden in huis. De professionals moeten er voor zorgen dat de zorgstandaarden worden toegepast. Patiënten, mits goed geïnformeerd en ondersteund, kunnen daarbij een grote rol spelen. Van het allergrootste belang is een systeem om te monitoren wat er vervolgens goed gaat in de praktijk en wat niet (zie punt 4 boven). Zonder zo’n systeem komt de kwaliteitscyclus niet goed op gang. Hoog tijd dus voor een herorientatie, en hopelijk maken de beslissers in de ggz daarbij gebruik van de opgebouwde implementatiekennis.

### Noten

- 1 De Minister van VWS heeft begin 2015 het Bestuurlijk Akkoord opgezegd, omdat volgens haar partijen zich tegenstander hadden getoond van een wetswijziging omtrent selectieve inkoop en deze wijziging in de Eerste Kamer sneuvelde. Wat de huidige status van het Akkoord is, is niet duidelijk.

### Literatuur

- Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 / 2015 - 2017, 2012 Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (2012). <http://www.rijksoverheid.nl>
- Burgers J., M. Ouwens, P. van Splunteren, J. Ovretveit (2011), *New Perspectives on implementation of guidelines*. Nijmegen: IQ Healthcare. Rapport.
- Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu, A.W., Wilson, M.H., Abboud, P.A., Rubin, H.R. (1999). *Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement*. JAMA, 282(15): 1458-1465.
- Grol, R., Grimshaw, J. (2003). *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patientscare*. The Lancet, 362(9391): 1225-1230.
- Hutschemaekers, G. (2010). *Wetten in de weg en praktische bezwaren, inaugurele rede*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Splunteren, P. van en Hermens MLM (2011), *Van kennis naar actie. Toepassing van richtlijnen in de GGZ*. Gedragstherapie 2011, 44 285 – 297
- Splunteren, P. van, Bosch, A. van den, Kok, I. en Nuijen, J. (2011). *Evaluatie van ggz-doorbraakprojecten*. MGv 7/8 blz 518 – 532

### Informatie over de auteur

**Peter van Splunteren** is senior wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut en lid van de redactie van KIZ.

# Inzet van netwerken

Hoe zorgen we dat een beleidsmaatregel effect heeft in de praktijk?  
Hoe zorgen we dat organisaties werken volgens aanbevolen richtlijnen? Het programma was toch bewezen effectief, waarom zie ik in de praktijk dan geen effect?

**M. Wilschut, P. Goense, M. Fleuren, K. Stals, F. Goossens en L. Boendermaker**

**H**oewel de laatste jaren steeds meer de nadruk ligt op het toepassen van bewezen effectieve werkwijzen, is het effect ervan in de dagelijkse praktijk vaak teleurstellend. Steeds duidelijker wordt dat voor het goed invoeren van effectieve werkwijzen specifieke kennis en expertise nodig is. En dat er op dit moment onvoldoende aandacht is voor evidence-based (ook wel evidence-informed) implementatie. Een wereldwijde ontwikkeling is gaande om de bewustwording in het sociaal domein te vergroten dat bewezen effectieve werkwijzen alleen effect sorteren als deze op een evidence-based wijze worden geïmplementeerd. Momenteel zijn er diverse lokale en internationale implementatienetwerken ingericht om kennis over evidence-based implementatie te vergroten. Wereldwijd is aandacht voor thema's zoals: invoerstrategieën, opschalen van een verandering, impact meten en leiderschap.

Op de eerste wereldwijde Global Implementation Conference in 2011 in Washington D.C. werd door implementatie-expert Dean Fixsen de oproep gedaan tot het inrichten van een wereldwijde kennisinfrastructuur om meer over implementeren te leren. Naar aanleiding hiervan is in 2012 het Global Implementation Initiative (GII) opgericht met als doel:

- (inter)nationale implementatienetwerken aan elkaar te verbinden;
- het gebruik van effectieve implementatiestrategieën bij onderzoekers, beleidsmakers en praktijk te stimuleren;
- en daarmee de resultaten voor kinderen, families en gemeenschappen in het sociaal domein over de wereld te verbeteren.

Na de oproep van Fixsen in 2011, zijn ook in Europese context implementatienetwerken ingericht. Dit heeft geleid tot de oprichting van de European Implementation Collaborative (EIC) in 2015. De doelen van het EIC zijn over-

eenkomstig aan die van het GII. Belangrijke toevoeging is om specifieke Europese contextfactoren rondom implementatie in beeld te krijgen. Inmiddels hebben zes nationale netwerken (Denemarken, Ierland, Italië, Nederland, Zweden en Engeland) zich actief aangesloten bij het EIC en zijn er +/- 120 leden (zie ook [www.implementation.eu](http://www.implementation.eu)).

Ook in Nederland zijn verschillende netwerken actief om kennis over implementeren te delen. ZonMw organiseerde in 2015 een expertmeeting om deze netwerken aan elkaar te verbinden. Eén van de initiatiefnemers van de eerste bijeenkomst was het Nederlands Implementatie Collectief (NIC). Het NIC is opgericht in 2014 om de bewustwording te vergroten in de jeugdhulp en publieke gezondheidszorg dat evidence-based implementeren van belang is. Het NIC is opgericht door het Nederlands Jeugdinstituut, de Hogeschool van Amsterdam, TNO en het Trimbos-instituut en er zijn +/-125 leden. Het NIC organiseert twee landelijke interactieve bijeenkomsten per jaar waarin (inter)nationale kennis over verschillende aspecten van evidence-based implementeren worden gedeeld. Het NIC kent een actieve verbinding met het EIC. (zie ook <https://kennisnetjeugd.nl/werkgroep/41-nederlands-implementatie-collectief-nic>)

Met name het borgen van een dergelijk netwerk gaat, net als het implementeren van een vernieuwing, niet vanzelf. Voor het zorgen voor inhoud en mogelijkheden tot uitwisseling (Webinars, (inter)nationale bijeenkomsten, website, trainingen) is behalve morele ondersteuning vrijwel altijd een financiële ondersteuning noodzakelijk. Het blijkt nog niet zo makkelijk netwerkvorming gefinancierd te krijgen. Dit is daarmee tevens een oproep en boodschap aan nationale en regionale beleidsmakers om niet alleen moreel maar ook financieel dit soort netwerken te ondersteunen.

#### Informatie over de auteurs

Marleen Wilschut (**Nederlands Jeugdinstituut**), Paulien Goense (**Hogeschool van Amsterdam**), Margot Fleuren (**TNO**), Karlijn Stals (**Nederlands Jeugdinstituut**), Ferry Goossens (**Trimbos-instituut**), Leonieke Boendermaker (**Hogeschool van Amsterdam**) vormen gezamenlijk de initiatiefgroep van het Nederlands Implementatie Collectief.

# IMPLEMENTEREN VAN KWALITEITSVERBETERING OP MICRONIVEAU

Zorgverleners zijn intrinsiek gemotiveerd om goede zorg te leveren. Echter, door de externe regeldruk wordt de aandacht verlegd naar het verantwoorden in plaats van naar het verbeteren van kwaliteit. De vraag is hoe we de patiënt en het zorgproces weer centraal kunnen stellen. Een mogelijkheid is om te kijken naar kwaliteitsverbetering op microniveau. Hiervoor is commitment van medewerkers voor kwaliteitsverbetering essentieel. Maar welke strategieën zetten medisch en verpleegkundig leidinggevenden in om dit commitment voor kwaliteit van zorg op de werkvloer te bevorderen? En wat is de rol van het kwaliteitssysteem en de kwaliteitsmedewerker hierbij?

**G.A. Welker, R. Bakker, E.L.J. van Rensen, E. Heineman en M.M.E. Schneider<sup>1</sup>**

**O**m meer zicht te krijgen op deze vragen is in opdracht van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg en het Kwaliteitsinstituut van het Zorginstituut Nederland een peiling gedaan onder 25 medisch en verpleegkundig leidinggevenden in acht universitaire medische centra (UMC) en twee topklinische ziekenhuizen in Nederland (STZ). Zie het kader voor een uitgebreidere beschrijving van het onderzoek.

In de opdracht was omschreven dat vier thema's, die gerelateerd zijn aan het realiseren en borgen van kwaliteitsverbetering op microniveau, centraal zouden moeten staan, namelijk leiderschap, teamklimaat, continue verbetercultuur en veranderkundige ondersteuning.

Onderzoekers hebben de leidinggevenden gevraagd aan te geven welke strategieën, gerangschikt naar deze thema's, zij gebruiken om kwaliteitsverbeteringen te stimuleren. In dit artikel bespreken we de meest genoemde strategieën per thema, hoe deze met elkaar samenhangen en welke dilemma's leidinggevenden in de ziekenhuiszorg ervaren bij het stimuleren van kwaliteitsverbetering.

## Leiderschap

Volgens de geïnterviewde leidinggevenden begint commitment voor kwaliteitsverbetering met het creëren van kwaliteitsbewustzijn. Een eerste strategie die zij hiervoor gebruiken is het laten zien van de urgentie van een probleem door verhalen te vertellen en data te la-

ten zien. Verhalen van patiënten illustreren de problematiek, maken het persoonlijk en spreken een medewerker aan op zijn professionaliteit. "Je kunt een fantastisch inhoudelijk verhaal vertellen, maar het gaat pas leven als je er een persoonlijk voorbeeld aan plakt." De verhalen zelf kunnen worden opgehaald bij rondes op de verpleegafdeling, bij het persoonlijk met patiënten en/of familieleden in gesprek gaan en tijdens spiegelgesprekken. Allen vinden dat de verhalen moeten worden aangevuld met data, bijvoorbeeld het aantal incidenten op de afdeling. Deze data moeten betrouwbaar zijn en inzicht geven in het daadwerkelijke probleem.

Een tweede belangrijke strategie is volgens de geïnterviewde leidinggevenden een rolmodel zijn. "Practice what you preach. Daar kijkt iedereen naar, daar moet je heel consistent in zijn." Deze strategie gebruiken ze ook om een veilige omgeving te creëren waarin medewerkers gestimuleerd worden om opmerkzaam te zijn op wat wel en niet goed is en hierop te reflecteren. De keerzijde is echter volgens een paar geïnterviewden dat, wanneer een 'verkeerd' voorbeeld wordt gegeven, deze strategie juist negatieve gevolgen kan hebben.

