

Masterprotocol Resultaten Scoren

Handleiding voor de ontwikkeling van protocollen en kennisdocumenten voor de verslavingszorg

Met dank aan de deskundigen, die genereus hun tijd beschikbaar stelden voor dit project en openhartig en gedetailleerd hun inzichten met ons deelden.

Dat waren:

Drs. L.F. van den Brink	Directeur volwassenenzorg De Hoop
W.A. van der Brugge	Stafmedewerker SVG
Drs. A.A.van Dijk	Manager R&D Leo Kannerhuis
Drs. P. Doedens	Mondriaan Zorggroep Divisie Verslavingszorg
D.D. van Elst	Beleidsmedewerker Centrum Maliebaan
Drs. E.R. Fischer	Trimbos-instituut
G. de Haan	Projectgroep cliëntgestuurde projecten/ docent Hogeschool Windesheim
Prof. dr. G.J.M. Hutschemaekers	Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering
M. Leyenaar	Cliëntenraad Jellinek
Dr. U. Nabitiz	AIAR/Jellinek
Dr. L.E.A.M. Oliemeulen	Onderzoeker IVO/ NISPA
Drs. D. Osseman	JellinekMentrum
J.A. Oude Bos	Projectgroep cliëntgestuurde projecten VNN
Drs. A.J. van der Poel	IVO
Prof. dr. G.M. Schippers	AIAR/Jellinek
Drs. L.I.G. Tielemans	IrisZorg
Dr. B.J.M. van de Wetering	Directie BoumanGGZ
Drs. W.A.J.M. de Wildt	JellinekMentrum
Ir. E.G. Wits	IVO
G. Zwart	Projectleider VIP (VerslavingsInformatiePunt)
Drs. H. van Zwol	LSOVD
De onderzoekers	
Dr. H.A.M. Jansen	
Drs. A. Snoek	

VOORWOORD

Vanaf 1999 is met steun van het Ministerie van VWS gewerkt aan het verbeteren en inzichtelijk maken van kwaliteit voor de verslavingszorg. Dit is gedaan door het ontwikkelen van protocollen, richtlijnen, handleidingen en literatuurstudies, het implementeren van de hieruit voortkomende producten en het borgen van de ontwikkelde kennis en ervaring. In het project is een permanente samenwerking gerealiseerd tussen bestuurders, professionals en wetenschappers.

Aanpassing

Om een uniforme kwaliteit van de ontwikkelde producten te garanderen, zijn de producten aan de hand van een Masterprotocol opgesteld. Dit Masterprotocol is in 1999 vastgesteld en het is gebruikt voor de ontwikkeling van 64 producten. De stuurgroep Resultaten Scoren heeft onlangs IVO in Rotterdam gevraagd dit Masterprotocol te vernieuwen. Het resultaat van deze vernieuwing is het Masterprotocol dat voor u ligt. Bij het opstellen van dit vernieuwde protocol zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- > Het protocol is gebaseerd op de ervaring van de afgelopen jaren.
- > Het protocol is afgestemd op de protocollen en richtlijnen die elders worden ontwikkeld, zoals de Multidisciplinaire Richtlijnen van het CBO en de gedragsinterventies die in opdracht van het Ministerie van Justitie worden ontwikkeld conform de vereisten van de Erkenningscommissie van datzelfde Ministerie. Verder is in deze richtlijnen de bijdrage van cliënten en verwanten duidelijker uitgewerkt en wordt uitdrukkelijker rekening gehouden met de toepasbaarheid voor doelgroepen met een verschillende culturele achtergrond. Ook is het onderhoud van de producten verbeterd.

Resultaten Scoren als keurmerk

Resultaten Scoren heeft zich in de loop der jaren ontwikkeld als een keurmerk. Dit Masterprotocol vormt de onderbouwing van het keurmerk. Afnemers en financiers weten daarmee aan welke kwaliteitskenmerken de door Resultaten Scoren ontwikkelde producten voldoen. Ook kan het keurmerk gebruikt worden voor producten die niet door Resultaten Scoren zijn ontwikkeld. Bij het Masterprotocol is een toets opgenomen. Deze maakt het mogelijk om snel te kunnen beoordelen of een bepaald product voor het keurmerk in aanmerking komt.

Een woord van dank wil ik uitspreken aan de medewerkers van IVO en allen die hen hebben geholpen bij de opstelling van dit protocol. Namens de stuurgroep Resultaten Scoren laat ik u weten dat we bijzonder trots zijn op dit mooie en voor de praktijk zo nuttige en bruikbare instrument.

Martinus Stollenga
Voorzitter stuurgroep Resultaten Scoren

Inhoudsopgave

	P.
Voorwoord	
Inhoudsopgave	3
Verantwoording	4
De afstemming met de EBRO-handleiding voor Multidisciplinaire richtlijnen	6
Fasering	6
Toetsen	9
	11
FASE 0: Het voortraject	
Stap 1. Indiening van een voorontwerp	12
Stap 2. Uitwerking van het ontwikkelplan	
Stap 3. Definitieve aanmelding en startbesluit	
FASE 1. Voorbereiding	
Stap 1. Planvorming	14
Stap 2. Terreinverkenning en knelpuntenanalyse	
Stap 3. Vraagstelling voor de literatuurstudie	
Stap 4. Opbouw van de personele organisatie	
Stap 5. Training van werkgroepleden in de methode van interventieontwikkeling	
Bijlage 1. SMART doelen	
Bijlage 2. Checklist voor de prioritering van uitgangsvragen	
FASE 2. Literatuurstudie, consultatie, aanbevelingen	
Stap 1. De Literatuurstudie	21
Stap 2. Consultaties	
Stap 3. Synthese en aanbevelingen	
Stap 4. Externe toetsing van de literatuurstudie	
Bijlage 1. De beoordeling van effect-evaluatie	
FASE 3. Het programma van eisen	
Stap 1. Operationaliseren van de algemene maatstaven voor interventies	34
Stap 2. Eventueel: aanvulling met context-specifieke maatstaven	
FASE 4. Formuleren en toetsen van het protocol	
Stap 1. Brainstorm over de hoofdlijnen van de nieuwe interventie	37
Stap 2. Valideringsconsultatie medewerkers en cliënten	
Stap 3. Schrijven van het concept protocol	
Stap 4. Toetsing van het concept protocol	
Stap 5. Ontwikkeling van competentieprofielen en trainingsmateriaal	
Stap 6. De cliëntversie van het concept protocol	
Bijlage 1. AGREE	
FASE 5. Interne pilot	
Stap 1. Voorbereiding	42
Stap 2. Nulmeting	
Stap 3. Trainen pilotmedewerkers	
Stap 4. Interne pilot uitvoeren en evalueren	
Stap 5. Bijstellen van het protocol	

FASE 6. Opstellen algemeen implementatieplan	45
Stap 1. Doelstelling en uitkomstmaten	
Stap 2. Analyse van de startsituatie en randvoorwaarden voor de implementatie van het nieuwe protocol	
Stap 3. Bepalen van een strategie	
Stap 6. Stappenplan voor uitvoering van de implementatie	
Stap 7. Planning en begroting	
Stap 8. Externe toetsing van het implementatieplan	
Bijlage 1. Veranderingsbereidheid: Koplopers, middengroep en achterblijvers	
Bijlage 2. Bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie	
Bijlage 3. Implementatie-activiteiten (strategieën)	
FASE 7. Externe pilot	55
Aandachtspunten	
FASE 8. Implementatie en onderhoud	56
Stap 1. Overdracht aan de stuurgroep	
Stap 2. Overdracht aan het veld	
Stap 3. Toetsing van de integriteit en continuïteit van de implementatie	
Stap 4. Onderhoud	
Toetsen voor de beoordeling van protocollen op specifieke criteria	59
Toets 1: Participatie Cliënten en Verwanten	
Inleiding	
Toetsvragen:	
Toelichting en uitwerking	
Verwantenparticipatie	
Toets 2: Participatie Allochtone Cliënten	
Inleiding	
Toetsvragen:	
Toelichting en uitwerking	
Toets 3: Competentieprofielen voor personeel	
Toetsvragen	
Toets 4: Justitiabele Cliënten	
Toetsvraag	
Uitwerking en toelichting	
Vergelijking van de TR kwaliteitscriteria met die van Resultaten Scoren producten	
Toets 5: Actualisering	
Toets 6. Resultaten Scoren Keurmerk	
Literatuurlijst	76

Verantwoording

Het Masterprotocol Resultaten Scoren is een handleiding voor de ondersteuning van auteurs en werkgroepen bij het ontwikkelen van richtlijnen, protocollen en kennisdocumenten ten behoeve van de verslavingszorg. In deze nieuwe versie is een groot aantal wijzigingen en toevoegingen aangebracht vergeleken met de oude versie van het Masterprotocol uit 1999. Dit is deels gebeurd op basis van ervaren tekortkomingen in de oude versie en deels op basis van nieuwe ontwikkelingen. De belangrijkste vernieuwingen zijn:

1. Vergroting van de bruikbaarheid door meer detaillering en praktische aanwijzingen in de handleiding en aanpassing van het in de oude versie veelal bedrijfskundige taalgebruik.
2. Uitbreiding van de handleiding met aanwijzingen voor:
 - a. de participatie van cliënten in de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen
 - b. specifiek ook: de participatie van allochtone cliënten
 - c. definitie van benodigde competenties voor de uitvoering van de beoogde interventies
 - d. de selectie van uitkomstmaten
 - e. effectieve implementatie van de te ontwikkelen protocollen/richtlijnen
3. Afstemming met de EBRO-handleiding.
4. Afstemming met de eisen die gesteld worden door het Ministerie van Justitie met betrekking tot interventies voor gedetineerden / justitiabelen.
5. Aanwijzingen voor de actualisering van bestaande protocollen
6. Advies voor de beoordeling van protocollen die buiten Resultaten Scoren zijn ontwikkeld.

De meest ingrijpende operatie was de afstemming met de EBRO-handleiding. Deze wordt hieronder afzonderlijk behandeld. De overige vernieuwingen hebben geresulteerd in uitbreiding en detaillering van het stappenplan en de toevoeging van een bijlage met afzonderlijke toetsen.

De afstemming met de EBRO-handleiding voor Multidisciplinaire richtlijnen

Kort nadat de eerste versie van het Masterprotocol Resultaten gereed kwam, werd door het platform 'Evidence Based Richtlijnontwikkeling' in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO de EBRO-handleiding gepubliceerd. Op basis van die handleiding werden multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld voor de GGZ, waaronder een richtlijn voor alcoholverslaving en een voor drugsverslaving.

Aangezien de werkingsterreinen van CBO en Resultaten Scoren elkaar nu overlappen is onderlinge afstemming anno 2007 van belang.

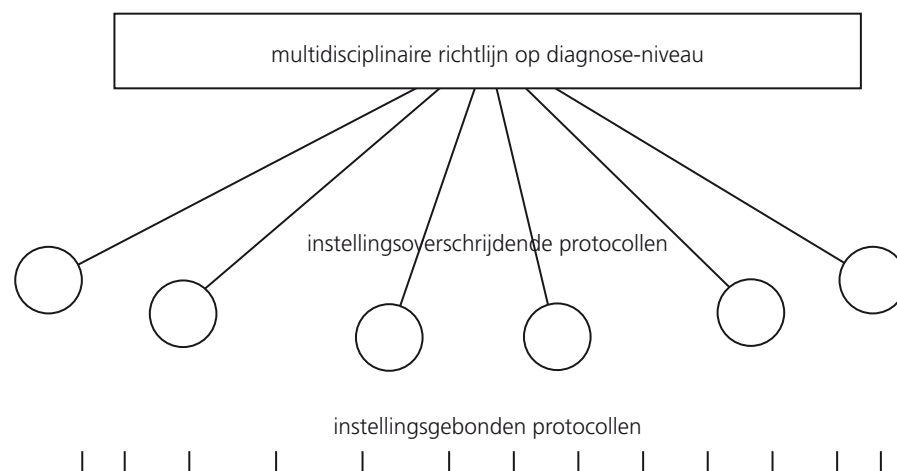
Daarbij is op de eerste plaats nodig dat de termen 'richtlijn' en 'protocol' eenduidig worden gebruikt. Met 'richtlijn' bedoelen wij een document dat aanbevelingen, adviezen en instructies geeft als ondersteuning van besluitvorming in de zorg (door professionals en cliënten). Richtlijnen gaan over *wat* er gedaan moet worden, protocollen gaan over *hoe* het moet. Een *protocol* is de verzameling werk- en handelingsinstructies voor de uitvoering van behandeling of zorg door een hulpverlener en/of organisatie binnen het kader van een richtlijn voor de behandeling van een gezondheids- (of gedrags-) probleem van een cliënt. Protocollen reguleren het gedrag van medewerkers en organisaties tot op het niveau van concrete handelingen.

Behalve richtlijnen en protocollen zijn er ook *kennisdocumenten*, meestal literatuurstudies. Daarmee wordt beoogd het gedrag op indirecte wijze te sturen door de beschikbare wetenschappelijke kennis overzichtelijk en toegankelijk te presenteren. (Mulder & Schippers, 2004; J. A. Swinkels, 2003; J.A. Swinkels et al., 2004)

Nu de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling is georganiseerd door het CBO, is het vernieuwde Masterprotocol vooral bedoeld voor het ontwikkelen van instellingsoverschrijdende en instellingsgebonden protocollen. Met instellingsoverschrijdend wordt aangegeven dat de betreffende protocollen door meerdere instellingen gezamenlijk worden ontwikkeld en geïmplementeerd; in het algemeen gaat het dan om protocollen die voor de hele sector relevant geacht worden. In het verleden zijn deze benoemd als richtlijnen (bijvoorbeeld Richtlijn Opiaat Behandeling en Richtlijn Case Management) maar dat lijkt nu minder gelukkig aangezien het toch om gedetailleerde werkinstructies gaat waarin delen van een diagnose-gerichte multidisciplinaire richtlijn worden uitgewerkt.

Het Masterprotocol is bedoeld als leidraad bij het vertalen van multidisciplinaire richtlijnen naar de praktijk in de vorm van instellingsoverstijgende protocollen die opgesteld en getoetst zijn in samenwerking met de beoogde uitvoerende professionals en cliënten uit de doelgroep. Maar het Masterprotocol kan ook heel goed gebruikt worden bij interne protocollen, standaarden voor de behandeling van specifieke problemen, of kennisdocumenten. Bepaalde stappen en procedures van het Masterprotocol zullen daarbij dan niet van toepassing zijn of in een veel lichtere vorm toegepast worden. Bijvoorbeeld bij de ontwikkeling van interne protocollen zal geen stuurgroep gevormd worden en zal de werkgroep van beperkte omvang zijn. In de procedure zal in dat geval geen implementatieplan of een externe pilot worden opgenomen en zal de literatuurstudie beperkter zijn. Bij kennisdocumenten zal alleen het onderdeel literatuurstudie hoeven te worden gebruikt van dit Masterprotocol.

Onderstaand diagram schetst de relatie tussen multidisciplinaire richtlijnen, instellingsoverschrijdende protocollen en kleinschaliger protocollen.



Figuur 1. Richtlijnen en protocollen

De rol van beroepsverenigingen

Anders dan bij de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling is de leiding van het ontwikkelingsproces bij protocollen volgens het Masterprotocol niet in handen van beroepsverenigingen maar van deelnemende instellingen. Beroepsverenigingen worden wel betrokken bij de ontwikkeling van protocollen om de kwaliteit van de richtlijn vanuit hun discipline perspectief te bewaken. De betrokkenheid van beroepsverenigingen kan op verschillende manieren en met verschillende intensiteit worden georganiseerd, afhankelijk van de aard van het te ontwikkelen product en de voorkeuren van de beroepsvereniging. Mogelijkheden zijn:

1. Aan de betreffende beroepsverenigingen wordt schriftelijk gevraagd om de voorgestelde werkgroepleden te accepteren als vertegenwoordiger van de discipline. De beroepsverenigingen kan vervolgens afspraken maken met haar vertegenwoordiger over de wijze van communicatie met betrekking tot de ontwikkeling van het protocol.
2. De beroepsvereniging kan, op basis van rapportages door een disciplinevertegenwoordiger, nader overleg vragen met de voorzitter van de werkgroep.
3. Het concept protocol wordt aan de vereniging ter beoordeling en commentaar voorgelegd.
4. In sommige gevallen kan het wenselijk zijn om beroepsverenigingen te vragen om het protocol te autoriseren.

Methodiek

Net als de EBRO-handleiding is het Masterprotocol erop gericht om zoveel mogelijk relevante wetenschappelijke onderzoeksbevindingen (*evidence*) over effecten van de betreffende interventie en ervaringen met de uitvoering ervan te betrekken in de besluitvorming over het protocol. Naast onderzoeksbevindingen blijft ook intercollegiale consensus op basis van algemenere ervaringskennis van uitvoerend personeel (*best practices*) van belang bij de beoordeling van de kwaliteit van nieuwe interventies. Bovendien moeten ook de wensen en voorkeuren (*preferences*) van cliënten worden meegewogen bij de ontwikkeling van protocollen.

Wij sluiten ons aan bij de formulering van Swinkels et al (2004):

‘De beste methode van richtlijnontwikkeling [en protocolontwikkeling] is die waarbij wetenschappelijke kennis en praktijkkennis, het implementatievraagstuk, de doelmatigheid van behandelingen en de patiënten- of cliëntenparticipatie alle zijn meegenomen’.

Fasering

Het Masterprotocol onderscheidt een voortraject en acht fasen in de ontwikkeling van een protocol:

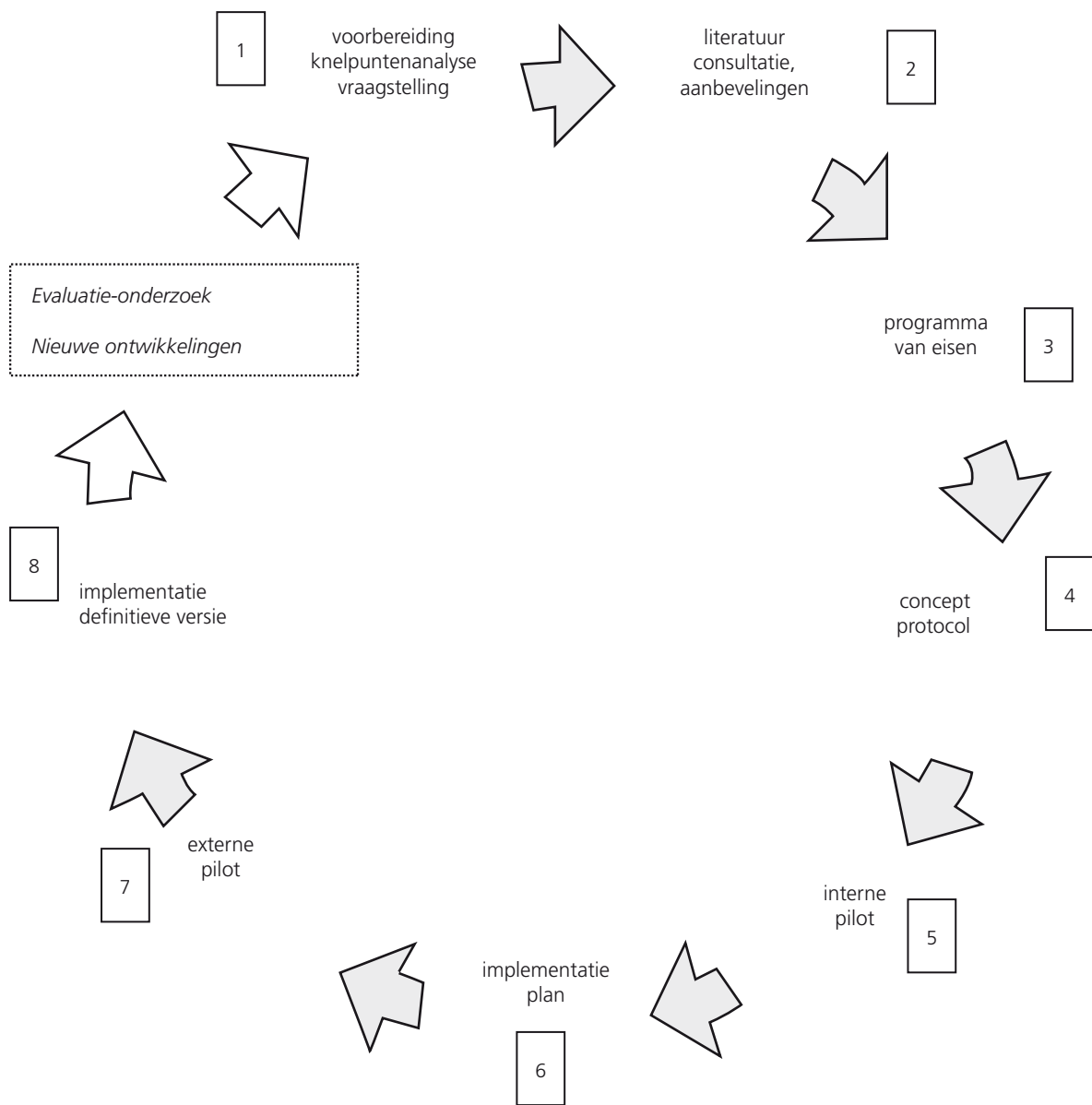
0. Voortraject
1. Voorbereiding
2. Literatuurstudie, consultatie, aanbevelingen
3. Vaststellen van programma van eisen
4. Formulieren en toetsen van de handleiding voor de nieuwe interventie
5. Interne pilot
6. Implementatieplan
7. Externe pilot
8. Implementatie, integraal kwaliteitstraject

De overgangen tussen fasen fungeren als evaluatie- en reflectiemomenten. Na elke stap rapporteert de voorzitter van de werkgroep aan de projectleiding (stuurgroep, directie, afdelingshoofd). Deze bepaalt of de werkgroep door kan gaan met de volgende fase, specifiek tussen fase 3 en 4, 7 en 8.

