

Bijlage B

Implementatieplan, behorend bij de Multidisciplinaire Richtlijn Ziekte van Parkinson

Datum: 17 december 2009

Samenstellers:

Marlies Hulscher (IQ Healthcare)

Else Poot (LEVV)

Gerda Holleman (LEVV)

1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de methodische aanpak bij het implementeren van de richtlijn 'Ziekte van Parkinson'. Onder implementatie verstaan we 'een geheel van doelgerichte, samenhangende activiteiten om de invoering van een bepaalde werkwijze of product te bewerkstelligen of een bepaalde verandering op gang te brengen'.³⁸⁸ In ons implementatieplan onderscheiden we drie fasen waarin implementatie een rol speelt. Iedere fase vraagt haar eigen doelgerichte activiteiten om de invoering in de dagelijkse praktijk te bevorderen.

- 1) In de eerste fase, de ontwikkeling van de richtlijn, zijn activiteiten uitgevoerd om te garanderen dat er vanaf het begin rekening wordt gehouden met u, de doelgroep of eindgebruikers. In deze fase staat het 'implementatieklaar' maken van de richtlijn centraal.
- 2) In de tweede fase, de verspreiding van de richtlijn, zijn activiteiten uitgevoerd om te garanderen dat u en alle leden van de doelgroep, dus alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met de ziekte van Parkinson, daadwerkelijk geïnformeerd worden over de nieuwe richtlijn.
- 3) In de derde fase, de implementatie van de richtlijn in de dagelijkse praktijk, staat de systematische aanpak centraal om tot een set van potentieel succesvolle activiteiten voor implementatie te komen. Hier worden activiteiten beschreven die door uzelf, als lid van de doelgroep, zouden kunnen worden uitgevoerd om te garanderen dat op locatie de richtlijn succesvol wordt geïmplementeerd.

(1) De ontwikkeling van de richtlijn

Tijdens het ontwikkelproces is reeds aandacht besteed aan het implementatieklaar maken van de richtlijn. Hiertoe zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

- Om als professional volgens de richtlijn te *kunnen* werken, is het noodzakelijk dat alle aanbevelingen helder omschreven zijn en geen ruimte laten voor interpretatie. Daarom zijn alle aanbevelingen door IQ healthcare en LEVV getoetst op helderheid. Hiertoe is bij alle aanbevelingen nagegaan of duidelijk staat omschreven **Wie Wat Wanneer** bij **Wie** en op welke **Wijze** zou moeten doen (5 W's).
- De richtlijn is ontwikkeld met de AGREE criteria als uitgangspunt.³⁸⁹ Het AGREE instrument is een algemeen hulpmiddel voor richtlijnmakers en –gebruikers dat een raamwerk biedt om de kwaliteit van richtlijnen te beoordelen. Het instrument beoordeelt de kans dat een richtlijn zijn gewenste doel zal halen. Achterliggende gedachte hierbij is dat een richtlijn die voldoet aan de AGREE criteria a priori grotere kansen heeft op succesvolle implementatie. Als laatste check is de conceptrichtlijn aan de AGREE-criteria getoetst door twee onafhankelijke medewerkers van IQ healthcare en van LEVV. Waar beide beoordelaars het niet eens waren, is gediscussieerd tot overeenstemming is bereikt. Indien nodig werd een derde beoordelaar geraadpleegd. Waar nodig zijn onderdelen van de richtlijn aangepast zodat de richtlijn optimaal voldoet aan de AGREE criteria.
- AGREE omvat een aantal toepasbaarheidscriteria die extra aandacht hebben gekregen (criteria 15 tot en met 21).³⁸⁹ Uitgaande van de AGREE criteria is een richtlijn beter implementeerbaar indien de opstellers een praktische vertaalslag maken naar de organisatie. Voor het opstellen van heldere aanbevelingen met betrekking tot deze organisatie is ondersteuning geboden aan de ketenzorg werkgroep. Een tweede aandachtspunt betreft de in AGREE aanbevolen ontwikkeling van indicatoren. Om te kunnen monitoren in hoeverre de richtlijn uiteindelijk is geïmplementeerd, zijn indicatoren ontwikkeld. De indicatorenset bestaat uit zowel interne als externe indicatoren.

