

Evaluatie en monitoring

Kwaliteitsstandaarden verpleegkundigen en verzorgenden

Auteur : Margot Fleuren
Annefloor van Enst
Mariska Tuut

Datum : april 2022
Versie : 1.0

© 2022, V&VN



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Programma kwaliteitsstandaarden ZonMw	3
1.2	Evaluatie onderdeel richtlijnen cyclus	3
1.3	Soorten evaluatie	3
1.4	Doel evaluatie	4
1.5	Procedure V&VN toekenning evaluatieonderzoek	4
1.6	Gebruik van dit document	4
2	Methodologie landelijke evaluatie	5
2.1	Opzet onderzoek	5
2.2	Metten verspreiding, toepassing, determinanten en invoerstrategie	6
2.3	Onderzoeksmethoden	9
2.4	Setting en meetmomenten	10
2.5	Resultaten en aanbevelingen evaluatieonderzoek	11
3	Afstemming bestaande bronnen en structuren	12
4	Literatuur	13

1 Inleiding

1.1 Programma kwaliteitsstandaarden ZonMw

Het ministerie van VWS gaf in 2015 opdracht tot een ZonMw programma voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. In 2019 gaf het ministerie een vervolg aan dit programma, met focus op de wijkverpleging: het ZonMw programma Ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden 2019-2022: wijkverpleging.¹

Het programma draagt bij aan de kwaliteit van zorg en transparantie in het handelen van zorgprofessionals in de wijkverpleging door het ontwikkelen, implementeren en evalueren van kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. Het continu leren en verbeteren in de praktijk aan de hand van kwaliteitsstandaarden wordt gestimuleerd. Het beoogde effect is verbetering van de kwaliteit van zorg, terugdringing van ongewenste praktijkvariatie en bevordering van het welzijn van zorgvragers en hun naasten.

De beroepsvereniging V&VN heeft een regierol in de ontwikkeling, invoering en evaluatie van de kwaliteitsstandaarden. Hiertoe is het V&VN Programmabureau Kwaliteitsstandaarden ingericht. In de praktijk - en in dit document - hanteert V&VN het begrip richtlijnen in plaats van kwaliteitsstandaarden. In 2019 zijn de eerste richtlijnen uit het ZonMw programma opgeleverd. Ze staan op de [V&VN website](#).

1.2 Evaluatie onderdeel richtlijnen cyclus

Een richtlijnentraject is een cyclisch proces dat bestaat uit:

- Ophalen van knelpunten in de zorgpraktijk;
- Ontwikkeling van de richtlijn;
- Analyse van determinanten (factoren) die de toepassing van de richtlijn beïnvloeden;
- Inzet van invoerstrategieën (implementatieactiviteiten), volgend en ingrijpend op de gevonden determinanten;
- Evaluatieonderzoek.

Het evaluatieonderzoek geeft input voor herziening van de richtlijn en bijstelling van invoerstrategieën.

1.3 Soorten evaluatie

V&VN onderscheidt vier soorten evaluatieonderzoek bij richtlijnen:

1. Evaluatie van de mate waarin zorgprofessionals de richtlijn (kunnen) toepassen zoals bedoeld (implementatieonderzoek).
2. Evaluatie van de richtlijn. Het gaat hier om de vraag of er een herziening moet komen van de richtlijn of onderdelen ervan.
3. Evaluatie van het effect van de richtlijn in de praktijk bij zorgvragers (effectonderzoek). Bijvoorbeeld: leidt toepassing van de richtlijn tot minder zorginfecties of tot minder eenzaamheid?
4. Evaluatie van de kosten. Het gaat hier over de kosten van de implementatie activiteiten, dus niet over de kostenconsequenties van de geleverde zorg.

Dit document gaat in op de evaluatie van de toepassing van de richtlijnen.

1.4 Doel evaluatie

Het doel van evaluatie is het landelijk inzicht krijgen in de verspreiding en toepassing van richtlijnen door zorgprofessionals in de wijkverpleging en in factoren (determinanten) die dit beïnvloeden, in relatie tot de ingezette implementatieactiviteiten (strategieën), om op basis daarvan richtlijnen en implementatieactiviteiten te kunnen bijstellen.

