

# Verkenning 'evidence-based practice' in de publieke- en zorgsector

Resultaten en geleerde lessen





# Verkenning 'evidence-based practice' in de publieke- en zorgsector

Resultaten en geleerde lessen

## Colofon

### *Auteurs*

Henny Sinnema  
Linda Bolier  
Marja van Bon-Martens  
Agnes van der Poel

### *Advies*

Begeleidingscommissie: Marije van Dodeweerd (Divosa), Anneke van der Giezen (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid), Milou Haggenburg (Divosa), Jolanda Kroon (Beroepsvereniging voor Klantmanagers), Gijsbert van Lomwel (UWV), Else Roetering (Landelijke Cliëntenraad)

### *Met dank aan de geïnterviewden*

### *Klankbordgroep*

Kennisplatform Werk & Inkomen

### *Projectsecretariaat*

Marjolein de Vries

### *Financiering*

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid  
Den Haag

### *Vormgeving en productie*

Canon Nederland N.V.

Artikelnummer **AF1641**

© 2018, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

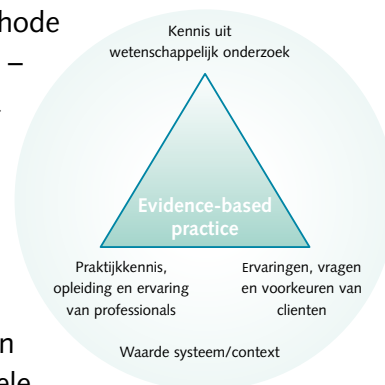
# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>9</b>
<b>2. Geleerde lessen over kompassen</b>	<b>15</b>
2.1. Geleerde lessen voor de ontwikkeling van een kompas	17
2.2. Geleerde lessen voor de toepassing van een kompas	19
2.3. Geleerde lessen voor de landelijke organisatie van een kompas	21
2.4. Geleerde lessen over het effect van het gebruiken van een kompas	22
<b>3. Resultaten literatuuronderzoek</b>	<b>23</b>
3.1. Stappen of methoden in de ontwikkeling van kompassen	25
3.2. Succesfactoren en knelpunten in de ontwikkeling	28
3.3. Implementatie van kompassen	29
3.4. Effecten van het gebruik van kompassen	33
<b>4. Resultaten voorbeeldpraktijken</b>	<b>35</b>
4.1. Handreiking Gezonde Gemeente en Interventiedatabase Gezond en Actief Leven	37
4.2. Richtlijnen voor de wijkverpleging	45
4.3. Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg	53
<b>5. Referenties</b>	<b>65</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>69</b>
Bijlage 1. De zoekstrategie en geïncludeerde studies	69
Bijlage 2. Deelnemers en interviewvragen	73
Bijlage 3. Het erkenningstraject van het Loket Gezond Leven	77



# Samenvatting

Het Kennisplatform Werk en Inkomen (KWI) zet zich in om een methode te ontwikkelen (werktitel 'kenniskompas') om kennisontwikkeling en –benutting te verbeteren in de uitvoeringspraktijk van de sector werk & inkomen. Het KWI wil bijdragen aan een 'evidence-based practice' (EBP) om de dienstverlening in die sector effectiever te maken. Voor dit doel heeft het Trimbos-instituut, namens het KWI en in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), een verkenning uitgevoerd. In de verkenning geven we antwoord op de vraag: 'Wat zijn de ervaringen met het ontwikkelen en gebruiken van 'evidence-based practice' met behulp van professionele richtlijnen<sup>1</sup>, standaarden<sup>2</sup> en hulpmiddelen in andere sectoren dan werk & inkomen, waaronder de zorg?'



Figuur 1. Model voor evidence-based practice

Voor de verkenning is een quick scan van de literatuur uitgevoerd en zijn interviews gehouden in voorbeeldpraktijken: de kwaliteitsstandaarden van de wijkverpleegkundigen, de richtlijnen van de jeugdgezondheidszorgprofessionals en de handreiking gezonde gemeente van en voor beleidsmedewerkers en gezondheidsbevorderaars. De verkenning resulteert in een aantal geleerde lessen.

## Geleerde lessen voor de organisatie van een evidence-based practice

Laat één overkoepelende onafhankelijke organisatie het hele proces van ontwikkeling, implementatie en evaluatie coördineren, begeleiden en ondersteunen. Zo hoeft niet steeds een andere partij het wiel uit te vinden en is er overzicht op wat er al is. Leg met enige regelmaat uit (aan managers, professionals, cliënten, beleidsmakers, directeuren) wat een kompas inhoudt, dat het kompas een richtinggevend kader biedt waarbinnen gewerkt wordt, geen keurslijf is en ruimte laat voor de professionele inzichten en voorkeuren van cliënten. Dat het gebruik in samenspraak met de cliënt gebeurt en onderbouwd afgeweken kan worden van een aanbeveling uit een kompas. Zorg voor duurzaamheid door bijvoorbeeld opleidingen te stimuleren het kompas onderdeel te laten uitmaken van het curriculum, structurele financiering om het kompas up-to-date te houden en een structuur die het mogelijk maakt dat het kompas up-to-date blijft. Denk bijvoorbeeld aan afspraken over hoe de actualiteit wordt bewaakt en wie hiervoor verantwoordelijk is, hoe onderhoud van het kompas op continue basis plaatsvindt: wie wat wanneer doet en hoe, wat ieders taken, rollen en verantwoordelijkheden zijn in het proces van actueel houden van kompassen.

- 1 Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012).
- 2 Een kwaliteitsstandaard verenigt de kernelementen van richtlijnen (met name de medisch inhoudelijke elementen) en zorgstandaarden (met name het perspectief van zorggebruiker en organisatie van zorg). (Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden, AQUA, 2014 met addenda 2017).

## Geleerde lessen voor de ontwikkeling van een kompas

Van belang is om de ontwikkeling van een kompas als proces in te richten, waarbij vooraf ambities worden geformuleerd ten aanzien van resultaat (welk product), draagvlak (zorg voor aansluiting bij de professionals en cliënten), en evidence-based werken.

Een goede stakeholderanalyse (welke dilemma's zijn er ten aanzien van inhoud en proces) gaat vooraf aan het procesontwerp om deze dilemma's te beslechten. Ontwikkel een kompas op een systematische, reproduceerbare wijze, net als bij richtlijnen of kwaliteitsstandaarden. Een werkgroep ontwikkelt het kompas. In de werkgroep zitten experts op het gebied van het onderwerp waarover het kompas gaat, reviewers die het literatuuronderzoek uitvoeren, afgevaardigden van de beroepsvereniging en cliëntorganisaties (en aanpalende beroepsgroepen indien wenselijk voor de organisatie van de dienstverlening).

Het kompas bestaat uit aanbevelingen op basis van de integratie van de huidige beste beschikbare wetenschappelijk onderbouwde kennis met de waarden en voorkeuren van de individuele cliënt in diens specifieke context en de kennis en praktijkervaring van de professional. Het product kan het karakter hebben van bijvoorbeeld een richtlijn of een kwaliteitsstandaard. Afgeleide producten van kompassen zoals samenvattingen, verkorte versies voor cliënten en professionals, keuzehulpen, protocollen en werkafspraken zijn helpend voor de implementatie. Een monodisciplinaire kompas is wenselijk als er vooral behoefte bestaat aan professionalisering van de eigen beroepsgroep, er handelingsverlegenheid is bij bepaalde onderwerpen, er eigen onderzoeksvragen zijn, en/of in een afgebakende setting. Vanzelfsprekend kunnen, afhankelijk van het onderwerp in het kompas, aanpalende groepen met wie de professional samenwerkt betrokken worden bij de ontwikkeling.

## Geleerde lessen voor de toepassing van een kompas

De beroepsvereniging speelt een belangrijke rol in de professionalisering van het vak van professionals en het bewaken van de kwaliteit van hun beroepsuitoefening. Het is daarom essentieel dat zij het kompas erkennen als belangrijk richtinggevend instrument en dit ook uitdragen in woord en daad. Daarnaast is de rol van de organisatie waar de professional werkzaam is bepalend voor het gebruiken van het kompas. Professionals dienen kennis te hebben over de inhoud en de aanbevolen werkwijze in het kompas, deze kennis te kunnen toepassen in hun dagelijkse praktijk en er positief tegenover te staan. Professionals blijken eerder bereid te zijn tot verandering van gedachte en gedrag als hun organisatie een goed verhaal heeft over het waarom van het kompas als richtinggevend instrument, wat zij ermee wil bereiken en waarom dit belangrijk is, processen, systemen en structuren heeft die de benutting van het kompas versterken, professionals helpt en stimuleert bij het ontwikkelen van competenties in de gewenste richting, en zorgt voor rolmodellen die het gebruik van het kompas ook laten zien.

## Geleerde lessen over het effect van het gebruik van een kompas

Het effect van het gebruik van een kompas op de professionals is dat zij ervan overtuigd zijn goede effectieve diensten/zorg te bieden en van mening zijn dat, als je kwaliteit wilt leveren, dat alleen kan door gebruik te maken van kennis over (de meest) effectieve dienstverlening (wat werkt bij wie). Professionals ervaren het gebruik van een kompas als een houvast, ze verkrijgen informatie over hoe iets aan te pakken en hoeven het wiel niet opnieuw uit te vinden. Professionals vinden dat een kompas bijdraagt aan professionalisering, omdat goed



onderbouwde normen voor vakmanschap ontwikkeld worden en deze leiden tot eenduidig handelen binnen de beroepsgroep. Doordat de professional laat zien dat deze doordacht dienstverlening aanbiedt op basis van het kompas, draagt dat bij aan de beroepstrots. Er wordt amper onderzoek gedaan naar het effect van kompassen. Meestal neemt men aan dat het correct opvolgen van de aanbevelingen de meest effectieve aanpak garandeert. Onderzoek naar het effect van kompassen gaat daarom meestal over de mate waarin de aanbevelingen uit het kompas correct door de professionals worden opgevolgd (de zogenaamde adherentie) en welke factoren hierbij een rol spelen.

### Tot slot

De geleerde lessen zijn na vele jaren van ontwikkelen en implementeren geleerd, het blijkt een jaren durend groeiproces om tot een werkende EBP te komen. Een praktijk waarin de professional en cliënt samen beslissingen nemen op basis van een verbinding van de waarden en voorkeuren van de individuele cliënt, de kennis en praktijkervaring van de professional en de beste beschikbare wetenschappelijke kennis. Als besloten wordt een EBP in de sector werk & inkomen in te voeren door de ontwikkeling en implementatie van een kenniskompas, is het advies te beginnen met een stappenplan waarin jaarlijks doelen worden gesteld. Deze doelen dienen via een groeiproces stapsgewijs te leiden tot een steeds betere aanpak in de praktijk van de sector werk & inkomen, gebaseerd op de principes van evidence-based practice.



# HOOFDSTUK 1

## INLEIDING





Het Kennisplatform Werk en Inkomen (KWI) verkent de mogelijkheden om een methode te ontwikkelen (werktitel 'kenniskompas') om de benutting van kennis te verbeteren en kennis te ontwikkelen voor en in de uitvoeringspraktijk van de sector werk & inkomen. In deze uitvoeringspraktijk staan klantmanagers<sup>3</sup> en hun cliënten centraal.



“Het beroep van klantmanagers wordt uitgevoerd in het publieke domein en wordt sterk beïnvloed door landelijke en lokale politieke ontwikkelingen. Klantmanagers voeren namens het college van Burgemeester en Wethouders (B en W) de Participatiewet en lokale verordeningen uit. Klantmanagers toetsen de claim van de burger op ondersteuning van de gemeente en regelen dat deze ondersteuning wordt verstrekt. Rechten en plichten van uitkeringsgerechtigden spelen daarin een belangrijke rol. Het werk van klantmanagers heeft als doel te bevorderen dat burgers (zo veel mogelijk) maatschappelijk actief zijn, het liefst zodanig dat zij zelfstandig in hun bestaan kunnen voorzien. De klantmanager beperkt zich in zijn analyse van de situatie van de klant niet tot het terrein van Werk en Inkomen, maar betreft alle levensgebieden erbij en zoekt naar oplossingen in zowel het sociaal als het economisch domein. Burgers hebben de plicht zich hiervoor zoveel mogelijk in te spannen. Zolang zij over te weinig financiële middelen beschikken, verstrekken klantmanagers een op de situatie passende financiële ondersteuning om te voorkomen dat de bestaansvoorziening in de knel komt.” (Letterlijk overgenomen uit 'De kern van het beroep van klantmanager, 2017).

Nederland telt zo'n 6.000 klantmanagers Werk en Inkomen (<https://debvkn.nl/nieuws/notitie-de-kern-van-het-beroep-van-klantmanager/>, 2017), onder wie verschillen bestaan in rollen, competenties, taken en niveaus (zie kader voor de uitvoeringspraktijk). Het beroepsprofiel klantmanager kent globaal vijf rollen, ongeacht de functie (overgenomen uit: De kern van het beroep van klantmanager, 2017):

- Onderzoekend – de klantmanager onderzoekt de vraag van de burger en betreft daarbij alle levensdomeinen;
- Ondersteunend – de klantmanager begeleidt op basis van bewezen effectieve methoden de burger om zijn situatie zelf te verbeteren;
- Samenwerkend – de klantmanager werkt samen met andere professionals;
- Monitorend – de klantmanager volgt de voortgang van het proces van de burger en stelt dit waar nodig bij;
- Lerend – de klantmanager evalueert zijn eigen handelen en ontwikkelt zich voortdurend. Dit is nodig in een continu veranderend werkveld.

3 In onderhavige rapportage wordt gerefereerd aan klantmanagers bij gemeenten. UWV heeft ook 'klantmanagers' in dienst voor de werknemersverzekeringen. KWI verkent de mogelijkheden van EBP voor zowel gemeenten als voor UWV. Dit rapport gaat in de tekst uit van 'de klantmanager' bij de sociale dienst van een gemeente, deze resultaten zijn uiteraard ook voor UWV relevant.

In de loop van de jaren zijn de klantmanagers zichzelf meer gaan zien als professional en zijn ze toenemend bekend met (bewezen) effectieve methoden, echter de toepassing ervan blijft achter (Regioplan, 2014). Leidinggevendenden zouden klantmanagers hierop meer kunnen sturen en de toepassing van effectieve methoden faciliteren. Leidinggevendenden pakken hierin onvoldoende hun rol, doordat de leidinggevendenden zelf vaak niet expliciet aangestuurd worden op het vakmanschap in hun team en de bevordering daarvan (Regioplan, 2014). Overigens verschilt dit per gemeente (Regioplan, 2012).

## Doel verkenning

Het KWI wil bijdragen aan een 'evidence-based practice' (EBP, figuur 1, NJi 2017) om de dienstverlening waar mogelijk in die sector effectiever te maken. Het doel van de verkenning is: "leren van domeinen waarin EBP een gangbare werkwijze is, waar 'evidence-based' richtlijnen of standaarden worden ontwikkeld en worden nageleefd, waar professionals eigenaar zijn van de te ontwikkelen kennis, waar kennisinstellingen goed zijn afgestemd op de behoeftes van de praktijk en waar de uitkomsten zichtbaar zijn verbeterd door een EBP werkwijze" (Offerteaanvraag Verkenning KWI kenniskompas, 2018).



Figuur 1. Model voor evidence-based practice

Voor dit doel heeft het Trimbos-instituut, in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, een verkenning uitgevoerd voor het Kennisplatform Werk en Inkomen. In een volgend project (fase 2) wordt gekeken naar de overdraagbaarheid (mogelijkheden, wenselijkheden, randvoorwaarden voor implementatie) van het werken met EBP naar de sector werk & inkomen.

## Onderzoeksvragen en –methoden

In deze verkenning beantwoorden we de volgende onderzoeksvraag:

*‘Wat zijn de ervaringen met het ontwikkelen en gebruiken van ‘evidence-based practice’ met behulp van professionele richtlijnen, standaarden en hulpmiddelen (kenniskompas) in andere sectoren dan werk & inkomen, waaronder de zorg? En wat zijn, voor zover bekend, de effecten?’*

Subvragen zijn:

- Welke **stappen of methoden** zijn gevolgd bij de ontwikkeling? (bijv. is ha-ring.nl<sup>4</sup> gebruikt?)
- Wat zijn **succesfactoren en knelpunten** in de ontwikkeling en gebruik van het kenniskompas?
- Hoe vindt de **implementatie** van het kompas-achtig product plaats? (bijv. inbedding, communicatie, training)?
- Wat zijn de beoogde, waargenomen en/of onderzochte **effecten** van het gebruik van ‘kompas-achtige’ producten?
- Welke **lessen** zijn geleerd bij de ontwikkeling en toepassing?

Voor de beantwoording van de vragen is:

- ▶ een beknopt literatuuronderzoek (quick scan) uitgevoerd (zie bijlage 1 voor de zoekstrategie en geïnccludeerde studies) naar de ontwikkeling, toepassing en effectiviteit van ‘evidence-based practice’, zoals richtlijnen, standaarden of andere hulpmiddelen (door het KWI ook wel ‘kompas-achtige’ producten genoemd);
- ▶ verdiepend onderzoek verricht door het houden van interviews met ontwikkelaars en gebruikers van deze kompasachtige producten in drie voorbeeldpraktijken. Voor het verzamelen van informatie zijn semigestructureerde interviews afgenomen waarbij diverse vragen, afgeleid van de subvragen, centraal stonden (zie bijlage 2).

De voorbeelden waren de praktijk van: de wijkverpleegkundige waarin gebruik gemaakt wordt van kwaliteitsstandaarden, de jeugdgezondheidszorgprofessional die gebruik maakt van richtlijnen, en de beleidsmedewerkers en gezondheidsbevorderaars die gebruik maken van de handreiking gezonde gemeente. Voor de wijkverpleegkundigen is gekozen omdat de beroepsgroep relatief jong is wat betreft de ontwikkeling en implementatie van een evidence-based practice, voor de jeugdgezondheidszorgprofessional omdat deze sector een structuur heeft opgezet voor de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen, en voor de beleidsmedewerker en gezondheidsbevorderaar omdat de setting overlap heeft met de sector werk & inkomen daar waar de klantmanagers werkzaam zijn bij de gemeente.

## Leeswijzer

De geleerde lessen op basis van het literatuuronderzoek en de interviews zijn samengevat in hoofdstuk 2. De geleerde lessen komen voort uit de literatuur (hoofdstuk 3) en interviews van voorbeeldpraktijken (hoofdstuk 4). Sommige lessen zijn geformuleerd specifiek voor professionals – daar waar over professionals gesproken wordt, kan voor de sector werk & inkomen ‘klantmanagers’ gelezen worden. Hetzelfde geldt voor de aanduiding van de einddoelgroep (veelal cliënten) – in de sector W&I wordt gewerkt met ‘cliënten’.

---

4 <http://www.ha-ring.nl/>

Het KWI is op zoek naar een passende benaming voor evidence-based producten en totdat er een betere naam gevonden is noemt zij deze 'kompas-achtige processen & producten'. In de verkenning wordt dit het 'kompas' genoemd. Het idee is dat er voor verschillende thema's verschillende kompassen ontwikkeld en onderhouden worden door en voor professionals.



# HOOFDSTUK 2

## Geleerde lessen over kompassen





De literatuurverkenning en de interviews over de ontwikkeling en het gebruik van een evidence-based practice met behulp van professionele richtlijnen, standaarden of andere producten, leidt tot een aantal geleerde lessen voor de sector werk & inkomen. De lessen, in andere sectoren dan werk & inkomen, zijn in vele jaren van ontwikkelen en implementeren geleerd. Het komen tot een EBP vraagt een groeiproces van jaren. Ook in sectoren waarin EBP al meer ingeburgerd is, zijn nog nieuwe lessen te leren, zowel ten aanzien van de ontwikkeling als de implementatie.

## 2.1 Geleerde lessen voor de ontwikkeling van een kompas

Van belang is om de ontwikkeling van een kompas als proces in te richten, waarbij vooraf ambities worden geformuleerd ten aanzien van resultaat (product) en draagvlak. Een goede stakeholderanalyse (welke dilemma's zijn er ten aanzien van inhoud en proces) gaat dan vooraf aan het procesontwerp om deze dilemma's op te lossen en de geformuleerde ambities te realiseren.

### Het product

- Bepaal het karakter van het kompas. Krijgt het kompas het karakter van een richtlijn, van een kwaliteitsstandaard, van een handreiking, of bijvoorbeeld een afgeleid product zoals een keuzehulp? Een richtlijn is een document met aanbevelingen bedoeld om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Een kwaliteitsstandaard verenigt de kernelementen van richtlijnen (met name de medisch inhoudelijke elementen) en zorgstandaarden (met name het perspectief van cliënt en organisatie van zorg).
- Een monodisciplinair kompas is wenselijk als er vooral behoefte bestaat aan professionalisering van de eigen beroepsgroep, er handelingsverlegenheid is bij diverse onderwerpen, er eigen onderzoeksvragen zijn, en/of bij een afgebakende setting. Vanzelfsprekend kunnen, afhankelijk van het onderwerp in het kompas, aanpalende groepen met wie de professional samenwerkt betrokken worden bij de ontwikkeling. Een multidisciplinair kompas ligt meer voor de hand als de integraliteit van de uitvoeringspraktijk voorop staat.
- Het kompas geeft een kader waarbinnen gewerkt wordt, het is richtinggevend voor het werk, en er mag beargumenteerd van afgeweken worden.
- Het kompas geeft concrete en heldere adviezen, interventies en handelingsperspectieven die aansluiten op de praktijk.
- Het kompas heeft, naast een uitgebreide versie met onderbouwing, ook een verkorte gebruikersvriendelijke versie voor professionals en cliënten. Afgeleide producten van kompassen zoals keuzehulpen, protocollen en werkafspraken zijn helpend voor de implementatie.
- Ontwikkel bij een kompas een implementatietoolkit (zie als voorbeeld de jeugdgezondheidszorg, JGZ) ter bevordering van het gebruik van het kompas, waarin bijvoorbeeld opgenomen zijn: een e-learning voor gebruik door professionals, een PowerPoint met samenvatting van het kompas en randvoorwaardelijke implicaties voor gebruik.

