

Begrippenkader voor het ‘wat’ en het ‘waarom’ bij implementatie van vernieuwingen in patiëntenzorg en preventie

Marieke Plas, Margot Fleuren, Roland Friele, Floor Haaijer-Ruskamp, Jolanda Keijsers, Jacomine Ravensbergen, Niek Klazinga, Michel Wensing*

Om ervaringen uit te wisselen en kennis op te bouwen zijn eenduidige en gedeelde begrippen nodig. Hoewel er in Nederland veel aandacht wordt besteed aan implementatie, ontbreken dergelijke begrippen voor het benoemen van implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren. Daarom werd een project uitgevoerd dat tot doel had om deze te ontwikkelen. Het begrippenkader kwam tot stand door middel van literatuuronderzoek, besprekingen in de projectgroep, en toetsing bij 20 potentiële gebruikers van het begrippenkader. Het begrippenkader bestaat uit twee componenten: een korte typering van implementatiestrategieën (‘wat’) en beïnvloedende factoren bij implementatie (‘waarom’). Implementatiewerkers en –onderzoekers worden uitgenodigd dit begrippenkader te gebruiken bij de beschrijving van hun activiteiten.

Trefwoorden: implementatie, kwaliteitsverbetering, concepten, gezondheidszorgonderzoek

INLEIDING

De afgelopen jaren zijn in Nederland veel implementatieprojecten uitgevoerd, al dan niet begeleid door onderzoek of evaluatie. Onderzoek naar implementatie van kennis in de patiëntenzorg en preventie heeft zich ontwikkeld tot een apart vakgebied.^{1,2} Om daadwerkelijk te leren uit implementatieprojecten en om wetenschappelijke kennis over implementatie op te bouwen is het van belang dat de opgedane ervaringen met anderen gedeeld worden middels projectverslagen, artikelen, en mondelinge communicatie. Een probleem waar veel onderzoekers en ‘implementatiewerkers’ tegenaan lopen is dat een helder en eenduidig begrippenkader ontbreekt. Hierdoor is niet altijd meteen duidelijk welke implementatiestrategie of welke beïnvloedende factor wordt bedoeld. Effectieve uitwisseling van ervaringen op het gebied van implementatie is, ons inziens, gebaat bij een zekere mate

van standaardisering van het begrippenkader. Hierin verschilt het vakgebied niet van welk ander vakgebied dan ook.

In de communicatie over implementatie komt het nogal eens voor dat begrippen niet of verkeerd worden begrepen. Zo denken sommigen bij ‘implementatie’ uitsluitend aan een verandering die van bovenaf wordt opgelegd of aan een verandering die altijd start bij een wetenschappelijk onderbouwde interventie. Anderen (zoals wij) gebruiken de term ‘implementatie’ als een koepelbegrip voor allerlei soorten verander- en verbeterprocessen. Onder een implementatiestrategie wordt in dit artikel verstaan: een geheel van doelgerichte, samenhangende activiteiten om de invoering van een bepaalde werkwijze of product te bewerkstelligen, een bepaalde verandering op gang te brengen of een blijvende verandering te realiseren. Een probleem is ook dat voor sommige implementatieactiviteiten verschillende termen in omloop zijn, terwijl het om min of meer dezelfde activiteiten lijkt te gaan. Zo worden kleinschalige bijeenkomsten van beroepsbeoefenaren voor scholing en feedback onder meer aangeduid als intercollegiale toetsing, intervisie, kwaliteitscirkels, en nascholing met feedback. Ten slotte zijn Engelstalige begrippenkaders (bijvoorbeeld de EPOC lijst) wellicht niet volledig helder en toepasbaar in Nederland.