Het periodiek uitvoeren van dergelijk onderzoek (monitoring) geeft V&VN sturingsinformatie voor landelijke activiteiten ter ondersteuning van individuele zorgprofessionals en zorgorganisaties bij de toepassing van richtlijnen.

1.5 Procedure V&VN toekenning evaluatieonderzoek

In het ZonMw programma Kwaliteitsstandaarden Wijkverpleging (2019 – 2022) is evaluatie van de toepassing van de richtlijnen opgenomen. Een onafhankelijke commissie, de V&VN Projectcommissie, is verantwoordelijk voor de toekenning van projecten aan uitvoerders. De commissieleden hebben kennis van de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van richtlijnen en ervaring met het beoordelen van projectvoorstellen op methodologische kwaliteit en praktische toepasbaarheid. De V&VN Projectcommissie is een subcommissie van de V&VN Begeleidingscommissie, die een rol heeft in de begeleiding en monitoring van projecten. Een beschrijving van de taken en samenstelling van de [commissies](#) staat op de V&VN website.

1.6 Gebruik van dit document

Dit document beschrijft de elementen waar een - voorstel voor - evaluatieonderzoek aan voldoet. Hiermee wordt beoogd onderzoekers een format te geven voor het opstellen van een onderzoeksvoorstel voor de evaluatie en monitoring van de toepassing van richtlijnen door zorgprofessionals in de wijkverpleging.

2 Methodologie landelijke evaluatie

2.1 Opzet onderzoek

Relatie toepassing richtlijn, determinanten, invoerstrategie en effect

Wanneer de effecten van een richtlijn bij zorgvragers uitblijven, dan is het de vraag of de richtlijn niet werkzaam is of dat de richtlijn en afgeleide producten niet (goed) zijn ingevoerd.^{2,3} Vaak is het laatste het geval.

In de jaren tachtig van de vorige eeuw is al geconstateerd dat het meten van de daadwerkelijke toepassing van interventies een belangrijke onderzoeksactiviteit is.⁴ Dergelijk onderzoek stelt vast of zorgvragers de zorg ontvangen zoals bedoeld in een richtlijn waardoor de beoogde effecten van de richtlijn kunnen optreden. Dit onderzoek is van meerwaarde en onderscheidt zich van louter een effectmeting bij zorgvragers (bijvoorbeeld via indicatoren).

De volgende aspecten zijn belangrijk om te onderzoeken:

- De mate waarin een richtlijn en de afgeleide producten worden toegepast. Een vraag die daaraan vooraf gaat is die naar de verspreiding. In hoeverre zijn de richtlijn en afgeleide producten bekend?
- Voor verbetering van de toepassing is het ook nodig te weten wat de redenen zijn dat een richtlijn en afgeleide producten niet of beperkt worden toegepast. Wat zijn de determinanten die de toepassing beïnvloeden?
- Tot slot is het belangrijk de bevindingen van het onderzoek te relateren aan de deelname aan invoerstrategieën die zijn ingezet.

Achtergrond

De bestaande innovatiemodellen en -theorieën hanteren dezelfde basale stappen bij de invoering van richtlijnen: eerst vindt een analyse van determinanten (belemmerende en bevorderende factoren) bij de beoogde gebruikers van een richtlijn plaats, gevolgd door de inzet van invoerstrategieën die aangrijpen op deze determinanten.⁵⁻⁸

De reden om ook de inzet van en deelname aan invoerstrategieën te onderzoeken, is dat dit het resultaat van de toepassing kan verklaren. Bijvoorbeeld: als een vaardigheidstraining noodzakelijk is voor de toepassing van een richtlijn en zorgprofessionals nemen niet deel aan die training, mag er geen effect van deze invoerstrategie op de toepassing van de richtlijn worden verwacht.

