



Implementatie

van EBP Professionals in een context

Bea Tiemens
senior wetenschappelijk
medewerker, ProPersona
Centre for Education and
Science, directeur Centrum
voor Zorgmonitoring en
hoofd Onderzoek Indigo
Service Organisatie

Guus Munten
docent en onderzoeker,
Fontys Hogeschool Eindhoven

Hester Vermeulen
stafadviseur en senior
onderzoeker, afdeling
Kwaliteit en Proces Inno-
vatie, AMC Amsterdam en
lid lectoraat EBN, Amster-
dam School of Health Pro-
fessions, Hogeschool van
Amsterdam

De implementatie van zowel evidence-based behandelingen als het evidence-based gedachtegoed verloopt vaak moeizaam. Om het primaire proces te veranderen wordt veel inspanning gericht op de professional. Dat lijkt niet voldoende te zijn. Is die professional zo onwillig? Nee, de professional handelt in een context die minstens zo belangrijk is in implementatieprocessen.

» Het implementeren van evidence-based practice (EBP) valt nog niet mee. Er is veel geschreven over de kloof tussen praktijk en wetenschap en over het beperkte gebruik van wetenschappelijke kennis door verpleegkundigen.^{1,2} Verpleegkundigen gebruiken de kennis die ze in hun mbo- of hbo-opleiding hebben geleerd. Als ze in de praktijk tegen een probleem of kennistekort aanlopen, vragen ze eerder een collega dan te rade te gaan bij de wetenschappelijke literatuur.³ Ook als het gaat om concrete interventies of handelingen zijn tradities zeer sterk.^{4,5} Zelfs als er stevige implementatieprojecten worden ingezet, lijkt het niet altijd te lukken. Het resultaat van een serie goed begeleide doorbraakprojecten in de

geestelijke gezondheidszorg bleek bijvoorbeeld zeer teleurstellend.⁶

Waarom is de implementatie van EBP zo moeilijk?

Bij de implementatie van EBP, van een evidence-based behandeling of richtlijn, komen verpleegkundigen meerdere barrières tegen. Deze barrières worden vaak als bijzonder of uniek voor de betreffende context ervaren.⁷ Uit een systematische review van Kajermo et al. blijkt echter dat veel barrières consistent zijn in de tijd en niet gerelateerd zijn aan een locatie, setting of populatie.⁸ Een grootschalige Nederlandse inventarisatie laat

dezelfde barrières zien bij zowel artsen als verpleegkundigen (zie kader 'De top-10 van barrières bij de implementatie van EBP').⁹⁾ Opvallend in deze top-10 is dat alleen de nummers 4, 9 en 10 op het persoons- en vaardighedeniveau van de professional liggen, terwijl we vaak geneigd zijn daar nu juist onze implementatiestrategieën op te richten. De andere barrières betreffen veel meer de context waarin verpleegkundigen werken.

Willen verpleegkundigen niet...

Als we de literatuur lezen over implementatie van EBP in de verpleegkunde en over de hardnekkige tradities die er bestaan^{4,5)}, dan lijkt het alsof we te maken hebben met een onwillige groep professionals die niet wil veranderen. De titels van recente boeken over implementatie suggereren inderdaad dat implementatieproblemen vooral worden veroorzaakt door onwillige professionals. We zien titels als Hoe krijg je ze mee? en Hoe krijg ik ze zover? Ook hier zien we dat implementatiestrategieën vooral op de professionals worden gericht. Natuurlijk zijn kennis en vaardigheden van de verpleegkundige van groot belang als een nieuwe (be)handeling moet worden ingevoerd. We weten echter ook dat implementatietrajecten die zich slechts op één aspect richten, zoals het trainen van vaardigheden, niet of minder effectief zijn dan implementatiestrategieën die meerdere aangrijpingspunten hebben of die een mix aan interventies kiezen die op verschillende barrières ingrijpen.¹⁰⁾

...of wil de organisatie niet?

Verpleegkundigen opereren in een context, maar hoe het precies zit met de invloed van die context en waar interventies op gericht zouden moeten zijn, is nog niet duidelijk. Wensing, Wollersheim en Grol onderscheiden in een meta-review vijf soorten interventies.¹²⁾

De herziening van de rol van de professional. Het betreft hier de wijziging in taken en verantwoordelijkheden van professionals, zoals uitbreiding van de medische rol van verpleegkundigen en het vergroten van de rol van de apotheker. Verhoging van de autoriteit van verpleegkundigen, de derde barrière van Kajermo et al.,⁸⁾ valt hier ook binnen. Uit de review bleek dat de herziening van de professionele rol het professionele handelen verbetert, maar dat het niet duidelijk is of dit ook een positief effect heeft op de patiëntuitkomsten.

