



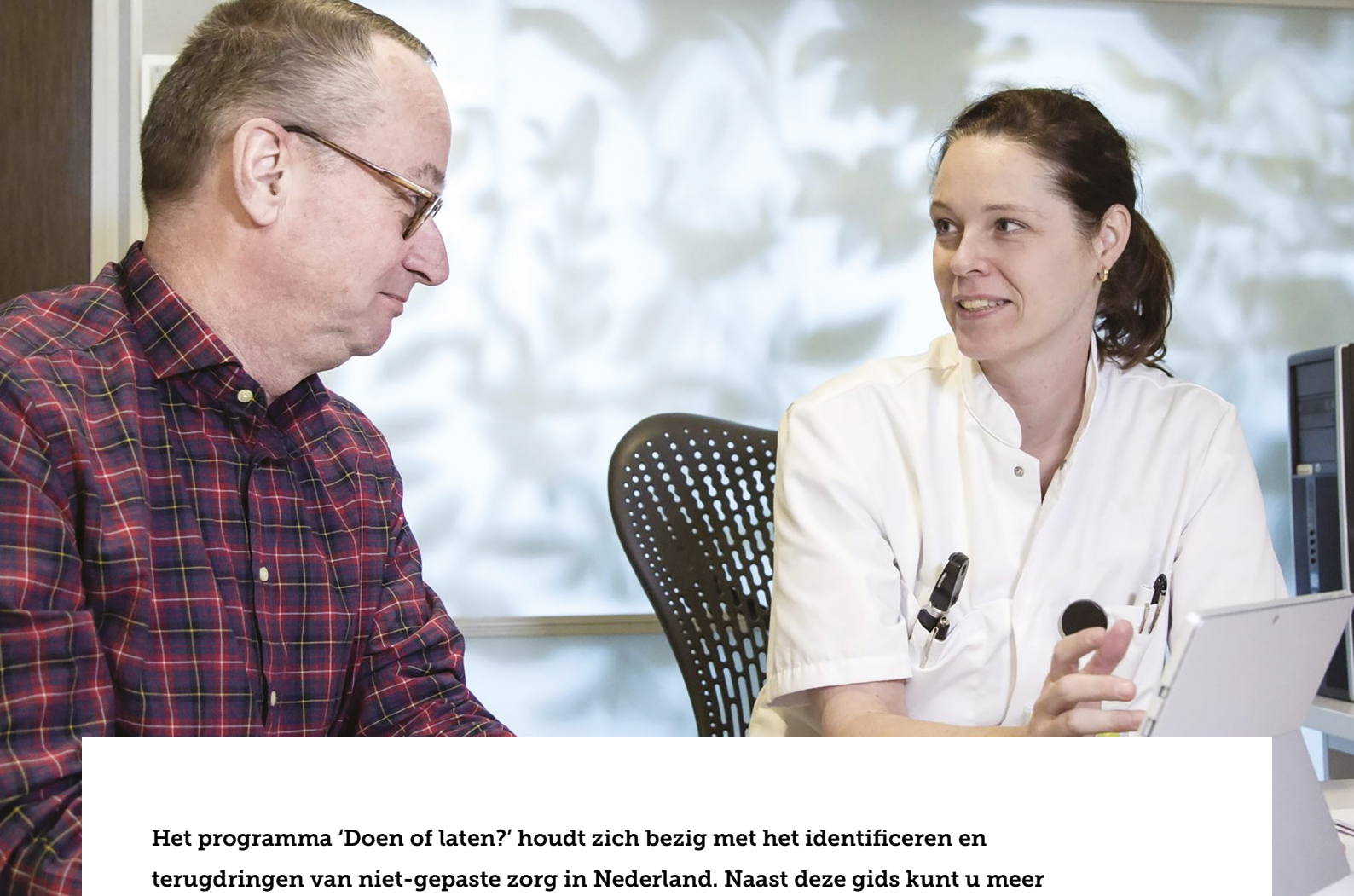
Deïmplementatiegids

Voor het terugdringen van niet-gepaste zorg in uw organisatie



januari 2019





Het programma 'Doen of laten?' houdt zich bezig met het identificeren en terugdringen van niet-gepaste zorg in Nederland. Naast deze gids kunt u meer ondersteunende middelen vinden op onze website: www.doenoflaten.nl.

Auteurs

Simone van Dulmen

Tijn Kool

Eva Verkerk

Dit is een publicatie van het Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Radboudumc.

Citeren uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding: Dulmen S van, Kool T, Verkerk E.

Deïmplementatiegids voor het terugdringen van niet-gepaste zorg in uw organisatie.

Nijmegen, IQ healthcare, 2019.

Inhoudsopgave

1.	WAAROM DEZE GIDS?	4
2.	WAT IS NIET-GEPASTE ZORG?	6
3.	HOE KOMT HET DAT NIET-GEPASTE ZORG VOORKOMT?	8
4.	STAPPENPLAN OM NIET-GEPASTE ZORG TERUG TE DRINGEN	12
Stap 1	BRENG DE SITUATIE IN KAART	14
Stap 2	ONDERZOEK HET PROBLEEM	15
Stap 3	BEPAAAL DE STRATEGIE	17
Stap 4	VOER DE STRATEGIE UIT	25
Stap 5	EVALUEER DE STRATEGIE	26
Stap 6	BEHOUD HET EFFECT	27
	LITERATUUR	29
	BIJLAGE 1 VOORBEELDEN VAN NIET-GEPASTE ZORG EN EFFECTIEVE	32
	INTERVENTIES OM DEZE TERUG TE DRINGEN	
	BIJLAGE 2 FASEN VAN VERANDERING	41



1.

WAAROM DEZE GIDS?

Het identificeren en terugdringen, oftewel deïmplementeren, van niet-gepaste zorg staat steeds meer in de belangstelling. Het verminderen van niet-gepaste zorg komt de kwaliteit van de zorg voor de patiënt ten goede en houdt deze betaalbaar. Het doel van deze gids is om zorgverleners en beleidsmakers uit alle zorgsectoren die met deïmplementeren aan de slag gaan, te ondersteunen in de stappen die nodig zijn om niet-gepaste zorg terug te dringen. De gids bevat achtergrondinformatie over niet-gepaste zorg, een stappenplan voor het opzetten, uitvoeren en evalueren van een deïmplementatieproject en voorbeelden van niet-gepaste zorg.

Deïmplementeren is net als implementeren een proces van gedragsverandering. Hoewel het dezelfde stappen vergt, is bij deïmplementeren de context van de gedragsverandering vaak anders. Het implementeren van nieuwe diagnostiek en nieuwe behandelingen is veelal het brengen van goed nieuws. Het uitleggen dat de door de patiënt verwachte zorg niet-passend is en misschien wel schadelijk, is moeilijk voor de patiënt om te begrijpen en soms lastig voor de zorgverlener om te vertellen. Deze uitleg kost tijd en vergt vaardigheden die niet iedere zorgverlener van nature bezit. Om de vereiste positieve houding van zorgverleners en patiënten ten aanzien van het terugdringen van niet-gepaste zorg te verkrijgen en de daadwerkelijke gedragsverandering te kunnen realiseren, moet meer moeite gedaan worden dan bij implementatie. De angst voor kritiek of rechtsvervolging of voor productieverlies en financiële gevolgen zijn vaker aanwezig bij deïmplementatie dan bij implementatie.

Het programma *Doen of Laten?* richt zich op het terugdringen van niet-gepaste zorg. Met behulp van acht deïmplementatieprojecten heeft *Doen of laten?* laten zien dat deïmplementatie mogelijk is, wat hiervoor nodig is, hoe zorgverleners dit kunnen bewerkstelligen en welke kosten en opbrengsten hiermee gepaard gaan. *Doen of Laten?* heeft een aantal producten ontwikkeld waaronder deze gids. Ook zijn er toolkits voor specifieke vormen van niet-gepaste zorg die de hulpverlener extra handvatten geven. Meer informatie over het programma en de producten zijn te vinden op www.doenoflaten.nl.

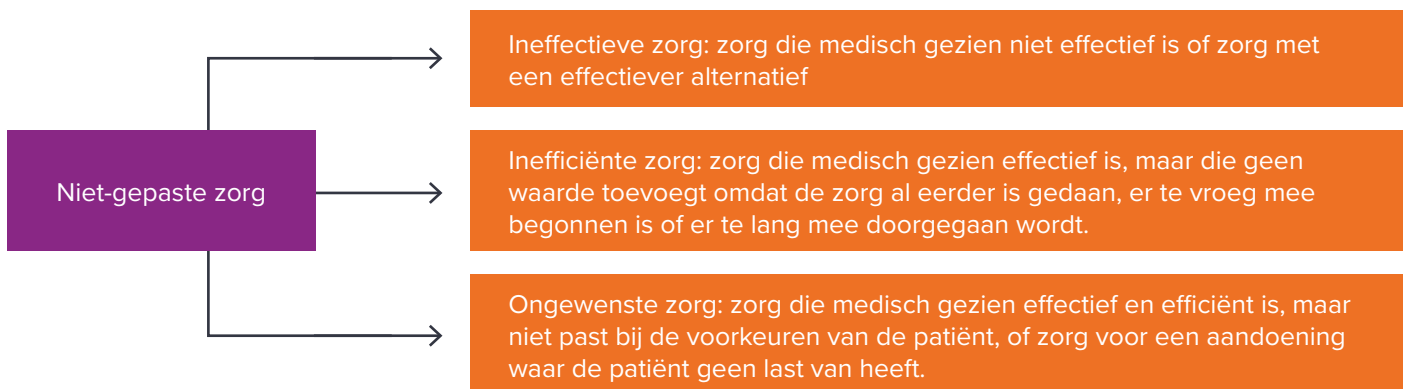


2.

WAT IS NIET-GEPASTE ZORG?

Zorgverleners willen zorg van goede kwaliteit leveren die past bij de situatie van de patiënt. Daarbij proberen zij optimaal gebruik te maken van het best beschikbare wetenschappelijke bewijs en hun eigen klinische ervaring. Ondanks dit streven naar goede zorg is bekend dat een deel van de zorg niet passend is. Met niet-gepaste zorg bedoelen we zorg die geen of weinig toegevoegde waarde voor de patiënt heeft en daardoor onnodig de patiënt belast, risico's oplevert en geld kost. Of zorg niet-gepast is hangt ook af van de beschikbare alternatieven en de voorkeur van de patiënt. Er zijn [drie categorieën van niet-gepaste zorg](#) te onderscheiden (zie figuur 1).

Figuur 1: De verschillende categorieën niet-gepaste zorg



Waarom is het nodig om niet-gepaste zorg terug te dringen?