Hier wordt verslag gedaan van een project dat tot doel

*Marieke Plas¹, Margot Fleuren², Roland Friele³, Floor Haaijer-Ruskamp⁴, Jolanda Keijsers⁵, Jacomine Ravensbergen⁶, Niek Klazinga⁷, Michel Wensing¹

¹UMC St Radboud, Kwaliteit van zorg (WOK), Nijmegen

²TNO Kwaliteit van zorg, Leiden

³NIVEL, Utrecht

⁴RU, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Groningen

⁵NIGZ, Woerden

⁶ZonMW, Den Haag

⁷AMC, Sociale Geneeskunde, Amsterdam

had om een Nederlandstalig begrippenkader te ontwikkelen voor het benoemen van implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren bij implementatie. Ons doel was niet om nieuwe begrippen te ontwerpen en te definiëren, maar om gebruikte begrippen te ordenen in een omvattend kader.

METHODEN

Het project omvatte achterenvolgens literatuuronderzoek, ontwerp van een concept-begrippenkader, toetsing op basis van de literatuur, toetsing bij potentiële gebruikers van het begrippenkader en ten slotte de vaststelling van een definitief begrippenkader.

Ontwikkeling van het begrippenkader

Er werd een inventarisatie gemaakt van Nederlandse overzichtsartikelen en boeken over implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren bij implementatie in de zorg en preventie uit de periode 2000-2005. Hieraan werd een beperkte selectie van internationale literatuur toegevoegd. De literatuur werd geselecteerd door de projectgroep, waarbij werd gestreefd naar spreiding over sectoren van gezondheidszorg.

In de projectgroep werd vervolgens consensus bereikt over een concept-begrippenkader. Ook werd een eerste toetsing van de bruikbaarheid van het begrippenkader uitgevoerd door de implementatiestrategieën en de beïnvloedende factoren uit de literatuur te ordenen naar het concept-begrippenkader. Dit leidde tot marginale bijstellingen.

Toetsing bij potentiële gebruikers

Vervolgens werd een panel van onderzoekers en implementatiewerkers geraadpleegd om het concept-begrippenkader te toetsen. De 39 leden van het panel waren afkomstig van universiteiten/onderzoeksinstituten (n=12), patiëntenorganisaties (n=7), beroepsorganisaties (n=7), overheid (n=5), ondersteunende instituten (n=5), adviesbureaus (n=2) en een zorgverzekeraar (n=1).

De personen in het panel werd gevraagd om commentaar op het concept-begrippenkader. Zij kregen het begrippenkader en een vragenlijst toegestuurd, waarin werd gevraagd om een concrete implementatiestrategie uit hun eigen omgeving te beschrijven aan de hand van de voorgestelde terminologie. Per onderdeel van het begrippenkader werd gevraagd welke begrippen van toepassing waren voor de door hen gekozen implementatiestrategie. Op grond van de toetsing aan literatuur en toetsing bij potentiële gebruikers stelde de projectgroep een definitief begrippenkader vast.

Kernpunten

- Effectieve uitwisseling van ervaringen op het gebied van implementatie is gebaat bij standaardisering van het begrippenkader.
- Een projectgroep ontwikkelde een Nederlandstalig begrippenkader op basis van literatuurstudie en raadpleging van potentiële gebruikers.
- Het begrippenkader bestaat uit een korte typering van implementatiestrategieën ('wat') en beïnvloedende factoren bij implementatie ('waarom').
- Implementatiewerkers en -onderzoekers worden uitgenodigd dit begrippenkader te gebruiken bij de beschrijving van hun activiteiten.

RESULTATEN

Ontwikkeling van het begrippenkader

In totaal werden 23 Nederlandse publicaties³⁻²⁵ en vier internationale publicaties²⁶⁻²⁹ bestudeerd. Van de bestudeerde Nederlandse literatuur hadden 13 publicaties betrekking op de gezondheidszorg en/of de volksgezondheid/preventie in het algemeen en hadden zeven publicaties betrekking op specifieke sectoren binnen de gezondheidszorg, zoals de wijkverpleging of de zorg voor ouderen.

