

TNO-rapport

KvL/P&Z/2009.021

Kennissynthese van condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies

Datum 11 februari 2009

Auteur(s) J. Mikolajczak¹
K. Stals²
M.A.H Fleuren¹
E.J. de Wilde³
T.G.W.M. Paulussen¹

¹ TNO Kwaliteit van Leven, Leiden
² Nederlands Jeugdinstituut / NJi, Utrecht / Stichting Jeugdformaat, Rijswijk
³ Nederlands Jeugdinstituut / NJi, Utrecht

Opdrachtgever ZonMw

Projectnummer 031.13705/01.01

Aantal pagina's 70 (incl. bijlagen)

Bijlagen 5

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2009 TNO



Financiering

Dit project is gefinancierd door ZonMw: Programma Zorg voor Jeugd,
projectnummer 15702.0001

Dit project wordt mogelijk gemaakt door:



Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	5
1.1	Achtergrond van het project.....	5
1.2	Opdracht kennissynthese implementatiemogelijkheden in de jeugdsector.....	5
1.3	Vraagstellingen.....	6
1.4	Afbakening opdracht.....	6
2	Generiek model voor de invoering van vernieuwingen	7
2.1	Inleiding.....	7
2.2	Fasen in een innovatieproces	7
2.3	Analyse determinanten	9
2.4	Invoerstrategieën.....	9
2.5	Valkuilen bij (onderzoek naar) invoeringsprocessen.....	10
3	Methode	11
3.1	Literatuurstudie.....	11
3.2	Analyse jeugdzorginterventies.....	12
3.3	Raadpleging experts.....	15
4	Resultaten literatuurstudie	17
4.1	Inleiding.....	17
4.2	Beschrijving van de gevonden literatuur	17
4.3	Determinanten van het invoeringsproces.....	18
4.4	Invoerstrategieën.....	21
4.5	Kosten(effectiviteit).....	24
4.6	Infrastructuur voor invoering JGZ-richtlijnen	24
4.7	Samenvattende conclusie.....	27
5	Resultaten analyse interventies.....	28
5.1	Inleiding.....	28
5.2	Beschrijving van de geselecteerde interventies	28
5.3	Determinanten van het invoeringsproces.....	31
5.4	Invoerstrategieën.....	33
5.5	Infrastructuur voor invoering jeugdzorginterventies	36
5.6	Algemene succesfactoren en valkuilen.....	38
5.7	Samenvattende conclusie.....	40
6	Expertbijeenkomst.....	42
6.1	Inleiding.....	42
6.2	Beschrijving van de bijeenkomst.....	42
6.3	Bevindingen vanuit de expertbijeenkomst.....	42
6.4	Samenvattende conclusie.....	43
7	Discussie.....	44
7.1	Inleiding.....	44
7.2	Conclusies.....	44
7.3	Kritische kanttekeningen	46
7.4	Aanbevelingen	47
8	Literatuur	51

Bijlage(n)

A Overzicht van de gebruikte zoektermen in de literatuursearch

B Overzicht van determinanten en invoerstrategieën zoals die uit de reviews naar voren kwamen

C Overzicht van interventies, geïnterviewden en data

D Vragen voor de interviews over jeugdinterventies

E Geraadpleegde experts: deelnemers

1 Inleiding

1.1 Achtergrond van het project

Keer op keer blijkt dat het invoeren van vernieuwingen in de preventie en zorg een moeizaam proces is (Guldbrandson, 2008). Verschillende determinanten (factoren) beïnvloeden dit proces in positieve of negatieve zin en soms stagneert het hele proces zelfs. Onder vernieuwingen verstaan we interventies, programma's, richtlijnen en standaarden. Hoewel het aantal studies naar invoeringsprocessen in de gezondheidszorg de afgelopen 20 jaar enorm is toegenomen, is er nog steeds relatief weinig bekend over de condities voor succesvolle (landelijke) implementatie en borging van vernieuwingen. Bovendien is het bestaande gedachtegoed op het gebied van invoeringsprocessen nog lang geen gemeengoed (Fixsen e.a. 2005; Greenhalgh e.a. 2004; Plas e.a. 2007). Daarnaast blijken veel studies op dit relatief jonge onderzoeksterrein methodologische tekortkomingen te vertonen. Dat maakt de vergelijking van (uitkomsten van) invoeringsprocessen niet alleen moeilijk, maar kan ook leiden tot een verkeerde interpretatie van de uitkomsten (o.a. Greenhalgh e.a. 2004; Fleuren e.a. 2004a, 2006a).

Naar de condities voor succesvolle invoering van vernieuwingen in de jeugdsector is vrij weinig onderzoek verricht (Stals e.a.2008). Onder de jeugdsector vallen de jeugdgezondheidszorg, de jeugdzorg en het jeugdwelzijn. De implementatie van effectieve interventies binnen de *jeugdzorg* laat vooralsnog te wensen over (Van Yperen & Bakker 2008). De implementatie van standaarden/richtlijnen in de *jeugdgezondheidszorg* verloopt redelijk en inmiddels is er de nodige kennis en ervaring aanwezig over de condities voor de invoering en borging van deze JGZ-standaarden/richtlijnen (Fleuren 2007; Fleuren e.a. 2007; Fleuren e.a. 2006b, 2006c; Fleuren e.a. 2004a). Binnen het werkveld *jeugdwelzijn* zijn nagenoeg geen effectieve interventies ontwikkeld en ingevoerd.

1.2 Opdracht kennissynthese implementatiemogelijkheden in de jeugdsector

In het kader van de opdracht van het Ministerie voor Jeugd en Gezin, en naar aanleiding van het rapport 'Implementatie en borging van jeugdinterventies' (Van Yperen & Bakker 2008),

wil ZonMw (programma Zorg voor Jeugd) nagaan welke scenario's mogelijk zijn voor de inrichting van een implementatie-infrastructuur ten behoeve van de implementatie en borging van jeugdinterventies én richtlijnen voor professioneel handelen in de jeugdsector. Het is uitdrukkelijk de bedoeling hierbij aan te sluiten bij de kennis en ervaring binnen het ZonMw programma Richtlijnen Jeugdgezondheid dat samen met het Centrum Jeugdgezondheid werkt aan een eenduidige implementatie-infrastructuur voor de richtlijnen Jeugdgezondheidszorg. Alvorens tot de uitwerking van scenario'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 implementatiemogelijkheden in de jeugdsector. De kennissynthese omvat het systematisch in kaart brengen van veelbelovende en effectief-bewezen strategieën én structuren voor implementatie en borging van vernieuwingen in de jeugdsector. De kennissynthese dient als basis voor de organisatie(s) die in vervolg op deze opdracht scenario's voor de invoering van vernieuwingen in de jeugdsector zal/zullen ontwikkelen.

De in paragraaf 1.1 genoemde methodologische tekortkomingen van het beschikbare onderzoek zouden de vraag kunnen doen rijzen of het zinvol is de opdracht tot een

kennissynthese uit te voeren. Er zijn echter twee gegronde redenen om de opdracht wel uit te voeren. Ten eerste zijn de methodologische tekortkomingen veelal gesignaleerd in onderzoek dat plaatsvond vóór circa 2000. Het ligt in de rede dat sindsdien meer kwalitatief goed onderzoek heeft plaatsgevonden, juist vanwege toenemende publicaties over de systematische opzet van invoeringsprocessen en onderzoek daarna. Ten tweede is er nauwelijks onderzoek gedaan naar invoeringsprocessen in de jeugdsector. Dat gegeven op zich rechtvaardigt een nadere (kwalitatieve) analyse van beschikbare kennis in deze sector.

1.3 Vraagstellingen

De centrale vraagstellingen voor de kennissynthese zijn:

1. Welke (internationale) kennis is beschikbaar over het proces van implementeren en borgen van innovaties in de jeugdsector?
2. Welke kennis is beschikbaar over werkende infrastructuren voor implementatie en borging van kennis in de jeugdsector?

1.4 Afbakening opdracht

Voor deze kennissynthese hebben we ons conform de kaderstelling van het ZonMw programma Jeugd voor het werkveld jeugdzorg beperkt tot het verzamelen van informatie over implementatie en borging van interventies die zich richten op de psychische en sociale component van gezondheid zoals gedefinieerd door de WHO, inclusief emotioneel welbevinden. Voor het werkveld jeugdgezondheidszorg hebben we ons beperkt tot het verzamelen van informatie over implementatie en borging van standaarden/richtlijnen en voor het werkveld jeugdzorg tot interventies. Het werkveld jeugd welzijn is niet in de kennissynthese betrokken omdat er binnen dit werkveld nog nauwelijks effectieve interventies zijn ontwikkeld en ingevoerd.

Omdat er naar verwachting nauwelijks literatuur beschikbaar zal zijn over de invoering van innovaties in de jeugdsector en conform het verzoek van de opdrachtgever, kijken we breder naar implementatiekennis in de gezondheidszorg en eventueel andere wetenschapsgebieden. Vanwege de beperkte omvang van het project is in overleg met de opdrachtgever besloten de zoektocht in de literatuur te beperken tot reviews en meta-analyses en de informatieverzameling over invoering van interventies in de jeugdsector te beperken tot circa vijf interventies.

Omdat de interventies in de jeugdzorg mogelijk te weinig informatie zouden opleveren, zijn in het kader van de opdracht twee voorbeelden van succesvol ingevoerde vernieuwingen in de jeugdgezondheidszorg geanalyseerd. De analyses van de interventies in de jeugdzorg leverden echter voldoende informatie op om conclusies en aanbevelingen te kunnen doen. De voorbeelden uit de jeugdgezondheidszorg voegden daar geen nieuwe informatie aan toe. Daarnaast zijn de jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg op een aantal punten niet vergelijkbaar.

Daarom is achteraf besloten de twee vernieuwingen in de jeugdgezondheidszorg niet in het rapport op te nemen.

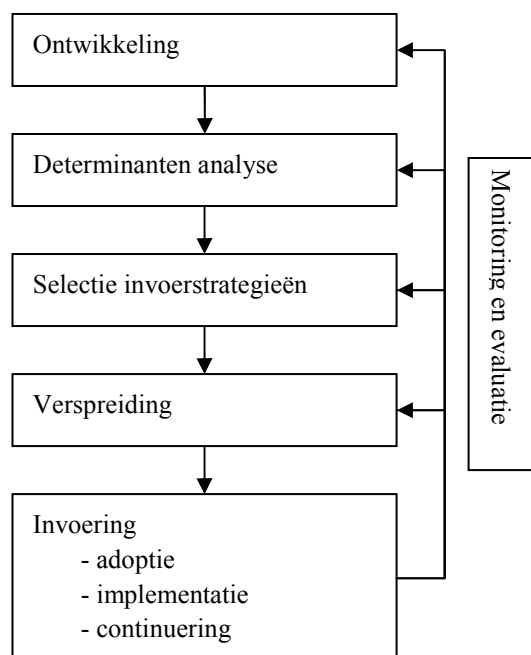
2 Generiek model voor de invoering van vernieuwingen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het innovatieproces kort toegelicht, en wordt een generiek model voor de invoering van vernieuwingen beschreven. Dit model vormde het raamwerk voor de verdere uitvoering van de kennissynthese, in het bijzonder voor het analyseren van de gevonden literatuur en de geselecteerde interventies.

2.2 Fasen in een innovatieproces

Het invoeren van een vernieuwing - bijvoorbeeld een nieuwe interventie, richtlijn of een nieuw protocol – kan beschouwd worden als een onderdeel van het gehele innovatieproces (zie figuur 1). Dit is een cyclisch proces dat idealiter bestaat uit de ontwikkeling van de vernieuwing, een analyse van de determinanten van gebruik van de vernieuwing bij de beoogde gebruikers, de inzet van invoeringstrategieën die aansluiten bij de gevonden determinanten en de verspreiding van de vernieuwing onder de beoogde doelgroep van gebruikers van de vernieuwing. Daarna volgt het eigenlijke invoeringsproces waarin eveneens een aantal fasen onderscheiden kunnen worden (zie figuur 2). Tot slot moet het begeleidende evaluatieonderzoek duidelijk maken of het resultaat van het innovatieproces voldoet aan de verwachtingen.



Figuur 1. Het innovatieproces

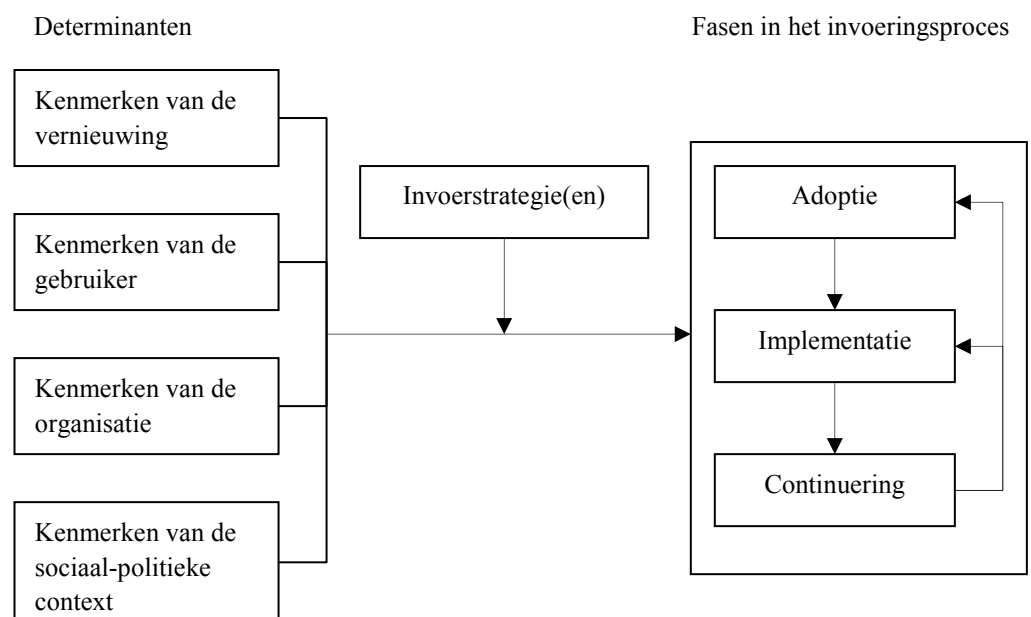
Met het oog op het succesvol invoeren van een vernieuwing is het van cruciaal belang dat de beoogde gebruikers van de vernieuwing op de hoogte zijn van het bestaan ervan. Verspreiding is dus een eerste, strikt noodzakelijke maar op zich onvoldoende voorwaarde voor het succesvol invoeren van een vernieuwing. De manier waarop aan de verspreiding vorm wordt gegeven kan variëren van diffusie tot actieve disseminatie. Dit laatste houdt in dat er actieve, gerichte pogingen ondernomen worden om de vernieuwing onder de aandacht te brengen bij de beoogde gebruikers ervan,

bijvoorbeeld via reclamecampagnes, informatieve bijeenkomsten of inter-persoonlijke voorlichting. Diffusie verwijst naar een min of meer natuurlijke, niet gericht geplande verspreiding van een vernieuwing.

Er wordt in deze kennissynthese uitgegaan van een generiek model voor de invoering van vernieuwingen. Het model moet beschouwd worden als een denkmodel dat gebaseerd is op verschillende theorieën, en in het verleden meermaals succesvol in de praktijk is toegepast en uitgetest (Fleuren e.a. 2004a, 2006a). Het model stelt het perspectief van de beoogde gebruiker van de vernieuwing centraal.

De eerste fase van het invoeringsproces is de adoptie fase waarin de beoogde gebruiker kennis neemt van de vernieuwing en besluit om al dan niet met de vernieuwing te gaan werken. Dit is een mentaal proces waarbij de beoogde gebruiker de vernieuwing zal bekijken en een positieve of negatieve intentie tot gebruik van de vernieuwing ontwikkelt. Daarna probeert de gebruiker daadwerkelijk met de vernieuwing te werken en gaat hij/zij ervaren of deze voor hem/haar in de praktijk uitvoerbaar is (implementatie). Tenslotte is het de bedoeling dat het werken met de vernieuwing onderdeel van de dagelijkse routine wordt (continuering) bij de gebruiker.

Onderstaande figuur laat zien dat ook het invoeringsproces cyclisch is. Slechte ervaringen met de vernieuwing in de dagelijkse praktijk kunnen er bijvoorbeeld de oorzaak van zijn dat een gebruiker terugkomt op zijn/haar eerder genomen (adoptie)beslissing om met de vernieuwing te gaan werken (Logan & Graham 1998).



Figuur 2 Generiek model voor het invoeren van vernieuwingen (Fleuren e.a. 2004a, 2006a)

2.3 Analyse determinanten

In elke fase van het invoeringsproces kunnen er complicaties optreden waardoor de invoering van een vernieuwing stagneert. Verschillende determinanten kunnen van invloed zijn op dit proces en zijn onder te verdelen naar kenmerken van:

- de vernieuwing zélf, bijvoorbeeld gebruiksgemak, helderheid, voordeel of relevantie;
- de (toekomstige) gebruiker van de vernieuwing, bijvoorbeeld kennis en vaardigheden, attitude en taakopvatting;
- de organisatie waarin de vernieuwing wordt ingevoerd, bijvoorbeeld de besluitvormingsstructuur, de bezettingsgraad of de beschikbare tijd;
- de sociaal-politieke omgeving, bijvoorbeeld medewerking van cliënten/ patiënten/ ouders/ kinderen, medewerking van verwijzers of wet- en regelgeving, financiering of materiele voorzieningen;

2.4 Invoerstrategieën

Een invoerstrategie verwijst naar een geheel van activiteiten, dat systematisch en planmatig is ontwikkeld met het oog op het bevorderen van de intentie tot gebruik, daadwerkelijk gebruik en continuering van gebruik bij de beoogde gebruikers van een vernieuwing. Om de kans op succesvolle invoering van een vernieuwing te maximaliseren dient een invoerstrategie te worden ontwikkeld die aangrijpt op de belangrijkste determinanten van het invoeringsproces. Daarom moet een analyse van determinanten plaatsvinden onder de beoogde gebruikers van een vernieuwing vóórdat deze definitief is en verspreid wordt. Vervolgens kunnen invoerstrategieën toegesneden worden op de uitkomsten van deze analyse (Paulussen 1994; Bartholomew e.a. 2006; Grol & Wensing 2006; Fleuren e.a., 2004a, 2006a). Wanneer dit niet wordt gedaan, loopt men de kans een strategie in te zetten die aangrijpt op een niet-relevante determinant en voorbij gaat aan een of meerdere determinanten die er wel toe doen (Fleuren e.a. 2004a, 2006a).

In algemene zin kan gezegd worden dat bij de invoering van vernieuwingen het beste gebruik kan worden gemaakt van een combinatie van een top-down en een bottom-up benadering waarbij het creëren van draagvlak bij de gebruikers een belangrijke rol inneemt (o.a. Rogers 2003). In ieder geval gaat het om de volgende zaken (Paulussen 1994; Paulussen & Wiefferink 2003; Fleuren e.a. 2006a; Fleuren e.a. 2007):

- Het ontwikkelen van effectieve en bruikbare materialen die de beoogde gebruikers voorzien van concrete en eenduidige handelingsvoorschriften. Het gaat hier dus onder andere om de verschillende onderdelen van een vernieuwing (ontwikkelingsfase).
- Het actief promoten van de vernieuwing, aangepast aan de omstandigheden van de beoogde gebruiker via communicatie over de vernieuwing, zowel massamediale als inter-persoonlijke communicatie (adoptiefase).
- Training en coaching bij het eerste gebruik van de vernieuwing en het vervolgebruik, aangepast aan de omstandigheden en het niveau van de beoogde gebruiker (implementatiefase). Met het oog op volgend gebruik, is het belangrijk om ervoor te zorgen dat de eerste ervaring bij het werken met de vernieuwing positief is.
- Bevorderen dat de beoogde gebruikers van de vernieuwing ervaringen kunnen uitwisselen en van elkaars ervaringen kunnen leren. Zorgen dat er support is op organisatieniveau, dat de vernieuwing in het beleid van de organisatie wordt

opgenomen en dat het werken met de vernieuwing wordt gemonitord en geëvalueerd (implementatie- en continueringsfase).

- Het inrichten van een ondersteuningsstructuur die de uitwisseling van informatie en de ondersteuning van landelijk niveau naar regionaal niveau en de individuele gebruiker mogelijk maakt.

2.5 Valkuilen bij (onderzoek naar) invoeringsprocessen

In de praktijk van het invoeren van vernieuwingen gaat het vaak op een aantal punten mis (Fleuren e.a. 2002a, 2004a). Een eerste valkuil betreft het inzetten van een invoerstrategie, zonder dat vooraf een determinantenanalyse is gedaan. Daarbij loopt men de kans dat de strategie niet aangrijpt op de determinanten die bij deze specifieke vernieuwing, gebruikers en context een rol spelen.

Een tweede punt waarop het mis gaat is dat er wel voorafgaand aan de invoering een determinantenanalyse is uitgevoerd, maar dat vervolgens een invoerstrategie wordt gekozen die niet aansluit bij de bevindingen ervan. Daarnaast blijkt dat er zelden gebruik wordt gemaakt van theorieën over (gedrags)verandering voor het ontwerp van een invoerstrategie (Fleuren e.a. 2002a, 2004a).

Een valkuil van andere orde is dat bij onderzoek naar de invoering van vernieuwingen alleen de mensen die de vernieuwing niet gebruiken, gevraagd wordt naar de redenen hiervoor. Dat kan een vertekend beeld opleveren van determinanten die doorslaggevend zijn bij het al dan niet gebruiken van een vernieuwing. Wanneer bijvoorbeeld zowel gebruikers als niet-gebruikers van een vernieuwing aangeven dat tijdgebrek een probleem is, dan is de vraag of dit een doorslaggevende determinant is. Want ondanks het feit dat de gebruikers geen tijd hebben, handelen ze toch volgens de vernieuwing. Misschien zijn andere zaken, bijvoorbeeld het effect van de vernieuwing voor de patiënt/cliënt, relatief veel belangrijker voor deze gebruikers. Daarmee is dus de vraag of tijdgebrek een werkelijke doorslaggevende determinant is bij de niet-gebruikers (Fleuren e.a. 2002a, 2004a).

Tenslotte blijkt dat de mate van gebruik van een vernieuwing in onderzoek op zeer verschillende wijze wordt bepaald. Zo wordt onder andere de omvang van het gebruik gemeten (hoeveel onderdelen van de vernieuwing zijn gebruikt), de frequentie van gebruik (hoe vaak wordt de vernieuwing gebruikt), en de intensiteit van het gebruik (door hoeveel personen wordt de vernieuwing gebruikt) (Fleuren e.a. 2002a). Dit betekent dat uitkomsten van studies niet vergelijkbaar zijn, omdat de gevonden mate van gebruik afhankelijk is van hoe deze is gemeten. Een onderzoek waarin bijvoorbeeld aan één persoon in de organisatie is gevraagd of de vernieuwing wordt gebruikt, zal andere uitkomsten genereren dan wanneer in dezelfde organisatie het gebruik is gemeten per onderdeel van de vernieuwing en bij een substantiële groep van gebruikers (Fleuren e.a. 2002a, 2004a).

