

Ruimte voor verandering?

Knelpunten en mogelijkheden voor
verbeteringen in de patiëntenzorg

M.A.J. Peters

M. Harmsen

M.G.H. Laurant

M. Wensing

Deze publicatie kan geciteerd worden als:

Peters MAJ, Harmsen M, Laurant MGH, Wensing M. Ruimte voor verandering?
Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg.

Uitgave: Afdeling Kwaliteit van zorg (WOK), UMC St Radboud, Nijmegen, 2003



De ontwikkeling en de evaluatie van het meetinstrument voor belemmerende en bevorderende factoren preventieve zorg is gefinancierd door ZonMw, projectnummer: 2300.0010

Inhoudsopgave

Voorwoord

Samenvatting	7
Hoofdstuk 1: Implementatie van vernieuwingen	
1.1 Inleiding	9
1.2 Preventie	9
1.3 Implementatiestrategieën	10
1.4 Doelstelling en opzet van het boek	11
Hoofdstuk 2: Ontwikkeling van de vragenlijst	
2.1 Inleiding	13
2.2 Opsporen van factoren: methode	14
2.2.1 Consensus procedure	14
2.2.2 Literatuurstudie	14
2.2.3 Selectie van factoren	15
2.3 Opsporen van factoren: resultaat	16
2.3.1 Consensus procedure	16
2.3.2 Literatuurstudie	16
2.3.3 Selectie van factoren	17
2.4 Vragenlijstconstructie	18
2.5 Vaststellen van de psychometrische eigenschappen	18
2.5.1 Psychometrische eigenschappen: zorgverlenersvragenlijst	19
2.5.2 Psychometrische eigenschappen: patiëntenvragenlijst	22
2.6 Beschouwing	25
Hoofdstuk 3: Knelpunten bij de implementatie van innovaties bij hulpverleners	
3.1 Inleiding	29
3.2 Preventie in de huisartspraktijk	29
3.2.1 Projecten	29
3.2.2 Resultaten	31
3.3 Behandeling in de huisartspraktijk	33
3.3.1 Projecten	33
3.3.2 Resultaten	34
3.4 Andere sectoren	35
3.4.1 Projecten	35
3.4.2 Resultaten	38
3.5 Predictieve validiteit	39
3.5.1 Methode	39
3.5.2 Resultaten	40
3.6 Conclusies	41

Hoofdstuk 4: Knelpunten bij de implementatie van innovaties bij patiënten	
4.1 Inleiding	43
4.2.1 Projecten	43
4.2.2 Resultaten	43
4.3 Predictieve validiteit	44
4.4 Conclusies	44
Hoofdstuk 5: Beschouwing	
5.1 Inleiding	47
5.2 Ontwikkeling van het meetinstrument	47
5.3 Centrale uitkomsten	47
5.4 Toepassing van de vragenlijst	48
Dankwoord	49
Bijlagen	
1 Vragenlijst naar knelpunten en behoeften	
2 Omschrijving factoren	
3 Onderbouwing van factoren	

Voorwoord

Het verbeteren van de patiëntenzorg –preventie, behandeling en revalidatie– vereist kennis over welke zorg effectief of wenselijk is. Deze kennis kan worden neergelegd in een richtlijn, behandelingsprogramma of nieuwe technologie. Het op gang brengen van verbetering vraagt echter daarnaast aandacht voor de problemen met en mogelijkheden voor verandering in de dagelijkse praktijk. Een “knelpuntenanalyse” vormt daarom een belangrijk onderdeel van elk plan voor verbetering van de zorgverlening. Activiteiten voor verbetering van de zorg, zoals nascholing, feedback of organisatorische maatregelen, moeten zoveel mogelijk aansluiten op relevante knelpunten en behoeften bij de doelgroep.

Dit rapport beschrijft een vragenlijst, die een hulpmiddel kan zijn bij het vaststellen van knelpunten voor verandering. De vragenlijst kan gebruikt worden in zowel verbeterprojecten als in onderzoek. Uit de in dit boek beschreven toepassing van de vragenlijst in verschillende situaties blijkt dat niet altijd dezelfde knelpunten aan de orde zijn. Welke relevant zijn, hangt af van het onderwerp, de doelgroep en de omgeving. Deze variatie onderstreept nog eens het belang van een goede knelpuntenanalyse in het verbeteren van de patiëntenzorg.

Prof. dr. R. Grol

Samenvatting

De implementatie van zorgvernieuwingen verloopt soms moeizaam, zelfs als men op de hoogte is van nieuwe inzichten. Een belangrijk startpunt voor verbetering is een goede kennis van factoren die een rol spelen in een veranderingsproces. Een verbeteringsstrategie dient rekening te houden met de behoeften van de doelgroep. Daarom werd een vragenlijst ontwikkeld voor het identificeren van knelpunten voor het invoeren van vernieuwingen in de patiëntenzorg.

Belemmerende en bevorderende factoren voor verandering werden gebaseerd op literatuurstudie en een consensusprocedure bij experts. De gevonden factoren werden ingedeeld in vier rubrieken: kenmerken van de innovatie, kenmerken van de zorgverlener, kenmerken van de patiënt en kenmerken van de organisatorische, sociale, politieke en maatschappelijke context. De meetbare en veranderbare factoren werden opgenomen in een conceptvragenlijst. Aanvankelijk was het de bedoeling een generieke vragenlijst te ontwikkelen die zowel voor zorgverleners als patiënten gebruikt zou kunnen worden. Gaandeweg werd duidelijk dat dit niet haalbaar was en werden twee vragenlijsten ontwikkeld. De vragenlijsten werden uitgezet in enkele projecten om psychometrische eigenschappen te bepalen. Er werd met name gekeken naar de itemrepons en het discriminerend vermogen. In de definitieve vragenlijst bleven 24 factoren over.

De zorgverlenersvragenlijst werd vervolgens uitgezet in twaalf projecten. Bij alle projecten bleek de verwachte tijdsinvestering, die de innovatie met zich meebracht, een groot knelpunt te zijn. Een ander belangrijke factor was de mate waarin de innovatie paste binnen de werkstijl of leefstijl van de zorgverlener. De implementatie van preventie werd moeilijker gevonden bij patiënten met een andere etniciteit, patiënten met een lage sociaal economische status, patiënten die de praktijk weinig bezochten en bij patiënten die overwegend gezond zijn. Als kenmerk van de context werden het ontbreken van een financiële vergoeding en het ontbreken van personeel vaak als knelpunten opgevoerd. De patiëntenvragenlijst werd uitgezet in twee studies. Al met al waren slechts een gering aantal factoren relevant en te beoordelen voor patiënten. De patiëntenlijst wijkt hierdoor sterk af van de zorgverlenersvragenlijst. Meer onderzoek is nodig om knelpunten bij patiënten te achterhalen.

De vragenlijst voor zorgverleners is goed bruikbaar gebleken. De toepassing ervan heeft laten zien dat knelpunten uiteenlopen tussen verschillende onderwerpen, wat het belang van een knelpuntenanalyse bevestigt. Het gebruik van een standaardlijst maakt vergelijking tussen projecten mogelijk, wat beter inzicht geeft in het belang van verschillende factoren en daardoor bijdraagt aan kennis over veranderingsprocessen.

Hoofdstuk 1: Implementatie van vernieuwingen

1.1 Inleiding

Jaarlijks komt een enorme hoeveelheid informatie beschikbaar over nieuwe behandelingen en werkwijzen in de gezondheidszorg. Deze informatie is vaak afkomstig uit wetenschappelijk onderzoek of ‘goede voorbeelden’ elders (‘best practices’). De implementatie van nieuwe inzichten in de huidige praktijk verloopt soms moeizaam¹. Anderzijds is lang niet altijd kennis beschikbaar voor de oplossing van de problemen die mensen in de praktijk ervaren. Behalve dat gewenste zorg soms niet wordt geboden, blijkt dat onnodige zorg in de praktijk soms wel wordt geboden. Een Nederlandse studie naar toepassing van richtlijnen in de huisartsenpraktijk liet zien dat ongeveer 70% van de aanbevelingen een bepaalde handeling te verrichten werd gevolgd, terwijl in 20% van de beslissingen huisartsen een handeling verrichtten die niet nodig was². De consequenties van ondoelmatig handelen kunnen aanzienlijk zijn. Hierbij kan men denken aan overbodige kosten, maar ook aan schade die patiënten kunnen ondervinden.

Er wordt verschillend gedacht over de wijze waarop verbetering van de kwaliteit van zorg het beste kan worden gerealiseerd^{3,4}. In de meeste benaderingen is echter grote aandacht voor de knelpunten en behoeften van betrokkenen. Dit boek presenteert een vragenlijst voor het identificeren van knelpunten bij de implementatie van vernieuwingen in de patiëntenzorg. Zowel aan preventieve als aan curatieve zorg wordt aandacht besteed. In dit hoofdstuk wordt eerst kort ingegaan op enkele specifieke kenmerken van preventie, omdat de implementatie ervan enkele specifieke kenmerken heeft. Vervolgens wordt een kort overzicht van implementatiestrategieën gegeven, gevolgd door een beschrijving van het doel en de opzet van het boek. Het ontwikkelde instrument is bedoeld voor zowel onderzoekers als uitvoerders van lokale of nationale verbeterprojecten.

1.2 Preventie

Preventieve zorg verschilt van curatieve zorg door een aantal eigenschappen: het wordt aangeboden aan gezonde mensen, is meestal gericht op groepen, de uitkomst is gericht op het voorkomen van ziekte en meestal duurt het jaren voordat een effect zichtbaar is⁵. Het belang van effectieve preventie in de gezondheidszorg is duidelijk⁶. In Nederland waren infectieziekten zoals kinkhoest, tetanus, poliomyelitis, bof, mazelen en rode hond vroeger een groot probleem voor de volksgezondheid. Veel van de ziekten zijn inmiddels door het invoeren van het Rijksvaccinatieprogramma geheel of vrijwel geheel verdwenen⁷.

Geschat wordt dat ongeveer 5% van de totale kosten van de Nederlandse gezondheidszorg aan preventie wordt besteed⁸. De lokale overheden dragen zorg voor collectieve preventie waarbij de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) de preventietaken uitvoeren. Daarnaast is de huisarts verantwoordelijk voor bepaalde vormen van preventie, zoals cervixscreening en influenzavaccinatie. De patiënt, of beter gezegd de burger, staat centraal bij gezondheidsbevordering. Bij het uitvoeren van preventie zal rekening gehouden moeten worden met de wensen van patiënten of burgers om navolging van adviezen ter verbetering van hun gezondheid te stimuleren.

Uit onderzoek is gebleken dat preventieve zorg niet altijd of in onvoldoende mate wordt verleend⁹. Er zijn verschillende factoren die een rol spelen bij de uitvoering van preventieve zorg¹⁰. In Nederland, maar ook in andere landen, betrachten zorgverleners een zekere terughoudendheid ten opzichte van preventie^{11,12}. Dit heeft enerzijds te maken met de opleiding voor artsen, waarbij de nadruk op curatieve zorg ligt. Anderzijds zal de uitvoering van preventie te wensen over laten wanneer een zorgverlener niet overtuigd is van de effectiviteit, of wanneer de innovatie niet goed past binnen de organisatie van de praktijk¹¹. Bovendien is bij preventie doorgaans sprake van ongevraagde zorg, zodat de noodzaak ertoe goed gemotiveerd moet zijn. Ook patiënten dienen overtuigd te zijn van het nut van preventie om deelname aan preventieprogramma's te bewerkstelligen. Preventie roept bovendien ethische vraagstukken op. Met de razendsnelle opkomst van de genetische technologie wordt het mogelijk te screenen op een veelheid aan erfelijke ziekten¹³, waarbij de vraag rijst in hoeverre dit gewenst is. Kortom, de implementatie van preventie levert speciale problemen op en verdient daardoor bijzondere aandacht.

1.3 Implementatiestrategieën

Effectieve implementatie van veranderingen vereist een systematische benadering en een goede planning van de diverse activiteiten¹⁴. Uiteenlopende factoren spelen een rol bij de invoering van vernieuwingen. Deze factoren kunnen zowel belemmerend als bevorderend zijn. Het moet duidelijk zijn welke voordelen de innovatie biedt ten opzichte van de bestaande situatie. Er dient rekening gehouden te worden met de nadelen die de innovatie met zich mee zou kunnen brengen. De implementatiestrategie dient ook rekening te houden met de wensen van de doelgroep (jongeren, ouderen, zwangere vrouwen, etc.) en de zorgaanbieder (huisarts, GGD, etc.). Een gecombineerde aanpak waarbij met meerdere factoren rekening wordt gehouden, heeft vermoedelijk een grotere kans van slagen. Een voorbeeld hiervan is het project 'Thuis in evenwicht', waarbij zowel de aanbieder als de doelgroep betrokken zijn (box 1).

Box 1: Campagne thuis in evenwicht

Jaarlijks zijn in Nederland ongeveer 200.000 mensen van 65 jaar en ouder het slachtoffer van een privé-ongeval. Tweederde van al deze ongevallen gebeurt in de eigen woning of directe omgeving. Hiervan bestaat 80% uit valpartijen, waarbij ernstige verwondingen kunnen ontstaan. Op hogere leeftijd genezen deze verwondingen slechts langzaam en veel mensen houden blijvende klachten. Met een gerichte aanpak probeert de Stichting Consument en Veiligheid het aantal slachtoffers van valongevallen te verminderen. Dit gebeurt door middel van het project "Thuis in Evenwicht". Via een pilotprogramma in de gemeenten Almelo, Breda en Rotterdam probeert men de risico's op valpartijen te reduceren. Enerzijds is het de bedoeling ouderen bekend te maken met de problematiek zodat zij door woonaanpassingen of leefstijlveranderingen zelf de risico's kunnen minimaliseren. Door middel van posters, advertenties in huis aan huisbladen en campagnefolders wordt getracht het doel te bereiken. Anderzijds worden zowel gezondheidszorginstellingen (GGD, Thuiszorg, huisarts), welzijnsinstellingen als de middenstand (couponnenboekjes voor veiligheidsartikelen) benaderd om mee te werken aan het project. Het programma is zeer succesvol gebleken en zal zeker ook in andere gemeenten worden geïmplementeerd (Stichting Consument en Veiligheid, Amsterdam).

Een belangrijk startpunt bij implementatie is een goede kennis van factoren die een rol kunnen spelen in een veranderingsproces. De kenmerken van de doelgroep, de setting en de zorgverlener moeten duidelijk zijn en de belemmerende en bevorderende factoren dienen bekend te zijn. Een zorgvuldige knelpuntenanalyse, die inzicht geeft in beïnvloedende factoren, is belangrijk omdat een implementatiestrategie waarschijnlijk succesvoller is wanneer ze aansluit bij deze factoren³.

Er is veel onderzoek verricht naar interventies voor het verbeteren van zorg, maar een pasklare oplossing, de best werkende interventie, is niet gevonden¹⁵. Effectieve interventies om innovaties beter te implementeren laten een aanzienlijke variatie zien in de veranderingen die teweeg werden gebracht. Interventies waarbij rekening gehouden wordt met specifieke barrières ('tailored intervention') geven een grotere kans op slagen. Effectief lijkt vooral de ontwikkeling van multifactoriële interventies die tegemoet komen aan meerdere barrières tegelijkertijd ('multifaceted intervention'). Hierbij moet steeds worden nagegaan welke specifieke barrières een rol spelen bij de implementatie van preventie¹⁶.

1.4 Doelstelling en opzet van het boek

Er zijn weinig geschikte instrumenten voorhanden om de invloed van factoren in veranderingsprocessen in de gezondheidszorg daadwerkelijk te meten. Daarom hebben wij een vragenlijst ontwikkeld voor het opsporen van bevorderende en belemmerende factoren. Het doel van de vragenlijst is het bieden van inzicht in de voorwaarden voor succesvolle implementatie van vernieuwingen in de patiëntenzorg, in het bijzonder preventie. Vooraf werd gesteld dat het instrument gevoelig moest zijn voor verschillen tussen deelnemers, en bij voorkeur ook voorspellend voor het slagen van implementatie. Bovendien moest de vragenlijst toepasbaar zijn voor zowel onderzoek als voor verbeterprojecten. Uiteindelijk

werd de vragenlijst gebruikt in studies in verschillende settings, zoals ziekenhuizen, huisartspraktijken en de geestelijke gezondheidszorg.

In hoofdstuk 2 wordt de ontwikkeling en validering van de vragenlijst voor zowel zorgverleners als patiënten beschreven. In hoofdstuk 3 worden de resultaten gepresenteerd van toepassing van de zorgverlenersvragenlijst in een aantal projecten. Om de relatie tussen het uitgevoerde gedrag van zorgverleners en de knelpunten die zij ervoeren te onderzoeken, werd de predictieve validiteit van de vragenlijst bepaald. In hoofdstuk 4 worden de resultaten beschreven van toepassing van de patiëntenvragenlijst en wordt de vragenlijst verder gevalideerd. In hoofdstuk 5 gaan we na in hoeverre de beoogde doelen werden bereikt en geven we de conclusies. De definitieve zorgverlenersvragenlijst is opgenomen als bijlage 1.

