Divisie Volksgezondheid
Gorter gebouw
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20
Info-VGZ@pg.tno.nl

TNO-rapport

PG/VGZ 2002.203

Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties

Datum	september 2002
Auteur(s)	Dr. M.A.H. Fleuren Drs. C.H. Wiefferink Dr. T.G.W.M. Paulussen
Aantal pagina's	121
Aantal bijlagen	10
Opdrachtgever	Het onderzoek wordt mede gefinancierd door ZonMw in het kader van de afbouwregeling Preventiefonds, projectnummer 1010049

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande 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 belang-hebbenden is toegestaan.

© 2002 TNO

Auteurs:
Dr. M.A.H. Fleuren
Drs. C.H. Wiefferink
Dr. T.G.W.M. Paulussen

Projectnummer
011.40914

ISBN-Nummer
90-6743-933-9

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van EUR 20 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/VGZ 2002.203.

Dankwoord

Graag willen we alle implementatiedeskundigen bedanken voor hun deelname aan het Delphi-onderzoek. De deelnemers hebben veel tijd besteed aan het invullen van de diverse vragenlijsten. Hun kritische opmerkingen over de invloed van factoren en samenhang van factoren hebben ons inziens het implementatieonderzoek verrijkt.
Eveneens gaat dank uit naar Petra Doets die als onderzoeker in de beginfase van het onderzoek bij het includeren van de abstracts betrokken was. Tot slot willen we Lidy-Marie Ouwehand en Hans Spreuwenberg bedanken voor het zoeken van relevante artikelen in de databases en het aanvragen van de vele artikelen. Bij een dergelijk onderzoek is een goede documentalist goud waard.

Samenvatting

Achtergrond

Keer op keer blijkt dat het invoeren van zorgvernieuwingen een moeizaam proces is. Het laatste decennium is de belangstelling voor de implementatie van zorgvernieuwingen sterk gegroeid. Er verschijnen geleidelijk meer studies over de effecten van implementatie van richtlijnen en protocollen, screeningsmethoden en preventieprogramma's. Toch vertoont de kennis over overdracht en invoering van sociale en medische vernieuwingen nog veel lacunes. Bovendien is het bestaande gedachtegoed op het gebied van implementatie nog lang geen gemeengoed in de sector.
De meeste ervaring is opgedaan met implementatie bij individuele zorgverleners en de factoren die daarbij van invloed zijn. Implementeren in gezondheidszorgorganisaties kent nog een aantal andere drempels en hierover is nog weinig bekend. Het is zinvol dat organisaties een overzicht maken van de mogelijke belemmerende en bevorderende factoren alvorens men tot implementatie overgaat. Met een dergelijke implementatiediagnose wordt duidelijk welke factoren een rol spelen, waardoor interventies ingezet kunnen worden die ingrijpen op deze factoren.
Een compleet overzicht van (relevante) bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie in gezondheidszorg*organisaties* ontbreekt nog. Daarnaast ontbreekt een meetinstrument om deze factoren in kaart te kunnen brengen. Uit aanpalende wetenschapsgebieden zoals de onderwijskunde is een aantal diagnose-instrumenten beschikbaar. Een volledig overzicht van bestaande meetinstrumenten ontbreekt en waarschijnlijk bestrijken ze niet het hele scala van factoren. Daarnaast is de vraag in hoeverre ze geschikt zijn voor toepassing in de gezondheidszorg.

Doelstellingen en vraagstellingen

Het doel van dit onderzoek is enerzijds het inventariseren van relevante belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie van vernieuwingen in gezondheidszorgorganisaties en anderzijds het inventariseren van beschikbare meetinstrumenten en het beoordelen ervan op bruikbaarheid voor de gezondheidszorg.
De centrale vraagstellingen zijn:

1. Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij de implementatie van vernieuwingen in gezondheidszorgorganisaties?
2. Welke instrumenten zijn er voor het meten van belemmerende en bevorderende factoren en in hoeverre zijn ze toepasbaar binnen de gezondheidszorg?

Methode

Het onderzoek bestond uit twee fasen: een literatuurreview naar beïnvloedende factoren met aansluitend een Delphi-onderzoek onder implementatiedeskundigen.

Literatuurreview belemmerende en bevorderende factoren

Voor de literatuurreview werden 11 verschillende databases geraadpleegd op het gebied van de gezondheidszorg en aanpalende wetenschapsgebieden. Er werd gezocht naar Engelstalige of Nederlandstalige artikelen van 1990 tot 2000, over de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties, waarbij belemmerende en bevorderende factoren werden beschreven. Twee onderzoekers selecteerden en beoordeelden de geïncludeerde artikelen onafhankelijk van elkaar.

De beoordeling van de studies vond plaats aan de hand van een model voor het invoeren van zorgvernieuwingen. Ten eerste werd nagegaan of er voorafgaand aan de invoering

een probleemanalyse was gedaan bij de toekomstige gebruikers. Ten tweede of er een invoerstrategie was ingezet, die was afgestemd op de probleemanalyse. Beide zaken zijn van invloed op de beïnvloedende factoren die in een studie gevonden worden. Een studie waarbij een probleemanalyse is gedaan met een daarbij aansluitende invoerstrategie, levert naar verwachting minder en andere factoren op dan een studie waarbij dat niet is gedaan.
De factoren die uit de studies naar voren kwamen werden ondergebracht in de volgende categorieën:

- Kenmerken van de sociaal-politieke omgeving: b.v. regels en wetten, financiering en patiënten.
- Kenmerken van de organisatie zelf: b.v. structuur, cultuur en voorzieningen.
- Kenmerken van de individuele gebruiker: b.v. vaardigheden en ervaren steun.
- Kenmerken van de vernieuwing: b.v. praktische bruikbaarheid en voordeel voor de gebruiker.

Verder werd voor iedere studie nagegaan hoe en bij wie (zowel de gebruikers als de niet-gebruikers) de beïnvloedende factoren waren gemeten en hoe de mate van implementatie was gemeten.

Meetinstrumenten belemmerende en bevorderende factoren
De artikelen uit de databases werden geselecteerd op meetinstrumenten. Dit gebeurde door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar. Via de sneeuwbalmethode werd verder gezocht naar meetinstrumenten. Voor elk instrument werd nagegaan welke categorieën factoren ermee worden gemeten. Ook werd nagegaan of de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument was onderzocht en of het instrument ontwikkeld was voor de gezondheidszorg.

Delphi-onderzoek
De factoren uit de literatuurreview werden in een Delphi-ondezoek voorgelegd aan 46 deskundigen op het gebied van implementatie; implementatieonderzoekers en implementatiebegeleiders. In vier ronden werd getracht consensus te krijgen over de mate en de richting van invloed van de verschillende factoren. Ook werd getracht de factoren te rangordenen naar relevantie. De gegevens van iedere ronde (groepsantwoord en persoonlijk antwoord) werden teruggekoppeld aan de deelnemers.

Resultaten
Belemmerende en bevorderende factoren
In totaal werden 2239 abstracts gelezen. Er werden 57 empirische studies geïncludeerd in het onderzoek, die factoren hadden gemeten bij de implementatie van een zorgvernieuwing.
De gebruikers van de vernieuwing waren bijna altijd zorgverleners: veelal artsen of verpleegkundigen. Het merendeel van de vernieuwingen vond in een ziekenhuis plaats.
Bij 6 studies (11%) was er sprake van een probleemanalyse voorafgaande aan de invoering. Hoewel in 25 studies (44%) een invoerstrategie werd gehanteerd, was de keuze van de strategie slechts in één studie afgeleid uit de literatuur.

In de 57 studies werden in totaal 52 factoren gevonden: 20 factoren m.b.t. de organisatie, 16 factoren m.b.t. de gebruiker, 10 factoren m.b.t. de zorgvernieuwing en 6 factoren m.b.t. de omgeving.
Als een factor gemeten werd, was hij over het algemeen ook van invloed, dat wil zeggen belemmerend en/of bevorderend. Slechts een enkele keer was een gemeten factor niet van invloed.

Er werden ruim twee keer zoveel belemmerende als bevorderende factoren gevonden, ook na correctie voor het feit dat in sommige studies alleen naar belemmerende factoren was gevraagd.
Factoren met betrekking tot de gebruiker werden het vaakst gemeten, gevolgd door factoren met betrekking tot de organisatie, de zorgvernieuwing en de omgeving.

In totaal waren er 33 deelnemers aan het Delphi-onderzoek die aan alle ronden deelnamen, en 5 deelnemers die op een ronde na aan alle ronden deelnamen. Volgens de deelnemers deed één factor uit de literatuurreview er niet toe doet omdat onderliggende factoren belangrijker zijn en konden drie factoren gecombineerd worden. Verder voegden de deelnemers twee extra factoren toe die niet uit de literatuurreview kwamen. De literatuurreview en het Delphi-onderzoek combinerend, bevat de uiteindelijk lijst 50 factoren.
Van nagenoeg al deze factoren werd door de deelnemers aan het Delphi-onderzoek aangegeven dat ze van invloed zijn bij de implementatie. Op drie factoren na is er overeenstemming over de richting van de invloed van de verschillende factoren.
De vraag naar de beïnvloedbaarheid van de verschillende factoren kon niet worden beantwoord omdat de deskundigen aangaven dat bijna alle factoren beïnvloedbaar zijn, mits randvoorwaarden als geld en tijd ruimschoots aanwezig zijn. Deze vraag werd in feite als een non-vraag beschouwd.
Ook bleek het niet mogelijk de factoren te rangordenen naar relevantie, omdat volgens de deelnemers de invloed van de verschillende factoren afhankelijk is van het soort vernieuwing en de context.

Meetinstrumenten
Er werden 15 meetinstrumenten gevonden: 4 via de literatuurreview en 11 via de sneeuwbalmethode.
Uitgaande van de vier hoofdcategorieën factoren, dan bestrijken twee meetinstrumenten alle categorieën en de overige meetinstrumenten een deel.
In totaal zijn 11 van de 15 meetinstrumenten (mede) afkomstig uit Nederland. Van de meetinstrumenten zijn er 7 specifiek ontwikkeld voor de gezondheidszorg: de overige instrumenten zijn vooral ontwikkeld voor het onderwijs. Bovenstaande zaken combinerend, zijn 4 meetinstrumenten specifiek ontwikkeld voor de Nederlandse gezondheidszorg.
Bij 7 meetinstrumenten is er onderzoek gedaan naar zowel de validiteit als de betrouwbaarheid. Bij 4 meetinstrumenten is óf alleen de betrouwbaarheid onderzocht óf alleen de validiteit.
Per saldo is er geen instrument dat én alle categorieën factoren bestrijkt én betrekking heeft op de Nederlandse gezondheidszorg én waarvan de validiteit en betrouwbaarheid is onderzocht.

Conclusies en aanbevelingen
- Uit de literatuurreview komt een vrij consistent beeld van 52 factoren naar voren die van invloed zijn bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Voor het merendeel van deze factoren geldt dat de invloed ervan in meerdere studies is aangetoond.
- Er is een hoge mate van overeenstemming tussen de bevindingen uit de literatuurreview en de mening van de deskundigen aan het Delphi-onderzoek wat betreft *de invloed* van factoren. De literatuurreview en het Delphi-onderzoek combinerend, ontstaat er een lijst met 50 beïnvloedende 50.

- Er is eveneens een grote mate van overeenstemming tussen de bevindingen uit de literatuurreview en de deskundigen over de *richting van de invloed* van de verschillende factoren.
- De beïnvloedbaarheid van de verschillende factoren kon niet goed worden onderzocht omdat volgens de deskundigen bijna alle factoren beïnvloedbaar zijn, mits de randvoorwaarden ruimschoots aanwezig zijn. Vanuit theoretisch perspectief mag worden verwacht dat factoren met betrekking tot de gebruiker en de vernieuwing over het algemeen beïnvloedbaar zijn. Factoren met betrekking tot de organisatie en de omgeving zullen moeizamer of niet beïnvloedbaar zijn.
- Het was niet mogelijk de relevantie van de verschillende factoren te rangordenen, omdat de invloed van een factor mede afhankelijk is van het soort vernieuwing en de context. Het aantal studies uit de literatuurreview en de kwaliteit ervan was te gering om dit te kunnen onderzoeken.
- Er werden 15 meetinstrumenten gevonden om belemmerende en bevorderende factoren te meten. Geen enkel meetinstrument bestrijkt én alle categorieën factoren én heeft betrekking op de Nederlandse gezondheidszorg én is onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit. Dit neemt niet weg dat er een aantal veelbelovende meetinstrumenten tussen zitten.
- Het is wenselijk dat de lijst met 50 factoren verder wordt uitgewerkt c.q. wordt onderzocht. Het gaat enerzijds om een verdere uitwerking tot een checklist voor mensen die in de dagelijkse praktijk de implementatie van zorgvernieuwingen begeleiden. Anderzijds gaat het om de uitwerking van de lijst voor verder onderzoek. Er zou toetsend onderzoek moeten plaatsvinden waarbij in een groot aantal implementatieonderzoeken pér factor wordt nagegaan wat de invloed ervan is. Dit geeft zowel inzicht in de invloed van de afzonderlijke factoren, alsook in de verhouding tot elkaar. Een dergelijk onderzoek zou de basis kunnen vormen voor de daadwerkelijke ontwikkeling van een meetinstrument.
- Er is relatief weinig (goed) onderzoek voorhanden op het gebied van implementatie in organisaties. Het is wenselijk dat er meer onderzoek wordt verricht naar implementatieprocessen binnen organisaties en de factoren die hierbij een rol spelen.
- Het is wenselijk dat de kwaliteit van het implementatieonderzoek verbetert. Uit de literatuurreview bleek in de eerste plaats dat er vrij weinig studies zijn opgezet op basis van een theoretisch model of theoretische overwegingen. In de tweede plaats bleek er nauwelijks een probleemanalyse plaats te vinden voorafgaand aan de implementatie. In de derde plaats bleek de keuze van invoerstrategieën veelal niet te zijn onderbouwd en niet aan te sluiten bij de determinanten die uit de probleemanalyse naar voren kwamen. Tenslotte werd veelal alleen naar belemmerende factoren gevraagd bij de niet-gebruikers van de vernieuwing, terwijl voor een goed vergelijk van essentiële factoren dit zowel bij de gebruikers als de niet-gebruikers zou moeten gebeuren. Het is wenselijk dat onderzoekers en implementatiedeskundigen met bovenstaande zaken rekening houden bij toekomstige implementatieprojecten.
- Het is wenselijk verder onderzoek te verrichten naar de verschillende dimensies van gebruik en hoe deze gemeten moeten worden. Uit de literatuurreview bleek dat de mate van implementatie op zeer verschillende wijze werd bepaald. Zo werd onder andere de omvang van het gebruik (hoeveel onderdelen zijn gebruikt) gemeten, de frequentie van gebruik (hoe vaak wordt het gebruikt), en de intensiteit van het gebruik (door hoeveel personen wordt het gebruikt). Voor de vergelijking van onderzoeksresultaten is van belang dat dit op een eenduidige wijze gebeurt.

Inhoudsopgave

1 Inleiding — 11
1.1 Aanleiding — 11
1.2 Theoretisch kader — 12
1.2.1 Proces van invoeren van vernieuwingen — 12
1.2.2 Valkuilen bij onderzoek naar invoering van vernieuwingen — 15
1.3 Doel- en vraagstelling — 16

2 Opzet van het onderzoek — 19
2.1 Literatuurreview — 19
2.1.1 Verzamelen van literatuur — 19
2.1.2 Meetinstrumenten en variabelen — 20
2.1.3 Analyses — 21
2.2 Delphi-onderzoek — 21
2.2.1 Achtergrond Delphi-onderzoek — 21
2.2.2 Werving respondenten — 22
2.2.3 Meetinstrumenten en variabelen — 22
2.2.4 Terugkoppeling gegevens — 23
2.2.5 Analyses — 23
2.3 Meetinstrumenten belemmerende en bevorderende factoren — 23
2.3.1 Verzamelen meetinstrumenten — 23
2.3.2 Analyses — 24

3 Resultaten literatuurreview — 25
3.1 Geïncludeerde studies — 25
3.2 Beschrijving geïncludeerde studies — 25
3.3 Belemmerende en bevorderende factoren per soort studie — 39
3.4 Vergelijking kwalitatief goede en minder goed studies — 45

4 Delphi-onderzoek — 47
4.1 Respons en bevindingen 1e ronde — 47
4.2 Respons en bevindingen 2e ronde — 48
4.3 Respons en bevindingen 3e ronde — 50
4.4 Respons en bevindingen 4e mondelinge ronde — 52
4.4.1 1e bijeenkomst — 52
4.4.2 2e bijeenkomst — 54

5 Vergelijking factoren literatuurreview en Delphi-onderzoek — 55

6 Meetinstrumenten belemmerende en bevorderende factoren — 61
6.1 Meetinstrumenten afkomstig uit Nederland — 61
6.2 Meetinstrumenten die niet afkomstig zijn uit Nederland — 66
6.3 Vergelijking meetinstrumenten — 68

7 Conclusie en aanbevelingen — 71
7.1 Aantal belemmerende en bevorderende factoren — 71
7.2 Richting van invloed van de factoren — 71
7.3 Beïnvloedbaarheid factoren — 72
7.4 Meetinstrumenten belemmerende en bevorderende factoren — 73
7.5 Kanttekeningen bij het onderzoek — 73

7.6 Aanbevelingen — 75

8 Literatuur — 79

9 Referenties geïncludeerde artikelen — 83

Bijlage(n)

A Zoektermen elektronische databases
B Scoreformulier artikelen
C Overzicht van gevonden studies per database
D Overzicht factoren 1e Dephi-ronde en voorbeeld van vraagstelling
E Overzicht factoren 2e Delphi-ronde en voorbeeld van vraagstelling
F Overzicht factoren 3e Delphi-ronde en voorbeeld van vraagstelling
G Argumentatie voor invloed en richting invloed van de factoren
H Factoren gegroepeerd naar aanverwante factoren en naar de fase van implementatie
I Suggesties uit 4e delphi-ronde voor aanscherping van omschrijving van factoren
J Vergelijking meetinstrumenten belemmerende en bevorderende factoren

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Roltrappen op bijvoorbeeld stations zijn ooit ontwikkeld met het idee dat reizigers zich sneller van A naar B kunnen verplaatsen. De bedoeling van deze roltrappen is dat mensen in hetzelfde tempo blijven doorlopen, waardoor ze twee keer zo snel op de plaats van bestemming zijn. In praktijk blijken mensen echter op de roltrappen te blijven staan. Dit levert dus nog geen tijdwinst op. En daarnaast zorgt het voor irritatie bij de reizigers die wel willen doorlopen omdat de staande reizigers meestal de doorgang blokkeren.

Keer op keer blijkt dat het invoeren van vernieuwingen een moeizaam proces is. Naar het invoeren van vernieuwingen in gezondheidszorgorganisaties en de belemmeringen die hierbij optreden, is relatief weinig onderzoek gedaan (Wensing e.a. 1999). Uit onderzoek en ervaring blijkt dat implementatieprocessen vaak een grillig verloop vertonen en soms zelfs stagneren of helemaal stoppen. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren omdat het draagvlak en de interesse in de organisatie onvoldoende zijn, of omdat de acceptatie bij de medewerkers lager is dan ingeschat, of omdat er meer voorzieningen nodig zijn dan verwacht of omdat de opbrengsten van de vernieuwing niet op korte termijn zichtbaar zijn. Het laatste decennium is de belangstelling voor de implementatie van nieuwe programma's, werkwijzen en interventies sterk gegroeid. Er verschijnen geleidelijk meer studies over (de effecten van) implementatie, onder andere over implementatie van richtlijnen en protocollen, screeningsmethoden en preventieprogramma's. Toch vertoont de kennis over overdracht en invoering van sociale en medische vernieuwingen nog veel lacunes en bovendien is het bestaande gedachtegoed op het gebied van implementatie nog lang geen gemeengoed in de sector (King e.a. 1996; Paulussen 1997; ZON 1998; Wensing e.a. 1999). De meeste ervaring in Nederland is opgedaan met implementatie bij individuele zorgverleners en de factoren die daarbij van invloed zijn, bijvoorbeeld (problemen met) het implementeren van NHG-standaarden bij huisartsen. Implementeren in gezondheidszorgorganisaties kent nog een aantal andere drempels en hierover is nog weinig bekend. Zo bleek uit recentelijk onderzoek naar de invoering van standaarden in de Jeugdgezondheidszorg, dat het besluit tot verspreiding en invoering veelal door het management van de thuiszorgorganisaties en GGDen werd genomen (Fleuren e.a. 2002). Het gevolg hiervan was dat bij een negatief besluit degenen waarvoor de standaarden zijn bedoeld, namelijk artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten, soms niet geïnformeerd werden over het bestaan van de standaarden. In tegenstelling tot individuele zorgverleners zoals bijvoorbeeld verloskundigen en huisartsen, kunnen deze JGZ-medewerkers niet autonoom beslissen over het al dan niet gaan werken met standaarden.
Organisaties houden bij het implementeren van een vernieuwing vaak onvoldoende rekening met factoren die de invoering beïnvloeden. Beslissingen om een vernieuwing in te voeren zijn zodoende vaak onvoldoende doordacht en ook de gevolgen van de implementatie voor zowel de organisatie als de medewerkers worden niet van tevoren bepaald (Cozijnsen e.a. 1998). Ervaring, in bijvoorbeeld de Thuiszorg, leert dat factoren per situatie heel verschillend kunnen zijn (Van Beekum 1995, Fleuren e.a. 2002). Gezien de hierboven genoemde voetangels en klemmen is het zinvol dat organisaties een overzicht maken van de mogelijke belemmerende en bevorderende factoren alvorens men tot implementatie overgaat. Men maakt een zogenaamde

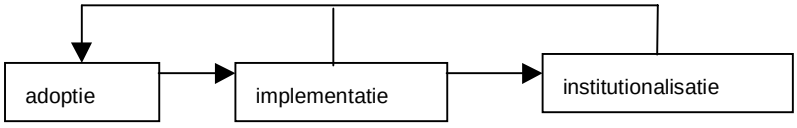
implementatiediagnose. Met een dergelijke diagnose in de hand kan gekeken worden welke belemmeringen er zijn en welke interventies gepleegd kunnen worden om ze op te lossen. Sommige factoren zullen beïnvloedbaar zijn en andere, zoals wet- en regelgeving, zullen door de individuele organisatie nauwelijks beïnvloedbaar zijn. Toch is het zinvol ook deze laatste factoren in beeld te brengen. Wanneer ze onoverkomelijk zijn kan immers besloten worden van implementatie af te zien (Van Beekum 1995).
Een compleet overzicht van (relevante) bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie in gezondheidszorgorganisaties ontbreekt nog. Daarnaast ontbreekt een meetinstrument om deze factoren in kaart te kunnen brengen. Hierdoor is het stellen van een implementatiediagnose voorafgaande aan de invoering van een vernieuwing nog niet goed mogelijk. Uit aanpalende wetenschapsgebieden zoals de organisatie-, bedrijfs- en bestuurskunde en arbeids- en organisatiepsychologie is een aantal diagnose-instrumenten beschikbaar om belemmerende en bevorderende factoren in beeld te brengen. Voorbeelden hiervan zijn de Decision Determinants Questionnaire (DDQ) (Bedell e.a. 1985, Bijl e.a. 1992) en het Diagnose Innovatievermogen van Organisaties (DIVO-instrument) (Cozijnsen e.a. 1998). De momenteel bekende instrumenten overlappen elkaar in functie en doelstelling. Een volledig overzicht van bestaande meetinstrumenten ontbreekt en naar alle waarschijnlijkheid bestrijken ze ook niet het hele scala van factoren. Daarnaast is de vraag in hoeverre ze geschikt zijn voor toepassing in gezondheidszorgorganisaties. Maar mogelijk kan een implementatie-diagnose-instrument voor gezondheidszorgorganisaties wel samengesteld worden uit deze bestaande instrumenten.
Om de kennis met betrekking tot de factoren die een rol spelen bij implementatie van vernieuwingen in gezondheidszorgorganisaties te vergroten, wordt een literatuurreview verricht en een Delphi-onderzoek onder deskundigen op het gebied van implementatie.

1.2 Theoretisch kader

1.2.1 Proces van invoeren van vernieuwingen

Het invoeren van vernieuwingen is een proces dat bestaat uit verschillende fasen waarbij diverse factoren belemmerend of bevorderend kunnen werken. De onderzoekstraditie hiernaar binnen de gezondheidszorg is relatief jong in vergelijking met andere wetenschapsterreinen zoals de landbouwkunde (Rogers 1995) en de onderwijskunde (Fullan 1991). In het verleden is op deze terreinen veel onderzoek gedaan naar het invoeren van vernieuwingen in de dagelijkse praktijk. Dit leverde diverse modellen op waarin verschillende fasen worden onderscheiden bij het invoeren van vernieuwingen. Wat betreft de implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg zullen er zeker parallellen bestaan met de landbouwsector en met name de onderwijssector. We zullen hier enkele modellen beschrijven en eindigen met een model dat we gebruiken als uitgangspunt voor dit onderzoek.
Eén model om inzicht te krijgen in het invoeren van vernieuwingen is afkomstig uit het onderwijs (Fullan 1991). Dit model bestaat uit drie fasen. De eerste fase is de fase die leidt tot het besluit al dan niet volgens de vernieuwing te gaan werken (adoptie). Maar het feit dat men besluit om volgens de vernieuwing te gaan werken, wil nog niet zeggen dat men het ook daadwerkelijk gaat doen. Dit is in feite een mentaal proces. In de volgende fase, de implementatiefase, gaat men in de praktijk aan de slag met de vernieuwing. Tijdens deze fase wordt duidelijk of de vernieuwing in de praktijk bruikbaar is. In de derde fase gaat men over tot het institutionaliseren van de vernieuwing. Het is immers de bedoeling dat de vernieuwing ook nog na verloop van tijd wordt gebruikt. Er is dan geen sprake meer van een vernieuwing: de

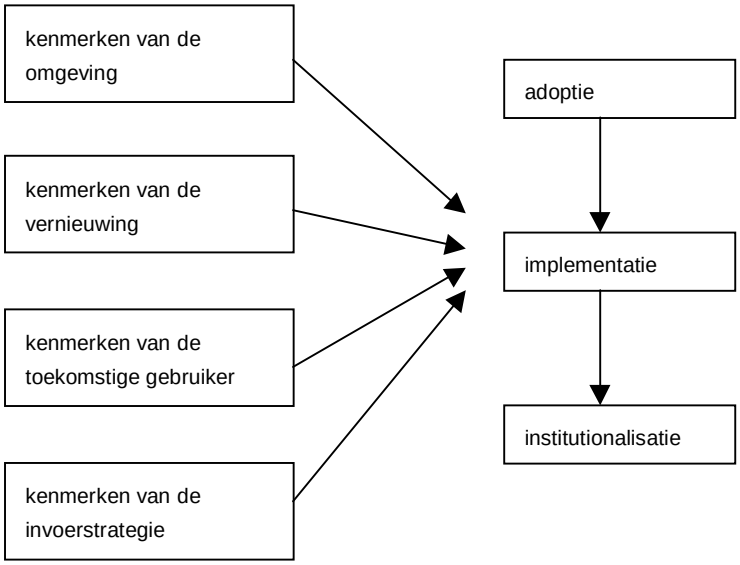
gedragsverandering is geïncorporeerd in het dagelijkse handelen. Tot slot zou er nog een laatste fase toegevoegd kunnen worden, namelijk het evalueren van het resultaat. Hiermee kan nagegaan worden of de vernieuwing in de praktijk inderdaad leidt tot de gewenste / verwachte verbeteringen. In schema ziet het proces er als volgt uit:



Figuur 1.1 Fases in het proces van invoering van vernieuwingen aangepast aan Fullan (1991)

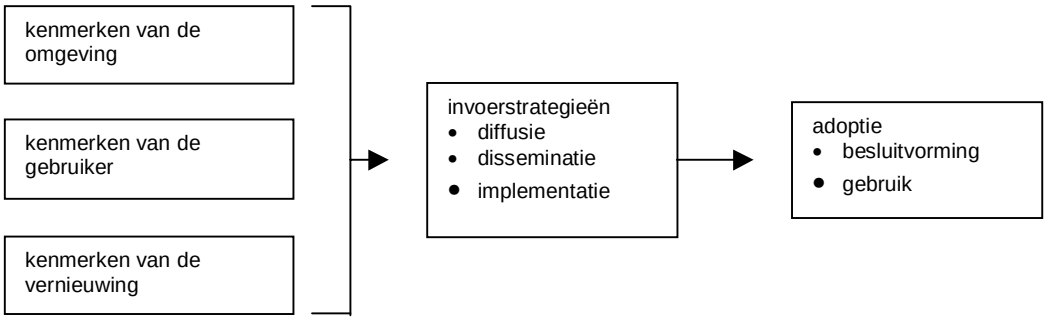
Het schema toont dat het invoeren van vernieuwingen geen lineair proces is. Slechte ervaringen met de vernieuwing in de dagelijkse praktijk kunnen er bijvoorbeeld de oorzaak van zijn dat men terugkomt op de eerder genomen beslissing om volgens de vernieuwing te gaan werken, waardoor het hele proces stagneert of zelfs helemaal stopt.
In de gezondheidszorg worden soortgelijke modellen gebruikt, met dit verschil dat in deze modellen de adoptiefase wat meer is uitgewerkt (Fleuren 1997, Grol e.a. 2001). De eerste stap in de adoptiefase is de oriëntatie: de gebruiker moet zich bewust zijn van de vernieuwing en toegang hebben tot de vernieuwing. Vervolgens moet de gebruiker inzicht krijgen in hoe de vernieuwing toegepast moet worden en welke implicaties het werken volgens de vernieuwing heeft in vergelijking met de huidige werkwijze. Tenslotte kan de gebruiker overgaan tot acceptatie van de vernieuwing en de intentie hebben om volgens de vernieuwing te gaan werken.
In een onderzoek van Paulussen (1994) over AIDSvoorlichting op scholen, wordt wat hierboven is beschreven als adoptie, opgesplitst in twee fasen: disseminatie en adoptie. Met disseminatie wordt bedoeld dat de vernieuwing onder de aandacht wordt gebracht van de toekomstige gebruiker en dat deze de informatie vervolgens verwerkt, terwijl de adoptiefase bestaat uit het besluit al dan niet volgens de vernieuwing te gaan werken. Deze twee stappen komen overeen met de drie fasen die Fleuren en Grol beschrijven als adoptie.
In dit onderzoek verstaan we onder adoptie het hele proces van verspreiden van de vernieuwing tot en met het besluit al dan niet volgens de vernieuwing te gaan werken. Net als Fullan onderscheiden we drie fasen in het proces van invoering van vernieuwingen: adoptie, implementatie en institutionalisatie.
Meestal wordt een vernieuwing niet zonder slag of stoot in de praktijk ingevoerd. Diverse factoren blijken de verschillende fasen van het vernieuwingsproces te kunnen beïnvloeden. De meeste belemmerende en bevorderende factoren zijn situatiespecifiek. Paulussen (1994) onderscheidt vier categorieën van factoren die te maken hebben met: kenmerken van de sociaal-politieke omgeving, kenmerken van de vernieuwing, kenmerken van de toekomstige gebruiker en kenmerken van de invoerstrategieën. Factoren uit deze vier categorieën zijn van invloed op zowel de adoptie, implementatie als institutionalisatie van de vernieuwing. In 1.2 is dit schematisch weergegeven.

Factoren proces van invoeren van vernieuwing



Figuur 1.2 Factoren die het proces van invoeren van vernieuwingen beïnvloeden, aangepast aan Paulussen 1994

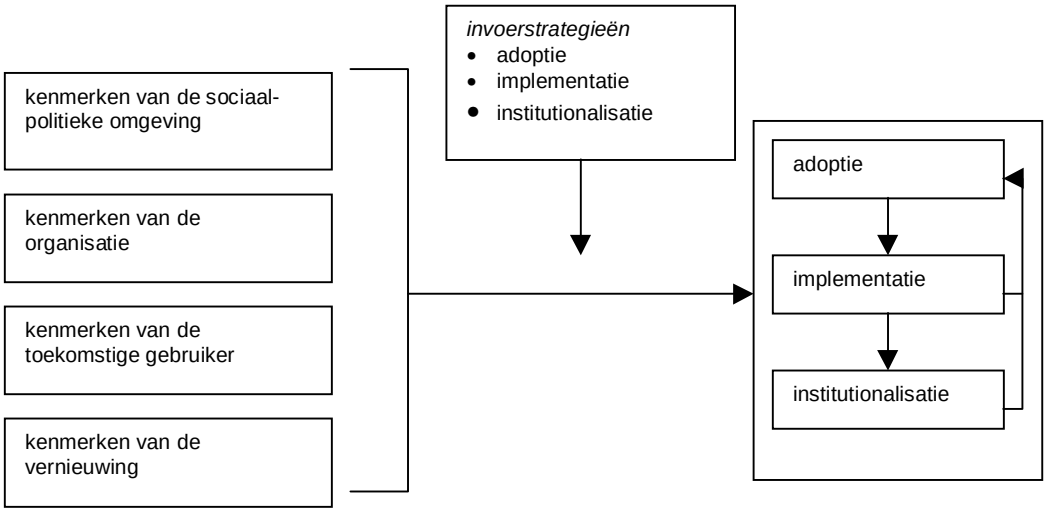
In het model van Paulussen is de toekomstige gebruiker de organisatie die de vernieuwing invoert. Dat wil dus zeggen dat binnen deze categorie zowel kenmerken van de organisatie (scholen) als kenmerken van de individuele gebruiker (docenten) zitten. Omdat in het onderhavige onderzoek het invoeren van vernieuwingen in organisaties centraal staat, zullen we kenmerken van de organisatie en kenmerken van de individuele gebruiker als aparte categorieën beschouwen. Paulussen stelt de kenmerken van de invoerstrategie op één lijn met andere categorieën. Bij het invoeren van vernieuwingen in organisaties is het echter van belang om de invoerstrategie af te stemmen op mogelijke belemmerende en bevorderende factoren van de omgeving, de vernieuwing en de toekomstige gebruiker. Logan e.a. (1998) hanteren een model waarbij rekening wordt gehouden met het afstemmen van de invoerstrategie op de belemmerende en bevorderende factoren. In figuur 1.3 is een model van Logan e.a. (1998) weergegeven dat hiermee rekening houdt.



Figuur.1.3 The Ottawa Model of Health Care Research Use, aangepast aan Logan e.a. 1998

In het onderhavige onderzoek wordt het model van Logan als uitgangspunt genomen voor hoe de verschillende factoren het proces van invoeren van vernieuwingen beïnvloeden. Voor het proces van invoeren van vernieuwingen zélf maken we gebruik van het model van Fullan, omdat hierin ook institutionalisatie een rol speelt. De

indeling van factoren in categorieën is afkomstig van Paulussen, met dit verschil dat we, zoals hierboven beschreven, de categorie ´kenmerken van de toekomstige gebruiker´ opsplitsen in ´kenmerken van de organisatie´ en ´kenmerken van de individuele gebruiker´. In figuur 1.4 is het gecombineerde model te zien dat we in dit onderzoek gebruiken.



Figuur 1.4 Model voor het invoeren van vernieuwingen in organisaties dat wordt gehanteerd in het onderhavige onderzoek

In dit model wordt aangegeven dat de mate van adoptie, implementatie en institutionalisatie bepaald wordt door vier categorieën kenmerken. Ten eerste kenmerken uit de sociaal-politieke omgeving van de organisatie, zoals regels en wetten, financiering en patiënten. Ten twee kenmerken van de organisatie zelf, zoals structuur, cultuur en voorzieningen. Ten derde kenmerken van de individuele gebruiker, zoals eigenschappen, ervaren steun, verwachtingen ten aanzien van de vernieuwing. Ten vierde door kenmerken van de vernieuwing, zoals praktische bruikbaarheid en voordeel voor de gebruiker. Gegeven deze kenmerken kunnen invoerstrategieën gekozen worden die ingrijpen op / aansluiten bij de diverse kenmerken zodat de mate van adoptie, implementatie en institutionalisatie verhoogd zal worden.