Het terugdringen van niet-gepaste zorg levert minder risico's voor de patiënt, besparing van kosten en meer ruimte voor gepaste zorg. Door het leveren van niet-gepaste zorg worden patiënten extra belast en onnodig blootgesteld aan risico's en bijwerkingen van de test of behandeling. Veel zorg veroorzaakt bijwerkingen en zorgverleners en patiënten accepteren deze als de diagnostiek of de behandeling nuttig is. Als de zorg weinig of geen toegevoegde waarde heeft slaat de balans door naar de andere kant en dan wordt de zorg niet-gepast. Het kan ook zijn dat niet zozeer de zorg zelf schadelijk is, maar dat er door deze zorg ongerustheid ontstaat. Dit kan andere (niet-gepaste) zorg in gang zetten met mogelijk bijbehorende schadelijke effecten. Een andere mogelijkheid is dat niet-gepaste zorg andere zorg die wel toegevoegde waarde heeft, kan verdringen. Wanneer artsen bijvoorbeeld in de laatste levensfase patiënten doorbehandelen, kan dit ervoor zorgen dat deze patiënten geen zorg gericht op palliatie krijgen.

Niet-gepaste zorg kost tijd, geld en middelen. Cijfers uit Nederland zijn niet bekend, maar er zijn wel schattingen uit het buitenland. Hier blijkt dat het om grote aantallen gaat. Schattingen over de omvang van niet-gepaste zorg lopen uiteen van 15 tot 40%. Het terugdringen van niet-gepaste zorg kan de toegankelijkheid van gepaste zorg verbeteren. In de zorg is sprake van een nijpend personeelstekort dat de komende jaren verder gaat oplopen. Anderzijds zijn er grote wachtlijsten in de zorg. Een efficiëntere besteding van mensen en middelen is noodzakelijk.

Het verminderen van niet-gepaste zorg is dus een belangrijk aangrijppunt om de gezondheidszorg doelmatiger, goedkoper, veiliger, toegankelijk en meer patiëntgericht te maken.



3.

HOE KOMT HET DAT NIET-GEPASTE ZORG VOORKOMT?

Er zijn vijf categorieën met factoren die invloed hebben op het handelen van de zorgverlener en het kiezen samen met de patiënt voor gepaste of niet-gepaste zorg: factoren met betrekking tot de zorgverlener, de patiënt, de sociale context, de organisatorische context en de maatschappelijke context. Bij de zorgverlener kan men denken aan diens kennis, motivatie en gewoonten; bij de patiënt aan diens kennis en verwachtingen; sociale factoren zijn heersende normen en cultuur en functioneren van teams; organisatorische factoren zijn structuren en processen in de werkomgeving; en maatschappelijke factoren zijn financiën en wet- en regelgeving.

Welke factoren een rol spelen verschilt per situatie en type zorg. Een deel van deze factoren is van invloed zonder dat de zorgverlener dit zelf in de gaten heeft. Zeker in de zorg waar mensen onder grote tijdsdruk kunnen staan, maken zorgverleners keuzes deels ook onbewust omdat dit minder tijd en energie kost. Daarnaast speelt intuïtie bij veel keuzes een rol, omdat richtlijnen niet in iedere context opgevolgd kunnen worden. Zorg verlenen blijft maatwerk.

Voorbeeld

Prostaatkankerscreening met behulp van PSA bij mannen zonder klachten kent veel fout-positieve uitslagen: een verhoogde PSA-waarde hoeft immers niet te wijzen op prostaatkanker. Als er sprake is van prostaatkanker, hoeft dat niet altijd behandeld te worden. De meeste mannen overlijden niet aan prostaatkanker, maar met prostaatkanker. Ongeveer 80% van de mannen is 10 jaar na de diagnose prostaatkanker nog in leven. Behandeling daarentegen leidt frequent tot bijwerkingen, zoals impotentie (20-85%) en incontinentie (5-40%) na prostatectomie.



1. Factoren zorgverlener

Wanneer een zorgverlener een bepaalde keuze maakt spelen zijn eigen voorkeuren en gewoontes mee. Denk hierbij aan iemands:

- Attitude, de houding van de zorgverlener ten aanzien van de zorg. Bijvoorbeeld iets prettig vinden werken of juist ergens een hekel aan hebben.
- Kennis, het weten hoe de zorgverlener zou moeten handelen. Bijvoorbeeld weten hoe een apparaat werkt of de richtlijn kennen.
- Ervaring, wat de zorgverlener tot nu toe heeft meegemaakt of gedaan. Bijvoorbeeld hoe vaak iemand ergens mee gewerkt heeft of succesverhalen.
- Waarneming, hoe de zorgverlener informatie interpreteert. Zorgverleners, maar ook patiënten, hebben de neiging om de effecten van zorg te overschatten en de risico's ervan te onderschatten.
- Motivatie, waardoor een zorgverlener gedreven wordt. Bijvoorbeeld bevlogen zijn om patiënten te helpen.
- Gewoonten, handelen uit automatisme. Bijvoorbeeld altijd hetzelfde geneesmiddel voorschrijven omdat dit zo is aangeleerd. Het automatisch handelen zonder impliciet of expliciet redeneren. Tijdens de opleiding ligt de nadruk vooral op het handelen van zorgverleners en minder op het afwachten.
- Gevoel van verlies, zorgverleners en patiënten vinden het vaak lastiger met iets te stoppen dan te beginnen, omdat ze dan het gevoel hebben iets te verliezen. Tegelijkertijd komt er bij stoppen met niet-gepaste zorg niet altijd een alternatief, omdat niets doen in een aantal gevallen beter is.

2. Patiëntfactoren

Zorgverleners kunnen van patiënten een verzoek tot niet-gepaste zorg krijgen. Daarbij leggen sommige patiënten druk op zorgverleners en accepteren het niet wanneer zij de gewenste, niet-gepaste zorg niet willen bieden. Deze verzoeken en verwachtingen van de patiënt (of het idee dat de zorgverlener hiervan heeft) vormen een barrière voor het terugdringen van niet-gepaste zorg. Een aantal factoren speelt hierbij een rol:

- De verzoeken van patiënten ontstaan mede uit het idee dat patiënten verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid. Een aantal patiënten wil dan ook graag actief betrokken worden bij de zorg.
- De angst van een patiënt kan ervoor zorgen dat de zorgverlener een onderzoek uitvoert om de patiënt gerust te stellen.
- Vaak geloven patiënten dat meer zorg beter is, of dat nieuwere behandelingen effectiever zijn. Ook overschatten zij de voordelen van screenen en behandeling, terwijl zij de schade niet zien.
- Patiënten zijn zich vaak niet bewust van het feit dat de zorg niet-gepast is en worden beïnvloed door media en naasten.
- Daarnaast kan een patiënt voorkeuren hebben in type zorg, omdat de patiënt voor bepaalde zorg niet verzekerd is en voor andere zorg juist wel.

3. Sociale factoren

De omgeving heeft bewust of onbewust invloed op iemands keuzes en handelen. Peer pressure kan het gedrag van zorgverleners beïnvloeden, bijvoorbeeld bij de keuze van behandeling. Iemand kan de houding en verwachtingen uit diens omgeving (of de perceptie ervan) onbewust of bewust meenemen in het eigen gedrag. De volgende factoren kunnen hierbij een rol spelen:

- Mensen vinden het doorgaans heel belangrijk wat anderen van ze vinden.
- Mensen willen graag bij een groep horen en het is lastig van groepsnormen af te wijken. Bijvoorbeeld, in een ziekenhuis waar de chirurgen gewend zijn patiënten met galblaasklachten te opereren, zal een nieuwe chirurg zijn indicatiestelling aanpassen aan de groepsnorm die daar bestaat.
- Mensen zijn geneigd te doen wat anderen doen.
- Mensen voelen zich minder verantwoordelijk voor de dingen die ze doen wanneer ze lid zijn van een groep.

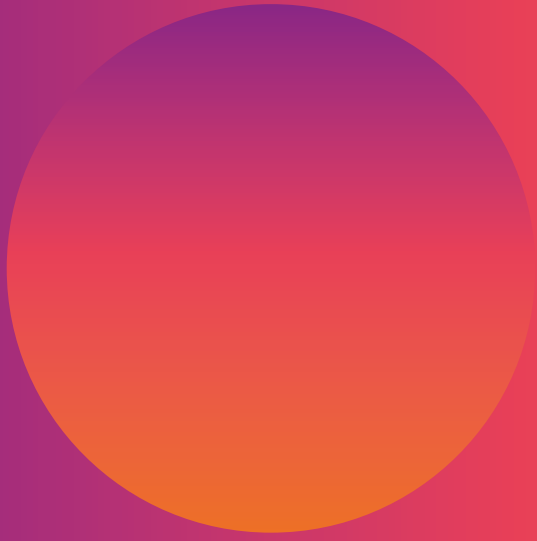
4. Organisatorische factoren

Ook de afdeling, praktijk of instelling waarin de zorgverlener werkt, speelt een rol. Denk hierbij bijvoorbeeld aan:

- De tijdsdruk die er heerst, omdat de instelling een bepaalde productie vereist waardoor de zorgverlener minder tijd heeft voor de patiënt.
- De beperkingen in de omgeving waardoor niet alle zorg mogelijk of toegankelijk is.
- Het beleid en de werkafspraken van de werkomgeving, bijvoorbeeld onjuiste of verouderde protocollen, die het leveren van niet-gepaste zorg in de hand werken.
- Gebrekkige communicatie tussen huisarts en specialist of tussen specialisten, waardoor diagnostiek onnodig dubbel wordt gedaan of een patiënt langer in het ziekenhuis blijft dan medisch noodzakelijk.
- Het veelvuldig gebruik van apparatuur om de exploitatiekosten beheersbaar te maken. Een ziekenhuis moet bijvoorbeeld een dure MRI-scanner inzetten om de aanschafkosten terug te verdienen.

5. Maatschappelijke factoren

De wijze waarop de maatschappij de zorg heeft ingericht maakt dat zorgverleners soms ervoor kiezen (te) veel te doen en daarmee het risico lopen niet-gepaste zorg te verlenen. Met name de financiering kan voor de zorgverlener een stimulans zijn om iets juist wel of iets niet te doen. Maar ook de wetgeving speelt een rol. Zorgverleners kunnen bang zijn om aansprakelijk te worden gesteld en kunnen daardoor geneigd zijn om iets wel te doen waarover ze twijfelen.



4.

STAPPENPLAN OM NIET-GEPASTE ZORG TERUG TE DRINGEN

Voordat u begint met de hieronder beschreven stappen voor het deïmplementeren van niet-gepaste zorg, is het goed om rekening te houden met een aantal voorwaarden om niet-gepaste zorg in uw organisatie terug te dringen. Door aan deze voorwaarden te voldoen creëert u een goed klimaat voor het project en vergroot u de kans op succes.