## Teamklimaat

In aansluiting op de literatuur blijkt dat ook volgens de geïnterviewden een vruchtbaar teamklimaat voor het gemotiveerd implemente-



ren van kwaliteitsverbetering zich kenmerkt door:

- Het met elkaar delen van dezelfde ideeën over visie, probleemdefiniëring, en taken en verantwoordelijkheden om de kwaliteitsverbetering te realiseren.
- Het samen kunnen bespreken van en kunnen bijdragen aan kwaliteitsverbeteringen.
- Het gezamenlijk leren van de lopende en afgeronde verbetertrajecten.

Om dit te kunnen realiseren blijkt dat de meeste leidinggevenden het belangrijk vinden dat in het team informatie met elkaar gedeeld wordt en dat dit in een veilige setting gebeurt, zodat teamleden zich durven uit te spreken over wat ze zelf meemaken, maar ook over wat ze bij anderen zien. Wanneer het delen van informatie meer de intentie heeft om ervan te leren dan wordt vaak gesproken in termen van dialoog, reflecteren en mondeling feedback geven. Dergelijke feedback heeft het meeste effect wanneer collega's het onderling geven en het een onmiddellijke reflectie op het handelen is. Daarnaast moet de feedback herleidbaar zijn voor de ontvanger: hoe meer geaggregeerd, hoe minder bruikbaar voor de werkvloer. "Het grootste risico als je met centrale data of landelijke registraties moet gaan werken is dat mensen zeggen 'dat herken ik niet, dat zegt mij niks'."

De strategie 'stimuleren van dialoog' wordt ervaren als een strategie die helpt om een teamklimaat en verbetercultuur gericht op commitment voor kwaliteitsverbetering aan te wakkeren. Deze strategie wordt bij uitstek ingezet om individuele medewerkers en teams te stimuleren zich betrokken te (gaan) voelen bij kwaliteitsonderwerpen en mogelijke verbeterpunten. Het met elkaar in dialoog gaan veronderstelt dat het teamklimaat als positief en veilig wordt ervaren om positieve en negatieve ervaringen met collega's te delen, en om je eigen mening voor het voetlicht te brengen. Een hoofd Heelkunde zegt in dat verband: "Ik vind het belangrijk om de discussie ruimte te geven. Ik laat juist mensen met een afwijkende mening nadrukkelijk uitlegen waarom ze dingen vinden." Het met elkaar in gesprek gaan wordt ook gezien als een basis om het teamgevoel te versterken door met elkaar en van elkaar te leren.

### Verbetercultuur

Het stimuleren van eigenaarschap bij de zorgprofessionals is een effectieve strategie om een verbetercultuur te bevorderen, vinden de geïnterviewden. Dit doen leidinggevenden deels door zorgprofessionals verantwoordelijk te maken



kenishirotie

*Leiderschap, één van de thema's op microniveau.*

voor verbeterprojecten en zo direct te zorgen voor een 'buy-in' van belangrijke stakeholders. Eigenaarschap gaat over je verantwoordelijk voelen voor het leveren van goede kwaliteit van zorg en leidinggevenden vragen dan ook hun medewerkers om zelf met verbeterinitiatieven te komen. Dit doen zij ook regelmatig. Een hoofd Verpleegkunde geeft wel aan dat het in de praktijk vaak dezelfde verpleegkundigen zijn die met verbeterideeën komen. Zij zijn geïnteresseerd aan het probleem en zouden dit willen oplossen, maar zitten vaak al zo vol dat het lastig is hen ruimte te geven voor deze nieuwe projecten.

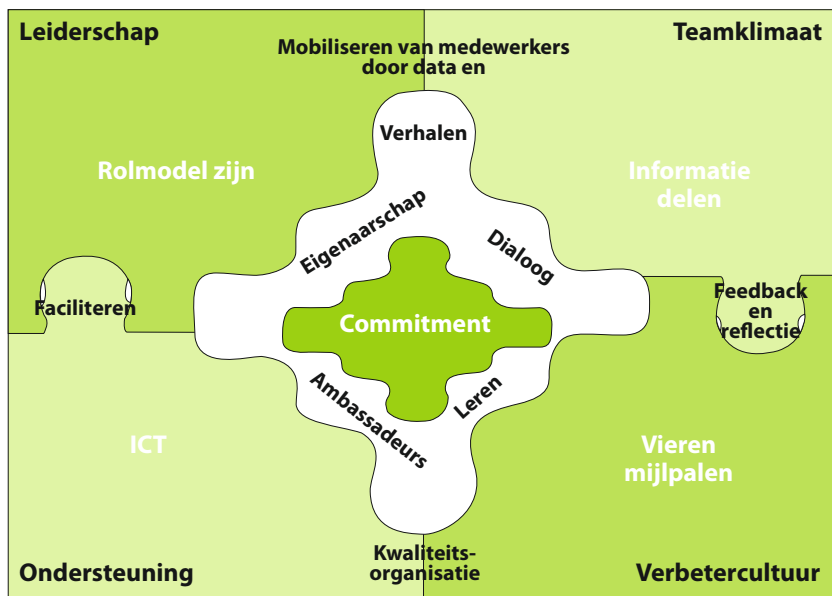
Een andere strategie voor het stimuleren van eigenaarschap is het inzetten van ambassa-

### HET ONDERZOEK: EEN PEILING

Op basis van literatuur en evaluaties van verbeterprogramma's is een overzicht gemaakt van strategieën die effectief zijn gebleken in het verbeteren van kwaliteit in de ziekenhuissetting (diverse referenties 1-8). Om de vertaalslag naar het operationele niveau te maken hebben de onderzoekers ervoor gekozen specifiek te focussen op de concrete strategieën die op het operationele niveau worden ingezet om kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen. Bij deze concretisering bleek dat diverse strategieën konden worden herleid tot verschillende kenmerken, waardoor overlap ontstond. Om de vragenlijst hanteerbaar te houden hebben we vervolgens de overlappende strategieën eruit gehaald.

Dit overzicht vormde vervolgens de inhoud van een korte vragenlijst die – ter voorbereiding van het interview – is voorgelegd aan de hoofden Heelkunde, Interne en Verpleegkunde van 8 UMC's en 2 STZ-ziekenhuizen. In de vragenlijst konden respondenten aangeven of zij van de genoemde strategieën gebruik maakten en of zij van oordeel waren dat de strategieën goed werkten. De ingevulde vragenlijsten vormden vervolgens de basis voor een (telefonisch) interview waarbij respondenten hun antwoorden konden toelichten, met voorbeelden konden illustreren en in perspectief konden plaatsen. De vragenlijsten zijn niet door alle geïnterviewden ingevuld. De onderzoekers hebben de ingevulde vragenlijsten alleen gebruikt als input voor de gesprekken.

De gesprekken zijn digitaal opgenomen en getranscribeerd. Analyse van de interviews vond door twee onderzoekers onafhankelijk plaats, zowel op het niveau van concrete strategieën als op het niveau van de vier thema's.



Figuur 1 Verwevenheid thema's en strategieën

deurs. Ambassadeurs fungeren meestal als rolmodel en hebben al specifieke expertise op het thema of ze worden tijdens het verbeterproject 'geschoold' op het inhoudelijke thema. "Op de 10 VMS-thema's hebben we groepjes van drie gemaakt: een dokter, een verpleegkundige en een assistent, die daarvoor verantwoordelijk zijn en die daarover rapporteren. Dat zijn de ambassadeurs van zo'n thema." De rol van deze ambassadeurs is om collega's te inspireren om te werken aan het verbeteren van kwaliteit. Ambassadeurs zijn niet alleen zorgprofessionals maar ook kwaliteitsmedewerkers. Het in een duo van zorgprofessional en kwaliteitsmedewerker oppakken van verbeterprojecten is ook een veelgebruikte strategie. De geïnterviewde zorgprofessionals geven aan dat het belangrijk is om bij verbeterprojecten ook een kwaliteitsmedewerker te betrekken die kan ondersteunen bij het organiseren van het verbeterproject. Kwaliteitsmedewerkers weten hoe kwaliteit in de organisatie is ingebed, hoe er aan kwaliteit wordt gewerkt en hoe dit is geborgd in het kwaliteitssysteem. Bovendien weten zij welke tools en methoden kunnen worden ingezet en hebben zij meer verstand van projectmanagement. Tot slot wordt ook het vieren van successen en mijlpalen als een concrete strategie ingezet om medewerkers te stimuleren te blijven verbeteren. Naast het zichtbaar maken van bereikte mijlpalen in presentaties of interne publicaties gaat het ook over individueel gerichte waardering bijvoorbeeld door medewerkers te complimenteren: "goed gewerkt vandaag, bedankt voor jullie inzet" of specifieker "ik heb gezien dat je die pa-

tiënt nog wat extra aandacht hebt gegeven"; "goed dat je nog een rondje hebt gelopen".

### Veranderkundige ondersteuning

Bij veranderkundige ondersteuning gaat het om het creëren van randvoorwaarden om het werken aan kwaliteitsverbetering te faciliteren en dit ook tot een succes te maken. Bij het creëren van voorwaarden op gebied van tijd, training en budget is de rol van de leidinggevende groot. Hoofd verpleegkundigen geven aan dat je medewerkers tijd moet geven voor het uitvoeren van kwaliteitsverbetering. Een aantal medisch leidinggevendens gaven echter aan dat het toekennen van extra uren om met kwaliteitsverbeteringen bezig te zijn ten onrechte de suggestie wekt dat dit geen intrinsiek onderdeel van het werk is: "Zodra je eraan begint om mensen vrij te geven om een bijdrage te leveren aan kwaliteit en veiligheid is dit iets wat erbij komt. Ik vind dat dit een onderdeel van het werk is van ieder medisch staf lid en iedere verpleegkundige."

Een veel genoemd aspect van het creëren van voorwaarden was het zorgen voor adequate ICT-ondersteuning en het daarbij inzetten op het goed kunnen verzamelen en het eenvoudig verwerken van de correcte data. "Er zit zoveel ruis in de data dat ik denk dat het niet een juiste weergave van de situatie geeft. Dan verstoort het de discussie eerder dan dat het een positieve bijdrage levert."

Gerelateerd aan het thema veranderkundige ondersteuning geven veel geïnterviewden aan dat de wijze waarop kwaliteit in de organisatie is ingebed, hoe er aan kwaliteit wordt gewerkt en hoe dit is geborgd in het kwaliteitssysteem mede bepalend is voor het succesvol implementeren en borgen van verbeteringen. Uit een onderzoek van Weggelaar-Jansen e.a. (2015) blijkt dat dit bij de onderzochte UMC's en STZ-ziekenhuizen verschilt (9). Een aantal geïnterviewden gaf expliciet aan dat het voor hen heel functioneel was te weten bij wie ze met hun vragen over kwaliteit terecht konden. Door sommige geïnterviewden wordt de verbetercultuur gekoppeld aan de inzet van een specifiek kwaliteitssysteem. Door het gebruik maken van een kwaliteitssysteem waarin de nadruk ligt op 'verbeteren wat niet goed gaat' wordt een verbetercultuur ondersteund.