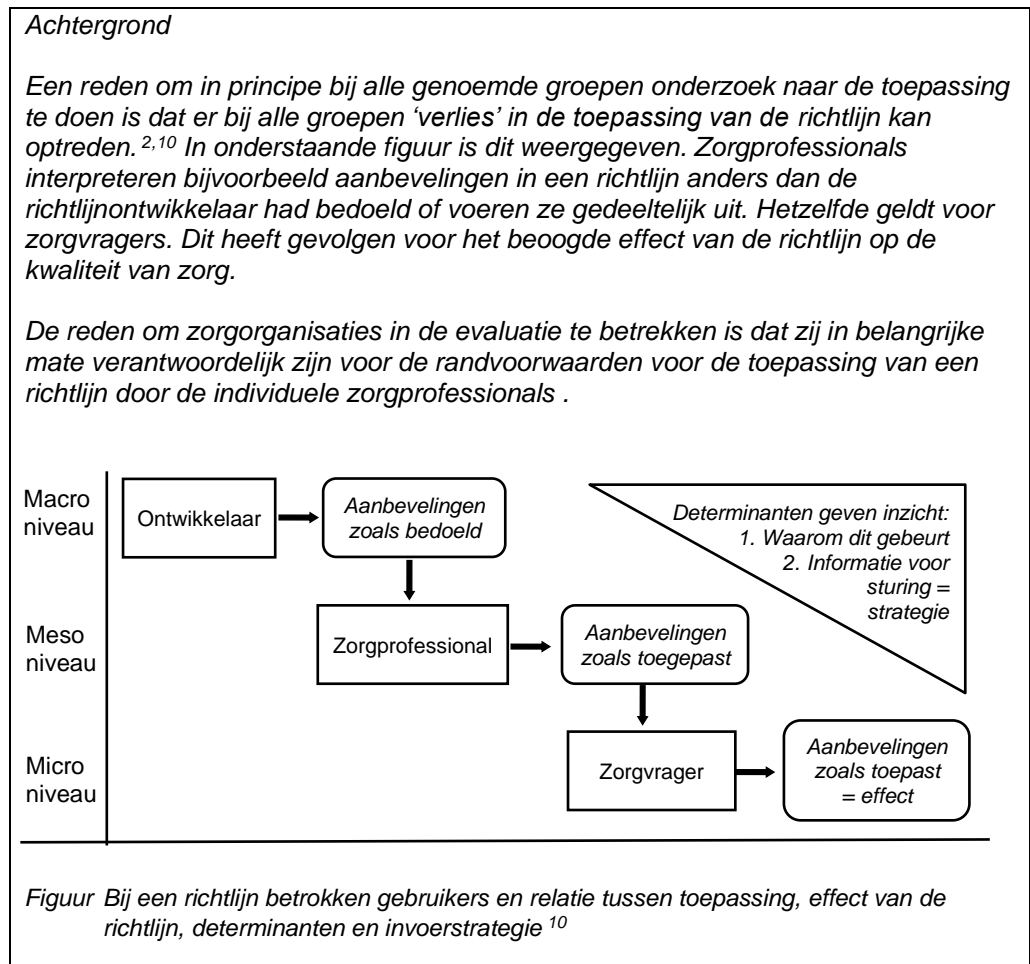
Doelgroepen

In een richtlijn zijn de beoogde zorgprofessionals van de richtlijn en de zorgvragers (patiënten, cliënten of algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is beschreven. In de implementatieliteratuur worden zorgprofessionals intermediaire gebruikers genoemd en zorgvragers eindgebruikers.

Een evaluatie van de toepassing van richtlijnen vindt plaats onder alle groepen beoogde gebruikers.^{2,9} Bij de richtlijnen voor de wijkverpleging zijn dat:

- (Wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten in de wijkverpleging; de intermediaire gebruikers.
- Zorgvragers en andere doelgroepen die in de richtlijn zijn benoemd; de eindgebruikers.
- Personen vanuit de zorgorganisatie waar de intermediaire gebruikers werkzaam zijn en die in beleidsmatige zin betrokken zijn bij de verspreiding en

implementatie van de richtlijnen. Te denken valt aan management, staffunctionarissen of kwaliteitsfunctionarissen. In eerste instantie zal V&VN alleen de toepassing van richtlijnen (laten) onderzoeken onder intermediaire gebruikers en de zorgorganisaties waar ze werkzaam zijn.