Uit de Nederlandse literatuur bleek dat er vooral veel is geschreven over mogelijk beïnvloedende factoren bij implementatie en minder over implementatiestrategieën. In de bestudeerde literatuur werden verschillende indelingen van implementatiestrategieën gehanteerd, die in sommige gevallen waren gebaseerd op literatuuronderzoek en in andere gevallen op praktijkervaringen of ondervraging van deskundigen. Een deel van de Nederlandse literatuur sluit zich aan bij de lijst van de Cochrane Collaboration groep 'Effective practice and Organisation of Care' (EPOC). De lijsten van implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren waren zeer divers van aard. In sommige gevallen werden duidelijke overzichtelijke lijsten gegeven, terwijl andere lijsten een opsomming bevatten van allerhande implementatiestrategieën of beïnvloedende factoren zonder dat daarin een ordening te ontdekken was. De geordende lijsten waren veelal het resultaat van gestructureerd literatuuronderzoek. De minder geordende lijsten waren vaak een verzameling van in de praktijk voorkomende implementatiestrategieën.

Het concept-begrippenkader bestond uit drie componenten: wat, waarom en hoe.

In de projectgroep werd allereerst consensus bereikt over de begrippen voor een korte typering van implementatiestrategieën ('wat'). Daarna werden in de projectgroep begrippen uitgewerkt voor een omschrijving van de beïnvloedende factoren bij implementatie ('waarom').

De eerste component van het begrippenkader voor de omschrijving van een implementatiestrategie was een korte typering van 'wat bij wie' was gepland of gedaan. Deze korte typering gaf een globale omschrijving van de strategie. De strategieën werden gerubriceerd in vier categorieën: gericht op burgers/patiënten, gericht op intermediairen (zorgverleners, docenten et cetera), gericht op organisaties (zorginstellingen, scholen et cetera) en gericht op de maatschappij (zorgsysteem, andere maatschappelijke sectoren). Hiervoor werd gekozen omdat hiermee een overzichtelijk systeem ontstaat, geordend

naar het niveau van de strategieën: van micro- via meso- naar macroniveau.

De tweede component in het begrippenkader betrof de beïnvloedende factoren bij implementatie. Elke omschrijving van een implementatiestrategie zou moeten aangeven op welke factoren deze beoogt aan te grijpen. Deze factoren zijn als het ware de schakels in een causale keten, die uiteindelijk moet leiden tot de beoogde verandering bij de doelgroep. Hierbij werd dezelfde onderverdeling in vier rubrieken gemaakt als bij de eerste component.

De derde component in het begrippenkader was een uitwerking van de implementatiestrategie: het 'hoe'. Hierbij werd zoveel mogelijk gebruik gemaakt van een bestaande lijst van begrippen.¹⁰

Op enkele uitzonderingen na lieten de lijsten van implementatiestrategieën uit de Nederlandse literatuur zich goed ordenen naar het door ons ontwikkelde begrippenkader. De lijsten van activiteiten die zich minder goed lieten ordenen waren vaak algemener van aard. Zo werd bijvoorbeeld aangegeven dat er goed geformuleerde projectdocumentatie vervaardigd moet worden en dat er verschillende communicatiekanalen gebruikt dienen te worden. Tevens werden punten genoemd als 'het wekken van interesse' en 'een zodanige presentatie geven dat de betrokkenen er het nut van inzien'.

Ook de meerderheid van de beïnvloedende factoren die in de literatuur werden genoemd was goed onder te brengen in het door ons ontwikkelde begrippenkader. De begrippen uit de literatuur die minder goed waren onder te brengen, waren vaak weinig concreet of hadden te maken met factoren die niet binnen ons begrippenkader pasten. Zo werden er bij 'individuele' factoren genoemd als leeftijd en geslacht. Bovendien werden in een aantal referenties kenmerken van de innovatie genoemd, zoals 'meerwaarde van de innovatie', 'zichtbaarheid van de innovatie' en 'mogelijkheid tot uitproberen'. Deze factoren zijn weliswaar relevant, maar vormen geen onderdeel van ons begrippenkader. Hetzelfde geldt voor factoren met betrekking tot de implementatiestrategie.