Multidisciplinaire teams. Een betere multidisciplinaire samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en andere disciplines verbetert wel de patiëntuitkomsten. De barrières 7 en 8 van Kajermo et al. worden mogelijk door een betere samenwerking opgelost. Deze interventie is vooral onderzocht in populaties met veelvoorkomende chronische aandoeningen, zoals hartfalen en reumatoïde artritis.

Geïntegreerde zorg. Het betreft hier georganiseerde systemen met een zorgaanbod voor patiënten met specifieke aandoeningen, ook wel disease-managementprogramma's of 'integrated care' genoemd. Het gaat hier

De top-10 van barrières bij de implementatie van EBP, volgens Kajermo et al.

- 1 Er is onvoldoende tijd in het werk om nieuwe ideeën te implementeren.
- 2 Er is geen tijd tijdens het werk om onderzoeksartikelen te lezen.
- 3 De verpleegkundige vindt dat zij/hij niet voldoende autoriteit heeft om procedures in de patiëntenzorg te veranderen.
- 4 De statistische analyses worden niet begrijpelijk gepresenteerd.
- 5 De relevante literatuur is niet beschikbaar op één plaats.
- 6 De faciliteiten zijn inadequaat.
- 7 Andere staf ondersteunt de implementatie niet.
- 8 Artsen willen niet samenwerken bij de implementatie
- 9 De verpleegkundige is niet op de hoogte van onderzoek.
- 10 De verpleegkundige voelt zich niet capabel om de kwaliteit van onderzoek te beoordelen.

veelal om zorgpaden van screening, voorlichting, behandeling, monitoren en soms ook case management. In geïntegreerde zorgpaden is de samenwerking vanzelfsprekend 'ingebakken'. Ook geïntegreerde zorg is vooral ontwikkeld voor patiënten met chronische aandoeningen. Deze doelgroepen hebben er baat bij en bovendien werkt het kostenbesparend.

Kennismanagement. Hiermee wordt een optimale organisatie van kennis in een instelling bedoeld. Het gaat veelal om elektronische patiëntendossiers en een beter gebruik van ICT. Hiermee zou bijvoorbeeld ook de voor verpleegkundigen relevante literatuur beter toegankelijk kunnen worden gemaakt (barrière 5) en kunnen verpleegkundigen eenvoudiger op de hoogte worden gebracht van nieuw onderzoek (barrière 9). Het beter gebruikmaken van computers in de klinische setting verbetert zowel het professionele handelen als de patiëntuitkomsten.

Kwaliteitsmanagement. Dit is een managementbenadering gericht op het voortdurend verbeteren van de zorg, meting en analyse van de uitkomsten en leiderschap dat hierop gericht is. Het effect van deze benadering is noch op het professionele handelen noch op patiëntuitkomsten duidelijk.

Als we deze review naast de barrières van Kajermo et al. leggen, kunnen met bovenstaande interventies een aantal van de barrières worden verholpen. Dit schept mogelijkheden, maar geeft nog niet aan hoe we uit alle strategieën de meest passende kiezen.

Het implementatieproces

Welk implementatiemodel kiezen?

Er zijn boeken volgeschreven over implementatiemodellen. Ook in overzichtsartikelen, zoals Van Achterberg et al.¹³⁾, worden diverse modellen beschreven, zoals het Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care, het Stetler-model, het Pettigrew and Whipp-model, het Promoting Action in Research Implementation in Health Services (PARiHS)-model, het model van Evidence-Informed Nursing en het Model for Effec-

tive Implementation. Hoewel de modellen allemaal anders heten, zijn er veel overeenkomsten. De modellen gaan allemaal uit van verschillende stappen in het proces en ze houden bijna allemaal rekening met verschillende aspecten van implementatie, zoals de cultuur, de doelgroep van professionals en de aard van de verandering die doorgevoerd moet worden.

Een snuffe leiderschap?

In recent onderzoek is gekeken naar de rol van de organisatiestructuur. Onderzocht is bijvoorbeeld de vraag of het wat uitmaakt of de gezondheidszorginstelling een publieke of private instelling is en er is gekeken naar de rol van organisatorische ondersteuning.¹⁴⁾ Private instellingen bleken meer ondersteuning voor EBP te leveren dan publieke instellingen. Ook is de combinatie onderzocht van actief leiderschap aan de top van de organisatie dat EBP ondersteunt met de herziening van de klinische processen die EBP ondersteunen en waarin EBP is ingebed en senior management dat EBP ondersteunt en meeneemt in strategie en structuren. Naarmate een instelling trouwer is aan het model met deze drie ingrediënten, wordt de betreffende interventie beter geïmplementeerd.¹⁵⁾

Hoe houden we het scherp?

Bij het implementeren van evidence-based behandeling en evidence-based gedachtegoed spelen dus vele factoren een rol. Hoewel we ons vaak vooral richten op het primaire proces en het handelen van de professional, speelt de context een niet onbelangrijke rol, zoals de ondersteuning en facilitering, de inbedding in de zorgprocessen, de samenwerking met andere professionals en de ondersteuning door alle lagen van het management. Hierin zien we bijna de gehele top-10 aan barrières weer-

spiegeld. De vraag blijft echter hoe we in een implementatieproces al deze zaken scherp houden.

How to manage complex change?

Soms moeten we even over de eigen muren heenkijken. Eind jaren tachtig van de vorige eeuw werd in de onderwijskunde door Ambrose¹⁶⁾ een eenvoudig model ontwikkeld onder de naam 'managing complex change'. Het is eenvoudig en breed tegelijkertijd en daardoor ook goed te gebruiken in combinatie met stappenplannen of andere implementatiemodellen. Het gaat uit van vijf voorwaarden waaraan een veranderingsproces moet voldoen: visie, vaardigheden, drijfveren/incentives, middelen en een plan van aanpak. Als een van deze voorwaarden ontbreekt, ontstaat er een probleem (zie figuur 1). We zien veel van wat we hierboven hebben beschreven over de context terug in dit model en kunnen de meeste barrières onderbrengen bij een van de voorwaarden.

Zien we wat over het hoofd?

Visie

De visie op een implementatie- of veranderingsproject moet weergeven waarom we iets gaan implementeren of veranderen en waar we naartoe gaan. Een veranderingsvoorstel geeft nogal eens de vraag: 'doen we het dan niet goed?' Dit kan niet alleen afgedaan worden met het antwoord dat het altijd beter kan. Cijfers kunnen dit onderbouwen, uit onderzoek of uit best practices die laten zien dat het inderdaad beter kan en hoeveel beter. Uit de barrières, maar ook uit de effectieve interventies en processen, blijkt hoe belangrijk het is dat iedereen het over de visie eens is; verschillende disciplines en de managers uit alle lagen. Er ontstaat verwarring als de visie niet eenduidig is en niet door de gehele organisatie wordt gedragen.

Figuur 1
Managing complex change

visie	vaardigheden	drijfveer	middelen	plan van aanpak	
					succesvolle verandering
	vaardigheden	drijfveer	middelen	plan van aanpak	verwarring
visie		drijfveer	middelen	plan van aanpak	onzekerheid
visie	vaardigheden		middelen	plan van aanpak	weerstand
visie	vaardigheden	drijfveer		plan van aanpak	frustratie
visie	vaardigheden	drijfveer	middelen		valse start

Vaardigheden

Met de benodigde vaardigheden moet worden weergegeven hóe er veranderd moet worden. Wat moeten de professionals anders gaan doen? Welk veranderingsmechanisme is daarvoor nodig? De vaardigheden worden meestal niet overgeslagen, maar soms wordt een verandering te gemakkelijk ingeschat. In de geestelijke gezondheidszorg wordt momenteel zwaar ingezet op het implementeren van Routine Outcome Monitoring (ROM)¹⁷⁾, het volgen van de respons van cliënten op de behandeling door middel van vragenlijsten. Er wordt veel geïnvesteerd (middelen) in geautomatiseerde ROM-systemen, maar soms wordt vergeten de behandelaren te leren hoe ze de resultaten moeten bespreken met hun cliënten. Daardoor ontstaat onzekerheid.

Drijfveren

Voor professionals, maar ook voor managers, moet helder zijn wat de vernieuwing oplevert. Als ze de waarde er niet van inzien, ontstaat logischerwijs weerstand.

Waarom zul je iets anders gaan doen als je het nut er niet van inziet? Bewustzijn is hierin een belangrijk aspect. Barrière 9 speelt hierin ook een rol: de verpleegkundige is niet op de hoogte van onderzoek. Hierin ontbreekt bewustzijn dat het gebruik van wetenschappelijke kennis tot betere zorg kan leiden, minder complicaties of een hogere patiënttevredenheid. Drijfveren kunnen ook praktisch vorm worden gegeven als beloningen voor bijvoorbeeld een team dat goed presteert.