3 Methode

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke kennis is verzameld, op welke wijze dat is gebeurd en hoe deze kennis vervolgens geanalyseerd is. De kennis is verzameld via drie bronnen: een literatuurstudie (3.1), een analyse van de invoering van zeven jeugdzorginterventies (3.2), en het raadplegen van experts (3.3). Het analyseren en rapporteren van de bevindingen in de literatuurstudie en over de geselecteerde interventies is gebeurd op basis van het generieke model voor de invoering van vernieuwingen dat in hoofdstuk twee werd beschreven (zie Figuur 2). Voor wat betreft het rapporteren van de bevindingen uit de literatuurstudie is een onderscheid gemaakt tussen de drie fasen van het invoeringsproces: adoptie, implementatie en continuering.

3.1 Literatuurstudie

3.1.1 *Zoekstrategie en inclusiecriteria*

De literatuur voor deze kennissynthese werd in samenwerking en in overleg met een gekwalificeerde documentalist van TNO Kwaliteit van Leven verzameld. De volgende elektronische databases werden hiervoor geraadpleegd:

- PsychInfo
- Medline
- PICA
- Cochrane systematic reviews: volledige database op basis van titels doorzocht

Het zoekproces werd ingeperkt tot deze databases omdat uit een eerdere reviewstudie bleek dat ze de meest relevante informatie opleverden voor wat betreft het invoeren van vernieuwingen op het gebied van de zorg en preventie (Fleuren e.a. 2002a). Een database die eveneens gebruikt zou worden (CHID), bleek inmiddels opgeheven.

Inclusiecriteria die gehanteerd werden waren:

1. Publicatiejaar: alleen (inter)nationale publicaties vanaf 2000 kwamen in aanmerking voor inclusie omdat een eerder uitgevoerde reviewstudie (Fleuren e.a. 2002a) vergelijkbare literatuur tot 2000 beschrijft. Op die manier werd voorkomen dat het werk uit de eerder uitgevoerde reviewstudie werd overgedaan.
2. Publicatietype: alleen reviews of meta-analyses over de invoering van vernieuwingen op het gebied van de zorg en preventie kwamen in aanmerking voor inclusie, omdat de aard en omvang van het project niet toeliet om vanuit individuele studies over invoeringsprocessen invulling te geven aan de literatuurstudie binnen deze kennissynthese.
3. Onderwerp: alleen publicaties die empirische gegevens bevatten over invoerstrategieën en/of over determinanten van het invoeringsproces van vernieuwingen in de preventie en de zorg kwamen in aanmerking voor inclusie.

Het zoekproces kan worden opgedeeld in twee fasen. In de eerste fase zijn bovengenoemde databases (Psychinfo, Medline en PICA) systematisch doorzocht aan de hand van relevante zoektermen (zie bijlage A), die voor elk van de databases vertaald werden naar hun overeenkomstige Mesh term (Medical Subject Heading). Indien bleek dat een zoekterm geen overeenkomstige Mesh term had, werd deze als “vrije tekst” in het zoekproces betrokken. Het zoekproces werd vervolgens systematisch verfijnd door de zoektermen aan de hand van AND en OR met elkaar te combineren tot een geschikte zoekstrategie.

Hoewel via deze zoekstrategie in totaal 158 artikelen werden gevonden, bleek uit nadere analyse dat ze niet voldeden aan de inclusiecriteria. Daarom is besloten om de relevante informatie in bovengenoemde databases te ontsluiten door middel van de sneeuwbal methode. Op basis van de naam (zie bijlage A) van bekende en vooraanstaande auteurs op het gebied van invoeringsprocessen in de preventie en de zorg werd gezocht naar relevante reviews of meta-analyses. Op basis van de referentielijst van potentieel relevante artikelen die op deze manier werden gevonden, werd verder gezocht naar aanvullende publicaties op dit terrein.

Op deze manier werden in totaal 87 potentieel relevante artikelen geïdentificeerd. Deze zijn vervolgens op basis van titel en abstract, onafhankelijk van elkaar beoordeeld door twee van de auteurs (JM en MF). Dit leverde een eerste selectie op van 36 artikelen die in aanmerking kwamen voor inclusie in de kennissynthese. Deze artikelen zijn vervolgens opgevraagd, zodat op basis van de volledige tekst besloten kon worden of ze al dan niet werden opgenomen in de kennissynthese. Uiteindelijk zijn 13 van deze artikelen opgenomen in deze kennissynthese (zie tabel 4.1 in hoofdstuk 4).

3.1.2 *Analyses*

Bij het rapporteren van de bevindingen uit de meta-analyses en reviews, is de kwaliteitsbeoordeling die de auteurs van de betreffende publicaties zélf toekenden aan de individuele studies, leidend geweest. Hun conclusies werden dus overgenomen, zonder check van de individuele studies. De auteurs deelden de individuele studies in hun metaanalyse en review meestal in naar kwalitatief goede en kwalitatief minder goede studies. Ook deze indicatie is overgenomen, zonder verdere check van de individuele studies. In de samenvattende tabellen met resultaten (zie bijlage B) is een indicatie gegeven voor de kwaliteit van de empirische evidentie voor (of tegen) een bepaalde bevinding (zie tabel 1 in bijlage B). Verder maakten de meeste auteurs een onderverdeling naar fasen waarin een determinant of invoerstrategie van invloed is. Ook hierbij is de onderverdeling die de auteurs zélf gaven, overgenomen.

Omdat de auteurs van de meta-analyses en reviews verschillende termen gebruikten voor dezelfde invoerstrategieën (en omgekeerd) en omdat sommige auteurs interventies benoemden als invoerstrategie of invoerstrategieën als determinant, werd besloten alle invoerstrategieën zoveel mogelijk conform één begrippenkader in te delen. Hierbij werd waar mogelijk aangesloten bij de Cochrane taxonomie en een Nederlands begrippenkader (Plas e.a. 2007; www.epoc.cochrane.org). Dit was echter niet altijd mogelijk omdat de bestaande begrippenkaders een indeling gebruiken naar gebruiker, organisaties, maatschappij etcetera en in deze kennissynthese een indeling is gemaakt naar fasen van het invoeringsproces. Drie auteurs (JM, MF en TP) deelden de invoerstrategieën onafhankelijk van elkaar in en verschillen werden besproken waarna op basis van consensus een toekenning plaatsvond.

3.2 **Analyse jeugdzorginterventies**

In het kader van de kennissynthese is het invoeringsproces van zeven jeugdzorginterventies geanalyseerd. Aan de hand van (grijze) literatuur en interviews met betrokkenen bij de invoering is er gezocht naar informatie over de verspreiding, adoptie, implementatie en continuering van de betreffende zeven interventies.

3.2.1 *Keuze van de interventies*

In verband met de omvang van de onderzoeksopdracht zijn er in eerste instantie zes interventies geselecteerd voor nadere analyse. Deze zijn aan de hand van verschillende uitgangspunten geselecteerd. Ten eerste is er gezocht naar variëteit in effectiviteit en

brede verspreiding van de interventie, aan de hand van de onderstaande matrix (figuur 3). Daarbij ging vooral de interesse uit naar cel A, B en C. Waarbij interventies die in cel A horen, interventies zijn die effectief zijn volgens de Databank Effectieve Jeugdinterventies en die breed verspreid zijn over de jeugdsector in Nederland. Cel B zijn interventies die (nog) niet effectief zijn volgens de Databank Effectieve Jeugdinterventies, maar wel breed verspreid in de praktijk. Interventies in cel C zijn effectief, maar zijn nog niet breed verspreid in de praktijk. De verwachting hierbij was dat interventies uit cel A en B vooral als voorbeeld kunnen dienen voor hoe interventies breed verspreid kunnen worden en interventies uit cel C zouden kunnen illustreren waarom verspreiding moeizaam verloopt.

Verspreiding in de praktijk:	Effectiviteitsstatus:	
	Effectief	Niet effectief
Breed verspreid	A	B
Niet breed verspreid	C	D

Figuur 3 Matrix effectiviteit en verspreiding van interventies

Ten tweede is er getracht zo veel mogelijk variëteit in werkveld, doel van de interventie en de doelgroep aan te brengen in de selectie. Op deze manier zou er ondanks het geringe aantal interventies dat geanalyseerd kon worden toch een breed beeld van de invloed van determinanten en de inzet van invoerstrategieën in de gehele jeugdsector verkregen kunnen worden.

Om aan deze twee uitgangspunten te voldoen, is een aantal sleutelfiguren bij het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) gevraagd interventies aan te dragen die in de verschillende cellen zouden passen en tegemoetkomen aan de wens van variëteit. Op basis van de suggesties die deze sleutelfiguren hebben gedaan, zijn zes verschillende interventies gekozen, welke ter beoordeling zijn voorgelegd aan de experts. Het betreft de interventies ‘Taakspel’, ‘Families First’, ‘Stevig Ouderschap’, ‘Zelfcontrole’, ‘Themabijeenkomsten Opvoeden in Beeld’ en ‘Gestandaardiseerde individuele opvoedingsvoorlichting in de JGZ’.

Deze zes geselecteerde interventies zijn vervolgens voorgelegd aan een aantal experts, die zijn aangedragen voor deelname aan de expertbijeenkomst van deze kennissynthese (zie 3.3). Hen is gevraagd commentaar te geven op de gekozen interventies. Aan deze experts is met nadruk gevraagd suggesties te leveren voor interventies die effectief zijn, maar slechts matig verspreid. De experts waren overwegend positief over de zes geselecteerde interventies. Omdat uit deze procedure bleek dat er geen goed en vooral geen eenduidig zicht was op de verspreiding van de diverse interventies, is ervoor gekozen de verspreiding niet meer als uitgangspunt bij de selectie te hanteren.

Twee van de geselecteerde interventies ‘Themabijeenkomsten Opvoeden in Beeld’ en ‘Gestandaardiseerde individuele opvoedingsvoorlichting in de JGZ’ werden afgeraden door de experts, omdat deze achterhaald zouden zijn of niet meer zouden bestaan. Dit waren de interventies die niet effectief, maar wel breed verspreid zouden zijn. Nu dit, op voorspraak van de experts, niet zo bleek te zijn, zijn deze geëxcludeerd.

De experts droegen nog twaalf andere interventies en twee richtlijnen aan. De twee richtlijnen zijn geëxcludeerd voor de interviews omdat er reeds veel kennis beschikbaar was over de invoering van richtlijnen (Fleuren e.a., 2006). Van de twaalf aangedragen interventies zijn er elf opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies. De enige die niet opgenomen was in de Databank, is geëxcludeerd. Van de overige elf werd

‘Triple P’ meerdere malen gesuggereerd als interessante interventie. Deze is daarom toegevoegd aan de lijst met te analyseren interventies. ‘Armoede en gezondheid van kinderen’ en ‘Bemoeizorg in de JGZ’ werden genoemd als effectieve interventies, die nog niet breed verspreid waren. Ook deze zijn toegevoegd. Wat betreft de overige interventies was het oordeel van auteurs (EW, KS) dat deze betreft doel, doelgroep en werkveld geen grote meerwaarde vertegenwoordigen voor de bestaande selectie. Dat brengt het aantal te analyseren interventies op zeven, in tabel 3.1 staan deze interventies kort benoemd en getypeerd.

Tabel 3.1 Overzicht van de interventies die geïncludeerd en geëxcludeerd werden in de kennissynthese

Interventie		Effectiviteit*	Werkveld	Doelgroep	Doel
1. Taakspel	Inclusie	Effectief	Onderwijs	Leerkrachten, leerlingen groep 4-8	Preventief
2. Families First	Inclusie	Effectief	Jeugdzorg	Hulpverleners, gezinnen met kinderen 0-18 jr	Curatief
3. Stevig ouderschap	Inclusie	Deels effectief	JGZ	Verpleegkundigen, ouders van baby's 0-18 maanden	Preventief
4. Zelfcontrole	Inclusie	Deels effectief	Jeugdzorg Jeugd-GGZ	Hulpverleners, kinderen 9-12 jr, (ouders, leerkracht)	Curatief
5. Triple P	Inclusie	In theorie effectief	Jeugdwelzijn, JGZ, Jeugdzorg	Verpleegkundigen en hulpverleners, ouders van kinderen 0-18 jr	Preventief (curatief)
6. Bemoeizorg in de JGZ	Inclusie	In theorie effectief	JGZ	Verpleegkundigen, ouders van kinderen 0-16 jr en jongeren 16-19 jr	Preventief
7. Armoede en gezondheid van kinderen	Inclusie	In theorie effectief	JGZ	Verpleegkundigen, ouders van kinderen 0-12 jr	Preventief
Themabijeenkomsten Opvoeden in beeld	Exclusie	Niet opgenomen	jeugdwelzijn	(allochtone) ouders van kinderen vanaf 6 jaar	Preventief
Gestandaardiseerde individuele opvoedingsvoorlichting in de JGZ	Exclusie	Niet opgenomen	JGZ	Verpleegkundigen	Preventief

* volgens de Databank Effectieve Interventies, november 2008

(www.jeugdinterventies.nl)

3.2.2 Analyse van de beschikbare informatie

Na selectie van de interventies is er gezocht naar beschikbare literatuur over de invoering, waarbij zowel naar wetenschappelijke literatuur (onderzoeksartikelen) als naar grijze literatuur (rapporten, verslagen, handleidingen) is gezocht. Er is gezocht via de elektronische databases Ebsco en Picarta met als zoekterm de naam van de interventie (eventueel de engelse equivalent), in combinatie met namen van ontwikkelaars en onderzoekers. Daarnaast is er ook via websites van het NJi en websites van de interventies zelf gezocht naar literatuur en zijn de betrokkenen die

geïnterviewd werden over de implementatie van de interventie gevraagd om relevante literatuur te benoemen.

Dit heeft geresulteerd in achttien stukken, waarvan zeven beschrijvingen van de interventies uit de Databank Effectieve Jeugdinterventies, vijf artikelen uit peer-reviewed wetenschappelijke tijdschriften en zes overige literatuurstukken, waaronder een proefschrift, een kwaliteitshandleiding, twee handboeken en twee proces-evaluaties.

De literatuur over de invoering van de geselecteerde interventies diende als voorbereiding op de interviews. Aan de hand van een semi-gestructureerd open interview is voor elke interventie met een betrokkene bij de ontwikkeling en/of invoering gesproken. In bijlage C staat een overzicht van de respondenten en de data waarop met hen gesproken is. In de interviews kwamen de verschillende fasen van het invoeringsproces aan de orde, waarbij steeds aandacht was voor de determinanten die een rol hebben gespeeld bij de invoering en de invoerstrategieën die gekozen zijn. Hierbij was in het bijzonder ook aandacht voor de ontwikkeling van de interventie. Doel van de interviews was om per interventie te kijken wat als meer of minder belangrijke determinanten en strategieën naar voren gebracht zou worden door de betrokkenen. Dit is open gehouden, er is geen lijst met determinanten en invoerstrategieën gebruikt die is nagelopen met de geïnterviewden. In bijlage D staat een overzicht van de vragen die aan de orde zijn gekomen.

Zowel de literatuur als de interviews zijn gescoord aan de hand van gestandaardiseerde formulieren, waardoor een overzichtelijk beeld ontstaan is van de determinanten die meespelen in de verschillende fasen van het invoeringsproces en de gekozen invoerstrategieën. Een conceptverslag van het hoofdstuk over de interviews is aan de betrokkenen opgestuurd, waarna zij de mogelijkheid kregen om commentaar te leveren. Opmerkingen zijn in het rapport verwerkt.

3.3 Raadpleging experts

Raadpleging van de experts vond plaats op twee momenten: tijdens een email-consultatie en tijdens een expertbijeenkomst. Er werd door de projectgroep een lijst met 27 deskundigen opgesteld met kennis over het jeugdveld en/of implementatie en borging van innovaties. Zij werden benaderd via email en nagebeld indien er geen reactie op de email kwam. Zij kregen de uitnodiging om te reageren op het conceptrapport en om aanwezig te zijn bij de expertbijeenkomst. Uiteindelijk hebben 23 experts gereageerd en/of deelgenomen aan de bijeenkomst (zie bijlage E).

3.3.1 Consultatieronde

Twaalf experts gaven aan te willen meewerken aan de consultatieronde. Bij de email die zij vervolgens ontvingen werden twee documenten bijgevoegd, namelijk een stuk over de keuze van de literatuur en een document over de rationale voor de keuze van de te beschrijven interventies. Aan de deelnemers werd een aantal vragen gesteld over de volledigheid van de literatuur en de keuze van de interventies. Door 7 deelnemers werden er toevoegingen gegeven op het literatuuroverzicht. Na toetsing aan de criteria (3.1.1) werden geen nieuwe studies toegevoegd. Door de deelnemers werd commentaar gegeven op de gekozen interventies, waarna er twee interventies uit de eerste selectie geschrapt zijn en nog eens drie interventies zijn toegevoegd.

3.3.2 *Expertbijeenkomst*

Van de 27 experts die werden uitgenodigd voor de bijeenkomst gaven 12 aan mee te zullen doen. Vervolgens werden op grond van suggesties nog eens 3 belangstellenden (vanuit de opdrachtgever en de uitvoerders van de vervolgoopdracht) uitgenodigd voor deelname. De deelnemers werd voorafgaand en tijdens de bijeenkomst gevraagd een reactie te geven op de conceptrapportage en suggesties voor toevoeging of verandering. Daarnaast werden de consequenties voor (invulling van en beantwoording van) de vervolgoopdracht besproken en kwam een aantal thema's ter tafel die tot dan toe onvoldoende in de rapportage terugkwamen. De bijeenkomst werd voorgezeten door een onafhankelijke voorzitter van het NJi. Het conceptverslag van de bijeenkomst werd aan de deelnemers verstuurd met het verzoek de weergave van de eigen bijdrage te controleren. Opmerkingen werden verwerkt in dit rapport.

4 Resultaten literatuurstudie

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de bevindingen beschreven vanuit de literatuurstudie met betrekking tot de determinanten die van invloed zijn op het invoeringsproces (4.3) en de effectiviteit van verschillende invoerstrategieën (4.4) (vraagstelling 1). Hoewel geen expliciete vraagstelling, is op verzoek van de opdrachtgever ook gekeken of er iets bekend is over de kosten die de invoering van vernieuwingen met zich meebrengen (4.5). Verder worden de bevindingen beschreven wat betreft de opzet en werkzaamheid van een infrastructuur in de jeugdgezondheidszorg voor de invoering van de JGZ-richtlijnen (4.6) (vraagstelling 2). Tenslotte wordt een samenvattende conclusie gegeven (4.7). Het hoofdstuk start met een beschrijving van de geïncludeerde literatuur (4.2).

4.2 Beschrijving van de gevonden literatuur

In totaal werden 13 reviews of meta-analyses geïncludeerd. Eén studie had expliciet betrekking op de kosten van innovatieprocessen. De overige studies hadden als hoofdonderwerp het effect van invoerstrategieën (n=9), het effect van determinanten (n=1) of het effect van invoerstrategieën én determinanten (n=2). Bij het merendeel van de studies waren de intermediaire gebruikers zorgverleners in brede zin (n=10). In meer dan de helft van de studies was de vernieuwing gericht op een algemene (patiënten)populatie (n=8). Met uitzondering van twee studies, hadden de invoerstrategieën allemaal betrekking op gedragsverandering bij individuele zorgverleners en was de vernieuwing veelal een protocol of richtlijn. In tabel 4.1 wordt een beschrijving van de verschillende studies gegeven.

Tabel 4.1. Overzicht van de reviews en meta-analyses die geïncludeerd werden in de kennissynthese

Eerste auteur	Jaar	Type Publicatie	aantal studies in review	Intermediaire gebruiker	Eindgebruiker	Focus
[1] Greenhalgh	2004	Systematische review	495	Medewerkers in gezondheidsorganisaties en deels organisaties buiten de gezondheidszorg	Algemene (patiënten) populatie	Invoerstrategie, determinanten
[2] Fleuren	2002	Systematische review	57	Medewerkers in gezondheidsorganisaties	Algemene (patiënten) populatie	Determinanten, (zijdelings invoerstrategie)
[3] Grimshaw	2006	Systematische review	235	Zorgverleners	Algemene patiënten populatie	Invoerstrategie, (zijdelings kosten)
[4] Schouten	2008	Systematische review	12	Zorgverleners	Algemene patiënten populatie	Invoerstrategie
[5] Smolders	2008	Systematische review	24	Zorgverleners	Patiënten met angststoornissen	Invoerstrategie

Eerste auteur	Jaar	Type Publicatie	aantal studies in review	Intermediaire gebruiker	Eindgebruiker	Focus
[6] Chaillet	2006	Systematische review	33	Verloskundigen	Zwangere vrouwen	Invoerstrategie
[7] Francke	2008	Systematische Meta-review	12	Zorgverleners	Algemene patiënten populatie	Invoerstrategie, determinanten
[8] Prior	2008	Synthese van systematische reviews	33	Zorgverleners	Algemene (patiënten) populatie	Invoerstrategie, (zijdelings determinanten en kosten)
[9] Grimshaw	2004	Systematische review	235	Zorgverleners	Algemene patiënten populatie	Invoerstrategie, (zijdelings kosten)
[10] Akbari	2008	Systematische review	17	Eerste- en tweedelijns artsen	Algemene patiënten populatie	Invoerstrategie
[11] Dulko	2007	Systematische review	16	Verpleegkundigen	Kankerpatiënten	Invoerstrategie
[12] Shojania	2006	Systematische meta-regressie analyse	58	Zorgverleners	Diabetes type 2 patiënten	Invoerstrategie
[13] Vale	2007	Systematische review	63			Kosten

4.3 Determinanten van het invoeringsproces

Er zijn drie reviews gevonden die gaan over de invloed van determinanten op het invoeringsproces van vernieuwingen, namelijk die van Greenhalgh e.a. (2004) [1], Fleuren e.a. (2002a, 2004a, 2006a) [2], en Francke e.a. (2008) [7]. In de review van Prior e.a. 2008 [8] komen zijdelings determinanten aan de orde. In de tabellen 2 tot en met 6 (zie bijlage B) is een overzicht van de bevindingen terug te vinden. Voor sommige begrippen in de tekst en de tabellen, zoals ‘trialability’, is nauwelijks een Nederlandse vertaling te geven. In die gevallen is ervoor gekozen om gebruik te maken van de Engelstalige terminologie (zie begrippenlijst).

4.3.1 Kenmerken van de vernieuwing

Tabel 2 (zie bijlage B) geeft een overzicht van de kenmerken van de vernieuwing, die gerelateerd zijn aan het invoeringsproces van vernieuwingen. Rogers (2003), beschrijft vijf algemene karakteristieken die hierop van invloed zijn: het relatieve voordeel van een vernieuwing; de compatibiliteit van de vernieuwing met de normen, waarden, ervaringen, overtuigingen en behoeften van de toekomstige gebruiker; de complexiteit van een vernieuwing; de mate waarin een vernieuwing uitgetoetst kan worden; en de mate waarin de effecten van het gebruik van de vernieuwing observeerbaar en waarneembaar zijn voor de toekomstige gebruiker. Greenhalgh e.a. (2004) [1] en Fleuren e.a. (2004a, 2006a) [2] concluderen dat er uitgebreid bewijs is dat de attributies van de (toekomstige) gebruiker met betrekking tot deze vijf kenmerken van de vernieuwing van invloed zijn op de mate van adoptie en in veel gevallen ook op de mate van gebruik. Daarnaast concluderen ze dat de attractiviteit van een vernieuwing van invloed is op de adoptie. Voor het merendeel van deze kenmerken geldt dat ze

herhaaldelijk in kwalitatief goed ontworpen studies worden teruggevonden. Relatief voordeel is volgens Greenhalgh e.a. een sine qua non voor adoptie. De (negatieve) invloed van de complexiteit van een richtlijn op de implementatie ervan werd gerapporteerd door Francke e.a. (2008) [7] en door Prior e.a. (2008) [8], evenals de compatibiliteit van een richtlijn met de bestaande normen en waarden van de toekomstige gebruiker (Francke e.a. 2008). Overige kenmerken van de vernieuwing zoals de mate waarin ze gebaseerd is op wetenschappelijke evidentie, en de mate waarin de (toekomstige) gebruikers betrokken waren bij de ontwikkeling ervan kwamen bij Francke e.a. (2008) soms wel en soms niet naar voren als kenmerken die de implementatie van richtlijnen beïnvloeden, terwijl uit de review van Prior (2008) naar voren kwam dat beide aspecten de implementatie van richtlijnen bevorderen.

