

Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 88 866 90 00
F +31 88 866 06 10

TNO-rapport

2014 TNO LS R10223 | Eindrapport

Adviesrapport meten van het gebruik van de JGZ-richtlijnen

Datum	5 februari 2014
Auteur(s)	M.A.H. Fleuren M.Keer T.G.W.M. Paulussen
Aantal pagina's	36 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	-
Opdrachtgever	NCJ
Projectnaam	NCJ Advies monitoring gebruik richtlijnen
Projectnummer	060.06800

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2014 TNO

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Inleiding.....	5
1.1 Achtergrond.....	5
1.2 Doel- en vraagstellingen (opdrachtformulering)	5
1.3 Uitgangspunten	6
1.4 Afbakening adviesopdracht	6
2 Methode.....	7
2.1 Overzicht activiteiten	7
2.2 Inventarisatie literatuur en raadpleging richtlijnontwikkelinstituten	7
2.3 Raadpleging experts meten van gebruik.....	7
2.4 Raadpleging van JGZ.....	8
3 Inventarisatie literatuur: theoretische achtergrond	9
3.1 Inleiding	9
3.2 Het begrip 'gebruik'	9
3.3 Dimensies van gebruik	10
3.4 Meetmethoden.....	11
3.5 Meten van gebruik van richtlijnen in de praktijk	17
4 Raadpleging experts	22
4.1 Opzet werkbijeenkomst en deelnemers	22
4.2 Interviewvragen	22
4.3 Resultaten	23
4.4 Samenvatting.....	25
5 Raadpleging JGZ-veld.....	26
5.1 Opzet bijeenkomst en deelnemers	26
5.2 Interviewvragen	26
5.3 Resultaten	27
5.4 Samenvatting.....	29
6 Conclusies en aanbevelingen.....	30
6.1 Inleiding	30
6.2 Conclusies.....	30
6.3 Kanttekeningen.....	32
6.4 Aanbevelingen.....	32
7 Literatuur.....	35

Samenvatting

Achtergrond

Richtlijnen in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) leveren een bijdrage aan de kwaliteit van het professioneel handelen. Om dit te bereiken is het van belang dat richtlijnen daadwerkelijk worden gebruikt zoals bedoeld. Inzicht in het gebruik van de richtlijnen geeft JGZ-organisaties de kans te sturen op hun implementatie- en borgingsstrategieën. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) wil JGZ-organisaties hierin ondersteunen door een monitoringsstructuur te ontwikkelen die feedback levert over het invoeringsproces. De monitor zou op geaggregeerd niveau inzicht kunnen bieden in het gebruik van de richtlijnen zodat het NCJ onderbouwde beleidskeuzes kan maken voor het ondersteunen van organisaties en professionals.

Doel

Het doel van dit project is het NCJ advies te geven over welke methoden geschikt zijn om het gebruik van richtlijnen in de JGZ te meten. Onderdeel van het advies betreft een overzicht van gebruiksmaten en meetmethoden. Uitgangspunten bij de totstandkoming van het advies zijn een onderbouwing vanuit de literatuur en de behoeften van JGZ-organisaties met betrekking tot het meten van gebruik van de richtlijnen en ondersteuning daarbij vanuit het NCJ.

Methode

Er zijn drie activiteiten uitgevoerd: raadpleging van literatuur en richtlijnontwikkelinstituten, raadpleging van experts op het gebied van het meten van gebruik van richtlijnen en raadpleging van het JGZ-veld. De uitkomsten van de drie activiteiten zijn geïntegreerd in het definitieve advies.

Resultaten

Bij het meten van het gebruik van richtlijnen kunnen drie dimensies worden onderscheiden: kwantitatieve gebruikaspecten, kwalitatieve gebruikaspecten en conceptueel gebruik. Er zijn acht methoden beschreven die geschikt zijn voor het meten van gebruik van richtlijnen, onderscheiden naar de dimensies van gebruik. Per methode zijn voor- en nadelen beschreven, waaronder de geschiktheid voor feedback over het gebruik van de richtlijnen op individueel niveau, dan wel landelijk niveau.

Conclusie

- De experts en het JGZ-veld vinden het belangrijk om alle dimensies van gebruik te meten.
- Geen enkele methode is geschikt om alle dimensies van gebruik gelijktijdig te meten.
- Het JGZ-veld heeft allereerst behoefte aan feedback over het gebruik van de richtlijnen op individueel- en organisatieniveau. Daarnaast ziet het veld ook het belang van feedback op geaggregeerd niveau (over organisaties heen) zodat het landelijk ondersteuningsbeleid daarop kan worden afgestemd.

- Monitoren van gebruik met als doel feedback op individueel- en organisatieniveau vraagt om de inzet van andere, meer gedetailleerde en intensievere vormen van dataverzameling, dan monitoren met als doel het bieden van sturingsinformatie voor mogelijke verbetering van het landelijk ondersteuningsbeleid.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Sinds 1998 worden richtlijnen voor de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) ontwikkeld. Richtlijnen leveren een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van het professioneel handelen. Om dit te bereiken is het van belang dat richtlijnen daadwerkelijk worden gebruikt zoals bedoeld. Immers, als een richtlijn niet of slechts gedeeltelijk wordt uitgevoerd, of als de kwaliteit van de uitvoering onvoldoende is, blijven de beoogde effecten voor de 0-19 jarigen uit.

Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) heeft tot taak regie te voeren op de richtlijnontwikkeling, de implementatie, het beheer en het onderhoud van de JGZ-richtlijnen. JGZ-organisaties zijn zelf verantwoordelijk voor de invoering en borging van richtlijnen in de eigen organisatie. Het NCJ is in januari 2012 gestart met structurele implementatieactiviteiten om JGZ-organisaties te ondersteunen bij de invoering van richtlijnen.

Inzicht in (de wijze van) het gebruik van de richtlijnen in hun eigen organisatie, geeft JGZ-organisaties de kans te sturen op hun implementatie- en borgingsstrategieën. Het NCJ wil JGZ-organisaties hier graag bij ondersteunen door een monitoringsstructuur te ontwikkelen die feedback levert over het invoeringsproces. Daarnaast zou de monitor op geaggregeerd niveau (over de verschillende JGZ-organisaties heen) inzicht kunnen bieden in (de wijze van) het gebruik van de richtlijnen zodat het NCJ onderbouwde beleidskeuzes kan maken voor de inrichting van het landelijk ondersteuningsaanbod ten behoeve van de implementatie van de richtlijnen.

In 2012 heeft TNO in opdracht van het NCJ, onderzoek gedaan naar de mate waarin de JGZ-richtlijnen bekend zijn en worden gebruikt. [1] Dit gaf inzicht in de stand van zaken op dat moment. Het NCJ wil nu de mogelijkheden verkennen voor het structureel meten van gebruik van de richtlijnen. Het NCJ vindt het wenselijk te beschikken over meerdere methoden, passend bij de verschillende richtlijnen en de verschillen tussen JGZ-organisaties. Per richtlijn en per organisatie kunnen dan keuzes gemaakt worden voor de best passende meetmethode.

1.2 Doel- en vraagstellingen (opdrachtformulering)

Het NCJ vraagt advies over het ontwikkelen van een monitoringsstructuur voor JGZ-richtlijnen, gebaseerd op de volgende vragen:

1. Welke (kwantitatieve en kwalitatieve) methoden en/of activiteiten moeten en kunnen onderdeel uitmaken van de monitoringsstructuur?
2. Welke randvoorwaarden zijn hiervoor nodig en wat kan het NCJ doen om deze randvoorwaarden te helpen realiseren?
3. Wat kan het NCJ doen om JGZ-organisaties te ondersteunen bij het meten van het gebruik van richtlijnen in de eigen organisatie?
4. Op welke wijze kan het NCJ een overzicht krijgen van het gebruik op landelijk niveau, zonder de JGZ-organisaties daar mee te belasten?

1.3 Uitgangspunten

Het NCJ vraag bij het advies rekening te houden met de volgende uitgangspunten:

- a. Het advies moet onderbouwd zijn met wat vanuit de literatuur bekend is over het meten van gebruik van richtlijnen (met eventuele voorbeelden uit Nederland en het buitenland).
- b. De methoden moeten per richtlijn betrouwbare gegevens opleveren.
- c. Het advies moet inspelen op de behoeften van JGZ-organisaties en rekening houden met wat haalbaar is voor JGZ-organisaties.
- d. De JGZ-organisaties kunnen beschikken over de meetgegevens op organisatieniveau en het NCJ over de meetgegevens op landelijk niveau.

1.4 Afbakening adviesopdracht

Waarom is een evaluatie van het gebruik van richtlijnen belangrijk? Wanneer de effecten van een richtlijn in de praktijk bij de eindgebruiker (cliënt/patiënt) uitblijven, dan is de vraag of de richtlijn niet werkzaam is of dat de richtlijn niet helemaal is opgevolgd door de intermediaire gebruiker (de professional) en/of door de eindgebruiker. [2-4] De effectiviteit van een richtlijn is daarmee het product van de werkzaamheid (efficacy) en de mate van gebruik (implementatie). Daarnaast is een belangrijke vraag waarom (onderdelen van) richtlijnen wel/niet worden opgevolgd door de intermediaire en/of eindgebruikers. Dit onderzoek naar zogenaamde determinanten van gebruik biedt zicht op de richting van een mogelijke update van de richtlijn zélf en/of de invoerstrategieën. [5]

De opdracht richt zich primair op het gebruik van de richtlijnen door de JGZ-professional. Buiten de opdracht valt advies over:

- onderzoek naar het opvolgen van de richtlijn door de ouders/0-19 jarigen;
- onderzoek naar de werkzaamheid van de richtlijnen (effectonderzoek bij de 0-19 jarigen)
- het meten van de determinanten die het gebruik door de professional bepalen.

Een beperking van het alléén meten van gebruik van richtlijnen is dat dit onderzoek geen onderbouwde verklaring zal geven voor de gevonden uitkomsten.

2 Methode

2.1 Overzicht activiteiten

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het advies tot stand is gekomen. Er zijn drie activiteiten uitgevoerd: raadpleging van literatuur en richtlijnontwikkelinstituten (2.2), raadpleging van experts op het gebied van het meten van gebruik van richtlijnen (2.3) en raadpleging van het JGZ-veld (2.4). De uitkomsten van de drie activiteiten zijn geïntegreerd in het definitieve advies.

2.2 Inventarisatie literatuur en raadpleging richtlijnontwikkelinstituten

Er vond een beperkte verkenning van de literatuur plaats naar de verschillende gebruiksmaten en daarbij passende meetmethoden die onderscheiden (kunnen) worden (vraagstelling 1 en 2). Met name reviewartikelen en overzichtspublicaties over 'implementation fidelity' zijn geraadpleegd. Ook werd gebruik gemaakt van algemene literatuur over onderzoeksmethoden en -technieken. Op basis van de literatuur is vervolgens een sterkte-zwakte analyse verricht, naar zowel doel als verwachte bruikbaarheid van de methoden voor de bestaande JGZ-praktijk in Nederland.

Enkele Nederlandse richtlijnontwikkelinstituten zijn geraadpleegd met de vraag of en hoe zij het gebruik van de richtlijnen (laten) meten. Hierbij werd onder andere gebruik gemaakt van een enquête die was uitgezet onder de Nederlandse leden van het Guidelines International Network. De resultaten uit de enquête gaven aanleiding om gericht interviews te houden met: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG); het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL); het Trimbos-instituut; de Nederlandse Vereniging voor Arbeids en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Aan de organisaties is overgelaten welke persoon het beste geïnterviewd kon worden. Het betrof coördinatoren en senior wetenschappelijk medewerkers richtlijnontwikkeling en/of richtlijnimplementatie. De verslagen zijn geaccordeerd door de geïnterviewden en zijn met hun toestemming opgenomen in het onderhavige rapport.

Het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in het Verenigd Koninkrijk werd geraadpleegd (via e-mail) vanwege hun lange traditie op het gebied van richtlijnontwikkeling.