Toetsing bij potentiële gebruikers

Na de eerste herinnering werden in totaal 20 vragenlijsten geretourneerd. Dit leverde een totale respons op van 43%. Wanneer naar het aantal deelnemende organisaties werd gekeken, was de respons 53%. Van 12 non-responders is bekend waarom ze niet deelnamen aan dit onderzoek. De meest genoemde reden was dat men de vragenlijst niet kon invullen omdat men niet direct betrokken was bij een implementatie-project (zeven keer genoemd). Een andere reden was dat men het te druk had en daarom niet aan het invullen van de vragenlijst was toegekomen (vijf keer genoemd). Een non-responder gaf daarnaast aan de vragenlijst te ingewikkeld te vinden.

De reacties van de panelleden verschilden sterk voor de verschillende onderdelen van het begrippenkader. Bij de onderdelen 'wat' en 'waarom' werden vooral nadere vragen ter verduidelijking gesteld, waarbij men zich over het algemeen goed kon vinden in de gekozen indeling en onderdelen. Er werd onder meer aandacht gevraagd voor

het creëren van draagvlak, voor de samenhang in de implementatiestrategie en het bereiken van blijvende verandering. Bijvoorbeeld:

- *'De gebruikte ordening is heel bruikbaar. Wellicht is het goed ook een ordening te maken voor het niveau van het team of unit of afdeling.'*
- *'...dat ik in de beschrijving van mijn strategieën ook de samenhang tussen de verschillende onderdelen zou willen kunnen aangeven'*
- *'Ik mis nog de mogelijkheid om aan te geven dat je probeert het 'klimaat', de omstandigheden en de randvoorwaarden te beïnvloeden.'*

Daarentegen bleek het onderdeel 'hoe' voor velen onduidelijk, terwijl de meningen sterk uiteenliepen over de manier waarop dit onderdeel duidelijker zou kunnen worden. Naar aanleiding van de opmerkingen met betrekking tot het derde onderdeel van het begrippenkader (het 'hoe') werd dit onderdeel uit het begrippenkader gehaald. Verder werd getracht het begrippenkader te verhelderen op punten waar onduidelijkheden leken te bestaan. Het definitieve begrippenkader is te vinden in de boxen 1 en 2.

DISCUSSIE

Het bleek mogelijk om een begrippenkader voor implementatie te ontwerpen, waarover geraadpleegde gebruikers zich overwegend positief uitlieten. Dit gold voor het benoemen van implementatiestrategieën (het 'wat') en beïnvloedende factoren bij implementatie (het 'waarom'). Het nader omschrijven van de activiteiten (het 'hoe') bleek problematisch en werd daarom buiten het begrippenkader gelaten.

Het is niet mogelijk om in kort bestek het ontworpen begrippenkader gedetailleerd te vergelijken met andere begrippenkaders voor implementatie, kwaliteitsverbetering en kennistransfer. Ter illustratie kunnen we onze lijst van implementatiestrategieën vergelijken met die van EPOC, de groep in de Cochrane Collaboration voor implementatie onderzoek. De strategieën gericht op professionals komen in belangrijke mate overeen in de twee lijsten, maar de overige typen strategieën verschillen nogal. Een mogelijke verklaring is dat de door ons ontworpen lijst ook in gaat op implementatie in de preventie, terwijl de EPOC lijst vooral op patiëntenzorg betrekking heeft. Verder is de ontworpen lijst van organisatorische strategieën beter te relateren aan organisatorische theorieën dan de EPOC lijst, waarin eigenlijk organisatorische interventies zijn opgesomd die in de onderzoeksliteratuur te vinden zijn.

In de analyse van de Nederlandse literatuur viel op dat vooral over beïnvloedende factoren is geschreven en minder over implementatiestrategieën. Mogelijk is er vooral onderzoek gedaan naar de factoren die van invloed zijn op het wel of niet slagen van de implementatie, dan naar de effectiviteit van de verschillende implementatiestrategieën. Wellicht heeft men de indruk dat er meer grip is op de beïnvloedende factoren dan op de implementatiestrategieën, die vaak een complex geheel vormen.