Zowel Greenhalgh e.a. als Fleuren e.a. wijzen er op dat de invloed van bovengenoemde kenmerken afhankelijk is van de perceptie van de (toekomstige) gebruiker. De invloed wordt dus bepaald door de interactie van de vernieuwing, de (toekomstige) gebruiker en de context. Overigens is er vaak geen zicht op het relatieve gewicht van deze determinanten (Fleuren e.a. 2002a), wat mogelijk verklaart waarom er in sommige studies geen effect van deze kenmerken wordt gevonden. Voor een groot deel van deze kenmerken geldt overigens wel dat ze beïnvloedbaar zijn (Greenhalgh e.a. 2004; Fleuren e.a. 2002a).

4.3.2 *Kenmerken van de (toekomstige) gebruiker*

In tabel 3 (zie bijlage B) zijn de determinanten van het invoeren van een vernieuwing weergegeven op het niveau van de toekomstige gebruiker. Dit zijn onder andere kennis, vaardigheden, eigen-effectiviteitsverwachting, verwachte steun van relevante anderen, uitkomstverwachtingen, taakopvatting, motivatie, ervaren relevantie en attitude. Voor het merendeel van deze kenmerken geldt dat ze herhaaldelijk in kwalitatief goed ontworpen studies worden teruggevonden als zijnde van invloed op de mate van adoptie en vaak ook op de mate van gebruik en op continuering van gebruik. Dit overzicht is waarschijnlijk niet compleet. Greenhalgh e.a. (2004) [1] merken in dit verband op dat in de cognitieve en sociale psychologie veel literatuur beschikbaar is over algemene psychologische kenmerken die geassocieerd zijn met de geneigdheid nieuwe dingen uit te proberen. Van deze inzichten wordt bij de invoering van vernieuwingen in de gezondheidszorg nog te weinig gebruik gemaakt. Ook Fleuren e.a. (2002a, 2004a, 2006a) [2] constateren in hun review dat onderzoekers vanuit hun traditie mogelijk een voorkeur hebben om bepaalde determinanten op het niveau van de (toekomstige) gebruiker te meten. Zo bleek de eigen-effectiviteitsverwachting niet te worden gemeten in onderzoek rondom de invoering van vernieuwingen in de curatieve gezondheidszorg maar juist uitvoerig op het terrein van gezondheidsbevordering. Fleuren e.a. (2002a) concluderen op basis van een Delphi-onderzoek onder implementatie experts dat veel van deze kenmerken van de (toekomstige) gebruiker beïnvloedbaar zijn.

Francke e.a. (2008) [7] komen tot de conclusie dat een gebrek aan bewustzijn van, beperkte kennis over, en een gebrek aan instemming met richtlijnen bij de (toekomstige) gebruiker de belangrijkste belemmeringen vormen voor wat betreft de adoptie van richtlijnen. Ook leeftijd en/of ervaring blijken soms van invloed te zijn op het gebruik van richtlijnen. Zo blijkt dat jonge en minder ervaren professionals meer geneigd zijn om nieuwe richtlijnen te gebruiken dan oudere en meer ervaren professionals. Echter deze laatste bevindingen zijn afkomstig uit kwalitatief minder goede studies.

4.3.3 *Kenmerken van de organisatie*

In tabel 4 (zie bijlage B) zijn de determinanten van het invoeren van een vernieuwing weergegeven voor wat betreft de organisatie waarin een vernieuwing wordt ingevoerd. Vanwege de hoeveelheid determinanten is ervoor gekozen geen opsomming te geven, maar wordt de lezer verwezen naar de tabel. Voor een deel van deze kenmerken geldt dat ze herhaaldelijk in kwalitatief goed ontworpen studies worden teruggevonden. Greenhalgh e.a. (2004) [1] hebben daarnaast in hun review 4 meta-analyses en 15 studies geïnccludeerd die betrekking hadden op kenmerken van de organisatie (zowel structuur als cultuur), zonder de specifieke kenmerken te benoemen. Uit al deze studies blijkt dat de mate van adoptie binnen een organisatie toeneemt naar mate de organisatie groter is, meer ‘volwassen’ is, een functionele differentiatie kent, gespecialiseerd is, de focus legt op professionele kennis, voldoende voorzieningen heeft om de vernieuwing op te nemen en een gedecentraliseerde besluitvormingsstructuur heeft. Fleuren e.a. (2004a, 2006a) [2] rapporteren vrijwel dezelfde determinanten. Zowel Greenhalgh e.a. als Fleuren e.a. zeggen dat organisatiegrootte waarschijnlijk een proxy is voor de andere determinanten, net zoals het hebben van voldoende voorzieningen en een functionele differentiatie. Hoewel deze kenmerken consistent een significant verband tonen met het innovatieve vermogen van een organisatie, verklaren ze bij elkaar minder dan 15% van de variatie. Daarnaast is er weinig empirisch bewijs dat deze kenmerken beïnvloedbaar zijn (Greenhalgh e.a. 2004; Fleuren e.a. 2004a, 2006a).

Francke e.a. (2008) [7] komen tot beduidend minder organisatiekenmerken die van invloed zijn op de implementatie van richtlijnen. Zij stellen vast dat een negatieve houding van collega's, en onvoldoende ondersteuning van leidinggevenden om volgens een bepaalde richtlijn te werken, een negatieve invloed hebben op de implementatie ervan.

Alle auteurs noemen randvoorwaarden als de beschikbaarheid van tijd, geld en materialen als zijnde van belang voor de adoptie, het gebruik en de continuering van het gebruik.

4.3.4 *Kenmerken van de sociaal politieke omgeving*

In tabel 5 (zie bijlage B) zijn de determinanten weergegeven voor wat betreft de sociaal politieke omgeving waarbinnen de invoering van een vernieuwing plaatsvindt. Dit zijn netwerken waarin een organisatie participeert en wet-en regelgeving. Geen enkel kenmerk wordt echter herhaaldelijk in kwalitatief goed ontworpen studies teruggevonden. Om die reden en vanwege het feit dat onderzoekers telkens verschillende kenmerken van de omgeving onderzoeken, hebben Greenhalgh e.a. (2004) [1] in hun review geen volledig overzicht van omgevingskenmerken opgenomen. Fleuren e.a. (2004a, 2006a) [2] scharen de eindgebruiker onder kenmerken van de omgeving. Zij vinden een aantal patiënt karakteristieken die van invloed zijn op de implementatie en de continuering van het gebruik. Zowel Greenhalgh e.a. als Fleuren e.a. zeggen dat er weinig (empirisch) bewijs is dat deze kenmerken beïnvloedbaar zijn. Wat betreft het oprichten van formele netwerken zeggen Greenhalgh e.a. dat deze initiatieven vaak duur zijn, de opbrengsten moeilijk meetbaar en dat ze waarschijnlijk niet kosteneffectief zijn. Over de invloed van politieke beslissingen om een vernieuwing (verplicht) in te voeren, zeggen Greenhalgh e.a. dat dit een positief effect heeft op de adoptie en de initiële implementatie, maar ook een negatief effect op het daadwerkelijk gebruik. Een positief effect omdat daarmee randvoorwaarden zoals financiering geregeld zullen worden. Een negatief effect wanneer organisaties alleen nog maar bezig zijn met ‘te voldoen’ aan deze verplichting en daarmee niet met de inhoud van de vernieuwing.

4.4 Invoerstrategieën

In tabel 6 (zie bijlage B) zijn werkzame elementen uit invoerstrategieën weergegeven. Greenhalgh e.a. (2004) [1] constateren dat de structuur en de kwaliteit van het netwerk van een toekomstige gebruiker de adoptie beïnvloedt. De inzet van opinieleiders is effectief, maar kan de adoptie, implementatie en continuering in zowel positieve als negatieve zin beïnvloeden. Volgens Greenhalgh e.a. is het probleem met opinieleiders dat ze lastig te identificeren zijn en training van opinieleiders maar een beperkt resultaat heeft. Er is nauwelijks bewijs dat het ‘verplichten’ van de invoering effect heeft op de adoptie.

Verder melden Greenhalgh e.a. dat het betrekken van de toekomstige gebruikers bij de ontwikkeling, een formeel disseminatieprogramma, de mogelijkheid tot adaptatie van de vernieuwing, feedback en de mogelijkheid tot scholing/training/helpdesk de adoptie, implementatie en continuering bevorderen. Een deel van deze bevindingen zijn echter gebaseerd op onderzoek buiten de gezondheidszorg, onder andere over de invloed van feedback. Een disseminatieprogramma is volgens Greenhalgh e.a. meer effectief als het aansluit bij c.q. differentieert naar: a. de behoeften en het perspectief van de (toekomstige) gebruiker met specifieke aandacht voor de balans tussen kosten en baten voor het individu; b. de demografische, structuur en cultuur kenmerken van subgroepen; c. de boodschap qua stijl etc. aansluit bij de doelgroep; d. de goede communicatiekanalen worden benut en d. evaluatie en monitoring deel uit maken van de invoering.

De review van Fleuren e.a. 2004 [2] gaat in feite over determinanten. Echter een aantal determinanten kunnen meer als invoerstrategie beschouwd worden. Fleuren e.a. komen tot de conclusie dat het betrekken van de toekomstige gebruikers bij de ontwikkeling een positief effect heeft op de adoptie. Modelling heeft eveneens een positief effect op de adoptie en waarschijnlijk ook op de implementatie en continuering. De invloed van een opinieleider kan de implementatie en continuering bevorderen, maar dit is waarschijnlijk alleen het geval als er sprake is van weerstand(en) tegen de vernieuwing.

Grimshaw e.a. [3, 9] hebben in recent uitgevoerde reviews de beschikbare evidentie over de effectiviteit én de kosten van verschillende strategieën voor de adoptie en implementatie van richtlijnen op een rij gezet. Op basis van de evidentie in hun studies, komen de onderzoekers in de eerste plaats tot de conclusie dat het verspreiden en implementeren van richtlijnen de kwaliteit van handelen van zorgverleners kan verbeteren. Ten tweede blijkt dat het gebruik van reminders hiervoor een potentieel effectieve strategie is. Het gebruik van educatieve materialen (bijvoorbeeld folders), en van audit en feedback blijkt hierop slechts een beperkt effect te hebben. Ten vierde blijkt dat educational outreach, meestal als onderdeel van een meervoudige invoerstrategie (een combinatie van meerdere strategieën, in de internationale literatuur bekend onder de noemer multifaceted strategy), hier eveneens een beperkt effect op heeft. Tot slot kwamen Grimshaw e.a. [3, 9] tot de conclusie dat het gebruik van een meervoudige invoerstrategie niet effectiever is dan het gebruik van een enkelvoudige invoerstrategie, en dat het effect niet toeneemt in functie van het aantal onderdelen waaruit ze bestaat.

Grimshaw e.a. [3, 9] stellen dat het op basis van de beschikbare evidentie in hun review (1966-1998), en gebruikmakend van hun verfijnde analysetechniek, nog steeds niet mogelijk is om gegeneraliseerde uitspraken te doen over de effectiviteit van een aantal specifieke strategieën die de verspreiding, adoptie en implementatie van richtlijnen bevorderen. Bovendien stelden de onderzoekers vast dat de kwaliteit van de studies naar het effect van (een) invoerstrategie(ën) op het invoeringsproces van een vernieuwing over het algemeen niet hoog was. Volgens de onderzoekers ontbreekt het nog steeds aan

een goed gefundeerde theoretische basis om gedrag en gedragsverandering van professionals en organisaties te verklaren, waardoor het moeilijk is om de effectiviteit van bovengenoemde invoerstrategieën te voorspellen.

Schouten e.a. [4] keken in hun review naar de effectiviteit van zogenaamde quality improvement collaboratives, waarin ze een onderscheid maken tussen de Breakthrough series (Doorbraak methode), en de Vermont Oxford Network. Een quality improvement collaborative is een (tijdelijk) intensief samenwerkingsverband tussen verschillende afdelingen van een gezondheidszorg instelling of tussen verschillende instellingen, waarbij de krachten gebundeld worden met het oog op het verbeteren van de geboden zorg. Hoewel er voor beide typen strategieën enige evidentie is voor de werkzaamheid en de effectiviteit, stellen de onderzoekers dat als gevolg van methodologische tekortkomingen in studies die geïnccludeerd werden in hun review én door de heterogeniteit van de strategieën die ze vergelijken, niet met zekerheid gesteld kan worden dat de gevonden effecten het resultaat zijn van de toegepaste strategieën.

Smolders e.a. [5] keken naar de effectiviteit van verschillende strategieën voor kennisoverdracht en (gedrags)verandering, met het oog op het verbeteren van primaire en ambulante zorg van patiënten met een angststoornis. Voor wat betreft de effectiviteit van interventies die gericht zijn op de zorgverlener komen de onderzoekers op basis van de geïnccludeerde studies tot de vaststelling dat het effect van audit en feedback, onderwijs, en educational outreach zeer beperkt zijn voor wat betreft het verbeteren van zorg op het gebied van angststoornissen. Deze educatieve strategieën zijn volgens de onderzoekers alleen effectief wanneer ze gecombineerd worden met strategieën die zich richten op veranderingen in de organisatie, en wanneer ze uit meerdere onderdelen (multifaceted) bestaan. Voor wat betreft de effectiviteit van invoerstrategieën die gericht zijn op de organisatie, stellen de onderzoekers op basis van de beschikbare evidentie vast dat samenwerking tussen verschillende typen zorgverleners (bv, eerstelijns, specialisten) over het algemeen een effectieve manier is om de zorg op het gebied van angststoornissen te verbeteren.

Chaillet e.a. [6] komen tot de slotsom dat op het gebied van de verloskunde met name het gebruik van audit en feedback, reminders en meervoudige invoerstrategieën effectief zijn voor het implementeren van richtlijnen. Het gebruik van opinieleiders, quality improvement collaboratives en academic detailing blijkt soms wel en soms niet effectief te zijn. Het gebruik van een educatieve strategie zoals een workshop of een conferentie blijkt over het algemeen niet effectief te zijn voor wat betreft het implementeren van richtlijnen bij artsen, maar soms wel en soms niet effectief wanneer het paramedici betreft.

De onderzoekers geven aan dat de bevindingen in hun review verschillen van de bevindingen over de effectiviteit van strategieën voor de implementatie van richtlijnen op andere medische terreinen dan de verloskunde. Deze verschillen zijn volgens Chaillet e.a. (2006) te verklaren door een aantal specifieke factoren die eigen zijn aan de verloskunde, waaronder de aard van de geleverde zorg (preventief en curatief), de korte termijn waarop vaak beslissingen moeten genomen worden, het intensief monitoren van patiënten, en de beschikbaarheid van vaardige zorgverleners. Het feit dat bovengenoemde strategieën, waaronder audit en feedback, aansluiten bij deze specifieke context verklaren mogelijk waarom ze binnen de verloskunde effectief zijn. Volgens Chaillet e.a. [6] is het gebruik van opinieleiders een effectieve strategie wanneer vooraf is nagegaan of de betreffende opinieleider het veronderstelde leiderschap ook daadwerkelijk wordt toegeschreven. Wanneer dat inderdaad het geval is kan hij of zij op lokaal niveau effectief bijdragen aan de implementatie van een bepaalde richtlijn. Voor wat betreft het gebruik van Quality Improvements komen de

onderzoekers tot de vaststelling dat de effectiviteit van deze strategie in grote mate afhankelijk is van de context waarin ze worden toegepast en de manier waarop ze geoperationaliseerd en geïmplementeerd worden.

Op basis van de bevindingen in hun review stellen Chaillet e.a. [6] in algemene zin dat het van groot belang is om voorafgaand aan de implementatie van een nieuwe richtlijn, effectieve strategieën en bevorderende dan wel belemmerende factoren te identificeren. Op die manier kan een optimale invulling gegeven worden aan de implementatiestrategie, wat op zijn beurt de implementatie van de betreffende richtlijn ten goede komt.

Francke e.a. [7] hebben aan de hand van een systematische meta-review gekeken naar de factoren die van invloed zijn op de implementatie van richtlijnen voor professionals in de gezondheidszorg. Op basis van de door hen verzamelde evidentie stellen Francke e.a. dat er vooralsnog onvoldoende evidentie is om conclusies te trekken over de relatieve effectiviteit van verschillende enkelvoudige strategieën. Echter, in het algemeen kan volgens de onderzoekers wel gesteld worden dat strategieën die meer aansluiten bij de intermediaire gebruiker en die meer geïntegreerd zijn in het (gezondheids)zorgproces, effectiever zijn. Aan de hand van de bevindingen in twaalf geïnccludeerde systematische reviews, komen de onderzoekers - in tegenstelling tot Grimshaw e.a. [3, 9] (zie boven) - tot de conclusie dat complexere implementatiestrategieën (strategieën die meerdere componenten omvatten) effectiever zijn dan enkelvoudige strategieën voor wat betreft de implementatie van richtlijnen.

Prior e.a. [8] zetten de beschikbare evidentie over de effectiviteit van invoerstrategieën voor de implementatie van richtlijnen op een rij. Hieruit blijkt dat een aantal strategieën effectief is voor wat betreft het bevorderen van het gebruik van richtlijnen namelijk het inzetten van een decision support system, educational meetings en interactive education, educational outreach, een reminder systeem en meervoudige strategieën. Een aantal strategieën blijkt niet effectief te zijn om het gebruik van richtlijnen te bevorderen, namelijk het inzetten van traditional education (bijvoorbeeld het niet-interactief uitwisselen van nieuwe informatie door een docent) en het enkel passief verspreiden van richtlijnen (bijvoorbeeld websites en congressen). Van een aantal strategieën kon op basis van de beschikbare evidentie geen uitspraak worden gedaan over de effectiviteit, namelijk audit en feedback, continuing medical education (bijvoorbeeld bij- of nascholing), financiële incentives, het gebruik van lokale opinie leiders, ondersteuning door het management, massamediale strategieën, materiele incentives en het betrekken van gebruikers bij de ontwikkeling van richtlijnen.

De auteurs maken de kanttekening dat, ondanks de beschikbaarheid van een groot aantal reviews (en daarbinnen nog meer primaire studies), de evidentie over de effectiviteit van invoerstrategieën voor wat betreft het bevorderen richtlijngebruik beperkt is.

Akbari e.a. [10] komen op basis van hun review, tot de bevinding dat invoerstrategieën die zich richten op het onderwijzen van professionals (professional education) het passief verspreiden van lokale richtlijnen over doorverwijzing, feedback over het aantal doorverwijzingen, en een gesprek met een onafhankelijk medisch adviseur niet effectief zijn. Het verspreiden van richtlijnen met gestructureerde doorverwijsdocumenten (sheets), en het betrekken van consultants in onderwijsactiviteiten blijken wel effectief. In het algemeen stellen de onderzoekers vast dat de beschikbare evidence beperkt is en de methodologische kwaliteit van de geïnccludeerde studies over het algemeen laag is, waardoor het moeilijk is om er beleidsbeslissingen op te baseren voor wat betreft invoeringsprocessen en de effectiviteit van verschillende invoerstrategieën.

Dulko e.a. [11] kwamen op basis van hun review tot de vaststelling dat audit en feedback een effectieve strategie is om de adoptie van richtlijnen over pijnbestrijding bij kankerpatiënten te bevorderen.

Shojania e.a. [12] keken in hun review naar het effect van elf verschillende implementatiestrategieën, gericht op het verbeteren van de poliklinische zorg aan diabetes type 2 patiënten. Twee van de elf strategieën, case-management en team veranderingen, bleken de enige strategieën die leidden tot een significante verbetering van de zorg: toepassing van de strategieën resulteerde in significant betere uitkomstmaten op het niveau van de diabetes patiënt. Het meest werkzame aspect binnen de strategie case-management bleek te zijn: het vermogen van case-managers om wijzigingen in de medicatie door te voeren zonder te moeten wachten op goedkeuring van de arts. Beide strategieën zijn niet als zodanig in de tabel opgenomen omdat ze van een andere orde zijn; ze kunnen beschouwd worden als vernieuwingen op zich.

4.5 Kosten(effectiviteit)

De reviewstudie naar economische evaluaties en kostenanalyse van implementatiestrategieën laat zien dat er weinig bekend is over de kosten (Vale e.a. 2007) [13]. Deze review ging uitsluitend over de invoering van richtlijnen. Vale e.a. concluderen ten eerste dat in bijzonder weinig studies überhaupt een analyse van de kosten plaatsvindt (in 63 van de 235 studies). Ten tweede concludeert men dat zelden alle relevante kosten en opbrengsten gemeten worden. Ten derde concludeert men dat, mede ten gevolge van het vorige punt, vrijwel alle studies kwalitatieve tekortkomingen vertonen. Hun eindconclusie is dat er (beter en meer) onderzoek nodig is om uitspraken te kunnen doen over de kosten van de invoering van evidence-based richtlijnen. Grimshaw e.a. [3, 9] en Prior e.a. [8], die zijdelings het kostenaspect meenemen in hun studie, komen tot gelijke conclusies.

4.6 Infrastructuur voor invoering JGZ-richtlijnen

4.6.1 Achtergrond

Op aanwijzing van de minister van VWS werd gestart met de ontwikkeling en invoering van de JGZ-richtlijnen (vóór 2007 standaarden genoemd). In 1998 werd de eerste JGZ-richtlijn gepubliceerd. Vanaf het begin is getracht de invoering systematisch op te zetten, analoog aan figuur 1 (par. 2.2) en de beschrijving in paragraaf 2.2. Er zijn twee perioden te onderscheiden, namelijk van 1998 tot 2007 waarbij voor de ontwikkeling de Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden werd opgericht en voor de invoering het Samenwerkingsverband Implementatie. En de periode na 2007 waarbij de regie op de JGZ-richtlijnen ligt bij het Centrum Jeugdgezondheid.

4.6.2 Werkwijze 1998-2007

Ondersteuningsstructuur invoering

De eerste JGZ-richtlijn werd alleen verspreid. Gelijktijdig werd onderzoek gedaan naar hoe de richtlijnen het beste ingevoerd konden worden (Fleuren e.a. 2002b). Op basis van deze ‘determinantenanalyse’ werd een Raamwerk gemaakt voor de invoering van alle JGZ-richtlijnen (De Jong e.a. 2002; Fleuren & De Jong 2006). Een onderdeel ervan was de inrichting van een ondersteuningsstructuur. Deze is bedoeld om de uitwisseling van informatie en ondersteuning vanuit de ontwikkelaars (landelijk niveau) naar het management van de JGZ-organisaties (regionaal niveau), de JGZ-medewerkers (intermediaire gebruikers) en de ouders / 0-19 jarigen (eindgebruikers) mogelijk te

maken. Hiertoe werd in 2002 op landelijk niveau het Samenwerkingsverband Implementatie opgericht dat bestond uit de beroepsverenigingen en koepelorganisaties in de jeugdgezondheidszorg en TNO Kwaliteit van Leven (penvoerder). Op regionaal niveau, dat wil zeggen in de JGZ-organisaties zelf, werden implementatiecoördinatoren ‘geworven’ en geschoold, zodat zij de invoering in de eigen organisatie ter hand konden nemen. De structuur heeft ook tot doel dat intermediaire gebruikers ervaringen kunnen uitwisselen en van elkaars ervaringen kunnen leren.