2.3 Raadpleging experts meten van gebruik

De resultaten van de literatuurverkenning zijn voorgelegd aan enkele experts voor aanvullingen en commentaar (vraagstelling 1 en 2). Er werd een werkbijeenkomst van een dagdeel belegd waarin een vertaalslag is gemaakt vanuit de literatuur naar het monitoren van het gebruik van de JGZ-richtlijnen en randvoorwaarden daarbij. De inhoudelijke experts bestonden uit: implementatieonderzoekers, een statisticus en ontwikkelaars JGZ-richtlijnen. De experts werden gevraagd via de sneeuwbalmethode waarbij de volgende organisaties werden benaderd: IQ Health Care, TNO, VUmc en Trimbos-instituut. Omdat het monitoren van het gebruik van de richtlijnen implicaties heeft voor het beleid, werden het Ministerie van VWS, ZonMw en de IGZ uitgenodigd om vanuit hun expertise en verantwoordelijkheid

mee te denken over een goede invulling van een monitoringssysteem en de randvoorwaarden daarbij. Vanuit het NCJ namen twee adviseurs deel die betrokken zijn bij de landelijke implementatie van de JGZ-richtlijnen. Het verslag van de bijeenkomst werd ter correctie en aanvulling aan alle deelnemers gestuurd.

2.4 Raadpleging van JGZ

De verschillende mogelijke wijzen van monitoring die als uitkomst van de literatuurinventarisatie en de geraadpleegde experts werden beschreven, zijn aan enkele managers, staffunctionarissen en deelnemers aan het netwerk implementatie richtlijnen in de JGZ voorgelegd (vraagstelling 2 t/m 4). Er is nagegaan welke behoeften en voorkeuren zij hebben ten aanzien van de wijze van monitoring, welke methoden zij haalbaar achten voor gebruik in de JGZ-praktijk en welke ondersteuningsbehoeften ze daarbij hebben. Het verslag van de bijeenkomst werd ter correctie en aanvulling aan alle deelnemers aan de bijeenkomst gestuurd.

3 Inventarisatie literatuur: theoretische achtergrond

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst het begrip 'gebruik van een richtlijn' beschreven (3.2), vervolgens welke dimensies van gebruik onderscheiden kunnen worden (3.3) en geschikte meetmethoden met voor- en nadelen van iedere methode (3.4). Het hoofdstuk sluit af met een beknopt overzicht van hoe diverse richtlijnontwikkelinstituten het gebruik van hun richtlijnen (laten) meten (3.5).

3.2 Het begrip 'gebruik'

3.2.1 *Definitie*

In de literatuur wordt onder de zoektermen 'programme fidelity', 'programme integrity', 'implementation fidelity', 'fidelity of implementation' en 'adherence' uiting gegeven aan het begrip 'gebruik van innovaties'. Hoewel er nuanceverschillen zijn, komen de definities die auteurs hanteren in grote mate overeen: gebruik is de mate waarin de innovatie wordt uitgevoerd zoals bedoeld door de ontwikkelaars. [6-8]

3.2.2 *Inhoud richtlijn en kernelementen*

Om te kunnen weten wat de ontwikkelaar precies bedoelt, is het nodig dat de ontwikkelaar volledig en gedetailleerd heeft aangegeven waaruit de innovatie, in dit geval de richtlijn bestaat. Dit vereist een nauwkeurige omschrijving van alle activiteiten, handelingen, gedragingen, materialen etc. die nodig zijn om de effecten bij de eindgebruiker te kunnen bewerkstelligen. [7, 9] In basis gaat het erom dat de ontwikkelaar beschrijft wie, wat, wanneer moet doen of juist niet doen. Een nauwkeurig beschrijving van wat de richtlijn inhoudt is in de eerste plaats nodig opdat de JGZ-professional weet wat van hem/haar verwacht wordt en in de tweede plaats om het gebruik van de richtlijn goed te kunnen evalueren.

De JGZ-richtlijnen bevatten vaak een veelvoud aan aanbevelingen. Bij de JGZ-richtlijnen wordt het begrip *kernelementen* gehanteerd. [5] Dit is een selectie van aanbevelingen waarvan de ontwikkelaars, samen met de professionals, hebben aangegeven dat zij van belang zijn voor de kwaliteit van de zorg en waarvan het gebruik zou moeten worden gemeten.

3.2.3 *Kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van gebruik*

Grofweg kan er een onderscheid gemaakt worden tussen *kwantitatieve* en *kwalitatieve* aspecten van de uitvoering van kernelementen. Bij kwantitatieve gebruikaspecten is primair de vraag *of* het kernelement is uitgevoerd, terwijl bij kwalitatieve gebruikaspecten het gaat om de vraag *hoe* het kernelement is uitgevoerd. Bij sommige kernelementen zal het volstaan om kwantitatieve gebruikaspecten te meten, bijvoorbeeld bij het vaststellen of een leeftijdsadequate kaart voor de visusbepaling bij een kind is gebruikt (ja/nee). Bij andere kernelementen, bijvoorbeeld het gebruik van motiverende gespreksvoering technieken bij ouders met een kind met overgewicht, is behalve de vraag *of* er een gesprek heeft plaatsgevonden daarnaast belangrijk *hoe* dit is gebeurd. Hoe was de interactie? Sloot het gesprek aan bij het kennisniveau en de beleefwereld van de ouders? Was de professional betrokken? Het *hoe*, ofwel de kwaliteit van de

uitvoering is bij sommige kernelementen belangrijk omdat dit een reden zou kunnen zijn waarom effecten bij de eindgebruiker wel/niet optreden.

Bij meten van het gebruik is het nuttig een onderscheid te maken tussen kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van gebruik: of versus hoe iets is uitgevoerd.

3.2.4 Kernelementen en indicatoren

Gangbaar is dat zogenaamde prestatie-indicatoren of kwaliteitsindicatoren ontwikkeld worden met als doel het gebruik van de richtlijnen te kunnen evalueren. [10] Uitgangspunt bij het formuleren van indicatoren is dat ze meetbaar en/of registreerbaar moeten zijn. In de regel worden niet voor alle kernelementen indicatoren geformuleerd omdat niet ieder kernelement gemakkelijk in maat en getal uit te drukken is. Een indicator heeft een signalerende functie en geeft dan ook slechts een aanwijzing over de kwaliteit van zorg. [11] Specifiek voor de JGZ-richtlijnen geldt de wens dat de indicatoren moeten aansluiten bij de Basis Data Set van het Digitale Dossier JGZ. [12, 13] Een belangrijk nadeel van deze procedure is dat met name de uitvoering van kernelementen waarbij de kwaliteit van belangrijk is, niet worden meegenomen als indicator van gebruik omdat de kwaliteit lastig meetbaar en registreerbaar is. [5] Daarmee worden aspecten gemist die wel eens van belang zouden kunnen zijn voor het optreden of juist achterwege blijven van de effecten bij de einddoelgroep.

Het is wenselijk om bij het meten van het gebruik van de richtlijnen uit te gaan van de kernelementen die de ontwikkelaars benoemen.

3.3 Dimensies van gebruik

3.3.1 Gangbare gebruiksmaten

Onderzoekers blijken verschillende maten te hanteren om het gebruik van richtlijnen uit te drukken. [14-16] Dit zijn onder andere:

- Het aantal/percentage professionals dat de richtlijn gebruikt;
- Het aantal/percentage cliënten dat aan een richtlijn of kernelement is blootgesteld (bereik);
- Hoe vaak een kernelement is uitgevoerd in een vooraf vastgestelde periode (frequentie);
- Het aantal/percentage uitgevoerde kernelementen uit een richtlijn (compleetheid);
- De tijd die in totaal aan een kernelement is besteed (duur, aantal, lengte en frequentie van de consulten/sessies);
- De wijze waarop de professional de kernaanbevelingen heeft uitgevoerd (kwaliteit)

De eerste vijf maten meten *kwantitatieve* aspecten van gebruik en de laatste maat meet *kwalitatieve* aspecten van gebruik. Het meten van kwantitatieve aspecten van gebruik, met name compleetheid, is het meest gangbaar en onderzoek naar de kwaliteit van het gebruik vindt relatief weinig plaats. [15, 16] Omdat alle gepresenteerde maten iets anders meten zullen ze andere uitkomsten geven.

[6, 14]

Gesteld zou kunnen worden dat voor een goed inzicht in het gebruik van een richtlijn een combinatie van genoemde kwantitatieve en kwalitatieve gebruiksmaten nodig is.

3.3.2 *Conceptueel gebruik*

Hoewel een combinatie van gebruiksmaten, zoals in de vorige paragraaf is voorgesteld, een genuanceerd beeld geeft van het gebruik van een richtlijn, geeft dit niet zonder meer antwoord op de vraag of de professional de richtlijn uitvoert zoals bedoeld door de ontwikkelaar (3.2.1). In de dagelijkse praktijk zullen professionals flexibel omgaan met de adviezen in een richtlijn. [4] Hiervoor is het belangrijk dat de professional kennis/begrip heeft van de richtlijn en kan handelen conform de onderliggende empirische en theoretische principes. Dit wordt ook wel conceptueel gebruik genoemd. Het begrip conceptueel gebruik komt uit de knowledge utilization literatuur. [17] Conceptueel gebruik en daarmee een flexibele uitvoering van de richtlijn, is feitelijk wat van de professional verlangd wordt. Zoals verwoord in de juridische paragraaf van de richtlijnen, kan de professional op basis van zijn/haar professionele autonomie van de richtlijn afwijken en is afwijken in bepaalde situaties zelfs gewenst en noodzakelijk. Van de professional wordt gevraagd de adviezen in de richtlijn niet klakkeloos te volgen, maar te handelen conform de onderliggende theoretische en empirische principes in de richtlijn, aansluitend bij de specifieke situatie van de cliënt. Richtlijnen worden daarmee ook niet tot kookboekgeneeskunde. [18]

Grofweg zijn er drie manieren waarop een professional in de dagelijkse praktijk zal afwijken van een richtlijn: door beschreven activiteiten in een richtlijn weg te laten (deletion), nieuwe activiteiten toe te voegen (addition), of door activiteiten anders uit te voeren dan de ontwikkelaar heeft beschreven (modification). [6, 9] In alle gevallen kan het zo zijn dat in de geest van de richtlijn is gehandeld terwijl toch is afgeweken van wat de richtlijntekst beschrijft. [9]

Het is wenselijk om het conceptuele gebruik van de richtlijn vast te stellen. [6] Naast de vraag of en hoe de kernelementen zijn uitgevoerd, is het nuttig na te gaan of elementen zijn toegevoegd of anders zijn uitgevoerd dan de ontwikkelaar heeft beschreven. Het geheel aan activiteiten zou in relatie tot elkaar en de specifieke situatie van de cliënt beoordeeld moeten worden tegen de achtergrond van de onderliggende empirische en theoretische principes in de richtlijn.

3.3.3 *Overzicht dimensies van gebruik*

Samenvattend zijn er drie dimensies van gebruik te onderscheiden:

- kwantitatieve gebruikaspecten
- kwalitatieve gebruikaspecten
- conceptueel gebruik

3.4 **Meetmethoden**

3.4.1 *Vragenlijsten*

Dimensies van gebruik

De professional rapporteert zelf het gebruik van de kernelementen in de richtlijn. De methode is met name geschikt om de kwantitatieve aspecten van gebruik te meten en in de regel ongeschikt voor het meten van kwalitatieve gebruikaspecten. De methode is geschikt om conceptueel gebruik te meten.

Nadelen

- Zelfrapportage geeft een grotere kans op sociaal wenselijke antwoorden. Ook overschatten professionals meestal hun gedrag. [4] In onderzoek waarbij zowel gebruik werd gemaakt van zelfrapportage als van observatie bleek het gerapporteerde gedrag fors hoger te liggen ($\pm 30\%$) in vergelijking met de observatie. [19]
- Voor alle methoden geldt dat ze de professional extra tijd kosten.

Voordelen

- De verkregen data zijn makkelijk te aggregeren naar landelijk niveau en lenen zich voor vergelijking tussen organisaties en door de tijd heen, mits op dezelfde manier gevraagd.

3.4.2 *Registratieformulieren en gestructureerde logboeken**Dimensies van gebruik*

Deze methoden komen sterk overeen met vragenlijsten. In de regel worden ze gedurende langere tijd en prospectief ingevuld / bijgehouden door de professional. Daardoor kunnen ze een betere afspiegeling geven van fluctuaties in gebruik in vergelijking tot vragenlijsten. De methoden zijn geschikt om de kwantitatieve aspecten van gebruik te meten. In de regel zijn ze ongeschikt voor het meten van de kwalitatieve aspecten van gebruik. Deze methoden zijn geschikt voor het meten van conceptueel gebruik.

Nadelen

- Er is een kans op sociaal wenselijke antwoorden.
- De kans op het overschatten van gedrag zal minder zijn in vergelijking met vragenlijsten, omdat ze gedurende langere periode en meestal prospectief worden ingevuld.
- Voor alle methoden geldt dat ze de professional extra tijd kosten.