- Er is een zorgverlener of manager die tijd vrij kan maken om het project te leiden.
- Er is ruimte voor verbetering in het gebruik van de niet-gepaste zorghandeling die u voor ogen heeft.
- Er is overtuigend bewijs dat de zorghandeling die u gaat deïmplementeren niet-gepast is.
- Er is draagvlak onder zorgverleners of u kunt draagvlak creëren in de beginfase van het project. Zorgverleners moeten open staan voor het project en bereid zijn om te leren. Ook leidinggevenden willen het project omarmen en zijn bereid het te ondersteunen.

U kunt overwegen om iemand bij het project te betrekken die ervaring heeft met (de)implementeren of verbeterprojecten. Wanneer u inspiratie wilt opdoen voor een vorm van niet-gepaste zorg waarmee u aan de slag kunt gaan, dan kunt u de 12 voorbeelden in bijlage 1 bekijken. Meer voorbeelden kunt u vinden op www.demedischspecialist.nl/onderwerp/verstandige-keuzes, www.choosingwiselycanada.org en www.choosingwisely.org. Voor het opzetten en uitvoeren van een deïmplementatieproject doorloopt u vervolgens de volgende zes stappen.

● **Stap 1 Breng de situatie in kaart**

Meet het volume niet-gepaste zorg en formuleer een doelstelling

● **Stap 2 Onderzoek het probleem**

Analyseer het probleem en welke factoren een rol spelen bij de deïmplementatie

● **Stap 3 Bepaal de strategie**

Stel een strategie samen die aansluit op de probleemanalyse

● **Stap 4 Voer de strategie uit**

Werk een plan van aanpak uit en voer het uit

● **Stap 5 Evalueer de strategie**

Evalueer de effecten, kosten en het proces van de strategie

● **Stap 6 Behoud het effect**

Bed de strategie in het werkproces in om het effect te behouden

Stap 1. Breng de situatie in kaart

Een goede probleemstelling bakent het probleem af en laat de noodzaak tot verandering zien. Daarvoor brengt u de omvang van het probleem in kaart. Vervolgens formuleert u een doelstelling. Het is van belang steun te vinden bij collega's, leidinggevend en bestuur.

Duurzame verandering start met een goed plan. De eerste stap om te komen tot een goed deïmplementatieplan is een concrete beschrijving van het probleem en een analyse van hoe vaak de niet-gepaste zorg voorkomt. Daarmee formuleert u een concreet en meetbaar doel voor verbetering. Vergeleken met implementatie, is het bij deïmplementatie waarschijnlijk lastiger om draagvlak te creëren voor de verandering. Besteed hier dus voldoende aandacht aan.

Hoe groot is het probleem?

Als eerste brengt u de omvang van het probleem in kaart. Dit is het startpunt van het project en tegelijkertijd de voormeting. Mogelijk is dit ook al een interventie wanneer u deze data presenteert aan de zorgverleners. Meet hoeveel patiënten nu niet-gepaste zorg krijgen. Het volgende is nodig voor het in kaart brengen van de omvang van het probleem:

1. Een indicator voor het voorkomen van de niet-gepaste zorg. Let daarbij op de concrete omschrijving van de handeling en de doelgroep. Voorbeeld: het percentage patiënten dat ten onrechte een urinekatheter heeft na een urologische operatie. Soms is het niet mogelijk om het volume niet-gepaste zorg te meten en bent u genoodzaakt om een indirecte uitkomst te meten. Wanneer bijvoorbeeld het niet mogelijk is om uit het elektronische patiëntendossier (epd) te extraheren welke laboratoriumtesten niet-gepast zijn, kunt u kijken naar het totaal aantal laboratoriumtesten. Het is ook belangrijk om mogelijke bijeffecten van de deïmplementatie te monitoren, zoals de vraag of de hoeveelheid beeldvormend onderzoek omhoog gaat als er minder laboratoriumonderzoek gedaan wordt.
2. Een methode van gegevensverzameling, waarbij ook duidelijk is wie wat moet doen. U kunt data verzamelen met behulp van registratiesystemen, statusonderzoek of een vragenlijst. Tijdens de dagelijkse visite kijkt de zaalarts bijvoorbeeld of de katheter nodig is en noteert dat.

Wat is uw doel?

Als duidelijk is hoe groot het probleem is, kunt u een doel stellen. Een goede doelstelling is SMART: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden.

- *Specifiek*: Omschrijf precies wat minder of niet meer gedaan zou moeten worden, bij welke patiëntenpopulatie en in welke situatie. Maak het zo concreet mogelijk.
- *Meetbaar*: Uiteindelijk moet u kunnen meten of u uw doel bereikt heeft. Houdt hier rekening mee bij het selecteren van een doel.
- *Acceptabel*: Kies een doel waarvoor draagvlak is of draagvlak gecreëerd kan worden. Houdt er rekening mee dat uw doel niet in strijd is met het beleid van de organisatie.

- *Realistisch*: Maak het doel realistisch, maar niet te makkelijk. Zowel een onbereikbaar doel als een te makkelijk doel motiveert niet.
- *Tijdgebonden*: Maak specifiek in welke periode u uw doel wilt halen.

Hoe creëert u draagvlak?

Voor succesvolle deïmplementatie is draagvlak in de organisatie in een vroeg stadium erg belangrijk. Besteed daarom al in deze stap hier aandacht aan.

- Betrek de zorgverleners en andere betrokkenen die te maken krijgen met de verandering bij het definiëren van het probleem en het voorstel voor verandering. Zo kunt u alle perspectieven meenemen en draagvlak creëren.
- Cruciaal is ook om de steun van leidinggevendenden, de raad van bestuur of directie te verkrijgen. Zij moeten uitdragen dat deze verandering nodig en belangrijk is. Onderbouw met wetenschappelijk bewijs dat de zorg niet-gepast is. Beschrijf daarbij helder en concreet de niet-gepaste zorg en de patiëntenpopulatie waar die van toepassing op is. Beschrijf hoe relevant het probleem is door aan te geven hoe groot de nadelige gevolgen zijn. Beschrijf ook de ziektelast van de niet-gepaste zorghandeling, en welke kosten ermee gepaard gaan. Hoe zou de zorg er wel uit moeten zien?

Stap 2. Onderzoek het probleem

De probleemanalyse is erg belangrijk voor het slagen van deïmplementatie. Tijd en geld stoppen in een educatieprogramma heeft bijvoorbeeld geen zin wanneer ontbrekende kennis niet het probleem is. Zorg ervoor dat u weet welke factoren waarschijnlijk een rol gaan spelen bij de deïmplementatie en hoe elke groep stakeholders ertegenover staat.

Om de deïmplementatiestrategie goed aan te laten sluiten op de lokale situatie, doet u een probleemanalyse. Vaak wordt aangenomen dat mensen de juiste dingen gaan doen als er uitgelegd wordt waarom dat belangrijk is. Daarbij wordt vergeten dat ze werken in een complexe omgeving die veel invloed heeft op hun gedrag. Als u weet waarom en wanneer zorgverleners de niet-gepaste zorg leveren, kunt u een strategie kiezen die een zo groot mogelijke kans van slagen heeft. Vergeleken met implementatie, spelen bij deïmplementatie vaak specifieke factoren met betrekking tot de gewoonten van de zorgverlener, de verwachting van de patiënt en de cultuur een rol zoals in hoofdstuk 3 toegelicht. Het is dus belangrijk om onderzoek te doen naar het probleem en de belemmerende en bevorderende factoren voor verandering.

Hoe onderzoekt u het probleem?

Er zijn verschillende methoden om te onderzoeken welke factoren een rol spelen in het deïmplementatieproject. Hieronder beschrijven we de meest gebruikte methoden. Het gebruiken van verschillende methoden bij een combinatie van bronnen zorgt ervoor dat u de kans vergroot dat u alle belemmerende en bevorderende factoren identificeert.

Vragenlijst

U kunt een vragenlijst gebruiken om met relatief weinig moeite een groot aantal stakeholders te bevragen. Het nadeel van een enquête is dat u niet kunt doorvragen naar achterliggende motieven. Daarom is het vooral geschikt voor het toetsen van factoren die al zijn vastgesteld.

Interviews en focusgroepen

Interviews en focusgroepen zijn intensief, maar kunnen veel inzicht geven in de context van, ervaringen met en opvattingen over de niet-gepaste zorg. U kunt interviews uitgebreid voorbereiden en evalueren, inclusief het uittypen en coderen van de interviews, maar kunnen ook meer de vorm hebben van een gesprek. De geïnterviewde kan een individu of een groep zijn. Een focusgroepinterview is efficiënter, omdat u meerdere mensen tegelijk bevroegt. Een goede gespreksleider is hiervoor essentieel, want de mogelijkheid bestaat dat enkele deelnemers een dergelijk gesprek domineren waardoor niet alle relevante informatie naar boven komt.

Observatie

Bij observatie wordt er meegekeken in de dagelijkse praktijk. Dat kan in twee vormen: participerende observatie, waarbij de observator actief meedoet met de normale activiteiten, en niet-participerende observatie, waarbij de observator passief aan de kant staat en zich niet mengt. Beide vormen hebben voor- en nadelen en de best passende methode hangt af van de situatie. Belemmerende en bevorderende factoren kunnen op meerdere niveaus liggen. Onderstaand overzicht kan u helpen bij uw onderzoek naar factoren in uw eigen project. In hoofdstuk 3 staan de factoren uitgebreid beschreven.

Tabel 1: Belemmerende en bevorderende factoren voor verandering

Factoren	Wat?	Liggen er kansen?	Wat zijn bedreigingen?
Factoren Individuele zorgverlener	Kennis, kunde, motivatie, houding, gedrag of persoonlijkheid van zorgverleners		
Patiëntfactoren	Voorkeuren, kennis, motivatie of gedrag van patiënten		
Sociale factoren	Aanwezigheid en normen, waarden, structuur, cultuur, functioneren en leiderschap van een team of netwerk		
Organisatorische factoren	Structuren, processen en faciliteiten van een organisatie		
Maatschappelijke factoren	Financiën, wet- en regelgeving en subgroepen		

Fasen van verandering

Een belangrijke factor bij het kiezen van een strategie, is de houding van de doelgroep die moet veranderen. Hoe ver is deze doelgroep in de acceptatie van de deïmplementatie? De doelgroep kan in verschillende zogenoemde 'fasen van verandering' zijn en dat heeft invloed op de strategiekeuze.