### Ervaren dilemma's

Alle leidinggevendens geven aan dat kwaliteitsverbetering vooral afhankelijk is van de mate waarin een organisatie of een afdeling in staat is haar cultuur respectievelijk teamklimaat te beïnvloeden. De wijze waarop ze die cultuur

trachten te beïnvloeden verschilt echter per leidinggevende. Er zijn leidinggevendenden die hun strategieën meer op het stimuleren van commitment van hun medewerkers richten, terwijl anderen strategieën gebruiken die aangrijpen op de ‘controlekant’ van kwaliteit door in eerste instantie te willen meten of de gewenste kwaliteit gehaald wordt. De termen, die veel in associatie met elkaar werden genoemd, zijn in de tabel uitgewerkt.

De geïnterviewden ervaren op dit punt een dilemma: bij te veel focus op de ‘control-kant’ bestaat het risico dat medewerkers een verandering als top-down ervaren en gedemotiveerd raken; bij te veel focus op commitment bestaat het risico dat het doorvoeren van een kwaliteitsverbetering als te vrijblijvend wordt ervaren. Een ander ervaren dilemma is het kwaliteitsbewustzijn van de leidinggevende versus de beschikbare tijd om daar uitvoering aan te geven. Strategieën die als werkzaam worden ingeschat kunnen zo toch ondersneeuwen in de ‘waan van de dag’.

Een derde dilemma is dat het in het huis gehanteerde kwaliteitssysteem veel wordt geassocieerd met het bieden van een duidelijk kader, in een positieve zin. Maar ook met het aangeven van regels en afspraken die rigide zijn en vaak meer mathematisch worden ingezet dan ondersteunend zijn aan het aanwakkeren van passie of commitment.

### Concluderende opmerkingen

In de peiling hebben de onderzoekers gevraagd naar gebruik en ervaren effectiviteit van strategieën om commitment voor kwaliteit op de werkvloer te stimuleren. De strategieën die de onderzoekers bevestigd hebben zijn gerelateerd aan de vier beschreven thema's. De geïnterviewden gaven aan dat zij meestal gebruik maken van een combinatie van strategieën, mede afhankelijk van het specifieke kwaliteitsprobleem, maar ook afhankelijk van de context van de verandersituatie. De vier thema's en de strategieën per thema blijken deels overlap te hebben, zoals ook te zien is in figuur 1. De puzzel als figuur is dan ook bewust gekozen om deze verwevenheid te laten zien. Strategieën die volgens de geïnterviewde leidinggevendenden het meest bijdragen aan het stimuleren van commitment aan kwaliteitsverbetering zijn: stimuleren van eigenaarschap, vertellen van verhalen, in dialoog uitwisselen van informatie, stimuleren van een leerklimaat en inzetten van ambassadeurs. Deze strategieën zijn in figuur 1 terug te vinden in het witte puzzelstuk centraal in de figuur.

Uit deze peiling blijkt dat de zorgprofessionals de ondersteuning van kwaliteitsmedewerkers als zeer waardevol en ondersteunend aan het realiseren van kwaliteitsverbeteringen zien. Het is voor kwaliteitsmanagers en -medewerkers dan ook belangrijk om te zorgen dat professionals weten hoe kwaliteit in hun organisatie is ingebed, hoe er aan gewerkt wordt en hoe dit in het kwaliteitssysteem is geborgd. Daarnaast is het relevant om samen te werken met de zorgprofessionals om kwaliteitsverbetering verder te stimuleren. Hierbij is het essentieel dat kwaliteit onderdeel van het primaire proces wordt.

### Noten

1 Het projectteam bestond uit medewerkers van het Universitair Medisch Centrum Utrecht: Margriet Schneider, Liesbeth van Rensen, en Ulrike Weske en het Universitair Medisch Centrum Groningen: Erik Heineman, Gera Welker, Roel Bakker en Annemieke Visser.

### Literatuur

- Braithwaite, J. D. Marks, N. Taylor, 2014. *Harnessing implementation science to improve care quality and patient safety: a systematic review of targeted literature*. Int. J. for Qual. In Health Care, 26 (3):321-329.
- Dixon-Woods, M., S. McNicol, G. Martin, 2012. *Evidence: Overcoming challenges to improving quality. Lessons from the Health Foundation's improvement programme evaluations and relevant literature*. The Health Foundation.
- Dückers M.L.A., C. Wagner, L. Vos, P.P. Groenewegen, 2011. *Understanding organizational development, sustainability, and diffusion of innovations within hospitals participating in a multilevel quality collaborative*. Implementation Science 2011, 6:18.
- Gollop, R., E. Whitby, D. Buchanan, D. Ketley, 2004. *Influencing skeptical staff to become supporters of service improvement: a qualitative study of doctors' and managers' views*. Qual Saf Health Care 2004; 13:108-114
- Mohr, J.J., Batalden, P., Barach, P., *Integrating patient safety into the clinical microsystem*, Qual Saf Health Care 2004;13(Suppl II):ii34-ii38.
- QUASER project: *Quality and safety in European Union hospitals*. The QUASER Hospital Guide. <http://www.quaserproject.eu/>
- Vos, L., M. Dückers, C. Wagner. 2008. *Evaluatie Sneller Beter Pijler 3: Resultaten van een verbeterprogramma voor ziekenhuizen*. Nivel: <http://www.nivel.nl>
- Winters, S. 2014. *Trinity of Quality Improvement - Studies on structure, process and outcome related to quality improvement in long-term care in The Netherlands between 2007 and 2011*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Weggelaar-Jansen A.M., C. Wagner, R. Bal. 2015. *Kwaliteitsverbetering opleidingsziekenhuis blijkt maatwerk. Structuur organisatie is bepalend*. Boardroom Zorg, maart 2015: 236-239

### Informatie over de auteurs

**Dr. Gera Welker**, Adviseur Beleid en Implementatie UMCG.

**Dr. Roel Bakker**, senior onderzoeker Toegepast GezondheidsOnderzoek UMCG.

**Prof dr. Erik Heineman**, Hoogleraar Heelkunde en hoofd afdeling Heelkunde UMCG.

**Dr. Liesbeth van Rensen**, senior onderzoeker en beleidsmedewerker directie Kwaliteit en Patiëntveiligheid UMCU.

**Prof. Dr. Margriet Schneider**, Hoogleraar Interne Geneeskunde, Divisievoorzitter van de Divisie Interne Geneeskunde UMCU (tot 1 november 2015).

# Richtlijnen Implementatie antistollingszorg

## VEEL DRAAGVLAK, MAAR NOG GEEN STAANDE PRAKTIJK

Antistollingsmiddelen (“bloedverdunners”) zijn geneesmiddelen die de stolling van het bloed verminderen of vertragen en zijn één van de meest gebruikte medicijnen voor hart- en vaatziekten en trombose. Aan het gebruik van antistollingsmiddelen zijn risico’s verbonden, omdat het gebruik ervan een verhoging van het bloedingsrisico met zich meebrengt, terwijl er bij een onvoldoende stollingsniveau of het tijdelijk onderbreken van de behandeling juist een verhoogd risico ontstaat op trombose. Een groot deel van de potentieel vermijdbare medicatieschade in ziekenhuizen is toe te schrijven aan antistollingsmedicatie. Het NIVEL voerde onderzoek uit naar de implementatie van drie richtlijnen, ontwikkeld om de antistollingszorg te verbeteren.

### N. Damen

**B**ij de behandeling van patiënten die antistollingsmiddelen gebruiken zijn verschillende zorgverleners betrokken, waaronder medisch specialisten, huisarts, apotheker en de trombosedienst. Samenhang binnen deze keten is essentieel maar complex, en een potentiële bron van fouten. Daarnaast zijn er sinds 2009 nieuwe antistollingsmiddelen op de markt, wat de antistollingszorg nog complexer heeft gemaakt. Hierdoor ontstond de behoefte de organisatiestructuur rondom antistolling aan te passen en werden drie richtlijnen ontwikkeld: de “Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling (LSKA)” (LSKA 1.0), de “Leidraad begeleide introductie nieuwe orale antistollingsmiddelen” (Leidraad) en de LSKA 2.0 (Box 1).

### Onderzoek naar implementatie

De LSKA 2.0 is de meest recente richtlijn gericht op het verbeteren van de antistollingszorg. Het is niet bekend in hoeverre de aanbevelingen uit de eerdere richtlijnen geïmplementeerd zijn, hoe de partijen betrokken bij antistollingszorg tegen deze nieuwe richtlijn aankijken en aan welke

randvoorwaarden voldaan moet worden om tot implementatie te komen. Het NIVEL voerde eind 2014/begin 2015 onderzoek uit naar de mate waarin de LSKA 1.0 en de Leidraad geïmplementeerd zijn en welke acties nodig zijn om tot implementatie van de aanbevelingen uit de LSKA 2.0 te komen. Om de perspectieven op implementatie van de LSKA 1.0, LSKA 2.0 en Leidraad in kaart te brengen, werden in het onderzoek 9 face-to-face en 46 telefonische interviews afgenomen bij vertegenwoordigers van landelijke brancheorganisaties en regionale partijen betrokken bij antistollingszorg.

### Casemanagement Antistolling

De aanbevelingen uit de LSKA 1.0 lijken grotendeels geïmplementeerd. Binnen de eerste lijn zijn trombosediensten bezig om het casemanagement antistolling vorm te geven. Zij geven aan al jaren als casemanagement voor VKA-patiënten te fungeren, ook al wordt het niet overal als zodanig benoemd. Ziekenhuizen zijn initiatieven gestart om het casemanagement antistolling in de tweede lijn vorm te geven. Zij hebben bijvoorbeeld een antistollingscommissie opgericht, een specifieke casemanager ingesteld en/of een stollingspoli ingericht. Wat opvalt is dat elke trombosedienst of ziekenhuis het casemanagement antistolling op zijn eigen manier inricht, al naar gelang de grootte en structuur van de organisatie, beschikbare mensen en middelen en bereidheid van medewerkers. In sommige ziekenhuizen komt de implementatie niet van de grond. Er bestaan geen declaratie mogelijkheden voor de activiteiten die het casemanagement antistolling vereist. Dit vormt voor sommige ziekenhuizen een knelpunt voor implementatie, aldus de geïnterviewden.

