

# Conditie voor effectieve invoering van jeugdinterventies: een kennissynthese

Margot Fleuren,<sup>1</sup> Erik Jan de Wilde,<sup>2</sup> Jochen Mikolajczak,<sup>1</sup> Karlijn Stals,<sup>3</sup> Theo Paulussen<sup>1</sup>

*Het onderzoek van de afgelopen twintig jaar in de gezondheidszorg laat zien dat richtlijnen en interventies zichzelf niet implementeren. Deze notie is relevant tegen de achtergrond van het groeiend aantal richtlijnen en (effectieve) interventies dat voor de jeugdsector de afgelopen jaren is ontwikkeld en nog wordt ontwikkeld. We bedoelen hier de sectoren jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg en jeugd welzijn. De invoering van effectieve interventies laat binnen de jeugdzorg vooralsnog te wensen over.<sup>1</sup> De invoering van richtlijnen in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) verloopt redelijk. Inmiddels is er de nodige kennis en ervaring aanwezig over de condities voor de invoering en borging van deze richtlijnen.<sup>2-5</sup> Binnen het werkveld jeugd welzijn zijn nagenoeg geen effectieve interventies ontwikkeld en ingevoerd. Dat vraagt om een gewijzigde aanpak willen 0-19 jarigen / jongeren kunnen profiteren van de kennis die al is ontwikkeld. In dit artikel wordt beschreven hoe we de kansen op een succesvolle invoering kunnen vergroten.*

## INVOEREN VAN VERNIEUWINGEN

Keer op keer blijkt dat het invoeren van vernieuwingen – bijvoorbeeld een nieuwe interventie of richtlijn – in de preventie en zorg moeizaam verloopt.<sup>6-8</sup> Vraag een willekeurige medewerker van een jeugd(gezondheids)zorginstelling en het antwoord zal waarschijnlijk zijn dat richtlijnen en interventies niet worden gebruikt, of tenminste niet volgens de bedoelingen van de ontwikkelaars. In

elke fase van het invoeringsproces kunnen zich complicaties voordoen waardoor het gewenste eindresultaat niet wordt gehaald.<sup>7</sup> Het kan stagneren in de eerste fase (adoptie) waarin de beoogde gebruiker kennis neemt van de vernieuwing en besluit om er al dan niet mee te gaan werken. Maar ook na de ervaringen van de gebruiker met het daadwerkelijk gebruik van de vernieuwing (implementatie) kan blijken dat de vernieuwing maar moeilijk uitvoerbaar is of geen echte verbetering oplevert ten opzichte van de bestaande praktijk. En zelfs als deze eerste ervaringen positief zijn, is dit nog geen garantie voor blijvend gebruik (continuering). Verschillende factoren (ook wel determinanten genoemd) kunnen de uitkomst bepalen. Deze kunnen onderscheiden worden naar kenmerken van de vernieuwing zélf, de (toekomstige) gebruiker, de organisatie waarin de vernieuwing wordt ingevoerd en de sociaal-politieke omgeving van die gebruiker/organisatie.

De planmatige invoering van extern geïnitieerde vernieuwingen kan beschouwd worden als een cyclisch proces dat idealiter bestaat uit de ontwikkeling van de vernieuwing, een analyse van de determinanten van gebruik bij de beoogde gebruikers, de inzet van invoeringstrategieën die aangrijpen op relevant gebleken determinanten, de verspreiding én de invoering van de vernieuwing onder de beoogde gebruikers (zie Figuur 1). Tot slot moet het begeleidende evaluatieonderzoek duidelijk maken of het innovatieproces door de beoogde gebruiker wordt doorlopen zoals gewenst, en of daarmee de (preventieve) effecten bij jongeren en/of hun gezinnen zijn gerealiseerd.