- Zorg voor een eenduidige lay-out van kompassen.
- Organiseer landelijk het beschikbaar stellen van de kennis indien de kennis voor het kompas decentraal wordt ontwikkeld, zoals via regionale leernetwerken. Denk bijvoorbeeld aan een landelijke database waarin professionals deze kennis kunnen vinden.

### **Draagvlak**

- Als een onderwerp voor een kompas gekozen wordt, dienen alle betrokkenen het eens te zijn dat dit in een EBP product geadresseerd wordt. Zorg voor aansluiting bij de professionals en cliënten door de prioritering van knelpunten in de dienstverlening bij hen neer te leggen en door aan te sluiten bij de vragen die leven.
- Professionals zijn eerder bereid deel te nemen aan een ontwikkelwerkgroep als: a) ze persoonlijk benaderd worden; b) een tegemoetkoming in de kosten krijgen bijvoorbeeld in de vorm van vacatiegeld; c) daadwerkelijk gehoord worden tijdens de bijeenkomsten en mee bepalen hoe het product eruit komt te zien; d) zich het belang voor de praktijk realiseren; e) mee onderwerpen prioriteren waarvoor een product gemaakt dient te worden; en f) een urgentie vanuit de praktijk voelen en op basis daarvan mee een keuze maken voor kompas onderwerpen en dit niet van bovenaf opgelegd krijgen.
- Test het kompas in de praktijk en organiseer hiervoor een of meer focusgroep(en) met een diversiteit aan cliënten, naasten en professionals welke niet zijn betrokken bij de ontwikkeling zelf. Geef deelnemers aan deze focusgroepen een vergoeding.

### **Proces & organisatie**

- Ontwikkel een kompas op een systematische en reproduceerbare wijze, net als bij richtlijnen of kwaliteitsstandaarden. Wetenschappelijke kennis uit literatuur indien beschikbaar, praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van cliënten worden hierbij volgens een systematische en reproduceerbare aanpak geselecteerd en gewogen. De ontwikkelaars van het kompas werken hierbij waar mogelijk samen met en leren van (inter)nationale netwerken.
- Een werkgroep ontwikkelt het kompas. In de werkgroep zitten experts op het gebied van het onderwerp waarover het kompas gaat, reviewers die het literatuuronderzoek uitvoeren, afgevaardigden van de beroepsvereniging en cliëntorganisaties (en aanpalende beroepsgroepen indien wenselijk voor de organisatie van de dienstverlening).
- Selecteer met zorg de deelnemers aan de werkgroep en bereid hen goed voor op wat er van hen verwacht wordt. Zij dienen voldoende geëquipeerd en gemotiveerd te zijn om een kompas te ontwikkelen. Het gaat dan bijvoorbeeld om het ervaren van urgentie, overstijgend kunnen denken, voldoende tijd hebben, kennis hebben van het proces en van wetenschappelijke uitkomsten van reviews, en in de werkgroep het professionele perspectief goed kunnen verwoorden.
- Van belang is dan dat de projectleider de informatie verspreidt en in de werkgroep aan professionals uitlegt hoe de conclusies en aanbevelingen op basis van de literatuur tot stand zijn gekomen.
- Zorg voor een projectleider die planning en budget bewaakt en de werkgroepleden bij elkaar weet te houden. Naast de werkgroep is een klankbordgroep helpend die op onderwerpen mee kan denken bij specifieke vragen, teksten kan meelesen en feedback kan geven.

## 2.2 Geleerde lessen voor de toepassing van een kompas

### De rol van de beroepsvereniging

De beroepsvereniging speelt een belangrijke rol in de professionalisering van het vak van klantmanagers en het bewaken van de kwaliteit van hun beroepsuitoefening<sup>5</sup>. Het is daarom essentieel dat zij het kompas erkennen als een belangrijk richtinggevend instrument en dit ook uitdragen in woord en daad.

- Zorg voor ambassadeurs: de beroepsvereniging wijst (regionaal) rolmodellen aan die de kennis en houding voor het gebruik van het kompas uitdragen.
- Zorg voor initiële en post-initiële scholing: zowel voor het toepassen van EBP in het algemeen, als voor het gebruiken van het kompas in de praktijk. Denk aan trainingen (of e-learning) over EBP en het kritisch reflecteren op eigen handelingen, over onderzoeksbegrippen, zoals bewezen effectief, validiteit en betrouwbaarheid en over het gebruik van het kompas in de praktijk.
- Zorg voor een formele status van het kompas, door deze als beroepsvereniging te autoriseren, en door scholing en deskundigheidsbevordering over het gebruik van het kompas op te nemen in een kwaliteitsregister.

### De rol van de organisatie waar de klantmanager werkzaam is

Professionals dienen voldoende geëquipeerd en gemotiveerd te zijn om een kompas te gaan gebruiken. Van belang voor deze gedragsverandering is dat zij kennis hebben over de inhoud en de aanbevolen werkwijze in het kompas, deze kennis kunnen toepassen in hun dagelijkse praktijk en er positief tegenover staan, bijvoorbeeld door ervaren meerwaarde voor henzelf en voor de cliënt. De organisatie waar de professional werkt, heeft invloed op deze bereidheid van professionals om hun gedrag te veranderen als zij het kompas willen gaan benutten. Professionals blijken eerder bereid te zijn tot verandering van gedachte en gedrag als hun organisatie:

1. een goed verhaal heeft over het waarom van de verandering, wat zij ermee wil bereiken en waarom dit belangrijk is;
2. processen, systemen en structuren heeft die de verandering die zij wil doorvoeren versterken;
3. medewerkers helpt en stimuleert bij het ontwikkelen van competenties in de gewenste richting; en
4. zorgt voor rolmodellen die het gewenste gedrag ook laten zien.

Het effect op het gedrag van medewerkers is hierbij groter als organisaties systematisch op deze vier 'bouwstenen' voor verandering gelijktijdig inzetten (Basford & Schaninger, 2016). Hieronder volgen de geleerde lessen voor ieder van deze vier 'bouwstenen'.

#### *Het verhaal van de organisatie over EBP*

- De organisatie neemt het werken volgens het kompas op in het strategisch plan en bij aannamebeleid van personeel.
- De organisatie dient de professional bewust te maken en te overtuigen van het waarom van EBP en het kompas, namelijk dat de kwaliteit van dienstverlening altijd leidend is, in het belang van de cliënt. Daarbij kan van een aanbeveling uit het kompas afgeweken worden, mits beargumenteerd.

---

5 <https://debvk.nl/over-de-bvk/>

### *Processen, systemen en structuren die het gebruik van kompassen ondersteunen*

- De organisatie maakt de implementatie een gedeelde verantwoordelijkheid, waarbij gezamenlijk opgetrokken wordt in het maken van een plan voor implementatie en het management de professionals ondersteunt in de toepassing van een kompas. Dit stimuleert de betrokkenheid en intrinsieke motivatie van professionals.
- De organisatie gaat op een pragmatische wijze met de aanbevelingen uit het kompas om, integreert deze in bestaande processen en activiteiten en regelt in de werkprocessen en afspraken de professionele ruimte om beargumenteerd van het kompas af te kunnen wijken als dat volgens de professional nodig is. Wanneer afgeweken wordt, is het advies dit in het dossier te registreren en bij de cliëntbespreking aan de orde te laten komen.
- De organisatie maakt gebruik van een implementatiestrategie bestaande uit verschillende componenten, die aansluiten op de knelpunten voor de invoering van een aanbeveling. Bijvoorbeeld organiseren van scholing wanneer kennis en vaardigheden ontbreken of werkprocessen bijstellen om ze (beter) aan te laten sluiten bij een aanbeveling. De organisatie kijkt voor de implementatie goed naar de plekken waar het goed gaat en leert van deze successen. Bijvoorbeeld door uitwisseling te organiseren tussen organisaties<sup>6</sup>.
- De organisatie zorgt voor een implementatiecoördinator, die verantwoordelijk is voor de implementatie binnen de organisatie door bijvoorbeeld het organiseren van scholingen als er een nieuw kompas uit is, aanwezig zijn bij casuïstiekbesprekingen.
- De organisatie legt vast dat de professional een plan samen met de cliënt opstelt, waarin de kennis uit het kompas zichtbaar benut wordt. Cliënten worden door de organisatie aangespoord om een plan voor hun probleem te vragen waarin keuzes worden onderbouwd vanuit en met verwijzingen naar het kompas.
- De organisatie zorgt voor continuïteit in de dienstverleningsketen. Zij kan dit doen door in de keten een netwerk te vormen en afspraken te maken over wie wat doet bij de cliënt, met het kompas als basis. Gemaakte afspraken dienen geëvalueerd te worden.

### *Kennis, vaardigheden en mogelijkheden hebben om kompassen toe te passen*

- De organisatie maakt tijd vrij voor professionals voor verdieping en uitvoering van het kompas, onder andere door periodieke scholing in EBP. De scholing en het gebruik van het kompas worden standaard besproken tijdens functioneringsgesprekken.
- De organisatie zorgt ervoor dat het kompas beschikbaar, toegankelijk en werkbaar is voor professional en cliënt.
- De organisatie zorgt voor voldoende tijd voor de professionals en cliënten om een kompas te lezen of om bijvoorbeeld een keuzehulp bij een kompas samen door te nemen.
- De organisatie bouwt aan een lerende organisatie waarin fouten maken mag, door het opzetten van een plan-do-study-check cyclus. Zij focust op een beperkt aantal geprioriteerde kwaliteitseisen afgeleid van de aanbevelingen uit het kompas en geeft constructieve individuele feedback.
- De organisatie biedt ruimte voor intercollegiale toetsing, waarbij vragen aan de orde komen die betrekking hebben op hoe het in de praktijk gaat. De organisatie borgt dat tijdens casuïstiekbesprekingen het kompas als leidraad dient. Professionals bepalen zelf of en wat ze in willen brengen.

---

6 Zie als voorbeeld de uitwisseling tussen ziekenhuizen: <https://www.santeon.nl/over-santeon/>

### *Rolmodellen*


- De organisatie wijst rolmodellen aan die het werken met kompassen een warm hart toedragen en/of aandachtsfunctionarissen voor een bepaald product uit een kompas. De rolmodellen stimuleren andere professionals tijdens het teamoverleg tot het maken en gebruik van (de werkafspraken die afgeleid zijn van) het kompas.

## **2.3 Geleerde lessen voor de landelijke organisatie van een kompas**

- Eén overkoepelende onafhankelijke organisatie coördineert, begeleidt en ondersteunt het hele proces van ontwikkeling, implementatie en evaluatie. Zo hoeft niet steeds een andere partij het wiel uit te vinden. Als je vaker een kompas ontwikkeld hebt, weet je uit ervaring wat er bij komt kijken. Intern kun je met andere kompasontwikkelaars uitwisselen, elkaar adviseren en ondersteunen. Stuur landelijk aan op: 'Gebruik wat er al is'.
- Zorgvooreen goede prioriteringen ontwikkel niet te veel tegelijk, zodat de praktijk professionals door de bomen het bos blijven zien (zorg voor dosering en afstemming) met betrekking tot hoeveelheid en samenhang.
- Organiseer een formele autorisatieprocedure.
- Maak bekend dat er een kompas gemaakt is. Bijvoorbeeld door: het verspreiden van samenvattingskaarten (die gemaakt zijn tijdens het ontwikkelproces) behorende bij het kompas, berichtgeving via de beroepsvereniging, kenniscentra, via nieuwsbrieven en social media, via tijdschriften voor de professional, symposia/congressen, via regionale netwerken.
- Zorg ervoor dat de kompassen makkelijk vindbaar zijn voor professionals, leidinggevend en beleidsmakers, en bij elkaar staan op één plek.
- Zorg voor landelijke kennisdeling. Denk hierbij aan een toegankelijke up-to-date database, een leernetwerk, structurele communicatie over nieuwe dienstverlening, producten of handelingsaanbevelingen en versiebeheer.
- Stimuleer en faciliteer de implementatie en evaluatie:
  - herhaal de uitleg over wat een kompas inhoudt en dat het geen keurslijf is, maar ruimte laat voor de professionele inzichten, en over dat afstemming in samenspraak met de cliënt gebeurt en onderbouwd beargumenteerd afgeweken mag worden van een aanbeveling;
  - stimuleer dat opleidingen het kompas onderdeel laten uitmaken van het curriculum, doe dit in samenwerking met de praktijk;
  - doe onderzoek naar effect en implementatie in nauwe samenwerking met de praktijk.
- Zorg voor duurzaamheid via:
  - een structureel scholingsaanbod waarin kennis en vaardigheden over het kompas overgedragen worden;
  - structurele financiering om het kompas up-to-date te houden: de ontwikkeling is een continue proces;
  - een structuur die het mogelijk maakt dat het kompas up-to-date blijft.

## 2.4 Geleerde lessen over het effect van het gebruiken van een kompas

In kompassen wordt de meest effectieve dienst-/zorgverlening aanbevolen. De geïnterviewden zijn ervan overtuigd dat ze goede effectieve diensten/zorg leveren als ze volgens kompassen werken. Ze geven aan dat als je als professionals kwaliteit wilt bieden, dat alleen kan door de beste beschikbare interventies te gebruiken of bewezen effectieve dienstverlening in te zetten. Door een kompas te gebruiken, kan het handelen wetenschappelijk onderbouwd worden. Ze ervaren het gebruik van een kompas als een houvast, kunnen daarop terugvallen. Door het kompas wordt informatie verkregen over hoe iets aan te pakken en hoeft het wiel niet opnieuw uitgevonden te worden.



*"Je kunt denken dat je het goed doet maar dat hoeft niet zo te zijn. Met het kompas geef je aan wat goede zorg is. Daar kun je je eigen handelswijze naast leggen en als deze verschilt met het kompas, kun je je afvragen of je moet bijplussen of wat anders doen."*



*"Een kompas is een goed middel om minder discussie over de zienswijze van handelen te hebben, de neuzen staan dezelfde kant op."*

Het effect van het gebruik van een kompas op de professional is dat een kompas bijdraagt aan professionalisering, omdat goed onderbouwde normen voor vakmanschap ontwikkeld worden en zorgt voor eenduidig handelen binnen de beroepsgroep. Doordat de professional laat zien dat deze doordacht dienstverlening aanbiedt op basis van het kompas, draagt dat bij aan de beroepstrots. Een ander effect is dat de professional met een kompas kritisch naar eigen handelen kan kijken, in die zin dat de professional nagaat hoe haar/zijn handelen zich verhoudt tot de aanbevelingen in een kompas. De geïnterviewden vinden niet dat het gebruik tot meer administratie leidt.

Er wordt amper onderzoek gedaan naar het effect van kompassen, de aanname hierbij is dat het correct opvolgen van de aanbevelingen de meest effectieve aanpak garandeert. Onderzoek naar het effect van kompassen gaat daarom meestal over de mate waarin de aanbevelingen uit het kompas correct door de professionals worden opgevolgd (de zogenaamde adherentie) en welke factoren hierbij een rol spelen.



*"Kompassen geven duidelijkheid voor iedereen. Als iedereen zich aan de richtlijnen houdt verloopt de samenwerking beter en effectiever."*



# HOOFDSTUK 3

## Resultaten literatuuronderzoek





In het kader van de verkenning is een beknopt literatuuronderzoek (quick scan) uitgevoerd naar de ontwikkeling, toepassing en effectiviteit van 'evidence-based practice', zoals richtlijnen, standaarden of andere hulpmiddelen. Naast de beantwoording van de onderzoeksvragen wordt specifiek de literatuur - voor zover beschikbaar - over de ontwikkeling, toepassing en effectiviteit van een evidence-based practice in de drie gekozen voorbeeldsectoren besproken: de handreiking gezonde gemeente voor beleidsmedewerkers en gezondheidsbevorderaars, kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleegkundigen en richtlijnen voor de jeugdgezondheidszorgprofessionals.

Voor de beantwoording van de vragen is gebruik gemaakt van onderzoek naar hulpmiddelen die leiden tot een evidence-based practice in een bepaalde setting (bijvoorbeeld richtlijnen voor ziekenhuizen) in Nederland, en waarvan de resultaten in peer-reviewed wetenschappelijke tijdschriften zijn gepubliceerd. De opdracht betreft een quick scan van de literatuur: alleen onderzoek dat in Nederland plaatsvond is meegenomen. Dit heeft uiteindelijk vijf studies opgeleverd en met de sneeuwbalmethode zijn vier studies toegevoegd. Meer over de zoekstrategie en de geïnccludeerde studies in bijlage 1.

## 3.1 Stappen of methoden in de ontwikkeling van kompassen

### Richtlijnen

Een van de meest gebruikte methode voor een evidence-based practice zijn richtlijnen. "Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers" (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012). Aannemelijk is dat bijna alle richtlijnen in de gezondheidszorg ontwikkeld worden met de zogenaamde Evidence-based Richtlijnontwikkel (EBRO) systematiek (Everdingen et al., 2004). Binnen EBRO wordt wetenschappelijke kennis uit literatuur, praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van cliënten volgens een systematische en reproduceerbare aanpak geselecteerd en gewogen. Voor het zoeken, selecteren en beoordelen van de wetenschappelijke literatuur worden systematische methoden gebruikt, zoals het opstellen van evidentietabellen en de GRADE-systematiek.

Een richtlijn bevat vaak meerdere instrumenten en interventies voor een bepaald onderwerp. De keuze van het onderwerp wordt bij richtlijnen voor de zorg bepaald door de "prevalentie van de aandoening of conditie, de lijdensdruk, de maatschappelijke relevantie en de verwachting dat een richtlijn de kwaliteit van de zorg kan verbeteren" (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012). Richtlijnen worden ontwikkeld door een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van bij het onderwerp betrokken beroepsgroepen, organisaties, cliëntenverenigingen en experts, vaak onder begeleiding van een organisatie met expertise op het gebied van richtlijnontwikkeling. Richtlijnen gaan altijd over 'gemiddelde cliënten' en de praktijk is vaak complexer dan in de richtlijn staat aangegeven. Een professional kan om die reden beargumenteerd afwijken van een bepaalde handelingsaanbeveling.

Aandacht voor implementatie van de richtlijn is belangrijk in het hele proces van richtlijnontwikkeling en begint al bij de voorbereiding van de richtlijnontwikkeling (van Barneveld, van den Broek, Burgers, Schouten & van de Steeg, 2006).



In de **HA**andleiding en toolbox **R**ichtlijnontwikkeling in de **N**ederlandse **G**ezondheidszorg (HA-RING), de kennisbank voor richtlijnontwikkeling, zijn fases en criteria voor richtlijnontwikkeling te vinden en staan instrumenten en tools beschreven (<http://www.ha-ring.nl/>) (Hilbing, Ouwens & Kool, 2013).

Richtlijnontwikkeling kent de volgende fases:

- *Vorbereidingsfase*, waarin de volgende aandachtspunten geadresseerd worden: Knelpuntenanalyse, Doelmatigheid, Veiligheid, Diversiteit, Factor arbeid, Organisatie en samenwerking, Cliëntparticipatie, Inbreng van verpleegkundige en paramedische aspecten, Samenstellen werkgroep en werkwijze, Samenwerken bij richtlijnontwikkeling, Omgaan met belangen.
- *Ontwikkelfase*, waarin de volgende aandachtspunten geadresseerd worden: Internationale samenwerking, Literatuuronderzoek, Ethische en normatieve aspecten bij het opstellen van richtlijnen, Juridische aspecten, Decision aids, Kennislacunes.
- *Afrondingsfase*, waarin de volgende aandachtspunten geadresseerd worden: Commentaarronde en autorisatie, Implementatieplan, Praktijktest/proefimplementatie, Monitoring richtlijnen, Richtlijnproducten en –verspreiding, Actualisatie/herziening.

Voorbeelden van instrumenten en tools zijn:

- De 13 instrumenten van HA-RING ter ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen (<http://iqhealthcare.nl/media/56707/eindrapport.pdf>).
- Een EBRO handleiding voor werkgroepleden ([http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/EBRO\\_handl\\_totaal.pdf](http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/EBRO_handl_totaal.pdf)).
- AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) is een instrument voor de beoordeling van richtlijnen ([http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/AGREE\\_II\\_User\\_Manual.pdf](http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/AGREE_II_User_Manual.pdf)).
- GRADE (Grades of Recommendation Assessment, Development and Evaluation) is een systeem voor de gradering van de kwaliteit van het bewijs die uit de gevonden studies naar voren komt ([http://www.ha-ring.nl/doc\\_nl/grade-system](http://www.ha-ring.nl/doc_nl/grade-system)).
- Een handleiding voor het implementeren van richtlijnen: ([http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/Implementeren%20van%20richtlijnen\\_een%20leidraad%20voor%20adviseurs.pdf](http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/Implementeren%20van%20richtlijnen_een%20leidraad%20voor%20adviseurs.pdf)).