Activiteiten met betrekking tot de invoering

Het Samenwerkingsverband Implementatie had grofweg de volgende taken:

- Uitvoeren van een determinantenanalyse / proefimplementatie (taak TNO);
- Verspreiden van de richtlijnen onder alle JGZ-organisaties (taak koepelorganisaties);
- ‘Werven’ van implementatiecoördinatoren in alle JGZ-organisaties (taak koepelorganisaties) en het verzorgen van implementatiescholing voor deze coördinatoren (taak TNO).

De taken van de coördinatoren zijn grofweg:

- Voorlichting en instructie geven over nieuwe en herziene richtlijnen;
- Bewaken dat iedere JGZ-medewerker inhoudelijke scholing over de richtlijn ontvangt;
- Begeleiding / coaching van individuele JGZ-medewerkers bij het werken met de richtlijn;
- Bewaken dat de kwaliteit van de uitvoering wordt gemonitord.
- Adviseren over invoerstrategieën, o.a. inhoudelijke scholing (taak allen)
- Helpdesk / aanspreekpunt zijn voor organisaties en individuele JGZ-medewerkers (taak allen);
- Onderzoek naar het proces van invoering en de mate van verspreiding, adoptie, implementatie en continuering van het gebruik van de JGZ-richtlijnen en determinanten daarvan (taak TNO).

In tabel 4.2 is weergegeven welke activiteiten per richtlijn zijn gerealiseerd. De tabel laat zien dat niet alle geplande activiteiten voor iedere JGZ-richtlijn zijn uitgevoerd. De belangrijkste reden is de beschikbare projectfinanciering (Fleuren & De Jong 2006). Deze was soms ontoereikend om alle activiteiten uit te voeren. Vanwege het karakter van de financiering was het lastig structurele activiteiten op te zetten en te behouden, zoals een netwerk van implementatiecoördinatoren.

Tabel 4.2. Gerealiseerde activiteiten met betrekking tot de invoering van de JGZ-richtlijnen tot 2007

	Gehoort Stoornissen	Methodiek scoliose *	Visuele stoornissen	Aangeboren hartafwijkingen	Preventie Kinder- mishandeling **
Determinantenanalyse /proefimplementatie			X	X	nog in uitvoering
Verspreiding richtlijn	X	voorlichting	X	X	gepland
Landelijke (ontwikkeling) inhoudelijke scholing				X	gepland
Werving / scholing implementatiecoördinatoren			X		
Helpdesk			X	X	gepland
Onderzoek gebruik richtlijn	X		X	X	onduidelijk

* Niet ingevoerd in afwachting van onderzoek of screening op scoliose zinvol is

** Een deel van de activiteiten is gepland voor 2009/2010

Effecten op het gebruik van de richtlijnen

Onderzoek naar het gebruik van de richtlijnen vond plaats onder een aselechte steekproef van JGZ-medewerkers. Voor iedere richtlijn is per kernelement onderzocht wat het gebruik ervan is en wat de determinanten van het gebruik zijn. Kernelementen zijn activiteiten die in ieder geval uitgevoerd moeten worden om het effect bij de 0-19 jarigen te bewerkstelligen.

De taakstelling was dat ongeveer anderhalf jaar na de invoeractiviteiten (zie tabel 4.2), meer dan 40% van de JGZ-medewerkers ten minste de helft van de kernelementen uit de visusstandaard uitvoerde bij alle kinderen. Voor de standaard hartafwijkingen was de taakstelling dat meer dan 60% van de JGZ-medewerkers ten minste de helft van de kernelementen bij alle kinderen uitvoerde. Beide taakstellingen werden gehaald, maar het gebruik per kernelement verschilde (Fleuren e.a. 2006b; Fleuren e.a. 2007).

De eigen-effectiviteitsverwachting is voor vrijwel alle kernelementen de belangrijkste voorspeller van het gebruik. Daarnaast is het gebruik van de kernelementen hoger naarmate het gebruik meer binnen de organisatie wordt ondersteund (door voorlichting, scholing, individuele begeleiding en een implementatiecoördinator) en naarmate de sociale druk om met de richtlijn te werken hoger is.

Geconcludeerd zou kunnen worden dat de invoeractiviteiten het gebruik van de richtlijnen bevorderen, maar dit valt niet met zekerheid te zeggen. Het onderzoek vertoont methodologische tekortkomingen omdat het cross-sectioneel onderzoek betreft dat anderhalf tot twee jaar na het uitkomen van een richtlijn wordt uitgevoerd. Vanwege beperkte (project)financiering was het niet mogelijk om effectevaluaties met voor- en nameting uit te voeren en ook niet om het gebruik van de verschillende richtlijnen door de tijd heen te meten.

4.6.3 *Werkwijze 2007-heden*

Ondersteuningsstructuur invoering

Sinds 2007 voert het Centrum Jeugdgezondheid op landelijk niveau de regie op de JGZ-richtlijnen. Als opvolger van de Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden en het Samenwerkingsverband Implementatie is de Richtlijn Advies Commissie (RAC) opgericht. De RAC bestaat uit de beroepsverenigingen (leden), de koepelorganisaties (adviseur), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (adviseur), het CBO (adviseur ontwikkeling) en TNO (adviseur implementatie). De Inspectie voor de Gezondheidszorg, het Ministerie van VWS en ZonMw zijn waarnemer. Het Centrum Jeugdgezondheid voert het secretariaat van de RAC. De regionale structuur met implementatiecoördinatoren is niet meer actief.

Activiteiten met betrekking tot de invoering

Een uitgebreide beschrijving van de procedure en activiteiten met betrekking tot de ontwikkeling en invoering van de JGZ-richtlijnen is beschreven door Beckers (2007). Grofweg zijn de taken van het Centrum Jeugdgezondheid:

- Prioriteren van onderwerpen voor richtlijnontwikkeling;
- Advies aan ZonMw over te financieren richtlijnen;
- Becomentariëren en vaststellen van de richtlijnen;
- Uitgeven en verspreiden van de richtlijnen;
- Regie op de implementatie;
- Beheer en onderhoud van de richtlijnen;
- Helpdesk / aanspreekpunt zijn voor organisaties en individuele JGZ-medewerkers.

Een aandachtspunt is de structurele financiering van alle noodzakelijke invoeringsactiviteiten (zie tabel 4.2). Het Centrum overlegt met de betrokken partijen om tot een goed lopende innovatiecyclus te komen (van ontwikkeling, verspreiding, implementatie, borging tot evaluatieonderzoek en bijstelling) waarin de afzonderlijke partijen hun rol en verantwoordelijkheid nemen.

Effecten op het gebruik van de richtlijnen

Omdat er (nog) geen (structurele) financiering beschikbaar is voor monitoring en evaluatieonderzoek, is niet duidelijk wat het gebruik van de richtlijnen is en zal zijn, in relatie tot de uitgevoerde invoeringsactiviteiten.

4.6.4 *Werking infrastructuur*

Een van de conclusies uit het rapport 'Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg' (Fleuren & De Jong 2006) is dat de methodiek die ten grondslag ligt aan de invoering van de JGZ-richtlijnen (periode 1998-2007) solide blijkt. Tegelijkertijd is een andere conclusie dat er nog veel lacunes zijn en een aantal basisvoorwaarden ontbreken. Voor details wordt naar het rapport zelf verwezen.

4.7 **Samenvattende conclusie**

Een consistent beeld dat uit bijna alle reviews naar voren komt is dat het belangrijk is bij de invoering van vernieuwingen systematisch te werk te gaan. Het belangrijkste is om aan te sluiten bij doelgroep en op basis van determinanten de invoerstrategie te bepalen. Omdat dit meestal niet is gebeurd in de innovatiestudies die in de reviews zijn opgenomen, is dit waarschijnlijk ook de reden dat uit de reviews blijkt dat invoerstrategieën soms wel effectief zijn en soms niet.

Een belangrijkste conclusie is dat er uit de literatuur geen generaliseerbare informatie komt over determinanten en effectieve invoerstrategieën die de invoering van vernieuwingen in positieve of negatieve zin beïnvloeden. Uit een aantal reviews blijkt bijvoorbeeld dat audit en feedback een effectieve strategie is, terwijl dit uit andere reviews dan weer niet blijkt. Ook wat betreft het inzetten van verschillende vormen van onderwijs zijn de bevindingen in de reviews niet volledig met elkaar te rijmen. Er kan dus op basis van de gebruikte literatuur in deze kennissynthese geconcludeerd worden dat er geen sprake is van een of meerdere invoerstrategieën die (bij voorbaat) effectief zijn voor wat betreft het bevorderen van de invoering van een vernieuwing. Omgekeerd kunnen invoerstrategieën ook niet uitgesloten worden omdat ze niet effectief zouden zijn.

Een tweede belangrijke conclusie is dat verschillende auteurs melden dat de innovatiestudies die in hun review opgenomen zijn methodologische tekortkomingen te vertonen, waardoor onduidelijk is wat de bevindingen ervan waard zijn en waardoor bevindingen niet met elkaar vergelijkbaar zijn. Veel innovatietrajecten en innovatiestudies zijn niet 'theoretisch' onderbouwd dan wel systematisch opgezet. Daarnaast verschillen studies in de manier waarop de mate van gebruik wordt gemeten, wat eveneens van invloed is op de uitkomsten.

Er is nauwelijks (internationaal) wetenschappelijke literatuur beschikbaar over (de bevindingen) van de invoering van vernieuwingen in de jeugdsector. De vraag is waardoor dit komt. De vraag is ook of de bevindingen uit andere sectoren in de gezondheidszorg of andere wetenschapsgebieden zonder meer van toepassing zijn op de jeugdsector.

Er is te weinig (kwalitatief goed) onderzoek voorhanden om uitspraken te kunnen doen over de kosten die met de invoering van vernieuwingen gepaard gaan. Aangezien de kosten van de invoering sterk afhankelijk zijn van het soort vernieuwing en de context, is het de vraag of het überhaupt mogelijk is hierover generaliseerbare uitspraken te doen.

5 Resultaten analyse interventies

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt gerapporteerd over de analyse van zeven interventies uit de jeugdsector. Aan de hand van (grijze) literatuur en interviews is kennis verzameld over de ontwikkeling, verspreiding, adoptie, implementatie en continuering van zeer uiteenlopende interventies. De beschrijving van de resultaten vindt plaats aan de hand van de begrippen uit het model in figuur 2 (2.2).

Allereerst worden de geselecteerde interventies kort beschreven, zodat duidelijk wordt wat de interventie inhoudt, wie de beoogde gebruikers zijn en ook in welke context de interventie in Nederland uitgevoerd wordt (5.2). Na deze beschrijvingen wordt stil gestaan bij de kennis die uit literatuur en gesprekken naar voren is gekomen over het invoeringsproces en over werkende infrastructuren. Hierbij is vooral aandacht voor de belemmerende en bevorderende factoren die volgens literatuur of geïnterviewden meespelen (5.3) en voor de invoerstrategieën die ingezet zijn (5.4). Er wordt kort stilgestaan bij de verschillende structuren voor ontwikkeling, verspreiding, invoering en evaluatie van de interventies (5.5). Vervolgens wordt deze kennis in het licht gehouden van de algemene succesfactoren en de valkuilen die eerder in dit rapport genoemd zijn (5.6). Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvattende conclusies (5.7).

Voor de leesbaarheid van het rapport wordt, wanneer er verwezen wordt naar persoonlijke communicatie met geïnterviewden, gebruik gemaakt van afkortingen. Deze afkortingen staan in bijlage C vermeld, zodat duidelijk is op welk gesprek de bevindingen betrekking hebben en wanneer dit gesprek heeft plaatsgevonden.

5.2 Beschrijving van de geselecteerde interventies

Over de invoering van de zeven geselecteerde interventie is gesproken met een contactpersoon, welke betrokken is (geweest) bij de ontwikkeling en/of invoering van de interventie. Hieronder worden de interventies beknopt omschreven, een uitgebreide beschrijving van deze interventies is beschikbaar via de website www.jeugdinterventies.nl.

5.2.1 Taakspel

Taakspel bestaat uit een groepsgerichte aanpak voor leerlingen van groep 4 tot en met 8 van het basisonderwijs, waarbij leerlingen middels een spel leren zich beter aan klassenregels en regels op de speelplaats te houden. Doel is het verbeteren van taakgericht gedrag en het verminderen van regelovertredend gedrag bij de kinderen en het bevorderen van een positief onderwijsklimaat. Uiteindelijk doel is beginnend probleemgedrag in een vroeg stadium te verminderen en om te buigen in positief gedrag.

Leerkrachten krijgen training in en ondersteuning bij het uitvoeren van Taakspel door schoolbegeleiders van onderwijsbegeleidingsdiensten. De interventie is omschreven in een handleiding en er wordt toegezien op een getrouwe uitvoering van de interventie (Ince, 2007).

Effectiviteit:	<p>Oordeel beoordelingscommissie: Effectief</p> <p>RCT-onderzoek laat zien dat het programma effect heeft op het taakgerichte en regelovertreedende gedrag van leerlingen. Follow-upmetingen van 4 jaar tonen aan dat kinderen significant minder gedragsproblemen en emotionele problemen hebben dan kinderen in de controlegroep. Ook experimenteren Taakspel-kinderen tot vier jaar na de interventie minder met tabaksproducten.</p>
<p><i>5.2.2 Families First</i></p>	
<p>Families First is intensieve crisishulp aan gezinnen met kinderen tussen de 0 en 18 jaar met als doel om het gezin bij elkaar te houden en uithuisplaatsing van één of meer kinderen te voorkomen. De hulp duurt vier tot maximaal zes weken. Vier à vijf keer per week komt een hulpverlener in het gezin. Deze gezinsmedewerker is zeven-dagen-per-week, 24-uur-per-dag bereikbaar voor het gezin.</p> <p>Professionals die Families First uitvoeren, volgen een basistraining en worden ingewerkt middels een schaduwstelsel. Ze volgen tweemaal per jaar een aanvullende workshop. De interventie is omschreven in een handleiding voor gezinsmedewerkers en voor teamleiders. Er zijn kwaliteitscriteria vastgesteld, waaraan een licentie verbonden is (Berger, 2005).</p>	
Effectiviteit:	<p>Oordeel beoordelingscommissie: Effectief</p> <p>Uit veranderingsonderzoek (voor- en nameting) naar de effectiviteit van Families First blijkt dat risicokinderen in meerderheid bij beëindiging van de hulp nog thuis wonen, ook na een follow-up van 3, 6 en 12 maanden. Er zijn positieve effecten gemeten op het functioneren van kinderen en gezinnen, en op de ervaren opvoedingsbelasting van moeders.</p>
<p><i>5.2.3 Stevig Ouderschap (OKé - Ouder- en Kindzorg extra)</i></p>	
<p>Het doel van deze interventie is door preventieve huisbezoeken van de jeugdverpleegkundige het verkleinen van het risico op ernstige opvoedingsproblemen. De doelgroep bestaat uit gezinnen met een pasgeboren kind, die zijn geselecteerd op basis van een aantal risicofactoren. De interventie eindigt als het kind 18 maanden oud is.</p> <p>De interventie wordt uitgevoerd door verpleegkundigen Jeugdgezondheidszorg. Zij volgen een training en worden ondersteund aan de hand van supervisie/werkbegeleiding. De uitvoering van de interventie gebeurt aan de hand van het huisbezoekdossier (Kooijman, 2006a).</p>	
Effectiviteit:	<p>Oordeel beoordelingscommissie: Deels effectief</p> <p>Een RCT onderzoek in de praktijk met follow-up na 1 jaar en na 2 jaar laat zien dat er bescheiden effecten zijn gevonden op verschillende uitkomstmaten, zoals de fysieke en psychosociale ontwikkeling van het kind, de verwachtingen die ouders van hun kinderen hebben, de empathie die ouders voor hun kinderen aan de dag leggen en de voorkeur van ouders voor alternatieve methodes van straffen. Tevens is er een meer leeftijdsadequate rolverdeling voor de kinderen in het gezin</p>

<p><i>5.2.4 Zelfcontrole</i></p> <p>'Zelfcontrole' is een groepstherapeutisch sociaal-cognitief behandelprogramma voor groepen van vier tot zes kinderen in de leeftijd van 9 tot en met 12 jaar met gedragsstoornissen, vooral agressief en oppositioneel gedrag. Doelen van de interventie zijn gedragsproblemen in sociale probleemsituaties te verminderen, sociaal-cognitieve vaardigheden te verbeteren, zelfcontrole te vergroten en impulsief gedrag te verminderen. Het programma bestaat uit elf wekelijkse zittingen van 70 tot 90 minuten. De interventie is voornamelijk op de kinderen gericht. Ouders en leerkrachten worden in enkele bijeenkomsten en via wekelijkse telefoongesprekken bij de behandeling betrokken; dit vooral met het oog op het hanteren van een consistente aanpak van de kinderen in de thuissituatie en op school.</p> <p>Het programma wordt uitgevoerd door ontwikkelingspsychologen of orthopedagogen. Er is een gedetailleerde handleiding beschikbaar met een nauwkeurig omschreven protocol waarlangs het programma verloopt (Elling & Van Yperen, 2006).</p>	
Effectiviteit:	<p>Oordeel beoordelingscommissie: Deels effectief</p> <p>Er zijn twee Nederlandse onderzoeken verricht naar de effectiviteit. Uit een RCT met een follow-up één jaar na afloop van de behandeling bleek het programma grotere effecten te hebben dan de redelijk succesvolle Sociale Vaardigheidstraining. Bij een effectstudie naar de resultaten bij agressieve en oppositionele kinderen bleek het programma matig effectief.</p>
<p><i>5.2.5 Triple P</i></p> <p>Triple P is een programma voor opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen in de leeftijd van 0-18 jaar. Het doel is de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap. De interventie onderscheidt vijf niveaus van ondersteuning (variërend van voorlichting en advies tot intensieve oudertrainingen) die zijn afgestemd op de verschillende behoeften van gezinnen. Professionals die Triple P gaan uitvoeren, worden getraind door trainers die zijn opgeleid door Triple P International. Na afloop worden zij getoetst op kennis en vaardigheden en vervolgens geaccrediteerd om Triple P uit te voeren. Voor elk interventieniveau en elke interventievorm is er een draaiboek met bijbehorende materialen voor professionals beschikbaar waarin de verschillende onderdelen van de interventie staan beschreven (De Vries, 2005).</p>	
Effectiviteit:	<p>Oordeel beoordelingscommissie: In theorie effectief</p> <p>Er heeft Nederlands onderzoek plaatsgevonden naar de effecten van niveau 3 en 4 van Triple P. De resultaten hiervan zullen begin 2009 bekend worden en wijzen op afname van problematiek bij kinderen en stress bij ouders en toename van competenties bij ouders (GB). Uit internationale effectstudies blijkt dat Triple P leidt tot een vermindering van gedragsproblemen bij kinderen in gezinnen met uiteenlopende problemen en achtergronden. Naast resultaten bij specifieke doelgroepen en risicogroepen zijn er ook positieve resultaten gevonden bij lichtere gedragsproblematiek.</p>

<i>5.2.6 Bemoeizorg in de JGZ</i>	
Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg heeft als doel dat de cliënt (h)erkent dat er een probleem is voor de gezondheid van het kind, zonder dat gedwongen hulpverlening nodig is, zodat de JGZ kan adviseren en/of ondersteuning of doorverwijzing in gang kan zetten. Cliënten zijn ouders of verzorgers van kinderen van 0-16 jaar of jongeren van 16-19 jaar. De werkwijze vindt plaats aan de hand van een stappenplan (Kooijman, 2006b).	
Effectiviteit:	Oordeel beoordelingscommissie: In theorie effectief Er zijn geen effectstudies voorhanden, maar er zijn wel enkele evaluatiestudies uitgevoerd, welke inzicht geven in de wijze van uitvoering, problematiek en bereik van cliënten en resultaten in de zin van aantallen bereikte cliënten.
<i>5.2.7 Armoede en gezondheid van kinderen</i>	
Het hoofddoel van Armoede en gezondheid van kinderen is het terugdringen van deprivaties die samenhangen met de gezondheid van kinderen. De interventie beoogt het beschikbaar komen van extra financiële middelen hiervoor. Het wordt uitgevoerd door jeugdverpleegkundigen en zij zijn gericht op kinderen in de voorschoolse leeftijd en in de basisschoolleeftijd bij wie een gezondheidsrisico of –probleem is gesignaleerd dat samenhangt met geldgebrek in het gezin. De interventie bestaat uit vier stappen: signalering tijdens reguliere preventieve gezondheidsonderzoeken, vervolgesprek, toeleiding naar gemeentelijke sociale dienst en telefonisch nazorgcontact. Er is een handleiding beschikbaar voor de uitvoerders, waarin veel aandacht besteed wordt aan de afstemming tussen verschillende sectoren. De kwaliteitsbewaking wordt bepaald door de uitvoerder, randvoorwaarden voor de implementatie en uitvoering staan beschreven in het handboek (Rots, 2007).	
Effectiviteit:	Oordeel beoordelingscommissie: In theorie effectief De ontwikkeling van deze interventie is begeleid met verschillende soorten onderzoek. Naar de effectiviteit is observationeel onderzoek in de praktijk verricht. De rol van jeugdverpleegkundigen bij armoedebestrijding is internationaal erkend en omschreven.

5.3 Determinanten van het invoeringsproces

Het invoeren van een interventie is een onderdeel van een innovatiecyclus figuur 2 (2.2), en dit onderdeel bestaat uit de fasen adoptie, implementatie en continuering. Aan die fasen gaan de ontwikkeling en verspreiding vooraf. Die ontwikkeling en eerste verspreiding van een interventie verloopt volgens de geïnterviewden langzaam en gaat gepaard met het aanvragen van subsidies, pilotstudies en effectonderzoek, waardoor het jaren duurt voor een interventie werkelijk bij de bedoelde doelgroep terecht komt. In alle gevallen werd de interventie volgens geïnterviewden in eerste instantie bij een beperkt aantal instellingen ingevoerd. Op basis van opgedane ervaring werd de interventie daarna breder ingevoerd bij meerdere locaties. Sommige van de interventies waren ten tijde van de interviews al op diverse locaties ingevoerd, anderen waren nog in de ontwikkelfase en bij een zeer beperkt aantal locaties ingevoerd. In hoofdstuk 2 is besproken dat de kans op een succesvolle invoering maximaliseert door een determinantenanalyse uit te voeren en invoerstrategieën hierop aan te laten sluiten. Aan de hand van een zevental interventies wordt in deze paragraaf geïllustreerd welke

determinanten een rol kunnen spelen bij de invoering en in de volgende paragraaf welke invoerstrategieën toegepast zijn bij de betreffende interventies.