1.2.2 Valkuilen bij onderzoek naar invoering van vernieuwingen

Wil een invoerproces succesvol zijn, dan betekent dit dat eerst onderzocht moet worden welke kenmerken binnen de vier categorieën een belemmerende of bevorderende invloed zouden kunnen hebben (Paulussen 1994, Fleuren 1998, Fleuren e.a. 2002). De invoerstrategie wordt zodanig gekozen dat deze ingrijpt op relevante kenmerken (Wensing e.a. 1994, Grol 1997, Grol e.a. 2001, Fleuren e.a. 2002). Het gaat hier om een probleemanalyse voorafgaand aan de invoering van de zorgvernieuwing. Hiermee wordt bedoeld dat bij de toekomstige gebruikers van de vernieuwing informatie wordt verzameld over mogelijke belemmeringen en in aansluiting hierop worden invoerstrategieën hierop afgestemd. Te denken valt aan het nagaan van de verwachtingen en waardering van de toekomstige gebruiker ten aanzien van de vernieuwing, nagaan of de toekomstige gebruiker voldoende kennis en vaardigheden bezit om volgens de vernieuwing te kunnen gaan werken of het maken van een netwerkanalyse.

In de praktijk gaat het vaak op twee punten mis. Het eerste punt is dat er een invoerstrategie wordt ingezet, zonder dat er vooraf een probleemanalyse is gedaan.

Daarbij loopt men de kans dat de strategie niet ingrijpt op de factoren die bij deze specifieke vernieuwing en gebruikers een rol spelen.

Een fictief voorbeeld: Het gebruik van gordels en voetriempjes bij fietsstoeltjes voor kinderen is bijzonder laag. Een groot deel van het hoofd- en voetletsel dat kinderen oplopen bij valincidenten, zou voorkomen kunnen worden bij het gebruik van deze gordels en voetriempjes. De Stichting Consument en Veiligheid besluit folders te laten drukken en voorlichtingsbijeenkomsten te organiseren om ouders / verzorgers kennis te laten nemen van het goed gebruik van gordels en voetriempjes.
De bijeenkomsten worden opgezet vanuit het idee dat ouders / verzorgers onvoldoende kennis hebben van het gebruik van gordels en voetriempjes.
Als men vooraf bij de doelgroep een probleemanalyse had gedaan, was men te weten gekomen dat niet een gebrek aan kennis het probleem is. Ouders / verzorgers zijn goed op de hoogte van het gebruik en het nut van gordels en voetriempjes. Het probleem is dat kinderen het onplezierig vinden om 'vastgesnoerd' te zitten en er alles aan doen om weer los te komen. Dit doet ouders / verzorgers overstag gaan om deze gordels en riempjes niet te gebruiken.

Een tweede punt waarop het mis gaat is dat er wel voorafgaand een probleemanalyse is gedaan, maar dat vervolgens een invoerstrategie wordt gekozen die niet aansluit bij de bevindingen ervan.

Een fictief voorbeeld: duidelijk is geworden via gesprekken met ouders / verzorgers dat niet kennis het probleem is, maar het ongemak dat de kinderen ervaren bij het gebruik van gordels en voetriempjes. Besloten wordt dat medewerkers van de Eerste Hulp van ziekenhuis X voorlichtingsbijeenkomsten organiseren op kinderdagverblijven waarbij ouders op de gevolgen van het niet dragen van gordels en riempjes worden gewezen.
Deze strategie is gericht op het vermeerderen van kennis over het effect van het al dan niet gebruiken van gordels en voetriempjes. De vraag is of dit de juiste strategie is. Ouders zijn immers al op de hoogte van de gevolgen.

Een valkuil van andere orde bij onderzoek naar de invoering van vernieuwingen is dat alleen de mensen die de vernieuwing niet gebruiken, gevraagd wordt naar de redenen hiervoor. Dat kan een vertekend beeld opleveren van de factoren die doorslaggevend zijn bij het al dan niet gebruiken van een vernieuwing. Wanneer bijvoorbeeld zowel gebruikers als niet-gebruikers van een vernieuwing zeggen dat tijdgebrek een belemmerende factor is bij het handelen volgens de vernieuwing, dan laat de vraag zich stellen of deze factor wel doorslaggevend is. Blijkbaar niet, want ondanks het feit dat de gebruikers geen tijd hebben, handelen ze toch volgens de vernieuwing. Misschien zijn andere zaken, zoals bijvoorbeeld het effect van de vernieuwing voor de patiënt, veel belangrijker voor deze gebruikers waardoor tijdgebrek van ondergeschikt belang blijkt. Daarmee is dus de vraag of tijdgebrek de werkelijke doorslaggevende factor is bij de niet-gebruikers.

1.3 Doel- en vraagstelling

Het doel van het onderzoek is enerzijds het inventariseren van relevante belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie van zorgvernieuwingen in gezondheids-zorgorganisaties en anderzijds het inventariseren van beschikbare meetinstrumenten en het beoordelen ervan op bruikbaarheid voor de gezondheidszorg, om op basis hiervan te

komen tot aanbevelingen over de ontwikkeling van een implementatiediagnose-instrument voor gezondheidszorgorganisaties. De onderzoeksvragen luiden derhalve:

1a. Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij de implementatie van vernieuwingen in gezondheidszorgorganisaties?
1b. In welke mate zijn deze factoren beïnvloedbaar?
2a. Welke instrumenten zijn er voor het meten van belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie in organisaties?
2b. Wat is de validiteit en betrouwbaarheid ervan?
2c. In welke mate zijn ze geschikt voor toepassing in gezondheidszorgorganisaties?

2 Opzet van het onderzoek

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is een systematische literatuurreview uitgevoerd naar belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties en de beschikbaarheid van meetinstrumenten voor het meten van deze factoren. Daarnaast is een Delphi-onderzoek gehouden onder deskundigen op het terrein van implementatie om na te gaan in hoeverre deze factoren als belangrijk worden herkend.

2.1 Literatuurreview

2.1.1 Verzamelen van literatuur

Voor het vinden van relevante literatuur werden verschillende databases geraadpleegd. Daarnaast werden de referenties van de geïncludeerde artikelen nagegaan. Er werd gezocht naar Engelstalige of Nederlandstalige artikelen die in de jaren 1990 tot met 1999 werden gepubliceerd. De volgende databases werden daarvoor geraadpleegd: Medline, PsycLIT, Eric, Combined Health Information Database (CHID), Healthpromis, Healthstar, Sociological Abstracts, Heclinet, Pica, Grijze Literatuur In Nederland (GLIN) en Sociaal Wetenschappelijke Tijdschrift Literatuur (SWTL).

Bij het zoeken werden de volgende inclusiecriteria gehanteerd:

1. Artikelen waarin belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie van zorgvernieuwingen zijn gemeten;
2. Artikelen over implementatie van zorgvernieuwingen die gericht zijn op het *handelen* van zorgverleners of preventiemedewerkers (bijvoorbeeld standaarden, richtlijnen of programma's);
3. Artikelen over implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties waarbij minimaal 10 zorgverleners of preventiemedewerkers betrokken zijn en waarbij de organisatie gericht is op de directe zorgverlening of preventie (dus bijvoorbeeld geen koepelorganisaties);
4. Artikelen van empirische studies.

Beschouwende artikelen, artikelen die alleen gingen over het effect van invoerstrategieën en artikelen die gingen over het gebruik van onderzoeksgegevens in de praktijk (research utilization) werden wel verzameld, maar werden niet in de analyses meegenomen. Hoewel het onderwerp research utilization nauw verwant is aan implementatie, werden deze artikelen toch niet geïncludeerd omdat het veelal niet gaat over problemen bij de invoering van zorgvernieuwingen maar bijvoorbeeld problemen bij het toegang krijgen tot literatuur. Artikelen over research utilization waarbij sprake was van de implementatie van een zorgvernieuwing werden uiteraard wel geïncludeerd.

Voor de zoekstrategie werd zoveel mogelijk aangesloten bij de eigen zoektermen van de database. Dit betekent dat per database verschillende zoektermen werden gebruikt. In bijlage A zijn per database de verschillende zoektermen vermeld. Om de kans te reduceren dat belangrijke referenties werden gemist, werd daarnaast binnen alle databases op vrije tekst gezocht. De verwachting was dat er weinig empirische studies over implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties te vinden zouden zijn. Aangezien in het onderwijs veel onderzoek is gedaan naar de invoering van onderwijsvernieuwingen en deze sector een zekere parallel vertoont met de gezondheidszorg als het gaat om het invoeren van vernieuwingen, werden daarnaast

empirische studies op het gebied van onderwijs bekeken. De gegevens uit deze studies werden als referentie gebruikt voor de gevonden studies over zorgvernieuwingen.

2.1.2 Meetinstrumenten en variabelen

De onderzoekers selecteerden de artikelen onafhankelijk van elkaar, aan de hand van de inclusiecriteria en op basis van het abstract van het artikel. Van alle abstracts die aan de inclusiecriteria voldeden, werd het artikel aangevraagd. In twijfelgevallen werd het volledige artikel opgevraagd. De aangevraagde artikelen werden door de twee onderzoekers op basis van de inclusiecriteria definitief geïncludeerd of geëxcludeerd. De geïncludeerde artikelen werden vervolgens wederom door de twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar geanalyseerd / gescoord op een vooraf ontwikkeld scoreformulier (zie hierna). Afwijkende scores werden in bijeenkomsten besproken waarbij getracht werd volledige consensus te bereiken. Bij twijfel werd een derde onderzoeker geraadpleegd.

Voor ieder onderzoek met betrekking tot belemmerende en bevorderende factoren werd op een speciaal daarvoor ontworpen formulier genoteerd wat de inhoud van de vernieuwing was, in welke organisatie(s) de vernieuwing werd ingevoerd, welke zorgverleners de vernieuwing moesten gaan uitvoeren en waaruit de doelgroep bestond (zie bijlage B). Daarnaast werd genoteerd of er bij het invoeren van de vernieuwing activiteiten beschreven werden die gericht waren op het zo optimaal mogelijk implementeren van de vernieuwing, dat wil zeggen of er sprake was van een invoerstrategie. Daarbij werd uitgegaan van de indeling die de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) gebruikt voor reviews naar de effectiviteit van verschillende invoerstrategieën (Freemantle e.a. 2002, Grilli e.a. 2002, Hulscher e.a. 2002, Thomson e.a. 2002a, Thomson e.a. 2002,b,c,d, Thomson e.a. 2002e). Op twee punten werd van de indeling van de Cochrane afgeweken. Ten eerste wordt in de indeling van de Cochrane ´social marketing´ als invoerstrategie benoemd. In feite gaat het hier om het verzamelen van informatie bij de toekomstige gebruikers over mogelijke belemmerende en bevorderende factoren. Hierop worden vervolgens invoerstrategieën afgestemd. Daarom werd dit bij de bestudering van de artikelen niet als een invoerstrategie, maar als een aparte activiteit benoemd omdat deze vooraf gaat aan de eigenlijke implementatie. Ten tweede zijn enkele strategieën opgesplitst, omdat de indeling van de Cochrane nogal algemeen is. Bijvoorbeeld de strategie ‘educational materials’ is opgesplitst in ‘promotiemateriaal’, ‘verspreiden van voorbeeldmateriaal’ en ‘verspreiding van vernieuwingsmateriaal’. Daarnaast is voor elke strategie aangegeven of zij op het individu of op de groep was gericht, of de gebruikers via massamedia of persoonlijk werden benaderd en of de gebruikers door iemand van de eigen beroepsgroep werden benaderd of door iemand buiten de beroepsgroep. Zowel het doen van een probleemanalyse voorafgaand aan de invoering als het gebruik van een invoerstrategie kunnen van invloed zijn op de belemmerende en bevorderende factoren die in een studie gevonden worden. Een studie waarbij eerst een probleemanalyse heeft plaatsgevonden en waar op basis van de uitkomsten hiervan een invoerstrategie is ingezet, levert naar verwachting minder en misschien andere factoren op dan een studie waarbij dat niet is gedaan.

Uit de literatuur zijn factoren geselecteerd die mogelijk van invloed zijn op de implementatie van vernieuwingen (Harris 1990, Ziegenfuss 1991, Frame 1992, Elford e.a.1994, Goldstein 1994, Griffith e.a. 1994, Backer 1995, Browman e.a. 1995, Greer 1995, Hunter 1995, Kaluzny e.a. 1995, Kaye e.a. 1995, Logan e.a. 1998, Onion e.a. 1995, Reinertsen 1995, Rogers 1995). De factoren zijn ondergebracht in vier hoofdcategorieën: kenmerken van de sociaal-politieke omgeving, kenmerken van de organisatie, kenmerken van de gebruiker en kenmerken van de vernieuwing (zie

paragraaf 1.2). Binnen de categorieën zijn weer onderverdelingen gemaakt. Als in een geïncludeerd artikel een factor werd genoemd die niet op het scoreformulier stond, werd deze alsnog toegevoegd. De lijst met factoren is te vinden in bijlage B. Factoren die niet ondergebracht konden worden in één van de categorieën, werden in de categorie 'overige' ondergebracht.

2.1.3 Analyses

Van de verschillende variabelen met betrekking tot de onderzoeken naar belemmerende en bevorderende factoren zijn frequentieverdelingen gemaakt. Het aantal geïncludeerde artikelen was te klein om andere kwantitatieve analyses te doen, bijvoorbeeld het berekenen van een samenhang tussen verschillende factoren.

Voor het beantwoorden van vraag 1, namelijk welke factoren een rol spelen bij de implementatie, werd een onderscheid in kwalitatief goede en minder goede studies gemaakt. Een kwalitatief goede studie werd gedefinieerd als een studie waarbij in ieder geval de mate van implementatie was gemeten én de belemmerende en bevorderende factoren werden gerelateerd aan de mate van gebruik, bij zowel de gebruikers als de niet-gebruikers van de vernieuwing. Een tweede kwaliteitskenmerk was of de factoren waren afgeleid van een theorie of uit de empirische literatuur, of er op voorhand een selectie was gemaakt van factoren en of er gebruik werd gemaakt van een gevalideerd meetinstrument. Studies waarbij de factoren waren afgeleid van een theorie of uit de empirische literatuur, of waarbij op voorhand geen selectie was gemaakt en waarbij een gevalideerde meetinstrument was gebruikt, werden als kwalitatief beter beschouwd dan studies waarbij dat niet was gebeurd.

Binnen bovengenoemde studies werd getracht na te gaan of er verschil was in belemmerende en bevorderende factoren tussen studies waarbij voorafgaand een probleemanalyse had plaatsgevonden en / of een invoerstrategie was gehanteerd en studies waarbij dat niet was gebeurd.

2.2 Delphi-onderzoek

2.2.1 Achtergrond Delphi-onderzoek

Ter verdere uitdieping van vraag 1 werden de belemmerende en bevorderende factoren die uit de literatuurreview naar voren kwamen voorgelegd aan deskundigen op het gebied van implementatie. Er werd gekozen voor een Delphi-onderzoek (Prevoo e.a. 1989; Swanborn 1991, Van Dijk e.a. 1991). Een Delphi-procedure bestaat uit reeks vragenlijsten die worden voorgelegd aan panel deskundigen. Kenmerkend van een Delphi-onderzoek is dat de deelnemers anoniem zijn ten opzichte van elkaar. Het panel beantwoordt een of meerdere open vragen. De antwoorden op de vragen worden door de onderzoekers samengevat en teruggekoppeld naar alle deelnemers. Zo wordt elke deskundige geconfronteerd met de antwoorden van de anderen. De bedoeling is dat dit leidt tot het aanscherpen van argumenten en / of het herzien van standpunten. Het proces stopt wanneer er voldoende consensus is bereikt of wanneer men meent dat er voldoende informatie is uitgewisseld.

Er werd voor bovengenoemde methode gekozen om antwoord te krijgen op de vraag wat de mate van invloed en de richting van invloed van de verschillende factoren is en of het mogelijk is een rangorde aan te brengen in de relevantie van de verschillende factoren. Het Delphi-onderzoek zal dus meer kwalitatieve gegevens opleveren als het gaat om de vraag of bepaalde factoren meer impact hebben op het implementatieproces dan andere. En zo ja, waarom of onder welke omstandigheden dat het geval is. Om praktische redenen werd het aantal rondes op maximaal vier gesteld.

2.2.2 *Werving respondenten*

Voor de eerste ronde werden 62 mensen benaderd. Het inclusiecriterium voor de deskundigen was dat ze in praktijk implementaties in organisaties uitgevoerd, begeleid en / of onderzocht hadden. Grofweg werd er een onderscheid gemaakt tussen implementatieonderzoekers en implementatiebegeleiders (´praktijkdeskundigen´) zoals implementatieadviseurs, implementatiecoördinatoren, stafmedewerkers en beleids-medewerkers in zowel koepelorganisties als gezondheidszorginstellingen. Omdat het perspectief van waaruit men de lijst met factoren beoordeelt mogelijk gekleurd is door de ervaring en het soort organisatie waarin men werkzaam is, werd gestreefd naar een zo groot mogelijke diversiteit aan deskundigen c.q. organisaties. De deskundigen werden geselecteerd in overleg met ZorgOnderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw) en via de sneeuwbalmethode. Van de 62 benaderde mensen waren 46 bereid aan het Delphi-onderzoek mee te doen.

2.2.3 *Meetinstrumenten en variabelen*

Op basis van de voorlopige uitkomsten van de systematische literatuurreview werd een vragenlijst ontwikkeld met 51 belemmerende en bevorderende factoren. Deze werden geordend naar factoren met betrekking tot de omgeving, de organisatie, de gebruiker en de vernieuwing (zie figuur 1.4, hoofdstuk 1).

Uit de review kwamen veel factoren die betrekking hadden op kenmerken van de patiënt zoals kosten van de vernieuwing voor de patiënt of wensen van de patiënt ten aanzien van de behandeling waardoor de patiënt uiteindelijk niet bereid was mee te werken aan de vernieuwing. Wanneer het gaat om een gedragsverandering bij zorgverleners die met een vernieuwing gaan werken, spelen dergelijke factoren een andere rol, in die zin dat de zorgverlener *voorafgaande* aan het contact met de patiënt een inschatting zal maken van de mate waarin deze factoren zullen optreden. Met andere woorden, de zorgverlener zal misschien inschatten dat de kosten van de vernieuwing geen probleem voor de patiënt oplevert en op basis daarvan volgens de vernieuwing gaan werken. Wanneer tijdens het consult blijkt dat de kosten wel bezwaarlijk zijn, zal de zorgverlener op basis daarvan zijn / haar mening voor de volgende keer bijstellen. Het gaat hier dus om factoren die op verschillende momenten gemeten zijn. Deze patiëntfactoren zijn ondergebracht in de categorie ´kenmerken met betrekking tot de omgeving´.

In de eerste plaats werd aan de respondenten gevraagd per factor aan te geven in welke mate de betreffende factor naar hun idee belemmerend dan wel bevorderend was. Dat gebeurde voor beide extremen van een factor. Bijvoorbeeld voor de factor ´hoeveelheid geld die uitgetrokken is voor de vernieuwing´ werd gevraagd naar zowel de invloed van ´veel geld´ als van ´weinig geld´. De respondenten konden dit aangeven op een 7-puntsschaal, lopend van ´zeer belemmerend´ tot ´zeer bevorderend´. Hier werd de antwoordcategorie ´weet niet´ aan toegevoegd. De respondent kon eveneens commentaar geven op de beschrijving van de factor.

In de tweede plaats werd gevraagd in hoeverre de betreffende factor volgens de respondent beïnvloedbaar was. De respondent kon dit aangeven op een 4-puntsschaal, lopend van ´niet beïnvloedbaar´ tot ´goed beïnvloedbaar'. In bijlage D is een overzicht gegeven van de 51 factoren en hun omschrijving en een voorbeeld van de manier waarop naar de richting en de mate van invloed gevraagd werd.

In de vragenlijst werd een onderscheid gemaakt naar de adoptie- en de implementatiefase omdat uit de literatuur blijkt dat sommige factoren die bij adoptie bevorderend werken, bij implementatie belemmerend kunnen werken. Een voorbeeld hiervan is de plaats in de organisatie waar besluitvorming plaatsvindt over de invoering van een vernieuwing. Wanneer deze beslissing centraal wordt genomen kan dat de

adoptie van een vernieuwing bevorderen, terwijl het decentraal nemen van deze beslissing de adoptie kan belemmeren. Voor implementatie kan echter het omgekeerde gelden: decentrale besluitvorming kan bevorderend werken en centrale besluitvorming belemmerend. De 51 factoren werden dus zowel voor de adoptie- als voor de implementatiefase voorgelegd. De aanpassing van de vragenlijst voor de overige rondes staat beschreven bij de resultaten (hoofdstuk 4) omdat iedere aanpassing het directe gevolg is van resultaten uit de voorgaande ronde.

2.2.4 Terugkoppeling gegevens

De gegevens uit de eerste ronde werden aan de panelleden teruggekoppeld door het geven van de frequentieverdelingen van de gehele groep wat betreft de richting en de mate van invloed. Daarnaast werd een samenvatting gegeven van de argumentatie, zonder daarbij de frequentie te vermelden. De terugkoppeling van de overige rondes is bij de resultaten beschreven (hoofdstuk 4).

2.2.5 Analyses

De antwoorden werden geclassificeerd door twee onderzoekers. Eerst werd het schriftelijk commentaar op de vragen bekeken. Nagegaan werd of de omschrijving van een factor interpretatieproblemen had opgeleverd. Aan de hand van het commentaar werd dan de omschrijving van de factor bijgesteld. Deze factor werd in de volgende ronde opnieuw gepresenteerd. Vervolgens werden frequentieverdelingen gemaakt van de factoren waar geen interpretatieproblemen bij waren. Dit gebeurde voor beide extremen van de factor (zie voorbeeld par. 2.2.3). Wanneer het antwoord van meer dan 75% van de respondenten binnen een zelfde categorie viel, werd dit beschouwd als consensus en kwam de factor in de volgende ronde niet meer terug. Hierbij werden de respondenten die niets hadden ingevuld, ook meegerekend. Dit betekent dat wanneer bijvoorbeeld 40 respondenten een vragenlijst hadden teruggestuurd, er minimaal 30 binnen een zelfde categorie moesten hebben geantwoord. Wanneer bijvoorbeeld 12 respondenten niets hadden ingevuld en de overige 28 binnen een zelfde categorie vielen, was er dus geen sprake van consensus (28/40=70%). De analyses van de overige rondes zijn bij de resultaten beschreven (hoofdstuk 4).

2.3 Meetinstrumenten belemmerende en bevorderende factoren

2.3.1 Verzamelen meetinstrumenten

Alle gevonden abstracts uit de literatuursearch werden geselecteerd op meetinstrumenten. Hiervoor werd dezelfde methode gehanteerd als bij het selecteren van de artikelen op belemmerende en bevorderende factoren (zie 2.1.2). Daarnaast werd via de sneeuwbalmethode naar verdere meetinstrumenten gezocht.

Er werd in de literatuur niet systematisch naar meetinstrumenten gezocht omdat dit niet het primaire doel van het onderzoek is. Dat wil zeggen dat er niet specifiek werd gezocht op trefwoorden als ´meetinstrument´. De verwachting was dat het zoeken op specifieke trefwoorden niet veel meer meetinstrumenten zou opleveren dan de nu gehanteerde methode. Immers meetinstrumenten die belemmerende en bevorderende factoren meten zullen naar alle waarschijnlijkheid ook trefwoorden bevatten als ´belemmerende en bevorderende factoren´. Naar deze trefwoorden is uitgebreid gezocht (zie bijlage A).

2.3.2 Analyses

Van de gevonden meetinstrumenten wordt een beschrijving gegeven. Vervolgens zijn de instrumenten met elkaar vergeleken. Dit gebeurde door twee onderzoekers. Er werd voor elk instrument nagegaan welke categorieën factoren ermee worden gemeten (factoren met betrekking tot de omgeving, organisatie, gebruiker, vernieuwing of randvoorwaarden). Vervolgens werd nagegaan of er onderzoek was gedaan naar de betrouwbaarheid en validiteit. Tenslotte werd nagegaan of het instrument ontwikkeld is voor de gezondheidszorg (veld van toepassing) en of het instrument vanuit het perspectief van de (toekomstige) gebruiker moet worden ingevuld. Door de onderzoekers is uitdrukkelijk *geen kwalificatie* aan de meetinstrumenten meegegeven. Er is alleen in kaart gebracht wat er is gebeurd (dus betrouwbaarheidsanalyse of niet) zonder een oordeel te geven over de betrouwbaarheid van het instrument.

3 Resultaten literatuurreview

3.1 Geïncludeerde studies

In totaal zijn 2239 abstracts gelezen. Van deze abstracts voldeden 1963 artikelen niet aan de eerste twee inclusiecriteria. Dat wil zeggen dat er geen belemmerende of bevorderende factoren onderzocht werden en / of de vernieuwing niet betrekking had op het handelen van de zorgverlener / preventiemedewerker. Van deze artikelen gingen er 31 over het effect van invoerstrategieën en 32 over het gebruik van onderzoeksgegevens in de praktijk (research utilization) (zie bijlage C).
Vervolgens vielen 30 artikelen af omdat ze niet voldeden aan het derde inclusiecriterium. Dit waren veelal artikelen die gingen over het invoeren van standaarden bij huisartsen (zie bijlage C). Tenslotte vielen nog eens 189 artikelen af omdat ze niet empirisch van aard waren (zie bijlage C). Het ging hier in 173 gevallen over beschouwende artikelen over implementatie of theoretische modellen voor het invoeren van vernieuwingen. In 16 gevallen was er sprake van een boek of een hoofdstuk uit een boek.

Uiteindelijk beleven er 57 studies over die geïncludeerd werden. Dat wil zeggen dat het om empirische studies ging waarbij belemmerende en bevorderende factoren zijn gemeten bij de implementatie van een zorgvernieuwing. In bijlage C is beschreven uit welke databases de studies afkomstig zijn. Daarnaast werden 4 artikelen gevonden die gingen over meetinstrumenten om belemmerende en bevorderende factoren te meten. Deze worden in hoofdstuk 6 beschreven.

3.2 Beschrijving geïncludeerde studies

Bij 45 van de 57 studies was de hoofdvraag gericht op een of meer van de volgende onderwerpen: de mate waarin de zorgvernieuwing was verspreid (n=4), geadopteerd (n=10), geïmplementeerd (n=42), geïnstitutionaliseerd (n=3) en de kwaliteit van een richtlijn (n=1). In alle 45 studies werd als nevenvraag nagegaan welke factoren daarbij een rol hadden gespeeld. Twaalf studies hadden primair als hoofdvraag welke factoren een rol hadden gespeeld bij de invoering van een vernieuwing en werd de mate van adoptie of implementatie niet vermeld. In tabel 3.1 wordt een beschrijving van de verschillende studies gegeven.
Het merendeel van de studies (63%) was cross-sectioneel van aard: er werd grotendeels gebruik gemaakt van vragenlijsten (54%) of interviews (44%) om de belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen. De zorgvernieuwing bestond veelal uit het invoeren van een standaard, protocol of richtlijn (63%).

Tabel 3.1 Design, meetinstrumenten en uitkomstmaten van alle studies naar belemmerende en bevorderende factoren (n=57), in aantallen (percentages tussen haakjes)

Design*	
• Case study	2 (4)
• Review	2 (4)
• Pretest-posttest	3 (5)
• Posttest only	9 (16)
• Cross-sectional	36 (63)
• Prospectieve registratie	3 (5)
• Retrospectieve registratie	1 (2)
Meetinstrument*	
• Schriftelijke vragenlijst	31 (54)
• Interviews	25 (44)
• Registratie	5 (9)
• Literatuur review	1 (2)
• Observatie	1 (2)
Soort vernieuwing	
• Standaard / protocol	36 (63)
• Programma	12 (21)
• Meerdere projecten**	5 (9)
• Kwaliteitssysteem	4 (7)

* Meer dan een antwoord was mogelijk.

** Bijvoorbeeld verschillende samenwerkingsprojecten tussen huisarts en specialist; voor een overzicht zie tabel 3.4

In tabel 3.2 wordt een verdere inhoudelijke beschrijving van de studies gegeven. De gebruikers ofwel uitvoerders van de vernieuwing waren nagenoeg altijd zorgverleners, met uitzondering van één studie waar de vernieuwing gericht was op managers. Het merendeel van de vernieuwingen vond in een ziekenhuis plaats. De doelgroep, ofwel degenen waarvoor het effect van de vernieuwing uiteindelijk bedoeld is, waren meestal patiënten, gevolgd door algemene publieksgroepen. Een voorbeeld van een vernieuwing bedoeld voor een algemene publieksgroep was bijvoorbeeld screening op kanker bij grote delen van de bevolking. Soms was er sprake van een combinatie van doelgroepen. Bijvoorbeeld in het geval van een richtlijn ter preventie van infecties die zowel op patiënten als op zorgverleners was gericht.

De respondenten waren in bijna de helft van de gevallen artsen, gevolgd door verpleegkundigen. Dit komt overeen met het karakter van de vernieuwing en het soort organisatie waar de vernieuwing plaatsvond. Bij de respondenten kon een onderscheid gemaakt worden tussen personen die informatie uit eerste hand of uit de tweede hand gaven. Met informatie uit de eerste hand wordt bedoeld dat de respondenten tevens de gebruikers van de vernieuwing waren. Dit kwam in 41 studies (72%) voor. Met informatie uit tweede hand wordt bedoeld dat de respondenten andere personen waren dan degenen die de vernieuwing gebruikten. Dit was in 8 studies (14%) het geval. Tenslotte was in 8 studies (14%) sprake van informatie uit zowel eerste als tweede hand.

Tabel 3.2 Inhoudelijke beschrijving van de studies naar belemmerende en bevorderende factoren (n=57), in aantallen (percentages tussen haakjes)

Respondenten*	
• Artsen, apothekers	31 (54)
• Verpleegkundigen	23 (40)
• Paramedici	6 (11)
• Zorgverleners niet nader omschreven**	3 (5)
• Managers	9 (16)
• Ondersteunend personeel	3 (5)
• Patiënten	1 (2)
• N.v.t. artikelen	2 (4)
• Niet beschreven	3 (5)
Uitvoeders van de vernieuwing*	
• Artsen	32 (56)
• Verpleegkundigen	25 (44)
• Paramedici	6 (11)
• Zorgverleners / uitvoerders, niet nader omschreven**	14 (25)
• Managers	1 (2)
• Ondersteunend personeel	2 (4)
Doelgroep (waar effect vernieuwing voor bedoeld is)*	
• Patiënten	38 (67)
• Algemene publieksgroep	19 (33)
• Zorgverleners niet nader omschreven**	3 (5)
• Niet beschreven	3 (5)
Soort organisatie*	
• Ziekenhuis	34 (60)
• Verpleeghuis	4 (7)
• Gezondheidscentra / huisartsenzorg	9 (16)
• Psychiatrisch ziekenhuis / GGZ-instelling	3 (5)
• Apotheken	5 (9)
• Thuiszorg	3 (5)
• Preventieve gezondheidszorg	4 (7)
• (Gezondheidszorg)organisaties, niet nader omschreven**	7 (12)
• Niet beschreven	2 (4)

* Meer dan een antwoord was mogelijk
** Voor een overzicht zie tabel 3.4

Bij 6 studies (11%) was er sprake van een probleemanalyse voorafgaande aan de invoering van de vernieuwing. In twee van deze studies werd onderzoek gedaan naar de uitkomstverwachtingen en de waardering ten aanzien van de voorgestelde vernieuwing bij de toekomstige gebruikers (Westrate e.a. 1994, Medder e.a. 1997). In twee andere studies vond een combinatie plaats van onderzoek naar enerzijds kennis van de vernieuwing en anderzijds de uitkomstverwachtingen en waardering bij de toekomstige gebruikers (Hallstrom e.a. 1993, Soumerai e.a.1998). Tenslotte werd, eveneens in twee studies, de combinatie van kennis, beheersvaardigheden met betrekking tot gebruik van de vernieuwing en uitkomstverwachtingen en waardering van de vernieuwing bij de toekomstige gebruikers onderzocht (Lipscomb e.a. 1995, Lau e.a.1998).

Hoewel in 25 studies (44%) een of meerdere invoerstrategieën werden gehanteerd, was de keuze en het ontwerp van deze strategieën slechts in één studie afgeleid uit de literatuur (Ellrodt e.a. 1995). Er werden in de betreffende studie twee strategieën ingezet, namelijk het verspreiden van vernieuwingsmateriaal in combinatie met reminders. De overweging die hieraan ten grondslag lag was dat men in de literatuur had gelezen dat een combinatie van strategieën doorgaans succesvoller is dan een enkelvoudige strategie. De overweging om juist voor deze twee strategieën te kiezen, werd niet beschreven.
In tabel 3.3 is beschreven welke invoerstrategieën werden gebruikt.

Tabel 3.3 Invoerstrategieën die in de studies (n=25) werden gebruikt, in aantallen (percentages tussen haakjes)

Gebruikte invoerstrategie*	
Verspreiden vernieuwingsmateriaal	15 (60)
Pre-implementatietraining	10 (40)
Informatieve groepsbijeenkomst	8 (32)
Verspreiden promotiemateriaal	6 (24)
Coaching	6 (24)
Praktijk ondersteuning	5 (20)
Direct modeling	4 (16)
Lokale consensus meeting	4 (16)
Verspreiden handleiding	3 (12)
Intervisie	2 (8)
Patiëntgerichte interventie	2 (8)
Outreach visits	1 (4)
Opinie leider	1 (4)
Feedback over bereikte effecten bij patiënten	1 (4)
Reminders	1 (4)
Praktijk ondersteuning, niet nader gespecificeerd	1 (4)
Interne begeleider / begeleidingsgroep	1 (4)
Helpdesk op afstand	1 (4)
Noodzakelijke voorzieningen van buitenaf	1 (4)
Per ziekenhuis verschillend	1 (4)

* Meer dan een antwoord was mogelijk

De meest gebruikte strategie was het verspreiden van het vernieuwingsmateriaal, gevolgd door een pre-implementatietraining en informatieve groepsbijeenkomsten. Bij 5 studies was er sprake van een enkelvoudige invoerstrategie, meestal het toezenden van het vernieuwingsmateriaal. Bij de overige 20 studies was er sprake van een combinatie van strategieën.
Bij 9 van de 25 studies (36%) werd de duur van de invoerstrategie beschreven. Deze varieerde van een eenmalige bijeenkomst of het eenmalig verspreiden van het vernieuwingsmateriaal tot 3 jaar. De gemiddelde duur was 40 weken met een mediaan van 26 weken.

In tabel 3.4 wordt een beschrijving gegeven van alle 57 studies en de belemmerende en bevorderende factoren die in iedere studie werden gevonden.