Onze studie had uiteraard een aantal beperkingen. De samenstelling van de expertgroep heeft wellicht het be-

Box 1 WAT: Korte omschrijving van het type implementatiestrategie

De eerste component van ons begrippenkader voor de omschrijving van een implementatie-strategie is een korte typering in termen van 'wat' is 'bij wie' gepland of gedaan.

Individu: 'eindgebruiker' (burgers/patiënten) en 'intermediairen' (zorgverleners, docenten, etc.)

1 Massamedia

Gebruik van massamedia (televisie, krant, internet, etc.) voor educatie en begeleiding.

2 Persoonlijk materiaal

Gebruik van persoonlijk materiaal voor educatie en begeleiding.

3 Persoonlijk contact

Gebruik van persoonlijk contact voor educatie en begeleiding.

4 Bijeenkomsten in kleine groepen

Gebruik van bijeenkomsten in kleine groep voor educatie en begeleiding (arbitrair: tot 15 personen).

5 Bijeenkomsten in grote groepen

Gebruik van bijeenkomsten in grote groep (conferenties, cursussen, symposia, etc.) voor educatie en begeleiding.

6 Terugkoppeling op basis van metingen

Gebruik van terugkoppeling over het individueel handelen, op basis van metingen, voor educatie en begeleiding.

7 Beslissingsondersteuning

Gebruik van hulpmiddelen voor cognitieve ondersteuning van individuele beslissingen.

8 Verandering in leef- of werkomgeving

Verandering in leef- of werkomgeving ter bevordering van bepaalde leef- of werkstijl.

9 Inzet van symbolen

Inzet van personen of organisaties met een verwachte invloed op de houding van individuen. Termen zijn onder meer: 'kampioen', 'sterk merk', opinieleider, sleutelpersoon, rolmodel, logo, motto, en publiek persoon. Als het symbool feitelijk iets doet, bijvoorbeeld een bijeenkomst bijwonen, moet dit apart worden benoemd.

Strategieën gericht op organisatiestructuren:

10 Verandering van organisatiegrootte

Verandering in de organisatiegrootte (afgemeten aan inzet van mensen en middelen dan wel aan productie van diensten) om een bepaalde verandering te bevorderen.

11 Verandering van fysieke omgeving

Verandering van fysieke omgeving van een organisatie om een bepaalde verandering te bevorderen.

12 Verandering in mix van competenties

Verandering in de samenstelling van het personeelsbestand om een bepaalde verandering te bevorderen.

13 Verandering in professionele rollen

Verandering in taken en verantwoordelijkheden van professionals om een bepaalde verandering te bevorderen.

14 Verandering in teams

Verandering in structuur of functioneren van teams om een bepaalde verandering te bevorderen.

Strategieën gericht op werkprocessen:

15 Herontwerp van werkprocessen

Verandering in structuur van werkprocessen om een bepaalde verandering te bevorderen.

16 Standaardisering van werkprocessen

Uitwerking van aanbevelingen of voorschriften voor werkprocessen om een bepaalde verandering te bevorderen.

17 Informatisering van werkprocessen

Verandering in het gebruik van informatie in werkprocessen om een bepaalde verandering te bevorderen.

Strategieën gericht op organisatieprocessen:

18 Verandering interne communicatie

Communicatie met individuen en delen van de organisatie om een bepaalde verandering te bevorderen, inclusief het bevorderen van draagvlak.

19 Verandering externe communicatie

Communicatie met individuen en organisaties in de omgeving van een organisatie, waaronder burgers/patiënten.

20 Verandering in leiderschap en cultuur

Verandering in de wijze van leidinggeven of de gedeelde normen en waarden in een organisatie.

Strategieën gericht op de maatschappij (zorgsysteem, andere maatschappelijke sectoren)

21 Beïnvloeding van de maatschappelijke agenda

Activiteiten om bepaalde thema's hoger op de agenda van maatschappij, beleid en politiek te krijgen.

22 Professionele ontwikkeling van beroepsgroepen

Professionalisering van een beroepsgroep om een bepaalde verandering te bevorderen.