5.3.1 *Determinanten met betrekking tot de vernieuwing*

In alle interviews komen kenmerken van de vernieuwing, in dit geval de interventie, naar voren als belangrijke determinanten in het invoeringsproces. Een interventie wordt makkelijker ingevoerd als het 'een goed product' is (RvdS, TvM), dat de kwaliteit en inhoud van het programma goed zijn (De Graaf & Bohlmeijer, 2006b), waarmee bijvoorbeeld bedoeld wordt dat het effectief is en dat het voor gebruikers gemakkelijk is om te gebruiken. Het werkt bevorderend als de gebruikers er hun voordeel mee kunnen doen, als de uitkomsten zichtbaar zijn (CR), de interventie aantrekkelijk is in gebruik en een positieve benadering van jongeren inhoudt (TvM). Verder is het belangrijk dat er een bepaalde mate van aanpassing aan specifieke situaties mogelijk is (HO, CR). Bij Armoede en gezondheid wordt dit mogelijk gemaakt door een onderscheid te maken tussen noodzakelijk onderdelen van de interventie en lokaal in te vullen onderdelen (Rots, 2007). Het werkt belemmerend als de beschrijving of de training in het Engels is (De Graaf & Bohlmeijer, 2006b; GB).

5.3.2 *Determinanten met betrekking tot de gebruiker*

Over de toekomstige gebruiker van de interventie geven de geïnterviewden vooral aan dat er voor adoptie en implementatie in eerste instantie een behoefte moet zijn bij deze personen aan de interventie (TvM, RvdS, CR) en enthousiasme (De Graaf & Bohlmeijer, 2006b). De interventie moet passen bij de taakopvatting van de professionals (RvdS, MB, TvM, GB). Het werkt dan ook bevorderend wanneer gebruikers betrokken worden bij de ontwikkeling (HO, GB). Om te gaan werken met een interventie kan het ook bevorderend werken dat professionals persoonlijk een licentie krijgen (GB), mogelijk verhoogt dit hun zekerheid, hun eigen-effectiviteitsverwachting over de uitvoering van de interventie. Het werkt bevorderend voor de implementatie als professionals ervaren dat ze de interventie goed uit kunnen voeren (De Graaf & Bohlmeijer, 2006b) en al vroeg in het invoeringsproces merken dat ze bij de cliënt effect sorteren met de interventie (RvdS, GB). Voor de continuering van de interventie is het belangrijk dat professionals lerend kunnen werken (HO), dat training aansluit bij behoeften en op maat wordt aangeboden. Ook is het hiervoor belangrijk dat er uitwisseling is met anderen, bijvoorbeeld in de vorm van een landelijke dag of deskundigheidsbevordering (MB, HO).

5.3.3 *Determinanten met betrekking tot de organisatie*

Er zijn door de geïnterviewden weinig determinanten genoemd met betrekking tot de organisatie. Een determinant die door bijna alle geïnterviewden genoemd is, is de aanwezigheid van een projectleider, ofwel procesbewaker, lokale coördinator, projectcoördinator (GB; HO; RvdS; MB). Het werkt bevorderend op het gehele proces als zowel mensen uit de lijn als van de inhoud betrokken zijn (HO; GB), een positieve houding van de leidinggevende werkt bevorderend, evenals steun van collega's (De Graaf & Bohlmeijer, 2006b). De mate waarin de interventie past bij de instelling en het doel van de interventie als belangrijke taak wordt gezien, zijn ook van belang (De Graaf & Bohlmeijer, 2006b). Een belemmerende werking op de implementatiefase gaat uit van organisaties die de implementatie helemaal zelf in de hand willen houden. Omdat er bij de ontwikkelaars en invoeringsdeskundigen meer kennis en kunde is op dit gebied kost het veel tijd als organisaties het helemaal zelf willen verzinnen (HO).

Er zijn veel randvoorwaarden genoemd die door organisatie geschapen moeten worden, welke belemmerend en bevorderend kunnen werken. Een veelgenoemde voorwaarde is de hoeveelheid geld, al kan deze zowel belemmerend als bevorderend werken. Er is voldoende geld nodig om bijvoorbeeld personeel en ondersteuning te genereren. Het

kan echter belemmerend werken als een organisatie niets hoeft te betalen voor de interventie (RvdS; HO; MB), in dat geval is de urgentie en motivatie om 'er iets van te maken' geringer dan wanneer er voor betaald wordt. Ook voldoende tijd is een belangrijke determinant voor het slagen van een invoering (De Graaf & Bohlmeijer, 2006b; TvM; MB); soms duurt het jaren voordat een verandering echt 'landt' in een gemeente (CR). Verder moeten er voldoende materiële middelen zijn: er moet een structureel budget zijn om de oudermaterialen (blijvend) te kunnen aanschaffen (GB).

5.3.4 *Determinanten met betrekking tot de sociaal politieke context*

Vooral voor de verspreiding en adoptie van een interventie is het belangrijk dat deze veel aandacht krijgt in media (TvM, RvdS, GB, CR) en dat de invoering 'op een goed moment' komt (GB, MB, CR). Dit goede moment kan ontstaan wanneer de doelgroep als een maatschappelijk probleem wordt gezien, of wanneer er extra geld beschikbaar is voor de betreffende doelgroep of voor implementatie, bijvoorbeeld door impulsmaatregelen van het ministerie (De Graaf & Bohlmeijer, 2006b; HO; CR). Het is dan ook belangrijk dat de vertaalslag van de politieke aandacht op beleidsniveau naar de uitvoeringspraktijk gemaakt wordt (CR). De jeugdige of het gezin moeten bereid zijn mee te werken, de interventie moet een verbetering voor de doelgroep zijn en zij moeten geen extra risico's lopen door mee te doen aan de interventie (MB, TvM, HO). Een goede samenwerkingsstructuur werkt bevorderend op de invoering (De Graaf & Bohlmeijer, 2006b). Betrokkenheid van gemeenten werkt ook bevorderend, omdat het de betrokkenheid van managers en uitvoerende professionals vergroot (De Graaf & Bohlmeijer, 2006b). Het werkt versnellend voor de adoptie wanneer bijvoorbeeld een tussenliggende partij zoals de gemeente, een onderwijsbegeleidingsdienst of andere ondersteunende partij de interventie promoot bij instellingen (GB, RvdS). Het kan echter ook belemmerend werken wanneer er bijvoorbeeld geen goede samenwerking is tussen verschillende werkvelden in de jeugdsector (De Graaf & Bohlmeijer, 2006b).

5.4 Invoerstrategieën

Idealiter worden invoerstrategieën geselecteerd naar aanleiding van een analyse van determinanten. In de literatuur en de interviews zijn geen aanwijzingen gevonden dat bij één van de interventies structureel op deze manier te werk wordt gegaan. Bij veel van de interventies is, vaak op basis van een proefimplementatie in een onderzoeksfase, een standaard manier ontwikkeld om de interventie in te voeren bij instellingen, waarbij een aantal vaste strategieën wordt ingezet. Deze strategieën worden soms aangepast aan de locatie waar de interventie ingevoerd wordt, soms niet. De strategieën zijn in de tekst hieronder schuin gedrukt. De informatie is afkomstig uit de interviews, tenzij naar andere bronnen wordt verwezen.

5.4.1 *Taakspel*

Leerkrachten kunnen Taakspel alleen verkrijgen via onderwijsbegeleidingsdiensten met een licentie. Deze onderwijsbegeleidingsdiensten kunnen Taakspel *promoten* aan scholen en op die manier de interventie verspreiden. Vaak nemen leerkrachten echter direct contact op met de landelijke coördinator of met een onderwijsbegeleidingsdienst als er sprake is van probleemgedrag in de klas, waar ze wat aan willen doen.

Schoolbegeleiders van de onderwijsbegeleidingsdienst worden opgeleid en werken onder supervisie van het Centrum Educatieve Dienstverlening (CED) (Ince, 2007). De schoolbegeleiders dragen zorg voor de invoering van de interventie in scholen, de invoering verloopt altijd op dezelfde manier. Ze verstrekken de *handleiding* en geven een driedaagse *training* aan leerkrachten en bieden *coaching* in de vorm van 10 klassenconsultaties in het eerste jaar. Ze leiden ook de intern begeleider van de school op, zodat deze de leerkrachten *intern kan begeleiden*, ook na het eerste jaar van

ondersteuning. De continuering van de interventie wordt volgens geïnterviewde vooral geborgd doordat het effect direct weg is wanneer leerkrachten stoppen met het uitvoeren van de interventie of er onderdelen van weglaten. Door middel van *instrumenten* tijdens training, consultatie en observatie vindt er *positieve controle* plaats op de uitvoering door de leerkrachten. Er wordt ook bijgehouden of ze voldoende gebruik maken van de interventie en daarvan is de *persoonlijke certificering* afhankelijk.

5.4.2 *Families First*

De verspreiding van de interventie gaat soms vanzelf, wanneer instellingen zich aanmelden. Dit gebeurt bijvoorbeeld naar aanleiding van een *praatje op een congres*. Soms wordt er een actieve benadering gekozen, waarbij een *bezoek* gebracht wordt of een *workshop* gegeven wordt. Voor Families First is er een standaard pakket voor de implementatie van de interventie bij een nieuwe instelling, met een aantal vaste invoerstrategieën. Dit programma kan echter wel op maat ingezet worden. Bij de introductie van de invoering wordt bekeken hoe de interventie kan functioneren in de betreffende instelling en welke randvoorwaarden bijvoorbeeld nog geschapen moeten worden om het te laten slagen.

De implementatie start vervolgens met een *workshop* voor sleutelfiguren en er wordt een *programmaleider en teamleider* aangesteld. Er is een duidelijke *handleiding* en Families First medewerkers volgen een vijfdaagse *basistraining* en worden daarna *ingewerkt* op locaties *middels een schaduwsysteem*, ze volgen twee maal per jaar een *aanvullende workshop*, teamleiders volgen een tweedaagse *teamleiderstraining* (Berger, 2005). Verder is er *werkbegeleiding/intervisie* en is er *landelijke uitwisseling* voor teamleiders met elkaar en de regiegroep.

Het kwaliteitssysteem vervult een continue *monitor- en feedback* functie. Er worden locatienormen vastgesteld, deze worden gemeten en getoetst en vervolgens wordt er een plan van aanpak voor verbetering gemaakt (Van der Steege & Jagers, 2001). Het systeem is niet alleen een manier van gegevensverzameling: door het benutten, uitwisselen en maken van nieuwe voornemens blijven betrokkenen zich ontwikkelen.

5.4.3 *Stevig Ouderschap*

Op dit moment krijgt een derde van de nieuwgeborenen in Nederland te maken met de interventie Stevig Ouderschap (de vragenlijst en/of de interventie). Streven is dat dit uiteindelijk alle gezinnen met jonge kinderen zullen zijn.

Door het *informeren via website, workshops en publicaties* weten veel professionals van de interventie. Ook werkt het goed voor de verspreiding wanneer in een provincie of regio een aantal gemeentes meewerken, zodat omliggende gemeentes *zien wat het effect is*. Het vergt echter vaak *onderhandeling en overtuiging* om financierende instanties te laten zien wat de meerwaarde is van de interventie.

Wanneer nieuwe instellingen Stevig Ouderschap willen inzetten, moeten zij het *convenant* van de *vereniging* tekenen, waarmee ze aangeven aan welke uitvoeringseisen ze zich houden. Er volgt een *consultgesprek* met de *projectleider* van Stevig Ouderschap om te kijken hoe de interventie in de betreffende instelling ingezet gaat worden. Verpleegkundigen volgen een *training* van 14 dagdelen, waarbij aandacht is voor kennisoverdracht en oefenen van technieken. Ze werken met het *huisbezoekdossier*, waarin handelingsaanwijzingen staan en gedurende de uitvoering is er ondersteuning door middel van *supervisie/werkbegeleiding*. Daarnaast is er *intercollegiale uitwisseling* tussen de JGZ-verpleegkundigen (Kooijman, 2006a) en worden er *landelijke dagen* georganiseerd voor uitwisseling over de regio's heen. Er zijn landelijke *evaluaties* waarin aan de orde komt hoe de interventie gehanteerd wordt en wat de resultaten zijn. Dit geeft input voor verdere ontwikkeling en aanpassing van de interventie.

5.4.4 *Zelfcontrole*

Zelfcontrole wordt niet actief verspreid of ingevoerd in Nederland. De ontwikkelaar heeft een gedetailleerde *handleiding* gepubliceerd en die is in boekvorm via de boekwinkel te verkrijgen, aan de hand waarvan de interventie uitgevoerd kan worden zoals bedoeld en zoals effectief gebleken in onderzoek. Het is wel zo dat er veel passieve invoerstrategieën aan de orde zijn, zoals dat er veel bekendheid gegeven wordt aan de interventie door *recensies en artikelen in tijdschriften*, besprekingen op *congressen* en de eenvoudig te verkrijgen *handleiding*.

5.4.5 *Triple P*

De ontwikkelaars van Triple P besteden veel aandacht aan de brede verspreiding en invoering van de interventie. In diverse artikelen besteden zij aandacht aan wat nodig is om effectieve interventies beschikbaar te maken voor ouders en professionals (o.a. Sanders & Turner, 2005; Prinz & Sanders, 2007). Aan de hand van de kennis die is opgedaan met het invoeren van Triple P in andere landen, heeft er in Nederland een proefimplementatie plaatsgevonden.

De proefimplementatie van Triple P in een aantal gemeenten is ingedeeld in drie fasen (De Graaf & Bohlmeijer, 2006a), welke vergelijkbaar zijn met de fasen die in dit rapport gehanteerd worden, de voorbereiding (hier: adoptie), uitvoering (hier: implementatie) en consolidatie (hier: continuering). In de fase van voorbereiding (adoptie), gaat het vooral om creëren van draagvlak. Dit draagvlak is gecreëerd door het geven van *informatie, discussie over uitgangspunten*, opstellen van een *samenwerkingscontract* en een *lokaal projectplan* en het aanstellen van *regionale of interne coördinatoren* (De Graaf & Bohlmeijer, 2006a). Vervolgens werden uitvoerend medewerkers voorbereid op de training met behulp van een *studiemiddag*, vonden *trainingen* door Australische trainers plaats en ging men, na het succesvol afronden van de accreditatieworkshop, over tot *certificering* van medewerkers. Consolidatie zal vooral moeten plaatsvinden door *aanvullende intervisie* en *scholingsmogelijkheden* en *monitoring van de resultaten*.

Verdere verspreiding komt onder andere tot stand doordat potentiële gebruikers er om vragen. Verder wordt dit actief bevorderd door *presentaties* en een *website*. Bij nieuwe locaties gaat de invoering volgens een algemene lijn, al verloopt het overal weer net even anders. Eerst wordt er een *trekker/projectleider* aangewezen, een *implementatieplan* gemaakt en volgt er een *onderzoek naar het draagvlak en de meerwaarde van de interventie*. Er is een *startbijeenkomst*, waarin een *samenwerkingsovereenkomst* tussen gemeenten en instellingen gemaakt wordt. Daarna volgt de *training* aan medewerkers en wordt er aanbevolen om *intervisie* te bieden. Uitvoerders van Triple P worden op de hoogte gehouden via *nieuwsbrieven*.

Er vindt *onderzoek* plaats naar de uitvoering van de interventie en naar de geboekte resultaten. Bij de start van de invoering wordt er een *convenant* met doelen gemaakt met de gemeente, waarvan financiering afhankelijk is. In het programma zijn vragenlijsten geïntegreerd, waardoor onderzoek mogelijk is.

5.4.6 *Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg en Armoede en gezondheid bij kinderen*

Deze beide interventies zijn vanuit de praktijk ontwikkeld in de jeugdgezondheidszorg in Breda, omdat er behoefte was aan meer aandacht voor het psychosociaal functioneren van specifieke groepen kinderen. Er is landelijk dan ook veel vraag naar de interventies, welke in de vorm van een *handboek* beschikbaar zijn. De verspreiding van de interventie is voor de ontwikkelaar geen geëigende taak en zij is op zoek naar een instantie of vorm waarin de interventie wel breder gebruikt kan worden, zonder dat zij zelf *training en begeleiding* hoeft te bieden, omdat dit niet in haar taken past. In de

handleiding is wel voorzien in aanwijzingen voor de implementatie, welke ook *aanpassing op onderdelen mogelijk* maakt (Rots, 2007; CR). Er is een tweedeling gemaakt in aspecten van de interventie die altijd geïmplementeerd moeten worden en aspecten die aan te passen zijn aan de situatie waarin de interventie gebruikt gaat worden (CR).

5.5 Infrastructuur voor invoering jeugdzorginterventies

Er is geen vaste, duidelijke infrastructuur waarlangs de ontwikkeling, verspreiding en invoering van interventies verloopt, terwijl daar wel behoefte aan lijkt te zijn (HO, GB, CR). Het is afhankelijk van verschillende factoren, zoals de ontwikkelaars, de subsidieverstrekker, het type interventie etc., hoe dit proces van invoering verloopt. Uit de interviews komt naar voren dat de ontwikkeling en het eigendom van de interventie en daarmee het belang om de kwaliteit te borgen een rol speelt in het invoeringsproces. Hieronder wordt kort stilgestaan bij de ontwikkeling en het eigendom van een interventie, de structuren die bij de geanalyseerde interventies zijn gehanteerd en bij de rol van kosten.

5.5.1 *Ontwikkeling en eigendom van de interventies*

De onderzochte interventies kennen verschillende ontwikkelingstrajecten en daar hangt onder andere mee samen waar het eigendom van de interventie ligt. Met dit eigendom wordt bedoeld dat een persoon of instelling zich sterk verantwoordelijk voelt voor de ontwikkeling, implementatie en kwaliteitsbewaking (Van Yperen & Bakker, 2008). Algemeen geldt dat het ontwikkelen van een interventie start met een gebrek aan een effectief antwoord op een bepaalde zorgvraag in Nederland. Eén manier om hier mee om te gaan is het ontwikkelen van een nieuwe interventie die in theorie zou moeten aansluiten bij de problematiek. De ontwikkelaars van Zelfcontrole, Stevig Ouderschap en Armoede en gezondheid hebben bijvoorbeeld een tekort aan interventie voor een bepaalde doelgroep opgelost door met behulp van theoretisch onderbouwing en praktische ervaring zelf een interventie te beschrijven (MB, TvM, CR). Een andere manier is het zoeken naar effectieve interventies in het buitenland en deze, eventueel aangepast, toe te passen in de Nederlandse situatie. Triple P is een letterlijke vertaling van een effectief Australisch programma; Taakspel en Families First zijn gebaseerd op effectieve Amerikaanse interventies.

Het uitvoeren van de eerste versie, of de eerste Nederlandse vertaling, van de zeven geanalyseerde interventies werd begeleid door effectonderzoek. Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door subsidie en samenwerking tussen zorginstellingen en academische centra. Door dit soort onderzoek ontstond direct bewijs voor de effectiviteit van een nieuw of vertaald programma, werden de sterke en zwakke kanten van de interventie duidelijk en werd duidelijk waar nog verdere ontwikkeling nodig was. Bij de meeste interventies was in deze onderzoeksfase ook nadrukkelijk aandacht voor evaluatie van het invoeren van de interventie en hoe dit in het vervolg het beste kon worden vormgegeven (o.a. Sanders & Turner, 2005; Bouwmeester-Landweer, 2007).

5.5.2 *Verspreiding en kwaliteitsborging*

Voor de verdere verspreiding en invoering van een interventie (breder dan de eerste onderzoekssetting) is het verloop van het invoeringsproces mede afhankelijk van waar het eigendom van de interventie ligt. Bij veel van de geanalyseerde interventies is sprake van een zeer beschermd eigendom, welke wordt bewaakt door licenties, accreditatie en convenanten. Er geldt niet zozeer een commercieel belang, het is vooral de bedoeling om de kwaliteit van het product te beschermen (Van Yperen & Bakker, 2008). Bij dit beschermd eigendom zijn er duidelijke eisen ten aanzien van invoering,

uitvoering en ondersteuning aan medewerkers die aan toekomstige gebruikers gesteld worden voordat ze de naam van de interventie mogen gebruiken.

- Bij Taakspel is de structuur zo opgebouwd dat het Centrum Educatieve Dienstverlening (CED) zorg draagt voor de verspreiding, implementatie en kwaliteitsbewaking van de interventie, voor onderzoek wordt samengewerkt met universiteiten (RvdS). Het aanschaffen van Taakspel verloopt altijd via onderwijsbegeleidingsdiensten met een licentie, waardoor leerkrachten de interventie niet direct kunnen verkrijgen. Licenties zijn persoonsgebonden en worden aan medewerkers van de onderwijsbegeleidingsdienst verstrekt na positieve evaluaties over de invoering van de interventie (Ince, 2007).
- Bij Families First wordt de zorg voor verspreiding, implementatie en training van de interventie door het NJi (en voorheen Collegio) gedragen. Het NJi en Praktikon verzorgen procesevaluatie en effectonderzoek naar de interventie. Er is een intern kwaliteitssysteem ontwikkeld waarmee de kwaliteit van de hulpverlening voortdurend gemonitord en verbeterd kan worden. Door middel van een licentieverklaring verklaren instellingen de interne kwaliteitssystematiek te gaan gebruiken, daarmee krijgen ze toestemming voor het gebruik van de naam en het logo van Families First (Van der Steege & Jagers, 2001).
- Stevig Ouderschap is ontwikkeld vanuit het LUMC. Inmiddels is er een vereniging die zorg draagt voor de verspreiding, implementatie en ontwikkeling van de interventie (MB). Instellingen die de interventie willen uitvoeren tekenen een convenant waarin eisen ten aanzien van de uitvoering staan omschreven (Kooijman, 2006a).
- Triple P is ontwikkeld door prof. M. Sanders en het team van het Parenting and Family Support Centre van de universiteit van Queensland in Australië (De Vries, 2005). In Nederland wordt de uitvoering van het programma gecoördineerd door het NJi en wordt onderzoek naar het programma uitgevoerd door het Trimbos Instituut. Triple P ziet kwaliteitsbewaking als een eigen verantwoordelijkheid van de instelling Dit zou moeten worden ingebouwd in het werkproces in plaats van door het creëren van systemen van externe controle (GB).

Er zijn ook ontwikkelaars die hun kennis en kunde beschikbaar stellen. Zij laten het vervolgens aan toekomstige uitvoerders over de interventie getrouw uit te voeren.

- Zelfcontrole is ontwikkeld door T. van Manen en uitgegeven in boekvorm bij Bohn Stafleu van Loghum. Er is een gedetailleerde handleiding beschikbaar en de ontwikkelaar hecht er aan dat deze zorgvuldig wordt gevolgd. Uitvoerders zijn ontwikkelingspsychologen of orthopedagogen die worden getraind in toepassing van de methode. Er gelden geen specifieke eisen ten aanzien van de uitvoering en begeleiding van de uitvoerend werkers. De wijze van kwaliteitsbewaking wordt bepaald door de uitvoerder (Elling & Van Yperen, 2006).
- Bij de ontwikkelaars van Armoede en gezondheid en Bemoeizorg in de JGZ geldt dat ze erg zoekende zijn naar een infrastructuur die ondersteunend is bij het verder verspreiden en invoeren van de interventies. Armoede en gezondheid van kinderen en Bemoeizorg in de JGZ zijn vanuit de praktijk ontwikkeld in de jeugdgezondheidszorg in Breda, omdat er behoefte was aan meer aandacht voor het psychosociaal functioneren van specifieke groepen kinderen. Deze ontwikkeling ging gepaard met onderzoek vanuit Tranzo (academische werkplaats van de Universiteit van Tilburg. In eerste instantie ging het bij deze interventies vooral om samenwerkingsafspraken en stappenplannen. Dit is inmiddels uitgewerkt in een handboek en voor Armoede en gezondheid is ook een training beschikbaar. In de handleiding staan randvoorwaarden voor implementatie beschreven, maar de kwaliteitsbewaking ligt bij de uitvoerder. Er is landelijk veel vraag naar de interventie en de ontwikkelaar wil ook wel verder

verspreiden en invoeren, maar daar is geen geld en tijd voor beschikbaar. Het is erg zoeken welke instantie zorg zou kunnen dragen voor verdere verspreiding, invoering en borging van de interventie (CR).