Voordelen

- De verkregen data zijn makkelijk te aggregeren naar landelijk niveau en lenen zich voor vergelijking tussen organisaties en door de tijd heen, mits op dezelfde manier gevraagd.

3.4.3 *Vignetten**Dimensies van gebruik*

Vignetten zijn een verbijzondering van vragenlijsten. Vignetten zijn schetsen van een concrete situatie waarin kenmerken die belangrijk worden geacht bij de beslissing, systematisch worden gevarieerd. Vignetten worden gebruikt om beslissingen in kaart te brengen door professionals te vragen hoe zij in de geschetste situaties zouden handelen. Vignetten geven daarmee inzicht in conceptueel gebruik. Voorbeeld van een vignettenstudie is de vraag naar hoe professionals beslissen bij een indicatiestelling in de Jeugdzorg. [20] Een ander voorbeeld betreft de inzet van vignetten om het gebruik van een richtlijn over lage rugpijn bij fysiotherapeuten te meten. [21]

Vignetten zijn geschikt voor het meten van conceptueel gebruik. De methode is geschikt om de kwantitatieve aspecten van gebruik te meten, maar beperkt geschikt voor het meten van kwalitatieve aspecten van gebruik.

Nadelen

- Er is een kans op sociaal wenselijke antwoorden, maar vanwege de manier van vragen zal deze minder zijn dan bij andere vormen van zelfrapportage.
- Het kost de professional extra tijd.

Voordelen

- De methode maakt het mogelijk om op systematische manier kenmerken die van belang worden geacht bij het gebruik van de richtlijn, te laten variëren.

3.4.4 *Digitale dossier**Dimensies van gebruik*

Het digitale dossier biedt mogelijkheid tot het meten van het gebruik van de kernelementen. Gegevens worden vaak voor een ander doel geregistreerd dan een evaluatie van het gebruik van de kernelementen van een richtlijn. Daarom zullen niet alle relevante kernelementen in het dossier genoteerd zijn, tenzij het dossier hierop wordt aangepast. Het digitale dossier is geschikt om de kwantitatieve aspecten van gebruik te meten en ontoereikend voor het meten van de kwalitatieve aspecten van gebruik. Deze methode is niet geschikt voor het meten van conceptueel gebruik.

Nadelen

- Niet alle relevante kernelementen zijn geregistreerd, maar het dossier kan daarop worden aangepast.

Voordelen

- Het digitale dossier zal minder ruimte geven voor sociaal wenselijke antwoorden en een overschatting van het gebruik. Dit betekent dat, in vergelijking met de voorgaande methoden, het gebruik op meer objectieve manier kan worden vastgesteld.
- De verkregen data zijn makkelijk te aggregeren naar landelijk niveau, lenen zich voor vergelijking tussen organisaties en door de tijd heen. Het digitale dossier biedt in principe de mogelijkheid continu te monitoren, mits uniform en juist geregistreerd.
- De methode kost de professional geen extra tijd.

3.4.5 *Observaties**Dimensies van gebruik*

De professional wordt tijdens het werk geobserveerd, waarbij het gebruikelijk is dat er vooraf een checklist met een concrete beschrijving van gedragingen wordt opgesteld. De observator wordt getraind in het invullen van de checklist. Er zijn drie methoden van observatie: in aanwezigheid (live), via video-opnames of via audio-opnames. [8] Een bijzondere vorm van observatie is de inzet van getrainde simulatiepatiënten/-cliënten ('mystery patient'). [22]

Observatie van de professional is een zeer geschikte methode, om de kwalitatieve aspecten van het gebruik van de kernelementen in een richtlijn te meten. De methode is minder geschikt om de kwantitatieve aspecten te meten. Dat laatste kan wel, maar alleen als er gedurende langere tijd wordt geobserveerd. Deze methode is geschikt voor het bepalen van conceptueel gebruik.

Nadelen

- Het is een zeer dure en arbeidsintensieve methode, zeker wanneer verschillende professionals over langere tijd geobserveerd zouden worden, om zicht te krijgen op het gebruik van alle kernelementen.
- De methode wordt vaak als belastend ervaren door zowel de professional als de cliënt en men geeft niet altijd toestemming voor observaties.

- Het kost de professional extra tijd.
- Door de aanwezigheid van een observator kunnen zowel de professional als de cliënt zich anders gaan gedragen. Dit is waarschijnlijk minder het geval bij video- of audio-opnames en bij getrainde simulatiecliënten. Het nadeel van audio-opnames is echter dat non-verbale interactieaspecten minder goed beoordeeld kunnen worden.
- De verkregen gegevens zijn lastig te aggregeren naar landelijk niveau, en lenen minder goed voor vergelijking tussen organisaties en door de tijd heen, tenzij er uniforme checklists worden gebruikt.

Voordelen

- De methode is geschikt om de interactie met en de reactie van de cliënt te zien.

3.4.6 *Visitaties*

Dimensies van gebruik

Tijdens een visitatie beoordelen speciaal daartoe opgeleide leden van de eigen beroepsgroep (peer-to-peer-assessment) de omstandigheden waaronder en de wijze waarop de zorg wordt verleend, meestal op grond van vooraf opgestelde normen, eisen of competenties. Visitatie richt zich meestal op het systeem van zorgverlening omdat tekortkomingen in de kwaliteit van zorg vaak toe te schrijven zijn aan het proces van afstemming en organisatie van de zorg. [11] Visitatie vindt altijd plaats aan de hand van beperkte casuïstiek, waardoor ze minder geschikt is om de kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van gebruik te meten. De methode is beperkt geschikt voor het meten van conceptueel gebruik.

Nadelen

- Visitatie is een arbeidsintensieve methode.
- Een overschatting of onderschatting van het gebruik zou kunnen plaatsvinden door een selectieve keuze van de casuïstiek.
- De verkregen gegevens zijn lastig generaliseerbaar en lenen zich beperkt voor vergelijking tussen organisaties en door de tijd heen.
- Het kost de professional extra tijd.

Voordelen

- De methoden maken gebruik van bestaande casuïstiek en bieden daarmee zicht op hoe de professional daadwerkelijk heeft gehandeld.

3.4.7 *Intercollegiale toetsing*

Dimensies van gebruik

Bij intercollegiale toetsing ligt de nadruk op het beoordelen en handelen van de professional door collega professionals. In tegenstelling tot visitatie wordt bij intercollegiale toetsing in een cyclisch proces stapsgewijs de feitelijk verleende zorg getoetst aan de wenselijke zorg zoals bijvoorbeeld vastgelegd in richtlijnen. [23] Omdat deze methode vrijwel altijd plaatsvindt aan de hand van beperkte casuïstiek, is ze minder geschikt om de kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van gebruik te meten. De methode is geschikt voor het meten van conceptueel gebruik.

Nadelen

- Intercollegiale toetsing is een arbeidsintensieve methode.
- Een overschatting of onderschatting van het gebruik zou kunnen plaatsvinden door een selectieve keuze van de casuïstiek.
- De verkregen gegevens zijn lastig generaliseerbaar en lenen zich beperkt voor vergelijking tussen organisaties en door de tijd heen.
- Het kost de professional extra tijd.

Voordelen

- De methoden maken gebruik van bestaande casuïstiek en bieden daarmee zicht op hoe de professional daadwerkelijk heeft gehandeld.
- Wanneer deelname op vrijwillige basis plaatsvindt, is de kans op sociaal wenselijke antwoorden gering.

3.4.8 *Interviews**Dimensies van gebruik*

De professional kan geïnterviewd worden over het gebruik van de kernelementen in de richtlijn. De methode is geschikt om zowel de kwantitatieve als kwalitatieve aspecten van gebruik te bevragen. De methode is geschikt om conceptueel gebruik te bevragen.

Nadelen

- Vanwege de zelfrapportage is er een grote kans op sociaal wenselijke antwoorden.
- De verkregen gegevens zijn lastig te aggregeren naar landelijk niveau, en lenen zich lastig voor vergelijking tussen organisaties en door de tijd heen.
- Het kost de professional extra tijd.

Voordelen

- Vanwege de interactie is het mogelijk om dóór te vragen en zo zicht te krijgen op het conceptuele gebruik van de richtlijn.

3.4.9 *Combinaties*

Geen van de beschreven meetmethoden is geschikt om alle dimensies van gebruik tegelijk te kunnen meten waarbij het ook nog mogelijk is data te genereren naar landelijk niveau. Omdat het in de praktijk niet wenselijk en mogelijk is om alle methoden uit te zetten, zou een oplossing kunnen zijn om een combinatie van methoden te gebruiken. [7, 15, 24] Een instrument gebaseerd op zelfrapportage zou bijvoorbeeld gevalideerd kunnen worden aan de hand van observaties. Methoden voor het in kaart brengen van kwantitatieve of kwalitatieve aspecten van gebruik kunnen gelijktijdig ingezet worden. Daarnaast bieden bijvoorbeeld interviews over de verzamelde gegevens de mogelijkheid om zicht te krijgen op het conceptuele gebruik.

Het is wenselijk om gelijktijdig dan wel volgtijdelijk combinaties van methoden in te zetten om zo goed zicht te krijgen op alle dimensies van gebruik.

3.4.10 *Overzicht meetmethoden naar dimensies*

Onderstaande tabel 1 geeft een overzicht van de geschiktheid van iedere methode naar dimensies van gebruik, de mogelijkheid voor aggregatie en monitoring en de voor- en nadelen van iedere methode. De laatste kolom geeft aan of de methode vooral geschikt is voor feedback naar individuele professionals / organisaties dan wel voor feedback over het gebruik door de hele JGZ-sector (landelijk niveau).

Tabel 1 Geschiktheid van meetmethoden naar dimensies van gebruik, toepassing data en voor- en nadelen

Methode	Dimensies van gebruik			Toepassing data	Voor- en nadelen			
	Kwantitatief	Kwalitatief	Conceptueel		Aggregatie / generalisatie / monitoring mogelijk	Gevoelig voor sociale wenselijkheid	Belasting voor professional of cliënt (tijd, ethisch)	Belasting in middelen (kosten, arbeidsintensief)
Vragenlijsten	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Beperkt	Beperkt	Landelijk / individueel
Registraties, Logboeken	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Beperkt	Beperkt	Landelijk / individueel
Vignetten	Ja	Beperkt	Ja	Ja	Enigszins	Beperkt	Beperkt	Landelijk / individueel
Digitale dossier	Ja	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Beperkt	Individueel / landelijk
Observaties	Beperkt	Ja	Ja	Beperkt	Enigszins	Ja	Ja	Individueel.
Visitaties	Beperkt	Beperkt	Beperkt	Beperkt	Enigszins	Ja	Ja	Individueel
Intercollegiale toetsing	Beperkt	Beperkt	Ja	Beperkt	Enigszins	Ja	Ja	Individueel
Interviews	Beperkt	Beperkt	Ja	Beperkt	Ja	Ja	Ja	Individueel

3.5 Meten van gebruik van richtlijnen in de praktijk

3.5.1 *Interviewvragen*

De interviews met de richtlijnontwikkelinstituten over hoe ze het gebruik van hun richtlijnen (laten) meten vonden plaats aan hand van de volgende vragen:

- 1 Wat wordt gemeten? Denk aan kernelementen, indicatoren etc.
- 2 Welke uitkomstmaten worden gehanteerd? Denk aan een onderscheid naar kwantitatieve en kwalitatieve aspecten en conceptueel gebruik.
- 3 Welke methoden of combinaties worden daarvoor gebruikt?
- 4 Bij wie wordt er gemeten? Denk aan professionals, cliënten etc.
- 5 Wie beoordeelt het gebruik en hoe? Denk aan criteria.

3.5.2 *Jeugdgezondheidszorg*

De regie over de richtlijnontwikkeling, -invoering en -evaluatie ligt bij het NCJ. Onderzoek naar het gebruik van richtlijnen in de JGZ vond tot nu toe voornamelijk plaats door TNO in opdracht van ZonMw en het NCJ. In 2012 werd in opdracht van het NCJ een onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van alle JGZ-richtlijnen die vóór 2012 zijn gepubliceerd. Er vindt vooralsnog geen systematische monitoring plaats.