## Kwaliteitsstandaarden

Sommige beroepsgroepen, waaronder de verpleging en verzorging, ontwikkelen kwaliteitsstandaarden. Een kwaliteitsstandaard verenigt de kernelementen van richtlijnen (met name de medisch inhoudelijke elementen) en zorgstandaarden (met name het perspectief van

zorggebruiker en organisatie van zorg). Voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden is een leidraad ontwikkeld (Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden, AQUA, 2014 met addenda 2017). Net als bij richtlijnontwikkeling wordt gebruik gemaakt van een voorbereidings-, ontwikkel- en afrondingsfase. De activiteiten binnen de fasen zijn daarbij vergelijkbaar hoewel soms iets anders gerangschikt. Zo bevindt de knelpuntanalyse zich bij richtlijnontwikkeling in de voorbereidingsfase en bij de kwaliteitsstandaardontwikkeling in de ontwikkelfase. Binnen de leidraad kan gebruik gemaakt worden van de HA-RING tools.



### Toetsingskader voor richtlijnen en kwaliteitsstandaarden

De ontwikkelde richtlijn/kwaliteitsstandaard moet voldoen aan het Toetsingskader. Het Toetsingskader 2015 is een door het Zorginstituut opgestelde beleidsregel op basis waarvan wordt beoordeeld of een kwaliteitsstandaard kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een zorgproces. Wanneer dit het geval is wordt de kwaliteitsstandaard opgenomen in het Register. Het Register maakt zichtbaar wat zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars hebben afgesproken over wat goede zorg is. Naast kwaliteitsstandaarden staan in het Register meetinstrumenten en informatiestandaarden die door het Zorginstituut zijn getoetst en voldoen aan de criteria uit het Toetsingskader (zie Register <https://www.zorginzicht.nl/Paginas/Home.aspx>).

Afgeleide producten van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden kunnen helpend zijn voor de implementatie, zoals keuzehulpen, protocollen en werkafspraken.

### Keuzehulpen

Een keuzehulp is een ondersteunend instrument voor gezamenlijke besluitvorming met als doel om de verschillende perspectieven van cliënt en zorgverlener bij elkaar te brengen (bron 2013, IQ healthcare)<sup>7</sup>. Cliëntenfederatie Nederland, het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Federatie Medisch Specialisten en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland hebben een leidraad gemaakt voor de ontwikkeling van een keuzehulp bij een richtlijn<sup>8</sup>.

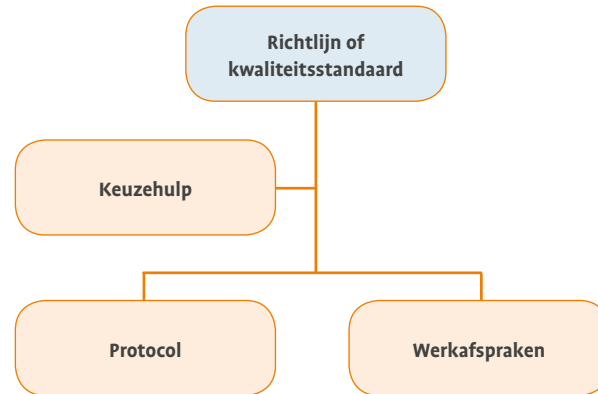
### Protocollen en werkafspraken

Op basis van de zoekstrategie hebben we geen studies gevonden over de ontwikkeling van andere kompas-achtige producten dan richtlijnen/kwaliteitsstandaarden. Wel weten we dat bijvoorbeeld protocollen en/of werkafspraken ook een manier zijn om evidence-based te werken, mits ze op richtlijnen/kwaliteitsstandaarden zijn gebaseerd. Protocollen/werkafspraken geven aan hoe lokaal uitvoering wordt gegeven aan de richtlijnen/kwaliteitsstandaarden. Het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) geeft de volgende definities: "Een protocol is een document waarin stapsgewijs beschreven staat hoe, met welke materialen en door wie een handeling moet worden uitgevoerd. Een protocol is sterk sturend en geeft stap voor stap aan hoe iets gedaan zou moeten worden (en door wie). Dit document hoort weinig ruimte te bieden voor interpretatie en is dus zo helder en concreet mogelijk", en "Een werkafpraak

7 <https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Documents/Tool%20Richtlijnen%20en%20shared%20decision%20making%20in%20de%20praktijk.pdf>

8 [https://www.patiëntenfederatie.nl/images/voor\\_patiëntenorg/2018\\_leidraad\\_keuzehulpen\\_bij\\_richtlijnen.pdf](https://www.patiëntenfederatie.nl/images/voor_patiëntenorg/2018_leidraad_keuzehulpen_bij_richtlijnen.pdf)

omvat allerlei aspecten van het werk en is minder concreet dan een protocol en niet toegespitst op het 'hoe' van de uitvoering van taken. Ook is een werkafspraken niet altijd stapsgewijs opgebouwd. Wel geeft deze vaak inzicht in wat er tussen mensen is afgesproken, en kan erin verwezen worden naar protocollen en richtlijnen”.



Figuur 2. Schematische weergave van een kompas en afgeleide producten

## 3.2 Succesfactoren en knelpunten in de ontwikkeling

Hoewel de gevonden studies zich meer richtten op beïnvloedende factoren in de implementatie kwamen er ook knelpunten en succesfactoren in de ontwikkeling naar voren. De belangrijkste knelpunten waren:

- Er zijn zeer veel richtlijnen ontwikkeld voor de ziekenhuizen (ruim 2000) en ook vinden er door de tijd veel wijzigingen plaats. Het is moeilijk voor een bestuurder om daardoor nog de bomen door het bos te zien (Blume et al., 2016; 2017a).
- Er is geen centrale plaats waar alle richtlijnen van de ziekenhuizen worden ontsloten, waar versiebeheer plaatsvindt en van waaruit systematische communicatie over wijzigingen wordt gedaan (Blume et al., 2016).

Als oplossingen voor de knelpunten (mogelijke succesfactoren) in de ontwikkeling van ziekenhuisrichtlijnen werd genoemd:

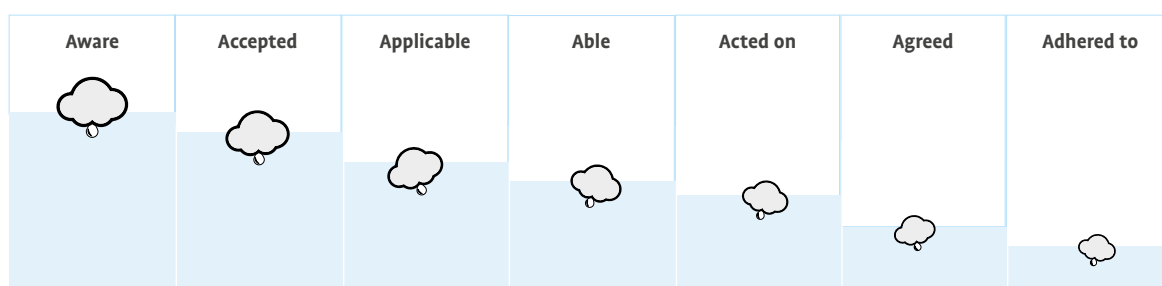
- Een gestructureerde en gecoördineerde ontwikkeling met een up-to-date database, zodat alle partijen goed op de hoogte zijn van de ontwikkelingen, als richtlijnen klaar zijn en van de wijzigingen (Blume et al., 2016; 2017b).
- Ervoor zorgen dat alle betrokkenen het gevoel hebben dat de richtlijn voor en door hen is ontwikkeld (door ervaringskennis mee te nemen in de ontwikkeling en deelname van professionals en cliënten in richtlijnwerkgroepen ) (Blume et al., 2016).
- Al in het ontwikkelproces moet er zorg zijn voor de implementatie. Een goede implementatiestrategie dient ontwikkeld te worden, waardoor de inhoud aansluit op de praktijk (Blume et al., 2016; 2017a).
- Duidelijk aangeven in de richtlijn welk delen van de richtlijn verplicht zijn en welke delen optioneel (Blume et al., 2016).
- Duidelijk aangeven wie waarvoor verantwoordelijk is in de ontwikkeling van de richtlijn (Blume et al., 2016; 2017b).

### 3.3 Implementatie van kompassen

In de geïncludeerde studies is de mate van daadwerkelijk gebruik van richtlijnen, kwaliteitsstandaarden of andere hulpmiddelen beperkt onderzocht. De studies richten zich vooral op belemmerende en bevorderende factoren in de implementatie. Alleen in de studies van Blume et al. (2016; 2017a) zijn de volgende punten naar voren gekomen:

- In de ziekenhuizen is de Raad van Bestuur (RvB) uiteindelijk verantwoordelijk voor de implementatie van richtlijnen. Dit is een complex geheel omdat vaak met verschillende richtlijnen tegelijk rekening moet worden gehouden; de echte praktijk is vaak complexer dan de gefragmenteerde specialisatie in één richtlijn. De RvB moet de verschillende taken en verantwoordelijkheden verdelen in de organisatie. Ook is het lastig om vast te stellen wie nu precies verantwoordelijk is voor het opvolgen van (adherentie aan) richtlijnen die bedoeld zijn voor medische specialisten. De medische specialisten zelf hebben daarin een grote verantwoordelijkheid.
- Raden van Bestuur van ziekenhuizen laten zich op verschillende manieren informeren over de implementatie status van een richtlijn. De meest voorkomende manier waarop ze dit doen zijn peer-reviewed rapportages van de medische specialisten en door middel van interne audits. Als de RvB zich voornamelijk baseert op externe instanties (en niet op interne informatie uit de organisatie zelf), zoals de Inspectie voor Gezondheidszorg, wordt implementatie onvoldoende geborgd (Blume et al., 2016; 2017a).

Blume et al. (2017a) gebruiken de 'leaky pipeline van bewustzijn naar adherentie' van Glasziou en Haynes (2005) om de soms moeizame implementatie van richtlijnen in ziekenhuizen inzichtelijk te maken. In de implementatie van richtlijnen of kwaliteitsstandaarden in de gezondheidszorg is vaak een aflopende schaal te ontdekken van bewustzijn van de richtlijn door de professional, naar acceptatie, toepassing en het uiteindelijk opvolgen van de adviezen door de cliënt.



Figuur 3. Guideline to practice - the leaky pipeline from awareness to adherence (Glasziou & Haynes, 2005)

Implementatie van richtlijnen, kwaliteitsstandaarden of andere hulpmiddelen die dienen te leiden tot een evidence-based practice gaat niet vanzelf. Het is niet voldoende om een richtlijn of kwaliteitsstandaard enkel onder de aandacht te brengen van een beroepsgroep voor het kweken van bewustzijn en interesse. Daarnaast moet de professional kundig worden in het toepassen van de richtlijn of kwaliteitsstandaard en een positieve houding ten opzichte van de richtlijn of kwaliteitsstandaard ontwikkeld hebben. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de professional de richtlijn of standaard gebruikt in haar of zijn werk en integreert in de dagelijkse routine van het werk. Deze fases in het proces van implementatie zijn terug te vinden in de volgende tabel (Grol & Wensing, 2011).

Fase	Toelichting
Fase 1: Oriëntatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewust zijn van de innovatie</li> <li>• Interesse en betrokkenheid</li> </ul>
Fase 2: Inzicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennis en begrip</li> <li>• Inzicht in bestaande werkwijze</li> </ul>
Fase 3: Acceptatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positieve houding, motivatie om te veranderen</li> <li>• Intentie, besluit om te veranderen</li> </ul>
Fase 4: Verandering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invoering in de praktijk</li> <li>• Bevestiging van nut</li> </ul>
Fase 5: Behoud van verandering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integreren in bestaande routines</li> <li>• Verankering in de organisatie</li> </ul>

Tabel 1: Verschillende fasen van het veranderingsproces (Grol en Wensing, 2011)

Implementatie is sterk afhankelijk van het onderwerp en de context, steeds dient gekeken te worden naar welke knelpunten men ervaart in een specifieke situatie en daar worden oplossingen/strategieën bij bedacht die leiden tot de implementatie. Denk aan “lokale protocollen/werkafspraken, toetsing en feedback, reminders, computerondersteunde besluitvorming, scholing, financiële prikkels, organisatorische maatregelen, substitutie van taken, herontwerpen van processen” (Grol & Wensing, 2011).

## Belemmerende en bevorderende factoren in de implementatie en het gebruik van richtlijnen

### Belemmerende factoren

- Ziekenhuizen kennen een zeer hoge administratiedruk en de professionals moeten voldoen aan zeer veel en hoge eisen. Uit de knelpunten bij de ontwikkeling kwam al naar voren dat er erg veel richtlijnen zijn ontwikkeld. Samen met de hoge druk die de professional ervaart is het lastig om van iedere richtlijn op de hoogte te zijn, laat staan deze op te volgen (Blume et al., 2016; 2017a).
- Niet alle richtlijnen vonden een goede aansluiting met de dagelijkse praktijk. Er is een kloof tussen de gewenste en de feitelijke situatie: 97% van de ondervraagden geeft aan dat het belangrijk is dat ziekenhuizen zich aan richtlijnen houden voor medisch specialisten maar slechts 42% zegt dat dit haalbaar is (Blume et al., 2016; 2017a).
- Bij professionals is soms een weerstand waar te nemen tegen richtlijnen in het algemeen. Zij zijn bang dat het werk in een bepaald keurslijf wordt geduwd wat minder ruimte laat voor de professionele blik en flexibiliteit. Soms zijn de uitvoerders onvoldoende betrokken geweest bij de ontwikkeling van de richtlijn waardoor deze niet als beroepseigen wordt gezien (Leentjens & Burgers, 2008; Francke et al., 2008).
- Niet altijd willen cliënten zelf meewerken aan een behandeling volgens de richtlijn (Leentjens & Burgers, 2008; Francke et al., 2008).
- Voor iedere klacht is een aparte richtlijn. Cliënten hebben vaak te maken met co-morbiditeit. Dit maakt het werken met de richtlijnen lastig omdat aan veel aanbevelingen tegelijk moet worden voldaan (Leentjens & Burgers, 2008; Francke et al., 2008).
- De productie en distributie van richtlijnen is vaak ongestructureerd. Dit gebeurt door verschillende organisaties en soms ook zonder een centrale coördinatie. Hierdoor kunnen professionals onvoldoende op de hoogte zijn van wat ontwikkeld is, wat het gebruik niet bevordert (Leentjens & Burgers, 2008; Francke et al., 2008).



- Onvoldoende kennis over hoe richtlijnen/kwaliteitsstandaarden het beste geïmplementeerd kunnen worden. In het algemeen is de bewijsvoering gering over welke methode het beste is om richtlijnen/kwaliteitsstandaarden te implementeren, er zijn weinig gerandomiseerde onderzoeken gedaan naar het effect van implementatiestrategieën. Vaak zijn zelfrapportage vragenlijsten gebruikt en is kwalitatief onderzoek uitgevoerd (Leentjens & Burgers, 2008; Francke et al., 2008).

### *Bevorderende factoren in de implementatie en het gebruik van richtlijnen*

Bevorderende factoren voor de implementatie van richtlijnen kunnen samenhangen met de richtlijn zelf, de professional, de cliënt, de sociale omgeving, de organisatie en financiering (Grol en Wensing, 2011).

- Een implementatiestrategie moet bestaan uit verschillende componenten. Bijvoorbeeld niet alleen scholing geven over een richtlijn, maar dit combineren met andere implementatiestrategieën zoals feedback over het handelen. Overigens is de bewijsvoering voor meervoudige implementatiestrategieën van richtlijnen niet geheel eenduidig waardoor we onvoldoende weten welke strategieën in welke situatie effectief zijn (Francke et al., 2008; Leentjens & Burgers, 2008).
- Factoren die samenhangen met de uitvoerend professional. Een professional moet bewust gemaakt worden van de richtlijn en er moet overeenstemming zijn over de inhoud ervan. Een professional die de meerwaarde inziet van een richtlijn en gemotiveerd is om ermee te werken, zal eerder de richtlijn opvolgen. Het helpt als de professional weet dat de kwaliteit van zorg altijd leidend is en dat van een richtlijn beargumenteerd afgeweken kan worden (Francke et al., 2008; Leentjens & Burgers, 2008).
- Factoren die samenhangen met de cliënt. Het kan helpen wanneer een cliënt verschillende opties krijgt aangeboden waaruit deze kan kiezen (Francke et al., 2008; Leentjens & Burgers, 2008).
- Factoren die samenhangen met de richtlijn zelf: concreetheid van de aanbevelingen, niet te ingewikkeld, niet controversieel en aansluitend bij normen en waarden en het moet goed aansluiten bij de dagelijkse routine en praktijkvoering. Verder lijkt de adherentie aan richtlijnen groter als er een duidelijk wetenschappelijk bewijs voor is (Francke et al., 2008; Leentjens & Burgers, 2008).
- Factoren die samenhangen met de sociale omgeving: een formele autorisatieprocedure van de beroepsvereniging kan bijdragen aan de status van een richtlijn, en daarmee aan de implementatie (Francke et al., 2008; Leentjens & Burgers, 2008).
- Factoren die samenhangen met organisatie en financiering van zorg. Bijvoorbeeld kunnen er financiële incentives zijn, maar ook moet een organisatie zorgen voor genoeg tijd voor de mensen die de richtlijn implementeren. Adherentie aan richtlijnen kan toenemen als de organisatie een infrastructuur creëert met individuele feedback aan behandelaars over hun handelen. Ook is op organisatieniveau inzicht en feedback nodig. Echter, daarbij dient in de gaten te worden gehouden dat positieve aandacht doorgaans beter werkt dan een afrekencultuur (Francke et al., 2008; Leentjens & Burgers, 2008).
- Bij niet al te grote ziekenhuizen lijkt de implementatie van richtlijnen beter te gaan. Iedereen kent elkaar en er zijn korte lijnen tussen de Raad van Bestuur en de uitvoerende medische staf. De verspreiding en implementatie van de richtlijnen worden geregeld op een praktische manier doordat er weinig bureaucratische stappen zijn te nemen (Blume et al., 2016; 2017a).

- In ziekenhuizen waar de implementatie van richtlijnen goed gaat, werken het hoger management en de professionals op de werkvloer nauw met elkaar samen om te kijken hoe de richtlijn geïntegreerd kan worden in het beleid en de uitvoering. Dit creëert betrokkenheid en intrinsieke motivatie en de RvB en de medische specialisten nemen een gezamenlijke verantwoordelijkheid (Blume et al., 2016; 2017a).
- Ziekenhuizen die pragmatisch naar een richtlijn kijken, implementeren beter dan ziekenhuizen die een richtlijn meer op een rigide manier beschouwen. Pragmatisch houdt in dat in gezamenlijkheid wordt gekeken naar het doel van de richtlijn, of dit onderschreven kan worden en naar hoe dit doel behaald kan worden. Op een onderbouwde manier mag eventueel worden afgeweken van de richtlijnaanbeveling (Blume et al., 2016; 2017a).

Ubbink, Guyatt en Vermeulen (2013) voerden een systematische review uit naar de zelfgerapporteerde waardering voor evidence-based practice (EBP) en naar infrastructurele oplossingen in een organisatie om EBP te promoten. Het ging daarbij om houdingen ten opzichte van EBP, kennis, bewustzijn, vaardigheden bij managers, artsen en verpleegkundigen in klinische settings en faciliterende en belemmerende factoren bij de implementatie. De auteurs vertalen EBP als het optimaliseren van de kwaliteit van de gezondheidszorg door het gezamenlijk beschouwen en gebruik maken van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek en de waarden en voorkeuren van cliënten. Zij concluderen dat EBP wel breed omarmd is door de gezondheidszorg maar dat de implementatie van EBP nog achter blijft. Vanuit de resultaten stellen zij een raamwerk voor waarin op verschillende niveaus interventies worden aangeboden, zowel op beleidsmatig niveau, managementniveau, in het onderwijs en in de praktische uitvoering. Een integrale implementatiestrategie moet ontwikkeld worden in samenwerking met alle professionals en op-maat gemaakt aan hun behoeftes en geanticipeerde knelpunten. Een paar voorbeelden:

- Beleid: wereldwijde promotie van EBP door internationale organisaties & samenwerking, het installeren en financieren van een coördinerende organisatie, EBP een vast onderdeel maken in al het onderwijs.
- Management/RvB: opnemen van EBP doelen in het strategisch plan, aanneme beleid personeel, tijd vrijmaken voor medewerkers, bouwen van een cultuur die EBP omarmt en bevordert, aanwijzen van rolmodellen in het personeel, zorgen voor evaluatie en feedback cyclus.
- Onderwijs en onderzoek: integreren van EBP in het onderwijscurriculum, curriculum moet in samenwerking met de praktijk worden opgezet, onderzoek naar effect en implementatie in nauwe samenwerking met de praktijk.
- Praktijk: computer-based implementatie van richtlijnen, tijd voor verdieping en uitvoering van richtlijnen, toegang tot mentoren en rolmodellen, delen van kennis en ervaringen rondom EBP.