Referenties

1. Grol R, Wensing M (red.). Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001.
2. Spies TH, Mokkink H. Toetsen aan standaarden. Het medisch handelen van huisartsen in de praktijk getoetst. Nijmegen/Utrecht: WOK/NHG, 1999.
3. Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997; 315: 418-421.
4. Grol R. Effectieve en doelmatige zorg: feit of fantasie? Inaugurale rede. Nijmegen: KUN, 1999.
5. Bannenberg AFI, Boer A, Dekker E, Raat H, Rijsemus AH, Wildt de GR. Bestuurlijke keuzen in Preventie. Discussienota en standpunt. Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap, 1994.
6. Roehrborn CG. Acute Relief or future Prevention: is Urology ready for preventive Health Care? *Urology* 2000; 56 (5 Suppl 1): 12-19.
7. Hof van den S, Conyn-Spaendonck van MAE, Melker de HE, Geubbels ELPE, Suijkerbuijk AWM, Talsma E, Plantinga AD, Rümke HC. The Effects of Vaccination, the Incidence of the Target Diseases. Bilthoven: RIVM National Institute of Public Health and the Environment, 1998.
8. Schaapveld K. Preventie in de praktijk. In: van der Maas PJ, Mackenbach JP, redactie. *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999; 2: 162-197.
9. Hulscher MEJL, Drenth van BB, Mokkink HGA, Wouden van der JC, Grol RP. Barriers to preventive Care in general Practice: the Role of organizational and attitudinal Factors. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 711-714.
10. Hulscher M, Wensing M, Grol R, Weijden van der T, Weel van C. Interventions to improve the Delivery of preventive Services in Primary Care. *Am J Publ Health* 1999; 89: 737-746.
11. Drenthen T. Challenges to Prevention in Dutch General Practice. *Am J Clin Nutr* 1997; 65: 1943S-1945S.
12. Demak MM, Becker MH. The Doctor-Patient Relationship and Counseling for Preventive Care. *Pat Educ Couns* 1987; 9: 5-24.
13. Henneman L, Poppelaars FA, Kate ten LP. Evaluation of cystic fibrosis carrier screening programs according to genetic screening criteria. *Genetics in Medicine* 2002; 4(4): 241-9
14. Pieterse ME, Duistermaat JH, Drenthen AJM. Minimale interventiestrategie in de huisartsenpraktijk. *Medisch Contact* 1997;25: 791-792.
15. Stone EG, Morton SC, Hulscher ME, Maglione, MA, Roth EA, Grimshaw JM, et al. Interventions that increase Use of Adult Immunization and Cancer Screening Services: a Meta-Analysis. *Ann Intern Med* 2002; 136: 641-651.
17. Hulscher M, Wensing M, Weijden van der T, Grol R. Interventions to implement Prevention in Primary Care. *Cochrane Library* 2001; Update Software 2001.

Hoofdstuk 2: Ontwikkeling van de vragenlijst

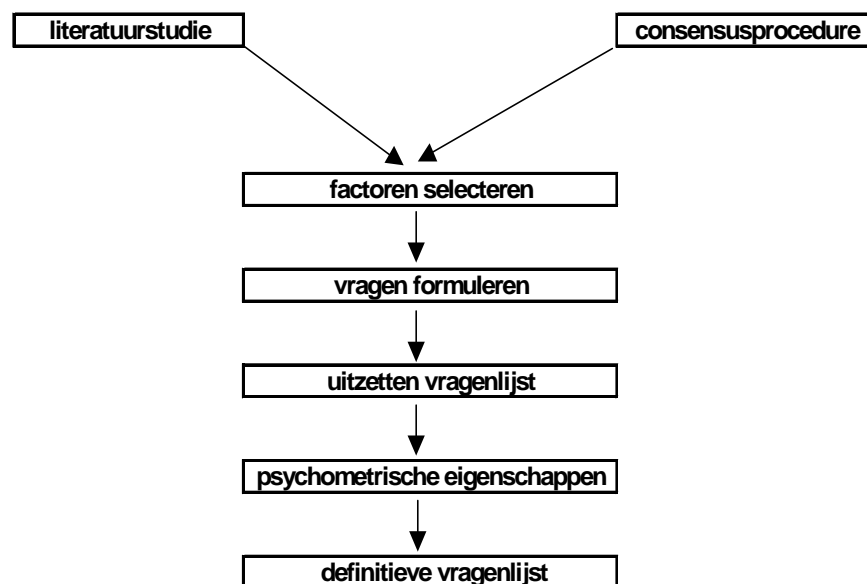
2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de constructie van het meetinstrument waarmee belemmerende en bevorderende factoren kunnen worden opgespoord. Hierbij werd een antwoord gezocht op de volgende vragen:

- Welke factoren hebben onderbouwing in de onderzoeksliteratuur of bij experts en lijken goed meetbaar?
- Wat is de bruikbaarheid en het discriminerend vermogen van indicatoren voor de geselecteerde factoren?

De belemmerende en bevorderende factoren werden ingedeeld in vier rubrieken: kenmerken van de innovatie, kenmerken van de zorgverlener, kenmerken van de patiënt en kenmerken van de organisatorische en maatschappelijke context¹⁻⁸. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de uitgevoerde consensusprocedure en literatuurstudie voor het opsporen van factoren. Vervolgens wordt ingegaan op de selectie van de factoren, de constructie van de vragenlijst en het testen en aanpassen van de vragenlijsten voor zorgverleners en patiënten. In figuur 1 wordt weergegeven welke stappen zijn gevolgd voor de ontwikkeling van het meetinstrument.

Figuur 1: Stapsgewijze ontwikkeling van de vragenlijst



2.2 Opsporen van factoren: methode

Om factoren voor succesvolle implementatie van preventie te bepalen, zijn twee methoden gebruikt: a) consensusprocedure en b) literatuurstudie. Via de consensusprocedure, in de vorm van een Delphi-onderzoek⁹, werden door een panel van implementatiedeskundigen factoren aangewezen die een rol spelen bij de implementatie van innovaties en richtlijnen in het algemeen. De literatuurstudie richtte zich specifiek op knelpunten voor implementatie van preventie. De meetbare en veranderbare factoren die hieruit naar voren kwamen, werden opgenomen in een conceptvragenlijst. Er werden twee vragenlijsten ontwikkeld: één voor de zorgverlener en één voor de patiënt. De vragenlijsten werden uitgezet in verschillende projecten, zodat de psychometrische eigenschappen konden worden vastgesteld. De gevolgde aanpak wordt hieronder uitgewerkt.

2.2.1 Consensusprocedure

In het kader van het onderzoeksprogramma 'MTA- en richtlijnen Implementatie', dat de afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK) in opdracht van het Ministerie van VWS heeft uitgevoerd, heeft een expertpanel een gestandaardiseerde vragenlijst ontwikkeld¹⁰. Met deze vragenlijst worden problemen en behoeften ten aanzien van de invoering van richtlijnen bij zorgverleners gemeten. Het expertpanel bestond uit zeven deskundigen van de WOK die betrokken waren bij implementatieonderzoek. Aan de hand van beschikbare literatuur werd een lijst met factoren opgesteld door de onderzoekers en voorgelegd aan de leden van het expertpanel. De factoren waren ingedeeld in twee rubrieken, te weten 'kenmerken van de richtlijn/innovatie' en 'kenmerken van de invoering'.

2.2.2 Literatuurstudie

De literatuurstudie gericht op implementatie van preventie bestond uit twee onderdelen. Allereerst werden de 58 gecontroleerde studies naar de invoering van veranderingen in de preventieve zorg uit het review van Hulscher et al^{11,12} nogmaals bestudeerd. Het doel van deze secundaire analyse was het opsporen van factoren die het effect van de interventie modificeerden. De 58 gecontroleerde studies werden door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar beoordeeld met behulp van een gestandaardiseerd scoringsformulier. De onderzoekers noteerden de verbanden tussen uitkomsten na de interventie en kenmerken van patiënten, zorgverleners en organisaties.

Ten tweede werden observationele studies en beschouwende literatuur bestudeerd om aanvullende determinanten van het uitvoeren van preventieve zorg te identificeren. Hoewel met behulp van observationele studies of beschouwende literatuur geen causaliteit kan worden aangetoond, kunnen deze studies wel suggesties geven over factoren die

mogelijk van belang zijn. Om relevante literatuur op te sporen werd gebruik gemaakt van bestaande literatuurbestanden van de WOK –dit zijn bestanden waarin literatuur ten aanzien van veranderingen, richtlijnen en implementatie is opgeslagen– en werd aanvullend onderzoek gedaan in Medline (1966-1999). De literatuur werd systematisch verzameld, maar kan niet als uitputtend worden beschouwd.

2.2.3 Selectie van factoren

De factoren die door het expertpanel (in de consensusprocedure) en op basis van de literatuurstudie werden vastgesteld als mogelijke bevorderende en belemmerende factoren, werden door het onderzoeksteam gescoord aan de hand van twee criteria. Het eerste criterium was de mate van onderbouwing en het tweede de meetbaarheid. Wij vonden dat er ‘voldoende’ onderbouwing vanuit de literatuur was als de factor in minimaal drie observationele studies of beschouwende artikelen of in minimaal drie gecontroleerde studies werd beschreven. De toegekende scores waren: 2 = in minimaal 3 gecontroleerde literatuurstudies beschreven, 1 = in minimaal 3 observationele studies of beschouwende artikelen beschreven, en 0 = overige situaties.

De meetbaarheid van een factor werd door het onderzoeksteam bepaald. Bij de beoordeling van de meetbaarheid werd nagegaan of de factor in principe tamelijk eenvoudig, valide en betrouwbaar te meten was middels een vragenlijst. Dat betekende dat de factor voldoende concreet was en weinig deelaspecten kende. Er werden drie scores toegekend: 2 = goed meetbaar, 1 = redelijk meetbaar en 0 = niet meetbaar.

De mening van het expertpanel werd apart genoteerd. De factoren waarover binnen het expertpanel consensus bestond kregen een score 1. Wanneer de panelleden het oneens waren, werd een score 0 toegekend.

Op basis van de scores werden factoren gezien als mogelijke determinanten van gedrag opgenomen in de definitieve selectie van beïnvloedende factoren. Vervolgens werden concrete items geformuleerd voor de vragenlijst. In de vragenlijst werden zowel factoren meegenomen die veranderbaar als niet veranderbaar zijn. Inzicht in beide type factoren is immers van belang bij het vaststellen van de implementatiestrategie.

2.3 Opsporen van factoren: resultaat

2.3.1 Consensusprocedure

In het expertpanel bestond consensus over de invloed van een aantal factoren op het succes van de implementatie van innovaties of richtlijnen (zie box 2). De factoren kunnen de implementatie belemmeren of bevorderen.

Box 2: Factoren die volgens het expertpanel een rol spelen bij de implementatie van richtlijnen of innovaties

Kenmerken van de innovatie (10 factoren): verenigbaarheid; wetenschappelijke onderbouwing; attractiviteit; tijdsinvestering; consistentie/betrouwbaarheid; haalbaarheid/ toepasbaarheid; specificiteit/flexibiliteit; helderheid en nauwkeurigheid; didactische waarde en probeerbaarheid

Kenmerken van de zorgverlener (6 factoren): specialisme/expertise; attitude/rolperceptie; kennis en motivatie; twijfels innovatie; betrokkenheid en leefstijl/werkstijl.

Kenmerken van de patiënt (1 factor): bereidheid tot veranderen.

Kenmerken van de context (3 factoren): wetgeving/medisch tuchtrecht; groepsnormen/socialisatie en vergoedingssysteem/verzekering.

2.3.2 Literatuurstudie

Interventiestudies

In 28 van de 58 gecontroleerde studies werden subgroepanalyses gerapporteerd¹³⁻⁴⁰. Kenmerken van patiënten en zorgverleners werden vaker geanalyseerd dan kenmerken van de context. Het meest onderzocht werden: leeftijd van de patiënt (van invloed in 4 van de 6 studies), ziekte of klachten van patiënten (van invloed in 3 van de 6 studies), aantal bezoeken aan de praktijk (van invloed in 3 van de 6 studies) en opleidingsniveau van de zorgverlener (van invloed in 2 van de 5 studies).

Observationele studies en beschouwende literatuur

Er zijn 63 observationele studies en beschouwende artikelen bestudeerd en uit 25 artikelen konden factoren gehaald worden^{2-5,7,41-60}. In deze studies zijn verschillende onderzoeksmethoden gehanteerd, zoals vragenlijsten, persoonlijke of groepsinterviews. Relatief veel onderbouwing was er voor de invloed van de volgende factoren (vijf of meer publicaties):

- kenmerken van de innovatie: verenigbaarheid van de innovatie met bestaande praktijkroutines, de innovatie brengt weinig ongerief mee voor de patiënt en/of de

zorgverlener, wetenschappelijke onderbouwing voor de innovaties, consistentie of betrouwbaarheid van de innovatie.

- kenmerken van de zorgverlener: rolperceptie/attitude, tijdsgebrek, expertise/specialisme, kwaliteit van de relatie met de patiënt, kennis/motivatie.
- kenmerken van de patiënt: verantwoordelijkheidsgevoel voor ziekte en gezondheid, kennis over de voordelen van preventie, angst.
- kenmerken van de context: groepsnormen/socialisatie, vergoedingssysteem/verzekering, voorzieningen/apparatuur, aanwezigheid van een informatie- en administratiesysteem, en de openingstijden en locatie van de praktijk.

In de meerderheid van de studies is er een verondersteld verband, maar is niet aangetoond of de factor daadwerkelijk van invloed is op het succes van de implementatie. Een gedetailleerde beschrijving van alle factoren staat in bijlage 2.

2.3.3 Selectie van factoren

In bijlage 3 zijn de factoren vermeld die volgens de gebruikte bronnen een rol kunnen spelen bij de implementatie van richtlijnen en innovaties gericht op de gezondheidszorg. Tevens is te zien hoe sterk de mate van onderbouwing is vanuit de literatuur en de meetbaarheid van elke factor. Factoren die meetbaar zijn en voldoende onderbouwd werden door de literatuur, werden in de tabel opgenomen als determinanten die het gedrag kunnen beïnvloeden. Van elke factor is weergegeven of het expertpanel dit wel of niet een knelpunt achtte en of de factor werd opgenomen in de vragenlijst. Voor de volledigheid zijn de factoren waarover geen vragen gesteld worden onderaan in elke rubriek weergegeven.

2.4 Vragenlijstconstructie

De factoren die voldoende ondersteund werden door het expertpanel en de literatuur werden omgezet in vragen. De vragen werden gesteld in de vorm van stellingen, waarbij de respondenten konden aangeven in hoeverre zij het eens of oneens waren met de stelling. Vragen werden meestal positief gesteld, dat wil zeggen dat de respondent die het (zeer) oneens is met de stelling de onderliggende factor als een belemmering ervaart, en deels negatief. Er werd gebruik gemaakt van een ordinale antwoordschaal (5-punt Likert schaal⁶¹), waarbij de antwoorden zijn gescoord van 1 tot en met 5.

Factoren moesten relevant en zichtbaar zijn voor de doelgroep. Factoren die voor de specifieke preventieve innovatie of richtlijn irrelevant waren én factoren die voor de doelgroep van de vragenlijst niet zichtbaar waren, werden niet als vraag opgenomen in de vragenlijst. Patiënten c.q. cliënten hebben soms geen goed zicht op interventies in de huisartspraktijk en kunnen daardoor niet beoordelen of een interventie haalbaar en toepasbaar is en of interventie aansluit bij de dagelijkse routine van de huisarts (verenigbaarheid). De factoren die om deze reden werden uitgesloten van de vragenlijst voor patiënten zijn kenmerken van de innovatie en kenmerken van de zorgverlener: attitude/rolperceptie, kennis en motivatie, twijfels innovatie, betrokkenheid en leefstijl/werkstijl. Van de kenmerken van de context werden over de factoren informatie- en administratiesysteem, groepsnormen/socialisatie en wetgeving/medisch tuchtrecht geen vragen gesteld aan de patiënt.