Hoewel het aantal studies naar invoeringsprocessen in de gezondheidszorg de afgelopen twintig jaar sterk is toegenomen, is er nog steeds relatief weinig bekend over de condities voor succes-

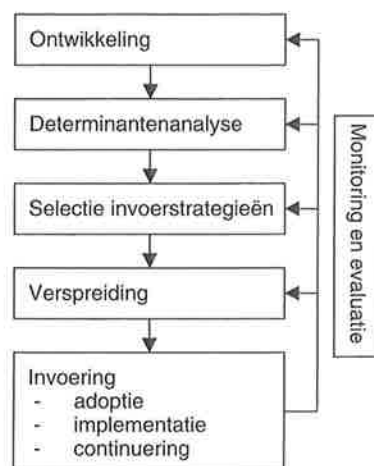
Forum

Forum biedt onder meer plaats aan ingezonden commentaren en reacties, korte praktijkbijdragen, congresverslagen en boekbesprekingen. Aanwijzingen inzake lengte, opmaak en wijze van inzending (per e-mail) zijn verkrijgbaar bij het redactiesecretariaat. De redactie behoudt zich het recht voor om te redigeren en/of te bekorten.

volle (landelijke) invoering van vernieuwingen. En de kennisbasis die er ligt is nog lang geen gemeengoed.<sup>6,9,10</sup>

## OPDRACHT KENNISSYNTHESE

Uitgaande van bovenstaande notie wilde ZonMw (in opdracht van het Ministerie van Jeugd en Gezin) nagaan welke scenario's mogelijk zijn voor de inrichting van een implementatie-infrastructuur ten behoeve van de invoering van jeugdinterventies én richtlijnen in de jeugdsector. Alvorens tot de uitwerking van sce-



Figuur 1 Het innovatieproces

<sup>1</sup> TNO Kwaliteit van Leven, Leiden

<sup>2</sup> Nederlands Jeugdinstuut / Nji, Utrecht

<sup>3</sup> Nederlands Jeugdinstuut / Nji, Utrecht / Stichting Jeugdformaat Rijswijk

nario's over te gaan, heeft ZonMw aan TNO Kwaliteit van Leven (TNO KVL) en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) gevraagd een kennissynthese uit te voeren naar de condities voor effectieve invoeringstrategieën. De kennissynthese omvatte het systematisch in kaart brengen van veelbelovende strategieën én structuren voor invoering van vernieuwingen in de jeugdsector. De kennissynthese is input voor de DSP-groep die in het vervolg scenario's uitwerkt voor de invoering van effectieve jeugdinterventies in Nederland.

## WERKWIJZE UITVOERING KENNISSYNTHESE

De kennissynthese bestond uit drie activiteiten: een literatuurstudie, een analyse van de invoering van bestaande jeugdinterventies en raadpleging van experts uit de jeugdsector.<sup>11</sup> De literatuurstudie werd afgebakend tot reviews/meta-analyses (periode 2000-2008) en het aantal interventies in de jeugdsector tot zeven. Experts werden geraadpleegd over de literatuur, de selectie van de interventies, het conceptrapport en de aanbevelingen voor de te ontwikkelen scenario's. Er werden dertien reviews/meta-analyses geïncorporeerd over het effect van invoerstrategieën (n=9), determinanten van innovatieprocessen (n=1), invoerstrategieën én determinanten (n=2) en kosten van innovatieprocessen (n=1). Via (grijze) literatuur en interviews met betrokkenen is informatie verkregen over de verspreiding, adoptie, implementatie en continuering van zeven interventies in de Nederlandse jeugdsector die (in theorie) effectief zijn volgens de databank Effectieve (Jeugd)interventies.<sup>12</sup> Deze zijn: Taakspel; Families First; Stevig ouderschap; Zelfcontrole; Triple P; Bemoeizorg in de JGZ; Armoede en gezondheid van kinderen. Aan de veldraadpleging namen 21 experts deel. Voor een nadere detaillering van de gevolgde methode verwijzen we naar het rapport.<sup>11</sup>