### 3.4 Effecten van het gebruik van kompassen

In richtlijnen en kwaliteitsstandaarden zijn aanbevelingen opgenomen gebaseerd op een integratie van wetenschappelijke kennis uit literatuur (voor zover beschikbaar), praktijkkennis van professionals en ervaringskennis en voorkeuren van cliënten. Naar de klinische effecten van interventies opgenomen in richtlijnen/kwaliteitsstandaarden is onderzoek gedaan: heeft de cliënt er uiteindelijk baat bij? De mate van effectiviteit van interventies die in richtlijnen/kwaliteitsstandaarden aanbevolen worden staan in de richtlijn/kwaliteitsstandaard beschreven. Er is relatief weinig onderzoek naar het effect van richtlijnen/kwaliteitsstandaarden. De aanname hierbij is dat het correct opvolgen van de aanbevelingen de meest effectieve aanpak garandeert. Onderzoek naar het effect van richtlijnen gaat meestal over in hoeverre de professional de richtlijnaanbevelingen opvolgt (mate van adherentie). Internationaal onderzoek in de GGZ laat zien dat als richtlijnzorg opgevolgd wordt deze zorg kosteneffectief is (Andrews et al., 2004). In het algemeen kan gesteld worden dat er veel richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en andere hulpmiddelen ontwikkeld worden, en dat, in elk geval in de zorg, de implementatie en daarmee ook de opvolging achterblijft. In de literatuurreview van Leentjens en Burgers (2008) bijvoorbeeld naar bevorderende factoren in de implementatie van richtlijnen kwam de adherentiegraad in diverse onderzoeken gemiddeld niet hoger uit dan 60 à 70%. Ook Francke et al. (2008) noemen adherentiegraden van richtlijnen van 27-67%, waarbij wordt opgemerkt dat de adherentiegraad vaak weer omlaag gaat als de implementatiestrategie wordt gestopt.



# HOOFDSTUK 4

## Resultaten voorbeeldpraktijken





In dit hoofdstuk worden de voorbeeldpraktijken nader beschreven evenals de resultaten van het literatuuronderzoek naar deze praktijken. Daarnaast worden de resultaten van het verdiepend kwalitatief onderzoek (resultaten uit de interviews) voor de verkenning van het KWI kompas weergegeven.

Verdiepend onderzoek vond plaats door het houden van interviews met ontwikkelaars en gebruikers van kompassen in drie voorbeeldpraktijken. De praktijk van: de wijkverpleegkundigen die gebruik maken van kwaliteitsstandaarden, de jeugdgezondheidszorgprofessionals die gebruik maken van richtlijnen, en de beleidsmedewerkers en gezondheidsbevorderaars die gebruik maken van de handreiking gezonde gemeente met daaraan gekoppeld de interventiedatabase. Meer informatie over de deelnemers en de interviewvragen in bijlage 2.

## 4.1. Handreiking Gezonde Gemeente en Interventiedatabase Gezond en Actief Leven

### Resultaten literatuuronderzoek

#### *Handreiking Gezonde Gemeente*

Met de Handreiking Gezonde Gemeente (HGG) bieden RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) en partners (thema-instituten, professionals gezondheidsbevordering en beleidsmedewerkers van gemeenten) informatie voor het maken, uitvoeren en evalueren van evidence-informed gezondheidsbeleid. De HGG is de herziene versie van vier handleidingen (tabak, overgewicht, alcohol, depressie), aangevuld met nieuwe thema's en met tools voor een integrale benadering. De handreiking bevat:

- informatie, tips en praktijkvoorbeelden over bijvoorbeeld wets- en beleidskaders, decentralisatie van overheidstaken, integraal beleid en gezonde leefomgeving, samenwerken, het maken van een uitvoeringsprogramma, en basisstappen voor evalueren;
- een startpagina Gezonde Wijk waar alle informatie over wijkgerichte gezondheidsbevordering bij elkaar staat. Zoals informatie over de aanpak van gezondheidsachterstanden en het maken van een wijkgezondheidsprofiel;
- pijlers voor het succes van lokaal gezondheidsbeleid zoals (bestuurlijk) draagvlak, burgerparticipatie en sociale marketing;
- tools en stappenplannen om concreet invulling te geven aan lokaal preventiebeleid voor de thema's overgewicht, sport en bewegen, alcohol, drugs, roken, depressie, seksuele gezondheid en valpreventie;
- een startpagina Jeugd waar men kan kiezen voor informatie over jeugd en gezondheid, wetgeving en beleid, samenwerken, en monitoren. Er is informatie te vinden over gezondheidsthema's als alcohol en overgewicht, jongerenparticipatie en de Jeugdwet;
- actuele overzichten met aanbevolen interventies (de Interventiedatabase met daarin onder andere de database Gezond en Actief Leven).

#### *(Beïnvloedende factoren voor) het gebruik van de Handreiking Gezonde Gemeente*

De HGG krijgt maandelijks ruim 6.920 bezoekers in 2017 en 5.260 bezoekers in 2016. In 2015 lag dit aantal nog op 3.900 per maand. In 2015 en 2016 wordt het vaakst informatie gezocht over drugs, en als tweede over depressie. In 2017 zijn drugs en alcohol de meest gezochte onderwerpen. Op nummer drie staan overgewicht, seksuele gezondheid en sport & bewegen

in respectievelijk 2015, 2016 en 2017. Van alle bezoekers is 63% in 2017 nieuw, 20% van de bezoekers komt in deze periode terug op de site. De verwachting is dat het gebruik van de HGG samenhangt met de beleidsfasering van gemeenten en andere organisaties.

In de Interventie-database staan in 2017 ruim 1000 interventies. Het aantal bezoekers per maand is in 2017: 2920 bezoekers, in 2016: 2670 bezoekers, in 2015: 3750 bezoekers.

Feitelijk zeggen de bezoekaantallen weinig over het daadwerkelijke gebruik. Voor zover bekend zijn er twee onderzoeken naar het daadwerkelijke gebruik geweest. Ten eerste, onderzoek naar de mate waarin professionals (van 13 GGD-en, 85 gemeenten, 12 sport(service) organisaties en 17 regionale ondersteuningsstructuren) de HGG in de praktijk toepassen bij het maken, uitvoeren en/of evalueren van gezondheidsbeleid (RIVM, 2014). Om inzicht te krijgen in het gebruik zijn telefonische interviews afgenomen. Resultaten laten zien dat de HGG onder GGD-professionals het meest bekend (100%) is. Bij de andere organisaties (ROS'en, sportservices en gemeenten) zegt twee derde van de professionals bekend te zijn met de HGG. De meeste professionals die de HGG kennen, zoeken er informatie en passen die toe in hun werkzaamheden. Bij sportservices en regionale ondersteuningsstructuren (ROS-en) is de toepassing lager (ongeveer 50%) dan bij gemeenten en GGD-en (80-100%). De toepassing van de informatie uit de HGG verschilt per organisatie. Het vaakst gebruiken zij de informatie bij het schrijven van de nota volksgezondheid en/of het adviseren van gemeenten. Ten tweede, onderzoek naar de implementatie van de handreiking waarbij gebruik gemaakt is van een online vragenlijst, die afgenomen is bij alle 28 GGD-en (respons 24%, 73 van de 304 beleidsmedewerkers en gezondheidsbevorderaars). Ongeveer de helft van de respondenten (35 van de 73) maakte gebruik van de HGG (Kuunders et al., 2017). De waargenomen gebruiksvriendelijkheid (bijv. hoe goed de HGG is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten en de helderheid van de adviezen voor de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid) van de HGG bepaalde in belangrijke mate het gebruik.

Kuunders et al. (2015; 2017) evalueerden naast het gebruik welke factoren de adoptie en het gebruik van de Handreiking Gezonde Gemeente belemmeren of bevorderen. Zij namen daarvoor 14 kwalitatieve semigestructureerde interviews af bij GGD-en (management, beleidsfunctionarissen en adviseurs gezondheidsbevordering), gemeentes (beleidsambtenaren) en externe respondenten (beleidswetenschapper Public Health, trainer/consultant en ontwikkelaars van de HGG) (Kuunders et al., 2015). Resultaten laten zien dat het gebruik belemmerd wordt doordat: de directe voordelen van het gebruik van de HGG niet altijd helder zijn voor GGD-professionals, er onvoldoende aansluiting van de handreiking bij de bestaande werkwijze van hun organisatie is, managers de HGG niet verplichten omdat zij vinden dat dit de autonomie van de professional aantast, de uitvoerende professional graag handvatten wil en geen keurslijf.

Aangedragen oplossingen voor de belemmerende factoren zijn: directe voordelen van het gebruik moeten achterhaald worden, inclusief eventuele manieren van belonen, een meer concrete vertaling naar 'hoe' de HGG in de lokale context gebruikt kan worden, de organisatiedoelen van de GGD voor integraal gezondheidsbeleid als gezamenlijke richtinggevende doelen benoemen, met daarin een belangrijke plek voor de HGG zodat managers en professionals zich aan de HGG verbinden.

### *Interventiedatabase Gezond en Actief Leven (I-database)*

De Interventiedatabase Gezond en Actief Leven " geeft inzicht in het aanbod en de kwaliteit van leefstijlinterventies" ([www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)). In 2015 besloten 7 landelijke kennisinstituten



(RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), Kenniscentrum Sport (KC Sport), Movisie, Nederlands Jeugdinstituut (NJI), Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), Trimbos-instituut en Vilans) om samen te werken bij het eenduidig beoordelen van interventies in de verschillende werkvelden. Voor alle interventies uit deze werkvelden worden dezelfde criteria en procedures voor het beoordelen van interventies gehanteerd. Hierdoor is een integraal aanbod ontstaan van erkende interventies, te gebruiken door het lokale veld, zoals gemeentes en GGD-en. Met het erkenningstraject maakt het CGL zichtbaar wat de kwaliteit, uitvoerbaarheid, en effectiviteit van interventies is. Het doel is de gebruikers te helpen een verantwoorde keuze te maken voor de interventies die ze willen inzetten. Interventie-eigenaren vragen erkenning aan omdat zij hun interventie breder willen verspreiden, subsidie willen krijgen voor uitvoering of onderzoek, trots zijn op hun interventie of feedback willen op een interventie.

#### *(Beïnvloedende factoren voor) het gebruik van erkende interventies uit de I-database*

Onderzoek naar het gebruik van erkende interventies (Van de Walle et al., 2014) door bronraadpleging van onder andere de I-database en door afname van interviews bij 27 gebruikers) van de I-database in verschillende settings, laat zien dat erkende interventies vaker uitgevoerd worden dan niet-erkende interventies. Voor een deel is dat te verklaren door de maatregelen die het gebruik van erkende interventies stimuleren, bijvoorbeeld door erkende interventies prominenter in beeld te brengen dan niet-erkende interventies, en omdat professionals vertrouwen hebben in de kwaliteit van erkende interventies en een grotere kans bestaat dat zij daarmee doelen behalen. Beïnvloedende factoren bij gebruik van de interventies zijn: de zorgen van professionals over of zij met een standaardinterventie maatwerk kunnen leveren en dat erkende interventies niet altijd aansluiten bij de lokale context. De onderzoekers geven op basis van de bevindingen aan dat het gebruik van erkende interventies mogelijk gestimuleerd kan worden door sterker te benadrukken dat erkende interventies een bewijs van kwaliteit zijn. Ook vinden de onderzoekers dat duidelijkere communicatie nodig is over de erkenningsniveaus en over de mogelijkheid om met een erkende interventie maatwerk te leveren in de lokale praktijk.

Naast onderzoek naar het gebruik van de erkende interventies is onderzoek gedaan naar erkenningstraject, om inzicht te krijgen in de mate waarin het erkenningstraject en de I-database (bestaande de databanken: effectieve jeugdinterventies, effectieve sociale interventies, gezond en actief leven, effectief actief, langdurige zorg gehandicapten, langdurige ggz, justitiële interventies, langdurige zorg ouderen, interventiebibliotheek, anders) bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van interventies (Gelinck, 2018). Het onderzoek bestond uit afname van een digitale vragenlijst (respons n = 605) en verdiepende bijeenkomsten en gesprekken met gebruikers van de databanken (uitvoerende professionals en lokale beleidsmakers) (totaal 91 deelnemers), interventie-ontwikkelaars, commissieleden van erkenningscommissies en praktijkbeoordelaars, begeleiders/secretariaten van de diverse deelnemende kennisinstututen, en overige stakeholders (bijvoorbeeld subsidieverstrekkingen en brancheorganisaties). Over het algemeen worden zowel het erkenningstraject als de databanken als heel zinvol ervaren (93%). Het draagt bij aan kwaliteitsverbetering en de interventies zijn bruikbaar voor professionals in beleid en uitvoering. Vooral professionals in beleid en uitvoering vinden de databanken een belangrijk instrument voor kwaliteitsverbetering in hun sector. Tegelijkertijd wordt ook aangegeven dat het nog schort aan daadwerkelijk gebruik van erkende interventies en dat databanken met erkende interventies nog niet altijd goed bekend zijn in het veld. Hiervoor moet de bekendheid en het gebruik van erkende interventies bij gemeenten (door bijvoorbeeld een

communicatietraject voor gemeenten) en praktijkprofessionals (door bijvoorbeeld het gebruik van erkende interventies in bestaand kwaliteitsbeleid of in een brede professionaliseringslag op te nemen) worden gestimuleerd. Een groot deel van de respondenten (71%) vindt dat er meer aandacht moet komen voor werkzame elementen ten opzichte van hele interventies. De procedure voor erkenning verdient ook aandacht, omdat dit veel tijd en geld kost voor de interventie-eigenaren. Gekeken gaat worden hoe procedures vereenvoudigd kunnen worden en hoe interventie-eigenaren nog beter ondersteund kunnen worden.

## Resultaten interviews

### *Geleerde lessen van de opstellers*

*Wat zijn de lessen voor het ontwikkelen van de HGG en I-database?*

De digitale Handreiking Gezonde Gemeente is in 2009-2010 ontwikkeld door het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) samen met partners (thema-instituten, GGD GHOR Nederland, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), InEen en diverse RIVM centra), gemeenten en professionals gezondheidsbevordering, in opdracht van het ministerie van VWS. Een bestuurlijke randvoorwaarde is dat de HGG gedragen wordt door alle organisaties die gezondheid bevorderen. Een financiële randvoorwaarde voor het ontwikkelen en up to date houden van de HGG en de I-database is dat er structureel budget beschikbaar is van het Ministerie van VWS. Jaarlijks worden de producten geëvalueerd met de opdrachtgever en kennisvragen aangescherpt en de producten geactualiseerd. Zo lag het accent bij de laatste jaren op het online beschikbaar stellen van het aanbod en vanaf dit jaar (2018) ook op het informeren en adviseren van gemeenten en GGD-en en het ophalen van ervaringen.

Om de HGG meer aan te laten sluiten bij de praktijk is sinds 2015 een gebruikerspanel HGG actief. Het gebruikerspanel denkt mee over welke onderwerpen wel en niet in de handreiking thuis horen, leest en schrijft mee op gebied van specifieke onderwerpen, en promoot het gebruik van de handreiking in de praktijk. Het gebruikerspanel is een soort klankbordgroep bedoeld om de producten aan te laten sluiten bij de praktijk (haalbaarheid, toepasbaarheid). Het gebruikerspanel is breed samengesteld (landelijke vertegenwoordiging, diverse organisaties en regionale culturen), en bestaat uit beleidsambtenaren en gezondheidsbevorderaars van gemeenten en GGD-en, een provincie, en de regionale ondersteuningsstructuur (ROS-en).

Om ontwikkelde interventies te erkennen en op te nemen in de I-database (Loketgezondleven.nl) wordt een proces van interventiebeschrijving tot en met erkenning doorlopen en dit kost tijd. Bij de aanvraag van erkenning kun je ondersteuning krijgen van het CGL. Een belangrijke randvoorwaarde is dat hiervoor financiering beschikbaar is. Financiering kan plaatsvinden vanuit het project waarbinnen de interventie ontwikkeld is, mits deze kosten begroot en goedgekeurd zijn. Na 5 jaar is het erkenningstermijn verlopen en interventie-eigenaren kunnen maximaal € 3.500,- subsidie ontvangen (2018) via het CGL (naast de ondersteuning) om hun interventie opnieuw voor erkenning in te dienen, de zogenoemde her-erkenning. Ten aanzien van de organisatie is een belangrijke randvoorwaarde dat de database up to date gehouden wordt.

*Welke methode wordt gebruikt voor de ontwikkeling van de HGG en interventies?*

De integrale aanpak voor lokaal gezondheidsbeleid in de HGG is gebaseerd op het concept van Dahlgren en White. De processtappen in de handreiking zijn gebaseerd op de plan-

do-check-act cyclus en planmatige aanpak. In de geboden informatie wordt steeds gekeken naar de volgende stap. Informatie in de handreiking is gebaseerd op wetenschappelijke kennis en inzichten en praktijkervaring.

Een ontwikkelaar van interventies, die deze aanbiedt voor erkenning aan de I-database, geeft aan dat zij voor de ontwikkeling van interventies diverse modellen gebruiken. De respondent noemt bijvoorbeeld Intervention mapping, Casi.3.0, Doen en laten (gericht op duurzaam gedrag veranderen), Gedragsslenzen. Eveneens wordt gebruik gemaakt van wetenschappelijk inzichten omtrent gedragsverandering en wordt de intermediair (bijvoorbeeld als het gaat om de preventie van overgewicht de diëtiste, JGZ-professional, verloskundige) of eindgebruiker (klant van de professional) voor zover mogelijk (afhankelijk van of ze te bereiken zijn, de beschikbare middelen) betrokken.

*Wat zijn de succesfactoren en wat zijn knelpunten bij de ontwikkeling en up to date houden van de HGG en I-database?*

Succesfactoren

- De gezamenlijkheid. De HGG was een gezamenlijke opdracht van VWS aan RIVM Centrum Gezond Leven en thema-instituten, GGD GHOR Nederland, GGD-en en VNG was betrokken.
- De HGG is bottom-up met gebruikers (gezondheidsbevorderaars en beleidsmedewerkers) gemaakt.
- De HGG is goed leesbaar, goed vindbaar, sluit aan bij de praktijk.
- De producten bestonden al in boekvorm (de eerste versie van de HGG).
- Behoeft aan kennis over bevorderen van gezondheid is groot en de gezonde wijkaanpak past bij huidige ontwikkelingen.
- VWS stuurt landelijk op: 'Gebruik wat er al is'.
- Vacatiegeld beschikbaar voor leden van het gebruikerspanel.
- De HGG bevat een overzichtelijk aanbod, producten die dusdanig beschreven zijn dat je er snel mee kunt werken, je hoeft het wiel niet opnieuw uit te vinden, je leert van andere ervaringen, die snelle succeservaringen mogelijk maken.
- In vrijheid met verschillende beroepsgroepen integraal kunnen bespreken wat nodig is.
- Betrokken gebruikerspanel, zij brengen ervaringen in, weten waar ze het over hebben.
- Alle interventies staan bij elkaar in de I-database.
- Budget voor her-erkenning.
- Ontwikkeling door een betrouwbare onafhankelijke organisatie.

Knelpunten

- Professionals vinden het teveel tijd kosten om een interventie in te dienen voor de I-database.
- Bekendheid van erkende interventies onder beleidsmakers o.a. bij gemeenten kan beter.
- Een gezamenlijke visie ontwikkelen op integraal beleid, ieder heeft een andere mening.
- Onheldere rolverdeling tussen RIVM CGL en thema-instituten
- Thema-instituten leveren een bijdrage vanuit subsidie die ze van VWS krijgen, die ook voor andere projecten gebruikt dient te worden.
- Thema-instituten zetten tijdelijk personeel in voor de ontwikkeling waardoor continuïteit en betrokkenheid en borging beperkt is.
- Hoe bereik je meer mensen?

- Thema-instituten zetten eigen kennis ook op eigen website waardoor mogelijk minder mensen op het integrale thema via de HGG bereikt worden.

*Wanneer zijn professionals voldoende geëquipeerd en gemotiveerd om HGG en de I-database te ontwikkelen?*

- Ervaring hebben met lokaal gezondheidsbeleid en integrale invalshoek, ervaring met beleid en uitvoering, vanuit verschillende perspectieven kunnen kijken, bijv. zorg en welzijn, sport, psychische gezondheid, diversiteit.
- Kennis hebben van de HGG en deze gebruiken.
- Op zijn minst betrokken zijn en het leuk vinden mee te denken.
- Inhoudelijke kennis over het onderwerp zelf te hebben.
- Openstaan voor gebruikersgroepen (ambtenaren/beleidsadviseurs van verschillende afdelingen, ROS-en en gezondheidsbevorderaars), voor waar de groepen behoefte aan hebben en voor andere gedachten en meningen.
- Leergierig zijn.
- Goed kunnen communiceren.
- Durven evalueren, hoe kan het beter en als een product/interventie niet werkt durven loslaten/afsluiten.
- Achter de integrale benadering staan en aandacht aan preventie willen geven.
- Interesse hebben in vraagstukken in het sociale domein met (publieke) gezondheidsvraagstukken.
- Als er vacatiegeld beschikbaar is.
- Mede-eigenaarschap.
- Ontwikkeling door een betrouwbare onafhankelijke organisatie.
- Tijd beschikbaar hebben.