23 Financiële prikkels voor burgers/patiënten

Gebruik van financiële beloning of risico om een bepaalde verandering te bevorderen.

24 Financiële prikkels voor zorgverleners/zorginstellingen

Gebruik van financiële beloning of risico om een bepaalde verandering te bevorderen.

25 Contractering van zorgaanbieders

Gebruik van contractering van zorgaanbieders om een bepaalde verandering te bevorderen.

26 Wet- en regelgeving

Realisering van wet- en regelgeving om een bepaalde verandering te bevorderen.

grippenkader gekleurd, al is een serieuze poging gedaan om overstijgend (los van het eigen referentiekader) naar de begrippen te kijken. Niet alle literatuur kon worden doorgenomen, niet alle potentiële gebruikers reageerden

op ons verzoek om mee te werken en niet alle commentaren konden goed worden verwerkt. Vrijwel iedereen zal iets kunnen vinden dat ontbreekt in het begrippenkader of (naar eigen oordeel) verkeerd is gedefinieerd. Het

Box 2 *Waarom: De factoren waarop de strategie beoogt aan te grijpen*

De tweede component in het begrippenkader betreft de beïnvloedende factoren bij implementatie. Elke omschrijving van een implementatiestrategie zou moeten aangeven op welke factoren deze beoogt aan te grijpen, omdat zij de werking van de strategie kunnen versterken of verzwakken. Hiermee wordt tevens een theoretische onderbouwing gegeven, omdat deze factoren veelal zijn gerelateerd aan theorie over verandering. De voorgestelde begrippen geven globale inhoudelijke domeinen weer; binnen elk domein moeten de factoren preciezer worden omschreven. De lijst van specifieke factoren is te lang om in een gestandaardiseerd begrippenkader op te nemen. De beïnvloedende factoren kunnen ook op zichzelf worden onderzocht, bijvoorbeeld voor of na de uitvoering van een implementatiestrategie.

Individueen: burgers/patiënten en intermediairen (zorgverleners, docenten et cetera)

1 Individuele cognities

In dit domein passen allerlei aspecten van kennis (domeinkennis, professionele kennis, ervaren complexiteit van de innovatie, intelligentie) en informatiegedrag (leerstijlen, gebruik van communicatiekanalen, innovatie adoptie gedrag) van patiënten en/of burgers. De achtergrond van de begrippen wordt gevormd door psychologische theorieën over leren.

2 Individuele motivaties

Dit cluster van factoren is afkomstig uit de psychologische theorie over gedragsverandering. In dit domein passen intenties (doelen, fasen van verandering); attituden (utiliteiten, ervaren voordelen en risico's van de innovatie); verwachte effecten (waaronder attributies bij eigen gedrag en verwachte impact van de innovatie); geloof in eigen kunnen (waaronder zelfvertrouwen, ervaren gedragscontrole en zelfeffectiviteit); ervaren sociale normen (waaronder rolopvattingen, sociale vergelijking en passendheid van de innovatie); emoties (waaronder tevredenheid met prestaties, aantrekkelijkheid van de innovatie).

3 Individueel gedrag

In dit domein passen vaardigheden (waaronder competenties en probeerbaarheid van de innovaties) en omgang met stressvolle ervaringen (coping-stijlen, etc.). Het betreft psychologische concepten, onder meer uit theorie over zelf-regulering.

4 Professionele teams en netwerken (alleen voor intermediairen)

In dit domein passen begrippen die te maken hebben met interactie in groepen, zoals groeps-cognities (oriëntaties, doelen, normen, etc) en team-functioneren (leiderschap, veiligheid, etc.). De begrippen komen uit de sociale psychologie.

5 Professionele netwerken (alleen voor intermediairen)

Hieronder vallen factoren als de aanwezigheid van opinieleiders en de omvang en aard van de sociale netwerken van professionals. De begrippen komen uit de sociale netwerkbenadering, een sociaal-wetenschappelijke theorie waarop ondermeer de theorie over diffusie van innovaties leunt.