Tabel 3.4 Beschrijving van de studies naar belemmerende en bevorderende factoren (n=57) (voor toelichting symbolen, zie voetnoten)

Auteur	Vernieuwing / organisatie / uitvoerders / doelgroep*	Invoerstrategie	Onderzoek en tijdstip **	Respondenten ***	Factoren ****
Baskerville 1990 [2]	P: gezondheidsbevordering alg. / 732 ziekenhuizen. / zorgverleners ? / patiënten, alg.publieksgroep	Geen	V: cross-sectioneel	732 managers K, T	3, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 27, 28, 30, 33, 38
McPhee 1990 [3]	S: kanker screening / ziekenhuis / artsen / alg. publieksgroep	Geen	I : cross-sectioneel	52 artsen	10, 13, 24, 25, 33, 37, 51, C, R, V
Corrigan 1992 [8]	P: gedragstherapie / psych. Ziekenhuis / artsen, verpleegk., paramedici, ondersteunend personeel / patiënten	Geen	V: cross-sectioneel	40 artsen, 219 verpleegk., 47 paramedici, 26 ondersteunend personeel: 332 totaal	6, 7, 8, 10, 19, 21, 22, 27, 32, 33, 39, 41, 49, C
Harke 1992 [9]	S: continentie / 4 verpleeghuizen / verpleegk. / patiënten	Training; coaching: 3 mnd	R: prospectief	166 verpleegk.	7, 29, 33, 34, 37, 43, 44, R
Heins 1992 [10]	S: diabeteseducatie / 8 ziekenhuizen / artsen, verpleegk. / patiënten	Geen	I: cross-sectioneel	Artsen, verpleegk., ondersteunend personeel: 80 totaal	4, 6, 7, 8, 9, 15, 16, 18, 27, 28, 30, 33, 36, 37, 44, 49, 50
Inouye 1993 [12]	P: geriatrische zorg / ziekenhuis / artsen, verpleegk. / patiënten	Promotiemateriaal; info.groepsbijeenk.; vernieuwingsmateriaal; coaching; intervisie: continu	Niet vermeld	12 verpleegk.	8, 11, 19, 29, 30, 37, R, M
Hallstrom 1993 [18]	S: preoperatief scheren huid / ziekenhuis / artsen, verpleegk. / patiënten	Probleemanalyse; info.groepsbijeenk.: duur ?	V: pretest-posttest na 16 mnd	9 artsen, 19 verpleegk.: 28 totaal	33, 36

Auteur	Vernieuwing / organisatie / uitvoerders / doelgroep*	Invoerstrategie	Onderzoek en tijdstip **	Respondenten ***	Factoren ****
Wender 1993 [19]	M: kanker screening 1e lijn / ? / artsen / alg. publieksgroep	Geen	L	57 artikelen	9, 14, 24, 25, 31, 32, 33, 34, 37, 43, 47, 49, 50, R, V
Weir 1994 [23]	K: elektronisch medisch dossier / 6 ziekenhuizen / artsen, verpleegk., ondersteunend personeel / patiënten	Geen	V: cross-sectioneel	Artsen, verpleegk., managers, ondersteunend personeel: 40 totaal K, T	1, 9, 10, 16, 17, 29, 31, 33, 45, 46, 48, I
Skovholt 1994 [31]	S: prenatale zorg / 16 medische klinieken ? / artsen, verpleegk. / alg. publieksgroep	Promotiemateriaal; outreachvisits; training; handleiding; helpdesk; coaching: 36 mnd	I: posttest	Artsen, verpleegk.: aantal ?	14, 17, 19, 33, 37, 48
Lipscomb 1995 [32]	S: lokale anesthesie bij laparoscopische sterilisatie / ziekenhuis / artsen, verpleegk. / patiënten	Probleemanalyse Direct modeling; training; interne begeleider: duur ?	I: case study	Artsen, verpleegk.: aantal ?	18, 25, 31, 35, 37, 44, 46
Steffensen 1995 [41]	S: preventie CVA / ziekenhuis, huisartsenzorg / artsen / patiënten	Vernieuwingsmateriaal: eenmalig	V: cross-sectioneel	235 artsen	32, 49, 51
Rumore 1995 [48]	S: voorlichting medicatie / ziekenhuizen, apotheken 100 totaal / apothekers / patiënten	Geen	V: cross-sectioneel	194 apothekers	7, 8, 9, 14, 21, 22, 23, 25, 28, 32, 37, 43, 44, 48, 49, 51, C, V
Maly 1996 [54]	S: consultatieve geriatrische zorg / gezondheidscentra 1e lijn aantal ? / artsen / patiënten	Vernieuwingsmateriaal; patiëntgericht interventie; eenmalig	I: posttest na 3 mnd	87 artsen K, T, M	9, 18, 21, 33, 46, C, V

Auteur	Vernieuwing / organisatie / uitvoerders / doelgroep*	Invoerstrategie	Onderzoek en tijdstip **	Respondenten ***	Factoren ****
O´Connor 1996 [56]	S: cystitis / 5 gezondheidscentra 1e lijn / artsen, verpleegk. / patiënten	Info.groepsbijeenk.; training; consenus-meeting: praktijk-ondersteuning: duur ?	I: cross-sectioneel	5 verpleegk.	27, 28, 43, 44, 48, I
Ramsey 1996 [60]	S: alg. voorzorgsmaatregelen / ziekenhuizen aantal ? / verpleegk., zorgverleners ? / patiënten, zorgverleners	Geen	V: pretest-posttest na 12 mnd	153 verpleegk.: 306 totaal	7, 9, 28, 30, 36, 37, 41, 48, 49, R
Scutchfield 1997 [61]	S: kerntaken openbare gezondheidszorg / gezondheidszorgorganisatie alg. / ? / alg. publieksgroep	Geen	V: cross-sectioneel	66 managers	2, 33, 38, 44
Medder 1997 [66]	P: preventie activiteiten / huisartsenzorg / artsen / alg. publieksgroep	Probleemanalyse, Promotiemateriaal; info.groepsbijeenk.; vernieuwingsmateriaal: 6 mnd	V: posttest na 16 mnd	408 huisartsen K, T, M	8, 27, 33, 37, 43, 48
Lekan 1998 [76]	S: urine incontinentie / 23 verpleeghuizen / verpleegk. / patiënten	Training; handleiding; coaching; feedback: duur ?	V: posttest na 1,5 mnd	141 verpleegk.	6, 7, 10, 19, 27, 29, 31, 32, 37, I

Auteur	Vernieuwing / organisatie / uitvoerders / doelgroep*	Invoerstrategie	Onderzoek en tijdstip **	Respondenten ***	Factoren ****
Soumerai 1998 [82]	S: myocard infarct / 36 ziekenhuizen / artsen, verpleegk. / patiënten	Probleemanalyse, Promotiemateriaal; info.groepsbijeenk.; vernieuwingsmateriaal; consenusmeeting; praktijkondersteuning; intervisie: duur ?	I: cross-sectioneel	13 artsen K, T	I, V
Li 1999 [90]	S: prenatale screening / ziekenhuis, gezondheidscentra 1e lijn / verpleegk. / zwangeren	Geen	I: cross-sectioneel	30 verpleegk. K, T	2, 6, 7, 10, 13, 37, 43, 48, C, H, I, R
Ely 1999 [91]	S: respiratoire klachten / ziekenhuis / artsen, zorgverleners ? / patiënten	Direct modeling; training; coaching: 12 mnd	V: cross-sectioneel	89 artsen	19, 28, 38, 44
Taylor 1998 [101]	P: preventie hartklachten / 42 organisaties preventieve gezondheidszorg / zorgverleners ? / alg. publieksgroep	Geen	V,I: cross-sectioneel	Respondenten ?: 262 totaal	2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 15, 16, 19, 21, 25, 30, 33, 38, 47, 49, 50, D
Lau 1998 [105]	S: begeleidingssysteem CVA / ziekenhuis, gezondheidscentra 1e lijn 8 totaal / artsen, zorgverleners ? / patiënten	Probleemanalyse Direct modeling; training; coaching; praktijkondersteuning noodzakelijke voorzieningen: 18 mnd	V,I: posttest tijdstip ?	11 artsen	9, 37, 44, I

Auteur	Vernieuwing / organisatie / uitvoerders / doelgroep*	Invoerstrategie	Onderzoek en tijdstip **	Respondenten ***	Factoren ****
Brockopp 1998 [108]	S: pijnbestrijding / 6 ziekenhuizen / artsen, verpleegk. / patiënten	Promotiemateriaal; direct modeling; vernieuwingsmateriaal; training: 3 dagen	I: case study na 8 mnd	5 artsen, 7 verpleegk.: 12 totaal	4, 8, 9, 12, 19, 28, 32, 38, 41, 51
University Michigan 1998 [233]	S: borst- en baarmoederhalskanker screening / ? / zorgverleners ? / alg. publieksgroep	Geen	I: cross-sectioneel	Respondenten ?: 192 totaal	12, 14, 37
Warren 1990 [238]	S: kanker screening / organisaties 1e lijn n.o. / verpleegk. / alg. publieksgroep	Geen	V: cross-sectioneel	97 verpleegk.	8, 31, 32, 37, V
Han 1996 [239]	S: educatie borstonderzoek / ziekenhuis / verpleegk. / alg. publieksgroep	Geen	V: cross-sectioneel	140 verpleegk. K, T, M	31, 32, 33, 42, D
Gemson 1996 [241]	P: preventieve activiteiten en gebruik preventiemateriaal / ziekenhuis / artsen / alg. publieksgroep	Info.groepsbijeenk.; vernieuwingsmateriaal; handleiding; patiëntgericht interventie: 6 mnd	V: pretest, posttest na 6 mnd	89 artsen K, T	32, 34, 42, D
Sutherland 1996 [255]	M: baarmoederhalskanker screening / ziekenhuis / verpleegk. / alg. publieksgroep	Geen	V,I: cross-sectioneel	44 artsen, 90 verpleegk., 103 patiënten: 237 totaal	21, 23, 25, 28, C
Lekkerkerk 1998 [265]	S: infectie preventie urologie / 106 ziekenhuizen / hygiënisten / patiënten	Geen	V: cross-sectioneel	171 hygiënisten	37, 38

Auteur	Vernieuwing / organisatie / uitvoerders / doelgroep*	Invoerstrategie	Onderzoek en tijdstip **	Respondenten ***	Factoren ****
Wiefferink 1996 [282]	M: 73 samenwerkingsprojecten huisartsen en specialisten / meerdere organisaties aantal ? / meerdere uitvoerders / ?	Geen	I: cross-sectioneel	70 projectleiders K, T	6, 8, 16, 17, 33, 37, 46, 49, I
Sluijs 1995 [284]	K: invoering kwaliteitsysteem / ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties, meerdere organisaties 22 in totaal / meerdere uitvoerders / ?	Geen	I: cross-sectioneel	22 managers	4, 17, 19, 28, 30, 31, 32, 33, 37, 47, 48, 49, I
Kaasenbrood 1997 [288]	S: ontslagbrief psychiatrische patiënten / 23 psychiatrische ziekenhuizen / artsen / patiënten	Info.groepsbijeenk.; vernieuwingsmateriaal; consenusmeeting; opinieleider: duur ?	I: posttest tijdstip ?	10 artsen	33, I, R
Van Rens 1999 [305]	S: preventie wiegendood / 4 thuiszorgorganisaties / verpleegk. / alg. publieksgroep	Geen	I: cross-sectioneel	15 verpleegk.	12, 24, 26, 28, 31, 33, 36, 51, V
Mur-Veeman 1994 [343]	M: 12 thuiszorgprojecten / o.a. ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties 120 totaal/ artsen, verpleegk., paramedici, managers, zorgverleners ? / patiënten	Geen	V,I,R,O: prospectief	Managers, zorgverleners alg.: aantal ?	2, 4, 7, 8, 12, 14, 16, 28, 33, 38, 40, D, I

Auteur	Vernieuwing / organisatie / uitvoerders / doelgroep*	Invoerstrategie	Onderzoek en tijdstip **	Respondenten ***	Factoren ****
Wolf 1995 [350]	M: 18 vernieuwingen in de GGZ / diverse GGZ-organisaties / zorgverleners ? / patiënten	Geen	V,I,O: cross-sectioneel	Managers, zorgverleners alg.: 258 totaal	7, 8, 9, 11, 12, 16, 19, 21, 29, 33, 37, 38, 40, 43, 47, 49, D, I
Gokcay 1997 [396]	S: borstvoeding / 5 ziekenhuizen / zorgverleners ? / patiënten	Geen	I: cross-sectioneel	Artsen, verpleegk.: aantal ?	6, 7, 9, 21, 25, 31, 32, 33, 34, 37, 51, M
Hirth 1996 [397]	S: antibiotica helicobacter pylori / ziekenhuizen aantal ? / artsen / patiënten	Geen	V: cross-sectioneel	950 artsen	20, D
Klazinga 1994 [400]	K: 4 richtlijnen patiëntdossier, antibiotica, preoperatief consult, decubitus / 113 ziekenhuizen / zorgverleners ? / patiënten	Per ziekenhuis verschillend: duur ?	V: posttest	Niet vermeld	7, 8, 16, 30, 33
Ettema 1993 [401]	S: ambulante compressietherapie / ziekenhuizen aantal ? / verpleegkundigen / patiënten	Vernieuwingsmateriaal: duur ?	I: cross-sectioneel	Artsen, verpleegk., paramedici, managers, doktersassistenten: 22 totaal	16, 20, 31, 32, 33, 39, 43, 48, I
Freed 1994 [402]	S: vaccinatie hepatitis B bij baby's / ziekenhuizen, gezondheids-centra 1e lijn aantal ? / artsen, verpleegk. / alg. publieksgroep	Vernieuwingsmateriaal: duur ?	V: posttest na 2 en 7 mnd	478 artsen K	8, 22, 24, 28, 33, C, D
Ellrodt 1995 [403]	S: vervroegd ontslag bij pijn op de borst / ziekenhuis / artsen / patiënten	Probleemanalyse Vernieuwingsmateriaal; reminders: duur ?	R: retrospectief	Artsen: aantal ?	7, 13, C, V

Auteur	Vernieuwing / organisatie / uitvoerders / doelgroep*	Invoerstrategie	Onderzoek en tijdstip **	Respondenten ***	Factoren ****
Matthews 1994 [404]	S: positionering patiënt bij röntgenopnames / 6 ziekenhuizen / artsen, paramedici / patiënten	Info.groepsbijeenk.; vernieuwingsmateriaal; praktijkondersteuning: 1,5 mnd	R: cross-sectioneel	29 artsen, 116 paramedici: 145 totaal	28, 31, 33, R, V
Reis 1994 [405]	S: Oral rehydratietherapie / ziekenhuis, regionale preventieve gezondheidszorgorganisatie / artsen / patiënten	Geen	V: cross-sectioneel	104 artsen K	14, 25, 28, 31, 32, 42, 48, C, D, V
Westrate 1994 [406]	S: 16 protocollen neurologie / ziekenhuis / artsen / patiënten	Probleemanalyse, Vernieuwingsmateriaal; consenusmeeting: duur ?	I: prospectief	20 artsen	48, R
McNabb 1991 [411]	S: preventie HIV / ziekenhuis / verpleegk. / patiënten, zorgverleners	Geen	V: cross-sectioneel	249 verpleegk.	9, 32, 33, 37, 41, 48, 49, I, R, V
Kelen 1990 [412]	S: alg. voorzorgsmaatregelen / ziekenhuizen / artsen, verpleegk., paramedici, zorgverleners ? / patiënten, zorgverleners	Promotiemateriaal; training: duur ?	I: cross-sectioneel	Artsen, verpleegk., paramedici: 75 totaal	32, 37, 44, 48, 49
Moriarty 1990 [419]	P: diabetes educatie / ziekenhuis / verpleegk. / patiënten	Geen	V: cross-sectioneel	39 verpleegk.	28, 32, 33, 37, 42, C, V

Auteur	Vernieuwing / organisatie / uitvoerders / doelgroep*	Invoerstrategie	Onderzoek en tijdstip **	Respondenten ***	Factoren ****
Grilli 1994 [424]	S: diverse onderwerpen (relatie tussen mate gebruik en soort onderwerp) / meerdere organisaties / zorgverleners ? / ?	Geen	L	23 artikelen K, T	43, 47, D, T
Lia-Hoagberg 1999 [497]	S: preventie huiselijk geweld / preventieve gezondheidszorg aantal ? / verpleegk. / alg. publieksgroep	Vernieuwingsmateriaal; training: eenmalig	V: posttest na 6 mnd	51 verpleegk.	6, 19, 30, 31, 32, 37, 43, 44, D
Goodson 1999 [501]	P: preventieve activiteiten en gebruik preventiemateriaal / gezondheidscentra, organisaties preventie gezondheidszorg 9 totaal / zorgverleners ? / alg. publieksgroep	Vernieuwingsmateriaal; praktijkondersteuning: duur ?	I: cross-sectioneel	34 zorgverleners 1e lijn	2, 3, 6, 14, 15, 19, 24, 33, 34, 37, 43, 48, C, I, V
Sluijs 1999 [502]	K: patiëntdossier, richtlijnen, intercollegiale toetsing / ziekenhuis, meerdere organisaties aantal ? / paramedici / patiënten	Geen	V: cross-sectioneel	908 paramedici K	33, 36, 37, D, R
Farris 1999 [504]	P: patiëntgerichte apotheekzorg (voorlichting medicatie) / apotheken aantal ? / apothekers / patiënten	Geen	V: cross-sectioneel	182 apothekers K, T	31, 33, 42, 49
Venkataraman 1997 [507]	P: patiëntgerichte apotheekzorg (voorlichting medicatie) / 162 apotheken / apothekers / patiënten	Geen	V: cross-sectioneel	162 apothekers K, T	12, 14, 28, 29, 34, 37, 38, 42

Auteur	Vernieuwing / organisatie / uitvoerders / doelgroep*	Invoerstrategie	Onderzoek en tijdstip **	Respondenten ***	Factoren ****
Odedina 1995 [521]	P: patiëntgerichte apotheekzorg (voorlichting medicatie) / apotheken aantal ? / apothekers / patiënten, alg. publieksgroep	Geen	I: cross-sectioneel	20 apothekers K, T	5, 6, 7, 9, 23, 28, 30, 31, 33, 34, 35, 37, 42, C, V
Odedina 1996 [522]	P: patiëntgerichte apotheekzorg (voorlichting medicatie) / apotheken aantal ? / apothekers / patiënten, alg. publieksgroep	Geen	V: cross-sectioneel	617 apothekers K, T, M	27, 29, 33, 35, 42, 49, S

* S = standaard / protocol, P = programma, M= meerdere projecten, K = kwaliteitssysteem ? = niet beschreven
** V = vragenlijst, I = interview, R = registratie, L = literatuurreview, O = Observatie
*** K = kwalitatief goede studie waarbij relatie werd gelegd tussen factoren en mate gebruik bij zowel gebruikers als niet-gebruikers, T= geen selectie factoren of selectie waarbij factoren zijn afgeleid uit literatuur, M= meetinstrument gevalideerd
**** Voor een overzicht en beschrijving van de factoren zie bijlage D en E; extra factoren die niet in het Delphi-onderzoek werden gebruikt: C = wel / geen compliantie patiënt, D = demografische kenmerken, H = gebruikers wel / niet op de hoogte van de bestaan van de vernieuwing, I = een goede / geen (goede) implementatiestrategie, M = mobiliteit van de patiënt, R = terugvallen in oude routine, T = triability V = de medische voorgeschiedenis van de patiënt

3.3 Belemmerende en bevorderende factoren per soort studie

In de 57 studies werden in totaal 52 factoren gevonden die konden worden ondergebracht in de 4 hoofdcategorieën: 20 factoren met betrekking tot de organisatie; 16 factoren met betrekking tot de gebruiker; 10 factoren met betrekking tot de zorgvernieuwing en 6 factoren met betrekking tot de omgeving (bijlage D en E). Een groot deel van de factoren was op voorhand bedacht op basis van de literatuur; enkele factoren zijn toegevoegd omdat ze in een bepaald artikel werden genoemd. Verder werden er 10 restfactoren genoemd die niet onder te brengen waren in de hoofdcategorieën: de vermelding dat de gebruikers niet op de hoogte waren van de zorgvernieuwing, compliantie van de patiënt, de organisatiestructuur in het algemeen, dat er geen (goede) invoerstrategie was ingezet, de mobiliteit van de patiënt, de voorgeschiedenis van de patiënt, het terugvallen in de oude routine van de zorgverlener, het feit dat men voorafgaand niet met de zorgvernieuwing had kunnen oefenen, het ontbreken van noodzakelijke voorzieningen en diverse demografische kenmerken. Deze factoren worden bij de verdere bespreking buiten beschouwing gelaten.
Besloten werd bovengenoemde 52 factoren voor te leggen aan de deskundigen in het Delphi-onderzoek, minus de factor eigen-effectiviteitsverwachting (self-efficacy). Uit diverse onderzoeken is bekend dat deze factor een belangrijke voorspeller voor succesvolle implementatie blijkt te zijn, waarbij een hoge mate van eigen-effectiviteitsverwachting positief is voor de implementatie en een lage mate van eigen-effectiviteitsverwachting negatief (o.a. Paulussen 1994, Kay Bartholomew e.a. 2001). Om de deskundigen aan het Delphi-onderzoek niet nodeloos te belasten met reeds bekende factoren, werd besloten deze factor niet mee te nemen in het Delphi-onderzoek.

Er werd een schifting gemaakt tussen kwalitatief goede en minder goede studies. Van de 57 studies vielen er 15 (26%) af omdat de mate van implementatie / institutionalisatie niet was gemeten of niet duidelijk beschreven. Van de overgebleven 42 studies vielen er nog eens 25 (44%) af omdat er geen relatie werd gelegd tussen de belemmerende en bevorderende factoren en mate van gebruik, bij zowel de gebruikers als de niet-gebruikers van de vernieuwing. Uiteindelijk bleven 17 kwalitatief goede studies over.

In tabel 3.5 zijn de factoren weergegeven die in de 17 kwalitatief goede studies naar voren kwamen, dus de studies waarbij een relatie werd gelegd tussen factoren en mate van gebruik bij zowel gebruikers als niet-gebruikers. Het volgende werd gevonden:

- Elf van de 52 factoren zijn in geen enkele studie gemeten. Deze factoren zijn: structuur (hiërarchisch / plat)(nr. 4), samenwerking afdelingen (nr. 19), mate voorkomen handeling (nr. 20), bereidheid gedragsverandering (nr.26), werkgerelateerde stress (nr. 39), overeenkomst in doelen gebruikers (nr. 40), ethische problemen (nr. 41), congruentie van vernieuwing (nr. 44), wetenschappelijk gehalte (nr. 50), kans nadelige gevolgen (nr. 51) en gebruik belonend voor gebruiker (nr. 52).
- De overgebleven 41 factoren zijn in totaal 105 keer gemeten (gemiddeld is elke factor 2,6 keer gemeten). Als een factor gemeten werd, was hij over het algemeen ook van invloed, dat wil zeggen belemmerend en / of bevorderend. Slechts 5 keer was een factor niet van invloed. Gezegd zou kunnen worden dat als een factor gemeten wordt, deze ook van invloed is.
- Er worden bijna twee keer zoveel belemmerende factoren (92 keer) als bevorderende factoren genoemd (53 keer).

- Bijna altijd als een factor bevorderend is, is het tegenovergestelde van deze factor belemmerend: in totaal zijn er 53 factoren bevorderend, waarvan 45 keer het tegenovergestelde belemmerend is (dus in 8 gevallen is de factor alléén bevorderend). Andersom geldt dat niet: als een factor belemmerend is (92 keer) is het tegenovergestelde slechts in ongeveer de helft van de gevallen (46 keer) bevorderend (dus in 46 gevallen is de factor alleen belemmerend). Dit zou verklaard kunnen worden uit het feit dat in een studie alleen naar belemmerende factoren wordt gevraagd. Wanneer wordt gecorrigeerd voor het feit dat in sommige studies alléén naar belemmerende factoren is gevraagd en in andere studies alléén naar bevorderende factoren, komt het nog 16 keer voor dat een factor alleen belemmerend is en blijft het 8 keer voorkomen dat een factor alleen bevorderend is.
- Factoren die alleen belemmerend worden genoemd zijn: plaats besluitvorming (nr. 1), participatie in netwerk (nr. 2), personeelsverloop (nr. 6), expertise (nr. 11), logistieke zaken (nr. 13), formele bekrachtiging (nr. 15), kennis van de patiënt (nr. 22), twijfel van de patiënt aan de deskundigheid van zorgverlener (nr. 23), kosten van de vernieuwing voor de patiënt (nr. 24), belasting voor de patiënt (nr. 25), ervaren steun hoger management (nr. 30), en waargenomen gedrag van collega's (nr. 36).
- Factoren die alleen als bevorderend worden genoemd zijn: gebruikers betrokken (nr. 17), opinieleider (nr. 18) en ruimte voor aanpassing aan eigen situatie (nr. 45).
- In deze 17 artikelen zijn factoren met betrekking tot de gebruiker het vaakst gemeten namelijk 53 keer: gemiddeld is elke factor 3,3 keer gemeten. Factoren met betrekking tot de organisatie zijn 32 keer gemeten: gemiddeld is elke factor 1,6 keer gemeten. Factoren met betrekking tot de zorgvernieuwing zijn 15 keer gemeten: gemiddeld is elke factor 1,5 gemeten. Factoren met betrekking tot de omgeving zijn 5 keer gemeten: gemiddeld is elke factor 0,8 keer gemeten.

Tabel 3.5 Factoren bij studies waar een relatie werd gelegd tussen factoren en mate gebruik bij zowel gebruikers als niet-gebruikers (n=17) (voor omschrijving factoren zie bijlage D en E)

Factoren	Gemeten *	Belemmerend *	Bevorderend *
Kenmerken m.b.t. de organisatie			
1 plaats besluitvorming	23	23	-
2 participatie netwerk	90	90	-
3 grootte organisatie	2	2	2
4 structuur (hiërarchisch / plat)	-	-	-
5 structuur (functioneel / 'outputgericht')	521	521	521
6 personeelsverloop	90, 282, 521	90, 282, 521	-
7 hoeveelheid personeel	90, 521	90, 521	521
8 hoeveelheid geld	2, 66, 282, 402	2, 66, 282, 402	282
9 materiele voorzieningen	2, 23, 54, 521	2, 23, 54, 521	23, 521
10 administratieve ondersteuning	2, 23, 90	2, 23, 90	23
11 expertise	2	2	-
12 regels / wetten	507	507	507
13 logistieke zaken	90	90	-
14 reïmbursement	405, 507	405, 507	405, 507
15 formele bekrachtiging	2	2	-
16 coördinator / projectgroep	2, 23, 282	2	23, 282
17 gebruikers betrokken	23, 282	-	23, 282
18 opinieleider	54	-	54
19 samenwerking afdelingen	-	-	-
20 mate voorkomen handeling	-	-	-
Kenmerken m.b.t. de omgeving			
21 wensen / eisen patiënt	54	54	54
22 kennis patiënt	402	402	-
23 twijfel deskundigheid zorgverlener	521	521	-
24 kosten van vernieuwing	402	402	-
25 belasting voor patiënt	405	405	-
26 bereidheid gedragsverandering	-	-	-
Kenmerken m.b.t. de gebruiker			
27 ervaren steun collega´s	2, 66, 522	2, 66, 522	522
28 ervaren steun andere zorgverleners	2, 402, 405, 507, 521	2, 402, 405, 507, 521	405, 507, 521
29 ervaren steun direct leidinggevende	23, 507, 522	23, 507, 522	23, 507, 522
30 ervaren steun hoger management	2, 521	2, 521	-
31 benodigde vaardigheden	23, 239, 405, 504, 521	23, 239, 405, 504, 521	239, 405, 504
32 benodigde kennis	239, 241, 405	239, 405	239, 405
33 ownership	2, 23, 54, 66, 239, 241, 282, 402, 502, 504, 521, 522	2, 23, 54, 66, 282, 402, 502, 504, 522	282, 504, 521, 522
34 verwachte medewerking patiënt	241, 507, 521	507, 521	507, 521
35 verwachte tevredenheid patiënt	521, 522	521, 522	521, 522
36 waargenomen gedrag collega´s	502	502	-
37 beschikbare tijd	66, 90, 282, 502, 507, 521	66, 90, 282, 502, 507, 521	507
38 aansluiting bij taakopvatting	2, 507	2, 507	507

Factoren	Gemeten *	Belemmerend *	Bevorderend *
39 werkgerelateerde stress	-	-	-
40 overeenkomst in doelen gebruikers	-	-	-
41 ethische problemen	-	-	-
42 self-efficacy	239, 241, 504, 507, 521, 522	239, 241, 504, 507, 522	239, 241, 504, 507, 521, 522
Kenmerken m.b.t. de zorgvernieuwing			
43 heldere procedures	66, 90, 424	66, 90, 424	424
44 congruentie van vernieuwing	-	-	-
45 ruimte aanpassing eigen situatie	23	-	23
46 relatief voordeel gebruiker	23, 54, 282	23, 54, 282	23, 54, 282
47 zichtbaarheid uitkomsten	424	-	-
48 aantrekkelijkheid voor gebruiker	23, 66, 90, 405	23, 66, 90, 405	23, 405
49 klinische relevantie	282, 504, 522	282, 504, 522	504, 522
50 wetenschappelijk gehalte	-	-	-
51 kans nadelige gevolgen	-	-	-
52 gebruik belonend voor gebruiker	-	-	-

Factoren (extra t.o.v. Delphi)	Gemeten *	Belemmerend *	Bevorderend *
Geen (goede) implementatiestrategie	23, 82, 90, 282	23, 90, 282	23, 82
Gebruikers niet op de hoogte	90	90	90
Compliantie patiënt	54, 90, 402, 405	54, 90, 402, 405	-
Medische voorgeschiedenis patiënt	54, 82, 405	54, 82, 405	54
Demografische kenmerken	239, 241, 402, 405, 424, 502	239, 402, 424	239, 402, 424
Terugvallen oude routine gebruiker	90, 502	90, 502	90
Triability zorgvernieuwing	424	424	424

* De nummers verwijzen naar de geïncludeerde studies zoals beschreven in de referentielijst (hoofdstuk 9)

In tabel 3.6 zijn de factoren weergegeven die in de 40 kwalitatief minder goede studies naar voren kwamen, dus waarbij geen relatie werd gelegd tussen factoren en mate van gebruik bij zowel gebruikers als niet-gebruikers.

- Drie van de 52 factoren zijn in geen enkele studie gemeten. Deze factoren zijn: plaats van besluitvorming (nr 1), ruimte voor aanpassing aan eigen situatie (nr. 45) en gebruik belonend voor gebruiker (nr. 52).
- De overgebleven 49 factoren zijn in totaal 289 keer gemeten (gemiddeld is elke factor 5,9 keer gemeten). Als een factor gemeten werd, was hij over het algemeen ook van invloed, dat wil zeggen belemmerend en / of bevorderend. Slechts 6 keer was een factor niet van invloed.
- Er worden bijna drie keer zoveel belemmerende factoren (241 keer) als bevorderende factoren genoemd (79 keer).
- Als een factor bevorderend is, is het tegenovergestelde van deze factor in ongeveer de helft van de gevallen belemmerend: er zijn 79 factoren bevorderend, waarvan 41 keer het tegenovergestelde belemmerend is (dus 38 factoren zijn uitsluitend bevorderend). Andersom geldt dat niet: als een factor belemmerend is (241 keer) is het tegenovergestelde slechts in ongeveer een zesde van de gevallen (40 keer) bevorderend (dus 201 factoren zijn uitsluitend belemmerend). Wanneer wordt gecorrigeerd voor het feit dat in sommige studies alléén naar belemmerende factoren of alléén naar bevorderende factoren is gevraagd, komt het nog 13 keer voor dat een factor alleen belemmerend is en 38 keer dat een factor alleen bevorderend is.

- Factoren die alleen belemmerend worden genoemd zijn: administratieve ondersteuning (nr. 10), regels / wetten (nr. 12), logistieke zaken (nr. 13), kennis van de patiënt (nr. 22), kosten van de vernieuwing voor de patiënt (nr. 24), bereidheid gedragsverandering door de patiënt (nr. 26), benodigde vaardigheden (nr. 31), benodigde kennis (nr. 32), verwachte medewerking patiënt (nr. 34), verwachte tevredenheid patiënt (nr. 35), beschikbare tijd (nr. 37), ethische problemen (nr. 41) en kans op nadelige gevolgen (nr. 51).
- Factoren die alleen als bevorderend worden genoemd zijn: structuur (functioneel / 'outputgericht') (nr. 5) en waargenomen gedrag collega's (nr. 36).
- In deze 40 artikelen zijn factoren met betrekking tot de gebruiker het vaakst gemeten namelijk 121 keer: gemiddeld is elke factor 7,2 keer gemeten. Factoren met betrekking tot de organisatie zijn 94 keer gemeten: gemiddeld is elke factor 4,7 keer gemeten. Factoren met betrekking tot de zorgvernieuwing zijn 53 keer gemeten: gemiddeld is elke factor 5,3 gemeten. Factoren met betrekking tot de omgeving zijn 22 keer gemeten: gemiddeld is elke factor 3,7 keer gemeten.