*Is er sprake van een bewuste keuze voor monodisciplinaire of multidisciplinaire producten? Op basis waarvan?*

In de HGG en I-database staan producten die door meerdere disciplines te gebruiken zijn, die zich bezighouden met het gezondheidsbeleid en wijkgerichte gezondheidsbevordering. Er is sprake van een integrale benadering.

### *Geleerde lessen van de gebruikers*

*Wat zijn de lessen voor het gebruiken van de HGG en I-database?*

Een geleerde les van een gebruiker is, een lange adem hebben en niet de verwachting hebben dat gebruikers gelijk meedoen of meteen alle onderdelen oppakken. Succes op toepassen van interventies neemt toe als één persoon de aanpak onder haar of zijn hoede neemt en doelen met de gebruikers opstelt en de voortgang continue evalueert.

*Hoe zijn de HGG en I-database ingebed in het werk van de professional binnen diens organisatie in de sector? Hoe gebruikt de professional de HGG en I-database in haar werk? Stuur de organisatie op het gebruik, zo ja hoe?*

De organisatie heeft de landelijke gezonde school aanpak uit de HGG op maat gemaakt voor de regio, en daarmee een regionale aanpak ontwikkeld. Inhoudelijk zijn er geen verschillen tussen de landelijk en regionale aanpak, de werkwijze is hetzelfde. Deze aanpak wordt

gebruikt. De aanpak is ingebed doordat de geïnterviewde jaren ervaring heeft (9 jaar) en de aanpak "in haar hoofd heeft zitten". Andere bevorderende factoren zijn dat teamleden onderwerpen toebedeeld krijgen en op dat gebied ontwikkelingen bijhouden, interventies ontwikkelen en/of ingevlogen worden voor advies, en de organisatie en het team de visie hebben zo effectief mogelijk te willen werken. Er zijn weinig bewezen effectieve interventies en zij proberen het hoogst haalbare in te zetten. Uit het bestaande aanbod (uit de I-database) wordt een keuze gemaakt. Samen met de leidinggevende wordt jaarlijks een uitvoeringsplan gemaakt. Daarnaast is het de missie van de organisatie om gezondheid te bevorderen en daarvoor ontvangt zij budget van de gemeente, die daarop toeziet.

*Wat zijn de succesfactoren en wat zijn knelpunten bij het gebruiken van de HGG en I-database?*

Succesfactoren

- Het CGL is bezig om via gemeentes ambassadeurs te werven. Het erkenningstraject (I-database) werkt al met ambassadeurs. Zij promoten erkende interventies te gebruiken.
- Kennis brengen en ophalen bij gemeentes/GGD-en, zodat op de praktijk aangesloten wordt.
- Landelijke aanpak op maat maken voor de regio.
- Periodieke scholing in de aanpak.
- Advies vanuit de landelijke koepel GGD GHOR Nederland over de aanpak gedurende de looptijd van het programma, bijvoorbeeld meer vraaggericht gaan werken met scholen in plaats van het aanbod in zijn totaal kwijt willen aan scholen. Stap voor stap en de school zelf vragen laten bedenken en daar ondersteuning bij bieden.
- Op basis van cijfers uit de gezondheidsspeiling scholen motiveren mee te doen.
- Aansluiten bij bestaande ouderavonden.
- Voorlichting geven vanuit de werking van het puberbrein, dat vinden ouders interessant en is herkenbaar voor ouders.

Knelpunten

- Iedereen is druk, bij gemeentes is veel verloop van beleidsmedewerkers, nieuwe medewerkers kennen de HGG niet. Van belang is te blijven communiceren, berichten sturen.
- HGG: er zijn allerlei initiatieven, o.a. vanuit de overheid, gericht op gemeenten, zoals Gezond In... uitgevoerd door Pharos, en Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG). Respondent geeft aan dat het gevolg hiervan kan zijn dat gemeenten niet weten bij wie ze het beste terecht kunnen.
- Interventiedatabase: er zitten zoveel interventies in de database met gevaar door de bomen het bos niet meer zien. De zoekfunctie werkt slecht en er staan interventies in die 'over datum' zijn m.b.t. erkenning en opnieuw ingediend hadden moeten worden waardoor de database niet up to date is. Zie ook succesfactor hierboven over de financiële vergoeding.
- Er zijn meerdere databases met interventies.
- Geen wettelijke verplichting voor het meedoen aan de gezonde schoolaanpak. Het rookvrij schoolterrein is wel wettelijk verplicht en daardoor is het makkelijker die interventies in te zetten.

*Welke opvattingen bestaan er met betrekking tot de HGG en I-database bij professionals en hun organisaties?*

Het is vanzelfsprekend evidence-based te werken.

*Wanneer zijn professionals voldoende geëquipeerd en gemotiveerd om de HGG en I-database te gebruiken?*

- Tijd beschikbaar hebben.
- Vaardigheden aanleren, door veel doen en meelopen, scholingen volgen zodat je goed weet wat de werkwijze inhoudt en wat er beschikbaar is. De ervaring is dat dit gemiddeld 1.5 jaar duurt.

*Hoe wordt over de HGG en I-database gecommuniceerd? Wat zijn laagdrempelige, enthousiasmerende manieren om mensen te verleiden om de HGG en I-database te gebruiken?*

- De interventies (producten) van de gezonde school uit de HGG worden door de ontwikkelaars (vaak kennisinstituten) aan de organisatie aangeboden via nieuwsbrieven, omdat de organisatie de kortste lijn naar de school is. De informatie wordt in het team besproken: wat is het, wat kunnen we ermee, valt het binnen onze expertise, hebben we tijd en capaciteit.
- (Periodieke) scholing door kennisinstituten, en door de organisatie zelf worden intern nieuwe medewerkers geschoold.
- Er zijn weinig bewezen effectief interventies en zij (de professionals in de organisatie) proberen het hoogst haalbare in te zetten. Uit het bestaande aanbod (uit de I-database) wordt een keuze gemaakt. Samen met de leidinggevende wordt jaarlijks een uitvoeringsplan gemaakt.
- In het team medewerkers onderwerpen toebedelen.
- In persoonlijke advisering als je met de gemeente rond de tafel zit over de nota gezondheidsbeleid, benoem je de producten uit de HGG die helpend kunnen zijn.
- Kosteloos beschikbaar stellen.
- Ontwikkeld door een onafhankelijk instituut.

*Wat is het effect van het gebruiken van de HGG/I-database?*

- Preventie van overgewicht.
- Vanuit de organisatie wordt geen onderzoek gedaan, vanwege capaciteit en financiën en ze volgen de leerlingen niet door de jaren heen waardoor geen gedegen effectonderzoek plaats kan vinden. De gezonde schoolaanpak is gestoeld op onderzoek en ontwikkeld op basis van bestaande modellen. De gezonde school aanpak wordt geëvalueerd.
- Het gebruik leidt niet tot meer administratie.
- De producten in de HGG zet de gebruiker op andere gedachten over hoe iets aangepakt kan worden en het wiel hoeft niet opnieuw uitgevonden te worden.
- EBP draagt bij aan professionalisering, "omdat je gedwongen wordt je interventies te onderbouwen. Daarmee laat je zien dat je doordacht dingen ontwikkelt wat weer bijdraagt aan je beroepstrots".
- "Als je als adviseur gezondheidsbevordering (en als GGD) professioneel over wilt komen en je, nog belangrijker, kwalitatief werk wilt afleveren, kan het niet anders dan dat je de best beschikbare interventies gebruikt. Op die manier werken we zo goed mogelijk aan gezondheidsbevordering en kunnen we staan voor ons werk en onze visie".

## 4.2 Richtlijnen voor de wijkverpleging

### Resultaten literatuuronderzoek

#### *Ontwikkeling richtlijnen wijkverpleegkundigen*

Met subsidie van Actiz, branchevereniging van zorg- en ondersteuningsorganisaties, is een projectgroep in november 2012 van start gegaan met het project 'wijkverpleegkundige richtlijnen'. In de eerste fase van dit project is geïnventariseerd welke ondersteunende richtlijnen er zijn voor wijkverpleegkundigen en aan welke richtlijnen nog behoefte is. Er zijn twee stappen binnen het project gezet. In de eerste stap is literatuuronderzoek gedaan naar de standaarden die er (inter)nationaal zijn in de wijkverpleegkundige zorg en wat de kwaliteit daar van is. Gelijktijdig is er een veldraadpleging gedaan om te kijken op welke terreinen er lacunes in de wijkverpleegkundige zorg bestaan.

Wat betreft de ontwikkeling zijn er geen knelpunten en succesfactoren in de literatuur gevonden.

#### *(Beïnvloedende factoren voor) het gebruik van de richtlijnen door wijkverpleegkundigen*

Als onderdeel van het project van Actiz is een enquête onder wijkverpleegkundigen uitgezet (n = 183) en is een veldraadpleging in de vorm van zes workshops met wijkverpleegkundigen gehouden (n = 156) (Geense et al., 2013). Bijna 90% van de wijkverpleegkundigen gaf in de enquête aan 'wel eens' gebruik te maken van richtlijnen en de meeste wijkverpleegkundigen doen dit niet vaak. Het gebruik van richtlijnen lijkt geen gangbare cultuur onder de doelgroep. Driekwart van de thuiszorgorganisaties was nog niet actief in het (bevorderen van) het gebruik van richtlijnen. Ook in de HBO-v's leek er onvoldoende aandacht te zijn voor het werken met richtlijnen en dat is inmiddels veranderd: daar is nu ruime aandacht voor evidence-based werken en de plaats die richtlijnen daarin hebben. Door de overgang van wijkverpleegkundige zorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet was de verwachting dat er verandering in de kennis en het gebruik van richtlijnen zou komen omdat wijkverpleegkundigen steeds vaker zelf indicaties moeten stellen. Er zijn echter geen actuele cijfers beschikbaar over het gebruik van richtlijnen in de wijkverpleging. Uit de enquête van Actiz komt ook naar voren dat twee derde (67%) van de wijkverpleegkundigen de richtlijnen over het algemeen redelijk makkelijk weet te vinden, vooral vanwege het voorhanden zijn van het intranet en internet. Daar staat tegenover dat er niet één centrale plaats is waar men verpleegkundige richtlijnen kan vinden, waardoor het zoeken veel tijd kost. Andere belemmerende factoren zijn dat er diverse richtlijnen over een onderwerp kunnen zijn en het vaak niet duidelijk is welke richtlijn gekozen moet worden, dat de vormgeving van richtlijnen sterk uiteen loopt, en het vaak moeilijk in te schatten is wat de kwaliteit van een richtlijn is evenals de mate van actueel zijn. Hieruit volgen de volgende aanbevelingen, die bevorderend kunnen werken voor het gebruik: richtlijnen moeten centraal ontwikkeld worden met een eenduidige lay-out, ontwikkel een systeem waar alle richtlijnen te vinden zijn en dat je automatisch op de hoogte brengt van nieuwe richtlijnen, zorg voor voldoende tijd om richtlijnen te lezen, want dat ontbreekt er vaak aan in de wijkverpleegkundige zorg.

## Resultaten interviews

### *Geleerde lessen van de opstellers*

*Wat zijn de lessen voor het ontwikkelen van de kwaliteitstandaarden?*

Een van de geleerde lessen is aansluiten bij cliënten, de beroepsgroep en de praktijk. Dit wordt gedaan door wijkverpleegkundigen en vertegenwoordigers van de ouderen bond en cliëntvereniging deel te laten nemen aan de werk- en adviesgroep, en het houden van achterbanraadplegingen. Door de prioritering van knelpunten in de zorg bij de wijkverpleegkundigen neer te leggen en de vragen die leven bij de wijkverpleegkundigen in de werkgroep na te gaan wordt gepoogd zo goed mogelijk aan te sluiten bij de beroepsgroep. Wijkverpleegkundigen hebben niet de kennis/vaardigheid om evidence tabellen te lezen die op basis van literatuuronderzoek gemaakt zijn. Helpend is als de projectleider de info verspreidt en in de werkgroep uitlegt hoe de conclusie/aanbeveling tot stand gekomen is op basis van de literatuur. Vanuit de beroepsvereniging V&VN wordt een eendaagse training aangeboden om kwaliteitsstandaarden te leren lezen en op waarde te schatten. Ook worden de onderzoeksbegrippen validiteit en betrouwbaarheid toegelicht.

Wat ook helpend is, zijn de verkorte leesbare versies die de werkgroep maakt van de kwaliteitsstandaard voor wijkverpleegkundigen.

De kwaliteitsstandaardontwikkeling is een redelijk nieuw terrein voor de wijkverpleging, expertise wordt opgebouwd. Wijkverpleegkundige experts zouden ingezet kunnen worden om EBP meer onder de aandacht te brengen bij wijkverpleegkundigen, bijvoorbeeld regionaal. V&VN en andere partijen hebben gelobbyd bij VWS voor financiering voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden, echter dit is geen structurele financiering. Structurele financiering is noodzakelijk om kwaliteitstandaarden actueel te houden, de ontwikkeling ervan is een continue proces.

*In welke mate worden de fases met onderliggende stappen uit ha-ring.nl gebruikt bij het opstellen van kwaliteitsstandaarden en/of welk stappenplan wordt concreet gevolgd? Welke stappen zijn essentieel (need-to-do) en welke zijn optioneel (nice-to-do)?*

De EBRO methode wordt gebruikt en de Leidraad voor kwaliteitsstandaarden wordt gevolgd (Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden, AQUA). Literatuur wordt beoordeeld met GRADE systematiek (een gradering van de kwaliteit van het bewijs). De Leidraad wordt in principe gevolgd en de fases zijn overeenkomstig met HA-RING. In de rol van projectleider voor de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard heeft de respondent niet eerder gewerkt, de geïnterviewde zegt de stappen binnen de fasen explicieter te kunnen volgen.

Een andere ontwikkeling in de wijkverpleegkunde is het opzetten van leernetwerken, waarin de samenwerking tussen praktijk en onderwijs versterkt wordt en lokale kennis ontwikkeld. Deelnemers zijn positief, echter een knelpunt is hoe je de kennis landelijk verspreid en ingevoerd krijgt. Een oplossing zou een landelijke database kunnen zijn waar wijkverpleegkundigen kennis kunnen zoeken, bijv. zoals de interventiedatabase van CGL. Belangrijk is dat deze up to date gehouden wordt.



## *Wat zijn de succesfactoren en wat zijn knelpunten bij het opstellen van kwaliteitsstandaarden?*

### Succesfactoren

- Medezeggenschap, wijkverpleegkundigen zijn betrokken en zitten aan tafel.
- Door het betrekken van cliëntverenigingen bij de ontwikkeling van de standaard vindt aansluiting bij de cliënt plaats.
- Professionele ontwikkeling, doordat wijkverpleegkundigen met andere betrokkenen bij het onderwerp samen discussiëren over hun vak. Dat geeft veel van de beoogde zelfreflectie en dat is een grote waarde op zichzelf.
- Om de kloof tussen praktijk en wetenschap te dichten moeten onderzoeksvragen en behoeften uit de praktijk van de wijkverpleging gehaald worden.
- Door het landelijk houden van cliëntenpanels, met vragen over hoe de cliënten de kwaliteit van de zorg door de casemanager ervaren en waar de behoeftes liggen, wordt inzichtelijk wat de knelpunten zijn en welke verbeteringen nodig zijn.
- Wijkverpleegkundigen zijn eerder bereid deel te nemen aan een richtlijnwerkgroep als: a. de mensen persoonlijk benaderd worden; b. een tegemoetkoming in de kosten bijvoorbeeld in de vorm van vacatiegeld; c. daadwerkelijk gehoord worden tijdens de bijeenkomsten en mee bepalen hoe de richtlijn eruit komt te zien; d. zich het belang voor de praktijk realiseren; e. mee onderwerpen prioriteren waarvoor een richtlijn gemaakt dient te worden; en f. een urgentie vanuit de praktijk voelen en op basis daarvan mee een keuze maken voor richtlijnonderwerpen en dit niet van bovenaf opleggen.
- Het kunnen benutten van professionele expertise daar waar wetenschappelijk bewijs onvoldoende aanwezig is. Kwaliteitsstandaarden zijn hiervoor een manier.
- Aan de werkgroep nemen verschillende wijkverpleegkundigen deel die meedenken over haalbaarheid en implementatie van de handelingsaanbevelingen.

### Knelpunten

- Het is lastig om wijkverpleegkundigen te werven voor deelname aan de werkgroep. Onder andere door: a. tijd die deelname aan de werkgroep kost terwijl zij een hoge werkdruk ervaren. Het werk dat deelname aan de werkgroep met zich meebrengt moet vaak in eigen tijd worden gedaan; b. wetenschappelijk onderzoek is een andere taal waarbij wijkverpleegkundigen zich onvoldoende thuis voelen; en c. abstract kunnen denken en een verbinding kunnen leggen tussen onderzoek en praktijk is voor veel wijkverpleegkundigen lastig. Zij hebben dit niet geleerd in de opleiding. Mensen die nu van HBO-V afkomen hebben wat meer kennis doordat zij ook onderzoek moeten doen.
- Een strategie voor implementatie wordt tijdens de ontwikkeling niet uitgedacht.
- Continue financiering ontbreekt. De ontwikkeling is afhankelijk van wanneer welke partij wil financieren.
- Het is onduidelijk of en wie de kwaliteitsstandaard up to date gaat houden en wie het effect gaat evalueren.
- De kwaliteitsstandaardontwikkelaar moet het wiel opnieuw uitvinden t.a.v. de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard voor de V&VN, omdat de ontwikkeling niet bij één partij belegd is maar via ZonMw rondes wordt bepaald wie de standaard mag ontwikkelen. Medisch specialisten en huisartsen hebben een vaste richtlijnontwikkelorganisatie die de standaarden maakt. Voor verpleegkundigen/verzorgenden is dit ook een kans, mede door meer betrokkenheid te creëren en door als V&VN een grotere rol te pakken in de kwaliteitsstandaard ontwikkeling.

*Wanneer zijn professionals voldoende geëquipeerd en gemotiveerd om kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen?*

Wanneer zij:

- het onderwerp dat de kwaliteitsstandaard behandelt in hun vakgebied als probleem zien en ervaren ofwel er een gevoel bij hebben zich af vragen wat te doen;
- in staat zijn een brug te slaan tussen praktijk en wetenschap;
- de wil hebben om zich in de materie te verdiepen die je niet direct leest als een Donald Duck;
- vanuit de individuele casuïstiek kunnen nadenken op mesoniveau (bijvoorbeeld de organisatie van zorg) en overstijgend kunnen denken;
- inzien dat het soms beter is handelingen te laten (in plaats van te doen);
- een inschatting kunnen maken van de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van aanbevelingen;
- het leuk vinden en een gezonde dosis interesse/nieuwsgierigheid hebben.

*Is er sprake van een bewuste keuze voor monodisciplinaire kwaliteitsstandaarden en/of voor multidisciplinaire kwaliteitsstandaarden? Op basis waarvan?*

Tot 2017 werden met name multidisciplinaire richtlijnen (MDR-en) ontwikkeld voor aandoeningen waar ook wijkverpleegkundigen een rol in de verpleging en verzorging kunnen hebben. Vaak waren wijkverpleegkundigen echter niet betrokken bij de ontwikkeling van de MDR-en, bij sommige MDR-en was een gespecialiseerd verpleegkundige betrokken die ook in de wijk werkt, zoals een Parkinson of Wondzorg verpleegkundige. De MDR-en gaan vooral over medische ziektebeelden (zoals diabetes, delier) en de beroepsgroep verpleegkundige en verzorgenden (V&VN) worden nauwelijks betrokken. Ook nu komt het nog voor dat de vakgroep wijkverpleging van de beroepsvereniging V&VN gevraagd wordt haar goedkeuring te geven voor een richtlijn zonder dat zij betrokken is geweest bij de ontwikkeling van de richtlijn. De beroepsvereniging geeft dan vaak geen goedkeuring, omdat zij niet kunnen beoordelen of de richtlijn uitvoerbaar is in de wijkverpleegkundige praktijk.