- Fase 1 Oriëntatie: De doelgroep moet zich bewust zijn van, interesse krijgen in en betrokken raken bij de verandering.
- Fase 2 Inzicht: In deze fase krijgt de doelgroep informatie over wat de verandering precies inhoudt en wat de aanleiding is. Hierdoor ontstaat een 'sense of urgency' en een drang naar verandering. De doelgroep heeft kennis en begrip nodig, en inzicht in huidige eigen werkwijze.
- Fase 3 Acceptatie: De nadruk ligt op het motiveren van de doelgroep om echt tot verandering over te gaan. De doelgroep moet het gevoel krijgen dat de verandering zinvol en haalbaar is, en concrete ideeën krijgen over hoe te veranderen.
- Fase 4 Verandering: De doelgroep moet gaan experimenteren met de verandering, vaardigheden moeten aangeleerd worden en organisatorische aanpassingen gerealiseerd.
- Fase 5 Behoud van verandering: De verandering wordt een vast onderdeel van de praktijk. Integratie in bestaande routines helpt daarbij, alsmede de ondersteuning van organisatorische voorwaarden voor blijvende toepassing.

Een aanvulling van de probleemanalyse kan zijn om per doelgroep te onderzoeken in welke fase van verandering zij verkeren en de invulling van het project hierop aan te laten sluiten: interventies die zorgen voor inzicht moet u inzetten vóór interventies die gericht zijn op acceptatie. In bijlage 2 staat een overzicht van de mogelijke uitdagingen per fase en oplossingen.

Stap 3. Bepaal de strategie

Wanneer u weet welke factoren een rol gaan spelen in de deïmplementatie, is het belangrijk er een passende strategie bij te zoeken. De belangrijkste belemmerende factoren moeten aangepakt worden. Vergeet tegelijkertijd niet gebruik te maken van de bevorderende factoren.

Een strategie werkt het beste wanneer deze het probleem aanpakt en goed past bij de zorgverleners en de omgeving waarin zij werken. In deze stap ontwikkelt u de strategie die past bij de doelstelling en de uit de probleemanalyse geïdentificeerde beïnvloedende factoren. Herhaling van de boodschap en blijvende aanpassingen op de afdeling vergroten de kans dat de verandering blijft. Uit onderzoek blijkt dat patiëntgerichte strategieën en feedback vaak goed werken bij deïmplementatie.

Mogelijke strategieën en interventies

Er zijn vele strategieën en middelen die kunnen bijdragen aan het terugdringen van niet-gepaste zorg. Deze kunnen onderverdeeld worden in verspreiden van kennis, educatie, feedback en reminders, aanpassingen in de organisatie, patiëntgerichte strategieën, marktgerichte strategieën, of een combinatie daarvan. Hieronder worden deze categorieën

toegelicht. Welke strategie het best past bij een specifieke situatie hangt natuurlijk af van het probleem, het gewenste doel, de beïnvloedende factoren, maar ook van praktische factoren zoals tijd of de beschikbare middelen.

Voorbeeld

Verspreiden van kennis alleen is vaak niet voldoende voor een gedragsverandering. In een studie naar de verspreiding van een richtlijn over keizersneden onder gynaecologen was 90% op de hoogte van het bestaan van de richtlijn. Echter, slechts 3% kon de 8 centrale aanbevelingen correct weergeven en na 2 jaar was het aantal keizersneden met 15-49% gestegen, terwijl het doel van de richtlijn was deze te reduceren.

1. Verspreiden van kennis en educatie

Verspreiden van kennis

Het verspreiden van kennis kan op individueel niveau en op groepsniveau. Vaak is een combinatie voor langere tijd nodig om de boodschap door te laten dringen. Kennisverspreiding kan met behulp van:

- Persbericht
- Lezing of presentatie op congres- en studiedagen
- E-mail, (nieuws)brief
- Folders, brochure of poster
- Artikel in vakblad of publiekstijdschrift
- Rapport
- Filmpje
- Sociale media zoals LinkedIngroepen, Twitter
- Cursus of workshop.

Wanneer doen?

Het verspreiden van kennis is vrijwel altijd nodig. De doelgroep die moet veranderen, moet weten dat dit project is gestart, wat het doel ervan is en wat er van hen verwacht wordt. Verspreiden van kennis is vaak noodzakelijk, maar op zichzelf niet voldoende voor een goede deïmplementatie.

Waar moet u op letten?

Bij het maken van een plan voor kennisverspreiding moet u aandacht besteden aan de volgende punten:

- Maak een duidelijke omschrijving van de doelgroep waarop de kennisverspreiding zich richt. Specificeer of u subgroepen verschillend gaat benaderen.
- Stel vast wat het meest geschikte kanaal is voor verspreiding: welke weg bereikt het beste welke doelgroep?
- Stel vast wie/wat de meest geschikte bron is voor verspreiding. Onder bron valt de persoon die de boodschap overdraagt, maar ook het tijdschrift waarin gepubliceerd wordt.

- Bepaal het budget voor de ontwikkeling, productie en distributie van de middelen om de kennis te verspreiden zoals een folder, filmpje, congres.
- Betrek de doelgroep bij de ontwikkeling van het materiaal, zodat het voor hen helder is en het materiaal hen aanspreekt.

Educatie

Educatieve strategieën zijn gericht op het aanleren van nieuw gedrag aan de doelgroep. Er zijn verschillende mogelijkheden voor educatie:

- Educatief materiaal zoals boeken, folders, filmpjes of websites.
- Grootschalige scholingsbijeenkomsten zoals conferenties en lezingen. Deelname is meestal passief.
- Kleinschalige scholingsbijeenkomsten zoals workshops en trainingen. Deelname is meestal actief.
- Praktijkbezoeken: een getraind individu begeleidt, ondersteunt en geeft feedback aan zorgverleners in de praktijk.
- Inzet van klinische leiders: scholing door een invloedrijk individu.
- Gebruik van bestaande netwerken voor uitwisseling van kennis

Wanneer doen?

Educatie is vooral zinvol wanneer de doelgroep die moet veranderen onvoldoende kennis heeft over de niet-gepaste zorg, en deze kennis noodzakelijk is voor de implementatie. Het wordt vaak gebruikt voor de implementatie, maar enkel educatie heeft vaak een beperkt effect op het gedrag. Meestal is er meer nodig.

Waar moet u op letten?

Literatuuronderzoek heeft meerdere factoren geïdentificeerd die maken dat een educatieve strategie succesvol is:

- Duur van de scholing: hoe langer de blootstelling aan onderwijs, hoe beter het resultaat.
- Actieve participatie en interactie: een actieve deelname en controle over het leerproces verhoogt de effectiviteit van educatie, omdat het de motivatie verhoogt en de deelnemer in staat stelt zich op zijn persoonlijke leerbehoeften te richten.
- Inzet van klinische leiders: Mogelijk heeft het inzetten van autoriteiten op een bepaald gebied ook invloed op het succes van educatie.

2. Patiëntgerichte strategieën

De behoeften en voorkeuren van de patiënt spelen een steeds grotere rol bij besluiten in de zorg. Patiëntgerichte strategieën hebben als doel via patiënten keuzes in de zorg te beïnvloeden. Deze strategieën kunnen zich richten op verschillende fases waarin een patiënt zich kan bevinden:

- Een strategie gericht op zorgzoekend gedrag beïnvloedt het besluit om wel of niet de gezondheidszorg op te zoeken. Dit kan via de massamedia, internet of persoonlijk contact. Een voorbeeld is de campagne: 'Ga voorzichtig om met antibiotica'.
- Een strategie gericht op actieve participatie zorgt ervoor zorgen dat de patiënt actief meebeslist en dat zijn/haar behoeften en voorkeuren een rol spelen. Het goed informeren van de patiënt van de voor- en nadelen van zorg kan helpen bij het terugdringen van niet-gewenste zorg, bijvoorbeeld bij het kiezen voor palliatie of voor conservatieve behandeling in plaats van een operatie. U kunt de patiënt hierop voorbereiden voor het consult en ondersteunen tijdens het consult. Dit kan bijvoorbeeld met folders, filmpjes en keuzehulpen.

Voorbeeld

Het aantal hysterectomieën in Zwitserland daalde slechts licht nadat het bericht dat ze meestal niet-gepast zijn verspreid was naar gynaecologen. Vervolgens werd een campagne via de massamedia gevoerd. In de jaren daarna daalde het aantal hysterectomieën significant. Mogelijk werden patiënten én artsen beïnvloed door de media, waarbij artsen anticipeerden op de verwachtingen van de patiënten.

Wanneer doen?

Patiëntgerichte strategieën zijn een waardevolle aanvulling op alle strategieën en kunt u inzetten wanneer inmenging van de patiënt de deïmplementatie kan helpen. Ook kunt u deze strategie inzetten wanneer het juiste gebruik van de niet-gepaste handeling afhangt van de patiënt en diens input nodig is om waardevolle zorg te leveren.

Waar moet u op letten?

Patiëntgerichte strategieën kunnen uiteenlopende doelen hebben en deze kunt u ook in combinatie inzetten. Het is duidelijk dat patiënten via veel richtingen het deïmplementatieproces kunnen beïnvloeden. Wanneer het mogelijk is, heeft voorlichting op maat altijd de voorkeur en houdt u rekening met de behoeften en voorkeuren van de patiënt.

3. Feedback en reminders

Feedback is het teruggeven van informatie over het feitelijk handelen van een persoon. Het kan leiden tot bewustwording van de discrepantie die bestaat tussen wat de zorgverlener doet en wat deze wenst te doen. Voor feedback moet u gegevens verzamelen. Deze gegevens kunt u analyseren door bijvoorbeeld te vergelijken met collega's, met de richtlijn of met criteria voor optimale kwaliteit. Vervolgens kunt u ze presenteren in een rapport of tijdens een presentatie of verspreiden via een boodschapper zoals een leidinggevende, beroepsvereniging of onderzoeker.

Een reminder is informatie die gebruikt wordt om iemand op een bepaald moment iets te laten herinneren, bijvoorbeeld een bepaalde noodzakelijke klinische actie. Reminders kunnen heel dicht bij het beslismoment zitten, bijvoorbeeld een pop-up als een arts een bepaalde test aanklikt in het epd. Ook kunnen ze wat verder weg zijn zoals een poster in de assistentenkamer.

Wanneer doen?

Feedback is een goede strategie als de kennis over de niet-gepaste zorghandeling er wel is, maar de doelgroep onvoldoende weet hoe zij zelf presteert en wat het verschil is met de gewenste situatie. Ook werkt feedback goed wanneer de doelgroep gemotiveerd is om te verbeteren. Het vergelijken van het presteren met collega's kan een zorgverlener ook motiveren. Reminders kunt u toepassen wanneer het knelpunt is dat de doelgroep op het keuzemoment vergeet de juiste keuze te maken. Voorwaarde is dat de doelgroep al wel de kennis heeft en de verandering accepteert.

Waar moet u op letten?

Er zijn enkele factoren die het succes van feedback en reminders beïnvloeden.