5.5.3 *Kosten*

De kosten die gepaard gaan met de invoering van interventies zijn niet eenvoudig te berekenen. Er moet rekening gehouden worden met de aard en omvang van de interventie zelf, van de invoerstrategieën die er bij komen kijken en van de kwaliteitsbewaking die op de invoering volgt. Wat algemeen naar voren komt in de interviews, is dat deze kosten niet goed inzichtelijk zijn. Soms wordt wel een schatting gemaakt van de kosten voor de invoering van een programma (HO, MB), maar dit kan niet afgezet worden tegen de effectiviteit van de interventie en de besparing die dat met zich meebrengt.

Geld voor de ontwikkeling van een interventie is er vaak wel, bijvoorbeeld vanuit subsidie of stimuleringsgelden. Wanneer deze fase echter afgerond is, ontstaat er een gat, die de uitvoerders van de vernieuwing zelf moeten opvullen. Dan gaat een interventie geld kosten voor de instelling en deze zijn niet altijd in de gelegenheid of bereid om die kosten te dragen. Ook werkt het niet altijd stimulerend om instellingen in eerste instantie 'gratis' te laten meedoen aan een interventie die in de ontwikkelfase is, omdat de motivatie om er iets van te maken daarmee niet toeneemt (GB, HO).

Voor de invoeringsfase geldt dat men over het algemeen een intensiever pakket van invoerstrategieën beschouwd als effectiever voor het invoeren van interventies. Hoe meer training, begeleiding en monitoring er plaats vindt, hoe beter men zal uitvoeren wat er in handleidingen omschreven staat. Vaak wordt de inzet van deze strategieën echter beperkt gehouden door geldgebrek, waardoor vooral de borging en kwaliteitsbewaking er bij inschiet.

5.6 **Algemene succesfactoren en valkuilen**

In paragraaf 2.5 worden vanuit de literatuur een aantal algemene succesfactoren en valkuilen besproken voor (onderzoek naar) innovatieprocessen. In deze paragraaf wordt bekeken in hoeverre er bij de invoering van de geanalyseerde interventies rekening is gehouden met deze factoren en valkuilen.

5.6.1 *Succesfactoren*

Zoals eerder is beschreven, is het creëren van draagvlak bij gebruikers erg belangrijk bij de invoering van vernieuwingen (Rogers, 2003) en zijn er een aantal zaken die altijd van belang zijn (Paulussen, 1994; Paulussen & Wiefferink, 2003; Fleuren e.a., 2006a, Fleuren e.a., 2007a).

- Het ontwikkelen van effectieve en bruikbare materialen
Alle geïnterviewden beamen het belang van een 'goed product', een interventie die duidelijk omschreven is en de toekomstige gebruikers voorziet van concrete handelingsaanwijzingen. De interventies zijn allen opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies en een duidelijke omschrijving voor gebruikers is een voorwaarde om positief beoordeeld te worden.
- Het actief promoten van de vernieuwing
Door alle geïnterviewden is aangegeven dat het moeilijk is om in te schatten waar of wanneer toekomstige gebruikers de beslissing nemen om met een interventie te gaan werken. Ze beschrijven wel dat de interventies enerzijds aandacht in de massamedia (kranten, tijdschriften, tv, congressen) kregen en dat er anderzijds veel

actie ondernomen werd tot meer inter-persoonlijke aandacht (bezoeken aan instellingen, workshops). Bij sommige interventies was er sprake van een plan voor verdere verspreiding in Nederland, waarbij er ook gericht geïnvesteerd werd/wordt op de promotie (RvdS, HO, GB).

- **Training en coaching**
Zowel bij het eerste gebruik als bij vervolggebruik is het belangrijk om training en coaching te bieden, aangepast aan de omstandigheden en het niveau van de beoogde gebruiker. Zoals in de vorige paragraaf beschreven, is het voor een aantal interventies zo dat de materialen pas beschikbaar zijn na aankoop van training en ondersteuning (RvdS, HO, GB). Er wordt dus veel controle uitgeoefend op de vorm en inhoud van de ondersteuning. Bij andere interventies wordt de training en coaching meer overgelaten aan de uitvoerende instellingen (MB, TvM).
- **Bevorderen dat de gebruikers ervaringen kunnen uitwisselen en daarvan leren**
Het is belangrijk dat gebruikers ervaringen kunnen uitwisselen en van elkaar kunnen leren. Deze uitwisseling onder gebruikers en support door organisaties wordt bij verschillende interventies als heel belangrijk ervaren (RvdS, HO, MB, GB) en ook opgenomen in de structuur van invoering (HO, MB, GB). Het monitoren en evalueren van het werken met de vernieuwing gebeurt vooral wanneer een interventie nog in de ontwikkelings- en onderzoeksfase is en met als voornaamste doel de kwaliteit te bewaken (zoals bij TvM, MB RvdS) en minder als manier om te continuering en ontwikkeling van medewerkers te bevorderen (wel bij Families First en GB).
- **Het inrichten van een ondersteuningsstructuur**
Bij een aantal interventies bestaat een ondersteuningsstructuur die de uitwisseling van informatie en ondersteuning van landelijk niveau naar regionaal en individueel niveau mogelijk maakt (HO, GB). Bij een aantal andere interventies gebeurt dit op kleinere schaal, door de aanwezigheid van een algemeen coördinator of contactpersoon (RvdS, TvM) of door de organisatie van een landelijke dag (MB).

5.6.2 *Valkuilen*

- **Het inzetten van een invoerstrategie zonder determinantenanalyse**
Zoals gezegd zijn er geen aanwijzingen gevonden dat de interventies ingevoerd zijn met behulp van invoerstrategieën die aan de hand van een determinantenanalyse zijn geselecteerd. Wellicht is dit wel gebeurd in de ontwikkelfase van de interventies, maar hierover is geen kennis voorhanden. Bij een aantal interventies is sprake van een gerichte invoering, omdat er voorafgaand een analyse gemaakt wordt van de situatie en dan gekeken wordt hoe er invulling aan bijvoorbeeld een training gegeven kan worden of welke meerwaarde de nieuw in te voeren interventie biedt ten opzichte van de bestaande interventies (HO, GB).
- **Het inzetten van een invoerstrategie die niet aansluit bij de determinantenanalyse**
Het is onduidelijk of de gehanteerde invoerstrategieën van de geanalyseerde interventies aansluiten bij de aanwezige determinanten, omdat de determinantenanalyse niet zo expliciet gemaakt wordt en/of er geen documentatie over beschikbaar is. Wellicht sluiten de strategieën niet goed aan, wellicht sluiten ze wel goed aan.
- **Bij onderzoek naar invoering alleen vragen naar niet-gebruikers**
Een bekende valkuil bij onderzoek naar invoering van vernieuwingen is dat er aan mensen die de vernieuwing niet gebruiken gevraagd wordt naar hun redenen. Bij de geanalyseerde interventie is deze valkuil niet gesignaleerd, in tegendeel. Veel informatie is juist verkregen door mensen te benaderen die wel zijn overgegaan tot invoering van de vernieuwing. Dit geeft wellicht weer een vertekend beeld in de andere richting. Daarnaast is het zo dat publicaties over de interventies vaak geschreven worden door de ontwikkelaars en dus belanghebbenden bij de

interventies. Er is weinig onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar de interventies of de invoering ervan beschikbaar.

- Bij onderzoek naar invoering is de uitkomstmaat verschillend
Onder de invoering van een interventie kan worden verstaan dat een x aantal professionals de interventie uitvoert, dat een x aantal gezinnen de interventie aangeboden krijgt of dat een x percentage van de interventie uitgevoerd wordt. Er is geen eenduidigheid over wat er precies met invoering wordt bedoeld. Ter illustratie drie voorbeelden van onderzoek naar de invoering van de geanalyseerde interventies. In onderzoek naar de implementatie van Families First wordt het begrip implementatie geoperationaliseerd als een combinatie van drie verschillende uitkomsten: wordt de beoogde doelgroep bereikt, wordt de interventie uitgevoerd zoals bedoeld en wordt de gewenste uitkomst behaald (Veerman, De Kemp, Ten Brink, Slot & Scholte, 2003; Ten Brink, Veerman, de Kemp & Berger, 2004). In onderzoek naar implementatie van Stevig Ouderschap schrijft men over het belang van het bereiken van de doelgroep, het rendement dat behaald wordt, of professionals en ouders tevreden zijn en over hoe de interventie uitgevoerd wordt (Bouwmeester-Landweer, 2006; Bouwmeester-Landweer, 2007). In onderzoek naar invoering van GB rapporteert men over de mate van uitvoering, het oordeel van gebruikers en uitvoerders, de mate van effectiviteit en de samenwerking met verschillende partners (De Graaf & Bohlmeijer, 2006).

5.7 Samenvattende conclusie

De fasen uit de innovatiecyclus zijn zowel in de literatuur over de interventies als in de gesprekken te herkennen, de determinantenanalyse en daarop gerichte inzet van invoerstrategieën niet. In ieder geval wordt dit niet zo gestructureerd ingezet en beschreven als in de literatuur wordt aanbevolen. De verschillende categorieën determinanten komen wel terug in evaluatieonderzoek en in de interviews en er worden wel invoerstrategieën ingezet, zoals trainingen of werkbegeleiding, maar er zijn geen aanwijzingen gevonden dat deze strategieën zijn geselecteerd naar aanleiding van een determinantenanalyse. Er is een aantal artikelen gevonden over de invoering van de hierboven beschreven interventies. Het betreffen voornamelijk proces evaluaties, waarbij achteraf bekeken wordt welke determinanten meespeelden bij de invoering.

De algemene succesfactoren voor de invoering van vernieuwing (Paulussen, 1994; Paulussen & Wiefferink, 2003; Fleuren e.a., 2006a, Fleuren e.a., 2007a) lijken grotendeels aan de orde te zijn bij de geanalyseerde interventies. Er is in elk geval aandacht voor het ontwikkelen van effectieve en bruikbare materialen en voor het promoten van de interventies. In de meeste gevallen ook voor training en coaching van medewerkers en voor uitwisseling en leren van gebruikers. De ondersteuningsstructuur is in een aantal gevallen stevig verankerd (RvdS, HO, GB), maar vooral voor de eerste invoeringsperiode en niet om de interventie duurzaam te borgen in de organisatie.

De belangrijkste valkuil is het gebrek aan een goede determinantenanalyse voorafgaand aan het implementatieproces en het inzetten van daarbij passende invoerstrategieën. Er wordt nu veelal onbewust en weinig systematisch gebruik gemaakt van strategieën, waardoor het niet goed mogelijk is om resultaten te linken aan een bepaalde aanpak. Dit maakt het moeilijk om succesvolle invoeringsprocessen te herhalen bij andere interventies.

Het gebrek aan onderzoek naar en verslaglegging van invoeringsprocessen is een tweede valkuil, omdat de kennis die er nu is impliciet blijft en niet gedeeld wordt met toekomstige invoerders. Vermoedelijk zijn de invoerstrategieën die ingezet worden wel doordacht, maar dit is niet goed beschreven. Daarnaast zijn er voldoende voorbeelden van best-practices in de praktijk, maar ook deze worden niet beschreven en zijn daarmee niet repliceerbaar.

6 Expertbijeenkomst

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit de expertbijeenkomst gerapporteerd. Deze bijeenkomst is gearrangeerd na afloop van de literatuurstudie en de analyse van interventies om de bevindingen daaruit te toetsen aan de inzichten van de experts.

6.2 Beschrijving van de bijeenkomst

Het eerste gedeelte van de bijeenkomst werd besteed aan discussiepunten en opmerkingen over het stuk zoals dat aan de deelnemers werd opgestuurd. Het betrof een concept van het rapport, waarin de methode en resultaten hoofdstukken waren uitgewerkt, maar waarbij de discussie en conclusies zo veel mogelijk achterwege werden gelaten, om de experts de ruimte te geven voor hun inbreng hierover. Het tweede deel van de bijeenkomst werd besteed aan bespreekpunten naar aanleiding van het stuk en punten die van belang zijn voor de vervolgoopdracht (zie inleiding). Uit de discussie tijdens de expertbijeenkomst kwam een aantal belangrijke aandachtspunten naar voren, welke in de volgende paragraaf worden beschreven.

6.3 Bevindingen vanuit de expertbijeenkomst

6.3.1 *Implementatie en borging zijn verschillende processen*

Zowel implementatie als borging van interventies staat nog onvoldoende 'op de agenda' in de jeugdsector, terwijl het erg belangrijk is. Daarnaast moet er een koppeling zijn tussen ontwikkeling, invoering en evaluatieonderzoek. Het is echter lastig om implementatie en borging samen te nemen. De literatuurstudie van determinanten en strategieën is vooral relevant voor de eerste fasen van de invoering, namelijk de adoptie en implementatie. 'Borging' gaat over de langere termijn, over continuering, waarvoor een meer stabiele, structurele infrastructuur nodig is. Bij implementatie spelen de professionals, hun managers en overheden een hoofdrol, bij borging juist ook toezichhoudende instanties en beroepsverenigingen. Een ondersteuningsstructuur moet deze verschillende doelgroepen kunnen bedienen.

6.3.2 *Duidelijke verschillen in context binnen het jeugdveld*

Anders dan in de jeugdgezondheidszorg, is er in de jeugdzorg geen eenduidige groep professionals en ook geen standaard per beroepsgroep. De JGZ-sector is, veel meer dan de jeugdzorg, een productiebedrijf, waarin veel kinderen 'gezien' moeten worden. En het speelveld in de jeugdzorg is complexer: meer bestuurslagen, meer aanbod, meer soorten professionals, meer werkwijzen, meer interventies.

6.3.3 *Determinantenanalyses zijn belangrijk voor implementatie*

Determinantenanalyses zijn niet gewoon in de jeugdzorg, en veel meer in de jeugdgezondheidszorg. De beschrijvingen van de interventies laten zien dat er in de jeugdzorg weliswaar niet zomaar geïmplementeerd wordt, maar dat de keuzes hierin veelal toch slechts impliciet gemaakt worden. Het is raadzaam om vaker systematisch te werk te gaan met een determinantenanalyse. Uit een goede analyse kan vervolgens bepaald worden welke implementatiestrategie het meest

doeltreffend zal zijn. Voor het maken van deze afwegingen is ondersteuning gewenst. Er kan niet verondersteld worden dat iedereen in de jeugdsector over voldoende kennis en kunde op het gebied van invoeringsprocessen beschikt.

6.3.4 *Onduidelijkheid waarom organisaties voor bepaalde vernieuwingen kiezen*

Anders dan in de jeugdgezondheidszorg, waar richtlijnen of standaarden vrij sterk top-down en vanuit een sterke beroepsgroep kunnen worden verspreid, lijkt er in de jeugdzorg veel meer sprake van beslisvrijheid bij de organisaties. Dit onderzoek laat de (interessante) vraag onbeantwoord of en zo ja, hoe, het aanbod aan interventies in de jeugdsector gereguleerd zou kunnen worden. Er zijn talloze onderling vrijwel uitwisselbare programma's, het wiel wordt vaak herhaaldelijk opnieuw uitgevonden en eigenlijk moet de klant tegen deze veelheid in bescherming worden genomen. Ook bij het opzetten van Centra voor Jeugd en gezin blijkt dat er behoefte is aan een samenhangend geheel. De overheid zou hier meer verantwoordelijkheid in kunnen nemen. Er zijn erkende effectieve interventies en er zijn erkenningscommissies ingevoerd. Waarom worden de erkende effectieve interventies dan niet breed ingevoerd?

6.3.5 *Eigenaarschap van effectieve interventies moet geregeld zijn*

Er zijn goede interventies, die bijvoorbeeld aan universiteiten worden ontwikkeld, maar te weinig worden geïmplementeerd, aangezien er geen commercieel of wetenschappelijk belang meer is na ontwikkeling. Er is een infrastructuur nodig voor invoering van deze interventies. Hoe kan dit geregeld worden? Is het eigenaarschap regelen daarvoor voldoende of dient er ook een commercieel belang te zijn? Er moeten in de vervolgoopdracht eigenlijk minimaal twee scenario's worden uitgewerkt: Eén waarin marktwerking een rol speelt en één waar marktwerking van ondergeschikt belang is.

6.4 **Samenvattende conclusie**

Uit de expertbijeenkomst komt naar voren dat het invoeren van vernieuwingen niet zo systematisch verloopt als volgens theorie en praktijkervaring wenselijk zou zijn. Implementatie en borging staan onvoldoende 'op de agenda' en er worden vaak verschillende activiteiten mee aangeduid.

Het is wenselijk dat er meer aandacht en ondersteuning komt voor de invoering van interventies in de jeugdsector, vooral de jeugdzorg en het jeugdwelzijn. Hierbij kan geleerd worden van ervaringen in de jeugdgezondheidszorg, maar er moet ook rekening gehouden worden met de verschillen per werkveld, met de plek waar beslissingen genomen worden en met het eigenaarschap van interventies.

7 Discussie

7.1 Inleiding

Het doel van dit project is om via een synthese van bevindingen uit de literatuur, de praktijk en raadpleging van experts te komen tot uitspraken over de implementatiemogelijkheden in de jeugdsector. Deze synthese dient als basis voor een vervolgoopdracht, namelijk de uitwerking van verschillende scenario's voor de invoering van vernieuwingen in de jeugdsector. In dit hoofdstuk worden eerst conclusies getrokken wat betreft determinanten en invoerstrategieën die het invoeringsproces beïnvloeden, en over een mogelijke infrastructuur voor de invoering en de kosten van invoering (7.2). Vervolgens wordt ingegaan op de kanttekeningen bij het onderzoek (7.3). Het hoofdstuk sluit af met aanbevelingen voor een effectieve invoering van jeugdinterventies (7.4).

7.2 Conclusies

Determinanten en effectieve invoerstrategieën

Uit zowel de literatuurstudie, de analyse van de interviews en de inbreng van de experts blijkt dat het bij de invoering van vernieuwingen belangrijk is om systematisch te werk te gaan. Daarbij moet aangesloten worden bij specifieke kenmerken van de doelgroep en de context waarin deze opereert en op basis daarvan moet de invoerstrategie bepaald worden. Omdat dit echter meestal niet is gebeurd in de innovatiestudies die in de reviews zijn opgenomen (zie kwaliteit studies), is dit ons inziens mede de reden dat uit de reviews soms tegenstrijdige conclusies worden getrokken over de effectiviteit van bepaalde invoerstrategieën. In zekere zin zou geconcludeerd kunnen worden dat het praktisch haast onmogelijk is om generaliseerbare informatie te ontsluiten op basis van de geïncludeerde studies, omdat het belang van bepaalde determinanten en daarbij aansluitende invoerstrategieën sterk afhangt van het soort vernieuwing, de beoogde gebruikers en de context (Greenhalgh e.a. 2004, Fleuren e.a. 2004a, Grimshaw e.a. 2006). Ook uit de interviews komt maar zelden naar voren dat de invoering specifiek is afgestemd op de betreffende context, waardoor niet goed te achterhalen is waardoor sommige strategieën effectiever zijn dan anderen.

Noch uit de literatuur, noch uit de analyse van de projecten in de jeugdsector komen empirisch aanwijsbare generaliseerbare factoren en strategieën naar voren komen die de invoering van vernieuwingen in positieve of negatieve zin beïnvloeden. De uitkomsten bleken daarvoor te divers. Uit een aantal reviews blijkt bijvoorbeeld dat audit en feedback effectieve strategieën zijn, terwijl dit uit andere reviews dan weer niet blijkt. Uit de interviews over ingevoerde interventies blijken verschillende strategieën effectief in verschillende omstandigheden. Er kan dus op basis van de gebruikte literatuur in deze kennissynthese en de analyses van de interventies geconcludeerd worden dat er geen sprake is van één of meerdere invoerstrategieën die (bij voorbaat) effectief zijn voor wat betreft het bevorderen van de invoering van een vernieuwing. Omgekeerd kunnen invoerstrategieën ook niet a priori uitgesloten worden omdat ze niet effectief zouden zijn in een bepaalde context.

Opmerkelijk is dat er veel reviews zijn over de invloed van invoerstrategieën, maar het aantal reviews over de invloed van determinanten die van invloed zijn op het invoeringsproces zelf, is beperkt. Verder is het aantal studies in de gezondheidszorg naar determinanten met betrekking tot kenmerken van de organisatie en de sociaal-politieke omgeving beperkt in vergelijking tot de aandacht voor kenmerken van de gebruiker en de vernieuwing. Daarnaast is er nauwelijks onderzoek gedaan naar de interactie tussen de verschillende niveaus. Uit de beschikbare literatuur komt geen consistent beeld van determinanten met betrekking tot kenmerken van de organisatie en de sociaal politieke omgeving. Daarnaast is het bewijs voor hun invloed matig. Dit wil niet zeggen dat ze er niet toe doen, omdat tegelijkertijd blijkt dat er weinig (goed) onderzoek naar is gedaan. Op basis van de uitkomsten van de expertbijeenkomst, de analyse van de jeugdinterventies en praktijkervaring mag worden verondersteld dat determinanten op het niveau van de organisatie en de sociaal-politieke omgeving wel degelijk een rol spelen, zoals commitment vanuit het management, cultuur, financiering en wet- en regelgeving.

Er is nauwelijks gepubliceerd over (de bevindingen van) de invoering van vernieuwingen in de jeugdsector (Stals e.a. 2008). Als er al gepubliceerd wordt, is dit meestal in de vorm van grijze literatuur, waardoor het slecht toegankelijk is voor anderen die met de invoering van een vernieuwing te maken krijgen. De vraag is waardoor dit komt. De vraag is ook of de bevindingen uit andere sectoren in de gezondheidszorg of andere wetenschapsgebieden zonder meer van toepassing zijn op de jeugdsector (zie verder 'kritische kanttekeningen' hieronder).

Kwaliteit innovatiestudies

Verschillende auteurs melden dat de innovatiestudies die in hun review opgenomen zijn methodologische tekortkomingen vertonen. Veel innovatietrajecten en innovatiestudies zijn niet 'theoretisch' onderbouwd dan wel systematisch opgezet. Daarnaast verschillen studies in de manier waarop de mate van gebruik van een vernieuwing wordt gemeten. De valkuilen en foute interpretaties die dit met zich meebrengt zijn in het tweede hoofdstuk van deze kennissynthese reeds genoemd. Ook verschillen studies in de definities van determinanten en invoerstrategieën. Een belangrijk gevolg van voorgaande is dat onduidelijk is wat de bevindingen van de reviews waard zijn door de moeizame vergelijkbaarheid van het oorspronkelijk materiaal waarop ze gebaseerd zijn.

