Evaluatie van het ZonMw Deelprogramma Implementatie

Implementatie van doelmatige interventies vraagt kennis van de praktijk, aandacht voor de context en flexibiliteit



L.M. Verweij
R. Baines
R.D. Friele
C. Wagner

ISBN 978-94-6122-000-0

http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

© Juli 2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting 4
1. Inleiding en doel 7
1.1 Aanleiding 7
1.2 Doel 9
1.3 Onderzoeksvragen 9
2. Methode 10
2.1 De projecten 10
2.2 Bijeenkomsten en literatuur 11
2.3 Verdiepende interviews 12
2.4 Gehanteerde begrippen 12
2.4 Uitvoering 15
3. Resultaten 17
3.1 Effecten, kosteneffectiviteit en inbedding 17
3.2 Implementatiestrategieën en contextfactoren 20
3.3 Inhoudelijke thema's 23
3.4 Verdiepende interviews 25
4. Conclusies en aanbevelingen 31
Literatuur 40
Bijlagen 42
Bijlage 1. Doelstellingen deelprogramma Implementatie door de jaren heen 42
Bijlage 2. Analyseschema 44
Bijlage 3. Kenmerken van de afgeronde (pilot) implementatie projecten 46
Bijlage 4. Deelnemers implementatiefellows en expert bijeenkomst 57
Bijlage 5. PRISM elementen op basis van de verdiepende interviews 58

Samenvatting

Het deelprogramma Implementatie heeft tussen 2003 en 2013 gelopen binnen het programma Doelmatigheidsonderzoek. Met dit deelprogramma beoogde ZonMw nieuwe kennis te verzamelen over implementatieprocessen en tegelijk het gebruik te bevorderen van relevante resultaten van doelmatig gebleken zorgvernieuwingen in de zorgpraktijk en beleid. Het aflopen van dit deelprogramma en het grote aantal afgeronde projecten maakt het wenselijk dat wordt nagegaan welke project overstijgende inzichten kunnen worden ontleend aan de afgeronde projecten, om te komen tot aanbevelingen voor zorgprofessionals, bestuurders en onderzoekers.

Om tot project overstijgende inzichten te komen is de documentatie geanalyseerd van 41 afgeronde projecten die gericht waren op het implementeren van een innovatie in de Nederlandse gezondheidszorg. Daarbij is gekeken naar 1. De effecten, kosteneffectiviteit en inbedding van projecten; 2. (Nieuwe) implementatie strategieën en contextfactoren; en 3. Inhoudelijke thema's: de eerstelijnsgezondheidszorg, instrumenten ter ondersteuning van implementatie, naleving van richtlijnen en de-implementatie. Dit leverde een aantal potentieel relevante inzichten op over effectieve implementatie. Die inzichten zijn vervolgens besproken met implementatiefellows en experts uit het implementatieveld tijdens twee bijeenkomsten en gecombineerd met bevindingen uit (internationale) literatuur. Daarnaast zijn aanvullende, verdiepende interviews gehouden met twaalf projectleiders van succesvolle en niet succesvolle projecten. In deze interviews zijn de inzichten uit de eerdere analyses getoetst tegen de ervaringen van de projectleiders en op basis hiervan aangescherpt.

We gaan eerst in op de vraag in hoeverre de projecten erin geslaagd zijn hun beoogde projectresultaten te realiseren. In totaal zijn 41 afgeronde (pilot) implementatie projecten meegenomen in de analyse van projecten, waarvan twee derde was opgezet als gecontroleerde trial. Achtentwintig projecten (68%) bereikten hun gestelde doelen. Van twaalf projecten (29%) bleek de interventie met bijbehorende implementatiestrategie kosteneffectief. Zes projecten realiseerden inbedding in de zorgpraktijk of beleid. Op grond van de gegevens uit de eindverslagen, blijkt dat de gehonoreerde projecten binnen het deelprogramma Implementatie aantoonbare verbeteringen in de zorgpraktijk beoogden te bereiken. Dit blijkt ook uit het grote aantal uitkomstmaten gericht op het gedrag van de professional en de patiënt. We zien dat ongeveer een derde tot de helft van de gestelde doelen zijn gerealiseerd. Daarnaast bereikten dertien projecten (32%) de doelen zoals gesteld in de projectaanvraag niet, waarbij geconcludeerd kan worden dat de interventie en bijbehorende implementatiestrategie niet effectief is gebleken.

Om de doelen te bereiken gebruikten de meeste projecten een combinatie van informatieve, educatieve en faciliterende strategieën. Veelgebruikte strategieën zijn daarbij feedback, patiëntinformatie, (lokale) protocollen, taakherschikking, audits en elektronische beslissingsondersteuning. De variatie aan strategieën en disciplines maken het lastig om uitspraken te doen over de *meest* effectieve strategie(en). In zeven (van de twaalf) effectieve projecten werd gebruik gemaakt van een flexibele ofwel adaptieve interventiestrategie. De projectleiders van deze projecten gaven in hun eindevaluatie aan dat deze adaptieve strategie in belangrijke mate tot het succes had bijgedragen. Daarnaast bleken de helft van de projecten met niet effectieve strategieën (zeven van de dertien projecten) in de eerste lijn te zijn uitgevoerd. Uit de analyse van contextfactoren blijken deze projecten vooral de aansluiting te missen met de dagelijkse zorgpraktijk. Tenslotte laat de analyse van projecten naar de instrumenten

ter ondersteuning van implementatie zien dat elektronische beslisondersteuning en keuzehulpen bevorderend *en* belemmerend kunnen werken bij het bereiken van effecten, kosteneffectiviteit en inbedding van projecten. Over de thema's naleving van richtlijnen en de-implementatie kunnen geen uitspraken worden gedaan omdat er te weinig afgeronde projecten beschikbaar waren.

In dit onderzoek zijn ook interviews gehouden met de zes projectleiders van succesvolle projecten (die inbedding realiseerden in de zorgpraktijk of beleid) en zes projectleiders van niet succesvolle projecten. Deze, verdiepende, interviews bevestigen het doorslaggevende belang van de context waarin een innovatie wordt ingezet en noodzaak van flexibele strategieën waardoor het mogelijk is om te reageren op veranderende omstandigheden.

Er gelden een aantal kanttekeningen bij het lezen van deze bevindingen. Zo zijn de resultaten vooral gebaseerd op de zelfrapportages uit de projecten. Hierdoor kan deze analyse onvolledig zijn en is het verdere verloop van een project of van de mate van inbedding in de praktijk niet bekend. Verder betreft dit een observationele studie met redelijk lage aantallen en is het geen omvattend overzicht van het Nederlandse implementatieonderzoek. Toch denken wij dat een aantal aanbevelingen kunnen bijdragen aan effectiever implementatiebeleid. Daarbij beschrijven we de aanbevelingen in samenhang voor zorgprofessionals, bestuurders en/of onderzoekers. In veel gevallen zullen deze partijen gezamenlijk betrokken zijn bij de implementatie van een vernieuwing.

Aanbeveling 1 *Zorg voor kennis van de praktijk, de context en de inzet van flexibele strategieën*
Zorg voor voldoende kennis van de context waarin een innovatie wordt ingezet, door **zorgprofessionals** in de praktijk intensief te betrekken bij het ontwerp van een implementatietraject. Daarbij is een goede implementatie- en kennisinfrastructuur van belang: mensen die ervaring met veranderprocessen hebben en hier ook vaardig in zijn. **Onderzoekers** kunnen aan het implementatieproces bijdragen, maar zijn dienen dan wel te zorgen voor de inzet van strategieën die zowel op maat (tailored) als flexibel zijn. **ZonMw** zou bij zijn programmering van implementatieactiviteiten de betrokkenheid van de praktijk, de context en de inzet van op maat en flexibele strategieën als voorwaarde moeten stellen.

Aanbeveling 2. *Zorg voor geschikte onderzoeksdesigns*
Het inbouwen van flexibiliteit in projecten staat op gespannen voet met de strenge eisen aan het design van gecontroleerde trials. De uitdaging is te zoeken naar manieren waarop flexibele implementatiestrategieën kunnen worden gecombineerd met geschikte onderzoekdesigns. Hier ligt een taak voor het **onderzoeksveld.** Binnen de beperkte financiële ruimte in Nederland voor implementatieonderzoek is het wenselijk dat het creëren van ruimte voor dergelijk onderzoek gesteund wordt vanuit **bestuurders**. Daarbij zou aansluiting gevonden kunnen worden bij de wetenschapsagenda.

Aanbeveling 3. *Onderscheid implementatieonderzoek van doelmatigheidsonderzoek*
Wij bevelen aan om een helder onderscheid te maken tussen doelmatigheidsonderzoek en implementatieonderzoek. In het geëvalueerde implementatieprogramma werden implementatieprojecten vaak op hun doelmatigheid geëvalueerd, met het daarbij behorende robuuste, maar ook inflexibele design van een (randomised) controlled trial. Kennis van effectieve interventies is echter onvoldoende om te komen tot daadwerkelijke implementatie van effectieve interventies. Daarvoor is onderzoek nodig naar de *condities* die bepalend zijn voor succes. Dit type onderzoek valt

binnen het domein van implementatieonderzoek. Bestaande hulpmiddelen en instrumenten ter ondersteuning van implementatieprocessen zijn nu nog ontoereikend omdat onvoldoende ingegaan wordt op de manier waarop context en veranderingen in de context in implementatieprocessen invulling zou moeten krijgen. Hier ligt een rol weggelegd voor **onderzoekers**, die gebruik maken van kennis van de **zorgprofessionals** in de praktijk en die juist begeleid worden door **ZonMw** en gefaciliteerd worden door **bestuurders.** Implementatie van innovaties is daarmee niet alleen een taak van het veld, maar een gezamenlijke inspanning van zorgprofessionals, bestuurders en onderzoekers.

Aanbeveling 4. *Implementatie van innovaties in de eerste lijn vraagt specifieke aandacht*
De implementatietrajecten in de eerste lijn illustreren het bredere beeld, dat de context waarin een innovatie wordt geïntroduceerd cruciaal is voor het welslagen van de innovatie. Ook voor deze sector geldt dat er meer systematische aandacht moeten zijn voor de praktijk waarin implementatie plaatsvindt. Hier dienen **zorgprofessionals**, **bestuurders en onderzoekers** rekening mee te houden.

Aanbeveling 5. *Verduidelijk de rollen van onderzoeker en change agent*
Het verdient de aanbeveling om de rollen van onderzoeker en change agent te verduidelijken en waar nodig, van elkaar los te maken. Een onderzoeker is in veel gevallen niet de meest ideale change agent. Uit de interviews blijkt dat die rol wel belangrijk is. De change agent is vaak iemand uit de praktijk; zoals een medewerker binnen een zorginstelling die daar de weg goed kent en mensen kan verbinden en mobiliseren. Dit betekent dat implementatieonderzoek ondergebracht zou kunnen worden bij inhoudelijk georiënteerde consortia of samenwerkingsverbanden waarin relevante partijen, zorgprofessionals, implementatiedeskundigen en -onderzoekers samenwerken. Deze samenwerkingsverbanden zouden ook eerder een garantie kunnen bieden voor continuïteit. **Zorgprofessionals** kunnen daarbij onmisbare input geven over de praktijk. **Onderzoekers** kunnen als onderdeel van een samenwerkingsverband effectonderzoeken uitvoeren, feitelijke implementatie een duwtje geven en onderzoek doen naar de condities die nodig zijn voor het bereiken van deze effecten in de praktijk. Dit is een andere rol dan tot nu toe werd vervuld. **Bestuurders** dienen daarbij samenwerkingsverbanden te stimuleren.

Aanbeveling 6. *Heroverweeg de manier waarop programmering van implementatieonderzoek tot stand komt*
Onze aanbeveling te komen tot projecten met meer flexibiliteit in implementatieprojecten, stelt ook eisen aan de manier waarop dit soort programma's wordt beheerd. De eis van grotere flexibiliteit betekent dat er door **bestuurders** nagedacht moet worden over de manier waarop dit soort projecten kan worden geprogrammeerd, waarbij er grotere aandacht is voor de context, dynamische strategieën, passende onderzoekdesigns en voor consortia van praktijk en onderzoek.

1. Inleiding en doel

1.1 Aanleiding

In opdracht van het ministerie van VWS heeft ZonMw van 2003 tot 2013 binnen het programma Doelmatigheidsonderzoek het deelprogramma Implementatie uitgevoerd. Dit deelprogramma werd tot 2013 begeleid door de commissie Implementatie en na 2013 door de commissie Doelmatigheidsonderzoek. De samenstelling van de commissie Implementatie, evenals die van de commissie Doelmatigheidsonderzoek wisselde door de jaren heen, maar bestond altijd uit leden verbonden aan een UMC of onderzoeksinstituut, (voornamelijk topklinische) ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Een enkel (voormalig) lid was afkomstig van de Gezondheidsraad, patiënten federatie NPCF, de gemeente Rotterdam, het CBO of de VSOP.
Binnen het deelprogramma was met name ruimte voor bottom-up indiening van subsidieaanvragen, waarvoor jaarlijks een open ronde werd georganiseerd met als centrale thema: (de organisatie van) het medisch professioneel handelen in de (op termijn) regulier gefinancierde gezondheidszorg. Hierbij kon over de volle breedte van onderwerpen worden ingediend, met uitzondering van geneesmiddelenonderzoek. In totaal zijn in negen open rondes 74 studies gehonoreerd.

Het aflopen van het deelprogramma Implementatie en het groot aantal afgeronde projecten maakt het wenselijk na te gaan welke bijdrage deze activiteiten hebben geleverd aan de theorievorming van implementatieonderzoek en de doorwerking van geleerde lessen in de zorgpraktijk en in beleid. Deze kennissynthese bouwt voort op drie eerder afgeronde overkoepelende studies, te weten: het Kennis van Implementatie Programma (1), een Resultatenanalyse van de eerste 27 afgeronde studies (2) en de Eindevaluatie van het deelprogramma Implementatie (3). Op basis van deze rapporten heeft de commissie Doelmatigheidsonderzoek een aantal lacunes in kennis geïdentificeerd, alsook naar (project overstijgende) inzichten gevraagd.

In deze inleiding beschrijven we de achtergrond en de doelstellingen van het deelprogramma Implementatie. Aansluitend beschrijven we de kennis die beschikbaar is uit eerder uitgevoerde onderzoeken naar dit deelprogramma, die geleid hebben tot het doel en de onderzoeksvragen van deze kennissynthese.

Het deelprogramma Implementatie
Aanleiding voor het instellen van het deelprogramma Implementatie was de constatering dat nieuwe kosteneffectieve interventies meestal niet vanzelf hun weg vinden naar de zorgpraktijk en beleid. De theoretische en praktische kennis over een effectieve invoering vertoonde nog veel lacunes (3). Het deelprogramma Implementatie kwam hieraan tegemoet door gerichte invoering van (kosten)effectieve interventies te stimuleren, gekoppeld aan onderzoek naar invoering in de praktijk.
De doelstelling van het deelprogramma is in de loop der jaren een aantal keer bijgesteld, maar betrof altijd twee componenten. Enerzijds het genereren van kennis over implementatieprocessen (implementatieonderzoek) en anderzijds het bevorderen van het gebruik van relevante resultaten van doelmatig gebleken zorgvernieuwingen in de zorgpraktijk en beleid (feitelijke implementatie). De doelstellingen staan beschreven in bijlage 1. Implementatie werd daarbij gedefinieerd als een procesmatige en planmatige invoering van (kosten) effectieve interventies in de gezondheidszorg, met als doel dat deze interventies een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg. Hierbij kan gedacht worden

aan de invoering van een nieuwe standaard, een nieuwe methodiek of interventie. Met een interventie werd ook bedoeld een diagnostische of therapeutische verrichting of een multi-professioneel zorgprogramma. Daarnaast faciliteerde het programma de implementatiekennisinfrastructuur binnen de (niet-) academische centra en hun regio's door implementatiefellows aan te stellen.
De twee componenten van de doelstelling, het genereren van kennis en het bevorderen van het gebruik van resultaten in de zorgpraktijk en beleid, zijn terug te zien in de grofweg drie typen projecten die in het deelprogramma Implementatie zijn gehonoreerd. In **beschrijvende projecten** en in aanhangende **health technologie assessment (HTA) projecten** stond het genereren van kennis centraal. In **(pilot)implementatie projecten** stond het bevorderen van resultaten in de zorgpraktijk centraal. De beschrijvende projecten (n=16) konden gedurende het hele programma aangevraagd worden om meer inzicht te verkrijgen in de aard en omvang van een implementatieprobleem of in voorwaarden van implementatie. Daarnaast was het mogelijk om in rondes 2004 t/m 2012 aanvragen in te dienen voor aanhangende HTA-methodologie projecten (n=5), gericht op ontwikkeling, verfijning en/of evaluatie van methoden voor onderzoek naar doelmatigheidsvraagstukken. De (pilot) implementatieprojecten (n=43) betroffen projecten waarbij feitelijke invoering van een kosteneffectief gebleken interventie (2004) dan wel aannemelijk gemaakte kosteneffectieve interventie (2006 en verder) in de praktijk gecombineerd werden met onderzoek naar het verloop van dit proces. Vanaf de ronde 2006 werd tevens de nadruk gelegd op inzicht in innovatieve implementatiestrategieën en een multidisciplinaire benadering.

Kennis uit voorgaande rapporten naar het deelprogramma Implementatie
Er zijn drie rapporten gepubliceerd over de projecten van het deelprogramma Implementatie; het Kennis van Implementatie Programma (1), een Resultatenanalyse van de eerste 27 afgeronde projecten uit de rondes 2004 en 2006 (2) en de Eindevaluatie van het deelprogramma Implementatie (3). Het rapport Kennis van Implementatie programma (1) heeft op basis van ervaringskennis van 79 afgesloten ZonMw projecten (verspreid over de vijf ZonMw teams) gekeken welke factoren samenhangen met een succesvolle implementatie. Enige samenhang met succesvolle implementatie werd gevonden voor twee factoren. Het gebruik van meerdere strategieën, waaronder het investeren in meerdere communicatiekanalen, leek meer effectief te zijn dan het gebruiken van enkele strategieën. Daarnaast werd gevonden dat projecten met een focus op contextuele factoren, zoals de organisatie van zorg, meer effectief leken te zijn. Tegelijkertijd constateerden de onderzoekers dat de uitkomst van veel projecten beïnvloed wordt door contextuele factoren, terwijl deze factoren nauwelijks werden meegenomen in de planningsfase van de projecten.
In overeenstemming met deze analyse beschreef de Resultatenanalyse van 27 afgeronde projecten binnen het deelprogramma Implementatie (2) dat in aanvragen nauwelijks aandacht was gegeven aan mogelijk relevante contextfactoren of aan de procesmatige kant van implementeren. Belemmerende factoren hadden met name betrekking op de betrokken actoren en in mindere mate op de organisatie of de interventie / richtlijn zelf.
De Eindevaluatie van het deelprogramma Implementatie (3) concludeerde op basis van 46 afgeronde projecten, dat in 39 procent van de aanvragen voorafgaand aan de studie al zicht was op de bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie. Wederom werd geconcludeerd dat de direct bij de te implementeren interventie of richtlijn betrokken actoren veel aandacht kregen. Minder aandacht was er voor de interventie / richtlijn zelf en/of de bredere context. Daarnaast concludeerde de Eindevaluatie dat de meeste projecten gebruik maakten van een implementatiestrategie op maat. Uit de afgeronde projecten – waarbij de uiteindelijke invulling van deze op maat strategie duidelijk is – blijkt dat de op maat strategie altijd bestaat uit een combinatie van verschillende activiteiten. Educatie,

feedback, patiëntinformatie, (lokale) protocollen en beslishulpen zijn hierbij terugkerende onderdelen. Naast implementatiestrategieën op maat richtten veel projecten zich op educatie, taakherschikking, audits / site visits / individuele feedback en elektronische beslissingsondersteuning. Tenslotte concludeerde dit rapport dat subsidieaanvragen zelden gericht waren op echt innovatieve implementatiestrategieën.

Op basis van deze rapporten kunnen we concluderen dat, hoewel de gebruikte implementatiestrategieën in kaart zijn gebracht, project overstijgende inzichten ontbreken in de waarde van de resultaten voor toekomstige projecten en de huidige zorgpraktijk, beleid en onderzoek.

1.2 Doel

De kennissynthese heeft als doel om geleerde lessen vanuit het deelprogramma Implementatie te concretiseren en bruikbaar te maken voor zorgprofessionals, bestuurders en onderzoekers.

1.3 Onderzoeksvragen

Om te komen tot geleerde lessen zijn de volgende onderzoeksvragen gehanteerd:

1. Wat is er project overstijgend te leren over de *effecten*, *kosteneffectiviteit* en *inbedding* van projecten?
2. Wat is er project overstijgend te leren over (nieuwe) *implementatie strategieën* en welke *contextfactoren* spelen een rol bij implementatie?
3. Wat zijn de geleerde lessen vanuit het deelprogramma Implementatie voor zorgprofessionals, bestuurders en onderzoekers.

Bij de projectenanalyse gaan we tevens in op de inhoudelijke thema's, waarvan de commissie Doelmatigheidsonderzoek concludeerde dat verdiepend inzicht ontbreekt, te weten: de eerstelijnsgezondheidszorg, instrumenten ter ondersteuning van implementatie, naleving van richtlijnen en de-implementatie. Project overstijgend inzicht in de eerstelijnsgezondheidszorg is relevant omdat een groot deel van de projecten behoort tot deze sector. De instrumenten ter ondersteuning van implementatie (zoals de inzet van specifieke informatietechnologie, keuzehulpen en financiële incentives) zijn onvoldoende in kaart gebracht. Het is niet bekend of ze bevorderend zijn voor de implementatie van interventies in de zorgpraktijk en beleid. Kosteneffectieve interventies worden veelal opgenomen in richtlijnen. Het derde thema richt zich daarom op de vraag wat er project overstijgend te leren is over naleving van richtlijnen. Het laatste thema richt zich op een relatief nieuw onderwerp, de-implementatie, ofwel het stoppen van technieken die niet zinvol of erg duur zijn vergeleken met alternatieven.

De inzichten uit de projectanalyse zijn vervolgens besproken tijdens twee bijeenkomsten met implementatiefellows en experts uit het implementatie veld en gecombineerd met bevindingen uit (internationale) literatuur. Tenslotte zijn deze inzichten met interviews getoetst tegen de ervaringen van de projectleiders van de twaalf succesvolle en niet succesvolle projecten en op basis hiervan aangescherpt. Dit heeft geleid tot aanbevelingen waarvan wij denken dat deze kunnen bijdragen aan effectiever implementatiebeleid.

2. Methode

In deze methodesectie beschrijven we achtereenvolgens de gehanteerde onderzoeksstrategie en de gehanteerde begrippen voor de projectenanalyse. Binnen de onderzoeksstrategie beschrijven we enerzijds de type projecten die meegenomen zijn in deze kennissynthese en anderzijds de bijeenkomsten met implementatiefellows en experts en de literatuur. Daarnaast beschrijven we de operationalisatie van begrippen die we gebruikt hebben om de projecten te analyseren.

2.1 De projecten

De eerst stap in dit onderzoek was de analyse van de projecten die zijn uitgevoerd binnen het deelprogramma Implementatie. Binnen dit deelprogramma zijn drie typen projecten te onderscheiden (tabel 2): beschrijvende projecten, aanhangende HTA projecten en (pilot)implementatie projecten.

Tabel 2. Overzicht projecten naar jaartal van honorering en type.

Jaar	Projecten gehonoreerd	Projecten afgerond	Type afgerond project	Projecten lopend	Type lopend project
2004	15	14*	11 pilot imp 3 beschrijvend 2 HTA**	-	-
2006	9	8*	6 pilot imp 2 beschrijvend 1 HTA	-	-
2007	10	10	9 pilot imp 1 beschrijvend	-	-
2008	4	4	4 pilot imp 1 HTA	-	-
2009	7	7	7 pilot imp 1 HTA	-	-
2010	6	5	3 pilot imp 2 beschrijvend	1	1 pilot imp
2011	8	3	1 pilot imp 2 beschrijvend	5	5 pilot imp 1 HTA
2012	10	5	5 beschrijvend 1 HTA	5	3 pilot imp 2 beschrijvend
2013	5	0	-	5	5 pilot imp
Totaal	74	56	41 pilot imp 15 beschrijvend	16	16

* In deze rondes (2004 en 2006) zijn er in totaal 2 project voortijdig gestopt

** de HTA projecten zijn in dit overzicht niet meegerekend bij het aantal gehonoreerde projecten, bij het aantal lopende projecten per jaar en bij de totale aantallen in de onderste rij.

In totaal zijn 15 beschrijvende projecten gehonoreerd, waarbij door middel van vragenlijsten, interviews en expertbijeenkomsten achterhaald werd wat de huidige stand van zaken is omtrent de behandeling van het betreffende gezondheidsprobleem. Daarbij werd inzicht verkregen in belemmerende en bevorderende factoren die van invloed kunnen zijn bij een eventueel

implementatietraject na afloop van de verkenning. Bijvoorbeeld naar belemmerende en bevorderende factoren bij vroege behandeling van pijn bij trauma patiënten. Naast deze beschrijvende projecten, zijn zes HTA-methodologie projecten gehonoreerd. Deze HTA projecten waren gericht op ontwikkeling, verfijning en/of evaluatie van methoden voor onderzoek naar doelmatigheidsvraagstukken.
Het overgrote deel van de projecten waren (pilot) implementatieprojecten. Bij deze projecten werd feitelijke invoering van een kosteneffectief gebleken interventie (2004) dan wel aannemelijk gemaakte kosteneffectieve interventie (2006 en verder) in de praktijk gecombineerd met onderzoek naar het verloop van dit proces. Bijvoorbeeld een vergelijking van de kosteneffectiviteit van twee implementatiestrategieën gericht op het handelen van clinici bij de opsporing van erfelijke darmkanker. Vanaf de ronde 2006 werd tevens de nadruk gelegd op inzicht in innovatieve implementatiestrategieën en een multidisciplinaire benadering. In totaal zijn 43 (pilot)implementatie projecten gehonoreerd. 28 projecten waren opgezet als gecontroleerde trial, veertien projecten als voor- en nameting en één project betrof een sustainability project. Van de 43 (pilot) implementatie projecten zijn twee projecten voortijdig gestopt. Het sustainability project evalueerde in ronde 2011 een kosteneffectief project uit ronde 2004, wederom na een aantal jaren. Van de 43 (pilot) implementatie projecten zijn zes recentelijk afgeronde projecten meegenomen, die niet waren meegenomen in het rapport Eindevaluatie van het deelprogramma Implementatie (3).

Voor deze kennissynthese maken we onderscheid tussen projecten met een veranderdoel en projecten zonder een veranderdoel. De projecten met een veranderdoel, ofwel de (pilot) implementatie projecten, beoogden een vernieuwing in de praktijk te implementeren en deze vernieuwing te evalueren op effectiviteit en kosteneffectiviteit. De projecten zonder veranderdoel, de beschrijvende projecten en HTA-projecten, waren niet gericht op verandering in de praktijk, maar meer op het vermeerderen van kennis en inzicht. De beschrijvende projecten en HTA projecten zijn bij de analyse van onderzoeksvragen logischerwijs niet meegenomen aangezien er geen veranderdoel was, en er dus geen vernieuwing is ingevoerd. Tevens zijn de lopende projecten niet meegenomen in deze analyse naar project overstijgende inzichten, door het ontbreken van de eindverslagen en daarmee het ontbreken van informatie over het succes van de projecten.

2.2 Bijeenkomsten en literatuur

Opvallende thema´s uit de resultaten van de projectanalyses zijn vervolgens in twee bijeenkomsten gepresenteerd aan enerzijds de implementatiefellows, anderzijds een groep experts, zowel ter bespreking als om het toekomstperspectief te verkennen. Opvallende thema's waren: het belang van contextfactoren en van flexibiliteit, passende onderzoekdesigns, de opbrengst van de eerstelijnsgezondheidszorg, de rol van uitvoerders en de programmering van het deelprogramma Implementatie. De bijeenkomsten waren er op gericht om interactie tussen de genodigden te faciliteren en daardoor zoveel mogelijk inzichten te valideren en verder te ontwikkelen. De fellows gaven daarbij een waardevolle bijdrage gezien hun nauwe betrokkenheid bij de projecten. De experts werden gevraagd vanuit hun theoretische kennis en/of praktische ervaringen met implementatie te reageren.

Aansluitend op het bestaande literatuuroverzicht van Wensing e.a. 2010 (1) is recente relevante internationale literatuur (vanaf 2009) over implementatiestrategieën en implementatie inzichten verzameld. Hiervoor is vooral gericht op scoping reviews en veel geciteerde theoretische stukken, uit onder andere de Cochrane Library (EPOC groep), PubMed en het tijdschrift Implementation Science.

De resultaten zijn vervolgens aangevuld met literatuur aangedragen door de adviseurs, implementatiefellows en experts van de bijeenkomsten.

2.3 Verdiepende interviews

De projectdocumentatie blijkt vaak ontoereikend om te achterhalen wat er precies in een project is gebeurd, met name om goed te achterhalen welke factoren nu hebben bijgedragen aan een succes dan wel een falen van een project. De inzichten uit de projectanalyses, bijeenkomsten en literatuur zijn daarom verdiept met twaalf aanvullende interviews; zes interviews met projectleiders van succesvolle projecten en zes interviews met projectleiders van niet succesvolle projecten. De interviews waren er op gericht om de factoren in kaart te brengen die naar de ervaringen van de projectleiders hebben geleid tot het succes of het achterwege blijven het succes van de projecten. Op basis van de interviews zijn de geleerde lessen tenslotte aangescherpt.

2.4 Gehanteerde begrippen

In deze paragraaf bespreken we begrippen die zijn gehanteerd om de projectdocumentatie en de interviews te analyseren. Allereerst beschrijven we de manier waarop naar het effect van projecten is gekeken, vervolgens hoe is gekeken naar de gebruikte strategieën binnen projecten en tenslotte naar de belemmerende en bevorderende contextfactoren op basis van de projectdocumentatie.

De effecten, kosteneffectiviteit en inbedding van projecten
Er zijn twee benaderingen mogelijk om de effecten van de projecten in kaart te brengen. Ten eerste aan de hand van een beoordeling of de projecten hun vooraf gestelde doelstellingen hebben behaald. Hierin volgen we de beoordelingswijze van de Eindevaluatie deelprogramma Implementatie (3). Dit resulteert in een overall maat (ja/nee): een project heeft daadwerkelijk de doelstellingen behaald. Het nadeel van deze benadering is dat de projecten niet vergeleken kunnen worden omdat elk project zijn eigen doelstellingen heeft. Om meer te kunnen zeggen over project overstijgende inzichten zijn de projecten daarnaast beoordeeld of er een waarneembaar effect was op het niveau van patiënt ervaringen en klinische uitkomstmaten, op het niveau van houding en gedrag van professionals en op het niveau van kennis van professionals. Deze beoordelingswijze gaat uit van een keten van resultaten, waarbij de projecten in eerste instantie zullen bijdragen aan het kennisniveau van professionals. We weten dat alleen kennis verhogen niet voldoende is om gedrag te veranderen (4). Daarvoor zijn onder meer een positieve houding ten aanzien van de interventie, de sociale norm en de waargenomen gedragscontrole van professionals van belang, die leiden tot de intentie om het gedrag te veranderen.
In deze analyse van projecten richten we ons alleen op de kenmerken die enigszins uniform uit de studies te halen zijn, namelijk de houding en gedrag van professionals (box 1).

Op het niveau van de patiënt is gekeken naar de ervaringen van patiënten en/of het project heeft geleid tot verbetering op klinische uitkomstmaten. Met deze beoordelingswijze kan tevens gereflecteerd worden op het deelprogramma Implementatie als geheel. De centrale doelstelling van het deelprogramma, om het gebruik van doelmatig gebleken zorgvernieuwingen in de zorgpraktijk en beleid te bevorderen, impliceert namelijk dat aantoonbare verbeteringen zijn bereikt op het niveau van de professional en de patiënt.

Voor de projecten waarbij een kosteneffectiviteitsanalyse gepland stond, is vervolgens beoordeeld of de strategie(en) en geïmplementeerde interventie daadwerkelijk doelmatig waren (ja/nee) aan de hand van de gepresenteerde resultaten in de eindverslagen van de projecten (3).

Box 1. Voorbeelden van effecten op het niveau van de patiënt, de professional of op kennis.

Niveau uitkomstmaat	**Voorbeelden**
Professional - kennis	- Onderzoeksprojecten leveren een bepaalde vorm van kennis op t.a.v. preventie, diagnostiek, behandeling of zorg voor patiënten.
Professional - houding	- Bereidheid anesthesiologen t.a.v. predictieregel postoperatief braken - Teamklimaat
Professional - gedrag	- Aantal positieve beslissingen van anesthesiologen t.a.v. predictieregel postoperatief braken - % over prescriptie antibiotica voor luchtweginfecties - % patiënten met IPCP code voor angst of depressie
Patiënt - ervaring	- % patiënten verwezen voor genetische counseling of test - Wachttijd behandeling - Prevalentie patiënten met alternatief voor urineweg katheter
Patiënt – klinische uitkomst	- Aantal symptomatische intracerebrale bloedingen - Incidentie postoperatief braken binnen 24 uur - Mediane ochtend bloedglucose IC patiënten

Tenslotte is gekeken naar de inbedding van de interventie in de zorgpraktijk of in beleid. Met inbedding bedoelen we dat interventies een min of meer duurzame plek krijgen in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld in richtlijnen of protocollen. Dergelijke vormen van inbedding kunnen gezien worden als een voorwaarde dat innovaties op lange termijn gebruikt worden. Van belang bij het lezen van de resultaten over inbedding is dat de mate van inbedding beoordeeld is aan de hand van de gegevens zoals bekend uit de projectdocumentatie. De gepresenteerde inbedding kan daarbij een onderschatting geven omdat inbedding soms pas op termijn gerealiseerd wordt. Anderzijds kan de inbedding van een succesvol project minder worden met de tijd na de projectperiode wanneer financiering stopt.

De implementatiestrategie en contextfactoren

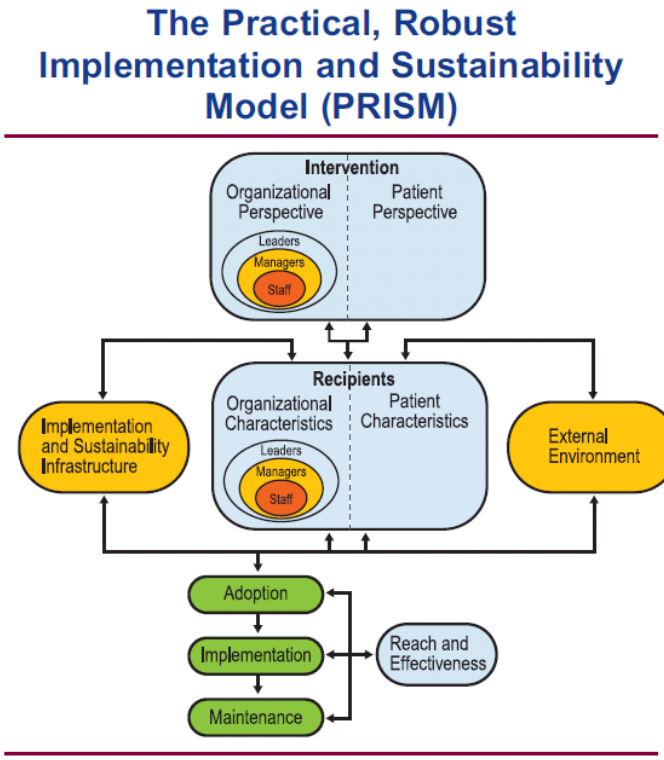
Voor de inventarisatie van implementatiestrategieën maken we gebruik van de methode van de eerder uitgebrachte overzichtsstudie van 27 afgeronde projecten van het deelprogramma Implementatie (2). Implementatiestrategieën worden ingezet bij het doorvoeren van veranderingen, om de stap maken van implementatieplannen naar gerichte verbeteracties (5). Implementatiestrategieën worden binnen de implementatietheorie onderscheiden naar informatieve, educatieve, faciliterende of motiverende en sturende strategieën (2). Afhankelijk van het implementatieprobleem en zijn specifieke context, kunnen verschillende strategieën worden ingezet om de verandering op gang te brengen of te bestendigen.

Binnen deze kennissynthese hebben we niet alleen gekeken naar de klassieke indeling van strategieën, naar informatieve, educatieve, faciliterende of motiverende en sturende strategieën, maar ook naar het gebruik van andere of nieuwe strategieën. Met andere strategieën bedoelen we strategieën die in de literatuur bekend zijn maar die niet in eerdere rapportages (2,3) zijn benoemd. Een voorbeeld is de

inzet van adaptieve strategieën (6). Dit zijn andere strategieën dan op maat (ofwel tailored) strategieën, waarbij bij het ontwerp van de interventie rekening gehouden wordt met gedefinieerde barrières voor verandering (7). Met adaptieve strategie bedoelen we de inzet van een flexibele strategie, die aangepast kan worden naar veranderende omstandigheden. Daarbij bedoelen we projecten waarbij daadwerkelijk sprake is geweest van het gebruik van een adaptieve strategie, niet in welke succesvolle projecten rekening is gehouden met de context. Een voorbeeld is om ziekenhuizen te laten kiezen welke strategie ze toepassen, die het beste aansluit bij hun zorgpraktijk.

Uit eerder onderzoek blijkt dat de context waarin de implementatie plaatsvindt één van de belangrijkste belemmerende of bevorderende factoren. Ook is eerder gebleken dat contextfactoren vaak niet worden meegenomen wanneer men een vernieuwing voor zorgverleners implementeert, terwijl belemmerende factoren juist vaak op dit niveau bleken te spelen (1,8).
Contextfactoren spelen op meerdere niveaus (8,9). Het deelprogramma Implementatie is onderdeel van het doelmatigheidsprogramma, waar het aantonen van de (kosten-) effectiviteit van innovaties centraal staat. Deze context kan van invloed zijn op de vormgeving van het deelprogramma Implementatie. Maar ook binnen projecten speelt de context een rol. Zo kunnen bezuinigingen of de invoering van een andere financiering systematiek een rol spelen projecten, of maatregelen op een andere manier werken dan vooraf verondersteld. Naast factoren op het sociaal-politieke niveau kunnen factoren op organisatie niveau een rol spelen. Zoals het ontbreken van management steun, een personeelstekort of logistieke problemen. Voor deze kennissynthese zijn contextfactoren gedefinieerd als factoren die op het niveau van de organisatie en het sociaal-politieke niveau spelen. Door het in kaart brengen van contextfactoren kan inzicht worden gecreëerd in de redenen voor het succes of falen van (onderdelen van) projecten. Binnen deze kennissynthese hebben we ons gericht op de vraag in welke mate context een rol heeft gespeeld bij het behalen van projectsuccessen. Daarbij zijn we in eerste instantie uitgegaan van de bevorderende en belemmerende factoren, zoals genoemd door projectleiders in de projectdocumentatie. Om deze inzichten verder te verdiepen en te illustreren zijn aanvullende interviews gehouden met een selectie van twaalf projectleiders.

Belangrijke elementen voor het (achterwege blijven van) succes
Met twaalf projectleiders is gesproken over redenen voor het (achterwege blijven van) succes van hun project. Om de belangrijkste redenen te ordenen en om zo samenhang te ontdekken, gebruiken we het raamwerk van het Practical, Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM) (19). Dit raamwerk beschrijft een taxonomie van elementen die relevant zijn voor het vertalen van bevindingen uit onderzoek naar de praktijk. Het raamwerk kan zowel voor, tijdens als na projecten gebruikt worden om mogelijke redenen voor (het achterwege blijven van) succes te achterhalen. Ook beschrijft het raamwerk de mogelijke relevantie van en de mogelijke samenhang tussen elementen. Dit raamwerk past daarmee beter bij de doelen van de kennissynthese dan meer gebruikte, recentere modellen die een *complete* taxonomie van elementen nastreven (6, 11). Elementen uit deze latere modellen die ontbreken in PRISM zijn wel meegenomen bij de analyse van interviews. Ook bleek dat het PRISM raamwerk een aantal karakteristieken ontbeerde, namelijk de karakteristieken van projecten die te maken hadden met het projectmatige en onderzoek karakter. Deze karakteristieken zijn ook toegevoegd aan het raamwerk. Het PRISM raamwerk gebruiken we daarmee allereerst als kader om de opmerkingen uit de interviews in te plaatsten. Daarnaast gebruiken we de interviews om het raamwerk te toetsen op relevantie voor de door ons onderzochte projecten. Het model geeft ons dus structuur, maar we beantwoorden ook de vraag in hoeverre PRISM adequaat is voor het analyseren van de projecten in dit programma.



Figuur 1. De domeinen van het PRISM raamwerk (19).

Het PRISM raamwerk bestaan uit 4 domeinen (Figuur 1). Dit zijn; elementen van de interventie (gezien vanuit organisatie en patiënten perspectief), kenmerken van de ontvangers van de interventie (op het niveau van de organisatie en patiënten), invloed van de externe omgeving en elementen die samenhangen met de implementatie en sustainability infrastructuur. In totaal bevat het raamwerk 39 elementen. Daar hebben we 10 elementen aan toegevoegd uit de meer recente modellen (6,11). Deze elementen staan weergegeven in bijlage 5.

2.4 Uitvoering

Projectkenmerken

De extractie van projectkenmerken heeft in augustus 2014 plaatsgevonden uit de projectdossiers van ZonMw. De projectdossiers bevatten een aanvraagformulier, voortgangsverslag(en), het eindverslag en relevante informatie uit bijvoorbeeld e-mail wisselingen. Het betreft hier de zelfrapportages van de projectleiders.

De informatie uit de afgeronde projecten is op een vergelijkbare wijze geëxtraheerd en geanalyseerd als in Van de Niet et al (2) door een onderzoeker (RB) met behulp van een voor gestructureerd analyseschema (bijlage 2). Een aantal van de 43 projecten is ook door een tweede onderzoeker (LV) geanalyseerd om de consistentie van de extractie en analyse te vergelijken tussen de onderzoekers. Bij twijfel werd overlegd om consensus te bereiken.

Van de 43 (pilot) implementatie projecten werden twee projecten voortijdig gestopt. Reden hiervoor was bij één van de projecten dat de benodigde patiëntinclusie niet werd behaald. Dit betrof een project uit ronde 2006. Een studie uit ronde 2004 werd voortijdig gestopt omdat uit de eerste fase van het onderzoek bleek dat er geen implementatieprobleem bestond voor de onderzochte interventie in de betreffende context. De twee gestopte projecten zijn door het ontbreken van informatie over de

projectkenmerken niet meegenomen in de analyse naar project overstijgende inzichten. Dit resulteerde in een definitieve dataset van 41 projecten voor de analyses.
Van deze 41 projecten zijn zes projecten recentelijk afgerond. Deze projecten leveren daarmee nieuwe informatie op ten opzichte van de Eindevaluatie van het deelprogramma Implementatie (3).
Bij de presentatie van resultaten hanteren we de indeling van effecten die gepresenteerd is in de Eindevaluatie (zie bijlage 3), om de aansluiting te houden met deze Eindevaluatie.

Bijeenkomsten en literatuur
De bijeenkomsten met implementatiefellows en experts hebben in september 2014 plaatsgevonden. Gedurende twee uur zijn opvallende thema's uit de resultaten van de projectanalyses besproken, om deze inzichten te toetsen en verder te valideren. De deelnemers aan de bijeenkomsten zijn weergegeven in bijlage 4. De inzichten die voortkwamen uit de bijeenkomsten zijn vervolgens gecombineerd met literatuur om de beschouwing vorm te geven.

Verdiepende interviews
De twaalf verdiepende interviews zijn in mei 2015 gehouden aan de hand van twee open vragen: Welke factoren hebben naar uw mening geleid tot het succes of achterwege blijven van succes van uw project; waarom en hoe? Zijn er onverwachte gebeurtenissen geweest tijdens de projectperiode?
De succesvolle projecten zijn geselecteerd uit de effectieve projecten die inbedding realiseerden in de zorgpraktijk of beleid. Dit waren zes projecten. De niet succesvolle projecten zijn geselecteerd uit de in totaal dertien niet effectieve projecten, waarbij op basis van de projectdocumentatie sprake leek te zijn van belemmeringen in de *context* - waarbij uitvoering van de interventie niet (consistent) in een andere context gerepliceerd kan worden, of waarbij sprake leek te zijn van *program failure* – waarbij het uitblijven van de verwachte effecten veroorzaakt wordt door onjuiste of onvolledige implementatie. Dit in tegenstelling tot de niet effectieve projecten waarbij meer sprake leek te zijn van *theory failure* – waarbij implementatie juist en volledig verloopt maar de verwachte effecten alsnog uitblijven. Voor deze kennissynthese zijn we vooral geïnteresseerd in de eerste type projecten omdat bij deze projecten factoren ten aanzien van de feitelijke implementatie en de context een rol spelen.

De interviews zijn samengevat uitgewerkt. De elementen uit de interviews zijn gescoord door twee auteurs (LV en RF) aan de hand van het aangepaste PRISM raamwerk (bijlage 5). Verschillen in scores werden besproken door de twee auteur tot consensus werd bereikt. Vervolgens zijn de elementen van de succesvolle en niet succesvolle projecten vergeleken op verschillen en overeenkomsten en gecombineerd uitspraken van de projectleiders om de bevindingen te illustreren. Daarbij gaan we in op de relevantie en de samenhang tussen de elementen. We beschrijven in hoeverre PRISM adequaat was voor het analyseren van de projecten in dit programma. Tenslotte gebruiken we de resultaten van de interviews om aan te scherpen tot welke geleerde lessen we alle analyses kunnen terugbrengen.

3. Resultaten

Bij de bespreking van de resultaten presenteren we eerst de effecten, kosteneffectiviteit en inbedding van projecten. Aansluitend presenteren we de gehanteerde implementatiestrategieën en contextfactoren, om vervolgens verbanden te bespreken tussen alle bovenstaande kenmerken. Daarna gaan we in op de inhoudelijke thema's, alvorens antwoord te geven op de onderzoeksvragen.

3.1 Effecten, kosteneffectiviteit en inbedding

Effecten
Voor de analyse van effecten richten we ons op de projecten met een veranderdoel, ofwel de (pilot)implementatie projecten.
Een eerste opvallende observatie is de soms beperkte schaal van de projecten. De schaal varieerde van implementatie op enkele afdelingen tot invoering in een regio of enkele eerstelijnsregio´s of bij 16 ziekenhuizen. Nooit was er sprake van landelijke implementatie. Daarnaast viel op dat junioren gelinkt aan een UMC doorgaans de projectorganisatie voeren: van de 41 projecten, zijn er 37 ingediend door een UMC of universiteit gerelateerd aan een UMC. Bij een klein aantal projecten was dit een senior onderzoeker of post doctoraal onderzoeker. Praktijk gerichte instellingen werden vaak wel betrokken, maar vooral als medeaanvrager, adviseur, of medeprojectleider.

Wanneer we kijken naar de 41 (pilot)implementatie projecten, blijken er 28 projecten te zijn die hun projectdoelen hebben gerealiseerd (overall maat voor effecten, bijlage 3). Twaalf daarvan bleken kosteneffectief. Voor dertien projecten geldt dat de doelen, zoals gesteld in de projectaanvraag, niet werden gehaald. Dit betekent dat de onderzochte interventie met bijbehorende implementatiestrategie niet effectief was.

Naast de beoordelingswijze van een overall maat voor effecten, die is gehanteerd in de Eindevaluatie deelprogramma Implementatie (3), kan er meer uniform en inhoudelijk gekeken worden naar de projecten. Er blijken namelijk grote verschillen te bestaan in de doelen van de verschillende projecten: sommige waren vooral gericht op een gedragsverandering van hulpverleners, andere hadden veel verder liggende doelstelling, zoals aantoonbare verandering in patiënt uitkomstmaten. Elk van de 41 projecten met een veranderdoel is door ons gescoord op de mate waarin de verschillende doelen zijn bereikt. Daarbij onderscheiden we het niveau van de patiënt, het gedrag en de houding van de professional en het niveau van kennis van professionals. De resultaten hiervan zijn weergegeven in tabel 3. Tabel 3 beschrijft de doelen van de projecten per niveau en hoeveel van deze doelen zijn behaald. Omdat de meeste projecten meerdere doelen stelden, tellen de aantallen in tabel 3 op tot meer dan de 41 projecten.

Tabel 3 geeft weer dat 27 keer het doel werd gesteld om klinische uitkomstmaten te verbeteren en 23 keer het doel werd gesteld om patiënt-ervaringen te verbeteren. Deze doelen werden in respectievelijk een derde en de helft van de gevallen behaald. De meeste projecten (n=30) beoogden daarnaast een gedragsverandering te bereiken bij professionals, zoals een toegenomen percentage selectieve onderzoeken naar chromosoomafwijkingen bij paren met een kinderwens. De houding van professionals kreeg veel minder aandacht in de projecten; negen projecten beoogden een houdingsverandering te bereiken. Bijvoorbeeld de bereidheid van anesthesiologen om een

predictieregel te betrekken in de beslisprocedure ten aanzien van postoperatief braken. Deze doelen werden in ongeveer de helft van gevallen behaald. Daarnaast zien we dat alle projecten kennis opleveren. Dertien projecten waren niet effectief, bijvoorbeeld een educatie programma voor de naleving van een richtlijn voor ergotherapie bij demente ouderen.

Tabel 3. Beoogde doelen en behaalde doelen van de projecten.

Niveau	Doel Beoogd	Doel Behaald
Patiënt: klinische uitkomst	27	10
Patiënt: ervaring	23	11
Professional: gedrag	30	17
Professional: houding	9	4
Professional: kennis	41	41

Kosteneffectiviteit

Voor de projecten waarbij een kosteneffectiviteitsanalyse gepland stond, is vervolgens beoordeeld of de strategie(en) en geïmplementeerde interventies daadwerkelijk doelmatig waren (ja/nee) aan de hand van de gepresenteerde resultaten in de eindverslagen van de projecten (3). Opvallend daarbij is dat bij 34 projecten een kosteneffectiviteitsanalyse gepland stond. Twintig projecten voerden daadwerkelijk een kosteneffectiviteitsanalyse uit. Bij de veertien projecten waarbij geen kosteneffectiviteitsanalyse was uitgevoerd, gaven projectleiders als voornaamste reden aan dat de onderzochte strategie niet effectief was (n=6) of dat nog niet alle data was verzameld (n=4). Verder gaven projectleiders aan dat alleen een kosten berekening was uitgevoerd (n=3) of dat de benodigde gegevens niet te verkrijgen waren (n=1). Van een project was de reden onbekend.

Van de 20 projecten die een kosteneffectiviteitsanalyse uitvoerden, was er bij twaalf projecten sprake van een kosteneffectieve strategie (bijlage 3). Gemiddeld daalde bijvoorbeeld het aantal uren dat patiënten een urinewegkatheter hadden, waarbij het percentage patiënten dat een katheter op terechte gronden kreeg steeg. Gemiddeld werd daarmee € 500,- bespaard op iedere 100 patiënten. Op macroniveau kan dit leiden tot een potentiële kostenbesparing van M € 8 per jaar. Over het totaal van de kosteneffectieve twaalf projecten valt, na vertaling naar landelijke implementatie, een potentiële kostenbesparing van meer dan M€ 40 af te leiden (3). Enige nuancering is daarbij nodig. Dit betreft een schatting van de potentiële kosten op macroniveau. Van daadwerkelijke kostenbesparing is sprake wanneer de interventies op landelijke schaal daadwerkelijk worden geïmplementeerd en het kostenvoordeel ook daadwerkelijk wordt ‘geïncasseerd’. Zo is het denkbaar dat een bepaalde interventie op een kosten effectievere manier kan worden uitgevoerd in de eerste lijn in plaats van de tweede lijn. Maar, kostenbesparing treedt pas op als het budget uit de tweede lijn ook vrij komt. Ook moet gedacht worden aan de potentiele kostenbesparing op het niveau van de totale kosten per patient. De baten van het invoeren van een bepaalde kosteneffectieve interventie komen overigens vaak terecht op andere plaatsen of bij andere partijen dan waar de investering is gedaan. Voordat implementatie projecten van start gaan zou duidelijkheid wenselijk zijn over de financiële haalbaarheid (economische business case) van de te implementeren interventie. Hierbij is wel sprake van een catch-22 situatie.

Een business case is pas goed te maken als 1. duidelijk is dat een interventie effectief is en als 2. duidelijk is aan welke condities moet worden voldaan om die interventie ook effectief te kunnen implementeren. Daarbij komt dan ook nog eens dat in het onderzoek naar die condities ook naar voren kan komen dat de interventie als zodanig moet worden bijgesteld, om in de praktijk toepasbaar te zijn. Een business case die gemaakt is zonder inzicht in deze factoren heeft weinig praktische relevantie.

Inbedding

Vervolgens hebben we gekeken naar de inbedding van de interventie in de zorgpraktijk of beleid. Met inbedding bedoelen we dat innovaties een min of meer duurzame plek krijgen in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld in richtlijnen of protocollen. Dergelijke vormen van inbedding kunnen gezien worden als een voorwaarde dat interventies op lange termijn gebruikt worden. Daarbij maken we onderscheid naar projecten waarbij de strategie kosteneffectief, effectief of niet effectief was (tabel 4). Het valt immers te verwachten dat kosteneffectieve strategieën ingebed worden en niet effectieve strategieën niet ingebed worden. Omdat er in een aantal projectdossiers meerdere uitspraken zijn gedaan over inbedding, tellen de aantallen in tabel 5 op tot meer dan de 41 projecten.

In totaal zijn 45 uitspraken over inbedding gedaan. Binnen de kosteneffectieve projecten zijn vijf uitspraken gedaan over opname van de kosteneffectieve strategie in richtlijnen, en daarmee over inbedding in beleid. Een voorbeeld is de opname van het belang van centralisatie van diagnostiek bij slokdarmcarcinoom in de richtlijn voor diagnostiek van patiënten met slokdarmcarcinoom. Vier uitspraken zijn gedaan over *aanbevelingen* voor richtlijnen, zoals het gebruik van de Doorbraakmethode bij transmurale diabeteszorg. Bij deze projecten kan inbedding op termijn gerealiseerd worden. Een drietal uitspraken is daarnaast gedaan over een spin-off naar de praktijk, waaronder opname van de interventie in regulier onderwijs, het regulier instellen van reminders door een nationaal elektronisch systeem of door gebruik van een indicator in een kennisnetwerk en door zorgverzekeraars.

Tabel 4. Inbedding uitgesplitst naar (kosten)effectiviteit van de projecten.

	Project kosteneffectief (12 projecten)	**Project effectief (16 projecten)**	**Project niet effectief (13 projecten)**
Inbedding	- Strategie opgenomen in richtlijn (5) - Strategie leidt tot een aanbeveling voor richtlijn (4) - Kennisdeling van inzichten in beklijving (1) - Opgenomen in regulier onderwijs (1) - Nationaal elektronisch systeem zet reminders voort (1) - Prestatie indicator gebruikt door kennisnetwerk en zorgverzekeraars (1)	- Strategie opgenomen in richtlijn (1) - Strategie leidt tot een aanbeveling voor richtlijn (5) - Strategie opgenomen in handleiding voor GGZ professionals (1) - Strategie leidt tot een aanbeveling voor beroepsgroep (2) - Intentie tot hanteren of gebruiken werkwijze (7) - Onbekend (1)	- Intentie tot overdracht resultaten aan beroepsgroep (2) - Intentie tot vervolgonderzoek (5) - Intentie tot gebruiken werkwijze (1) - Onbekend (7)

Binnen de effectieve projecten zijn twee uitspraken gedaan over inbedding in een richtlijn of in de praktijk; de effectieve strategieën werden respectievelijk opgenomen in een landelijke richtlijn voor longkanker als alternatieve behandeling en in handleiding voor GGZ professionals. Vaker werd genoemd dat het project leidde tot een aanbeveling voor een richtlijn of beroepsgroep, of de intentie

tot het hanteren of in de praktijk gebruiken van de werkwijze, zoals een prostaatwijzer voor de besluitvorming bij prostaat kanker.
Binnen de niet effectieve projecten zijn geen uitspraken gedaan over inbedding van projecten in de zorgpraktijk of beleid. Daar werd voornamelijk de intentie uitgesproken tot overdracht van resultaten aan de beroepsgroep of tot vervolgonderzoek. Eén project is hierop een uitzondering. Ondanks dat de effectiviteit niet was vastgesteld werd wel de intentie uitgesproken om de het ontwikkelde zelfmanagement platform voor patiënten met astma uit te rollen naar andere aandoeningen.

Conclusie
Op grond van deze resultaten kunnen we concluderen dat van de 41 projecten, 28 projecten (68%) hun doelen bereikten. Dertien projecten (32%) bereikten hun doelen niet. Doelen op het niveau van de patiënt en op de houding en gedrag van professionals zijn in ongeveer een derde tot de helft van de gevallen bereikt.

Van de 41 projecten beoogden er 34 een kosteneffectieve interventie op te leveren, gekoppeld aan een kosteneffectiviteitsanalyse die dit zou kunnen aantonen. Van deze 34 projecten, zijn er uiteindelijk 20 kosteneffectiviteitsanalyses uitgevoerd. Een kosteneffectiviteitsanalyse werd achterwege gelaten vanwege het ontbreken van een effect of geschikte data. Van de 20 projecten waarin wel een kosteneffectiviteitsanalyse werd uitgevoerd, bleken er uiteindelijk twaalf (29% van het totaal aantal projecten) kosteneffectief. Van de 41 projecten die dus een kosteneffectieve innovatie beoogden op te leveren, zijn er uiteindelijk twaalf (29%) kosteneffectief gebleken. Deze projecten vonden in de helft van de gevallen hun weg naar de zorgpraktijk of beleid. In totaal realiseerden 6 projecten (15%) inbedding in de zorgpraktijk of beleid. Gegeven de uitgangspositie van de programma doelen van het deelprogramma Implementatie, om (aannemelijk gemaakte) kosteneffectieve interventies in te voeren in de praktijk, lijk dit aantal ten opzichte van het totaal van 41 projecten beperkt

3.2 Implementatiestrategieën en contextfactoren

Implementatiestrategieën
Voor de analyse van implementatiestrategieën zijn we uitgegaan van de methode van de eerder uitgebrachte overzichtsstudies van het deelprogramma Implementatie (2,3). Daarbij worden informatieve, educatieve, faciliterende of motiverende en sturende strategieën onderscheiden. Daarnaast bekijken we of er andere strategieën zijn, die in de literatuur bekend zijn maar die niet in eerdere rapportages (1,2,3) zijn benoemd.

In overeenstemming met eerdere studies constateren we dat in de projecten altijd gebruik wordt gemaakt van een mix van implementatie strategieën (bijlage 3). De ingezette strategieën zijn voornamelijk informatief en educatief van aard. Voorbeelden zijn: informatiebijeenkomsten, teamtrainingen, het betrekken van het management of experts, en het formeren van werkgroepen of projectgroepen. Indien de interventie zich (ook) richtte op de patiënt, was er meestal een informatieve strategie ingezet voor deze doelgroep: informeren via een brochure of folder. Enkele interventies gebruikten faciliterende of sturende strategieën, zoals het realiseren van technische randvoorwaarden (aanwezigheid van een computerregistratiesysteem), of het sturen van deelname door te eisen dat een instelling instemde met de extra belasting voor het personeel als gevolg van het invoeren van de vernieuwing.

In overeenstemming met de eerdere overzichtsstudies, kunnen op grond van de diverse implementatiestrategieën geen project overstijgende uitspraken gedaan worden over welke strategie het *meest* effectief is. Toch zien we, wanneer we kijken naar de kosteneffectieve projecten, en daarmee naar de projecten waarbij enige inbedding in richtlijnen en de praktijk is bereikt, dat deze projecten plaats hebben gevonden in de klinische zorg; bijvoorbeeld binnen de gynaecologie, oncologie en chirurgie. Hoewel een aantal projecten in de eerstelijnsgezondheidszorg en GGZ effectieve strategieën lieten zien, bleken deze strategieën niet kosteneffectief en was er nauwelijks sprake van inbedding, anders dan een intentie tot het hanteren van de werkwijze of tot het opnemen van de resultaten in een gebruikershandleiding. Opvallend veel projecten met niet effectieve strategieën (zeven van de dertien projecten) blijken daarnaast in de eerste lijn te zijn uitgevoerd. Bij de bespreking van de thema's gaan we verder in op de projecten uitgevoerd binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

Van een andere implementatiestrategie was bij zeven projecten sprake. Deze zeven effectieve projecten, waarvan vijf tevens kosteneffectief bleken, hanteerden een adaptieve interventiestrategie. Met adaptieve strategie bedoelen we de inzet van een flexibele strategie, die aangepast kan worden naar veranderede omstandigheden. Hierbij constateren we vaak overlap met op maat strategieën; ofwel strategieën waarbij de interventie rekening houdt met barrières voor verandering (7). De adaptieve strategie werd beschreven als: het toepassen van een eigen / andere strategie per ziekenhuis, met veel aandacht voor de specifieke wensen van het ziekenhuis (n=3), de mogelijkheid tot aanpassing van het interventieprogramma (n=1) of het studiedesign wanneer dat nodig zou blijken uit een andere studie (n=1), het aanpassen van de controlegroep door wervingsproblemen, naar een interventiegroep met een strategie op ander onderwerp (n=1) en het instellen van een eigen lokaal organiserend comité (n=1). De projectleiders van deze projecten gaven in hun eindevaluatie aan dat deze adaptieve strategie in belangrijke mate bijdroeg tot het succes van het project. Twee van deze projecten realiseerden tevens inbedding van de effectieve strategie in richtlijnen.

Contextfactoren

Om inzicht te krijgen in de contextfactoren die een rol spelen bij implementatie analyseren we factoren op het sociaal-politieke niveau en factoren op het niveau van de organisatie.

In de projectdocumentatie van de afgeronde projecten zijn 44 contextfactoren binnen 31 projecten als bevorderend of belemmerend aangemerkt. Tabel 5 presenteert deze factoren, uitgesplitst naar de (kosten)effectiviteit van de projecten. Wederom zijn meerdere uitspraken per project gedaan over contextfactoren, waardoor de aantallen in tabel 5 niet optellen tot de 41 projecten. De meest voorkomende contextfactoren staan dikgedrukt.

In totaal zijn negen uitspraken binnen acht projecten gedaan over bevorderende factoren. De meest voorkomende bevorderende contextfactor betreft de uitvoering van het project binnen een bestaand netwerk/ infrastructuur/ consortium, zoals het gebruik maken van de infrastructuur van het verloskundig consortium. Bij drie van deze projecten was de strategie kosteneffectief en leidden de resultaten tot een aanbeveling voor richtlijnen. Daarnaast zijn als bevorderende contextfactoren genoemd dat ziekenhuizen zich al inzetten voor betere zorg, dat vooraf belemmerende factoren bekend waren en rekening mee gehouden was en dat een zorgverzekeraar de interventie vergoedde. Het kleine aantal projecten dat bevorderende contextfactoren noemde maakt het echter niet zinvol verdere uitspraken te doen met betrekking tot strategieën en effecten.

Wat betreft belemmerende contextfactoren zijn in totaal 35 uitspraken binnen 26 projecten gedaan. De meeste contextfactoren zijn daarmee vooral belemmerend van aard. Bij zes projecten bleek uit de projectdocumentatie dat reorganisaties en bezuinigingen de interventiestrategie en/of praktijk beïnvloedde. Bijvoorbeeld het wegbezuinigen van nader onderzoek door verpleegkundigen bij patiënten met een recente fractuur. In één effectief project werd echter als bevorderende factor genoemd dat er rekening gehouden was met belemmerende contextfactoren.

Tabel 5. Contextfactoren uitgesplitst naar (kosten)effectiviteit van de projecten.

	Project kosteneffectief (12 projecten)	**Project effectief (16 projecten)**	**Project niet effectief (13 projecten)**
Bevorderende factor	**- Uitvoering binnen bestaand netwerk/ infrastructuur (3)** - Goed samenwerkende teams, praktijkbezoeken door een onderzoekersconsulente en een dataverzamelaar op locatie vanwege het ontbreken van goede registratiesystemen (1). - Ziekenhuizen hadden al getekend voor betere zorg (1)	- Uitvoering binnen bestaand netwerk/ infrastructuur (1) - Belemmerende factoren bekend en rekening mee gehouden (1)	- Uitvoering binnen bestaand consortium (1) - Financiering interventie door zorgverzekeraar (1)
Belemmerende factor	- Strategie vond geen aansluiting bij doelgroep of praktijk (2) - Reorganisaties en bezuinigingen (2) - Juridische problemen met beeldopnames (1) - Voor 25% van de zkh waren beeldopnames niet mogelijk (1)	**- Strategie vond geen aansluiting bij doelgroep of praktijk (8)** - Schaalvergroting, veranderde financieringssystematiek (2) - Looptijd om effecten te vinden (1) - Door resultaten ander oz minder afwachten beleid en minder complicaties (1) - Logistieke communicatie tussen artsen die apparatuur, personeel en ruimtes delen (1) - Geminimaliseerde behandeling t.o.v. effectstudie die er aan ten grondslag lag (1) - Wegbezuiniging strategie, nader onderzoek door verpleegkundige (1) - Wegvallen strategie fysio's door EPD ontwikkelingen (1) - Werkelijke kosten onbekend door gebruik DBC en variatie tussen zkh (1)	**- Strategie vond geen aansluiting bij doelgroep of praktijk (8)** - Looptijd om effecten te vinden (1) - Weerstand tegen randomisatie wegens productieverlies (1) - Interregionale verschillen (1) - Implementatiestrategie komt overeen met praktijk, weinig toegevoegde waarde (1)

Wat verder opvalt, is dat bij 18 projecten geen aansluiting werd gevonden bij de doelgroep of bij de praktijk. Dit in contrast tot het gegeven dat een aantal van deze projecten de doelgroep had betrokken bij de ontwikkeling van de interventie. Bij de twee kosteneffectieve projecten waren de redenen bijvoorbeeld dat bepaalde indicaties voor handhygiëne lastig op te volgen waren, zoals 'tijdens de verzorging van patiënten bij de overgang van een vuil naar een schoon deel van het lichaam'. Bij het andere kosteneffectieve project was erbij een kwart van de ziekenhuizen geen mogelijkheid voor beeldopnamen voor de evaluatie van adherentie aan de kwaliteitsindicatoren bij de observatie van

bevallingen van vrouwen met een hoog risico op postpartum bloedingen. Bij de effectieve en niet effectieve projecten waren de gevolgen groter. Daar voerden professionals de interventie nauwelijks uit, werd nauwelijks afgeweken van bestaande procedures, was de strategie lastig uit te voeren om logistieke redenen of mankracht, verwachtten de professionals bij voorbaat geen voordelen voor de patiënt of voor de zorg of bleek dat de strategie niet aansloot bij de dagelijkse praktijk of variatie aan patiënten. Dit resulteerde vaak in inclusieproblemen en lage verspreiding of gebruik van de interventiestrategie. In één project werd wel aansluiting bij de praktijk gevonden, door het betrekken van de doelgroep en het inbouwen van de strategie tijdens regulier overleg.

Vooral bij de niet effectieve projecten bleken belemmerende contextfactoren daarnaast *onderzoek* gerelateerd. Zo werden bijvoorbeeld genoemd; het wegvallen van de onderzoeker, inclusieproblemen, data extractie problemen (vooral bij EPD systemen), de tijd en menskracht die deelname aan onderzoek kostte. Onderzoek gerelateerde factoren werkten een enkele keer bevorderend, zoals het tussentijds informeren van professionals over resultaten of het laten invullen van de vragenlijst door patiënten in het ziekenhuis of tijdens regulier overleg. Daarnaast werd de combinatie van onderzoekers en artsen bij de uitvoering van de interventie als bevorderend genoemd voor implementatie.

Conclusie
Op grond van de zelfrapportages kunnen we concluderen dat vooral belemmerende contextfactoren een rol hebben gespeeld bij implementatie. De uitvoering van het project binnen een bestaand netwerk/ infrastructuur/ consortium kan juist bevorderend werken. Belemmerende contextfactoren, zoals het niet vinden van aansluiting bij de praktijk en onderzoek gerelateerde belemmeringen werden echter in 35 projecten genoemd. Opvallend daarbij is dat een aantal projecten inbedding gerealiseerd hebben juist terwijl belemmerende factoren genoemd werden zoals een reorganisatie, bezuiniging, schaalvergroting of logistieke communicatie tussen artsen. Deze projecten noemden als bevorderende factor het volgen van een adaptieve strategie (eigen strategie per ziekenhuis) en draagvlak. Wat we hieruit opmaken is dat contextfactoren zeker een rol spelen, maar dat de manier waarop men daarmee omgaat het resultaat bepaalt.

3.3 Inhoudelijke thema's

Binnen de beschrijving van projectkenmerken is een aantal aanvullende thema's te onderscheiden: de eerstelijnsgezondheidszorg, instrumenten ter ondersteuning van implementatie, naleving van richtlijnen en de-implementatie. Over de thema's naleving van richtlijnen en de-implementatie kunnen geen project overstijgende inzichten worden gegenereerd omdat er respectievelijk één en geen afgeronde (pilot) implementatie beschikbaar waren.

Eerstelijnsgezondheidszorg
Van de in totaal 41 projecten zijn twaalf projecten in de eerstelijnsgezondheidszorg uitgevoerd. Relatief weinig van deze projecten bleken effectief (vijf van de twaalf) of kosteneffectief (één van de twaalf). Zeven projecten waren niet effectief. Al deze projecten richtten zich primair op het veranderen van gedrag van de professional. Bij vier effectieve projecten werd dit doel ook bereikt. Vijf projecten richtten zich tevens op het verbeteren van klinische uitkomstmaten, maar daar werden – op een project na met een kortere doorlooptijd voor patiënten met lage rughernia - geen effecten gevonden.

Het kosteneffectieve project betrof een project naar transmurale diabeteszorg aan de hand van de

Doorbraakmethode. De strategie bestond uit expertbijeenkomsten, werkconferenties en een multidisciplinair begeleidingsteam voor de huisartsen en internisten bij naleving van de richtlijn Diabeteszorg Type 2. Dit leidde tot significant meer patiënten die volgens de richtlijn werden behandeld en tot de aanbeveling om succesfactoren van de Doorbraakmethode op te nemen in de richtlijn. Dit succes kwam volgens de onderzoekers door goed samenwerkende teams, praktijkbezoeken door een onderzoekersconsulente en een dataverzamelaar op locatie vanwege het ontbreken van goede registratiesystemen.
De vier effectieve projecten leidde tot positieve effecten op het niveau van de professional, zoals een afname in het aantal onnodig doorverwijzingen voor rughernia door huisartsen, een verlaagde antibiotica prescriptie of tot een positieve houding ten aanzien van een richtlijn lage rugpijn. De eerste twee projecten realiseerden daarmee succesvolle substitutie van zorg. Bij twee projecten leidden de resultaten tot een intentie voor het hanteren van de werkwijze of voor vervolgonderzoek, bij twee projecten was dit onbekend. De ingezette strategieën betroffen taakherschikking (n=1), een interventie op maat (n=1) of educatie en audits (n=2). Bij alle vier projecten werd in het projectdossier genoemd dat aansluiting met de praktijk lastig verliep en werden onderzoek gerelateerde belemmerende contextfactoren, zoals problemen met werving of met dataverzameling, genoemd. Dit ondanks bevorderende factoren als draagvlak, de inzet van regionale coördinatoren, en een adaptieve strategie waarbij een tweede interventiegroep werd geworden in plaats een controlegroep door wervingsproblemen.

Bij de zeven niet effectieve projecten, werd in zes projectdossiers tevens aangegeven dat er problemen waren bij de aansluiting met de praktijk en met onderzoek gerelateerde contextfactoren. De onderzoekers gaven hiervoor de verklaring dat huisartsen bijvoorbeeld al zagen dat beide strategieën niet gingen werken in hun praktijk, dat huisartsen niet wilden afwijken van de bestaande procedures of omdat de implementatieaanpak niet aansloot bij de organisatievorm van de teams. Onderzoekers gaven daarbij tevens aan dat ze de doelgroep te weinig hadden betrokken bij de ontwikkeling van de implementatiestrategie. Tenslotte werd genoemd dat er een gebrek was aan probleemeigenaarschap en dat de interpraktijkvariatie (te) groot was.

Concluderend kunnen we stellen dat van de twaalf projecten die zijn uitgevoerd in de eerstelijnsgezondheidszorg, vijf projecten effectief waren, waarvan één project ook kosteneffectief. Hoewel twee projecten succesvolle substitutie van zorg realiseerden, bereikte geen van de projecten inbedding in de zorgpraktijk of beleid. De diversiteit aan strategieën en effecten maken het niet mogelijk om succesfactoren te benoemen. Wel zien we dat bij de minder succesvolle projecten, de aansluiting met de praktijk relatief vaker wordt gemist dan in andere sectoren. Daarnaast spelen onderzoek gerelateerde contextfactoren een belemmerende rol. Een mogelijke verklaring is dat de kenmerken van de eerste lijn anders zijn dan waar projectuitvoerders op hadden gerekend. De beperkte betrokkenheid van de eerste lijn bij de ontwikkeling van de projecten kan geresulteerd in de beperkte aansluiting van de projecten bij de eerstelijnsgezondheidszorg. Aangezien het observationeel onderzoek betreft, moet de kanttekening geplaatst worden dat ook sprake kan zijn van selectie bias: mogelijk zijn lastig te veranderen onderwerpen gekozen of strengere onderzoekdesigns in het onderzoek in de eerstelijnszorg.

Instrumenten ter ondersteuning van implementatie
Onder instrumenten ter ondersteuning van implementatie worden elektronische beslisondersteuners, keuzehulpen en financiële incentives verstaan.

Bij 8 projecten werd elektronische ondersteuning of keuzehulpen ingezet als implementatiestrategie bij de interventie. Bij drie projecten was deze strategie kosteneffectief, bij vier projecten was de strategie effectief en bij één project was de strategie niet effectief. Bij dit project bleek de elektronische beslisondersteuning belemmerend te werken, doordat implementatie van de technische ondersteuning zeer moeizaam verliep.
Bij de drie kosteneffectieve projecten traden effecten op het niveau van het gedrag van de professional, klinische uitkomstmaten en/of positieve ervaringen van patiënten, zoals een verhoogd percentage herkende patiënten of minder onnodige tests. Het elektronische herinneringssysteem c.q. de elektronische beslisregel werd in deze projecten ook als bevorderende factor aangemerkt. Dit leidde bij een project naar de opsporing van erfelijke darmkanker tot inbedding van het elektronische systeem in de praktijk; de aanbieder van het systeem zet de elektronische reminders na de project voort. Bij het tweede project was het onduidelijk uit de projectdocumentatie of de elektronische beslisregel doorgang vond naar de zorgpraktijk of beleid. Het derde project voorzag paren die een IVF behandeling ondergaan, naast ondersteuning door de verpleegkundige, van een keuzehulp en een financiële vergoeding voor de extra IVF behandeling. Dit leidde tot beter geïnformeerde keuzes. De resultaten van het project zijn aan richtlijnwerkgroepen aangeboden.
Bij de vier projecten waarbij de strategie effectief was leidde de strategie voornamelijk tot effecten op het niveau van gedrag van de professional, zoals een betere naleving van de richtlijn. In één project was de elektronische beslisondersteuning een spin-off van de interventie. De intentie bestond om de strategie te bespreken met de beroepsvereniging. Een ander project liet zien dat de elektronische beslisondersteuning effectiever was bij onderbehandeling dan bij overbehandeling. Of er sprake was van inbedding van de beslisondersteuning was niet bekend. Een derde project kon de richtlijn ondersteunende EPD niet evalueren door ontwikkelingen op EPD gebied voor fysiotherapeuten, waardoor de strategie wegviel. Bij het laatste project gebruikte urologen een prostaatwijzer bij de besluitvorming van behandeling. Deze prostaat wijzer is nog online beschikbaar (dd. 11-2014).

De analyse van projecten naar de instrumenten ter ondersteuning van implementatie laat zien dat elektronische beslisondersteuning en keuzehulpen bevorderend kunnen werken bij het bereiken van effecten, kosteneffectiviteit en inbedding van projecten. Daarentegen kan de inzet van elektronische beslisondersteuning ook belemmerend werken, bijvoorbeeld wanneer technische ondersteuning niet adequaat is of bij externe ontwikkelingen. Projecten die gebruik willen maken van elektronische beslisondersteuning dienen hier aandacht voor te hebben.

3.4 Verdiepende interviews

Elementen van succesvolle en niet succesvolle projecten
De twaalf interviews geven verdiepend inzicht in de elementen die volgens projectleiders een rol spelen bij het (achterwege blijven van) succes van de projecten (box 2, bijlage 5). Opvallend is dat een aantal elementen uit het PRISM raamwerk zowel naar voren komt uit de gesprekken met projectleiders van de zes succesvolle projecten (die inbedding realiseerden in de zorgpraktijk of beleid) als van de zes niet succesvolle projecten. Kennelijk kan het aanwezig zijn van een bepaald element een belangrijke bijdrage leveren aan het succes, maar kan de afwezigheid ervan ook een verklaring zijn voor het wegblijven van succes. In de bespreking van de resultaten focussen we ons op die elementen uit het PRISM raamwerk die door meer dan een derde van de respondenten zijn genoemd. Per element geven we ook de onderlinge samenhang met andere elementen weer. Het is van belang deze

samenhang te beschrijven omdat het (achterwege blijven van) succes volgens de projectleiders een combinatie van factoren was. In tabel 6 en bijlage 5 zijn alle resultaten te vinden.

Box 2. Beknopte beschrijving van de twaalf succesvolle en niet projecten.

Succesvolle projecten

94514001 Concentratie slokdarmkanker zorg in Noordoost Nederland
Precies vaststellen hoe ver bij iemand met slokdarmkanker de ziekte gevorderd is, is een ingewikkeld karwei. In Groningen is onderzocht of in de regio Noordoost Nederland bereidheid bestaat om de (aanvullende) diagnostiek bij slokdarmkanker per regio te concentreren in één ziekenhuis onder de artsen; wat het effect is van het concentreren van de diagnostiek en de geleverde zorg en wat het effect is op de kosten.

94514107 Herkenning erfelijke darmkanker met computergestuurde herinneringen
Sinds enige tijd kunnen mensen met een erfelijke vorm van darmkanker (Lynch syndroom) goed worden geïdentificeerd door een test uit te voeren op het tumorweefsel. In Nijmegen is een methode getest die medisch specialisten (pathologen, chirurgen, internisten) aanspoort dit onderzoek mee te nemen tijdens de behandeling met o.a. computergestuurde herinneringen door het landelijk pathologiedatasysteem.

94514217 Trombolyse bij herseninfarct
Bij mensen die als gevolg van een bloedstolsel in een hersenslagader een beroerte krijgen, moet binnen 4 uur na het ontstaan van de beroerte behandeling met medicijnen worden gestart. In Rotterdam is onderzocht wat de obstakels en knelpunten zijn die maken dat de behandeling niet bij iedere geschikte patiënt wordt toegepast. Op grond daarvan is een implementatiestrategie ontwikkeld en onderzocht gebaseerd op de Doorbraak methode.

94514411 Borstkankerzorg met ultrakort verblijf
Vaak moeten patiënten die een borstkankeroperatie ondergaan enkele dagen in het ziekenhuis blijven. Dit project ontwikkelde een chirurgisch zorgprogramma om deze operaties in 24-uurs- of dagbehandeling uit te voeren.

94516301 Naleving richtlijn preventie urineweginfecties
Bij sommige ziekenhuispatiënten is het nodig de urine uit de blaas te verwijderen met behulp van een blaaskatheter. Vanuit Leiden is onderzocht in hoeverre het invoeren van een richtlijn infectiepreventie in ziekenhuizen daadwerkelijk het aantal patiënten met een katheter (en de duur van de katheterisatie) vermindert. Elk ziekenhuis ontwierp (met steun van een implementatiedeskundige) hiervoor een eigen implementatieplan.

94517101 Naleving richtlijn handhygiëne
Richtlijnen over handen wassen worden vaak niet opgevolgd. In Nijmegen is het effect getest van twee strategieën om het opvolgen van de richtlijnen voor handhygiëne te verbeteren: voorlichting en confrontatie met resultaten van metingen versus sociale processen in het team.

Niet succesvolle projecten

94514010 Opsporing hoog risico vrouwen met osteoporose
Diverse richtlijnen hanteren elk een eigen rijtje – niet gemakkelijk toe te passen - kenmerken om vrouwen met een verhoogd risico op osteoporose op te sporen. Onderzoekers in Rotterdam hebben een praktisch lijstje ontwikkeld met risicofactoren voor botontkalking, bedoeld voor gebruik door de huisarts.

94514116 Naleving richtlijnen IVF
Om diagnostiek en behandeling met IVF van een zo hoog mogelijke (wetenschappelijke) kwaliteit te laten zijn, heeft de NVOG negen richtlijnen opgesteld. Onderzoekers uit Nijmegen hebben twee methoden getest om de naleving van deze richtlijnen te bevorderen.

94517102 Grootschalige invoering audits huisartsen
Er bestaan grote verschillen in voorschrijfgedrag en het aanvragen van (laboratorium)onderzoeken door huisartsen. Eerder (kleinschalig) onderzoek toonde aan dat een methode om de kwaliteit van het werk van de huisarts te verbeteren uitvoerbaar en kosteneffectief is. Hierbij krijgt de huisarts informatie over zijn/haar eigen manier van werken in vergelijking met die van collega's. In Maastricht is het effect onderzocht van invoering van deze methode op grotere schaal.

170993003 Naleving richtlijn erfelijke darmkanker
Om darmkanker effectief en bij meer mensen te kunnen voorkomen is het belangrijk dat patiënten met een verhoogd familiair risico op darmkanker tijdig herkend worden en verwezen worden voor regelmatige colonoscopieën en/of erfelijkheidsonderzoek. Het doel van deze studie is de verbetering van het gebruik van deze richtlijn door artsen, en het verhogen van de acceptatie van patiënten om wel of niet verwezen te worden.

170993005 Ergotherapie aan huis bij demente ouderen
Ergotherapie aan huis bij dementie bleek in onderzoek (kosten-)effectief in het verbeteren van het dagelijks functioneren van ouderen met dementie en het gevoel van competentie van hun mantelzorgers. Met deze studie wordt beoogd om deze effectieve interventie in de praktijk in te voeren, zodat thuiswonende ouderen met dementie en hun mantelzorgers in heel Nederland hiervan gebruik kunnen maken.

170993006 Uitwendige versie bij stuitligging
In 3-4% van de zwangerschappen ligt het kind met het hoofd naar boven (stuitligging). Een stuitligging bij de bevalling kan voorkomen worden door een uitwendige versie. Het blijkt dat in de praktijk slechts 1 op de 2 vrouwen deze behandeling ondergaat. Het doel van dit project is om te onderzoeken hoe het komt dat niet alle vrouwen een uitwendige versie krijgen.

De elementen die het meest genoemd zijn door projectleiders voor het (achterwege blijven van) succes, zijn de ‘readiness’ en de ‘usability and adaptability’ van de interventie. Deze elementen spelen bij de succesvolle projecten een bevorderende rol en bij de niet succesvolle projecten een belemmerende rol.
De ‘readiness’, ofwel de bereidheid van management en de werkvloer om de interventie uit te voeren [element 1], werd bij een succesvol project bijvoorbeeld gepolst in de bekende kringen van een projectleider voorafgaand aan het onderzoek. Daarbij bleek de voorgenomen interventie in essentie te worden omarmd door lokale zorgverleners, wat volgens de projectleider van belang was om verder te gaan met deze lokale zorgverleners. Bij een minder succesvol project was de ‘readiness’ volgens een projectleider daarentegen zeer laag. Minder dan 7% van de aangeschreven doelgroep was bereid om deel te nemen aan de interventie. Men gaf aan dat er geen behoefte was aan de interventie en men was niet bereid om de voorgestelde interventie uit te voeren. Ook andere elementen droegen bij aan het ontbreken van succes van dit project volgens de projectleider. Zo sloot het ondersteunende computerprogramma niet aan bij de dagelijkse praktijk [element 2], werden barrières niet vooraf besproken met de uitvoerders van de interventie [element 6] en werd de interventie niet vergoed en speelde de invoering van een nieuw verzekeringsstelsel een belemmerende rol (bijlage 5).
De ‘usability and adaptability’, ofwel de bruikbaarheid en aanpasbaarheid van de interventie, speelde eveneens volgens 10 projectleiders een rol bij het (achterwege blijven) van het succes. Zo gaf een projectleider aan dat ”de tailormade implementatie van een tailormade zorgprogramma [element 2] met een gemeenschappelijke uitkomst” [element 11] een groot deel van het succes verklaarde. Daarbij werd met lokale mensen nagedacht over welke aanpassingen het effectieve programma nodig had voor de eigen organisatie om dezelfde resultaten te krijgen. Anderzijds beschreef de projectleider van een niet succesvol programma dat de uitreiking van patiënten folders door professionals nauwelijks van de grond kwam omdat deze methode niet aansloot bij de werkwijze van de professionals. De interventie was daarbij niet aangepast om een betere aansluiting te vinden [element 12]. Element 12, de ‘adaptable protocols and procedures’ ofwel het aanpassingsvermogen van protocollen en procedures aan de lokale omstandigheden, hangt daarmee logischerwijs nauw samen met element 2. Bij het project speelde ook hier meerdere elementen een rol bij het achterwege blijven van het succes. Men bleek de interventie niet hun verantwoordelijkheid te vinden [element 6]. Dit was volgens de projectleider een onverwachte reactie die niet uit de pilot bekend was [element 8]. Ook gaf de projectleider aan dat het projectteam niet tussentijds gepolst had of de interventie liep [element 3].

De ‘Relationship and communication with adopters’ [element 3] werd in totaal door acht projectleiders genoemd. Dit element beschrijft de relatie en communicatie met uitvoerders van de interventie. Bij een succesvol project werd deze goede relatie en communicatie tevens genoemd als een van de belangrijkste elementen voor het overwinnen van de barrière dat maatschap leden moeite hadden om tijd voor implementatie te claimen bij hun collegae [element 6]. Na veel persoonlijke contacten en overleg werden obstakels overwonnen. Dit werd mede bereikt door sterk klinisch leiderschap van de projectleider om implementatie te faciliteren [element 10]. Zoals een projectleider aangaf: “het gaat om het investeren in het wij-gevoel, het groepsgevoel”.

Een ander element dat veel genoemd werd door projectleiders, dat niet paste binnen het PRISM raamwerk maar door de onderzoekers is toegevoegd, is de aanwezigheid van een ‘active (prior) network’ [element 4], ofwel van een actief (bestaand) netwerk. Dit werd niet alleen genoemd door vijf projectleiders van succesvolle projecten als bevorderende factor maar ook door drie projectleiders van niet succesvolle projecten. Bij een aantal projecten ging het om een voortzetting van een eerdere

ontwikkeling binnen het ziekenhuis of een eerder ZonMw project. Ook ging het bij projecten om bestaande contacten of netwerken, die er al waren voordat het project begon. Een projectleider lichtte toe "het is elkaar kennen, voor elkaar iets over hebben, elkaar iets gunnen. De menselijke maat blijft belangrijk want onderzoek kost extra mensen, energie en tijd. Je moet altijd het hogere doel voor ogen houden en als je elkaar kent is dat minder moeilijk." Vijf projectleiders van de succesvolle projecten noemden daarbij de bevorderende werking van een 'dedicated team', ofwel van een toegewijd team [element 5]. Een team dat bekend was uit eerdere contacten en verknocht was aan het onderwerp. Twee projectleiders van niet succesvolle projecten benoemden het ontbreken van een toegewijd team daarentegen als belemmerende factor. Deze projectleiders gaven aan dat bijvoorbeeld niet alle teamleden betrokken waren of dat het projectteam uit elkaar was gevallen.

Tabel 6. De meest genoemde elementen door projectleiders tijdens de verdiepende interviews, met toelichting in het Nederlands.

	Elementen	**Toelichting in het Nederlands**	**Aan wezig**	**Af wez ig**
1.	Readiness	De bereidheid van hoger management, middel management en voorlopers op de werkvloer om de interventie uit te voeren	5	5
2.	Usability and adaptability	De bruikbaarheid en aanpasbaarheid van de interventie, zonder afbreuk te doen aan essentiële elementen	5	5
3.	Relationship and communication with adopters	Aandacht voor de relatie en goede communicatie met uitvoerders van de interventie, om de kloof tussen wetenschap en praktijk te overbruggen	5	3
4.	Active (prior) network	Inzet van een actief (bestaand) netwerk	8	0
5.	Dedicated team	Toewijding van het team	5	2
6.	Address barriers of frontline staff	Adresseren van de belangrijkste barrières op de werkvloer	3	4
7.	Adopter training and support	Het bieden van training en ondersteuning aan uitvoerders van de interventie, zoals fora of het delen van goede praktijken	4	2
8.	Pilot study provided relevant insights	De pilot studie is een goede afspiegeling van het werkelijke onderzoek en biedt inzicht in essentiële elementen die de interventie kunnen beïnvloeden	0	5
9.	Change agent as champion	De invloed van de kartrekker(s) van de interventie, zoals de projectleider of sleutelfiguren	5	0
10.	Clinical leadership	Sterk klinisch leiderschap om implementatie te faciliteren	3	2
11.	Shared goals and cooperation	Gedeelde doelen, die door alle lagen van de organisatie gedragen worden en heldere communicatie van die doelen met de werkvloer	3	2
12.	Adaptable protocols and procedures	Aanpassingsvermogen van protocollen en procedures aan de lokale omstandigheden.	3	2

Het adresseren van de belangrijkste barrières op de werkvloer, ofwel 'address barriers of frontline staff" [element 6] is bij bovenstaande factoren al een aantal keer genoemd. Deze factor hangt daarmee sterk samen te hangen met de eerste drie elementen. Dit impliceert dat hoe meer bereid men is om de interventie uit te voeren, hoe meer bruikbaar en aanpasbaar de interventie is en hoe beter de relatie en communicatie is met de uitvoerder van de interventie, hoe beter men in staat is om barrières te overwinnen. Een projectleider illustreerde: "de grieven en mogelijkheden worden besproken en getracht wordt daar waar mogelijk, het probleem als een gezamenlijk probleem te beschouwen. Gestreefd wordt niet naar het 'optimale' maar naar het 'meest haalbare' binnen de gestelde grenzen." Anderzijds adresseerden vier van de niet succesvolle projecten de belangrijkste barrières op de

werkvloer niet. Dit was achteraf volgens de projectleiders wel zinvol geweest. In die projecten waren barrières onder andere niet uitgevraagd, was er geen continue aandacht en communicatie met de uitvoerder van de interventie [element 3], werd geen ondersteuning aan uitvoerders van de interventie geboden [element 7] of waren cruciale barrières niet aan het licht gekomen tijdens een pilot studie [element 8].
Het bieden van training en ondersteuning aan uitvoerders van de interventie, ofwel de 'Adopter training and support' [element 7] hangt daarmee ook nauw samen met element 3, de relatie en communicatie met gebruikers van de interventie. Bij dit element gaat het er specifiek om dat activiteiten worden ondernomen om projectleiders te ondersteunen in hun werkzaamheden. Bijvoorbeeld door goede ondersteuning te bieden of gezamenlijk het bestaande programma aan te passen aan de lokale omstandigheden. Een gebrek aan dergelijke steun werkte volgens projectleiders belemmerend, zoals het niet nagaan of de interventie loopt of het niet (kunnen) oplossen [element 2] van de mismatch van de interventie met de eigen programma's.

We noemden eerder ook het belang van een pilot studie, ofwel 'Pilot study provided relevant insights' [element 8]. Dit is het tweede element dat we niet konden plaatsen binnen de bestaande elementen en daarom zelf hebben toegevoegd aan bijlage 5. Dit element beschrijft niet zozeer het belang van het wel of niet uitvoeren van een pilot studie, maar dat tot de verassing van projectleiders belangrijke belemmerende factoren niet naar voren kwamen uit pilots. Zo bleek niet de exacte doelgroep te hebben meegedaan aan een pilot, werd een andere pilot niet uitgevoerd zoals het onderzoek daadwerkelijk zou worden uitgevoerd, of kwamen belemmerende factoren simpelweg niet uit een pilot naar voren. Dit impliceert dat een pilot niet leidend kan zijn voor projectleiders om te denken dat alle relevante belemmeringen zijn geadresseerd, maar dat vooral tijdens het project gekeken moet worden naar actuele belemmeringen die opgelost moeten worden.

Een derde, veelgenoemd element dat we niet konden plaatsen binnen de bestaande elementen van het PRISM raamwerk is de invloed van de kartrekker(s) van de interventie, ofwel 'de change agent as champion' [element 9]. Dit element werd enkel door vijf van de zes projectleiders van de succesvolle projecten genoemd. Hiermee bedoelen we de duidelijke rol van een persoon of personen (de kartrekker) bij het slagen van de interventie. Zoals ziekenhuishygiënisten, "die weten van de problemen en vinden het een onderwerp waar aandacht voor moet zijn." Dit element raakt daarmee nauw aan element 10, de 'clinical leadership', ofwel sterk klinisch leiderschap om implementatie te faciliteren. Het verschil is dat klinisch leiderschap wordt vertoond door professionals die kennis en die gezag hebben binnen het veld. Bij de succesvolle projecten was dit elke keer de projectleider. Bij twee niet succesvolle projecten werd het ontbreken van een clinical leader ook genoemd als belemmerende factor, "de hoogleraar waar het project belegd werd [door omstandigheden] was geen expert op het gebied en had er ook niet zo veel mee ".

Gebruik van PRISM bij het analyseren van de projecten
Aan de hand van het PRISM model was het mogelijk om inzicht te verkrijgen in de elementen die een rol spelen bij het (achterwege blijven) van succes van de twaalf geselecteerde projecten. Bijlage 5 laat ook zien dat niet alle elementen van het model relevant zijn voor de projecten binnen het deelprogramma Implementatie. Vooral de elementen die behoren tot het patiënten perspectief en de patiënt kenmerken zijn nauwelijks benoemd in de geanalyseerde implementatieprojecten. Welke conclusie aan deze observatie moet worden verbonden is niet duidelijk, anders dan dat de projectleiders in hun analyse van bevorderende en belemmerende factoren bij hun projecten geen

doorslaggevende rol voor patiënten zagen. Dit hangt ook samen met de aard van de projecten, waarbij de interventie vooral gericht was op de professional. Daarnaast bleken de 'social, political en legal' elementen (6) nauwelijks relevant bij deze projecten. Deze elementen spelen eerder een rol bij landelijke implementatie van programma's, dan bij de vooral regionale implementatie van deze projecten.
Tenslotte valt op dat een aantal elementen regelmatig genoemd werden door projectleiders, die niet pasten binnen de bestaande elementen van het PRISM raamwerk. Wij hebben deze elementen vervolgens zelf toegevoegd. Deze elementen lijken vooral samen te hangen met het projectmatig werken binnen projecten bij implementatie en tonen een lacune aan van de bestaande raamwerken. Deze elementen zullen we met lezingen en publicaties onder de aandacht brengen van bestuurders, onderzoekers en de praktijk.

Conclusie
De aanvullende interviews met projectleiders zijn gehouden om beter te kunnen achterhalen welke elementen bijdragen aan een succes dan wel een falen van een project. Uit de interviews blijkt dat er 1. altijd meerdere elementen een rol spelen bij het (ontbreken van) succes van de projecten en 2. dat deze elementen sterk onderling samenhangen. De bovenstaande resultaten bevestigen daarmee het beeld dat het ontoereikend is enkel op basis van projectdocumentatie te achterhalen wat er precies in een project is gebeurd.
Als we kijken naar de samenhang tussen de elementen dan zien we dat er twee implicaties naar voren komen. De eerste implicatie is dat hoe meer bereid men is om een interventie uit te voeren, hoe meer bruikbaar en aanpasbaar de interventie is en hoe beter de relatie en communicatie is met de uitvoerder van de interventie, hoe beter men in staat is om barrières te overwinnen en hoe groter de kans is op succes. De tweede implicatie is dat een pilot niet leidend kan zijn voor projectleiders om te denken dat alle relevante belemmeringen zijn geadresseerd. Er moet vooral tijdens het project gekeken moet worden naar actuele belemmeringen die opgelost moeten worden. De verdiepende interviews bevestigen hiermee enerzijds het doorslaggevende belang van de context waarin een innovatie wordt ingezet en anderzijds de noodzaak om te werken met flexibele strategieën waardoor het mogelijk is om te reageren op veranderende omstandigheden.

4. Conclusies en aanbevelingen

Het deelprogramma Implementatie heeft tussen 2003 en 2013 gelopen binnen het programma Doelmatigheidsonderzoek. Met dit deelprogramma beoogde ZonMw nieuwe kennis te verzamelen over implementatieprocessen en tegelijk het gebruik te bevorderen van relevante resultaten van doelmatig gebleken zorgvernieuwingen in de zorgpraktijk en beleid. Het aflopen van dit deelprogramma en het grote aantal afgeronde projecten maakt het wenselijk dat wordt nagegaan welke overstijgende inzichten kunnen worden ontleend aan de afgeronde projecten, om te komen tot aanbevelingen voor zorgprofessionals, bestuurders en onderzoekers.

Om te komen tot geleerde lessen zijn de volgende onderzoeksvragen gehanteerd:

1. Wat is er project overstijgend te leren over de *effecten, kosteneffectiviteit* en *inbedding* van projecten?
2. Wat is er project overstijgend te leren over (nieuwe) *implementatie strategieën* en welke *contextfactoren* spelen een rol bij implementatie?
3. Wat zijn de geleerde lessen vanuit het deelprogramma Implementatie voor zorgprofessionals, bestuurders en onderzoekers.

Daarbij gaan we in op de inhoudelijke thema's: de eerstelijnsgezondheidszorg, instrumenten ter ondersteuning van implementatie, naleving van richtlijnen en de-implementatie.

1. Wat is er project overstijgend te leren over de *effecten, kosteneffectiviteit* en *inbedding* van projecten?

Allereerst gaan we kort in op de, in de projecten, bereikte resultaten om vervolgens in te gaan op de mogelijke overstijgende inzichten die deze analyse heeft opgeleverd.
De nadere analyse van de bereikte effecten hebben we op twee manieren vorm gegeven. Allereerst gaan we in op de vraag in welke mate de projecten erin geslaagd zijn de voorgenomen projectdoelen te realiseren. Omdat die projectdoelen nogal verschilden tussen de verschillende projecten, hebben we gekozen voor een tweede manier. Alle projecten zijn, op basis van de projectrapportages, beoordeeld aan de hand van een aantal dezelfde vragen. Allereerst is nagegaan of de projecten effecten rapporteerden bij de betrokken professionals, in de termen kennis, houding en gedrag. Daarenboven is nagegaan of er ook effecten zijn gerapporteerd bij de beoogde patiëntenpopulatie. Nagegaan is of het project ook rapporteerde over ervaren consequenties voor patiënten, dan wel of er sprake is geweest van een verbeterde klinische uitkomst. Voor de projecten waarbij een kosteneffectiviteitsanalyse gepland stond, is vervolgens beoordeeld of de strategie(en) en geïmplementeerde interventie daadwerkelijk doelmatig waren. Tenslotte is gekeken naar de inbedding van de interventie in de zorgpraktijk of in beleid. Met inbedding bedoelen we dat interventies een min of meer duurzame plek krijgen in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld in richtlijnen of protocollen.

We gaan eerst in op de vraag in hoeverre de projecten erin geslaagd zijn hun beoogde projectresultaten te realiseren. In totaal zijn 41 afgeronde (pilot) implementatie projecten meegenomen in de analyse van projecten. Achtentwintig projecten (68%) bereikten hun gestelde doelen. Twaalf daarvan bleken kosteneffectief. Zes projecten realiseerden inbedding in de zorgpraktijk of beleid. Daarnaast bereikten dertien projecten (32%) de doelen zoals gesteld in de projectaanvraag niet, waarbij geconcludeerd kan worden dat de interventie en bijbehorende implementatiestrategie niet effectief is gebleken.

Als we het hebben over effectieve projecten hebben we het in eerste instantie over projecten waarbij het veranderdoel is bereikt. Wanneer we kijken naar verdiepende doelstellingen op het niveau van de professional, patiënt, of kennis, dan zien we dat zeventien projecten een gedragsverandering onder professionals rapporteerden, terwijl elf projecten een verbeterde klinische uitkomst rapporteerden. Ook blijkt dat de kosteneffectieve projecten bijna allemaal een positieve verandering laten zien op het niveau van het gedrag van de professional of op patiënt uitkomstmaten. Dit in contrast met de niet effectieve projecten, waarbij voornamelijk kennis is gegenereerd. Ook zien we dat inbedding bij deze projecten nauwelijks is bereikt.

2. Wat is er project overstijgend te leren over (nieuwe) *implementatie strategieën* en welke *contextfactoren* spelen een rol bij implementatie?

Om de doelen te bereiken gebruikten de meeste projecten een combinatie van informatieve, educatieve en faciliterende strategieën. Veelgebruikte strategieën zijn daarbij feedback, patiëntinformatie, (lokale) protocollen, taakherschikking, audits en elektronische beslissingsondersteuning. De variatie aan strategieën en disciplines maken het lastig om uitspraken te doen over de *meest* effectieve strategie(en). In zeven (van de twaalf) effectieve projecten werd gebruik gemaakt van een flexibele ofwel adaptieve interventiestrategie. De projectleiders van deze projecten gaven in hun eindevaluatie aan dat deze adaptieve strategie in belangrijke mate aan het succes had bijgedragen.

De helft van de projecten met niet effectieve strategieën (zeven van de dertien projecten) bleken in de eerste lijn te zijn uitgevoerd. Uit de analyse van contextfactoren blijken deze projecten vooral de aansluiting te missen met de praktijk. Tenslotte laat de analyse van projecten naar de instrumenten ter ondersteuning van implementatie zien dat elektronische beslisondersteuning en keuzehulpen bevorderend *en* belemmerend kunnen werken bij het bereiken van effecten, kosteneffectiviteit en inbedding van projecten. Over de thema's naleving van richtlijnen en de-implementatie kunnen geen uitspraken worden gedaan omdat er respectievelijk één en geen afgeronde projecten beschikbaar waren.

3. Wat zijn de geleerde lessen vanuit het deelprogramma Implementatie voor zorgprofessionals, bestuurders en onderzoekers.

Dit onderzoek was bedoeld om te komen tot project overstijgende inzichten op het terrein van implementatie. Om tot deze inzichten te komen is de documentatie geanalyseerd van 41 afgeronde projecten die gericht waren op het implementeren van een innovatie in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit leverde een aantal potentieel relevante inzichten op over effectieve implementatie. Die inzichten zijn vervolgens besproken tijdens twee bijeenkomsten met implementatiefellows en experts uit het implementatie veld en gecombineerd met bevindingen uit (internationale) literatuur. Tenslotte zijn aanvullende interviews gehouden om deze inzichten tegen de ervaringen van de deelnemers aan te scherpen. Wij denken dat deze aangescherpte inzichten kunnen bijdragen aan effectiever implementatiebeleid. Deze inzichten en aanbevelingen worden hieronder gepresenteerd.

Geleerde lessen en aanbevelingen

1. *Het belang van kennis van de context en van flexibiliteit*

Opvallend is dat contextfactoren in meer dan de helft van de projecten volgens de onderzoekers een belemmerende rol bij het implementatieproces hebben gespeeld, terwijl die factoren maar zelden worden meegenomen bij de opzet van de implementatieprojecten. Dit gold bijvoorbeeld voor projecten die werden uitgevoerd in de eerste lijn, waarbij achteraf werd geconstateerd dat het projectidee onvoldoende aansloot bij de praktijk van de eerste lijn. Ook kwam dit beeld naar voren uit de verdiepende interviews.

Daarnaast blijken veranderingen in de context van een project belemmerend te kunnen werken. Dit soort veranderingen is niet altijd van te voren te voorspellen, zoals ook blijkt uit de interviews waarbij pilot studies niet alle relevante belemmeringen aan het licht brachten. In dit opzicht is het relevant te constateren dat een aantal projecten gebruik heeft gemaakt van strategieën die het mogelijk maakten om op veranderde omstandigheden in te spelen. We noemen dit adaptieve strategieën. Bij zeven van de twaalf kosteneffectieve projecten bleken adaptieve strategieën volgens projectleiders in belangrijke mate bij te dragen aan het succes van de projecten. Voorbeelden zijn onder andere dat individuele ziekenhuizen de manier waarop de interventie werd ingevoerd konden aanpassen aan hun eigen wensen, dat het design aangepast kon worden aan lokale omstandigheden of dat een lokaal organiserend comité invloed kreeg op het project. Hierbij constateren we enige overlap met op maat strategieën; ofwel strategieën waarbij de interventie rekening houdt met barrières voor verandering (7). Het begrip adaptieve strategieën gaat echter verder dan enkel rekening houden met barrières. Daarbij gaat het om rekening houden met de invloed van contextuele factoren. Het belang van context als beïnvloedende factor is eerder in het programma gesignaleerd. De drie voorlopende rapporten over het deelprogramma Implementatie benadrukten dat de uitkomst van veel projecten beïnvloed wordt door contextuele factoren (1,2,3). Aandacht voor de context is daarmee een onderbelicht thema dat kan bijdragen aan het succes van projecten. Het succes van op maat (tailored) strategieën is ondermeer in een Cochrane review onderzocht van twaalf gerandomiseerde gecontroleerde trials. Het gebruik van op maat strategieën leidde 1,5 keer zo vaak tot een positief resultaat in vergelijking met trials waarbij geen op maat strategie werden toegepast (OR=1.5) (7, 11-13). Ondanks dat hier geen vergelijking wordt gemaakt met andere type interventies, is er dus al gepubliceerd onderzoek dat laat zien dat op maat strategieën werken en flexibiliteit van cruciaal belang is. De uitdaging is om deze strategieën ook te gaan gebruiken.

Wij denken dat deze observaties op twee manieren kunnen bijdragen aan effectiever implementatiebeleid. Allereerst is het van het grootste belang dat bij het ontwerp van een implementatietraject voldoende kennis aanwezig is over de praktijk en van de context waarin een innovatie wordt ingezet. Daarbij is een goede implementatie kennisinfrastructuur van belang (3). Deze infrastructuur zou verbeterd kunnen worden door de implementatie expertise binnen instellingen te vergroten. Die kennis moet dan wel gebruikt worden bij de vormgeving van een implementatietraject. ZonMw zou bij zijn programmering van implementatieactiviteiten de betrokkenheid van de praktijk als voorwaarde moeten stellen. Daarnaast denken wij dat het belangrijk is ervoor te zorgen dat een in een implementatietraject flexibiliteit wordt ingebouwd, waardoor het mogelijk is om te reageren op veranderende omstandigheden.

Aanbeveling 1 *Zorg voor kennis van de praktijk, de context en de inzet van flexibele strategieën*
Zorg voor voldoende kennis van de context waarin een innovatie wordt ingezet, door **zorgprofessionals** in de praktijk intensief te betrekken bij het ontwerp van een implementatietraject. Daarbij is een goede implementatie kennisinfrastructuur van belang: mensen die ervaring met veranderprocessen hebben en hier ook vaardig in zijn. **Onderzoekers** kunnen aan het implementatieproces bijdragen, maar zijn dienen dan wel te zorgen voor de inzet van strategieën die zowel op maat (tailored) als flexibel zijn. **ZonMw** zou bij zijn programmering van implementatieactiviteiten de betrokkenheid van de praktijk, de context en de inzet van op maat en flexibele strategieën als voorwaarde moeten stellen.

2. *De noodzaak te komen tot onderzoekdesigns die passen bij adaptieve implementatiestrategieën*

De observatie dat het gebruik van adaptieve strategieën samenhangt met succesvolle projecten sluit aan bij de eerdere observatie dat contextfactoren van grote invloed zijn op projectsucces. Het inbouwen van flexibiliteit in projecten staat echter op gespannen voet met de strenge eisen aan het design van gecontroleerde trials. De aandacht die vervolgens uitgaat naar de realisatie van het onderzoeksdesign kan daarbij afbreuk doen aan de tijd en energie die in implementatie wordt gestoken. Een tweede uitdaging is te zoeken naar manieren waarop adaptieve implementatiestrategieën kunnen worden gecombineerd met geschikte onderzoekdesigns.

De noodzaak om adaptieve implementatiestrategieën te combineren met geschikte onderzoekdesigns pleit voor onderzoekdesigns die rekening kunnen houden met de context waarin een innovatie wordt ingevoerd. De projecten van het Deelprogramma Implementatie worden veelal gekenmerkt door een gecontroleerd onderzoeksdesign. Dit design is geschikt om inzicht te krijgen in de vraag of een bepaald werkingsmechanisme effectief is, ongeacht de context. Echter, effectieve implementatie is in grote mate contextafhankelijk. Onderzoek dat inzicht wil geven in de manier waarop een vernieuwing kan worden geïmplementeerd kan zich dus niet beperken tot die vernieuwing zonder oog voor de context, maar zal zich ook moeten richten op de manier waarop contextfactoren een rol spelen, op de vraag welke contextuele factoren bijdragen aan implementatie of deze juist belemmeren. Dit vraagt dus om onderzoekdesigns die inzicht geven in de *condities* waaronder een vernieuwing effectief kan worden geïmplementeerd. In het jargon van het onderzoekdomein van de realistische evaluatie gaat het om onderzoek naar ‘conditional if-then relationships’(14).

Naast het belang rekening te houden met context, constateerden we ook het belang van het kunnen meebewegen met veranderingen in de context. Ook dit belang stelt eisen aan de onderzoekdesigns. Eerder betoogden we dat het van belang is te komen tot adaptieve implementatie strategieën. Parallel hieraan ontstaat de behoefte aan onderzoekdesigns die ruimte bieden voor de noodzakelijke dynamiek. Er wordt op verschillende fronten nagedacht over dit soort strategieën, en er is ook al veel kennis beschikbaar. Pragmatische trials, natuurlijke experimenten en observationele designs kunnen meer inzicht geven waarbij rekening gehouden wordt met contextfactoren (5,15,16). Momenteel wordt binnen een ZonMw project verder gezocht naar alternatieven voor de RCT (17). Binnen de beperkte financiële ruimte in Nederland voor implementatieonderzoek is het wenselijk dat dergelijk onderzoek gesteund wordt vanuit bestuurders.

Aanbeveling 2. *Zorg voor geschikte onderzoeksdesigns*
Het inbouwen van flexibiliteit in projecten staat op gespannen voet met de strenge eisen aan het design van gecontroleerde trials. De uitdaging is te zoeken naar manieren waarop flexibele implementatiestrategieën kunnen worden gecombineerd met geschikte onderzoekdesigns. Hier ligt een taak voor het **onderzoeksveld** weggelegd**.** Binnen de beperkte financiële ruimte in Nederland voor implementatieonderzoek is het wenselijk dat het creëren van ruimte voor dergelijk onderzoek gesteund wordt vanuit **bestuurders**. Daarbij zou aansluiting gevonden kunnen worden bij de wetenschapsagenda.

3. De noodzaak om condities te onderzoeken die bepalend zijn voor het realiseren van effectiviteit, implementatie en inbedding.

Het belang van context als beïnvloedende factor is dus al eerder in het programma gesignaleerd. De drie voorlopende rapporten over het deelprogramma Implementatie benadrukten dat de uitkomst van veel projecten beïnvloed wordt door contextuele factoren (1,2,3). Maar ook internationaal wordt het belang van context benadrukt (8,9). The Health Foundation stelt zelfs dat context allesbepalend is bij kwaliteitsverbetering in de zorg (8). Context lijkt hiermee een nieuw cruciaal thema te zijn als het gaat om implementatie van kennis in de praktijk. Er is kennis beschikbaar over conceptuele kaders die meer rekening houden met veranderende omstandigheden, zoals het werk van Carl May met betrekking tot Normalisation Process Theory (13), benaderingen gebaseerd op Actor Netwerk Theorie (10), het Consolidated Framework For Implementation Research (CFIR) (11), de Complex Adaptive System Theorie (18) en het PRISM raamwerk (19). Voor de analyse van de interviews hebben we dit laatste model gebruikt, omdat het model ingaat op de mogelijke relevantie van en de mogelijke samenhang tussen factoren. De andere kaders kunnen mogelijk ook van waarde zijn, deze kaders gaan in op respectievelijk sociale mechanismen bij het implementeren van vernieuwingen, de invloed van een veranderende werkelijkheid, het genereren van betekenisvolle uitkomstmaten voor patiënten en voor meerdere settingen, en het lerende vermogen van onderlinge verbonden niet-lineaire componenten binnen complex systeem die de mogelijkheid hebben zich aan te passen op basis van eerdere ervaringen. Nader onderzoek naar deze concepten kan lonen. Daarnaast wordt binnen beleidsevaluaties gebruik gemaakt van realistic evaluations (14). Realistic evaluation maakt onderscheid tussen context, mechanisme en uitkomst. Door een bepaald mechanisme zo uitgebreid mogelijk toe te passen, de context in kaart te brengen en de uitkomsten te bestuderen, is een goed en gedegen beeld te vormen van de werking van het mechanisme. Het toont of de interventie werkt, voor wie het werkt en onder welke omstandigheden het werkt. Wij denken dat parallel aan een grotere aandacht voor context in implementatieprojecten, een grotere inzet van onderzoekdesigns met oog voor de context kan bijdragen aan effectievere implementatie.

Naast ontwikkelingen op het gebied van theorievorming zijn ontwikkelingen gaande op het gebied van hulpmiddelen voor het veld om succesvolle implementatie mogelijk te maken. Zo bestaan er HARING-tools (20) en Implementatiechecklists voor onder andere Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden (21). Deze hulpmiddelen zijn vooral bedoeld voor commissies, werkgroepen en andere betrokken partijen om een inschatting te maken van mogelijke barrières bij het verspreiden en implementeren van richtlijnen of kwaliteitsstandaarden. De bestaande hulpmiddelen en instrumenten ter ondersteuning van implementatieprocessen zijn echter nog ontoereikend omdat onvoldoende ingegaan wordt op de manier waarop context en veranderingen in de context in implementatieprocessen invulling zou moeten krijgen. Hier ligt een rol weggelegd voor onderzoekers,

die gebruik maken van kennis van de zorgprofessionals in de praktijk en die juist begeleid worden door ZonMw en gefaciliteerd worden door bestuurders. Implementatie van innovaties is daarmee niet alleen een taak van het veld, maar een gezamenlijke inspanning van zorgprofessionals, bestuurders en onderzoekers.

Als we op basis van de interviews nader kijken naar de elementen van de succesvolle projecten (die inbedding realiseerden in de zorgpraktijk of beleid) en niet succesvolle projecten zien we een aantal aanwijzingen voor mogelijke werkzame componenten.
Ten eerste zijn er een aantal elementen die relateren aan het aanpassingsvermogen van interventies. Deze elementen bevestigen het eerder ontstane beeld uit de projectdocumentatie dat het zinvol is om te werken met flexibele strategieën waardoor het mogelijk is om te reageren op veranderende omstandigheden. Daarbij gaat het dus niet alleen om de mogelijkheden om binnen een interventie aanpassingen te maken, maar ook om te reageren op de context als beïnvloedende factor. Veel ontwikkelingen zijn vooraf niet te voorspellen, zoals veranderingen in wet- en regelgeving, financieringsstructuren of projectmatige belemmeringen zoals personeelsverloop of uitval. Hoewel dergelijke elementen op zichzelf niet van doorslaggevend belang waren volgens projectleiders voor het falen van interventies, zien we anderzijds dat het vermogen om aan te passen aan dergelijke veranderingen wel van groot belang was volgens projectleiders van succesvolle projecten.
Dat ontwikkelingen niet te voorspellen zijn blijkt ook uit de reacties van projectleiders van niet succesvolle projecten, waar pilot studies zijn uitgevoerd. Uit een aantal pilot studies kwamen essentiële belemmeringen niet aan het licht. Een pilot studie kan dus niet leidend zijn om te denken dat alle relevante belemmeringen zijn geadresseerd. Er moet vooral tijdens het project gekeken moet worden naar actuele belemmeringen die opgelost moeten worden. Dit vraagt ook een andere manier van begeleiden door ZonMw, waarbij tussentijdse voortgangsmomenten zich ook meer dienen te richten op het overkomen van praktische belemmeringen en veranderende omstandigheden.

Ten tweede zijn er een aantal elementen die relateren aan de rol van uitvoerders van de interventie en een goede voorbereiding van de te implementeren innovatie. Zo zien we samenhang tussen de bereidheid van mensen om een interventie uit te voeren, de bruikbaarheid en aanpasbaarheid van de interventie, het vermogen om barrières te overwinnen en de goede relatie en communicatie met uitvoerders van de interventie. Hoewel deze samenhang tussen elementen niet expliciet terugkomt in veel implementatieliteratuur, komen deze inzichten wel overeen met de evaluatie van het ZonMw programma Op Een Lijn (22). Dit rapport onderschrijft het belang van het voordeel van elkaar kennen binnen innovatieve projecten én het belang van eerdere samenwerking tussen partijen. Anderzijds werd ook binnen deze projecten geconcludeerd dat onbekendheid met elkaar een barrière is voor het behalen van beoogde doelen en ambities. Een andere belangrijke conclusie van het rapport was dat het acteren op basis van dagelijkse praktijk tot meer succes leidt dan uitsluitend het uitvoeren van projectdoelsteling. Hiermee wordt wederom het belang bevestigd van het kunnen reageren op actuele en veranderende omstandigheden.

Tenslotte kan worden opgemerkt dat binnen het deelprogramma Implementatie twee doelstellingen gecombineerd lijken te zijn, die lastig te combineren blijken. Als vetrekpunt waren de doelstellingen van het programma enerzijds het genereren van kennis over implementatieprocessen (implementatieonderzoek) en anderzijds het bevorderen van het gebruik van relevante resultaten van doelmatig gebleken zorgvernieuwingen in de zorgpraktijk en beleid (feitelijke implementatie). Dit is in de praktijk echter anders aangepakt. Enerzijds is gezocht naar inzicht in de effectiviteit van innovaties

waarbij voornamelijk gecontroleerde designs zijn ingezet. Het gaat hier om onderzoek gericht op het vaststellen van de werkzaamheid in algemene zin, van het vaststellen van het 'proof of principle'. Dan geldt het nastreven van een zo groot mogelijke interne validiteit als uitgangspunt. Deze doelstelling past goed in het Doelmatigheidsprogramma.
Anderzijds is gezocht naar inzicht in daadwerkelijk implementatie van interventies in de praktijk.
Het daadwerkelijk gebruiken van interventies in de praktijk is een ander doel, waarbij gekeken wordt naar het daadwerkelijk gerealiseerde effect. In de praktijk doen zich andere condities voor en worden interventies aangepast aan die condities. Dit vraagt juist aandacht voor contextfactoren en onderzoek naar die condities waaronder sprake kan zijn van effectieve implementatie (ofwel een grote externe validiteit).

Aanbeveling 3. *Onderscheid implementatieonderzoek van doelmatigheidsonderzoek*
Wij bevelen aan om een helder onderscheid te maken tussen doelmatigheidsonderzoek en implementatieonderzoek. In het geëvalueerde implementatieprogramma werden implementatieprojecten vaak op hun doelmatigheid geëvalueerd, met het daarbij behorende robuuste, maar ook inflexibele design van een (randomised) controlled trial. Kennis van effectieve interventies is echter onvoldoende om te komen tot daadwerkelijke implementatie van effectieve interventies. Daarvoor is onderzoek nodig naar de *condities* die bepalend zijn voor succes. Dit type onderzoek valt binnen het domein van implementatieonderzoek. Bestaande hulpmiddelen en instrumenten ter ondersteuning van implementatieprocessen zijn nu nog ontoereikend omdat onvoldoende ingegaan wordt op de manier waarop context en veranderingen in de context in implementatieprocessen invulling zou moeten krijgen. Hier ligt een rol weggelegd voor **onderzoekers**, die gebruik maken van kennis van de **zorgprofessionals** in de praktijk en die juist begeleid worden door **ZonMw** en gefaciliteerd worden door **bestuurders.** Implementatie van innovaties is daarmee niet alleen een taak van het veld, maar een gezamenlijke inspanning van zorgprofessionals, bestuurders en onderzoekers.

4. De eerstelijnsgezondheidszorg

De commissie Doelmatigheid heeft binnen deze kennissynthese speciaal aandacht gevraagd voor de eerstelijnsgezondheidszorg, omdat een groot aantal projecten is uitgevoerd in deze sector. Opvallend is dat deze projecten vaak niet succesvol waren en geen van de projecten inbedding in de zorgpraktijk of beleid realiseerden. Als reden gaven projectleiders factoren aan die samenhangen met de organisatie en structuur van de eerste lijn. Huisartsen voerden bijvoorbeeld interventies niet uit zoals bedoeld of gaven aan dat de interventie niet aansloot bij hun dagelijkse praktijk. Deze resultaten werden bevestigd in de verdiepende interviews. Deze projecten zijn daarmee een voorbeeld van het bredere beeld, dat onvoldoende rekening wordt gehouden met de context van, in dit geval, de eerste lijn. Dit lijkt ook samen te hangen met de observatie dat het initiatief voor deze projecten veelal niet ligt bij de eerste lijn zelf, maar bij een Universitair Medisch Centrum. Ook voor implementatietrajecten in de eerste lijn geldt dat er meer systematische aandacht moeten zijn aan de praktijk waarin implementatie plaatsvindt.

Aanbeveling 4. *Implementatie van innovaties in de eerste lijn vraagt specifieke aandacht*
De implementatietrajecten in de eerste lijn illustreren het bredere beeld, dat de context waarin een innovatie wordt geïntroduceerd cruciaal is voor het welslagen van de innovatie. Ook voor deze sector geldt dat er meer systematische aandacht moeten zijn voor de praktijk waarin implementatie plaatsvindt. Hier dienen **zorgprofessionals**, **bestuurders en onderzoekers** rekening mee te houden.

5. De rol van uitvoerders

De uitvoerder van een project is vaak verantwoordelijk voor zowel het onderzoek als voor de implementatie. Doorgaans voerden junioren gelinkt aan een UMC de projectorganisatie: van de 41 projecten, zijn er 37 ingediend door een UMC of universiteit gerelateerd aan een UMC. Bij een klein aantal projecten was dit een senior onderzoeker of post doctoraal onderzoeker. Praktijk gerichte instellingen werden vaak wel betrokken, maar vooral als medeaanvrager, adviseur, of medeprojectleider. De junioren vervullen zowel de rol van onderzoeker als van de uitvoerder van het project. Wij vragen ons af of een jonge onderzoeker, in veel gevallen in de rol van promovendus, wel de meest geschikte 'change agent' is en of het een gelukkige keuze is om de rol van promovendus en change in één persoon te combineren. Het gaat immers om geheel verschillende competenties. Daar komt nog bij dat de afhankelijkheid van deze, tijdelijke, medewerker ook als gevolg kan hebben dat de organisatiestructuur wegvalt zodra het project stopt.
Daarnaast blijkt het belang van het uitvoeren van projecten binnen samenwerkingsverbanden uit de interviews. Maar liefst acht projectleiders noemde de bevorderende werking van bestaande samenwerkingsverbanden – vijf projectleiders van succesvolle projecten én drie projectleiders van niet succesvolle projecten. Het vertrouwen in elkaar leidt ertoe dat men iets voor elkaar over heeft en gunt. Deze samenwerkingsverbanden zouden ook eerder een garantie kunnen bieden voor continuïteit.

Aanbeveling 5. *Verduidelijk de rollen van onderzoeker en change agent*
Het verdient de aanbeveling om de rollen van onderzoeker en change agent te verduidelijken en waar nodig, van elkaar los te maken. Een onderzoeker is in veel gevallen niet de meest ideale change agent. Uit de interviews blijkt dat die rol wel belangrijk is. De change agent is vaak iemand uit de praktijk; zoals een medewerker binnen een zorginstelling die daar de weg goed kent en mensen kan verbinden en mobiliseren. Dit betekent dat implementatieonderzoek ondergebracht zou kunnen worden bij inhoudelijk georiënteerde consortia of samenwerkingsverbanden waarin relevante partijen, zorgprofessionals, implementatiedeskundigen en -onderzoekers samenwerken. Deze samenwerkingsverbanden zouden ook eerder een garantie kunnen bieden voor continuïteit. **Zorgprofessionals** kunnen daarbij onmisbare input geven over de praktijk. **Onderzoekers** kunnen als onderdeel van een samenwerkingsverband effectonderzoeken uitvoeren, feitelijke implementatie een duwtje geven en onderzoek doen naar de condities die nodig zijn voor het bereiken van deze effecten in de praktijk. Dit is een andere rol dan tot nu toe werd vervuld. **Bestuurders** dienen daarbij samenwerkingsverbanden te stimuleren.

Gezien de nadruk op de validiteit in de gehonoreerde projecten heeft het accent vooral gelegen op de interne validiteit. Dat valt ook af te leiden uit de schaal van de implementatie: eerder beperkt dan landelijk, waardoor ze eerder het karakter kregen van replicatieonderzoek dan van implementatie.
Natuurlijk levert een grotere aandacht voor de context, dynamische strategieën, passende onderzoekdesigns en meer aandacht voor consortia van praktijk en onderzoek ook nieuwe vragen op voor de manier waarop dit soort projecten kan worden geprogrammeerd.
Een essentieel element in de huidige manier van werken is dat op enig moment een projectplan wordt vastgesteld. Dit plan heeft niet alleen een inhoudelijke betekenis, maar dient ook als basis voor de verantwoording van besteed subsidiegeld. Afwijkingen worden daarbij eerder gezien als uitzonderingen, waarover overleg plaats dient te vinden, dan als essentieel onderdeel van een project. Wij pleiten echter voor het laatste. Dit betekent dat er nagedacht moet worden over programmeringsstrategieën waarin de verantwoordingsfunctie van het projectplan op een andere manier wordt ingevuld.

Aanbeveling 6. *Heroverweeg de manier waarop programmering van implementatieonderzoek tot stand komt*
Onze aanbeveling te komen tot projecten met meer flexibiliteit in implementatieprojecten, stelt ook eisen aan de manier waarop dit soort programma's wordt beheerd. De eis van grotere flexibiliteit betekent dat er door **bestuurders** nagedacht moet worden over de manier waarop dit soort projecten kan worden geprogrammeerd, waarbij er grotere aandacht is voor de context, dynamische strategieën, passende onderzoekdesigns en voor consortia van praktijk en onderzoek.

Kanttekeningen bij deze kennissynthese
Er gelden een aantal kanttekeningen bij het lezen van deze kennissynthese. De analyse van de projectdocumentatie, dat bestaat uit zelfrapportages van de projectleiders, kan onvolledig zijn. Zo is het verdere verloop van een project of van de mate van inbedding in de praktijk niet bekend. Een project na verloop van tijd beter ingebed raken. Anderzijds kunnen projecten ook aan effectiviteit verliezen bij een andere toepassing in de praktijk. Verder betreft dit een observationele studie betreft met redelijk lage aantallen. Ook is het geen omvattend overzicht van het Nederlandse implementatieonderzoek.

Tot slot
Met het afronden van het deelprogramma Implementatie breekt een nieuwe periode aan. De vraag is welke weg implementatie onderzoek en daadwerkelijke implementatie kunnen inslaan om te leiden tot doelmatigheidswinsten. Er is immers meer potentieel om te komen tot daadwerkelijke implementatie van (aannemelijk gemaakte) kosteneffectieve interventies, gegeven de geleerde lessen van het deelprogramma Implementatie. De opbrengsten van deze kennissynthese laten zien dat er tot nu toe onvoldoende oog is geweest voor het specifieke karakter van implementatietrajecten. Implementatieonderzoek is een andere tak van onderzoek dan doelmatigheidsonderzoek. Wij hopen dat onze 'lessons learned' een plek kunnen krijgen in een hernieuwde inzet gericht op het grootschalig in de praktijk toepassen van al die mooie kennis waarover we nu al beschikken. Kennis, over meest effectieve interventies in de zorg, maar ook de kennis over effectieve implementatie- en onderzoeksstrategieën die rekening houden met de context waarin deze interventies hun plek moeten vinden.

Literatuur

1. Wensing M, Ouwens M, Boerboom L, Bal R, de Bont A, de Mul M, Friele R, Heiligers P, van der Niet A. Kennis van Implementatie Programma. 2010 IQ Healthcare, Nijmegen.

2. Niet A van der, Friele RD. Het gebruik van implementatiekennis in implementatieprojecten. Een analyse van 27 projecten uit het ZonMw deelprogramma Implementatie. 2011 NIVEL, Utrecht.

3. ZonMw Programma DoelmatigheidsOnderzoek. Eindevaluatie Deelprogramma Implementatie. 2013 ZonMw, Den Haag.

4. Grimshaw JM et al. Knowledge translation of research findings. Implementation science, 2012.

5. Grol R, Wensing M. 2006. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

6. Flottorp SA et al. 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.

7. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, Robertson N. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2010; (3): CD005470.

8. Health Foundation. Perspectives on context. A selection of essays considering the role of context in successful quality improvement. 2014 Health Foundation, London.

9. Pater C, Sligte H, van Eck E. Verklarende evaluatie: een methodiek. Amsterdam: Kohnstamm Instituut, 2012.

10. Stoopendaal A & Bal R. Conferences, tablecloths and cupboards: how to understand the situatedness of quality improvements in long term care. Social Science & Medicine 2013, 78 (1): 78-85.

11. Damschroder LJ et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation science 2009.

12. Dixon-Woods M. et al. Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. The Milbank Quarterly, 2011, 89(2): 167-205.

13. May, C. 2013. Agency and implementation: Understanding the embedding of healthcare innovations in practice. Social Science & Medicine 78:26-33.

14. Pawson et al. Realist review--a new method of systematic review designed for complex policy interventions. J Health Serv Res Policy, 2005;10 Suppl 1:21-34

15. Inaugurele rede uitgesproken door Anton E. Kunst. Over de bomen en het bos. Evalueren van natuurlijke experimenten in de volksgezondheid. Universiteit van Amsterdam, 3 december 2014.

16. Godwin M, Ruhland L, Casson I, MacDonald S, Delva D, Birtwhistle R et al. Pragmatic controlled clinical trials in primary care: the struggle between external and internal validity. BMC Med Res Methodol 2003, 3: 28.

17. May & Mathiijssen, verslag netwerkbijeenkomst 7 november 2014. http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/implementatie/bruikbaar-onderzoek/

18. McDaniel RR, Lanham HJ, Anderson RA, Implications of complex adaptive systems theory for the design of research on health care organizations. Health Care Manage Rev. 2009 ; 34(2): 191–199.

19. Feldstein AC, Glasgow RE. A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2008 Apr;34(4):228-43.

20. Hilbink M, Ouwens M, Kool T. De HARING-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. Radboud UMC/IQ Healthcare. 2013.

21. Implementatiechecklist. Radboud UMC/IQ Healthcare, Maastricht UMC, NFU, Zorginstituut Nederland. https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Paginas/Implementatiechecklist.aspx?sub=1&fLvlT=Kennisbank

22. de Bakker D, Batenburg R, de Bont A, Bruijnzells M, Maaijen M, Poortvliet P, Schepman S, Tiggeloove N, Valentijn P. Georganiseerd op weg in de eerste lijn. Resultaten van SMOEL – het begeleidend onderzoek van het ZonMw programma Op Een Lijn. Oktober 2014.

Bijlagen

Bijlage 1. Doelstellingen deelprogramma Implementatie door de jaren heen

In de loop der jaren zijn de exacte doelstellingen van het deelprogramma meermalen bijgesteld naar aanleiding van de opdrachtbrieven van VWS en discussies binnen zowel de commissie Doelmatigheidsonderzoek als de commissie Implementatie. Als gevolg hiervan zijn door de jaren heen drie verschillende 'generaties' in doelstellingen te herkennen (ZonMw, 2013).

Focus op implementatieproces (2003-2009)
Bij de start van het deelprogramma Implementatie werd de doelstelling geformuleerd als "het bevorderen van het gebruik van relevante resultaten van wetenschappelijk onderzoek voor doelmatigere gezondheidszorg en het bevorderen van het inzicht in processen van implementatie en zorgvernieuwing." In de open rondes 2004 en 2006 werd het bevorderen van het gebruik van onderzoeksresultaten gezien als primair doel, terwijl het bevorderen van kennis en inzicht in de processen van implementatie nevendoel was. Wel dienden beide aspecten aan bod te komen in een aanvraag en werd in ronde 2006 het belang van innovatieve implementatiestrategieën expliciet benoemd.
Aan het formuleren van deze doelstellingen gingen diverse discussies over de gewenste focus van het deelprogramma vooraf: zouden voorstellen vooral gericht moeten zijn op het bevorderen van feitelijke implementatie, of zou de nadruk moeten liggen op onderzoek rondom implementatie? De commissie Doelmatigheidsonderzoek concludeerde dat juist de samenhang tussen implementatie en onderzoek van belang is voor het deelprogramma, om enerzijds feitelijke implementatie te stimuleren en anderzijds kennis te vergaren over het implementatieproces.
De minister van VWS schreef in haar goedkeuringsbrief van het programma 2003-2006 blij te zijn met de ontwikkeling van het deelprogramma, "omdat doelmatigheidsonderzoek zonder implementatie het onderzoek tot ondoelmatige inzet van middelen maakt". Zij merkte wel op dat het zwaartepunt van het deelprogramma zou moeten liggen bij daadwerkelijke implementatie en niet bij onderzoek naar implementatie.

Focus op bevorderen van generaliseerbare kennis (2007-2015)
De primaire doelstelling van het deelprogramma werd vanaf ronde 2007 geformuleerd als "het verkrijgen van kennis en inzicht in implementatie van zorgvernieuwingen", om daarmee het gebruik van relevante resultaten ten behoeve van een doelmatiger gezondheidszorg te bevorderen. Nog steeds werd gezocht naar "voorstellen met een implementatiedoel gekoppeld aan een kennisdoel". Aan de samenhang tussen implementatie en implementatieonderzoek werd dus vastgehouden, met dit verschil dat de prioriteit verschoof. Deze doelstellingen bleven ongewijzigd tot en met ronde 2012, hoewel er wel accentverschuivingen optraden in de specifieke criteria per ronde.
In de opdracht voor het programma 2007-2009 gaf VWS aan dat partijen die onderzoek nodig hebben voor hun beleid verantwoordelijkheid moeten nemen voor het opstellen van de onderzoeksagenda en voor het implementeren van het onderzoeksresultaat. In de commissie Doelmatigheidsonderzoek is langs deze lijn gediscussieerd over de afbakening van het deelprogramma Implementatie en besproken dat de (potentiële) meerwaarde van het deelprogramma ligt in het verkrijgen van generaliseerbare kennis over implementatie. Geconcludeerd werd dat het bevorderen van kennis en inzicht in implementatie van zorgvernieuwingen hoofddoel is van het deelprogramma. Deze opgedane kennis

dient dan instrumenteel te zijn aan het achterliggende doel om het gebruik van resultaten van wetenschappelijk onderzoek te bevorderen.

Focus op kennis en kosteneffectiviteit van implementatie (2013-2017)
In ronde 2013 moesten voorstellen in het deelprogramma Implementatie gericht zijn op het vergroten van kennis over implementatie van doelmatige interventies en de kosten ervan. Daarnaast dienden voorstellen het gebruik van die kennis te bevorderen. Waar het in eerdere rondes was toegestaan de aard en omvang van het implementatieprobleem nader te onderzoeken als deel van de studie, moesten deze nu al bij het indienen van de subsidieaanvraag worden onderbouwd. Ook werden een kosteneffectiviteitsanalyse (om de te behalen doelmatigheidswinst van implementatie te berekenen) en een budgetimpact analyse verplichte onderdelen van het onderzoeksvoorstel.
In haar opdrachtbrief voor het periodiek programma 2013-2015 gaf de minister van VWS aan dat het programma interactief diende te worden, met ruimte "voor zowel het onderzoeksveld als relevante eindgebruikers zoals VWS, CVZ, NZa en het op te richten Kwaliteitsinstituut". Dit leidde ertoe dat er een koerswijziging werd ingezet voor het gehele programma. Er kwam een gerichte ronde, waarbinnen onderzoek gesubsidieerd werd naar onderwerpen met directe relevantie voor genoemde eindgebruikers. Daarnaast bleef ruimte voor een open ronde, die bleef bestaan uit de drie deelprogramma's. Kernthema's binnen de 'nieuwe koers' van het programma waren (en zijn): praktijkgerichtheid, doelmatigheidswinst en implementeerbaarheid.

Aandacht voor kennisinfrastructuur: Implementatiefellowships (2009-2014)
Het aanstellen van implementatiefellows was een van de verbetervoorstellen naar aanleiding van een externe evaluatie van het programma in 2006. Beoogd werd meer en kwalitatief betere onderzoek aanvragen binnen te krijgen, met als uiteindelijk doel het gebruik van relevante wetenschappelijke resultaten te bevorderen. Een tweede doel was een stimulans te geven aan de implementatiekennisinfrastructuur binnen de (niet-)academische centra en hun regio's. Hiervoor zouden de fellows enerzijds een interne kennis- en adviesfunctie op het gebied van implementatie en implementatieonderzoek moeten vervullen en anderzijds een netwerkfunctie moeten ontwikkelen om bij te dragen aan de opbouw en het onderhoud van deze infrastructuur.
In genoemde evaluatie werd geconcludeerd dat de focus van het deelprogramma Implementatie nader moest worden bezien, met name vanwege stagnatie van het aantal subsidieaanvragen en de matige theoretische kwaliteit ervan. Aanvragers gaven aan moeilijk uit de voeten te kunnen met het vereiste dat onderzoeken generaliseerbare kennis op moeten leveren. Hier tegenover stond dat, naar mening van de commissie Doelmatigheidsonderzoek en de commissie Implementatie, de mogelijke meerwaarde van ZonMw programmatische aanpak van implementatie gekoppeld aan onderzoek juist ligt in het accumuleren en verspreiden van generaliseerbare kennis, om te komen tot een gezamenlijk theoretisch bouwwerk.
Naar aanleiding van bovenstaande discrepantie werd op basis van gesprekken met onder andere betrokkenen bij UMC's geconstateerd dat het belang van implementatie en implementatieonderzoek door klinisch onderzoekers vaak onvoldoende wordt erkend. Ook werd een gebrek aan kennis over implementatieonderzoek geconstateerd. Er bleek behoefte aan het vergroten van implementatiekennis en -deskundigheid binnen de organisatie. De commissie Implementatie en de commissie Doelmatigheidsonderzoek onderschreven daarom het voorstel voor 3-jarige fellowships en in 2009 zijn de eerste implementatiefellows aangesteld.

Bijlage 2. Analyseschema

Projecttitel:
Projectnummer:
Ronde:

Zorgprobleem:
Implementatieprobleem:

Implementatieproject Ja/nee
- □ Geen implementatie, beschrijvend
- □ Proef- of pilot implementatie (proef/pilot)
- □ Implementatie (uitrol)

In het kort:

Thema:
- □ instrumenten ter ondersteuning van implementatie
- □ eerstelijns gezondheidszorg
- □ (naleving) van richtlijnen
- □ de-implementatie
- □ etc

Doelgroep:

Doelstelling:

Tijdspad:

Uitvoering:

Grote veranderingen gaandeweg het project: Ja/Nee:

Uitkomstmaat:

Doel context:
- □ Lokaal (binnen zorginstelling)
- □ Regionaal (meerdere praktijken)
- □ Landelijk

Analyse context ja/nee:
Contextfactoren:
Denk aan:
- Extractie data
- Doelgroep
- Etc.

(implementatie)onderzoek gebonden:

Implementatie gebonden:

Anticiperend implementeren:

Bevorderende en belemmerende factoren:

- □ De vernieuwing
- □ Toekomstige gebruiker
- □ Organisatie
- □ Sociaal politieke omgeving

Verassingen (had je vooraf niet kunnen weten):

Beoogde strategieën:

- Informatief:
- Educatief:
- Faciliteren/Motiverend:
- Sturend

Toegepaste strategieën:

- Informatief:
- Educatief:
- Faciliteren/Motiverend:
- Sturend

Vernieuwing of verbetering:

MIDDELEN:

Verzoek om uitstel geweest ja/nee:
Reden:

Project succesvol geïmplementeerd:

- □ Niet
- □ Deels
- □ Geheel

Reden:

Project doelmatig:

- □ Niet
- □ Deels
- □ Geheel

Informatie over KE:

Toepassing resultaten:

Aanbevelingen:

Opmerkingen:

Quote:

Bijlage 3. Kenmerken van de afgeronde (pilot) implementatie projecten (n=41)

Project / Discipline / Thema Design / Effectief / Kosteneffectief	**Doel onderzoek Interventie / IMP strategie**	**Niveau/ Effecten / Kosten**	**Bevorderende en belemmerende factoren / Context / Adaptieve strategie**	**Inbedding**
94514001 **UMCG** **Dec 2004 – dec 2006** Centralized IMP of accurate and efficient preoperative staging using multislice CT, endoultrasonographic fine needle biopsy (EUS-FNA) and FDG-PE) in esophageal cancer patients. ONCO / Taakhersch Retrospectieve data Strategie effectief: JA **(n=24)** Strategie KE: JA **(n=10)**	Strategie wordt bijgesteld Interventie: CT / FNA / PET diagnostiek tbv stadiëring slokdarmcarcinoom IMP strategie: Centralisatie diagnostiek stadiëring slokdarmcarcinoom (tov een retrospectieve groep) tbv optimalisatie diagnostiek IKN-regio Noord-Oost Nederland	Niveau: patient ervaring, patient uitkomst. Pot. gezondheidswinst: - Korter diagnostisch traject (12 versus 21 dgn) - Lager % onnodige chirurgie (10 versus 19%) Compliance IMP strategie: 82% → 90% (ond z setting; via vragenlijst) Pot. kostenbesparing: Diagnostiek: € 80,- per pat: 80 x 1900 (incid) x 0.8** = € 0.12 miljoen per jaar Onnodige chir.: €9330,- per pat: 9330 x 0.09 x 1900 x 0.8 = €1.23 miljoen per jaar **Totaal: € 1.4 miljoen per jaar**	**Bevorderende factoren:** 1. Uitvoering binnen bestaand netwerk 2. Draagvlak, ziekenhuizen hadden al getekend voor betere zorg. **Belemmerende factoren:** X	Richtlijn: Belang centralisatie erkend; in 2010 richtlijn voor diagnostiek van patiënten met slokdarmcarcinoom gereviseerd (oncoline.nl).
94514107 **Radboud** **Feb 2005 – apr 2008** Cost effectiveness of two different implementation procedures to change clinicians practice roles in the detection of hereditary colorectal cancer. ONCO / Taakhersch Cluster RCT Strategie effectief: JA Strategie KE: JA	Strategie duidelijk Interventie: Uitbreiding taken tbv herkenning zeldzame patiënten met erfelijke darmkanker (Lynch syndroom) – MSI analyse IMP strategie: Procedure A: - Schriftelijk protocol - **Interactieve** scholing - **Centrale** ondersteuning - **Multidiscpl.** bespreking - **Elektr. herinneringssysteem** - Schriftelijke feedback, materiaal, checklist versus controle procedure B (schrift. protocol); 6 centra per procedure	Niveau: gedrag, patient uitkomst. Pot. gezondheidswinst: - 2 keer zoveel patiënten (met Lynch syndroom) opgespoord met A (bij 100% adoptie zou dit meer dan 3 keer zoveel zijn) Compliance tav interventie: 79% (A) versus 59% (B) Pot. kostenbesparing: € 852,- per patiënt (A vs B; € 2949,- per patiënt bij 100% adoptie) Incidentie darmkanker: 9800 per jaar; bij 15-20% erfelijkheid aan de orde 852 x (0.15 x 9800) x 0.8 = **€ 1.0 miljoen per jaar**	Bevorderende factoren: 1. Elektr. herinneringssysteem Belemmerende factoren: 1. Tijdsdruk 2. afwezigheid patholoog 3. Educatieve sessies moeilijk te plannen	Richtlijn: Nieuwe procedure (A) is opgenomen in de CBO-EBRO richtlijn erfelijke darmkanker 2008 (rolverdeling med. spec; met name rol pathologen in multidisciplinaire teams) Nationaal elektronisch systeem zet elektronische reminders voort.
94514217 **Erasmus MC** **Dec 2004 – Juni 2008** Expanding thrombolysis in acute ischemic stroke: organizing effective and efficient daily care in The Netherlands NEURO / Doorbraakmeth RCT	Strategie wordt ontwikkeld Interventie: Trombolyse bij herseninfarct IMP strategie: **Intensieve implementatie-strategie** met interviews, toolkit, workshops, feedback, onderlinge werkbezoeken vs 'Laissez faire'	Niveau: patient uitkomst. Pot. gezondheidswinst: - meer kans om behandeld te worden met trombolyse, minder kans op onterechte of onjuiste contra-indicatie Compliance tav Interventie: % trombolyse: 11.6% in de controlegroep vs 14.9% in de interventieziekenhuizen	Bevorderende factoren: 1. Kleine groep deelnemers Belemmerende factoren: 1. Kleine groep deelnemers 2. Lange duur interventie leidt tot moeheid	Richtlijn: Resultaten zijn geïntegreerd in de herziene CBO-richtlijn Beroerte (2009). Het % trombolyse is door het kennisnetwerk CVA als belangrijke prestatie-indicator aangemerkt. Ook de verzekeraars gaan dit gegeven gebruiken bij de komende tariefbesprekingen.

Strategie effectief: JA Strategie KE: JA	strategie (2 jr follow up) 12 ziekenhuizen (6 per strategie)	Pot. kostenbesparing: € 211,- per patiënt; Totaal: 211,- x 30.000 (incid) x 0.8 = **€ 5.1 miljoen per jaar**		
94514405 **Radboud** **Okt 2004 – juli 2008** (Cost)Effectiveness of the Diabetes integrated care Breakthrough Collabora-tive to improve diabetes care, its health outcomes and economic costs 1eLIJN; Interne geneesk / Doorbraakmethode CT Strategie effectief: JA Strategie KE: JA	Strategie duidelijk Interventie: Richtlijnen Diabeteszorg type 2 IMP strategie: **Doorbraakmethode** Transmurale Diabeteszorg (6 regio's) met expertbijeenkomsten, werkconferenties, multidisciplinair begeleidingsteam versus controle regio's (9 regio's) (2 jaar follow up)	Niveau: gedrag Pot. gezondheidswinst: - Sign meer patiënten vlgs richtlijn behandeld (niet gekwantificeerd) - Resulteert in verbeterde indicatoren voor kwaliteit van leven; lagere bloeddruk, verbeterde therapietrouw, zelfmanagement, keuzeondersteuning; hogere levensverwachting Compliance tav interventie: Sign meer patiënten vlgs RL behandeld (mn **teamkenmerken** hangen samen met resultaat); Pot. kosteneffectiviteit: med kosten: ca. € 50.000,- pp (lifetime, usual care) Investering €22,- pp/jaar in IMP strategie resulteert in (lifetime): ICER: €1.937,- per QALY; QALY 0.44 (mannen; prev: ca. 416.000; NatK) ICER: €1.751,- per QALY; QALY 0.37 (vrouwen; prev: ca. 418.000) Probability >95% interventie kosteneffectief by threshold: €20.000,- per QALY	Bevorderende factoren: 1. Draagvlak: alle HA en INT praktijken bezocht door onderzoeks-consulente 2. Goed samengestelde en samenwerkende teams 3.Dataverzamelaars op locatie Belemmerende factoren: 1. Krappe looptijd 2. Ontbreken van registratiesysteem waardoor veel handmatig onderzoek	Aanbeveling tav richtlijn: Tbv begrip wanneer, hoe en onder welke voorwaarden IMP strategie effect sorteert is meer kennis nodig tav +/-factoren. Met name teamwork en deelname aan specifieke samenwerkingsactiviteiten vormen succesfactoren van de Doorbraakmethode
94514411 – MUMC+ Introduction of a breast cancer care programme in ultra short stay (ambulatory/24 hour stay setting) in 4 early adopter centres: IMP and eval. ONCO/ CHIR / Impstr op mt Voor- en nameting Strategie effectief: JA Strategie KE: JA	Strategie wordt ontwikkeld Interventie: Gestructureerd zorgprogramma ten behoeve van ligverkorting na borstkankeroperatie IMP strategie: Ziekenhuisspecifieke implementatiestrategie: frequente lokale **multidisciplinaire team meetings** gecombineerd met scholing, instructie bezoeken geënt op behoeften van betrokken zkhn	Niveau: patient ervaring, patient uitkomst. Pot. gezondheidswinst: - Gemiddelde % patiënten dat in ultrakort verblijf werd behandeld nam toe van 45% tot 82%. - Totale mediane opnameduur nam één dag af ten opzichte van de uitgangssituatie. - IMP van interventie haalbaar als goed gedefinieerd protocol wordt gevolgd met **specifieke aandacht thuissituatie patiënt** na chirurgie - Geen gegevens bekend omtrent evt. ontwik. / herziening richtlijn Pot. kostenbesparing: € 955,- per patiënt, kosten IMP strategie: € 23,-. Ongeveer 12.456 vrouwen per jaar ((955 x 12.456) – (23 x 12.456)) x 0,8 = ca. **€ 9,3 miljoen per jaar**	Bevorderende factoren: 1. Ondersteuning leiding afdeling 2. Aantal implementatieactiviteiten en patiënten 3. Instructiebezoeken door oz 4. **Adaptieve strategie** strategie: op maat strategie met veel aandacht voor zkh specifieke wensen. Belemmerende factoren: 1. Vertraging afronding oz door nieuwe baan onderzoeker	Lange termijneffecten onderzocht in 171103004
94516105 **Radboud** **Dec 2005 – mrt 2009** Patient-centred IMP of elective single embryo transfer (eSET) in in vitro fertilisation (IVF) and intracytoplasmic sperm injection	Strategie duidelijk Interventie: Terugplaatsing van een embryo na IVF behandeling (eSET) (regulier: in meeste klinieken via gezamenlijk beslisproces van het	Niveau: patient ervaring, patient uitkomst. Pot. gezondheidswinst: - hoger % paren dat beslissing over terugplaatsing aantal embryo's zelf wil nemen (hoger kennisniveau en beter geïnformeerde keuze) - Minder tweelingzwangerschappen; minder complicaties	Bevorderende factoren: 1. Doelgroepen betrokken bij ontwikkeling. 2. **Adaptieve strategie:** studiedesign kan worden aangepast als nodig nav andere studie, met mogelijke politieke beslissingen als gevolg.	Richtlijn: Via het ZonMw programma KKCZ is de multidisciplinaire richtlijn 'subfertilteit' ontwikkeld. Als onderdeel van deze ontwikkeling is ook de deelrichtlijn IVF van de NVOG herzien. De resultaten