Tips voor feedback:

- Bron: de bron van de informatie is idealiter een gerespecteerd instituut, gerespecteerd collega of een net iets hoger geplaatst persoon.
- Actief of passief: Bij passieve feedback wordt kwantitatieve informatie zonder commentaar overgedragen, actieve feedback bevat een oordeel over het handelen en na te streven doelen in de praktijk. Houd de informatie in eerste instantie anoniem wanneer u de feedback aan het gehele team geeft. In een later stadium kunt u, in overleg met het team, gespecificeerde informatie geven.
- Haalbare doelen: Zorg ervoor dat u samen het doel stelt bij het geven van feedback, en dat zorgverleners deze daadwerkelijk kunnen halen.
- Veilige sfeer: Zorg ervoor dat zorgverleners open staan voor feedback en bereid zijn om te leren.

Tip voor reminders:

- Timing: Hoe dicht u bij het beslismoment informatie verstrekt, hoe meer impact het heeft.

Tip voor beide:

- Duur: Voor het bestendigen van de verandering is het belangrijk om de feedback of reminders voldoende lang vol te houden nadat verandering is bereikt. Idealiter bouwt u de verandering blijvend in het systeem in.

4. Organisatorische strategieën

Omgevingsfactoren zoals de organisatie kunnen ook van belang zijn voor gedragsverandering en behoud daarvan. Het is daarom van belang de omgeving optimaal in te richten zodat de zorgverleners het gewenste gedrag gaan vertonen.

Dat kan bijvoorbeeld door:

- Aanpassing van professionele rollen: bijvoorbeeld het verplaatsen van de taken van een arts naar een verpleegkundige.
- Multiprofessionele samenwerking: teams of samenwerkingsverbanden vormen met artsen, verpleegkundigen en paramedici.
- Verbeteren van de organisatiecultuur naar een lerende en open cultuur.
- Optimale inrichting van de organisatie, vaak met technologie zoals een epd, aanpassingen in ordersets en aanvraagsystemen.
- Aanpassing van de zorgpaden, werkafspraken en processen of werkomgeving. Doorvoeren van deze aanpassingen in de protocollen.
- Creëren van meer tijd voor het consult, zodat de zorgverlener meer ruimte heeft om met de patiënt te praten.
- Kwaliteitsmanagement: nadruk op continu verbeteren, kritisch reflecteren, evalueren, leiderschap en organisatiecultuur.
- Het aanpassen van beleid met betrekking tot de niet-gepaste zorg, bijvoorbeeld het veranderen van de richtlijn.

Wanneer doen?

Een organisatorische strategie kunt u inzetten wanneer de organisatie een belemmerende factor vormt voor de implementatie. Bijvoorbeeld wanneer zorgverleners wel gemotiveerd zijn om te veranderen, maar de werkomgeving dit nog in de weg staat.

Waar moet u op letten?

De effectiviteit van de organisatorische strategie hangt sterk af van de setting waar de deïmplementatie plaatsvindt. Kennis over de setting is dus uitermate belangrijk. Daarnaast hebben veel organisatorische strategieën een breed effect en beïnvloeden veel meer processen dan het vóórkomen van de niet-gepaste zorghandeling of hebben consequenties voor andere specialismen.

Voorbeeld

Een voorbeeld van multiprofessionele samenwerking is een samenwerkingsverband tussen huisartsen en cardiologen in de regio Maastricht. Deze kwamen anderhalf jaar elke maand bij elkaar. Dit resulteerde in minder verwijzingen naar de cardioloog en minder aanvullende diagnostiek.

5. Marktgerichte strategieën

U kunt ook strategieën ontwikkelen die ingrijpen op economische barrières en op deze manier bijdragen aan de deïmplementatie. Deze kunnen breed zijn, zoals het eigen risico van patiënten verhogen, of specifiek zijn, zoals een financiële vergoeding voor afwachtend beleid bij lage rugpijn beschikbaar stellen. De volgende strategieën kunnen onderscheiden worden:

- Bevorderen van transparantie: inzicht krijgen in de aard, kwaliteit en kosten van het zorgaanbod, bijvoorbeeld met prestatie-indicatoren. De veronderstelling is dat dit invloed heeft op het keuzegedrag van patiënten en zorgverzekeraars.
- Financiële vergoedingen van zorgaanbieders: de hoeveelheid en manier waarop de vergoeding van het leveren van zorg is geregeld (vast bedrag, per verrichting, per resultaat) beïnvloedt het gebruik ervan. Hiervoor kunt u eventueel afspraken maken met zorgverzekeraars.
- Financieel risico van patiënten: patiënten laten zich in hun besluiten mede leiden door wat zij zelf moeten betalen voor een product.
- Landelijk beleid: het aanpassen van beleid met betrekking tot de niet-gepaste zorg, bijvoorbeeld het veranderen van de richtlijn.

Wanneer doen?

Marktgerichte strategieën zijn vooral geschikt voor grootschalige deïmplementaties op regionaal of landelijk niveau waarbij financiën een barrière vormen of als concurrentie of transparantie het veranderproces stimuleert. Voor lokale deïmplementatie en zorg waarvan op individueel niveau gekeken moet worden of deze gepast of niet-gepast is, is deze strategie minder geschikt.

Waar moet u op letten?

Bij de marktgerichte strategieën is het belangrijk dat de doelgroep de juiste prikkels krijgt. Er is een risico dat de strategie ongewenste neveneffecten heeft, bijvoorbeeld wanneer de vergoeding voor een niet-gepaste zorghandeling daalt kunnen zorgverleners zich gaan richten op het vaker uitvoeren van een andere zorghandeling, die ook niet-gepast kan zijn.

Selecteer een strategie op maat

Selecteer een strategie die past bij de beïnvloedende factoren die meespelen, de fase van verandering waar de zorgverleners zich verkeren en de beschikbare middelen en tijd. Strategieonderdelen kunnen op individueel niveau, groepsniveau en organisatieniveau plaatsvinden. U kunt ook leren van eerdere deïmplementatieprojecten. In bijlage 1 staan 12 vormen van niet-gepaste zorg met daarbij verwijzingen naar eerder gebruikte strategieën. Tabel 2 geeft een overzicht van veel voorkomende factoren met bijpassende strategieën.

Een combinatie van bovenstaande strategieën is in het algemeen effectiever dan een enkele strategie, omdat een combinatie meerdere belemmeringen kan aanpakken of wegnemen. Als er verschillende soorten belemmeringen geïdentificeerd zijn, is het zeker aan te raden voor een combinatie van strategieën te kiezen. Let wel, een combinatie is alleen effectiever wanneer de strategieën aansluiten bij de bestaande belemmeringen.

Tabel 2: Selectie strategie op basis van belangrijkste belemmerende factor

Wat is nodig?	Deze strategie past daarbij:	Deze interventies zijn zoal mogelijk:
De zorgverleners moeten weten wat er gaat gebeuren.	Verspreiden van kennis om zorgverleners te informeren.	<ul style="list-style-type: none"> - lezing of presentatie - e-mail, folders of brochure - artikel in vakblad of publiekstijdschrift - rapport - social media: bv. LinkedIn, twitter
De zorgverleners moeten geïnteresseerd raken en zich betrokken voelen.	Educatie kan helpen om te overtuigen. Geef voor deze personen relevante argumenten en een hoger gemeenschappelijk doel.	<ul style="list-style-type: none"> - persoonlijk contact - (interactieve) presentatie - inschakelen opinieleiders - begeleidingsgroep samenstellen en betrekken
De zorgverleners hebben kennis en vaardigheden nodig om te stoppen met niet-gepaste zorg.	Educatie om zorgverleners kennis en vaardigheden aan te leren.	<ul style="list-style-type: none"> - educatieve (computer)programma's - workshops, trainingen - kwaliteitscirkels - instructie en ondersteuning van een getrainde collega - buddy-systeem van elkaar opleiden
De zorgverleners moeten gemotiveerd worden.	Feedback kan motiveren om te verbeteren. Creëer daarbij competitiegevoel tussen collega's of beloon gewenst gedrag.	<ul style="list-style-type: none"> - feedback op basis van metingen of observaties - belonen van de best presterende - intervisie - aanwijzen van klinische leider
De zorgverleners moeten uit hun gewoonten komen en nieuw gedrag aanleren.	Reminders en aanpassingen in de organisatie ondersteunen bij het bewust worden van je gedrag en het aanpassen ervan.	<ul style="list-style-type: none"> - reminders, zoals stickers of posters - aanpassen van aanvraagsystemen, bv pop-ups en aanvraagpakketten - praktische werkomgeving anders indelen - werkprocessen veranderen
De patiënten moeten betrokken worden om (gemakkelijker) te deïmplementeren.	Patiëntgerichte strategie om vanuit de patiënten de druk te vergroten om minder niet-gepaste zorg te gebruiken.	<ul style="list-style-type: none"> - patiënteninformatie, zoals een folder - hulpmiddel voor de patiënt, zoals een e-learning of keuzehulp - organiseren van bijeenkomsten voor patiënten
De groepsnorm moet veranderen zodat de zorgverleners een positieve houding tav de verandering hebben.	Educatie over het belang van de deïmplementatie. Betrek een invloedrijk persoon die collega's gaat overtuigen. Verander het beleid op de werkvloer.	<ul style="list-style-type: none"> - (interactieve) presentatie - aanwijzen van klinische leider - herzien van protocollen en werkafspraken
De knelpunten in de werkomgeving die in de weg staan moeten opgelost worden.	Organisatorische strategie om processen goed te stroomlijnen en blokkades op te lossen.	<ul style="list-style-type: none"> - samenwerkingsverbanden of teams samenstellen - ketenzorg opzetten - verbeteren van (digitale) communicatie, zoals het delen van labuitslagen - werkprocessen veranderen - aanpassen van aanvraagsystemen, bv pop-ups en aanvraagpakketten - praktische werkomgeving anders indelen
De zorgverleners ervaren te weinig tijd om de patiënt goed te informeren.	Organisatorische strategie om meer tijd te creëren voor de patiënt. Patiënteninformatie voor, tijdens of na het consult om de communicatie sneller/makkelijker te maken.	<ul style="list-style-type: none"> - werkprocessen veranderen - herverdelen van zorgtaken - patiënteninformatie, zoals een folder - hulpmiddel voor de patiënt, zoals een e-learning of keuzehulp
De druk moet worden opgevoerd voor het terugdringen van niet-gepaste zorg.	Marktgerichte strategie om het gevoel van urgentie te vergroten, door een relatie te leggen met (financiële) gevolgen.	<ul style="list-style-type: none"> - cijfers over prestaties publiek maken - afspraken maken met zorgverzekeraars over vergoeding

Stap 4. Voer de strategie uit

Nu u een strategie geselecteerd heeft, kunt u zich bezighouden met de verdere invulling van het plan van aanpak. Het is belangrijk om planmatig te werken en de strategie in te bedden in de dagelijkse praktijk.