Vanwege de behoefte aan professionalisering van de eigen discipline (mede door de wijziging van bekostiging van minuten inkoop door de AWBZ naar activiteiten inkoop door de ZVW per 2017), de handelingsverlegenheid bij diverse onderwerpen en de eigen onderzoeksvragen van wijkverpleegkundigen, vindt monodisciplinaire kwaliteitsstandaardontwikkeling plaats om te komen tot een EBP. In eerste instantie voor wijkverpleegkundigen en daarnaast voor aanpalende groepen met wie de wijkverpleegkundige samenwerkt. Zij worden eveneens betrokken bij de kwaliteitsstandaardontwikkeling. Voor de wijkverpleegkundige zijn algemene onderwerpen relevant zoals eenzaamheid of laaggeletterdheid. Dit zijn onderwerpen die mede een multidisciplinaire ontwikkelaanpak vragen. Zo is een van de geïnterviewden betrokken bij de herziening van een multidisciplinaire standaard. Hierbij neemt zij als afgevaardigde van de beroepsvereniging V&VN deel aan de werkgroep. De geïnterviewden vinden het bij de multidisciplinaire ontwikkeling van richtlijnen lastig dat disciplines geneigd zijn voor eigen parochie te preken en/of opvattingen hebben ten aanzien van wat andere professionals zouden moeten gaan doen en die komen niet altijd overeen met wat de andere discipline vindt. Er zijn diverse werkwijzen om dit te ondervangen: kleinere schrijfgroepen van werkgroepleden zelf, keuzes altijd onderbouwen, en teksten aan de achterban voorgeleggen en tot consensus komen. Iets wat geen gemeenschappelijke consensus krijgt komt niet in de standaard. Tenslotte bieden de partijen gezamenlijk de standaard aan het Zorginstituut waarmee het landelijke geldingskracht krijgt.

### *Geleerde lessen van de gebruikers*

#### *Wat zijn de lessen voor het gebruiken van de kwaliteitsstandaarden?*

De organisatie waar een van de geïnterviewden werkzaam is, is lid van een regionaal netwerk dat de standaard vertaald heeft in een missie en visie op de zorg en vervolgens naar een regionaal zorgprogramma. De manager: "Je hebt met verschillende partijen te maken in de zorg voor dementie en kunt de zorg niet alleen, vanuit één organisatie uitvoeren". Het is een langdurend traject geweest (ongeveer 8 jaar) om tot een netwerk te komen. Dat dit gelukt is heeft mede te maken met dat het een overzichtelijke regio betreft wat betreft het aantal organisaties. Zowel deelnemende organisaties als gemeenten dragen jaarlijks financieel bij in de vorm van lidmaatschap, naar rato grootte van de organisatie/gemeente. Concurrentie tussen organisaties kan een knelpunt zijn in de ontwikkeling van een netwerk.

Het regionale zorgprogramma heeft de organisatie vertaald naar praktische uitvoerbare werkafspraken. De gemaakte werkafspraken zijn over het algemeen goed uitvoerbaar en toepasbaar. Soms knelt een aanbeveling met de lokale mogelijkheden. Zo staat bijvoorbeeld in de standaard dat 1 fte casemanager maximaal 60 cliënten in zorg mag hebben of minimaal 24 uur in de week moet werken. Dat past niet altijd bij de lokale situatie. De respondent is van mening dat je de werkafspraken niet te concreet moet maken omdat anders de uitvoering in de lokale situatie in gevaar kan komen. Een andere geleerde les is dat je niet moet verwachten dat de casemanagers de standaard zelf gaan opzoeken. Je moet ze de standaard aandragen, bijvoorbeeld per mail, via twitter, LinkedIn en/of andere sociale media. Ook is het belangrijk om scholingen te organiseren waarin de standaard besproken wordt en kennis en vaardigheden overgedragen worden, daarvoor dient budget geregeld te worden.

De manager geeft aan dat de casemanagers verdieping willen en dat deze onder druk staat omdat de werkdruk hoog is. De rol van de manager is in overleg met bestuur formatie uitbreiden, zodat casemanagers weer de mogelijkheid hebben zich te verdiepen. Het blijft echter een spanningsveld om voldoende tijd vrij te maken voor verdieping.

#### *Hoe zijn de kwaliteitsstandaarden ingebed in het werk van de professional binnen diens organisatie?*

Een van de geïnterviewden geeft aan dat het een persoonlijke drijfveer is om gebruik te maken van wetenschappelijke kennis in de zorg. De organisatie stuurt en stimuleert het gebruik van de standaard door deze regionaal te vertalen naar werkafspraken op het gebied van casemanagement, zoals over de frequentie van evaluatie en huisbezoeken, over het zorgplan en over het organiseren van overlegstructuren en intercollegiale toetsing. Ook stimuleert de organisatie het gebruik van de standaard door het faciliteren van deelname aan congressen en scholing.

De manager vult aan dat de standaard intern mede door een registratiesysteem is ingebed, dit systeem geeft signalen als afgeweken wordt. Als dit het geval is wordt besproken of een zorgplan bijgesteld moet worden. Ook wordt de scholing van de professional bijgehouden. Als een professional een verplichte scholing niet volgt komt dit in het functioneringsgesprek aan de orde. In een digitaal-leerplein kan de manager nakijken wie waar bekwaam in is.

Ook het netwerk en een samenwerkingsverband (met onder andere huisartsen, casemanager dementie en specialisten ouderengeneeskunde) dragen bij aan de inbedding. Daarvoor was er in de zorg overlap van werkzaamheden door de diverse organisaties of onvoldoende inzet. De structuren zorgen ervoor dat bekend is wie wat doet bij de klant met de kwaliteitsstandaard als basis. Onlangs is er een regioscan gemaakt waarin bekeken is in hoeverre de netwerkorganisaties

samen binnen het netwerk werken en wat er goed en minder goed gaat. Wat er beter kan wordt opgenomen in het meerjarenplan.

*Wat zijn de succesfactoren en wat zijn knelpunten bij het gebruiken van kwaliteitsstandaarden?*  
Succesfactoren

- Het is een goed middel om geen discussie over de zienswijze van handelen te hebben.
- Makkelijke leesbaarheid van de kwaliteitsstandaard, het moet geen dik boek zijn. Praktisch geschreven en geen academische taal.
- Wie wat wanneer dient opgenomen te worden. Beschrijf duidelijk wat de casemanager moet doen.
- Stel jezelf de vraag of je goede zorg levert.
- De kwaliteitsstandaard te hebben vertaald (in de regio) naar werkafspraken op het gebied van casemanagement en deze vertalen naar werkprocessen in de organisatie en deze evalueren.
- Opstellen van een zorgplan.
- Als de cliënt/naaste vraagt naar de inhoud van het zorgplan.
- Intercollegiale toetsing, waarbij vragen aan de orde komen die betrekking hebben op hoe het in de praktijk gaat. Medewerkers bepalen zelf of ze iets in willen brengen.
- Teamoverleg, ook hier bepalen medewerkers zelf wat ze willen delen.
- Elkaar stimuleren in het team tot het gebruik van de werkafspraken.
- Mogelijk maken van bijwonen van congressen en volgen van scholing (conform cao afspraken), ook in de vorm van e-learnings.
- In de kennisagenda van de wijkverpleegkundigen is de bevordering van kwaliteit van de wijkverpleging opgenomen.
- Als een handeling in de kwaliteitsstandaard opgenomen is en wordt vergoed door de zorgverzekeraar zal deze eerder opgevolgd worden.
- Op de norm voor goede zorg te handhaven. De standaard is geen wet en geeft een kwaliteitsnorm aan. Het Toetsingskader van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting en de Zorgverzekeringswet vragen om zorg te leveren conform de standaard. De zorg die de respondent levert dient verantwoord te worden naar het zorgkantoor. Zo is er een financiële prikkel om zorg volgens de norm te geven (bijvoorbeeld het hebben van een zorgplan).
- Aanbieden van scholing in de vorm van congressen, landelijke scholingsdagen van V&VN, regionale scholingen georganiseerd door het dementienetwerk.
- De kwaliteitsstandaard wordt door alle partijen in de keten gedragen.

Knelpunten

- Het kwaliteitsregister is niet gekoppeld aan de Wet-BIG (beroepen individuele gezondheidszorg). Gebruik van een EBP zou gestimuleerd kunnen worden als de beroepsgroep voor de wijkverpleging, de vakgroep wijkverpleging van de V&VN, de zorg gaat toetsen en het kwaliteitsregister gekoppeld wordt aan de Wet-BIG. Dit betekent concreet voor de wijkverpleegkundige dat zij en werkervaring en bijscholing gevolgd moet hebben om opnieuw geregistreerd te kunnen worden.
- De vakgroep wijkverpleging van de V&VN, de V&VN, de werkgevers, en de zorgverzekeraars kunnen meer aandacht besteden en het belang benadrukken van het gebruik van effectieve interventies. Bijvoorbeeld in de vorm van een gezamenlijke kennis agenda.

- Kwaliteitsstandaarden ontwikkeling is een langdurend proces, het duurt gemiddeld 2 jaar voordat een kwaliteitsstandaard ontwikkeld is. In die tijd kan weer nieuwe kennis ontwikkeld zijn, waardoor het belangrijk is een structuur op te zetten waarin nieuwe kennis spoedig opgenomen wordt in kwaliteitsstandaarden.
- In onderwijs en bij- en nascholing is onvoldoende aandacht voor evidence-based werken, in het curriculum moet hier meer aandacht voor komen.

*Welke opvattingen bestaan er met betrekking tot kwaliteitsstandaarden bij professionals en hun organisaties?*

In de wijkverpleging is geen cultuur van evidence-based werken. Het is lastig om wijkverpleegkundigen ervan te overtuigen zich aan een kwaliteitsstandaard te houden als zij zelf ervan overtuigd zijn dat het toch anders moet in die ene individuele situatie. Genoemd wordt dat wijkverpleegkundigen mogelijk onvoldoende doordrongen zijn van het belang van kritische reflectie op het eigen handelen.

Wijkverpleegkundigen doen niet graag mee aan onderzoek of wetenschappelijke ontwikkeling, wel aan trainingen die voortkomen uit wetenschappelijk onderzoek of kwaliteitstandaarden. Mogelijke oorzaken die genoemd worden: wijkverpleegkundigen zijn generalisten, werken solistisch en niet in een academische omgeving. Oncologieverpleegkundigen daarentegen wel en zij vragen zich wel af of een handeling wetenschappelijk onderbouwd is. Huisartsen zijn in de loop der jaren ook meer volgens de standaarden gaan werken, mogelijk omdat daar in de loop der jaren meer aandacht is gekomen voor kwaliteit door intervisie, visitatie en accreditatie voor het kwaliteitsregister.

Op hogescholen voor verpleegkunde wordt aandacht aan EBP besteed. Mogelijk dat de wijkverpleegkundigen in de loop van de tijd doordrongen raken van het belang van kritische reflectie op het eigen handelen, en het opvolgen van kwaliteitsstandaarden.

De manager wil de kwaliteit van zorg verbeteren en noemt dat de kwaliteitsstandaard een richting en handvatten geeft en de wel/niet discussie over het handelen voorkomt. Grote dikke kwaliteitsstandaarden zijn lastig om mee te werken. De vraag is dan: Hoe haal je daar de juiste info voor je eigen organisatie uit?

*Wanneer zijn professionals voldoende geëquipeerd en gemotiveerd om kwaliteitsstandaarden te gebruiken?*

Een gebruiker geeft aan dat het volgen van specifieke scholing op het onderwerp van belang is en dat een vertaling van standaarden naar lokale werkafspraken nodig is om ze te gebruiken.

*Hoe wordt over de kwaliteitsstandaarden gecommuniceerd? Wat zijn laagdrempelige, enthousiasmerende manieren om mensen te verleiden om de kwaliteitsstandaarden te gebruiken?*

Methoden die gebruikt worden om de wijkverpleegkundigen te laten weten dat er een kwaliteitstandaard is zijn: samenvattingskaarten maken behorende bij de KS, kenbaar maken via V&VN en sectie wijkverpleging via nieuwsbrieven en twitter, via het tijdschrift voor de wijkverpleging, symposia, en het jaarlijkse congres voor de wijkverpleging. De manager wordt via de casemanager op de hoogte gehouden van landelijke ontwikkelingen en nieuwe kwaliteitsstandaarden, en via het regionale netwerk. De manager verleidt casemanagers kwaliteitsstandaarden te gebruiken door aan te geven dat ze de standaarden als een hulpmiddel dienen te zien en legt ze niet dwingend op. Andere manieren zijn: aan de hand van casussen

bespreken hoe je de standaard kan gebruiken en in de bespreking de kwaliteitsstandaard een handvat laten zijn, als je collega's inwerkt ze op de hoogte brengen van het bestaan en noemen dat ze ervan kunnen leren. Daarnaast is het belangrijk de standaarden mee te nemen in de scholing, de kwaliteitsstandaarden in de organisatie voorhanden te hebben, bijvoorbeeld in het kwaliteitshandboek omdat wijkverpleegkundigen generalistisch werken en niet alles kunnen weten. Maak de kwaliteitsstandaarden niet groot en dik en in de vorm van een samenvatting, net als een publieksversie.

### *Wat is het effect van het gebruiken van kwaliteitsstandaarden?*


- Het effect is dat goede zorg geboden wordt.
- Ten aanzien van de professie is het effect dat de casemanagers kritisch naar hun eigen werkproces kijken.




*“Je kunt denken dat je het goed doet maar dat hoeft niet zo te zijn. Met de standaard en de afgeleide afspraken geef je een praktisch handvat voor wat goede zorg is. Daar kun je je eigen standaard naast leggen en als deze verschillen, je afvragen of je moet bij plussen of wat anders doen.”*



- Door de standaard is er op de werkvloer minder discussie over wat goede zorg inhoudt, de neuzen staan dezelfde kant op. De professionals kunnen op de standaard terugvallen.
- De verwachting is dat het gebruik van de standaard tot minder administratie leidt omdat je er in het dossier naar kunt verwijzen. Overigens is een van de respondenten van mening dat als de administratie de cliënt ten goede komt het niet erg is als deze toeneemt. Een belangrijke vraag is ‘voor wie registreer je?’ Respondent zou willen dat de casemanagers meer collectief zich gaan afvragen hoe ver ze willen gaan in het vastleggen van gegevens en in de verantwoording, bijvoorbeeld richting zorgverzekeraar.
- Voor de beroepsgroep is het goed dat er eenduidigheid is.
- Het effect is dat er wetenschappelijk bewijslast is van je werkzaamheden.



*“Je kunt je handelen wetenschappelijk onderbouwen, waardoor je evidence-based practice kan werken. Als je wetenschappelijk onderbouwd kan werken is dat in deze tijd van grote meerwaarde, het toont aan dat je er toe doet, dat het een meerwaarde heeft én dat het wat oplevert.”*



- Naar organisaties, zorgverzekeraars en gemeenten duidelijk maken welke afspraken er voor bepaalde doelgroepen gemaakt zijn.

## 4.3. Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg

### Resultaten literatuuronderzoek

#### *Ontwikkeling van de JGZ-richtlijnen*

Sinds 1998 worden in opdracht van het Ministerie van VWS en ZonMw richtlijnen voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) ontwikkeld. De JGZ-richtlijnen bestaan uit wetenschappelijk onderbouwde en op de praktijk gebaseerde adviezen voor uitvoering van verschillende onderdelen van het Basistakenpakket JGZ. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) beheert alle richtlijnen voor de JGZ en is de verbindende factor bij de ontwikkeling en implementatie. Voor de regievoering is de Richtlijnenadviescommissie (RAC) in het leven geroepen die gevraagd en ongevraagd advies geven. De RAC bestaat uit de beroepsverenigingen (leden zoals de GGD GHOR NL, Actiz en V&VN), inhoudelijke adviseurs op ontwikkeling, implementatie en wetenschap, en waarnemers (IGZ, VWS en ZonMw). Het secretariaat wordt beheerd door het NCJ. De RAC autoriseert alle JGZ-richtlijnen en adviseert over de toepasbaarheid en uitvoerbaarheid van richtlijnen voor de JGZ.

Alle JGZ-richtlijnen worden ontwikkeld volgens de EBRO systematiek. Op dit moment worden JGZ-richtlijnen ontwikkeld binnen het ZonMw-programma Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2013-2018. Het doel van het programma is verdere professionalisering en uniformering in de JGZ.

#### *(Beïnvloedende factoren voor) het gebruik van de JGZ-richtlijnen*

Een drietal evaluatieonderzoeken is uitgevoerd naar gebruik van JGZ-richtlijnen. Het eerste onderzoek laat zien dat JGZ-medewerkers de richtlijnen over het algemeen nuttig vinden, praktisch toepasbaar en inhoudelijk juist. Echter, het daadwerkelijke gebruik van bepaalde richtlijnen uit 2009 liet een ander beeld zien: een groot deel van de kinderen kreeg niet de zorg zoals die geadviseerd werd in de richtlijn (Fleuren et al., 2009, Fleuren, 2010).

Sindsdien is er veel geïnvesteerd in het implementeren en borgen van richtlijnen in de JGZ. Op verzoek van ZonMw stelde het Nederlands Jeugd Instituut (NCJ) een plan 2012 – 2015 op voor de aanpak van de implementatie van JGZ-richtlijnen. Doel hiervan was structureel en planmatig de invoering en het gebruik van richtlijnen door professionals in de jeugdgezondheidszorg te ondersteunen en te bevorderen. Een landelijk netwerk van implementatiefunctionarissen is opgezet, een implementatietoolkit is ontwikkeld, een structureel scholingsaanbod is samengesteld, verspreidings- en promotieactiviteiten zijn uitgevoerd en een helpdesk is door het NCJ beschikbaar gesteld. Vier partijen zijn bij de implementatie van JGZ-richtlijnen betrokken: NCJ voor landelijke aansturing en begeleiding, implementatiefunctionarissen, JGZ-managers en JGZ-medewerkers (verpleegkundigen en artsen). Daarnaast helpt de JGZ Academie van het NCJ professionals in de JGZ om zich nieuwe richtlijnen eigen te maken.

In 2015 is een tweede evaluatie uitgevoerd naar de landelijke implementatie van de JGZ-richtlijnen in de periode 2012-2015 (Jobse & Dunnink, 2015). Het doel van de evaluatie was om te kijken of de ondersteuning die het NCJ biedt tot gewenste resultaten heeft geleid bij implementatie en borging van de JGZ-richtlijnen en of er behoefte is aan voortzetting van de richtlijnen. Voor dit doel is een vragenlijst uitgezet onder implementatiefunctionarissen en managers van JGZ-organisaties. Van de implementatiefunctionarissen reageerden 40 van de 87 (respons 40%) en van de managers 22 van de 64 (34%). De belangrijkste resultaten waren dat managers en implementatiefunctionarissen goed op de hoogte gehouden worden

over ontwikkelingen omtrent de richtlijnen door het NCJ, de landelijke ondersteuning door het NCJ als belangrijk wordt ervaren, de implementatietoolkit en e-learning modules (een PowerPoint presentatie, folders voor ouders en een factsheet) een goede ondersteuning zijn bij de invoering van richtlijnen, en de implementatiefunctionarissen de regiobijeenkomsten waardevol vinden.

In 2016 is een vervolg landelijk implementatieplan opgesteld voor de periode 2016-2019. Omdat uit de eindevaluatie bleek dat versterking en continuering van de structuur nodig waren, wordt in dit plan gewerkt aan structurele inbedding van de implementatie van de richtlijnen in de JGZ-organisaties. Dit wordt gedaan door: het organiseren van activiteiten en stimuleren van co-creatie in het netwerk implementatiefunctionarissen, het verder ontwikkelen van de implementatietoolkit voor elke JGZ-richtlijn, het verder toegankelijk maken van alle richtlijnen via de ontwikkeling van een Richtlijnen App welke toegang geeft tot aanbevelingen van alle 29 JGZ-richtlijnen, het optimaliseren van besiskundige ondersteuning voor het tijdig signaleren en het inzetten van preventie, gepersonaliseerde informatie en ondersteuning van het gebruik van JGZ-richtlijnen, bijvoorbeeld door het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ) slimmer te maken.

Het derde evaluatieonderzoek is begin 2018 gestart: "JGZ-Richtlijnen slimmer en sneller", uitgevoerd door GGD Fryslân. In dit project worden met alle betrokken partijen en met behulp van de Lean methodiek het proces van ontwikkeling tot implementatie van richtlijnen in kaart gebracht, knelpunten geanalyseerd en verbeterpunten geformuleerd en hoe deze aan te pakken. Resultaten worden in het najaar van 2018 verwacht.

#### *Belemmerende factoren*

Verschillende belemmerende factoren kwamen uit de onderzoeken (2009 en 2015) naar voren. Professionals hadden vaak niet genoeg vertrouwen in eigen kunnen en ervaren te weinig ondersteuning. Deskundigheidsbevordering leek essentieel te zijn. Ook dienden financiële middelen, capaciteit en implementatie-expertise in een JGZ-organisatie voorhanden te zijn, om de overload aan JGZ-richtlijnen te kunnen opvolgen (Fleuren et al., 2009). Een belemmerende factor voor effectieve implementatie en borging van JGZ-richtlijnen was ook dat de richtlijnen met projectfinanciering werden ontwikkeld en geïmplementeerd en geen structurele financiering aanwezig is. Een helder overheidsbeleid met een programmatische aanpak en structurele financiering is nodig waarin ontwikkeling, implementatie en onderzoek hand in hand gaan (Fleuren et al., 2009, Fleuren, 2010). In het onderzoek uit 2015 kwamen de volgende belemmerende factoren naar voren. Andere belemmerende factoren zijn: teveel richtlijnen en updates tegelijk ontwikkelen, niet iedereen vindt de web-based versie van een richtlijn goed leesbaar, succesverhalen over richtlijnimplementatie van verschillende organisaties kunnen beter bij elkaar gebracht en verspreid worden. Bij de implementatiefunctionarissen is behoefte aan ervaringsuitwisseling, ook buiten regiobijeenkomsten om. Bijvoorbeeld via LinkedIn en Google+. Managers geven aan dat ze het gebruik van richtlijnen faciliteren door mankracht, tijd en financiën maar dit wordt door de implementatiefunctionarissen niet altijd zo ervaren.