Onderzoek vindt plaats aan de hand van de kernelementen uit de richtlijnen. De ontwikkelaars bepalen wat de kernelementen in de richtlijn zijn. Daarvan afgeleid worden indicatoren ontwikkeld die moeten aansluiten bij de Basis Data Set van het Digitale Dossier JGZ.

Er vinden vragenlijstonderzoeken plaats om het gebruik van de kernelementen te meten én de determinanten die het gebruik bepalen. De JGZ-professionals geven per kernelement uit een richtlijn aan bij hoeveel kinderen ze het kernelement toepassen op een 7-punt Likertschaal. Deze kwantificeerbare gebruiksmaat is een combinatie van 'compleetheid' en 'frequentie' (3.3.1). Onderzoek naar de kwaliteit van de uitvoering vindt vooralsnog niet plaats, evenals onderzoek naar conceptueel gebruik.

Het gebruik wordt alleen bij de professionals gemeten. Een beoordeling van de uitkomsten vindt plaats door onderzoekers in samenspraak met de ontwikkelaars/beroepsgroepen. Er wordt op voorhand een criterium bepaald op basis van verwachtingen van gebruik door de tijd heen. Bijvoorbeeld: twee jaar na publicatie van de richtlijn zou 80% van de professionals kernelement x moeten uitvoeren bij alle kinderen.

3.5.3 *Huisartsgeneeskunde*

Systematisch onderzoek naar het gebruik van de NHG-standaarden vindt voornamelijk plaats door IQ Healthcare en het NIVEL. Universiteiten en andere wetenschappelijke instituten doen eveneens onderzoek naar de standaarden, maar dat betreft geen systematische monitoring.

IQ Health Care monitort het gebruik van standaarden rondom met name chronische ziekten. Voor een aantal onderwerpen zijn indicatoren beschreven. Een voorbeeld van een indicator is het percentage patiënten met de diagnose COPD waarbij zich in de afgelopen 12 maanden twee of meer (nieuwe) exacerbaties hebben voorgedaan. Het bepalen van indicatoren gebeurt door praktiserende huisartsen, onder begeleiding van het NHG, al dan niet in samenwerking met IQ Healthcare; er moet een balans zijn tussen de registratiebelasting en het nut voor de huisarts.

Gegevens worden uit het Huisarts Informatie Systeem (HIS) gespoeld volgens een algemeen format en soms ook uit een Keten Informatie Systeem (KIS).

Het NIVEL monitort (indirect) het gebruik van de standaarden via de zogenaamde 'Zorgregistraties'. Zorgregistraties maakt gebruik van gegevens die routinematig in de zorg worden verzameld bij verschillende eerstelijnsdisciplines, waaronder 386 huisartspraktijken.

De gegevens uit bovenstaande onderzoeken geven zicht op kwantitatieve aspecten van gebruik van de standaarden. Kwalitatieve aspecten van gebruik en conceptueel gebruik worden niet onderzocht.

Twee andere belangrijke manieren waarmee huisartsen(praktijken) zicht krijgen op het gebruik van de standaarden is via deelname aan toetsgroepen en/of praktijkaccreditatie. Ten behoeve van de praktijkaccreditatie heeft het NHG is een onafhankelijke organisatie opgericht (NHG Praktijk Accreditering b.v.) die de praktijken toetst op het gebied van kwaliteit van praktijkvoering en geleverde zorg. De nadruk ligt op monitoring en uitkomsten van chronische ziekten, preventie en voorschrijfgedrag. Ook de mening van de patiënt wordt erbij betrokken.

Een andere manier om zicht te krijgen op het gebruik van de standaarden is via onderzoek onder patiënten. Bijvoorbeeld via de CQ-index, toegesneden op een specifieke standaard.

Het NHG stelt geen criteria op aan de hand waarvan de verzamelde gegevens worden beoordeeld. Wel zijn de indicatoren en de bijbehorende registraties zeer specifiek beschreven en afgestemd met de stakeholders, waaronder de HIS/KIS-leveranciers. De geaggregeerde verzamelde gegevens uit het Elektronisch Patiënten Dossier kunnen dienen als rapportage naar de zorgverzekeraar en als feedback naar de deelnemers aan de zorggroep. Er wordt gewerkt aan certificering van de 'extracties en berekeningen van indicatoren volgens de specificaties van het NHG'. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) heeft indicatoren ontwikkeld op basis van de NHG-standaarden over voorschrijfgedrag: de voorschrijfmonitor. Deze monitor levert gegevens op voor huisartsen zelf maar ook op geaggregeerd niveau.

3.5.4 *Oncologische en palliatieve zorg*

Onderzoek naar het gebruik van de richtlijnen is bij het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) belegd. IKNL tracht richtlijnontwikkeling, -invoering en -evaluatie systematisch aan elkaar te koppelen. Alle revisies van evidence-based richtlijnen worden geëvalueerd.

Voor evaluatie van het gebruik van de richtlijn stellen ontwikkelaars van de richtlijnen per richtlijn een set met indicatoren vast. Prioritering van deze indicatoren vindt plaats door een werkgroep, bestaande uit klinici, op basis van de knelpunten en de uitgangsvragen in de richtlijn. Een voorbeeld van een indicator is of een patiënt is besproken in het multidisciplinair overleg.

In Nederland worden alle gevallen van kanker nauwkeurig geregistreerd in een database: de Nederlandse Kankerregistratie (NKR). Gegevens worden gedestilleerd uit het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). De NKR bevat betrouwbare en objectieve gegevens en vormt de basis voor het meten van het gebruik van de richtlijnen. Benodigde data voor het meten van indicatoren worden uit de NKR gehaald, of aanvullend verzameld in twee tot drie regio's. Het gaat in alle gevallen om kwantitatieve aspecten van gebruik van de richtlijnen. Kwalitatieve aspecten van gebruik en conceptueel gebruik worden vooralsnog niet gemeten, maar dat is wel een wens van het IKNL.

Het gebruik van richtlijnen wordt alleen bij de professionals gemeten (via het EPD). Er vindt een nulmeting plaats en een vervolgmeting. Gezien de implementatieperiode en langdurige behandeling zit er vaak één jaar tussen publicatie van de richtlijn en de vervolgmeting. De onderzoeksbevindingen worden gerapporteerd aan de wetenschappelijke verenigingen en overige stakeholders. Een beoordeling van de uitkomsten aan de hand van vastgestelde criteria vindt niet plaats.

3.5.5 *Geestelijke Gezondheidszorg*

Het Trimbos-instituut onderzoekt het gebruik van de richtlijnen, echter van niet van alle richtlijnen. Onderzoek naar het gebruik is afhankelijk van gehonoreerde subsidies. De evaluatie van het gebruik van de richtlijnen vindt op verschillende manieren plaats en meestal aan de hand van indicatoren die gebaseerd zijn op de aanbevelingen in de richtlijn. Het vaststellen en prioriteren van indicatoren gebeurt door inhoudelijke experts (beroepsbeoefenaren), begeleid door het Trimbos-instituut. Een voorbeeld van een indicator is dat bij 80% van de patiënten die geen complexe angststoornis heeft, een eerste stap interventie gestart is.

De implementatie van de richtlijnen vindt meestal plaats met behulp van de Doorbraakmethode of de tailormethode. Evaluatie van het gebruik van de richtlijnen maakt onderdeel uit van deze methoden. Er vindt een nulmeting plaats aan de hand van de indicatoren. Na verloop van tijd (bijv. na 3, 6, 9 of 12 maanden) vindt opnieuw een meting plaats aan de hand van indicatoren.

Benodigde data voor het vaststellen of aan de indicatoren is voldaan, worden uit het (elektronisch) dossier gehaald. Soms wordt het gebruik gemeten door het uitzetten van enquêtes onder professionals of worden registratieformulieren ontwikkeld die professionals invullen. Het gaat in alle gevallen om kwantitatieve aspecten van gebruik van de richtlijnen. Soms vinden aanvullend interviews plaats op individueel of teamniveau, om meer zicht te krijgen op hoe de aanbeveling wordt uitgevoerd en om de resultaten te kunnen duiden. Hiermee krijgt men zicht op conceptueel gebruik en beïnvloedende factoren bij gebruik. Kwalitatieve aspecten van gebruik worden niet gemeten.

Het gebruik wordt alleen bij de professionals gemeten en alleen bij die professionals/organisaties die zich aanmelden voor een richtlijnimplementatie project of die deelnemen aan een enquête. De onderzoeksbevindingen worden met de deelnemende teams besproken. De bevindingen worden ook gebruikt bij het updaten van de richtlijnen. Een beoordeling van de uitkomsten vindt aan de hand van vastgestelde criteria (de indicatoren) plaats.

3.5.6 *Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde*

Het gebruik van de NVAB-richtlijnen wordt op verschillende manieren onderzocht. Er vinden evaluaties plaats van proces en uitkomst van richtlijngebruik. Dit gebeurt door wetenschappelijke instituten zoals het Coronel Instituut (AMC), het VUmc, het UMCG en Tranzo, voor een deel in de vorm van een RCT (richtlijngebruik versus geen richtlijngebruik of beter richtlijngebruik versus slechter richtlijngebruik). De NVAB is betrokken als bijvoorbeeld lid van de begeleidingscommissie, maar is geen opdrachtgever. Uitkomstmaten op patiëntniveau zijn o.a.: ziekteverzuim/terugkeer naar werk, klachtenreductie, kosten-effectiviteit, productiviteit. Als onderdeel van de RCT wordt dan doorgaans ook een procesevaluatie gedaan waarbij het daadwerkelijke richtlijngebruik in de interventiegroep aan de hand van performance-indicatoren gemeten wordt. Performance-indicatoren (doorgaans kernelementen uit de richtlijn) worden opgesteld door de richtlijnontwikkelaars, begeleid door het

kwaliteitsbureau van de NVAB. In het kader van de procesevaluatie vindt soms ook tevredenheidonderzoek plaats onder bedrijfsartsen en patiënten. Bij voorkeur wordt er op verschillende momenten gemeten (bijv. na 6 maanden en 1 jaar) om na te gaan of de effecten beklijven, maar dit is afhankelijk van het projectvoorstel/beschikbare budget.

Bovenstaande onderzoeken geven zicht op kwantitatieve aspecten van gebruik van de richtlijnen en op de effecten op patiëntniveau. De procesevaluaties geven daarnaast inzicht in de kwalitatieve aspecten van gebruik en conceptueel gebruik. Monitoring van richtlijngebruik vindt plaats in visitaties. Elke bedrijfsarts moet eenmaal per vijf jaar geherregistreerd worden. Een (verplicht) onderdeel daarvan is de individuele visitatie door een auditor (ervaren en hierin getrainde bedrijfsarts). De bedrijfsarts moet voor tien dossiers een medical auditformulier over het gebruik van (minimaal twee verschillende) NVAB-richtlijnen invullen. Deze medical auditformulieren zijn opgesteld aan de hand van de performance-indicatoren. De auditformulieren volgen de stappen in de richtlijn. De bedrijfsarts vult de vragenlijsten zelf in en bespreekt ze met de auditor. Daarbij kan de auditor desgewenst zelf de gekozen dossiers inzien. Het doel van de visitatie is vooral een verbeterplan op te stellen dat vijf jaar later getoetst kan worden.

Deze methode geeft zicht op alle dimensies van gebruik en ook op de determinanten van gebruik.

Er zijn geen vaste criteria aan de hand waarvan de uitkomsten uit de onderzoeken en visitaties worden beoordeeld. Voor visitatie ligt het accent op verbetering, afgezet tegen het individuele verbeterplan.

Onderzoek naar het gebruik van de richtlijnen vindt nu in projectvorm plaats. De NVAB zou graag in de toekomst een monitoringsysteem willen opzetten, waarbij de mogelijkheid bestaat tot het meer continue meten van het gebruik van de richtlijnen.

3.5.7 *Verloskunde*

Gericht onderzoek naar het gebruik van de richtlijnen vindt nog niet plaats. De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) denkt er over na. De ontwikkelaars van de richtlijnen stellen samen met het kwaliteitsteam van de KNOV per richtlijn een beperkte set indicatoren vast. Een indirecte indicatie voor het gebruik van de richtlijnen wordt verkregen aan de hand van deze indicatoren op basis van de Perinatale Registratie Nederland (PRN). De KNOV besteedt in het jaar na publicatie van een nieuwe richtlijn veel aandacht aan invoerings- en scholingsactiviteiten. Dit gebeurt via Methodisch Intercollegiaal Overleg (MIO), e-learning modules en toetsprogramma's. Deelname wordt sterk aanbevolen. Intercollegiale toetsing is één van de werkvormen van MIO. De KNOV ontwikkelt voor de meeste richtlijnen een toetsprogramma voor gebruik tijdens intercollegiale toetsing. Verloskundigen zijn niet verplicht hun handelen te toetsen aan de geldende richtlijnen / toetspakketten, maar het wordt sterk aanbevolen. Elke twee jaar vindt er een ledenpeiling plaats waarin het gebruik van de richtlijnen kan worden gepeild: of men op de hoogte is van de richtlijn (ja/nee) en of men de richtlijn gebruikt (ja/nee).

