

Implementeren kun je leren

Wensing P, Van Splunteren P, Hulscher M, Grol R.
Praktisch nieuw: implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum & Comp, 2000.
98 bladzijden; NLG 27,50; ISBN 90 232 3614 9.

Kernboodschap van dit boek is dat het invoeren van gewenste vernieuwingen niet van zelf gaat. In *Praktisch nieuw* beschrijven de auteurs, ervaren onderzoekers van WOK en ZON, een model voor planmatige effectieve manier van het invoeren van veranderingen.

Het model bestaat uit vier stappen. Allereerst dient te worden stilgestaan bij de implementeerbaarheid van de gewenste vernieuwing. Hoe zit het met het draagvlak, wat houdt de vernieuwing precies in, wat levert het de gebruikers op, moet de vernieuwing wellicht worden aangepast aan de situatie waarin de gebruikers werken?

In stap twee wordt vervolgens de uitgangssituatie bestudeerd. Doelen en belangen van betrokkenen, belemmerende en bevorderende factoren worden in kaart gebracht. Stap drie beschrijft het ontwerp van een concrete implementatiestrategie. Vaak zal die moeten bestaan uit een combinatie van interventies, gericht op de zorgverleners, maar vaak ook gericht op patiënten en zorgorganisaties. Bij de uitvoering van de verandering moet extra aandacht uitgaan naar het behoud van de verandering, om terugvallen op oude routines te voorkomen. In stap vier worden tenslotte de effecten, het verloop en de kosten van de implementatie geëvalueerd. Meten is een voorwaarde voor effectieve invoering van vernieuwingen. Soms leidt dit tot het aanpassen van de strategie.

Praktisch nieuw is allerm minst een saai boekje. Een heel scala aan projecten en ervaringen passeert de revue. Meer dan de helft van de tekst bestaat uit dergelijke voorbeelden, vaak uit de huisartsenwereld. Alleen al daarom is het boekje ook voor huisartsen herkenbaar en de moeite waard. Instructief vond ik de beschrijving van de verschillende methoden om gegevens te verzamelen over de praktijkvoering en het overzicht van het hele scala aan mogelijke belemmeringen bij het invoeren van verbeteringen.

Voor huisartsen komt dit boekje overigens op een goed moment. Het is immers duidelijk dat de huidige 71 standaarden niet zomaar in alle praktijken ingevoerd worden. Nascholing alleen is onvoldoende in staat om die invoering te bewerkstelligen. *Praktisch nieuw* beschrijft hoe het (theoretisch) wel moet.

Veel van de elementen uit het boekje komen terug in de plannen van NHG-LHV, zoals beschreven in 'Kwaliteit op Koers'. Voldoen-

de ondersteuning voor de praktijken is bij de realisering van die plannen een conditio-sine-qua-non. Als dat lukt, kan de implementatie van vernieuwingen in de huisartsgeneeskunde pas goed worden aangepakt. Ik wil het boekje dan ook van harte aanbevelen aan al diegenen die zich bezighouden met kwaliteitsbeleid, bestuur, opleiding of nascholing.

Maarten Klomp

Stevig ijs voor EBM

Bossuyt P, Kortenaar J (red). Schaatsen op dik ijs: evidence based medicine in de praktijk. Amsterdam: Boom, 2001.
143 bladzijden, NLG 34,-; ISBN 90 5352 698 6.

Halverwege deze maand gaat/ging de Wetenschapsdag van het NHG over evidence based medicine. Huisartsen twifelen nog wel eens aan het nut van EBM in de eigen praktijk. Te druk, het gaat toch goed zo, we hebben standaarden....