2.2

Metten verspreiding, toepassing, determinanten en invoerstrategie

Kernaanbevelingen richtlijnen en afgeleide producten

Richtlijnen bevatten vaak veel aanbevelingen. Meestal zijn in een richtlijn ook kernaanbevelingen benoemd. Dit is een selectie van aanbevelingen waarvan de richtlijnontwikkelaar, samen met zorgprofessionals en zorgvragers, heeft aangegeven dat zij van belang zijn om het effect van de richtlijn bij de zorgvrager te kunnen bewerkstelligen.^{2,9}

Voor het evaluatieonderzoek geldt:

- In principe worden alle kernaanbevelingen in een richtlijn geëvalueerd. Wanneer er geen kernaanbevelingen zijn benoemd, wordt door de onderzoekers samen met de richtlijnontwikkelaars alsnog bepaald welke aanbevelingen kritisch zijn.¹¹ Wanneer niet alle kernaanbevelingen in de evaluatie meegenomen worden, is het belangrijk deze keuze inhoudelijk te onderbouwen
- Ook de toepassing van afgeleide producten die bij de richtlijn horen, bijvoorbeeld een gesprekshandleiding, wordt geëvalueerd.

Achtergrond

Omdat zowel de toepassing als de determinanten van de toepassing per kernaanbeveling kunnen verschillen, worden alle kernaanbevelingen afzonderlijk onderzocht. Algemene vragen zoals 'Gebruikt u de richtlijn?' geven een overschatting van de toepassing.^{2,9,12}

Metten van verspreiding richtlijn

Belangrijk voor de toepassing is dat zorgprofessionals op de hoogte zijn van het bestaan van een richtlijn.

Voor het evaluatieonderzoek geldt:

- Per richtlijn wordt nagegaan of de zorgprofessional de richtlijn en afgeleide producten kent.
- Ook wordt nagegaan via welke informatiebronnen de zorgprofessional de richtlijn kent en naar welke informatiebronnen de voorkeur uitgaat.

Achtergrond

Het is belangrijk de bekendheid te monitoren en ook na te gaan hoe de verspreiding het beste kan plaatsvinden. V&VN vindt het belangrijk dat alle zorgprofessionals waarvoor de richtlijnen bedoeld zijn, de richtlijnen kennen.

Bekendheid of onbekendheid met een richtlijn hoeft overigens geen effect te hebben op het handelen. Als een zorgprofessional een richtlijn niet kent, kan de zorgprofessional nog steeds handelen volgens de richtlijn. Veel aanbevelingen sluiten immers aan bij de bestaande praktijk.

Weten dat een richtlijn bestaat, is iets anders dan de inhoud volledig kennen. Dat laatste is een belangrijke voorspeller voor de toepassing en te meten als determinant.¹³

Metten van toepassing kernaanbevelingen

In de literatuur zijn verschillende maten beschreven om de toepassing van aanbevelingen in richtlijnen door de zorgprofessionals uit te drukken (zie onderstaande box met achtergrond). Ze meten verschillende aspecten of dimensies van het begrip 'gebruik' en afhankelijk van de gekozen maat zullen de uitkomsten verschillen. Het advies is daarom om een combinatie van gebruiksmaten te nemen.^{3,14} Voor de verschillende aspecten of dimensies van gebruik wordt verwezen naar de basisliteratuur.

Voor het evaluatieonderzoek geldt:

- Per kernaanbeveling wordt nagegaan in hoeverre de zorgprofessionals de kernaanbeveling toepassen zoals bedoeld.
- Er worden verschillende maten gehanteerd om de toepassing van de kernaanbevelingen te onderzoeken.

De maten om toepassing van kernaanbevelingen te onderzoeken worden gekozen in samenspraak met de richtlijnontwikkelaar. De richtlijnontwikkelaar kan goed aangeven welke aspecten relevant zijn om zicht te krijgen op de juiste toepassing van een kernaanbeveling (zie ook par. 2.3).

Achtergrond

In de literatuur zijn verschillende maten beschreven om het gebruik of de toepassing van aanbevelingen in richtlijnen uit te drukken.^{9, 15-17} Grofweg kan een onderscheid worden gemaakt naar kwantitatieve en kwalitatieve gebruikaspecten. Bij kwantitatieve aspecten gaat het om de vraag of iets is uitgevoerd en bij kwalitatieve aspecten hoe iets is uitgevoerd.⁹ De verschillende maten meten andere aspecten van gebruik en geven andere uitkomsten. Ook correleren verschillende aspecten van gebruik niet noodzakelijkerwijs. Daarom is het advies verschillende gebruiksmaten te hanteren om beter zicht te krijgen op de toepassing van een richtlijn.^{3,12,14}

Metten van determinanten

Determinanten die de toepassing van aanbevelingen in richtlijnen beïnvloeden zijn grofweg onder te verdelen naar vijf categorieën kenmerken:^{13,18,19}

- De richtlijn zelf;
- De intermediaire gebruiker (zorgprofessional);
- De eindgebruiker (zorgvrager);
- De zorgorganisatie en het team waarin de intermediaire gebruiker werkt;
- De sociaal-politieke omgeving.