Bij aanvang van deze kennissynthese was de verwachting dat er vanaf 2000 meer kwalitatief goed innovatieonderzoek zou hebben plaatsgevonden. Op basis van deze kennissynthese kan geconcludeerd worden dat dit niet het geval is. Omdat het denkbaar is dat onderzoekers sterk leunen op de onderzoeksopzet, analysemethoden en bevindingen uit eerder onderzoek, is de kans groot dat daarmee automatisch ook fouten worden gereproduceerd. In dit verband is de review van Grimshaw e.a. (2006) illustratief die een dergelijke 'systematische fout' lijkt bloot te leggen. In tegenstelling tot de eerdere - ook door henzelf - uitgevoerde reviews, maken zij in hun meest recente review gebruik van een meer verfijnde analysetechniek. Daardoor komen ze tot de conclusie dat het gebruik van een meervoudige invoerstrategie niet automatisch effectiever is dan het gebruik van een enkelvoudige invoerstrategie, en dat het effect niet toeneemt in functie van het aantal onderdelen waaruit ze bestaat. Deze bevinding lijkt ook logisch in het licht van de eerdere conclusie dat een strategie pas effectief mag worden verondersteld als deze aangrijpt op de belangrijkste determinant.

Infrastructuur invoering vernieuwingen

Binnen de jeugdgezondheidszorg is ervaring opgedaan met een infrastructuur voor invoering van vernieuwingen. In de jeugdzorg (en overigens ook in het jeugdwelzijn) ontbreekt deze infrastructuur. Toch kan dankzij de onvergelijkbaarheid van deze sectoren niet zonder meer de ervaringen in de ene sector als voorbeeld worden genomen voor de andere. In de eerste plaats niet vanwege het feit dat ook in de jeugdgezondheidszorg de infrastructuur nog verre van optimaal is. In de tweede plaats omdat er (in de vervolgopdracht) ruimte gemaakt moet worden voor een nauwkeurige contextanalyse. Over de rol van de infrastructuur valt te stellen dat tijdens de expertbijeenkomst uitgesproken werd dat er niet zozeer behoefte lijkt te zijn aan centrale regie, maar veel meer aan een goede ondersteuning van de jeugdsector bij de invoering van vernieuwingen.

Kosten invoering vernieuwingen

Er is te weinig (kwalitatief goed) onderzoek voorhanden om uitspraken te kunnen doen over de kosten die met de invoering van vernieuwingen gepaard gaan. Er zijn drie soorten kosten te onderscheiden: a. kosten van de ontwikkeling van de vernieuwing, b. kosten van de invoering en c. de effecten van de interventie (vernieuwing) en kosten als gevolg van de gedragsverandering (Vale e.a. 2007). De studies die tot nu toe zijn verricht bevatten nooit alle drie de onderdelen. Daarnaast gaan de tot nu toe publiceerde studies over de invoering van richtlijnen en vonden ze voornamelijk plaats in de Verenigde Staten. Aangezien de kosten van de invoering sterk afhankelijk zijn van het soort vernieuwing en de context, is het de vraag of het überhaupt mogelijk is hierover generaliseerbare uitspraken te doen. Uit de interviews komt naar voren dat er vaak redelijk veel geld beschikbaar is voor de ontwikkeling van de vernieuwing en in sommige gevallen ook voor de eerste invoering, maar dat er weinig middelen zijn voor de verdere verspreiding en continuering van een interventie. Hierbij geeft men aan dat goede implementatie en continuering juist kostbaar is. Er is vaak geen inzicht in de kosten in verband met de effecten van de interventie en de kosten als gevolg van de gedragsverandering.

7.3 Kritische kanttekeningen

De opdracht beperkte zich in omvang, waardoor zowel in de literatuurstudie als bij de analyse van interventies keuzes gemaakt moesten worden. We hebben ons in de literatuurstudie beperkt tot reviews die vanaf 2000 zijn verschenen. Het kan zijn dat we hiermee belangrijke recente ‘enkelvoudige’ studies over het hoofd hebben gezien. De verwachting is dat, mede door de raadpleging van de experts, we met deze reviews een redelijk compleet beeld hebben van de belangrijkste en meest recente inzichten op het gebied van de invoering van vernieuwingen. Voor de keuze van te analyseren interventies is gebruik gemaakt van slechts zeven interventies van de meer dan duizend beschikbare interventies in de jeugdsector. Het is de vraag in hoeverre deze interventies representatief zijn voor alle (of de gemiddelde) interventies in de jeugdsector. Ten eerste betreffen het allemaal interventies die (in theorie) effectief zijn volgens de Databank Effectieve Interventies. Daarnaast is alleen gesproken met gebruikers van deze interventies en niet met mensen die afzien van het invoeren van de betreffende interventies. De invoeringsprocessen die beschreven zijn in dit rapport kunnen dan ook slechts dienen als illustratie van mogelijke invoeringsprocessen in de jeugdsector.

Een tweede kanttekening is dat de opdracht zich beperkte tot een kennissynthese over implementatie in de jeugdsector. We hebben voor de literatuurstudie vooral bruikbare wetenschappelijke literatuur gevonden in de medische literatuur. De

onderzoekstraditie binnen de gezondheidszorg op het terrein van implementatie is vrij jong (ca. 30 jaar), zeker vergeleken met andere sectoren zoals landbouw en onderwijs. Hiermee kunnen belangrijke inzichten uit andere wetenschapsgebieden over het hoofd gezien zijn. Het model dat we hebben gebruikt bij de analyse en interpretatie van de literatuur is in oorsprong afkomstig uit de sociologie (Rogers, 2003) en onderwijskunde (Fullan, 2007) en verfijnd op basis van onderzoek in de gezondheidszorg. De resultaten hebben we mede geïnterpreteerd in het licht van theorieën en kennis uit andere wetenschapsgebieden, temeer veel innovatiestudies en beschouwende artikelen uit de gezondheidszorg methodologische tekortkomingen vertonen. Een gebied dat mogelijk onderbelicht is gebleven is de verandermanagement literatuur. De verwachting is echter, en deze werd gesteund in de expertbijeenkomst, dat er geen evidence based reviews zijn, wat overigens niet wil zeggen dat de literatuur en bevindingen uit dit vakgebied niet bruikbaar zouden zijn. Daarnaast zijn er parallele bevindingen. Zo geven De Caluwé en Vermaak (2006) een vrij compleet overzicht van theorieën en modellen vanuit de organisatie- en veranderekunde, waarbij de belangrijkste conclusie is dat de gekozen strategie dient aan te sluiten bij de doelgroep en organisatie. In de interviews en de expertmeeting kwam naar voren dat de vernieuwing zelf, de context en vooral de organisatie van beroepsverenigingen en professionalisering in een werkveld van invloed zijn op de manier waarop invoeringsprocessen verlopen. Het is de vraag in hoeverre de bevindingen vanuit de medische literatuur en de ervaringen in de jeugdgezondheidszorg ook toepasbaar zijn op de werkvelden van jeugdzorg en jeugd welzijn.

Een derde belangrijke kanttekening is dat er veel onduidelijkheid is over de begrippen die gehanteerd worden rondom de invoering van vernieuwingen. Er is aangesloten bij de key-words van verschillende databases. Evenals Greenhalgh e.a. (2004) en Fleuren e.a. (2004a) stuiten we op het probleem dat er in medische databases geen formele key-words zijn met betrekking tot implementatie. Dit maakt het zoeken lastig omdat relevante studies ‘verstopt’ zitten onder verschillende key-words. We hebben dit proberen te ondervangen door enerzijds breed te zoeken en anderzijds de experts te raadplegen over relevante literatuur. In de gesprekken over de interventies en met de experts bleek ook de verwarring met betrekking tot verschillende definities. In de jeugdsector lijkt het begrip invoering of implementatie en borging nog onvoldoende ‘op de agenda’ te staan en worden er verschillende activiteiten mee aangeduid.

7.4 Aanbevelingen

De uitkomsten van deze synthese 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 ons inziens voldoende handvatten om aanbevelingen te kunnen doen (voor meer informatie hierover, zie bijvoorbeeld Grol & Wensing 2006; Bartholomew e.a. 2006; Fleuren e.a. 2004a; Greenhalgh e.a. 2004).

Systematische invoering

De belangrijkste aanbeveling is om bij de invoering van vernieuwingen systematisch en op basis van theoretische inzichten te werk te gaan.

- Met het oog op het ontwikkelen en inzetten van een effectieve invoerstrategie is het identificeren van relevante determinanten van het invoeringsproces noodzakelijk. Concreet betekent dit dat er eerst een determinantenanalyse moet plaatsvinden onder de beoogde gebruikers voordat de vernieuwing definitief is en verspreid wordt. Bijvoorbeeld via een proefimplementatie waarbij de beoogde gebruikers een tijd met de vernieuwing proberen te werken en deze als het ware uittesten.
- Vervolgens moet er vanuit de geïdentificeerde determinanten nagedacht worden over methodieken voor (gedrags)verandering, en moet de invoerstrategie daarop gebaseerd zijn. Concreet betekent dit dat in de literatuur gezocht zal worden naar bruikbare theorieën die iets zeggen over de beïnvloedbaarheid van de geïdentificeerde determinanten. In tegenstelling tot een strategie kan een methode beschouwd worden als een algemeen theoretisch principe voor (gedrags)verandering. Een strategie kan beschouwd worden als een operationalisatie van een (of meerdere) methodiek(en), op een zodanige wijze dat mag worden verwacht dat deze aangrijpt op de belangrijkste gebleken determinant(en) van het invoeringsproces. Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat de toekomstige gebruiker de nodige kennis en vaardigheden voor het werken met een vernieuwing niet bezit, dan is het aanleren hiervan cruciaal. Of dit vervolgens gebeurt in een interactieve online training of in een peer-led education setting is van ondergeschikt belang. Wat van belang is, is dat men de strategie dusdanig operationaliseert dat ze past bij de factoren die men veranderen wil (binnen de persoon en/of de context waarin deze opereert).
- Aanbevolen wordt om begeleidend evaluatieonderzoek te doen naar de invoering van een vernieuwing. Wanneer de effecten van een vernieuwing uitblijven, dan is de vraag of de vernieuwing niet effectief was of dat deze niet (goed) is ingevoerd. Het gaat hierbij dus om onderzoek naar de mate van verspreiding, adoptie, implementatie en continuering in relatie tot de uitgevoerde determinantenanalyse en invoerstrategieën. De gegevens die hieruit voortkomen bieden inzicht in de noodzaak en (on)mogelijkheden voor gerichte bijstelling van de invoerstrategie/-structuur. Daarnaast wordt aanbevolen onderzoek te doen naar het effect van de vernieuwing bij de eindgebruiker.
- Het is wenselijk om bij de opzet, uitvoering en evaluatie implementatiedeskundigen te betrekken. Dit vereist specifieke kennis en kunde waarvan niet verondersteld mag worden dat deze zondermeer bij iedereen in de jeugdsector/instellingen aanwezig is.

Determinanten algemeen

Aanbevolen wordt om op voorhand geen determinanten uit te sluiten. Omdat de invloed van determinanten bepaald wordt door de interactie van vernieuwing, (toekomstige) gebruiker en de context, betekent dit dat bij de invoering van iedere vernieuwing in principe alle in deze synthese gevonden determinanten een rol kunnen spelen.

- Het is wenselijk in ieder geval determinanten op het niveau van de vernieuwing, de beoogde gebruiker, de organisatie en de sociaal-politieke context te betrekken in de analyse, evenals hun onderlinge verhouding. Hierbij dient in het achterhoofd gehouden te worden dat per fase van het invoeringsproces (adoptie, implementatie en continuering) andere determinanten dominant kunnen worden.
- In algemene zin kan gezegd worden dat de invloed van determinanten op het niveau van de gebruiker en de vernieuwing vrij goed zijn onderzocht. Aanbevolen wordt de in deze synthese gevonden determinanten in het achterhoofd te houden bij de invoering van een vernieuwing. Een van de, en mogelijk zelfs het belangrijkste

kenmerk van de vernieuwing is het relatieve voordeel dat de beoogde gebruiker toekent aan die vernieuwing (zie ook invoerstrategieën). Zonder volledig te willen zijn, zijn de kenmerken op het niveau van de (beoogde) gebruiker die niet over het hoofd gezien mogen worden : kennis en vaardigheden m.b.t. de vernieuwing, eigen-effectiviteitsverwachtingen, taakopvatting en verwachtte en ervaren support.

- Het beeld van determinanten op het niveau van de organisatie en de sociaal-politieke omgeving die ertoe doen, is diffuser en er is weinig wetenschappelijke bewijsvoering. Vanuit praktijkervaring wordt aanbevolen met een aantal determinanten rekening te houden, waaronder op organisatieniveau: commitment/formele bekrachtiging vanuit het management, reorganisaties/fusies, concurrentie van andere vernieuwingen, cultuur, productienormen, financiering en tijd. Vanuit de sociaal-politieke context zijn dit wet- en regelgeving, financiering, invoeringsstructuur, beleid/commitment vanuit van overheden, aanpalende beroepsgroepen/organisaties in de keten en commitment van de eindgebruiker (cliënten/ouders/0-19 jarigen).

Invoerstrategieën algemeen

Los van invoerstrategieën die aangrijpen op specifieke determinanten wordt aanbevolen in de verschillende fasen van het innovatieproces in ieder geval onderstaande zaken te regelen omdat uit praktijkervaring blijkt dat ze wezenlijk zijn. Deze zaken zijn niet nieuw en werden in het inleidende hoofdstuk reeds naar voren gebracht, maar uit de literatuurstudie, interviews en expertbijeenkomst blijkt eens te meer dat deze algemeen geldende principes nog onvoldoende worden toegepast.

- De vernieuwing moet zo ontwikkeld worden dat deze de beoogde gebruiker voorziet van concrete en eenduidige handelingsvoorschriften en effectieve en bruikbare materialen. Dit betekent automatisch dat de beoogde gebruikers bij de ontwikkeling berokken moeten zijn (bijvoorbeeld in een proefimplementatie), omdat zij de enige zijn die kunnen beoordelen of de vernieuwing bijvoorbeeld helder en toepasbaar is.
- Tijdens de adoptiefase zal er aandacht moeten zijn voor het actief promoten van de vernieuwing, aangepast aan de omstandigheden van de beoogde gebruiker. Dit zal zowel via zowel massamediale als inter-persoonlijke communicatie moeten plaatsvinden. Inter-persoonlijke communicatie is van belang om aan te kunnen sluiten bij de attitude en het kennisniveau van de gebruiker. Dit sluit aan bij de theorie van het Concerns Based Adoption Model (Hall & Hord 1987). Een adoptiebeslissing door een individu is een proces waarin verschillende stadia te onderkennen zijn: grofweg 'eigen betrokkenheid', 'taakbetrokkenheid' en 'ander betrokkenheid'. Afhankelijk van het stadium waarin iemand verkeerd, is er behoefte aan andersoortige informatie. Dit geldt ook voor de ondersteuning (zie volgende punt).
- In de implementatiefase zijn training en coaching niet alleen van belang bij het eerste gebruik van de vernieuwing, maar zeker ook bij het vervolggebruik. Deze training en coaching moet aangepast zijn aan de omstandigheden en het niveau van de beoogde gebruiker. In de jeugdgezondheidszorg lijkt het ontbeken van training en coaching on the job, na een initiële scholing, een wezenlijke reden waarom de richtlijnen niet worden gebruikt zoals bedoeld.
- Tijdens de implementatie- en continueringsfase is het belangrijk dat de (beoogde) gebruikers van de vernieuwing ervaringen kunnen uitwisselen en van elkaars ervaringen kunnen leren.

- Eveneens voor de continueringsfase en de borging is het belangrijk dat er support is op organisatieniveau, dat de vernieuwing in het beleid van de organisatie wordt opgenomen en dat het werken met de vernieuwing wordt gemonitord en geëvalueerd.
- Het is nodig een ondersteuningsstructuur in te richten die de uitwisseling van informatie en de ondersteuning van landelijk niveau (ontwikkelaars) naar regionaal niveau (instellingen), de individuele intermediaire gebruiker en eindgebruiker mogelijk maakt.

Kosten invoering vernieuwingen

Aanbevolen wordt om onderzoek te doen naar de kosten van de invoering van vernieuwingen in de jeugdsector.

- Vanuit het werkveld jeugdgezondheidszorg is de wens geuit dat wanneer een vernieuwing wordt ontwikkeld, er tegelijk vastgesteld wordt wat de landelijke invoeringsactiviteiten en de activiteiten voor de invoering in de instelling kosten (Fleuren & de Jong 2006). Het laatste betreft niet alleen de kosten voor scholing, aanschaf materialen etc., maar ook bijvoorbeeld de verlieskosten in productie-uren. Met deze informatie kan het management in de instellingen betere afwegingen maken en kan dit bij de productbegroting worden meegenomen, waardoor het ook beter te verantwoorden is naar de gemeenten. Onderzoek toont aan dat invoeringskosten van een vernieuwing goed vast te stellen zijn (Fleuren e.a. 2009).
- Idealiter zouden de volgende kosten in beeld gebracht moeten worden: (a) de kosten van de ontwikkeling van de vernieuwing, (b) de kosten van de invoering en (c) de effecten van de interventie (vernieuwing) en kosten als gevolg van de gedragsverandering (Vale e.a. 2007).
- Bij subsidiering van interventies is het raadzaam het accent te verleggen van alleen ontwikkeling van interventies naar de verspreiding, invoering en evaluatie daarvan. Op deze manier wordt voorkomen dat het voor instellingen aantrekkelijker is om iets nieuws te ontwikkelen dan een bestaande vernieuwing die effectief is in te voeren.

Deze synthese is te zien als een startpunt in de kennisontwikkeling rondom de invoering van vernieuwingen in de jeugdsector. Voor de vervolgoopdracht is het van belang bovenstaande conclusies en aanbevelingen ter harte te nemen. Ook het inrichten van een infrastructuur voor de invoering van vernieuwingen in de jeugdsector is te beschouwen als een innovatieproces waarvoor een passende determinantenanalyse, naast een afweging van de kosten, cruciaal is.

8 Literatuur

Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw JM, Winkens RAG, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, & Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; 3: 1-52. **[10] in de review.**

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

Beckers M. Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg. Procedures rond ontwikkeling, implementatie en onderhoud van richtlijnen jeugdgezondheidszorg. Bilthoven: Centrum Jeugdgezondheid, 2007.

Berger MA. Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Families First'. Utrecht: NIZW, 2005.

Bouwmeester-Landweer MBR. (2006) Early Home Visitations in Families at Risk for Child Maltreatment. Leiden: Universiteit Leiden, 2006.

Bouwmeester-Landweer MBR. Stevig Ouderschap – Onderzoeksrapport: Pre-implementatie Zuid Holland Noord. Resultaten proces-evaluatie. Leiden: Stevig Ouderschap, 2007.

Brink LT ten, Veerman JW, Kemp RAT de, & Berger MA. Implemented as Intended? Recording Family Worker Activities in a Families First Program. Child Welfare 2004; 83 (3): 197-215

Chaillet N, Bube E, Dugas M, Audibert F, Tourigny C, Fraser WD, Dumont A. Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: a systematic review. Obstet.Gynecol. 2006; 108 (5): 1234-1245. **[6] in de review.**

De Caluwé L, Vermaak H. Leren veranderen. Een handboek voor de veranderkundige. Deventer: Kluwer, 2006.

Dulko D. Audit and feedback as a clinical practice guideline implementation strategy: a model for acute care nurse practitioners. Worldviews on Evidence-based Nursing 2007; 4th Quarter: 200-209. **[11] in de review.**

Elling MW & Yperen TA van. Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Zelfcontrole'. Utrecht: NIZW, 2006.

Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM & Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature. Florida: University of South Florida, 2005.

Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002a.

Fleuren MAH, Jong ORW de, Filedt Kok-Weimar TL, Leerdam FJM van. Implementatie van standaarden in de jeugdgezondheidszorg. Tijdschr. Jeugdgezondheidszorg, 2002b; 34: 11-3.

Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. *International Journal for Quality in Health Care*, 2004a; 16, 107-123. **[2] in de review.**

Fleuren MAH, De Jong ORW, Verlaan ML, Van Leerdam FJM, Filedt Kok - Weimar TL, Radder J. Belemmerende en bevorderende factoren bij de invoering van standaarden in de jeugdgezondheidszorg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*, 2004b; 82: 42-49.

Fleuren MAH, Jong ORW de. Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.

Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*, 2006a; 160-167.

Fleuren MAH, Verlaan ML, Van Velzen-Mol HWM, Van Dommelen P. Zicht op het gebruik van de JGZ-standaard Opsporing van Visuele Stoornissen 0-19 jaar. Een landelijk implementatieproject. TNO Kwaliteit van Leven, 2006b.

Fleuren MAH, Jong de ORW. Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006c.

Fleuren MAH. Implementatie van de JGZ-standaarden. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* 2007; 39(4): 63-7.

Fleuren MAH, Van Dommelen P, Kamphuis M, Van Velzen-Mol HWM. Landelijke implementatie JGZ-standaard Vroegtijdige Opsporing van Aangeboren Hartafwijkingen 0-19 jaar. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2007.

Fleuren MAH, Van den Akker-Van Marle ME, Van den Bergh-Verhappen S, Dusseldorp E, Van Reeuwijk-Werkhorst J, Toll DB, Vlek JFM, Wijkkel D, Wildschut J. Implementatie van een protocol voor de zorgketen van patiënten met een LRS: effecten op onnodige verwijzingen, wachttijden en kosten. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2009.

Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *Medical Informatics and Decision Making* 2008; 8 (38). **[7] in de review.**

Fullan M. The new meaning of educational change. New York: Teachers College Press, 2007 (fourth edition).

Guldbrandsson K. "From news to everyday use: the difficult art of implementation" Ostersund: Swedish National Institute of Public Health, 2008.

Graaf I de & Bohlmeijer E. Triple P: Positief Pedagogisch Programma. Opvoedingsondersteuning ter preventie van (ernstige) gedragsproblemen bij kinderen. Proces-evaluatie. 2006a.

Graaf I de & Bohlmeijer E. Triple P: Proefimplementatie van een programma voor opvoedingsondersteuning. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2006b; 8: 488-490.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F. Bate, P. & Kyriakidou, O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly* 2004; 82(4): 581-629. **[1] in de review.**

Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, MacLennan G, Ramsay C, Frase C, & Vale L. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J.Gen.Intern.Med.* 2006; 21 (Suppl 2): S14-S20. **[3] in de review.**

Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R, & Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment* 2004; 8 (6): 1-440. **[9] in de review**

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

Hall GE, Hord SM. Change in schools. Albany: State University of New York Press, 1987.

Ince D. Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Taakspel'. Utrecht: NIZW, 2007.

Jong ORW de, Fleuren MAH, Leerdam FJM van. Raamwerk voor de verspreiding en implementatie van JGZ-standaarden. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.

Kooijman K. Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'OKé – Ouder- en Kindzorg Extra'. Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum, 2006a.

Kooijman K. Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg'. Utrecht: NIZW, 2006b.

Logan J, Graham ID. Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. *Science Communication* 1998;20:227-46.

Paulussen TGW. Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Thesis. Maastricht: University of Maastricht, 1994.

Paulussen T, Wiefferink K. Implementatie is geen vanzelfsprekendheid. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz* 2003;35:68-71.

Plas M, Fleuren M, Friele R, Haaijer-Ruskamp F, Keijsers J, Ravensbergen J, Klazinga N, Wensing M. Begrippenkader voor het 'wat' en het 'waarom' bij implementatie van vernieuwingen in de patiëntenzorg en preventie. *TSG* 2007; 85(3): 160-165.

Prinz RJ & Sanders MR. Adopting a population-level approach to parenting and family support interventions. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 739-749.

Prior M, Guerin M, & Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008; 14: 888-897. **[8] in de review.**

Rogers EM. Diffusion of Innovations. New York: Free press, 2003 (fifth edition).

Rots MC. Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Armoede en gezondheid'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstuut, 2007.