## UITKOMSTEN

De literatuurstudie, de analyse van de interventies en de inbreng van de experts

onderschrijven het belang van een systematische ontwikkeling van invoeringsstrategieën. Dat betekent dat moet worden aangesloten bij de beoogde gebruikers van de vernieuwing en hun context en dat op basis van een determinantenanalyse de invoerstrategie wordt bepaald. Hoewel in diverse papers wordt gepleit voor een dergelijke systematische aanpak, blijkt de dagelijkse praktijk hier nog ver van te blijven. Hieronder volgen enige belangrijke overige bevindingen van deze kennissynthese.

### Determinanten en invoerstrategieën

- Uit de literatuur kan geen kookboek worden samengesteld met determinanten en invoeringsstrategieën die in alle gevallen het verschil maken. Er is geen sprake van één of meerdere invoerstrategieën die bij voorbaat effectief zijn en omgekeerd kunnen invoerstrategieën ook niet bij voorbaat uitgesloten worden.
- Zonder volledig te willen zijn blijkt uit de kennissynthese dat de volgende determinanten er vaak wel toe doen. Op het niveau van de (beoogde) gebruiker: kennis, vaardigheden/self-efficacy, taakopvatting en collegiale support. Op organisatieniveau: commitment vanuit management, reorganisaties/fusies, concurrentie van andere vernieuwingen, cultuur, productienormen, financiering en tijd. Vanuit de sociaal-politieke context: wet- en regelgeving, financiering, invoeringsstructuur, beleid/commitment vanuit overheden, support van aanpalende beroepsgroepen/organisaties in de keten en betrokkenheid van eindgebruikers.
- Bewezen effectiviteit van een interventie of richtlijn is geen garantie voor succesvol gebruik omdat zorgverleners zich daar vaak niet primair door laten leiden.

### Kwaliteit innovatiestudies

- Verschillende reviews wijzen op de methodologische tekortkomingen van veel innovatiestudies, waardoor de waarde ervan niet goed te schatten is en onderlinge vergelijking niet goed mogelijk is. Omdat het denkbaar is dat onderzoekers sterk leunen op de onderzoeksopzet, analysemethoden en bevindingen uit eerdere studies, is de

kans groot dat daarmee automatisch ook fouten worden gereproduceerd.

### Wijze en kwaliteit invoering vernieuwingen jeugdsector

- Er is nauwelijks (internationaal) wetenschappelijke literatuur beschikbaar over (de bevindingen) van de invoering van vernieuwingen in de jeugdsector.
- Uit de analyse van de invoering van de zeven jeugdinterventies blijkt dat de fasen uit de innovatiecyclus herkenbaar zijn. Er worden veel verschillende strategieën ingezet, echter van een systematische onderbouwing is doorgaans geen sprake. In ieder geval wordt de onderbouwing niet geëxpliciteerd, waardoor de strategieën nauwelijks overdraagbaar zijn naar anderen die er hun voordeel mee zouden willen doen.
- Er is bij de invoering veel aandacht voor het ontwikkelen van materialen en voor het promoten van de interventies. In de meeste gevallen vindt training en coaching van medewerkers plaats en kunnen gebruikers ervaringen uitwisselen en leren van elkaar. Een ondersteuningsstructuur is in een aantal gevallen stevig verankerd, maar vooral gedurende de initiële invoeringsfase en niet om de interventie daarna te borgen.

## HOE VERDER?

De uitkomsten van de kennissynthese zijn misschien teleurstellend in die zin dat er weinig kwalitatief goed innovatieonderzoek voorhanden is en dat er geen generaliseerbare uitspraken gedaan kunnen worden over determinanten, effectieve invoerstrategieën en de meest geschikte infrastructuur voor de invoering van jeugdinterventies. Toch bieden innovatietheorieën, onderzoeksbevindingen en ervaring onzes inziens voldoende handvatten voor de volgende aanbevelingen.<sup>4-7,13,14</sup> Tussen haakjes staat aangegeven in welke fase van het invoeringsproces deze aanbevelingen belangrijk zijn.