Een derde aandachtspunt betreft de ontwikkeling van hulpmiddelen zoals een samenvattingkaart, stroomschema's en een e-learning programma. Deze hulpmiddelen bevorderen het gebruik van de richtlijn in de praktijk. De volgende hulpmiddelen zijn ontwikkeld tijdens het richtlijn ontwikkeltraject:

- Stroomschema voor de medicamenteuze behandeling
- Indicatorenset

Verder kan aan de volgende hulpmiddelen worden gedacht, de ontwikkeling ervan valt echter buiten dit ontwikkeltraject:

- Kleine kaartjes met samenvatting van de richtlijn bijvoorbeeld voor in de borstzak
 - PDA-versie van de richtlijn
 - Patiëntenversie en –folder van de richtlijn
 - Patiëntenfolder
 - Beslissingsondersteunend EPD (online)
 - E-learning programma
 - Gimmicks via farmaceutische industrie
 - Een universele toepasbare digitale spreadsheet voor de indicatoren
- Om een goed draagvlak onder de gebruikers of doelgroep te garanderen, zijn alle betrokken beroepsverenigingen gevraagd om de richtlijn, voordat deze verspreid wordt, ter autorisatie dan wel legitimatie voor te leggen aan hun achterban.

(2) De verspreiding van de richtlijn en de ontwikkelde hulpmiddelen

Het verspreiden van de richtlijn en haar hulpmiddelen onder de doelgroep is een tweede belangrijke stap voor de succesvolle implementatie van deze richtlijn. Alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met de ziekte van Parkinson dienen daadwerkelijk geïnformeerd te worden over de nieuwe richtlijn en bijgeleverde hulpmiddelen.

De richtlijn/hulpmiddelen worden daarom via diverse kanalen verspreid onder de doelgroep in Nederland:

- De richtlijn/hulpmiddelen worden aangeboden aan alle verenigingen van de disciplines die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van de richtlijn. Hen wordt nadrukkelijk gevraagd hun leden te attenderen op het verschijnen van de nieuwe richtlijn/hulpmiddelen.
- Een digitale versie van de richtlijn/hulpmiddelen wordt in ieder geval aangeboden via de websites van:
 - a. CBO (www.cbo.nl; onder 'Overzicht richtlijnen')
 - b. LEVV (www.levv.nl; zie databank Richtlijnen)
 - c. NHG (<http://nhg.artsennet.nl>)
 - d. NVN (www.neurologie.nl)
 - e. V&VN Neurologie & Revalidatie (<http://neuro.venvn.nl>)
 - f. Parkinsonweb (parkinsonweb.nl)
 - g. Parkinson Vereniging (www.parkinson-vereniging.nl)
- Het houden van lezingen op congressen en symposia
- Het publiceren van artikelen
- Een andere belangrijk hulpmiddel is de ontwikkelde indicatorenset (intern en extern). Aan de hand van de gegevens van de IGZ heeft bijvoorbeeld de PPV al aangeboden op haar website inzicht te geven in de uitkomsten van de externe indicatoren (kwaliteitsmonitor).