Na het selecteren van de strategie op maat, gaat u de strategie concreet plannen en uitvoeren.

Indien mogelijk test u de geselecteerde strategie eerst op kleine schaal om na te gaan of de strategie goed uitpakt.

Naar aanleiding van deze ervaringen kunt u de strategie nog aanpassen.

Het is efficiënt om waar mogelijk gebruik te maken van bestaande processen. Scholing of feedback kan bijvoorbeeld gegeven worden tijdens reguliere, periodieke bijeenkomsten of de dagelijkse overdracht. Keuzehulpen kunt u inbedden in de dagelijkse zorgpraktijk. Dit scheelt tijd en vergroot de participatie.

Voortdurend monitoren van het verloop van het project is belangrijk om op tijd knelpunten te identificeren en in te grijpen waar nodig. Het bijhouden van een logboek kan hiervoor heel nuttig zijn. In het logboek beschrijft u gedurende het onderzoek alle besluiten die genomen zijn en afspraken die gemaakt zijn, ook van op dat moment schijnbaar onbelangrijke details. Zo kunt u later altijd terugzoeken wat is besloten en waarom.

Bij het uitvoeren van de strategie is het van belang om het project goed te ondersteunen en te managen. Aspecten die in het oog gehouden moeten worden zijn:

- Tijd (tijdspad, planning)
- Geld (financiële dekking, beschikbare budget)
- Kwaliteit (inhoudelijke beschrijving doelen en [tussen]resultaten)
- Organisatie (is aan de organisatorische randvoorwaarden voldaan?, is duidelijk wie welke verantwoordelijkheden draagt?)
- Communicatie (is het plan aan alle betrokkenen bekend)

De projectleider heeft hierin een belangrijke rol, maar wanneer het project in meerdere instellingen wordt uitgevoerd kunt u hiervoor per instelling/locatie een eigen deelprojectleider verantwoordelijk maken.

Stap 5. Evalueer de strategie

Na de inzet van de deïmplementatiestrategie kunt u het project evalueren. Voor een compleet beeld van het project onderzoekt u de effecten, kosten en het proces.

De evaluatie bestaat uit drie delen: de effectevaluatie (In hoeverre hebben we het doel behaald? Heeft het project geleid tot minder niet-gepaste zorg?), de kostenevaluatie (Besparen we ook kosten?) en de procesevaluatie (Is het project zo gelopen als verwacht?). Vergeleken met implementatie is het bij deïmplementatie extra belangrijk om te monitoren of patiënten geen nadelen ervaren wanneer ze geen niet-gepaste zorg meer krijgen. Omdat bij deïmplementatie specifieke factoren een rol kunnen spelen die u kunt gebruiken bij verdere ontwikkeling van de strategie, is de procesevaluatie ook belangrijk.

Effectevaluatie

Voor de effectevaluatie meet u het effect van de deïmplementatie op het vóórkomen van de niet-gepaste zorghandeling. Bijvoorbeeld het aantal controlebezoeken bij mensen die genezen zijn van huidkanker. Naast het meten van de verandering in het volume van niet-gepaste zorg is het goed om de uitkomsten breed te definiëren en ook patiëntuitkomsten te monitoren. Door het meten van onbedoelde consequenties van de deïmplementatie, zoals meer gebruik van andere zorg of een lagere kwaliteit van leven, kunt u beter de kwaliteit van zorg voor de patiënt en de hiermee samenhangende kosten in beeld brengen. Bij voorkeur evalueert u nog een tweede keer enkele maanden na afloop van de strategie, zodat u kunt zien in hoeverre het effect blijvend is.

Kostenevaluatie

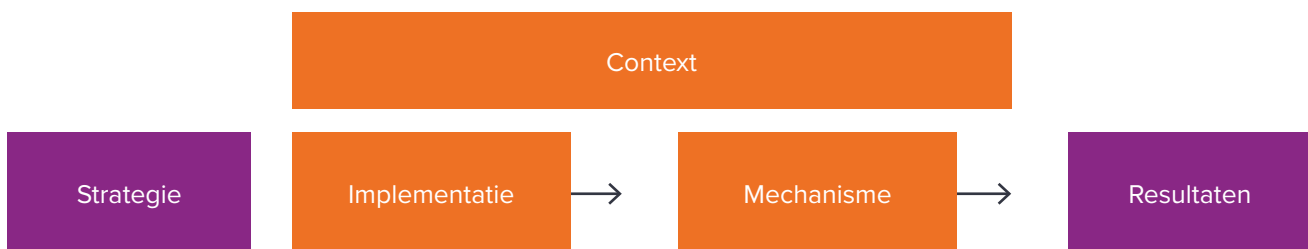
Voor de kostenevaluatie meet u de kosten van het deïmplementatieproject (eenmalige kosten). Bijvoorbeeld de kosten van de onderzoeker of de ontwikkeling van een app. Deze uitgaven heeft u zelf in de hand, dus zijn eenvoudig te meten. Ook kunt u de potentiële kostenbesparing van de deïmplementatie meten (structurele kosten). Bijvoorbeeld de vermindering van het aantal MRI's dat aangevraagd wordt op een afdeling. Een volledige kostenanalyse kan heel tijdrovend zijn en is dus niet altijd haalbaar. Het is echter wel vaak een van de doelen van een deïmplementatiestudie om kosten te besparen, en een belangrijke onderbouwing voor de legitimiteit van het project. Een kanttekening is dat de besparingen door vermindering van de vaste kosten van apparatuur en personeel op korte termijn veelal slechts ten dele gerealiseerd worden.

Procesevaluatie

Het werkingsmechanisme van het deïmplementatieplan kunt u onderzoeken met behulp van een zogenaamde procesevaluatie. Hierbij bekijkt u hoe de strategie heeft geleid tot de resultaten. Het kunnen verklaren van het proces, bijvoorbeeld aanwijzen van het meest effectieve element van een strategie of een verklaring voor een lager effect dan verwacht, is heel nuttig voor het verbeteren van de strategie. Een procesanalyse bestaat in hoofdlijnen uit drie onderdelen (zie figuur 2).

Bij **implementatie** bekijkt u hoe de strategie er daadwerkelijk uitzag. Hoe is de strategie uitgevoerd, wat was de frequentie van de strategie en in hoeverre is de doelgroep eraan blootgesteld? Vervolgens bekijkt u bij **mechanisme** hoe de strategie heeft gewerkt. Had de strategie ongewenste effecten? Werkte de strategie anders dan gedacht bij deze doelgroep? Bij **context** bekijkt u hoe de omgeving invloed heeft gehad. Waren er bevorderende en/of belemmerende factoren voor de strategie en/of het effect? Ook hierbij kunt u onderscheid maken tussen factoren op het niveau van de zorgverlener, patiënt, sociale context, organisatie en maatschappij. Voor een procesanalyse zijn verschillende methoden of een combinatie ervan mogelijk zoals observatie (live of via video- of geluidsopnames), vragenlijsten, interviews en focusgroepen (of meer informele gesprekken) of data uit registratiesystemen. Het geeft veel inzicht om tijdens het uitvoeren van de strategie alle besluiten en observaties te noteren in het logboek. Aan de hand van de uitkomsten uit de evaluatie kunt u besluiten om het project te continueren, aan te passen of te stoppen.

Figuur 2: Model voor procesevaluatie



Stap 6. Behoud het effect

Na het afronden van de strategie is er een valkuil om het project helemaal los te laten. Het effect kan dan als sneeuw voor de zon verdwijnen. Besteed aandacht aan het inbedden van de strategie om het effect te behouden.

Het gevaar bij veel verbeterprojecten is dat na afloop van het project de deelnemers weer in hun oude gewoonten vallen. Het structureel inbedden van elementen van de interventies is een belangrijke voorwaarde voor het behoud van het effect. Enkele adviezen:

- Benoem een klinische leider die zich verantwoordelijk voelt voor het thema en dit onder de aandacht blijft brengen.
- Zorg voor inbedding van de deïmplementatiestrategie, bijvoorbeeld zakkaartjes en folders zijn blijvend beschikbaar, aanpassingen in het aanvraagstelsel, het inbouwen van een feedback en/of remindersysteem, of regelmatig terugkerende scholing.
- Pas landelijke richtlijnen en lokale protocollen aan.
- Neem het thema op in de opleiding of in het inwerkprogramma van nieuwe medewerkers.

Op lange termijn moet u ook de financiële effecten van het project evalueren. Wanneer een project leidt tot minder omzet, kunnen zorgverleners andere zorghandelingen juist vaker uitvoeren om omzetverlies te voorkomen. Dit is positief wanneer het helpt wachtlijsten terug te dringen en ervoor zorgt dat meer patiënten de juiste zorg krijgen. Het is echter onwenselijk wanneer deze andere zorghandelingen niet-gepaste zorg zijn. Om groot omzetverlies te voorkomen kunnen afspraken gemaakt worden met zorgverzekeraars.

Voorbeeld

Een project in de VS deïmplementeerde niet-gepaste echocardiogrammen middels educatie aan cardiologen en individuele feedback. Tijdens het project daalde het aantal niet-gepaste echo's van 13% naar 5%. Echter, na de strategie steeg het weer naar bijna het oude niveau. De projectleiders concluderen dat het in dit geval noodzakelijk was geweest om (een deel van) de strategie langer door te zetten.