Voor het evaluatieonderzoek geldt:

- Per kernaanbeveling worden onder zorgprofessionals determinanten die de toepassing van de kernaanbeveling beïnvloeden geanalyseerd.
- Per kernaanbeveling worden determinanten binnen alle bovengenoemde categorieën in kaart gebracht.
- Sommige determinanten zullen richtlijn overstijgend terug te voeren zijn op de mate waarin organisaties Evidence Based Practice en het werken met richtlijnen in de dagelijkse praktijk hebben geïncorporeerd. Daarom is het belangrijk dat ook het beleid van de organisaties waar de zorgprofessionals werkzaam zijn in de analyse wordt betrokken.
- Er wordt gebruik gemaakt van een theoretisch en/of empirisch onderbouwd instrument om de determinanten die de zorgprofessionals ervaren in kaart te brengen, dat ook bij [proefimplementaties](#) worden gebruikt. Er kan worden gekozen uit: het MeetInstrument Determinanten van Innovaties (MIDI) (voorkeur), het *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) en de *Tailored Implementation for Chronic Diseases* (TICD) checklist.^{13,18-20}

Wanneer onderzoekers andere dan de aanbevolen instrumenten voor het in kaart brengen van determinanten gebruiken, dan wordt dit onderbouwd in het onderzoeksvoorstel.

Achtergrond

Voor het inventariseren van determinanten is het belangrijk om a. theoretisch en/of empirisch onderbouwde instrumenten en b. telkens dezelfde instrumenten te gebruiken omdat dit op termijn mogelijkheid geeft tot aggregatie van data, waaronder vaststelling van terugkerende essentiële determinanten bij de toepassing van richtlijnen in de wijkverpleging.

De voorkeur gaat uit naar het MIDI omdat dit instrument theoretisch / empirisch onderbouwd is, in het Nederlands beschikbaar is, en bij proefimplementaties van richtlijnen in de wijkverpleging wordt gebruikt.

Meten van invoerstrategieën

Met een invoerstrategie wordt het geheel van alle activiteiten bedoeld die gericht zijn op de toepassing van - kernaanbevelingen in - een richtlijn door zorgprofessionals en zorgvragers. Invoerstrategieën worden zo gekozen dat ze aansluiten bij de determinanten die de toepassing beïnvloeden.

Voor het evaluatieonderzoek geldt:

- Per richtlijn wordt nagegaan welke invoerstrategieën zijn ingezet om de toepassing van de richtlijn te bevorderen en in hoeverre zorgprofessionals hieraan hebben deelgenomen.
- Er wordt gebruik gemaakt van een theoretisch en/of empirisch onderbouwde taxonomie van invoerstrategieën of *behavior change techniques*. Daarbij gaat de voorkeur uit naar de *Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC)* of de *Behavior Change Wheel*.²¹⁻²³

Achtergrond

In paragraaf 2.1 onder 'opzet onderzoek' staat waarom onderzoek naar de deelname aan invoerstrategieën van belang is om de uitkomsten van onderzoek naar de toepassing van richtlijnen te kunnen verklaren.

Voor het inventariseren van invoerstrategieën is het belangrijk om a. theoretisch en/of empirisch onderbouwde taxonomieën en b. telkens dezelfde taxonomieën te gebruiken omdat dit op termijn de mogelijkheid geeft tot het vergelijken van data.

Wanneer onderzoekers andere dan de aanbevolen taxonomieën voor invoerstrategieën gebruiken, dan wordt dit onderbouwd in het onderzoeksvoorstel.

2.3

Onderzoeksmethoden

Meetmethoden

Er zijn verschillende methoden om de toepassing van richtlijnen te meten zoals vragenlijsten, observaties, interviews of een analyse van dossiers. Daarnaast is er de keuze tussen zelfrapportage of onderzoek door anderen.