- De vernieuwing moet de beoogde gebruiker voorzien van concrete en eenduidige handelingsvoorschriften en effectieve en bruikbare materialen (ontwikkeling). De verantwoordelijkheid

hiervoor ligt primair bij de ontwikkelaar van de vernieuwing. Die moet de beoogde gebruikers bij de ontwikkeling betrekken (bijvoorbeeld in een proefimplementatie), omdat de gebruikers als geen ander kunnen beoordelen of de vernieuwing relevant en praktisch uitvoerbaar is. Een gedegen determinantenanalyse onder de beoogde gebruikers legt een aanvullende basis onder de selectie van strategieën ter ondersteuning van het invoeringsproces.

- De vernieuwing moet actief gepromoot worden via massamediale en vooral via inter-persoonlijke communicatie (adoptie). Inter-persoonlijke communicatie is van belang om op de organisatie en/of op de persoon toegesneden veranderingsplannen te kunnen maken, rekening houdend met de (on)mogelijkheden die hun uitgangssituatie biedt.
- Training en coaching moet plaatsvinden bij het eerste gebruik van de vernieuwing én bij het vervolgebruik (implementatie en continuering). Het is belangrijk dat de eerste ervaringen die mensen opdoen met het werken met een vernieuwing als een succes worden ervaren. Een eenmalige training of scholing is daarvoor onvoldoende omdat later in de praktijk onverwachte uitvoeringsproblemen kunnen opdoemen die om een reactie vragen. Via 'begeleiding on the job' en/of de inzet van ervaren peers kunnen waar nodig doelen worden bijgesteld en aanvullende ondersteuning worden geboden.
- Er moet support zijn op organisatieniveau, integratie plaatsvinden van de vernieuwing in bestaande activiteiten, opname zijn in het kwaliteitssysteem en toetsing, en voorzieningen getroffen worden om de negatieve gevolgen door personeelverloop te kunnen opvangen (continuering en borging).
- De (beoogde) gebruikers moeten ervaringen kunnen uitwisselen en van elkaars ervaringen kunnen leren (implementatie en continuering). Op individueel niveau kan dit via intervisie, intercollegiale toetsing of een gesloten forum via het web. Op organisatieniveau dient een netwerkstructuur te zorgen voor een gerichte uitwisseling tussen de landelijke ondersteunende organisatie(s) en de regionale uitvoerders/gebruikers.

- Monitoring en evaluatie. Evaluatie van de mate van verspreiding, adoptie, implementatie en continuering is nodig om inzicht te krijgen in de noodzaak en (on)mogelijkheden voor verbetering van de invoerstrategie.

We hopen dat het artikel beleidsmakers en subsidieverstrekkers handvatten geeft bij de keuze en beoordeling van kansrijke innovatie(processen). En dat dit artikel daarnaast duidelijk heeft gemaakt dat ontwikkeling, invoering en evaluatie onlosmakelijk aan elkaar verbonden zijn, omdat door deze koppeling de kans op daadwerkelijk gebruik wordt gemaximaliseerd. Goed verdeelde aandacht voor elk van deze drie aspecten zal de effectiviteit van de jeugdsector bevorderen. We hopen ook dat de aanbevelingen onderzoekers en praktijkwerkers handvatten bieden om ontwikkeling, invoering en evaluatie van vernieuwingen systematisch en kwalitatief goed op te zetten. Op deze manier kan de kwaliteit van de invoering en het innovatieonderzoek stijgen en zullen er meer generaliseerbare resultaten beschikbaar komen. Dat zal uiteindelijk niet alleen de jeugdsector, maar de gehele zorg- en welzijnsector ten goede komen.