Middelen

Middelen worden altijd als duidelijke barrières weergegeven: tijd, secretariële ondersteuning, automatisering van processen enzovoort. Ze worden soms te gemakkelijk afgedaan. Maar als een invoering van een interventie veel tijd kost, inloggen in meerdere systemen vraagt of het gebruik van lastige formulieren impliceert, treedt al snel frustratie op. Het gebrek aan autoriteit kan ook als middelengebrek worden gezien: wel ideeën hebben om iets te veranderen, maar niet de macht, het mandaat om het door te voeren.

Plan van aanpak

Een helder plan van aanpak is nodig om goed van start te gaan. Informatievoorziening door voorlichtingsbijeenkomsten, folders en filmpjes moet de voorgaande voorwaarden duidelijk maken: waarom doen we dit, hoe gaan we het doen, wat levert het op, hoe wordt het gefaciliteerd? Daarna moet voor iedereen duidelijk zijn wat de stappen gaan worden in de tijd en hoe het eindstation eruit moet zien.

Geen gebrek aan wil, maar aan randvoorwaarden

Implementatie van EBP is niet eenvoudig. Er spelen veel factoren een rol, waarvan het moeilijk is ze allemaal in het implementatieplan mee te nemen. Het model van

managing complex change kan helpen om de context en de verschillende lagen in de organisatie in beeld te krijgen en te houden. Het kan ook omgekeerd helpen om een gat in het implementatietraject te ontdekken door aan de rechterkant te beginnen. Er zijn morrende professionals, wat is er precies aan de hand? Bij frustratie zit het probleem in de middelen, bij verwarring in het ontbreken van een visie of in de aanwezigheid van meerdere visies in de organisatie enzovoort. Het model geeft goed weer dat het probleem vaak niet ligt bij onwillige professionals, maar dat problemen in een implementatietraject vaak een signaal zijn voor het ontbreken van bepaalde voorwaarden. Elk van de voorwaarden zal in een artikel in de komende nummers van dit jaar centraal staan. «

Literatuur

- 1) Pravikoff DS, Tanner AB, Pierce ST. Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice. *Am J Nurs* 2005; 105:40-51.
- 2) Ozsoy SA, Ardahan M. Research on knowledge sources used in nursing practices. *Nurse Educ Today* 2008; 28:602-209.
- 3) Thompson C, McCaughan D, Cullum N, Sheldon T, Raynor P. Barriers to evidence-based practice in primary care nursing: why viewing decision-making as context is helpful. *J Adv Nurs* 2005; 52:432-444.
- 4) Plas M, van Engelshoven I, Mintjes-de Groot J. Doorbreek de rituelen. Utrecht: LEVV; 2008.
- 5) Flynn Makic MB, VonRueden KT, Rauen CA, Chadwick J. Evidence-based practice habits: putting more sacred cows out to pasture. *Crit Care Nurse* 2011; 31:38-62.
- 6) van Splunteren P, van den Bosch A, Kok I, Nuijen J. Evaluatie van ggz-doorbraakprojecten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2011; 66:518-532.
- 7) Carrion M, Woods P, Norman I. Barriers to research utilization among forensic mental health nurses. *Int J Nurs Stud* 2004; 6:613-619.
- 8) Kajermo KN, Boström AM, Thompson DS, Hutchinson AM, Estabrooks CA, Wallin L. The BARRIERS scale – the barriers to research utilization scale: a systematic review. *Implementation Science* 2010; 26:5-32.
- 9) Ubbink DT, Vermeulen H, Knops AM, Legemate DA, Oude Rengerink K, Heineman MJ, et al. Implementation of evidence-based practice: outside the box, throughout the hospital. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011; 69(2):87-94.
- 10) Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation for change in patients' care. *Lancet* 2003; 362:1225-1230.
- 11) Wensing M, Wollersheim H, Grol R. Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implementation Science* 2006; Feb 22.
- 12) van Achterberg T, Schoonhoven L, Grol R. Nursing implementation science: how evidence-based nursing requires evidence-based implementation.
- 13) Aarons GA, Sommerfeld DH, Walrath-Greene CM. Evidence-based practice implementation: the impact of public versus private sector organization type on organizational support, provider attitudes, and adoption of evidence-based practice. *Implementation Science* 2009; 31 Dec.
- 14) VanDeusen LC, Engle RL, Holmes SK, Parker VA, Petzel RA, Nealon SM, et al. Strengthening organizations to implement evidence-based clinical practices. *Health Care Manage Rev* 2010; 35:235-245.
- 15) Ambrose D. Managing complex change. Pittsburgh: The Enterprise Group; 1987.
- 16) van Hees S, van der Vlist P, Mulder N. Van weten naar meten: ROM in de ggz. Amsterdam: Boom; 2011.