De gevonden mate van toepassing van een richtlijn hangt sterk samen met de gekozen meetmethode. Zo geeft gerapporteerd gedrag (via vragenlijsten) een systematische vertekening van de werkelijke toepassing, waarbij de gerapporteerde toepassing doorgaans fors hoger ligt dan wanneer dit op objectieve wijze wordt vastgesteld.

Daarnaast zijn sommige methoden vooral geschikt voor het meten van kwantitatieve gebruiksaspecten en andere voor kwalitatieve gebruiksaspecten (zie ook par 2.2)

Het advies is om verschillende methoden gelijktijdig te gebruiken om de toepassing van een richtlijn te bepalen.^{3,16} Voor meer informatie over de meetmethoden wordt verwezen naar literatuur over het meten van de toepassing van richtlijnen.

Voor het evaluatieonderzoek geldt:

- Een combinatie van minimaal twee meetmethoden wordt gebruikt;
- Hierin zal veelal een praktische keuze worden gemaakt, waarbij de belasting van zorgprofessionals, zorgvragers of in middelen wordt meegenomen. Waar mogelijk wordt aangesloten bij bestaande dataverzameling activiteiten;
- Het is wenselijk de methoden zo te kiezen dat zowel kwantitatieve als kwalitatieve gebruiksaspecten kunnen worden gemeten. Daarnaast kan gekozen worden voor een combinatie van zelfrapportage (bijvoorbeeld een

vragenlijst) en objectieve vaststelling (bijvoorbeeld observaties) als validatie van de zelfrapportage.

Belangrijk is dat de keuze van de methoden door de onderzoekers in samenspraak met de richtlijnontwikkelaars wordt onderbouwd.

Achtergrond

In de literatuur zijn verschillende methoden beschreven om de toepassing van aanbevelingen in richtlijnen te meten.⁹ Bijvoorbeeld: digitaal dossier, vragenlijsten, registraties/logboeken, (focusgroep)interviews, vignetten, observaties en visitatie.

De ene methode is meer geschikt om kwantitatieve gebruiksaspecten te meten en de andere voor kwalitatieve gebruiksaspecten.

Geen enkele methode is geschikt om alle aspecten van gebruik tegelijk te meten. Daarom is het advies verschillende methoden te gebruiken, die aansluiten bij de verschillende aspecten van de toepassing.

2.4

Setting en meetmomenten

Deelnemers en aantallen

In een richtlijn is de setting beschreven waar de zorgprofessionals (intermediaire gebruikers) de aanbevelingen in een richtlijn dienen toe te passen. Het evaluatieonderzoek kan plaats vinden in alle settings, maar in ieder geval in de wijkverpleging.

- V&VN wil een representatief beeld krijgen van de verspreiding en toepassing van de richtlijnen onder alle (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten in de wijkverpleging. Zij zijn werkzaam in organisaties die wijkverpleging aanbieden (ongeacht leeftijd en aandoening van zorgvragers) of bieden als zzp'er wijkverpleging aan.
- Daarbij is het belangrijk dat er voldoende zorgprofessionals met verschillende relevante achtergrondkenmerken en uit verschillende organisaties deelnemen in de evaluatie. Het is daarom belangrijk een onderscheid te maken naar beroepsgroep (verzorgenden, (wijk)verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten) en naar andere relevante achtergrondkenmerken die de bekendheid met en toepassing van de richtlijnen kunnen beïnvloeden. Te denken valt aan opleidingsniveau, of organisatie waar de zorgprofessional werkzaam is.

Tijdstip en meetmomenten

Een selectie van richtlijnen wordt jaarlijks geselecteerd voor het evaluatieonderzoek. Het is niet nuttig en nodig alle richtlijnen jaarlijks te evalueren, ook ter voorkoming van overbelasting van het veld. Er is een onderscheid te maken naar nieuwe richtlijnen enerzijds en bestaande en herziene richtlijnen anderzijds.