(ICSI). GYN / Keuzehulpen, SDM; Fin. incentives, bekost RCT Strategie effectief: JA Strategie KE: JA	paar en hun IVF behandelaar) IMP strategie: Gecombineerde **patiëntgerichte strategie** (tav het terugplaatsen van één embryo, eSET) - keuzehulp - ondersteuning vplk - vergoeding evt extra IVF vs reguliere zorg (geen strategie) 2 IVF centra (Eindhoven / Nijmegen)	Compliance tav IMP strategie: % eSET: 52% (interventiegroep) vs 39% (controlegroep) Pot. kostenbesparing: in totaal €169,75 per paar (incl IMP kosten); Huidige aantal cycli IVF/ICSI is 16669; Gemiddeld ondergaat elk paar 2.1 cycli (unpublished data Brandes cohort) 169,75 x (16.669/2.1) x 0.8 = **€1.1 miljoen per jaar**	Belemmerende factoren: X	van dit project zijn aan de richtlijnwerkgroep aangeboden om verdere implementatie te bewerkstelligen.
94516301 **LUMC** **Apr 2006 – apr 2008** Implementation of the WIP guideline 'Prevention of infections due to urethral bladder catheterization' INF / IMPstrat op maat RCT Strategie effectief: JA Strategie KE: JA	Strategie wordt ontwikkeld Interventie: WIP-richtlijn 'Preventie van infecties als gevolg van blaaskathe-terisatie via de urethra' IMP strategie: 10 zkh **eigen IMP plan** - Infovoorziening (mond/schrift) - Herziening protocol/materialen - Posters - Reguliere bespreking (+/- factoren deels bekend) Tbv terugdringen gebruik van blaaskatheters in aantal en duur.	Niveau: houding Pot. gezondheidswinst: - Geen sign verschil in aantal met blaaskatheter (tendens is afname) - Duur katheterisatie korter: 460 dagen per 100 patiënten - Betere indicatiestelling; **Zicht op +/- factoren** Compliance: Obv ZonMw EV geen gegevens beschikbaar Pot. kostenbesparing: € 537,- per 100 zkhopnames (kosten IMP strategie: ca. €2600,- per zkh) Ruim 2 miljoen zkhopnames per jaar (CBS); 348 zkh in NL: ((537 x (2mln/100)) – (2600 x 348)) x 0.8 = **ca. € 8 miljoen per jaar** NB: 12-29% van zlhpatiënten: blaaskatheterisatie	Bevorderende factoren: 1. **Adaptieve strategie:** eigen strategie per zknh 2. Doelgroep bewust van belang Belemmerende factoren: 1. Samenwerking artsen en verpleegkundigen (wie is waarvoor verantwoordelijk) 2. Tijd, werkdruk, verloop personeel 3.Organisatorische problemen: reorganisaties en bezuinigingen	Aanbeveling tav richtlijn: Werkgroep Infectiepreventie dient in richtlijn meer aandacht te besteden aan alternatieven voor blaaskatheterisatie, zoals gebruik van blaasscan. Richtlijn is in 2010 gereviseerd (wip.nl).
94517005 **AMC** **Feb 2007 – juni 2010** Implementation of Selective Karyotyping in Couples with Recurrent Miscarriage GYN / IMPstrat op maat Voor- en nameting Strategie effectief: JA Strategie KE: JA	Strategie wordt ontwikkeld Interventie: Selectieve karyotypering bij paren met herhaalde miskraam IMP strategie: Selectieve karyotypering mbv model (gebaseerd op 4 risicofactoren) bij paren met verhoogd dan wel verlaagd risico dragerschap chromosoomafwijking Strategie omvat 11 tools (vragenlijst, protocol, elec beslis progr, stroomdiagr, statusblad, zakkaartje, folder) 4 ziekenhuizen in 2 regio's	Niveau: gedrag, patient ervaring Pot. gezondheidswinst: - Minder onnodige tests; therapeutische consequenties zijn beperkt - Zicht op barrières Compliance tav interventie: 50% → 76% (sign toename) in toepassing van selectieve karyotypering na invoering IMPstrategie **Variatie tussen zkh in wijze waarop strategie toegepast. Meeste instrumenten van de strategie eenvoudig toe te passen**, en dus toepasbaar in de klinische praktijk. Pot. kostenbesparing: Totale kosten IMPstrategie: ca. € 62.000,-. 34% minder tests (bij 100% goede toepassing); €1354,- per test; 1354 x 0.34 x 1365 (incid) x 0.8 = **€ 0.5 miljoen per jaar**	Bevorderende factoren: 1. Elektronische beslisregel 2. Vragenlijst voor 1e bezoek thuis 3. Eenvoudige tools 4. **Adaptieve strategie:** eigen strategie zknh 4. Uitvoering binnen bestaande netwerken Belemmerende factoren: 1. Lage respons vragenlijsten	Richtlijn: Een van de tools is de papieren en digitale versie van de herziene richtlijn Herhaalde Miskraam (2007)
94517101 **Radboud** **Mei 2007 – sep 2010** HELPING HANDS - Comparing short-term and sustained effects of strategies to improve nurses'	Strategie duidelijk Interventie: WIP Richtlijn handhygiëne (2007) IMP strategie: SA strategie (gericht	Niveau: gedrag Pot. gezondheidswinst: - Minder ziekenhuisinfecties Compliance tav richtlijn: 21% → 44% (SA) / 60% (EX) ('per	Bevorderende factoren: 1. Intensieve communicatie alle partijen Belemmerende factoren: 1. Handhygiene voor bepaalde	Richtlijn: Ondersteuningspakket (gewoonhandenschoon.nl); onderdeel regulier onderwijspakket (HAN); De V&VN is betrokken bij het ontwikkelen en uitvoeren van

adherence with hand hygiene prescriptions INF / Overig Cluster RCT Strategie effectief: JA Strategie KE: JA	op indiv. profs / organisatie, website, bijeenkomsten, feedback) versus EXtended strategie **(+ sociale invloeden,** team bijeenkomsten) (SA = State of the art; obv literatuur) 67 afdelingen (37 per SA strategie; 30 in EX strategie) in 3 ziekenhuizen	protocol') 6 mnd follow up; sign verschil ten gunste van EX tov SA <u>Pot. kostenbesparing</u>: Bij toename 10% correct handhygiëne kan zkhinfecties 1.5 – 3 % dalen; totale kostenpost €400 miljoen/jaar (100.000 pat.) (bron: handhygieneredtlevens.nl) (min 0.015 / max 0.03) x 400 x 2.3 = € 13.8 – 27.6 mln / jaar (SA tov 'niks doen') (min 0.015 / max 0.03) x 400 x 3.9 = € 23.4 – 46.8 mln / jaar (EX tov 'niks doen') (min 0.015 / max 0.03) x 400 x 1.6 = € 9.6 – 19.2 mln / jaar (EX tov SA) Kosten tgv strategieën: voor het overgrote deel door (vooral) de tijd die nodig is voor meer handhygiëne en voor meer gebruik van handalcohol. Afhankelijk van het precieze scenario bedragen de campagnekosten een kwart tot een derde van de totale kosten. De voorkosten gecorrigeerde besparingen zijn: *EX-strategie: 12,1 - 32,8 miljoen per jaar (tov 'niks doen') SA-strategie: 8,6 - 22,4 miljoen per jaar (tov 'niks doen')* **EX vs SA: 3,5 - 10,4 miljoen per jaar**	indicaties lastiger op te volgen 2. Organisatiestructuur in alle zkh tussentijds gewijzigd naar business units, waardoor cluster randomisatie niet uitgevoerd kon worden als gepland. Hierdoor konden afdelingen autonoom besluiten al dan niet deel te nemen aan wet oz.	**teamgerichte** verbeteractiviteiten.
170993001 **Radboud** **Jan 2009 – sep 2012** Hemorrhagia postpartum (HPP): an IMP study on the NVOG guidelines and MOET instructions GYN / IMPstrat op maat Voor- en nameting Strategie effectief: JA Strategie KE: JA	Strategie wordt ontwikkeld <u>Interventie</u>: NVOG richtlijn HPP en de cursus MOET (ter preventie van HPP) <u>IMP strategie</u>: Obv 'huidige zorg studie' en inzicht +/- factoren IMP strategie ontwikkeld: - Hoog risico checklist (polikliniek) - Time out procedure (verloskamer) - Infomateriaal voor patiënten (poster,folder,website…) 16 ziekenhuizen	<u>Niveau</u>: gedrag <u>Pot. gezondheidswinst</u>: - **Zicht op +/- factoren** voor adherentie richtlijn en MOET-instructie - Verbeterde risico-identificatie en daarmee verbeterde preventie, diagnostiek, behandeling, herstel, organisatie tav HPP zorg <u>Compliance tav interv enie</u>: vóór IMP strategie overall 10-50%. Na IMP strategie veel indicator scores twee keer zo hoog <u>Pot. kostenbesparing</u>: Nog geen definitieve conclusies te trekken (wordt nog gemeten??). Uitvoeringskosten laag (€2000 per zkh) tov hoge kosten van HPP (extra bloedtransfusies, operaties, IC-opnames en meer volgende zwangerschappen begeleid in de ziekenhuissetting): dus het voorkomen van 1 extra fluxus in een ziekenhuis zal al KE zijn.	<u>Bevorderende factoren:</u> x <u>Belemmerende factoren:</u> 1. Juridische problemen met beeld opnames van bevallingen. Vertraging en paar zkh hebben afgezegd. 2. Logistiek, voor 25% van de zkh waren beeldopnames niet mogelijk 3. Tijd 4. Professionals informeerde patiënten nauwelijks over website en patientenpaspoort	Richtlijn: Set indicatoren (22) op het gebied van de preventie, diagnostiek en behandeling van patiënten met HPP en org v HPP zorg. Checklisten/time out procedure worden (hoogstwaarschijnlijk) gekoppeld aan gereviseerde richtlijn (verwacht in 2013)
171003006 - nieuw Current Dutch practice on cesarean sections. Identification of barriers and facilitators for optimal care. GYN / IMPstr op maat Voor- en nameting Strategie effectief: JA Strategie KE: JA	Strategie wordt ontwikkeld <u>Interventie</u>: Keuzehulp wijze bevalling (vaginaal, keizersnee, ongeplande keizersnee) <u>IMP strategie</u>: - Keuzehulp voor patiënten - Training artsen 12 ziekenhuizen (6 interventie, 6 controle)	<u>Niveau</u>: houding, gedrag, patient ervaring, patient uitkomst <u>Pot. gezondheidswinst</u>: - Minder spoed keizersneden - 98 % vd vrouwen gaf aan een keuze gehad te hebben (versus 68% controle zkh) en meer vrouwen kozen voor een geplande keizersnede (41 versus 30%). <u>Compliance tav richtlijn</u>: 56% van de vrouwen meldt gebruik keuzehulp. <u>Pot. Kostenbesparing</u>: In totaal is per patiënte met een keizersnede in het verleden een besparing van 135 tot 177	<u>Bevorderende factoren:</u> 1. Gebruik maken van infrastructuur van het verloskundig consortium <u>Belemmerende factoren:</u> X	Richtlijn: Keuzehulp en predictiemodel worden voorgelegd aan de commissie Richtlijnen van de NVOG.

		euro te verwachten. Door het forse volume (jaarlijks worden circa 15.000 vrouwen na een eerdere keizersnede in Nederland zwanger) komt de geschatte besparing uit op € 2.0 tot €2.65 miljoen euro per jaar.		
171103004 - nieuw Sustainability of changes in health care routines achieved through two different implementation strategies and the ensuing effects on policy cost effectiveness, ONCO/ CHIR/ Doorbraak Cluster RCT Strategie effectief: JA Strategie KE: JA	Strategie duidelijk Interventie: Gestructureerd zorgprogramma ten behoeve van ligverkorting na borstkankeroperatie IMP strategie: Ziekenhuisspecifieke implementatiestrategie: frequente lokale **multidisciplinaire team meetings** gecombineerd met scholing, instructie bezoeken **geënt op behoeften van betrokken zkhn**	Niveau: patient ervaring, uitkomst Pot. Kostenbesparing: Vanuit maatschappelijk perspectief zijn de kosten van het short-stay programma gedaald van €8013 net na afronding van de oorspronkelijke implementatiestudie naar €6526 in de lange termijn meting, met daling van de netto monetaire benefit van €550 naar -€1098.	Bevorderende factoren: 1. Aanwezigheid IMP fellow 2. Uitvoering door 2 onderzoekers (basisarts en gezondheids-wetenschapper) 3. **Adaptieve strategie**: mogelijkheden voor aanpassing van het short-stay programma 4. Institutionaliseren bestaande ziekenhuisorganisatie 5. Korte communicatielijnen tussen de betrokkenen van het multidisciplinaire team 6. Vertrouwen in het programma 7. Spontane spreiding van het program naar andere afdelingen binnen het ziekenhuis Belemmerende factoren: X	Kennisdeling van inzichten in beklijving
94514218 – TNO KvL IMP of a guideline on the management of lumbos. radicular syndrome LRS among GPs, physiother, radiologists and surgeons 1eLIJN/Neuro / IoM, Edu Voor- en nameting Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE (n=3)	Strategie wordt bijgesteld Interventie: Doorverwijzing HA/fysio naar neuroloog bij rughernia (LRS) IMP strategie: Protocol (afwachtend beleid) conform NHG richtlijn LRS met interviews, afspraken HA en FT, handreiking coördinatoren, patientenfolder, bijeenkomsten vs regulier protocol	Niveau: gedrag, patient ervaring IMP strategie (afwachtend beleid): - Daling % onnodig voortijdig binnen 6 weken verwijzingen (na 1 jr) - Procedureel minder geslaagd, want 50% vlgs regulier verwezen (aanbeveling: structurele monitoring nodig tbv bijsturing) - Deels **zicht op +/- factoren** - IMP strategie duidelijk (als resultaat) - Breed toepasbaar - Protocol als aanvulling op richtlijn	Bevorderende factoren: 1. Sleutelrol verantwoordelijke regionale coördinatoren Belemmerende factoren: 1. Doelgroep wil niet afwijken van bestaande procedures 2. Oz in HA praktijk is lastig 3. Beschikbaarheid MRI	Intentie tot hanteren werkwijze deelnemende ziekenhuizen.
94516309 – UMCU General ultrasound screening for developm. dysplasia of the hip at three months of age: 1eLIJN / Taakhersch. Voor- en nameting Strategie effectief: JA Strategie KE: VAR (vw regionale verschillen	Strategie wordt ontwikkeld Interventie: Doorverwijzing CB naar zkh voor beeldvorming (heupdysplasie) IMP strategie: Beeldvorming met echo op de CBs (inefficiëntie doorverw ↓) mbt prevalentie en benodigde investeringen) dmv interviews, opleiding	Niveau: gedrag IMP strategie duidelijk (als resultaat): - Daling onnodige verwijzing: 86%→36% - Deels **zicht op +/- factoren** - Breed toepasbaar na licht aanpassen; voor continuïteit van de know-how en vaardigheden op de CB's zal ECHO screening mbv radiologisch laboranten de betere **structurele organisatie** zijn - 'standardized format' (richtlijn?) wordt aanbevolen	Bevorderende factoren: x Belemmerende factoren: 1. Aansluiten bij drukke praktijk CB 2. Bereidheid doelgroep 3. Evaluatie met ouders	onbekend
170883003 – VUmc Cost-effectiveness of two strategies to implement the NVOG guidelines on hypertension in pregncy	Strategie duidelijk Interventie: NVOG richtlijnen hypertensie in zwangerschap	Niveau: houding, gedrag IMP strategie (BOS): - Leidt tot sign hogere adherentie aan richtlijn - **Zicht op +/- factoren**	Bevorderende factoren: x Belemmerende factoren: 1. Problemen verouderde servers	Richtlijn: BOS besproken met beroepsvereniging NVOG

GYN/Audit, elec beslis on Cluster RCT Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE	IMP strategie: Beslis onderst comp app (BOS) vs regulier (audit / feedback)	- Resulteert in **beslissingsondersteuning** als spin off praktijk; breed toepasbaar	2. Te kleine populatie, mogelijk door minder complicaties dan verwacht, deelname meerdere studies of wisseling zaalartsen. 3. Veranderde praktijk, door resultaten ander oz minder afwachten beleid en minder complicaties.	
94514203 - nieuw Implementation of a new cost-effective treatment (HIT) for patients with therapy refractory auditory hallucinations GGZ Nameting Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE	Strategie ontwikkeld Interventie: Aanbevelingen over risicofactor analyse als instrument voor het implementeren van veranderingen IMP strategie: Regionale dekking met HIT getrainde kernteams, interviews, bijeenkomsten.	Niveau: gedrag, patient ervaring IMP strategie: - 69 behandeling aangeboden (waarvan ttv EV 17 afgerond) - Aantal patiënten dat behandeling start behaalt - Aan het einde van het project werkt de helft van de instellingen nog met HIT	Bevorderende factoren: 1. GGZ-netwerk 2. Doelgroep actief betrokken 3. Projectverantwoordelijkheden beschreven 4. Bereidwilligheid behandelaars Belemmerende factoren: 1. Geen behoefte bij doelgroep 2. Tijd, menskracht en middelen 3. Management steun 4. Projectmanagement en ondoorzichtige organisatiestructuur 5. Veranderende financieringssystematiek	Intentie voor een landelijk HIT-netwerk, startend met de deelnemende instelling van dit onderzoek.
94514205 – AMC Monitoring and improving guideline adherence by an electronic decision support system Cardio / Elec beslis ond st RCT Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE (n=11)	Strategie duidelijk Interventie: NL Richtlijn Hartrevalidatie (multidisciplinair; patiënt-georiënteerd) IMP strategie: CARDSS (Cardiac Rehabilitation Decision Support System): tbv indicatiestelling/ EPD inclusief educatie cursus vs geen besliss ondersteunend syst	Niveau: patient ervaring IMP strategie: - Toename compliance (20-30 %) tav 3 vd 4 revalidatietherapieën die onderdeel uitmaken van de richtlijn - Met betrekking tot leefstijltherapie geen verbetering gemeten. - **Elektronische beslissingsondersteuning** effectiever in het bestrijden van onderbehandeling dan van overbehandeling.	Bevorderende factoren: 1. Doelgroep betrokken bij ontwikkeling, dit gaf draagvlak Belemmerende factoren: 1. Tijd, menskracht, financiering, onwillige ICT afdeling 2. Onvolkomenheid interface 3. Communicatie binnen instelling 4. Variatie in verzameling indicatorvariabelen	Onbekend
94514219 - Trimbos Optimization of the reach of the Liberman modules 'Symptom management' and 'Medication management' GGZ / IMP strat op maat Voor- en nameting Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE	Strategie wordt ontwikkeld Interventie: Liberman modules: 'Omgaan met antipsychotische medicatie' en 'Omgaan met psychotische stoornissen' IMP strategie: In kaart +/- factoren; gecertificeerde trainers; door bijeenkomsten, patiënten informatie, klinische les en opleiding	Niveau: gedrag, patient gemerkt IMP strategie duidelijk (als resultaat): - Systematische integratie van de modules in de dagelijkse praktijk en organisatie - **Zicht op +/- factoren** - **Goede infovoorziening** cliënten, hulpverleners, familie - Training leidt tot meer **kennis** cliënten hoe om te gaan met aandoening evenals probleemsituaties	Bevorderende factoren: 1.Goede projectmanagement 2.Draagvlak en enthousiasme van doelgroep Belemmerende factoren: 1. Ongeschikte projectleider 2. Interventie niet haalbaar voor instellingen en sloot niet aan bij alle soorten patiënten 3. Schaalvergroting binnen GGZ, waardoor lastig op meerdere locaties en units een nieuwe werkwijze van de grond te krijgen	Onderzoeksresultaten verwerkt in een gebruikershandleiding voor de implementatie van de Liberman modules (incl. checklist)
94514407 – LUMC Diagnosis and staging of lung cancer by EUS-FNA	Strategie wordt bijgesteld Interventie: EUS-FNA tbv	Niveau: gedrag, patient uitkomst IMP strategie duidelijk (als resultaat):	Bevorderende factoren: 1. Draagvlak van longartsen en longchirurgen	In de landelijke richtlijn longkanker wordt EUS vermeld als een alternatief voor (kijk)

ONCO / Educatie CT Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE	stadiëring longkanker (ipv kijkoperatie) IMP strategie: **Opleiding** 9 artsen met voorlichting en expertbezoek in 5 algemene ziekenhuizen (versus experts in UMC's)	- In beide groepen kon >50% kijkoperaties voorkomen worden; KE niet onderzocht en gekwantificeerd - IMP strategie goed uitrolbaar naar andere ziekenhuizen	 Belemmerende factoren: 1. Logistieke communicatie tussen longartsen en maag-darm-lever artsen die apparatuur, personeel en ruimtes delen	operaties.
94516313 - GGZinGeest IMP of out-patient schema-focused therapy for borderline personality disorder in three settings GGZ / Educatie / Impstr op mt RCT Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE	Strategie duidelijk Interventie: Schematherapie voor de borderline persoonlijkheidstoornis IMP strategie: IMP schematherapie binnen reguliere GGZ (educatie / intervisie); Effect tel bereikbaarheid van therapeut buiten kantoortijd vs zonder	Niveau: patient uitkomst IMP strategie duidelijk (als resultaat): educatie / intervisie - **Zicht op +/- factoren** - Trainingsprogramma voor therapeuten - DVD-box: Nadort, M. (2005). Schematherapie voor de Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Therapietechnieken. - Ambulante schematherapie voor borderline patiënten is goed implementeerbaar in de reguliere geestelijke gezondheidszorg. - Noodzaak van de telefonische bereikbaarheid van de therapeut buiten kantoortijd kon niet worden aangetoond.	Bevorderende factoren: X Belemmerende factoren: 1. Geen motivatie doelgroep voor intensieve langdurige therapie 2. Uitvoeren therapievorm met weinig therapeuten binnen instelling 3. Geminimaliseerde behandeling tov effectstudie die er aan ten grondslag lag	onbekend
94517103 – Vumc IMP of screening and treatment of high-risk fracture patients by an osteoporosis nurse-practitioner Interne gnsk / taakhersch Voor- en nameting Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE	Strategie duidelijk Interventie: Onderzoek onderliggende osteoporose mbv van DXA-scan bij patiënten met recente fractuur IMP strategie: Systematisch nader onderzoek met DXA door **fracture nurse** bij patiënten >50 jr (rec fractuur)	Niveau: patient ervaring, patient uitkomst IMP strategie: - Nader onderzoek bij 50% patiënten(tov 5% zonder fracture nurse) - 30% daarvan gestart met anti-osteoporose therapie: na 1 jaar therapietrouw 88% - Nieuwe fractuur (na 1 jr) bij 2% van behandelde patiënten (tov 6.5% zonder IMP strategie) - Resultaten in lijn met NL multidisciplinaire CBO-richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie (2011) NB: voor deze richtlijn is subsidie verkregen van ZonMw (in 2008); internat richtlijnen	Bevorderende factoren: x Belemmerende factoren: 1. Tijd METC (per instelling) 2. Werving doelgroep 3. Persoonlijke problemen oz waardoor onderzoek jaar stil 4. Wegbezuiniging van fracture nurse (=interventie/strategie)	Intentie om op te nemen in richtlijn en scholing.
94517301 – AMC IMP of Intensive Insulin Therapy (IIT) in Critically Ill Patients, Targeting at Normoglycemia while Preventing Hypoglycemia IC / Richtlijn/IMPstr o mt Voor- en nameting Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE	Strategie wordt ontwikkeld Interventie: Efficiënte en veilige controle van de bloedglucose van ernstig zieke Patiënten (tight glycemic control,TGC) IMP strategie: Ontwikkeling en IMP TGC richtlijn dmv **multi–facet** veranderingstrategie met training, bijeenkomsten met bespreking barrières, audits, 1-op-1 gesprekken bij weerstand (door getrainde zorgverleners)	Niveau: patient uitkomst IMP strategie duidelijk (als resultaat): - Daling mediane (ochtend) bloedglucose - Aanvankelijk toename incidentie ernstige hyperglycemie; later daling na volledige IMP richtlijn - Nieuwe TGC richtlijn verschilt in aantal essentiële onderdelen van voorheen gebruikte richtlijnen (tav o.a. insuline infusie, voeding, meetfrequentie,…)	Bevorderende factoren: 1. Ontwikkeling met doelgroep 2. Onderstaande belemmerende factoren vooraf bekend en rekening mee gehouden Belemmerende factoren: 1. Verhoogde werkdruk 2. Te weinig apparatuur 3. Angst voor ernstige hypoglycaemie	Onderzoekers beogen een nationale richtlijn op te stellen (uit naam van de Ned Ver voor Intensive Care. Intentie tot vervolgproject met deelnemende instellingen.
94517303 – UMCU IMP of a multiple intervention aimed at optimising prescription of antibiotics for resp. tract infections,	Strategie duidelijk Interventie: Antibiotica prescriptie bij luchtweginfecties door huisarts	Niveau: gedrag IMP strategie: - Totale AB prescriptie daalt met 9%	Bevorderende factoren: 1. **Adaptieve strategie**: 2e interventiegroep (met strategie op ander onderwerp) toegevoegd ipv	Intentie tot vervolg met geschreven subsidieaanvraag.

embedded within ten new practice accredit. of the Dutch College of GPs; an RCT 1eLIJN/Farma / Educatie/Audit Cluster RCT Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE	IMP strategie: **Multiple** IMP strategie: - Scholingsmodule - Verbeterplan - Registratie / Feedback Ter vermindering AB gebruik/prescrip	- Daling AB overprescriptie van 44% → 28%; houdt aan tot tenminste 1 jaar na aanvang IMP strategie; uitkomsten na 2 jaar volgen nog -.Praktijken met een bovengemiddelde antibiotica prescriptie hadden ook een grotere kans op reductie	beoogde controlegroep door wervingsproblemen. Belemmerende factoren: 1. Extractie data 2. Weerstand deelname, door verzakelijking eerste lijn	
94517307 – UMCG Implementation of structural feedback by means of perinatal audit to caregivers in cases of perinatal mortality in the northern part of The Netherlands (IMPACT). GYN /audit,visit, ind feedb Nameting Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE	Strategie wordt bijgesteld Interventie: Perinatale zorg; **Gestructureerde feedback** naar professionals (perinatale audit) IMP strategie: Introductie van perinatale auditbijeenkomsten (obv informatieplan, organisatieplan en trainingsplan)	Niveau: gedrag IMP strategie duidelijk (als resultaat): - onafh voorzitter belangrijke voorwaarde welslagen auditbijeenk. - 65-75% van de perinatale zorgverleners bezochten bijeenkomsten - Dit is excl. HA; zij bezochten zelden bijeenkomst - Conclusie: perinatale **audit** sterk instrument voor behoud en verbetering van de kwaliteit van de perinatale zorg - Toegevoegde waarde: verbetering werkrelatie tussen verschillende beroepsgroepen en afdelingen	Bevorderende factoren: 1. Onafhankelijk voorzitter Belemmerende factoren: 1. Sluit niet aan bij huisartsen, zeer lage deelname aan perinatale audit	Perinatale Audit NL (PAN) heeft methoden overgenomen
94517309 - Radboud Devel. and pilot test of IMP strategy to increase physiother. adherence to evid-based guidelines for patients w low back pain 1eLIJN / Educatie Voor- en nameting Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE	Strategie wordt ontwikkeld Interventie: RLen Lage-rugpijn KNGF IMP strategie: Ontwikkeling IMP progr vlgs Precede Proceed Model. Uitkomst: Kwal. Cursus + onderst module in EPD	Niveau: houding IMP strategie duidelijk (als resultaat): - **Cursus Kwal. bevordering** kan adherentie aan RLen verbeteren - Implementeren van richtlijnen is een complex proces - **Richtlijnondersteunend EPD** kan proces versterken / versnellen - Aanbeveling: cursus in aangepaste vorm op grotere schaal evalueren; exploreren hoe RL ondersteuning in bestaande EPD's kan worden ingepast	Bevorderende factoren: x Belemmerende factoren: 1. Tijd binnen project 2. Tijd benodigd voor ontstaan effecten. 3.Ontwikkelingen op EPD gebied voor FT: EDP strategie weggevallen	onbekend
170883004 –ErasmusMC Individual risk assessment for prostate cancer: an impact analysis ONCO / elec beslis ond st RCohort Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE	Strategie wordt bijgesteld Interventie: Prostaatwijzer(>50 jr) IMP strategie: **Evaluatie** gebruik Prostaatwijzer: besluitvorming tav - wel/niet biopsie (stap 3) - behandeling igv diagnose prostaatkr (stap 6)	Niveau: gedrag IM P strategie duidelijk (als resultaat): - Gebruik Prostaatwijzer 3 varieerde van 83%-100% - 96% van urologen en patiënten volgden een biopsie aanbeveling van Prostaatwijzer 3 op en 64% een niet-biopsie aanbeveling - actief afwachtend beleid advies van Prostaatwijzer 6 werd door bijna alle urologen en patiënten opgevolgd (95%). - Prostaatwijzer overtreft het gebruik van alleen PSA en DRE in de besluitvorming om al dan niet een prostaat biopsie te doen - evt op termijn opname in richtlijn ter ↓ aantal (onnodige) prost. biopsieën	Bevorderende factoren: 1. Alle onderzoeken op 1 dag 2.Communicatie met deelnemers Belemmerende factoren: 1. Tijd 2. Werkelijke kosten onbekend door gebruik DBC (en variatie tussen zkh) 3. Aansluiting praktijk: in aantal zkh was echo op poli niet mogelijk en moest pt ervoor terugkomen	Intentie tot hanteren werkwijze deelnemende ziekenhuizen. Prostaatwijzer nog beschikbaar online (10-2014)
170993002 - nieuw Cost-Effectiveness of two different strategies to improve the quality of antibiotic use in patients with urinary tract infections (UTIs) in the	Strategie wordt ontwikkeld Interventie: Twee IMP strategieën tbv indicatoren kwaliteit antibioticagebruik	Niveau: gedrag IM P strategie duidelijk (als resultaat): - Afname urinekweken omhoog - Aanpassingen volgens richtlijn omhoog	Bevorderende factoren: 1. **Adaptieve strategie:** lokaal organiserend comité Belemmerende factoren:	Intentie om een draaiboek te ontwikkelen voor het uitvoeren van de effectieve verbeterinterventies.

hospital GENM / IMPstr op maat Cluster RCT Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE	IMP strategie: Competitieve feedback: kwaliteit van antibioticagebruik onderling openbaar gemaakt vs. Multi-faceted: feedback, bijeenkomsten, zakkaartjes, extra ondersteuning,	- Geen verschillen op individuele indicatoren	1. Tijd contactpersoon in zkh	
170993007 – nieuw Perioperative diabetes care: developing and testing an implementation strategy in terms of effectiveness, experiences and costs CHIR / IMPstr op maat CT Strategie effectief: JA Strategie KE: NEE	Strategie wordt ontwikkeld Interventie: Stategiet bv kwaliteitsindicatoren optimale perioperatieve diabeteszorg IMP strategie: Multidisciplinair protocol (educatie / feedback) met 36 indicatoren tbv betere perioperatieve diabeteszorg 6 zkhn; 400 patiënten per zknh	Niveau: gedrag IM P strategie duidelijk (als resultaat): - Naleving indicatoren; vaker check perioperatieve glycaemische waarde, IV insuline en glucose waarde - Geen verschillen op patiënt uitkomstmaten	Bevorderende factoren: 1. Doelgroep betrokken bij ontwikkeling 2. Educatie tijdens regulier overleg Belemmerende factoren: 1. Tijd (lokale toetsing, strategie)	Richtlijn: Indicatoren worden voorgelegd aan de commissie Richtlijnen.
94517104 **Trimbos** **Okt 2006 – apr 2010** Effectiveness of a Breakthrough Collaborative aimed at the IMP of depression guidelines in primary and secondary care. GGZ / Doorbraakmethode CT Strategie effectief: ? Strategie KE: ? *(Beoordeeld als ? vanwege zeer lage respons)*	Strategie duidelijk Interventie: NHG Standaard Depressie; Multidiscipl. Richtlijn Depressie (2005) IMP strategie: Doorbraakmethode (stepped care model) in 1e en 2e lijn met tools (bijeenkomsten, audit, feedback, zakkaartje) vs reguliere zorg (15 mnd follow up) Tbv vermindering prescriptie antidepressiva bij lichte depressie; bevorderen andere aanpak HA praktijken / GGZ-instellingen in 10 regio's	Niveau: kennis Pot. gezondheidswinst: - Gelijkblijvende gezondheidseffecten - Na 1 jaar patiënten beter hersteld; eerder aan het werk Compliance tav interventie: Onderdelen depressierichtlijnen zijn beter geïmplementeerd: prescriptie: 44%→25% (vs 50% regulier) Pot. kostenbesparing: €2151 pp (med kosten ↑, niet-med ↓; incl. IMP kosten: €2655 pp). 2151 x 380.000 (prev HA) x 0.8 = **€654 miljoen per jaar (met name op conto € van minder verlies arbeidsproductiviteit)**	Bevorderende factoren: 1. Medewerking GGZ instellingen 2. Financiering interventies door zorgverzekeraar Belemmerende factoren: 1. Extractie data 2. Inclusie doorbraakteams en patiënten 3 Sloot niet aan bij beeld HA waardoor minder niet-ernstige patienten geincludeerd en behandeld 4. Organisatiestructuren schotten tussen afdelingen 5. Samenwerking tussen managers 6. Veranderbereidheid ondersteunende diensten	Richtlijn: stepped care aanpak (obv richtlijnaanbevelingen), kan worden geïmplementeerd in 1elijns depressiepraktijk mbv Doorbraakmethode.
94514010 – ErasmusMC 1eLIJN / Taakhersch Strategie effectief: NEE Cluster RCT	Strategie wordt ontwikkeld Tool (fractuurrisicoscore) + instructie HA / POH tbv RL-en Opsporen hoogrisico vrouwen osteoporose met ondersteuning en advies door oz	Niveau: kennis Resultaat/conclusie: Strategie blijkt niet effectief; er moet gezocht worden naar alternatieve strategieën om 'case finding' van osteoporose te implementeren in de huisartsenpraktijk.	Bevorderende factoren: x Belemmerende factoren: 1. Geen draagvlak voor aanpak (strategieën zouden niet gaan werken volgens HA) 2.Geen tijd voor preventieve activiteiten	Onbekend
94514116 – Radboud GYN / IMPstr op maat	Strategie duidelijk Patiënt- en professionalgerichte	Niveau: kennis Resultaat/conclusie: Geen van beide IMP strategieën liet	Bevorderende factoren: 1. Doelgroep betrokken bij ontwikkeling, dit gaf draagvlak	Intentie tot overdracht resultaten aan beroepsgroep

Strategie effectief: NEE Cluster RCT	strategie tbv naleving RL diagnostiek/ behandeling IVF met educatie, tools, audit en feedback	een duidelijke verbetering zien in naleving van RL-en; geen aanleiding om één van de twee strategieën op grote schaal uit te voeren om het NVOG richtlijn programma te implementeren.	Belemmerende factoren: 1. Slecht functionerend registratiesysteem 2. Strategie sloot niet aan bij doelgroep	
94516113 – Radboud 1eLIJN / Educatie Strategie effectief: NEE RCT	Strategie duidelijk Patiëntgeoriënteerde 'motivational interviewing' (MI) door POH tbv naleving RL diabeteszorg (focus op leefstijladvies). Training, protocol, follow-up middagen.	Niveau: kennis Resultaat/conclusie: IMP strategie heeft geen verschil teweeg gebracht; type 2 diabeten hebben een onrealistisch optimistisch beeld van hun eigen leefstijl; eerst werken aan een goed beeld over een gezonde leefstijl en pas daarna ingaan op de leefstijlverandering	Bevorderende factoren: 1. Aanbieden trainingsprogramma na studie aan de controlegroep gaf bijna geen uitval. Belemmerende factoren: 1. Hoge werkdruk 2. Onvoldoende financiële middelen voor scholing 3. Werven HA praktijken lastig	onbekend
94516202 – UMCU CHIR /Elec beslis onderst Strategie effectief: NEE RCT	Strategie duidelijk Onderzoeken effecten POMB voorspelregel en bereidheid anesthesiol. om deze te betrekken in beslisprocedure, met bijeenkomsten, feedback, elektr. reminder	Niveau: kennis Resultaat/conclusie: Intensivering van behandelen (mbv voorspelregel) was niet voldoende om POMB incidentie te verminderen. Belangrijk dat eerst impact van een voorspelregel wordt gekwantificeerd voordat deze grootschalig wordt geïmplementeerd	Bevorderende factoren: 1. Educatie dmv 1 op 1 voorlichting 2. Het impliciete model dat anesthesiologen gebruiken komt vrij goed overeen met de predictieregel, waardoor toegevoegde waarde van de implementatiestrategie klein is Belemmerende factoren: 1. Variatie in veranderbereidheid doelgroep	Intentie tot vervolgonderzoek
94517102 – MUMC+ 1eLIJN/Farm / Audit, Edu Strategie effectief: NEE	Strategie duidelijk Overdracht kwaliteitsverbetering strategie naar stakeholders in veld tbv naleving RL-en in HA praktijk (DTO-FTO) dmv educatie modules, feedback, audit	Niveau: kennis Resultaat/conclusie: Grootschalige IMP DTO-FTO strategie niet gelukt (gebrek “eigenaarschap”). Interpraktijk-variatie is (te) groot. IMP strategie, die in een kleinere setting KE en haalbaar is gebleken, kan niet zonder meer grootschalig geïmplementeerd worden.	Bevorderende factoren: x Belemmerende factoren: 1. Data extractie: probleem bij/voor huisartsen, en ernstige vertraging door aanlevering data verzekeraars 2. Gebrek aan eigenaarschap. 3. Sluit niet aan bij routines 4. Werving deelnemers door veld	Intentie tot vervolgonderzoek
170883001 – Radboud 1eLIJN/Cardio / Audit,… **(n=11)** Strategie effectief: NEE Cluster RCT	Strategie duidelijk Onderzoeken effecten NHG Praktijkaccreditering tav kwaliteit CVRM (audit / feedback)	Niveau: kennis Resultaat/conclusie: Geen (extra) verbetering in CVRM door de praktijkaccreditering in vergelijking met de controlegroep; hiervoor moeten andere of aanvullende programma’s worden ingezet	Bevorderende factoren: 1. Samenwerking aanbieders van de geëvalueerde interventie Belemmerende factoren: 1. Werving HA praktijken 2. Extractie data	onbekend
170993003 – Radboud ONCO / Keuzeh, SDM Strategie effectief: NEE RCT	Strategie wordt bijgesteld Onderzoeken IMP strategie (keuzehulp / educatie) tbv naleving CBO richtlijn erfelijke darmkanker	Niveau: kennis Resultaat/conclusie: IMP strategie levert geen verbetering in aantal terechte verwijzingen darmkankerpatiënten voor prev maatregelen	Bevorderende factoren: x Belemmerende factoren: 1. Verkorte looptijd door late start, follow-up meting niet verzet 2. Tijd (METC per zkh) 3. Aansluiting doelgroep: zeer lage verspreiding / gebruik van maatregelen.	Hulpmiddelen aangeboden aan beroepsvereniging.

170993004 – UMCU 1eLIJN /El beslis on, Edu Strategie effectief: NEE RCohort	Strategie wordt ontwikkeld Onderzoeken effecten online informatie- en registratie programma voor ouders tbv reductie zorggebruik bij luchtwegklachten	Niveau: kennis Resultaat/conclusie: Online programma geeft geen verschil in HA bezoek en hoeveelheid voorgeschreven medicatie tov reguliere zorg	Bevorderende factoren: x Belemmerende factoren: 1. Inclusie 2. Geen behoeftepeiling doelgroep vooraf.	Intentie tot vervolgonderzoek
170993005 – Radboud 1eLIJN / Educatie Strategie effectief: NEE Cluster RCT	Strategie wordt ontwikkeld Onderzoeken effecten educatie / training / coaching on the job / bijeenkomsten tbv naleving EDOMAH-RL (ergotherapie bij ouderen met dementie)	Niveau: kennis Resultaat/conclusie: Geen verschil tussen ergotherapeuten, begeleid middels nieuwe of oude IMP strategie, in toepassing van EDOMAH	Bevorderende factoren: Belemmerende factoren: 1. Looptijd om effecten te vinden 2. Strategie sloot niet aan bij praktijk 3. Patiënten niet bekend bij HA 4. Doelgroep (multidisciplinair) niet betrokken bij ontwikkeling	Intentie tot vervolgonderzoek
170993006 (go) – AMC GYN / Educatie Strategie effectief: NEE Cluster RCT	Strategie wordt ontwikkeld IMP strategie (obv decision aid voor patienten +/- factoren tav versie bij stuitligging) gericht op voorlichting zwangeren door zorgverleners	Niveau: kennis Resultaat/conclusie: Geen sign verbetering aantal versiepogingen; mogelijk vw specifieke regionale +/- factoren; vereist IMP strat op mt	Bevorderende factoren: 1. Samenwerking arts-onderzoeker en verloskundig-onderzoeker 2. Uitvoering binnen bestaand netwerk consortium Belemmerende factoren: 1.Weerstand tegen randomisatie ivm cursusdag, wegens productieverlies 2. Grote interregionale verschillen	Intentie tot vervolgonderzoek
171003003 - nieuw Effective implementation strategy for electronic Patient Routine Outcome Monitoring (ePROM) in adults with persistent asthma. 1eLIJN / IMPstr op maat Cluster RCT Strategie effectief: NEE	Strategie wordt ontwikkeld Onderzoeken effecten elektr. ondersteuning (+ training / begeleiding) gericht op patiënten met astma	Niveau: kennis Resultaat/conclusie: Geen verschil tussen minimale en maximale strategie ten opzichte van standaard zorg, door te kleine aantallen	Bevorderende factoren: x Belemmerende factoren: 1. Implementatie technische ondersteuning 2. Tijd / belasting uitvoering oz 3. Doelgroep verwachtte bij voorbaat geen voordelen voor patiënt en zorg	Platform wordt uitgebreid naar zelfmanagement van andere aandoeningen.
171003004 – Trimbos GGZ / Taakh, audit, IoM Strategie effectief: NEE Cluster RCT	Strategie wordt ontwikkeld Op maat strategie (intervisie/tel. consultatie HA) tbv naleving RL angst- en depressiestoornissen	Niveau: kennis Resultaat/conclusie: 'Tailored' IMP strategie, aangevuld met training en feedback, heeft geen effect op naleving RL angst en depressie in de huisartsenpraktijk, vergeleken met het aanbieden van training en feedback alleen.	Bevorderende factoren: 1. Accreditatie en training Belemmerende factoren: 1. Tijd (inclusie en strategie)	onbekend

Bijlage 4. Deelnemers implementatiefellows en expert bijeenkomst

Implementatie Fellow	Instelling	Unit/ Betrokkenen
Dr. H.F. van Stel	UMC Utrecht	Julius centrum, klinische epidemiologie Dr. G.J.M.G. van der Heijden
Dr. L. Bodegom-Vos	LUMC	Medische besliskunde Dr. T.P.M. Vliet Vlieland , prof. Dr. Assendelft, prof. Dr. J.Kievit, dr W. van der Hout, dr J. Hoeksema
Dr. A.T.M. Dierick-van Daele	Catharina Ziekenhuis Eindhoven	Wetenschapsbureau Dr. P.L. Batenburg
Dr. M. Zegers	UMCN St. Radboud	IQ Healthcare Dr. H.C.H. Wollersheim
Dr. W.G. Ista	Erasmus MC	Centrum Patiëntgebonden onderzoek, Dr. R.E. Juttmann, prof. Dr M. Hunink
Dr. G. Welker	UMC Groningen	UMC- staf, programma Kwaliteit Prof. dr. ir. C.T.B. Ahaus, Prof. Dr. E. Buskens
Dr. J. Maessen	Maastricht UMC+	CAPRHI, Implementation of Evidence/ Transmurale zorg eenheid Prof. Dr. G.D.E.M. van der Weijden

Expert	Instelling
Prof. dr. M. Wensing	Hoogleraar Implementation Science, UMCN St. Radboud, IQ Healthcare
Prof. dr. M. van Tulder	Hoogleraar Doelmatigheidsonderzoek, VU/VUmc, Department of Health Sciences
Prof. dr. . Bal	Hoogleraar Bestuur en Beleid van de Gezondheidszorg, Erasmus MC, iBMG
M. Rooseboom	Adviseur Veranderen & Implementeren, ZorgInstituut Nederland
Ir.T.A. van Barneveld	Directeur, Kennisinstituut van Medisch Specialisten
C. Stevens	Beleidsmedewerker Citrienfonds, NFU

Bijlage 5. PRISM elementen op basis van de verdiepende interviews

		Succesvolle projecten						Niet succesvolle projecten					
Domein	**Elementen**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Program (Intervention) Organizational perspective*	Readiness	+++	+++	+++	+++	+++	---	---		---		---	---
	Strength of the evidence base	+++			+++	+	---	---					
	Addresses barriers of frontline staff	+++	+	+	+++		+++	---	---	---		---	
	Coordination across departments and specialties	+++							---				
	Burden (complexity and cost)	+	--	--		--		---					
	Usability and adaptability	+++	+++	+++	+++	+++		---	---	---	---	---	
	Trialability and reversibility	+											
	Ability to observe results	+											
Program (Intervention) Patient perspective	Patient centeredness										---		
	Provides patient choices												
	Addresses patient barriers		+		+++								
	Seamlessness of transition between program elements												
	Service and access												
	Burden (complexity and cost)												
	Feedback of results												
External Environment	Payor satisfaction												
	Competition	-						---		---			
	Regulatory environment/legislation	--	+++	+++				---		---			
	Reimbursement/ Budget/ Resources		--	+++	---							---	
	Community resources												
Implementation and Sustainability Infrastructure	Performance data	+											
	Dedicated team	+++		+++	+++	+++	+++	---		---			
	Adopter training and support	+++			+++	+++	+++	---	---				
	Relationship and communication with adopters (bridge researchers)	+++	+++	+++	+++		+++	---	---	---			
	Adaptable protocols and procedures	+++	+	+++	+++			---				---	
	Facilitation of sharing of best												

	practices												
	Plan for sustainability												
Recipients Organizational characteristics*	Organizational health and culture	+				+++		- - -					
	Management support and communication	+++	+++		++			- - -					+++
	Shared goals and cooperation	+++	+++				+++	- - -	- - -				
	Clinical leadership	+++			+++	+++		- - -					- - -
	Systems and training		++									- - -	
	Data and decision support		++										
	Staffing and incentives							- - -					
	Expectation of sustainability/ Climate, tension for change	+++	+++					- - -					
Recipients Patient characteristics*	Demographics												
	Disease burden					+++							
	Competing demands												
	Knowledge and beliefs												
Damschroder et al. (2009) CFIR Framework - Aanvullende elementen													
Intervention characteristics	Intervention source/ not invented here												
	Design quality and packaging			- - -				- - -	- - -				
Outer setting	Cosmopolitanism												
Characteristics of individuals	Individual identification with organisation												
	Other personal attributes (motivation, values, competence)												
Flottorp et al. (2013) TCID Checklist - Aanvullende elementen													
Social, political and legal factors	Contracts												
	Payer of funder policies							- - -					
	Influential people												
	Corruption												
	Political Stability												
Verweij en Friele – Aanvullende elementen													
Aanvullende elementen	Pilot study provided relevant insights		+		+				- - -	- - -	- - -	- - -	- - -
	Factors related to the research		- - -									- - -	- -

	Reorganisations, staff turnover				- -	- -	- -					- - -	
	Active (prior) network	+++	+++	+++	+++	+++			+++		+++		+++
	Change agent as champion	+++		+++	+++	+++	+++						

* Organization to be considered at three levels: leaders, managers, and staff.

nb. Scoring obv aanwezigheid van elementen. Lege velden betekenen dat het element geen rol heeft gespeeld of niet genoemd was in het interview of de projectdocumentatie.

nb2. De scoringslijst gaat uit van de interventie, niet het onderzoek. We hebben projecten geselecteerd waarbij belemmeringen in de context een rol spelen of waarbij sprake lijkt van program failure. De niet effectieve projecten waarbij meer sprake lijkt te zijn van theory failure zijn niet meegenomen.

+++	Bevorderende factor (benoemd in interview)	- - -	Belemmerende factor (benoemd in interview)
++	Bevorderende factor (benoemd in eindverslag)	- -	Belemmerende factor (benoemd in eindverslag)
+	Bevorderende factor (benoemd in projectaanvraag)	-	Belemmerende factor (benoemd in projectaanvraag)