De PRN-data geven zicht op kwantitatieve aspecten van gebruik van de richtlijnen. Intercollegiale toetsing biedt verloskundigen de mogelijkheid om zelf zicht te krijgen op kwalitatieve aspecten van gebruik en conceptueel gebruik.

Een beoordeling van de uitkomsten aan de hand van vastgestelde criteria vindt niet plaats.

3.5.8 *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*

NICE is een onderdeel van de National Health Service (NHS) in het Verenigd Koninkrijk. NICE ontwikkelt verschillende soorten richtlijnen: interventional procedures, technology appraisals, clinical guidelines, public health guidance, medical technologies guidance en diagnostics guidance (<http://guidance.nice.org.uk/>). De technological appraisals over medicatie en het gebruik van medische technologie zijn de enige richtlijnen die verplicht zijn. De bij NHS aangesloten organisaties hebben na publicatie drie maanden de tijd om ervoor te zorgen dat de beschreven medicatie beschikbaar is voor hun patiënten. De Health and Social Care Information Centre (zelfstandig bestuursorgaan binnen het Ministerie van Volksgezondheid) verzamelt data, maar niet routinematig en systematisch, en publiceert rapporten over het gebruik van de door NICE geadviseerde medicatie.

De 'clinical guidelines' zijn vergelijkbaar met de richtlijnen die in Nederland worden ontwikkeld door diverse instituten, zoals beschreven in voorgaande paragrafen. Het gebruik van de NICE richtlijnen wordt niet systematisch geëvalueerd. Diverse organisaties zoals onderzoeksinstituten, patiëntenorganisaties, ziekenhuizen etc. verzamelen gegevens over het gebruik van de richtlijnen. Wat wordt gemeten, hoe en bij wie is zeer verschillend. NICE verzamelt alle tijdschriftpublicaties en rapporten en publiceert ze in een online database, Evaluation of Review of Nice Implementation Evidence (ERNIE) genaamd (http://www.nice.org.uk/usingguidance/measuringtheuseofguidance/searchernie/search_ernie.jsp). Zo krijgt NICE een globaal beeld van het gebruik van de richtlijnen.

3.5.9 *Samenvatting*

- Geen enkel instituut monitort systematisch het gebruik van de richtlijnen of laat dit doen. Vrijwel alle instituten vinden systematische monitoring wenselijk ten behoeve van (bij)sturing op het totale richtlijnentraject. Het ontbreken van financiering en de belasting van de professionals zijn belangrijke redenen om (nog) niet systematisch te monitoren.
- Het meten van het gebruik van de richtlijnen vindt hoofdzakelijk plaats aan de hand van indicatoren die afgeleid worden van de kernelementen, dan wel de uitgangsvragen in de richtlijnen. Data worden verzameld via het elektronisch dossier of via andere datasystemen. Vrijwel alle instituten vinden dat deze werkwijze zeer beperkt inzicht geeft in het gebruik van de richtlijnen. Enerzijds vanwege het soms geringe aantal indicatoren dat wordt onderzocht en anderzijds omdat alleen kwantitatieve aspecten van gebruik worden gemeten.
- Sommige instituten geven aan dat professionals het gebruik van indicatoren niet nuttig vinden omdat het nauwelijks inzicht geeft in hun eigen handelen. Daar staat tegenover dat professionals niet te veel belast kunnen en willen worden met gegevensverzameling.
- Soms wordt, al dan niet ter verdieping en duiding van de data uit het dossier, gebruik gemaakt van vragenlijsten, registratieformulieren, interviews, intercollegiale toetsing en visitatie. Dit geeft deels zicht op conceptueel gebruik en ook op de determinanten van gebruik.
- Gegevens worden voornamelijk verzameld bij de professionals en een enkele keer bij cliënten/patiënten.
- Ongeveer de helft van de instituten beoordeelt de verkregen gegevens aan de hand van (voorafgestelde) criteria, de overige instituten beoordelen de verkregen gegevens niet.

4 Raadpleging experts

4.1 Opzet werkbijeenkomst en deelnemers

Er vond een werkbijeenkomst plaats van een dagdeel. De deelnemers bestonden uit drie implementatieonderzoekers (TNO en IQ Health Care), twee richtlijnontwikkelaars (TNO en Trimbos-instituut), een statisticus (TNO), een senior beleidsmedewerker van de Afdeling Openbare en Jeugdgezondheidszorg van het Ministerie van VWS, de coördinerend en specialistisch inspecteur kindermishandeling en jeugd bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de programmasecretaris Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg ZonMw en twee adviseurs vanuit het NCJ. De bijeenkomst werd begeleid door de eerste auteur van het onderhavige rapport. De deelnemers kregen ter voorbereiding de opdrachtformulering van het NCJ, de bevindingen van de literatuurinventarisatie (vorige hoofdstuk) en de interviewvragen toegestuurd.

De bedoeling was in drie rondes te discussiëren over de volgende thema's: a) te onderscheiden dimensies van gebruik in JGZ-richtlijnen, b) geschikte meetmethoden en mogelijkheden tot aggregatie en monitoring en c) scenario's met randvoorwaarden voor het meten van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. Wegens tijdgebrek kwamen niet alle thema's uitvoerig aan bod.

4.2 Interviewvragen

Thema: onderscheiden dimensies van gebruik in JGZ-richtlijnen

1. Wat is uw mening over de bruikbaarheid van de onderscheiden dimensies van gebruik ten aanzien van de JGZ-richtlijnen (kwantitatieve en kwalitatieve aspecten en conceptueel gebruik)?
2. Is het (voor de ontwikkelaars) mogelijk om bij kernelementen een onderscheid te maken tussen te meten kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van gebruik?
3. Lukt het ontwikkelaars de theoretische principes te beschrijven en treffende voorbeelden van adequaat en niet-adequaat gebruik?
4. Is het wenselijk zicht te krijgen op alle dimensies van gebruik? Zo nee, op welke niet en waarom niet? Welke dimensies hebben prioriteit?

Thema: geschikte meetmethoden en mogelijkheden tot aggregatie en monitoring

5. Welke methoden of combinaties van methoden hebben de voorkeur voor het meten van de drie afzonderlijke dimensies van gebruik? Waarom? Wat zijn de randvoorwaarden hiervoor?
6. Welke methoden of combinaties van methoden hebben de voorkeur om de drie dimensies van gebruik te kunnen monitoren, onderscheiden naar organisatie- en landelijk niveau? Waarom? Wat zijn de randvoorwaarden hiervoor?
7. Wanneer en hoe vaak zou er gemeten moeten worden om voldoende zicht te krijgen op de verschillende dimensies van gebruik?
8. Wie zou er moeten meten: professionals en organisaties zelf of externen?
9. Wie zou moeten beoordelen of het gebruik goed genoeg is (ontwikkelaars, NCJ, IGZ etc.)? Hoe moet dit gebeuren?
10. Wat zou moeten gebeuren met de beoordeling van de gebruikresultaten?

Thema: scenario's met randvoorwaarden voor het meten van het gebruik van de JGZ-richtlijnen

11. Alles overziend: welke methodieken voor het meten van het gebruik van de richtlijnen zijn wenselijk en haalbaar in de JGZ?
12. Hoe is het meten/bijhouden van gebruik door professionals / organisaties te stimuleren?

4.3 Resultaten

4.3.1 *Doel van het meten van gebruik*

Het doel dat het NCJ voor ogen heeft is dat organisaties inzicht krijgen in (de wijze van) het gebruik van de richtlijnen in hun eigen organisatie en daarmee de kans hebben te sturen op hun implementatie- en borgingsstrategieën. Het NCJ wil JGZ-organisaties hierbij ondersteunen door een monitoringsstructuur te ontwikkelen die feedback levert over het invoeringsproces. Op landelijk niveau zou dit het NCJ sturingsinformatie kunnen geven voor ondersteuning bij de landelijke implementatie van de richtlijnen.

De JGZ-organisaties zijn eigenaar van de data die ze zelf verzamelen. In principe kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gegevens opvragen bij de betreffende organisatie. Dit is nu ook al het geval. Het is daarom van belang vast te leggen wie eigenaar is van de data die landelijk geaggregeerd worden.

Geadviseerd werd dit vast te leggen in een reglement waarin rechten voor toegang en gebruik tot de data is bepaald met inachtneming van bescherming van de privacy.

4.3.2 *Dimensies van gebruik*

De experts achtten het van belang dat alle drie de dimensies van gebruik (kwantitatief, kwalitatief en conceptueel gebruik) worden gemeten. Om te kunnen beoordelen of in de geest van een richtlijn is gehandeld, moeten de richtlijnontwikkelaars de kernelementen van de richtlijn benoemen. De keuze van kernelementen is volgens de aanwezige richtlijnontwikkelaars gebaseerd op: 1) de noodzakelijkheid van de activiteiten voor het bereiken van de gewenste effecten bij 0-19-jarigen en 2) de huidige variatie in werkwijze in het JGZ-veld.

De richtlijnontwikkelaars gaven aan over het algemeen geen problemen te hebben met het identificeren van kernelementen. Maar ze hebben nog geen ervaring met het vertalen van de kernelementen naar de beoogde dimensies van gebruik.

4.3.3 *Methoden voor het meten van gebruik*

De experts konden zich vinden in de samenvattende tabel (hoofdstuk 3) waarin de meetmethoden naar dimensies van gebruik zijn afgezet. Vanwege tijdgebrek konden niet alle meetmethoden op bruikbaarheid voor de JGZ-richtlijnen worden besproken.

Digitale Dossier JGZ

Het digitale dossier wordt in alle organisaties gebruikt en is in potentie een methode om data te verzamelen die geaggregeerd kunnen worden. Het digitale dossier is alleen geschikt om kwantitatieve aspecten van gebruik te meten. Het digitale dossier is nu nog niet geschikt voor het meten van gebruik van de richtlijnen. De volgende barrières en voorwaarden werden genoemd:

Er worden verschillende systemen gebruikt. Omdat ze in basis allemaal berusten op één Basis Data Set (BDS), kunnen ze in theorie met elkaar communiceren. Echter, niet alle digitale dossiers werken exact conform de BDS; zij voegen andere elementen toe aan het dossier. Dit betekent dat gegevens niet altijd goed overdraagbaar zijn en nog op elkaar afgestemd moeten worden. Een andere voorwaarde is dat professionals dezelfde wijze van registreren gaan hanteren, wat nu nog niet altijd het geval is. Het vraagt discipline van de professional om het dossier goed bij te houden.

Het doel van de huidige registratie in het digitale dossier is goede zorg voor het kind en niet het meten van het gebruik van de richtlijnen. In het huidige dossier kunnen professionals daarom hele secties overslaan door aan te vinken dat er geen bijzonderheden waren. Om het gebruik van de richtlijnen te kunnen meten is het overslaan van secties ongewenst. Het is dan namelijk niet duidelijk of alle subhandelingen zijn uitgevoerd en er geen bijzonderheden waren, of dat er subhandelingen in het geheel niet zijn uitgevoerd. Om de data te kunnen interpreteren is het nodig dat de professional eerst aangeeft of een handeling is uitgevoerd en vervolgens wat de bevindingen waren. Dat vergt extra registratie van handelingen.

Het dossier zal soms moeten worden aangepast om de kernelementen van richtlijnen te kunnen registreren. Dat betekent een uitbreiding van te registreren items, maar organisaties kiezen hier soms bewust voor om inzicht te krijgen in hun handelen.

Bovenstaande vraagt investeringen in tijd en geld. Hiervoor zal voldoende draagvlak moeten bestaan in de JGZ. Het is noodzakelijk om naast het digitale dossier andere methoden in te zetten voor het meten van gebruik, met name voor het meten van de kwalitatieve en conceptuele aspecten daarvan.