- Een nieuwe richtlijn moet voldoende tijd gehad hebben om te 'landen' in het veld. Daarom is het wenselijk pas twee tot drie jaar na het uitkomen van een *nieuwe richtlijn* onderzoek te doen naar (de determinanten van) bekendheid met en toepassing van een richtlijn, in relatie tot uitgevoerde invoerstrategieën.
- Voor alle *'bestaande' en herziene richtlijnen* is het wenselijk de bekendheid met en (continueren van) de toepassing te monitoren. Dit kan om de twee tot drie jaar. Wanneer blijkt dat bekendheid en toepassing afnemen, wordt onderzoek gedaan naar de determinanten ervan. Echter, per richtlijn wordt telkens een afweging gemaakt of evaluatie van die specifieke richtlijn relevant is. Als uit

- herhaald onderzoek blijkt dat de toepassing goed verloopt, hoeft de richtlijn niet elke twee tot drie jaar onderzocht te worden.
- Het is wenselijk het onderzoek telkens op uniforme wijze uit te voeren om vergelijking tussen richtlijnen en door de jaren heen mogelijk te maken.

Achtergrond

Het is een te grote belasting voor de wijkverpleging om alle bestaande richtlijnen in één keer te onderzoeken. Daarom wordt (jaarlijks) nader bekeken welke combinaties van richtlijnen in één onderzoek samen kunnen en welke richtlijnen eventueel na een langere periode dan twee tot drie jaar geëvalueerd worden.

2.5

Resultaten en aanbevelingen evaluatieonderzoek

De rapportage van het onderzoek levert de volgende onderdelen op:

1. Een overzicht van de bekendheid met de richtlijn en toepassing van de afzonderlijke kernaanbevelingen in de richtlijn. De - juiste - wijze van uitvoering van een kernaanbeveling wordt door de richtlijnontwikkelaar beoordeeld.
2. Een overzicht van determinanten die de bekendheid met de richtlijn en de toepassing van de afzonderlijke kernaanbevelingen in de richtlijn beïnvloeden.
3. Aanbevelingen hoe V&VN en andere partijen, waaronder zorgorganisaties, de verspreiding en toepassing van richtlijnen kunnen bevorderen. Het gaat om alle activiteiten die nodig zijn voor de landelijke invoering van de richtlijn, waarbij niet alleen het 'wat' maar ook het 'hoe' wordt beschreven, dat wil zeggen in uitgewerkte activiteiten en rekening houdend met de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van V&VN en andere partijen.
4. Voor bovenstaande onderdelen geldt dat onderscheid wordt gemaakt naar beroepsgroep (verzorgenden, (wijk)verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten) en naar andere relevante achtergrondkenmerken die bekendheid met en toepassing van de richtlijnen kunnen beïnvloeden. Te denken valt aan opleidingsniveau of organisatie waar de zorgprofessional werkzaam is.
5. Aanbevelingen voor aanpassing van te meten variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden op basis van de evaluatie.

3

Afstemming bestaande bronnen en structuren

Het uitgangspunt is om, waar mogelijk, gegevens uit bestaande bronnen en structuren te benutten en af te stemmen met lopende evaluatietrajecten van richtlijnen.

Relevante bronnen en structuren voor afstemming zijn:

- Implementatie coaches. In 2021 is een eerste opleiding tot implementatiecoach gestart voor wijkverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in de wijkverpleging. De implementatiecoaches voeren de richtlijnen in hun organisatie in en leren onderzoek te doen naar - determinanten van - de toepassing van richtlijnen. Zij vormen een duurzaam netwerk en zijn inzetbaar zijn bij richtlijn ontwikkel-, implementatie- en evaluatietrajecten. Het is wenselijk om aanvullend op het landelijk onderzoek naar de toepassing van de richtlijnen jaarlijks een aantal implementatiecoördinatoren te interviewen over de toepassing van de richtlijnen. Daarnaast biedt het netwerk op termijn mogelijk een goede infrastructuur voor het uitzetten van evaluatieonderzoek.
- Proeftuinen reflectie toepassing richtlijnen. In 2021 zijn drie proeftuinen gestart (uitgevoerd door drie consortia) waarin zorgprofessionals in de wijkverpleging leren reflecteren op toepassing van de richtlijnen, waarbij onderbouwd afwijken mogelijk en nodig kan zijn. De proeftuinen geven inzicht op individueel en teamniveau in de toepassing van de richtlijnen zoals bedoeld. De proeftuinen geven ook inzicht in effectieve (meet)methoden voor reflectie en toepassing van richtlijnen. Het is wenselijk om aanvullend op het landelijk onderzoek naar de toepassing van de richtlijnen jaarlijks een aantal organisaties die reflectiemethodieken gebruiken, te interviewen over de toepassing van de richtlijnen.
- Indicatoren. Als onderdeel van verschillende richtlijnen worden indicatoren ontwikkeld met als doel een indicatie te krijgen van de toepassing en het effect van de richtlijnen. De indicatoren zijn echter geen vervanging voor onderzoek naar de toepassing van de richtlijnen. Daarvoor is hun reikwijdte te beperkt.^{9,12} Ten eerste omdat niet voor alle kernaanbevelingen in richtlijnen indicatoren ontwikkeld (kunnen) worden. Ten tweede omdat ze niet geschikt zijn om kwalitatieve gebruiksaspecten te meten. Het is wenselijk om bij het landelijk onderzoek naar de toepassing van de richtlijnen informatie uit indicatoren te betrekken.