Sanders MR & Turner KMT. Reflections on the Challenges of Effective Dissemination of Behavioural Family Intervention: Our Experience with- the Triple P – Positive Parenting Program. Child and Adolescent Mental Health 2005; 10(4): 158-169.

Schouten LM, Hulscher, MEJL, van Everdigen JJE, Huijsman R, & Grol RPTM. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. BMJ 2008; 336 (7659): 1491-1494. **[4] in de review.**

Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff RJ, & Owens DK. Effects of Quality Improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. JAMA 2006; 296 (4): 427-440. **[12] in de review.**

Smolders M, Laurant M, Roberge P, van Balkom A, van Rijswijk E, Bower P, & Grol R. Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. Can.J.Psychiatry 2008; 53 (5): 277-293. **[5] in de review.**

Stals K, Yperen T van, Reith W, Stams G. Effectieve en duurzame implementatie in de jeugdzorg. Een literatuurrapportage over belemmerende en bevorderende factoren op implementatie van interventies in de jeugdzorg. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2008

Steege M van der & Jagers H. Zorgen voor kwaliteit van modules. Handleiding voor Families First. Utrecht: NIZW, 2001.

Vale L, Thomas R, MacLennan G, Grimshaw J. Systematic review of economic evaluations and cost analyses of guideline implementation strategies. Eur J Health Econ 2007; 8: 111-121. **[13] in de review**

Verman JW, Kemp RAT de, Brink LT ten, Slot NW & Scholte EM. The Implementation of Families First in the Netherlands: A One Year Follow-Up. Child Psychiatry Hum Dev 2003; 33(3): 227-244.

Vries W de. Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Triple P'. Utrecht: NIZW, 2005.

Yperen TA van & Bakker K. Ontwikkeling en borging Jeugdinterventies. Utrecht: Nederlands Jeugdinstuut, 2008.

Begrippenlijst

Adoptie	Fase in een invoeringsproces waarin de beoogde gebruiker kennis neemt van een vernieuwing en een positieve of negatieve intentie tot gebruik van de vernieuwing ontwikkelt
Borging	Kwaliteitsbewaking van de uitvoering van de vernieuwing (bewaking van gebruik zoals bedoeld)
Continuering	Fase in een invoeringsproces waarin de gebruiker na de initiële implementatie het werken met de vernieuwing volhoudt en dit onderdeel van de dagelijkse routine wordt bij de gebruiker
Educational outreach	Onderwijsstrategie waarin een getraind persoon wordt ingezet om professionals binnen hun praktijkomgeving te informeren en te onderwijzen, met als doel het gedrag van de professional te veranderen
Implementatie	Fase in een invoeringsproces waarin de gebruiker daadwerkelijk met de vernieuwing probeert te werken en gaat ervaren of deze voor hem/haar in de praktijk uitvoerbaar is
Innovatie	Idee, werkwijze of voorziening die nieuw is voor degene die er geacht wordt mee te gaan werken (zie vernieuwing)
Invoerstrategie	Geheel van activiteiten, dat systematisch en planmatig is ontwikkeld met het oog op het bevorderen van de intentie tot gebruik, daadwerkelijk gebruik en continuering van gebruik bij de beoogde gebruikers van een vernieuwing
Interventie	Geheel van activiteiten waarmee hulpverleners voor en met cliënten(groepen) problemen voorkomen of oplossen om zo een bijdrage te leveren aan het bevorderen en in stand houden van gezondheid en welzijn
Methode	Een algemene techniek of een algemeen proces om veranderingen in (gedrags) determinanten en omgevingscondities te realiseren
NJi	Nederlands Jeugdinstituut
Onderhoud	Monitoren met feedbackgegevens over de verspreiding, de adoptie, gebruik en effectiviteit met het oog op verbetering van de innovatie
Programma	Systematische manieren van handelen om een bepaald doel te bereiken
Protocol	Een protocol is een lokaal directief, een vertaling van een richtlijn naar de lokale situatie van de professional (wie, wat, hoe te handelen op de werkplek)

Richtlijn	Een richtlijn is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen.
Standaard	Het geheel van richtlijnen in een bepaalde professionele praktijk of beroepsgroep vormen samen de professionele standaard. Goed hulpverlenerschap houdt in dat men zich houdt aan deze standaard en dat als hiervan wordt afgeweken dat alleen kan op basis van deugdelijke argumenten.
Strategie	Een specifieke techniek voor het toepassen van een methode, zodanig dat deze past bij de populatie waarop ze van toepassing is en de context waarin ze moet worden uitgevoerd
TNO KvL	TNO Kwaliteit van Leven
Trialability	Kenmerk van een innovatie, verwijst naar de mate waarin de beoogde gebruiker de innovatie (of een onderdeel daarvan) kan uitproberen alvorens er definitief mee aan de slag te (moeten) gaan.
Vernieuwing	Idee, werkwijze of voorziening die nieuw is voor degene die er geacht wordt mee te gaan werken (zie innovatie)
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en Zorginnovatie

A Overzicht van de gebruikte zoektermen in de literatuursearch

Tabel 1 Overzicht van de gebruikte zoektermen in de eerste fase van de literatuursearch

Zoekterm	Operator	Operator
Dissemination Adoption Implementation Institutionalisation Diffusion Diffusion of inovation	OR	AND
Care Health care Youth care Youth health care	OR	
Innovation Health plan Reference-standard Standard Guideline Guideline-adherence Intervention Program Protocol Linkage Management structure Strategy Implementation strategy Organizational change Research Utilization	OR	
Barrier Obstacle Impeding factor Stimulating factor Determinant Correlate	OR	

Tabel 2 Overzicht van gebruikte auteurs in de tweede fase van de literatuursearch

Auteursnaam
Grol, R.
Wensing, M.
Grimshaw, J.
Rogers, E.
Fullan, M.
Greenhalgh, T.
Fixsen, D.
Guldbandson, K.

B Overzicht van determinanten en invoerstrategieën zoals die uit de reviews naar voren kwamen

Tabel 1. Verklaring beoordeling reviews determinanten

++	≥ 2 studies van goede kwaliteit en ontwerp, binnen of buiten de gezondheidszorg
+	1 studies van goede kwaliteit en ontwerp, binnen of buiten gezondheidszorg
--	≥ 2 studies van matige kwaliteit en ontwerp, binnen of buiten gezondheidszorg
-	1 studie van matige kwaliteit, binnen of buiten gezondheidszorg

Tabel 2. Determinanten wat betreft kenmerken van de vernieuwing, richting van invloed en bewijskracht, uitgesplitst naar fase van verspreiding, adoptie, implementatie en continuering

	Bevorderend	Mate bewijs	Belemmerend	Mate bewijs
Vernieuwing				
Relative advantage				
- Risk (in relation to relative advantage)	Adoptie	+, -[1]; ++, -[2]	Adoptie	++[1]
- Risk for patient	Implementatie	++, -[1]; ++, -[2]	Implementatie	--[2]
	Continuering	++, -[2]	Continuering	--[2]
Compatibility				
- adopters' values, norm and needs	Adoptie	++[1]; --[2]		
	Implementatie	--[2]; [8]		
	Continuering	--[2]		
- organisation's norms, values, ways of working	Adoptie	++[1]		
	Implementatie	++[1]; [8]		
	Continuering	++[1]		
Complexity			Adoptie	++[1]; --[7]
			Implementatie	[8]
Trialability	Adoptie	++[1]; +[2]; --[7]		
	Implementatie	+ [2]		
	Continuering	+ [2]		
Observability	Adoptie	+, -[1]		
	Implementatie	+, --[2]		
	Continuering	+, --[2]		
Evidence base(d)	Adoptie	--[7]		
	Implementatie	[8]		
Attractiveness				
Clear procedures	Adoptie	++, --[2]		
	Implementatie	+, --[1]; ++, --[2]		
	Continuering	+, --[1]; ++, --[2]		
- Appealing	Adoptie	++, --[2]		
- Easy to understand	Adoptie	--[7]		
Task issues				
- Innovation improves task performance	Adoptie	++[1]		
- Feasible, workable, easy to use	Adoptie	++[1]		
Relevance for patient	Implementatie	++, --[2]		
	Continuering	++, --[2]		
Do not require specific resources	Adoptie	--[7]		

* Alleen genoemd door experts in Delphi-ronde [8] doet niet per geïncludeerde individuele studie een uitspraak over de methodologische kwaliteit

Tabel 3 Determinanten wat betreft kenmerken van de (toekomstige) gebruiker, richting van invloed en bewijskracht, uitgesplitst naar fase van verspreiding, adoptie, implementatie en continuering

	Bevorderend	Mate bewijs	Belemmerend	Mate bewijs
Gebruiker				
Context-specific psychological antecedents				
- motivation	Adoptie	++[1]		
- innovation meets needs	Adoptie	--[1]		
Personal relevance	Adoptie	+,--[1]		
Perceived support from relevant others (colleagues, supervisors, other professionals, higher management)	Adoptie Implementatie Continuering	++,--[2] ++,--[2] ++,--[2]		
Skills	Adoptie Implementatie Continuering	++,--[2] ++,--[2] ++,--[2]		
Knowledge	Adoptie Implementatie Continuering	+,--[1]; +,--[7] ++,--[2] ++,--[2]		
Self-efficacy	Adoptie Implementatie Continuering	++,--[2] ++,--[2] ++,--[2]		
Attitude	Adoptie	+,--[7]		
Outcome expectancies				
- Patient cooperation	Adoptie	++,--[2]		
- Patient satisfaction	Adoptie	++,--[2]		
Ownership	Adoptie Implementatie Continuering	++,--[2] ++,--[2] ++,--[2]		
Task orientation	Adoptie Implementatie Continuering	++,--[2] ++,--[2] ++,--[2]		
Work-related stress	Adoptie Implementatie Continuering	--[2] --[2] --[2]		
Contradictive goals	Adoptie Implementatie Continuering	--[2] --[2] --[2]		
Ethical problems	Adoptie	--[2]		
Experience				
- Age	Adoptie	--[7]		
- Frequency of use	Implementatie Continuering	--[2] --[2]		

Tabel 4 Determinanten wat betreft kenmerken van de organisatie, richting van invloed en bewijskracht, uitgesplitst naar fase van verspreiding, adoptie, implementatie en continuering

	Bevorderend	Mate bewijs	Belemmerend	Mate bewijs
Organisatie				
Meaning individual matches meaning top management, stakeholders etc.	Adoptie	--[1]; +, --[7]		
Decision-making process	Adoptie	+ [2]		
Hierarchical structure	Adoptie	--[2]		
Top management support and continued commitment / reinforcement management	Adoptie Implementatie Continuering	++, --[1]; +, --[2] ++, --[1]; --[7]; [8] ++, --[1]; +, --[2]		
Organizational size	Adoptie Implementatie Continuering	+ , -[2] + , -[2] + , -[2]		
Functional or product structure	Implementatie Continuering	+ , -[2] + , -[2]		
Relationship to other organizations/outside world	Adoptie	+ , --[1], + , --[2]		
Collaboration between departments	Adoptie Implementatie Continuering	--[2] --[1] --[1]		
Staff turnover	Adoptie Implementatie Continuering	++, --[2] ++, --[2] ++, --[2]		
Staff capacity	Adoptie Implementatie Continuering	++, --[2]; +, --[7] ++[1]; ++, --[2] ++[1]; ++, --[2]		
Available expertise	Adoptie Implementatie Continuering	+ , --[2] ++[1]; + , --[2] ++[1]; + , --[2]		
Available administrative support	Implementatie Continuering	++, --[2] ++, --[2]		
Logistical procedures	Adoptie Implementatie Continuering	+ , --[2] + , --[2] + , --[2]		
Number of potential users/health professionals *	Adoptie Implementatie Continuering	[2] [2] [2]		
Absorptive capacity for new knowledge	Adoptie Implementatie	++[1] ++[1]		
Innovation-system fit / system readiness	Adoptie	++[1]		

	Bevorderend	Mate bewijs	Belemmerend	Mate bewijs
Organisatie				
Receptive context for change <ul style="list-style-type: none"> - strong leadership - clear strategic vision - good managerial relations - visionary staff in pivotal positions - climate conducive to experimentation and risk taking - effective data capture systems 	Adoptie	++,--[1]		
System readiness for change <ul style="list-style-type: none"> - Tension for change - Innovation-system fit - Assessment of implications - Support and advocacy - Dedicated time and resources - Capacity to evaluate the innovation 	Adoptie / implementatie	++[1] ++,--[1] ++,--[1] ++,--[1] ++,--[1] ++,--[1]		
Adaptive and flexible organisation, structures and processes that devolved decision making	Implementatie Continuering	++,--[1] ++,--[1]		
Available resources <ul style="list-style-type: none"> - Time - Money (funding, reimbursement) - Materials 	Adoptie Implementatie Continuering Adoptie Implementatie Continuering Implementatie Continuering	++,--[1]; ++,--[2]; +,--[7] ++,--[2] ++,--[2] ++,--[1]; ++,--[2]; +,--[7] ++,--[1]; ++,--[2] ++,--[1]; ++,--[2] ++,--[1]; ++,--[2] ++,--[1]; ++,--[2]		

* Alleen genoemd door experts in Delphi-ronde [8] doet niet per geïncludeerde individuele studie een uitspraak over de methodologische kwaliteit

Tabel 5 Determinanten wat betreft kenmerken van de sociaal politieke omgeving, richting van invloed en bewijskracht, uitgesplitst naar fase van verspreiding, adoptie, implementatie en continuering

	Bevorderend	Mate bewijs	Belemmerend	Mate bewijs
Sociaal politieke omgeving				
Inter-organisational networks: similar organisations (do not) use or plan to use innovation	Adoptie Implementatie continuering	++[1] --[1] --[1]	Adoptie	++,--[1]
Formal networking initiatives as quality improvement collaboratives	Adoptie	+ [1]		
Political directives; regulations and legislation	Adoptie Implementatie Continuering	++[1]; +,--[2] ++[1]; +,--[2] +,--[2]	Implementatie	++,--[1]
Patient cooperation	Adoptie Implementatie Continuering	+,--[7] +,--[2]; +,--[7] +,--[2]		
Patient awareness of benefits	Implementatie Continuering	+,--[2] +,--[2]		
Patient doubts user's expertise	Implementatie Continuering	+,--[2] +,--[2]		
Financial burden on patient	Implementatie Continuering	+,--[2] +,--[2]		
Patient discomfort	Implementatie Continuering	+,--[2] +,--[2]		

Tabel 6. Overzicht van strategieën zoals die in de reviews naar voren kwamen, uitgesplitst naar adoptie, implementatie en continuering

	Bevorderend	Mate bewijs	Belemmerend	Mate bewijs
Invoerstrategie				
Structure and quality of social network individual <ul style="list-style-type: none"> - horizontal: effective for peer influence, supporting and reframing meaning - vertical: effective for cascading codified information and authoritative decisions 	Adoptie Adoptie	++[1] ++, -[1]		
Formal dissemination program	Adoptie Implementatie Continuering	--[1] --[1] --[1]		
Vicarious learning (modelling, peer education)	Adoptie Implementatie Continuering	++[1]; +, --[2]; +, --[2]; +, --[2]		
Peer-led education (interview, academic detailing, educational outreach, educational meetings)	Adoptie Implementatie	+, --[1], ++, --[3] [5] [9]; +, --[10] ++, --[3] [5] [6] [9]; [8]		
Opinion leader (change agent, champion)	Adoptie Implementatie Continuering	+, --[1] +, --[1]; ++, --[2] ++, --[6]; [8] +, --[1]; ++, --[2]	Adoptie	+, --[1]
Training	Adoptie Implementatie Continuering	--[1] +, --[1]; ++ [1] [12] +, --[1]; + [1]		
(Audit and) feedback	Adoptie Implementatie Continuering	--[1]; ++, --[3] [5] [9]; -[10]; --[12] ++, --[1]; ++, --[3] [5] [6] [9]; [9] [12] ++, --[1]		
Adaptation (reinvention with fidelity)	Adoptie Implementatie continuering	++, --[1] ++, --[1] ++, --[1]		
Educational material	Adoptie Implementatie	++, --[3] [5] [9] [10] ++, --[3] [5] [6] [9]		
Reminder(s)/ reminder system	Adoptie Implementatie	++, --[3] [9]; [12] ++, --[3] [6] [9]; [8]		
Technological support (e.g. training available, helpdesk, decision support system)	Adoptie Implementatie	++, --[1] [8]		
Making adoption individual compulsory	Adoptie	--[1]	Implementatie Continuering	- [1]
Involvement during innovation development (users, management)	Adoptie Implementatie Continuering	--[1] [7]; ++, --[2] --[1]; [8] --[1]		
Quality improvement collaboratives (Breakthrough series, Vermont Oxford network)	Implementatie	+, --[4]; ++, --[6]		
Financial Incentive(s) (material, financial)	Implementatie	[8]		

[8] doet niet per geïncludeerde individuele studie een uitspraak over de methodologische kwaliteit

C Overzicht van interventies, geïnterviewden en data

1. Taakspel

Over de interventie Taakspel is op 10-12-2008 gesproken met Ria van der Sar. Wanneer in de tekst verwezen wordt naar persoonlijke communicatie met Ria van der Sar op deze datum, wordt gebruik gemaakt van de afkorting RvdS. Ria van der Sar is betrokken geweest bij de ontwikkeling van Taakspel, deed onderzoek naar de interventie en is landelijke coördinator geweest voor de invoering van de interventie in Nederland.

2. Families First

Over de interventie Families First is op 17-12-2008 gesproken met Herma Ooms. Wanneer in de tekst verwezen wordt naar persoonlijke communicatie met Herma Ooms op deze datum, wordt gebruik gemaakt van de afkorting HO. Zij is betrokken bij de invoering van Families First op diverse locaties in Nederland en bij de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem.

3. Stevig Ouderschap

Over Stevig Ouderschap is op 19-12-2008 gesproken met Merian Bouwmeester. Wanneer in de tekst verwezen wordt naar persoonlijke communicatie met Merian Bouwmeester op deze datum, wordt gebruik gemaakt van de afkorting MB. Merian Bouwmeester ontwikkelde de interventie, is betrokken bij de invoering in diverse gemeenten in Nederland, onderzoekt de interventie en is lid van het bestuur van de vereniging Stevig Ouderschap.

4. Zelfcontrole

Over de interventie Zelfcontrole is op 19-12-2008 gesproken met Teun van Manen. Wanneer in de tekst verwezen wordt naar persoonlijke communicatie met Teun van Manen op deze datum, wordt gebruik gemaakt van de afkorting TvM. Teun van Manen werkt als psycholoog en is de ontwikkelaar van de interventie en auteur van het boek. Hij doet onderzoek naar de interventie Zelfcontrole.

5. Triple P

Over de interventie Triple P is op 15-12-2008 gesproken met Geraldien Blokland. Wanneer in de tekst verwezen wordt naar persoonlijke communicatie met Geraldien Blokland op deze datum, wordt gebruik gemaakt van de afkorting GB. Zij is vanuit het NJi betrokken bij de ontwikkeling van de Nederlandse versie van Triple P, bij de proefimplementatie en verdere invoering van de interventie in Nederland.

6. Bemoeizorg in de JGZ en Armoede en gezondheid bij kinderen

Over de interventies Bemoeizorg en Armoede en gezondheid is op 14-01-2009 gesproken met Carin Rots-de Vries. Wanneer in de tekst verwezen wordt naar persoonlijke communicatie met Carin Rots-de Vries, wordt gebruik gemaakt van de afkorting CR. Carin Rots-de Vries is ontwikkelaar van de interventies, doet onderzoek naar deze interventies en is auteur van de handboeken die over de interventies zijn geschreven.

D Vragen voor de interviews over jeugdinterventies

0. Wat is rol van informant in implementatieproces van de interventie?

1. Ontwikkeling van de interventie

- Waar is de interventie ontwikkeld? Door wie? Waar kwam initiatief vandaan?
- Omschrijving van de ontwikkeling (land van herkomst, onderzoek, betrokkenen, duur, verloop, ..)

2. Verspreiding/disseminatie van de interventie

- Hoe komen gebruikers in contact met de interventie?
- Wat hebben ontwikkelaars gedaan om interventie te verspreiden/bekendheid te geven?
- Hoeveel organisaties zijn bekend met de interventie (schatting)?
- Zou het wenselijk zijn om de interventie verder te verspreiden? Wat zou daar voor nodig zijn?

3. Adoptie van de interventie

- Hoe is de beslissing door gebruiker gemaakt om met de interventie te gaan werken?
- Hoe lang heeft het geduurd voordat de beslissing werd genomen om met de interventie te gaan werken?
- Welke aspecten hebben een belangrijke rol gespeeld bij de beslissing om de interventie te gaan gebruiken?
- Wie heeft die beslissing genomen in de betreffende organisatie(s)?
- Zijn er ook organisaties die gekozen hebben om niet met de interventie te gaan werken? Wat was daar de reden van?
- Is het wenselijk dat er meer organisaties besluiten met de interventie te gaan werken? Wat zou daar voor nodig zijn?

4. Implementatie van de interventie

- Hoe is er vorm gegeven aan de implementatie van de interventie?
Planmatig en doelgericht?
Determinantenanalyse?
Invoerstrategieën (t.a.v. doelgroep, interventie, organisatie, ...)?
Monitoring van verloop?
Randvoorwaarden?
- Wie waren er betrokken bij de implementatie van de interventie? Wie maakte beslissingen?
- Wat ging er goed in de implementatie van de interventie?
- Wat ging er niet goed in de implementatie van de interventie?

5. Institutionaliseren/borging van de interventie

- Wordt de interventie (nog) gebruikt? Hoe veel/vaak, waar etc.
- In hoeverre wordt de interventie gebruikt zoals bedoeld in de omschrijving? Wordt hier op gemonitord?
- In hoeverre zijn er aanpassingen gedaan? Waar bestaan die aanpassingen uit en wat was de reden om ze te doen?

6. Wat is er nodig om effectieve interventies breder te verspreiden en in te voeren in Nederland? (infrastructuur, organisatie, ondersteuning)

7. Overige informatie

Al met al:

- Wat werkte het beste bij de invoering van de interventie?
- Wat zou de volgende keer anders moeten?

E Geraadpleegde experts: deelnemers

		Expertronde	Expert- bijeenkomst
Marga Beckers	RIVM Centrum Jeugdgezondheid	√	√
Marianne Berger	Nederlands Jeugdinstituut	√	√
Alwien Bogaart	DSP-groep		√
Jeanet Bruil	ZonMw		√
Bram van Dijk	DSP-groep		√
Michiel Eldering	GGD Rotterdam-Rijnmond	√	√
Karin van der Ham	Ministerie voor Jeugd & Gezin		√
Ruud van Herk	Ministerie voor Jeugd & Gezin		√
Jessie Hermans	GG&GD Utrecht	√	√
Hilde Kalthoff	Nederlands Jeugdinstituut	√	√
Gerjo Kok	Universiteit van Maastricht	√	
Gerard van Leeuwen	ZonMW	√	√
Ruud Minderaa	Accare	√	
Sabine Neppelenbroek	GGD Nederland	√	
Herma Ooms	Nederlands Jeugdinstituut	√	√
Han Spanjaard	PI Research		√
Mariska van der Steege	Nederlands Jeugdinstituut		
Jacqueline de Vries	ActiZ	√	
Trudy van der Weijden	IQ Healthcare	√	
Tom van Yperen	Nederlands Jeugdinstituut / Universiteit Utrecht		√
Ineke van der Zande	GGD Kennemerland		√