*“Ik denk na over hoe ik het casemanagement binnen het ziekenhuis kan bewerkstelligen. Dit is nodig, want ik heb nu het gevoel dat iedereen*

*maar wat doet als het om antistolling gaat. Het is wel lastig, want je zit met vragen als ‘wie moet de verantwoordelijkheid nemen, wie moet er tijd in steken er waarvan moeten we het betalen?’* Medisch Specialist

### Zorg voor NOAC-patiënten

Binnen de meeste ziekenhuizen zijn de aanbevelingen uit de Leidraad geïmplementeerd en is de richtlijn als uitgangspunt gebruikt om afspraken over NOAC's te maken, en deze vast te leggen in specifieke NOAC-protocollen. Op termijn ziet men een rol voor de eerste lijn weggelegd voor de begeleiding van NOAC-patiënten. Sommigen zien hierin een rol voor de huisarts, terwijl anderen van mening zijn dat vooral trombosediensten deze rol kunnen vervullen, omdat hun organisatiestructuur hier al op ingericht is.

*“De tweede lijn dient enkel bij gecompliceerde, specialistische situaties geconsulteerd te worden, terwijl de eerste lijn zorg kan dragen voor de overige aspecten van de NOAC-begeleiding.”* Medisch Specialist

Aanpassingen in de financieringsstructuur en opleiding zijn volgens de geïnterviewden nodig om optimale zorg voor NOAC-patiënten, met ondersteuning door onder andere gespecialiseerde verpleegkundigen en de eerste lijn, te realiseren.

### Regiotafel

De LSKA 2.0 beveelt de implementatie van structurele transmurale samenwerkingsverbanden aan. De meeste geïnterviewden achten deze verbanden noodzakelijk om duidelijke afspraken te kunnen maken over wie waarvoor binnen de keten verantwoordelijk is. Enkele geïnterviewden zien de meerwaarde hiervan niet in, omdat zij tevreden zijn over de huidige samenwerkingsverbanden.

De mate waarin structurele transmurale samenwerkingsverbanden gerealiseerd zijn, verschilt per regio. In een groot aantal regio's hebben trombosediensten een regiotafel antistolling opgericht, waarbinnen eerste- en tweedelijnsketenpartners vertegenwoordigd zijn. Binnen een regiotafel staat transmurale afstemming van het antistollingsbeleid op lokaal en regionaal niveau centraal. De ervaringen met de regiotafels zijn wisselend en variëren van goed werkend tot lastig om alle ketenpartners bij elkaar aan tafel te krijgen.

*“Het succes van dergelijke initiatieven hangt af van enthousiaste vertegenwoordigers, die extra*



Buisjes met bloed.

*taken op zich willen nemen. Deze vertegenwoordigers moeten daarnaast samen komen, wat praktisch vaak lastig te realiseren is.”* Huisarts

*“De opkomst bij de regiotafel is goed. We hebben geleerd dat het onderwerpen moeten zijn waar iedereen zich in kan vinden. Als je stukken hebt waarbij bijvoorbeeld de huisartsen achterover gaan leunen, dan moet je die apart bespreken. Iedereen doet het buiten werktijd, men komt er extra voor, dus dan moet het ook nuttig zijn. [...] Je moet elkaar echter wel weten te vinden door de gehele keten heen. Het gaat erom dat de afspraken duidelijk zijn en dat je weet wat je van elkaar kunt verwachten.”*

Trombosedienst medewerker

Deelname aan de regiotafel met mandaat vanuit de achterliggende beroepsgroep, kan de opkomst en betrokkenheid van de ketenpartners bevorderen en de communicatie van afspraken naar de achterban verbeteren.

*“Wanneer slechts één huisarts uit de regio zich aansluit bij een regiotafel, terwijl er 160 huisartsen in de regio zijn, is het lastig om hen allemaal te bereiken met de gemaakte afspraken. Verspreiding via een beroepsvereniging helpt hierbij.”* Huisarts

Er zijn ook regio's waar geen officiële regiotafel bestaat. Overleggen over het antistollingsbeleid vinden in deze, vaak kleinere, regio's bilateraal plaats of binnen een bestaande overleg- of ketenstructuur. Niet alle ketenpartners worden betrokken bij deze overleggen, waardoor de transmurale afstemming suboptimaal verloopt. Ondersteuning, coördinatie en een koppeling

van ICT-systemen zijn volgens de geïnterviewden nodig om structurele transmurale samenwerkingsverbanden, zoals een regiotafel, op te kunnen zetten en te behouden.

### Antistollingscentra en Expertisecentra

De LSKA 2.0 beveelt vervolgens aan om structurele transmurale samenwerkingsverbanden op te schalen naar regionale antistollingscentra en expertisecentra. Deze centra dienen gebaseerd te zijn op geformaliseerde samenwerkingsverbanden tussen trombosediënten en ziekenhuizen. In Figuur 1 is dit schematisch weergegeven.

Slechts in één regio in Nederland zijn een regionaal antistollingscentrum en een expertisecentrum formeel opgericht. De concrete invulling van de centra wordt in de komende maanden bepaald. Dat deze regio er in is geslaagd de centra op te richten, hangt volgens betrokkenen vooral samen met het feit dat de regio beschikt over enthousiaste kartrekkers en een procesbegeleider die de implementatie ondersteunt. In de overige regio's komt de implementatie van deze aanbeveling niet van de grond. Enkele geïnterviewden twijfelen aan de toegevoegde waarde van regionale antistollingscentra en expertisecentra, bovenop transmurale samenwerkingsverbanden. In de meeste regio's is de wil er wel en wordt de meerwaarde van de centra ingezien, maar ontbreekt het aan mensen en middelen om ermee aan de slag te gaan.

*“Speciale centra waarbinnen de gehele antistollingszorg samenkomt, lijken ons zeker van belang, maar de tijd en financiering om het bij*

*ons in de regio op te richten ontbreekt. Nu moet het allemaal tussendoor of erbij en niemand kan er dus echt veel tijd in steken. Daarom duurt het zo lang om iets voor elkaar te krijgen.”* Trombosediënt medewerker

Daarnaast zijn veel regio's nog bezig met het realiseren van structurele transmurale samenwerkingsverbanden, zoals een regiotafel, waardoor het opzetten van de centra een stap te ver is.

*“Het is bij ons in de regio nog lang niet zover dat dergelijke centra geopend zou kunnen worden. We hebben pas sinds enkele maanden een regiotafel. We willen eerst kijken of de afspraken die daar gemaakt worden een meerwaarde hebben, voordat we na gaan denken over vervolgstappen. Mochten deze afspraken werken, kan vanuit daar gekeken worden naar de knelpunten en kunnen deze opgelost worden. Vervolgens kan dit eventueel omgetoverd worden tot iets grootschaligs.”* Trombosediënt medewerker

Wanneer gevraagd wordt naar ideeën over de toekomstige vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra, lijkt niet één aanpak of model de juiste omdat regio's van elkaar verschillen. Elke regio zou hier een bij de eigen situatie passende invulling aan willen geven. De geïnterviewden zijn het erover eens dat de indeling in regio's bij voorkeur gebaseerd moet worden op natuurlijke, bestaande samenwerkingsverbanden. Verder zijn zij van mening dat naast ziekenhuizen en trombosediënten, ook de overige ketenpartners (inclusief patiënten) bij de opzet van de centra betrokken dienen te worden. Ondersteuning en coördinatie, bijvoorbeeld in de vorm van procesbegeleiding, worden als belangrijke randvoorwaarden voor implementatie gezien. Hier is financiering voor nodig. Daarnaast is het van belang om het bewustzijn van de noodzaak van implementatie te vergroten en ICT-systemen van de ketenpartners aan elkaar te koppelen, zodat een keteninformatiesysteem ontstaat.

### Kosten implementatie

De geschatte kosten voor implementatie van een regionale infrastructuur voor antistolling, inclusief de vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra (zoals aanbevoelen in de LSKA 2.0), omvatten investeringskosten en structurele kosten. De investeringskosten betreffen implementatiebegeleiding, waarbij per regio een procesbegeleider aangesteld kan worden. Daarnaast kan een landelijke procesbegeleider aangesteld worden voor het organiseren van regio-overstij-

Richtlijn	Inhoud	Centrale aanbeveling(en)
<b>LSKA 1.0</b> <b>nov 2012</b>	Gericht op de organisatie van de antistollingszorg op <i>lokaal</i> niveau  Focus op traditionele antistollingsmiddelen (Vitamine K-antagonisten, ofwel VKA's)	Aanwezigheid van een "casemanagement antistolling" binnen zowel de eerste als de tweede lijn, die de centrale regie voert in de zorg rondom antistolling.
<b>Leidraad</b> <b>nov 2012</b>	Adviezen over de geleidelijke en veilige introductie van nieuwe orale antistollingsmiddelen (NOAC's)	Aanwezigheid van NOAC-protocollen in zowel de eerste als tweede lijn  De centrale regie voor de behandeling en begeleiding van NOAC-patiënten dient bij de voorschrijver/ hoofdbehandelaar in de tweede lijn te liggen
<b>LSKA 2.0</b> <b>juni 2014</b>	Gericht op de organisatie van de antistollingszorg op <i>regionaal</i> niveau  Focus op alle typen antistollingsmiddelen, waaronder VKA's en NOAC's	Realiseren van regionale samenwerkingsverbanden met betrekking tot antistollingszorg (bijvoorbeeld regiotafel)  Vormgeving van Regionale antistollingscentra en Expertisecentra, waarbinnen de totale ketenzorg rondom antistolling bij elkaar gebracht wordt

Box 1. Overzicht richtlijnen en bijbehorende aanbevelingen

gende bijeenkomsten, waar ervaringen uitgewisseld worden. De implementatie kan tot kostenbesparing leiden door het verminderen van het aantal complicaties en vermijdbare fouten in de antistollingszorg. Structurele kosten hebben betrekking op aanpassingen in de financieringsstructuur voor antistolling, wat declaratie van coördinatie activiteiten mogelijk maakt. Wanneer aan deze randvoorwaarden voldaan wordt, schatten de geïnterviewden in dat binnen een jaar de kaders voor implementatie van een regionale infrastructuur rond kunnen zijn, waarna binnen 2-3 jaar de regionale antistollingscentra en expertisecentra in werking gesteld kunnen worden. Het stellen van deadlines voor (onderdelen van) implementatie en controle hierop kan de implementatie bevorderen.