2.5 Vaststellen van de psychometrische eigenschappen

Om de psychometrische eigenschappen van de vragenlijst voor zorgverleners en patiënten te kunnen vaststellen, werden de vragenlijsten na toestemming van de desbetreffende onderzoekers uitgezet in verschillende projecten van de WOK. Bij het vaststellen van de validiteit van de vragenlijsten werden de psychometrische eigenschappen van de vragenlijst vastgesteld. Onderzocht werd of de vragenlijst goed was ingevuld (respons en item-repons) en of de vragen bruikbaar waren en voldoende discrimineerden (percentage zeer (on)eens of (on)eens en de interkwartielrange). Tevens werd de samenhang van items binnen de rubrieken van factoren berekend (Cronbach's alpha). In box 3 is aangegeven waaraan de psychometrische eigenschappen van de factoren minimaal moesten voldoen. Indien een eigenschap niet voldeed aan een van de criteria, werd één strafpunt toegekend. Bijvoorbeeld, was de itemrespons op een vraag 67%, dan werd aan deze vraag één strafpunt toegekend. Was de interkwartielrange voor dezelfde vraag 0.80 dan kreeg de vraag een tweede strafpunt. Vragen met twee of meer strafpunten werden niet meer meegenomen in de volgende versie van de vragenlijst.

Box 3: Eisen aan de psychometrische eigenschappen

Bruikbaarheid, toepasbaarheid:

- Respons $\geq 60\%$
- Item respons $\geq 90\%$

Spreiding, discriminerend vermogen:

- Interkwartielrange ≥ 1
- Percentage (zeer) oneens $\geq 10\%$ en $\leq 90\%$ of percentage (zeer) eens $\geq 10\%$ en $\leq 90\%$ (Afhankelijk van de richting van de vraag)

2.5.1 Psychometrische eigenschappen: zorgverlenersvragenlijst

De vragenlijst voor zorgverleners werd gestuurd aan 200 huisartsen die deelnamen aan een studie naar de landelijke invoering van preventie van cardiovasculaire aandoeningen in de huisartspraktijk ('Preventie: Maatwerk, hart- en vaatziekten'). Het belangrijkste doel van dit project was het optimaliseren van de opsporing en registratie van risicofactoren voor hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk⁶². Van de 200 opgestuurde vragenlijsten kwamen 123 vragenlijsten retour (62%). De psychometrische eigenschappen van de vragenlijst zijn vastgesteld aan de hand van 119 vragenlijsten (60%) en worden weergegeven in tabel 1. De itemrespons was hoog en varieerde van 96% tot 100%. De vragen uit de rubriek 'kenmerken van de patiënt' werden het beste ingevuld. De itemrespons was van zes van de acht vragen 100% en van de overige twee vragen 99%. De vragen uit de rubriek 'kenmerken van de context' leken het moeilijkst te beantwoorden, maar de itemrespons was nog acceptabel. Bij het onderzoeken van de interkwartielrange en het percentage respondenten dat het zeer (on)eens tot (on)eens was met een stelling, bleek een aantal vragen onvoldoende discriminerend te zijn. Het ging om acht vragen, waarvan vijf vragen factoren bevatten uit de rubriek 'kenmerken van de innovatie'.

Tot slot is gekeken naar de samenhang van factoren oftewel de consistentie van vragen binnen één rubriek. De Cronbach's alpha werd berekend per categorie: kenmerken van de innovatie, $\alpha = 0.65$; kenmerken van de zorgverlener, $\alpha = 0.63$; kenmerken van de patiënt, $\alpha = 0.68$; en kenmerken van de context, $\alpha = 0.66$.

Op basis van deze analyse vielen 6 factoren af:

- Kenmerken van de innovatie: wetenschappelijke onderbouwing, helderheid/nauwkeurigheid, haalbaarheid/toepasbaarheid en consistentie/betrouwbaarheid.
- Kenmerken van de zorgverlener: specialisme/expertise.

In de definitieve vragenlijst werden 24 factoren opgenomen (box 4).

Tabel 1: Psychometrische eigenschappen vragenlijst zorgverleners (n=119)

Factoren	Vragen	Interkwartiel range	% (zeer) eens	% (zeer) oneens
Innovatie				
1. Verenigbaarheid	Deze aanbevelingen passen niet goed bij de manier van werken in mijn praktijk, bij mijn werkstijl	1	9	-
2. Probeerbaarheid	Deze richtlijnen kan ik uitproberen zonder dat ik grote investeringen moet doen	0	-	3
3. Wetenschappelijke onderbouwing	Deze richtlijnen hebben een goede wetenschappelijke onderbouwing	0	-	4
4. Tijdsinvestering	Het werken volgens deze richtlijn kost veel tijd	1	64	-
5. Specificiteit/flexibiliteit	Deze richtlijnen laten genoeg ruimte om zelf afwegingen te maken	1	-	10
6. Helderheid/nauwkeurigheid	Deze richtlijnen geven genoeg ruimte om de wensen van de patiënt mee te laten wegen	1	-	20
7. Haalbaarheid/toepasbaarheid	Deze richtlijnen vind ik inhoudelijk helder en begrijpelijk	0	-	7
8. Consistentie/betrouwbaarheid	Deze richtlijnen helpen mij om de kwaliteit van mijn patiëntenzorg onder de loep te nemen	0	-	3
9. Didactische waarde	Deze richtlijnen zijn zorgvuldig opgesteld	0	-	3
10. Attractiviteit	Deze richtlijnen zijn voor mij een goed aanknopingspunt voor individuele zelfstudie	1	-	5
	Deze richtlijnen zou ik goed kunnen gebruiken voor mijn nascholing met collega's	0	-	3
	De lay-out van de richtlijnen maakt deze handig voor gebruik	1	-	15
Zorgverlener				
11. Opleiding	Ik ben niet opgeleid voor preventieve zorg	1	24	-
12. Specialisme/expertise	Ik mis bepaalde kennis om deze aanbevelingen goed toe te kunnen passen	0	3	-
13. Attitude/rolperceptie	Ik mis bepaalde vaardigheden om deze aanbevelingen goed te kunnen toepassen	0	2	-
14. Kennis en motivatie	Ik heb in het algemeen weerstand tegen het werken volgens protocollen	1	19	-
	Ik wil graag meer over de aanbevelingen weten voordat ik besluit om deze toe te passen	1	14	-
15. Twijfels innovatie	Ik denk dat bepaalde onderdelen van deze aanbevelingen onjuist zijn	1	17	-
16. Betrokkenheid	Ik heb de aanbevelingen niet grondig genoeg gelezen of onthouden	1	19	-
	Ik ben niet betrokken geweest bij het opzetten van de preventie	1	16	-
17. Leefstijl/werkstijl	Ik heb moeite met het veranderen van mijn oude routines	2	31	-

Factoren	Vragen	Interkwartiel range	% (zeer) eens	% (zeer) oneens
Patiënt				
18. Leeftijd	Oudere patiënten (60+)	1	16	-
19. Etniciteit	Patiënten met een andere culturele achtergrond	1	70	-
20. Financiële situatie/SES	Patiënten met een lage sociaal economische status	1	50	-
21. Aantal patiëntcontacten	Patiënten die de praktijk weinig bezoeken	1	71	-
22. Gezondheidstoestand	Patiënten die overwegend gezond zijn	1	70	-
22. Bereidheid tot veranderen	Patiënten werken niet mee aan het toepassen van deze aanbevelingen	2	25	-
Context				
23. Openings tijden en locatie praktijk	De onhandige tijd en plaats voor preventieve zorg	2	54	-
24. Ondersteunend personeel	Het ontbreken van ondersteunend personeel	1,3	64	-
25. Voorzieningen/apparatuur	Het ontbreken van bepaalde instrumenten	1	10	-
26. Geschikte praktijkruimte	Het ontbreken van een fysieke ruimte voor preventie	2	37	-
27. Groepsnormen/ socialisatie	Collega's werken niet mee aan toepassen van deze aanbevelingen	2	30	-
	Andere artsen of zorgverleners werken niet mee aan het toepassen van deze aanbevelingen	2	31	-
28. Vergoedingssysteem/verzekeringen	Leidinggevenden werken niet mee aan het toepassen van deze aanbevelingen	1	5	-
29. Wetgeving/medisch tuchtrecht	Het werken volgens deze aanbevelingen vereist een financiële vergoeding	1	85	-
	Deze richtlijnen kunnen makkelijk misbruikt worden in medisch tuchtrecht	2	41	-

Box 4: Factoren in de vragenlijst voor zorgverleners na het vaststellen van de psychometrische eigenschappen

Innovatie:	verenigbaarheid tijdsinvestering specificiteit/flexibiliteit didactische waarde attractiviteit
Zorgverlener:	opleiding attitude/rolperceptie kennis en motivatie twijfels innovatie participatie/betrokkenheid leefstijl/werkstijl
Patiënt:	leeftijd ethniciteit financiële situatie/SES aantal patiëntcontacten gezondheidstoestand bereidheid tot veranderen
Context:	openingstijden en locatie praktijk ondersteunend personeel voorzieningen/apparatuur geschikte praktijkruimte groepsnormen/socialisatie vergoedingssysteem/verzekering wetgeving/medisch tuchtrecht

2.5.2 Psychometrische eigenschappen: patiëntenvragenlijst

De patiëntenvragenlijst werd in twee studies uitgezet. In het eerste project ‘Signalering van gezondheidsproblemen en gezondheidsvoorlichting bij ouderen in de huisartspraktijk’ werd de vragenlijst toegestuurd aan 48 ouderen (70+) die deelnamen aan een studie naar het optimaliseren van preventie bij ouderen in de huisartspraktijk. De preventieve activiteit bestond uit het toesturen van een educatieve brochure aan zelfstandig wonende ouderen tussen de 70 en 80 jaar. Verderop in het boek wordt een uitgebreide beschrijving gegeven van dit project.

Vierentwintig van de 48 ouderen hebben de vragenlijst geretourneerd (50%). Slechts vijftien ouderen beantwoorden alle vragen (31%), zodat besloten werd op basis van deze gegevens geen psychometrische eigenschappen vast te stellen. Bij een nadere beschouwing werd geconcludeerd dat een aantal vragen te abstract waren gesteld. Er werd gekeken op welke manier de stellingen het beste konden worden geformuleerd, zodat de formulering meer zou aansluiten bij de patiënten.

De tweede studie waarbinnen de vragenlijst werd uitgezet, was het project ‘Cardiovascular Risk Reduction in Primary Care’ (CARPE). Het CARPE-project werd uitgevoerd door de WOK in samenwerking met het Instituut Huisartsgeneeskunde Rotterdam. Het doel van CARPE was het verbeteren van de zorg die huisartsen geven aan patiënten met cardiovasculaire aandoeningen of risicofactoren, zoals diabetes mellitus, hypertensie en hypercholesterolemie⁶³. Op het gebied van cardiovasculaire zorg hebben huisartsen hun taken vastgelegd, inclusief richtlijnen voor goede kwaliteit van zorg. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft 7 cardiovasculaire standaarden ontwikkeld (hypertensie, diabetes mellitus II, cholesterol, hartfalen, angina pectoris, perifere arterieel vaatlijden en TIA), maar de geleverde zorg was niet altijd in overeenstemming met deze richtlijnen⁶⁴⁻⁶⁷. Om de zorgverlening in de huisartspraktijk te verbeteren, werd een gecombineerde interventie ontwikkeld. De strategie bestond uit het verschaffen van informatie, feedback, educatie en praktische hulpmiddelen aan zorgverleners en het begeleiden van veranderprocessen door getrainde consultants in de vorm van praktijkbezoeken. Binnen CARPE werd gekeken naar het effect van de gecombineerde interventie op de praktijkorganisatie, het medisch handelen en het registreren van risicofactoren.

Voor het onderzoek naar knelpunten bij de implementatie van preventieve zorg kregen 189 aselect gekozen patiënten uit 6 praktijken van het CARPE-project een vragenlijst toegestuurd. De vragenlijsten werden matig ingevuld, zodat uiteindelijk van 93 stuks (49%) de psychometrische eigenschappen werden vastgesteld (tabel 2).

Tabel 2. Psychometrische eigenschappen vragenlijst patiënten (n= 93)

Rubrieken	Factoren	Vragen	Inter- kwartiel- range	% (zeer) eens
Zorgverlener	Opleiding	De huisarts is niet opgeleid voor preventie	1	19
	Specialisme/expertise	De huisarts heeft onvoldoende vaardigheden	2	34
Patiënt	Leeftijd	De huisarts heeft onvoldoende kennis	1	12
		Bij oude mensen preventie niet nodig	1	3
	Aantal patiëntcontacten	Niet zinvol bij mensen die huisarts weinig bezoeken	2	14
	Gezondheidstoestand	Niet zinvol bij gezonde mensen	1	20
	Bereidheid tot veranderen	Past niet bij persoonlijke waarden en normen	1	8
		Niet zinvol bij mensen die niet willen veranderen.	2	53
Context	Openingstijden en locatie praktijk	Het tijdstip is onhandig	0	9
	Ondersteunend personeel	Onvoldoende personeel voor uitvoeren preventie	2	18
	Voorzieningen/ apparatuur	In praktijk zijn niet alle materialen aanwezig	1	18
	Geschikte praktijkruimte	In praktijk geen goede ruimte	2	16
	Vergoedingensysteem/ verzekering	Niet door verzekering vergoed	2	19
		Moet zelf betalen voor metingen	1	17

De itemrespons varieerde van 53% tot 90%. Vragen over huisartskenmerken en kenmerken van de context werden over het algemeen slechter ingevuld dan vragen uit de rubriek kenmerken van de patiënt. De spreiding op basis van de interkwartielrange en het percentage antwoorden in de uiterste rubrieken was onvoldoende voor twee vragen over patiëntfactoren (leeftijd en bereidheid tot veranderen) en één vraag uit de rubriek context (openingstijden en locatie van de praktijk). Tot slot werd gekeken naar de samenhang van de vragen binnen de rubrieken. De Cronbach's alpha was hoog en varieerde van 0.87 voor kenmerken van de zorgverlener en kenmerken van de patiënt tot 0.96 voor kenmerken van de context.

Uiteindelijk bleven 13 factoren over op basis van de eisen die aan de psychometrische eigenschappen werden gesteld. Bij een kritische nabeschuiving werd besloten over de factoren etniciteit en sociaal economische status geen vragen meer te stellen omdat dit gevoeligheden zou kunnen oproepen. De overgebleven factoren staan vermeld in box 5.

Box 5: Factoren voor de patiëntenvragenlijst

innovatie	-
zorgverlener	geslacht opleiding specialisme/expertise
patiënt	leeftijd aantal patiëntcontacten gezondheidstoestand bereidheid tot veranderen
context	ondersteunend personeel voorzieningen/apparatuur geschikte praktijkruimte vergoedingssysteem/verzekering

2.6 Beschouwing

De literatuurstudie en het delphi-onderzoek leverden een reeks van factoren op die de implementatie van vernieuwingen zouden kunnen beïnvloeden. Het bleek dat veel verschillende factoren van invloed kunnen zijn, maar dat geen van de factoren in veel studies is onderzocht. Een probleem was ook dat de subgroepen vaak klein waren, zodat relevante verschillen niet altijd werden aangetoond. Het is onduidelijk in hoeverre sprake was van publicatie-bias; mogelijk zijn niet alle verrichte subgroepanalyses gerapporteerd. Daarom moeten de factoren in tabel 1 worden beschouwd als suggesties voor mogelijk relevante factoren, waarvan de invloed in een systematisch opgezet onderzoek moet worden nagegaan. In de vragenlijsten zijn alleen factoren meegenomen die redelijk onderbouwd en meetbaar waren.

De vragenlijst voor zorgverleners werd uitgezet in een grootschalig project en bleek goed bruikbaar om factoren die een rol spelen bij de uitvoering van preventie te achterhalen. De patiëntenvragenlijst werd uitgezet in twee studies. Doordat de vragen slecht werden ingevuld, was het niet goed mogelijk een betrouwbare validering van de vragenlijsten te verrichten. Aanvankelijk lag het in de bedoeling van het project een generieke vragenlijst te ontwikkelen, die zowel voor zorgverleners als patiënten gebruikt zou kunnen worden. Gaandeweg werd duidelijk dat veel aspecten wel voor een zorgverlener, maar niet voor een patiënt zichtbaar waren. Voor wat betreft de formulering van de vraag moesten duidelijke aanpassingen gedaan worden in de patiëntenvragenlijst. In de eerste uitgezette patiëntenvragenlijst werd het gros van de vragen niet beantwoord. Dit was een reden om de vragen nog eenvoudiger en duidelijker te stellen en een aanwijzing dat een generieke vragenlijst voor zowel zorgverleners als patiënten niet mogelijk is.

De zorgverlenersvragenlijst werd na de verrichte studies definitief gemaakt (bijlage 1) en uitgezet in een aantal studies (hoofdstuk 3). De patiëntenvragenlijst kon nog niet voldoende worden gevalideerd vanwege de lage responspercentages. In hoofdstuk 4 wordt de verdere ontwikkeling van de patiëntenvragenlijst beschreven.