Intercollegiale toetsing

Intercollegiale toetsing biedt mogelijkheden voor het meten van gebruik, omdat professionals hun eigen en elkaars handelen kunnen toetsen aan de hand van de geldende JGZ-richtlijnen. Wanneer deze methode wordt ingezet om het gebruik te meten, vereist dat van veel professionals geen grote aanpassingen, omdat intercollegiale toetsing deel uitmaakt van hun professionele handelen en het borgen van de kwaliteit van zorg in JGZ-organisaties. De focus moet dan wel komen te liggen op het meten van het gebruik van de richtlijnen. De mogelijkheid van aggregatie van data hangt af van de wijze en omvang van de verslaglegging van de intercollegiale toetsing.

Metten via cliënten

Er is gesproken over de mogelijkheid om gegevens te verzamelen via cliënten. Cliënten krijgen dan vragen voorgelegd over het gedrag van de professional. Deze methode werd niet geschikt geacht omdat de professional handelingen verricht die niet voor de cliënt herleidbaar zijn. Een bijkomend probleem is dat er in de regel een discrepantie is tussen wat professionals en cliënten rapporteren.

Overige meetmethoden

De overige meetmethoden zijn niet meer in detail besproken. Naast de keuze voor een of meerdere meetmethoden, dient vastgesteld te worden met welke frequentie en op welke momenten het gebruik wordt gemeten. Deze keuzes hangen af van het niveau waarop de data geaggregeerd moeten worden (op individueel, organisatie, of landelijk niveau). Het is wenselijk dat er minimaal één jaar zit tussen publicatie

van de richtlijn en het meten van gebruik omdat organisaties en professionals die tijd nodig hebben voor gerichte invoeringsactiviteiten.

4.3.4 Normering van gebruik

Er was consensus dat het weinig zinvol is gegevens te verzamelen als er vervolgens geen duiding aan wordt gegeven. Voorafgaand aan het meten van gebruik zou vastgesteld moeten worden wie het gebruik gaat beoordelen en tegen welke criteria. In principe is het aan de ontwikkelaars én de beroepsgroepen om inhoudelijk te duiden of het gebruik voldoende is. De richtlijnontwikkelaars vonden het lastig aan te geven wat adequaat gebruik inhoudt (normering). Besproken is dat er verschillende mogelijkheden zijn om te komen tot een norm. De beste manier is de norm te baseren op empirisch onderzoek. Als uit onderzoek blijkt dat de uitvoering van een kernelement essentieel is voor het bereiken van de effecten bij 0-19 jarigen, dan is daarmee de norm duidelijk, namelijk in principe 100% gebruik. Een tweede manier is de norm vast te stellen op basis van theoretische verwachtingen. Als de verwachting is dat een kernelement essentieel is, dan zou het gebruik 100% moeten zijn. Een derde manier is de norm te stellen aan de hand van het huidige gebruik in de eigen organisatie of tussen organisaties (benchmark). Bijvoorbeeld: over een jaar moeten 10% meer kinderen aan kernelement x blootgesteld zijn dan nu het geval is. Een vierde manier is een norm te nemen op basis van verwachtingen van gebruik door de tijd heen. Bijvoorbeeld: twee jaar na publicatie van de richtlijn zou 70% van de professionals kernelement x moeten uitvoeren bij alle kinderen.

4.4 Samenvatting

- Inzicht in het gebruik van richtlijnen is gericht op het zo nodig verbeteren van de geleverde zorg. Het NCJ wil organisaties hierbij ondersteunen. Door het meten van het gebruik van de richtlijnen krijgen de professional en/of organisatie zicht op het eigen handelen en de kans te sturen op hun implementatie- en borgingsstrategieën. Op landelijk niveau geeft dit het NCJ sturingsinformatie voor landelijke implementatie van de richtlijnen
- Het type gebruik dat wordt gemeten en de methode dienen aan te sluiten bij 1) het doel dat het verzamelen van die gegevens dient, 2) het niveau waarop de gegevens worden geanalyseerd (individueel, organisatie, of landelijk) en 3) het draagvlak in het JGZ-veld.
- Wat gemeten wordt en hoe dat gebeurt is afhankelijk van de betreffende (kernelementen in de) richtlijn. Dat bemoeilijkt het formuleren van generieke voorkeursmethoden. In ieder geval dienen implementatieonderzoekers en richtlijnontwikkelaars in overleg te bepalen welke elementen uit een richtlijn kritisch zijn voor de beoogde effecten ervan en welke methoden geschikt zijn om het gebruik te meten van de specifieke richtlijn. Deze kernelementen zullen zij eenduidig en specifiek moeten formuleren zodat helder is wat er exact van de professional wordt verwacht.
- Voorafgaand aan het meten van het gebruik zou vastgesteld moeten worden wie het gebruik gaat beoordelen en tegen welke criteria.
- Het is van belang een reglement te maken waarin rechten voor toegang tot en gebruik van de landelijk geaggregeerde data is bepaald met inachtneming van bescherming van de privacy.

5 Raadpleging JGZ-veld

5.1 Opzet bijeenkomst en deelnemers

Er vond een werkbijeenkomst plaats van een dagdeel. De deelnemers bestonden uit vier managers JGZ, en twaalf staffunctionarissen en deelnemers aan het netwerk implementatie richtlijnen in de JGZ.

De bijeenkomst werd begeleid door de eerste twee auteurs van het onderhavige rapport en twee adviseurs vanuit het NCJ.

De deelnemers kregen ter voorbereiding de opdrachtformulering van het NCJ, de bevindingen van de literatuurinventarisatie (derde hoofdstuk) en de interviewvragen toegestuurd. Om zich een beter beeld te kunnen vormen kregen de deelnemers voorbeelden van verschillende methoden voor het meten van het gebruik van richtlijnen toegestuurd, zoals een vragenlijst, een registratieformulier, vignetten, rubrieken in de Basis Data Set en een observatielijst. Ook kregen ze voorbeelden van ondersteunende materialen die het NCJ zou kunnen maken bij de verschillende meetmethoden.

Er werd plenair een toelichting gegeven op de verschillende dimensies van gebruik en meetmethoden met de mogelijkheid tot het stellen van vragen en discussie.

Daarna werden in twee groepen de interviewvragen besproken en vond een plenaire terugkoppeling plaats.

Als voorbeeld tijdens de plenaire bespreking werden twee kernelementen uit de JGZ-richtlijn overgewicht genomen: a. verwijst kinderen bij een bloeddruk van boven de P95 naar de huisarts of kinderarts en b. bij alle kinderen stimuleren van de BOFT elementen: Borstvoeding, Bewegen en Ontbijten en het verminderen van (gezoete) Frisdranken, Fastfood, Televisiekijken/(spel)computeren en (energierijke) Tussendoortjes. Om zicht te krijgen op het gebruik van het eerstgenoemde kernelement volstaat te meten óf het element is uitgevoerd (kwantitatief gebruiksaspect). Bij het tweede kernelement zal vooral de kwaliteit van de uitvoering relevant zijn. Besproken werd dat dit kernelement een verdere uitwerking behoeft om gemeten te kunnen worden. Ten eerste gaat het om verschillende onderwerpen die ieder een nadere invulling behoeven, bijvoorbeeld over de exacte inhoud van de voorlichting. De voorlichting/boodschap over het stimuleren van borstvoeding zal immers anders zijn dan die over het verminderen van computeren. Ten tweede zal 'stimuleren van' een nadere uitwerking behoeven van verschillende onderliggende gedragingen die van de professional worden verwacht. De professional wordt geacht een gedragsverandering te bewerkstelligen bij de ouders en/of het kind. Dit vraagt om een beschrijving van de theoretische principes die ten grondslag liggen aan deze gedragsverandering en een nadere uitwerking van concrete gedragingen die daar wel en niet bij behoren.

5.2 Interviewvragen

Ter voorbereiding van de bijeenkomst kregen de deelnemers de interviewvragen toegestuurd. De beschrijving daarvan werd als volgt geformuleerd:

Het doel van de bijeenkomst is om helder te krijgen wat naar verwachting de meest wenselijke en haalbare meetmethoden zullen zijn in de JGZ-praktijk. Uw antwoord

op deze vraag zal mede afhangen van de combinatie van:

- a. Het doel van de gegevensverzameling (feedback op individueel, organisatie of landelijk niveau).
- b. De te verwachten haalbaarheid van de meetmethoden in de JGZ.
- c. De inhoud van een richtlijn. Voor sommige (onderdelen van) richtlijnen volstaat het meten van kwantitatieve gebruikaspecten, voor andere niet.
- d. De belastbaarheid van u als individuele JGZ-medewerker en/of de JGZ-organisatie. Hoe specifieker en gedetailleerder de gegevens, hoe hoger de belasting voor u / de organisatie zal zijn.

De vragen:

1. Wat zou primair het doel van de gegevensverzameling moeten zijn? Denk aan inzicht bieden op individueel niveau, organisatie en/of landelijk niveau over (de wijze van) het gebruik van de richtlijnen en de mate van detaillering.
2. Is het wenselijk om zicht te krijgen op alle dimensies van gebruik ten aanzien van de JGZ-richtlijnen (kwantitatieve en kwalitatieve aspecten en conceptueel gebruik)? Zo nee, op welke niet en waarom niet? Welke dimensies hebben prioriteit?
3. Hoeveel tijd (frequentie van onderzoek en/of uren per jaar), menskracht (aantal JGZ-medewerkers dat meedoet) en middelen (kosten) kunnen maximaal geïnvesteerd worden in het meten van het gebruik van de richtlijnen?
4. Alles overziend: welke methodieken voor het meten van gebruik zijn het meest haalbaar in de JGZ praktijk?
5. Welke randvoorwaarden zijn hiervoor nodig en wat kan het NCJ doen om deze randvoorwaarden te helpen realiseren en JGZ-organisaties te ondersteunen bij het meten van het gebruik van richtlijnen?

5.3 Resultaten

5.3.1 *Doel van het meten van gebruik*

Alle deelnemers vonden het belangrijk het gebruik van de richtlijnen te meten. De meest genoemde reden was om feedback te krijgen op het functioneren van de professionals en aan de hand van deze informatie te kunnen sturen op verbetering van de kwaliteit van zorg. Diepgaand onderzoek werd in de praktijk niet goed haalbaar geacht. Van beschouwende aard was de opmerking dat er veel wordt geïnvesteerd in de ontwikkeling en implementatie van de richtlijnen, maar voor de vraag of het werkt en de moeite waard is, is nog nauwelijks aandacht. Met 'het werkt' werd bedoeld op onderzoek naar de effecten bij de 0-19 jarigen én onderzoek of het de professionals lukt om met de richtlijnen te werken. Enkele managers gaven aan dat het primair gaat om de uitkomsten bij de 0-19 jarigen en dat gemeenten willen weten of de richtlijn effect heeft. Het merendeel van de deelnemers was van mening dat, om deze effecten te kunnen meten, je eerst moet weten of de richtlijn wordt uitgevoerd zoals bedoeld.

Vrijwel alle deelnemers gaven aan dat feedback op individueel en op organisatieniveau het primaire doel van de gegevensverzameling zou moeten zijn en niet het verzamelen gegevens ten behoeve van het NCJ. Men vond het wenselijk dat het meten bij de professionals en organisaties zélf komt te liggen. Sommige deelnemers vonden het belangrijk om ook op landelijk niveau zicht te hebben op het gebruik. Want als blijkt dat een richtlijn niet goed wordt uitgevoerd door verschillende organisaties, dan zou het NCJ moeten nagaan hoe dat komt.

De deelnemers gaven aan bereid te zijn om mee te doen aan landelijk onderzoek, mits dit beperkt blijft in frequentie en belasting.

Diverse keren werd genoemd dat het er niet alleen om gaat te weten of richtlijnen al dat niet goed worden uitgevoerd, maar ook waarom, hiermee verwijzend naar conceptueel gebruik én naar de determinanten van gebruik.

5.3.2 *Dimensies van gebruik*

De deelnemers achtten het meten van alle drie de dimensies van gebruik (kwantitatief, kwalitatief en conceptueel gebruik) van belang. Het liefst zou alles gemeten moeten worden, maar dat is praktisch niet haalbaar. Opgemerkt werd dat nu vaak kwantitatieve aspecten van gebruik worden gemeten, maar dat dit niet toereikend is. "Alle professionals zeggen de richtlijnen te kennen en te gebruiken, maar er is geen zicht op de kwaliteit". Er leek bij verschillende deelnemers een voorkeur te zijn voor het meten van kwalitatieve aspecten van gebruik en conceptueel gebruik.

