

# Implementatieplan

## Klinische praktijkrichtlijnen

Jozé Braspenning, IQ Healthcare Radboud UMC  
Laurie Ickenroth, projectmanager KIMO

Utrecht, 22 juni 2017



## 1 Achtergrond

Het toepassen van een klinische praktijkrichtlijn (KPR) vraagt om een plan van aanpak, een implementatieplan.<sup>1</sup> Het inpassen van een richtlijn in de dagelijkse praktijk betekent voor de meeste gebruikers een verandering van routines. Richtlijnen zijn immers bedoeld om de kwaliteit van zorg te verbeteren; en dus te veranderen. Het veranderen van routines is vaak lastig en behoeft aandacht, oftewel richtlijnen implementeren zich niet vanzelf.<sup>2</sup>

### 1.1 Richtlijnen en protocollen

Bij het opstellen van een implementatieplan is het goed om rekening te houden met het verschil tussen een richtlijn en een protocol. Een richtlijn beschrijft een aantal aanbevelingen met een wetenschappelijke basis voor een bepaalde handeling met het oog op goede patiëntuitkomsten.<sup>3</sup> Deze wetenschappelijke basis kan aangevuld worden met consensus als gedegen onderzoek ontbreekt en de behoefte aan een aanbeveling aanwezig is, bijvoorbeeld vanwege de grote praktijkvariatie. Een aanbeveling uit een richtlijn is dus gericht op het behalen van goede patiëntuitkomsten. Deze patiëntuitkomsten kennen vaak meerdere aspecten, zoals het klinisch resultaat, de kwaliteit van leven, de doelmatigheid en de persoonsgerichtheid. Omdat een aanbeveling uit een richtlijn is gebaseerd op uitkomsten van handelingen bij groepen van patiënten, kan het in een individueel geval mogelijk zijn om beredeneerd van de richtlijn af te wijken. Een protocol daarentegen geeft regels voor juist handelen met nadruk op de praktische uitvoering. Zo beschrijft het hygiëneprotocol de afspraken die moeten worden nageleefd (eisen) wil er sprake zijn van hygiënisch handelen. Voor zowel het toepassen van richtlijnen als protocollen kan een implementatieplan worden opgesteld. Het KIMO richt zich op het implementeren van klinische richtlijnen.

### 1.2 Implementatie

Implementatie kan worden omschreven als een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het professionele handelen van zowel individuen als organisaties.<sup>4</sup> Met deze definitie is implementatie van een richtlijn dus méér dan het verspreiden van de KPR (diffusie) of het actief communiceren over het bestaan van de KPR (disseminatie) of het besluit om de werkwijze aan te passen aan de KPR (adoptie). Om systematisch verandering door te voeren, zijn goed opgezette programma's voor implementatie gewenst. Het opzetten en uitvoeren van een implementatieprogramma is een complex proces waarbij uiteenlopende benaderingen en verschillende theoretische concepten over menselijk gedrag en het functioneren van organisaties een rol spelen.

Dus ondanks overtuigend wetenschappelijk bewijs worden aanbevelingen uit richtlijnen soms weinig toegepast in de klinische praktijk. Een implementatieplan is bedoeld om de toepassing van een richtlijn te ondersteunen.

### 1.3 Ontwikkelen implementatieplan

Het ontwikkelen van een effectief implementatieplan kent een aantal stappen, zie Figuur 1.



*Figuur 1: Stappen bij het ontwikkelen van een implementatieplan op maat*

Gestart wordt met het verkrijgen van inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen bij het toepassen van de aanbevelingen uit een richtlijn. Het vragen naar bevorderende en belemmerende factoren levert meestal op dat er tijd en geld nodig is. Deze factoren hebben onvoldoende diepgang voor het maken van een implementatieplan. Tijd en geld kunnen een rol spelen, maar meer tijd en geld leidt niet vanzelfsprekend tot een verbetering in de zorg. Het inventariseren van bevorderende en belemmerende factoren krijgt meer reliëf door mogelijk beïnvloedende factoren systematisch langs te lopen, bijvoorbeeld in een interview of focusgroep met de potentiële gebruikers van een KPR. Flottrop et al. hebben vanuit een systematisch review een checklist hiervoor ontwikkeld.<sup>4</sup> Zij maken een onderscheid tussen factoren die te maken hebben met:

- de richtlijn zelf;
- de zorgverleners;
- de patiënten;
- de interactie tussen zorgverleners;
- beloningen en middelen;
- de capaciteit voor organisatieverandering;
- de maatschappelijk omgeving, het beleid en juridische regels.

Met een goede analyse van de bevorderende en belemmerende factoren worden aangrijpingspunten verkregen voor het implementatieplan. Door deze inventarisatie te matchen met een methode voor gedragsverandering kan een passend implementatieplan worden opgesteld. Een dergelijk implementatieplan op maat vergroot de kans van slagen.<sup>5</sup> Recent is een uitgebreide taxonomie beschreven van methoden voor gedragsverandering die passen bij de bekende – vanuit de wetenschappelijk literatuur – bevorderende en belemmerende factoren bij

zorgvernieuwingen en verbeteringen.<sup>6</sup> Deze taxonomie ondersteunt de ontwikkeling van een implementatieplan op maat.

#### 1.4 Implementatieplan op nationaal en lokaal niveau

In de Richtlijn voor richtlijnen en op de website [www.ha-ring.nl](http://www.ha-ring.nl) wordt geadviseerd om vanaf de start van de richtlijnontwikkeling rekening te houden met de toepassing van de richtlijn.<sup>7</sup> Daarbij wordt geadviseerd een onderscheid te maken tussen het implementeren van richtlijnen op nationaal niveau en op lokaal niveau. Voor sommige veranderingen in handelswijze is het nodig om landelijk aanvullende afspraken te maken, bijvoorbeeld over de scholing die bij het uitbrengen van de richtlijn wordt aangeboden. Het ondersteunen van de implementatie van een KPR kan samen met de wetenschappelijke verenigingen en de IQual-groepen ([www.knmt.nl/iqual](http://www.knmt.nl/iqual)) worden opgezet en uitgevoerd. Maar op lokaal niveau kan een richtlijn bestaande lokale afspraken doorkruisen over bijvoorbeeld het verwijzen van patiënten. Dit vraagt om een plan van aanpak die aansluit bij de lokale situatie. In de richtlijn kan gewezen worden op de noodzaak van dergelijke lokale afspraken.

#### 1.5 Evalueren gebruik richtlijnen

Het evalueren van het gebruik van een richtlijn maakt idealiter integraal onderdeel uit van het uitbrengen van een richtlijn. Het evalueren van het gebruik van een richtlijn kan worden uitgevoerd door voor de kernaanbevelingen uit een richtlijn zogenaamde kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. Een kwaliteitsindicator is een meetbaar aspect van het handelen van professionals, waarvoor wetenschappelijk bewijs is of waarover consensus bestaat dat dit aspect kwaliteit van zorg meet of een verandering in kwaliteit van zorg.<sup>8</sup> Deze indicatoren kunnen de structuur, het proces of de uitkomst van de zorg betreffen.<sup>9,10</sup> In Tabel 1 worden voorbeelden gegeven bij deze type van indicatoren.

Tabel 1: Type van kwaliteitsindicatoren met enkele voorbeelden

Type indicator	Voorbeeld
Structuur	Structuurkenmerken van de zorgsetting, zoals aantal medewerkers, FTE per 1000 patiënten, aanwezigheid diagnostische hulpmiddelen, aantal preventieve zorgverleners in team.
Proces	Kenmerken van het mondzorgproces (screening, diagnose, prognose en therapie), indicatiestelling, verwijsbeleid, preventiebeleid risicopatiënten.
Uitkomst	Mate van gezondheid na interventie, complicaties, incidenten, gezondheidsstatus, wondinfecties na behandeling, levensduur therapeutische interventies.

Proces en uitkomstindicatoren worden uitgedrukt in een teller en een noemer. De noemer beschrijft de omvang van de doelgroep van patiënten waarover een uitspraak wordt gedaan en de teller beschrijft het aantal gewenste handelingen. Het zinvol werken met indicatoren in de praktijk vereist dat deze aan bepaalde kenmerken voldoen, zoals betrouwbaarheid, validiteit, voldoende onderscheidend vermogen tussen zorgverleners of praktijken, gevoelig voor veranderingen in de zorg, haalbaar en toepasbaar.<sup>10</sup> Het doel waarvoor de indicatoren worden gebruikt (intern, kwaliteitsbeleid, externe verantwoording, wetenschappelijk onderzoek) is mede bepalend voor de striktheid waarmee deze eisen dienen te worden gehanteerd.

## 1.6 Conclusie

Het gebruik van klinische praktijkrichtlijnen (KPR) in de mondzorg is geen gemeengoed. Het aantal EBRO-richtlijnen en de toepassing ervan is beperkt. Voorgesteld wordt om stapsgewijs aan de slag te gaan bij het inbrengen van een implementatieplan bij een KPR. Een blauwdruk voor het maken van een implementatieplan bij een richtlijn is aanwezig.<sup>7</sup> Maar het toepassen en het organiseren vraagt nieuwe vaardigheden en landelijke onafhankelijke coördinatie. Met behulp van een implementatiedeskundige wordt daarom in een aantal richtlijncommissies (ROCs) de eerste ervaringen opgedaan met het ontwikkelen en uitvoeren van een implementatieplan op maat.

## 2 Doelstelling

Het structureel inbedden van het maken van een implementatieplan op maat bij het ontwikkelen van klinische praktijkrichtlijnen (KPR) voor de mondzorg, waarbij aandacht is voor zowel de nationale als de lokale setting en het formuleren van kwaliteitsindicatoren.

Met het onderstaande plan van aanpak worden de eerste stappen gezet in het realiseren van deze doelstelling. Voor een drietal KPR, één nieuwe en twee zij-instromers, die allen op een deelgebied implantologie gericht zijn, wordt door de betreffende ROC in samenwerking met een implementatiedeskundige een implementatieplan ontwikkeld en uitgetest.

De specifieke doelstelling van deze eerste stappen zijn:

1. Het organiseren van een workshop voor de huidige ROC 'Peri-implantaire infecties' over het opzetten, uitvoeren en evalueren van het implementatieplan passend bij de betreffende KPR.
2. Het ontwikkelen van een implementatieplan bij drie op implantologie gerichte KPR op basis van
  - a. Het inventariseren van bevorderende en belemmerende factoren;
  - b. Het matchen van de bevorderende en belemmerende factoren met een methode van gedragsverandering;
  - c. Het testen en evalueren de implementatieplannen

### 3 Plan van aanpak

#### 3.1 Workshop ROC

Voor de ROC 'Peri-implantaire infecties' wordt een workshop georganiseerd over het ontwikkelen en uitvoeren van een implementatieplan behorend bij de specifieke KPR. De workshop duurt 2 uur en wordt georganiseerd door de implementatiedeskundige.

- Gestart wordt met een algemene theoretische uitleg over het maken van een implementatieplan (15 minuten).
- Vervolgens wordt samen met de ROC gezocht naar bevorderende en belemmerende factoren en methoden van gedragsverandering (45 minuten). Ter voorbereiding van dit onderdeel van de workshop wordt aan de ROC-leden gevraagd om aan de hand van de checklist van Flottrop<sup>3</sup> bevorderende en belemmerende factoren te inventariseren bij de aanbevelingen uit de richtlijn.
- Daarna wordt met de ROC vastgesteld wat de kernaanbevelingen zijn en welk kwaliteitsindicatoren daarbij passen. Gestreefd wordt naar een beperkte set van drie tot vijf indicatoren. Ter voorbereiding van dit onderdeel van de workshop wordt aan de ROC-leden gevraagd om de kernaanbevelingen te benoemen en een aanzet te maken voor mogelijke kwaliteitsindicatoren (45 minuten).
- Aan het einde van de workshop wordt nagegaan welke vervolgstappen nodig zijn om tot een volwaardig implementatieplan en set van kwaliteitsindicatoren te komen en op welke manier deze kan worden getest. Ook worden afspraken gemaakt over wie wat doet in het vervolgtraject en binnen welk tijdspad (15 minuten).

De workshop levert halffabricaten op voor het ontwikkelen van het implementatieplan.

Het KIMO organiseert een gesprek om samen met de voorzitter van de ROC en de implementatiedeskundige de workshop voor te bereiden.

Na afloop van deze workshop wordt bekeken of een dergelijke workshop ook geschikt en haalbaar is voor de andere twee KPR, de zogenaamde zij-instroomers. Deze twee richtlijncommissies hebben hun activiteiten immers al afgesloten.

#### 3.2 Implementatieplan KPR

##### a. Inventariseren van bevorderende en belemmerende factoren

Mogelijk dat vanuit de workshop afdoende inzicht is verkregen in de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren voor de KPR 'Peri-implantaire infecties'. Als dit niet het geval is dan worden extra activiteiten (interviews, focusgroepen) georganiseerd om het beeld compleet te krijgen. Voor de twee zij-instroom KPR wordt een bijeenkomst georganiseerd voor de inventarisatie van belemmerende en bevorderende factoren in het gebruik van de KPR. Gezien het onderwerp wordt gestreefd naar een gezamenlijk bijeenkomst.

b. Matchen met een methode van gedragsverandering

Met één of meerdere leden van de ROC selecteert de implementatiedeskundige op basis van de bevorderende en belemmerende factoren en de taxonomie van Kok één of enkele methoden van gedragsverandering. Deze worden door de ROC praktisch vormgegeven in een concreet implementatieplan, die besproken wordt met de implementatiedeskundige. Het resultaat wordt in de ROC besproken en waar nodig aangepast. Ook hier geldt dat voor de zij-instroom KPR een haalbare variant wordt uitgewerkt in samenspraak met de ROC voorzitter.

c. Testen en evalueren de implementatieplannen

Het implementatieplan wordt getest in een 10-tal praktijken, die zich vrijwillig hebben aangemeld of via wetenschappelijke verenigingen zijn aangezocht. Bij de selectie van mondzorgpraktijken is het van belang om zowel praktijken te includeren waarvan op voor hand verwacht wordt dat de aanbevelingen uit richtlijn eenvoudig worden opgepakt alsmede praktijken waarvan wordt verwacht dat het werken volgens aanbevelingen iets meer ondersteuning behoeft. De selectie van de praktijken wordt gemaakt door KIMO en ROC in samenspraak met de implementatiedeskundige.

In deze praktijken wordt het implementatieplan toegepast. Daar kan nu nog niet zoveel over worden vermeld, omdat de implementatieplannen nog onbekend zijn. In principe wordt ernaar gestreefd dat de praktijken zelf aan de slag kunnen met het implementatieplan na enige uitleg. Voor de uitleg zal door het KIMO een bijeenkomst worden georganiseerd. Ook zal worden gezorgd worden voor een helpdesk bij het KIMO om vragen vanuit de deelnemende mondzorgpraktijken over de KPR, inclusief het implementatieplan, te beantwoorden.

In deze praktijken wordt ook de set van kwaliteitsindicatoren getest op haalbaarheid en toepasbaarheid. Een aanzet voor deze set van indicatoren is gemaakt in de workshop bij de KPR 'Peri-implantaire infecties' en in de KPR van de zij-instroomrichtlijnen. Gestreefd wordt naar een goede balans tussen structuur, proces en uitkomstindicatoren. Met één of meerdere leden van de ROC bespreekt de implementatiedeskundige de set van kwaliteitsindicatoren, de operationalisatie van de indicatoren en de methode van gegevensverzameling. Voor het verzamelen van deze gegevens wordt idealiter gebruik gemaakt van het elektronisch patiëntdossier. Bekeken wordt of de huidige vooral administratieve systemen hiervoor geschikt zijn. Maar mogelijk vraagt dit om aanpassingen, die gezien het korte tijdspad van de pilotstudie niet realistisch zijn. In dat geval zal gevraagd worden om de gegevens schriftelijk op een daarvoor ontworpen formulier in te vullen. Het geheel worden voorgelegd aan de ROC, voordat de set van kwaliteitsindicatoren wordt getest.