#### *Ontwikkeling van de JGZ-richtlijn Overgewicht*

Op de richtlijn Overgewicht wordt ingezoomd bij de interviews, zie 4.3.3.3. Voor het ontwikkelen van de richtlijn is een multidisciplinaire projectgroep samengesteld die bestaat uit vertegenwoordigers van alle specialismen die met het voorkomen, signaleren, interveniëren



en eventueel verwijzen van jeugdigen met overgewicht in de JGZ te maken hebben. De projectgroepleden zijn door de beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname aan de werkgroep. Daarnaast is een klankbordgroep samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van in de JGZ werkzame beroepsgroepen (jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen), van aanpalende beroepsgroepen (huisartsen, kinderartsen, psychologen en diëtisten), van het Partnerschap Overgewicht Nederland en van ouders. Ook zijn verschillende koepelorganisaties betrokken, zoals ActiZ, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland, Nederlands Huisartsengenootschap en V&VN.

In 2009 is een knelpuntenanalyse verricht van de werkwijze rondom overgewicht in de JGZ. Aan de hand hiervan zijn uitgangsvragen opgesteld die in de richtlijn beantwoord worden. De richtlijn is (voor zover mogelijk) gebaseerd op bewijs uit wetenschappelijk onderzoek. Het literatuuronderzoek is gestart met het bestuderen van bestaande systematische reviews en richtlijnen (Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)). Daarna is een systematische literatuursearch van peer reviewed literatuur (PubMed, MEDLINE, Embase en PsychINFO) verricht. Bij de beoordeling van richtlijnen is gebruik gemaakt van het AGREE-instrument. Voor de beoordeling van de methodologische kwaliteit van individuele studies en het graderen van de kwaliteit van het bewijs is gebruik gemaakt van het EBRO-systematiek. De literatuur is samengevat en het belangrijkste wetenschappelijk bewijs is vermeld in een conclusie. De studies waarop de conclusie is gebaseerd, staan bij de conclusie vermeld, inclusief de kwaliteit van het bewijs. Voor het formuleren van een aanbeveling zijn naast het wetenschappelijke bewijs vaak nog andere aspecten van belang, bijvoorbeeld: cliëntvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid of organisatorische aspecten. Deze aspecten worden, voor zover niet wetenschappelijk onderzocht, vermeld onder 'overige overwegingen'. In de overige overwegingen spelen dus de ervaring en de mening van de werkgroepleden een belangrijke rol.

#### *(Beïnvloedende factoren voor) het gebruik van de JGZ-richtlijn Overgewicht*

In de een praktijktest is gekeken naar de belemmerende en bevorderende factoren bij de uitvoering van de richtlijn in de praktijk. Deze werkwijze is onderdeel van het ontwikkelproces volgens EBRO. De richtlijn is goed ontvangen. Het is een heldere richtlijn met goede stroomdiagrammen. De richtlijn bevat vele elementen van het Signaleringsprotocol en Overbruggingsplan wat de verpleegkundigen en artsen al goed kenden. De voornaamste knelpunten in het gebruik van de richtlijn zijn: de richtlijnhandelingsaanbevelingen zijn tijdrovend en daardoor lastig op te volgen binnen de huidige structuur en werkwijze, en ouders zijn moeilijk te motiveren om iets aan het gewicht van het kind te doen. Suggesties voor verbetering waren: aanbieden van extra scholing, met name hoe overgewicht bij ouders bespreekbaar te maken en motiverende gespreksvoering, en indien nodig een bijscholing in het meten van de bloeddruk bij kinderen, en aanschaf van bloeddrukmeters (in verband met het nieuwe advies dat bij kinderen vanaf 5 jaar met overgewicht een bloeddrukmeting werd geadviseerd). In de literatuur is geen evaluatieonderzoek gevonden naar het gebruik en de effecten van de JGZ-richtlijn Overgewicht.

## Resultaten uit de interviews

### *Geleerde lessen van een opsteller*

*Wat zijn de lessen voor het ontwikkelen van de JGZ-richtlijn?*

Richtlijnontwikkeling is een continue leerproces, bijvoorbeeld soms is het werkzaam alle werkgroepleden in één groep te hebben, soms werkt het beter om bijvoorbeeld cliënten en ouders apart te spreken zodat ze meer ruimte ervaren hun mening te delen.

Jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, assistenten, kinderartsen, ouders (vereniging obesitas), kortom de hele keten was betrokken bij de ontwikkeling. "Ouders online" kunnen ook meedenken. Ouders Online is een onafhankelijke website en serviceorganisatie voor ouders van kinderen van -1 tot 18+.

Ouders die aan een werkgroep deelnemen zijn vaak assertief, hebben iets te vertellen en zijn meestal hoog opgeleid, die kan niet de vertegenwoordiger van alle ouders zijn. Daarom wordt er in de praktijktest een focusgroep georganiseerd waarbij getracht wordt een diversiteit aan ouders en jongeren te werven, om een zo breed mogelijke groep mee te laten denken, dat ook voor het draagvlak van belang is. Ouders die meedoen aan de test krijgen een vergoeding.

*In welke mate worden de fases met onderliggende stappen uit ha-ring.nl gebruikt bij het opstellen van richtlijnen en/of welk stappenplan wordt concreet gevolgd? Welke stappen zijn essentieel (need-to-do) en welke zijn optioneel (nice-to-do)?*

De analyse van de knelpunten en het vaststellen van uitgangsvragen is door een andere partij gedaan dan de ontwikkelaar. Het is niet perse nodig dat een andere partij dan de ontwikkelaar dit doet.

Soms wordt ervoor gekozen de praktijktest in te korten.

In de JGZ beoordeelt de richtlijnadviescommissie (RAC) op vaste tijden de voortgang inhoudelijk, ZonMw als subsidieverstrekker) doet dit procesmatig. De geïnterviewde vindt het sterk dat de voortgang inhoudelijk beoordeeld wordt, omdat je als werkgroep midden in de materie zit en de RAC met een afstand kijkt en het zijn mensen uit de praktijk. Als de RAC het concept positief beoordeeld start de praktijktest. De geïnterviewde vindt niet dat fasen overgeslagen kunnen worden.

*Wat zijn de succesfactoren en wat zijn knelpunten bij het opstellen van de JGZ-richtlijn?*

Succesfactoren

- Met een diverse groep aan tafel waardoor je draagvlak creëert en iedereen zich in de richtlijn herkent. Zowel de jeugdarts als de assistent moet er mee kunnen werken.
- Alle werkgroepleden betrekken en niet vanuit een ivoren toren iets opleggen.
- Goede voorzitter die de groep bij elkaar houdt, iedereen aan het woord laat en het proces in goede banen leidt (tijd, budget).
- Vaker richtlijnen hebben ontwikkeld, zodat je uit ervaring weet wat er bij komt kijken. Intern met andere richtlijnontwikkelaars kunnen uitwisselen, elkaar adviseren en ondersteunen.

Knelpunten

- Er was veel literatuur over overgewicht, afbakenen en besluiten welke literatuur je wel/niet mee neemt. GRADE waarmee je kracht van het bewijs meet is daarbij helpend. Bij overgewicht is deze 'nieuwe' methode nog niet gebruikt.

- Als emoties een rol spelen bij de ontwikkeling. Bijvoorbeeld als vanuit evidence iets aangetoond is en mensen zich daar moeilijk mee kunnen verenigen kunnen emoties hoog oplopen.
- Indien in richtlijnen niet de ideale situatie wordt vastgelegd, maar wat haalbaar is. Hiermee verander je de situatie nooit. Daarom heeft het de voorkeur om de ideale situatie te beschrijven.

*Wanneer zijn professionals voldoende geëquipeerd en gemotiveerd om kompassen te ontwikkelen?*

Van belang is dat professionals midden in de praktijk staan, en weten waar ze het over hebben door de kennis van de kinderen die iedere dag op consult komen. Enthousiast zijn en assertief zijn en kunnen spreken in groepen is een andere vereiste voor deelname aan de ontwikkelgroep. Daarnaast dienen ze tijd te hebben en daarvoor is het helpend de professional vooraf te informeren over wat deelname aan tijd gaat kosten, zodat ze weten waar ze aan toe zijn. Een essentiële rol van de voorzitter van de ontwikkelgroep is dat deze ervoor zorgt dat ieder werkgroeplid aan bod komt en gehoord wordt.

*Is er sprake van een bewuste keuze voor monodisciplinaire richtlijnen en/of voor multidisciplinaire richtlijnen? Op basis waarvan?*

Richtlijnen worden voor de JGZ setting gemaakt, omdat het in Nederland zo georganiseerd is dat alle jeugdigen naar de JGZ komen. Daarom is het belangrijk om te weten wat de JGZ kan doen ten aanzien van preventie en begeleiding in een afgebakende setting.

Zou je bij de richtlijnontwikkeling ten aanzien van de inhoud kinderartsen aan tafel hebben dan past dat niet, die hebben niets met preventie. Als er een richtlijn ontwikkeld is kan het zijn dat daarna eerstelijns samenwerkingsafspraken worden gemaakt, waarin alle partijen aan tafel zitten en besproken wordt hoe je ervoor zorgt dat je dezelfde adviezen geeft en afspraken maakt over de overdracht.

### *Geleerde lessen van de gebruikers*

*Wat zijn de lessen voor het gebruiken van de JGZ-richtlijn?*

Om het gebruik te stimuleren, en levendig te houden en niet terug te vallen in oude patronen, adviseren de geïnterviewden tijdens overleggen te evalueren: "Hoe gaat het, wat is werkbaar in de praktijk, waar loop je tegen aan?" en op basis daarvan oplossingen te zoeken om met de richtlijnaanbevelingen te kunnen werken. Een van de gebruikers geeft aan: "Vanuit de organisatie zou meer tijd gegeven moeten worden om in richtlijnen bij te scholen". De manager geeft in het interview aan dat de organisatie medewerkers stimuleert mee te doen aan richtlijnontwikkeling en medewerkers faciliteert door extra uren voor ontwikkeling en implementatie en voor scholing aan te bieden.

Een geleerde les is om bij het gebruik van de vele richtlijnen je eigen professionele afwegingen te blijven maken. Kijk vraaggericht wat er aan de hand is en wat op dat moment prioriteit heeft.

Ketenpartners moeten goed ingelicht worden over de richtlijn, zodat continuïteit van zorg gewaarborgd is en kinderen goed overgedragen kunnen worden.

Geleerde lessen van de manager zijn om medewerkers vanaf de start bij de ontwikkeling en Implementatie van de richtlijn te betrekken, na te denken over wat de winst is van het

werken volgens een bepaalde richtlijn, en een antwoord te hebben op wat de opvolging van de richtlijn de cliënt en de medewerker oplevert. Als organisatie moet je erin geloven dat richtlijnzorg de beste zorg is. Geef niet op als het in het begin van de implementatie een keer tegen zit. De manager geeft aan dat stevige trekkers nodig zijn voor de implementatie van richtlijnen in de organisatie. Zijn/haar ervaring is dat E-learning prettige manieren zijn om informatie vanuit richtlijnen tot je te nemen.

*Hoe zijn de JGZ-richtlijnen ingebed in het werk van de professional binnen diens organisatie?*  
In de richtlijn overgewicht is een protocol opgenomen dat in praktijk gebruikt wordt. Daarnaast wordt een overzichtskaart met stroomdiagram gebruikt. Deze producten uit de richtlijn zijn goed werkbaar.



*"De richtlijn met het protocol is nodig, het geeft je houvast, en je weet naar wie je moet verwijzen."*





Continuïteit van zorg is soms een probleem, bijv. vanwege onvoldoende tijd als gevolg van uitval van een collega. Afstemming met ketenpartners onder andere de huisarts is nog niet altijd gerealiseerd. Daarom wordt er genetwerkt met huisartsen over wat de JGZ doet en hoe ze beter kunnen samenwerken.

De organisatie stuurt en stimuleert het gebruik door:

- Een scholingsaanbod over de richtlijn, over motiverende gespreksvoering en de gevolgen van obesitas.

*"Vaak wordt er een gastdocent bij gehaald, bijvoorbeeld een gedragsonderzoeker die dan bijvoorbeeld bij de richtlijn overgewicht meer kan vertellen over de gedragsmatige aspecten. In zo'n overleg wordt niet de hele richtlijn doorlopen, er worden een paar relevante thema's uitgelicht."*



- Vier keer per jaar is er vakinhoudelijk overleg tussen jeugdverpleegkundigen en in dit overleg wordt bijvoorbeeld de richtlijn overgewicht of motivational interviewing besproken aan de hand van casuïstiek.
- Overleg met de jeugdartsen: waarin besproken wordt wie wat doet (jeugdverpleegkundige, assistent en de jeugdarts) en hoe ervoor te zorgen dat de zorg goed op elkaar is afgestemd.
- Beredeneerd mogen afwijken van een richtlijn als dit naar inschatting van de professional beter is.

- De functie implementatie coördinator, die als taak heeft zorgdragen voor de implementatie van de richtlijn.

*"Ik weet niet hoe andere organisaties het regelen maar voor mij is het een onderdeel van mijn werk als stafarts. Ik heb hier niet een vast aantal uren voor in de week, en gemiddeld zal het neerkomen op twee uur per week (en dan heel onregelmatig ingezet, afhankelijk van het aanbod nieuwe richtlijnen)."*



- De implementatie coördinator maakt een werkinstructie afgeleid van de richtlijn. Hierin staat wat de arts doet, de verpleegkundige en de assistent. De werkinstructie bestaat uit: materialen, verwijzingen naar de richtlijn van het NCJ, uitvoering en controle en verwijscriteria.
- Als een richtlijn uitkomt gaat een jeugdarts bekijken hoe de huidige werkwijze ten opzichte van de voorgestelde werkwijze in de richtlijn is en wat de veranderingen zijn. Daarover wordt een presentatie gegeven en een ieder moet voor de presentatie de samenvatting van de richtlijn lezen.
- Het protocol overgewicht is beschikbaar op intranet.
- In 2017 is 'met elkaar meelopen' in de organisatie geïntroduceerd, liefst 1x per jaar.



*"Mensen werken solistisch en tijdens het meelopen kan men elkaar feedback geven. Niet alle teams volgen het meelopen op, sommigen vinden er nog geen tijd voor en mogelijk speelt een rol dat ze het ook onveilig vinden."*

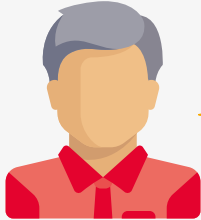


- Een jaarlijkse Benchmark tussen GGD-en. Voor de benchmark zijn indicatoren opgenomen die de GGD registreert, zo ook een indicator voor overgewicht. Zo ziet men als GGD in relatie tot andere GGD-en hoe de prestatie is.
- Gebruik van het BDS-protocol (afgeleid van de richtlijn): een registratieprotocol geeft aan waar in de Basisdataset JGZ (BDS) voor het Digitaal Dossier JGZ (DDJGZ) geregistreerd moeten worden. Dit geeft duidelijkheid voor de professionals en bevordert een uniformiteit van de registratie. DE BDS is echter nog niet voldoende gebruiksvriendelijk, er wordt gewerkt aan een verbeterde versie.

Wat zijn de succesfactoren en wat zijn knelpunten bij het gebruiken van JGZ-richtlijnen?

Succesfactoren

- De organisatie zelf.

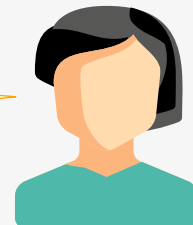


*"De GGD is een organisatie die implementeert en borgt, en van regels, procedures en richtlijnen is. Monitoren en evalueren is de opdracht van de GGD, en om trends te kunnen laten zien moet je eenduidig werken. De werkwijze is ingebakken in de organisatie."*

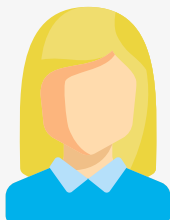


- Met een richtlijn geef je duidelijkheid aan medewerkers: dit is het kader waarbinnen we werken. Richtlijnen zijn richtinggevend voor het werk en er mag beargumenteerd van afgeweken worden.
- Gemotiveerd zijn je vak bij te houden: artikelen lezen en de nieuwste richtlijnen bijhouden.
- Op de hoogte gehouden worden door nieuwsbrieven die door de beroepsvereniging verspreid worden en het kennisinstituut NCJ.
- Gebruik van richtlijnen regelmatig evalueren bijvoorbeeld in het vakinhoudelijk overleg of in het overleg met de jeugdarts. Vragen die gesteld worden zijn: hoe is de situatie nu rondom de richtlijn overgewicht, is het nog werkbaar in de praktijk, wat moet er veranderen? In het overleg kun je elkaar tips geven.

*"Als jeugdverpleegkundige werk je vaak alleen, dus het is goed om van elkaar te leren in intercollegiaal overleg."*



- Continuïteit van zorg geregeld hebben in de keten.
- Leeftijd van de professional.



*"In de praktijk zie je dat de jongere professionals meer gewend zijn aan richtlijnen dan de ouderen, die door de jaren heen vaste routines opgebouwd hebben. Voor jongeren is het werken volgens EBP normaler."*



- Het hebben van een implementatiecoördinator, die aandacht besteedt aan de implementatie binnen de organisatie.
- Een app en een spel over de richtlijnen van de JGZ-Academy van het NCJ met iedere dag een vraag.

- Volgen van de e-learning die bij de richtlijn ontwikkeld is. Voor de e-learnings krijgen professionals uren en accreditatiepunten. Het wordt deels gefaciliteerd en er wordt verwacht een deel in eigen tijd te doen. Van iedere richtlijn zou een e-learning gemaakt moeten worden.
- Overgewicht is een speerpunt van gemeentes.
- Een aandachtsfunctionaris voor een bepaald richtlijnonderwerp.
- Bij de GGD werken consciëntieuze mensen.
- Een kwaliteitssysteem op richtlijnprocedures. De Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst binnen de organisatie of de richtlijnen gebruikt worden. Een keer in de zoveel jaar is er een audit. Dit loopt via gesprekken met alle professionals en het raadplegen van dossiers.

#### Knelpunten

- Het lezen van artikelen en nieuwe richtlijnen moet in eigen tijd gebeuren waardoor het er wel eens bij in schiet.
- Frictie tussen wat de richtlijn aanbeveelt en wat werkt in de praktijk, bijv. bloeddruk meten in een contactmoment. De tijd die het contactmoment mag duren is niet verlengd. Daarom beoordeelt de gebruiker zelf wat er nodig en haalbaar is in het contactmoment. Volgens de manager is het werken overeenkomstig richtlijnen in de consulttijd geborgd en dat blijkt niet het geval aldus een jeugdarts en jeugdverpleegkundige.
- Opvolgen van de richtlijn is mede afhankelijk van de motivatie van ouders.
- De verschillende richtlijnen zijn niet afgestemd op elkaar, hoe schuif je de richtlijnen in elkaar? Het grootste vraagstuk is hoe het gebruik van de vele richtlijnen te borgen.

*Welke opvattingen bestaan er met betrekking tot de JGZ-richtlijnen bij professionals en hun organisaties?*

In de organisatie is de opvatting positief, met elkaar wordt gekeken naar hoe de richtlijn ingevoerd kan worden. Er wordt naar de professionals geluisterd. Iedereen neemt haar eigen professionele verantwoordelijkheid en zorgt dat zij goed op de hoogte is van de richtlijn. "Weerstand is er niet", zegt een jeugdarts, "mede omdat je mag afwijken van de richtlijn als dat je professionele afweging is omdat dit beter is in dat bepaalde geval".

*"De richtlijn met daarin het protocol is een handvat om mee te werken maar je moet wel tussen de lijntjes door kunnen kijken. Per kind kijk je goed naar wat er aan de hand is. Bijvoorbeeld er was een iets dikker meisje dat volgens de norm overgewicht zou hebben. Maar het meisje handbalt, leeft gezond en zit in een stabiele gewichtscurve. Op zo'n moment kijk je als jeugdverpleegkundige wel door de normen heen. Dat is je eigen professionele blik, en daar is genoeg ruimte voor."*



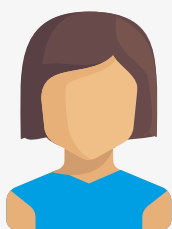


*"Bij multiproblematiek denk je niet meer aan een protocol, dan ga je goed naar de situatie kijken. Korte lijnen met verschillende partijen (wijkteam, school) zijn heel belangrijk."*



Vakmanschap willen leveren als professional en wensen van de organisatie kunnen knellen.