Organisaties

6 Organisatiestructuren en werkprocessen

In dit domein passen organisatiekenmerken als specificatie, flexibiliteit, gezagsverhoudingen, specialisatie en organisatiegrootte. De begrippen zijn afkomstig uit de organisatiewetenschappen (theorieën over organisatiestructuur en ontwerp van processen).

7 Organisatie processen

In dit domein vallen interne en externe communicatie in een organisatie, alsmede verbeteractiviteiten in een organisatie. De theoretische achtergrond hiervan wordt gevormd door de organisatiewetenschappen (theorieën over organisatiecultuur, lerende organisaties, en kwaliteitsmanagement).

8 Beschikbare middelen

In dit domein valt behalve financiële middelen ook de beschikbaarheid van technische kennis in een organisatie. De theoretische achtergrond hiervan wordt gevormd door de organisatiewetenschappen (theorieën over organisatiestructuur) en economie (optimalisering van productieprocessen).

Maatschappij

9 Professionele ontwikkeling

Dit domein betreft de professionele ontwikkeling van beroepsgroepen (initieële en vervolgopleiding, kwaliteitszorg, tuchtrecht), waarover in de sociale wetenschappen theorie is uitgewerkt (medische sociologie).

10 Financiële prikkels

Dit domein betreft zowel prikkels (beloningen, beschikbaarheid van middelen) als financiële risico's voor zorgverleners en burgers/patiënten en kosten van verandering. Ook de mate competentie op een markt valt hieronder. De begrippen zijn afkomstig uit de micro-economie.

11 Regelgeving

Dit laatste domein omvat zaken als wetgeving, contractering en overige regelgeving. Hierachter zit een bestuurskundige theorie, soms een ethische grondslag.

voorgestelde begrippenkader veronderstelt een bepaalde achtergrondkennis bij de gebruiker, maar het ging het bestek van een artikel te boven om deze kennis uitputtend te geven. Hiervoor verwijzen wij naar een handboek op het terrein van implementatie.³⁰ Toch denken wij dat gebruik van de ontworpen begrippen kan bijdragen aan een effectievere communicatie en kennisvermeerdering op het gebied van implementatie. Wij stellen ons voor dat het begrippenkader vooral nuttig is om implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren bij implementatie globaal aan te duiden op een manier die voor iedereen begrijpelijk is. In aanvulling hierop zullen meestal andere begrippen nodig zijn om de activiteiten nader uit te werken. Het is niet onze bedoeling geweest om het gebruik van andere begrippen uit te sluiten. Nederlandse implementatiewerkers, onderzoekers en hun opdrachtgevers worden uitgenodigd om het begrippenkader te gaan toepassen. ZonMW en andere financiers van projecten zou-

den het gebruik van het begrippenkader moeten bevorderen en faciliteren.

ABSTRACT

Conceptual framework for the 'what' and 'why' in implementation of innovations in patient care and prevention

A standardised and shared set of constructs is needed for effective exchange of experiences and development of evidence. While implementation has received much interest in The Netherlands, such set was not available for describing implementation interventions and determinants of change. Our project aimed to develop such set of constructs. The set was developed on the basis of literature review, discussion in the project group, and assessment in 20 potential users of the constructs. The set of constructs comprises two components: a short qualification of implementation interventions ('what') and of determinants for change ('why'). Researchers and workers in the field of imple-

mentation are encouraged to use the constructs in descriptions of their activities.