### Aanbevelingen voor het veld

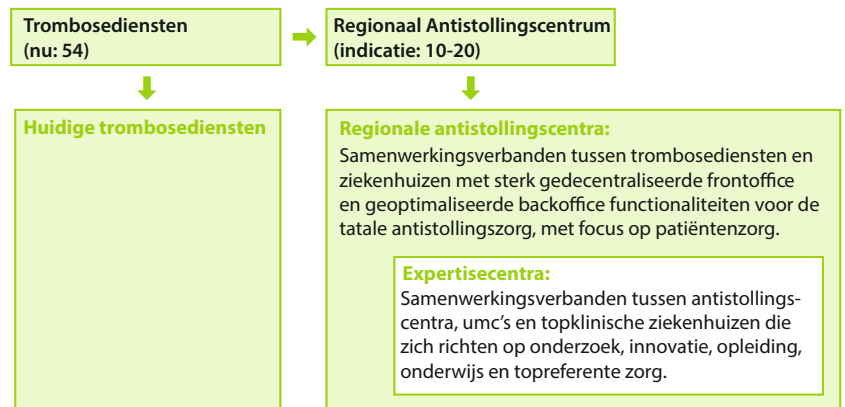
Concluderend lijken de aanbevelingen uit de LSKA 1.0 en de Leidraad grotendeels geïmplementeerd. Om tot succesvolle implementatie van de aanvullende aanbevelingen uit de LSKA 2.0 te komen, worden in het onderzoek een aantal aanbevelingen gegeven.

Aanbevelingen voor de Landelijke Stuurgroep Keten Antistollingsbehandeling (ontwikkelaars LSKA 2.0):

- Er wordt aanbevolen dat de Landelijke Stuurgroep werkt aan het vergroten van het bewustzijn van de meerwaarde van implementatie bij de betrokken partijen. Gezamenlijk kunnen zij tot concrete vervolgstappen komen.
- Er wordt aanbevolen dat de Landelijke Stuurgroep probeert middelen te verkrijgen voor ondersteuning van de implementatie in de regio's en op landelijk niveau.
- Er wordt aanbevolen dat de Landelijke Stuurgroep met overkoepelende partijen in gesprek gaat over de mogelijkheden voor het aanpassen van de financieringsstructuur, die declaratie van coördinatie activiteiten mogelijk maakt.

### Aanbevelingen op transmuraal niveau:

- Er wordt aanbevolen dat binnen elke regio transmurale samenwerkingsverbanden opgericht worden, zoals een regiotafel. Binnen deze samenwerkingsverbanden dienen de ketenpartners betrokken bij antistollingszorg uit de eerste en tweede lijn vertegenwoordigd te worden, met mandaat vanuit de achterliggende beroepsgroep.
- Binnen de transmurale samenwerkingsverbanden staat afstemming van het antistollingsbeleid op lokaal/regionaal niveau centraal, voor alle verschillende typen



Figuur 1. Schematische weergave vormgeving regionale antistollingscentra en expertisecentra

Bron: visiedocument "Toekomstscenario Antistollingszorg", Federatie Nederlandse Trombosediensdiensten 2013

antistollingsmiddelen (VKA, NOAC, TAR).

- Aanbevolen wordt om de ICT-systemen van de ketenpartners aan elkaar te koppelen. Doseersystemen van trombosediensdiensten kunnen hiertoe gekoppeld worden aan ziekenhuissystemen en de systemen van de overige ketenpartners, zoals huisartsensystemen.

### Samen op weg

Hoewel de LSKA 2.0 nog niet lang geleden is verschenen en de implementatie in de kinderschoenen staat, lijkt het draagvlak voor deze nieuwe richtlijn groot. Het uitbrengen van een richtlijn biedt echter geen garantie voor implementatie; hiervoor zijn een hoge mate van bewustzijn, procesondersteuning en een concreet actieplan nodig. Het is essentieel dat in de komende jaren binnen de gehele keten antistolling aandacht besteed wordt aan implementatie van de richtlijn. Betrokken zorgverleners en instanties dienen met elkaar in gesprek te gaan om gezamenlijk vervolgstappen te bedenken. Het wiel steeds opnieuw uitvinden is hierbij niet zinvol. Juist het delen van goede voorbeelden ("best practices") en succeservaringen kan de implementatie op gang brengen en in een stroomversnelling doen belanden. Wanneer best practices voorhanden zijn, kunnen regio's de - bij de eigen situatie passende - invulling van de implementatie hierop baseren.

### Informatie over de auteurs

**Dr. N.L.M. Damen** is postdoctoraal onderzoeker aan het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.

# Eenheid van taal basis professioneel handelen

## ONTWIKKELINGEN RONDOM HET WERKEN MET HET OMAHA SYSTEM

De huidige veranderingen in de zorg leiden er toe dat de thuiszorg goed moet onderbouwen en vastleggen wat men doet, voor wie en wat de resultaten van die zorg thuis zijn. Het betreft vragen van cliënten over bijvoorbeeld het lichamelijk of psychosociaal functioneren, en het bevorderen of ondersteunen van gezondheid. Tot nu toe gebruiken organisaties en zorgmedewerkers hiervoor onder andere het zorgplan. Dit zorgplan kan voor elke organisatie anders zijn en verschillend worden ingevuld. Door te gaan werken met een classificatie voor de zorg ontstaat er eenheid van taal in een logische samenhang en worden de zorgplannen transparanter. Medewerkers kunnen gemakkelijker en eenduidiger hun plannen maken en bijhouden, organisaties en teams krijgen meer zicht op de huidige inhoud en de kwaliteit van de zorgplannen en de verbetermogelijkheden.

### D. Rietveld en J. Mast

**H**et Omaha system is een classificatie voor de openbare en maatschappelijke gezondheidszorg en is daarom goed voor de thuiszorg te gebruiken. Met steun van, op dit moment, 58 zorgorganisaties, 16 ICT-leveranciers en 18 scholingsbureaus is het Omaha System begin 2016 uitgegroeid tot het meest gebruikte classificatiesysteem voor de wijkverpleging. De stichting Omaha System Support monitort deze ontwikkelingen, stelt informatie- en ondersteuningsmateriaal ter beschikking en ondersteunt bij de implementatie. In dit artikel bieden we een overzicht van de huidige stand van zaken.

### **Eenheid van taal**

Het Omaha System is taal in een logisch geheel, wetenschappelijk onderbouwd bij elkaar gebracht. Het helpt professionals in zorg en welzijn bij het eenduidig vastleggen van vragen van een cliënt, de gewenste uitkomsten en de nodige acties. Alle termen in deze classificatie zijn geordend volgens een logische, weten-

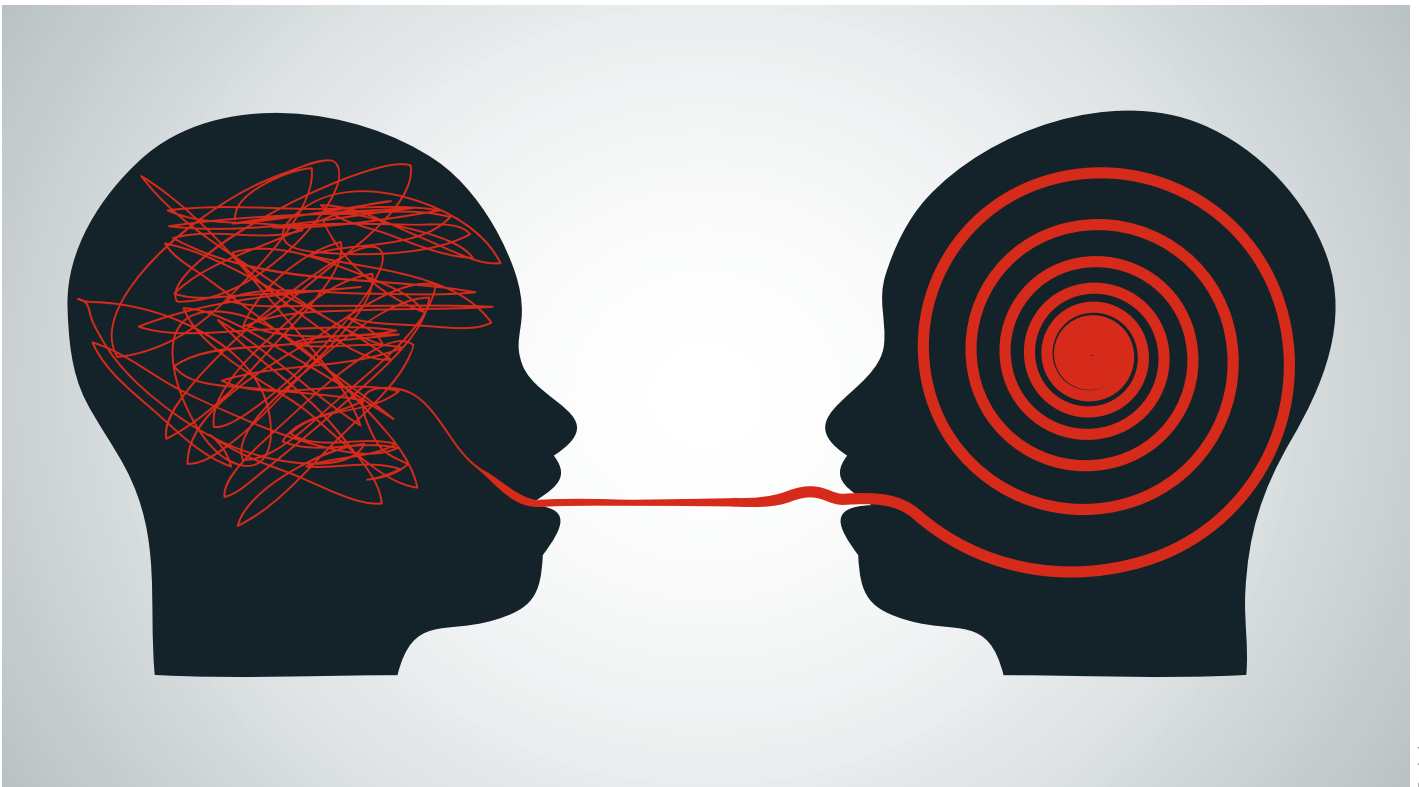
schappelijk onderbouwde samenhang. Daarbinnen zijn de termen gedefinieerd waardoor het gemakkelijker is om aandachtsgebieden die spelen bij een cliënt te identificeren en vast te leggen. Ook de nodige acties en na te streven uitkomsten van en voor cliënten worden in deze zelfde eenheid van taal benoemd. Het vergemakkelijkt het maken van een transparant zorgplan waardoor de communicatie met elkaar en met de cliënt verbetert. Ook biedt een eenduidig opgesteld zorgplan inzicht in de vragen van de cliënt op team- en organisatieniveau. Vervolgens is duidelijk wat er gedaan is vanuit de zorgprofessionals en wat de resultaten zijn bij de cliënt. Dit is een aanzienlijke stap vooruit in het doelgericht en cliëntgericht verbeteren van de zorg.