Literatuur

LITERATUUR

- Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *Jama*. 2012;307(14):1513-6.
- Dyer O. The challenge of doing less. *Bmj*. 2013;347:f5904.
- Flottorp S, Havelsrud K, Oxman AD. Process evaluation of a cluster randomized trial of tailored interventions to implement guidelines in primary care--why is it so hard to change practice? *Fam Pract*. 2003;20(3):333-9.
- Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godoycki-Cwirko M, Baker R, Eccles MP. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci*. 2013 Mar 23;8:35.
- Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? *Bmj*. 2011;343:d4519.
- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225-30.
- Grol R, Wensing M, Eccles MP, Davis D. *Improving patient care: the implementation of change in health care*: John Wiley & Sons; 2013.
- IOM. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. 2001.
- McCarthy M. US Choosing Wisely campaign has had only modest success, study finds. *Bmj*. 2015;351:h5437.
- Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, Moore L, O'Cathain A, Tinati T, Wight D, Baird J. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ* 2015;350:h1258.
- Niven DJ, Mrklas KJ, Holodinsky JK, Straus SE, Hemmelgarn BR, Jeffs LP, et al. Towards understanding the de-adoption of low-value clinical practices: a scoping review. *BMC medicine*. 2015;13(1):255.
- Patey AM, Hurt CS, Grimshaw J, Francis JJ. Changing behaviour 'more or less'—do theories of behaviour inform strategies for implementation and de-implementation? *Implementation Science* 2018;13:134.
- Prasad V, Vandross A, Toomey C, Cheung M, Rho J, Quinn S, et al. A decade of reversal: an analysis of 146 contradicted medical practices. *Mayo Clinic proceedings*. 2013;88(8):790-8.
- Rooshenas L, Owen-Smith A, Hollingworth W, Badrinath P, Beynon C, Donovan JL. "I won't call it rationing...": an ethnographic study of healthcare disinvestment in theory and practice. *Social science & medicine*. 2015;128:273-81.
- Scott IA, Soon J, Elshaug AG, Lindner R. Countering cognitive biases in minimising low value care. *Med J Aust*. 2017;9:407-411.
- Verkerk EW, Tanke MAC, Kool RB, van Dulmen SA, Westert GP. Limit, lean or listen? A typology of low-value care that gives direction in de-implementation. *Int J Qual Health Care*. 2018 ;30(9):736-739.
- Voorn VM, Marang-van de Mheen PJ, Wentink MM, Kaptein AA, Koopman-van Gemert AW, So-Osman C, et al. Perceived barriers among physicians for stopping non-cost-effective blood-saving measures in total hip and total knee arthroplasties. *Transfusion*. 2014;54(10 Pt 2):2598-607.
- Wammes JJG, Akker-van Marle ME van den, Verkerk EW, Dulmen SA van, Westert GP, Asselt ADI van, Kool RB. Identifying and prioritizing lower value services from Dutch specialist guidelines and a comparison with the UK do-not-do list. *BMC Medicine* 2016 14:196
- Zikmund-Fisher BJ, Kullgren JT, Fagerlin A, Klamerus ML, Bernstein SJ, Kerr EA. Perceived Barriers to Implementing Individual Choosing Wisely((R)) Recommendations in Two National Surveys of Primary Care Providers. *J Gen Intern Med*. 2017 Feb;32(2): 210-217.



Bijlagen

BIJLAGE 1 VOORBEEDEN VAN NIET-GEPASTE ZORG EN EFFECTIEVE INTERVENTIES OM DEZE TERUG TE DRINGEN.

Voor bepaalde vormen van niet-gepaste zorg zijn in de wetenschappelijke literatuur interventies beschreven die deze zorg aantoonbaar kunnen terugdringen. In dit onderdeel van de gids vindt u een overzicht van niet-gepaste zorg waarvoor effectieve interventies bekend zijn. Met dit overzicht hopen we zorgverleners en bestuurders te inspireren en stimuleren om ook zelf aan de slag te gaan. Bij alle voorbeelden vindt u de link naar het wetenschappelijke artikel waar de interventie beschreven is.

1. Voor alle artsen: Laboratoriumdiagnostiek in het algemeen

Artsen vragen vaak (te) veel laboratoriumdiagnostiek aan. Er zijn verschillende voorbeelden van succesvolle interventies om het te veel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek tegen te gaan. [Aanpassingen aan het aanvraagstelsel](#) kunnen helpen, bijvoorbeeld door [herhaald onderzoek op korte termijn niet zomaar mogelijk te maken](#) of het [aanvraagformulier aan te passen](#). Ook is het belangrijk om de [Assistenten In Opleiding tot Specialist \(AIOS\) er bij te betrekken](#). We zien in het algemeen dat vooral het gebruik van [verschillende interventies](#) zoals posters, zakkaartjes, feedback en educatie helpt. Het is belangrijk om de [educatie en feedback te blijven herhalen](#). In de huisartsenpraktijk helpt het om expliciet met de patiënt af te spreken even af te wachten ([watchful waiting](#)) alvorens een test aan te vragen. Ook zijn er strategieën voor verschillende ziekenhuisafdelingen zoals de [CCU](#) en de [IC](#). In Canada is een [handleiding](#) ontwikkeld met de belangrijkste aspecten van een project om het aantal bloedafnames voor laboratoriumdiagnostiek te verminderen. Er is daar ook een [handleiding](#) ontwikkeld om speciaal op de spoedeisende hulp minder laboratoriumtesten aan te vragen. Voor Nederland hebben wij een [toolkit](#) ontwikkeld die u kunt gebruiken bij het terugdringen van niet-gepaste aanvragen van laboratoriumonderzoek. Hierin is een stappenplan opgenomen en wordt u stap voor stap begeleid bij het uitvoeren van een dergelijk deïmplementatieproject.

2. Voor huisartsen: Het voorschrijven van protonpompremmers

Deze groep geneesmiddelen behoort tot de meest voorgeschreven medicijnen. Ze remmen de maagzuursecretie, maar kennen allerlei bijwerkingen en interacties. Het is een groep geneesmiddelen waarvan het goed is dat de arts en patiënt een keer per jaar samen beoordelen of het niet beter is ermee te stoppen. Het is goed mogelijk de patiënt hierbij te betrekken door een [brochure](#) te geven of [een verpleegkundige advies](#) te laten geven. Een belangrijke voorwaarde om het aantal voorschriften te verminderen is dat patiënten [goed geïnformeerd zijn en de mogelijkheid hebben om eventueel weer de medicijnen te nemen als verminderen of stoppen niet lukt](#). Om het voorschrijven van protonpompremmers te verminderen is in Canada een [handleiding](#) ontwikkeld die u stap voor stap meeneemt in het organiseren van een interventie om zoveel mogelijk jaarlijks de noodzaak van het gebruik te beoordelen.

3. Voor cardiologen: Het aanvragen van transthoracale echocardiografie

Echografie is geschikt om de functie en eventuele pathologie van het hart in beeld te brengen. Er zijn internationale [criteria](#) opgesteld wanneer dit onderzoek zou moeten worden aangevraagd en wanneer niet. In de praktijk blijkt dat dit onderzoek (te) vaak wordt aangevraagd. Er zijn goede [mogelijkheden](#) om dit in kaart te brengen en vervolgens te

verminderen door het uitleggen van de criteria en een zakkaartje. Regelmatige monitoring en feedback is belangrijk om de cardiologen structureel hun gedrag aan te laten passen. Een dergelijke interventie biedt ook mogelijkheden bij de [AIOS](#), die vaak veel van dergelijke diagnostiek aanvragen.

4. Voor huisartsen: Verminderen van niet-gepaste beeldvorming bij aspecifieke lage-rugklachten

Lage-rugpijn komt veel voor en is een belangrijke oorzaak van werkverzuim en verminderde mobiliteit. Onderzoek heeft aangetoond dat er bij de meeste patiënten met lage-rugpijn geen directe oorzaak te vinden is. Diagnostiek met röntgenfoto's en/of MRI's of CT's heeft daarom geen zin. Toch worden deze testen, ook al zijn ze niet geïndiceerd, regelmatig aangevraagd. Om meer passende zorg te verlenen is het mogelijk huisartsen [te informeren over de criteria](#) die zij moeten toepassen bij het aanvragen van diagnostiek bij lage-rugpijn. Ook kan het [aanvraagstelsel worden aangepast](#) zodat enkel de opties die ook in de richtlijn staan worden genoemd. Ook kan een [beslissingsondersteunend systeem](#) bij het aanvragen helpen. Het kan helpen om [de huisartsen feedback te geven](#) over de hoeveelheid aanvragen om zo hun aanvraaggedrag zichtbaar te maken. Vaak is er sprake van een [combinatie van interventies bijvoorbeeld workshops, audit en feedback en tools](#).

5. Voor kinderartsen: Terugdringen van niet-gepaste behandeling bij bronchiolitis bij kinderen:

Acute virale bronchiolitis bij jonge kinderen komt vaak voor. Er is regelmatig sprake van niet-gepaste behandeling en diagnostiek, zoals bronchodilatoren. Verschillende interventies zijn beschreven om meer gepaste zorg te verlenen. Een [systematisch literatuuronderzoek](#) kon geen specifieke interventie aanwijzen die het meest hielp; er zijn verschillende mogelijkheden. Zo hielpen [maandelijkse interactieve webinars met online data verzamelen en feedback](#). Ook waren [specifieke algoritmes voor de behandeling thuis, door de huisarts, op de eerste hulp en in de kliniek](#) behulpzaam. Een groep [samenwerkende ziekenhuizen die data en materiaal deelden](#), lukte het om het aantal bronchodilatoren terug te brengen. Het introduceren van een [speciaal zorgpad](#) voor deze kinderen wist het niet-gepaste voorschrijven van antibiotica te verminderen.

6. Voor huisartsen en MDL-artsen: Verminderen van niet-gepaste gastro-intestinale scopieën

In Nederland is er een forse wachtlijst voor gastro- en coloscopieën, mede door het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Alhoewel er duidelijke criteria zijn voor dit belastende onderzoek, vragen huisartsen regelmatig niet-gepaste gastro- en coloscopieën aan. In Italië hielp [een eendaagse cursus voor huisartsen](#) goed bij het terugdringen van het aantal niet-gepaste coloscopieën. In Nederland is een [e-learning](#) ontwikkeld voor patiënten met dyspepsie die door de huisarts verwezen worden voor een gastroscopie en die niet binnen de criteria van de richtlijn vallen. Het aanbieden van die e-learning aan patiënten bracht het aantal uitgevoerde gastroscopieën fors terug.

7. Voor huisartsen: Verminderen niet-gepast voorschrijven antibiotica bij bovenste luchtweginfecties

In Nederland wordt vergeleken met de rest van de wereld weinig antibiotica voorgeschreven. Toch blijkt uit onderzoek, bijvoorbeeld van het Nivel, dat ook hier antibiotica vaak worden voorgeschreven terwijl ze niet zijn geïndiceerd. Antibioticagebruik kan bijwerkingen veroorzaken bij de patiënt en uiteindelijk resistentie veroorzaken. Er zijn veel succesvolle interventies beschreven in de literatuur om dit niet-gepaste antibioticagebruik terug te dringen. Veel

van deze strategieën bestaan uit [verschillende interventies](#). Een [systematisch literatuuronderzoek](#) liet zien dat vijf onderdelen belangrijk zijn: huisartsen moeten kunnen reflecteren op hun eigen voorschrijfgedrag, de onzekerheid over gepast voorschrijven moet worden verminderd, [educatie over gepast gebruik](#) is van belang, patiëntgerichte zorg moet worden bevorderd en de interventie moet makkelijk uitvoerbaar zijn in de praktijk. Ook een [beslissingsondersteunend systeem](#) kan helpen of [een verplichte toelichting](#) waarom de huisarts de antibiotica voorschrijft. De interventies hoeven niet eens uitgebreid te zijn: [posters in de spreekkamers](#) helpen ook al of een [verpleegkundige](#) die patiënten met bovenste luchtweginfecties telefonisch te woord staat. Ook de inzet van goed getrainde [physician assistants of nurse practioners](#) kan bijdragen aan rationeel voorschrijven van antibiotica. Een [eendaagse training](#) voor huisartsen helpt ook. Patiënten spelen een belangrijke rol: een [interactieve e-learning](#) hielp bij het verminderen. Ook voor kinderen met bovenste luchtweginfecties zijn er veel succesvolle strategieën; met name als deze bestaan uit [meerdere interventies en ICT-gerelateerd](#) zijn. [Educatie en face-to-face uitleg](#) van de laatste stand van de wetenschap aan artsen kunnen belangrijke onderdelen zijn bij het terugdringen van antibioticagebruik bij kinderen. Een strategie kan het best gericht zijn op de [artsen en de ouders](#).