Voor de evaluatie organiseert het KIMO een bijeenkomst met de deelnemende praktijken om te horen tegen welke praktische zaken de uitvoering van de aanbevelingen uit de richtlijn nog aan loopt.

### 3.3 De drie KPR

Het plan van aanpak zal worden uitgevoerd voor de volgende KPR:

1. Peri-implantaire infecties
2. Implantaat gedragen prothese in de bovenkaak
3. Implantaat gedragen prothese in de onderkaak

De eerste KPR betreft een nieuwe richtlijn en de tweede en de derde KPR zijn zogenaamde zij-instromers. Deze KPR hebben allemaal te maken met implantologie en mogelijk kan bij de uitwerking van de implementatieplannen gebruik worden gemaakt van elkaars ervaring. In de uitvoering zal begonnen worden in cyclus I met de KPR Peri-implantaire infecties. Daarna wordt simultaan aan de slag gegaan met de KPR Implantaat gedragen prothese in de bovenkaak en de KPR Implantaat gedragen prothese in de onderkaak; dit wordt cyclus II genoemd.

De verwachting is dat met de ondernomen activiteit veel praktische ervaring wordt opgedaan over implementatieplannen voor richtlijnen in de mondzorg, die overdraagbaar zijn naar de volgende tranche KPR.

## 4 Producten

- Ervaring opdoen met aantal richtlijnontwikkelaars w.b. het maken van een implementatieplan
- Implementatieplan voor drietal KPR, inclusief kwaliteitsindicatoren
  - Peri-implantaire infecties
  - Implantaat gedragen prothese in de bovenkaak
  - Implantaat gedragen prothese in de onderkaak
- Praktische uitwerking blauwdruk met specifieke aandachtspunten voor mondzorg

## 5 Projectmanagement

Het KIMO draagt zorg voor het projectmanagement.

De implementatiedeskundige overlegt maandelijks met het KIMO over de voortgang van de activiteiten. Bij onvoorziene gebeurtenissen die de uitvoering van de activiteiten betreffen, wordt direct contact opgenomen met KIMO.



## 6 Tijdspad activiteiten

Lopende van 01-06-2016 tot 01-07-2018: 13 maanden.

Activiteiten	2017						2018						
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Vorbereiding	X		X										
Eerste cyclus, I, workshop en uitwerken implementatieplan				X	X	X							
Test en evalueren cyclus I							X	X	X				
Ondersteuning analyse en rapportage cyclus I										X	X		
Tweede cyclus, II, workshop en uitwerken implementatieplan							X	X					
Test en evalueren cyclus II									X	X	X		
Ondersteuning analyse en rapportage cyclus II												X	X

## 7 Literatuur

1. Braspenning JCC, Mettes TGPH, van der Sanden WJM, Wensing MJP. Evidence-based klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg. Toepassing vergt een implementatiestrategie. Ned Tijdschr Tandheelk 2015;122: 148-55.
2. Grol R, Wensing M. (eds). Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business, 2011.
3. Mettes TG, Barendregt D, Oosterkamp B, Bruers JJM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen deel I maatschappelijk, professioneel en zorginhoudelijk perspectief. Ned Tijdschr Tandheelk 2014; 121: 597-605.
4. Flottrop SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M, Baker R, Eccles M. 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. Implementation Science 2013 8:35.
5. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, Robertson N, Wensing M, Fiander M, Eccles MP, Godycki-Cwirko M, van Lieshout J, Jäger C. Tailored interventions to address determinants of practice. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 29;4:CD005470.
6. Kok G, Gottlieb NH, Peters G-J Y, Mullen PD, Parcel GS, Ruiter RAC, Fernández ME, Markham C, Bartholomew LK. A Taxonomy of behavior change methods; an intervention mapping approach. Health Psychology review 2016; 10(3):297-312.
7. Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijnen voor richtlijnen. Criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn. Regieraad Kwaliteit van Zorg, Den Haag, 2012.
8. Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care. Eur J Gen Pract 1997;3:103-8.

9. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1980.
10. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research on methods of developing and applying quality indicators in primary care. Brit Med J. 2003;326:816-9.

Televersie