Referenties

1. Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997; 315: 418-421.
2. Lomas J, Haynes RB. A Taxonomy and critical Review of tested Strategies for the Application of clinical Practice Recommendations: From 'official' to 'individual' clinical Policy. *Am J Prev Med* 1988; 4 (suppl): 77-94.
3. Green LW, Eriksen MP, Schor EL. Preventive Practices by Physicians: Behavioral Determinants and potential Interventions. *Am J Prev Med* 1988; 4 (suppl): 101-107.
4. Frame PS. Health Maintenance in clinical Practice: Strategies and Barriers. *Am Fam Physician* 1992; 45(3): 1192-1200.
5. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating Guidelines into Practice. A Systematic Review of theoretic Concepts, practical Experience and Research Evidence in the Adoption of Clinical Practice Guidelines. *CMAJ*. 1997; 157: 408-416.
6. Grol R Wensing M, red. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001.
7. Pommerenke FA, Dietrich A. Improving and maintaining Preventive Services. Part 1: Applying the Patient Model. *J Fam Pract* 1992; 34: 86-91.
8. Weijden van der T, Wensing M, Griffel te M, Grol R. Effectiviteit van methoden en interventies om richtlijnen voor goede zorg in te voeren en het professionele handelen te beïnvloeden. Eindrapport van de voorstudie. Nijmegen/Maastricht: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, 1996.
9. Fink A, Kosekoff J, Chasin, M, Brook RH. Consensus Methods: Characteristics and Guidelines for Use. *Am J Public Health* 1984; 74: 979-983.
10. Wensing M, Laurant M, Grol R. Knelpunten voor implementatie: Vragenlijst. Nijmegen: WOK, UMC St Radboud, 1999.
11. Hulscher M, Wensing M, Grol R, van der Weijden T, Weel van C. Interventions to improve the Delivery of Preventive Services in Primary Care. *Am J Public Health* 1999; 89: 737-746.
12. Hulscher M, Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Interventions to implement Prevention in Primary Care. *Cochrane Library*. 2001; Update Software 2001.
13. Badger LW, Rand EH. Unlearning Psychiatry: A cohort Effect in the Training Environment. *Int J Psychiatry Med* 1988; 18: 123-135.
14. Becker DM, Gomez EB, Kaiser DL, Yoshihasi A, Hodge RH. Improving Preventive Care at a medical Clinic: How can the Patient help? *Am J Prev Med* 1989; 5: 353-359.
15. Brady WJ, Hissa DC, McConnell M, Wones RG. Should Physicians perform their own quality Assurance Audits? *J Gen Intern Med* 1988; 3: 560-565.
16. Browner WS, Baron RB, Solkowitz S, Adler LJ, Gullion DS. Physician Management of Hypercholesterolemia. A randomized controlled Trial of continuing medical Education. *West J Med* 1994; 161: 572-578.
17. Burack RC, Gimotty PA, George J, Stengle W, Warbasse L, Moncrease A. Promoting Screening Mammography in inner-city Settings: A randomized controlled Trial of computerized Reminders as a Component of a Program to facilitate Mammography. *Med Care* 1994; 32: 609-624.
18. Cecchnini S, Grazzini G, Bartoli D, Falvo I, Ciatto S. An Attempt to increase Compliance to cervical Cancer Screening through General Practitioners. *Tumori* 1989; 75: 615-618.
19. Chambers CV, Balaban DJ, Carlson BL, Ungemack JA, Grasberger DM. Microcomputer-generated Reminders. Improving the Compliance of Primary Care Physicians with Mammography Screening Guidelines. *J Fam Pract* 1989; 29: 273-280.
20. Cheney C, Ramsdell JW. Effect of medical Records' Checklists on Implementation of Periodic Health Measures. *Am J Med* 1987; 83: 129-136.
21. Cohen SJ, Weinberger M, Hui SL, Tierney WM, McDonald CJ. The Impact of reading on Physicians' Nonadherence to recommended Standards of Medical Care. *Soc Sci Med* 1985; 21: 909-914.
22. Dickinson J, Warshaw GA, Gehlbach SH, et al. Improving Hypertension Control: Impact of Computer Feedback and Physician Control. *Med Care* 1981; 19: 843-854.
23. Dietrich AJ, O'Connor GT, Keller A, Carney PA, Levy D, Whaley FS. Cancer: Improving early Detection and Prevention. *BMJ* 1992; 304: 687-691.

24. Fletcher SW, Harris RP, Gonzalez JJ, et al. Increasing Mammography Utilization: A controlled Study. *J Natl Cancer Inst.* 1993; 85: 112-120.
25. Frame PS, Zimmer JG, Werth PL, Hall WJ, Eberly SW. Computer-based vs manual Health Maintenance Tracking. A controlled Trial. *Arch Fam Med* 1994; 3: 581-588.
26. Headrick LA, Speroff T, Pelecanos HI, Cebul RD. Efforts to improve Compliance with the National Cholesterol Education Program Guidelines. Results of a randomized controlled Trial. *Arch Intern Med* 1992; 155: 717-722.
27. Herman CJ, Speroff T, Cebul RD. Improving Compliance with Breast Cancer Screening in older Women. Results of a randomized controlled Trial. *Arch Intern Med* 1995; 155: 717-722.
28. Hutchison BG. Effect of computer-generated Nurse/Physician Reminders on Influenza Immunization among Seniors. *Fam Med* 1989; 21: 433-437.
29. Kouides RW, Lewis B, Bennet NM, et al. A Performance-based Incentive Program for Influenza Immunization in the Elderly. *Am J Prev Med* 1993; 9: 250-255.
30. Litzelman DK, Dittus RS, Miller ME, Tierney W M. Requiring Physicians to respond to computerized Reminders improves their Compliance with preventive Care Protocols. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 311-317.
31. Mandelblatt J, Traxler M, Lakin P, et al. A Nurse Practitioner Intervention to increase Breast and Cervical Cancer Screening for poor, elderly black Women. The Harlem Study Team. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 173-178.
32. McAlister N, Covvey HD, Tong C, Lee A, Wigle ED. Randomized controlled Trial of computer-assisted Management of Hypertension in Primary Care. *BMJ* 1986; 293: 670-674.
33. McPhee SJ, Bird JA, Jenkins CN, Fordham D. Promoting Cancer Screening. A randomized, controlled Trial of three Interventions. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1866-1872.
34. Nattinger AB, Panzer RJ, Janus J. Improving the Utilization of Screening Mammography in Primary Care Practices. *Arch Intern Med* 1989; 149: 2087-2092.
35. Palmer R, Louis TA, Hsu LN, et al. A randomized controlled Trial of Quality Assurance in sixteen Ambulatory Care Practices. *Med Care* 1985; 23: 751-770.
36. Payne BC, Lyons TF, Neuhaus E, Kolton M, Dwarshius L. Method of Evaluating and Improving Ambulatory Medical Care. *Health Serv Res* 1984; 19: 219-245.
37. Rimer BK, Ross E, Balshem A, Engstrom PF. The Effect of a comprehensive Breast Screening Program on self-reported Mammography Use by Primary Care Physicians and Women in a Health Maintenance Organisation. *J Am Board Fam Pract* 1993; 6: 443-451.
38. Rosser WW, McDowell I, Newell C. Use of Reminders for Preventive Procedures in Family Medicine. *CMAJ* 1991; 145: 807-814.
39. Wilson A, McDonald P, Hayes L, Cooney J. Health Promotion in the General Practice Consultation: A Minute makes a Difference. *BMJ* 1992; 304: 227-230.
40. Yarnell KS, Michener JL, Broadhead WE, Tse CK. Increasing Compliance with Mammography Recommendations: Health Assessment Forms. *J Fam Pract* 1993; 36: 59-64.
41. Leatt P, Frank J. Organizational Issues related to integrating Preventive Services into Primary Care. *Am J Prev Med* 1988; 4(Suppl): 127-137.
42. Belcher DW, Berg AO, Inui TS. Practical Approaches to providing better Preventive Care: Are Physicians a Problem or a Solution? *Am J Prev Med* 1988; 4(Suppl) 27-48.
43. Wender RC. Cancer Screening and Prevention in Primary Care. Obstacles for Physicians. *Cancer* 1993; 72(3 suppl): 1093-1099.
44. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld in 't C, Rutten G, Mokkink, H. Attributes of Clinical Guidelines that influence Use of Guidelines in General Practice: Observational Study. *BMJ* 1998; 317: 858-861.
45. Weijden van der T, Grol RPTM, Schouten BJ, Knottnerus JA. Barriers to working according to Cholesterol Guidelines. A randomized controlled Trial on Implementation of national Guidelines in 20 General Practices. *Eur J Publ Health* 1998; 8: 113-118.
46. Hulscher MEJL. Implementing prevention in general practice: a study on cardiovascular disease. Proefschrift. Nijmegen: KUN, 1998.
47. Laurant M, Hulscher M, Wensing M, Grol R. Analysing and Monitoring Implementation Strategies for changing professional Practice. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, 1999.
48. Wensing M, Hulscher M, Laurant M, Grol R. Identifying Barriers and Facilitators for changing professional Practice. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, 1999.
49. Wilkinson EK, Bosanquet A, Salisbury C, Hasler J, Bosanquet N. Barriers and Facilitators to the Implementation of Evidence-based Medicine in General Practice: A qualitative Study. *Eur J Gen Pract* 1999; 5: 66-70.
50. Langley C, Faulkner A, Watkins C, Gray S, Harvey I. Use of the Guidelines in Primary Care – Practitioners' Perspectives. *Fam Pract* 1998; 15(2): 105-111.
51. Beaulieu MD, Talbot Y, Jadad AR, Xhignesse M. Enhancing Prevention in Primary Care: Are Interventions targeted towards Consumers' and Providers' perceived Needs? *Health Expect* 2000; 3: 253-262.

52. Backett K, Davison C, Mullen K. Lay Evaluation of Health and healthy Lifestyles: Evidence from three Studies. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 277-280.
53. Fylan F. Screening for Cervical Cancer: A Review of Women's Attitudes, Knowledge, and Behaviour. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1509-1514.
54. Gray M, Snadden D. The Process of Screening flexible Sigmoidoscopy: The Patient's Perspective. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 639-640.
55. Beaulieu MD, Hudon E, Roberge D, Pineault R, Forté DLJ. Practice Guidelines on clinical Prevention: Do Patients, Physicians and Experts share common Ground? *CMAJ* 1999; 161: 519-523.
56. Nathoo V. Investigation of Non-responders at a Cervical Screening Clinic in Manchester. *BMJ* 1988; 296: 1041-1042.
57. David AK, Boldt JS. A Study of Preventive Health Attitudes and Behaviors in a Family Practice Setting. *J Fam Pract* 1980; 11: 77-84.
58. Weitzman ER, Zapka J, Estabrook B, Goins KV. Risk and Reluctance: Understanding Impediments to colorectal Cancer Screening. *Prev Med* 2001; 32: 502-513.
59. Beeker C, Kraft JM, Southwell BG, Jorgensen CM. Colorectal Cancer Screening in older Men and Women: qualitative Research Findings and Implications for Intervention. *J Community Health* 2000; 25: 263-278.
60. Price JH, Easton AN, Telljohann SK, Wallace PB. Perceptions of Cervical Cancer and Pap Smear Screening Behavior by Women's sexual Orientation. *J Community Health* 1996; 21: 89-105.
61. Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use. Eds: DL Streiner, GR Norman. Oxford: Oxford University Press, 1989.
62. Leest van LATM, Schattenberg G, Mulder J, Doremalen van JHM, Tiersma W, Tsang S, Hoogen van den H, Frijling BD, Hulscher MEJL, Grol RPTM. De effecten van invoering van preventie van hart- en vaatziekten. Evaluatie van het LHV/NHG project 'Preventie: maatwerk, hart- en vaatziekten; 1998-2000'. Nijmegen, Maastricht: WOK, Centre for Quality of Care Research, Universiteit Nijmegen, Universiteit Maastricht, 2001.
63. Frijling BD, Lobo CM. Optimaliseren van de zorg voor patiënten met cardiovasculaire aandoeningen of risicofactoren in de huisartsenpraktijk. Evaluatie van het CARPE-project 'cardiovascular risk reduction in primary care'. Nijmegen/Rotterdam: WOK Centre for Quality of Care Research, Instituut huisartsgeneeskunde Rotterdam, 2001.
64. Campbell NC, Thain J, Deans HG, Ritchie LD, Rawles JM, Squair JL. Secondary Prevention Clinics for Coronary Heart Disease: randomised Trial of Effect on Health. *BMJ* 1998; 316: 1434-1437.
65. Cranney M, Barton S, Walley T. The Management of Hypertension in the Elderly by General Practitioners in Merseyside: the Rule of Halves revisited. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1146-1150.
66. Dunn NR, Bough P. Standards of Care of diabetic Patients in a typical English Community. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 401-405.
67. Bouma M, Dekker JH, Eijk van JT, Schellevis FG, Kriegsman DM, Heine RJ. Metabolic Control and Morbidity of Type 2 diabetic Patients in a General Practice Network. *Fam Pract* 1999; 16: 402-406.

Hoofdstuk 3: Knelpunten bij de implementatie van innovaties voor zorgverleners

3.1 Inleiding

Voor het achterhalen van voorwaarden voor succesvolle implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg werd aangesloten bij lopende implementatieprojecten. Enerzijds zijn projecten geselecteerd op het terrein van preventie, anderzijds projecten op andere terreinen van gezondheidszorg. De projecten werden ingedeeld in drie categorieën: preventie in de huisartspraktijk, behandeling in de huisartspraktijk en projecten in andere sectoren. In de projecten werd vaak gebruik gemaakt van gecombineerde strategieën om de implementatie te bevorderen. Dit betrof educatieve interventies (educatief materiaal, nascholing), gedragsgerichte interventies (vaardigheidstrainingen, beloningen, herinnering, afspraken) of affectieve interventies (begeleiding, ondersteuning, thuisbezoeken).

Het doel van dit hoofdstuk is een overzicht te bieden van de bevorderende en belemmerende factoren die werden ervaren bij de implementatie van innovaties. Verder wordt de voorspellende waarde van ervaren knelpunten voor gedragsverandering bij enkele projecten nagegaan (predictieve validiteit).

3.2 Preventie in de huisartspraktijk

3.2.1 Projecten

Preventie Maatwerk: Hart- en Vaatziekten

Het project 'Preventie Maatwerk: Hart- en Vaatziekten' (PM-HVZ), gestart in 1998 door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), was een 3 jaar durende pilot waarin de landelijke invoering van programmatische preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk centraal stond. Het belangrijkste doel van PM-HVZ was het optimaliseren van de opsporing en registratie van risicofactoren voor hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk. Het project richtte zich op patiënten met een hoog risico op hart- en vaatziekten: diabetespatiënten, patiënten met hypertensie, patiënten met hypercholesterolemie, patiënten met hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis of coronaire hartziekten in de familie. De activiteiten van PM-HVZ vonden plaats op drie niveaus. Op landelijk niveau werd gezorgd voor coördinatie, ontwikkeling of actualisering van richtlijnen, ontwikkeling van een praktijk- en computerhandleiding en financiële regelingen. Op districtsniveau vonden nascholingsactiviteiten plaats voor huisartsen en praktijkassistenten en op praktijkniveau gaven preventieconsulenten individuele ondersteuning bij de uitvoering van het programma. In 2001 werd tijdens de

LHV-ledenvergadering besloten het PM-HVZ programma te stoppen. Belangrijkste argument was dat de bestaande werkdruk van huisartsen te hoog werd gevonden.

De WOK heeft een evaluatiestudie uitgevoerd om na te gaan in hoeverre de beoogde doelen van de interventie werden bereikt¹. In het onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren van preventieve zorg zijn twee metingen verricht onder zorgverleners. De eerste uitzetting van de knelpuntenvragenlijst vond plaats onder 200 aselekt gekozen huisartsen uit de groep van 600 huisartsen die niet meededen aan de evaluatiestudie van de WOK. Deze meting had tot doel het bepalen van de psychometrische eigenschappen van de knelpuntenvragenlijst (resultaten beschreven in hoofdstuk 2). De tweede uitzetting van de knelpuntenvragenlijst betrof een steekproef van 400 huisartsen die wel deelnamen aan de evaluatiestudie van de WOK.

Gezondheidsvoorlichting bij ouderen

Bij de WOK werd een studie uitgevoerd naar ‘signalering van gezondheidsproblemen en gezondheidsvoorlichting bij ouderen in de huisartspraktijk’ (PrevOud). De preventieve activiteit binnen het PrevOud-project bestond uit het toesturen van een educatieve brochure aan ongeveer 400 zelfstandig wonende ouderen van 70-80 jaar. In de educatieve brochure werden vijf veel voorkomende gezondheidsproblemen bij ouderen besproken, te weten slechthorendheid, slechtzindheid, ongewild urineverlies, plasklachten en gevoelens van somberheid. In deze brochure werd per gezondheidsprobleem informatie gegeven en kon een patiënt de bijbehorende vragen invullen. Door het invullen van de vragen kon de patiënt het advies krijgen met het desbetreffende probleem naar de huisarts te gaan. Op deze manier werd een eenvoudige vorm van gezondheidsvoorlichting, met een ingebouwde zelf-screening, gegeven. In de studie werd onder meer gekeken naar het effect van de voorlichting op het huisartsbezoek. De knelpuntenvragenlijst ‘voorwaarden voor de implementatie van preventieve zorg’ werd enkele weken na het toesturen van de brochure uitgezet onder de 17 huisartsen in de interventiegroep.