(3) De implementatie van de richtlijn in de dagelijkse praktijk

2 ALGEMEEN

Richtlijnen die ontwikkeld en verspreid zijn, vinden meestal niet vanzelf hun weg in de dagelijkse praktijk. Het verstrekken van informatie –dat wil zeggen het enkel verspreiden van de richtlijn met aanbevelingen omtrent ‘goede’ zorg voor patiënten met de ZvP– volstaat over het algemeen niet om haar toepassing in de dagelijkse praktijk te garanderen. Het implementeren van vernieuwingen doorloopt een aantal fasen. Het gaat om de fasen van oriëntatie, inzicht, acceptatie, veranderen en behoud van veranderen. In de oriëntatiefase gaat het erom de doelgroep geïnteresseerd en betrokken te krijgen. In de fase van inzicht wordt de doelgroep geïnformeerd wat de vernieuwingen in de richtlijn inhouden waarbij het gevoel moet ontstaan dat deze vernieuwingen noodzakelijk zijn. Ook inzicht in de meerwaarde van de vernieuwingen behoren tot deze fase. In de acceptatiefase gaat het erom dat de doelgroep echt gemotiveerd raakt om de vernieuwing van de richtlijn toe te gaan passen. In de fase van veranderen wordt de vernieuwingen (op kleine schaal) daadwerkelijk toegepast in de praktijk. Men kan de voordelen van de vernieuwingen zelf ervaren. In de fase van behoud van verandering gaat het erom dat de nieuwe richtlijn beklijft door bijvoorbeeld inbedding in protocollen, realiseren van randvoorwaarden. In al deze fasen spelen allerlei bevorderende en belemmerende factoren een rol die bepalen of de in de richtlijn beschreven zorg zal worden verleend of niet. Een systematische aanpak en goed geplande implementatieactiviteiten zijn dan ook meestal noodzakelijk om gebruik in de praktijk te waarborgen. Grol & Wensing (2006) beschrijven een model voor het implementeren van vernieuwingen, waarbij een implementatiestrategie gebaseerd is op de belemmeringen voor richtlijntoepassing in de praktijk.³⁹⁰ Het model beschrijft stappen die doorlopen moeten worden voor een systematische aanpak van implementatie van de richtlijn. Een systematische aanpak voor implementatie vergroot de kans dat de richtlijn daadwerkelijk toegepast wordt in de dagelijkse praktijk.

- A. Op basis van studies naar implementatie wordt geadviseerd om de implementatiestrategie af te stemmen op een voorafgaande probleemanalyse (de diagnostische fase). Deze analyse zou zowel moeten verkennen welke aspecten van de zorg het meest voor verbetering in aanmerking komen als welke factoren ‘het werken volgens de richtlijn’ beïnvloeden. Een belangrijke eerste stap om tot een strategie te komen is dan ook het bepalen van de mate waarin reeds volgens de richtlijn wordt gewerkt. De indicatoren zijn hierbij een belangrijk hulpmiddel, aangezien zij omschrijven hoe het wel of niet vóórkomen van ‘optimale zorg’ gemeten kan worden. Een tweede belangrijke stap is het bepalen van de factoren die het werken volgens de richtlijn beïnvloeden.³⁹¹ Beïnvloedende factoren bij implementatie zijn factoren die het werken volgens de richtlijn bevorderen (kansen) dan wel belemmeren (bedreigingen). Deze factoren kunnen betrekking hebben op de richtlijn zelf, op degenen die de vernieuwing moeten toepassen en op hun sociale of hun organisatorische context. Een strategie gericht op die aspecten van zorg die verbeterd moeten worden en die kansen uitbuit en belemmeringen wegneemt, sluit naadloos aan bij de situatie waarin de richtlijn wordt geïmplementeerd.
- B. Op basis van deze analyse wordt een keuze gemaakt voor de toepassing van hierop toegesneden implementatieactiviteiten. Vaak zal een diversiteit aan strategieën en maatregelen nodig. Er kan een keuze worden gemaakt uit de volgende typen strategieën: informerend, motiverend/draagvlakvergroterend, educatief, organisatorisch, faciliterend, marktgericht en patiëntgericht.³⁹⁰ Voor voorbeelden, zie onderstaand overzicht.
- C. Van belang is tevens dat de aanpak wordt geëvalueerd aan de hand van gestelde doelen en zo nodig wordt aangepast (de evaluatiefase). Naast maatwerk is dus ook een methodische aanpak van analyseren, plannen en uitvoeren van belang.³⁹¹