Voorbeeld: Team A heeft - op basis van hun documentatie in het zorgplan - ontdekt dat een groot deel van hun zorgvragers eenzaam is. Door gericht met andere organisaties samen te werken aan dit vraagstuk kunnen ze hun acties rond dit thema specifieker maken, verbeteren of aanpassen als dat nodig is. Ook kunnen ze in de gerapporteerde uitkomsten zien wat het resultaat is van hun acties.

### **Ontwikkelingen**

Het werken met een classificatie in de zorg is nieuw. Het is een professionaliseringsslag die gaande is en ondersteund wordt door de snelle opkomst van het werken met Elektronische Client Dossiers (ECD'S). Op initiatief van een aantal zorgorganisaties is het implementeren van het Omaha System in de thuiszorg in 2014 opgestart. Er bleek al snel veel draagvlak te zijn voor deze manier van werken en veel organisaties zagen de voordelen ervan. In de thuiszorg zijn vanaf de eerste start 30 organisaties aangesloten. Zij zijn al gestart of hebben de intentie om aan de slag te gaan. De stichting Omaha System Support ondersteunt de organisaties in het werken ermee.





Eenheid van taal in het Omaha Systeem voorkomt misverstanden.

De acceptatie van het Omaha System in de thuiszorg gaat snel. Het gesprek met de cliënt en het centraal stellen van het cliëntperspectief, het inbouwen in ECD's, het beheren van data en het implementeren ook in de verpleeghuizen zijn actuele onderwerpen. We schetsen kort deze ontwikkelingen en geven in de kaders enkele praktijkvoorbeelden.

### 1. Het gesprek met de cliënt en het centraal stellen van het cliëntperspectief

Uitgangspunt is om in een open gesprek met de cliënt en familie tot een passend en transparant zorgplan te komen, daarbij gebruik makend van de classificatie. De wensen en voor geschiedenis van de cliënten en de ervaring van de zorgprofessional komen bij elkaar in het nadenken over en het vormgeven aan het zorgplan. De professional blijft net als nu zelf de vertaling geven naar de cliënt van zijn/haar professionele inschatting en handelen. Door helder vast te leggen wat er speelt en wat men gezamenlijk wil bereiken is het planmatig samen werken aan de gewenste uitkomsten voor de cliënt en zijn familie veel duidelijker. De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, indien mogelijk, kan op deze manier veel beter in kaart gebracht worden.

Een aantal zorgorganisaties ontwikkelt met de stichting 'voorbeeld zorgplannen' gebaseerd op

#### De praktijk bij Carintreggeland

CarintReggeland is één van de voorlopers intramuraal. Ronnie Koelen is opleidingsfunctionaris bij deze Twentse zorgorganisatie met ongeveer 300 zorgteams (wijkverpleging en intramuraal). Koelen: "Binnen Carintreggeland werken wij al jaren intramuraal met een ECD en sinds twee jaar doen we dat ook in de wijkverpleging via een iPad. Ons ECD voldeed niet meer door de grote veranderingen in de zorg en de eisen en wensen vanuit onze organisatie. We wilden de processen graag vereenvoudigen en een groot aantal programma's vervangen door één systeem. Mede door de inkoopwensen van de zorgverzekeraars zijn we op zoek gegaan naar een classificatiesysteem dat goed aansluit bij de dagelijkse praktijk en waarvan wij denken dat deze zowel intramuraal als ook in de wijkverpleging gebruikt kan worden. Het Omaha System geeft de mogelijkheid om de zorgverlening goed te ondersteunen en om het hele zorgteam te betrekken bij het zorgproces. De mantelzorg krijgt ook een goede plek in het plan. Ik denk dat het Omaha System onze medewerkers gaat helpen om de dossiers beter en meer gericht op de klant te gaan vullen en gebruiken. Vooraf dacht ik dat de invoering van het Omaha System op veel weerstand zou stuiten. Maar het tegendeel is waar. Direct na de eerste trainingen hoorde ik allerlei positieve geluiden. Positiever dan verwacht zelfs. De meerwaarde en de praktische ondersteuning werd snel gezien."

#### Praktijkvoorbeeld bij Thebe Wijkverpleging

Jolanda Hermans, wijkverpleegkundige bij Thebe Wijkverpleging, werkte in een pilot met het Omaha System en het door hen gekozen ECD. "Veel minder papier en alles bij de hand op mijn tablet. Persoonlijk vind ik dat het werken met het Omaha System en het ECD onze organisatie een professionele uitstraling geeft. We zijn bij de tijd en voorbereid op de toekomst. Ik kan mijn werk op een professionele manier uitvoeren met gebruik van het Omaha System. De cliënt krijgt zo kwaliteit in zorgverlening en betrokken en gemotiveerde zorgverleners die met één visie werken aan de zelfredzaamheid van de cliënt en zijn directe omgeving." Thebe heeft plannen om ook een cliëntportaal te ontwikkelen.

**Praktijkvoorbeeld bij Amstelring**

Matthias van Alphen, directeur Wijkzorg bij Amstelring, over hun ervaring met data op teamniveau: "Door alleen al de doelgroepen, meest voorkomende ziektebeelden, symptomen en interventies inzichtelijk te maken, hebben de teams beter hun scholingsbehoefte kunnen bepalen. We zagen dat we veel meer mensen met dementie in zorg hadden dan we dachten. Om die reden zijn we met elkaar fors gaan investeren in kennis en kunde op het gebied van dit ziektebeeld. Ook hebben we de data gebruikt om te kijken naar verschillen per teams in uren. De verschillen hebben we gebruikt om met elkaar in gesprek te gaan en de vraag de stellen: Hoe kan het dat het ene team bij die doelgroep gemiddeld X aantal uren zorg biedt, terwijl het andere team bij diezelfde groep twee keer zo veel zorg biedt? Wat zijn de oorzaken van deze verschillen? Dergelijke gesprekken leveren veel informatie voor de teams op en bevorderen intercollegiaal overleg. Eindelijk hebben we goede onderliggende data over de inhoud om met elkaar over in gesprek te gaan."

**Stichting Omaha System Support**

De stichting Omaha System Support zet zich in voor professionalisering en ondersteuning van zorgprofessionals door het bevorderen, faciliteren en borgen van eenheid van taal via het Omaha System. Aangesloten zorgorganisaties ontvangen ondersteuning bij de implementatie van het Omaha System via informatie- en ondersteuningsmateriaal, adviesgesprekken, workshops en kennisdeling met andere zorgorganisaties. Voor veel zorgorganisaties is het inbouwen van het Omaha System in de ICT-applicatie een belangrijk onderdeel van de implementatie. De stichting wil de kwaliteit en passend gebruik van de terminologie in de software waarborgen. Daarvoor werkt zij samen met ICT-leveranciers. Voor goede scholing van medewerkers, een essentieel onderdeel bij de implementatie, werkt de stichting samen met de door haar gecertificeerde scholingsbureaus. Ook is de stichting actief om het Omaha System een plek te geven in opleidingen van hogescholen en middelbaar beroepsonderwijs. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2014 haar steun uitgesproken. (zie [www.omahasystem.nl](http://www.omahasystem.nl))

**Kenmerken van het Omaha System:**

- Heldere termen, definities en onderbouwde samenhang om aan te geven wat er speelt bij een cliënt, wat je wilt bereiken en wat je daarvoor gaat doen.
- Oog voor de omgeving en voor gezondheidsbevordering.
- Bruikbaar voor individuele zorg, voor systeemaanpak met families en voor een wijkgerichte aanpak.
- Ondersteuning voor het hele proces van aanmelding, zorg en evaluatie.

de termen van het Omaha System, gekoppeld aan landelijke richtlijnen en standaarden. Zorgorganisaties kunnen de voorbeelden gebruiken voor het maken van een zorgplan-op-maat met hun cliënt.

**2. Het Omaha System in ECD's**

Het Omaha System biedt eenheid van taal voor het zorgplan. Het is voor de bruikbaarheid in de praktijk relevant dit binnen het ECD in te bou-

## Werken met classificatie in de zorg is nieuw

wen. Dit helpt zorgprofessionals om hun plan te maken, bij te houden, aan te vullen en te evalueren. Andere onderdelen binnen het ECD zoals planning, cliëntgegevens en managementinfor-

matie zijn geen onderdeel van het Omaha System, maar kunnen gekoppeld worden. Veel ICT-leveranciers zijn momenteel hard aan de slag om het Omaha System in ECD's in te bouwen. De stichting wil de kwaliteit en passend gebruik van de terminologie in de software waarborgen. Dit doet zij onder andere via certificering. Ecare Services en Unit4 zijn de eerste ICT-leveranciers die in december 2015 zijn gecertificeerd. Onderdelen van de certificering zijn het ophalen van gebruikerservaringen, het meekijken met de zorgmedewerker in de softwareapplicatie en het aanleveren van een export van de data.

**3. Beberen van data**

De zorgprofessional legt de gegevens voor een goed zorgplan vast. Met het Omaha System wordt dit op een eenduidige manier aan de bron gedaan. Uit de gegevens, die uit de zorgplannen naar voren komen, kan veel waardevolle informatie worden gehaald. Niet alleen voor de cliënt en de familie, maar ook voor het team en de organisatie. We laten dit zien in het praktijkvoorbeeld van Amstelring (zie kader). Het gebruiken van deze gegevens is gebonden aan regels rond privacy en eigenaarschap. Het delen ervan kan dus niet zomaar. Over het beheer van data op landelijk niveau is de stichting in gesprek met Actiz om tot duidelijke afspraken hierover te komen.

**4. Intramuraal implementeren**

Het Omaha System is breed toepasbaar: niet alleen voor de zorg thuis, maar ook in het sociaal domein en de ouderenzorg. De stichting monitort de ontwikkelingen bij drie zorgorganisaties die het Omaha System intramuraal aan het implementeren zijn: Carintreggeland, Amstelring en Vivium zorggroep. Zij deelt de kennis met de overige leden, zodat zij van elkaar kunnen leren.