Preventie van hart- en vaatziekten in relatie tot de cholesterolstandaard

Bij de WOK in Maastricht is onderzoek gedaan naar het effect van een uitgebreide interventie op de diagnostiek en behandeling van hypercholesterolemie door de huisarts in het kader van de preventie van hart- en vaatziekten. Hypercholesterolemie is een risicofactor voor hart- en vaatziekten. Gericht opsporing en behandeling van personen met een hoog risico voor hart- en vaatziekten levert behalve gezondheidswinst vermoedelijk ook een aanzienlijke kostenbesparing op.

De NHG-Standaard Cholesterol (M20) adviseert bij alle personen met hart- en vaatziekten het totaal cholesterolgehalte te bepalen. Bij een gemiddeld totaal cholesterolgehalte van hoger dan 5,0 mmol/l op basis van twee niet-nuchtere bepalingen dient gestart

te worden met cholesterolverlagende medicijnen. Bij personen zonder hart- en vaatziekten, maar met een verhoogd risico hierop, dient de ratio van totaal cholesterol en HDL-cholesterol (high density lipoprotein) bepaald te worden. Bij een hoog risico kan eventueel gestart worden met cholesterolverlagende medicijnen. Een risicotabel voor de weging van andere risicofactoren speelt daarin een belangrijke rol. Wanneer bijvoorbeeld de patiënt rookt, maakt stoppen met roken een levenslange behandeling met statines overbodig.

De interventie bestond uit drie onderdelen². Het eerste onderdeel richtte zich op deskundigheidsbevordering van de huisartsen op het gebied van kennis van de standaard, het gebruik van de risicotabel en consultvoering. Het tweede onderdeel richtte zich op het gebruik van een voorlichtingsbrochure voor patiënten bij het bespreken van het risico op hart- en vaatziekten. Als laatste werd praktijkondersteuning gegeven. De controlegroep van huisartsen werd voorlichting over de Cholesterol-Standaard toegestuurd. Het onderzoek had tot doel de implementatie van de NHG-Standaard Cholesterol te bevorderen.

3.2.2 Resultaten

In de beschreven projecten werd een groot aantal knelpunten aangegeven voor implementatie (tabel 3). Vooral de verwachte tijdsinvestering die de innovatie met zich meebracht, bleek een groot knelpunt te zijn voor huisartsen. Een ander belangrijke factor vormde de mate waarin de innovatie paste binnen de werkstijl of leefstijl van de huisarts. Verder werden bijna alle onderzochte kenmerken van de patiënt in hoge mate als knelpunten ervaren, met uitzondering van de leeftijd van de patiënt en diens bereidheid tot veranderen. De implementatie van preventie werd moeilijk gevonden bij patiënten met een andere etniciteit, patiënten met een lage sociaal economische status, patiënten die de praktijk weinig bezoeken en bij patiënten die overwegend gezond zijn. Als kenmerk van de context werden het ontbreken van een financiële vergoeding en het ontbreken van ondersteunend personeel in hoge mate als knelpunten opgevoerd.

Tabel 3: Preventie in de huisartspraktijk

Rubrieken met factoren	% huisartsen dat factor knelpunt vindt					
	PM-HVZ		PrevOud		Cholesterol	
	I (n=190)	C(n=139)	I (n=11)	C (n=7)	I (n= 16)	C (n=22)
Kenmerken innovatie:						
Verenigbaarheid	8	13	18	0	0	14
Tijdsinvestering	52	56	64	57	38	38
Specificiteit/flexibiliteit	12	13	0	0	25	43
Didactische waarde	11	5	27	14	0	14
Attractiviteit	15	20	9	14	19	29
Kenmerken zorgverlener:						
Attitude/rolperceptie	15	12	36	14	13	5
Kennis en motivatie	13	16	9	14	0	19
Twijfels innovatie	27	23	0	0	19	29
Leefstijl/werkstijl	40	37	55	43	50	33
Opleiding	15	15	18	14	6	19
Betrokkenheid	2	2	9	0	0	5
Kenmerken patiënt:						
Leeftijd	17	21	18	29	25	14
Etniciteit	68	68	82	71	50	71
Financiële situatie/SES	52	59	46	29	44	76
Aantal patiëntcontacten	62	68	46	43	56	67
Gezondheidstoestand	58	61	27	57	44	48
Bereidheid tot veranderen	25	28	9	17	19	29
Kenmerken context:						
Groepsnormen/socialisatie	18	11	9	0	25	14
Vergoedingssysteem/verzekering	61	52	36	43	19	29
Wetgeving/medisch tuchtrecht	34	41	-	-	31	38
Openingstijden en locatie praktijk	27	22	-	-	38	29
Ondersteunend personeel	70	68	82	71	56	62
Voorzieningen/apparatuur	22	26	-	-	13	0
Geschikte praktijkruimte	38	34	-	-	25	29

Toelichting: het betreft nametingsgegevens, met uitzondering van het Cholesterol-project waarvan voormetingsgegevens worden gepresenteerd. Gebruikte afkortingen: PM-HVZ = preventie maatwerk hart- en vaatziekten, Cholesterol = NHG-Standaard cholesterol, PrevOud = preventie bij ouderen, I = interventie, C= controle.

Over het algemeen waren de verschillen tussen de interventie- en controlegroepen niet groot. Bij enkele kenmerken van de patiënt bestond een verschil van 30% tussen de twee groepen. Het aanbieden van de preventieve activiteit aan gezonde mensen werd door de controlegroep van het PrevOud-project als een veel grotere belemmering ervaren en bij het “cholesterol-project” vond de controlegroep dit met name lastig bij patiënten met een lage sociaal economische status.

3.3 Behandeling in de huisartspraktijk

3.3.1 Projecten

Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen

Mictieklachten komen voor bij ongeveer 30% van mannen ouder dan 50 jaar. Een van de oorzaken hiervan is een vergroting van de prostaat, die meestal een benigne verloop kent (benigne prostaathyperplasie). Over het algemeen heeft dit geen ernstige gevolgen voor de patiënt, hoewel de kwaliteit van leven wel kan verminderen. Behandeling van deze klachten kan door middel van afwachten (watchfull waiting), medicatie of een (eventueel minimaal invasieve) chirurgische ingreep. Hoewel de NHG-Standaard (M42) bij klachten die hinderen de voorkeur geeft aan een operatie, blijken veel huisartsen medicatie te prefereren.

Een andere veel voorkomende aandoening bij oudere mannen is het prostaatcarcinoom, dat minder is gerelateerd aan mictieklachten, maar een maligne karakter heeft. Bij verdenking hierop wordt het prostaat specifiek antigeen (PSA) bepaald. Sterk verhoogde PSA-concentraties wijzen op een ontsteking of een uitgezaaid (incurabel) prostaatcarcinoom. Licht verhoogde concentraties wijzen op een goedaardig vergroting van de prostaat of een beginnend (curabel) prostaatcarcinoom. Een groot deel van deze beginnende carcinomen zal echter niet fataal zijn, terwijl de in opzet curatieve ingreep veel complicaties kent. Hierdoor is de PSA-meting een discutabel screeninginstrument. Omdat bij veel huisartsen de angst bestaat een diagnose te missen, wordt de PSA toch vaak bepaald.

De standaard op het gebied van bemoeilijkte mictie bij oudere mannen gaat uit van een samenspraak tussen huisarts en patiënt. Doel van het onderzoek van de WOK was het verbeteren van de voorlichtingstaken van huisartsen aan mannen met bemoeilijkte mictie, zodat een goede keuze kon worden gemaakt ten aanzien van deze klacht. In het project werd een vergelijking gemaakt tussen een minimale en een maximale interventie. De minimale interventie omvatte schriftelijke informatie over de NHG-Standaard en de transmurale afspraak tussen urologen en huisartsen. De maximale interventie omvatte, naast bovengenoemde informatie nog een uitgebreid pakket dat bestond uit educatie voor zowel de zorgverlener als de patiënt. De knelpuntenvragenlijst werd kort voor de afronding van het project door zorgverleners ingevuld.

Maagklachten

Maagklachten komen frequent voor in de huisartspraktijk. Zij kunnen onderverdeeld worden in drie groepen: refluxklachten, ulcusklachten of specifieke maagklachten. Maagklachten vinden hun oorsprong in het distale gedeelte van de slokdarm, de maag of het duodenum. Bij het ontstaan van maagklachten spelen exogene factoren als

genesmiddelengebruik, intoxicaties, roken en voeding mogelijk een rol. Maagzuurremmers worden vaak te snel voorgeschreven en daarnaast langer gebruikt dan nodig is. Hierdoor is het gebruik van maagzuurremmers de laatste jaren sterk gestegen, wat hoge kosten met zich meebrengt. Uit eerder onderzoek bleek dat de adviezen van de NHG-Standaard (M36) matig opgevolgd werden. Zowel bij nieuwe patiënten als bij langdurige gebruikers van maagzuurremmers werd vaak te sterke medicatie voorgeschreven.

Het doel van de implementatiestudie van de WOK was het ontwikkelen en evalueren van een interventie gericht op het terugdringen van onnodig voorschrijven van (sterke) medicatie tegen maagklachten. De huisarts kreeg individuele instructie en de patiënt kreeg schriftelijke informatie van de huisarts. Het succes van de studie werd gemeten door te kijken naar het percentage patiënten dat stopte met protonpompremmers (de sterkst werkende maagzuurremmers) en vermindering van de gebruikte dosis per patiënt.

Aspecifieke lage rugklachten

Lage rugpijn zit onder in de rug en kan uitstralen naar de billen of bovenbenen. Lage rugpijn is een veelvuldig voorkomend probleem in de huisartspraktijk. Meestal kan een specifieke oorzaak niet worden gevonden en betreft het aspecifieke lage rugpijn. De NHG-Standaard (M54) geeft adviezen over de aanpak van lage rugpijn in de huisartspraktijk. Enkele kernpunten hieruit zijn het vermijden van overbodige diagnostiek en het voorkomen van chronische rugklachten. Patiënten hebben met betrekking tot de behandeling van lage rugpijn soms andere wensen en verwachtingen dan de huisarts. Een richtlijn die terughoudendheid bepleit kan daarom lastig zijn na te volgen voor een huisarts.

In deze studie werd een implementatiestrategie ontwikkeld en getest, die bestond uit schriftelijke informatie en een trainingsprogramma, met het accent op patiënteducatie en samenwerking met de fysiotherapeut. Twee jaar na deze interventie werd gekeken of de aanpak van lage rugpijn door de huisarts was veranderd³.

3.3.2 Resultaten

Er bleken grote verschillen te bestaan tussen de ervaren knelpunten in de verschillende projecten (tabel 4). In het project over mictieklachten werden vaak knelpunten genoemd, terwijl dit in het project over rugpijn veel minder vaak het geval was. Vooral kenmerken van de richtlijn (de ‘innovatie’) vormden knelpunten voor verandering. De verschillen tussen de interventie- en controlegroepen waren gering. De respons onder de huisartsen in het project over maagklachten was te laag om hier conclusies aan te verbinden. Het meest

relevante knelpunt in het project over lage rugpijn bleek de geringe bereidheid tot veranderen van de patiënt te zijn. In ongeveer een derde van de gevallen vond men verder de aansluiting van de richtlijn bij de werkstijl van de huisarts een knelpunt en was men van mening dat collega's niet meewerkten aan het toepassen van de richtlijn.

Tabel 4: Behandeling in de huisartspraktijk

Rubrieken met factoren	% huisartsen dat factor een knelpunt vindt				
	Mictieklachten		Maagklachten	Lage rugpijn	
	I (n=40)	C (n=43)	I (n=6)	I (n=42)	C (n=31)
Kenmerken innovatie:					
Verenigbaarheid	83	77	0	17	6
Tijdsinvestering	75	70	33	21	31
Specificiteit/flexibiliteit	70	61	0	0	6
Didactische waarde	53	58	17	17	6
Attractiviteit	68	58	0	4	0
Kenmerken zorgverlener:					
Attitude/rolperceptie	78	74	43	17	6
Kennis en motivatie	80	65	33	4	6
Twijfels innovatie	80	70	50	13	0
Leefstijl/werkstijl	28	33	17	42	31
Opleiding	-	-	-	-	-
Betrokkenheid	55	54	17	17	20
Kenmerken patiënt:					
Leeftijd	-	-	-	-	-
Etniciteit	-	-	-	-	-
Financiële situatie/SES	-	-	-	-	-
Aantal patiënt contacten	-	-	-	-	-
Gezondheidstoestand	-	-	-	-	-
Bereidheid tot veranderen	-	-	57	54	38
Kenmerken context:					
Groepsnormen/socialisatie	58	47	14	42	19
Vergoedingssysteem/ Verzekering	68	61	14	8	0
Wetgeving/medisch tuchtrecht	38	56	0	10	13
Openingstijden van de praktijk en locatie	-	-	-	-	-
Ondersteunend personeel	-	-	-	-	-
Voorzieningen/apparatuur	-	-	-	-	-
Geschikte praktijkruimte	-	-	-	-	-

Toelichting: De gegevens zijn afkomstig van nametingen. De gebruikte afkortingen: I = interventie, C = controle, n = aantal zorgverleners.

3.4 Andere sectoren

3.4.1 Projecten

Diabetes in ziekenhuizen

Hoewel de in 1998 uitgebrachte richtlijnen van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) over de preventie en

behandeling van complicaties bij diabetes goed zijn onderbouwd door wetenschappelijke bewijsvoering, lijkt de navolging niet optimaal te zijn. Met name het oogonderzoek, het voetonderzoek en het onderzoek van de urine op albuminurie worden niet vaak gedaan. Het onderzoek naar de implementatie van de diabetesrichtlijn in ziekenhuizen (DIHS), uitgevoerd door de WOK, startte met een verkenning van factoren die mogelijk een rol speelden bij implementatie van de richtlijnen. Het professioneel handelen in relatie tot de diabetesrichtlijnen werd geïnventariseerd en het effect van diverse interventiestrategieën werd onderzocht.

Het onderzoek vond plaats in 13 ziekenhuizen, die na een nulmeting werden ingedeeld naar grootte en aantal diabetesverpleegkundigen in twee interventiegroepen en een controlegroep. Eén interventie was gericht op internisten en diabetesverpleegkundigen, die uitleg kregen over de richtlijnen en feedback op eigen handelen. In de tweede interventiegroep, zowel voor professionals als patiënten, werd de diabetespas geïntroduceerd en uitgereikt tezamen met voorlichtingsmateriaal en kregen professionals feedback op het eigen handelen. Voor de diabetespatiënten werden voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd en werd middels posters, folders en advertenties opgeroepen tot gebruik van de diabetespas. De centrale uitkomstmaat was het HbA1c: dit is een maat voor de gemiddelde bloedglucosewaarde over een periode van 8-10 weken, waarbij een hoger percentage patiënten de streefwaarden hiervoor moesten bereiken.

Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) heeft een begin gemaakt met het formuleren van standaarden die tot doel hebben de zorg voor cliënten te verbeteren. De eerste standaard die werd opgesteld is de standaard “Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk”. Bij de WOK werd een evaluatiestudie uitgevoerd naar de implementatie van deze anemiestandaard. Zwangere vrouwen hebben een grotere kans op anemie (bloedarmoede) als gevolg van ijzerdeficiëntie. Oorzaak hiervan is het hogere ijzergebruik tijdens de zwangerschap als gevolg van de ontwikkeling van placenta en foetus.

De standaard bevat aanbevelingen voor het opsporen en behandelen van anemie bij zwangere vrouwen. Een goede naleving van de standaard leidt tot een vermindering van het aantal controles op anemie en tot verminderde prescriptie van ijzermedicatie. De studie had als doel de kwaliteit en implementeerbaarheid van de standaard te bepalen.

Psychische klachten en arbeid

Psychische klachten zijn de meest voorkomende oorzaak van uitval uit het arbeidsproces. Medisch gezien gaat het meestal om lichte stoornissen, maar de persoonlijke en

maatschappelijke consequenties zijn groot. De kosten binnen de gezondheidszorg zijn hoog, het risico op verlies van werk bestaat en de persoon in kwestie lijdt onder de situatie.