De deelnemers waren van mening dat er per richtlijn en per kernelement bekeken moet worden welke dimensies van gebruik relevant zijn. Vervolgens zullen keuzes worden gemaakt waarbij de belasting van de professional en het verkrijgen van feedback op individueel en organisatieniveau het afwegingskader zullen zijn.

5.3.3 *Methoden voor het meten van gebruik*

Men was van mening dat de meetmethode afhangt van de dimensies van gebruik die relevant zijn om te meten. Afgezet tegen de wens om feedback te krijgen op individueel en organisatieniveau en afgezet tegen de haalbaarheid in de dagelijkse praktijk, werden wel enkele voorkeuren uitgesproken. De ene groep besprak welke methoden dan niet zo geschikt waren. Dit waren het digitale dossier, visitaties en interviews, hoewel deze laatste methode wel geschikt werd geacht als aanvulling op andere methoden. In de ander groep maakten de deelnemers voor zichzelf een top vier van favoriete methoden. Hieruit kwamen het digitale dossier, intercollegiale toetsing, vignetten en vragenlijsten als methoden van voorkeur naar voren. Op de vijfde en zesde plaats stonden observaties en interviews. Ook werd voorgesteld om gebruik te maken van intercollegiale toetsing omdat dit toch al plaatsvindt. Er was consensus dat het belangrijk is om per richtlijn over verschillende meetmethoden te kunnen beschikken. Als indicatie werd gedacht aan een combinatie van twee tot drie methoden die aanvullend aan elkaar zijn.

5.3.4 *Randvoorwaarden*

Veel deelnemers zeiden dat tijd geen reden mag zijn om het gebruik niet te evalueren, maar de belasting wel. Vooraf moet goed nagedacht worden waarom je wat wilt meten. Voorgesteld werd zoveel mogelijk gebruik te maken van methoden die toch al worden toegepast. Er werden een paar voorbeelden genoemd. Als in het DD JGZ een item wordt aangevinkt, zou een lijst kunnen verschijnen met wat verder nog moet worden gedaan volgens de richtlijn. Omdat er toch al intercollegiale toetsing plaatsvindt, kunnen de richtlijnen hierin besproken worden. Vignetten zouden mogelijk onderdeel kunnen worden van e-learning modules of intercollegiale toetsing.

De vraag werd gesteld of het mogelijk is een gelaagd systeem te maken, dat wil zeggen een quickscan te ontwikkelen die niet belastend is en waarbij alle dimensies van gebruik op een valide en betrouwbare manier worden gemeten. De uitkomsten zouden dan leidend moeten zijn voor gedetailleerder onderzoek. Besproken werd

dat dit niet goed mogelijk is. Als voorbeeld noemde een deelnemer het DD JGZ; dit geeft een eerste indicatie van gebruik, maar het is een onderindicatie.

De deelnemers vonden het wenselijk om bij het uitkomen van een richtlijn helder te hebben welke dimensies van gebruik gemeten zouden moeten worden én welke meetmethoden hiervoor geschikt zijn. Onderzoekers, in samenwerking met de richtlijnontwikkelaars, zouden hier voorstellen voor moeten doen en het NCJ zou deze aan de deelnemers aan het netwerk implementatie richtlijnen in de JGZ moeten voorleggen. Er werd gediscussieerd over het gebruik van een digitale klankbordgroep omdat dit deelnemers de minste (reis)tijd kost en men op ieder gewenst moment kan deelnemen. Toch werd voorgesteld om de regiobijeenkomsten ervoor te gebruiken omdat het horen van elkaars overwegingen en de mogelijkheid tot directe interactie verhelderend werkt en zo gezamenlijk tot een goede afweging kan worden gekomen.

De deelnemers vonden dat het NCJ de meetinstrumenten landelijk zou moeten (laten) ontwikkelen en aanreiken aan de organisaties. Desgewenst zou het NCJ voor organisaties die andere of specifiekere meetmethoden wensen, deze tegen betaling kunnen (laten) maken. Verschillende keren werd gezegd dat er behoefte is aan advies over wat te doen met de uitkomsten van de metingen. Veel deelnemers vonden uitbesteding van de analyses en de rapportage wenselijk.

Aangegeven werd dat belangrijk is dat professionals weten waarom er gemeten wordt, dat ze de resultaten terug krijgen en dat ze er niet op worden afgerekend. Deelname zou geaccrediteerd moeten worden, omdat dit motiverend en belonend werkt. Ook moet er een reële inschatting worden gegeven van de hoeveel tijd die het de professional kost.

5.4 Samenvatting

- Het doel van het meten van gebruik van de richtlijnen zou primair feedback op individueel en op organisatieniveau moeten zijn. Professionals krijgen zo zicht op hun functioneren. Deze informatie helpt om te sturen op verbetering van de kwaliteit van zorg.
- Het belang van zicht op het gebruik van de richtlijnen op landelijk niveau en daarmee de mogelijkheid tot sturing werd ook onderkend.
- Het gaat er niet alleen om te weten of richtlijnen al dat niet goed worden uitgevoerd, maar ook waarom (conceptueel gebruik én de determinanten van gebruik).
- Alle dimensies van gebruik werden belangrijk gevonden. Per richtlijn moet een afweging gemaakt worden welke aspecten van gebruik relevant zijn. Het voornamelijk meten van kwantitatieve aspecten van gebruik is niet toereikend.
- Afgezet tegen het beoogde doel en de haalbaarheid in de praktijk ging de voorkeur uit naar een combinatie van twee tot drie methoden, waaronder vignetten, vragenlijsten, observaties en aanvullend interviews. Voorgesteld werd zoveel mogelijk aan te sluiten en gebruik te maken van methoden die toch al worden toegepast, zoals intercollegiale toetsing.
- Het NCJ zou per richtlijn landelijk ontwikkelde meetinstrumenten aan de organisaties moeten aanreiken, evenals ondersteuning bij analyse en rapportage en informatie over hoe de resultaten geïnterpreteerd moeten worden.

6 Conclusies en aanbevelingen

6.1 Inleiding

De vraag van het NCJ was advies te krijgen over het ontwikkelen van een monitoringsstructuur voor JGZ-richtlijnen. Onderdeel van het advies betreft een overzicht van gebruiksmaten en meetmethoden. Uitgangspunt bij de totstandkoming van het advies zijn de behoeften van JGZ-organisaties met betrekking tot het meten van gebruik van de richtlijnen en ondersteuning daarbij vanuit het NCJ.

Bij de totstandkoming van het onderhavige advies is daarom, naast raadpleging van literatuur en inhoudelijke experts, vooral geluisterd naar de behoeften vanuit het JGZ-veld.

6.2 Conclusies

Welke methoden moeten en kunnen onderdeel zijn van de monitoringsstructuur?

- Bij het meten van het gebruik van richtlijnen kunnen drie dimensies worden onderscheiden: kwantitatieve gebruikaspecten, kwalitatieve gebruikaspecten en conceptueel gebruik. Bij kwantitatieve aspecten gaat het om de vraag *of* iets is uitgevoerd en bij kwalitatieve aspecten *hoe* iets is uitgevoerd. Conceptueel gebruik betekent dat er gehandeld is ‘in de geest van de richtlijn’, dat wil zeggen conform de onderliggende empirische en theoretische principes. Professionals zullen in de praktijk afwijken van richtlijnteksten door onderdelen weg te laten, toe te voegen of anders uit te voeren. In alle gevallen kan het zo zijn dat in de geest van de richtlijn is gehandeld. De geraadpleegde inhoudelijke experts en het JGZ-veld vinden het belangrijk dat al deze dimensies worden gemeten, omdat zo een compleet beeld van het richtlijngebruik ontstaat dat recht doet aan de professional en de dagelijkse praktijk.
- Geen enkel van de geïnterviewde richtlijnontwikkelinstituten in Nederland monitort systematisch het gebruik van de richtlijnen of laat dit doen. Het meten van het gebruik vindt hoofdzakelijk plaats aan de hand van indicatoren, verzameld via het elektronisch dossier. Vrijwel alle instituten vinden dat deze werkwijze zeer beperkt inzicht geeft in het gebruik, mede omdat alleen kwantitatieve aspecten van gebruik worden gemeten.
- De literatuur, de inhoudelijke experts en het JGZ-veld geven aan dat de kernelementen c.q. onderliggende theoretische principes uit een richtlijn het uitgangspunt moeten zijn voor het meten van gebruik. Per kernelement c.q. onderliggend theoretisch principe moet beoordeeld worden welke dimensies van gebruik relevant zijn.
- Er zijn acht methoden beschreven die geschikt zijn voor het meten van gebruik van richtlijnen, onderscheiden naar dimensies van gebruik. Geen enkele methode is geschikt om alle dimensies van gebruik gelijktijdig te kunnen meten. De per richtlijn relevant geachte dimensies van gebruik, zijn leidend voor de keuze van de meetinstrumenten, evenals de belasting voor de JGZ-medewerkers. De inhoudelijke experts en het JGZ-veld onderschrijven dit. Een combinatie van meetmethoden is wenselijk; het JGZ-veld wil graag twee tot drie methoden per richtlijn. Methoden van voorkeur zijn vignetten, vragenlijsten, observaties, intercollegiale toetsing en aanvullende interviews. Het digitale dossier, visitaties en registraties werden niet zo geschikt geacht vanwege het

beperkte nut van de verzamelde gegevens voor feedback op individueel niveau. Men ervaart deze vormen van data verzameling als te belastend als dat wordt afgezet tegen de verwachte meerwaarde ervan voor de individuele JGZ-medewerker.

Wat zijn randvoorwaarden voor het meten van gebruik en hoe kan het NCJ helpen deze te realiseren?

- Het afwegingskader voor het meten van het gebruik van de richtlijnen is als volgt: a) vaststelling van kernelementen en onderliggende theoretische principes, b) bepaling van dimensies van gebruik die per kernelement/theoretisch principe relevant zijn, c) bepaling van geschikte meetmethoden per dimensie en e) praktische keuze van meetmethoden op basis van doel (feedback op niveau professional en organisatie) en belasting van het JGZ-veld.
- Het JGZ-veld geeft aan dat bij het uitkomen van een richtlijn helder moet zijn welke dimensies van gebruik gemeten moeten worden én welke meetmethoden hiervoor geschikt zijn. Onderzoekers en richtlijnontwikkelaars zouden dit gezamenlijk moeten doen. Het NCJ zou vervolgens de deelnemers aan het netwerk implementatie richtlijnen in de JGZ moeten raadplegen over welke methoden praktisch haalbaar zijn.

Hoe kan het NCJ JGZ-organisaties ondersteunen bij het meten van gebruik?

- Het JGZ-veld geeft aan ondersteuning nodig te hebben bij het meten van het gebruik van de richtlijnen. Om in staat te zijn op een goede manier te kunnen meten, wil het JGZ-veld per richtlijn landelijk ontwikkelde meetinstrumenten aangereikt krijgen. Daarnaast heeft men behoefte aan ondersteuning bij de analyse, rapportage en interpretatie van de gevonden resultaten in termen van criteria om het gebruik te beoordelen.

Hoe kan het NCJ een overzicht krijgen van het gebruik op landelijk niveau, zonder de JGZ-organisaties daarmee te belasten?

- De geraadpleegde JGZ-deelnemers vinden het belangrijk om het gebruik van de richtlijnen te meten. Het primaire doel voor hen is feedback te krijgen op individueel en organisatieniveau en hiermee te kunnen sturen op verbetering van de kwaliteit van zorg. Hoewel men het belangrijk vindt om op landelijk niveau zicht te hebben op het gebruik van de richtlijnen en bereid is hiervoor aan onderzoek deel te nemen, is dit niet de eerste prioriteit van het veld
- De vraag van het NCJ is advies te krijgen over de ontwikkeling van een monitoringsstructuur. Het JGZ-veld wil vooral individuele feedback op het gebruik van de richtlijnen. Dit maakt het lastig een enkelvoudig advies te geven omdat individuele feedback vraagt om meer verdiepende vormen van dataverzameling dan een monitor systeem voor bijsturing van het landelijk ondersteuningsbeleid. Vanuit dit beleidsperspectief zou een landelijke monitor met indicatieve gegevens op basis van bijvoorbeeld het digitale dossier of een vragenlijst kunnen volstaan. Daarnaast leeft bij JGZ-professionals de wens om te kunnen beschikken over twee tot drie methoden per richtlijn.