Eenheid van taal draagt bij aan de professionalisering van de zorg en welzijn. Met het Omaha System als basis voor het zorgplan verbetert de communicatie met elkaar en met de cliënt. Het helpt de zorgprofessionals op een eenvoudige manier de kwaliteit te verhelderen, te bespreken en te verbeteren. Er is veel draagvlak voor deze manier van werken. De geschetste ontwikkelingen gaan ook in 2016 volop door.

**Informatie over de auteurs**

**J. Mast** is sr. adviseur Omaha System Support. **D. Rietveld** is communicatiemedewerker Omaha System Support. Meer weten over het Omaha System of de stichting? Kijk dan op [www.omahasystem.nl](http://www.omahasystem.nl)

Lerend verbeteren, in co-creatie en dialoog

# ZiN implementeert

Zorginstituut Nederland faciliteert implementatie op drie manieren die elkaar continu aanvullen en verrijken. Belangrijk is dat welke combinatie van rollen ook wordt opgepakt het verkennen en begrijpen van een zorgpraktijk en zijn context telkens de eerste stap is.

**M. Rooseboom, E. Weitenberg en C. Roos**

**O**p 1 april 2014 is een vijftal partijen op het gebied van kwaliteit van zorg geïntegreerd met het College voor Zorgverzekeringen tot Zorginstituut Nederland (ZiN).

Dit Zorginstituut:

- Ziet erop toe dat consumenten verzekerd zijn en blijven voor de Zvw en de Wlz.
- Adviseert de overheid over de inhoud en omvang van het wettelijk verzekerde zorgpakket.
- Richt zich op verbetering van de kwaliteit van zorg. Onder andere ontsluit het daartoe informatie over kwaliteit van zorg voor consumenten en voor partijen in de zorg.
- Adviseert de overheid over vernieuwingen en verbeteringen van beroepen en opleidingen in de zorg.

Het stimuleren van implementatie van kwaliteitstandaarden, innovaties, best practices en gepast gebruik is een belangrijk onderdeel van onze taak. In dit artikel gaan we in op de rollen van ZiN bij implementeren. Diana Delnoij, afdelingshoofd bij Zorginstituut Nederland ge-

bruikt daarvoor een interessante metafoer. Zij vergelijkt de rol van Zorginstituut Nederland met die van een ranger in een natuurpark: 'In het Ecosysteem van de Zorg in Nederland is de patiënt de bezoeker waar alles om draait. Zorginstituut Nederland is daarin de 'ranger'. We zijn altijd op pad, verkennen gebieden. We hebben zo overzicht over wat er gebeurt, hoe de praktijk werkt en zicht op wat er nodig is om de kwaliteit van zorg te bewaken, de zorg toegankelijk te houden of doelmatiger te maken. Daar waar het beter kan maar partijen zelf niet in beweging komen, nemen we de regie. Daar waar partijen zelf al bezig zijn met verbeteren, ondersteunen we door te zorgen dat men van elkaar leert en elkaar inspireert.' Zorginstituut Nederland vervult dus de volgende drie rollen:

1. Regie op het geven van duidelijkheid over wat goede zorg is en inzicht in waar die geleverd wordt.
2. Stimuleren en faciliteren van co-creatie.
3. Starten en stimuleren van de dialoog.

## Werk in uitvoering

Onze implementatierol is afhankelijk van de situatie in de praktijk. Daarbij wegen we af of wij een rol hebben of dat de partijen het zelf moeten en kunnen regelen. Belangrijk element blijft het in beweging krijgen van partijen en zorgen dat zij zelf de bal oppakken. We gaan voor goede en heldere afspraken, geen kwaliteitsstandaard zonder indicatoren. Voortdurend volgen we, per aandoeningsgebied, de stand van zaken en ontwikkelingen om te zien welke vragen er spelen en waar iets anders moet. We laten ook zien waar veranderingen leiden tot betere zorg. Zinnige zorg en maatwerk voor de patiënt staan hierbij voorop.

## Informatie over de auteurs

**Madelon Rooseboom** is adviseur Implementatie & ontwikkeling. **Edmar Weitenberg** is communicatieadviseur. **Charlotte Roos** is adviseur Ouderenzorg thuis.

### Voorbeelden van implementatie door het Zorginstituut

- Het Zorginstituut ondersteunt verbeteringen in de Intensive Care door praktijkervaringen en best practices van regionale samenwerking te delen en te bespreken.
- Stimuleren van kwaliteit langdurige zorg.
- Het Zorginstituut pakte de regie op de totstandkoming van een kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en een leidraad verantwoorde personeelsamenstelling. Praktijkvoorbeelden worden gedeeld op [zorginzicht.nl](http://zorginzicht.nl).
- We brengen implementatie-experts bijeen in een leercommunity die met elkaar implementatielessen delen. Deze community is ontstaan vanuit het netwerk GENEVER.

De-implementatie van onnodige zorg:

# Zelfde aanpak als bij implementatie **of toch anders?**

Tot voor kort lag de nadruk bij kwaliteitsverbetering op de implementatie van zorginnovaties. Sinds enkele jaren komt er steeds meer besef dat het planmatig terugdringen, ofwel de-implementatie, van onnodige zorg ook potentieel bijdraagt aan kwaliteit van zorg. In tegenstelling tot de implementatie van zorginnovaties, weten we nog maar weinig over de-implementatie van onnodige zorg. Veelal wordt aangenomen dat de aanpak bij de-implementatie van onnodige zorg vergelijkbaar is aan de implementatie van zorginnovaties. Maar is dat zo?

**Leti van Bodegom-Vos, Perla Marang- van de Mheen**

**D**e laatste jaren is er wereldwijd, en ook in Nederland, toenemende aandacht voor het terugdringen van onnodige zorg. Zo loopt er de campagne Verstandig Kiezen, onder leiding van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en ZonMw. Binnen deze campagne, die gebaseerd is op het Amerikaanse 'Choosing Wisely', formuleren de wetenschappelijke verenigingen van Medisch Specialisten 'Verstandige Keuzes' voor hun eigen specialisme (zie kader). Naast deze campagne Verstandig Kiezen is de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) gestart met het programma 'Doen of Laten? Terugdringen van onnodige zorg'. Binnen dit programma wordt eerst een lijst opgesteld van alle zorg die op basis van wetenschappelijke literatuur en alle Nederlandse richtlijnen in aanmerking komt om teruggedrongen te worden. Vervolgens gaan de umc's gezamenlijk aan de slag om onnodige zorg daadwerkelijk terug te dringen.

Tot nu toe richten zowel de wereldwijde als de Nederlandse initiatieven op het gebied van het terugdringen van onnodige zorg zich in de eerste plaats op het formuleren van 'niet meer doen' lijsten. Deze 'niet meer doen' lijsten leiden echter niet tot een reductie van het gebruik van de onnodige zorg in de zorgpraktijk

(Rosenberg, 2015). Er lijkt dus meer nodig om onnodige zorg terug te dringen, maar wat precies?

Stel dat u er in uw ziekenhuis voor moet zorgen dat er geen artroscopieën en MRI's meer worden uitgevoerd bij degeneratieve knieën zonder slotklachten bij patiënten ouder dan 50 jaar. Hoe pakt u dat dan aan? Betreft u hierbij dan dezelfde mensen en gebruikt u dezelfde aanpak als bij implementatie van een orthopedische zorginnovatie?

## Wat is de-implementatie?

De-implementatie is het planmatig terugdringen van zorg die geen bewezen waarde (meer) heeft. Belangrijke voorwaarde om het de-implementatie te noemen is dat het terugdringen van deze zorg niet vanzelf gaat, maar dat een planmatige aanpak met een pakket aan activiteiten nodig is. Daarbij kunnen we nog verschil maken tussen twee vormen van de-implementatie. Bij de eerste vorm, substitutie, wordt onnodige zorg vervangen door een effectiever of evengoed maar goedkoper alternatief. Een voorbeeld hiervan is het vervangen van een röntgenfoto door een CT-scan bij een bepaald ziektebeeld. De andere vorm van de-implementatie betreft stoppen met onnodige zorg zonder dat er een alternatief voor handen is, zoals bijvoorbeeld het stoppen met het verwijderen van neusamandelen bij kinderen met terugkerende verkoudheden. Dit onderscheid is belangrijk omdat het stoppen met onnodige zorg, zonder dat er iets voor in de plaats terug komt, een grotere uitdaging lijkt dan substitutie. Niets meer doen druist in tegen de intuïtie van ons denken in de zorg, waar we vooral gericht zijn op handelen. Echter, ook bij substitutie is het lastig om te stoppen met de onnodige zorg. Dit komt door een psychologische asymmetrie in ons denken. Deze asymmetrie zorgt ervoor dat verlies (het stoppen van onnodige zorg, maar



Ueuphoto

*Snoeien is echt iets anders dan zaaien.*

bijvoorbeeld ook een euro koopkracht verliezen) veel meer pijn doet dan winst (het adopteren van zorginnovaties, of een euro aan koopkracht erbij krijgen) aan plezier oplevert. (Ubel 2015).

### Verschillen

De algemene aanpak van de-implementatie van onnodige zorg is vergelijkbaar met die van implementatie van innovaties. De-implementatie gaat evenals implementatie niet vanzelf, maar vereist eenzelfde planmatige aanpak met een pakket aan activiteiten: een analyse van de huidige zorgpraktijk (hoe vaak wordt de te de-implementeren zorg nog gebruikt, door wie, en in welke setting), de doelgroep en mogelijke belemmerende en bevorderende factoren. Het verschil tussen implementatie en de-implementatie zit hem dus niet zo zeer in het veranderkundige proces. Waar we wel verschil verwachten, is in de resultaten van de stappen in het veranderkundige proces. Zo kunnen bijvoor-

beeld de orthopedisch chirurgen en radiologen die het voortouw nemen (clinical champions) bij de de-implementatie van artroscopieën en MRI's uit bovenstaande casus, andere orthopedisch chirurgen zijn dan degenen die het ooit

Stoppen onnodige zorg  
geeft vrijwel geen media-aandacht

als eerste implementeerden. Ook kunnen de belemmerende en bevorderende factoren voor de-implementatie verschillen van de factoren die de mate en snelheid van implementatie destijds beïnvloed hebben.