3 BEÏNVLOEDENDE FACTOREN BIJ DE IMPLEMENTATIE VAN DE RICHTLIJN 'ZIEKTE VAN PARKINSON'

Zoals hierboven beschreven doorloopt het implementatieproces een aantal fasen en is het van belang factoren te inventariseren die de implementatie kunnen bevorderen dan wel belemmeren. Hieronder staat een tabel waarin per fase een aantal mogelijke knelpunten staan beschreven per fase van implementatie en mogelijke implementatiestrategieën om met deze factoren om te gaan. Tabel.1 dient als hulpmiddel bij het implementeren van de richtlijn in de dagelijkse praktijk.

Tabel 1. Beïnvloedende factoren en mogelijke strategieën.³⁹⁰

Beïnvloedende factoren	Mogelijke strategieën
1. Oriëntatie	
Niet op de hoogte (niet lezen, geen contact collega's)	Via allerlei kanalen beknopte boodschappen verspreiden, benaderen van sleutelfiguren en netwerken
Geen interesse (geen behoefte, niet relevant vinden, geen noodzaak voelen)	Wervende brochure, persoonlijke benadering en uitleg, confrontatie met eigen handelen
	Bevorderen van concurrentie als prikkel tot bewustwording
2. Inzicht	
Geen kennis of begrip (informatie complex of omvangrijk)	Goede instructiematerialen, kernachtige boodschappen, informatie gebaseerd op problemen uit praktijk, regelmatige herhaling
Geen inzicht of overschatting eigen handelen	Eenvoudige methoden van zelftoetsing of onderlinge toetsing, feedback
3. Acceptatie	
Negatieve houding (nadelen zien, twijfel aan opstellers of haalbaarheid, onvoldoende betrokken voelen)	Aanpassing innovatie aan wensen doelgroep, lokale discussie en consensus, weerstanden bespreken, goede wetenschappelijke argumentatie, inschakelen sleutelpersonen en opinieleiders
Niet bereid te veranderen (twijfel aan succes en eigen mogelijkheden)	Demonstratie van uitvoerbaarheid door collega's, inventariseren knelpunten en oplossingen zoeken, veranderingen met haalbare doelen
	Reductie van (financiële) risico's van veranderen
4. Verandering	
Niet starten met invoering (geen tijd, middelen, vaardigheden; past niet in bestaande zorgprocessen)	Extra middelen, ondersteuning, vaardigheidstraining, hulp bij herontwerp van zorgprocessen, inzet hulpkrachten of consultants
Onvoldoende succes (negatieve reacties)	Informatiematerialen voor patiënten
	Plan met haalbare doelen
5. Behoud van verandering	
Geen integratie in routines (terugvallen, vergeten)	Monitoring-, feedback- en remindersystemen, integratie in zorgplannen, -protocollen en -ketens
Geen verankering in organisatie (wordt niet gesteund)	Voldoende middelen, steun van (top)management, organisatorische maatregelen, beloning, vergoeding voor bepaalde taken

Voor verdere informatie en advies over de systematische aanpak van implementatie in de dagelijkse praktijk, verwijst de werkgroep naar:

- IQ Healthcare (www.iqhealthcare.nl)
- LEVV (www.levv.nl)
- 'Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg' van Grol & Wensing³⁹⁰
- ZonMw: informatie en checklisten met betrekking tot implementatie (www.zonmw.nl/implementatie)³⁹¹

Referenties

- (1) Plas M, Wensing M. Begrippenkader voor implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren bij implementatie in de gezondheidszorg. Nijmegen: UMC St Radboud, Afdeling Kwaliteit van zorg (WOK); 2006.
- (2) The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines Research & Evaluation. Instrument voor beoordeling van richtlijnen. www.agreecollaboration.org/pdf/nl.pdf [2001 [cited 2008 Nov. 28];
- (3) Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2006.
- (4) ZonMw - Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorg innovatie. Implementatie. www.zonmw.nl/implementatie [2008 [cited 2008 Aug. 15];