Hoewel de daadwerkelijke implementatie gestalte krijgt in fase 6 tot en met 8, wordt al bij de start van het ontwikkelen van de interventie rekening gehouden met de implementatie van de interventie. De implementatie naar de werkvloer is een voortdurend aandachtspunt in het hele ontwikkeltraject. De ontwikkeling van een richtlijn of protocol is immers alleen zinvol als het ook in de praktijk gebracht kan worden.

Implementatie is dus niet enkel een fase in het traject, maar het onderliggende doel van elke fase en begint dus al bij het idee. (Zie figuur 2)

Naast de lineaire variant in de fasering kan ook een meer cyclische fasering gehanteerd worden; dat lijkt vooral voordelen te bieden bij de interne pilot. Daarbij wordt de interventie dan per onderdeel uitgetoetst en bijgesteld. Een goed voorbeeld hiervan is de procedure zoals die gevolgd is bij de ontwikkeling van de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (Loth, Olie-meulen, & Jong, 2006).



Figuur 2. De ontwikkel- en implementatiecyclus

Toetsen

Het Masterprotocol omvat behalve het fasenplan ook een aantal toetsen voor de beoordeling van protocollen op specifieke criteria, namelijk:

- > Participatie cliënten en verwanten,
- > Participatie allochtone cliënten,
- > Competentieprofielen voor uitvoerend personeel
- > Justitiabele cliënten
- > Actualisering van bestaande protocollen/richtlijnen
- > Keurmerk Resultaten Scoren

Tijdsinvestering

Het ontwikkelen van een instellingoverschrijdend protocol is een arbeidsintensief proces dat minimaal 1,5 jaar in beslag neemt, maar dat hangt sterk af van de complexiteit van de interventie, de beschikbare werktijd, de opleiding en ervaring van de werkgroepleden en het al dan niet uitbesteden van de literatuurstudie.

Ondersteuning

Als naslagwerk worden de volgende boeken aanbevolen: *Evidence-Based Richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk* (Everdingen, Burgers et al., 2004) en *Inleiding in evidence-based medicine* (Offringa, Assendelft, & Scholten, 2000).

Via Resultaten Scoren kan contact gezocht worden met andere richtlijnontwikkelaars om ervaring en expertise uit te wisselen.

Indien gewenst kan bij het CBO de tweedaagse training 'Evidence-based Richtlijnontwikkeling' worden gevolgd. Deze cursus wordt gegeven door het CBO in samenwerking met het Dutch Cochrane Center (DCC). Hoewel de methodiek van de EBRO iets afwijkt van de Resultaten Scoren handleiding reikt deze training de nodige kennis en vaardigheden aan voor het ontwikkelen van 'evidence-based' richtlijnen. Informatie over EBRO cursussen is te vinden op de website van het CBO (www.cbo.nl).

FASE 0: Het voortraject

Doelstelling: Ontwerp van een ontwikkelplan en verwerven van financiering

STAPPENPLAN

1. *Indienen van een voorontwerp*
2. *Uitwerking van het ontwikkelplan*
3. *Definitieve aanmelding en startbesluit*

Eindproducten van deze fase

- > Projectplan
- > Goedkeuring en toekenning financiering
- > Besluiten van betrokken directies voor beschikbaarstelling van middelen en personeel

Inleiding

Voordat de ontwikkeling van een protocol daadwerkelijk ter hand genomen wordt is er een voortraject waarin iemand het initiatief neemt voor de ontwikkeling van een nieuwe interventie of werkwijze. Dat initiatief kan gebaseerd zijn op in de praktijk ervaren behoeften of elders opgedane ideeën, bijvoorbeeld op een congres of in de literatuur. De initiatiefnemer verzamelt een of enkele mensen om zich heen of draagt de taak over aan een werkgroep van geïnteresseerde collega's.

Stap 1. Indiening van een voorontwerp

De eerste stap is nu het opstellen van een voorontwerp dat wordt ingediend bij een beoogde financier, bijvoorbeeld Resultaten Scoren. In dit voorontwerp wordt het te behandelen probleem, de doelstelling(en) van de behandeling, de doelgroep(en), de betrokken organisatie(s), alsmede een tijdpad en een globale begroting voorgesteld.

Resultaten Scoren hanteert hierbij de volgende kwaliteitscriteria:

1. Relevant voor de verslavingszorg (plaats ten opzichte van bestaand aanbod)
2. Ernst van de problemen en omvang van de te bereiken cliëntengroep
3. De onderbouwing met wetenschappelijk onderzoek (*evidence base*), praktijkervaring van deskundigen (*practice base*) en voorkeuren van cliënten (*preference base*).
4. Mate van overdraagbaarheid aan het veld.
5. De relevantie van dit onderwerp, argumenten voor de noodzaak om dit onderwerp uit te werken.
6. Samenwerking met universiteit en een andere zorgaanbieder
7. Benoeming van concrete resultaten; wat wordt er concreet ontwikkeld?
8. Plan van aanpak (globaal)
9. Planning en kosten (wordt later gewogen)
10. Implementatie, spreiding over het land / onderzoekscentra

Stap 2. Uitwerking van het ontwikkelplan

Na goedkeuring van het voorontwerp werkt de indiener het plan nader uit met daarbij vooral aandacht voor het plan van aanpak en voor de tijdsplanning en kostenbegroting.

Stap 3. Definitieve aanmelding en startbesluit

Als ook het uitgewerkte plan is goedgekeurd en de indiener zich verzekerd heeft van alle noodzakelijke randvoorwaarden voor het ontwikkelproces, besluit hij tot de definitieve aanmelding bij Resultaten Scoren.

Nadat de aanmelding is goedgekeurd, wordt het ontwikkelproces feitelijk gestart.

Met de opdrachtgever (Resultaten Scoren) worden afspraken gemaakt over tussentijdse voortgangsrapportage en besluitvorming tot voortzetting (dan wel afbreken) van het proces.

In de organisatie(s) waar het ontwikkelproces (inclusief de pilot) plaatsvindt worden de benodigde middelen en personeel vrijgemaakt en een kerngroep aangewezen.

FASE 1. Voorbereiding

Doel: Het tot stand brengen van een projectplan, een raamwerk voor het product, door het onderwerp af te bakenen en een knelpuntenanalyse uit te voeren

STAPPENPLAN

1. Planvorming

- > onderwerp, doelstelling (SMART), doelgroep etc projectplan

2. Terreinverkenning en knelpuntenanalyse

- > inventariseren, ordenen en prioriteren van knelpunten

3. Vraagstelling voor de literatuurstudie

- > formuleren van een of meer uitgangsvragen voor elk knelpunt
- > ordening en prioritering van de uitgangsvragen

4. Opbouw van de personele organisatie

- > samenstelling stuurgroep en werkgroep
- > borgen verantwoordelijkheid op directie-niveau en uitvoeringsniveau

5. Training werkgroepleden in de methode van interventieontwikkeling

Eindproducten bij deze fase

- > Projectplan
- > Werkgroepstructuur
- > Voortgangsrapport

Communicatie

- > Er wordt in de interne media aandacht besteed aan de ontwikkeling van het nieuwe product medewerkers en cliënten zijn geïnformeerd.
- > Het midden management wordt betrokken bij de ontwikkeling van het nieuwe product
- > Voorlichting aan betrokken organisatie-onderdelen

Stap 1. Planvorming

Wanneer de aanvraag voor de protocolontwikkeling is goedgekeurd, begint de initiatiefgroep met het opstellen van een plan van aanpak. Vastgesteld wordt:

- > Onderwerp: de te beschrijven praktijk (behandeling, interventie)
- > Doelstelling: SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden) Zie bijlage 1.
- > Doelgroep: voor welke cliënten, ernst van de problematiek, instroomcriteria, uitstroomcriteria, plaats in de zorgketen. (Hierbij kan eventueel de richtlijn Cliëntenprofielen handvaten bieden)
- > Doelpraktijk: voor welke praktijken; welke beroepsgroepen, welke instellingen?
- > Participanten in de ontwikkeling? Beroepsgroepen, organisatieonderdelen, cliënten, eventueel verzekeraars, beleidsmakers. Hoe en wanneer moeten zij betrokken worden?
- > Niveau van cliëntparticipatie wordt samen met de cliënten bepaald. [zie hiervoor de Toets Cliëntenparticipatie, p. 59]
- > Niveau/aard van betrokkenheid van beroepsverenigingen [zie gebruiksaanwijzing]
- > Setting van ontwikkeling en implementatie, betrokken organisatie-onderdelen
- > Methode: literatuurstudie (*evidence*), consultatie beroepsgroepen (*best practice*), consultatie cliënten (*preference*).
- > Planning: totale tijdsduur en fasering
- > Begroting: personele (werktijd) en financiële begroting

Bij een gesubsidieerd project is veel hiervan al in het voortraject vastgesteld.

Het hele proces moet transparant zijn, gedocumenteerd en open voor inzage. (Schunemann, Fretheim, & Oxman, 2006)

Stap 2. Terreinverkenning en knelpuntenanalyse

Om de interventie zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de behoefte van de dagelijkse praktijk, wordt er gestart met een inhoudelijke terreinverkenning en een knelpuntenanalyse met betrekking tot de implementeerbaarheid van de beoogde interventie.

Ook hier zal materiaal uit het voortraject kunnen worden gebruikt (Weele, Barneveld, & Swinkels, 2004).

Terreinverkenning

- > De terreinverkenning begint met het inventariseren en evalueren van de bestaande interventies, richtlijnen, protocollen en werkinstructies. Dit wordt zowel in als buiten de eigen instelling gedaan.
- > Inventariseer ook bij cliënten- en familieorganisaties welke producten en diensten zij hebben ontwikkeld die meegenomen kunnen worden bij de ontwikkeling van de interventie. (Van Haaster 2003)
- > Beschrijf in detail de huidige praktijk en de bestaande registratiesystemen.
- > Breng de hele zorgketen in kaart in een stroomdiagram.
- > Stel vast wat de belangrijkste stappen in de bestaande praktijk zijn.
- > Ga na in hoeverre de nieuwe interventie kan aansluiten bij bestaande richtlijnen/protocollen ontwikkeld door Resultaten Scoren en/of bij de multidisciplinaire richtlijnen van het Trimbos-instituut/CBO.

Knelpuntenanalyse met betrekking tot de betreffende interventie

- > Methoden. Voor de uitvoering van een knelpuntenanalyse kan gewerkt worden met (een combinatie van) schriftelijke of telefonische enquêtes, observatie, groepsinterviews, diepte-interviews met sleutelpersonen, analyse van routinematig verzamelde gegevens, *case-study*, literatuuronderzoek.
- > De knelpuntenanalyse vindt plaats vanuit het perspectief van hulpverleners, cliënten, verwanten en andere relevante betrokkenen.
- > Valideer de knelpunten door consultatie van medewerkers/cliënten buiten de werkgroep.
- > Orden de knelpunten in hoofdcategorieën.
- > Prioriteer de knelpunten.
- > Stel de kansen voor verbetering vast.
- > Formuleer uitkomstmaten.

Het protocol moet aansluiten bij de problemen die cliënten en uitvoerende medewerkers in de praktijk ervaren met betrekking tot het onderwerp; zij zijn 'mede-eigenaar' van de problemen (Hutschemaekers, Tiemens, & Smit, 2006). Medewerkers 'op de werkvloer' moeten daarom in een vroeg stadium bij de ontwikkeling van het protocol betrokken worden. Reflectie op het eigen handelen is een belangrijke voedingsbron voor motivatie en creativiteit bij verandering van werkprocessen.

Er valt te overwegen om ook zorgverzekeraars en beleidsmakers te betrekken bij de knelpuntenanalyse (Weele et al., 2004).

Stap 3. Vraagstelling voor de literatuurstudie

Het resultaat van de knelpuntenanalyse is een set vragen waar het protocol een antwoord op zou moeten geven alsmede een beknopte omschrijving van de onderliggende problematiek. De vragen kunnen zowel probleeminhoudelijk als organisatorisch/procesmatig van aard zijn. (CBO, 2006; Weele et al., 2004) Op basis van de geïnventariseerde knelpunten worden *uitgangsvragen* opgesteld voor de literatuurstudie.

- > Formuleer op basis van elk knelpunt een of meerder uitgangsvragen
- > Maak de uitgangsvragen zo specifiek mogelijk: definieer de relevante cliëntenpopulatie evenals de uitkomstmaten waarin de werkgroep geïnteresseerd is
- > Definieer de uitgangsvragen zo dat het beantwoorden van deze vraag kan leiden tot een aanbeveling
- > Prioriteer de uitgangsvragen. [zie bijlage 2]
- > Ga na of bij het onderwerp van het protocol seksespecifieke of etnische aspecten een rol spelen. Hiertoe kunnen experts of ervaringsdeskundigen op dit gebied worden opgenomen in

de werkgroep of worden geconsulteerd [Zie hiervoor Toets Participatie Allochtonen , p. 62]
De geformuleerde uitgangsvraag of -vragen zijn het vertrekpunt voor de literatuurstudie en de basis voor de te ontwikkelen interventie.

Stap 4. Opbouw van de personele organisatie *

Samenstelling van de stuurgroepen de werkgroep

Op de eerste plaats wordt er een stuurgroep en een werkgroep samengesteld.

- > De stuurgroep bestaat uit de directies van participerende instellingen.
- > De stuurgroep selecteert de voorzitter van de werkgroep. Samen selecteren zij deskundige en gezaghebbende deelnemers voor de werkgroep.
- > De stuurgroep draagt er zorg voor dat in elke participerende organisatie een functionaris op het hoogste niveau verantwoordelijk is voor de continuïteit van het ontwikkelproces en voor de uitvoering van de pilot(s).

De werkgroep bestaat uit:

- > een onafhankelijke voorzitter
- > een auteur of auteursduo
- > een administratief medewerker
- > een communicatiemedewerker
- > een cliëntenvertegenwoordiger en een verwantenvertegenwoordiger
- > vertegenwoordigers van betrokken afdelingen en beroepsgroepen. Hierbij wordt gestreefd naar een evenwichtige vertegenwoordiging van ervaring en wetenschappelijk inzicht met betrekking tot het bewuste onderwerp.

Er is een vaste kerngroep van de voorzitter en de auteur(s). De rest van de werkgroep kan per fase van samenstelling wisselen.

Een goede voorzitter voldoet aan de volgende eisen:

- > Heeft ervaring met protocolontwikkeling.
- > Heeft in de werkgroep op de eerste plaats een inspirerende, bindende en motiverende rol.
- > Bewaakt de participatie van alle partijen, vooral die van cliënten en 'werkvloer'
- > Bewaakt de onpartijdigheid van werkgroepleden
- > Zorgt voor ordening en coördinatie
- > Bewaakt materiële en kennislogistieke randvoorwaarden.

De werkgroepleden

- > Houden contact met hun achterban binnen de instelling en zo nodig met hun beroepsvereniging (afhankelijk van afspraken met beroepsverenigingen).
- > Indien de werkgroep veel leden heeft, kan er gekozen worden voor een structuur met subwerkgroepen die de beantwoording van één of meer uitgangsvragen op zich nemen.
- > De communicatiemedewerker heeft een essentiële rol, niet alleen bij de interne en externe communicatie over de ontwikkeling van de interventie, maar ook bij de implementatie.

* De omvang en samenstelling van de werkgroep zijn afhankelijk van de aard van het product dat ontwikkeld gaat worden. Wat hier wordt beschreven geldt voor een 'zware' instellingsoverschrijdende protocolontwikkeling. Bij protocol-ontwikkeling binnen een instelling of bij de ontwikkeling van een kennisdocument kan de werkgroep uit twee of drie personen bestaan

De werkgroepstructuur wordt vastgelegd en omvat een taakverdeling, definitie van verantwoordelijkheden, tijdsbegroting, budgettering.

Elk werkgroeplid dient vrij te zijn van belangen die mogelijk strijdig zijn met de taak- en doelstelling van de instantie die de interventie laat ontwerpen. Eventuele belangenverstremming in de werkgroep moeten transparant gemaakt worden. Er kan van werkgroepleden gevraagd worden om een belangenverklaring te tekenen (Everdingen, Meulenberg, & Stalman, 2004). Consensus methoden spelen een belangrijke rol in het groepsproces. (Fretheim, Schunemann, & Oxman, 2006)

Er wordt een *shared workspace* geïnstalleerd, een internetforum waar de ontwikkeling van de interventie bijgehouden wordt. Dit kan eventueel een landelijk forum zijn.

Stap 5. Training van werkgroepleden in de methode van interventieontwikkeling

Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de trainingen die het CBO verzorgt voor EBRO-werkgroepleden. Informatie hierover is te vinden op de website www.cbo.nl.

Bijlage 1. SMART doelen

Specifiek	Omschrijf het doel duidelijk en concreet. Het moet een waarneembare actie, gedrag of resultaat beschrijven waaraan een getal, bedrag, percentage of ander kwantitatief gegeven verbonden is.
Meetbaar	Het resultaat is meetbaar. Er moet een systeem, methode en procedure zijn om te bepalen in welke mate het doel op een bepaald moment bereikt is. Voer een nulmeting uit, om de startsituatie te bepalen.
Acceptabel/ Aanwijsbaar/	De doelstelling is geformuleerd in activiteiten, een actieplan. Is het duidelijk wie wat moet doen, en zijn de activiteiten acceptabel voor degene die ze uit moet voeren?
Realistisch	Is het doel haalbaar gezien de omstandigheden? Hebben de betrokkenen voldoende <i>know how</i> , capaciteit, middelen en bevoegdheden?
Tijdgebonden	Een SMART doelstelling heeft een duidelijke startdatum, einddatum en fasering.

Bijlage 2. Checklist voor de prioritering van uitgangsvragen

- > Is er een gezondheids/welzijnsprobleem dat opgelost kan worden door de aanbeveling als antwoord op de uitgangsvraag?
- > Zijn er controverses/verschillen in (praktische) aanpak van/voor dit probleem?
- > Zijn er wetenschappelijke bewijzen betreffende (verschillende?) oplossingen voor het probleem?
- > Is de praktijk veranderbaar? Zou een eventueel geformuleerde oplossing voor het probleem ingevoerd (geïmplementeerd) kunnen worden in de praktijk. Zijn er (niet teveel) belemmeringen?
- > Hoe vaak komt het probleem voor (prevalentie) en hoe ernstig is het in termen van geld en levenskwaliteit?
- > Vereist de beantwoording van de vraag de samenwerking van verschillende Specialismen (transmuraal, multidisciplinair)? Zo ja, zijn die specialismen voldoende vertegenwoordigd in de werkgroep?
- > Wordt de uitgangsvraag gedragen door de (hele) werkgroep?

FASE 2. Literatuurstudie, consultatie, aanbevelingen

Doel: Verzamelen en ordenen van informatie over de effectiviteit van relevante interventies en over relevante ervaring van professionals en cliënten.

STAPPENPLAN

1. Literatuurstudie

- > De zoekstrategie bepalen en vastleggen
- > Selecteren van de literatuur
- > Beoordelen en ordenen van publicaties op methodiek en kwaliteit van uitvoering
- > Samenvatten van bevindingen in tabelvorm

2. Consultaties van professionele deskundigen en cliënten

- > Selectie respondenten
- > Uitvoeren en analyse interviews

3. Synthese en aanbevelingen

4. Externe toetsing van de literatuurstudie

Documenten:

- > De literatuurstudie
- > Consultatierapport
- > Conclusies en aanbevelingen

Stap 1. De Literatuurstudie

Inleiding

In de literatuurstudie wordt zoveel mogelijk relevante onderzoeksliteratuur op een systematische wijze *verzameld, geordend en beoordeeld*. De relevantie wordt bepaald door de eerder in fase 1 geformuleerde vraagstelling.

De doelstelling van de literatuurstudie is op de eerste plaats om vast te stellen welke inhoudelijk relevante interventies in de literatuur worden behandeld. Op de tweede plaats moet per interventie vastgesteld worden hoe effectief deze is bij welke doelgroep, onder welke voorwaarden en hoe die effectiviteit te verklaren is. Hiervoor worden per interventie in de literatuur antwoorden gezocht op de volgende vragen:

- a. Welke **theorieën** en begrippen zijn getoetst en/of ontwikkeld voor de verklaring van de geclaimde werkzaamheid van de betreffende interventie en voor de verklaring van het op te lossen probleem zelf?
- b. Welke **effecten** zijn er gemeten op welke uitkomstmaten, hoe sterk zijn de bewezen (positieve en negatieve) effecten en wat is de kwaliteit van de meting?
- c. Wat is het **geldigheidsbereik** van de bevindingen, in termen van doelgroepen, contexten en werkingsduur?
 - Bij welke doelgroepen en in welke contexten zijn de effecten gemeten?
 - Over welke termijn zijn de effecten gemeten (follow-up periode)?
 - Specifiek voor de verslavingszorg is van belang in hoeverre de effectiviteit voor allochtone cliënten is onderzocht en de effectiviteit voor interventies in een justitiële context.
- d. Onder welke **voorwaarden** werkt de interventie?

Is systematisch onderzocht welke verschillen er zijn tussen gevallen (individuele behandelingen of locaties waar de interventie is uitgevoerd) waar de interventie wel het beoogde effect heeft en gevallen waar dat effect niet bereikt is of misschien zelfs een negatief effect is opgetreden?
- e. Wat is de **toepasbaarheid** van de interventie voor de praktijken en doelgroepen waarvoor de beoogde handleiding/richtlijn ontwikkeld wordt, en aan welke eisen moeten de beoogde praktijken voldoen voor een succesvolle implementatie van de interventie? Hiervoor kunnen wellicht de nodige aanwijzingen worden ontleend aan de beantwoording van c en d.

Het verdient aanbeveling om bij de uitvoering van de literatuurstudie tijdig ondersteuning in te roepen door informatiespecialisten, bijvoorbeeld van het CBO.