4

Literatuur

1. <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/programma-detail/ontwikkeling-kwaliteitsstandaarden-2019-2022/>
2. Borrelli B. The Assessment, Monitoring, and Enhancement of Treatment Fidelity In Public Health Clinical Trials. *J. Public Health Dent.* 2011;71(s1):S52-63.
3. Durlak JA. Studying Program Implementation Is Not Easy but It Is Essential. *Prev. Sci.* 2015 Nov;16(8):1123-7.
4. Dobson D, Cook TJ. Avoiding type III error in program evaluation: results from a field experiment. *Eval. Program. Plann.* 1980;3:269-76.
5. Tabak R, Khoong E, Chambers D, Brownson R. Bridging research and practice: Models for dissemination and implementation research. *Am. J. Prev. Med.* 2012;43(3):337-50.
6. Grol R, Wensing M. Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2015.
7. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement. Sci.* 2015;10:53.
8. Bartholomew Eldredge LK, Markham CN, Ruiters RAC, Fernandez ME, Kok G, Parcel GS. Planning health promotion programs: An intervention mapping approach. San Francisco: Jossey-Bass, 2016.
9. Fleuren MAH, Keer M, Paulussen TGWM. Adviesrapport meten van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. Leiden: TNO, 2014.
10. Fleuren MA, van Dommelen P, Dunnink T. A systematic approach to implementing and evaluating clinical guidelines: The results of fifteen years of Preventive Child Health Care guidelines in the Netherlands. *Soc. Sci. Med.* 2015;136-137:35-43.
11. Nothacker M, Stokes T, Shaw B, Lindsay P, Sipilä R, Follmann M, Kopp I, Guidelines International Network (G-I-N) Performance Measures Working Group. Reporting standards for guideline-based performance measures. *Implement. Sci.* 2015;11:6.
12. Burgers JS, Fleuren MAH, Lugtenburg M, Hulshof CTJ. Evaluatie van de toepassing van richtlijnen. In: Everdingen van JJE, Dreesens DHH, Burgers JS, Swinkels JA, Barneveld van TA van, Weijden van der T. Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014: 293-302.
13. Fleuren MA, Paulussen TG, Van Dommelen P, Van Buuren S. Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *Int. J. Qual. Health Care* 2014;2(5):501-10.
14. Piasta SB, Justice LM, McGinty A, Mashburn A, Slocum L. A Comprehensive Examination of Preschool Teachers' Implementation Fidelity When Using a Supplemental Language and Literacy Curriculum. *Child and Youth Care Forum.* 2015;44(5):731-55.

15. Mowbray CT, Holter MC, Teague GB, Bybee D. Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *Am. J. Eval.* 2003;24(3):315-40.
16. Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implement. Sci.* 2007;2:40.
17. Schoenwald SK. It's a Bird, It's A Plane, It's ... Fidelity Measurement In the Real World. *Clin. Psychol. (New York)*. 2011 Jun;18(2):142-7.
18. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JA. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement. Sci.* 2009;4:50.
19. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-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;8:35.
20. Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. MeetInstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI). Leiden: TNO, 2012.
21. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, Procter EK, Kirchner JE. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement. Sci.* 2015;10:21.
22. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement. Sci.* 2011;6(1):42.
23. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann. Behav. Med.* 2013;46(1):81–95.