6.3 Kanttekeningen

Er vond een beperkte raadpleging van het JGZ-veld plaats. Gekozen is voor managers, stafmedewerkers en deelnemers aan het netwerk implementatie richtlijnen in de JGZ die zich als belangstellenden opgaven. Tijdens de bijeenkomst bleken deelnemers veel kennis en ervaring te hebben op het thema, en de mogelijkheden en consequenties van het meten van gebruik goed te hebben doordacht. Onder andere omdat men in de eigen organisatie ermee bezig was, bijvoorbeeld met het geven van feedback via Video Interactie Begeleiding. Er moet rekening mee worden gehouden dat het meten van het gebruik van de richtlijnen voor andere JGZ-organisaties nog geen actueel thema is.

6.4 Aanbevelingen

Implicaties voor ontwikkeling richtlijnen

- Het is wenselijk dat in ieder geval in de nieuw te ontwikkelen richtlijnen, per kernelement en voor de onderliggende theoretische principes wordt aangegeven welke dimensies van gebruik relevant zijn. Deze nuancering is van belang omdat niet alle gebruikaspecten relevant zijn voor alle (onderdelen van) richtlijnen. Daarmee wordt irrelevant en onnodig onderzoek voorkomen. Omdat richtlijnontwikkelaars aangeven nog geen ervaring te hebben met het 'vertalen' van kernelementen en onderliggende theoretische principes naar de drie genoemde dimensies van gebruik, wordt sterk aanbevolen dit in eerste instantie door implementatieonderzoekers te laten doen, waarbij in overleg met de ontwikkelaars wordt bepaald welke elementen uit een richtlijn kritisch zijn voor de beoogde effecten bij de 0-19 jarigen.
- Bovenstaande impliceert dat de ontwikkelaars, zoals ze nu doen bij de kernelementen, ook eenduidig en specifiek moeten formuleren wat de onderliggende theoretische principes zijn zodat helder is wat er van de professional wordt verwacht. Voor de onderliggende theoretische principes zal een uitwerking nodig zijn van concrete gedragingen die daar wel en niet bij horen. Dit is nodig om het gebruik van de richtlijnen te kunnen meten en te kunnen beoordelen. Aanbevolen wordt implementatieonderzoekers hierbij te betrekken omdat zij vanuit dit perspectief naar richtlijnteksten kijken.
- Bepaling van relevante dimensies van gebruik en daarbij aansluitende meetmethoden vergt specifieke expertise, waarover implementatieonderzoekers in de regel beschikken. Het is wenselijk dat ZonMw in de calls voor nieuwe en herziene JGZ-richtlijnen deze expertise benoemt en als voorwaarde stelt dat deze functie bij de juiste personen wordt belegd, opdat gewaarborgd wordt dat de richtlijnen worden opgeleverd met: a) een beschrijving van relevante dimensies van gebruik voor de kernelementen en onderliggende theoretische principes, b) een advies omtrent geschikte meetmethoden. Het NCJ zou dit kunnen bespreken met ZonMw in het kader van zijn regiefunctie.

Implicaties voor meten van gebruik in de praktijk

- Ervan uitgaande dat nieuwe en herziene richtlijnen worden opgeleverd met een beschrijving van relevante dimensies van gebruik en een advies omtrent geschikte meetmethoden zoals eerder is aangegeven, zou het NCJ deze adviezen vervolgens aan de deelnemers aan het netwerk implementatie

richtlijnen in de JGZ moeten voorleggen. Tijdens een van de netwerkbijeenkomsten kan vervolgens besloten worden welke methoden uitgewerkt gaan worden voor een specifieke richtlijn. Aanbevolen wordt dat het netwerk nagaat of gebruik kan worden gemaakt van methoden die toch al worden toegepast

- Het is wenselijk dat het NCJ, na raadpleging van het netwerk, twee of drie meetmethoden uitwerkt / laat uitwerken en vervolgens aan de organisaties aanreikt. Dit is wenselijk omdat JGZ-organisaties aangeven hier geen expertise in hebben, maar ook opdat er op uniforme wijze wordt gemeten. Het NCJ kan hiertoe zelf onderzoeksmedewerkers aantrekken dan wel dit uitbesteden aan een onderzoeksinstituut.
- Mocht het NCJ in de toekomst alsnog het gebruik van de richtlijnen landelijk willen monitoren, dan lijkt een jaarlijks vragenlijstonderzoek de meest geschikte methode. Deze methode is in principe geschikt om meerdere dimensies van gebruik te meten, leent zich voor aggregatie van data, de belasting voor de professional is beperkt en het is een van de voorkeursmethoden van het veld.

Ondersteuning bij het meten van gebruik

- Het NCJ zou organisaties zo nodig moeten ondersteunen bij de analyse en rapportage van de verzamelde gegevens. Dit geldt niet voor alle JGZ-organisaties omdat veel organisaties eigen onderzoekers in dienst hebben.
- Het meten van gebruik via verschillende methoden en aangepast aan relevante dimensies van gebruik, is nieuw voor het JGZ-veld. Daarom wordt sterk aanbevolen dat het NCJ dit eerst op een of twee richtlijnen toepast en daarna evalueert, alvorens meetinstrumenten te gaan ontwikkelen voor alle richtlijnen.
- Voorafgaand aan het meten van gebruik zou vastgesteld moeten worden wie het gebruik gaat beoordelen en tegen welke criteria. Het is weinig zinvol om gegevens te verzamelen als er vervolgens geen duiding aan wordt gegeven. Het is aan de ontwikkelaars én de beroepsgroepen om deze criteria op te stellen, per kernelement en voor de onderliggende theoretische principes. Zij kunnen immers het beste inhoudelijk duiden of de uitvoering plaatsvond zoals bedoeld. Aan de hand van heldere criteria zouden de JGZ-organisaties in principe zelf het gebruik van de richtlijnen kunnen beoordelen.
- In aansluiting op het vorige punt, maar van andere orde, is het vaststellen van een norm waaraan het gebruik van de richtlijnen zou moeten voldoen. Ook dit is aan de ontwikkelaars en de beroepsgroepen. Er zijn verschillende manieren om te komen tot een norm. De meest objectieve wijze om de norm te bepalen is empirisch onderzoek naar de mate van gebruik welke de minimaal beoogde effecten bij de 0-19 jarigen / ouders bewerkstelligen. Het vergt vaak een substantiële investering van capaciteit om een dergelijk onderzoek uit te voeren. Een tweede, alternatieve optie is de norm vast te stellen op basis van theoretische verwachtingen. Een derde manier is het huidige gebruik in de eigen organisatie te vergelijken met hoe andere organisaties het doen (benchmark). Een vierde manier is een norm te stellen op basis van verwachtingen van gebruik door de tijd heen, op basis van een vooraf bepaalde mate van verbetering die men na een zekere periode bereikt wil hebben.
- Het is wenselijk om niet alleen het gebruik van de richtlijnen te meten, maar ook de determinanten van gebruik, omdat anders niet duidelijk is wat de aangrijpingspunten voor verbetering van het gebruik zijn.

Randvoorwaardelijke implicaties

- Aanbevolen wordt om de aansturing van het onderzoek, de verzamelde (geaggregeerde) data en de ondersteuningsstructuur onder te brengen bij één instituut, te weten het NCJ omdat dit past bij de regiefunctie van het NCJ.
- Het is van belang een reglement te maken waarin rechten voor toegang tot en gebruik van de landelijk geaggregeerde data is bepaald met inachtneming van bescherming van de privacy. Het NCJ zou dit kunnen initiëren.
- Het is wenselijk dat het NCJ aan de professionals duidelijk maakt waarom het gebruik gemeten wordt, dat ze de resultaten terug krijgen en dat ze er niet op worden afgerekend.
- Om het meten van het gebruik van de richtlijnen te stimuleren en te ondersteunen, zou het NCJ deze activiteiten kunnen laten accrediteren.
- Om een gedragen aanpak te krijgen met betrekking tot het meten van het gebruik van de richtlijnen en eventuele toekomstige monitoring op landelijk niveau, is het verstandig dat het NCJ het onderhavige advies de komende maanden toelicht en voorlegt aan een brede groep JGZ-managers, deelnemers aan het netwerk implementatie richtlijnen in de JGZ en JGZ-professionals.

7 Literatuur

1. Lanting CI, Fleuren M, Broekhuizen K. Kennisname en gerapporteerd gebruik van JGZ-richtlijnen gepubliceerd vóór 2012. Leiden: TNO 2013.
2. Dobson D, Cook TJ. Avoiding type III error in program evaluation: Results from a field experiment. *Evaluation and Program Planning* 1980;3:269-276.
3. Basch CE, Sliepcevich EM, Gold RS, Duncan DF, Kolbe LJ. Avoiding Type III errors in health education program evaluation: A case study. *Health Education Quarterly* 1995;12(4):315-331.
4. Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, Hansen WB. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research* 2003;18(2):237-256.
5. Fleuren MAH. Essentiële activiteiten en infrastructuur voor de landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. Leiden: TNO, 2010.
6. Mowbray CT, Holter MC, Teague GB, Bybee D. Fidelity criteria: development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation* 2003;24(3):315-340.
7. O'Donnell CL. Defining, conceptualizing, and measuring fidelity of implementation and its relationship to outcomes in K-12 curriculum intervention research. *Review of Educational Research* 2008;78(1):33-84.
8. Breitenstein SM, Gross D, Garvey CA, Hill C, Fogg L, Resnick B. (2010). Implementation fidelity in community-based interventions. *Research in Nursing & Health* 2010;33(2):164-173.
9. Blakely CH, Mayer JP, Gottschalk RG, Schmitt N, Davidson WS, Roitman DB, Emshoff JG. (1987). The fidelity-adaptation debate: Implications for the implementation of public sector social programs. *American Journal of Community Psychology* 1987;15(3):253-268.
10. Braspenning J, Bouma M, Hoenen J. Indicatoren op basis van richtlijnen. In: Everdingen van JJE, Dreesens DHH, Burgers JS, Swinkels JA, Barneveld van TA van, Weijden van der T. *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014:265-275.
11. Everdingen van JE, Dreesens D. Glossarium kwaliteit van zorg. *Kwaliteitscanon "Kwaliteit van zorg in honderd woorden"*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011.
12. Broerse A, Gameren-Oostrom van HBM, Sleuwen van BE, Boere-Boonekamp MM. *Eindrapportage Indicatoren JGZ richtlijn Preventie, signalering en aanpak van Voorkeurshouding en Schedelvervorming*. Leiden: TNO, 2011.

13. Broerse A, Kamphuis M, Wolff de M. Indicatoren JGZ-richtlijn Opvoedondersteuning. Leiden: TNO, 2013.
14. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. *International Journal for Quality in Health Care* 2004;16:107-123.
15. Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science* 2007;2(40):1-9.
16. Schoenwald SK, Garland AF, Chapman JE, Frazier SL, Sheidow AJ, Southam-Gerow MA. Toward the effective and efficient measurement of implementation fidelity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2011; 38(1):32-43.
17. Lavis JN, Robertson D, Woodside JM, McLeod CB, Abelson J. How Can Research Organizations More Effectively Transfer Research Knowledge to Decision Makers? *Milbank Quarterly* 2003;81:221-248.
18. Jansen TLTA, Went K, Tanja PW. Richtlijnen onder vuur. Toename van protocollen leidt tot kookboekgeneeskunde. *Medisch Contact* 2003;58: 253-255.
19. Adams AS, Soumerai SB, Lomas J, Ross-Degnan D. Evidence of self-report bias in assessing adherence to guidelines. *International Journal for Quality in Health Care* 1999;11(3):187-192.
20. Berben EGMJ. Als iedereen hetzelfde was indicatiestelling in de jeugdzorg. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam, 2000.
21. Rutten GMJ Harting J, Rutten STJ, Bekkering GE, Kremers SPJ. (2006). Measuring physiotherapists' guideline adherence by means of clinical vignettes: A validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2006;12(5):491-500.
22. Giesen P, Ferweda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, Bosch van den W, Grol R. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Quality and Safety in Health Care* 2007;16:181-184.
23. Campman ThMT, Sargentini I. Bewaken van deskundigheid: intervisie en intercollegiale toetsing. In: Oskam E, Lokven E van (kernredactie), Boere-Boonekamp MM, Campman ThMT, Luttmer LCF, Swagerman-van Hees MB, Woudenberg van AM. *Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg deel A*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2013.
24. Peters DH, Adam A, Alonge O, Akua Agyepong I, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. *British Medical Journal* 2013;347. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6753>