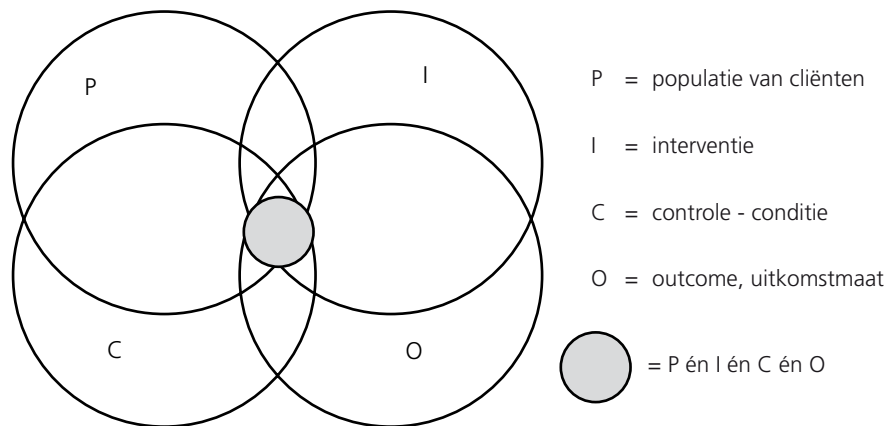
Door samenwerking met een universitaire instelling kan de richtlijnwerkgroep zich verzekeren van toegang tot alle mogelijk relevante online aanwezige literatuur

1.1 De zoekstrategie bepalen en vastleggen

Formuleer op basis van de uitgangsvraag een of meerdere zoekvragen.

Hierbij kan de PICO-methode een hulpmiddel zijn

De cirkels met de letters P, I, C, O staan voor vier verzamelingen van literatuur die gevonden zijn vanuit de vier zoek-criteria. Het gekleurde vakje voldoet aan alle vier de criteria. De literatuur die hierin valt is dus de meest relevante literatuur.



Bijvoorbeeld voor een literatuurstudie naar ambulante behandeling van cocaïneverslaving:

P (doelgroep) = alle mannen die dagelijks cocaïne gebruiken

I (interventie) = ambulante leefstijltraining 5 sessies op gedragstherapeutische basis

C (controle-conditie) = ambulante motivatietraining 5 sessies

O (uitkomstvariabele) = abstinentie na 6 maanden

De selectie van adequate uitkomstmaten verdient bijzondere aandacht. In het algemeen zijn interventies gericht op verandering van gedrag. Veranderingen in kennis, attitude of verbale motivatie tot verandering zijn lang niet altijd geldige indicatoren, noch noodzakelijke of voldoende voorwaarden voor verandering van gedrag.

Stel per zoekvraag de zoekcriteria vast

- > in welke databases wordt gezocht?
In elk geval: Cochrane, Medline/pubmed en Psychinfo; bij farmacotherapie ook Embase.
- > vanaf welk jaartal?
- > in welke talen?
- > met welke trefwoorden? (vrije tekstwoorden en MESH headings)

Zoek in de geselecteerde databases

De zoekstrategie wordt uitgevoerd in verschillende databases.

Begin met de elementen van de PICO en ga daarna verder selecteren op andere criteria zoals: inclusie van bepaalde talen, alleen humane studies (dierexperimenteel en in vitro-onderzoek vervallen dan), exclusie van 'editorials', en 'letters', etc; (p.m. 'case reports' niet categorisch uitsluiten; ze kunnen belangrijke procesinformatie bevatten)

Leg de zoekstrategie en de zoekcriteria duidelijk vast

Tips (ontleend aan EBRO-handleiding)

- > Stel de cliëntenpopulatie (P) vast in overleg met de hele werkgroep. Deze is vaak voor alle subgroepen gelijk.
- > Stel de uitkomstmaten (O) vast na discussie met de hele werkgroep. Door hierover vooraf afspraken te maken, wordt gezorgd dat de hele werkgroep dezelfde taal spreekt. Daarmee wordt dubbel werk voorkomen. Anderzijds kan de literatuurstudie zelf argumenten opleveren voor heroverweging.
- > Spreek plenair af vanaf welk jaartal wordt gezocht (een subgroep kan, als zij daar redenen voor hebben, hiervan afwijken) en tot welke datum wordt gezocht.
- > Pubmed biedt de mogelijkheid om een zoekstrategie te bewaren en op een later tijdstip nog een keer te laten lopen. Ook kan op deze manier de zoekstrategie gedeeld worden met andere werkgroepleden. Deze functie is terug te vinden onder MyNCBI.
- > Voor het opslaan en beheren van de artikelen die als resultaat van de zoekactie zijn verkregen, zijn *Reference Manager* en *Endnote* gebruikelijke programma's. Veel databases maken het mogelijk om bibliografische gegevens en abstracts rechtstreeks op te slaan in uw eigen literatuurbestand
- > De PICO-methode is slechts een hulpmiddel. Het is niet altijd nodig om alle elementen in te vullen. Een search met alle elementen levert soms geen enkel artikel op.
- > Soms verschijnt een nieuwe studie na de afgesproken einddatum van de literatuursearch. Wanneer de hele werkgroep van mening is dat dit artikel toch meegenomen zou moeten worden, dan dient van deze uitzondering expliciet melding te worden gemaakt in de richtlijn.

1.2 *Selecteren van de literatuur*

Op basis van de gevonden titels en abstracts van de artikelen wordt een selectie van potentieel relevante literatuur gemaakt die daarna zal worden beoordeeld. Om te beginnen worden in de (sub)werkgroep de criteria vastgesteld voor de selectie. Deze selectiecriteria kunnen sterk per onderwerp verschillen. Voorbeelden van criteria zijn studieomvang, duur van de follow-up, uitkomstmaten, de leeftijdscategorie, etnische samenstelling, urbanisatiegraad van de studiepopulatie. Het is van groot belang dat deze criteria goed worden gedocumenteerd zodat het proces zo transparant mogelijk kan worden weergegeven.

Selectieprocedure

1. Stel selectiecriteria op met de werkgroep (bijv. > 50 cliënten, leeftijd, follow-up, uitkomstmaat, etc). Deze criteria kunnen niet automatisch door de computer worden geselecteerd. Hiervoor moet de titel of het abstract gelezen worden.
2. Documenteer de selectiecriteria per richtvraag.
3. Selecteer de relevante literatuur op basis van titel en abstract.
4. Documenteer de uitval (bijvoorbeeld met behulp van een checklist)
5. Download de literatuur of vraag hem aan via een bibliotheek.
6. Selecteer nu op basis van de full-text artikelen en (hoofdstukken uit) boeken.

1.3 *Beoordeling van onderzoekspublicaties op methodiek en kwaliteit van uitvoering*

[voor nadere toelichting over de methodologische kwaliteit van evaluatie-onderzoek zie bijlage 2]

De bewijskracht

De sterkte van bewijs is het grootst in overzichtsstudies waarin grote aantallen onderzoeken kwantitatief (meta-analyse) en/of kwalitatief (systematische review, metasynthese) zijn samengevat.

Op het niveau van afzonderlijke studies is de logische volgorde in sterkte van bewijs:

1. Randomized Controlled Trial (RCT) in combinatie met intensieve procesanalyse
2. Niet-gerandomiseerde of niet-gecontroleerde experimenten of experimenten met slechts oppervlakkige procesanalyse
3. Case studies:
 - a. voor toetsing van noodzakelijke voorwaarden: eenmalige enkelvoudige case study
 - b. voor toetsing deterministische relaties: parallelle of seriële vergelijkende case study
4. Statistische surveys, longitudinaal (Cohort-onderzoek, panel-analyse) of eenmalig (cross-sectioneel) voor correlatieve analyse
5. Kwalitatieve surveys, voor analyse van praktijktheorieën, percepties en ervaringen bij professionals en cliënten

Deze logische volgorde mag niet worden verabsoluteerd. Op de eerste plaats is de volgorde verschillend per type hypothese of theorie die men wil toetsen (voorwaardelijke relaties, deterministische relaties, waarschijnlijkheidsrelaties). Op de tweede plaats hangt veel af van de kwaliteit en de volledigheid van de uitvoering. De evidentie uit een willekeurige RCT is niet per definitie sterker dan die van een willekeurige case study – dit in weerwil van de vrij wijd verbreide vooroordelen ten aanzien van de case study methodologie (Flyvbjerg 2004, Dul en Hak 2008).

De kwaliteit en volledigheid van het onderzoek

Gezien de structurele problemen bij de uitvoering van experimenteel onderzoek naar gedragsinterventies in niet-klinische settings, is bij dergelijk onderzoek een intensieve procesanalyse nodig op basis van zoveel mogelijk participerende observatie aangevuld met gefocuste interviews en inhoudsanalyse van documenten. [zie ook bijlage 2]

Voor de vaststelling van de aandachtspunten in de procesanalyse kan onder andere gebruik gemaakt worden van de volgende kwaliteitscriteria (Miller & Hester, 1995):

- > Groepstoewijzing (random, matching, quasi-experimenteel)
- > Kwaliteitscontrole:
 - o documenten: inhoudsanalyse behandelprotocollen,
 - o proces: integriteitscontrole door observatie en gerichte interviews met personeel en cliënten
 - o participatie van medewerkers en cliënten in de vormgeving van de interventie en het experiment
- > Duur van de follow-up
- > Follow-up percentage
- > Wijze van dataverzameling voor effectmeting (observatie, interviews, vragenlijsten)
- > Gebruik van collaterale informatie, urine-analyse etc.
- > Registratie van drop-outs – interviews met dropouts
- > Blindering van de beoordelaars van het effect
- > Adequate statistische analyse
- > Adequate kwalitatieve analyse
- > Aantal deelnemende centra

Ordering van de literatuur

1. Bepaal de bewijskracht van de onderzoeksopzet.
2. Bepaal de uitvoeringskwaliteit en volledigheid van het onderzoek.
3. Beoordeel de overtuigingskracht van de theoretische onderbouwing.
4. Beslis over inclusie of exclusie
Om deze beoordeling methodisch transparant te maken kan gebruik gemaakt worden van een beoordelingsformulier [bijlage 3]
Na inclusie:
5. Specificeer de aard en sterkte van 'bewezen' of aannemelijk gemaakte effecten van de onderzochte interventie (evidence).
6. Specificeer het geldigheidsbereik van de bewezen effecten.
7. Specificeer de zwaktes van het onderzoek (mogelijke vertekeningen, bias).

1.4 Samenvatting van bevindingen in tabelvorm

De belangrijkste onderzoeksresultaten die een antwoord kunnen geven op de vraagstelling zijn nu verzameld en gedifferentieerd naar aard van de getoetste effecten, het geldigheidsbereik, de mate van verkregen bewijs en de onderbouwing daarvan, en de volledigheid van het onderzoek.

Deze bevindingen worden samengevat in een bevindingentabel. Zo is het voor de lezer snel duidelijk welke wetenschappelijke bevindingen beschikbaar zijn als basis voor de aanbevelingen.

In de bevindingentabel wordt informatie samengevat over:

- > de cliëntenpopulatie waarop de studie betrekking had
- > de interventie of diagnostische test die werd onderzocht
- > de inhoudelijke uitkomstmaten die werden gehanteerd
- > de resultaten van het onderzoek in termen van de inhoudelijke uitkomstmaten

- > de resultaten in termen van proceskwaliteiten:
 - o de feitelijke uitvoering van de interventie (integriteit)
 - o participatie van professionals en cliënten in de vormgeving aan de praktijk
 - o evaluaties van de praktijk door professionals en cliënten

Na invulling van de bevindingentabel wordt de paragraaf 'samenvatting van de literatuur' geschreven. Dit werkt het meest efficiënt. Die paragraaf mag heel kort zijn onder verwijzingen naar de tabel, net als in een wetenschappelijk artikel.
Niet alle literatuur hoeft in een bevindingentabel beschreven te worden!

Voorbeeld van bevindingentabel

publikatie (auteur, jaar)	1	2	3
TYPE PUBLICATIE (Peer reviewed artikel, hoofdstuk in geredigeerd boek, niet gereviewed artikel, rapport)			
INTERVENTIE			
ONDERZOEKSDESIGN			
POPULATIE			
CONTEXT			
UITVOERING N steekproef			
kwaliteit steekproef			
selectie en response bias			
GEMETEN EFFECT 1			
uitkomstmaat			
omvang effect			
duur van effect (fu periode)			
GEMETEN EFFECT 2			
uitkomstmaat			
omvang effect			
duur van effect			
PROCES -EVALUATIE			
Integriteit			
Clientperspectief te verwachten compliance			
Medewerkersperspectief te verwachten integriteit			
Succesvoorwaarden			
Faalfactoren			

Stap 2. Consultaties

Selecteer professionele deskundigen en cliënten uit uw eigen organisatie en daarbuiten voor consultatie over de bevindingen van de literatuurstudie. De consultatie kan de vorm hebben van een focus groep discussie en/of individuele gesprekken. Stel als voorbereiding voor de focusgroep en/of de individuele interviews een itemlijst samen over beslispunten die voortvloeien uit de bevindingen van de literatuurstudie.

Mogelijke aandachtspunten

- > Relevantie (bijv. sterkte van het effect, consistentie van het bewijs, generaliseerbaarheid). Hierbij kan enige overlap optreden met de paragraaf 'samenvatting van de literatuur'.
- > Veiligheid (Bijv. bijwerkingen, risico's of complicaties op korte en lange termijn).
- > Cliëntenperspectief:
 - o aansluiting bij doelstellingen van cliënt
 - o alternatieven
 - o belasting van cliënt en omgeving
 - o te verwachten compliance en tevredenheid
- > Personeelsperspectief:
 - o overtuiging van effectiviteit en nut van de interventie vergeleken met bestaande praktijk
 - o tijdbesparing of verlies bij invoeren interventie
 - o (loopbaan-)risico's voor uitvoerend personeel
 - o beschikbaarheid van voorzieningen (bijv. in apparatuur, ervaring en deskundigheid)
- > Kosten(effectiviteit)
- > Zorgorganisatie (bijv. verandering in zorgproces, infrastructuur, vergoeding door verzekeraars)
- > Juridische consequenties
- > Ethische overwegingen
- > Commerciële belangen (gesponsorde studies tonen vrijwel altijd positieve resultaten)

Stap 3. Synthese en aanbevelingen

Op basis van de literatuurstudie en de consultaties worden nu de conclusies getrokken voor de (best mogelijke) praktijk. Veel (beoogde) gebruikers van het protocol/de richtlijn zullen vooral kijken naar dit onderdeel. Het is daarom van essentieel belang dat:

- > Aanbevelingen de uitgangsvraag beantwoorden
- > Aanbevelingen op zichzelf staand gelezen kunnen worden
- > Aanbevelingen niet voor meerdere uitleg vatbaar zijn

Aanbevelingen kunnen in medisch, maatschappelijk of juridisch opzicht een normatief karakter hebben. Dit hangt onder meer af van de gekozen formulering. De bewoording van een aanbeveling moet daarom zorgvuldig worden gekozen.

Aanbevelingen kunnen verschillen in sterkte. De sterkte van een aanbeveling berust zowel op de overtuigingskracht van het verzamelde wetenschappelijke bewijs uit de literatuur als op de balans die de werkgroep opmaakt van een aantal andere overwegingen, zoals relevantie, schade of bijwerkingen, de beschikbaarheid van voorzieningen, de kosten van zorg, de organisatie van zorg, cliëntenperspectief, professionele perspectief, juridische aspecten, ethische aspecten.

In onderstaand schema wordt hiervoor een aantal suggesties aangereikt.

Tabel 3. Voorkeursformuleringen voor variaties in richting en sterkte van aanbevelingen
(afgeleid van EBRO –handleiding)

Sterkte van aanbeveling	Voorkeursformuleringen
<i>Sterk positieve aanbeveling</i>	Sterk aan te bevelen / dient / moet / is eerste keuze / is geïndiceerd / is vereist / is de standaard / wordt als standaard beschouwd
<i>Matig positieve aanbeveling</i>	Aan te bevelen / adviseren / heeft de voorkeur/ streven naar / verdient aanbeveling
<i>Zwak positieve aanbeveling</i>	Te overwegen / is een optie / kan/ er is mogelijk plaats / kan zinvol zijn
<i>Geen</i>	Kan geen advies of aanbeveling worden gegeven / niet mogelijk een keuze te maken/ er is geen voorkeur uit te spreken
<i>Zwak negatieve aanbeveling</i>	Is wellicht geen plaats / lijkt niet zinvol / is terughoudendheid geboden
<i>Matig negatieve aanbeveling</i>	Niet aan te bevelen / wordt ontraden / verdient geen aanbeveling
<i>Sterk negatieve aanbeveling</i>	Sterk te ontraden / dient niet / moet niet / is geen keuze / is gecontraïndiceerd

Stap 4. Externe toetsing van de literatuurstudie

De onderzoekers laten hun literatuurstudie beoordelen door twee onafhankelijke wetenschappers op:

- > toegankelijkheid voor medewerkers in het veld (leesbaar en begrijpelijk),
- > gevolgde procedure bij uitvoering studie,
- > inhoudelijke consistentie: passen de conclusies bij hetgeen gevonden is in de literatuur.

Het commentaar van de meelezers en de verwerking ervan door de richtlijnredactie wordt op hoofdlijnen teruggekoppeld aan de stuurgroep.

Bijlage 1. De beoordeling van effect-evaluatie

Per interventie wordt gezocht naar zo sterk mogelijk bewijs (evidentie) van effectiviteit (of ineffectiviteit). De kracht van de bewijsvoering in een onderzoekspublicatie wordt beoordeeld op basis van de gevolgde onderzoeksmethodiek (het *study design*), de kwaliteit van de uitvoering en de theoretische onderbouwing van de aangetoonde effecten.

Hier maken we onderscheid tussen vier basis-designs in wetenschappelijk onderzoek:

1. Het experiment, in het ideale geval RCT met dubbele blindering en gerandomiseerde selectie en toewijzing.
2. De vergelijkende gevalsstudie, parallel (doelgerichte selectie van gevallen vooraf) of serieel (iteratie van analyse en theoretische selectie nieuwe gevallen)
3. De statistische survey (populatie-onderzoek met toevalssteekproef) eenmalig (cross-sectioneel) of herhaald (cohort-onderzoek of panel-onderzoek)
4. De eenmalige gevalsstudie

Puur methodologisch gezien is het experiment in het algemeen de meest aangewezen vorm van onderzoek voor effectmeting, als tweede de vergelijkende case study en als derde de survey en de eenmalige case study (Dul en Hak 2008).

Statistische (probabilistische) en kwalitatieve (deterministische) logica in effectonderzoek

Statistische analyse

Bij experimenteel onderzoek en statistische surveys wordt in het algemeen een probabilistische logica gevolgd. Dat wil zeggen een bewijsvoering op basis van kansberekening. De vraag naar de effectiviteit van een interventie, cq behandelingsmethode heeft dan de vorm van een waarschijnlijkheids-vraag:

Hoe groot is de kans dat de interventie leidt tot hoeveel meer verbetering in de experimentele conditie vergeleken met de controleconditie? En het resultaat is dan:

Er is meer dan (bijv. 95) % kans dat de experimentele conditie E een effect heeft van gemiddeld meer dan X punten extra stijging op uitkomstmaat Y (bijv kwaliteit van leven – schaal) vergeleken met de controle conditie C.

De sterkte van het effect wordt gemeten door vergelijking van de experimentele conditie (interventie) en de controle conditie (geen interventie/ placebo/ normale praktijk); de statistische betrouwbaarheid wordt gemeten als de kans dat het waargenomen verschil niet op toeval berust – met als ondergrens meestal 95%. Deze twee – de sterkte en de statistische betrouwbaarheid – worden samengevat in de vaststelling van de (95%) betrouwbaarheidsgrenzen van het effect. Wanneer de waarde 0 binnen het betrouwbaarheidsinterval ligt wordt aangenomen dat er geen bewezen effect is. Immers in dat geval is er minder dan 95% zekerheid dat het effect meer dan 0 is.

Hier loopt men de kans dat men ten onrechte de conclusie trekt dat er geen effect is. Om die kans te begrenzen moet een zogenaamde '*power analyse*' worden uitgevoerd.

Vervolgens moet worden gecontroleerd of het gemeten verschil echt het gevolg is van de interventie en niet berust op andere verschillen tussen de experimentele conditie en de controle conditie (confounders, selectie-effecten). Omgekeerd kan ook een gebrek aan waargenomen effect door interactie met omgevingsfactoren worden veroorzaakt terwijl de interventie op zichzelf wel effectief is. Juist omdat deze confounding en andere interactie-effecten in principe nooit volledig uitgesloten kunnen worden, is een krachtige theoretische onderbouwing van de effectiviteit van groot belang. Voor de beoordeling van de theoretische onderbouwing

bestaan geen strikte regels. De vaststelling van de overtuigingskracht van een redenering vereist kritisch en nauwkeurig lezen en bovendien uiteraard inhoudelijke kennis over het onderwerp en de discipline van het onderzoek.

Deterministische analyse

Gevalsstudies zijn geschikt voor toetsing van deterministische hypothesen, dat wil zeggen hypothesen die stellen dat bijvoorbeeld de interventie alleen met succes kan worden uitgevoerd door een hulpverlener die getraind is in functionele analyse van problematische cognities of gedrag. De training in functionele analyse is dan een noodzakelijke voorwaarde (een *succesfactor*). Elke waargenomen casus waarin de hypothese niet op gaat is voldoende om de hypothese te verwerpen. En dat betekent dan dat vervolgens moet worden onderzocht hoe het komt dat in dat geval het bedoelde effect niet bereikt is. Een hypothese daarover kan dan weer in een volgend onderzoek worden getoetst.

Bij de meervoudige vergelijkende gevalstudie wordt een aantal gevalstudies strategisch gecombineerd. Daarbij wordt een booleaanse logica gevolgd. (Dat is een combinatie-logica die bijvoorbeeld ook toegepast wordt bij het zoeken in databases). Men zoekt naar combinaties van voorwaarden waaraan voldaan moet zijn om een beoogd effect te bereiken. Met andere woorden: heeft de interventie altijd het gewenste effect, en zo niet aan welke voorwaarden moet dan voldaan worden?