De religieuze tendensen van de beweging staan me behoorlijk tegen. Een aantal maanden geleden begon bij een bijeenkomst over diagnostisch onderzoek in het AMC elke spreker en vragensteller met 'ik ben ook een aanhanger van evidence based medicine, maar...' Zo iets wekt op mijn lachspieren. In een fraaie bundel uit datzelfde AMC staan nu een vijftal essays en elf journalistieke bijdragen over evidence based medicine in de praktijk. Zo is er een verhelderend hoofdstuk van *Bossuyt & Offringa* over de oorsprong van het beter nadenken over waar je mee bezig bent. Dat is immers de basis van EBM. Al vroeg in de negentiende eeuw was er een Amerikaans beweginkje van rationalisten, waarvan *Bigelow* er een was. Die publiceerde in 1858 de 'Essentials of rational medicine', nadat hij eerder al een boekje over selflimiting diseases had geschreven. De rationalisten hebben het niet gehaald, maar het tij zit de EBM-ers aanzienlijk meer mee. Gezag telt niet meer. Het AMC afficheert zich als de bakermat van evidence based medicine in Nederland.

Ervaringen van specialisten, onderzoekers en huisartsen wisselen elkaar af. EBM kost geen tijd, maar spaart tijd. Elke keer moeten kiezen kost immers meer tijd en energie dan het eens een keer goed uitzoeken. Terwijl de internist nog kan beweren dat 80% van de therapie op zijn AMC-afdeling blijkt te berusten op hard bewijs, is de huisarts voorzichtiger (50%). *Klazinga* ruimt een aantal misverstanden op zoals dat EBM het einde van de professionele autonomie betekent of dat EBM geen rekening houdt met de individuele patiënt.

Dunning blikt terug op zijn rapport over kiezen in de zorg en *Gunning-Schepers* legt uit waarom solidariteit in de zorg wel dwingt tot het maken van op bewijs gebaseerde keuzen. Hoe je dat nu allemaal doet, op zoek naar literatuur, dat vind je niet in dit boekje. Wel enthousiasmerende verhalen, die met distinctie en zonder betweterigheid opgeschreven zijn. Aanbevolen.

Joost Zaat

Handboek voorlichting gynaecologie en verloskunde

Kleiverda G, Vervest HAM (red). Voorlichting over Voorlichting: een gids voor zorgverleners in de verloskunde en gynaecologie. Utrecht: van der Wees, 2000.
465 bladzijden; NLG 79,50; ISBN 90 5805 037 8.

Het boek bevat elf hoofdstukken, en is opgebouwd uit twee delen: een deel waarin de noodzaak, het belang en de vaardigheid van voorlichten wordt besproken en een deel waarin de inhoud van de voorlichting bij 58 verloskundige en gynaecologische onderwerpen wordt weergegeven. Voor de huisarts is vooral het tweede deel van dit boek belangrijk. Omdat voorlichting op gynaecologisch gebied zo moeilijk is – het onderwerp is emotioneel en cultureel beladen – lijkt het me belangrijk, dat de huisarts, de gynaecoloog en de verloskundige tenminste inhoudelijk een gelijklopende boodschap geven.

Het eerste hoofdstuk beschrijft beknopt en helder wat er zoal komt kijken bij het geven van uitleg en voorlichting. Wil men de medewerking van de patiënt krijgen, dan moet de patiënt de boodschap niet alleen begrijpen, maar ook nog willen en kunnen uitvoeren. Dat betekent naast info ook aandacht voor de emoties, die maken dat informatie wel of niet wordt opgenomen en geaccepteerd. In hoofdstuk twee worden de wettelijke en juridische aspecten beschreven, de WGBO, 'informed consent', maar ook het omgaan met klachten en claims van de patiënt. Vervolgens wordt de voorlichting bekeken vanuit verschillende perspectieven. Een commissie van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) draagt er zorg voor dat up-to-date voorlichting voor patiënten ook via internet beschikbaar is en heeft voor de eigen leden een website (www.nvog.nl). Internet of een folder kunnen echter nooit het gesprek vervangen. Hoofdstuk vier gaat over voorlichting in moeilijke situaties: waar en hoe kan het geven van voorlichting misgaan en hoe kan een verstoorde arts-patiënt relatie worden hersteld. Het slecht nieuwsgesprek, het euthana-