Key words *implementation, quality improvement, concepts, health services research*

LITERATUUR

1. Wensing M, Weijden T van der. Implementatie-onderzoek; veld en voorbeelden. Tijdschr Gezondheidswet 1999;77:119-21.
2. Eccles MP, Mitmann BS. Welcome to Implementation Science. BMC Implementation Science 2006;1:1.
3. Cozijnsen AJ, Vrakking WJ. Handboek Verandermanagement. Theorieën en strategieën voor organisatieverandering. Deventer: Kluwer, 2003.
4. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Leiden: TNO-PG, 2002.
5. Gezondheidsraad. Van implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000.
6. GHIP. Richtsnoer Good Healthcare Innovation Practice (GHIP) 1.0. Utrecht: GHIP, 2003.
7. Groenewegen PP, Bos GAM van den, Megchelen PJ van. Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken. Van onderzoeksresultaten naar verbetering van zorg. Assen: Van Gorcum, 2004.
8. Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier, 2001.
9. Hommels LM, Molleman GRM. Handboek Prefffi. Utrecht: NIGZ, 2002.
10. Hulscher M, Wensing M, Grol R. Effectieve implementatie: theorieën en strategieën. Den Haag/Nijmegen: ZON/WOK, 2000.
11. Keijsers J, Paulussen T, Peters L, Fleuren M, Lammers F. Kennis beter benutten. Informatiegedrag van nationale beleidsmakers. Utrecht/Leiden: NIGZ/TNO, 2005.
12. KITZ/LVV. Werkboek Implementatie wijkverpleegkundige standaarden. Utrecht: KITZ/LVV, 2004.
13. Laurant M, Harmsen M, Wensing M. Implementatie van beweegprogramma's voor ouderen. Belemmerende en bevorderende factoren voor succesvolle implementatie. Nijmegen: WOK, 2002.
14. NIGZ. Toelichting Prefffi 2.0. Utrecht: NIGZ, 2003.
15. Pepels R, Linden B van der, Huijsmans R. Vooral doen! Handreiking voor succesvol implementeren van transmurale zorg. Assen: Van Gorcum, 2004.
16. Peters MAJ, Harmsen M, Laurant MGH, Wensing M. Ruimte voor verandering? Nijmegen: WOK, 2003.
17. Ravensbergen J, Friele R, Keijsers J, Wensing M, Klazinga N. In zicht. Nieuwe wegen voor implementatie. Assen: Van Gorcum, 2003.
18. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Verspreiding van innovaties. Zoetermeer: RVZ, 2005.
19. RVZ. Van weten naar doen. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer: RVZ, 2005.
20. Saan H, Haes W de. Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering. Utrecht: NIGZ, 2005.
21. Schrijvers G, Oudendijk N, Vries P de, Hageman M. Moderne patiëntenzorg in Nederland. Van kennis naar actie. Maarssen: Elsevier, 2002.
22. Theunissen NCM, Pas SME te, Friele RD. Evaluatie implementatiemonitor ZonMW. Onderzoek naar de relatie tussen implementatieplannen en hun uitkomsten. Utrecht: Nivel, 2003.
23. Linge RH van, Heijnen-Kales Y, Leytens JAM et al. Verspreiding en implementatie van wetenschappelijke kennis in de verpleging. Den Haag/Utrecht: ZonMW/LVV, 2001.
24. Splunteren PT van, Veld CJ in 't, Barneveld TA van. Implementatie van richtlijnen: kan het sneller? In: Everdingen JJE van et al. Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: BSL, 2004.
25. Wensing M, Splunteren P van, Hulscher M, Grol R. Praktisch nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 2000.
26. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Intervention mapping. Designing theory- and evidence-based health promotion programs. Boston: McGraw-Hill, 2001.
27. Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Kyriakidou O, Macfarlane F, Peacock A. How to spread good ideas. A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D. London: NCCSDO, 2004.
28. Rogers EM. Diffusion of Innovations. New York: Free Press, 2003 (5th ed). Thorsen T, Mäkelä M. Changing professional practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation. Copenhagen: Danish Institute of Health Services Research and Development, 1999.
29. Wensing M, Bosch M, Foy A, Van der Weijden T, Eccles M, Grol R. Factors in theories on behaviour change to guide implementation and quality improvement in healthcare: a qualitative literature review. Nijmegen: WOK, 2005.
30. Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verbetering van patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006 (tweede druk).

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. M. Wensing, UMC St Radboud, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, tel: 024-3614227
e-mail: M.Wensing@kwazo.umcn.nl
Voor publicatie aanvaard in januari 2007.