Er zijn twee strategieën voor de selectie van gevallen voor de meervoudige case study.

De eerste is de parallelle vergelijking; men selecteert een aantal gevallen die op theoretisch relevante kenmerken van elkaar verschillen en toetst vervolgens bij de vergelijking van die gevallen of die kenmerken inderdaad het voorspelde effect hebben.

De tweede strategie is de seriële vergelijking: men start met één geval, analyseert dit, stelt een hypothese op en selecteert vervolgens een nieuw geval om die hypothese te toetsen, enzovoorts.

In beide gevallen ligt het doel van de vergelijkende case study in het specificeren van combinaties van causale voorwaarden. Positieve voorwaarden worden vaak aangeduid als succesfactoren, negatieve als faalfactoren. Ook hier is van belang dat men kritisch kijkt naar de theoretische onderbouwing van de resultaten. Waarom is factor X (bijvoorbeeld vaardigheid in functie-analyse) noodzakelijk voor succesvolle interventie Y (bijvoorbeeld leefstijltraining)? Wat zijn dan de theoretische vooronderstellingen over de werking van Y?

Het voordeel van case studies vergeleken met experimenten is dat hierbij de interventie in 'natuurlijke' contexten wordt bestudeerd, terwijl experimenten in principe in een laboratorium (kliniek) plaatsvinden. Vooral bij interventies die bedoeld zijn om gedragsveranderingen van de cliënten te bewerkstelligen, is de kliniek vaak geen representatieve context. In die gevallen is deze contextuele validiteit van gevalstudies belangrijk voor de evaluatie van die interventies (Murphy, Dingwall et al 1998, Yin 2003, Dul en Hak 2008).

Bijlage 2. Proces-evaluatie

Naast het onderzoeksontwerp (*study design*) van de effectmeting is het voor de beoordeling van de onderzoeksbevindingen, de evidence, ook belangrijk dat vastgesteld wordt of er voldoende aandacht is besteed aan procesmatige kwaliteitsaspecten van de bestudeerde interventies. Daarvoor is zowel kwalitatief als kwantitatief beschrijvend onderzoek nodig in combinatie met het effectonderzoek. Belangrijke aspecten zijn :

- > **Kwaliteit en integriteit van de uitvoering van de interventie**
Is de interventie adequaat uitgevoerd volgens de geldende professionele richtlijnen en normen? Als dat niet het geval is dan kan moeilijk worden vastgesteld wat de validiteit van het onderzoek is over de effectiviteit van de interventie.

- > **Het cliëntenperspectief**
Is systematisch en valide onderzocht hoe cliënten de interventie ervaren en beoordelen? Dit is vooral van belang voor de te verwachten therapietrouw bij nieuwe implementatie en voor het ontwerp van maatregelen om de therapietrouw te verbeteren. In het algemeen is hier de kwaliteit van de *werkrelatie* van groot belang en – als onderdeel daarvan – de mate waarin de cliënt zelf medeverantwoordelijk is voor de definitie van de doelstelling van zijn participatie en de manier om dat te bereiken.

- > **Het medewerkersperspectief**
Is systematisch en valide onderzocht hoe de uitvoerende hulpverleners het werken met de interventie ervaren en beoordelen? Dit is vooral van belang voor de te verwachten integriteit van de interventie en mogelijke maatregelen om deze te verbeteren.

Net als bij cliënten geldt dat hulpverleners de interventie als een middel moeten kunnen zien voor de vergroting van hun eigen competentie. Anders dan bij de verstrekking van medicatie op gezag van een deskundige (arts) is de juiste uitvoering van gedragsinterventies afhankelijk van inzicht in de aard van de interventie (praktijktheorie) en vaardigheid in de vereiste communicatieve handelingen.

De formele logica van het zuivere experiment (RCT) kan in onderzoek naar gedragsinterventies onmogelijk gehandhaafd worden: randomisering in de selectie en toewijzing van cliënten en blinding van type behandeling (experiment – controle) voor zowel de cliënten zelf als de behandelaars is geheel niet of slechts zeer beperkt realiseerbaar buiten de farmacotherapie, afgezien nog van het algemene probleem van selectieve drop-out. Waar toch geprobeerd wordt om zoveel mogelijk aan formele eisen van de experimentele logica te voldoen, krijgt de onderzochte interventie vaak een zeer kunstmatig karakter. Dat beperkt de contextuele geldigheid van de resultaten in hoge mate en vaak ook de integriteit van de interventie.

Mede gezien het kunstmatige karakter van experimenten in gedragsinterventies en de eigen kracht van contextgerichte onderzoeksdesigns (case studies) is *triangulatie* aan te bevelen. Dat wil zeggen dat de consistentie van uitkomsten uit verschillende typen onderzoek wordt gewogen in het oordeel over de effectiviteit en het geldigheidsdomein van een interventie.

Bijlage 3 Beoordelingsformulier onderzoekspublicatie

Beoordelingsformulier publicaties effect- en procesonderzoek

Publicatie (auteur, jaar)	
TYPE PUBLICATIE	
Naam interventie	
ONDERZOEKSDESIGN	
STEEKPROEF	
populatie-definitie	
N steekproef (exp. en controle)	
wijze van selectie	
uitval percentage	
uitval bias	
GEMETEN EFFECT 1	
Termijn : #dagen na interventie	
uitkomstmaat	
sterkte van effect (95% CI)	
power (1- β)	
GEMETEN EFFECT 2	
Termijn : # dagen na interventie	
uitkomstmaat	
sterkte van effect (95% CI)	
power (1- β)	
PROCESANALYSE	
integriteit	
kwalificatie personeel	
evaluatie cliënten	
oorzaken drop-out	
verklaring negatieve gevallen	
inhoud praktijktheorie	
plausibiliteit praktijktheorie	

FASE 3. Het programma van eisen

Doel: Het formuleren van een programma van eisen waar de nieuwe interventie aan moet voldoen

STAPPENPLAN

1. Operationaliseren van de algemene maatstaven voor interventies

2. Eventueel: aanvullen met specifieke maatstaven voor deze interventie

Documenten:

> Programma van de eisen

Communicatie:

> Interne media

Stap 1. Operationaliseren van de algemene maatstaven voor interventies

In het programma van eisen worden de eisen geformuleerd waar de nieuwe interventie aan moet voldoen, in relatie tot de totaalvisie van de instelling. De eisen worden geordend naar belangrijkheid en meetbaar geformuleerd. In onderstaand overzicht worden de eisen verder gespecificeerd.

Tabel 1. Maatstaven voor het ontwerp van interventies (naar Schramade & Nabitz, 2005)

Cliëntgericht (<i>preference based</i>)	De interventie moet gericht zijn op de zorgbehoefte van een aanwijsbare groep mensen met verslavingsproblemen
Vraaggericht	de interventie wordt zodanig ingericht en aangeboden dat optimaal kan worden aangesloten bij de doelstellingen van de individuele cliënt
Ethisch verantwoord	de cliënt dient altijd te beschikken over keuzevrijheid en het proces voldoet aan principes van rechtvaardigheid
Toegankelijk	de interventie sluit aan bij de leefsituatie en leefwijze van de cliënten, zowel in bejegening als in organisatie
Context -betrokken	er is structurele, georganiseerde aandacht voor het welzijn van de naasten van de cliënt
Maatschappelijk evenwichtig	de interventie moet zoveel mogelijk en gelijkelijk ten goede kunnen komen aan alle cliënten met de betreffende problematiek. Een speciaal aandachtspunt is de aansluiting bij allochtonen en mensen met een verstandelijke beperking.
Effectief (<i>evidence based</i>)	De effectiviteit van de interventie moet vooraf aannemelijk zijn op basis van de literatuur of de praktijkkennis, en bij elke cliënt routinematig en valide worden gecontroleerd. De interventie wordt zodanig ingericht dat de effectmonitor logisch ingepast is in de uitvoeringsroutine.
Integriteit	Naast de effectmonitor wordt ook een integriteitsmonitor ingesteld. Hierin wordt regelmatig gecontroleerd of de interventie nog voldoet aan de vooraf gestelde werkwijze. Dit maakt het mogelijk om te bepalen in hoeverre eventuele veranderingen in effectiviteit veroorzaakt worden door veranderingen in de werkwijze

Medewerkersgericht <i>(practice based)</i>	Er wordt rekening gehouden met de belasting, kennis en vaardigheden van de medewerkers die de interventie uitvoeren. De benodigde competenties van de medewerkers worden expliciet gedefinieerd en getoetst: voor en na de training
Passend in het zorgsysteem	In de interventie wordt rekening gehouden met andere instellingen die bij het behandelproces betrokken zijn.
Traject-integratie	Een speciaal aandachtspunt is de aansluiting bij justitiabele cliënten
Kosten-effectief	Het protocol houdt rekening met de inpassing in zorgtrajecten waarbij meerdere teams en organisaties betrokken zijn. De interventie is verankerd in het zorgplan.
Financierbaar	De interventie is doelmatig in die zin dat er een positieve balans is tussen de inspanning en de verwachte resultaten, ook vergeleken met andere alternatieven
Implementatie-gericht	De interventie wordt ingepast in het geldende financieringssysteem (DBC) In het protocol is een implementatieplan opgenomen inclusief een competentieprofiel voor de medewerkers en uitkomstmaten voor de meting van de effectiviteit van de interventie.

Stap 2. Eventueel: aanvulling met context-specifieke maatstaven

Deze algemene maatstaven kunnen eventueel aangevuld worden met specifieke maatstaven voor de betreffende interventie.

FASE 4. Formuleren en toetsen van het protocol

Doel: Formuleren en toetsen van de handleiding voor de nieuwe interventie

STAPPENPLAN

1. *Brainstorm over de hoofdlijnen van de nieuwe interventie*

2. *Valideringsconsultatie met medewerkers en cliënten*

3. *Schrijven van het concept protocol*

4. *Toetsing van het concept protocol*

5. *Ontwikkeling van competentieprofielen en trainingsmateriaal*

6. *De cliënt-versie van het concept protocol*

Documenten:

- > Eerste concept handleiding
- > Cliëntenversie
- > Trainingsmateriaal
- > Voortgangsrapport

Communicatie:

- > Interne media

Stap 1. Brainstorm over de hoofdlijnen van de nieuwe interventie

Aan de hand van de knelpuntenanalyse, de conclusies uit de literatuur, het perspectief van de hulpverleners en het perspectief van de cliënten, wordt middels een creatieve en gerichte brainstorm consensus bereikt over hoe het pakket van eisen optimaal kan worden vervuld in de vormgeving aan de interventie.

Belangrijke aandachtspunten zijn:

- > Welke verbeteringen zijn te realiseren met de nieuwe ideeën?
- > Hoe moet de interventie georganiseerd worden: wie, wat, hoe, waar, wanneer?
- > Welke uitkomstmaten en instrumenten zijn geschikt om de gewenste resultaten te meten?
- > Fasering: onderscheiding van stappen in de interventie en differentiatie van de doelstellingen per stap. De eerste stap heeft een andere doelstelling dan een tweede of een derde stap. Deze stappen worden kwalitatief onderscheiden.
- > Definitie van de beëindiging van de interventie: wanneer stop je en hoe wordt die beslissing genomen?

Stap 2. Valideringsconsultatie medewerkers en cliënten

Het resultaat van de brainstorm wordt voorgelegd aan medewerkers en cliënten om de geldigheid van de voorstellen te controleren – en deze zo nodig bij te stellen.

Stap 3. Schrijven van het concept protocol

Het protocol kan geschreven worden door één auteur, of meerdere auteurs. Dit is afhankelijk van de ervaring met publiceren binnen de werkgroep. Binnen de werkgroep kan een redactie-groep ingesteld worden van experts met publicatie-ervaring.

De handleiding bevat in ieder geval de volgende onderdelen. (Burgers & Smorenburg, 2004; CBO, 2006)

- A. Samenvatting
- B. Inleiding
- C. Inhoudelijke hoofdstukken
- D. Cliëntenperspectief
- E. Voorlichting en educatie
- F. Organisatie en implementatie
- G. Evaluatie
- H. Literatuur

A. Samenvatting

De samenvatting kan worden opgesteld in de vorm van een samenvattingskaart die snel een overzicht biedt van de belangrijkste aanbevelingen in het protocol. De kaart bestaat idealiter uit maximaal vier pagina's. Daarop staat ook de publicatiedatum vermeld van de oorspronkelijke versie, en het versie-nummer met de bijbehorende publicatiedatum.

B. Inleiding

De inleiding bestaat onder andere uit:

- > uitgangsvraag/-vragen
- > doel
- > doelgroep
- > betrokkenheid belanghebbenden
- > methode
- > herziening/houdbaarheidsdatum
- > verantwoording/financiering

De beoogde gebruikers van de handleiding worden duidelijk benoemd, zodat zij snel kunnen vaststellen of de handleiding voor hen relevant is. Ook de setting waarin de interventie het beste kan worden toegepast wordt duidelijk benoemd.

C. Inhoudelijke hoofdstukken

De inhoudelijke hoofdstukken behandelen de informatieverzameling en aanbevelingen per uitgangsvraag.

Elk hoofdstuk heeft de volgende indeling.

- > Eerst wordt de literatuur besproken en worden daaruit conclusies geformuleerd met niveau van bewijs en vermelding van de studies.
- > Vervolgens worden belangrijke overwegingen geformuleerd die de wetenschappelijke bevindingen aanvullen of corrigeren. Deze overwegingen vloeien voort uit het intensieve contact met hulpverleners en cliënten. (Een ideaal protocol is *evidence based, experience based* en *practice based*)
- > Tot slot worden op basis van het voorgaande aanbevelingen geformuleerd en/of protocollen ontwikkeld. De aanbevelingen gaan vergezeld van duidelijke verantwoording die aangeeft welke normatieve vooronderstellingen en welk wetenschappelijk bewijs er aan ten grondslag liggen. De methode om waarden te integreren met wetenschappelijk bewijs wordt transparant en duidelijk beschreven.

D. Cliëntperspectieven

Dit hoofdstuk beschrijft op de eerste plaats de methode van cliëntenparticipatie die bij de totstandkoming is gevolgd. Verder geeft het een samenvatting van de opvattingen, wensen en verwachtingen van cliënten, met name met betrekking tot de bejegening en de informatievoorziening, zoals die naar voren zijn gekomen. Hier worden ook knelpunten en conflicten geformuleerd die niet meegenomen zijn in de overige overwegingen.

Verder wordt hier beschreven in hoeverre de interventie aansluit bij bijzondere groepen, met name te noemen: allochtonen cliënten, cliënten met een verstandelijke beperking, justitiabelen, en cliënten met eventuele psychische comorbiditeit.

Tot slot wordt aandacht besteed aan de zorgketen waarin de cliënt zich bevindt en zijn contacten met andere hulpverleners. Bij voorkeur krijgt de interventie een plaats in het zorgplan.

E. Voorlichting, educatie

Onderwerp van dit hoofdstuk is de wijze waarop het protocol onder de aandacht van het publiek zal worden gebracht en welk voorlichtings- en educatiemateriaal er zal worden ontwikkeld.

F. Organisatie en implementatie

Dit hoofdstuk geeft aan hoe de interventie in de praktijk het beste kan worden ingevoerd. Een belangrijk onderdeel is de beschrijving van de vereiste competenties van medewerkers voor het uitoefenen van de interventie, en de wijze waarop die competenties getoetst en bewaakt kunnen worden. Ook staat in dit hoofdstuk aangegeven hoe de verantwoordelijkheid voor de implementatie en continuïteit van de interventie dient te worden verankerd op verschillende niveaus van de organisatie. Een belangrijk onderdeel hiervan is de toewijzing van werktijd (fte's), fysieke ruimte en materiële middelen.

G. Evaluatie en integriteitsbewaking

In dit hoofdstuk wordt een plan gepresenteerd voor de toetsing van de kwaliteit van de uitvoering in de praktijk. Er worden uitkomstindicatoren opgesteld. Ook het levende onderhoud van de richtlijn wordt vastgelegd, bijvoorbeeld in een *shared workspace* (centraal toegankelijke werkomgeving op het internet).

De integriteit van de uitvoering evenals de effectiviteit van de interventie worden getoetst door middel van visitatierondes.

H. Literatuurlijst

De handleiding bevat een overzicht van de gebruikte literatuur.

Stap 4. Toetsing van het concept protocol

Het concept protocol wordt tussentijds getoetst door de volgende betrokken partijen:

- > cliënten, verwanten, experts uit de ontwikkelende instellingen
- > deskundigen, cliënten en verwanten uit andere instellingen, om de bruikbaarheid buiten de ontwikkelende instelling te vergroten

De meelezers beoordelen het concept op:

- > consistentie van de inhoud met conclusies uit de literatuurstudie
- > toegankelijkheid van de tekst (leesbaar en begrijpelijk)
- > bruikbaarheid in brede verslavingszorg (concreet, realistisch, toetsbaar, aanwezigheid cliënten-perspectief)
- > betrokkenheid van relevante beroepsverenigingen
- > betrokkenheid van allochtone cliënten(vertegenwoordigers)

Het AGREE formulier (zie bijlage 1) kan hierbij een nuttig hulpmiddel zijn.

Stap 5. Ontwikkeling competentieprofielen en trainingsmateriaal

Er wordt een trainingscurriculum ontwikkeld met bijbehorende materialen (cursusboek, powerpoint presentaties, reader). Dit kan eventueel in samenwerking met een Hogeschool of Universiteit.

Bij het schrijven van trainingsmateriaal wordt zorgvuldig geformuleerd:

- > welke competenties medewerkers nodig hebben bij het uitvoeren van de nieuwe interventie
- > welke basisvaardigheden vereist zijn voor deelname aan de training
- > aan welke eisen trainers moeten voldoen
- > hoe de effectiviteit van de training wordt gemeten, met welke uitkomstmaten en welke criteria
- > of en hoe gezakte kandidaten kunnen herkansen

Dit alles met het doel de kwaliteit en integriteit van de interventie te waarborgen.

Stap 6. De cliëntversie van het concept protocol

De cliëntversie van het protocol is een 'vertaling' van de interventie voor cliënten, hun familie, hun partner en andere belangrijke naasten. Het doel van de cliëntversie is dat zij beslissings-ondersteunend werkt voor de cliënt. Het is een instrument om de cliënt te ondersteunen in het overleg met de hulpverlener zodat ze kunnen komen tot gemeenschappelijke besluitvorming (*shared decision making*) wat van groot belang is bij de vorming van een productieve werkre-latie en daarmee de effectiviteit van de interventie.

Aan de hand van de cliëntversie kan de cliënt samen met de behandelaar een geschikt behandeltraject uitstippelen. De cliënt kan beoordelen of de voorgestelde behandeling bij hem of haar past door samen met de behandelaar te kijken naar zijn persoonlijke omstandigheden en eigen voorkeuren.

Voor meer informatie kan een voorbeeld genomen worden aan de cliëntversies van de multidisciplinaire richtlijnen van het Trimbos-instituut en het CBO.

De cliëntversie wordt ontwikkeld in samenwerking met cliënten en belangrijke naasten middels een of meerdere focusgroepdiscussie.

Bijlage 1. AGREE

Het instrument AGREE biedt een raamwerk om de kwaliteit van behandelingsrichtlijnen/protocollen te beoordelen.

Het AGREE formulier hanteert de volgende criteria:

Onderwerp en doel (items 1-3)	betreft het doel van de richtlijn, de specifieke vragen waarop de richtlijn een antwoord geeft en de cliëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is.
Betrokkenheid van belanghebbenden (items 4-7)	richt zich op de mate waarin de richtlijn de opvattingen van de beoogde gebruikers weerspiegelt.
Methodologie (items 8-14)	hangt samen met het proces waarin bewijsmateriaal is verzameld en samengesteld en met de gebruikte methoden om aanbevelingen op te stellen en te herzien.
Helderheid en presentatie (items 15-18)	gaat over het taalgebruik en de vorm van de richtlijn.
Toepassing (items 19-21)	houdt verband met de mogelijke organisatorische, gedragsmatige en financiële consequenties van het toepassen van de richtlijn.
Onafhankelijkheid van de opstellers (items 22-23)	betreft de onafhankelijkheid van de aanbevelingen en erkenning van mogelijke conflicterende belangen van leden van de werkgroep.

Het volledige AGREE instrument is te downloaden op www.cbo.nl/

FASE 5. Interne pilot

Doel: Het testen en bijstellen van de interventie

STAPPENPLAN

1. Voorbereiding

- > organisatorisch
- > inhoudelijk

2. Nulmeting

3. Trainen pilot medewerkers

4. Uitvoeren en evalueren van de pilot

- > evaluatie bij medewerkers
- > evaluatie bij cliënten
- > aanbevelingen

5. Bijstellen van het protocol

Interactieve en iteratieve variant:

Er kan vanaf het begin van het project gekozen worden voor een interactieve en iteratieve werkwijze in kleine stappen. Daarbij worden onderdelen van het protocol telkens afzonderlijk uitgetest en verbeterd. Dit heeft het grote voordeel dat alle betrokkenen meedenken over de ontwikkeling op basis van hun eigen ervaring en evaluatie van doorgevoerde veranderingen, die vervolgens nog binnen hetzelfde traject kunnen worden verwerkt.

Documenten

- > Beschrijving pilot
- > Resultaten pilot
- > Conclusies pilot
- > Aanbevelingen pilot
- > Aangepast protocol
- > Voortgangsrapport

Communicatie

- > Bekendmaken pilot in de organisatie
- > Bekendmaken resultaten in organisatie

Stap 1. Voorbereiding

Organisatorische voorbereiding

- > Overleg met externe experts en interne directie over het uitvoeren van de pilot
- > Bepalen doelstellingen en termijnen van de pilot
- > Bepalen benodigde personele en materiële middelen, voorbereidingschecklist
- > Samenstellen pilot-team
- > Zekerstellen eindverantwoordelijkheid op directieniveau
- > Vaststellen omvang en duur van de pilot

Inhoudelijke voorbereiding

- > Schrijven van trainingsmateriaal voor de pilot. Hierin worden de vereiste competenties van de medewerkers vastgelegd en uitkomstmaten geformuleerd, zowel voor externe verantwoording als voor interne verbetering.
- > Vaststellen uitkomstmaten en meetprocedure.
Hiervoor kan de *Prestatie-indicatoren basisset* van de Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (Inspectie Gezondheidszorg, 2006)(Inspectie voor de gezondheidszorg, 2006) (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2006) worden gebruikt, aangevuld met sector- en instellingsspecifieke uitkomstvariabelen. [Bijvoorbeeld bij Justitie recidive-risico]
- > Vaststellen procedure voor (kwalitatieve en kwantitatieve) procesevaluatie.