### Voorlopers bij de-implementatie

Voorlopers bij implementatie van een zorginnovatie, zoals een nieuwe behandeling voor een orthopedische patiënt, zijn bereid om risico's te nemen, hebben een hoge sociale status, zoeken

actief naar nieuwe informatie, en zijn commercieel georiënteerd. De-implementatie begint mogelijk aan de andere kant, bij zorgverleners die nooit volledig overtuigd zijn geweest van de effectiviteit en/ of veiligheid van de zorg die gedeïmplementeerd moet worden (Davidoff 2015). De-implementatie is immers door de menselijke aversie tegen verlies minder aantrekkelijk voor zorgverleners met een hoge sociale status en een commerciële oriëntatie. Met implementatie van zorginnovaties kun je sier

## Wie vervullen bij de-implementatie rol van voorlopers?

maken en de krant halen, met het stoppen van onnodige zorg kun je maatschappelijke zorgkosten besparen, maar het geeft vrijwel zeker geen media-aandacht. Vanuit deze gedachte is het voorloper zijn mogelijk een persoonlijk karakteristiek en zijn clinical champions in implementatie en de-implementatie verschillende personen. Het kan echter ook zo zijn dat het wel dezelfde personen zijn, vanuit de gedachte dat voorlopers bij implementatie immers open staan voor nieuwe ontwikkelingen en in het algemeen worden gerespecteerd. Het feit of je een voorloper bent, hangt bij deze gedachte eerder af de karakteristieken van de zorg die geïmplementeerd of gedeïmplementeerd moet worden, dan van persoonlijke karakteristieken. Zo is iedere persoon wel eens een voorloper en een achterblijver: je had als een van de eersten een smartphone en bent fanatiek twitteraar, maar gaat niet mee in de trend van het papierloos werken.

### Verstandige Keuze

Voorbeeld van een Verstandige Keuze binnen de Orthopedie van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV, verstandige keuzen binnen de orthopedie): 'Geen artroscopie (kijkoperatie) en geen MRI bij degeneratieve knieën zonder slotklachten'. Bij een degeneratieve knie gaat de meniscus door artrose in kwaliteit achteruit. Bij patiënten ouder dan 50 jaar geldt:

- Als de meniscus in kwaliteit achteruit gaat, is dat een beginnende uiting van artrose van de knie. Een kwalitatief slechte meniscus kan klachten geven. Alleen als er slotklachten zijn (de knie kun je dan niet meer goed strekken), is het zinvol om een deel van de meniscus via een kijkoperatie (artroscopie) te verwijderen.
- Bij knieklachten moet eerst een staande röntgenfoto (bij voorkeur een fixed flexion view) van de knie gemaakt worden. Er is geen indicatie voor routinematig gebruik van MRI.

Als we kijken naar het voorbeeld over de-implementatie van artroscopieën en MRI's lijken orthopedisch chirurgen, radiologen, patiënten, en managers de meest aangewezen doelgroepen om te betrekken bij de de-implementatie, maar welke personen uit deze groepen zijn nu geschikt om het initiatief kracht bij te zetten en de voorlopers rol te vervullen? Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen wie de voorlopers bij de-implementatie nu precies zijn en hoe zij verschillen van de voorlopers bij implementatie. Voor nu adviseren wij uit te gaan van de veronderstelling dat het afhangt van de onnodige zorg die gedeïmplementeerd moet worden en dat dus een probleemanalyse nodig is. Specifiek voor de-implementatie van artroscopieën en MRI's lijkt het belangrijk dat voorlopers niet blind zijn voor factoren die anderen ervan kunnen weerhouden om te stoppen met het uitvoeren van artroscopieën en MRI's, zoals het geloof in de effectiviteit van artroscopieën en MRI's en de potentiële inkomsten derving onder collega orthopeden.

### Factoren van invloed op de-implementatie

Het stoppen van onnodige zorg wordt net als implementatie van zorginnovaties gehinderd en/of gefaciliteerd door de kenmerken van de (de)innovatie zelf, de zorgverlener, de patiënt, de organisatie, de sociale, organisatorische, en externe context. Zo speelt bijvoorbeeld, net zoals bij implementatie, het geloof van de zorgverlener in de effectiviteit van de onnodige zorg een belangrijke rol (Voorn 2014). Wie immers hevig gelooft in de meerwaarde van bepaalde diagnostiek of een therapeutische handeling is minder geneigd hiermee te stoppen. Maar naast overeenkomsten zijn er ook duidelijke verschillen tussen implementatie en de-implementatie. De-implementatie wordt namelijk, in tegenstelling tot implementatie, gehinderd door specifieke psychologisch processen die van invloed zijn op de motivatie van zorgverleners om bepaalde zorg wel of niet te leveren. Eén daarvan is dat zorgverleners veel liever voor actie kiezen dan voor niets doen, ook al zijn de voordelen van actie klein (pro-interventie bias). Hierbij kunnen ook economische motieven meespelen: niets doen levert vaak minder geld op en doet investeringen te niet in eventuele benodigde apparatuur en opleiding, terwijl het uitvoeren van onnodige zorg deze economische nadelen niet kent. Daarnaast vinden zorgverleners het veel erger als ze diagnostiek of behandeling niet uitvoeren terwijl het mogelijk in het voordeel was geweest voor de patiënt (geanticipeerde spijt) dan dat de patiënten mogelijk schade ondervinden van de on-

nodige zorg. De hier beschreven verschillen zijn slechts eerste theoretische inzichten, maar geven al wel aan dat we de-implementatie anders aan moeten pakken dan implementatie. Hoewel beide gericht moeten zijn op het beïnvloeden van de kennis en attitude van de zorgprofessional, zal bij implementatie ook gezorgd moeten worden dat de zorginnovatie organisatorisch geleverd kan worden (zijn de benodigde faciliteiten, samenwerkingsverbanden e.d. aanwezig?) omdat het een nieuwe interventie is die ingepast moet worden in een bestaande zorgpraktijk. Bij de-implementatie moet juist gewerkt worden om de drijfveren van de professional de juiste kant op te krijgen, bijvoorbeeld via beleidsveranderingen, en restricties in vergoedingen van zorgverzekeringen zoals in de literatuur voorgesteld (Niven 2015, Scott 2013). Een andere mogelijkheid is om bij de-implementatie gebruik te maken van opkomende trends. Een voorbeeld hiervan komt uit de orthopedie: na het verschijnen van bewijslast dat het gebruik van bloedopvang en re-infusie drains bij primaire heup en knie vervangingen niet effectief is, ging men in Nederland door met het gebruik van deze systemen. Echter, door de introductie van FAST track protocollen voor heup- en knie vervangingen (een trend in de orthopedische zorg), waarbij patiënten op de dag van de operatie nog gemobiliseerd worden en bloedopvang- en reinfusie drains deze mobilisatie bemoeilijken, konden orthopedische afdelingen veel makkelijker gemotiveerd worden om te stoppen met het gebruik van deze systemen. Echter, specifiek voor de-implementatie van artroscopieën en MRI's bij degeneratieve knieën zonder slotklachten is er nog niet direct een ontwikkeling te bedenken die het stoppen van onnodige artroscopieën en MRI's positief zou beïnvloeden, behalve algemene ontwikkelingen zoals value-based health care, waarbij alleen die zorg moet worden geboden die waarde toevoegt aan het functioneren van de patiënt.

### Conclusie

Alhoewel in dit artikel richting is gegeven aan de verschillen tussen implementatie en de-implementatie, is dit veelal gebaseerd op theoretische inzichten. Meer empirisch onderzoek is nodig om vast te stellen hoe de-implementatie initiatieven effectief aangepakt kunnen worden. Tot meer onderzoek beschikbaar komt, kunnen we op basis van de theoretische inzichten stellen dat implementatie van zorginnovaties en de-implementatie van onnodige zorg niet over eenzelfde kam geschoren kunnen worden. De planmatige aanpak is wel hetzelfde, maar de

inhoud is anders. De-implementatie betreft mogelijk een andere doelgroep en gaat zeer waarschijnlijk gepaard met de aanpak van andere belemmerende factoren, en vraagt daardoor om andere strategieën om het doel, het stoppen van onnodige zorg, te bereiken. Concreet betekent dit dat we in de praktijk bij de-implemen-

## Gebruik maken van opkomende trends om verouderde zorg te stoppen

tatie dezelfde planmatige aanpak als bij implementatie kunnen gebruiken, maar niet klakkeloos met dezelfde zorgverleners als bij implementatie van zorginnovaties aan de slag moeten gaan en meer dan bij implementatie rekening moet houden met psychologische processen die van invloed zijn op de motivatie van zorgverleners om bepaalde zorg wel of niet te leveren.

### Literatuur

- Davidoff F. *Less is more: on the undiffusion of established practices*. JAMA Intern Med 2015;175(5):809-11.
- Niven DJ, Mrklas KJ, Holodinsky JK, et al. *Towards understanding the de-adoption of low-value clinical practices: a scoping review*. BMC Med 2015;13:255.
- NOV. *Verstandige keuzes binnen de orthopedie*. [http://www.orthopeden.org/uploads/GC/ys/GCysneJ\\_BHLpZQKSnu4A-DA/Verstandige-keuzes-NOV.pdf](http://www.orthopeden.org/uploads/GC/ys/GCysneJ_BHLpZQKSnu4A-DA/Verstandige-keuzes-NOV.pdf)
- Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, et al. *Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign*. JAMA Intern Med 2015:1-9.
- Scott IA, Elshaug AG. *Foregoing low-value care: how much evidence is needed to change beliefs?* Intern Med J 013;43(2):107-9.
- Ubel PA, Asch DA. *Creating value in health by understanding and overcoming resistance to de innovation*. Health Aff 2015;34(2):239-44.
- Voorn VM, Marang-van de Mheen PJ, Wentink MW, et al. *Perceived barriers among physicians for stopping non cost-effective blood saving measures in total hip and total knee arthroplasties*. Transfusion 2014;54(10):2589-607.

### Informatie over de auteurs

**Dr. Leti van Bodegom-Vos** is assistant professor bij het Kwaliteit van Zorg instituut van het LUMC te Leiden.  
e-mail: l.vanbodegom@lumc.nl.

**Dr. Perla Marang-van de Mheen** is associate professor bij het Kwaliteit van Zorg instituut van het LUMC te Leiden.

SYMPOSIUM



# Focus op Ondervoeding



**24 MEI 2016, 13:00 - 17:15 UUR**  
Hotel en Congrescentrum  
Papendal te Arnhem

- ✓ In 1 middag op de hoogte van alle actuele en relevante ontwikkelingen rond ondervoeding in de zorg.
- ✓ Laat u inspireren door dé experts uit de zorg en de voedingsindustrie.

[www.focusopondervoeding.nl](http://www.focusopondervoeding.nl)

*Focus op Ondervoeding wordt georganiseerd door:*

**GZ**

**G A S T  
V R I J E  
Z O R G**