*"Soms wil de organisatie een activiteit binnen een bepaalde tijd afgehandeld hebben, wat niet altijd kan. Bijvoorbeeld bij een motivatie probleem van ouders. Soms neem ik teveel hooi op mijn vork en misschien teveel verantwoordelijkheid. Het is belangrijk om goed te bewaken waar mijn verantwoordelijkheid ligt en waar ik moet doorverwijzen en loslaten."*



*"Wat betreft verantwoordelijkheid kiest de organisatie soms anders dan de professional zou kiezen. Bijvoorbeeld de professionals zeggen soms dat ze mensen vaker willen zien of huisbezoeken willen doen, en dat kan niet meer in de huidige zorg."*

*"Ook de gemeente kiest soms anders, zo moet de organisatie de zorg aan vluchtelingen kinderen uit het budget betalen dat voor de zorg is aan reguliere kinderen. Maar praktisch gezien is dit niet haalbaar met hun verleden, deze zorg kun je niet leveren in dezelfde tijd als je dat voor een regulier kind doet."*




*Wanneer zijn professionals voldoende geëquipeerd en gemotiveerd om JGZ-richtlijnen te gebruiken en hoe kun je ze verleiden tot gebruik?*

- Als de richtlijn goed werkbaar is in de praktijk en een positieve werking heeft, en aansluit op behoefte van de professional, ouder en kind.
- Goed op de hoogte zijn van richtlijnen en vaardigheden hebben deze toe te passen.
- Professionals een training volgen, bijvoorbeeld motivational interviewing, deze vaardigheid is belangrijk bij overgewicht.




- Richtlijnen toegankelijk zijn in de organisatie.
- Nieuwe medewerkers tijdens de inwerkperiode op de hoogte worden gebracht van richtlijnen.
- Zorg voor een win win situatie. Geef aan wat het werken met richtlijnen oplevert. Zoals op eenzelfde manier werken, tevreden cliënten of door te registreren erachter komen dat je onvoldoende capaciteit hebt en kunt aantonen dat er personeel bij moet.

Hoe wordt over de JGZ-richtlijnen gecommuniceerd?





*"Communicatie gaat meestal via het werk, via Intranet. Er zijn ook nieuwsbrieven die je ontvangt via de mail, bijvoorbeeld van het NCJ, maar die lees je niet altijd bij drukte. De inhoud en consequenties van een richtlijn, en dus ook van de richtlijn overgewicht, wordt altijd tijdens een vakinhoudelijk overleg besproken."*



*Wat is het effect van het gebruiken van JGZ-richtlijnen?*

JGZ-professionals zijn ervan overtuigd dat ze goede zorg leveren als ze volgens richtlijnen werken. Ze ervaren het gebruik als een houvast en zijn zich bewust van dat richtlijnzorg effectief is. Richtlijnen geven duidelijkheid en er wordt op dezelfde manier gewerkt. Cliënten zullen merken dat iedereen met dezelfde richtlijnen werkt. Op die manier is er onderling een betere communicatie. Het gebruik wordt geëvalueerd onder professionals, er is aandacht voor wat werkbaar is in de praktijk en tips worden uitgewisseld hoe de richtlijn te gebruiken in de praktijk.

*"Ik heb niet het idee dat het gebruik van richtlijnen leidt tot administratieve last. Niet meer dan anders. Richtlijnen geven duidelijkheid voor iedereen. Als iedereen zich aan de richtlijnen houdt verloopt de samenwerking beter en effectiever."*

Een geïnterviewde hoopt dat het aantal kinderen met overgewicht afneemt. Dit is niet te meten omdat er vele interventies op dit gebied lopen en je niet weet welke interventie welk effect heeft.

Als er sprake is van overgewicht wordt er een adequaat richtlijnconform traject gevolgd.



# HOOFDSTUK 5

## Referenties





- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Lapsley, H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 526-533.
- Basford, T., Schaninger, B. (2016). The four building blocks of change. *McKinsey Quarterly*.
- Blommesteijn, M., Geuns, R.C. van, Groenewoud, M., Slotboom, S.T. (2012). Vakkundig aan de slag. een onderzoek naar vakmanschap in de gemeentelijke re-integratiesector. Amsterdam: Regioplan.
- Blume, L. H., Weert, N. J., Busari, J. O., Stoopendaal, A., & Delnoij, D. M. (2017a). What hospitals need to know about guidelines—A mixed-method analysis of guideline implementation in Dutch hospitals. *Journal of evaluation in clinical practice*, 23(6), 1266-1273.
- Blume, L. H., van Weert, N. J., Busari, J. O., & Delnoij, D. (2016). Guideline adherence: How do boards of directors deal with it? A survey in Dutch hospitals. *Journal of Hospital Administration*, 5(5), 21.
- Blume, L. H., Busari, J. O., van Weert, N. J., & Delnoij, D. (2017b). The inherent perils of (the multitude of) guidelines—a focus group study of stakeholders' perceptions. In: *Dissertation: TOOLS OR RULES?*, page 101 - 123. Tilburg: University of Tilburg.
- Burgers, J. S. (2015). Criticism of evidence-based medicine: from reductionism to realism in the application of guidelines. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 159, A8376-A8376.
- Cornelisse, A., & Dijk, K. (2018). JGZ-richtlijnen: Slimmer en sneller – Resultaten vragenlijst. Leeuwarden: GGD Fryslân.
- Everdingen JJE van, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, Barneveld TA van, et al., redacteuren (2004). Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem.
- Fleuren, M., Keijsers, J., Buitendijk, S., & Detmar, S. (2009). Ontwikkelen, invoeren én evalueren: de casus JGZ. *Kwaliteit in zorg*, 5, 18-21.
- Fleuren, M., Keijsers, J., Kamphuis, M., Kramer, J., Koense, Y., Schouten, L., Ploeg, M., van Veenendaal, H., Swinkels, J., Sinnema, H. & Franx, G. (2009b). Casusbeschrijving richtlijnen: ontwikkeling en toepassing van een analyse-instrument. Leiden: TNO.
- Fleuren, M. A. H. (2010). Essentiële activiteiten en infrastructuur voor de landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. Leiden: TNO.
- Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC medical informatics and decision making*, 8(1), 38.
- Geense, W., Koppelaar, E., Rosendal, H., van der Sande, R., & de Bont, M. (2013). Rapport Wijkverpleegkundige richtlijnen. Utrecht; V & VN.
- Gelinck, R. (2018). Evaluatie Erkenning van Interventies. Ede: Kenniscentrum Sport, RIVM Centrum Gezond Leven, Nederlands Jeugdinstituut, Trimbos-instituut, Vilans, Movisie, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.
- Glasziou, P., & Haynes, B. (2005). The paths from research to improved health outcomes. *ACP journal club*, 142(2), A8-A8.

- Groenewoud, M., Slotboom, S.T., Geuns R.C. van. (2014). Vakkundig vervolg. Vervolgmeting vakmanschap gemeentelijke re-integratie. Amsterdam: Regioplan.
- Grol, R. P. T. M., & Wensing, M (2011). Implementatie: Effectieve verbetering van de cliëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Hilbink, M., Ouwens, M., & Kool, T. (2013). De HARING-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Radboudumc.
- Kuunders, T.J.M., van de Goor, A.M., Paulussen, T.G.W.M., van Bon-Martens, M.J.H., & van Oers, H. (2015). Kansen en barrières voor implementatie van de landelijke Handreiking Gezonde Gemeente in de GGD-organisatie. Beleidsonderzoek online, mei.
- Kuunders, T. J., Jacobs, M. A., van de Goor, I. A., van Bon-Martens, M. J. H., van Oers, H. A., & Paulussen, T. G. (2017). Implementation of a guideline for local health policy making by regional health services: exploring determinants of use by a web survey. *BMC health services research*, 17(1), 562.
- Kuunders, T. J., van Bon-Martens, M. J. H., Paulussen, T. G., van Oers, H. A., & van de Goor, I. A. (2017). Towards guideline implementation for integrated local health policies: evaluation of an experimental implementation strategy in regional health services. *Journal of Public Health Policy and Planning*, 1(2), 22-42.
- Leentjens, A. F., & Burgers, J. S. (2008). Welke factoren zijn belangrijk bij succesvolle implementatie van richtlijnen?[What factors are important for the successful implementation of guidelines?]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50 (6), 329-335.
- Nederlands Jeugdinstituut. (2017). Samen lerend doen wat werkt. Een nieuwe kijk op evidence-based-practice in zorg en welzijn voor jeugdigen en gezinnen.
- Regieraad Kwaliteit van Zorg. (2012) Richtlijn voor richtlijnen. Den Haag.
- Reijnga, F. (2016). Van kennisontwikkeling naar vakmanschap. Ape.
- RIVM, 2014. Notitie gebruik Handreiking Gezonde Gemeente. Bilthoven: RIVM.
- Tabbers, M. M., Boluyt, N., & Offringa, M. (2010). Implementation of an evidence-based guideline on fluid resuscitation: lessons learnt for future guidelines. *European journal of pediatrics*, 169(6), 749-758.
- Ubbink, D. T., Guyatt, G. H., & Vermeulen, H. (2013). Framework of policy recommendations for implementation of evidence-based practice: a systematic scoping review. *BMJ open*, 3(1), e001881.
- Verkleij, K. A., & Francke, A. L. (2017). Landelijke monitor en evaluatie van leernetwerken wijkverpleging. Rapportage over de periode eind 2015 tot medio 2017. Utrecht: NIVEL.
- Walle, van de R., Doorduyn, T., Viet, L., Dale, van D., & Lanting, L. (2014). Kwaliteit én meer. Over het gebruik van erkende interventies. Bilthoven: Centrum Gezond Leven.

# BIJLAGE 1

## De zoekstrategie en geïnccludeerde studies







De literatuursearch is uitgevoerd in PubMed (bevat de meeste gepubliceerde peer-reviewed medische en psychologische wetenschappelijke literatuur) waarbij gebruik gemaakt is van de zoektermen:

(evidence-based practice[Title] OR guidelines[Title] OR manual[Title] OR decision tools[Title] OR working standards[Title])

AND

(development[Title] OR implementation[Title] OR evaluation[Title] OR effectiveness[Title] OR effect [Title] OR impact [Title] OR adherence[Title] OR lessons learned[Title])

AND

Netherlands OR Dutch (All fields)

Het zoeken leverde 370 studies op, welke op titel en samenvatting zijn gescreend. In eerste instantie zijn 21 titels geselecteerd omdat deze globaal aan de inclusiecriteria voldeden, en deze zijn full-tekst bestudeerd. De inclusiecriteria waren:

- de studie gaat over de ontwikkeling, toepassing/implementatie of effect van richtlijnen/ evidence-based practice in het algemeen of in een bepaalde setting; en
- de studie vond plaats in Nederland.

Van de 21 studies zijn 16 geexludeerd. De studies betroffen bijvoorbeeld scholingsmethoden en andere interventies zoals cliëntbesprekingen om EBP te implementeren of redenen waarom een richtlijn voor een specifiek probleem niet opgevolgd wordt of over het effect van de implementatie van een richtlijn voor een specifieke aandoening.

### Beschrijving van de geïnccludeerde studies

Uiteindelijk voldeden 5 studies volledig aan de inclusiecriteria en deze zijn gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden. De studies bevatten kennis over de ontwikkeling, implementatie en effectiviteit van richtlijnen of een evidence-based practice met een Nederlandse afzender. Het gaat hierbij vooral om kennis over knelpunten en succesfactoren bij ontwikkeling en implementatie (minder over de ontwikkeling en implementatie zelf, en over effectiviteit). Dit zijn de artikelen:

1. Blume, van Weert, Busari & Delnoij (2016) deden onderzoek naar het gebruik en de uitdagingen in de implementatie van richtlijnen in ziekenhuizen in Nederland. Voor het onderzoek is een vragenlijst verzonden naar bestuurders van 116 ziekenhuizen, waarvan 39 zijn teruggestuurd. De bestuurders waren verantwoordelijk voor de implementatie van de richtlijnen.
2. Blume, van Weert, Bisari, Stoopendaal & Delnoij (2017a). In drie ziekenhuizen die het goed deden op het gebied van implementatie van richtlijnen zijn interviews met bestuurders, uitvoerende medische staf en kwaliteitsmanagers gehouden om te kijken naar hoe richtlijnen worden gebruikt in de praktijk en wat andere ziekenhuizen daarvan kunnen leren.
3. Francke, Smit, de Veer & Mistiasen (2008). Een meta-review (oftewel een review van reviews) naar beïnvloedende factoren in de implementatie van richtlijnen voor medische staf,

- verpleegkundigen en ander zorgpersoneel. Twaalf systematische reviews zijn geïnccludeerd.
4. Leentjens & Burgers (2008). Literatuurreview (narratieve review en niet systematisch) naar welke factoren belangrijk zijn bij succesvolle implementatie van richtlijnen. Het onderzoek geeft een breed overzicht van bepalende factoren in de implementatie van richtlijnen in de zorg (professionals in ziekenhuizen, huisartsen, psychiatrie). In dit onderzoek zijn zowel Nederlandse als buitenlandse studies geïnccludeerd.
  5. Ubbink, Guyatt & Vermeulen (2013). Systematische review naar de zelfgerapporteerde waardering (m.b.v. een vragenlijst voor verpleegkundigen, artsen en managers) voor evidence-based practice (EBP) en naar oplossingen voor de organisatie van een EBP. In totaal zijn 31 studies geïnccludeerd, waaronder één Nederlandse.

De eerste twee studies (Blume et al. 2016; 2017a) komen uit een proefschrift. Bij nadere bestudering van dit proefschrift is nog één ongepubliceerd artikel bijgevoegd:

6. Blume, Busari, van Weert & Delnoij (2017b). In dit onderzoek zijn drie focusgroepen met richtlijnontwikkelaars, handhavers (bijv. de Inspectie voor de Gezondheidszorg) en richtlijngebruikers (in totaal 28 participanten) gehouden om te kijken naar de gehele keten van ontwikkeling, gebruik en handhaving.

Naast deze studies is voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen gebruik gemaakt van aanvullende bronnen. De studies die uit de zoekstrategie naar voren zijn gekomen geven namelijk niet op alle onderzoeksvragen een antwoord. De aanvullende bronnen zijn:

- Burgers, J. S. (2015). Criticism of evidence-based medicine: from reductionism to realism in the application of guidelines. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 159, A8376-A8376.
- Everdingen JJE van, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, Barneveld TA van, et al., redacteuren (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem.
- Grol, R. P. T. M., & Wensing, M (2011). *Implementatie: Effectieve verbetering van de cliëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

# BIJLAGE 2

## Deelnemers en interviewvragen





## Deelnemers en methode

In totaal zijn 13 professionals in verschillende rollen geïnterviewd. De interviews duurden gemiddeld een uur en vonden meestal face to face plaats, soms telefonisch. De privacy van de deelnemers is gegarandeerd doordat de gegevens geanonimiseerd zijn. Alle data zijn beschreven over de groep participanten, organisaties worden niet vermeld waardoor de gegevens niet te herleiden zijn naar één persoon.

Wijkverpleging
Ontwikkelaar kwaliteitsstandaard in de rol van werkgroep lid
Ontwikkelaar kwaliteitsstandaard in de rol van projectleider
Gebruiker van de kwaliteitsstandaard
Leidinggevende gebruiker kwaliteitsstandaard
Handreiking Gezonde Gemeente (HGG)
Ontwikkelaar HGG in de rol van projectleider
Ontwikkelaar/gebruiker HGG in de rol van gebruikerspanellid
Ontwikkelaar HGG in de rol van deelnemer vanuit een kennisinstituut
Gebruiker van de HGG in de rol van gezondheidsbevorderaar
Jeugdgezondheidszorg
Ontwikkelaar JGZ-richtlijn in de rol van projectleider
Gebruiker in de rol van jeugdarts
Gebruiker in de rol van jeugdverpleegkundige
Inhoudelijk adviseur management in de rol van stafarts en implementatiecoördinator van alle JGZ-richtlijnen.
Leidinggevende gebruiker

Tabel 2. Wie in welke sector geïnterviewd is

## Vraagstellingen zoals geformuleerd door het KWI in de offerte aanvraag

Voor het verzamelen van informatie zijn semigestructureerde interviews afgenomen waarbij diverse vragen centraal stonden.

### A. Lessen voor KWI uit goede voorbeelden uit andere sectoren met betrekking tot het opstellen van kompas-achtige producten:

1. Wat zijn de lessen voor het ontwikkelen van kompassen in enkele 'voorbeeld' sectoren? Lessen omtrent organisatorische, financiële, bestuurlijke randvoorwaarden qua aanloop/context en feitelijke totstandkoming?
2. In welke mate worden de fases met onderliggende stappen (zie bijlage D) uit ha-ring.nl gebruikt bij het opstellen van richtlijnen en/of welk stappenplan wordt concreet gevolgd? Welke stappen zijn essentieel (need-to-do) en welke zijn optioneel (nice-to-do)?
3. Wat zijn de succesfactoren en wat zijn knelpunten bij het opstellen van kompassen?
4. Wanneer zijn professionals voldoende geëquipeerd en gemotiveerd om kompassen te ontwikkelen?
5. Is er sprake van een bewuste keuze voor monodisciplinaire richtlijnen en/of voor multidisciplinaire richtlijnen? Op basis waarvan?

*B. Lessen voor KWI uit goede voorbeelden met betrekking tot het gebruik van kompas-achtige producten:*

6. Wat zijn de lessen voor het gebruiken van een kompas in enkele 'voorbeeld' sectoren? Lessen omtrent organisatorische, financiële, bestuurlijke randvoorwaarden?
7. Hoe zijn de kompassen ingebed in het werk van de professional binnen diens organisatie in de sector? Hoe gebruikt de professional de kompas in zijn werk? Stuur de organisatie op het gebruik van kompas, zo ja hoe?
8. Wat zijn de succesfactoren en wat zijn knelpunten bij het gebruiken van kompas? Waaronder in elk geval: wat (&hoe) stimuleert het gebruik van kompassen?
9. Welke opvattingen bestaan er met betrekking tot kompassen bij professionals en hun organisaties?
10. Wanneer zijn professionals voldoende geëquipeerd en gemotiveerd om kompassen te gebruiken?
11. Hoe wordt over de kompassen gecommuniceerd? Wat zijn laagdrempelige, enthousiasmerende manieren om mensen te verleiden om de kompassen te gebruiken?

*C. Lessen voor KWI uit goede voorbeelden met betrekking tot effecten van kompas-achtige producten:*

12. Wat zijn de beoogde, gepercipieerde en/of onderzochte effecten van het werk van professionals door het gebruik van kompassen? Ervaren professionals en cliënten betere kwaliteit en resultaat? Leidt het gebruiken van kompassen tot vermindering of vermeerdering van administratieve lasten?
13. Wat is het effect van het invoeren van kompassen voor de professionalisering en de beroepstrots van de professionals?

## BIJLAGE 3

### Het erkenningstraject van het Loket Gezond Leven









Interventie-eigenaren die hun interventie graag beoordeeld willen hebben dienen eerst een verzoek tot beoordeling in. Er is een aantal inclusiecriteria waar de interventie tenminste aan moet voldoen:

- De interventie heeft als doel gezondheid te bevorderen of ziekte te voorkomen. De interventie wil het gedrag van burgers veranderen en/of hun omstandigheden beïnvloeden.
- Er is een Nederlandse handleiding (indien van toepassing) en een procesevaluatie.
- Er is een eigenaar (persoon of organisatie) die informatie kan geven.
- De interventie is volledig ingevuld en gepubliceerd in de Interventiedatabase Gezond en Actief Leven.
- Materialen zijn nog minimaal twee jaar beschikbaar.

Als hier een positief oordeel op komt kan de interventie-eigenaar de indiening gaan voorbereiden. Deze vult een uitgebreid werkblad in waarin aandacht is voor doel, doelgroepen, werkwijze en inhoud, probleemanalyse en onderbouwing, implementatie en uitvoerbaarheid, en onderzoek. Er is een handleiding beschikbaar voor het werkblad en het RIVM biedt eendaagse, gratis workshops aan over het beschrijven van een interventie. Tijdens het beschrijven krijgt de indiener tweemaal feedback van een adviseur van het RIVM Centrum Gezond Leven op het concept werkblad. De interventie wordt vervolgens beoordeeld door praktijkprofessionals voor het opstapniveau Goed beschreven of door een erkenningscommissie voor Goed onderbouwd of Effectief.

De verschillende niveaus van erkenning zijn

- Goed beschreven (0)

Goed beschreven is een eerste beoordeling van de kwaliteit en uitvoerbaarheid van een interventie. Dit niveau is drie jaar geldig. In het werkblad staat minimaal het volgende: Een degelijke beschrijving van doelen, doelgroep(en), aanpak, randvoorwaarden, overdraagbaarheid, ervaring met de uitvoering en beschikbare materialen. Informatie over de uitvoeringsaspecten zoals beschikbaarheid van een handleiding, kosten en tijdsbesteding en randvoorwaarden voor uitvoering.

- Erkenning Goed onderbouwd (I)

Naast een goede beschrijving is de werkzaamheid van de interventie onderbouwd met modellen, theorie of literatuur. Dit oordeel is vijf jaar geldig.

- Effectief (II,III,IV)

Hiervoor gelden dezelfde criteria als voor Goed onderbouwd. Daarnaast is de effectiviteit aangetoond met in ieder geval Nederlands onderzoek. Bij de erkenning Effectief geeft de commissie een oordeel over de bewijskracht van de effectiviteit van een interventie:

- Eerste aanwijzingen voor effectiviteit (II)
- Goede aanwijzingen voor effectiviteit (III)
- Sterke aanwijzingen voor effectiviteit (IV)