Stap 2. Nulmeting (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2006)

Verbeteringen worden alleen zichtbaar als de begintoestand duidelijk is vastgelegd. Daarom wordt er een nulmeting gedaan in de instelling, zowel bij medewerkers als cliënten.

Stap 3. Trainen pilotmedewerkers

Dit is een tijdsintensieve stap. Het trainen van pilotmedewerkers kan in samenwerking gebeuren met een Hogeschool of een Universiteit.

Stap 4. Interne pilot uitvoeren en evalueren

De pilot wordt in de eigen instelling uitgevoerd en getoetst onder cliënten en medewerkers. Dit kan bijvoorbeeld via interviews, een focusgroep of vragenlijsten.

Evaluatie bij medewerkers

- > Is de nieuwe werkwijze een verbetering ten opzichte van de oude?
- > Is de nieuwe werkwijze een antwoord op ervaren problemen; wat lost het op?
- > Is de nieuwe werkwijze passend binnen heersende normen en waarden van goede zorg?
- > Zijn de medewerkers van mening dat cliënten met nieuwe werkwijze beter geholpen zijn dan met oude?
- > Heeft de interventie een ander zicht gegeven op de praktijktheorie?

Evaluatie bij cliënten

(alleen als cliënten direct te maken hebben met de vernieuwing)

- > Is de interventie adequaat cliëntgericht?
(bijv. is er voorlichtingsmateriaal over nieuwe interventie voor cliënten ontwikkeld).
- > Wat is het effect van de nieuwe werkwijze; in hoeverre worden cliënten nu 'beter' door de nieuwe werkwijze en is dit meer dan bij de oude werkwijze? (Hier is een goede registratie voor nodig).
- > Evaluatie met gestandaardiseerde vragenlijsten is in het algemeen weinig zinvol. Zinvoller lijkt de evaluatie in de vorm van gefocuste interviews vooraf en achteraf, die worden afgenomen door onafhankelijke interviewers, waarbij in het eerste interview zo concreet mogelijke

(SMART) doelstellingen worden geformuleerd die na de interventie kunnen worden getoetst.

Een andere optie is om vooraf met een focusgroep te bepalen wat precies gemeten moet worden, met de nadruk op gedragstermen. Niet zozeer 'wat vindt u ervan', maar: 'wat hebt u gedaan?'.

Een gestandaardiseerd instrument is de CQ-index. De CQ-index staat voor de Consumer Quality Index en is instrument voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2006).

- > p.m. Voor cliënten moet duidelijk zijn dat (medewerking aan) de evaluatie volstrekt vertrouwelijk is en geen gevolgen kan hebben voor hun individuele behandeling. Ook is belangrijk dat resultaten op een toegankelijke wijze worden bekend gemaakt aan participerende cliënten.

Aanbevelingen

Op basis van de evaluaties door medewerkers en cliënten formuleert men aanbevelingen voor aanpassing van het protocol.

Stap 5. Bijstellen van het protocol

Na de evaluatie wordt het protocol bijgesteld aan de hand van de aanbevelingen en aan de stuurgroep ter informatie gezonden als voortgangsrapportage. De afronding van de pilot is een belangrijke mijlpaal in de protocol-ontwikkeling.

FASE 6. Opstellen algemeen implementatieplan

Doel: Voorbereiding van de implementatie door het opstellen en toetsen van een implementatieplan.

STAPPENPLAN

1. Vaststellen doelstelling en uitkomstmaten van de implementatie

2. Analyse van de huidige situatie: doelgroepen, knelpunten, belemmerende en bevorderende factoren

3. Bepalen van de implementatiestrategie(ën)

- > creëren van draagvlak, betrokkenheid en enthousiasme
- > trainen
- > informeren en communiceren
- > registreren, meten en evalueren
- > waarborgen
- > afsluiten

4. Opstellen van stappenplan voor uitvoering van de implementatie

5. Planning en kosten

6. Externe toetsing implementatieplan

Documenten

- > Implementatieplan
- > Voortgangsrapport

Communicatie

- > Interne media

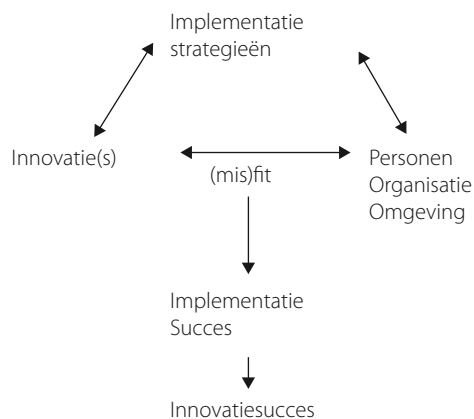
Inleiding

Een implementatieplan vereist een beschrijving van het implementatieproces met SMART doelen, een analyse van de doelgroep en een bewuste keuze van een strategie om de bevorderende en belemmerende factoren te beïnvloeden.

Als achterliggend model wordt het innovatie contingentie model van Van Linge gebruikt (zie figuur 3). Het uitgangspunt hiervan is dat implementatie altijd maatwerk is (R. Linge van, 1998; R. Linge van, 2005). Er is niet één beste manier, maar er moet gekozen worden voor een implementatie strategie afhankelijk van de kenmerken van de interventie (de innovatie) zelf en de kenmerken van de situatie waarbinnen de invoering zal plaatsvinden. Alvorens de juiste strategie te kunnen kiezen (stap 3) moet eerst een uitgebreide analyse worden uitgevoerd (stap 2).

De analyse van de huidige situatie, de knelpunten, de gebruikers en doelgroep is in het begin van de implementatie als afgezonderde stappen geformuleerd, maar vindt eigenlijk permanent tijdens het proces plaats. Implementatie kan niet zonder een permanente analyse: hoe gedraagt de leiding zich, hoe gedragen de medewerkers zich, wat doet de cliënt?

Figuur 3: Contingentie Innovatie model (Van Linge 2005)



Stap 1. Doelstelling en uitkomstmaten

- > Formuleer met de betrokkenen de (instellingspecifieke) aanleiding om de nieuwe interventie te starten en de problemen waarvoor de nieuwe interventie een oplossing moet bieden. Formuleer de doelstellingen SMART (bijlage 1 bij FASE 1).
- > Tussendoelen. Tussendoelen beschrijven wat er eerst bereikt of georganiseerd moet zijn om tot het einddoel te komen. Onderscheid verschillende typen resultaten en beschrijf deze specifiek. Tussendoelen werken motiverend omdat ze op korte termijn resultaat tonen, en bieden bovendien een graadmeter voor de voortgang en kwaliteit van de implementatie.
- > Resultaten. Er worden uitkomstindicatoren vastgesteld om te meten of en in welke mate de doelstellingen zijn gehaald, en procesindicatoren om te bepalen of het implementatieproces goed verloopt. Tussentijds worden de resultaten teruggekoppeld naar de werkvloer.

*Op basis van de veranderingsbereidheid kan een doelgroep onderscheiden worden in koplopers, een middengroep en achterblijvers, zie bijlage 1.

Stap 2. Analyse van de startsituatie en randvoorwaarden voor de implementatie van het nieuwe protocol

Om te kunnen beoordelen of aan de voorwaarden voldaan is, dan wel wat er moet worden gedaan om de vernieuwing te kunnen invoeren, is een lokale analyse nodig van de beoogde doelgroep van cliënten, de gebruikers van het protocol, mogelijke knelpunten in de organisatie en overige mogelijk belemmerende dan wel bevorderende factoren voor implementatie van het te ontwikkelen protocol.

2.1 Knelpunten- en voorwaarden-analyse op werkniveau

Elke implementatie begint met een lokale knelpuntenanalyse om ervoor te zorgen dat het protocol/de richtlijn aansluit bij de problemen die de werkers en cliënten ter plaatse ervaren met betrekking tot het onderwerp waarvoor de interventie geïmplementeerd wordt. Door met personeel en cliënten samen de analyse te maken, wordt tegelijk draagvlak opgebouwd voor de implementatie, wat een belangrijke voorwaarde voor succes is.

Belangrijk is om te analyseren wie binnen de instelling nodig zijn om het protocol of de richtlijn in te voeren, en welke specifieke taak zij daarin hebben. Ook welke doelgroepen betrokken zijn bij de implementatie.

Hierbij is een inschatting van de veranderingsbereidheid danwel de voorwaarden waaronder deze kan worden geactiveerd, van groot belang. ZonMW (2007) hanteert de volgende aandachtspunten bij deze inschatting*:

- > Zijn de voor- en nadelen van de vernieuwing voor alle deelnemers in evenwicht?
- > Is de vernieuwing gemakkelijk uit te leggen?
- > Zijn de kosten en opbrengsten wel met elkaar in balans?
- > Zijn de resultaten zichtbaar te maken?
- > Is de duur van de implementatieperiode acceptabel?
- > Past de vernieuwing bij bestaande opvattingen, normen, waarden, routines en behoeften? Vindt de doelgroep de vernieuwing wellicht complex en lastig te gebruiken?
- > Is de vernieuwing eerst op kleine schaal uit te proberen?
- > Is de innovatie vrijblijvend of is de doelgroep verplicht eraan mee te werken?

2.2 Competentie van personeel

Competentie-analyse van beschikbaar personeel om te bepalen in hoeverre de benodigde competenties voor de uitvoering van te protocolleren interventie voor handen zijn en/of welke scholing nodig is? [Zie Toets competentieprofielen medewerkers]

2.3 Overzicht bevorderende en belemmerende factoren in de organisatie

Uit de voorgaande analyses is een aantal belemmerende en bevorderende factoren naar voren gekomen voor de implementatie van het protocol. Deze worden nu expliciet en overzichtelijk beschreven, geordend en geprioriteerd. Vastgesteld moet worden welke maatregelen nodig zijn voor de beïnvloeding van bevorderende en belemmerende factoren. Wat moet er veranderen aan de infrastructuur? En hoe groot is de kans dat dat zal lukken?

(Voor overzicht van mogelijk belemmerende en bevorderende factoren, zie bijlage 1)

Stap 3. **Bepalen van een strategie**

Als de kans van slagen op basis van voorgaande analyses voldoende lijkt, wordt er een bewuste keuze gemaakt voor een implementatiestrategie.

Er zijn verschillende typen implementatiestrategie, met elk hun eigen accenten en theoretische achtergronden [zie bijlage 3]. Maar in het algemeen zijn dit de belangrijkste ingrediënten:

> **Creëren van draagvlak, betrokkenheid en enthousiasme**

Het creëren van draagvlak begint al bij de knelpuntenanalyse. Belangrijk is dat medewerkers het gevoel krijgen dat de nieuwe interventie aansluit bij hun problemen. Er moet niet alleen een strategie bedacht worden van hoe draagvlak en betrokkenheid geregeld kunnen worden, maar ook hoe de betrokkenen geënthousiasmeerd kunnen worden. Waarmee kunnen ze beloofd worden?

Betrek sleutelpersonen zo vroeg mogelijk bij de implementatieplannen, betrek vooral ook de directie en managers in een vroeg stadium. Zorg voor betrokkenheid op alle niveau's van de organisatie. Met de invoering van een nieuwe interventie moet op verschillende niveaus in de organisatie iets veranderen. Om dat te doen is de betrokkenheid van het management cruciaal. Het strekt tot aanbeveling om een werkgroep implementatie samen te stellen. Hierin kunnen mensen betrokken worden die als breekijzer of ambassadeur fungeren. Er moet zeker gesteld worden dat in de werkgroep vertegenwoordigers zijn van de verschillende doelgroepen. Essentieel is het kiezen van een goede projectleider. Het slagen van de implementatie hangt gedeeltelijk af van zijn of haar imago.

ZonMW heeft het volgende projectleidersprofiel opgesteld:

- > vroegtijdig kansen en behoeften kunnen signaleren
- > sterke communicatieve vaardigheden
- > praktisch en planmatig ingesteld
- > flexibel en creatief kunnen omgaan met onvoorziene omstandigheden
- > goed benaderbaar voor anderen, makkelijk in contacten
- > kan goed werken onder druk, maar weet ook goed waar zijn eigen en andermans grenzen liggen
- > zelfvertrouwen en verantwoordelijkheidsgevoel
- > bezielende teamspeler en teambuilder
- > initiatiefrijk en inspirerend
- > ingesleten werkwijzen en tradities aan de kaak durven stellen
- > strategisch kunnen denken
- > kunnen overtuigen
- > onderhandelingsvaardigheden
- > coalities kunnen creëren
- > doorzettingsvermogen
- > kunnen kanaliseren van onzekerheden die zich voordoen als mensen oude routines moeten loslaten (ZonMW, 2007)

> **Trainen**

Een implementatieplan bevat een trainingscurriculum en competentieprofielen voor de medewerkers.

Belangrijk is dat de medewerkers niet alleen nieuwe vaardigheden krijgen aangeleerd, maar dat ze ook begeleid worden in een omslag van denken en vertrouwd raken met de praktijktheorie achter de nieuwe interventie.

Ten tweede kunnen bepaalde medewerkers niet alleen getraind worden op de interventie zelf, maar ook een training voor implementatie volgen.

> **Informereren en communiceren**

Communicatie is essentieel voor implementatie. Mensen moeten vaak extra dingen doen; het is nodig dat het duidelijk is waarom dat van hen gevraagd wordt. Ga na wie, wanneer er wat moet weten, vinden of doen, en om welke reden. Kies hierbij voor verschillende communicatiemiddelen en verschillende communicatiewegen. Zorg dat er een centraal punt is waar mensen terecht kunnen met vragen. Stem de communicatie goed af op wat er op dat moment speelt.

Wees alert op miscommunicaties (ZonMW, 2007).

> **Registreren, meten en evalueren**

Evaluatie vindt plaats gedurende het hele proces. Daarom is het van belang dat het implementatieproces transparant geregistreerd en gemeten wordt. De evaluatie wordt breed teruggekoppeld. Zorg dat de resultaten en vorderingen goed zichtbaar gemaakt en overgedragen worden in de organisatie. Zorg dat de mijlpalen benoemd en gevierd worden.

De registratie kan zowel betrekking hebben op de inhoud als op het proces (verloop van de implementatie, ervaringen van de medewerkers en cliënten (Zie als voorbeeld Van (Dijk, Schippers, & Visser, 2006)

Meten kan op verschillende manieren: aan de hand van zelfrapportage door medewerkers en cliënten in de vorm van dagboeken, vragenlijsten of interviews, observatie, bestaande registraties in de instelling. In stap 2 zijn uitkomst en procesmaten gedefinieerd. Geef goed aan op welke momenten welke indicatoren gemeten zullen worden. Verbind consequenties aan de uitkomsten: deze kunnen bijvoorbeeld leiden tot het aanpassen van de strategie (ZonMW, 2007). Ten slotte is het aan te bevelen om te onderzoeken in welke mate de implementatie van de interventie geleid heeft tot een afname van het gebruik van verouderde methodieken.

Let op: de integriteit van de ingevoerde interventie is een voorwaarde voor het kunnen beoordelen van de effectiviteit.

> **Waarborgen**

Het is belangrijk al in een vroeg stadium na te denken over de borging van de nieuwe implementatie. Belangrijk is om goed vast te leggen wat de verwachtingen en verantwoordelijkheden zijn.

Het implementatieplan moet geborgd zijn in een structuur of proces dat al bestaat in de organisatie. Bijvoorbeeld een scholingstraject, een kwaliteitsprogramma, een accreditatiesysteem of een herregistratieprogramma. Ook kan de interventie verankerd worden in het zorgplan.

De continuïteit van de implementatie is een belangrijk aandachtspunt. Hiervoor moet iemand aanspreekbaar zijn op directieniveau, die het project kritisch volgt op slijtage en boycot en zo nodig bijstuurt. Niet alleen de implementatie moet geregeld worden, maar ook de follow-up. Er wordt aangeraden de implementatie te laten volgen door een mondelinge evaluatie, feedback-, terugkombijeenkomsten, visitatiegesprekken, bij elkaar meekijken.

> **Afsluiten**

Zorg voor een duidelijke einddatum, en sluit formeel en feestelijk af. Zorg dat er in de externe media aandacht besteed is aan de invoering van de nieuwe interventie. Zorg voor supervisie mogelijkheden.

Stap 6. Stappenplan voor uitvoering van de implementatie

Implementatie vereist een stappenplan. Dit wordt vastgesteld aan de hand van de analyses en de ontworpen strategie. Dit stappenplan moet ruimte laten voor flexibiliteit.

Communicatie is essentieel voor implementatie. Het strekt tot de aanbeveling om in het stappenplan ook een communicatiestappenplan op te nemen.

Stap 7. Planning en begroting

Een implementatieplan bevat een planning en een begroting. Verschillende strategieën hebben verschillende prijskaartjes. De financiële gevolgen van verschillende opties moeten doorberekend worden.

De inhoudsopgave van het inhoudelijke implementatieplan kan er als volgt uitzien:

Inhoudsopgave implementatie

- 1 Inleiding en projectafbakening
 - 1.1 Inleiding
 - 1.2 Projectafbakening
 - 1.2.1 Doelstellingen
 - 1.2.2 Scope
- 2 Projectorganisatie
 - 2.1 Projectstructuur
 - 2.2 Taken en verantwoordelijkheden
 - 2.3 Overlegstructuur
 - 2.4 Randvoorwaarden
 - 2.5 Risico's
- 3 Implementatie
 - 3.1 Scenario's
 - 3.2 Plan van aanpak
- 4 Communicatie

Stap 8 Externe toetsing van het implementatieplan

Het implementatieplan wordt getoetst door twee experts/ mogelijke toekomstige gebruikers uit andere instellingen. Hiermee wordt bereikt dat het implementatieplan niet teveel geschreven wordt alleen voor de ontwikkelende instelling. De meelezers beoordelen het concept op:

- > toegankelijkheid van de tekst (leesbaar en begrijpelijk)
- > bruikbaarheid in brede verslavingszorg (concreet, realistisch, toetsbaar)

Implementatieplan en commentaar van de meelezers worden ter informatie aan de stuurgroep gezonden. Het commentaar van de meelezers wordt op hoofdlijnen teruggekoppeld aan de stuurgroep evenals wat de schrijver met het commentaar gedaan heeft.

ZonMW (2007) hanteert de volgende checklist voor de ingrediënten van het implementatiewerkplan:

- > Aanleiding of probleem waaraan dit project iets wil veranderen
- > Doelstelling
Maak daarbij een onderscheid in doelen op korte en langere termijn.
- > Belangrijkste bevindingen uit uw analyses (van de vernieuwing, de context en de doelgroepen)
- > Wat het project niet kan doen of oplossen (afbakenen)
- > De middelen die u gaat inzetten, gekoppeld aan de verschillende fases van het veranderingsproces en de verschillende niveau's (zoals team, individu en organisatie)
- > Per activiteit aangeven wie wat doet
- > Of en hoe u de strategieën op kleine schaal gaat uittesten. En hoe u van daaruit gaat uitbreiden (bijvoorbeeld naar andere groepen, afdelingen of instellingen)
- > De tijdplanning, tijdbalk en einddatum. De activiteiten volgen elkaar logisch op.
- > De momenten van communiceren (mensen blijvend betrekken en op de hoogte houden) en de middelen die u daarvoor inzet
- > Verdeling van taken en verantwoordelijkheden
- > Budget en menskracht
- > Verankering. Dus alle inspanningen die nodig zijn om ervoor te zorgen dat de vernieuwing beklijft.
- > Verslaglegging. De manier waarop u de ervaringen met implementeren in de loop van het proces vastlegt en verspreidt met het oog op volgende innovatieprocessen.
- > Hoe u gaat evalueren, op welk momenten en wat u gaat doen met de uitkomsten.

Bijlage 1. Veranderingsbereidheid: Koplopers, middengroep en achterblijvers

(Grol & Wensing, 2001)

	Koplopers	Middengroep	Achterblijvers
Wat is de motivatie om te veranderen?	<ul style="list-style-type: none"> > Snel te porren voor veranderingen > Zien de voordelen ervan in 	<ul style="list-style-type: none"> > Wil er graag bij horen > Gevoelig voor sociale druk en de relatie met anderen. 	<ul style="list-style-type: none"> > Vaak geneigd tot solistisch opereren > Gevoeliger voor dwang en druk
Wat vooral beïnvloeden?	Kennis	Houding	Gedrag
Wat kan daarbij helpen?	Goede en wetenschappelijk verantwoorde informatie, afkomstig van betrouwbare bronnen. Bijvoorbeeld artikelen en gekwalificeerde nascholing.	Sleutelfiguren inzetten, intercollegiale activiteiten en feedback van collega's. Bijvoorbeeld teamoverleg, onderlinge afspraken, intercollegiale toetsing, kleinschalige scholingsbijeenkomsten waarbij opinieleiders de nieuwe werkwijze introduceren, consensusbijeenkomsten.	Praktische steun bij problemen, regels en afspraken. Beloning en sancties. Druk vanuit officiële standpunten. Druk vanuit (vak)organisaties, en vanuit regels die zijn opgesteld door directie en raad van bestuur.