Het project psychische klachten in de arbeid (PKA) werd uitgevoerd in het kader van het Platform Afstemming Richtlijnen Arbeid en Gezondheidszorg (PARAG). Het PARAG was een initiatief van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en ZonMw (samenwerkingsverband tussen ZorgOnderzoek Nederland (ZON) en Medische wetenschappen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO-MW)). Het PKA-project werd gestart met als doel het ontwikkelen en testen van een samenwerkingsrichtlijn voor huisartsen en bedrijfsartsen op het gebied van de begeleiding van patiënten met werkgerelateerde psychische klachten. Dit project werd uitgevoerd door de SKB, een expertisecentrum op het gebied van gezondheid in relatie tot arbeid, in samenwerking met een aantal huisartsdistricten, het bureau richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Arbeid- en Bedrijfsgeneeskunde en een aantal experts op het gebied van psychische klachten.

Implementatie van de richtlijn vond plaats in een praktijktestsituatie door middel van een interventie die bestond uit een training voor huisartsen en bedrijfsartsen, gericht op toepassing van de samenwerkingsrichtlijn bij het begeleiden van patiënten met psychische klachten in de arbeidssituatie. Per consult werd een registratieformulier ingevuld dat de systematiek van de richtlijn volgde en derhalve ook een structurerende werking had op het handelen.

Hulpverleningsmethodieken in de verslavingszorg

Verslaving behoort tot één van de meest voorkomende psychische stoornissen. Het gaat om chronische aandoeningen die soms gepaard gaan met veel co-morbiditeit en hoge maatschappelijke kosten. In Nederland bestaat voor verslaafden een uitgebreid hulpaanbod, maar helaas functioneert dit niet altijd even goed. Door de verscheidenheid aan instellingen en zorgverleners wordt de invoering van richtlijnen als een belangrijk middel gezien om de kwaliteit van de zorg binnen de verslavingszorg te verhogen.

Bij het Amsterdam Institute for Addiction Research, een samenwerkingsverband tussen het Academisch Medisch Centrum Amsterdam en de Jellinek, wordt onderzoek uitgevoerd naar het effect van systematische invoering van wetenschappelijk gefundeerde hulpverleningsmethodieken op het gedrag van zorgverleners. Het succes van de implementatie van richtlijnen is afhankelijk van de attitude van de zorgverlener, maar ook van het opleidingsniveau en de werkervaring. Binnen de implementatiestudie werd een drietal protocollen van hulptrajecten onderzocht. Het 4-gesprekkenmodel waarbij een korte intensieve ambulante leefstijltraining wordt geboden bestaande uit 4 bijeenkomsten, het 10-gesprekkenmodel waarbij een langere leefstijltraining wordt geboden en het zogenaamde cliëntmentoraat waarbij sprake is van een langdurig zorgprotocol. De

verschillende interventies werden uitgevoerd in verschillende instellingen. Zowel op teamniveau als op organisatieniveau wordt gemeten of het zorgverlenergedrag veranderd is. De beschreven resultaten betreffen alleen het 4-gesprekken model.

3.4.2 Resultaten

Tabel 5: Overige projecten

Rubrieken met Factoren	% zorgverleners dat factor een knelpunt vindt					
	DIHS ¹		Anemie ²		PKA ³	AIAR ⁴
	I1 (n=18)	I2 (n=24)	C (n=24)	N=160	I (n=29)	I (n=27)
Kenmerken innovatie:						
Verenigbaarheid	0	12	4	8	14	23
Tijdsinvestering	39	32	30	7	86	35
Specificiteit/flexibiliteit	6	4	0	15	7	27
Didactische waarde	0	12	0	2	4	-
Attractiviteit	0	0	0	4	50	15
Kenmerken zorgverlener:						
Attitude/rolperceptie	0	24	9	6	10	15
Kennis en motivatie	6	32	9	9	-	12
Twijfels innovatie	6	0	17	17	8	19
Leefstijl/werkstijl	6	24	4	12	41	-
Opleiding	-	-	-	-	-	-
Betrokkenheid	24	4	30	13	59	8
Kenmerken patiënt :						
Leeftijd	-	-	-	-	-	-
Etniciteit	-	-	-	-	-	-
Financiële situatie/SES	-	-	-	-	-	-
Aantal patiëntcontacten	-	-	-	-	-	-
Gezondheidstoestand	-	-	-	-	-	-
Bereidheid tot veranderen	11	33	9	8	3	15
Kenmerken context:						
Groepsnormen/socialisatie	6	0	9	24	41	8
Vergoedingssysteem/verzekering	22	20	26	4	52	28
Wetgeving/medisch tuchtrecht	17	24	22	10	11	-
Openingstijden praktijk en locatie	-	-	-	-	-	-
Ondersteunend personeel	-	-	-	-	-	-
Voorzieningen/apparatuur	-	-	-	-	-	-
Geschikte praktijkruimte	-	-	-	-	-	-

Toelichting: Het betreft nametingsgegevens. 1 = DIHS was een project over de diabetesrichtlijn, 2 = Het anemieproject over de richtlijn voor verloskundigen, 3 = PKA-project over de samenwerkingsrichtlijn tussen huisartsen en bedrijfsartsen, 4 = AIAR-project over hulpverleningsmethodieken in de verslavingszorg. I1 = minimale interventie, I2 = maximale interventie, I = interventie, C = controle, n = aantal respondenten per groep.

In deze projecten werden de knelpunten naar verhouding niet frequent ervaren (tabel 5). Het grootste knelpunt voor de meeste projecten was de factor tijd. Zorgverleners vonden dat het werken volgens de richtlijn of methode die werd geïmplementeerd veel tijd kostte. Andere vaker genoemde knelpunten waren de betrokkenheid van de zorgverlener en het

ontbreken van een vergoeding om volgens de aanbevelingen te werken. De financiële impuls als beloning van goed gedrag ontbrak. Andere factoren werden nauwelijks als knelpunt gezien.

In het onderzoek naar de implementatie van diabetes richtlijnen was het opvallend dat in interventiegroep 2 (de groep met de diabetespas) een aantal factoren in sterkere mate als knelpunt werd ervaren. Dit betrof de bereidheid van patiënten mee te werken aan de aanbevelingen, de moeite met veranderen van de zorgverlener en zorgverleners willen meer weten over de aanbevelingen.

Verloskundigen vonden de tijd die ze besteedden aan werken volgens de richtlijn geen groot knelpunt. De richtlijn binnen de verloskundige praktijk betrof geen nieuwe innovatie zoals een nieuw werkschema of een nieuwe overlegvorm, maar ging eerder om een meer efficiënte toepassing van een handeling die reeds lange tijd gangbaar was, hetgeen de gevonden verschillen kan verklaren. Het grootste knelpunt vonden de verloskundigen dat huisartsen, collega's en gynaecologen niet meewerkten aan het toepassen van de aanbevelingen van de richtlijn.

Het onderzoek naar de samenwerkingsrichtlijn voor huisartsen en bedrijfsartsen op het gebied van de begeleiding van patiënten met werkgerelateerde psychische klachten, het PKA-project, leverde van de projecten in deze paragraaf de meeste knelpunten op.

3.5 Predictieve validiteit

Om het gewicht van de factoren te bepalen, werd de predictieve validiteit van de vragenlijst bepaald. Dit gebeurde in projecten waarin de vragenlijst uitgezet was in een interventie- en controlegroep en zowel een voormeting als een nameting werd verricht.

3.5.1 Methode

Uiteindelijk kon alleen van het project 'Preventie Maatwerk: Hart- en vaatziekten' de predictieve validiteit worden bepaald. Als uitkomstmaten in dit project werd gekozen voor:

1. het meten van de bloeddruk voor het opsporen van hypertensie,
2. het noteren van de risicofactoren die werden nagegaan.

De uitkomstmaten werden gedichotomiseerd door verschillende antwoordcategorieën samen te voegen en een gemiddelde score te berekenen. Voor wat betreft de respondentkenmerken was de gemiddelde leeftijd van de huisartsen 48 jaar, hadden zij gemiddeld 18 jaar ervaring en werkten zij gemiddeld 0,9 fte in de praktijk.

In een regressieanalyse vormde gedrag de afhankelijke variabele en de knelpunten, enkele respondentkenmerken en de studiegroep (interventie of controle) de onafhankelijke variabelen. Er werden analyses uitgevoerd per knelpunt en per rubriek. De rubrieken waren: knelpunten met betrekking tot de innovatie, knelpunten met betrekking tot de

zorgverlener, knelpunten met betrekking tot de patiënt en knelpunten met betrekking tot de context. In de regressieanalyse werden eerst de respondentkenmerken meegenomen en vervolgens de knelpuntenvariabelen.

3.5.2 Resultaten

In totaal werkte 71% van de huisartsen niet (geheel) volgens de aanbevelingen voor het opsporen van hypertensie. Bij het meten van de bloeddruk voor het opsporen van hypertensie was alleen leeftijd van de huisarts van invloed. De andere achtergrondkenmerken leverden geen significante bijdrage aan het verklaren van het gedrag. Wanneer de knelpunten per rubriek werden onderzocht (knelpunten van de innovatie, zorgverlener, patiënt en context) verklaarden de kenmerken uit de rubriek innovatie in combinatie met de leeftijd van de zorgverlener 37% van het gedrag van de huisartsen. Hierbij werd rekening gehouden met de groep (interventie of controle). Wanneer we dit per factor onderzochten in plaats van per rubriek, werd 39% van het gedrag verklaard door de factoren tijdsinvestering, attractiviteit van de richtlijn, het passen van de richtlijn bij de werk- of leefstijl van de huisarts en de aanwezigheid van ondersteunend personeel (tabel 6).

Bij het noteren van de risicofactoren deed 56% van de huisartsen dit in alle gevallen. Geen van de achtergrondkenmerken van de huisartsen leverde een significante bijdrage aan het verklaren van het gedrag van de huisartsen. Wanneer de knelpunten per rubriek werden onderzocht hadden de kenmerken van de zorgverlener een significante invloed. Deze verklaarden 15% van het gedrag van huisartsen wanneer het ging om het noteren van risicofactoren. Onderzochten we de factoren afzonderlijk in relatie tot deze uitkomstmaat, dan werd 24% van het gedrag van huisartsen verklaard door de attitude/rolperceptie van de huisarts ten opzichte van de richtlijn (tabel 6).

Tabel 6: De voorspellers van het gedrag van zorgverleners.

Factor	Beta (standardized)		Significantie
	Bloeddruk meten	Noteren risicofactoren	
Tijdsinvestering	-0,17		0,003
Ondersteunend personeel	-0,11		0,038
Attractiviteit	-0,13		0,013
Leefstijl/werkstijl	-0,14		0,011
Attitude		0,18	0,001
Gezondheidstoestand		0,14	0,01

Toelichting: Bij het meten van de bloeddruk als uitkomstvariabele was de leeftijd van de respondent een significant kenmerk. Bij het noteren van de risicofactoren als uitkomstvariabele werden geen significante respondentkenmerken gemeten.

3.6 Conclusies

De zorgverlenersvragenlijst is een geschikt instrument om knelpunten te identificeren die bij de implementatie van zorgvernieuwingen worden ervaren. De predictieve validiteit kon slechts in een project worden vastgesteld, zodat meer onderzoek hiernaar nodig is.

Referenties:

1. Leest van LATM, Schattenberg G, Mulder J, Doremalen van JHM, Tiersma W, Tsang S, Hoogen van den H, Frijling BD, Hulscher MEJL, Grol RPTM. De effecten van invoering van preventie van hart- en vaatziekten. Evaluatie van het LHV/NHG project 'Preventie: maatwerk, hart- en vaatziekten; 1998-2000'. Nijmegen, Maastricht: WOK, Centre for Quality of Care Research, Universiteit Nijmegen, Universiteit Maastricht, 2001.
2. Weijden van der T, Grol RPTM, Schouten BJ, Knottnerus JA. Barriers to working according to Cholesterol Guidelines. A randomized controlled Trial on Implementation of national Guidelines in 20 General Practices. Eur J Publ Health 1998; 8: 113-118.
3. Schers H, Wensing M, Huijsmans Z, van Tulder M, Grol R. Implementation Barriers for General Practice Guidelines on low Back Pain a qualitative Study. Spine 2001; 26(15): E348-E353.

Hoofdstuk 4: Knelpunten bij de implementatie van innovaties bij patiënten

4.1 Inleiding

Het is belangrijk om bij verbetering en implementatie ook aandacht te besteden aan de rol van patiënten of cliënten¹. Zo vond 50% van de patiënten dat huisartsen regelmatig gezondheidscontroles zouden moeten aanbieden². Meer inzicht in factoren die het gedrag van de patiënt beïnvloeden kan bijdragen aan het bevorderen van de implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Doel van dit hoofdstuk is een overzicht te bieden van de bevorderende en belemmerende factoren die volgens patiënten optreden bij de implementatie van twee innovaties op het terrein van preventie. De voorspellende waarde (predictieve validiteit) van knelpunten kon bij één van de projecten worden nagegaan. De beschreven studies kunnen worden beschouwd als valideringsstudies.

4.2.1 Projecten

Gezondheidsproblemen en gezondheidsvoorlichting bij ouderen

Bij de WOK werd een studie uitgevoerd naar signalering van gezondheidsproblemen en gezondheidsvoorlichting bij ouderen in de huisartspraktijk (PrevOud). Een beschrijving van deze studie staat in hoofdstuk 3. Na het toesturen van de brochure werd de knelpuntenvragenlijst verstuurd aan 150 patiënten.

Preventie van hart- en vaatziekten in relatie tot de cholesterolstandaard

Bij de WOK in Maastricht werd onderzoek gedaan naar het effect van een (uitgebreide of samengestelde) interventie op de diagnostiek en behandeling van hypercholesterolemie door de huisarts, in het kader van de preventie van hart- en vaatziekten. In hoofdstuk 3 staat een uitvoerige beschrijving van dit project. Voor het onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren werd een knelpuntenvragenlijst uitgezet onder patiënten waarbij een minimale interventie werd toegepast.

4.2.2 Resultaten

Omdat de vragenlijst nog niet volledig gevalideerd kon worden na de eerste uitzettingen onder patiënten, presenteren we in dit hoofdstuk ook de psychometrische eigenschappen (tabel 7). Het bleek dat de item-respons en de spreiding redelijk was, een enkele vraag uitgezonderd. Over een aantal factoren werd geen vraag gesteld omdat de factor niet zichtbaar was voor patiënten of omdat de beoogde vraag niet relevant was voor de werkelijke situatie. Tussen de projecten bestonden grote verschillen. Bijvoorbeeld: de

patiënten in de cholesterolstudie vonden dat de zorgverlener niet opgeleid is voor het geven van preventieve zorg. In dit specifieke geval ging het zowel om assistentes als om huisartsen. In het PrevOud-project vond ongeveer een derde deel van de patiënten dat de geboden vorm van preventie voor gezonde mensen niet nodig was. Daarnaast ervoer een aanzienlijk deel van de patiënten de openingstijden van de praktijk als een knelpunt.

4.3 Predictieve validiteit

In het project PrevOud kon de predictieve validiteit van de vragenlijst worden bepaald. Het handelen werd gedefinieerd door middel van de uitkomstmaat 'het maken van een afspraak met de huisarts naar aanleiding van de toegestuurde educatieve brochure'. Zowel per rubriek van factoren als per factor is onderzocht in hoeverre ervaren knelpunten het gedrag kunnen verklaren. Uit de regressieanalyse bleek dat de gemeten knelpunten geen significante invloed hadden. De enige significante voorspeller van het gedrag was het al eerder hebben ontvangen van de educatieve brochure. Of patiënten het boekje wel of niet eerder ontvangen hadden, verklaarde 24% van de variatie van het gedrag.

4.4 Conclusies

Al met al zijn slechts een gering aantal factoren relevant en te beoordelen door patiënten. De patiëntenvragenlijst wijkt hierdoor sterk af van de zorgverlenersvragenlijst. Meer onderzoek is nodig om knelpunten voor specifieke veranderingen bij patiënten te achterhalen.

Literatuur

1. Wensing M, Grol R. Patiëntgerichte strategieën. In: Grol R, Wensing M (red.). Implementatie. Effectieve veranderingen in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001; 2: 283-297.
2. Jung HP, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views? Br J Gen Pract 1997; 47: 805-809.

Tabel 7: Psychometrische eigenschappen van de patiëntenvragenlijsten

Vragen uit de Cholesterolstudie		Gemiddelde (SD)	Item-reponse (%)	Interkwartiel range	% eens/zeer eens
Opleiding	Ik vind dat de preventie van hart- en vaatziekten geen taak is van de praktijkassistente	2,62 (1,10)	44,3	1,0	51,4
Specialisme/expertise	Ik denk dat mijn huisarts niet genoeg weet over mijn kans op hart- en vaatziekten	4,24 (0,71)	91,1	1,0	3,5
Gezondheidstoestand	Ik denk dat een gesprek over mijn kans op hart- en vaatziekten niet nodig is	3,79 (0,99)	90,2	1,0	14,0
Opening en locatie praktijk	Ik vind het lastig dat een gesprek over mijn kans op hart- en vaatziekten niet na werktijd kan plaatsvinden	3,82 (1,08)	68,7	1,0	14,2
Voorzieningen/apparatuur	Ik vind het lastig dat ik naar het laboratorium moet om mijn cholesterolgehalte te laten meten	3,89 (1,05)	89,8	2,0	15,0
Vragen uit PrevOud		Gemiddelde (SD)	Item-reponse (%)	Interkwartiel range	% eens/zeer eens
Geslacht	Ik vind het vervelend bepaalde problemen te bespreken met mijn huisarts, omdat hij/zij van het andere geslacht is	1,96 (0,88)	78	1,0	9
Opleiding	Ik denk dat de huisarts voldoende weet over de gezondheidsproblemen die worden genoemd in het boekje	1,76 (0,54)	97	1,0	0#
Specialisme/expertise	Ik denk dat mijn huisarts niet in staat is iets te doen aan (één) van de gezondheidsproblemen uit het boekje	2,28 (0,99)	84	1,0	16
Leeftijd	Het is niet nodig oudere mensen (>70 jaar) een boekje te sturen over gezondheidsproblemen	2,54 (1,05)	93	1,0	21
Gezondheidstoestand	Het opsturen van het boekje aan mensen die denken dat ze gezond zijn heeft geen zin	2,82 (1,08)	91	2,0	31
Opening en locatie praktijk	Ik vind het vervelend dat ik het boekje niet in de huisartsenpraktijk zelf krijg	3,01 (1,03)	80	2,0	38
Voorzieningen/apparatuur	Ik denk dat de huisarts de juiste materialen en apparatuur in huis heeft om de gezondheidsproblemen te behandelen	2,23 (0,84)	90	1,0	8#

% zeer oneens-oneens

Toelichting: De gegevens betreffen nametingen en alleen de gegevens uit de interventiegroepen worden hier gepresenteerd.

Hoofdstuk 5: Beschouwing

5.1 Inleiding

In dit boek worden vragenlijsten gepresenteerd voor het opsporen van knelpunten bij zorgverleners en patiënten voor implementatie van vernieuwingen in de patiëntenzorg. Voorzover wij konden nagaan, was een dergelijke vragenlijst nog niet beschikbaar in Nederland¹. Op het terrein van preventie is het Preventie Effectiviteitsinstrument (Preffi) ontwikkeld², dat bestaat uit een verzameling aandachtspunten voor gezondheidsvoorlichting en preventie. Een ander instrument gericht op de gezondheidszorg is de implementatiemonitor, waarmee de ‘implementatiegerichtheid’ van projecten kan worden nagegaan³. Dit instrument is niet bedoeld voor afname bij zorgverleners of patiënten.

5.2 Ontwikkeling van het meetinstrument

Aanvankelijk werd gedacht aan een generieke vragenlijst voor zowel zorgverleners als patiënten, maar het is duidelijk geworden dat dit onmogelijk was, omdat lang niet alle factoren voor patiënten zichtbaar zijn. Daarom werd een aparte versie voor zorgverleners en patiënten gemaakt. Bij patiënten bleek het raadzaam de vragenlijst kort na een interventie uit te zetten, omdat zij zich de interventie anders niet goed konden voorstellen of herinneren. Dit gold zeker als het preventie betrof. Vooral in de patiëntenvragenlijst bleken factoren nog al eens moeilijk om te zetten in zinnige vragen. Het is bijvoorbeeld lastig een vraag te stellen over de factor sociaal economische status van de patiënt als knelpunt. Hierdoor was de toegepaste vragenlijst voor patiënten tamelijk kort. Er moet naar aanvullende methoden worden gezocht om het patiëntenperspectief voor het voetlicht te brengen, zoals individuele of focusgroep interviews.

5.3 Centrale uitkomsten

Enkele knelpunten kwamen bij meerdere projecten terug. In alle onderzochte projecten was de tijdsinvestering één van de grootste knelpunten. Bij de ontwikkeling van implementatiestrategieën zal terdege rekening gehouden moeten worden met deze factor: tijd is een schaars goed, die maar één keer kan worden besteed. De relevantie van andere factoren liep veel sterker uiteen tussen de projecten. In het algemeen leken de zorgverleners meer knelpunten te zien bij de invoering van richtlijnen of innovaties op het terrein van preventie dan op de andere terreinen. Een goede consistente uitvoering van preventie vraagt kennelijk veel van de zorgverlening, zoals een positieve attitude ten aanzien van actief opsporen van gezondheidsproblemen, een goede onderbouwing van het

nut van de preventieve activiteiten en organisatorische aanpassingen voor het adequaat aanpakken van risicogroepen.

5.4 Toepassing van de vragenlijst

Eenzijds kan de vragenlijst helpen om een implementatieplan te verbeteren, omdat de activiteiten beter kunnen worden afgestemd op relevante knelpunten. De toepassing laat zien dat er een zekere variatie in ervaren knelpunten is tussen de projecten. Anderzijds kunnen ervaren knelpunten mogelijk verklaren waarom een interventie al dan niet succesvol was bij specifieke zorgverleners, patiënten en instellingen. Het gebruik van een gestandaardiseerde vragenlijst heeft als voordeel dat een vergelijking met andere projecten kan worden gemaakt, zodat een betere interpretatie van de gegevens mogelijk is.

Referentie

1. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. PG/VGZ 2002.203. 2002.
2. Molleman GRM, Driel van W, Keijsers JFEM. Preventie Effectiviteits Instrument PREFFI 1.0. Ontwikkeling van een effectiviteitsinstrument voor de gvo/preventiepraktijk. Utrecht: LCG, 1995.
3. Heiligers Ph, Calsbeek H, Friele R. Ontwikkeling implementatiemonitor ZON. Utrecht: Nivel, 2001.

Dankwoord

Dit boek is tot stand gekomen met hulp van veel mensen. De eerste auteur schreef de basistekst en de overige auteurs leverden commentaar en aanvullingen.

Mirjam Harmsen produceerde alle tabellen en voerde het leeuwendeel van de statistische analyses uit. Miranda Laurant was grotendeels verantwoordelijk voor de totstandkoming van hoofdstuk 2. Mirrian Smolders voerde het grootste deel van het literatuuronderzoek uit. Het projectvoorstel werd door Marlies Hulscher uitgewerkt. De lay-out is door Anita Oude Bos verzorgd.

Wij bedanken alle onderzoekers die onze vragenlijsten hebben uitgezet in hun project:

Preventie Maatwerk: hart- en vaatziekten

Marlies Hulscher en Lilian van Leest, WOK Nijmegen.

Ton van Drenten en Bernard Frijling, LHV/NHG preventieteam.

Cardiovascular risk reduction in primary care (CARPE)

Marlies Hulscher en Bernard Frijling, WOK Nijmegen.

Preventie Ouderen (PrevOud)

Monique van Eijken, WOK Nijmegen.

Preventie hart- en vaatziekten in relatie tot de cholesterolstandaard

Ben van Steenkiste, Trudy van der Weijden, Berna Schouten en Paula Riksen, WOK Maastricht.

Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen: implementatiestudie

René Wolters, WOK Nijmegen.

Maagklachten: implementatiestudie

Nicole Krol, WOK Nijmegen.

Lage rugpijn: implementatie studie

Arno Engers, WOK Nijmegen.

Implementatie van diabetes richtlijn

Rob Dijkstra, WOK Nijmegen.

Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk: knelpuntenanalyse

Pien Offerhaus, WOK Nijmegen.

Hulpverleningsmethodieken in de verslavingszorg

Gijs Visser, Amsterdam Institute for Addiction Research.

Psychische klachten van arbeid

Carel Hulshof, bureau richtlijnen NVAB/SKB in Amsterdam.

Tussenrapportages

Harmsen M, Laurant M, Hulscher M, Wensing M. Voorwaarden voor succesvolle implementatie van preventie: Verslag van een enquête onder patiënten van het CARPE-project. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), 2001.

Harmsen M, Laurant M, Hulscher M, Wensing M. Voorwaarden voor succesvolle implementatie van preventie: Verslag van een enquête onder huisartsen die deelnamen aan Preventie: Maatwerk, Hart- en vaatziekten. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), 2001.

Harmsen M, Eijken M van, Laurant M, Wensing M, Peters M. Voorwaarden voor succesvolle implementatie van preventie: Verslag van een enquête onder huisartsen die deelnemen aan het project 'Signalering van gezondheidsproblemen en gezondheidsvoorlichting bij ouderen in de huisartspraktijk'. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research(WOK), UMC St Radboud, 2002.

Harmsen M, Peters M, Wensing M. Voorwaarden voor succesvolle implementatie van preventie: Verslag van een enquête onder voormalige deelnemers aan het project 'Preventie: Maatwerk, Hart- en vaatziekten'. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research(WOK), UMC St Radboud, 2002.

Harmsen M, Wensing M, Peters M. Voorwaarden voor succesvolle implementatie van preventie: Verslag van een enquête onder huisartsen en patiënten die deelnemen aan het project 'Signalering van gezondheidsproblemen en gezondheidsvoorlichting bij ouderen in de huisartspraktijk'. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research(WOK), UMC St Radboud, 2002.

Bijlage 1

Vragenlijst naar knelpunten en behoeften

WOK
CENTRE FOR
QUALITY OF
CARE RESEARCH

Instructies voor gebruik van de vragenlijst

In de navolgende vragenlijst zijn algemene vragen opgenomen over de invoering van richtlijnen of innovaties. Deze vragen kunnen zonodig aangepast worden aan de betreffende richtlijn of innovatie. Voorbeelden staan in dit boek. Er kunnen aanvullende vragen gesteld worden over bijvoorbeeld de achtergrondkenmerken van de zorgverlener, de setting waarbinnen deze werkzaam is en het al dan niet uitvoeren van het gewenste gedrag. Er zijn vragen die altijd gesteld kunnen worden en vragen die specifiek van toepassing zijn bij preventie. Deze vragen staan aan het eind van de vragenlijst apart vermeld.

De cursief vermelde gegevens in de vragenlijst kunt u naar eigen inzicht invullen. Het betreft meestal de uitleg over het onderwerp en een concretisering van de richtlijn of innovatie.

Sommige vragen zijn positief gesteld. Om na te gaan of iets als knelpunt wordt ervaren, heeft u het percentage (zeer) oneens nodig. Indien een vraag negatief is gesteld, heeft u het percentage (zeer) eens nodig om na te gaan of iets als knelpunt wordt ervaren. Eventueel kunt u nog een categorie 'niet van toepassing' toevoegen aan de antwoordcategorieën.

Indien de vragenlijst gebruikt gaat worden, dient deze als volgt te worden gerefereerd:

Peters MAJ, Harmsen M, Laurant MGH, Wensing M. Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg. Nijmegen: Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St Radboud Nijmegen, 2002.

Indien u de vragenlijst gebruikt, ontvangen we graag een verslag hiervan!

Invulinstructies

Korte uitleg aanleiding en doel onderzoek

Verzoek vragenlijst in te vullen

Invullen duurt ongeveer 15 minuten

Leest u onderstaande aanwijzingen goed door voordat u de vragen invult:

- Lees elke vraag inclusief alle antwoordmogelijkheden goed door voordat u antwoord geeft.
- Kruis steeds duidelijk het antwoord aan dat voor u het meest van toepassing is.
- Kruis bij elke vraag steeds één antwoord aan, tenzij anders staat vermeld.
- Vul deze vragenlijst alleen voor uzelf in.

Aangeven wie onderzoek uitvoert en wie contactpersoon is

Aangeven hoe vragenlijst teruggestuurd moet worden, aan wie en binnen welke periode

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Knelpunten voor implementatie - algemeen

Korte inleiding over het onderwerp (richtlijn of innovatie)

Hieronder volgt een aantal uitspraken over het werken volgens *de richtlijn of innovatie*. Het is de bedoeling dat u aangeeft in hoeverre u het met de uitspraak 'eens' of 'oneens' bent. Als u geen duidelijke mening heeft, probeer dan toch te bepalen of uw mening meer richting 'eens' of 'oneens' gaat. Als dit niet lukt, vul dan 'eens noch oneens' in.

	zeer mee oneens	mee oneens	eens noch oneens	mee eens	zeer mee eens
1. Deze <i>richtlijn of innovatie</i> laat genoeg ruimte voor mij om zelf afwegingen te maken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Deze <i>richtlijn of innovatie</i> geeft mij genoeg ruimte om de wensen van de patiënt mee te laten wegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Deze <i>richtlijn of innovatie</i> is een goed aanknopingspunt voor mijn zelfstudie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deze <i>richtlijn of innovatie</i> kan volgens mij gemakkelijk misbruikt worden in het medisch tuchtrecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	zeer mee oneens	mee oneens	eens noch oneens	mee eens	zeer mee eens
5. Ik heb de <i>richtlijn of innovatie</i> niet grondig genoeg gelezen of onthouden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ik wil graag meer over de <i>richtlijn of innovatie</i> weten voordat ik eventueel besluit om deze toe te passen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik heb moeite met het veranderen van mijn oude routines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik denk dat bepaalde onderdelen van deze <i>richtlijn of innovatie</i> onjuist zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ik heb in het algemeen weerstand tegen het werken volgens protocollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Collega-huisartsen werken niet mee aan het toepassen van deze <i>richtlijn of innovatie</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	zeer mee oneens	mee oneens	eens noch oneens	mee eens	zeer mee eens
11. Andere artsen of hulpverleners werken niet mee aan het toepassen van deze <i>richtlijn of innovatie</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Leidinggevenden werken niet mee aan het toepassen van deze <i>richtlijn of innovatie</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Patiënten werken niet mee aan het toepassen van deze <i>richtlijn of innovatie</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Het werken volgens deze <i>richtlijn of innovatie</i> kost veel tijd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Deze <i>richtlijn of innovatie</i> past niet goed bij de manier van werken in mijn praktijk, bij mijn werkstijl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Het werken volgens deze <i>richtlijn of innovatie</i> vereist een financiële vergoeding.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. De lay-out van deze <i>richtlijn of innovatie</i> maakt deze handig voor gebruik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Knelpunten voor implementatie - preventiegericht

Nu volgt een aantal vragen over de knelpunten die met het implementeren van preventieve zorg te maken hebben. Welke knelpunten ervaart u momenteel?

Ik vind het geven van preventieve zorg een probleem, omdat ...	zeer mee oneens	oneens	eens noch oneens	eens	zeer mee eens
18... er onvoldoende ondersteunend personeel is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19... er bepaalde instrumenten ontbreken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ... het tijdstip waarop de preventieve zorg wordt verleend onhandig is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21... er fysieke ruimte ontbreekt (bijvoorbeeld een spreekkamer).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ... ik niet ben opgeleid voor het geven van preventieve zorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ... ik niet betrokken ben geweest bij het opzetten van de preventie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ik merk dat preventieve zorg geven moeilijk is bij ...	zeer mee oneens	oneens	eens noch oneens	eens	zeer mee eens
24. ... patiënten met een andere culturele achtergrond.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ... patiënten die overwegend gezond zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ... patiënten met een lage sociaal-economische status.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ... oudere patiënten (60+).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ... patiënten die de praktijk weinig bezoeken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bijlage 2: Omschrijving factoren

Factor	Omschrijving
Kenmerken innovatie:	
Verenigbaarheid:	hoe minder verandering de innovatie vereist in bestaande praktijkroutines des te groter zijn de implementatiekansen
Tijdsinvestering:	hoe groter de tijdsinvestering is die een innovatie vergt hoe kleiner de implementatiekansen
Specificiteit/flexibiliteit:	hoe specifiek en flexibeler de innovatie (mogelijkheid tot afstemming op individuele behoeften en wensen) hoe groter de implementatiekansen
Didactische waarde:	de mogelijkheid tot informatie-uitwisseling met collega's vergroot de implementatiekansen de gelegenheid om het eigen handelen te evalueren en het verkrijgen van feedback over het eigen handelen vergroot de kansen op continuering van preventieve zorgverlening en stimuleert de hulpverlener tot een toename van het preventieve zorgaanbod
Relatieve voordeel:	hoe groter de verbetering is die de innovatie oplevert ten opzichte van de voormalige situatie des te groter zijn de implementatiekansen
Complexiteit:	hoe minder complex de innovatie is des te groter zijn de implementatiekansen
Probeerbaarheid:	de mogelijkheid om een innovatie geheel of gedeeltelijk 'uit te proberen' verhoogt de implementatiekansen
Observeerbaarheid:	de mogelijkheid om een kijkje te nemen bij anderen die de innovatie al hebben geïmplementeerd verhoogt de implementatiekansen
Zichtbare resultaten:	het feit dat preventieve activiteiten veelal geen tastbare resultaten opleveren en dat de voldoening ervan vaak indirect en pas op langere termijn merkbaar is, heeft een negatieve invloed op de motivatie van de zorgverlener om dergelijke activiteiten uit te voeren
Wetenschappelijke onderbouwing:	het niet of in geringe mate (minder dan drie bronnen) aanwezig zijn van een wetenschappelijke basis voor de innovatie verkleint de implementatiekansen
Kosten-effectiviteit:	hoe sterker het vermoeden heerst bij de zorgverlener dat de effecten van de innovatie niet opwegen tegen de kosten hoe kleiner de implementatiekansen
Helderheid/nauwkeurigheid:	het niet helder en onnauwkeurig gedefinieerd zijn van de innovatie verkleint de implementatiekansen
Ongerief // Interruptie leefstijl:	zowel zorgverleners als patiënten zijn minder bereid een preventieve handeling uit te voeren respectievelijk te ondergaan naarmate de handeling meer persoonlijk ongerief met zich meebrengt // hoe groter de interruptie die de innovatie vergt in de leefstijl van de patiënt hoe kleiner de implementatiekansen
Haalbaarheid/toepasbaarheid:	hoe beter de innovatie haalbaar is in het reguliere dagelijkse werk, hoe groter de implementatiekansen
Consistentie/betrouwbaarheid:	gebrek aan consensus met betrekking tot richtlijnen welke zijn opgesteld door verschillende organisaties verlaagt de implementatiekansen
Imago:	Wanneer de preventieve zorg of activiteit slecht bekend staat, een slecht imago heeft, hoe kleiner de implementatiekansen zullen zijn

Factor	Omschrijving
Kenmerken zorgverlener:	
Attitude/rolperceptie:	zorgverleners die zichzelf een rol toebedelen in de preventieve zorg en een positieve attitude hebben ten aanzien van preventie zijn meer bereid om preventieve taken op zich te nemen dan zorgverleners die het verrichten van preventieve handelingen niet tot hun functie vinden behoren en meer negatief tegenover preventieve activiteiten staan
Kennissen en motivatie:	kennis omtrent welke preventieve activiteiten effectief zijn en hoe deze uit te voeren vergroot de implementatiekansen
Twijfels innovatie:	het bestaan van twijfels of onzekerheid bij de zorgverlener omtrent de waarde van een innovatie verkleint de implementatiekansen
Leefstijl/werkstijl:	zorgverleners vinden het moeilijker om patiënten te adviseren om een bepaalde gewoonte te staken, wanneer zij zichzelf deze gewoonte eveneens hebben toegeëigend
Opleiding (niveau/status):	de houding van de zorgverlener ten opzichte van de implementatie van preventieve activiteiten is mede afhankelijk van waar (bij welk instituut) de zorgverlener zijn opleiding heeft genoten
Betrokkenheid:	betrokkenheid en participatie van de zorgverlener bij de voorbereidingen en opzet van preventieve activiteiten vergoot de implementatiekansen
Communicatievaardigheden:	goede communicatievaardigheden en 'counseling skills', alsook het positief beoordelen van de eigen communicatievaardigheden en 'counseling skills' door de zorgverlener vergroot de implementatiekansen
Ervaring:	recentelijk afgestudeerde zorgverleners staan meer positief tegenover preventieve zorgverlening dan oudere zorgverleners
Specialisme/expertise // inschatting van de capaciteiten:	het hebben van de expertise, soms in de zin van specifieke technische vaardigheden, die nodig is om bepaalde interventies uit te kunnen voeren vergroot de implementatiekansen // patiënten die twijfelen aan de capaciteiten van de zorgverlener om een mogelijk aanwezige ziekte op te sporen, staan minder positief tegenover het uitvoeren van preventieve zorgverlening, hetgeen de implementatiekansen verkleint
Tijdgebrek:	hoe ernstiger het tijdgebrek des te vaker de zorgverlener niet toekomt aan het uitvoeren van preventieve activiteiten of vergeet dergelijke activiteiten uit te voeren
Geslacht:	vrouwelijke zorgverleners voeren bepaalde preventieve activiteiten (bijvoorbeeld een gynaecologische screening) vaker uit dan hun mannelijke collegae
Leeftijd:	jongere zorgverleners zijn meer bereid bepaalde preventieve activiteiten uit te voeren dan oudere hulpverleners
Kwaliteit relatie arts-patiënt:	een goede relatie verschaft de zorgverlener een goed beeld van de behoeften en attitudes van de patiënt, hetgeen een weloverwogen beslissing van de zorgverlener met betrekking tot het al dan niet uitvoeren van bepaalde preventieve handelingen zal bevorderen
Kennissen medische historie patiënt:	het beschikken over informatie over de medische geschiedenis van familieleden van de patiënt vergroot de implementatiekansen van bepaalde preventieve activiteiten, omdat deze informatie inzicht verschaft over het al dan niet aanwezig zijn van bepaalde risicofactoren bij de patiënt

Factor	Omschrijving
Kenmerken patiënt:	
Etniciteit:	wanneer de culturele achtergrond van de patiënt verschilt van die van de zorgverlener kan dat, bijvoorbeeld vanwege communicatieproblemen, de implementatiekansen verkleinen
Financiële situatie/SES:	patiënten met een slechte financiële situatie (lage sociaal-economische status) kunnen zich preventieve zorg die niet vergoed wordt veelal niet veroorloven. Om deze reden worden bepaalde preventieve handelingen minder frequent verricht
Gezondheidstoestand:	bij patiënten met complexe hulpvragen wordt de gereserveerde tijd veelal volledig in beslag genomen door de bestaande problematiek en worden preventieve activiteiten, zeker op dat moment, ook veelal niet als zinvol beschouwd door de patiënt. Voorts achten zowel zorgverlener als patiënt preventieve activiteiten niet of in ieder geval minder zinvol bij ongeneeslijk zieke personen
Eerdere ervaringen:	patiënten die slechte/negatieve ervaringen hebben met preventieve zorg en of activiteiten, zullen in het vervolg minder snel geneigd zijn preventieve zorg en/of activiteiten te ondergaan
Angst:	patiënten die bang zijn voor het preventieve onderzoek of voor de uitslag van het preventieve onderzoek, zullen minder snel preventie ondergaan
Kennis voordelen preventie:	aan patiënten die goed geïnformeerd lijken te zijn wordt door de zorgverlener veelal meer preventieve zorg verleend dan aan patiënten die de indruk wekken minder goed geïnformeerd te zijn // patiënten die vanwege een gebrek aan kennis over de voordelen van preventieve activiteiten dergelijke activiteiten niet op hun waarde kunnen inschatten staan minder positief tegenover preventieve zorg, hetgeen een barrière vormt bij het implementatieproces
Verantwoordelijkheidsgevoel:	patiënten die zichzelf medeverantwoordelijk achten voor hun gezondheid staan meer open voor preventieve activiteiten dan patiënten die zichzelf geen verantwoordelijkheid toebedelen met betrekking tot hun eigen gezondheid
Bereidheid tot veranderen:	deze wens die bij een deel van de patiëntenpopulatie leeft leidt tot minder of geen belangstelling vanuit de patiënt voor preventieve zorg, hetgeen vervolgens weer leidt tot een verkleining van de schaal waarop preventieve zorg wordt geboden
Kenmerken context:	
Groepsnormen / socialisatie:	zorgverleners zijn eerder bereid om preventieve handelingen uit te voeren indien collega's ook preventief gedrag vertonen en een positieve houding hebben ten aanzien van preventieve activiteiten
Vergoedingssysteem/ verzekering:	het niet vergoed krijgen van preventieve diensten weerhoudt de zorgverlener om de benodigde vaardigheden aan te leren en om de preventieve diensten te verlenen. Het ontbreken van een vergoedingssysteem verkleint op deze manier de implementatiekansen // personen die niet zijn verzekerd voor ziektekosten behoren weliswaar vaak tot een risicogroep voor ziekten waar preventief actie op wordt ondernomen, maar ontvangen geen preventieve zorg omdat zij niet ingeschreven staan bij een huisarts

Factor	Omschrijving
Wetgeving/medisch tuchtrecht:	het aspect dat preventieve zorg soms niet of slechts gedeeltelijk vergoed wordt doet zowel de vraag van de patiënt naar preventieve zorg als de kansen op implementatie van preventieve zorg door de arts afnemen
Openingstijden en locatie praktijk:	het hanteren van openingstijden die niet alleen binnen maar ook buiten de werktijden van de patiënten vallen, en een goede bereikbaarheid van de praktijk vergroten de bereidheid van de patiënt om preventieve onderzoeken te ondergaan hetgeen de kansen op succesvolle implementatie vergroot
Ondersteunend personeel:	ondersteunend personeel is veelal in staat om voor bepaalde preventieve activiteiten zorg te dragen. Hierdoor rust de uitvoering van preventieve zorg niet volledig op de schouders van de zorgverlener en nemen de implementatiekansen toe
Voorzieningen/apparatuur:	voorhanden zijn van de benodigde apparatuur om bepaalde preventieve activiteiten uit te kunnen voeren vergroot de implementatiekansen // patiënten zullen eerder bereid zijn bepaalde preventieve onderzoeken te ondergaan wanneer er bepaalde voorzieningen in de praktijkruimte aanwezig zijn (bijvoorbeeld omkleedcabine, ochtendjas) // bepaalde (bijvoorbeeld educatieve) elementen in de wachtruimte kunnen patiënten meer ontvankelijk maken voor preventieve zorg (bijvoorbeeld rookvrije wachtruimten, posters met bepaalde boodschappen erop)
Type praktijk/ gezondheidszorgorganisatie:	zorgverleners die deel uitmaken van een groepspraktijk verlenen meer preventieve zorg dan zorgverleners met een solopraktijk
Samenwerking collega's:	de mogelijkheid tot informatie-uitwisseling over preventieve zorg met collegae vergroot de implementatiekansen // de gelegenheid om het eigen handelen te evalueren en het verkrijgen van feedback over het eigen handelen vergroot de kansen op continuering van preventieve zorgverlening en stimuleert de zorgverlener tot een toename van het preventieve zorgaanbod
Informatie- en administratiesysteem:	de aanwezigheid van een up-to-date administratie en informatiesysteem in de praktijk vergroot de implementatiekansen daar een dergelijk systeem de benodigde gegevens (bijvoorbeeld informatie over risicofactoren) verschaft ten aanzien van de beslissing al dan geen preventieve zorg te verlenen alsook een beeld geeft van de reeds verleende preventieve zorg
Praktijkorganisatie/beleid:	het ontbreken van een duidelijk beleid ten aanzien van preventieve zorg in een praktijk alsook een slechte organisatie van de praktijk verkleinen de implementatiekansen
Geschikte praktijkruimte:	het ontbreken van een geschikte ruimte voor het uitvoeren van preventieve activiteiten verkleint de implementatiekansen
Media-aandacht:	beklemtoning door de media van het belang van preventieve gezondheidszorg zal van invloed zijn op zowel de vraag van de patiënt naar preventieve zorgverlening, als de attitude van de zorgverlener ten aanzien van preventieve activiteiten
Continuïteit zorg:	Vanwege het grote verloop van patiënten in de huisartsenpraktijk ziet de zorgverlener de uiteindelijke beloning van de investering veelal niet, hetgeen de motivatie van de zorgverlener voor het uitvoeren van preventieve activiteiten afneemt (verondersteld). Vanwege het feit dat patiënten veelal bij meerdere zorgverleners onder behandeling zijn waartussen een geringe of zelfs geen samenwerking bestaat, ontstaat onduidelijkheid over wie er verantwoordelijk is voor handhaving van de gezondheidstoestand

Bijlage 3: Overzicht van de mate van onderbouwing voor het onderzoeken van knelpunten (factoren) in de vragenlijst

Geïdentificeerde factoren	Gecontroleerde studies (n=28) ¹	Observationele studies (n=30) ²	Onderbouwing ³	Meetbaar ⁴	Mogelijke determinant ⁵	Consensus ⁶	Vragenlijst ⁷
Kenmerken innovatie:							
Verenigbaarheid	0	7	1	1	2	1	+
Probeerbaarheid	0	1	0	1	1	1	+
Wetenschappelijke onderbouwing	0	6	1	1	2	1	+
Tijdsinvestering	0	3	1	1	2	1	+
Specificiteit/flexibiliteit	0	4	1	1	2	1	+
Helderheid/nauwkeurigheid	0	2	0	1	1	1	+
Haalbaarheid/toepasbaarheid	0	1	0	1	1	1	+
Consistentie/betrouwbaarheid	0	6	1	1	2	1	+
Didactische waarde	0	0	0	1	1	1	+
Attractiviteit	0	0	0	1	1	1	+
Ongertief	0	7	1	1	2	0	-
Kosten-effectiviteit	0	2	0	1	1	0	-
Observerbaarheid	0	2	0	1	1	0	-
Zichtbare resultaten	0	4	1	1	2	0	-
Complexiteit	0	4	1	1	2	0	-
Relatieve voordeel	0	3	1	1	2	0	-
Imago	0	4	1	1	2	0	-
Kenmerken zorgverlener:							
Geslacht*	3	3	2	2	4	0	+
Opleiding	5	1	2	2	4	0	+
Specialisme/expertise	1	9	1	1	2	1	+
Attitude/rolperceptie	0	10	1	1	2	1	+
Kennis en motivatie	0	7	1	1	2	1	+
Twijfels innovatie	0	2	0	1	1	1	+
Betrokkenheid	0	3	1	1	2	1	+
Leefstijl/werkstijl	0	1	0	1	1	1	+
Kwaliteit relatie arts-patiënt	0	8	1	1	2	0	-
Tijdgebrek	0	9	1	1	2	0	-
Ervaring	1	1	0	2	2	0	-
Kwaliteit van screening	1	0	0	1	1	0	-
Leeftijd	0	1	0	2	2	0	-
Communicatievaardigheden	0	4	1	1	2	0	-
Kennis medische historie patiënt	0	2	0	2	2	0	-

Geïdentificeerde factoren	Gecontroleerde studies (n=28) ¹	Observationele studies (n=30) ²	Onderbouwing ³	Meetbaar ⁴	Mogelijke determinant ⁵	Consensus ⁶	Vragenlijst ⁷
Kenmerken patiënt:							
Leeftijd	6	0	2	2	4	0	+
Etniciteit	4	1	2	2	4	0	+
Financiële situatie/SES	1	3	1	2	3	0	+
Aantal contacten met huisarts	7	0	2	2	4	0	+
Gezondheidsroestand	9	4	2	1	3	0	+
Bereidheid tot veranderen	0	3	1	1	2	1	+
Nieuwe/bekende patiënt	1	0	0	2	2	0	-
Eerdere ervaringen	2	1	0	1	1	0	-
Geslacht	1	0	0	2	2	0	-
Burgerlijke staat	2	0	0	2	2	0	-
Kennis voordelen preventie	0	11	1	1	2	0	-
Verantwoordelijkheidsgevoel	0	10	1	1	2	0	-
Angst	0	6	1	1	2	0	-
Kenmerken context:							
Openings tijden en locatie praktijk	1	5	1	2	3	0	+
Ondersteunend personeel	0	3	1	2	3	0	+
Informatie- en administratiesysteem*	0	5	1	2	3	0	+
Voorzieningen/apparaatuur	0	6	1	2	3	0	+
Geschikte praktijkruimte	0	3	1	2	3	0	+
Groepsnormen/socialisatie	0	9	1	1	2	1	+
Vergoedingssysteem/verzekering	2	10	1	2	3	1	+
Wetgeving/medisch tuchtrecht	0	2	0	1	1	1	+
Type praktijk/gezondheidsorganisatie	2	0	0	2	2	0	-
Praktijkpopulatie	1	0	0	2	2	0	-
Praktijkomvang	0	2	0	2	2	0	-
Praktijkorganisatie/beleid	0	1	0	2	2	0	-
Samenwerking collega's	0	1	0	1	1	0	-
Media-aandacht	0	2	0	1	1	0	-
Continuïteit zorg	0	3	1	1	2	0	-

¹ Gecontroleerde studies: aantal studies waarin deze factor is bestudeerd

² Observationele studies: aantal studies waarin deze factor is bestudeerd

³ Onderbouwing: 0 = factor niet onderzocht in bestudeerde literatuur; 1 = factor onderzocht in minimaal 3 van 25 observationele studies; 2 = factor onderzocht in minimaal 3 van 28 gecontroleerde studies

⁴ Meetbaarheid: 0 = niet meetbaar; 1 = redelijk meetbaar; 2 = goed meetbaar

⁵ Mogelijke determinant: som bewijs en meetbaarheid

⁶ Consensus expertpanel: 0 = factor waarover geen consensus bestaat of niet door het expertpanel geïdentificeerd; 1 = factor waarover consensus bestaat

⁷ Vragenlijst: Consensus = 1 of mogelijke determinant ≥ 3 opname in vragenlijst (+); *Factoren die ondanks de onderbouwing niet werden meegenomen in de vragenlijst