Tabel 3.6 Factoren bij studies waar geen relatie werd gelegd tussen factoren en mate gebruik bij zowel gebruikers als niet-gebruikers (n=40) (voor omschrijving factoren zie bijlage D en E)

Factoren	Gemeten *	Belemmerend *	Bevorderend *
Kenmerken m.b.t. de organisatie			
1 plaats besluitvorming	-	-	-
2 participatie netwerk	61, 101, 343, 501	61, 101, 343, 501	101
3 grootte organisatie	501	501	501
4 structuur (hiërarchisch / plat)	10, 108, 284, 343	10, 108, 284, 343	10, 284
5 structuur (functioneel / 'outputgericht')	101	-	101
6 personeelsverloop	8, 10, 76, 101, 396, 497, 501	8, 76, 101, 396, 497, 501	10
7 hoeveelheid personeel	8, 9, 10, 48, 60, 76, 101, 343, 350, 396, 400, 403	8, 9, 48, 60, 76, 101, 343, 396, 400, 403	10, 101, 350, 400
8 hoeveelheid geld	8, 10, 12, 48, 101, 108, 238, 343, 350, 400	8, 48, 101, 108, 238, 343, 350, 400	10, 101, 350, 400
9 materiele voorzieningen	10, 19, 48, 60, 101, 105, 108, 350, 396, 411	19, 48, 60, 101, 105, 108, 350, 396, 411	10, 101, 350
10 administratieve ondersteuning	3, 8, 76	3, 8	-
11 expertise	12, 101, 350	12, 350	12, 101, 350
12 regels / wetten	108, 233, 305, 343, 350	108, 233, 305, 343, 350	-
13 logistieke zaken	3, 403	3, 403	-
14 reïmbursement	19, 31, 48, 233, 343, 501	19, 31, 48, 233, 343, 501	501
15 formele bekrachtiging	10, 101, 501	501	10, 101, 501
16 coördinator / projectgroep	10, 101, 343, 350, 400, 401	101, 350, 401	10, 350, 400
17 gebruikers betrokken	31, 284	31, 284	284
18 opinieleider	10, 32	32	10
19 samenwerking afdelingen	8, 12, 31, 76, 91, 101, 108, 284, 350, 497, 501	8, 12, 31, 91, 101, 108, 284, 350, 497, 501	76, 350
20 mate voorkomen handeling	397, 401	397, 401	397
Kenmerken m.b.t. de omgeving			
21 wensen / eisen patiënt	8, 48, 101, 255, 350, 396	8, 48, 101, 396	101, 255, 350
22 kennis patiënt	8, 48	8, 48	-

23 twijfel deskundigheid zorgverlener	48, 255	48	255
24 kosten van vernieuwing	3, 19, 305, 501	3, 19, 305, 501	-
25 belasting voor patiënt	3, 19, 32, 48, 101, 255, 396	3, 19, 32, 48, 101, 396	32, 255
26 bereidheid gedragsverandering	305	305	-
Kenmerken m.b.t. de gebruiker			
27 ervaren steun collega´s	8, 10, 56, 76	8, 76	10, 56
28 ervaren steun andere zorgverleners	10, 48, 56, 60, 91, 108, 255, 284, 305, 343, 404, 419	48, 60, 91, 108, 305, 343, 404	10, 56, 255, 284, 419
29 ervaren steun direct leidinggevende	9, 12, 76, 350	9, 76, 350	12
30 ervaren steun hoger management	10, 12, 60, 101, 284, 400, 497	60, 101, 284, 400, 497	10, 12, 60, 101, 284
31 benodigde vaardigheden	19, 32, 76, 238, 284, 305, 396, 401, 404, 497	19, 32, 76, 238, 284, 305, 396, 401, 404, 497	-
32 benodigde kennis	8, 19, 41, 48, 76, 108, 238, 284, 396, 401, 411, 412, 419, 497	8, 19, 41, 48, 76, 108, 238, 284, 396, 401, 411, 419, 497	-
33 ownership	3, 8, 9, 10, 18, 19, 31, 61, 101, 284, 288, 305, 343, 350, 396, 400, 401, 404, 411, 419, 501	3, 8, 9, 19, 31, 61, 101, 284, 288, 305, 343, 350, 396, 400, 401, 404, 411, 419, 501	10, 101, 284, 350, 396, 501
34 verwachte medewerking patiënt	9, 19, 396, 501	9, 19, 396, 501	-
35 verwachte tevredenheid patiënt	32	32	-
36 waargenomen gedrag collega´s	10, 18, 60, 305	-	10, 60, 305
37 beschikbare tijd	3, 9, 10, 12, 19, 31, 32, 48, 60, 76, 105, 233, 238, 265, 284, 350, 396, 411, 412, 419, 497, 501, 510	3, 9, 10, 12, 19, 31, 32, 48, 60, 76, 105, 233, 238, 265, 284, 350, 396, 411, 412, 419, 497, 501, 510	-
38 aansluiting bij taakopvatting	61, 91, 101, 108, 265, 343, 350	61, 91, 108, 265, 343, 350	101
39 werkgerelateerde stress	8, 401	8, 401	8
40 overeenkomst in doelen gebruikers	343, 350	343, 350	350
41 ethische problemen	8, 60, 108, 411	8, 60, 108, 411	-
42 self-efficacy	419	419	419
Kenmerken m.b.t. de zorgvernieuwing			
43 heldere procedures	9, 19, 48, 56, 350, 401, 497, 501	9, 19, 48, 350, 401, 497, 501	56, 350
44 congruentie van vernieuwing	9, 10, 32, 48, 56, 61, 91, 105, 412, 497	9, 10, 32, 61, 91, 105, 412, 497	10, 48, 56
45 ruimte aanpassing eigen situatie	-	-	-
46 relatief voordeel gebruiker	32	32	32
47 zichtbaarheid uitkomsten	19, 101, 284, 350	19, 101, 350	284
48 aantrekkelijkheid voor gebruiker	31, 48, 56, 60, 284, 401, 406, 411, 412, 501	31, 48, 60, 401, 411, 412, 501	56, 284, 406
49 klinische relevantie	8, 10, 19, 41, 48, 60, 101, 284, 350, 411, 412	8, 19, 41, 48, 60, 101, 350, 411, 412	10, 101, 284, 350
50 wetenschappelijk gehalte	10, 19, 101	19, 101	10, 101
51 kans nadelige gevolgen	3, 41, 48, 108, 305, 396	3, 41, 48, 108, 305, 396	-
52 gebruik belonend voor gebruiker	-	-	-

Factoren (extra t.o.v. Delphi)	Gemeten *	Belemmerend *	Bevorderend *
Organisatiestructuur algemeen	343	343	343
Ontbreken noodzakelijke voorzieningen	412	412	-
Geen (goede) implementatiestrategie	56, 76, 105, 284, 288, 343, 350, 401, 411, 501	105, 284, 288, 350, 401, 411, 501	56, 76, 284, 350, 501
Compliantie patiënt	3, 8, 48, 255, 403, 419, 501, 521	3, 8, 48, 403, 419, 501, 521	255
Medische voorgeschiedenis patiënt	3, 19, 48, 238, 305, 403, 404, 411, 419, 501	3, 19, 48, 238, 305, 403, 404, 411, 419, 501	238
Demografische kenmerken	101, 343, 350, 397, 497	101, 343, 350, 397	343, 497
Terugvallen oude routine gebruiker	3, 9, 12, 19, 60, 288, 404, 406, 411	3, 9, 12, 19, 60, 288, 404, 406, 411	-
Populatie mobiliteit	12, 396	12, 396	-

* De nummers verwijzen naar de geïncludeerde studies zoals beschreven in de referentielijst (hoofdstuk 9)

3.4 Vergelijking kwalitatief goede en minder goed studies

Wanneer de kwalitatief goede studies worden vergeleken met de kwalitatief minder goede studies valt ten eerste op dat voor beide soorten studies geldt dat factoren op het niveau van de gebruiker het vaakst worden gemeten. Factoren met betrekking tot de organisatie, met betrekking tot de zorgvernieuwing en met betrekking tot de sociaal-politieke omgeving worden relatief weinig gemeten. Sommige factoren zijn slechts 1 keer gemeten.
Ten tweede valt op dat wanneer een factor gemeten wordt, er in bijna alle gevallen ook een invloed van deze factor gevonden wordt op de mate van gebruik. Met andere woorden, het komt zelden voor dat een gemeten factor niet van invloed is.
Beide zaken maken het moeilijk om een rangorde aan te geven in de mate van voorkomen van een factor. Als bijvoorbeeld factoren met betrekking tot de organisatie vaker zouden zijn gemeten, zou misschien de invloed van deze factoren ook groter zijn.

In de kwalitatief goede studies wordt iedere factor gemiddeld minder vaak gemeten dan in de minder goede studies. Dit heeft er waarschijnlijk mee te maken dat in de kwalitatief goede studies veel vaker een selectie van de variabelen werd gemaakt op basis van theoretische overwegen (in 59%) dan bij de kwalitatief minder goede studies (in 10%). Daarnaast was er bij de kwalitatief goede studies vaker sprake van een invoerstrategie (in 65%) in vergelijking met de minder goede studies (in 50%).

In twee van de kwalitatief goede studies werd voorafgaand aan de implementatie een probleemanalyse gedaan. Bij de kwalitatief minder goede studies was dat in vier gevallen. Deze aantallen zijn te klein om na te kunnen gaan of studies waarin voorafgaande een probleemanalyse werd gedaan, minder c.q. andere factoren rapporteren dan studies waar dat niet is gebeurd.

4 Delphi-onderzoek

4.1 Respons en bevindingen 1e ronde

Van de 46 vragenlijsten voor de eerste ronde werden er 40 (87%) teruggestuurd. De reden voor niet terugsturen van de vragenlijst was tijdgebrek. Van de non-responders gaven er vier aan wel aan de tweede ronde deel te willen nemen.
Uit de commentaren op de eerste vragenlijst bleek ten eerste dat veel respondenten géén onderscheid maakten tussen enerzijds de fase van adoptie en anderzijds de fase van implementatie. Ten tweede bleek dat veel respondenten de extremen / polen van de verschillende factoren als gespiegeld zagen. Dus wanneer men vond dat ´weinig geld´ zeer belemmerend was, vond men automatisch ´veel geld´ zeer bevorderend. Beide zaken gaf een deel van de respondenten het idee vier keer dezelfde vraag te moeten invullen. Ten derde bleek dat de omschrijving van een deel van de factoren onduidelijk of multi-interpretabel was. Tenslotte hadden sommige deelnemers moeite met het beoordelen van de afzonderlijke factoren omdat men vond dat de invloed ervan afhankelijk was van het soort zorgvernieuwing en de context waarin de zorgvernieuwing plaatsvond.
Voor de analyses werden op basis van het commentaar van de respondenten enkele antwoordcategorieën samengevoegd: respondenten gaven bijvoorbeeld aan dat het moeilijk was te kiezen tussen ´geen invloed´ en een ´beetje invloed´. Er werden vier nieuwe categorieën gemaakt: ´belemmerend´ (zeer belemmerend + belemmerend), ´niet / nauwelijks invloed´ (beetje belemmerend + geen invloed + beetje bevorderend), ´bevorderend´ (bevorderend + zeer bevorderend) en ´weet niet´. Wanneer over beide polen / extremen consensus was (≥ 75% van de antwoorden binnen dezelfde categorie, inclusief missing values) én er geen commentaar was op de omschrijving van de factor, kwam de hele factor in de volgende ronde niet meer terug.
Over 8 factoren uit de eerste ronde was overeenstemming over de richting en mate van invloed van beide extremen / polen van de factor (tabel 4.1). De argumentatie voor de invloed en de richting is beschreven in bijlage G.

Tabel 4.1 Factoren waar tijdens de 1e Delphi-ronde overeenstemming was over de richting van invloed

Factor*	Extremen / polen	
	Bevorderend	Belemmerend
16 coördinatie van implementatie van vernieuwing	coördinator aanwezig	coördinator afwezig
19 samenwerking tussen afdelingen	goede samenwerking	slechte samenwerking
29 ervaren steun van direct leidinggevende	veel steun	weinig steun
36 waargenomen gedrag collega´s	positief gedrag	negatief gedrag
37 beschikbare tijd voor uitvoering vernieuwing	veel tijd	weinig tijd
38 aansluiting bij taakopvatting	sluit aan	sluit niet aan
43 vernieuwing in heldere stappen beschreven	heldere procedures	geen heldere procedures
47 zichtbaarheid uitkomsten vernieuwing	uitkomsten zichtbaar	uitkomsten niet zichtbaar

* De volledige omschrijving van de factoren staat in bijlage D, E en G

Op de vraag in hoeverre de verschillende factoren beïnvloedbaar zijn, werd zeer wisselend geantwoord. Verschillende respondenten gaven aan moeite te hebben met deze vraag omdat naar hun mening vrijwel alle factoren beïnvloedbaar zijn, mits er

maar voldoende geld en tijd beschikbaar is. Volgens de respondenten is de vraag dan niet zozeer óf een factor beïnvloed baar is, maar hoeveel men er voor over heeft om deze te beïnvloeden. Op basis van deze argumentatie werd besloten in de volgende ronden de *vraag naar de beïnvloedbaarheid te laten vervallen*.

Op basis van het commentaar werd besloten in de tweede Delphi-ronde alléén nog te vragen naar de invloed van de factoren op de *fase van implementatie*. De extremen / polen van de factoren werden wederom in de tweede ronde meegenomen. Voor sommige factoren werden drie extremen / polen gemaakt. Bijvoorbeeld voor de factor ´grootte van de organisatie´ werden de extremen / polen ´groot´, ´middelgroot´ en ´klein´ gemaakt omdat uit de literatuur en het commentaar van sommige respondenten bleek dat zowel grote als kleine organisaties belemmerend kunnen zijn, terwijl middelgrote organisaties bevorderend kunnen zijn. In dit geval is het verband tussen de extremen / polen van deze factor niet lineair, maar U-vormig. Verder werd in drie gevallen, eveneens op basis van het commentaar uit de eerste ronde, twee factoren samengevoegd. Daarnaast werd een duidelijke omschrijving gegeven van het soort zorgvernieuwingen waarop de vragenlijst betrekking had, namelijk zorgvernieuwingen die betrekking hebben op veranderingen in het professioneel handelen van zorgverleners. Ter illustratie werden vier voorbeelden gegeven. Ook werd duidelijk aangegeven dat het doel van het onderzoek is na te gaan welke factoren vaak een rol spelen bij de invoering van zorgvernieuwingen, dus los van het soort vernieuwing of de context waarin ze zich afspelen.
In totaal bevatte de tweede vragenlijst 40 factoren. De respondenten werd gevraagd per factor en per pool aan te geven of men de pool belemmerend, niet / nauwelijks van invloed of bevorderend vond. Daarnaast kon men de categorie ´weet niet´ aankruisen. Tevens werd gevraagd het antwoord te beargumenteren en het verband tussen de extremen / polen aan te geven. In bijlage E is een overzicht gegeven van de 40 factoren en hun omschrijving en een voorbeeld van de manier waarop naar de richting gevraagd werd.

4.2 Respons en bevindingen 2e ronde

Van de 44 vragenlijsten voor de tweede ronde werden er 37 teruggestuurd. Van deze lijsten waren er 36 afkomstig van respondenten die in de eerste ronde ook een vragenlijst hadden ingevuld. Eén lijst was afkomstig van een non-responder uit de eerste ronde. Er werd besloten de overige drie non-responders uit de 1e ronde niet langer als deelnemers aan het onderzoek te beschouwen. Daarmee komt de respons voor de tweede ronde uit op 90%. Van de non-responders die in de eerste ronde wel een vragenlijst hadden ingevuld, gaven er drie als reden voor niet terugsturen van de tweede vragenlijst tijdgebrek aan. Zij zeiden wel aan de derde ronde te willen deelnemen. Eén respondent gaf aan van verdere deelname af te zien omdat zij zich niet kon verenigen in de methode van onderzoek. Ze was van mening dat implementatie van vernieuwingen in een complexe omgeving plaatsvindt en dat dit alleen maar te onderzoeken is via kwalitatief onderzoek, zoals paneldiscussies en expert meetings.
Uit de commentaren op de tweede vragenlijst bleek dat een paar deelnemers nog steeds moeite hadden met het beoordelen van de afzonderlijke factoren. Verder werd door meerdere deelnemers voorgesteld de factoren in de volgende ronde te laten terugkomen in de vorm van stellingen met een argumentatie voor de betreffende stelling erbij.
Voor de analyses werd wederom als regel gehanteerd dat wanneer over beide polen / extremen consensus was (≥ 75% van de antwoorden binnen dezelfde categorie, inclusief missing values) én er geen commentaar was op de omschrijving van de factor,

de hele factor in de volgende ronde niet meer terugkwam. Voor drie factoren werd van deze regel afgeweken. Van factor 1 werd duidelijk dat het uitsplitsen naar twee polen niet reëel was omdat deze beide polen in werkelijkheid niet afzonderlijk voorkomen. Uit de antwoorden van de respondenten bleek dat besluitvorming zowel centraal als decentraal dient plaats te vinden. Verder waren er twee factoren (factoren 12 en 30) waarbij in de eerste ronde consensus was over één van beide polen, en in de tweede ronde consensus was over de invloed van de andere pool, maar net niet over de richting (belemmerend of bevorderend). Omdat de richting nagenoeg gespiegeld was ten opzicht van de andere pool, werd besloten deze twee factoren ook niet meer in de derde ronde mee te nemen.
In tabel 4.2 zijn de 23 factoren weergegeven waarbij in de tweede ronde overeenstemming was over de richting en mate van invloed van beide extremen / polen van de factor.

Tabel 4.2 Factoren waar tijdens de 2e Delphi-ronde overeenstemming was over de richting van invloed

Factor*	Extremen / polen		
	Bevorderend	Belemmerend	Geen invloed
1 plaats besluitvorming	zowel centraal als decentraal		
4 hiërarchische structuur	korte beslislijnen	lange beslislijnen	
7 bezettingsgraad	volledige bezetting	onvolledige bezetting	
8 hoeveelheid geld	veel geld	weinig geld	
9 materiele voorzieningen	veel voorzieningen	weinig voorzieningen	
10 administratieve ondersteuning	veel ondersteuning	weinig ondersteuning	
11 expertise	veel expertise	weinig expertise	
12 regels en wetten	passend binnen regels / wetten	niet passend binnen regels / wetten	
13 logistieke procedure	goed geregeld	slecht geregeld	
14 financiële vergoeding	vergoeding extra inspanningen	geen vergoeding extra inspanningen	
15 formele bekrachtiging	bekrachtiging	geen bekrachtiging	
17 gebruikers betrokken	betrokken	niet betrokken	
21 cliënt bereid mee te werken	bereid	niet bereid	
27 steun collega´s	veel steun	weinig steun	
30 steun hoger management	veel steun	weinig steun	
31 vaardigheden gebruiker	veel vaardigheden	weinig vaardigheden	
32 kennis gebruiker	veel kennis	weinig kennis	
33 ownership	hoge betrokkenheid	lage betrokkenheid	
34 verwachte medewerking patiënt	hoge verwachte medewerking	lage verwachte medewerking	
35 verwachte tevredenheid patiënt	hoge verwachte tevredenheid	lage verwachte tevredenheid	
41 ethische problemen	geen problemen	wel problemen	
44 congruentie bestaande werkwijze	sluit goed aan	sluit slecht aan	
46 relatief voordeel gebruiker	voordeel	nadeel	neutraal

* De volledige omschrijving van de factoren staat in bijlage E en G

Op basis van het commentaar van de respondenten werd van factor 39 de omschrijving veranderd van ´werkgerelateerde stress´ in ´overbelasting´. Tenslotte werd een extra factor toegevoegd, namelijk ´het aantal mensen dat met de zorgvernieuwing moet gaan werken´.
In totaal bevatte de derde vragenlijst 18 factoren. De factoren werden in de vorm van stellingen gepresenteerd met daaronder de argumentatie van de respondenten uit de tweede ronde, waarop de stelling was gebaseerd. De respondenten werd gevraagd aan te geven of men het met de stelling eens of oneens was en de argumentatie hiervoor. Wanneer men geen ervaring had met de betreffende factor werd men gevraagd de categorie ´weet niet´ aan te kruisen. Bij een paar stellingen werd gevraagd waarop men het antwoord baseerde. Dit waren factoren waarbij in de tweede ronde een groot aantal deelnemers de categorie ´weet niet´ had aangekuist en waarbij niet duidelijk was of dit kwam omdat men er geen ervaring mee had, of vanwege andere redenen. Verder kregen de respondenten een bijlage toegestuurd met daarin per factor de antwoorden van alle respondenten uit de 2e ronde en hun persoonlijke antwoord met persoonlijke argumentatie. In bijlage F is een overzicht gegeven van de 18 factoren en hun omschrijving en een voorbeeld van de manier waarop naar de richting gevraagd werd.

4.3 Respons en bevindingen 3e ronde

Van de 40 vragenlijsten voor de derde ronde werden er 34 teruggestuurd. Een deelnemer zei af te zien van het invullen van deze vragenlijst omdat zijn antwoorden niet waren veranderd ten opzichte van de 2e ronde. Een deelnemer bleek van werkkring veranderd te zijn en was niet meer traceerbaar. Van de overige 4 mensen is de reden voor het niet terug sturen onbekend. Een deelnemer had in de 2e ronde de vragenlijst ook niet teruggestuurd. In totaal waren er 33 deelnemers die de vragenlijsten uit alle ronden hadden ingevuld en 5 deelnemers die de vragenlijsten uit twee ronden hadden ingevuld.
Voor de analyses werd wederom als regel gehanteerd dat er consensus was wanneer ≥ 75% van de antwoorden binnen dezelfde categorie viel, inclusief missing values. In deze ronde was expliciet gevraagd ´weet niet´ aan te kruisen wanneer men op geen enkele wijze ervaring of kennis had van een bepaalde factor. Bij de berekening van het percentage overeenstemming (≥ 75% binnen dezelfde categorie) werden, in tegenstelling tot de vorige rondes, deze mensen buiten beschouwing gelaten.
Bij factoren waar in de tweede ronde veel mensen ´weet niet´ hadden aangekruist, werd in de derde ronde gevraagd aan te geven waarop men het antwoord baseerde. Bij de berekening van het percentage overeenstemming werd als aanvullende regel gehanteerd dat ≥ 75% van de respondenten hun antwoord gebaseerd moesten hebben op praktijkervaring en / of onderzoekservaring en / of op basis van theoretische literatuur / inzichten.
In tabel 4.3 zijn de 17 factoren weergegeven waarbij in de derde ronde overeenstemming was over de richting en mate van invloed van beide extremen / polen van de factor. Voor drie van deze 17 factoren was er deels overeenstemming over de richting van de invloed.

Tabel 4.3 Factoren waar tijdens de 3e Delphi-ronde overeenstemming was over de richting van invloed

Factor*	Extremen / polen		
	Bevorderend	Belemmerend	Geen invloed
3 grootte organisatie			grootte organisatie
3a aantal mensen dat met vernieuwing gaat werken	weinig		
5 structuur (functioneel / output)	outputgericht	functioneel	
6 personeelsverloop	matig verloop	hoog verloop	
18 opinieleider	aanwezigheid	afwezigheid, indien er weerstand is	
20 mate van vóórkomen handeling	veel voorkomend	weinig voorkomend	
22 cliënt op de hoogte (gezondheids)voordelen	goed op hoogte		
23 twijfel van cliënt aan deskundigheid arts		wel twijfel	geen twijfel
24 extra kosten voor cliënt		extra kosten	geen extra kosten
25 extra belasting voor cliënt		extra belasting	geen extra belasting
28 steun andere zorgverleners	veel steun	weinig steun	
39 overbelasting bij zorgverlener		overbelasting	geen overbelasting
40 tegenstelling in doelen	geen / kleine tegenstelling in doelen	grote tegenstelling in doelen	
45 aanpassing aan eigen situatie	veel mogelijkheden	weinig mogelijkheden	
48 aantrekkelijkheid	erg aantrekkelijk	niet erg aantrekkelijk	
49 relevantie	wel meerwaarde	geen meerwaarde	
51 kans nadelige gevolgen bij cliënt		grote kans op toename	kleine kans op toename

* De volledige omschrijving van de factoren staat in bijlage F en G

Over de volgende vier factoren was er geen overeenstemming: relaties met andere afdeling (nr. 2), aantal mensen dat met zorgvernieuwing gaat werken (nr. 3a), personeelsverloop (nr. 6) en mate waarin cliënt op de hoogte is van (gezondheids)voordelen (nr. 22) (zie bijlage F). Over de factor ´relaties met andere afdelingen´ was in het geheel geen overeenstemming: dus noch over de mate van invloed, noch over de richting. Wat betreft de factor ´aantal mensen dat met vernieuwing gaat werken´, was er overeenstemming over het feit dat dit een factor is waar men bij implementatie rekening mee moet houden en dat 'weinig mensen' bevorderend is. Er was echter geen overeenstemming over de richting van de invloed van 'veel mensen'; 71% vond dat dit belemmerend is. Hetzelfde gold voor de factor ´personeelsverloop´. Ook hier was overeenstemming over het feit dat dit een factor is om rekening mee te houden. Verder was er overeenstemming dat ´hoog personeelsverloop´ belemmerend is en ´matig personeelsverloop´ bevorderend. Over de richting van ´laag personeelsverloop´ was echter geen overeenstemming; 58% vond dit belemmerend. Wat betreft de factor 'cliënt is op hoogte van (gezondheids)voordelen was er overeenstemming dat dit een factor is om rekening mee te houden bij implementatie. Ook was er overeenstemming dat wanneer men op de hoogte is, dit bevorderend is. Over de richting van 'niet op de hoogte zijn' was geen overeenstemming; 70% vond dat dit belemmerend is, alleen wanneer dit leidt tot actieve weerstand en dat anders deze factor niet van invloed is.

Hoewel over de meeste factoren overeenstemming was over de mate van invloed en de richting van de invloed, werd er toch besloten een 4e ronde te houden, maar deze mondeling te laten plaatsvinden. De reden hiervoor was dat tijdens de eerste drie rondes respondenten aangaven dat de invloed van bepaalde factoren naar hun idee afhankelijk was van het soort zorgvernieuwing en de context waarin de zorgvernieuwing plaatsvindt, waardoor het soms moeilijk was in algemene zin een uitspraak te doen over de invloed van een factor. Ondanks deze kanttekeningen waren de respondenten het toch met elkaar eens over de invloed van de meeste factoren. Door een mondelinge ronde te houden waarbij de deelnemers direct op elkaar konden reageren zou meer zicht verkregen worden op de validiteit van de antwoorden uit de vorige rondes en een aanscherping van de condities waaronder sommige factoren een rol speelden. Er werd besloten de derde ronde niet te gebruiken om overeenstemming te krijgen over de vier factoren waarover nog geen of deels overeenstemming was, omdat op basis van de antwoorden geen verandering in mening te verwachten viel.
Het doel van de bijeenkomst was beter inzicht te krijgen in waarom het moeilijk is om in het algemeen uitspraken te doen over beïnvloedende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen. Ten eerste werd de deelnemers gevraagd in hoeverre men de lijst met factoren duidelijk c.q. bruikbaar vond. Een tweede vraag was of er factoren in de lijst ontbraken. Om meer duidelijkheid te krijgen over de invloed van het soort vernieuwing of de context, werden de deelnemers gevraagd een casus aan te dragen waarbij voor de verschillende factoren werd nagegaan wat de invloed was. Hierdoor zou nagegaan kunnen worden of er een tendens was dat in een bepaalde context sommige factoren vaker een rol spelen dan anderen.

Er werden twee bijeenkomsten gehouden: de eerste voor de implementatiebegeleiders (´praktijkdeskundigen´) zoals implementatieadviseurs, implementatiecoördinatoren, stafmedewerkers en beleidsmedewerkers en de tweede voor de implementatieonderzoekers.
Alle respondenten werden benaderd voor deelname. Er werden twee data gepland waarop zoveel mogelijk respondenten aanwezig konden zijn. Voor de eerste bijeenkomst waren dat 7 mensen en voor de tweede bijeenkomst 13.
De bijeenkomsten werden begeleid door een ervaren (externe) gespreksleider met veel kennis op het gebied van implementatie. Deze gespreksleider had zelf ook aan het Delphi-onderzoek deelgenomen. Verder waren de onderzoekers (eerste twee auteurs van dit rapport) van het onderhavige onderzoek aanwezig.

4.4 Respons en bevindingen 4e mondelinge ronde

4.4.1 1e bijeenkomst

Uiteindelijk namen aan de eerste bijeenkomst drie (praktijk)deskundigen deel. Gezien de geringe opkomst discussieerde de gespreksleider (ook deelnemer aan het Delphi-onderzoek) op bepaalde punten mee.

Wat betreft de eerste vraag (duidelijkheid c.q. bruikbaarheid) waren de aanwezige deskundigen unaniem van mening dat het overzicht met factoren zinvol en bruikbaar was omdat dit, naar hun mening, factoren bevatte die van belang zijn bij de invoeren van zorgvernieuwingen. De moeite die de respondenten hadden met het invullen van de vragenlijsten uit de eerste drie ronden, betrof niet het aangeven van de invloed van de factoren ´an sich´, maar het feit dat de mate van belang afhankelijk is van de fase van het implementatieproces (adoptie, implementatie, institutionalisatie). Daarnaast vond

men de vragenlijsten moeilijk in te vullen omdat aanverwante factoren soms te ver uit elkaar stonden.
Volgens de respondenten bevatte het overzicht factoren die er allemaal toe doen. Dit zou ook verklaren waarom er consensus was over de invloed van de verschillende factoren. De strekking van de opmerkingen dat de invloed van veel factoren afhankelijk is van het soort vernieuwing of de context had ermee te maken dat het moeilijk is om een weging te maken. Want gegeven bepaalde factoren doen anderen er misschien minder, of juist meer toe.
Volgens de deelnemers is het overzicht met factoren een goede basis voor een checklist voor implementatiebegeleiders, mits aanverwante factoren gegroepeerd worden en er een indeling gemaakt wordt naar de fasen van implementatie. Veel van de factoren die onder 'kenmerken met betrekking tot de organisatie' staan, zijn in feite randvoorwaarden en zouden als zodanig benoemd en gegroepeerd kunnen worden. Het overzicht zou dus verder uitgewerkt moeten worden als checklist.
Verder werd voorgesteld om na te gaan of de factoren terugkomen in de verschillende meetinstrumenten c.q. diagnose-instrumenten, om een uitspraak te kunnen doen over hoe dekkend de verschillende meetinstrumenten zijn. In bijlage H is een overzicht gegeven waarbij de factoren zijn ingedeeld conform de suggesties van de deelnemers.
Voor een paar factoren hadden de deelnemers suggesties voor aanscherping van de omschrijving. Deze omschrijvingen staan vermeld in bijlage I.

Wat betreft de tweede vraag (ontbreken van factoren in de lijst) gaven de deelnemers enkele aanvullingen op het overzicht van factoren:

- Men was het er unaniem over eens dat de factor eigen-effectiviteitsverwachting (self-efficacy) ontbrak. Maar zoals vermeld in paragraaf 3.3 was deze bewust niet meegenomen in het Delphi-onderzoek, juist vanwege het feit dat deze factor bekend is als zijnde van invloed bij de implementatie.
- Een factor als deelgroep c.q. cultuur c.q. professionaliteit die iemand aanneemt c.q. aard van de beroepsgroep, ontbrak volgens één deelnemer. Volgens de andere deelnemers is de factor ´cultuur´ een te grof begrip. Verschillende factoren uit het overzicht zijn te scharen onder ´cultuur´ en daarmee zijn de factoren in het overzicht in feite specifieker.
- Volgens één deelnemer ontbrak de factor onderhoud c.q. zichtbaarheid c.q. feedback. Na een discussie waren de deelnemers van mening dat deze zaken toch meer als een invoerstrategie gezien zouden moeten worden.
- Tenslotte werd de factor ´affectie´ genoemd. Wat vinden zorgverleners van de vernieuwing?

De tijd was te kort om het derde punt (invloed van het soort vernieuwing en de context) geheel uit te werken per factor. De respondenten stelden voor een vervolgonderzoek te doen naar het overzicht met factoren. Door bijvoorbeeld bij 50-100 zorgvernieuwingen, per factor, na te gaan in welke mate een factor een rol heeft gespeeld, zou het misschien mogelijk zijn trends te signaleren. Bijvoorbeeld dat in de preventie met name de factoren a, b en c een rol spelen en in de curatieve zorg de factoren x, y en z.

Gezien het feit dat de deelnemers uit de eerste ronde aangaven dat het overzicht met factoren zinvol en bruikbaar was, werd besloten tijdens de tweede bijeenkomst deze vraag niet meer centraal te stellen. Besloten werd de deelnemers aan de tweede bijeenkomst het verslag van de eerste bijeenkomst toe te sturen met de vraag of men zich hierin herkende en aanvullingen had. De centrale vraag voor de tweede

bijeenkomst was hoe het overzicht in de praktijk kan worden toegepast en hoe het overzicht daartoe verder uitgewerkt zou moeten worden.

4.4.2 2e bijeenkomst

Aan de tweede bijeenkomst namen 5 implementatieonderzoekers en 1 implementatiebegeleider deel. Wat betreft de eerste vraag herkenden de deelnemers zich in het verslag van de eerste bijeenkomst, in die zin dat men de beschreven factoren zinnig vond en een goed uitgangspunt vond voor verdere uitwerking en toepassing. Door een paar deelnemers werd de factor ´cultuur van de organisatie´ als aanvulling op het overzicht genoemd.
Er werd opgemerkt dat de factoren uit het overzicht in belangrijke mate worden beïnvloed door de invoerstrategie en de implementatiebegeleider. De factor ´implementatiebegeleider´ zou nog toegevoegd moeten worden. Als voorbeeld werd genoemd dat er vernieuwingen zijn die onder slechte omstandigheden (veel belemmerende factoren) moeten worden ingevoerd, terwijl een senior implementatiebegeleider dat toch voor elkaar krijgt. De invloed van deze factor wordt over het algemeen niet gemeld in artikelen of reviews.

Wat betreft de tweede vraag (toepassing in de praktijk) vonden de onderzoekers dat het beter was om de factoren niet verder uit te werken als een checklist of diagnose-instrument voor de praktijk. Dit in tegenstelling tot de deelnemers aan de eerste bijeenkomst. Als argument hiervoor werd genoemd dat dit heel veel werk met zich mee zou brengen. Maar veel zwaarwegender vond men dat er waarschijnlijk zoveel gebruikersvariatie is, dat dit niet in één instrument te vangen is. Als voorbeeld werd de Preffi (Molleman e.a. 1995) genoemd waaraan al 15 jaar wordt gewerkt. Dat de deelnemers aan de eerste bijeenkomst het overzicht een handige checklist vonden, weet men aan het feit dat het om ervaren implementatiebegeleiders ging. Volgens de onderzoekers is het gevaar van het uitwerken van het overzicht tot een checklist, dat beginnende implementatiebegeleiders het te zeer als een mechanisch model gaan gebruiken. Bijvoorbeeld door alle punten op de lijst na te lopen en in te vullen en dan te constateren dat een vernieuwing succesvol zal zijn, of juist niet. Voor ervaren implementatiebegeleiders is de lijst wel te gebruiken omdat die een inschatting kunnen maken van welke factoren er toe doen, gegeven een bepaalde vernieuwing en context.

Volgens de onderzoekers is het wel zinvol om de factoren voor verder onderzoek te gebruiken. Via de literatuurreview en het Delphi-onderzoek zijn er in feite hypothesen (het overzicht met factoren) ontstaan omtrent factoren die van invloed zijn bij het implementeren van zorgvernieuwingen in organisaties. De hypothesen zouden verder getoetst moeten worden in de praktijk bijvoorbeeld door in de databank Zorgvernieuwing (www.databankzorgvernieuwing.nl) of bij andere onderzoeken, per factor na te gaan in hoeverre deze factor een rol heeft gespeeld. Het gebruiksdoel zou volgens de deelnemers verder wetenschappelijk onderzoek moeten zijn. Tenslotte vond men dat het onderzoek inzichten oplevert over implementatieonderzoek in het algemeen. De deelnemers vonden het daarom belangrijk om het onderzoeksproces te beschrijven en inzichtelijk te maken. Dit zou in het belang van andere implementatieonderzoekers zijn.

5 Vergelijking factoren literatuurreview en Delphi-onderzoek

Als wordt gekeken welke factoren van invloed zijn op de implementatie, dan blijkt dat nagenoeg alle factoren die uit de literatuurreview naar voren komen, ook door de deskundigen aan het Delphi-onderzoek als factoren van belang worden gezien. Een factor vormt hierop een uitzondering, namelijk ´de grootte van de organisatie´ (factor 3). Het merendeel van de deskundigen is van mening dat deze factor nauwelijks van invloed is omdat andere factoren belangrijker zijn zoals de plaats van de besluitvorming, de lengte van de beslislijnen en het aantal mensen dat bij de zorgvernieuwing betrokken is. In twee studies (Baskerville e.a. 1990, Goodson e.a. 1999) werd wel een invloed gevonden van de grootte van de organisatie, maar de bevindingen waren tegenstrijdig. In de studie van Baskerville e.a. (1990) werd gevonden dat grote organisaties bevorderend zijn en kleine organisaties belemmerend. Goodson e.a. (1999) vonden dat grote organisaties belemmerend zijn en middelgrote organisaties bevorderend.

Omgekeerd komen er in de 57 studies uit de literatuurreview 8 factoren naar voren die niet van invloed blijken op de implementatie. Dit is in drie studies de factor ´ownership´ (factor 33). In twee studies bleek ´de kennis van zijn de (toekomstige) gebruiker´ (factor 32) niet van invloed. Verder werd in telkens één studie gevonden dat de volgende factoren niet van invloed waren: ´hoeveelheid geld´ (factor 8), ´administratieve ondersteuning´ (factor 10), ´coördinator aanwezig´ (factor 16), ´de verwachte medewerking van de cliënt´ (factor 34), ´waargenomen gedrag van collega´s´ (factor 36) en ´zichtbaarheid van de uitkomsten´ (factor 47). Volgens de deskundigen uit het Delphi-onderzoek zijn dit factoren die er allemaal toe doen. Overigens zijn er andere studies uit de literatuurreview waaruit blijkt dat deze factoren wel van invloed zijn geweest op de implementatie.

Twee factoren werden in de studies uit de literatuurreview niet gemeten, namelijk ´of de vernieuwing belonend is voor de (toekomstige) gebruiker´ (factor 52) en ´het aantal mensen dat met de vernieuwing gaat werken´ (factor 3a).

Wat betreft de richting van invloed van de verschillende factoren (belemmerend, bevorderend of geen invloed) kwamen de resultaten uit de literatuurreview en het Delphi-onderzoek voor bijna alle factoren overeen. Dat wil zeggen, voor zover de invloed van de polen / uitersten in de studies uit de literatuurreview werden gemeten. Voor drie factoren was er geen overeenkomst, namelijk voor de factoren ´geen twijfel van de cliënt aan de deskundigheid van de arts´ (factor 23), ´geen extra belasting voor de cliënt´ (factor 25) en ´geen overbelasting bij de zorgverlener´ (factor 39). Uit de studie van Sutherland e.a. (1996) kwam dat wanneer de cliënt niet twijfelde aan de deskundigheid van de arts, dit bevorderend was. Eveneens uit de studie van Sutherland e.a. (1996) en de studie van Lipscomb e.a. (1995) kwam dat wanneer de zorgvernieuwing geen extra belasting voor de cliënt meebrengt, dit bevorderend is. Tenslotte kwam uit de studie van Corrigan e.a. (1992) dat wanneer de zorgverlener niet belast is, dit bevorderend is voor de implementatie van vernieuwingen. Volgens de deelnemers aan het Delphi-onderzoek zijn bovengenoemde polen / uitersten niet van invloed.

In de tabellen 5.1 t/m 5.5 is een overzicht gegeven van de verschillende factoren waarbij de resultaten uit de literatuurreview en het Delphi-onderzoek zijn gecombineerd. In de tabellen zijn de resultaten uit het Delphi-onderzoek als uitgangspunt genomen, waarbij telkens de richting van de invloed is weergegeven (bevorderend, belemmerend of niet van invloed). In de laatste kolommen is het aantal studies uit de literatuurreview weergegeven waarin de invloed van de betreffende factor werd gevonden. Daar waar de resultaten uit de literatuurreview afwijkend waren, is dit in de voetnoten aangegeven.
Er is een *andere indeling gemaakt in vergelijking met voorgaande tabellen* (tabellen 3.5 en 3.6 uit hoofdstuk 3). De reden hiervoor is dat tijdens de 4e Delphi-ronde werd aangegeven dat een deel van de factoren, eigenlijk meer randvoorwaarden zijn. In de tabellen 5.1 t/m 5.5 is daarom naast de oorspronkelijke vier categorieën een vijfde categorie toegevoegd met daarin factoren met betrekking tot de randvoorwaarden.

Tabel 5.1 Overzicht van de verschillende factoren met betrekking tot de organisatie, zoals die uit het Delphi-onderzoek naar voren kwamen (eerste vier kolommen) en het aantal studies uit de literatuurreview waar de invloed van de betreffende factor werd aangetoond (laatste kolom) (de beschrijving en argumentatie van de factoren staat in bijlage E t/m G)

Factoren m.b.t. de organisatie	Extremen / polen			Aantal studies in review
	Bevorderend	Belemmerend	Geen invloed	
Organisatiestructuur				
1. Plaats besluitvorming	centraal én decentraal			1
4 Besluitvormingsstructuur	korte beslislijnen	lange beslislijnen		4
15. Formele bekrachtiging	bekrachtiging	geen bekrachtiging		4
3. Grootte organisatie			organisatiegrootte	2
5. Structuur (functioneel/output)	outputgericht	functioneel		2
Samenwerking				
2. Afdeling / organisatie gericht op samenwerking	?	?	?	5
19. Samenwerking tussen afdelingen	goede samenwerking	slechte samenwerking		11
Noodzakelijke voorzieningen				
7. Capaciteit / bezettingsgraad	volledige bezetting	onvolledige bezetting		14
6. Personeelsverloop	matig verloop	hoog verloop		10
11. Expertise op afdelings-/organisatieniveau	veel expertise	weinig expertise		4
13. Logistieke procedure	goed geregeld	slecht geregeld		3
Overig				
3a. Aantal mensen dat met vernieuwing moet werken	weinig			0

2 Geen overeenstemming over deze factor in het Delphi-onderzoek: noch over de mate van invloed, noch over de richting. In 5 studies uit de literatuurreview werd wel een invloed gevonden van deze factor.
6 Over de richting van ´laag personeelsverloop´ was geen overeenstemming in het Delphi-onderzoek; 58% vond dit belemmerend.
3a Over de richting van ´veel mensen die met vernieuwing moeten werken´ was geen overeenstemming in het Delphi-onderzoek; 71% vond dit alleen belemmerend wanneer dit tot actieve weerstand leidt en anders vond men deze factor niet van invloed.

Tabel 5.2 Overzicht van de verschillende factoren met betrekking tot de (sociaal-politieke) omgeving, zoals die uit het Delphi-onderzoek naar voren kwamen (eerste vier kolommen) en het aantal studies uit de literatuurreview waar de invloed van de betreffende factor werd aangetoond (laatste kolom) (de beschrijving en argumentatie van de factoren staat in bijlage E t/m G)

Factoren m.b.t. de (sociaal-politieke) omgeving	Extremen / polen			Aantal studies in review
	Bevorderend	Belemmerend	Geen invloed	
Compliantie cliënt				
21. Cliënt bereid mee te werken	bereid	niet bereid		7
22. Cliënt op hoogte (gezondheids)voordelen	goed op hoogte			3
23. Cliënt twijfelt aan deskundigheid arts		wel twijfel	geen twijfel	3
24. Extra kosten cliënt vernieuwing		extra kosten	geen extra kosten	5
25. Extra belasting cliënt vernieuwing		extra belasting	geen extra belasting	8
Overig				
12. Regels en wetten	passend binnen regels / wetten	niet passend binnen regels / wetten		6

22 Over de richting van ´cliënt is niet op de hoogte´ was geen overeenstemming in het Delphi-onderzoek; 70% vond dit belemmerend.

Tabel 5.3 Overzicht van de verschillende factoren met betrekking tot de gebruiker, zoals die uit het Delphi-onderzoek naar voren kwamen (eerste vier kolommen) en het aantal studies uit de literatuurreview waar de invloed van de betreffende factor werd aangetoond (laatste kolom) (de beschrijving en argumentatie van de factoren staat in bijlage E t/m G)

Factoren m.b.t. de gebruiker	Extremen / polen			Aantal studies in review
	Bevorderend	Belemmerend	Geen invloed	
Verwachte / ervaren support				
27. Steun collega´s	veel steun	weinig steun		7
28. Steun andere zorgverleners	veel steun	weinig steun		17
29. Steun direct leidinggevenden	veel steun	weinig steun		7
30. Steun hoger management	veel steun	weinig steun		9
36. Waargenomen gedrag collega´s	positief gedrag	negatief gedrag		4
Aanwezigheid noodzakelijke eigenschappen				
31. Vaardigheden gebruiker	veel vaardigheden	weinig vaardigheden		15
32. Kennis gebruiker	veel kennis	weinig kennis		15
42. Eigen-effectiviteitsverwachting	hoge verwachting	lage verwachting		7
33. Ownership	hoge betrokkenheid	lage betrokkenheid		30
38. Aansluiting bij taakopvatting	sluit aan	sluit niet aan		9
Verwachting t.a.v. gedrag cliënt				
34. Verwachte medewerking cliënt	hoge verwachting	lage verwachting		6
35. Verwachte tevredenheid cliënt	hoge verwachting	lage verwachting		3
Overig				
39. Overbelasting zorgverlener	geen/kleine	overbelasting	geen overbelasting	2
40. Overeenkomst in doelen	tegenstelling	grote tegenstelling		2
41. Ethische problemen bij zorgverlener	geen problemen	wel problemen		4

36 In 5 studies uit de literatuurreview werd ´waargenomen gedrag van collega´s´ gemeten. In één studie werd gevonden dat deze factor niet van invloed was´.

32 In 17 studies uit de literatuurreview werd ´benodigde kennis bij de gebruiker´ gemeten. In twee studies werd gevonden dat deze factor niet van invloed was´.

33 In 33 studies uit de literatuurreview werd ´ownership´ gemeten. In drie studies werd gevonden dat deze factor niet van invloed was´.

34 In 7 studies uit de literatuurreview werd ´verwachte medewerking van de cliënt´ gemeten. In één studie werd gevonden dat deze factor niet van invloed was´.

Tabel 5.4 Overzicht van de verschillende factoren met betrekking tot de vernieuwing, zoals die uit het Delphi-onderzoek naar voren kwamen (eerste vier kolommen) en het aantal studies uit de literatuurreview waar de invloed van de betreffende factor werd aangetoond (laatste kolom) (de beschrijving en argumentatie van de factoren staat in bijlage E t/m G)

Factoren m.b.t. vernieuwing	Extremen / polen			Aantal studies in review
	Bevorderend	Belemmerend	Geen invloed	
43. Helderheid richtlijnen	heldere procedures	geen heldere procedures		11
44. Congruentie bestaande werkwijze	sluit goed aan	sluit slecht aan		10
45. Aanpassing eigen situatie	veel mogelijkheden	weinig mogelijkheden		1
46. Relatief voordeel gebruiker	voordeel	nadeel	neutraal	4
47. Zichtbaarheid uitkomsten	uitkomsten zichtbaar	uitkomsten niet zichtbaar		4
48. Aantrekkelijkheid vernieuwing	erg aantrekkelijk	niet erg aantrekkelijk		14
49. Meerwaarde voor cliënt	wel meerwaarde	geen meerwaarde		14
51. Kans nadelige gevolgen		grote kans op toename	kleine kans op toename	6
20. Mate van vóórkomen handeling	veel voorkomend	weinig voorkomend		2

47 In 5 studies uit de literatuurreview werd ´de zichtbaarheid van de uitkomsten´ gemeten. In één studie werd gevonden dat deze factor niet van invloed was´.

Tabel 5.5 Overzicht van de verschillende factoren met betrekking tot de randvoorwaarden, zoals die uit het Delphi-onderzoek naar voren kwamen (eerste vier kolommen) en het aantal studies uit de literatuurreview waar de invloed van de betreffende factor werd aangetoond (laatste kolom) (de beschrijving en argumentatie van de factoren staat in bijlage E t/m G)

Factoren m.b.t. de randvoorwaarden	Extremen / polen			Aantal studies in review
	Bevorderend	Belemmerend	Geen invloed	
Noodzakelijke faciliteiten				
8. Hoeveelheid geld	veel geld	weinig geld		13
14. Extra financiële vergoeding	vergoeding extra inspanningen	geen vergoeding extra inspanningen		8
9. Materiele voorzieningen	veel voorzieningen	weinig voorzieningen		14
10. Administratieve ondersteuning	veel ondersteuning	weinig ondersteuning		5
37. Beschikbare tijd	veel tijd	weinig tijd		29
Overig				
16. Coördinator / projectgroep	coördinator aanwezig	coördinator afwezig		8
17. Gebruikers betrokken	betrokken	niet betrokken		4
18. Aanwezigheid opinieleider	aanwezigheid	afwezigheid, indien er weerstand is		3

8 In 14 studies uit de literatuurreview werd ´de hoeveelheid geld´ gemeten. In één studie werd gevonden dat deze factor niet van invloed was´.

10 In 6 studies uit de literatuurreview werd ´de administratieve ondersteuning´ gemeten. In één studie werd gevonden dat deze factor niet van invloed was´.

16 In 9 studies uit de literatuurreview werd ´de coördinator / projectgroep´ gemeten. In één studie werd gevonden dat deze factor niet van invloed was´.

6 Meetinstrumenten belemmerende en bevorderende factoren

Het doel van het onderzoek was *niet* om systematisch te zoeken naar meetinstrumenten die belemmerende en bevorderende factoren meten met betrekking tot het invoeren van vernieuwingen in organisaties. In eerste instantie werden de artikelen die werden gevonden bij de systematische literatuurreview naar belemmerende en bevorderende factoren bestudeerd (zie par. 2.1). Dit leverde 4 referenties met betrekking tot meetinstrumenten op. Daarnaast werden via de sneeuwbalmethode nog eens 11 referenties gevonden. De gevonden meetinstrumenten geven dus niet een volledig overzicht van alle beschikbare meetinstrumenten op dit gebied. Verder zijn niet alle meetinstrumenten ontwikkeld voor het meten van factoren bij de invoering van *zorg*vernieuwingen, maar soms ook ten behoeve van andersoortige vernieuwingen zoals onderwijsvernieuwingen.

Bij de beschrijving van de meetinstrumenten wordt een onderscheid gemaakt naar meetinstrumenten die in Nederland en buiten Nederland zijn ontwikkeld. De volgorde van de gepresenteerde meetinstrumenten in willekeurig. De meetinstrumenten worden beschreven aan de hand van de volgende punten:

- Naam en inhoud van het instrument;
- Referentie;
- Validiteit en betrouwbaarheid;
- Veld waarvoor het instrument ontwikkeld is;
- Wie het instrument dient in te vullen.

6.1 Meetinstrumenten afkomstig uit Nederland

1a. Stages of Concern Questionnaire (SoCQ)

Inhoud:

Deze vragenlijst is gebaseerd op het Concerns Based Adoption Model (Hall e.a. 1977). Het doel van deze vragenlijst is vast te stellen welke vragen, welke bekommernissen leerkrachten hebben die in een bepaalde onderwijsvernieuwing betrokken zijn. Het meet de betrokkenheid van docenten tegenover de vernieuwing. De vragenlijst bevat 7 factoren: persoonlijke betrokkenheid / informatie, samenwerking, consequenties voor leerlingen, beheersing, bewustwording, herziening en herziening op basis van ervaringen met leerlingen. Uitgangspunt is dat de betrokkenheid van docenten niet constant is in elke fase van het invoeren van de vernieuwing. De laatste twee factoren zullen een andere score laten zien in het eindstadium van de implementatie in vergelijking met het beginstadium.

Referentie:

Van den Berg, R., Vandenberghe, R. Onderwijsinnovatie in verschuivend perspectief. Tilburg: Uitgeverij Zwijsen, 1981.

Validering:

De vragenlijst is een vertaling van de gevalideerde Amerikaanse versie (Hall, George, Rutherford, 1977) en de psychometrische eigenschappen van de Nederlandse versie zijn goed.

Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:

Onderwijs

Wie vult het instrument in:
Docenten: perceptie van de docent.

1.b Fasen van Betrokkenheid
Inhoud:
Deze vragenlijst is een indikking van de Stages of Concern Questionnaire zoals beschreven onder 1a. De vragenlijst is eveneens gebaseerd op het Concerns Based Adoption Model. Met deze vragenlijst kan achterhaald worden hoe groot de intensiteit van de betrokkenheid bij een vernieuwing is, aan de hand van Rasch-scores. De vragenlijst bestaat uit drie dimensies: Kennis van de vernieuwing, perceptie van vaardigheden en toe-eigenen van de vernieuwing.
Referentie:
Geijsel, F., Van den Berg, R., Sleegers, P. Het innovatief vermogen van scholen in het basisonderwijs: een tweede vooronderzoek. Pedagogische studiën, 1996: 73; 42-55.
Validering:
Wordt beschreven in: Houtveen, Th, Van de Grift, W. De intensiteit van betrokkenheid van onderwijsgevenden bij het werken aan onderwijsvernieuwingen. Utrecht: Interdisciplinair Sociaal Wetenschappelijk Onderzoeksinstituut, 1993. De dimensies voldoen aan de eisen die aan een Rasch-schaal worden gesteld. Constructvaliditeit en predictieve validiteit zijn ook onderzocht en lijken goed te zijn.
Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:
Scholen
Wie vult het instrument in:
Docenten.

2. Decision Determinants Questionnaire (DDQ)
Inhoud:
De Decision Determinants Questionnaire (DDQ) is een vragenlijst met behulp waarvan factoren kunnen worden gemeten die van invloed zijn op het succesvol implementeren van een innovatie. Deze factoren hebben allen betrekking op de bereidheid tot verandering van een organisatie. Er worden acht dimensies onderscheiden: Ability (mate waarin noodzakelijke hulpbronnen aanwezig zijn), Values (mate waarin de innovatie overeenkomt met waarden van de doelgroep), Idea (mate waarin de doelgroep inzicht heeft in de innovatie en de eisen die het implementeren hiervan stelt), Circumstances (mate waarin omstandigheden voorkomen die invloed hebben op de implementatie), Timing (mate waarin de innovatie op het juiste moment wordt geïmplementeerd), Obligation (mate waarin de doelgroep de noodzaak tot de verandering voelt), Resistance (mate waarin weerstanden tegen de innovatie voorkomen in de doelgroep) en Yield (mate waarin de innovatie in de ogen van de doelgroep leidt tot opbrengsten die de moeite waard zijn). De scores op de DDQ-variabelen blijken sterk afhankelijk te zijn van eigenschappen van de persoon die de DDQ invult. Daarom is het aan te raden de vragenlijst bij zoveel mogelijk mensen in de organisatie af te nemen.
Referentie:
Bedell, Ward, Archer & Stokes. An empirical evaluation of a model of knowledge utilization. Evaluation Review, 1985: 9(2); 109-126. Zij hebben de engelse versie ontwikkeld. Voor de Nederlandse vertaling zie: Bogaart, P.H.M. van den, Wintels, P.M.A.E. Evaluatie van intensieve thuisbegeleiding (Hometraining). Resultaten van een onderzoek onder tien experimentele projecten. Leiden: CJO, 1988.

Validering:
In 1992 is een valideringsstudie verricht die een positief beeld oplevert van de psychometrische eigenschappen en begripsvaliditeit (zie Bijl, B., Van den Bogaart, PHM. Het meten van de bereidheid tot verandering. Betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandstalige versie van de DDQ. Ped. T. 17 (1992), nr.1, 26-41).
Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:
Niet helemaal duidelijk. Het lijkt een algemeen model te zijn dat op allerlei soorten organisaties van toepassing is. Voor zover bekend is de Nederlandse versie vooral in de jeugdhulpverlening gebruikt.
Wie vult het instrument in:
Zoveel mogelijk mensen die met de vernieuwing gaan werken.

3. Innovatie-Vermogen-Schalen (IVS)
Inhoud:
Het instrument is bedoeld om een diagnose te stellen voordat men een vernieuwing invoert, maar kan ook als evaluatie-instrument gehanteerd worden. Schalen in het instrument zijn: innovatiesnelheid (hoe snel gaat het vernieuwingsproces voor de medewerkers), innovatiebereidheid (veel / weinig weerstand), innovatiecapaciteit (de mate waarin de organisatie in staat is de noodzakelijke veranderingen in structuur, leidinggeven, cultuur e.d. aan te brengen ten gevolge van de invoering van een bepaald type vernieuwing) en innovatiekwaliteit (de eindresultaten van een totaal innovatietraject).
Referentie:
Cozijnsen, AJ. Het innovatievermogen van politie-organisaties. Onderzoek naar de mogelijkheden van een non-profit-organisatie om complexe vernieuwingen succesvol door te voeren. Dissertatie, Kluwer Bedrijfswetenschappen, Deventer, 1989.
Validering:
Psychometrische eigenschappen zijn onderzocht en zien er goed uit. Over validiteit wordt niets gezegd, maar de items zijn wel in overleg met het veld (politie-organisaties) opgesteld.
Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:
Non-profit-organisaties, specifiek voor politie-organisaties.
Wie vult het instrument in:
Voor medewerkers van een organisatie die met de vernieuwing te maken krijgen / hebben.

4. Innovatie-Management-Vermogen (IMP)
Inhoud:
Meet het innovatie-management-vermogen van een organisatie. Dit manifesteert zich in de mogelijkheid van een organisatie om verschillende aspecten geïntegreerd te beschouwen en daar per hoofdfactor parallelle innovatieprocessen aan te verbinden. De hoofdfactoren zijn: management van de technologie-resources, management van de human resources, management van de organisationele condities en management van de operationele sturing van de innovatie.
Referentie:
Vrakking WJ, Cozijnsen AJ. Managementtechnieken bij effectief innoveren. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen, 1990.
Validering:
Wordt niets over gezegd.

Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:
Algemene doelgroep
Wie vult het instrument in:
Wordt niet expliciet gezegd, maar waarschijnlijk de managers.

5. Preventie Effectiviteits-Instrument (Preffi).
Inhoud:
Een set richtlijnen voor sturing van de effectiviteit van gvo / preventie-interventies in de praktijk. Preffi is opgebouwd uit elementen die van belang zijn voor de ontwikkeling, uitvoering, evaluatie en implementatie van gvo / preventie-interventies. Het uitgangspunt is een planmatige aanpak: via probleemanalyse naar gedragsanalyse naar gedragsdeterminantenanalyse worden interventies ontwikkeld om de vernieuwing te implementeren.
Referentie:
Molleman, G., Van Driel, W., Keijsers, J. PReventie EFFectiviteits-Instrument, PREFFI 1.0: ontwikkeling van een effectiviteitsinstrument voor de gvo / preventiepraktijk. Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1995
Validering:
Niet wetenschappelijk, maar wel door praktijkervaring. Een valideringsstudie is in voorbereiding.
Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:
GVO- en preventieveld
Wie vult het instrument in:
Degenen die de interventie ontwikkelen en implementeren.

6. Vragenlijst om het innovatief vermogen van een organisatie te meten
Inhoud:
De vragenlijst meet verschillende aspecten van het innovatief vermogen van een organisatie: visieontwikkeling, participatie in besluitvorming, leerkansen en mogelijkheden (professionele ontwikkeling), waardering en vernieuwingsbereidheid van individuen. Het betreft voorwaarden voor het succesvol invoeren van vernieuwingen. Het gaat om percepties en ervaringen van degenen die met de vernieuwing moeten werken.
Auteurs:
Ros, AA., Swinkels-Kuijlaars, HPC, Theunissen, JJCM, Visser, JJCM, Jongmans, CT, Geijsel, F. Over vernieuwingen gesproken: Onderzoek naar het innovatief vermogen en de invoering van de basisvorming en de kwalificatiestructuur op AOC's. Wageningen: Vakgroep Agrarische Onderwijskunde Landbouwuniversiteit Wageningen, 1996.
Validering:
Psychometrische eigenschappen zijn onderzocht en van de meeste schalen redelijk tot goed. Over inhoudsvaliditeit wordt niet zoveel gezegd, behalve dat de factoren en de items zijn afgeleid uit onderzoek.
Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:
Onderwijs
Wie vult het instrument in:
Degene die met de vernieuwing gaan werken (in dit geval docenten).

7. Diagnose innovatievermogen van organisaties (DIVO)
   Inhoud:
   DIVO meet aan het begin van het innovatieproces het innovatievermogen van de organisatie. Het instrument bestaat uit vier schalen: innovatiebeleid, innovatiebereidheid, veranderingscapaciteit en sturingspotentieel. Het levert een profiel op van het innovatievermogen van afdelingen en / of organisaties. Met behulp van dit instrument kan vastgesteld worden welke facetten een zwakke schakel vormen.
   Referentie:
   Cozijnsen AJ. Vrakking WJ. Ontwerp en invoering. Strategieën voor organisatieverandering. Alphen aan den Rijn: Samson Bedrijfsinformatie, 1998.
   Validering:
   Psychometrische eigenschappen zijn goed, voor zover onderzocht. Over de validiteit wordt niets gezegd, maar wel dat het instrument al in veel organisaties gebruikt is.
   Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:
   Organisaties in het algemeen.
   Wie vult het instrument in:
   Leidinggevenden.

8. WIZDIZ-99 (Diagnose-instrument Integrale Zorg)
   Inhoud:
   Het instrument is bedoeld om beslissingsondersteunende informatie te genereren. Het instrument bevat vier hoofdfactoren: draagvlak, lokale context, netwerkmanagement en externe factoren. Uitgangspunt is dat de factoren nauw verweven zijn, waardoor er geen rangschikking (van belangrijkheid) van factoren is gedaan. Met alle factoren moet rekening worden gehouden.
   Referentie:
   Van Raak, AJA., Mur-Veeman, IM., Paulus, ATG., Van Merode, GG. Transmurale zorg organiseren: eerst weten, dan doen. ZM magazine, 1999: 2; 2-6.
   Validering:
   Niet gevalideerd, wel gebaseerd op uit onderzoek komende factoren.
   Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:
   Transmurale zorg.
   Wie vult het instrument in:
   Iemand die een helikopterblik heeft en het totale initiatief en het netwerk kan overzien (bijvoorbeeld een projectleider, coördinator of netwerkmanager).

9. Evidence based practice (EBP) vragenlijst
   Inhoud:
   De vragenlijst meet de (dis)congruentie tussen de huidige en de wenselijke organisatiekenmerken, zodat duidelijk wordt in hoeverre een organisatie EBP rijp is. Het instrument kent verschillende dimensies: structuur (complexiteit, centralisatie, standaardisatie en communicatie), cultuur (artifacts, espoused values en basis assumptions), human resource (kenmerken personen, kenmerken groep en human resource praktijk) en politiek (diepte niveau, operationele niveau en beleidsniveau).
   Referentie:
   Huizenga, AJ. EBP Rijpheid gezondheidsorganisaties langs de meetlat: ontwikkeling van een meetinstrument. Utrecht: Hogeschool van Utrecht, 2000: afstudeerscriptie.

Validering:
Poging tot het meten van inhoudsvaliditeit en interne consistentie: echter door het geringe aantal deelnemers is niet duidelijk of dit het geval is. Het is wel een veelbelovend instrument.
Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:
Verpleegkundigen die evidence based moeten gaan werken.
Wie vult instrument in:
Leidinggevenden.

10. AGREE
Inhoud:
Het instrument beoordeelt de kwaliteit van klinische richtlijnen. Het beoordeelt zowel de kwaliteit van de verslaglegging als de kwaliteit van bepaalde aspecten van de aanbevelingen. Het beoordeelt de kans dat een richtlijn zijn gewenste doel zal behalen, maar niet de daadwerkelijke impact op patiëntuitkomsten. Het instrument is gemaakt voor de beoordeling van richtlijnen ontwikkeld door lokale, regionale, nationale en internationale organisaties of groepen. Het instrument is generiek van aard en kan worden toegepast op richtlijnen voor diagnostiek, voorlichting of behandeling van elk ziektebeeld.
Het instrument kent zes verschillende domeinen: onderwerp en doel, betrokkenheid van belanghebbenden, methodologie, helderheid en presentatie, toepassing en onafhankelijkheid van de opstellers.
Referentie:
The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument, www.agreecollaboration.org. ISBN 90-76316-13-9.
Validering:
Validiteit (face validity, construct validity, criterion validity) en betrouwbaarheid (Cronbach's alpha en interclass correlations) zijn onderzocht en zien er goed uit. Publicatie hiervan door de AGREE Collaboration vindt binnenkort plaats in het tijdschrift Quality and Safety in Health Care.
Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:
Gezondheidszorg.
Wie vult instrument in:
Beleidsmakers, richtlijnmakers, zorgverleners, docenten. Er wordt geadviseerd elke richtlijn door tenminste twee, maar liefst vier beoordelaars te laten beoordelen om de betrouwbaarheid van de beoordeling te vergroten.

6.2 Meetinstrumenten die niet afkomstig zijn uit Nederland

11. BARRIERS
Inhoud:
Het instrument meet de barrières die zorgverleners, leidinggevenden en academici ervaren bij het in de praktijk gebruiken van onderzoeksbevindingen. In feite heeft dit instrument betrekking op research utilization. Middels factoranalyse zijn vier factoren gevonden: kenmerken van de gebruiker, kenmerken van de organisatie, kenmerken van de vernieuwing en kenmerken van de communicatie (hoe komen onderzoeksresultaten bij gebruikers).
Referentie:
Funk, SG., Champagne, MT., Wiese, RA., Tornquist, EM. BARRIERS: The barriers to research utilization scale. Appl-Nurs-Res, 1991: 39-45.

Validering:
Face-validity en content validity zijn getest door de items voor te leggen aan experts. Psychometrische eigenschappen zijn onderzocht en deze zijn adequaat. Achteraf zijn factoranalyses gedaan. Vooraf is niet al nagedacht over de onderliggende dimensies.
Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:
Gezondheidszorg: de verpleegkundige professie.
Wie vult het instrument in:
Zorgverleners, leidinggevenden en academici.

12. Team Climate Inventory (TCI)
Inhoud:
Deze vragenlijst meet het 'klimaat' van de werkomgeving zoals individuen dat ervaren. De vragenlijst beoogt de 'shared perceptions' van het klimaat te meten en dan met name van de groep (team) waar men mee werkt. De vragenlijst bestaat uit vier factoren: vision, participative safety (team participation en safety), task orientation (climate for excellence en constructive controversy) en support for innovation.
Referentie:
Anderson, NR., West MA., Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. Journal of organizational behavior, 1998: 19; 235-258.
Validering:
Het artikel is een valideringsartikel. De betrouwbaarheid en validiteit zijn beschreven en zijn veelbelovend.
Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:
Ziekenhuizen
Wie vult het instrument in:
Managers, zorgverleners en alle andere medewerkers van een ziekenhuis.

13. Innovation Readiness Scale (IRS)
Inhoud:
IRS meet het individuele oordeel met betrekking tot het innovatievermogen van gezondheidszorgorganisaties. Beleidsmakers kunnen de percepties van individuele verpleegkundigen gebruiken om innovatiestrategieën te ontwikkelen.
Referentie:
Snyder-Halpern, R. Measuring organizational readiness for nursing research programs. Western Journal of nursing research, 1998: 20(2); 223-237.
Validering:
Psychometrische eigenschappen en constructvaliditeit zijn gemeten: betrouwbaarheid lijkt goed, constructvaliditeit laat nog wat te wensen over.
Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:
Gezondheidszorgorganisaties
Wie vult het instrument in:
Verpleegkundigen.

14. Coping with organizational change scale
Inhoud:
Deze 12-item vragenlijst meet hoe managers op veranderingen reageren en hoe ze veranderingen leiden. Niet zo duidelijk is in hoeverre dit van invloed is op

daadwerkelijke implementatie van zorgvernieuwingen. Gekeken is hoe persoonskenmerken van de manager de score op deze vragenlijst beïnvloeden.
Referentie:
Judge, TA., Thoresen, CJ. Pucik, V. Welbourne, TM. Managerial coping with organizational change: a dispositional perspective. Journal of Applied psychology, 1999: 84(1); 107-122.
Validering:
Inhoud van de items is afkomstig uit de literatuur. Psychometrische eigenschappen zijn gemeten en goed bevonden.
Veld waarvoor instrument ontwikkeld is:
Managers in profit-organisaties.
Wie vult het instrument in:
In het betreffende onderzoek is de vragenlijst ingevuld door managers (self-report), peers, leidinggevende van de manager en ondergeschikten. Scores van de manager zelf werden vergeleken met die van de andere drie groepen die de vragenlijst in moesten vullen over de betreffende manager.

6.3 Vergelijking meetinstrumenten

Uitgaande van de vier hoofdcategorieën factoren zoals ze in het onderhavige onderzoek worden gehanteerd, dan valt op dat de meeste meetinstrumenten betrekking hebben op een deel van de factoren. Sommige instrumenten richten zich alleen op organisatie- en omgevingskenmerken (IMP, TCI en Coping with organizational change). Anderen richten zich voornamelijk op kenmerken van de (toekomstige) gebruiker (Intensiteit van betrokkenheid) of op de kenmerken van de vernieuwing (AGREE). Twee instrumenten (DDQ en BARRRIERS) bestrijken alle categorieën. Omdat het niet mogelijk was een exemplaar van alle meetinstrumenten op te vragen, is een vergelijking op item-niveau wat betreft de factoren die in de literatuurreview en het Delphi-onderzoek werden gevonden, niet mogelijk.

Voor 10 van de 15 meetinstrumenten is het gebruikersperspectief deels of geheel als uitgangspunt genomen bij de bepaling van de belemmerende en bevorderende factoren. Dat wil zeggen dat het meetinstrument door de (toekomstige) gebruiker moet worden ingevuld c.q. toegepast. Van 1 meetinstrument is niet duidelijk wie het invult c.q. toepast.

In totaal zijn 11 van de 15 meetinstrumenten (mede) afkomstig te zijn uit Nederland, waarvan 1 vertaald en uitgetest voor de Nederlandse situatie. Daarnaast blijken 7 meetinstrumenten specifiek ontwikkeld te zijn voor de gezondheidszorg. De overige meetinstrumenten zijn ontwikkeld voor het onderwijs of niet specifiek voor de gezondheidszorg. Bovenstaande zaken combinerend, blijkt drie meetinstrumenten specifiek ontwikkeld te zijn voor de Nederlandse gezondheidszorg (Preffi, WIZDIZ-99 en EBP).

Wat betreft onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van de verschillende meetinstrumenten blijken dat er bij 7 instrumenten onderzoek is gedaan naar zowel de betrouwbaarheid als de validiteit (Intensiteit van betrokkenheid, DDQ, EBP, AGREE, BARRIERS, TCI en IRS). Bij 4 meetinstrumenten is of alleen de betrouwbaarheid onderzocht of alleen de validiteit. Van de overige instrumenten is niet duidelijk of er onderzoek is verricht naar ofwel de validiteit, ofwel de betrouwbaarheid.

Op de keper beschouwd is er geen instrument dat én alle categorieën factoren onderzoekt én betrekking heeft op de gezondheidszorg in Nederland. Van het instrument BARRIERS kan gezegd worden dat het alle categorieën factoren meet en er onderzoek is gedaan naar de betrouwbaarheid en validiteit, maar dat het niet ontwikkeld is voor de gezondheidszorg in Nederland. Voor de EBP geldt dat het voor de Nederlandse gezondheidszorg is ontwikkeld en er onderzoek is gedaan naar de validiteit en betrouwbaarheid, maar dat het instrument niet alle categorieën factoren beslaat.

7 Conclusie en aanbevelingen

7.1 Aantal belemmerende en bevorderende factoren

Geconcludeerd kan worden dat er uit de literatuurreview een vrij consistent beeld van 52 factoren komt die van invloed zijn bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Voor het merendeel van deze factoren geldt dat de invloed ervan in meerdere studies is aangetoond. Voor 9 factoren komt er een ambivalenter beeld uit de literatuurreview naar voren. Dat wil zeggen dat in sommige studies is gevonden dat deze factoren van invloed zijn, en in andere studies dat ze er niet toe doen.
Het ambivalente beeld wat betreft deze 9 factoren is mogelijk verklaarbaar door de kwaliteit van de diverse studies (zie ook kanttekeningen bij het onderzoek). Zoals in hoofdstuk 2 is betoogd zal de invloed van een factor mede afhankelijk zijn van de opzet van het onderzoek. Het inzetten van een adequate implementatiestrategie zal er bijvoorbeeld voor zorgen dat een factor niet meer als belemmerend wordt ervaren. Dit in tegenstelling tot een zelfde project waarbij er geen invoerstrategie is ingezet. Daarnaast blijkt dat in de onderzoeken uit de literatuurreview zeer divers is gevraagd naar belemmerende en bevorderende factoren. Wat betreft de bron van informatie werd soms aan de gebruiker gevraagd welke factoren een rol speelden en andere keren aan het management. Als methode werd de ene keer een interview gebruikt en de andere keer een vragenlijst. En tenslotte werd er soms open gevraagd naar belemmerende en bevorderende factoren en andere keren naar een selectie van factoren, al dan niet gebaseerd op theoretische overwegingen. Deze verschillen kunnen er oorzaak van zijn dat er uit de literatuurreview conflicterende bevindingen komen.

Geconcludeerd kan worden dat er een hoge mate van overeenstemming is tussen de bevindingen uit de literatuurreview en de mening van de deskundigen wat betreft de invloed van factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Zoals gezegd komen uit de literatuurreview 52 factoren naar voren die van invloed zijn. Van nagenoeg al deze 52 factoren is door de deskundigen aan het Delphi-onderzoek aangegeven dat deze factoren van belang zijn, dat wil zeggen van invloed bij de implementatie. Drie factoren kunnen volgens de deskundigen met een andere factor gecombineerd worden vanwege de inhoudelijke overlap. Per saldo is er één factor waarvan de deskundigen van mening zijn dat deze er niet toe doet, omdat andere, onderliggende, factoren belangrijker zijn. Dus gegeven het feit dat factor x een rol speelt, doet factor y er misschien niet meer toe. Door de deskundigen in het Delphi-onderzoek is herhaalde malen aangegeven dat de invloed van sommige factoren afhankelijk is van anderen.
Het verschil tussen de bevindingen van de literatuurreview en het Delphi-onderzoek wat betreft deze ene factor kan enerzijds mogelijk verklaard worden uit de kwaliteit van de studies, maar anderzijds uit het feit dat de mening van de deskundigen niet gebaseerd hoeft te zijn op empirische gegevens.

7.2 Richting van invloed van de factoren

Geconcludeerd kan worden dat er eveneens een grote mate van overeenstemming is tussen de bevindingen van het literatuuronderzoek en de deskundigen aan het Delphi-onderzoek wat betreft de richting van de invloed van de verschillende factoren. Het gaat hierbij om de polen / uitersten van de verschillende factoren in termen van bijvoorbeeld

´veel´ versus ´weinig´. Wanneer in de literatuurreview bijvoorbeeld is gevonden dat ´veel´ ondersteuning door de leidinggevende bevorderend was en ´weinig´ ondersteuning belemmerend, dan komt dit bijna altijd overeen met de mening van de deskundigen omtrent de invloed van deze polen / uitersten.
Voor slechts drie factoren geldt dat de deskundigen van mening zijn dat een van de polen / extremen niet van invloed is, terwijl in de literatuurreview is gevonden dat deze polen wel van invloed zijn. Zoals in paragraaf 7.1 betoogd, kunnen bovengenoemde discrepanties mogelijk verklaard worden uit de kwaliteit van de verschillende studies (zie ook kanttekeningen bij het onderzoek). Daarnaast is het natuurlijk mogelijk dat de mening van de deskundigen niet overeen komt met datgene wat er in de praktijk gevonden wordt.

Opvallend is dat wanneer een factor gemeten wordt, er in bijna alle gevallen ook een invloed van deze factor gevonden wordt op de mate van gebruik. Met andere woorden, het komt zelden voor dat een gemeten factor niet van invloed is. Beide zaken maken het moeilijk om een rangorde aan te geven in de mate van voorkomen van een factor. Als bijvoorbeeld factoren met betrekking tot de organisatie vaker zouden zijn gemeten, zou misschien de invloed van deze factoren ook groter zijn.
Eveneens opmerkelijk is dat er in de studies uit de literatuurreview vaker belemmerende dan bevorderende factoren worden genoemd, ook wanneer gecorrigeerd wordt voor het feit dat in sommige studies alleen is gevraagd naar belemmerende factoren en in andere studies alleen naar bevorderende factoren. Overigens is er wat dit betreft een verschil tussen de kwalitatief goede studies en de wat minder goede studies. Bij de kwalitatief goede studies geldt dat wanneer een factor bevorderend is, het tegenovergestelde van deze factor bijna altijd belemmerend is. Omgekeerd is dat niet het geval. Slechts bij de helft van de belemmerende factoren, is het tegenovergestelde van de factor bevorderend. Bij de kwalitatief minder goede studies lijkt dit juist omgekeerd te zijn: wanneer een factor bevorderend is, is het tegenovergestelde van deze factor slechts in de helft van de gevallen belemmerend. Wanneer een factor belemmerend is, is het tegenovergestelde van de factor zelden bevorderend. De reden voor bovengenoemde verschillen is niet duidelijk.

7.3 Beïnvloedbaarheid factoren

We zijn er niet in geslaagd de deelnemers aan het Delphi-onderzoek de vraag over de beïnvloedbaarheid van de verschillende factoren goed voor te leggen. Alleen in de eerste ronde werd per factor naar de beïnvloedbaarheid gevraagd. De deskundigen gaven echter aan dat bijna alle factoren beïnvloedbaar zijn, mits de randvoorwaarden ruimschoots aanwezig zijn, zoals geld en tijd. De vraag naar de beïnvloedbaarheid werd door veel deskundigen als een non-vraag beschouwd. Omdat daarnaast bleek dat de deskundigen overvraagd werden door de vele factoren waarover ze een uitspraak moesten doen, werd besloten in de verdere rondes alleen te concentreren op de hoofdvraag, namelijk welke factoren van invloed zijn.
Echter vanuit theoretisch perspectief mag worden verwacht dat de verschillende factoren met betrekking tot de gebruiker over het algemeen beïnvloedbaar zijn, uitgezonderd uiteraard demografische kenmerken. Dit geldt ook voor de verschillende factoren met betrekking tot de vernieuwing. Wanneer het gaat om de factoren met betrekking tot de organisatie en de sociaal-politieke omgeving zal de beïnvloedbaarheid moeizamer zijn en soms niet mogelijk. Zaken als personeelsverloop of expertise binnen een organisatie zijn over het algemeen wel beïnvloedbaar, maar zullen in veel gevallen de reikwijdte overstijgen van een enkelvoudig project dat een zorgvernieuwing wil

invoeren. Wanneer het gaat om verandering van de grootte van de organisatie of wet- en regelgeving dan zal beïnvloeding nauwelijks mogelijk zijn. Daarbij speelt ook de afweging een rol, of de winst die de verandering oplevert, opweegt tegen bijvoorbeeld extra middelen, doorlooptijd of menskracht die daarvoor nodig is.
Over het algemeen kan gesteld worden dat het aantal theorieën en methoden waaruit geput kan worden met betrekking tot verandering op het niveau van het individu en het interpersoonlijke niveau, vrij groot en vrij uitgewerkt is. Bij ieder hoger niveau (organisatie, regio, nationaal, internatonaal) wordt het aantal beschikbare theorieën en methoden schaarser.

7.4 Meetinstrumenten belemmerende en bevorderende factoren

Afgezet tegen de hoofdcategorieën van factoren uit het onderhavige onderzoek, kan geconcludeerd worden dat twee van de 15 gevonden meetinstrumenten om belemmerende en bevorderende factoren te meten alle categorieën factoren bestrijken. Het is niet mogelijk om op item-niveau een vergelijking te maken tussen de factoren uit deze twee meetinstrumenten en de gevonden factoren uit de onderhavige studies.
Vier van de 15 meetinstrumenten zijn (mede) ontwikkeld voor de Nederlandse gezondheidszorg. De overige instrumenten zijn ontwikkeld voor andere wetenschapsgebieden zoals de onderwijskunde of de organisatiekunde. Daarnaast blijkt een deel van de instrumenten niet ontwikkeld te zijn binnen Nederland. Van deze instrumenten is natuurlijk de vraag in hoeverre ze toegepast kunnen worden binnen de Nederlandse gezondheidszorg.
Bij vijf van de 15 gevonden meetinstrumenten is onderzoek verricht naar de betrouwbaarheid en validiteit van de meetinstrumenten waarbij niet alle instrumenten gunstig scoorden.

Bovenstaande zaken combinerend kan geconcludeerd worden dat er geen enkel meetinstrument is gevonden dat én alle categorieën factoren onderzoekt én betrekking heeft op de gezondheidszorg in Nederland én waarbij onderzoek is gedaan naar de betrouwbaarheid en validiteit. Dit neemt niet weg dat er een aantal veelbelovende meetinstrumenten tussen zitten voor de Nederlandse gezondheidszorg zoals de Preffi, de WIZDIZ-99, de EBP en het AGREE-instrument. Met een combinatie van deze instrumenten zal mogelijk een groot deel van de factoren bestreken kunnen worden. Dit laat onverlet dat voor al deze meetinstrumenten geldt dat verder onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid gewenst is.
Ook wat betreft de overige meetinstrumenten kan gesteld worden dat er veel belovende instrumenten tussen zitten. Echter voor toepassing van buitenlandse instrumenten zal eerst een vertaalslag moeten worden gemaakt naar de Nederlandse situatie. Dit geldt ook voor de meetinstrumenten die niet specifiek voor de gezondheidszorg zijn ontwikkeld. Beide zaken vergen uiteraard nieuwe onderzoeksinitiatieven.

7.5 Kanttekeningen bij het onderzoek

Bij het zoeken naar studies met belemmerende en bevorderende factoren hebben we vrij breed gezocht, enerzijds wat betreft het soort databases en anderzijds wat betreft de trefwoorden waarbij ook op vrije tekst werd gezocht. Desalniettemin is het mogelijk dat we niet alle studies waarbij de invloed van factoren is onderzocht, hebben achterhaald. Met name de grijze literatuur is ondervertegenwoordigd in dit onderzoek. Het gaat dan bijvoorbeeld om rapporten waarover niet in tijdschriften is gerapporteerd. Een mogelijke consequentie is dat de invloed van sommige factoren daardoor onderbelicht

is gebleven. De verwachting is dat de gevonden lijst met factoren redelijk compleet is, temeer de deskundigen aan het Delphi-onderzoek slechts twee extra factoren hebben toegevoegd die volgens hen ontbraken.

Een soortgelijke kanttekening kan gemaakt worden bij de gevonden meetinstrumenten. We hebben niet systematisch gezocht naar meetinstrumenten en daardoor is de lijst van meetinstrumenten niet compleet. Daarnaast hebben we geen zicht op meetinstrumenten binnen en buiten Nederland die nog in ontwikkeling zijn of die gehanteerd worden binnen onderzoeksinstituten maar waar niet over gepubliceerd wordt. Door de gehanteerde zoekmethode via studies waarin belemmerende en bevorderende zijn gemeten en via de sneeuwbalmethode, zullen we naar alle waarschijnlijkheid de meest prominente gepubliceerde meetinstrumenten er toch uitgehaald hebben.

Het aantal studies en de kwaliteit ervan maakt het moeilijk uitspraken te doen over de mate van belang van de verschillende factoren. Zoals eerder betoogd is het aantal en het soort factoren dat gevonden wordt mede afhankelijk van het hanteren van een invoerstrategie, de personen die men bevraagt (1^e of 2^e hand en zowel bij de gebruikers als de niet-gebruikers) en op welke wijze en hoe volledig naar de factoren wordt gevraagd. De diversiteit hierin binnen de gevonden studies is te groot om ze onderling te kunnen vergelijken. Daarnaast is geen enkele studie gevonden waarbij én voorafgaand een probleemanalyse is gedaan, én op basis van deze probleemanalyse een invoerstrategie is gekozen, waarbij zowel aan de gebruikers als niet-gebruikers is gevraagd welke factoren een rol hadden gespeeld, én dit open is gevraagd of een selectie is gemaakt op theoretische overwegingen. Daarnaast was er slechts een studie waarbij gebruik is gemaakt van multivariate analyses om de invloed van de verschillende gevonden factoren te wegen.

We hebben geprobeerd zoveel mogelijk achtergrondgegevens van de geïncludeerde studies te verzamelen. Desondanks is het mogelijk dat we niet over alle informatie beschikten. Het zou dus mogelijk kunnen zijn dat in sommige studies bijvoorbeeld wel een probleemanalyse is gedaan voorafgaande aan de implementatie, maar dat dit nergens beschreven is. Dit betekent dat uit het onderzoek op sommige punten mogelijkerwijs een negatiever beeld te voorschijn komt dan is werkelijkheid het geval is.

Opmerkelijk is dat tijdens de eerste ronde bleek dat veel respondenten slecht uit de voeten konden met een indeling in de fasen van adoptie en implementatie. In de laatste Delphi-ronde kwam echter terug dat het toch wenselijk is een onderscheid te maken tussen de fase van adoptie en implementatie. Misschien speelde hierbij een rol dat de experts vanuit een verschillende achtergrond spraken. Waar voor de een een onderscheid in fasen uiterst bruikbaar is, doet dit voor de ander gekunsteld aan.
Daarnaast is het opmerkelijk dat zowel tijdens de eerste ronde als tijdens de laatste mondelinge ronde er een verschil van opvatting leek te bestaan tussen enerzijds de implementatieonderzoekers en anderzijds de implementatiebegeleiders (implementatie-adviseurs, implementatiecoördinatoren, stafmedewerkers en beleidsmedewerkers).

Factoren met betrekking tot de (toekomstige) gebruiker zijn het vaakst gemeten in de studies uit de literatuurreview. Factoren met betrekking tot de organisatie, de zorgvernieuwing en de patiënt zijn relatief weinig gemeten. Sommige factoren zijn slechts 1 keer gemeten. Dit is niet geheel verrassend omdat, zoals reeds in de inleiding gesteld, de reden om het onderhavige onderzoek uit te voeren juist is dat er relatief

weinig bekend is over factoren die een rol spelen wanneer men in organisaties vernieuwingen gaat implementeren. Het feit dat bepaalde factoren weinig gemeten zijn, kan wel van invloed zijn op de reikwijdte van bovenstaande conclusies met betrekking tot de invloed van de verschillende factoren.

7.6 Aanbevelingen

De uitkomsten van dit onderzoek kunnen op twee manieren geïnterpreteerd worden. Eén manier is vrij somber met als conclusie dat er weinig kwalitatief goed onderzoek voorhanden is op het gebied van implementatie en dat valide en betrouwbare meetinstrumenten om belemmerende en bevorderende factoren te meten, ontbreken. Een tweede perspectief is dat er weliswaar nog veel werk te verrichten valt, maar dat het onderzoek veel positieve aanknopingspunten geeft voor verder onderzoek en gedachtevorming rondom implementatie. De onderzoekstraditie binnen de gezondheidszorg op het gebied van implementatie is nog relatief jong. Veel vragen zijn nog onbeantwoord, theorievorming omtrent implementatie in organisaties is nog in ontwikkeling en er kan niet geput worden uit een arsenaal van bewezen effectieve interventies. Graag zouden wij vanuit dit laatste perspectief naar de resultaten willen kijken en een aantal aanbevelingen willen formuleren.

- Het is wenselijk dat de lijst met factoren die uit het onderzoek naar voren komt, verder wordt uitgewerkt c.q. wordt onderzocht. De uitwerking zou moeten plaatsvinden in twee richtingen, conform de adviezen van de deskundigen aan het Delphi-onderzoek.
  Aan de ene kant gaat het om een verdere uitwerking en rubricering van de factoren tot een checklist voor mensen die zich in de dagelijkse praktijk met implementatie van zorgvernieuwingen bezig houden, zoals implementatieadviseurs, implementatie-coördinatoren of implementatiebegeleiders. Hiertoe zou de lijst verder moeten worden gerubriceerd naar samenhangende factoren, naar de fase van implementatie, en de beïnvloedbaarheid van de verschillende factoren. Tevens zou er een handleiding gemaakt moeten worden met daarin het gebruiksdoel en de reikwijdte van de checklist, alsmede voorbeelden van de verschillende factoren. Daarin zou duidelijk moeten staan dat de lijst niet als een mechanisch model moet worden beschouwd en in die zin waarschijnlijk met name door ervaren implementatiedeskundigen kan worden gebruikt.

- Aan de andere kant gaat het om de uitwerking van de lijst met factoren voor verder onderzoek. Via de literatuurreview en het Delphi-onderzoek zijn inductief hypothesen geformuleerd (de lijst met factoren) die het startpunt zouden kunnen vormen voor toetsend onderzoek. Daartoe zullen in eerste instantie de verschillende factoren geoperationaliseerd moeten worden. Toetsend onderzoek zou kunnen plaatsvinden door in een groot aantal implementatieonderzoeken pér factor na te gaan in hoeverre deze een rol speelt / heeft gespeeld. Dit geeft niet alleen meer inzicht in de invloed van de verschillende afzonderlijke factoren, maar juist ook in de verhouding tot elkaar. Toetsing in een groot aantal onderzoeken zou dus antwoord kunnen geven op de vraag of bepaalde factoren, gegeven de context, gegeven het soort vernieuwing en gegeven andere factoren, er meer of minder toe doen. Een dergelijk onderzoek zou de basis kunnen vormen voor de daadwerkelijke ontwikkeling van een meetinstrument. Dit toetsende onderzoek en het op termijn ontwikkelen van een meetinstrument zou zeker in samenspraak en samenwerking moeten plaatsvinden met andere organisaties die op dit terrein bezig zijn.

Momenteel worden er door verschillende organisaties lijsten met factoren ontwikkeld. Dat iedere organisatie vanuit een eigen invalshoek deze lijsten ontwikkelt, is in zekere zin alleen maar goed, gezien het nog redelijk braakliggende gebied van de implementatie. Meer afstemming en koppeling van de diverse bevindingen is voor de ontwikkeling van het implementatieonderzoek wenselijk. Hierbij zou voor ZonMw een rol weggelegd kunnen zijn. Een structuur of programma, onder auspiciën van ZonMw, waar uitwisseling tussen de diverse implementatieprojecten mogelijk is, zou de afstemming van implementatiebevindingen faciliteren.

- Het zou aardig zijn om na te gaan in hoeverre er verschillen bestaan tussen enerzijds onderzoekers op het gebied van implementatie en anderzijds mensen die zich in de dagelijkse praktijk met het invoeren van vernieuwingen bezig houden. Dit naar aanleiding van het Delphi-onderzoek waarin over sommige punten, zoals het proces van implementatie of beïnvloedende factoren, een verschil van mening leek te bestaan. Voor een mogelijke betere afstemming tussen theorie en praktijk zou het goed zijn dit nader te analyseren.

- Zoals op voorhand werd verwacht is er relatief weinig (goed) onderzoek voorhanden op het gebied van implementatie in organisaties. Het is wenselijk dat er meer onderzoek wordt verricht naar implementatieprocessen binnen organisaties en de factoren die hierbij een rol spelen. Dit om het gedachtegoed en de theorievorming hieromtrent beter te kunnen ontwikkelen. Een interessant aandachtspunt daarbij is, behalve de eerder genoemde belemmerende en bevorderende factoren, de interactie tussen de verschillende niveaus waarop de implementatie zich afspeelt. Daarmee bedoelen we de interactie tussen het individu, de nauwere sociale omgeving, de organisatie en de inbedding van de organisatie in bredere verbanden / netwerken.

- Aansluitend op bovenstaand punt is het wenselijk dat de kwaliteit van het implementatieonderzoek verbetert. In het onderhavige onderzoek springen daarbij een aantal zaken in het oog die wellicht verbetering c.q. aanscherping behoeven. In de eerste plaats is opvallend dat er vrij weinig studies zijn opgezet op basis van een theoretisch model of theoretische overwegingen. In de tweede plaats blijkt er nauwelijks een probleemanalyse of needs assesment plaats te vinden voorafgaand aan de implementatie. In de derde plaats blijkt de keuze van invoerstrategieën veelal niet te zijn onderbouwd en niet aan te sluiten bij de determinanten die uit de probleemanalyse naar voren komen. En tenslotte wordt veelal alleen naar belemmerende factoren gevraagd bij de niet-gebruikers van de vernieuwing, terwijl voor een goed vergelijk van essentiële factoren dit zowel bij de gebruikers als de niet-gebruikers zou moeten gebeuren.
  Het is wenselijk dat onderzoekers en implementatiedeskundigen met bovenstaande zaken rekening houden bij toekomstige implementatieprojecten zodat er minder bias ontstaat en de vergelijking van de onderzoeksresultaten makkelijker wordt.

- Om de resultaten van implementatieonderzoek beter te kunnen vergelijken is het belangrijk dat er een eenduidige wijze van notatie komt op een aantal punten. Als het gaat om invoerstrategieën is het wenselijk dat bijvoorbeeld wordt vermeld wat de precieze inhoud van de strategie is, of er een pilottest is verricht, wat de duur / periode van de strategie was, wie met de strategie te maken kreeg en hoe (individueel, groepsgewijs, massamediaal, persoonlijk). Hetzelfde geldt voor de wijze waarop en naar welke belemmerende en bevorderende factoren is gevraagd.

- Uit de literatuurreview bleek dat er zelden gebruik wordt gemaakt van theorieën voor het ontwerp van een invoerstrategie, en dat er nauwelijks onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van invoerstrategieën. Het is wenselijk dat er meer onderzoek wordt verricht naar de methodieken die verantwoordelijk gehouden mogen worden voor een geslaagde implementatie. Hiermee doelen we op het theoretisch veranderingsprincipe (methodiek) dat vervolgens een specifieke uitwerking kan hebben in een project (strategie).

- Uit het onderzoek blijkt dat de mate van implementatie op zeer verschillende wijze wordt bepaald. Voor de bepaling van de mate van implementatie werd onder andere de omvang van het gebruik (hoeveel onderdelen zijn gebruikt) gemeten, de frequentie van gebruik (hoe vaak wordt het gebruikt), en de intensiteit van het gebruik (door hoeveel personen wordt het gebruikt). Daaraan zou als implementatiemaat nog toegevoegd kunnen worden de duur van het gebruik en conceptueel gebruik. Eveneens is het voor de vergelijking van onderzoeksresultaten van belang dat dit op een eenduidige wijze gebeurt. Daarnaast is het belangrijk te noteren welke motivatie ten grondslag ligt aan het gebruiken van een bepaalde maat. Tenslotte is het wenselijk verder onderzoek te verrichten naar de verschillende dimensies van gebruik en hoe deze gemeten moeten worden.

8 Literatuur

Backer TE. Integrating behavioral and systems strategies to change clinical practice. Jt Comm J Qual Improv 1995;21:251-253.

Bedell et al. An emiprical evaluation of a model of knowledge utilization. Evaluation Rev 1985;2:109-26.

Beekum TW van. Advies inzake het Stimuleringsprogramma Thuiszorgtechnologie. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1995.

Browman GP. Levine MN., Mohide EA., Hayward RSA., Pritchard KI., Gafni A., Laupacis A. The practice guidelines development cycle: a conceptual tool for practice guidelines development and implementation. J Clin Oncol 1995;13(2):502-512.

Bijl B, Bogaart PHM van den. Het meten van de bereidheid tot verandering. Betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandstalige versie van de DDQ. Pedagog Tijdschr 1992;17:26-41.

Cozijnsen AJ et al. Ontwerp en invoering. Alphen aan de Rijn: Samsom, 1998.

Dijk JAGM van, Goede MPM de, Hart H 't, Teunissen J. Onderzoeken en veranderen: methoden van praktijkonderzoek. Leiden: Stenfert Kroese, 1991.

Elford RW, Jennett, Bell N, Szafran O, Meadows L. Putting prevention into practice. Health Rep 1994;6(1).

Fleuren MAH. Managing (imminent) miscarriage in primary health care. Thesis. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997.

Fleuren MAH. Waarom worden standaarden in de praktijk niet gevolgd en wat valt eraan te doen? Huisarts Wet 1998;11:511-514.

Fleuren MAH, Verlaan ML, Jong ORW de, Filedt Kok-Weimar TL, Leerdam FJM van, Radder JJ. Implementatie van standaarden in de jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.

Frame PS. Health maintenance in clinical practice: strategies and barriers. Am Fam Physician, 1992;45(3):1192-1200.

Freemantle N, Harvey EL, Wolf F, Grimshaw JM, Grilli R, Bero LA. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* 1, 2002. Oxford: Update Software.

Fullan MG. The new meaning of educational change. London: Cassell Educational Limited, 1991.
Goldstein LB. Clinical preventive practice. Health Reports 1994;6(1):139-141.

Greer AL. The shape of resistance... the shapers of change. Jt Comm J Qual Improv, 1995;21:328-332.

Griffith HM., Rahman MI. Implementing the Put Prevention into Practice Program. Nurse Pract 1994;19(10):12-19.

Grilli R, Ramsey C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilisation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* 1, 2002. Oxford: Update Software.

Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. BMJ 1997;315:418-421.

Grol R, Wensing M, red. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier, 2001.

Harris J. Family-centered maternity care: the nursing administrator's role. Can J Nurs Adm 1990;3:16-18.

Hulscher MEJL, Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* 1, 2002. Oxford: Update Software.

Hunter DJ. Effective practice. J Eval Clin Pract, 1995;1:131-134.

Kaluzny AD., Konrad TR., McLaughlin CP. Organizational strategies for implementing clinical guidelines. Jt Comm J Qual Improv, 1995;21:347-351.

Kay Bartholomew L, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Intervention mapping: designing theory- and evidence-based health promotion programs. New York: McGraw-Hill Companies, 2001.

Kaye W, Mancine ME, Richards N. Organizing and implementing a hospital-wide first-responder automated external defibrillation program: strengthening the in-hospital chain of survival. Resuscitation 1995;30:151-156.

King L, Hawe P, Wise M. From research into practice in health promotion: a review of the literature on dissemination. Sydney: NCHP, 1996.

Logan J, Graham ID. Towards a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. Science Communication 1998;20:227-246.

Molleman G, Driel W van, Keijsers J. Preventie EFFectiviteits-Instrument, PREFFI 1.0: ontwikkeling van een effectiviteitsinstrument voor de gvo/preventieptaktijk. Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1995.

Onion CW, Walley T. Clinical guidelines: development, implementation, and effectiveness. Postgrad Med J, 1995;71:3-9.

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

Paulussen TGWM. Werkzaamheid en doeltreffendheid van gezondheidsvoorlichting bij roken, lichamelijke activiteit en stresshantering. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Deel IV: Effecten van preventie. Bilthoven: RIVM, 1997.
Prevoo EGHM, Voeten M. De Delphi-methode voor het bepalen van opleidingsbehoeften. Gids voor de opleidingspraktijk 1989;hst 4.41:1-19.

Reinertsen JL. Collaborating outside the box: when employers and providers take on environmental barriers to guideline implementation. Jt Comm J Qual Improv, 1995;21:612-618.

Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: The Free Press, 1995.

Rogers EM. Lessons for guidelines from the diffusion of innovations. Jt Comm J Qual Improv, 1995;21:324-328.

Swanborn PG. Basisboek sociaal onderzoek. Meppel: Boom, 1991.

Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* 1, 2002a. Oxford: Update Software.

Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* 1, 2002b. Oxford: Update Software.

Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* 2, 2002c. Oxford: Update Software.

Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* 1, 2002d. Oxford: Update Software.

Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Freemantle N, Harvey EL. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* 1, 2002e. Oxford: Update Software.

Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing change in primary care: a literature review. Int J Quality Health care 1994;6:115-132.

Wensing M, Weijden T van der. Implementatie-onderzoek; veld en voorbeelden. Tijdschr Gezondheidswet 1999;77:119-21.

Ziegenfuss JT. Organizational barriers to quality improvement in medical and health care organizations. Qual Assur Util Rev, 1991;6(4):115-122.

ZorgOnderzoek Nederland. Met het oog op toepassing. Den Haag, ZON, 1998.

9 Referenties geïncludeerde artikelen

[2] Baskerville B, LeTouzé D. Facilitating the involvement of Canadian health care facilities in health promotion. Patient Educ Counselling, 1990;15:113-125.

[3] McPhee SJ, Bird JA. Implementation of cancer prevention guidelines in clinical practice. J Gen Intern Med 1990;5:september/october supplement.

[8] Corrigan PW, Kwartarini WY, Pramana W. Staff perception of barriers to behaviour therapy at a psychiatric hospital. Behav Modification, 1992;16:132-144.

[9] Harke JM, Richgels K. Barriers to implementing a continence program in nursing homes. Clin Nursing Res 1992;1:158-168.

[10] Heins JM, Nord WR, Cameron M. Establishing and sustaining state-of-the-art diabetes patient education programs: research and recommendations. Diabetes Educator, 1992;18:501-508.

[12] Inouye SK, Acampora D, Miller RL, Fulmer T, Hurst LD, Cooney LM. The Yale geriatric program: a model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. J Am Geriatric Soc 1993;41:1345-1352.

[18] Hallstrom R, Beck SL. Implementation of the AORN skin shaving standard. Evaluation of a planned change. AORN Journal, 1993;58:498-506.

[19] Wender RC. Cancer screening and prevention in primary care: obstacles for physicians. Cancer Supplement, 1993;72:1093-1099.

[23] Weir C, Lincoln M, Roscoe D, Turner C, Moreshead G. Dimensions associated with successful implementation of a hospital based integrated order entry system. Med Care Appl, 1994:653-657.

[31] Skovholt C, Lia-Hoagberg, Mullett S, Siiteri RK, Vanman R, Josten L, McKay C, Oberg CN. The Minnesota prenatal coordination project: successes and obstacles. Public Health Rep 1994;109:774-781.

[32] Lipscomb GH, Ling FW. Development of a program teaching laparoscopic sterilization using local anesthesia. Obstet Gynecol 1995;86:609-612.

[41] Steffensen FH, Olesen F, Sørensen HR. Implementation of guidelines on stroke prevention. Fam Pract 1995;12:269-273.

[48] Rumore MM, Feifer S, Rumore JS. New York city pharmacists and OBRA ’90: one year later. Am Pharmacy 1995;NS35:29-34,66.

[54] Maly RC, Abrahamse AF, Hirsch SH, Frank JC, Reuben DB. What influences physician practice behaviour? An interview study of physicians who received consultative geriatric assessment recommendations. Arch Fam Med, 1996;5:448-454.

[56] O´Connor PJ, Solberg LI, Christianson J, Amundson G, Mosser G. Mechanism of action and impact of a cystitis clinical practice guideline on outcomes and costs of care in an HMO. J Qual Improvement, 1996; 22:673-682.

[60] Ramsey PW, McConnell P, Palmer BH, Glenn LL. Nurses' compliance with universal precautions before and after implementation of OSHA regulations. Clinical Nurse Specialist, 1996;10:234-239.

[61] Scutchfield FD, Hiltabiddle SE, Rawding N, Violante T. Compliance with the recommendations of the Institute of medicine report, The future of public health: a survey of local health departments. J Public Health Pol 1997;18:155-166.

[66] Medder J, Susman JL, Gilbert C, Crabtree BF, McIlvain HE, McVea K, Davis CM, Hawver M. Dissemination and implementation of Put Prevention into family Practice. Am J Prev Med 1997;13:345-351.

[76] Lekan-Rutledge D, Palmer MH, Belyea M. In their own words: nursing assistants' perceptions of barriers to implementation of prompted voiding in long-term care. Gerontologist 1998;38:370-378.

[82] Soumerai SB, McLaughlin TJ, Gurwitz JH, Guadagnoli E, Hauptman PJ, Borbas C, Morris N, McLaghlin B, Gao X, Willison DJ, Asinger R, Gobel F. Effect of local medical opinion leaders on quality of care for acute myocardial infarction: a randomised controlled trial. JAMA 1998;279:1358-1363.

[90] Li C, Olsen Y, Kvigne V, Welty T. Implementation of substance use screening in prenatal clinics. South Dakota, 1999;52:59-64.

[91] Ely EW, Bennett A, Bowton DL, Murphy SM, Florance AM, Haponik EF. Large scale implementation of a respiratory therapist-driven protocol for ventilator weaning. Am J Respir Crit Care Med, 1999;159:439-446.

[101] Taylor SM, Elliott S, Robinson K, Taylor S. Community-based heart health promotion: perceptions of facilitators and barriers. Can J Public Health 1998;89:406-409.

[105] Lau F, Penn A, Wilson D, Noseworthy T, Vincent D, Doze S. The diffusion of an evidence-based disease guidance system for managing stroke. Int J Medical Informatics, 1998;51:107-116.

[108] Brockopp DY, Brockopp G, Warden S, Wilson J, Carpenter JS, Vandeveer B. Barriers to change: a pain management project. Int J Nurs Stud 1998;35:226-232.

[233] University of Michigan School of Public Health, Battelle Centers for public Health Research and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services, Public health Department, Center for Disease Control and Prevention, national Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Cancer Prevention and Control. Strategies for providing follow-up and treatment services in the National Breast and Cervical Cancer Program. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1998;47:215-218.

[238] Warren B, Pohl JM. Cancer screening practices of nurse practitioners. Cancer Nursing, 1990;13:143-151.

[239] Han Y, Baumann LC, Cimpric B. Factors influencing registered nurses teaching breast self-examination to female clients. Cancer Nursing, 1996;19:197-203.

[241] Gemson DH, Dickey LL, Ganz ML, Ashford AR, Francis CK. Acceptance and use of Put Prevention into Practice materials at an inner-city hospital. Am J Prev Med 1996;12:233-237.

[255] Sutherland G, Straton j, Hyndman J. Cervical cancer: an inpatient screening service. Austr J Advanced Nursing, 1996;14:20-27.

[265] Lekkerkerk M, Schoenmaker A, Broek PJ van den, Daha Th. De gebruikswaarde van de WIP-richtlijnen: een onderzoek onder hygiënisten. Tijdschr Hygiëne Infectieprev 1998;17:13-16.

[282] Wiefferink CH, Dukkers van Emden DM. Institutionalisering van zorgvernieuwingsprojecten. Hoe vergaat het zorgvernieuwingen op de lange termijn? Medisch Contact, 1996;51:644-646.

[284] Sluijs EM, Bakker DH de. Implementatie van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg. Eerste ervaringen in instellingen. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1995;73:193-199.

[288] Kaasenbrood A, Tilburg W van. De verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen. Tijdschr Psychiatrie, 1997;39:220-231.

[305] Rens-Leenaarts ECM van, Horstman K, Thijs C. Implementatie van preventie richtlijnen voor wiegendood in de zuigelingenzorg. Tijdschr Soc Gezondheidszorg, 1999;77:337-340.

[343] Mur-Veeman I, Van Raak, Maarse H. Dutch home care: towards a new organization? Health policy, 1994;27:141-156.

[350] Wolf J. Zorgvernieuwing, een tussenbalans. Maandbl Geestelijke Volksgezondheid, 1995;1:1171-1188.

[396] Gökcay G, Uzel N, Kayatürk F, Neyzi O. ten steps for successful breast-feeding: assessment of hospital performance, its determinants and planning improvement. Child Care Health Dev 1997;23:187-200.

[397] Hirth RS, Fendrick AM, Chernew ME. Specialist and generalist physicians' adoption of antibiotic therapy to eradicate Helicobacter pylori infection. Medical Care, 1996;34:1199-1204.

[400] Klazinga N. Concerted action programme on quality assurance in hospitals 1990-1993 (COMAC/HSR/QA). Global results of the evaluation. Int J Qual Health Care, 1994;6:219-230.

[401] Ettema R. De impact van de eerste verpleegkundige richtlijn: een onderzoek naar de implementatie van de ambulante compressietherapie. Kwaliteit en Zorg, 1993;1-110-110.

[402] Freed GL, Bordley WC, Clark SJ, Konrad TR. Universal hepatitis B immunization of infants: reactions of pediatricians and family physicians over time. Pediatrics, 1994;93:747-751.

[403] Ellrodt AG, Conner L, Riedinger M, Weingarten S. Measuring and improving physician compliance with clinical practice guidelines: a controlled interventional trial. Ann Intern Med., 1995;122:277-282.

[404] Matthews IP, Roberts CJ, Roberts GM, Field S, Brindle MJ. Compliance with guidelines for choice of radiographic projection: a multicentre study. Clin Radiol 1994;49:537-540.

[405] Reis EC, Goepp JG, Katz S, Santosham M. Barriers to use of oral rehydration therapy. Pediatrics, 1994;93:708-711.

[406] Westrate W, Portegies P, Crevel H van. Het gebruik van protocollen op een neurologische afdeling. Ned Tijdschr Geneeskd, 1994;138:1579-1583.

[411] McNabb K, Keller ML. Nurses' risk taking regarding HIV transmission in the workplace. West J Nursing Res 1991;16:732-745.

[412] Kelen GD, DiGiovanna TA, Celentano DD, Kalainov D, Bisson L, Junkins E, Stein A, Lofy L, Scott CRJ, Sivertson KT, Quinn TC. Adherence to universal (barrier) precautions during interventions on critically ill and injured emergency department patients. J Acquired Immune Def Syndroms, 1990;3:987-994.

[419] Moriaty DR, Stephens LC. Factors that influence diabetes patients teaching performed by hospital staff nurses. Diabetes Educator, 1990;16:31-35.

[424] Grilli R, Lomas J. Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. Medical Care 1994;32:202-213.

[497] Lia-Hoagberg B, Schaffer M, Strohschein S. Public health nursing practice guidelines: an evaluation of dissemination and use. Public Health Nursing, 1999;16:397-404.

[501] Goodson P, Gottlieb NH, Smith MM. Put prevention into practice. Evaluation of program initiation in nine Texas clinical sites. Am J Prev Med 1999;17:73-78.

[502] Sluijs EM, Dekker J. Diffusion of a quality improvement programme among allied health professionals. Int J Qual Health Care, 1999;11:337-344.

[504] Farris KB, Schopflocher DP. Between intention and behaviour: an application of community pharmacists' assessment of pharmaceutical care. Soc Sci Med, 1999;49:55-66.

[507] Venkataraman K, Madhavan S, Bone P. Barriers and facilitators to pharmaceutical care in rural community practice. J Soc Admin Pharmacy 1997;14:208-219.

[521] Odedina FT, Segal R, Hepler CD. Providing pharmaceutical care in community practice: Differences between providers and non-providers of pharmaceutical care. J Soc Admin Pharmacy 1995;12:170-180.

[522] Odedina F, Segal R, Hepler CD, Lipowski E, Kimberlin C. Changing pharmacists' practice pattern: Pharmacists' implementation of pharmaceutical care factors. J Soc Admin Pharmacy, 1996;13:74-88.

A Zoektermen elektronische databases

Zoektermen Medline:

- diffusion of innovation, organisational innovation, health plan implementation

Eén van deze termen werd gekoppeld aan één van de volgende termen:

- reference-standards, guidelines, total quality management, guideline-adherence

Uit beide rijtjes was dus minimaal één zoekterm aanwezig.

- vrije tekst: barriers, obstacles, impeding factors, stimulating factors

Eén van deze termen werd gekoppeld aan één van de volgende termen:

- vrije tekst: implementation, innovation, dissemination, diffusion, institutionalisation, adoption, organisational change

Uit beide rijtjes was dus minimaal één zoekterm aanwezig.

Zoektermen PsycLIT:

- motivation, achievement motivation, educational incentives, employee motivation, incentives, intrinsic motivation, exploratory behaviour, intention, planned behaviour, decision making, choice behaviour, group decision making, management decision making, organisational change, organisational development, organisational effectiveness.

Eén van deze termen werd gekoppeld aan één van de volgende termen:

- institutionalisation, hospitalisation, health personnel, medical personnel, nurses, paramedical personnel, physicians, psychiatric hospital staff, hospitals, nursing homes, health care services, organisational change.

Uit beide rijtjes was dus minimaal één zoekterm aanwezig. Tot slot is bij het resultaat van deze zoekactie nog geselecteerd op de zoektermen ‘efficacy’ of ‘effectiveness’.

Zoektermen Eric:

- innovation, educational innovation, change, resistance to change, diffusion, organisational change.

Eén van deze termen werd gekoppeld aan één van de volgende termen:

- organisational effectiveness, teacher effectiveness, teachers, teacher motivation.

Uit beide rijtjes was dus minimaal één zoekterm aanwezig.

Zoektermen Combined Health Information Database (CHID):

- intervention strategies, diffusion of innovations, health plan implementation.

Eén van deze termen werd gekoppeld aan één van de volgende termen:

- hospitals, nursing homes, health care services

Uit beide rijtjes was dus minimaal één zoekterm aanwezig. Tot slot is bij het resultaat van deze zoekactie nog geselecteerd op de zoektermen ‘efficacy’ of ‘effectiveness’ en in een aparte zoekactie op ‘nurses’, ‘physicians’ en ‘health professionals’.

Zoektermen Healthpromis:

- implementation, innovation, diffusion, dissemination, institutionalisation, organisational change.

Eén van deze termen werd gekoppeld aan één van de volgende termen:

- hospitals, nursing homes, home care, primary health care, community health services.

Uit beide rijtjes was dus minimaal één zoekterm aanwezig.

Zoektermen Healthstar:

- diffusion of innovation, organizational innovation, health plan implementation, program evaluation, guideline adherence, practice guidelines, clinical protocols, guidelines, standards

Zoektermen Sociological abstracts:

- health services, health professions, physicians, nurses, hospitals, nursing homes, mental health services, mental hospitals, health maintenance organisations, delivery systems, human service organisations, community mental health centres.

Eén van deze termen werd gekoppeld aan één van de volgende termen:

- organisational behaviour, organisational change, organisational commitment, organisational development, organisational effectiveness, organisational implementation, organisational innovation, organisational structure, organisation theory, organisational culture.

Uit beide rijtjes was dus minimaal één zoekterm aanwezig. Het resultaat van deze gecombineerde zoekacties werd verfijnd met één van de volgende zoektermen:

- implementation (in titel), adoption of innovations, implementation, program implementation.

Zoektermen Heclinet:

- implementation, guideline, standard, quality assurance, recommendation, reengineering, restructuring,

Eén van deze termen werd gekoppeld aan één van de volgende termen:

- organization, evaluation

Uit beide rijtjes was dus minimaal één zoekterm aanwezig.

Zoektermen Pica:

- in titel: richtlijnen, implementatie, preventieprogramma, standaarden, protocollen, zorgvernieuwing, institutionalisering, verspreiding, innovatievermogen, kwaliteitssystemen.

Zoektermen GLIN:

- innovatie, gezondheidszorg, implementatie.

Zoektermen SWTL:

- innovatie, kwaliteitsanalyse, kwaliteitszorg, organisatieverandering, protocollen, sociale vernieuwing, samenwerking

Eén van deze termen werd gekoppeld aan één van de volgende termen:

- gezondheidszorg, preventieve gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, organisatiestructuur, organisaties

Uit beide rijtjes was dus minimaal één zoekterm aanwezig.

B Scoreformulier artikelen

ALGEMEEN

Nummer in database	.....……
1e auteur	.....
Jaar publicatie	….....
Naam Tijdschrift	.....
Inclusie	O ja O nee, reden …….

Hoofdonderzoek

1. **Design**

O randomised controlled trial
O cohort study
O case study
O review
O pretest-posttest
O posttest only
O cross-sectional
O focusgroepen / delphi
O prospective recording

2. **Follow-up:** O n.v.t.

O voormeting:	..... maanden voorafgaand aan interventie	O niet vermeld
O 1e nameting:	..... maanden na afloop van interventie	O niet vermeld
O 2e nameting:	..... maanden na afloop van interventie	O niet vermeld
uitval:	..... %	O niet vermeld

3. **Uitkomstmaten**:

O mate van verspreiding / bereik	...%	O niet vermeld
O mate van adoptie	...%	O niet vermeld
O mate van implementatie	...%	O niet vermeld
O mate van institutionalisering	...%	O niet vermeld

O belemmerende en bevorderende factoren
O anders, nl.....

4. **Meetinstrumenten**:

O Schriftelijke vragenlijst	O niet beschreven
	O gevalideerde vragenlijst
	O vragenlijst zelf ontwikkeld
	O betrouwbaarheid beschreven
	O validiteit beschreven
O Interviews	O niet beschreven
	O gestructureerd
	O semi-gestructureerd
O Registratie	O niet beschreven
	O bestaande gegevens
	O voor onderzoek geregistreerde gegevens
O Observatie	
O Artikelen	

5. **Respondenten**:
O artsen, aantal: .....
O verpleegkundigen, aantal: .....
O paramedici, aantal: .....
O patiënten, aantal: .....
O managers, aantal: .....
O anders, nl. ....., aantal:....
O niet beschreven

Aantal organisaties:.....

<u>Nevenonderzoek, gericht op bevorderende en belemmerende factoren</u>

6. **Design**
O case study
O review
O pretest-posttest
O posttest only
O cross-sectional
O focusgroepen / delphi
O prospective recording

7. **Follow-up:**

O n.v.t.		
O periode tussen interventie en meetmoment:	..... maanden	O niet vermeld
O aantal metingen:	....	O niet vermeld
O uitval:	..... %	O niet vermeld

8. **Uitkomstmaten**:
O belemmerende en bevorderende factoren
O anders, nl.....

9. **Meetinstrumenten**:

O Schriftelijke vragenlijst	O niet beschreven
	O gevalideerde vragenlijst
	O vragenlijst zelf ontwikkeld
	O betrouwbaarheid beschreven
	O validiteit beschreven
O Interviews	O niet beschreven
	O gestructureerd
	O semi-gestructureerd
O Registratie	O niet beschreven
	O bestaande gegevens
	O voor onderzoek geregistreerde gegevens
O Observatie	
O Artikelen	

10. **Respondenten**:
O artsen, aantal: .....
O verpleegkundigen, aantal: .....
O paramedici, aantal: .....
O patiënten, aantal: .....
O managers, aantal: …….
O anders, nl. ....., aantal:....
O niet beschreven

11. **Soort innovatie**:

O Standaard / protocol	beschreven:	O ja	O nee	O gedeeltelijk
O Programma	beschreven:	O ja	O nee	O gedeeltelijk
O Kwaliteitssysteem	beschreven:	O ja	O nee	O gedeeltelijk
O Anders, namelijk		……		

12 **Inhoud innovatie gericht op**: …….

13. **Soort organisatie:** Aantal werknemers

O Ziekenhuis	….……
O Verpleeghuis	….…...
O GGD	….…...
O Thuiszorginstelling	….…...
O Primary Health Care Centers	….….
O Anders, namelijk	……

14. **Uitvoerders / gebruikers van vernieuwing:** Aantal

O Artsen	.....
O Verpleegkundigen	.....
O Paramedici	.....
O Management	.....
O Anders, nl;	……

15. **Doelgroep / eindgebruiker**

O Patiënten

O Algemene publieksgroep

O Anders, nl. .....

16. **Probleemanalyse voorafgaand**

O Empirische diagnose gesteld

- O kennis van de vernieuwing
- O uitkomstverwachtingen en waardering t.a.v. de voorgestelde vernieuwing
- O beheersingsvaardigheden met betrekking tot succesvol gebruik van de vernieuwing
- O communicatiekanalen die gebruikers benutten om ontwikkelingen op hun vakgebied te volgen
- O netwerkanalyse (binnen organisaties en buiten organisaties)

O Ontwerp van invoerstrategie is theoretisch gefundeerd

- O Sociale leertheorie
- O Goalsetting
- O Attributie
- O Anders, nl.....

O Pilottesten van acceptatiegraad van de voorgenomen invoerstrategie

17. Invoerstrategie	individueel	groepsgewijs	massamediaal	persoonlijk	homogeen	heterogeen
O Geen						
O Per ziekenhuis verschillend	O	O	O	O	O	O
O Promotiemateriaal	O	O	O	O	O	O
O Informatieve groepsbijeenkomsten	O	O	O	O	O	O
O Direct modeling	O	O	O	O	O	O
O Verspreiden van voorbeeldmaterialen	O	O	O	O	O	O
O Verspreiden van vernieuwingsmateriaal	O	O	O	O	O	O
O Outreach visits	O	O	O	O	O	O
O Pre-implementatietraining	O	O	O	O	O	O
O Lokale consensus meetings	O	O	O	O	O	O
O Commitment	O	O	O	O	O	O
O Handleiding	O	O	O	O	O	O
O Interne begeleider / begeleidingsgroep	O	O	O	O	O	O
O Helpdesk op afstand	O	O	O	O	O	O
O Incentives	O	O	O	O	O	O
O Coaching	O	O	O	O	O	O
O Practice support	O	O	O	O	O	O
O Intervisie	O	O	O	O	O	O
O Patiënt gerichte interventies	O	O	O	O	O	O
O Reminders	O	O	O	O	O	O
O Noodzakelijke voorzieningen van buitenaf	O	O	O	O	O	O
O Aanpassing regelgeving	O	O	O	O	O	O
O Feedback over bereikte effecten bij patiënten	O	O	O	O	O	O
O Opinion leader	O	O	O	O	O	O

18. **Duur invoerstrategie**

O Periode …….. dagen / weken O niet bekend

O n.v.t.

19. **Belemmerende factoren**	Gemeten	Belemmerend	Bevorderend
O Organisatiestructuur	O	O	O
O centralisatie / decentralisatie	O	O	O
O relaties geformaliseerd / niet geformaliseerd	O	O	O
O vervlechting / geen vervlechting in netwerk	O	O	O
O grootte organisatie (groot / klein)	O	O	O
O hiërarchisch / plat	O	O	O
O productgericht / procesgericht	O	O	O
O Aanwezigheid van noodzakelijke voorzieningen (resources)	O	O	O
O (on)voldoende personeel	O	O	O
O (on)voldoende financiën	O	O	O
O aan / afwezigheid apparatuur / materialen	O	O	O
O aan / afwezigheid administratieve ondersteuning	O	O	O
O aan / afwezigheid expertise	O	O	O
O (niet) adequate regels en wetten	O	O	O
O slechte / goede organisatie medische dossiers	O	O	O
O (on)voldoende capaciteit	O	O	O
O logistiek	O	O	O

O Aanwezigheid randvoorwaarden	O	O	O
O (geen) incentives, nl.....	O	O	O
O (geen) reïmbursement, nl.....	O	O	O
O (geen) formele bekrachtiging innovatie	O	O	O
O (geen) aanwezigheid coördinator / projectgroep	O	O	O
O gebruikers (niet) betrokken bij ontwikkeling	O	O	O
O geen goede implementatiestrategie	O	O	O
O gebruikers op de hoogte	O	O	O
O Patiëntfactoren	O	O	O
O wensen / eisen van patiënt op zorgverlener	O	O	O
O (geen) compliantie	O	O	O
O (on)wetendheid over baten screening / behandeling	O	O	O
O (geen) twijfel aan deskundigheid arts	O	O	O
O (geen) kosten van screening	O	O	O
O (geen) ongemak (discomfort)	O	O	O
O ongezond gedrag (niet) willen veranderen	O	O	O
O medische voorgeschiedenis / toestand patiënt	O	O	O
O Gebruikerskenmerken	O	O	O
O (geen) ervaren / verwachte support	O	O	O
O collega's	O	O	O
O directe leidinggevende	O	O	O
O hoger management	O	O	O
O andere zorgverleners	O	O	O
O noodzakelijke eigenschappen aan / afwezig	O	O	O
O vaardigheden	O	O	O
O kennis	O	O	O
O motivatie / acceptatie	O	O	O
O ownership	O	O	O
O self-efficacy	O	O	O
O verwachte lage / hoge compliance patiënt	O	O	O
O verwachte lage / hoge tevredenheid patiënt	O	O	O
O (niet) terugvallen in oude routine	O	O	O
O waargenomen (negatief, positief) gedrag van peers	O	O	O
O (geen) tijdgebrek	O	O	O
O (geen) tijd beschikbaar gesteld voor uitvoeren innovatie	O	O	O
O tijdgebrek door concurrerende vernieuwingen	O	O	O
O innovatie sluit (niet) aan bij taakopvatting	O	O	O
O werkgerelateerde stress / burnout	O	O	O
O demografische kenmerken	O	O	O
O participanten hebben verschillende doelen	O	O	O
O mate van specialisatie	O	O	O
O Zorgvernieuwing			
O (geen) procedurele helderheid	O	O	O
O (geen) congruentie met bestaande werkwijze	O	O	O
O (geen) ruimte om innovatie naar eigen situatie aan te passen	O	O	O
O (geen) relatief voordeel voor gebruiker t.o.v. huidige werkwijze	O	O	O
O (geen) zichtbaarheid van uitkomsten	O	O	O
O (niet) gebruikersvriendelijk / aantrekkelijk	O	O	O

O (niet) klinisch relevant	O	O	O
O (niet) wetenschappelijke onderzocht	O	O	O
O kans op nadelige gevolgen is hoog	O	O	O
O triability	O	O	O
O Overige	O	O	O
O geen / wel zorgverzekering	O	O	O
O patiënt heeft meerdere artsen	O	O	O
O (geen) opinieleider / change agent	O	O	O
O (geen) teamwork / samenwerking	O	O	O
O personeelsverloop: hoog / laag	O	O	O
O populatie mobiliteit: hoog / laag	O	O	O
O uitgestelde en indirecte beloning m.b.t. screening	O	O	O
O ethische consideraties	O	O	O
O komt niet in aanraking met de patiënt	O	O	O
O mate van voorkomen van handeling	O	O	O

Kwaliteit studie

- Is er een theoretisch kader waarvan wordt uitgegaan? O ja O nee
  Zo ja, welk theoretisch kader?

- Kwaliteit implementatiemaat: omschrijven wat men onder implementatie verstaat en hoe het is gemeten. Indien onderscheid gemaakt wordt binnen een groep gebruikers naar de mate van implementatie, wordt dit genoteerd.

- Informatie uit 1e of 2e hand? O 1e O 2e
  Indien 2e hand, wie heeft informatie verstrekt en wie is de uitvoerder?

- Zijn belemmerende en bevorderende factoren daadwerkelijk getoetst in relatie tot gebruik?
  O niet gerelateerd aan mate van implementatie / adoptie
  O wel gerelateerd aan mate van implementatie / adoptie, maar alleen bij gebruikers van vernieuwing
  O wel gerelateerd aan mate van implementatie / adoptie, maar alleen bij niet-gebruikers van vernieuwing
  O wel gerelateerd aan mate van implementatie / adoptie, zowel bij gebruikers als niet-gebruikers
  Zo ja, O kwalitatief O kwantitatief (statistische toets).

- Inhoudsvaliditeit meetinstrument belemmerende en bevorderende factoren. Zijn de variabelen afgeleid uit een theorie of uit de literatuur? Volledigheid van gemeten factoren: is er open gevraagd of is er op voorhand een selectie gemaakt?

Effectgrootte: mate van belangrijkheid volgens respondent of onderzoeker (kwalitatief en kwantitatief)

C Overzicht van gevonden studies per database

Database	Gelezen abstracts	Inclusie	Exclusie, wel aangevraagd		
			Invoerstrategie	research utilization	beschouwend
Medline	1184	30	19	31	60
Eric	297	0	-	1	28
PsycLIT	200	0	3	-	24
CHID	143	5	1	-	1
Healthpromis	29	0	1	-	2
Healthstar	46	0	1	-	5
Sociological abstracts	14	0	-	-	2
Heclinet	36	1	-	-	2
Pica	132	5	-	-	33
SWTL	28	1	-	-	6
GLIN	8	0	-	-	-
Via referenties	28	8	1	-	16
Bibliografie kwaliteit van zorg	91	7	4	-	9
Overig	3	-	1	-	1
Totaal	2239	57	31	32	189

D Overzicht factoren 1e Dephi-ronde en voorbeeld van vraagstelling

1. Plaats waar besluitvorming in organisatie plaatsvindt: centraal / decentraal
2. Participatie in netwerk: samenwerkingsverbanden met andere organisaties: groot netwerk / klein netwerk
3. Grootte organisatie: aantal mensen dat in organisatie werkt: veel medewerkers / weinig medewerkers
4. Hiërarchische structuur in organisatie: aantal hiërarchische lagen in organisatie: hiërarchisch / plat
5. Traditionele divisiestructuur versus flexibele (multidisciplinaire) teams: divisiestructuur / flexibele teams
6. Personeelsverloop: mate van personeelswisselingen: hoog verloop personeel / laag verloop personeel
7. Hoeveelheid personeel voor uitvoering van vernieuwing: is er voldoende personeel: veel personeel / weinig personeel
8. Hoeveelheid geld voor uitvoering van vernieuwing: is er voldoende geld: veel geld / weinig geld
9. Aanwezigheid materiele voorzieningen b.v. apparatuur, materialen of ruimte voor uitvoeren vernieuwing: veel materiele voorzieningen / weinig materiele voorzieningen
10. Aanwezige administratieve ondersteuning: veel ondersteuning / weinig ondersteuning
11. Expertise: mate waarin deskundigheid die nodig is voor implementatie in de organisatie aanwezig is: veel expertise / weinig expertise
12. Regels en wetten: mate waarin vernieuwing past binnen bestaande regels en wetten: passend binnen regels of wetten / niet passend binnen regels of wetten
13. Logistieke zaken, b.v. medische dossiers die niet helder zijn: goede logistiek / slechte logistiek
14. Reïmbursement, b.v. vergoeding van zorgverzekeraar voor uitvoering van vernieuwing: wel reïmbursement / geen reïmbursement
15. Formele bekrachtiging, b.v. directie committeert zich door vernieuwing in beleid op te nemen: formele bekrachtiging / geen formele bekrachtiging
16. Coördinator / projectgroep met als rol de invoering optimaal te laten verlopen, tevens aanspreekpunt: coördinator aanwezig / coördinator afwezig
17. (Toekomstige) gebruikers betrokken bij ontwikkeling van de vernieuwing: gebruikers betrokken / gebruikers niet betrokken
18. Opinieleider: een collega die zoveel gezag heeft bij anderen, dat hij / zij als voorbeeld fungeert: opinieleider aanwezig / opinieleider afwezig
19. Samenwerking tussen verschillende geledingen / afdelingen binnen een organisatie: goede samenwerking / slechte samenwerking
20. Mate van vóórkomen van handeling: hoe vaak een vernieuwing daadwerkelijk in de praktijk kan worden toegepast: veel voorkomende handeling / weinig voorkomende handeling
21. Wensen / eisen van patiënt op zorgverlener: patiënt kan zorgverlener vragen / eisen om vernieuwing wel of niet uit te voeren
22. Kennis van patiënt over de baten van de screening of behandeling: voldoende kennis baten / onvoldoende kennis baten
23. Twijfel van patiënt aan deskundigheid van arts met betrekking tot het uitvoeren van de vernieuwing: geen twijfel / wel twijfel

24. Kosten van de vernieuwing die voor rekening van de patiënt komen: geen kosten / wel kosten
25. Belasting die de patiënt ondervindt bij het uitvoeren van de vernieuwing: geen belasting / wel belasting
26. Bereidheid van de patiënt om ongezond gedrag te veranderen, b.v. stoppen met roken: bereid gedrag te veranderen / niet bereid gedrag te veranderen
27. Ervaren steun van collega's (zelfde beroepsgroep) met betrekking tot uitvoering van de vernieuwing: veel steun van collega´s / weinig steun van collega's
28. Ervaren steun van andere zorgverleners (andere beroepsgroep) met betrekking tot uitvoering van de vernieuwing: veel steun van andere zorgverleners / weinig steun van andere zorgverleners
29. Ervaren steun van direct leidinggevende met betrekking tot uitvoering van de vernieuwing: veel steun direct leidinggevende / weinig steun direct leidinggevende
30. Ervaren steun van hoger management (geen direct leidinggevenden) met betrekking tot uitvoering van de vernieuwing: veel steun hoger management / weinig steun hoger management
31. Benodigde vaardigheden waarover de gebruiker beschikt om de vernieuwing uit te voeren: veel vaardigheden / weinig vaardigheden
32. Benodigde kennis waarover de gebruiker beschikt om de vernieuwing uit te kunnen voeren: veel kennis / weinig kennis
33. Ownership: mate waarin de vernieuwing figuurlijk tot eigendom is gemaakt van de gebruiker: ownership / geen ownership
34. Verwachte medewerking van patiënt: verwachting van de gebruiker of de patiënt wil meewerken aan de vernieuwing: hoge verwachte medewerking / lage verwachte medewerking
35. Verwachte tevredenheid patiënt: verwachting van de gebruiker met betrekking tot de tevredenheid van de patiënt over de zorgvernieuwing: hoge tevredenheid / lage tevredenheid
36. Waargenomen gedrag van collega's (zelfde beroepsgroep): hoe collega's met de vernieuwing omgaan: positief gedrag van collega's / negatief gedrag van collega's
37. Beschikbare tijd voor uitvoering van vernieuwing: veel tijd / weinig tijd
38. Aansluiten van vernieuwing bij taakopvatting: past de vernieuwing bij de taakopvatting van de gebruiker: sluit aan bij taakopvatting / sluit niet aan bij taakopvatting
39. Werkgerelateerde stress / burnout bij de gebruiker: veel stress / weinig stress
40. Overeenkomst van doelen tussen gebruikers, b.v. bij transmurale zorg kunnen de gebruikers in het ziekenhuis andere doelen hebben dan de gebruikers in de thuiszorg: dezelfde doelen gebruikers / verschillende doelen gebruikers
41. Ethische problemen die de gebruiker ervaart met betrekking tot de vernieuwing: geen ethische problemen / ethische problemen

(42.) Eigen-effectiviteitsverwachting (self-efficacy): mate waarin de gebruiker zichzelf in staat acht volgens de vernieuwing te gaan werken. Niet naar gevraagd in Delphi-onderzoek (zie paragraaf 3.3)

43. Helderheid procedures / richtlijnen zoals omschreven in de vernieuwing: heldere procedures / geen heldere procedures
44. Congruentie van vernieuwing met bestaande werkwijze: congruentie bestaande werkwijze / geen congruentie bestaande werkwijze
45. Ruimte om vernieuwing aan eigen situatie aan te passen: veel ruimte om aan te passen aan eigen situatie / weinig ruimte om aan te passen aan eigen situatie
46. Relatief voordeel voor gebruiker t.o.v. huidige / oude werkwijze: veel voordeel / weinig voordeel

47. Zichtbaarheid van de uitkomsten voor de gebruiker b.v. of effect van behandeling zichtbaar is: zichtbaarheid uitkomsten / geen zichtbaarheid uitkomsten
48. Aantrekkelijkheid van de vernieuwing voor de gebruiker: hoge aantrekkelijkheid / lage aantrekkelijkheid
49. Klinische relevantie van de vernieuwing: hoge klinische relevantie / lage klinische relevantie
50. Wetenschappelijk gehalte van vernieuwing: in hoeverre is vernieuwing wetenschappelijk bewezen: bewezen / niet bewezen
51. Kans op nadelige gevolgen van vernieuwing voor de patiënt: hoge kans nadelige gevolgen / lage kans nadelige gevolgen
52. Mate waarin het gebruik van de vernieuwing voor de zorgverlener belonend is, b.v. financieel of sociaal: belonend / niet belonend

Voorbeeld van vraagstelling
Participatie in netwerk: samenwerkingsverbanden met andere organisaties

	adoptie		implementatie	
	groot netwerk	klein netwerk	groot netwerk	klein netwerk
Zeer belemmerend				
Belemmerend				
Enigszins belemmerend				
Geen invloed				
Enigszins bevorderend				
Bevorderend				
Zeer bevorderend				
Weet niet				

Is de omschrijving van deze factor adequaat?
O Ja
O Nee, een betere omschrijving is .....

In hoeverre is deze factor beïnvloedbaar wanneer men een vernieuwing in wil voeren?
O niet beïnvloedbaar
O nauwelijks beïnvloedbaar
O beetje beïnvloedbaar
O goed beïnvloedbaar

Opmerkingen:.....

E Overzicht factoren 2e Delphi-ronde en voorbeeld van vraagstelling

1. Plaats waar de besluitvorming over invoering van de zorgvernieuwing, d.w.z. verandering van professioneel handelen, plaatsvindt: centraal (topmanagement) *of* decentraal (professionals)
   Toelichting: idealiter vindt de besluitvorming zowel centraal als decentraal plaats. Het gaat er hier om als een besluit alléén centraal of alléén decentraal wordt genomen, of dit dan bevorderend of belemmerend werkt.
2. Relaties met andere afdelingen en / of organisaties: naar buiten gericht (outreaching) of naar binnen gericht: overwegend naar buiten gericht / overwegend naar binnen gericht
   Toelichting: deze andere afdelingen / organisaties hoeven niet per se bij de zorgvernieuwing betrokken te zijn.
3. Grootte organisatie: aantal mensen dat in organisatie werkt: grote organisatie / middelgrote organisatie / kleine organisatie
   Toelichting: het gaat *niet* om het aantal mensen dat met de zorgvernieuwing gaat werken, maar om het aantal mensen dat in de organisatie werkt
4. Hiërarchische structuur in organisatie: lengte van de beslislijnen waarover communicatie over de zorgvernieuwing verloopt: korte beslislijnen / lange beslislijnen
5. Functionele structuur (gericht op deeltaak) versus 'outputgerichte' structuur (gericht op eindproduct): functionele structuur / outputgerichte structuur
   Toelichting: Een voorbeeld uit confectie-industrie: een afdeling naait alleen maar de rits in een broek (functioneel) versus een afdeling naait de hele broek (outputgericht)
6. Personeelsverloop: mate van personeelswisselingen: hoog verloop personeel / matig verloop personeel / laag verloop personeel
7. Bezettingsgraad: personeelsbezetting op afdeling of in organisatie waar volgens de vernieuwing gewerkt gaat worden: volledige bezetting / onvolledige bezetting
8. Hoeveelheid geld die voor uitvoeren van de zorgvernieuwing beschikbaar is gesteld: veel geld / weinig geld
9. *Ongewijzigd.* Aanwezigheid materiele voorzieningen b.v. apparatuur, materialen of ruimte voor uitvoeren vernieuwing: veel materiele voorzieningen / weinig materiele voorzieningen
10. Aanwezigheid administratieve ondersteuning (voor zover nodig) voor zorgverleners om de zorgvernieuwing optimaal uit te kunnen voeren: veel ondersteuning / weinig ondersteuning
11. Aanwezige expertise (inhoudelijk met betrekking tot de zorgvernieuwing) in de organisatie: veel expertise / weinig expertise
12. *Ongewijzigd.* Regels en wetten: mate waarin vernieuwing past binnen bestaande regels en wetten: passend binnen regels of wetten / niet passend binnen regels of wetten
    Toelichting: het gaat om regels en wetten die door de politiek of beleidsinstantie zijn opgesteld, dus niet de regels binnen de organisatie
13. Logistieke procedure rondom de zorgvernieuwing, b.v. route die cliënt moet doorlopen of wachttijden: goed geregeld / slecht geregeld
14. Financiële vergoeding voor zorgverleners c.q. organisatie om tegemoet te komen aan extra inspanningen die gepleegd moeten worden om met de zorgvernieuwing

te gaan werken: vergoeding extra inspanningen / geen vergoeding extra inspanningen

15. *Ongewijzigd.* Formele bekrachtiging, b.v. directie committeert zich door vernieuwing in beleid op te nemen: formele bekrachtiging / geen formele bekrachtiging
16. *Consensus 1e ronde*. Eén of meerdere personen die belast zijn met het coördineren binnen de organisatie van het implementeren van de zorgvernieuwing: coördinator aanwezig / coördinator afwezig
17. Zorgverleners die met de vernieuwing moeten gaan werken, betrekken bij de ontwikkeling van de zorgvernieuwing: zorgverleners betrokken / zorgverleners niet betrokken
18. Opinieleider: collega die door zijn / haar gezag de mening omtrent het gebruik van de zorgvernieuwing positief beïnvloedt: opinieleider aanwezig / opinieleider afwezig
    Toelichting: een opinieleider is dus een collega en geen coördinator of projectleider
19. *Consensus 1e ronde.* Samenwerking tussen afdelingen die bij de zorgvernieuwing betrokken zijn: goede samenwerking / slechte samenwerking
20. *Ongewijzigd.* Mate van vóórkomen van handeling: hoe vaak een vernieuwing daadwerkelijk in de praktijk kan worden toegepast: veel voorkomende handeling / weinig voorkomende handeling
21. Samengevoegd met factor 26: Bereidheid van cliënt om aan de uitvoering van de zorgvernieuwing mee te werken: wel bereid mee te werken / niet bereid mee te werken
    Toelichting: in wezen gaat het hier om de acceptatie van de zorgvernieuwing door de cliënt.
22. Mate waarin de cliënt op de hoogte is van de (gezondheids)voordelen voor zichzelf als gevolg van de zorgvernieuwing: relatief goed op de hoogte / relatief slecht op de hoogte
23. Twijfel van cliënt aan de deskundigheid van zorgverlener met betrekking tot het uitvoeren van de zorgvernieuwing: geen twijfel deskundigheid / wel twijfel deskundigheid
24. Extra kosten die de cliënt moet maken als volgens de zorgvernieuwing gewerkt wordt: geen extra kosten / wel extra kosten
    Toelichting: de cliënt moet b.v. vaker naar de zorgverlener wat leidt tot hogere reiskosten; b.v. duurdere medicijnen
25. Extra mentale of fysieke belasting die de cliënt ondervindt als volgens de zorgvernieuwing gewerkt wordt: geen extra belasting / wel extra belasting
26. Zie factor 21
27. De steun die de zorgverlener ervaart van collega's (zelfde beroepsgroep) met betrekking tot de uitvoering van de zorgvernieuwing: veel steun / weinig steun
28. De steun die de zorgverlener ervaart van andere zorgverleners waar men mee samenwerkt (andere beroepsgroep) bij de uitvoering van de zorgvernieuwing: veel steun / weinig steun
    Toelichting: deze andere zorgverleners kunnen wel of niet direct betrokken zijn bij de uitvoering van de zorgvernieuwing
29. *Consensus 1e ronde.* De steun die de zorgverlener ervaart van de directe leidinggevende bij de uitvoering van de zorgvernieuwing: veel steun direct leidinggevende / weinig steun direct leidinggevende
30. De steun die de zorgverlener ervaart van het hoger management bij de uitvoering van de zorgvernieuwing: veel steun / weinig steun

31. Mate waarin de zorgverlener de vaardigheden heeft die nodig zijn om de zorgvernieuwing uit te kunnen voeren: veel vaardigheden / weinig vaardigheden
32. Mate waarin de zorgverlener de kennis heeft die nodig is om de zorgvernieuwing uit te kunnen voeren: veel kennis / weinig kennis
33. Ownership: mate van betrokkenheid bij de zorgvernieuwing: hoge betrokkenheid / lage betrokkenheid
    Toelichting: het gaat hierbij niet om het feit of de zorgverlener daadwerkelijk betrokken is geweest bij de ontwikkeling van de zorgvernieuwing, maar of de zorgverlener zich professioneel dan wel persoonlijk betrokken *voelt* bij de zorgvernieuwing
34. Mate waarin de zorgverlener verwacht dat de cliënt wil meewerken aan de zorgvernieuwing: hoge verwachte medewerking / lage verwachte medewerking
    Toelichting: het gaat er niet om of de cliënt daadwerkelijk mee wil werken, maar om de verwachting die de zorgverlener op voorhand heeft met betrekking tot meewerken van de cliënt
35. Mate waarin de zorgverlener verwacht dat de cliënt tevreden zal zijn over de zorgvernieuwing: hoge verwachte tevredenheid / lage verwachte tevredenheid
    Toelichting: het gaat er niet om of de cliënt daadwerkelijk mee wil werken, maar om de verwachting die de zorgverlener op voorhand heeft met betrekking tot meewerken van de cliënt
36. *Consensus 1^{e} ronde*. Waargenomen gedrag van collega's (zelfde beroepsgroep): de mate waarin collega's werken met de zorgvernieuwing: positief gedrag van collega's / negatief gedrag van collega's
37. *Consensus 1^{e} ronde*. De hoeveelheid tijd die beschikbaar is gesteld om volgens de zorgvernieuwing te gaan werken: veel tijd / weinig tijd
38. *Consensus 1^{e} ronde*. Mate waarin de zorgvernieuwing past bij de taakopvatting die de zorgverlener heeft over zijn / haar werk: sluit aan bij taakopvatting / sluit niet aan bij taakopvatting
39. Mate waarin de zorgverlener lijdt aan werkgerelateerde stress: veel stress / weinig stress
    Toelichting: het gaat hier om al bestaande stress, dus niet veroorzaakt door de zorgvernieuwing
40. Mate waarin zorgverleners tegengestelde doelen hebben met betrekking tot het werken volgens de zorgvernieuwing: grote tegenstelling doelen / geen of kleine tegenstelling doelen
    Toelichting: geldt alleen voor zorgvernieuwingen waarbij verschillende beroepsgroepen en / of afdelingen en / of organisaties betrokken zijn
41. Ethische problemen die de zorgverlener ervaart met betrekking tot de zorgvernieuwing: geen ethische problemen / wel ethische problemen

(42.) Eigen-effectiviteitsverwachting (self-efficacy). Niet naar gevraagd in Delphi-onderzoek (zie paragraaf 3.3)

43. *Consensus 1^{e} ronde*. Mate waarin het werken volgens de zorgvernieuwing in heldere stappen is beschreven: heldere procedures / geen heldere procedures
44. Mate waarin het werken volgens de zorgvernieuwing aansluit bij bestaande werkwijze: sluit goed aan bij bestaande werkwijze / sluit slecht aan bij bestaande werkwijze
45. Mate waarin het mogelijk is om het werken volgens de zorgvernieuwing aan de eigen situatie aan te passen zonder dat de effectiviteit van de zorgvernieuwing verloren gaat: veel ruimte / weinig ruimte
46. Samengevoegd met factor 52: Mate waarin het werken volgens de zorgvernieuwing voordeel heeft voor de zorgverlener: voordeel / neutraal / nadeel

Toelichting: zorgvernieuwing kan b.v. minder tijd kosten, goed zijn voor de professionele ontwikkeling, financiële beloning bevatten, status verhogend werken of verhoging van het werkplezier geven

47. *Consensus 1e ronde*. Zichtbaarheid van de uitkomsten voor de gebruiker b.v. of effect van behandeling zichtbaar is: zichtbaarheid uitkomsten / geen zichtbaarheid uitkomsten
48. Mate van aantrekkelijkheid van de (uiterlijke) vormgeving van de zorgvernieuwing: erg aantrekkelijk / niet erg aantrekkelijk
    Toelichting: geldt wanneer bij een zorgvernieuwing materiaal aanwezig is, b.v. standaarden, lespakketten, etc.
49. Samengevoegd met factor 50: Relevantie van zorgvernieuwing: mate waarin uit onderzoek is gebleken dat het toepassen van de zorgvernieuwing in de praktijk een meerwaarde heeft ten opzichte van de oude situatie: geen meerwaarde / wel meerwaarde
50. Zie factor 49
51. Mate waarin de kans op nadelige gevolgen van de zorgvernieuwing voor cliënten toeneemt in vergelijking met de oude situatie: hoge kans / lage kans
    Toelichting: b.v. bijwerkingen van medicijnen of risico dat cliënt loopt door eerder ontslag uit ziekenhuis
52. Zie factor 46

Voorbeeld van vraagstelling
Participatie in netwerk: samenwerkingsverbanden met andere organisaties

Resultaten 1e ronde Groot netwerk: belemmerend 35%; niet / nauwelijks invloed 35%; bevorderend 15%; weet niet 15%
Klein netwerk: belemmerend 5%; niet / nauwelijks invloed 55%; bevorderend 28%; weet niet 13%

Nieuwe omschrijving
Relaties met andere afdelingen en / of organisaties: naar buiten gericht (outreaching) of naar binnen gericht
Toelichting: deze andere afdelingen / organisaties hoeven niet per se bij de zorgvernieuwing betrokken te zijn

	overwegend naar buiten gericht	overwegend naar binnen gericht
Belemmerend		
Niet / nauwelijks invloed		
Bevorderend		
Weet niet		

Kunt u uw antwoord beargumenteren?
……

F Overzicht factoren 3e Delphi-ronde en voorbeeld van vraagstelling

2. Relaties met andere afdelingen en / of organisaties: naar buiten gericht (outreaching) of naar binnen gericht: overwegend naar buiten gericht / overwegend naar binnen gericht
   Toelichting: deze andere afdelingen / organisaties hoeven niet per se bij de zorgvernieuwing betrokken te zijn.
   Stelling: Het feit dat een afdeling / organisatie naar buiten gericht is (outreaching) dan wel naar binnen gericht is, is nauwelijks van invloed.
3. Grootte organisatie: aantal mensen dat in organisatie werkt: grote organisatie / middelgrote organisatie / kleine organisatie
   Toelichting: het gaat *niet* om het aantal mensen dat met de zorgvernieuwing gaat werken, maar om het aantal mensen dat in de organisatie werkt
   Stelling: De grootte van de organisatie is nauwelijks van invloed

3a. *Nieuwe factor*. Aantal mensen dat met de zorgvernieuwing gaat werken
   Stelling: Wanneer veel mensen bij de zorgvernieuwing betrokken zijn, is dat belemmerend. Wanneer weinig mensen bij de zorgvernieuwing betrokken zijn, is dat bevorderend.

5. Functionele structuur (gericht op deeltaak) versus 'outputgerichte' structuur (gericht op eindproduct): functionele structuur / outputgerichte structuur
   Toelichting: Een voorbeeld uit confectie-industrie: een afdeling naait alleen maar de rits in een broek (functioneel) versus een afdeling naait de hele broek (outputgericht)
   Stelling: Een functionele structuur is belemmerend. Een outputgerichte structuur is bevorderend.
6. Personeelsverloop: mate van personeelswisselingen: hoog verloop personeel / matig verloop personeel / laag verloop personeel
   Stelling: Matig personeelsverloop is bevorderend. Laag personeelsverloop is belemmerend.
18. Opinieleider: collega die door zijn / haar gezag de mening omtrent het gebruik van de zorgvernieuwing positief beïnvloedt: opinieleider aanwezig / opinieleider afwezig
   Toelichting: een opinieleider is dus een collega en geen coördinator of projectleider
   Stelling: Afwezigheid van een opinieleider is belemmerend als er weerstand is tegen de zorgvernieuwing (1). Wanneer er geen weerstand is, is deze factor nauwelijks van invloed (2).
20. Mate van vóórkomen van de handeling: hoe vaak een vernieuwing daadwerkelijk in de praktijk kan worden toegepast: veel voorkomende handeling / weinig voorkomende handeling
   Stelling: Een weinig voorkomende handeling is belemmerend.
22. Mate waarin de cliënt op de hoogte is van de (gezondheids)voordelen voor zichzelf als gevolg van de zorgvernieuwing: relatief goed op de hoogte / relatief slecht op de hoogte
   Stelling: Wanneer de cliënt slecht op de hoogte is van de voordelen is dit alléén van invloed als dat leidt tot actieve weerstand, anders is deze factor nauwelijks van invloed.

23. Twijfel van cliënt aan de deskundigheid van zorgverlener met betrekking tot het uitvoeren van de zorgvernieuwing: geen twijfel deskundigheid / wel twijfel deskundigheid
    Stelling: Wanneer de cliënt niet twijfelt aan deskundigheid zorgverlener, is dat nauwelijks van invloed.
24. Extra kosten die de cliënt moet maken als volgens de zorgvernieuwing gewerkt wordt: geen extra kosten / wel extra kosten
    Toelichting: de cliënt moet b.v. vaker naar de zorgverlener wat leidt tot hogere reiskosten; b.v. duurdere medicijnen
    Stelling: Wanneer de cliënt geen extra kosten hoeft te maken ten gevolge van de zorgvernieuwing, is dat nauwelijks van invloed.
25. Extra mentale of fysieke belasting die de cliënt ondervindt als volgens de zorgvernieuwing gewerkt wordt: geen extra belasting / wel extra belasting
    Stelling: Wanneer de cliënt geen extra belasting ondervindt ten gevolge van de zorgvernieuwing, is dat nauwelijks van invloed.
28. De steun die de zorgverlener ervaart van andere zorgverleners waar men mee samenwerkt (andere beroepsgroep) bij de uitvoering van de zorgvernieuwing: veel steun / weinig steun
    Toelichting: deze andere zorgverleners kunnen wel of niet direct betrokken zijn bij de uitvoering van de zorgvernieuwing
    Stelling: Weinig steun van andere zorgverleners is belemmerend.
39. *Nieuwe omschrijving.* Overbelasting bij de zorgverlener: wel overbelasting / geen overbelasting
    Stelling: Overbelasting is belemmerend; geen overbelasting is nauwelijks van invloed.
40. Mate waarin zorgverleners tegengestelde doelen hebben met betrekking tot het werken volgens de zorgvernieuwing: grote tegenstelling doelen / geen of kleine tegenstelling doelen
    Toelichting: geldt alleen voor zorgvernieuwingen waarbij verschillende beroepsgroepen en / of afdelingen en / of organisaties betrokken zijn
    Stelling: Geen / kleine tegenstelling in doelen is bevorderend.
45. Mate waarin het mogelijk is om het werken volgens de zorgvernieuwing aan de eigen situatie aan te passen zonder dat de effectiviteit van de zorgvernieuwing verloren gaat: veel ruimte / weinig ruimte
    Stelling: Weinig mogelijkheden om vernieuwing aan te passen aan eigen situatie is belemmerend.
48. Mate van aantrekkelijkheid van de (uiterlijke) vormgeving van de zorgvernieuwing: erg aantrekkelijk / niet erg aantrekkelijk
    Toelichting: geldt wanneer bij een zorgvernieuwing materialen aanwezig zijn, b.v. standaarden, lespakketten, etc.
    Stelling: Een niet erg aantrekkelijke vormgeving van de zorgvernieuwing is belemmerend.
49. Relevantie van de zorgvernieuwing: mate waarin uit onderzoek is gebleken dat het toepassen van de zorgvernieuwing in de praktijk een meerwaarde heeft ten opzichte van de oude situatie: geen meerwaarde / wel meerwaarde
    Stelling: Geen meerwaarde ten opzichte van oude situatie is belemmerend.
51. Mate waarin de kans op nadelige gevolgen van de zorgvernieuwing voor cliënten toeneemt in vergelijking met de oude situatie: hoge kans / lage kans
    Toelichting: b.v. bijwerkingen van medicijnen of risico dat cliënt loopt door eerder ontslag uit ziekenhuis

Stelling: Een kleine toename van de kans op nadelige gevolgen is nauwelijks van invloed mits er ook duidelijke voordelen zijn.

Voorbeeld vraagstelling
Relaties met andere afdelingen en / of organisaties: naar buiten gericht (outreaching) of naar binnen gericht.

1. Het feit dat een afdeling / organisatie naar buiten gericht is (outreaching), is nauwelijks van invloed.
   Argumentatie: Een naar buiten gerichte afdeling / organisatie kan bevorderend zijn omdat men een groter netwerk / meer bestaande contacten heeft waar men gebruik van kan maken. Dit geldt echter met name voor de fase van adoptie en nauwelijks voor de fase van implementatie.
   O Mee eens
   O Mee oneens
   O Weet niet

Kunt u uw antwoord beargumenteren?
……

2. Het feit dat een afdeling / organisatie naar binnen gericht is, is belemmerend.
   Argumentatie: Een naar binnen gerichte afdeling / organisatie kan belemmerend zijn omdat men minder bestaande contacten heeft waar men gebruik van kan maken. Dit geldt wederom echter mate name voor de fase van adoptie en nauwelijks voor de fase van implementatie.
   O Mee eens
   O Mee oneens
   O Weet niet

Kunt u uw antwoord beargumenteren?
……

3. Waarop ontleent u uw antwoord op bovengenoemde stellingen?
   O Praktijkervaring
   O Onderzoekservaring
   O Theoretische literatuur / inzichten
   O Persoonlijke inschatting

G Argumentatie voor invloed en richting invloed van de factoren

1. De besluitvorming dient zowel centraal als decentraal plaats te vinden. Als het alleen centraal gebeurt dreigt het gevaar dat er geen draagvlak is onder de mensen die het moeten uitvoeren. Als het alleen decentraal gebeurt is er wel draagvlak, maar dreigt het gevaar dat er geen randvoorwaarden / faciliteiten aanwezig zijn (bijvoorbeeld financiering).
   Deze factor staat in relatie tot factor 15.
2. Relaties met andere afdelingen / organisaties c.q. afdeling / organisatie gericht op samenwerking: geen consensus
3. De grootte van de organisatie is nauwelijks van invloed omdat andere factoren belangrijker zijn zoals de plaats van de besluitvorming, de lengte van de beslislijnen en het aantal mensen dat bij de zorgvernieuwing betrokken is.

3a. Wanneer weinig mensen bij de zorgvernieuwing betrokken zijn, is dat bevorderend omdat de directe en persoonlijke communicatie makkelijker is, er een nauwere samenwerking is tussen de mensen en zij meer betrokken zijn. Dit kan leiden tot snellere implementatie.
   Wanneer veel mensen bij de zorgvernieuwing betrokken zijn: geen consensus

4. Korte beslislijnen zijn bevorderend want de beslissing verloopt sneller en er is weinig verlies van informatie mede door de bijsturingmogelijkheden.
   Lange beslislijnen zijn belemmerend want werken vertragend met als mogelijk gevolg enerzijds demotivatie en verzanden en anderzijds mislukken vanwege communicatiestoornissen in de verschillende schakels.
5. Een functionele structuur is belemmerend. Omdat men met een deelproduct bezig is, heeft men minder kijk op het nut van de veranderingen voor het gehele product. Dit kan leiden tot behoudzucht en minder draagvlak. Dat geldt met name voor zorgvernieuwingen die op het hele zorgproces zijn gericht en niet afdelingspecifiek zijn.
   Een outputgericht structuur is bevorderend. Omdat men meer bezig is met het eindproduct heeft men meer oog voor verbeteringen. Dit kan leiden tot meer betrokkenheid. Een outputgerichte structuur is met name geschikt voor zorgvernieuwingen die op het hele zorgproces zijn gericht.
6. Hoog personeelsverloop is belemmerend omdat hierdoor onrust ontstaat en er kennis wegvloeit wat slecht is voor de continuïteit.
   Matig personeelsverloop is bevorderend omdat het impulsen voor zorgvernieuwing geeft terwijl er toch nog voldoende mensen overblijven voor de kennisoverdracht en de continuïteit.
   Laag personeelsverloop: geen consensus
7. Volledige bezetting is bevorderend want bij een volledige bezetting is er ruimte (capaciteit en mentaal) en die is nodig want veranderen kost tijd en energie.
   Onvolledige bezetting is belemmerend want er is geen ruimte (capaciteit en mentaal) omdat alle energie nodig is om het primaire proces draaiende te houden. Soms kan een stressvolle situatie juist een reden zijn voor verandering: men moet wel iets doen of de vernieuwing biedt juist een oplossing voor het probleem.
8. Veel geld is bevorderend omdat veranderen betekent investeren in scholing, tijd en materialen en dat kost geld.
   Weinig geld is belemmerend omdat veranderen betekent investeren in scholing, tijd en materialen en daar is geld voor nodig.

9. Veel materiele voorzieningen is bevorderend omdat veranderen betekent investeren in scholing, geld en materialen.
   Weinig materiele voorzieningen zijn belemmerend omdat veranderen betekent investeren in scholing, geld en materialen.
10. Veel administratieve ondersteuning is bevorderend omdat er dan tijd is voor de 'kerntaken', dat wil zeggen dat men dat werk kan uitvoeren dat men wordt geacht uit te voeren in het kader van de zorgvernieuwing.
    Weinig administratieve ondersteuning is belemmerend omdat er dan teveel andere 'belastende' zaken zijn om tijd te kunnen vrijmaken.
11. Veel expertise is bevorderend want expertise kan onzekerheid en beginnersfouten voorkomen. Daarnaast gaat het vanwege de expertise een stuk sneller.
    Weinig expertise is belemmerend want in de implementatiefase is er vaak onzekerheid en zijn er beginnersfouten die een negatief gevoel kunnen geven. Expertise kan dit voorkomen. Daarnaast gaat het vanwege de expertise een stuk sneller. NB Expertise kan ook ingehuurd of getraind worden, maar kost dan wel meer geld en tijd.
12. Passend binnen regels en wetten is bevorderend omdat de kans groot is dat er middelen vrijkomen om de vernieuwing te implementeren.
    Niet passend binnen regels en wetten is belemmerend omdat dit enerzijds mensen tegenhoudt om verder te gaan en anderzijds de kans groot is dat er geen financiën vrijkomen om de vernieuwing te implementeren.
13. Goede logistiek is bevorderend want wanneer de logistiek goed geregeld is, is er meer tijd over voor gedragsverandering en implementatieactiviteiten waardoor de implementatie sneller en soepeler verloopt. Slechte logistiek is belemmerend want veel tijd gaat verloren aan procedures met als mogelijk gevolg demotivatie.
14. Extra financiële vergoeding is bevorderend omdat vernieuwen tijd en geld kost. Een tegemoetkoming hierin is motiverend, bovendien geeft dit financiële armslag om extra middelen en mensen in te zetten. Geen extra financiële vergoeding is belemmerend omdat vernieuwen tijd en geld kost. Geen tegemoetkoming hierin is demotiverend en vertraagt het proces. Bovendien is er dan geen financiële armslag om extra middelen en mensen in te zetten, wat leidt tot extra werkdruk bij degenen die de vernieuwing moeten toepassen.
15. Formele bekrachtiging is bevorderend omdat dat een legitimering en inbedding is, en ondersteunend werkt. Daarnaast biedt het mogelijkheden voor het realiseren van randvoorwaarden.
    Geen formele bekrachtiging is belemmerend omdat er daardoor minder legitimering is, minder controle mogelijkheden en minder mogelijkheden voor het realiseren van randvoorwaarden.
    Deze factor staat in relatie tot factor 1.
16. Wanneer een coördinator aanwezig is, is dat bevorderend omdat er dan een duidelijk aanspreekpunt is.
    Wanneer een coördinator afwezig is, is dat belemmerend omdat er dan geen duidelijk aanspreekpunt is.
17. Toekomstige gebruikers erbij betrekken is bevorderend want mensen zijn gemotiveerder en er is een groter draagvlak. Dit is een conditio sine qua non.
    Toekomstige gebruikers er niet bij betrekken is belemmerend want de mensen zijn dan minder gemotiveerd en er is minder rekening gehouden met praktische aspecten (´op maat maken´). Hierdoor is er een kans op vertraging of stagnering.
18. Wanneer een opinieleider aanwezig is, is dat bevorderend omdat deze weerstand tegen de vernieuwing in positieve zin kan doen doorslaan. Daarnaast is het belangrijk dat er een trekker van de vernieuwing is.

Wanneer een opinieleider afwezig is, is dat alleen belemmerend wanneer er weerstand is tegen de zorgvernieuwing omdat de opinieleider dan de weerstand kan doen doorslaan in positieve zin.
Sommige respondenten merken op dat deze factor meer in de adoptiefase een rol speelt dan in de implementatiefase.

19. Een goede samenwerking tussen afdelingen is bevorderend omdat het makkelijker is om op een lijn te komen.
    Een slechte samenwerking tussen afdelingen is belemmerend omdat het moeilijker is om op een lijn te komen.
20. Een veel voorkomende handeling is bevorderend omdat herhaling belangrijk is om de werkwijze eigen te maken zodat deze routine wordt en dus verankert raakt.
    Een weinig voorkomende handeling is belemmerend omdat er geen herhaling is zodat de werkwijze niet eigen gemaakt kan worden en deze geen onderdeel wordt van de dagelijkse routine (verankering).
21. Medewerking van de cliënt is bevorderend, met name bij vernieuwingen die invloed hebben op de cliënt. Geen medewerking van de cliënt is belemmerend want dit kost enerzijds veel tijd en energie in het overtuigen van de cliënt en anderzijds kan het leiden tot weerstand bij de professional en daardoor mislukken van de implementatie.
22. Wanneer de cliënt goed op de hoogte is van de voordelen is dat bevorderend omdat dit de motivatie en de medewerking bevordert. Bovendien zet dat het publiek in beweging.
    Wanneer de cliënt slecht op de hoogte is: geen consensus
23. Wanneer de cliënt niet twijfelt aan de deskundigheid van de zorgverlener is dat nauwelijks van invloed omdat de cliënt dit toch al verwacht. Dit is het uitgangspunt van de cliënt: de patiënt gaat er op voorhand vanuit dat de zorgverlener het zonder twijfel goed doet, tenzij het tegendeel blijkt.
    Wanneer de cliënt twijfelt aan de deskundigheid van de zorgverlener is dat belemmerend omdat dat leidt tot weerstand en daarmee de kans op haalbaarheid van de implementatie minder wordt. De cliënt zal mogelijk een ander alternatief zoeken. Daarnaast moet de zorgverlener meer tijd stoppen in het overtuigen van de cliënt.
24. Wanneer de zorgvernieuwing geen extra kosten voor de cliënt met zich meebrengt, is dat nauwelijks van invloed omdat de cliënt dit toch al verwacht. Het is geen verandering ten opzichte van de bestaande situatie.
    Wanneer de zorgvernieuwing extra kosten voor de cliënt met zich meebrengt, is dat belemmerend omdat de cliënt dan minder enthousiast is wat kan leiden tot weerstand / een drempel en waardoor de kans op haalbaarheid van de implementatie vermindert.
25. Wanneer de zorgvernieuwing geen extra belasting voor de cliënt met zich meebrengt, is dat nauwelijks van invloed omdat de cliënt dit toch al verwacht. Het is geen verandering ten opzichte van de bestaande situatie.
    Wanneer de zorgvernieuwing extra belasting voor de cliënt met zich meebrengt, is dat belemmerend omdat de cliënt dan minder enthousiast is wat een drempel is en waardoor de kans op haalbaarheid van de implementatie vermindert. Wanneer het belang voor de cliënt toeneemt zal mogelijk de belasting als minder ervaren worden.
27. Veel ervaren steun van collega's is bevorderend omdat men elkaar kan helpen bij de uitvoering, maar met name ook elkaar kan opvangen. Dit creëert draagvlak en werkt motiverend. Daarnaast geeft steun ook aan dat het 'done' is om ermee bezig te zijn.

Weinig ervaren steun van collega's is belemmerend omdat men elkaar nodig heeft bij de uitvoering, maar zeker ook voor de opvang bij tegenslagen (buddy´s zijn nodig). Anders staat men er alleen voor en dat werkt zeer demotiverend. Daarnaast roept het vragen op over de juistheid van de vernieuwing.

28. Veel ervaren steun (emotioneel en / of instrumenteel) van andere zorgverleners is bevorderend omdat men elkaar kan helpen bij de uitvoering, maar met name ook elkaar kan opvangen. Het is een steun in de rug en werkt stimulerend.
    Weinig ervaren steun van andere zorgverleners is belemmerend omdat men elkaar dan niet kan helpen bij de uitvoering, maar met name elkaar ook niet kan opvangen. Een steun in de rug ontbreekt dan.
29. Veel ervaren steun van de direct leidinggevende is bevorderend omdat dit zorgt voor betrokkenheid, draagvlak en ondersteunt in termen van tijd, financiën en middelen.
    Weinig ervaren steun van de direct leidinggevende is belemmerend omdat dit slecht is voor de motivatie en er geen ondersteuning is in termen van tijd, financiën en middelen.
30. Veel ervaren steun van het hoger management is bevorderend omdat dit motiverend werkt, voor draagvlak zorgt en ondersteunt in termen van tijd, financiën en middelen.
    Weinig ervaren steun van het hoger management is belemmerend omdat dit slecht is voor de motivatie en er geen ondersteuning is in termen van tijd, financiën en middelen.
31. Veel vaardigheden zijn bevorderend omdat dan meteen tot de implementatie kan worden overgegaan, er minder faalangst is en er minder fouten worden gemaakt.
    Weinig vaardigheden zijn belemmerend omdat dit onzekerheid / faalangst teweeg brengt en de kans op fouten vergroot. Vaardigheden zijn wel aan te leren, maar dat is een extra drempel om tot implementatie over te gaan.
32. Veel kennis is bevorderend omdat dan meteen tot de implementatie kan worden overgegaan, er minder faalangst is en er minder fouten worden gemaakt.
    Weinig kennis is belemmerend omdat dit onzekerheid / faalangst teweeg brengt en de kans op fouten vergroot. Kennis is wel bij te brengen, maar dat is een extra drempel om tot implementatie over te gaan.
33. Hoge betrokkenheid is bevorderend want hierdoor is men gemotiveerd en voelt men zich verantwoordelijk om de vernieuwing te implementeren.
    Lage betrokkenheid is belemmerend want is slecht voor de motivatie en maakt het moeilijker de vernieuwing daadwerkelijk door te voeren.
34. Hoge verwachte medewerking van de cliënt is bevorderend omdat dit motiverend werkt.
    Lage verwachte medewerking van de cliënt is belemmerend omdat dit extra inspanning vraagt van de zorgverlener, demotiverend werkt en twijfel oproept (bij de zorgverlener) over de zin van de vernieuwing.
35. Hoge verwachte tevredenheid van de cliënt is bevorderend omdat dit motiverend werkt.
    Lage verwachte tevredenheid van de cliënt is belemmerend omdat dit demotiverend werkt en twijfel oproept (bij de zorgverlener) over de zin van de vernieuwing.
36. Positief waargenomen gedrag van collega's is bevorderend om dat dit motiverend werkt en het eigen gedrag beïnvloedt (sociale norm).
    Negatief waargenomen gedrag van collega's is belemmerend om dat dit demotiverend werkt en het eigen gedrag beïnvloedt (sociale norm).

37. Veel beschikbare tijd voor het uitvoeren van de vernieuwing is bevorderend omdat dit ruimte (fysiek en mentaal) creëert om met de vernieuwing te werken.
    Weinig beschikbare tijd voor het uitvoeren van de vernieuwing is belemmerend omdat men daardoor geen ruimte (fysiek en mentaal) heeft om met de vernieuwing te werken.
38. Wanneer de zorgvernieuwing aansluit bij de taakopvatting is dat bevorderend omdat het past binnen het beeld dat zorgverleners van hun werk hebben.
    Wanneer de zorgvernieuwing niet aansluit bij de bestaande werkwijze is dat belemmerend omdat het niet past binnen het beeld dat zorgverleners van hun werk hebben.
39. Overbelasting bij de zorgverlener is belemmerend want wanneer een zorgverlener overbelast is, is er geen ruimte (mentaal) voor vernieuwingen. Overbelasting zal leiden tot afsluiten en defensief gedrag: overleven is dan de routine.
    Geen overbelasting bij de zorgverlener is nauwelijks van invloed. Er is dan wel ruimte (mentaal) voor vernieuwingen.
40. Geen / kleine tegenstelling in doelen is bevorderend omdat men op een lijn zit wat bevorderend is voor de voortgang.
    Grote tegenstelling in doelen is belemmerend omdat het moeilijker is om op een lijn te komen. Dit kan mogelijk leiden tot belangentegenstellingen, wantrouwen en misverstanden.
41. Ethische problemen bij de zorgverlener ten aanzien van de zorgvernieuwing is belemmerend. Spreekt voor zich.
    Geen ethische problemen bij de zorgverlener ten aanzien van de zorgvernieuwing is niet / nauwelijks van invloed.
42. Een hoge mate van eigen-effectiviteitsverwachting (self-efficacy) is bevorderend. Bekend uit onderzoek.
    Een lage mate van eigen-effectiviteitsverwachting (self-efficacy) is belemmerend. Bekend uit onderzoek.
43. Wanneer de zorgvernieuwing in heldere procedures is beschreven, is dit bevorderend omdat men weet wat men moet doen en iedereen het op dezelfde wijze zal interpreteren.
    Wanneer de zorgvernieuwing niet in heldere procedures is beschreven, is dit belemmerend omdat men niet precies weet wat men moet doen en mogelijk iedereen het op een andere manier zal interpreteren.
44. Aansluiting van de zorgvernieuwing bij de bestaande werkwijze is bevorderend omdat de vernieuwing dan sneller geaccepteerd wordt en deze beter inpasbaar is in de dagelijkse routine waardoor de uitvoering sneller zal plaatsvinden.
    Geen aansluiting van de zorgvernieuwing bij de bestaande werkwijze is belemmerend omdat de vernieuwing dan minder snel geaccepteerd wordt en deze minder inpasbaar is in de dagelijkse routine waardoor de uitvoering minder snel zal plaatsvinden.
45. Veel mogelijkheden om vernieuwing aan te passen aan de eigen situatie is bevorderend omdat men invloed heeft op het proces / eigen werk (baas over eigen werk). Dit zal de motivatie en betrokkenheid vergroten.
    Weinig mogelijkheden om de vernieuwing aan te passen aan de eigen situatie is belemmerend omdat men geen invloed heeft op het proces / eigen werk. Dit wordt veelal als een keuslijf ervaren en kan demotiverend werken omdat de professionele autonomie in het geding is.
46. Wanneer het werken volgens de zorgvernieuwing voordeel oplevert (gemak, tijdwinst, efficiency, prestige etc.) voor de zorgverlener is dat bevorderend omdat dit motiverend werkt en het werkplezier verhoogt.

Wanneer het werken volgens de zorgvernieuwing neutraal is voor de zorgverlener is dat niet / nauwelijks van invloed.
Wanneer het werken volgens de zorgvernieuwing nadeel oplevert voor de zorgverlener is dat belemmerend omdat dit demotiverend werkt. Investeren zonder dat de zorgverlener er iets voor terug krijgt (in welke vorm dan ook) werkt niet.

47. Wanneer de uitkomsten van de vernieuwing zichtbaar zijn is dat bevorderend omdat dat de gebruiker laat zien wat de invloed van de zorgvernieuwing is. Dat werkt motiverend.
    Wanneer de uitkomsten van de vernieuwing niet zichtbaar zijn is dat belemmerend omdat de zorgverlener geen feedback krijgt over de invloed van de zorgvernieuwing. Dat werkt mogelijk demotiverend.
48. Wanneer de vormgeving van de vernieuwing erg aantrekkelijk is, is dat bevorderend omdat het uitnodigend is en uitstraalt dat de vernieuwing serieus genomen wordt. Het oog wil ook wat.
    Wanneer de vormgeving van de vernieuwing niet erg aantrekkelijk is, is dat belemmerend omdat dit niet uitnodigt ermee te gaan werken.
49. Wanneer de zorgvernieuwing een meerwaarde heeft ten opzichte van oude situatie is dat bevorderend omdat daardoor de zorgvernieuwing gelegitimeerd wordt. Zorgverleners zijn hiervoor gevoelig en dat maakt het makkelijker om de vernieuwing in te voeren.
    Wanneer de zorgvernieuwing geen meerwaarde heeft ten opzichte van de oude situatie is dat belemmerend omdat de voordelen niet zijn uit te leggen. Zorgverleners zullen geen extra inspanningen leveren als dat geen verbetering oplevert. Zonder meerwaarde valt de motivatie weg.
51. Een grote verhoging van de kans op nadelige gevolgen voor de cliënt is belemmerend omdat men mogelijk niet gemotiveerd is met de zorgvernieuwing te gaan werken.
    Kleine verhoging van de kans op nadelige gevolgen bij de cliënt is nauwelijks van invloed mits er ook duidelijke voordelen zijn.

H Factoren gegroepeerd naar aanverwante factoren en naar de fase van implementatie

Factoren met betrekking tot de **organisatie**	
*Organisatiestructuur **	*Noodzakelijke voorzieningen*
1. Plaats besluitvorming (a)	7. Capaciteit / bezettingsgraad (a,i,b)
4. Besluitvormingsstructuur (a)	6. Personeelsverloop (a,i,b)
15. Formele bekrachtiging (a,b)	11. Expertise op afdelings- c.q. organisatieniveau (a,i,b)
3. Grootte organisatie (a,i,b)	13. Logistieke procedure (a,i,b)
5. Structuur (functioneel/output) / kanteling van zorg (i,b)	
Samenwerking	*Overig*
2. Afdeling/organisatie is gericht op samenwerking (a)	3a. Aantal mensen dat gaat werken met vernieuwing (a,i,b)
19. Samenwerking tussen afdelingen (a)	

Factoren met betrekking tot de (sociaal-politieke) **omgeving**	
Compliantie cliënt	*Overig*
21. Cliënt bereid mee te werken (i,b)	12. Regels en wetten (a,i,b)
22. Cliënt op de hoogte (i,b)	
23. Cliënt twijfelt aan deskundigheid arts (i,b)	
24. Extra kosten cliënt vernieuwing (i,b)	
25. Extra belasting cliënt (i,b)	

Factoren met betrekking tot de **gebruiker**	
Verwachte / ervaren support	*Verwachting t.a.v. gedrag cliënt*
27. Steun collega´s (a,i,b)	34. Verwachte medewerking cliënt (a)
28. Steun andere zorgverleners (a,i,b)	35. Verwachte tevredenheid cliënt (a)
29. Steun direct leidinggevenden (a,i,b)	
30. Steun hoger management (a,i,b)	
36. Waargenomen gedrag collega´s (a,i,b)	
Aanwezigheid noodzakelijke eigenschappen	*Overig*
31. Vaardigheden gebruiker (a,i,b)	39. Overbelasting zorgverlener (a,i,b)
32. Kennis gebruiker (i,b)	40. Overeenkomst in doelen (a,i,b)
42. Eigen-effectiviteitsverwachting (a,i,b)	41. Ethische problemen bij zorgverlener (a)
33. Ownership (a,i,b)	
38. Aansluiting bij taakopvatting (a,i,b)	

Factoren met betrekking tot de **vernieuwing**	
43. Helderheid richtlijnen (a,i,b) 44. Congruentie bestaande werkwijze (a,i,b) 45. Aanpassing eigen situatie (a,i,b) 46. Relatief voordeel gebruiker (a,i,b) 47. Zichtbaarheid uitkomsten (i,b)	48. Aantrekkelijkheid vernieuwing (a) 49. Meerwaarde voor cliënt (i,b) 51. Kans nadelige gevolgen (i,b) 20. Mate van vóórkomen handeling (i,b)

Factoren met betrekking tot de **randvoorwaarden**	
Noodzakelijke faciliteiten 8. Hoeveelheid geld (a,i,b) 14. Extra financiële vergoeding (a,i,b) 9. Materiele voorzieningen (i,b) 10. Administratieve ondersteuning (i,b) 37. Beschikbare tijd (a,i,b)	Overig 16. Coördinator / projectgroep (i,b) 17. Gebruikers betrokken (a) 18. Aanwezigheid opinieleider (a,i)

*Fase waarin factor met name speelt: a = adoptie, i = implementatie, b = behoud / institutionalisatie

I Suggesties uit 4e delphi-ronde voor aanscherping van omschrijving van factoren

2. Relaties met andere afdelingen en / of organisaties: naar buiten gericht (outreaching) of naar binnen gericht: overwegend naar buiten gericht / overwegend naar binnen gericht
   Een betere omschrijving zou zijn: de mate waarin een instelling is gericht op samenwerking met anderen
4. Hiërarchische structuur in organisatie: lengte van de beslislijnen waarover communicatie over de zorgvernieuwing verloopt: korte beslislijnen / lange beslislijnen
   Een betere omschrijving zou zijn: de besluitvormingsstructuur in de organisatie
5. Functionele structuur (gericht op deeltaak) versus 'outputgerichte' structuur (gericht op eindproduct): functionele structuur / outputgerichte structuur
   Toelichting: Het gaat hier om zaken als kantelen van de zorg, of business process redesign. Organisaties veranderen het zorgproces. Ook wanneer de cliënt centraal staat, blijft een afdeling een deeltaak doen, maar de deeltaken worden meer achter elkaar gezet.
   Een betere omschrijving zou mogelijk zijn: kanteling van de zorg
7. Bezettingsgraad: personeelsbezetting op afdeling of in organisatie waar volgens de vernieuwing gewerkt gaat worden: volledige bezetting / onvolledige bezetting
   Een betere omschrijving zou zijn: capaciteit
11. Aanwezige expertise (inhoudelijk met betrekking tot de zorgvernieuwing) in de organisatie: veel expertise / weinig expertise
    Toelichting: Het gaat om zaken als: wanneer een ziekenhuis onderzoek wil doen, hebben ze kennis op het gebied van onderzoek nodig. Er moet een soort kritische massa aanwezig zijn. Het gaat om expertise in algemene zin. Dit in tegenstelling tot de kennis en expertise bij de individuele gebruiker. Het zit op een hoger abstractieniveau.
    Een betere omschrijving zou zijn: specifieke kennis en vaardigheden met betrekking tot het onderwerp van de vernieuwing op organisatie- c.q. afdelingsniveau.
33. Ownership: mate van betrokkenheid bij de zorgvernieuwing: hoge betrokkenheid / lage betrokkenheid
    Een betere omschrijving zou zijn: ownership. Het is beter om alleen de term ownership te laten staan. Deze term valt moeilijk te vertalen en doet dan gekunsteld aan.

J Vergelijking meetinstrumenten belemmerende en bevorderende factoren

	Omgeving [1]	Organisatie [1]	Gebruiker [1]	Vernieuwing [1]	Randvoorwaarden [1]	Betrouwbaarheid [2]	Validiteit [2]	Veld gezondheidszorg [3]	Perspectief gebruiker [4]
1a. SocQ	+	-	+	+	-	+	?	-	+
1b. Intensiteit van betrokkenheid	-	-	+	-	-	+	+	-	+
2. DDQ	+	+	+	+	+	+	+	?	+
3. IVS	-	+	+/-	-	-	+	?	-	+
4. IMP	+	+	-	-	+	?	?	?	?
5. Preffi [5]	?	?	?	?	+	-	-	+	-
6. Innovatief vermogen organisaties	-	+	+	+	-	+	-	-	+
7. DIVO	?	?	?	?	+	+	-	?	-
8. WIZDIZ-99	+	+	-	-	+	-	-	+	-
9. EBP	+	+	+	-	+	+	+	+	-
10. AGREE	-	+/-	-	+	+	+	+	+	+/-
11. BARRIERS	+	+	+	+	?	+	+	+	+
12. TCI	+	+	-	-	-	+	+	+	+
13. IRS	+	+	+	-	-	+	+	+	+
14. Coping organizational change	-	+	-	-	-	+	-	?	+

1. Nagegaan is of de gemeten factoren betrekking hebben op deze hoofdcategorieën. + = ja; - = nee; ? = onduidelijk; +/- = deels
2. Nagegaan is of de betrouwbaarheid en validiteit van het meetinstrument is onderzocht. + = ja; - = nee; ? = onduidelijk
3. Nagegaan is of het meetinstrument ontwikkeld is voor de gezondheidszorg. + = ja; - = nee voor een ander veld; ? = onduidelijk of niet specifiek voor de gezondheidszorg
4. Nagegaan is of het meetinstrument door de (toekomstige) gebruiker moet worden ingevuld. + = ja; - = nee; ? = onduidelijk
5. De Preffi is niet bedoeld als instrument om belemmerende en bevorderende factoren te meten. De Preffi geeft meer richtlijnen voor zaken die geregeld moeten worden om het ontwikkelings- en implementatieproces goed te laten verlopen.