Bijlage 2. Bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie

Uit onderzoek van Resultaten Scoren over de implementatie van haar producten (Mulder & Schippers, 2004), bleken de volgende factoren bevorderend of belemmerend voor de implementatie:

- > De protocollen en de richtlijnen die op beperkte schaal moeten worden aangepast aan de eigen praktijk zijn het meest succesvol.
- > Implementatie wordt bevorderd door de kwaliteit van de producten, als de medewerkers de producten ervaren als antwoord op een knelpunt en als cliënten meer tevreden zijn.
- > Belemmerend is organisatorische onrust, personele wisselingen en onduidelijkheid over het te verwachten resultaat van de nieuwe werkwijze.
- > De rol van het management in implementatie moet stevig verankerd zijn. Naast de aanwezigheid van een 'trekker' in de uitvoerende staf, is ook is er ook iemand op management niveau die persoonlijk de eindverantwoordelijkheid draagt voor de implementatie.

In onderstaand schema (Grol & Wensing, 2001) worden bevorderende en belemmerende factoren ingedeeld naar hun bron:

Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie	
Factoren van de vernieuwing zelf	a) aansluiting bij bestaande normen en waarden b) vormgeving c) antwoord op ervaren knelpunten d) geloofwaardigheid van de inhoud
Factoren in de individuele hulpverlener	a) competentie b) attitude t.o.v. de innovatie en haar toepasbaarheid c) motivatie tot veranderen d) persoonskenmerken
Factoren in de sociale omgeving	a) cliënten, hun behoeften, voorkeuren en kenmerken b) medewerkers, opvattingen van collegae en opinieleiders
Factoren in het systeem	a) organisatie en structuur b) financiële vergoedingen

Bijlage 3. Implementatie-activiteiten (strategieën)

Er zijn verschillende activiteiten die kunnen worden ondernomen bij het implementeren. Ze worden vaak aangeduid als strategieën. Welke soorten strategieën nodig zijn, is contextafhankelijk (Van Splunteren, In 't Veld, & Van Barneveld, 2004).

Zo zijn er bijvoorbeeld informerende strategieën en motiverende strategieën, strategieën voor draagvlakvergroting, strategieën voor de beïnvloeding van in de organisatie beïnvloeden. Er kan gekozen worden voor een meer planmatige top-down benadering of een meer participatieve bottom-up benadering. (ZonMW, 2007)

Het is van belang dat de activiteiten worden afgestemd op de doelgroep: koplopers, de middengroep en de achterblijvers.

Ook is het belangrijk om het commitment van het management goed te waarborgen.

Van Splunteren et al (2004) stellen dat de meeste kans van slagen ligt in de combinatie van interventies, gericht op het wegnemen van de belangrijkste ervaren barrières en het stimuleren van de gewenste verbeteracties. Deze interventies kunnen het beste worden uitgevoerd in een continue cyclus. Zij pleiten voor 'lokale veranderingsprocessen met nadruk op het lerend vermogen van de professional, het bestaan van praktijkkennis naast wetenschappelijke kennis, de rol van de cliënt en de organisatorische voorwaarden die leren en veranderen stimuleren (Van Splunteren et al., 2004).

FASE 7. Externe pilot

Deze fase is qua uitwerking en fasering gelijk aan de interne pilot (Fase 5)

Doel: Uitvoeren van test buiten de eigen instelling, toetsen en bijstellen implementatiestrategie

STAPPENPLAN

1. *Vorbereiding*
 - > organisatorisch
 - > inhoudelijk
2. *Nulmeting*
3. *Trainen pilot medewerkers*
4. *Externe pilot uitvoeren en evalueren*
 - > evaluatie bij medewerkers
 - > evaluatie bij cliënten
 - > aanbevelingen
5. *Bijstellen van het protocol*

Documenten

- > Beschrijving pilot
- > Resultaten pilot
- > Conclusies pilot
- > Aanbevelingen pilot
- > Aangepaste handleiding
- > Aangepast implementatieplan
- Voortgangsrapport

Communicatie

- > Communiceren pilot in de organisatie
- > Communiceren resultaten in organisatie

Aandachtspunten

De 2^e pilot wordt uitgevoerd door een of meer instellingen die de interventie niet ontwikkeld hebben. De structuur is hetzelfde als bij de interne pilot.

Het doel van de tweede pilot is vierledig: fouten of onvolkomenheden traceren, aanvullingen of nieuwe inzichten vernemen, onvoorziene praktische implementatieproblemen detecteren en draagvlak creëren voor de interventie.

De volgende vragen staan centraal: welke aanpassingen hebben de deelnemers aan de interventie gepleegd om er optimaal mee te kunnen werken in de eigen instelling? Is dit positief dan wel negatief ervaren?

De handleiding en het implementatieplan worden aangepast op basis van de pilots.

Het ontwerp wordt voorgelegd aan de stuurgroep.

Er wordt een bijeenkomst gepland om het product te presenteren.

FASE 8. Implementatie en onderhoud

Doel: Implementatie van het product en realisering de vastgestelde doelen.
In stand houden van de ingevoerde interventie en het continu aanpassen van de processen op basis van de resultaten en ervaringen.

STAPPENPLAN

1. *Overdracht aan de stuurgroep*
2. *Overdracht aan het veld*

Nationaal niveau

- > Organiseren van een congres
- > Communicatie met de opleidingen
- > Digitalisering, PDA
- > Opzetten van een shared workspace (internet forum)
- > Feedbackloop integraal kwaliteitstraject

Lokaal niveau

- > Presentatie bij instellingen onder managers, hulpverleners en cliënten
 - > Verwerven van finale commitment voor implementatie
 - > Voeren van implementatiegesprekken
 - > Uitvoeren implementatie volgens plan
 - > Monitoren, registeren en evalueren van de resultaten
 - > Het projectmatig verbeteren van het proces
3. *Toetsing van de continuïteit van de implementatie*
 - > Mondelinge follow-up
 - > Visitatierondes

4. *Onderhoud*

Communicatie:

- > Interne media
- > Bijeenkomst middenmanagement
- > Thematische bijeenkomst medewerkers en cliënten
- > Op nationaal en lokaal niveau

Interactieve en Iteratieve Variant

Er zijn goede ervaringen met het gelijk laten opgaan van het ontwikkelwerk en de implementatie in een iteratief proces waarbij er intensieve interactie is tussen ontwikkelaars en uitvoerders/cliënten. Hierbij wordt het MP niet lineair gevolgd maar in de vorm van een reeks kleine ontwikkel – implementatie – evaluatie cyclussen uitgevoerd.

Inleiding

Implementatie vereist op de eerste plaats een helder implementatieplan met meetbare doelen, een analyse van de doelgroep en het bewust kiezen van een strategie om de bevorderende en belemmerende factoren te beïnvloeden. Op de tweede plaats moeten de resultaten systematisch en valide gemeten worden. Goede informatie over resultaten van de toegepaste werkwijze zal bijdragen aan de kwaliteit van de verdere implementatie en verbetering van de producten. Elke handleiding (richtlijn/protocol) dient dan ook te voorzien in een implementatieplan, een competentieprofiel voor de medewerkers die het product gaan gebruiken en indicatoren voor de resultaatmeting. (Mulder & Schippers, 2005)

Ideaal zou zijn als de resultaten van de nieuwe interventie konden worden geborgd middels ISO, waarna het integrale kwaliteitsbeleid zorgt voor een continue verbetering van het nieuw ontworpen proces. Zo worden alle instrumenten om te komen tot betere zorgkwaliteit geïntegreerd.

Implementatie is enerzijds maatwerk, aangepast aan lokale knelpuntenanalyse, beschikbare middelen, heersende waarden en anderzijds centraal gestandaardiseerd: de toetsing van integriteit en effectiviteit, training van personeel, begeleiding/supervisie bij invoering en onderhoud van de interventie.

Stap 1. Overdracht aan de stuurgroep

Aanbieden van de interventiehandleiding/ het protocol inclusief implementatieplan aan stuurgroep. De stuurgroep toetst bestuurlijk en stelt de interventiehandleiding inclusief implementatieplan vast.

De stuurgroep draagt in overleg met de ontwikkelaars zorg voor:

- > Publiceren en verspreiden van publicaties
- > PR activiteiten zoals workshops en informatiebijeenkomsten

Stap 2. Overdracht aan het veld

Nationaal niveau

De interventie wordt met het implementatieplan gepresenteerd tijdens een congres. Belangrijk is dat de nieuwe inzichten en de nieuwe protocollen een plaats krijgen binnen de opleidingen, dat ze daar in ieder geval bekend zijn. Hiervoor is goede communicatie met de opleidingen noodzakelijk. Contact hierover wordt opgenomen met de Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling (RvBO). De interventie moet geschikt zijn om op te nemen in de (na)scholingen en kwaliteitsverbeteringstrajecten van de verschillende opleidingen.

Verder wordt een digitale versie van de interventie gemaakt, inclusief een versie die geschikt is om naar een PDA te kopiëren.

Het is handig om een elektronische *shared workspace* (internet forum) op te zetten waarop gebruikers hun ervaringen en ideeën (tips & trucs) kunnen delen

Er wordt een integraal kwaliteitstraject opgezet met voortdurende terugkoppeling. De ervaringen met de interventie en de gemeten resultaten worden met elkaar gedeeld via een gemeenschappelijke landelijke database. Die gegevens vormen weer input voor eventuele herziening van de interventie.

Lokaal niveau

(zie ook het implementatieplan, fase 6)

Bij implementatiegesprekken kunnen de volgende aandachtspunten worden gehanteerd:

- > Vaststellen wat nodig is om de implementatie uit te voeren (op basis van de analyses)
- > Vaststellen van de verschillende strategieën om de interventie te realiseren
- > Vaststellen van de benodigde verandering bij de verschillende strategieën
- > Het nagaan van waarschijnlijke en mogelijke verbeteringen per strategieën
- > Bespreken daarvan met betrokken partijen
- > Nagaan van de overdraagbaarheid van de strategieën
- > Nagaan van de risico's per strategie
- > Risico's bespreken met betrokken partijen
- > Tot een keuze komen voor de ideale strategieën
- > Vaststellen van de omvang van de implementatie (voor ideale optie)
- > Vaststellen van de omvang van de trainingen
- > Vaststellen v/e optimale implementatie (uitvoerbaarheid, voordelen en kosten)
- > Verkrijgen van finale commitment voor implementatie
- > Doorrekenen van de financiële gevolgen van de strategieën

Stap 3. Toetsing van de integriteit en continuïteit van de implementatie

Deze toetsing gaat over het naleven en het bijstellen van het protocol.

Dit wordt getoetst op twee punten:

- > Doen we wat we hebben afgesproken?
- > Is het effectief wat we hebben afgesproken?

De toetsing vindt zoveel mogelijk plaats op basis van registratie met betrekking tot:

- > Effectiviteit (uitkomstmeting)
- > Integriteit (procesmonitor)
- > Personeelscompetentie (training en toetsing nieuwe medewerkers, bijscholing)

Stap 4. Onderhoud

Het protocol omvat ook aanwijzingen voor een onderhoudscyclus. Het inhoudelijke onderhoud van de interventie kan georganiseerd worden via een *shared workspace*.

- > Twee jaar na het aanbieden van de interventiehandleiding aan het veld worden de ontwikkelaars gevraagd om na te gaan of herziening noodzakelijk is. Herziening kan geschieden op basis van:
 - o nieuwe evidentie
 - o resultaten benchmark of andere effectregistraties (in de toekomst)
 - o praktijkervaring
- > Degene die het intellectueel eigendomsrecht van de interventie heeft (meestal de ontwikkelaar) wordt gevraagd of hij wil nagaan of er reden is tot herziening. Wil deze dit niet, dan wordt de vraag openbaar aanbesteed.
- > Indien er reden blijkt tot herziening kan de opdracht hiertoe uitgevoerd worden door degene die de noodzaak voor herziening heeft vastgesteld of een ander. Voor deze werkzaamheden dient financiering beschikbaar te zijn.

Besluit tot herziening wordt genomen door de stuurgroep.

Het organisatorische onderhoud is een lokale verantwoordelijkheid van de instellingen en kan worden gebaseerd op de resultaten van de monitoren (effectiviteit, integriteit en personeelsbezetting).

Toetsen voor de beoordeling van protocollen op specifieke criteria

Uit de evaluatie van richtlijn- en protocolontwikkelingen in de afgelopen jaren, is een drietal aandachtspunten naar voren gekomen waarvoor afzonderlijke waarborging gewenst wordt.

Die aandachtspunten zijn:

- > Participatie van cliënten en verwanten in de ontwikkeling van het protocol
- > Participatie van allochtone cliënten
- > Competentie van het personeel dat de interventie gaat uitvoeren

Daarnaast is er behoefte ontstaan aan uitbreiding van het toepassingsdomein voor het Masterprotocol in vier richtingen, namelijk:

- > Harmonisering met de 'Handleiding voor *evidence-based* richtlijnontwikkeling' zodat de protocollen ook voldoen aan de eisen van het EBRO-platform
- > Toepassing in justitiële setting, zodanig dat het protocol voldoet aan de eisen van het programma Terugdringen Recidive van het Ministerie van Justitie
- > Toepassing voor de actualisering van producten die met het oude Masterprotocol Resultaten Scoren zijn ontwikkeld
- > Toepassing als beoordelingskader voor producten die buiten Resultaten Scoren zijn ontwikkeld en voor een keurmerk in aanmerking willen komen

De harmonisering met EBRO is integraal doorgevoerd in het herziene Masterprotocol en heeft daarom geen afzonderlijke toetsing.

Voor de andere doelstellingen zijn wel afzonderlijke toetsen geformuleerd, die hieronder zijn opgenomen. Achtereenvolgens zijn dit:

1. Toets Participatie Cliënten en Verwanten
Niveau, methode en resultaat van cliëntenparticipatie c.q. verwerking van cliëntenperspectieven
2. Toets Participatie Allochtone Cliënten
Niveau, concretisering en resultaat van participatie allochtonen c.q. verwerking van allochtone perspectieven
3. Toets Competentieprofielen Personeel
Vaststelling, training en waarborg van de competenties die het personeel nodig heeft om de interventie te kunnen uitvoeren met het gewenste resultaat
4. Toets Justitiabele Cliënten
Vaststelling, concretisering en waarborg van kwaliteitseisen uit het programma Terugdringen Recidive van het Ministerie van Justitie
5. Toets voor Actualisering
Handleiding en beoordelingskader voor de herziening van producten die met het Masterprotocol 1999 zijn ontwikkeld
6. Toets voor het Resultaten Scoren Keurmerk
Beoordeling van producten die buiten Resultaten Scoren zijn ontwikkeld

Toets 1: Participatie Cliënten en Verwanten

Inleiding

Sinds de invoering van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen, zijn de cliëntenraden geprofessionaliseerde organen. Zij zijn een belangrijke brug bij het bereiken van de juiste doelgroep cliënten en het nadenken over de methode van participatie die voor deze doelgroep geschikt is. Het blijft de verantwoordelijkheid van de instelling om de juiste voorwaarden te scheppen voor de participatie van cliënten. Hier moet extra inspanning vanuit de instelling geleverd worden om de participatie te begeleiden. Alle resultaten moeten teruggekoppeld worden aan de cliëntenraad en de direct betrokken cliënten.

Effectieve cliëntenparticipatie begint bij de eerste voorbereidingen van de ontwikkeling. Nodig is dat een helder actieplan opgesteld wordt voor de selectie en werving, de voorbereiding en een doorlopende ondersteuning en training van de cliënten (Cavelaars 2002)

Gelijkwaardige samenwerking tussen cliënten en professionals bij het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen is de laatste jaren steeds meer in opkomst. In de praktijk blijkt er vaak een kloof te zijn tussen de professionals en de cliënten. De inbreng die van cliënten wordt verwacht, heeft vooral betrekking op waarden. Maar eenmaal aan tafel gezeten, zullen cliënten ook hun mening willen geven over de onderzoeksbevindingen (*de evidence*) (Van Megchelen 2007). Een risico is dat de meningen van cliënten *overruled* worden met een beroep op de 'bewezen' feiten. Dit kan tot botsingen leiden. Het is belangrijk om te streven naar het wederkerig respecteren van zowel de wetenschappelijke feiten als de praktijkervaringen ook als die elkaar lijken uit te sluiten.

Om cliëntenparticipatie in de toekomst effectiever te maken, is het van belang het proces goed vast te leggen. Voor nadere details en aanwijzingen verwijzen we naar de literatuurstudie en praktijkinventarisatie van Cavelaars & Franxs (2002) *Cliëntenparticipatie bij richtlijnontwikkeling*.

Toetsvragen:

1. Is het draagvlak voor de cliëntenparticipatie gewaarborgd?
2. Is de doelstelling van de participatie duidelijk voor alle betrokkenen?
3. Voor welk(e) *niveau(s)* van participatie is gekozen?
4. Voor welk(e) *methode(s)* van participatie is gekozen?
5. Hoe, en op basis van welke overwegingen zijn de keuzes van 3 en 4 tot stand gekomen?
6. In welke stappen van de protocolontwikkeling hebben cliënten/verwanten geparticipeerd, dan wel zijn hun perspectieven verwerkt?
7. Hoe is de participatie georganiseerd?
8. Hoe is de kwalitatieve representativiteit van de cliëntvertegenwoordiging gewaarborgd en de rapportage aan de achterban?
9. Wat is, per stap, het resultaat van de participatie?

Uiteraard dient de rapportage over deze vragen door of in samenwerking met betrokken cliënten worden uitgevoerd.

Toelichting en uitwerking

1. Draagvlak

De voorzitter heeft een belangrijke rol bij het ondersteunen van de cliëntenparticipatie en de waarborging van het draagvlak voor de participatie bij de werkgroepleden. Cliëntenparticipa-

tie vraagt veelal nog om een omslag van denken bij de professionals. Dit proces moet zorgvuldig begeleid worden. Zowel professionals als cliënten zijn tamelijk onervaren in het effectief samenwerken. Een gezamenlijke (professionals en cliënten) startbijeenkomst biedt een goede mogelijkheid om consensus te vormen over de zin en de noodzaak van cliëntenparticipatie (Cavelaars 2002). Hierin kunnen tegelijk bevorderende en belemmerende factoren besproken worden voor effectieve cliëntenparticipatie.

Professionals dienen zich bescheiden op te stellen tegenover participerende cliënten en moeite te doen om het ontwikkelproces voor hen transparant en navolgbaar te maken.

2. Doelstellingen van cliëntenparticipatie

Het participatieproces kan verschillende doelen hebben die duidelijk geformuleerd moeten worden. Doelen zijn bijvoorbeeld:

- > Verbetering van de kwaliteit van de richtlijn/het protocol
- > Verbetering van de werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener door betere communicatie en besluitvorming in de spreekkamer (microniveau)
- > Een betere aansluiting van het hulpaanbod op de hulpvraag en verbeterde toegankelijkheid van de zorg (microniveau)
- > Verbetering van de organisatie van de hulpverlening (mesoniveau)
- > Verkrijgen van legitimatie en steun van cliëntengroepen en gelijkwaardiger verhoudingen tussen belangenorganisaties van hulpvragers en hulpverleners (macroniveau)
- > Blootleggen van nieuwe onderzoeksvragen en beïnvloeding van de onderzoeksagenda (macroniveau) (Veenendaal et al., 2004)

3. Niveau van participatie

Met Veenendaal et al. (2004) onderscheiden wij vijf niveaus van participatie:

Niveaus van cliëntenparticipatie

- | | |
|----------|--|
| Niveau 1 | Positieve attitude voor cliëntenparticipatie, maar van betrokkenheid is niet echt sprake |
| Niveau 2 | Informerende door cliënten: er wordt informatie gezocht over het cliëntenperspectief, maar van consensusvorming en overleg tussen cliënt en hulpverlener binnen de werkgroep is geen sprake. De richtlijn wordt vanuit het hulpverlenerperspectief ontwikkeld. |
| Niveau 3 | Advies door cliënten: Er is binnen de richtlijnwerkgroep sprake van contact tussen cliënt en hulpverlener. |
| Niveau 4 | Partnership: gelijkwaardige samenwerking, de cliënten hebben een eigen rol binnen het proces, en zij kunnen de inhoud van de richtlijn beïnvloeden. |
| Niveau 5 | Cliëntenperspectief stuurt in grote mate de beslissingen over de thema's en doelen van de richtlijn. De regie voor de richtlijn ligt primair in handen van cliëntenvertegenwoordigers. |

4. Domein van participatie

Er wordt onderscheid gemaakt tussen participatie op inhoudelijk terrein en op het terrein van de vormgeving aan het proces van de interventie (EBRO, 2006).

Bij de inhoudelijke participatie gaat het om deelname aan het literatuuronderzoek, focusgroepen, surveys, kwalitatief onderzoek.

Bij de procesparticipatie gaat het om optreden van cliënten als referenten, vertegenwoordiging in de werkgroep, of de formulering van het cliëntenperspectief als uitgangspunt van protocol/richtlijnontwikkeling.

5. Hoe, en op basis van welke overwegingen zijn de keuzes van 3 en 4 tot stand gekomen?

Sluiten niveau en methode van participatie aan bij de doelstelling? Is er bij alle betrokkenen consensus over het niveau en de methode van participatie?

6. In welke stappen van de protocolontwikkeling hebben cliënten/verwanten geparticipeerd, dan wel zijn hun perspectieven verwerkt?