## ABSTRACT

### *Systematic introduction of innovations in youth (health) care*

To obtain insight into strategies for effectively implementing innovations in youth (health) care, we carried out a literature study on 13 innovation reviews (published between 2000 and 2008). Furthermore, we studied the introduction of seven interventions in youth care. Afterwards, an expert meeting with researchers, policy makers and implementation consultants was organised to discuss the outcomes. The main conclusion is that the actual use of innovations is maximised if they are systematically introduced. This means that first an analysis of determinants of the innovation process is performed and that innovation strategies are adapted to these determinants. The article gives practical guidelines for introducing innovations systematically.

**Keywords:** Youth (health) care, implementation, guidelines, interventions

## LITERATUUR

1. Yperen TA van, Bakker K. Ontwikkeling en borging Jeugdinterventies. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2008.
2. Fleuren MAH. Implementatie van de JGZ-standaarden. Tijdschr Jeugdgezondheidszorg 2007;39:63-7.
3. Fleuren MAH, Verlaan ML, Velzen-Mol HWM van, Dommelen P van. Zicht op het gebruik van de JGZ-standaard Opsporing van Visuele Stoornissen 0-19 jaar. Een landelijk implementatieproject. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.
4. Fleuren MAH, Dommelen P van, Kamphuis M, Velzen-Mol HWM van. Landelijke implementatie JGZ-standaard Vroegtijdige Opsporing van Aangeboren Hartafwijkingen 0-19 jaar. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2007.
5. Fleuren MAH, Jong ORW de. Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.
6. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. Milbank Q 2004;82:581-629.
7. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. Int J Qual Health Care, 2004; 16, 107-23.
8. Guldbrandsson K. From news to everyday use: the difficult art of implementation. Ostersund: Swedish National Institute of Public Health, 2008.
9. Plas M, Fleuren M, Friele R et al. Begrip-penkader voor het 'wat' en het 'waarom' bij implementatie van vernieuwingen in de patiëntenzorg en preventie. Tijdschr Gezondheidszorg 2007;85:160-5.
10. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview. Tijdschr Gezondheidszorg 2006;84:160-7.
11. Mikolajczak J, Stals K, Fleuren MAH, Wilde EJ de, Paulussen TGWM. Kennissynthese van condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven / Utrecht: NJI, 2009.
12. www.jeugdinterventies.nl.

13. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Planning health promotion programs: an intervention mapping approach. San Fransisco: Jossey-Bass, 2006.

14. Grol R, Wensing M. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2006.

**CORRESPONDENTIEADRES**  
**Mw. dr. M.A.H. Fleuren, TNO**  
**Kwaliteit van Leven, Postbus 2215,**  
**2301 CE Leiden, tel: 071-5181862,**  
**e-mail : margot.fleuren@tno.nl**

## Rolambigüiteit in gezondheidsbevordering hoort bij het werk

Reinhard de Jong,<sup>1</sup> Jolanda Keijsers<sup>2</sup>

*Treffender kon het niet worden gezegd op het Nationaal congres gezondheidsbevordering en preventie begin 2009 over professionalisering: de gezondheidsbevorderaar die "als een kameleon driehoekjes rent tussen beleid, onderzoek en praktijk..."<sup>1</sup>*

Een kameleon heeft de eigenschap dat zijn kleur zich kan aanpassen aan wisselende omstandigheden. Dat is precies wat de huidige beroepsuitoefening vraagt: nieuwe uitdagingen maken het nodig dat gezondheidsbevorderaars andere en nieuwe competenties ontwikkelen.

De GVO-er van weleer die zich vooral bezig hield met het ontwikkelen en invoeren van gedragsgerichte gezondheidsinterventies is niet weg te denken. Maar onder invloed van het gedachtegoed uit het Ottawa Charter heeft de beroepsuitoefening zich geleidelijk verbreed en verdiept.<sup>2</sup> Gezondheidsbevordering streeft naar sociale en maatschappelijke veranderingen die moeten leiden tot meer gezondheid, met behulp van een mix van leefstijl- en omgevingsinterventies. Verbreding en verdieping is ook terug te zien in het instrumentarium dat gezondheidsbevorderaars tot hun beschikking hebben, o.m. het Referentiekader Gezondheidsbevordering.<sup>3</sup>

Nationale en internationale beschrijvingen van beroepsprofielen en van vereiste competenties vormen de opmaat voor de veranderde rol van gezondheidsbevordering.<sup>4-7</sup> Beleidsadvisering, pleitbezorging, bevorderen van afstemming en samenwerking, en het tonen van

leiderschap staan hierin vooraan in de lijst. Maar het geheel reflecteert onvoldoende de veranderende maatschappelijke context en ontwikkelingen die een nieuw en ander appèl doen op gezondheidsbevordering.

Waar de gezondheidsbevordering voor staat in de komende jaren zijn de door de NVPG geformuleerde acht opgaven (zie box).<sup>8</sup> Aan de professional worden daarbij, naast vakinhoudelijke kennis, andere rollen toegekend, zoals die van adviseur, coördinator, regisseur. Onderstreept wordt het belang van kunnen werken in netwerken, het samenwerken met andere partijen, ook buiten de sector, in ketens werken, en gevoeligheid voor politiek-bestuurlijke verhoudingen.

Werkgevers in de publieke gezondheid geven ook de voorkeur aan professionals, die juist over deze competenties beschikken, méér dan aan vakinhoudelijke kennis.<sup>9</sup>

In de discussie over professionalisering keren steeds veel vragen, twijfels en ook onzekerheid terug. Deels betreft dat de inhoud van de nieuwe rollen: moeten we dat allemaal kunnen; worden we langzamerhand organisatieadviseurs en wat is daar dan nog specifiek gezondheidsbevordering aan? Maar ook: hoe doen we dat dan, wat heb je daarvoor nodig?

Het Trendonderzoek Gezondheidsbevordering en Preventie laat ook zien dat gezondheidsbevorderaars knelpunten ervaren bij het bevorderen van participatie van doelgroepen, de intersectorale samenwerking, pleitbezorging, en het verkleinen van sociaal-economische verschillen.<sup>10</sup> Niet dat ze hun rol daarbij niet

onderkennen, maar meer de vraag hoe ze dat moeten realiseren.

### ROLAMBIGUÏTEIT IN GEZONDHEIDSBEVORDERING

De discussie over professionalisering kan in essentie worden samengevat in ervaren rolambigüiteit bij gezondheidsbevorderaars. Zowel de vakinhoudelijke ontwikkeling, als de verwachtingen die de externe ontwikkelingen aan de beroepsuitoefening stellen, geven niet een eenduidig en transparant beeld van het beroep.

Rolambigüiteit is de mate waarin medewerkers in organisaties onzeker zijn over wat hun functie en verantwoordelijkheden precies zijn. De ambigüiteit ontstaat als er discrepanties ontstaan tussen *rolzenders* en *rolontvangers* over de aard van de rolvulling.<sup>11</sup> Gezondheidsbevorderaars als rolontvangers hebben te maken met veel rolzenders: werkgevers, leidinggevenden, beroepsverenigingen, koepelorganisaties, collega-instellingen, lokale en landelijke overheid, de inspectie voor de gezondheidszorg, kennis- en onderzoeksinstituten, en zorg- en hulpverleners. Die hebben ieder hun eigen verwachtingen en boodschappen aan de gezondheidsbevorderaars. Dat er discrepanties ontstaan is dus niet zo verwonderlijk in een complexe en dynamische omgeving. Discrepanties in de rolvulling van gezondheidsbevorderaars hebben te maken met de ervaren betrekkelijke onduidelijkheid over de uit te voeren taken, vooral die rond de advies-, coördinatie-

<sup>1</sup> opleider/adviseur NSPOH, Amsterdam

<sup>2</sup> voorzitter NVPG, Woerden