8. Voor huisartsen: Verminderen van niet-gepast gebruik van benzodiazepines

Benzodiazepines behoren tot de meest voorgeschreven geneesmiddelen. Er zijn geen indicaties voor langdurig gebruik, alhoewel dat vaak voorkomt. Langdurig benzodiazepinegebruik kan leiden tot afhankelijkheid en hangt samen met een toegenomen ongevalsrisico of een valrisico, met name bij ouderen, en stoornissen in cognitieve functies. Er is veel onderzoek dat aantoont dat deze medicatie vaak ten onrechte wordt voorgeschreven. Een [bezoek van een apotheker of getrainde arts](#) aan huisartsen met voorlichting over het voorschrijven, kan het aantal nieuwe voorschriften voor slapeloosheid terugdringen. [Follow-up in de praktijk of met behulp van geschreven instructie om af te bouwen](#) helpt beide maar de laatste is minder arbeidsintensief. [Goede patiëntenvoorlichting](#) is belangrijk om de patiënt voldoende bewust te maken van de gevaren en in staat te stellen een keuze te maken.

9. Alle artsen: Verminderen van niet-gepaste geneesmiddelen bij ouderen

Ouderen krijgen veel medicijnen waarvan vaak een deel niet geïndiceerd is. Er zijn verschillende strategieën beschreven om niet-gepast geneesmiddelgebruik terug te dringen bij ouderen. [Bewustwording](#) creëren bij artsen bijvoorbeeld met een lijstje te vermijden geneesmiddelen. Ook kunnen [aanbevelingen](#) voor specifieke patiënten door experts een rol spelen. [Samen met feedback en educatie](#), bijvoorbeeld door huisartsen hierover face-to-face te informeren, kunnen deze effect hebben ook op lange termijn. Met name [educatieve bijeenkomsten](#) lijken een belangrijk onderdeel te zijn. Educatie kan ook op andere manieren gegeven worden zoals [presentaties of bij ouderen geriatrische beoordelingen](#). Maar ook een relatief [eenvoudige 5-punts checklist](#) heeft veel effect op niet-gepast voorschrijven of [reminders](#) die ingebouwd zijn in het epd om sommige geneesmiddelen niet te combineren.

10. Alle artsen: Verminderen van niet-gepaste antibiotica algemeen

Er worden wereldwijd veel antibiotica voorgeschreven en er bestaat consensus dat dat veel minder kan en moet. Ook al schrijven artsen in Nederland relatief weinig antibiotica voor, toch zijn er mogelijkheden voor verbetering. Een

[systematisch literatuuronderzoek](#) liet zien dat een reductie van ongeveer 10% mogelijk is. Actieve educatie van artsen lijkt het meest kansrijk. Vergelijkbare reducties werden behaald in het Verenigd Koninkrijk met [educatieve workshops](#). Het herhalen van de boodschap, bijvoorbeeld door [maandelijkse educatieve bijeenkomsten](#), helpt daarbij. Naast educatie en feedback is [op de persoon gerichte voorlichting](#) ook aantoonbaar effectief. Het simpelweg [aanpassen van de perioperatieve protocollen](#) werkt goed. Net als bij andere vormen van niet-gepaste zorg, helpt het om [automatische stoporders in te voeren of waarschuwingen](#) van het epd bij voorschrijven. Ook heeft een literatuuronderzoek aangetoond dat het [betrekken van een apotheker](#) bij de beslissingen om antibiotica voor te schrijven, een effectieve interventie is.

Bij kinderen is het effectief om [ook de ouders goed voor te lichten](#) en ook via regionale kanalen het [algemene publiek te informeren](#). [Herhaalde educatieve bijeenkomsten](#) voor zorgverleners zijn ook bij kinderen effectief gebleken.

11. Alle ziekenhuisartsen: Verminderen van niet-gepast urinekathetergebruik

Veel patiënten in ziekenhuizen hebben ten onrechte een urinekatheter. Deze katheters kunnen ernstige complicaties veroorzaken zoals gerelateerde infecties. [Reminders dat patiënten een katheter hebben of stop orders](#) dat deze eruit moet zijn effectief. In Canada is een [handleiding](#) ontwikkeld die de belangrijkste aspecten van een project beschrijven om het aantal niet-gepaste katheters terug te dringen. Voor Nederland hebben wij een [toolkit](#) ontwikkeld voor zorgverleners die aan de slag willen gaan met het terugdringen van niet-gepaste katheters. Hierin is een stappenplan opgenomen en wordt u stap voor stap begeleid bij het uitvoeren van dit deïmplementatieproject.

12. Alle ziekenhuisartsen: Verminderen van niet-gepast aanvragen van bloedtransfusiezakken in het bijzonder Fresh Frozen Plasma

Zogenaamd Fresh Frozen Plasma oftewel plasma is een kostbaar en schaars product dat geïndiceerd is bij bepaalde bloedingen. Uit de literatuur weten we dat ziekenhuizen FFP te vaak toedienen, soms wel tot 60%. Om het niet-gepast toedienen van FFP te verminderen zijn [educatieve campagnes](#) effectief, en [educatieve bijeenkomsten](#) al dan niet gecombineerd met het [aanpassen van het aanvraagformulier](#). Die aanpassing kan ook gepaard gaan met [het vermelden van de richtlijn](#) op het formulier of [digitalisering van de richtlijnen](#). Ook hier geldt dat [monitoring en feedback](#) een effectieve interventie is. Wat voor FFP helpt zoals [een strategie bestaande uit verschillende interventies](#) met nieuwe richtlijnen, educatie en feedback, werkt ook voor het bloedtransfusiebeleid in het algemeen. Ook daar is [aanpassing van het formulier](#) effectief in combinatie met beoordeling van de aanvraag door de bloedbank.

BIJLAGE 2 FASEN VAN VERANDERING

In het algemeen doorloopt iemand vijf fasen van verandering. Bij een deïmplementatie kunnen (groepen) personen in verschillende fasen van de verandering zitten. Als u herkent wie in welke fase zit en daarop inspeelt bij de keuze voor de strategie of de planning, kan dat helpen bij de deïmplementatie. Elke fase voor verandering bevat uitdagingen. De tabel hieronder presenteert de uitdagingen per fase en laat mogelijke oplossingen zien.

Fase	Uitdagingen	Oplossingen
Oriëntatie	<ul style="list-style-type: none"> De doelgroep is niet genoeg op de hoogte van de vernieuwing De doelgroep vindt de vernieuwing niet relevant, niet noodzakelijk Er is niet genoeg interesse voor de vernieuwing De doelgroep heeft beperkt inzicht in het eigen functioneren De stukken worden niet of selectief lezen De doelgroep volgt niet de nascholing 	<ul style="list-style-type: none"> Via allerlei kanalen kernachtig de boodschap communiceren Sleutelpersonen inschakelen Wervende brochure maken en inzetten Persoonlijke benadering en uitleg Confrontatie met eigen handelen Concurrentie bevorderen als prikkel tot bewustzijn
Inzicht	<ul style="list-style-type: none"> Het ontbreekt de doelgroep aan specifieke kennis De doelgroep ziet niet in dat het eigen functioneren tekort schiet De houding is defensief 	<ul style="list-style-type: none"> Goede instructiematerialen, kernachtige boodschappen, informatie gebaseerd op problemen uit de praktijk, regelmatige herhalingen Eenvoudige methode om jezelf te kunnen toetsen of methoden voor onderlinge toetsing Feedback, zoals videoregistratie en observaties
Acceptatie	<ul style="list-style-type: none"> De motivatie om te veranderen is niet zo groot De doelgroep ziet meer nadelen dan voordelen Er zijn twijfels over de wetenschappelijke onderbouwing van de vernieuwing Er zijn twijfels over de geloofwaardigheid van degene die de vernieuwing heeft ontwikkeld De doelgroep verwacht problemen bij het toepassen van de vernieuwing De doelgroep heeft weinig vertrouwen in het eigen kunnen om de vernieuwing toe te passen 	<ul style="list-style-type: none"> De vernieuwing aanpassen aan de wensen van de doelgroep, lokale discussie en consensus, weerstanden bespreken, goede wetenschappelijke argumentatie, inschakelen van sleutelpersonen en opinieleiders Collega's laten demonstreren dat de vernieuwing uitvoerbaar is, knelpunten inventariseren en oplossingen zoeken, veranderplannen met haalbare doelen opstellen Zoveel mogelijk de (financiële) risico's beperken die kleven aan de verandering
Verandering	<ul style="list-style-type: none"> Tijdens het doorvoeren van de vernieuwing doen zich praktische knelpunten voor, zoals tijd en geld Er is gebrek aan vaardigheid om de vernieuwing in praktijk te brengen De eerste ervaringen met de vernieuwing zijn niet positief Patiënten of collega's werken niet mee of reageren negatief 	<ul style="list-style-type: none"> Extra middelen, ondersteuning, vaardigheidstraining, hulp bij het herontwerp van zorgprocessen, hulpkrachten of consulents inzetten Informatiematerialen maken voor patiënten Nieuw plan opstellen met bijgestelde doelen die wel haalbaar zijn
Behoud	<ul style="list-style-type: none"> De doelgroep valt terug in de oude gewoontes Nieuwe inzichten zijn weer vergeten Er is geen ondersteuning vanuit het management 	<ul style="list-style-type: none"> Hulpmiddelen inzetten voor monitoren, feedback en reminders Vernieuwing een plek geven in zorgplannen, protocollen en zorgketens Voldoende middelen, steun van het management, beloning en vergoeding voor bepaalde taken Vernieuwing inbouwen in contracten



Het programma 'Doen of laten? Het terugdringen van onnodige zorg'
is gefinancierd door het Citrienfonds. Het Citrienfonds van de
NFU en ZonMw helpt duurzame en breed inzetbare oplossingen in de
gezondheidszorg ontwikkelen.

Meer informatie: www.citrienfonds.nl



ZonMw