Cliënten kunnen participeren bij inhoudelijke zaken (fase 1-4), maar spelen zeker ook een belangrijke rol bij vraagstukken rond de uitvoering: hoe moet de bejegening en de informatievoorziening gestalte krijgen? (fase 4-5)

Inhoud van de participatie per stap van de protocolontwikkeling:

Cliënten worden betrokken bij:

- Fase 1: Voorbereiding
 - > De keuze van het onderwerp (wat heeft cliënt nodig?)
 - > knelpuntenanalyse
 - > vaststellen niveau van cliëntenparticipatie
- Fase 2: Literatuurstudie, consultatie, aanbevelingen
 - > cliënten worden geconsulteerd over hun ervaringen en over de aanbevelingen
 - > ervaren cliëntvertegenwoordigers kunnen participeren in literatuurstudie
 - > aandacht voor procesevaluatie in onderzoek en effectbeoordelingen door cliënten
- Fase 3: Programma van eisen
 - > deelname aan formulering eisen van cliëntgerichtheid en inpassing in zorgplan
- Fase 4: Formulieren en toetsen concept protocol
 - > deelname aan brainstorm en toetsing
 - > cliëntenpanel voor commentaar op concept
 - > deelname in opstelling cliëntenversie
 - > consultatie over trainingsmateriaal op punt van bejegening
- Fase 5. Interne pilot en Fase 7. Externe pilot
 - > consultatie over en toezicht op rapportage aan betrokken cliënten en cliëntenraad
 - > Bepaling van een procedure en de selectie van indicatoren voor de meting van effectiviteit en kwaliteit van de interventie
- Fase 6. Implementatieplan
 - > eindbeslissing over implementatie vereist ook instemming van cliënten

7. Hoe is de participatie georganiseerd?

De participatie moet ondersteund worden met een training van cliënten op het gebied van methoden van interventieontwikkeling. Verder vindt ondersteuning plaats door heldere informatie (rollen, taken), comfortabele setting (voldoende tijd/ aandacht, ondersteunende voorzitter), ondersteunend materiaal (medische woordenlijsten, cliëntenversies van teksten), onkostenvergoeding. (Cavelaars & Franxs, 2002)

Ten tweede moet het participatieproces duidelijk gestructureerd zijn. Dit betekent dat alle betrokkenen weten wat er van hen wordt verwacht, hoe er wordt samengewerkt, volgens welke stappen er wordt gewerkt en hoe het cliëntenperspectief uiteindelijk in de interventie tot uiting komt. De inbreng van de cliënten wordt bij voorkeur door de hele richtlijn verwerkt, maar kan ook in een apart hoofdstuk.

8. Hoe is de representativiteit van de cliëntvertegenwoordiging gewaarborgd en de rapportage aan de achterban?

De doelgroep moet duidelijk vastgesteld zijn.

9. Wat is, per stap, het resultaat van de participatie?

Wat waren de belemmerende en bevorderende factoren? Alle resultaten moeten teruggekoppeld worden aan de cliëntenraad en de direct betrokken cliënten.

Verwantenparticipatie

Ook verwanten zijn belangrijke belanghebbenden en ervaringsdeskundigen, en spelen een belangrijke rol bij de ontwikkelings- en toetsingsfase. In de literatuursearch kan er specifiek gekeken worden naar de effectiviteit van het betrekken van het systeem bij de behandeling. Afgevaardigde van verwantenverenigingen als de LSOVD of de Moedige Moeders kunnen deelnemen in de werkgroep.

Toets 2: Participatie Allochtone Cliënten

Inleiding

Minderheidsgroepen krijgen historisch gezien weinig of geen aandacht in medisch onderzoek waardoor vaak onbekend is of de bevindingen ook voor die minderheidsgroepen geldig zijn. Aandacht voor differentiatie in sekse en etniciteit dient een integraal onderdeel te zijn van het proces van interventie ontwikkeling. Hoewel die differentiatie in evaluatie-onderzoek vaak ontbreekt, moet er wel naar worden gezocht.

Taalproblemen, communicatieproblemen en cultuurverschillen maken het voor allochtone vslaafden vaak lastig om volwaardig aan behandelingsprogramma's deel te nemen. In de interventie ontwikkeling dienen daarom consultatierondes plaats te vinden met allochtone cliënten. Allochtone cliënten moeten vooral mondeling benaderd worden. Van de cliënteninformatie over de interventie moeten versies in relevante talen opgesteld worden.

Kennis over het perspectief van Islamitische allochtonen kan vergaard worden bij Imams. Ook bij andere allochtone groepen kunnen religieuze leiders en geestelijke verzorgers belangrijke informanten zijn. Met het oog op atheïstische allochtonen kan de website www.islamenbrugerschap.nl geraadpleegd worden.

Het betrekken van verwanten is een belangrijke, maar delicate kwestie bij allochtone cliënten. In Nederland is de organisatie Mikado, het Kenniscentrum Interculturele Gezondheidszorg, gespecialiseerd in dit soort vraagstukken.

Aanpassingen aan de interventie, kunnen, afhankelijk van het onderwerp, nodig zijn op het niveau van interventie zelf, of op het niveau van bejegening. Een cognitieve gedragsinterventie heeft bijvoorbeeld meer aanpassingen nodig op het gebied van bejegening, terwijl bij een sociale systeem-interventie, bijvoorbeeld in het kader van een *Community Reinforcement Approach* (Miller, Meyers, & Hiller-Sturmhöfel, 1999; Roozen et al., 2004) of een *Assertive Community* benadering (Coldwell & Bender, 2007), eerder op het niveau van de interventie zelf de culturele differentiatie zal moeten worden verwerkt.

Hierbij moet wel aangetekend worden dat dé allochtoon niet bestaat, evenmin als dé autochtoon. Men dient vooral niet uit te gaan van stereotiepe beelden over migranten en hen zeker niet 'exotiseren'.

Toetsvragen:

1. Voor welk niveau van participatie is gekozen?
2. Hoe, en op basis van welke overwegingen is die keuze tot stand gekomen?
3. In welke stappen van de protocolontwikkeling hebben allochtonen geparticipeerd, dan wel zijn hun perspectieven verwerkt?
4. Hoe is de participatie georganiseerd?
5. Hoe is de representativiteit van de allochtonenvertegenwoordiging gewaarborgd en hoe is de rapportage aan de achterban uitgevoerd?
6. Wat is, per stap, het resultaat van de participatie?

Toelichting en uitwerking

In principe gelden hier dezelfde regels als bij de algemene toets voor cliëntenparticipatie. Zie daarvoor de voorgaande toets.

Maar er zijn ook specifieke aandachtspunten voor de vormgeving aan en beoordeling van de participatie door allochtone cliënten/verwanten (Moerman et al, 2004).

Inhoudelijk

1. *Formulering van uitgangsvragen*

Hierbij expliciet nagaan of bij het onderwerp van de richtlijn etnische aspecten een rol spelen. Hiertoe kunnen experts of ervaringsdeskundigen op dit gebied deel uitmaken van de werkgroep.

2. *Verzamelen van onderzoeksliteratuur over de invloed van etnische afkomst op effectiviteit van bepaalde interventies.*

Er is weinig *main stream* onderzoek waarin aandacht wordt besteed aan etnische of culturele differentiatie. Het is belangrijk ook buiten de standaard medische en psychologische databases te zoeken om iets over minderheidsgroepen te vinden.

3. *Aanbevelingen*

In het algemeen zijn effectstudies gebaseerd op onderzoek bij personen uit de dominante subpopulatie. Dat betekent dat de bevindingen niet zonder meer geldig zijn voor andere subpopulaties.

Bejegening

Soms dient voor bepaalde groepen allochtonen de interventie inhoudelijk anders te zijn ingericht. Soms zijn aanpassingen enkel nodig in de context, in de uitvoering. De bejegening van allochtone cliënten vraagt dan om een aparte training van hulpverleners. Hier moet rekening mee gehouden worden tijdens het opstellen van het trainingscurriculum.

Verder verwijzen we naar het onderzoek uitgevoerd door Mikado en Kramer (2004) Interculturele competentieprofielen in de GGZ: projectverslag in het kader van het Actieplan Interculturalisatie van GGZ Nederland.

Literatuurtips

Resultaten Scoren heeft in 2003 een onderzoek uitgevoerd naar *Multiculturele Verslavingszorg, visie en ontwikkelingskader*. TransAct heeft in 2005 een literatuuroverzicht opgesteld specifiek over verslaving, sekse en/of cultuur, beschikbaar op: www.transact.nl. Verder is Mikado een kenniscentrum voor interculturele geestelijke gezondheidszorg.

Toets 3: Competentieprofielen voor personeel

In de verslavingszorg hebben medewerkers vaak geen eenduidig competentieprofiel omdat ze uit verschillende beroepsgroepen komen en verschillende opleidingsachtergronden hebben. Daarom moet elk interventieprotocol een competentieprofiel voor de medewerkers bevatten. Onder competenties wordt hier verstaan: het vermogen om specifieke kennis, vaardigheden en attitude doelgericht in te zetten in een beroepsmatige context.

Toetsvragen

1. Is in het protocol beschreven welke functies in de uitvoering onderscheiden worden?
2. Is per functie transparant en controleerbaar voor elke van de onderscheiden functies geformuleerd over welke competenties personeelsleden in die functie moeten beschikken?
3. Zijn er trainingen aangewezen en beschikbaar voor de verwerving van deze competenties?
4. Is er een procedure vastgesteld voor de beoordeling/toetsing van de competenties?

Het competentieprofiel

Het competentieprofiel bevat een analyse van de vaardigheden die nodig zijn om de interventie adequaat uit te voeren, en aanwijzingen voor de verwerving van die vaardigheden. In de implementatiefase wordt onderzoek gedaan naar de aanwezigheid van die vaardigheden in de functie kwalificaties van degenen die de interventie gaan uitvoeren. Hiertoe moeten de competenties van de medewerkers soms opnieuw beoordeeld en getoetst worden.

Scholing en training

Er wordt een trainingsmodule ontworpen bij de interventie. Bij de training wordt aangegeven wat de startcompetentie moet zijn, en welke vaardigheden na de training verworven moeten zijn en hoe die adequaat getoetst worden. Ook wordt aangegeven wat de consequenties zijn als iemand zakt voor de toets.

Instellingen moeten in het kader van de marktwerking zelf kunnen bepalen hoe ze hun personeel inzetten, op basis van een afweging van kwaliteit en kosten. Als de competenties te rigide opgesteld worden, dan vindt de interventie geen draagvlak meer bij de instellingen. Maar als de competenties te algemeen worden opgesteld, kan er een te grote kloof ontstaan tussen wat medewerkers kunnen en wat ze nodig hebben om de interventie uit te voeren.

Dit betekent dat de competenties uitvoeriger en explicieter geformuleerd moeten worden in de protocollen; niet alleen in de zin van de achtergrondopleiding, maar vooral in termen van de vaardigheden die zij moeten hebben om een bepaalde functie uit te oefenen. Hiermee krijgen instellingen een leidraad voor scholingsprogramma's ten behoeve van hun personeel.

Een ervaring bij de implementatie van Resultaten Scoren producten is dat het niveau van werknemers vaak lager is dan verwacht en dat er in sommige gevallen bijscholing nodig is voordat de training ten behoeve van de implementatie kan worden gegeven.

Zo zijn veel interventies ontworpen op het niveau van cognitieve gedragstherapie, die een academisch niveau van gedragsanalytisch vermogen vereist, terwijl in de verslavingszorg relatief veel mensen werken op een HBO of MBO niveau, zonder getraind te zijn in cognitieve gedragsinterventies. Dat betekent dat vóór de implementatie van een interventie goed moet worden onderzocht of de benodigde kwalificaties aanwezig zijn dan wel verworven zijn door aanwezig personeel. Zo niet: of er voldoende middelen zijn om adequaat getraind personeel aan te trekken.

Omslag in denken

Een nieuwe interventie vraagt behalve een training in nieuwe vaardigheden soms ook om een omslag van denken bij de medewerkers. Deze moet vanuit de organisatie zorgvuldig begeleid worden. Veel medewerkers hebben jarenlang hetzelfde gedaan en het uitvoeren van een nieuwe werkwijze vraagt een extra investering van hen. Hiervoor moeten zij gemotiveerd worden zodat de nieuwe methode van werken ook blijvend uitgevoerd wordt

Overige ontwikkelingen op het terrein van kwalificatieverbetering

Vanuit Resultaten Scoren is er een aantal initiatieven geweest om de kloof tussen de ontworpen protocollen en richtlijnen en de competenties van de medewerkers te dichten.

Een eerste is de nadrukkelijke aandacht voor competentieprofielen voor medewerkers bij de protocollen en richtlijnen en het opstellen van een trainingscurriculum.

Ten tweede is in 2005 de Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling (RvBO) in de verslavingszorg opgericht. De Raad heeft als belangrijkste doel om het leren en opleiden in 'verslavingskunde' in brede zin te bevorderen in verband met nieuwe wetenschappelijke inzichten over de behandeling, zorg en preventie van verslaving. De RvBO is samengesteld uit experts uit het HBO- en universitaire onderwijs en uit vertegenwoordigers van de primaire beroepsgroepen uit de verslavingszorg.

Speerpunten van de RvBO zijn onder andere het ontwikkelen van een richtlijn ten behoeve van opleidings- en nascholingsbeleid, accreditatie en het opstellen van een multidisciplinaire competentiematrix*.

Ten derde worden vanuit de RvBO (regionale) leernetwerken opgezet met als hoofdtaak het bij- en nascholen van medewerkers. De RvBO zet zich in voor het faciliteren van de kenniscirculatie tussen medewerkers en de mogelijkheid tot implementatie van nieuw ontwikkelde kennis vanuit bijvoorbeeld de ontwikkelcentra van Resultaten Scoren. Deskundigheidsbevordering en supervisie worden via deze leernetwerken geregeld. Dit is echter een verantwoordelijkheid van instellingen zelf. De leernetwerken worden vanuit de reguliere instellingsbudgetten bekostigd.

*De RvBO zal zich actief inzetten op het ondersteunen van de beroepsgroepen bij het formuleren van hun competentieprofielen in relatie tot het opleidingsbeleid. Binnen de RvBO is een beroepsgroepen-overleg ingesteld dat tot taak heeft om de competentieprofielen van de primaire beroepsgroepen te formuleren en deze in een standaard format te gieten waarin beroepsrollen, (kern) competenties en opleidingseindtermen worden gerubriceerd. Dit initiatief moet uiteindelijk een multidisciplinaire competentiematrix opleveren, waarvan de RvBO vervolgens zal nagaan in welke mate (beroeps)opleidingen voldoen en garanderen dat deze competenties ook verworven kunnen worden. (Nieuwsbrief Resultaten Scoren)

Toets 4: Justitiabele Cliënten

Inleiding: Terugdringen Recidive

In het kader van de modernisering van de sanctietoepassing is het Ministerie van Justitie medio 2002 gestart met het beleidsprogramma Terugdringen Recidive (TR). Dit programma is een samenwerkingsproject van het Ministerie van Justitie met de Dienst Justitiële Inrichtingen (Sector gevangeniswezen) en de reclasseringsorganisaties (Stichting Verslavingsreclassering GGZ, Leger des Heils Jeugdzorg en Leger des Heils Reclassering en de Stichting Reclassering Nederland).

Een van de peilers van het programma TR is de ontwikkeling van effectieve gedragsinterventies voor de verandering van criminogeen gedrag van justitiabelen. Het wetenschappelijke uitgangspunt is dat gedragsinterventies vooral effectief zijn gebleken als ze goed gestructureerd zijn, op de juiste doelgroep en de juiste criminogene factoren zijn gericht en zorgvuldig worden uitgevoerd. Gedragsinterventies die nieuwe (cognitieve) vaardigheden aanleren, zijn (mits goed uitgevoerd) over het algemeen het meest effectief (Programma Terugdringen Recidive, 2005).

Deze peiler van de ontwikkeling van effectieve gedragsinterventie staat centraal in deze Toets Justitiabele Cliënten. Het ontwikkelen van effectieve gedragsinterventies door justitie sluit (gedeeltelijk) aan bij de ontwikkelde interventies door Resultaten Scoren. Bij nieuw te ontwikkelen interventies kan expliciet aandacht besteed worden aan de eisen die justitie stelt aan gedragsinterventies.

Voorbeelden van interventies ontwikkeld voor justitiabele verslaafden in (gedeeltelijke) samenwerking met Resultaten Scoren zijn de *Module Leefstijltraining voor verslaafden justitiabelen* en *De Beoordeling-Indicatiestelling-Motivatie module (BIM)*.

Toetsvraag

Voldoet het protocol aan de kwaliteitseisen voor de beoordeling van gedragsinterventies?

Uitwerking en toelichting

Kwaliteitscontrole en kwaliteitscriteria

Voor de toetsing van de kwaliteit van gedragsinterventies heeft het ministerie in 2005 de onafhankelijke Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie geïnstalleerd. In de toekomst zullen uitsluitend door deze commissie erkende gedragsinterventies worden aangeboden en ingekocht door justitie. Bovendien zijn in het rapport Gedragsinterventies (Tigges 2005) de volgende kwaliteitseisen geformuleerd die deze commissie hanteert:

Kwaliteitscriteria voor de (ex-ante) beoordeling van gedragsinterventies	
1. Theoretische onderbouwing	het theoretisch fundament van de strafrechtelijke gedragsinterventie. De interventie is gebaseerd op een expliciet veranderingsmodel waarvan de werking wetenschappelijk is aangetoond.
2. Selectie van justitiabelen	het type justitiabele waarop de interventie zich richt wordt duidelijk gespecificeerd en geselecteerd, alsmede de methode en diagnostiek om deze groep te selecteren.
3. Dynamische criminogene factoren	de interventie is gericht op het veranderen van risicofactoren in attitude en gedrag die samenhangen met het criminele gedrag.
4. Effectieve (behandel)methoden	er worden (behandel)methoden toegepast die aantoonbaar effectief of veelbelovend (maar wel toetsbaar) zijn.
5. Vaardigheden en protectieve factoren	de aanpak is mede gericht op het leren van praktische, sociale en probleemoplossende vaardigheden. Cognitieve vaardigheden worden bevorderd en ander gedrag wordt ingeoefend.
6. Fasering, intensiteit en duur	de intensiteit en duur van de interventie sluit aan bij de problematiek van de deelnemer.
7. Betrokkenheid en motivatie	betrokkenheid van de deelnemer bij de interventie en motivatie voor deelname moeten gedurende het hele proces worden bevorderd en gestimuleerd. Motivatie is geen statische factor.
8. Continuïteit	er moeten duidelijke verbindingen zijn tussen de interventie en de totale begeleiding van de justitiabele. De interventie moet geïntegreerd zijn in het totale begeleidings- / reïntegratieplan
9. Behandel-integriteit	de interventie wordt uitgevoerd zoals het bedoeld is. Er vindt monitoring plaats van randvoorwaardelijke / ondersteunende aspecten en inhoudelijke aspecten.
10. Evaluatie	een doorlopende evaluatie geeft inzicht in de effectiviteit van de interventie. Is er een gedragsverandering en leidt die tot verminderde recidive?

Als de interventie voldoet aan de bovenstaande kwaliteitscriteria, kan erkenning worden aangevraagd bij de Erkeningscommissie. Daarbij moeten de volgende documenten worden voorgelegd:

1. Algemene samenvatting met leeswijzer
2. Theoretische handleiding
3. Programmahandleiding
4. Beoordelings- en evaluatiehandleiding
5. Managementhandleiding
6. Opleidingshandleiding voor begeleiders/medewerkers
7. Een kostenoverzicht

Vergelijking van de TR kwaliteitscriteria met die van Resultaten Scoren producten

Om te beginnen is belangrijk op te merken dat de procedure en de criteria van Resultaten Scoren zijn opgesteld voor de beoordeling van nieuwe producten, terwijl de TR kwaliteitscriteria betrekking hebben op bestaande interventies.

Inhoudelijk zijn er drie belangrijke verschillen tussen de TR beoordeling en de RS beoordeling, namelijk

1. de uitkomstmaten,
2. de integriteit van de behandeling en
3. de competentie van het personeel.

De uitkomstmaten

Justitie richt zich primair op het terugdringen van recidive en niet op behandeling van verslaving. Hoewel geslaagde behandeling van verslaving in het algemeen leidt tot sterke vermindering van wetsovertredingen, is dit niet per definitie het geval. Om voor justitiële erkenning in aanmerking te komen, moet van de interventie van Resultaten Scoren daarom ook de effectiviteit in termen van wetsovertredend gedrag worden gemeten.

Bewaken van de behandel-integriteit

Justitie gaat een stap verder dan Resultaten Scoren tot nu toe heeft gedaan wat betreft de behandel-integriteit. De redenering is hierbij dat zonder goede monitoring onzeker is of de interventie wordt uitgevoerd zoals die bedoeld is, met het risico dat de effectiviteit afneemt. Meta-analyses hebben aangetoond dat de integriteit van de uitvoering een doorslaggevende factor is bij de effectiviteit van interventies (Ruiter & Veen, 2004). Gevaren bij het ontbreken van integriteitsbewaking zijn: afdrijven van het programma (gaandeweg verschuiven de doelstellingen), programma-omkering (de interventie werkt averechts, bijvoorbeeld doordat personeel agressief wordt terwijl het doel van de interventie is om agressie te controleren) en non-compliance van de interventie (inhoud van sessies wordt zodanig gewijzigd dat niet meer aan de theoretische uitgangspunten wordt voldaan) (Corine de Ruiter, Juni 2004; Hollin, 1995; Ruiter & Veen, 2004).

Monitoring, zowel randvoorwaardelijk als inhoudelijk, moet dan ook een ingebouwd onderdeel zijn van de interventie.

Met betrekking tot de *inhoudelijke aspecten of behandel-integriteit* moet worden aangegeven:

- > hoe de interventie geïmplementeerd wordt en hoe toezicht gehouden wordt op de juiste uitvoering daarvan, zoals het op de juiste wijze gebruiken van specifieke technieken
- > hoe de behandelingsstijl van het personeel wordt gemonitord, inclusief hun houding tegenover de deelnemers
- > hoe omstandigheden of activiteiten die de behandeling zouden kunnen belemmeren worden waargenomen en aangepakt.

De kwaliteitsbewaking richt zich op de inhoudelijke uitvoering van het programma, de deskundigheid van de trainers die de medewerkers trainen, en de organisatorische randvoorwaarden. De trainers worden gecertificeerd en er wordt toezicht gehouden op de uitvoering van de gedragsinterventie.

Personeelscompetentie

Justitie stelt de volgende eisen aan de competentie van uitvoerend personeel. In alle gevallen moeten het mensen zijn die aantoonbaar qua opleiding en ervaring kunnen werken met groepen. Inrichtingswerkers zijn daarvoor in principe beter opgeleid dan maatschappelijk werkers; daarom gaat de voorkeur uit naar inrichtingswerkers. Justitie formuleert de personele competentie dus eerder in termen van opleiding dan in termen van vaardigheden.

Tot slot:

In de herziene versie van het Masterprotocol Resultaten Scoren (2007) krijgen de behandelintegriteit en de personele competentie meer aandacht dan in de eerdere versie, juist omdat de overwegingen die op dit punt gelden voor justitie evenzeer opgaan buiten het justitiële kader.

Vraag is wel hoe uiteindelijk trainers worden gecertificeerd en op welke wijze toezicht wordt gehouden op de uitvoering van de gedragsinterventie.

Toets 5: Actualisering

Het Masterprotocol Resultaten Scoren 2007 is op een aantal punten herzien ten opzichte van de versie uit 1999.

Ten eerste moeten cliënten in een vroeg stadium betrokken worden bij de te ontwikkelen interventie, en niet alleen in de pilotfase (zie Toets Participatie Cliënten en Verwanten). Daar moet ook de bruikbaarheid van de interventie bij allochtonen cliënten worden vastgesteld (zie Toets Participatie Allochtone Cliënten). Ook de betrokkenheid van beroepsverenigingen in commentaarrondes krijgt in het nieuwe Masterprotocol meer aandacht.

Ten tweede is er in de nieuwe versie van het Masterprotocol meer aandacht voor andere initiatieven op het gebied van de ontwikkeling van protocollen. Zo is de positionering ten opzichte van de ontwikkeling van Multidisciplinaire Richtlijnen van het CBO expliciet gedefinieerd in het nieuwe MP.

Verder kan er aangesloten worden bij de eisen die justitie aan een interventie stelt in het kader van de nota Terugdringen Recidive. Dit hangt echter af van het onderwerp van de interventie en of die ook toepasbaar is in een justitiële setting (zie Toets Justitiabele Cliënten).

Ten derde is in het nieuwe Masterprotocol aanzienlijk meer aandacht besteed aan de implementatie. Nieuwe protocollen moeten voorzien in:

- > een ondersteunend implementatieplan,
- > een competentieprofiel voor de medewerkers die het product gaan gebruiken en
- > indicatoren op basis waarvan ze kunnen beoordelen of de nieuwe werkwijze tot het gewenste resultaat leidt.

Samenvattend moeten interventies van Resultaten Scoren die gebaseerd zijn op het Masterprotocol 1999, geactualiseerd worden op de volgende punten:

1. **Cliëntenparticipatie**

Hoe hebben de cliënten geparticipeerd in de ontwikkeling van de interventie? Hoe had dit idealiter kunnen gebeuren? Is een tekort aan cliëntenparticipatie nog te herstellen? Mogelijkheden: extra consultatierondes, herhaling knelpunten analyse, toevoegen extra hoofdstuk met cliëntenperspectief.

2. **Participatie allochtone cliënten**

In hoeverre sluit het product aan bij allochtone culturen? Welke groepen moeten nog extra gehoord worden? (zie ook cliëntenparticipatie)

3. **Consultatie van beroepsverenigingen**

Hebben de relevante beroepsverenigingen geparticipeerd bij de ontwikkeling van de interventie? Zo ja, op welke wijze hebben zij geparticipeerd? De ontworpen interventie kan eventueel alsnog ter commentaar aan de beroepsverenigingen gestuurd worden.

4. **Aansluiting bij de Multidisciplinaire Richtlijnen en bij andere Resultaten Scoren producten**

Sluit het ontworpen protocol aan bij de Multidisciplinaire Richtlijnen van het CBO en bij andere Resultaten Scoren producten?

5. Aansluiting bij de eisen van justitie (optioneel)

De nota Terugdringen Recidive beschrijft de eisen die Justitie verbindt aan protocollen/ richtlijnen voor de verslavingszorg in een justitiële setting. De producten moeten aan deze eisen voldoen om toepasbaar te zijn voor cliënten in justitiële setting.

Bijgevoegd moet worden:

6. Implementatiehandleiding (zie Fase 6 van dit Masterprotocol)

7. Competentieprofielen (zie Fase 4 van dit Masterprotocol)

Een overzicht van de benodigde competenties om te werken met het product

8. Uitkomstmaten

Indicatoren voor het meten van de effecten van de nieuwe werkwijze.

9. Trainingscurriculum (zie Fase 4 van dit Masterprotocol)

Toets 6. Resultaten Scoren Keurmerk

Een protocol/richtlijn verdient het Resultaten Scoren keurmerk als het in overeenstemming is met de beste op dit moment beschikbare wetenschappelijke bevindingen en praktijk-kennis, in de praktijk is getest conform de meest strikte maatstaven en tot stand gekomen is met participatie van cliënten op een adequaat niveau.

Resultaten Scoren hanteert hiervoor de volgende specifieke kwaliteitseisen:

Cliëntgericht (<i>preference based</i>)	De interventie moet gericht zijn op de zorgbehoefte van een aanwijsbare groep mensen met verslavingsproblemen
Vraaggericht	de interventie wordt zodanig ingericht en aangeboden dat optimaal kan worden aangesloten bij de doelstellingen van de individuele cliënt
Ethisch verantwoord	de cliënt dient altijd te beschikken over keuzevrijheid en het proces voldoet aan principes van rechtvaardigheid
Toegankelijk	de interventie sluit aan bij de leefsituatie en leefwijze van de cliënten, zowel in bejegening als in organisatie
Context -betrokken	er is structurele, georganiseerde aandacht voor het welzijn van de naasten van de cliënt
Maatschappelijk evenwichtig	de interventie moet zoveel mogelijk en gelijkelijk ten goede kunnen komen aan alle cliënten met de betreffende problematiek. Een speciaal aandachtspunt is de aansluiting bij allochtonen en mensen met een verstandelijke beperking.
Effectief (<i>evidence based</i>)	De effectiviteit van de interventie moet vooraf aannemelijk zijn op basis van de literatuur of de praktijkkennis, en bij elke cliënt routinematig en valide worden gecontroleerd. De interventie wordt zodanig ingericht dat de effectmonitor logisch ingepast is in de uitvoeringsroutine.
Integriteit	Naast de effectmonitor wordt ook een integriteitsmonitor ingesteld. Hierin wordt regelmatig gecontroleerd of de interventie nog voldoet aan de vooraf gestelde werkwijze. Dit maakt het mogelijk om te bepalen in hoeverre eventuele veranderingen in effectiviteit veroorzaakt worden door veranderingen in de werkwijze
Medewerker-gericht (<i>practice based</i>)	Er wordt rekening gehouden met de belasting, kennis en vaardigheden van de medewerkers die de interventie uitvoeren. De benodigde competenties van de medewerkers worden expliciet gedefinieerd en getoetst: voor en na de training

Passend in het zorgsysteem	In de interventie wordt rekening gehouden met andere instellingen die bij het behandelproces betrokken zijn.
Traject-integratie	Een speciaal aandachtspunt is de aansluiting bij justitiabele cliënten
Kosten-effectief	Het protocol houdt rekening met de inpassing in zorgtrajecten waarbij meerdere teams en organisaties betrokken zijn. De interventie is verankerd in het zorgplan.
Financierbaar	De interventie is doelmatig in die zin dat er een positieve balans is tussen de inspanning en de verwachte resultaten, ook vergeleken met andere alternatieven
	De interventie wordt ingepast in het geldende financieringssysteem (DBC)
Implementatie-gericht	In het protocol is een implementatieplan opgenomen inclusief een competentieprofiel voor de medewerkers en uitkomstmaten voor de meting van de effectiviteit van de interventie.

Literatuurlijst

- Burgers, J. S., & Smorenburg, S. M. (2004). Structuur en opbouw van de tekst. In Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk (pp. 191-202). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cavelaars, E., & Franxs, C. (2002). Cli_ntenparticipatie bij richtlijnontwikkeling. Literatuurstudie en praktijkinventarisatie: ZonMW, Trimbos.
- CBO (2006). Evidence-based Richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden (editie november 2006): Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- Cochrane Qualitative Methods Group (2007) Tools to Assist Qualitative Reviewers. Retrieved juni, 2007, from <http://www.joannabriggs.edu.au/cqrmg/tools.html>
- Coldwell, C. M. & Bender, W. S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 164(3), 393-399.
- Dijk, A. A. van, Schippers, G. M., & Visser, G. (2006). Is invoering ook uitvoering. Amsterdam: The Amsterdam Institute for Addiction Research.
- Dul, J., & Hak, T. (2008). *Case Study Methodology in Business Research*. Amsterdam: Elsevier.
- Edejer, T. T. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 11. Incorporating considerations of cost-effectiveness, affordability and resource implications. *Health Res Policy Syst*, 4, 23.
- Everdingen, J. J. E. van, Burgers, J. S., Assendelft, W. J. J., Swinkels, J. A., Barneveld, T. A. van, & Klundert, J. L. M. van de (2004). Evidence-based richtlijn-ontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Everdingen, J. J. E. van, Meulenberg, F., & Stalman, W. A. B. (2004). De werkgroep en het groepsproces. In J.J.E. van Everdingen et al (red.) Evidence-based richtlijnontwikkeling (pp. 395). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Flyvbjerg, B. (2004). Five misunderstandings about case study research. In C. Seale et. al. (Ed.), *Qualitative Research Practice* (pp. 420-434). London: Sage.
- Fretheim, A., Schunemann, H. J., & Oxman, A. D. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process. *Health Res Policy Syst*, 4, 15.
- Fretheim, A., Schunemann, H. J., & Oxman, A. D. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 5. Group processes. *Health Res Policy Syst*, 4, 17.
- Fretheim, A., Schunemann, H. J., & Oxman, A. D. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines. *Health Res Policy Syst*, 4, 27.
- Grol, R., & Wensing, M. (2001). Implementatie. effectieve verandering in de pati_ntenzorg. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg.
- Haaster, H. P. M. van, & Vesseur, H. C. (2003). Project Cli_ntenparticipatie bij ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen in de GGz. Inventarisatie van landelijke en regionale activiteiten van cli_ntengroepen in de GGz.: ZonMW, Trimbos.
- Hester, R. K., & Miller, W. R. (Eds.). (1995). *Handbook of alcoholism treatment approaches : effective alternatives*. Boston: Allyn & Bacon.
- Hollin, C. R. (1995). The meaning and implications of "programme integrity". In J. McGuire (Ed.), *What works: reducing reoffending – Guidelines from research and practice* (pp. 195-208). Chichester, UK: Wiley
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B., & Smit, A. (2006). Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg. Wolfheze: GRIP - De Gelderse Roos.
- Inspectie voor de gezondheidszorg. (2006). Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Basisset. Utrecht: Inspectie voor de gezondheidszorg.

- Kessels, & Smit. (2001). Ontwikkeling van kennis en bekwaamheid in de verslavingszorg. Naar een dynamische infrastructuur. Retrieved juni, 2007, from www.ggzkennisnet.nl/ggz/uploaddb/download_object.asp?atoom=15254&VolgNr=1
- Kramer, S. (2004). Interculturele competentieprofielen in de GGZ. Projectverslag in het kader van het Actieplan Interculturalisatie van GGZ Nederland Utrecht: Mikado.
- Linge, R. van (1998). Innoveren in de gezondheidszorg. Theorie, praktijk en onderzoek. Maarsen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Linge, R. van (2005). Evidence based implementeren in de GGZ. Lectoraatsrede. Retrieved juni, 2007, from www.sciencia.nl/documenten/Lectorale%20rede.pdf
- Loth, C., Oliemeulen, L., & Jong, C. d. (2006). RIOB. Richtlijn opiaatonderhouds-behandeling. Eindverslag van de ontwikkeling en evaluatie van een kleinschalige implementatie. Nijmegen: NISPA.
- Megchelen, P. van (2007). De balans tussen evidence en ervaring. Patiënten en cliënten doen mee met richtlijnontwikkeling. Medisch Contact, 62(14), 614-617.
- Miller, W. R., Meyers, R. J. & Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The community-reinforcement approach. Alcohol Res Health, 23(2), 116-121.
- Ministerie van Justitie (2004). Factsheet Terugdringen Recidive. Retrieved juni, 2007, from www.justitie.nl/images/Factsheet-Terugdringen-Recidive_tcm34-12631.pdf
- Ministerie van Justitie (2002). Het programma "Terugdringen Recidive". Startnotitie. Retrieved juni, 2007, from www.veiligheidsprogramma.nl/bestand.asp?id=106
- Ministerie van Justitie (2004). Interventies voor verslaafde justitiabelen. Retrieved juni, 2007, from www.justitie.nl/images/interventiematrix_JVZ_10-08-04_tcm34-9540.pdf
- Ministerie van Justitie (2005). Gedragsinterventies. Retrieved juni, 2007, from [http://www.justitie.nl/images/Rapport%20Gedragsinterventies\(2005\)_tcm34-9518.pdf](http://www.justitie.nl/images/Rapport%20Gedragsinterventies(2005)_tcm34-9518.pdf)
- Moerman, C. J., Bruijnzeels, M. A., Keuken, D. G., & Assendelft, W. J. J. (2004). Sekse en etniciteit in richtlijnontwikkeling. In Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk (pp. 63-73). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Mulder, E., & Schippers, G. (2004). Resultaten Scoren Scoort resultaten. Evaluatiestudie 1999-2003. Amersfoort: GGZNederland. URL: http://www.ggzkennisnet.nl/ggz/uploaddb/download_object.asp?atoom=15420&VolgNr=1
- Mulder, E., & Schippers, G. (2005). Resultaten Scoren scoort resultaten II: Resultaten Scoren. Amersfoort: GGZNederland.
- Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D., Parker, S., & Watson, P. (1998). Qualitative Research Methods in Health Technology Assessment: a review of literature. Health Technol Assessment, 2(16).
- Offringa, M., Assendelft, W. J. J., & Scholten, R. J. P. M. (2000). Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Oxman, A. D., Fretheim, A., & Schunemann, H. J. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: introduction. Health Res Policy Syst, 4, 12.
- Oxman, A. D., Schunemann, H. J., & Fretheim, A. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Priority setting. Health Res Policy Syst, 4, 14.
- Oxman, A. D., Schunemann, H. J., & Fretheim, A. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 7. Deciding what evidence to include. Health Res Policy Syst, 4, 19.
- Oxman, A. D., Schunemann, H. J., & Fretheim, A. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 8. Synthesis and presentation of evidence. Health Res Policy Syst, 4, 20.
- Oxman, A. D., Schunemann, H. J., & Fretheim, A. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 12. Incorporating considerations of equity. Health Res Policy Syst, 4, 24.

- Oxman, A. D., Schunemann, H. J., & Fretheim, A. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 14. Reporting guidelines. *Health Res Policy Syst*, 4, 26.
- Oxman, A. D., Schunemann, H. J., & Fretheim, A. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 16. Evaluation. *Health Res Policy Syst*, 4, 28.
- Pijnenborg, L., Braspenning, J. C. C., Berg, M., & Kallewaard, M. (2004). Indicatoren op basis van richtlijnen. In *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk* (pp. 305-314). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Programma Terugdringen Recidive. (2005). Gedragsinterventies. Retrieved juni, 2007, from [http://www.justitie.nl/images/Rapport%20Gedragsinterventies%20\(2005\)_tcm34-9518.pdf](http://www.justitie.nl/images/Rapport%20Gedragsinterventies%20(2005)_tcm34-9518.pdf)
- Rodenburg, G., Vogelzang, A., Rijkse, D., Hoog, M. d., & Boon, B. (2006). Bekwaamheidsontwikkeling over verslaving in het hoger onderwijs. Resultaten van een landelijk onderzoek op HBO instellingen en Universiteiten. Retrieved juni, 2007, from www.ggd.nl/kennisnet/37762
- Rozen, H. G., Boulogne, J. J., Tulder, M. W. van, Brink, W. van de, Jong, C. A. de, & Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug Alcohol Depend*, 74(1), 1-13.
- Ruiter, C. de, & Veen, V. (2004). Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten. Werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld. Retrieved juni, 2007, from www.justitie.nl/images/Inventariserend_onderzoek_protocollen_geweldsdelinquenten_tcm34-9521.pdf
- Schramade, M., & Nabitz, U. (2005). Ondernemend in kwaliteit. Een integrale en resultaatgerichte aanpak. Amsterdam: SWP / Jellinek.
- Schunemann, H. J., Fretheim, A., & Oxman, A. D. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 1. Guidelines for guidelines. *Health Res Policy Syst*, 4, 13.
- Schunemann, H. J., Fretheim, A., & Oxman, A. D. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 9. Grading evidence and recommendations. *Health Res Policy Syst*, 4, 21.
- Schunemann, H. J., Fretheim, A., & Oxman, A. D. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. *Health Res Policy Syst*, 4, 22.
- Schunemann, H. J., Fretheim, A., & Oxman, A. D. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 13. Applicability, transferability and adaptation. *Health Res Policy Syst*, 4, 25.
- Schunemann, H. J., Oxman, A. D., & Fretheim, A. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 6. Determining which outcomes are important. *Health Res Policy Syst*, 4, 18.
- Splunteren, P. T. van, In 't Veld, C. J., & Barneveld, T. A. van (2004). Implementatie van richtlijnen: kan het sneller? In J.J.E. van Everdingen et al (red.) *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk* (pp. 223-232). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Swinkels, J. A. (2003). *Richtlijnontwikkeling in de Geestelijke Gezondheidszorg; een zaak van stichten en richten*. Amsterdam: Vossiuspers UvA.
- Swinkels, J. A., Burgers, J. S., Assendelft, W. J. J., Everdingen, J. J. E. van, Barneveld, T. A. v., & Klundert, J. L. M. van de (2004). Doel van richtlijnontwikkeling. In J.J.E. van Everdingen et al (red.) *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk* (pp. 3-10). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Veenendaal, H. van, Franx, G. C., Grol, M. H., Vuuren, J. van, Versluijs, M. M. & Dekhuijzen, P. N. R. (2004). Patiëntenparticipatie in richtlijnontwikkeling. In *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk* (pp. 48-62). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Weele, G. M. van de, Barneveld, T. A. van, & Swinkels, J. A. (2004). Onderwerpskeuze, knelpuntenanalyse en uitgangsvragen. In J.J.E. van Everdingen et al (red.) *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk* (pp. 107-120). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Yin, R.K. (2003) Case study research: Design and Methods. Londen: Sage.

ZonMW. (2007). Implementatie. Retrieved juni, 2007, from [http://www.zonmw.nl/nl/](http://www.zonmw.nl/nl/implementatie/)
implementatie/

GGZ Nederland is de brancheorganisatie van circa 120 instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Zij behartigt de zorginhoudelijke, sociale en economische belangen. GGZ Nederland is een vereniging met een directie en een bestuur dat ondersteund wordt door vier commissies. De secretarissen van deze commissies zijn lid van het management team van GGZ Nederland. Zij geven gevraagd advies aan het bestuur. De voorzitters van deze vier commissies hebben zitting in het bestuur van de vereniging. De leden van de brancheorganisatie zijn actieve deelnemers in deze commissies en geven mede vorm aan het landelijk beleid. De beleidsvoorbereiding, -ondersteuning, advisering en uitvoering ten behoeve van haar leden en de maatschappij wordt verzorgd door het landelijk bureau in Amersfoort.

Het IVO is een landelijk opererend onderzoeks- en adviesbureau met een hoofdvestiging in Rotterdam. Het doel van het IVO is de verwerving en overdracht van wetenschappelijke kennis over leefwijzen, verslaving en daaraan gerelateerde maatschappelijke ontwikkelingen. Op die manier wil het IVO een bijdrage leveren aan de oplossing van daarbij voorkomende lichamelijke, psychische en sociale problematiek. Het onderzoekswerk is onder andere gericht op oorzaken en gevolgen van het uiteenlopend gebruik van alcohol, softdrugs, harddrugs, tabak en medicijnen, zowel voor de individuele gebruiker, voor zijn of haar directe omgeving als voor de maatschappij als geheel. Daarnaast verricht het IVO onderzoek op het terrein van de niet aan middelen gebonden verslavingen zoals internet en gokken. Aandacht voor leefwijzen en maatschappelijke ontwikkelingen komt tot uiting in onderzoek naar gedrag van groepen als (gemarginaliseerde) harddruggebruikers, dak- en thuislozen, prostituees, gedetineerden en risicjongeren.

Het IVO heeft expertise in etnografisch, sociaalepidemiologisch en evaluatieonderzoek, zowel vanuit fundamenteel wetenschappelijk als vanuit praktijk- en beleidsondersteunend gezichtspunt. De expertise van het IVO, de maatschappelijke betrokkenheid van de medewerkers en de combinatie van onafhankelijk onderzoek met praktijkgerichte aanpak leiden tot bruikbare onderzoeksresultaten en objectieve adviezen.

In het IVO participeren de Erasmus Universiteit Rotterdam, de Universiteit Maastricht, de Universiteit van Tilburg en de Radboud Universiteit Nijmegen. Op dit moment zijn er meerdere leerstoelen aan het IVO verbonden. De directeur Onderzoek & Onderwijs van het IVO, prof.dr. Dike van de Mheen, is hoogleraar Verslavingsonderzoek aan de Erasmus Universiteit. De wetenschappelijke kwaliteit van onderzoek is hiermee gewaarborgd.

Auteurs: Dr. H.A.M. Jansen, Drs. A. Snoek

Uitgever: GGZ Nederland
Piet Mondriaanlaan 50/52, 3812 GV Amersfoort
Postbus 830, 3800 AV Amersfoort
t 033 - 460 8900, f 033 - 460 8999, e info@ggz nederland.nl

Publicatienummer: 2007 - 328

ISBN nummer: 97890 725 13 717

Prijs: Voor leden van GGZ Nederland gratis, elk volgende exemplaar € 10,00 (inclusief verzendkosten)
Publicatie is ook te downloaden via www.ggzkennisnet.nl

Bestellingen Per fax o.v.v. het publicatienummer, aantal, ter attentie van en verzendadres. Voor publicaties waaraan kosten zijn verbonden ontvangt u een acceptgiro.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld.