

Proeftuinen ter bevordering van therapietrouw in de praktijk

Kennissynthese 2024

Liset van Dijk, Marcia Vervloet, Caroline van de Steeg,
Marle Gemmeke, Ruby Janssen, Mirthe Oude Lansink,
Stijn Hogervorst, Charlotte Bekker, Jacqueline Hugtenburg,
Menno van Woerkom, Laura Schackmann, Emily Baho,
Bart van den Bemt, Rob Heerdink



NIVEL
Kennis voor betere zorg



Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Oktober 2024

ISBN 978-94-6122-868-0

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt een rapportage in het kader van het programma Stimulering in de praktijk (STIP) van ZonMw, ronde 4. In dit rapport beschrijven we de resultaten die tot dusver zijn voortgekomen uit de acht Proeftuinen Therapietrouw die in het kader van deze ronde zijn gefinancierd. Het programma loopt nog. Dit betekent dat nog niet alle resultaten bekend zijn. De rapportage is geschreven door leden van het Make-It consortium. Dit consortium ondersteunt de acht proeftuinen en biedt hun een diversiteit aan activiteiten aan. Daarnaast monitort en evalueert het consortium de proeftuinen. Zowel de proeftuinen als het consortium ontvangen subsidie van ZonMw. Op deze plek willen we ook de adviesraad en het patiëntpanel bedanken voor hun constructieve input gedurende het project. Tot slot dank aan alle deelnemers van de proeftuinen en in het bijzonder hun projectleiders.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	6
1 Therapietrouw: van onderzoek naar dagelijkse praktijk	8
1.1 Therapietrouwinterventies: onderzoek	8
1.2 Therapietrouwinterventies: naar de praktijk	9
1.3 De proeftuinen uit STIP-4	10
1.4 Het Make-It consortium	11
1.5 Leeswijzer voor deze kennissynthese	12
2 Context: factoren die het implementeren van een interventie belemmeren of bevorderen	14
2.1 Inleiding	14
2.2 Context eerste ronde proeftuinen	14
2.3 Context tweede ronde proeftuinen	16
2.4 Conclusie	17
3 Selectie van proeftuinen: brede representatie van zorgverleners en patiënten	18
3.1 Proces van selectie van proeftuinen	18
3.2 Observaties over de selectie van proeftuinen	19
3.3 Hoe inclusief zijn de proeftuinen voor patiënten	19
4 Begeleiding van proeftuinen: het opzetten van een infrastructuur	21
4.1 Projectontwikkelingsfase	21
4.2 Implementatiefase	22
4.3 Evaluatie begeleiding van Make-It aan de proeftuinen	24
5 Inzet van implementatiestrategieën: hoe kun je implementeren?	25
5.1 Relevantie en doel	25
5.2 Gebruik van implementatiestrategieën	25
5.3 Betekenis van deze resultaten voor verdere implementatie en opschaling en voor Make-It 2.0	29
6 Effecten van de geïmplementeerde interventies in de dagelijkse zorgpraktijk	31
6.1 Inleiding	31
6.2 Almere	32
6.3 Amersfoort	34
6.4 Amsterdam	35
6.5 Utrecht	36
7 Uitkomsten van implementatie: bereik, adoptie, implementatie en borging	38
7.1 Bereik (Reach)	38
7.2 Adoptie	40
7.3 Effectiviteit	41

7.4	Implementatie	42
7.5	Maintenance / Borging	46
8	Het kiezen van een interventie: aspecten van interventies die implementeerbaarheid voorspellen	48
8.1	Introductie	48
8.2	Delphi-studie	48
8.3	Determinanten voor implementatie in de praktijk	49
8.4	Mate van overeenkomst tussen mening experts en praktijk	51
8.5	Conclusie	52
9	Opschaling: schaalbaarheid van interventies	53
9.1	Een review over schaalbaarheid	53
9.2	Resultaten van de review toegepast op de proeftuinen	53
10	Patiëntraadpleging: patiënten over nieuwe initiatieven in de farmaceutische zorg	57
10.1	Opzet interactieve patiëntbijeenkomst	57
10.2	Uitkomsten interactieve patiëntbijeenkomst	58
11	Geleerde lessen	62
11.1	Vorbereiding en begeleiding	62
11.2	Uitkomsten van de proeftuinen	62
11.3	Aanbevelingen voor STIP-5	64
	Literatuur	65
	Bijlage A De acht proeftuinen therapietrouw	67
	Bijlage B Korte beschrijving workshops opschaling	69

Samenvatting

Achtergrond en doelstelling

Therapieontrouw is een veelvoorkomend probleem met substantiële gevolgen voor de gezondheid van patiënten. Het genereert ook zorgkosten. Ondanks bewezen effectieve interventies om therapietrouw te verbeteren, worden deze nog onvoldoende toegepast in de dagelijkse praktijk. Het STIP-4 programma van ZonMw beoogt deze kloof tussen onderzoek en praktijk te overbruggen door therapietrouwinterventies te implementeren en te evalueren in meerdere proeftuinen en lessen te trekken uit dit proces. De proeftuinen zijn lokale samenwerkingsverbanden tussen zorgverleners, met name tussen apothekers en huisartsen. In het najaar van 2024 gaat het STIP5-programma van start. Ook hierin selecteert ZonMw weer acht proeftuinen. Het doel van deze kennissynthese is om de geleerde lessen uit STIP-4 te trekken voor verbeteringen in STIP-5.

Aanpak

Acht proeftuinen implementeerden therapietrouwinterventies binnen hun eigen context, ondersteund door een begeleidingsinfrastructuur opgezet door het Make-It consortium (vanaf hier: Make-It). Naast het opzetten van deze infrastructuur identificeerde Make-It via een Delphi-studie bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie. Ook monitorde en evalueerde Make-It het implementatieproces en de effecten op therapietrouw en gezondheidsuitkomsten. Ervaringen uit de proeftuinen werden geanalyseerd om generieke lessen te trekken.

Belangrijkste resultaten

- De selectieprocedure om proeftuin te worden binnen het STIP-4 programma is zwaar en leidt ertoe dat met name voorlopers in het implementeren van praktijkprojecten een subsidievoorstel indienen.
- Succesvolle implementatie vereist maatwerk, afgestemd op de lokale setting en doelgroep. Contextfactoren zoals draagvlak, eigenaarschap, capaciteit en financiering zijn bepalend voor het slagen van de implementatie.
- Een combinatie van implementatiestrategieën blijkt nodig om gedragsverandering bij zorgverleners tot stand te brengen. Structurele inbedding in zorgpaden en ICT-systemen kan dit bestendigen.
- Implementatie in de praktijk is haalbaar maar vraagt een stevige tijdsinvestering van de projectleiders en zorgverleners.
- Interventies moeten voldoende intensief zijn voor duurzame effecten. Niet alle interventies hebben een effect op de therapietrouw in de praktijk. Dit biedt aanknopingspunten voor verbetering en aanscherping van de door de proeftuinen geïmplementeerde interventies. Regelmatige monitoring en tijdige bijsturing zijn noodzakelijk.
- Succesvolle interventies kunnen uitgerold worden naar andere settings mits hierbij voldoende aandacht is voor aanpassing van de interventie aan lokale behoeften, het regelen van processen en zorgen voor goede ondersteuning bij de implementatie.

Aanbevelingen voor STIP-5

- Zorg voor een heldere, niet te complexe procedure voor de selectie van proeftuinen die financiering krijgen binnen het STIP-programma (*ZonMw*).
- Investeer in een zorgvuldige voorbereiding, heldere afspraken binnen de proeftuin en realistische verwachtingen als fundament voor een kansrijke proeftuin (*proeftuinen*).

- Creëer draagvlak en eigenaarschap door actieve betrokkenheid, training en begeleiding van zorgverleners. Een bekwame projectleider speelt hierin een sleutelrol. Sluit aan bij behoeften en mogelijkheden van de doelgroep (*proeftuinen*).
- Kies bewust voor een set van samenhangende implementatiestrategieën om de impact te maximaliseren. De door alle proeftuinen gebruikte strategieën geven hiervoor een goede basis (*ZonMw; proeftuinen m.b.v. Make-It*).
- Zorg voor structurele inbedding in zorgpaden, ICT en bekostiging om borging van de interventie in de reguliere zorg te bevorderen. Creëer hiervoor draagvlak bij relevante stakeholders (*proeftuinen m.b.v. Make-It*).
- Blijf alert op voortgang en effecten, evalueer doorlopend en stuur waar nodig bij. Vergaar steun bij alle betrokkenen, inclusief patiënten, voor duurzaam resultaat (*proeftuinen; Make-It*).
- Werk stapsgewijs en iteratief naar opschaling toe, met voldoende middelen en ondersteuning en in samenwerking met relevante stakeholders. Maak gebruik van geleerde lessen en wissel ervaringen uit (*proeftuinen, Make-It, ZonMw, zorgverzekeraars, KNMP, apotheekketens*).

Dit onderzoek toont het belang en de meerwaarde van implementatie van therapietrouwinterventies in de praktijk. De ervaringen en inzichten bieden concrete handvatten voor zorgorganisaties, zorgverleners, onderzoekers en beleidsmakers om therapietrouw structureel te bevorderen en de kloof tussen onderzoek en praktijk te verkleinen. Verdere inspanningen zijn nodig om deze beweging op gang te houden en uit te bouwen. Hiervoor is de steun van veldpartijen zoals zorgverzekeraars, beroepsorganisaties en zorgorganisaties cruciaal. Deze partijen kunnen gezamenlijk de randvoorwaarden scheppen om interventies ter verbetering van geneesmiddelengebruik blijvend te implementeren. Alleen zo kunnen de zorg en gezondheid van patiënten die langdurig medicatie gebruiken duurzaam verbeteren.

1 Therapietrouw: van onderzoek naar dagelijkse praktijk

Liset van Dijk, Rob Heerdink

Kernboodschappen

- Therapieontrouw is een hardnekkig probleem met grote gevolgen voor gezondheid en zorgkosten.
- Er is een kloof tussen het onderzoek naar effectieve interventies en de toepassing ervan in de praktijk.
- Make-It beoogt deze kloof te overbruggen door het monitoren van de implementatie in proeftuinen en het bieden van ondersteuning bij de implementatie.
- Make-It biedt door evaluatie van de implementatie aanknopingspunten voor implementatie in nieuwe proeftuinen.

1.1 Therapietrouwinterventies: onderzoek

Keer op keer blijkt uit de literatuur dat mensen die geneesmiddelen gebruiken, dit niet altijd doen zoals ze dat afgesproken hebben met hun zorgverlener (o.a. DiMatteo 2002; Foley 2021). Therapieontrouw wordt gekenmerkt door een discrepantie tussen de instructies over het gebruik en het werkelijk gebruik van een geneesmiddel. Dit niet-optimale gebruik van geneesmiddelen is een belangrijke oorzaak van slechtere gezondheidsuitkomsten en hogere zorgkosten (Cutler 2018). Om dit probleem aan te pakken, is het noodzakelijk dat zorgverleners patiënten voldoende ondersteunen bij het gebruiken van hun medicatie. Op hun beurt moeten zorgverleners ondersteuning of training krijgen bij het begeleiden van hun patiënten. De afgelopen decennia zijn talloze interventies ontwikkeld om de therapietrouw te bevorderen. Er zijn diverse succesvolle, op theorie gebaseerde benaderingen geïdentificeerd (Van Dulmen 2007/2008, Nieuwlaat 2014). Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van herinneringen om medicatie in te nemen, het vereenvoudigen van doseringsschema's, het geven van educatie, het bieden van motiverende gespreksvoering en het geven van telefonische startbegeleiding.

Er is echter nog een lange weg te gaan als het gaat om de toepassing van deze interventies in de dagelijkse zorg. In de gezondheidszorg in het algemeen wordt slechts 14% van alle effectieve interventies geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk en het is een langdurig proces om dit voor elkaar te krijgen (Balas 2000; Green 2009). Er bestaat dus een kloof tussen onderzoek en praktijk, veroorzaakt door verschillende factoren, zowel op persoonlijk als op organisatorisch niveau (Curran 2012; Landes 2019). Het overbruggen van deze kloof tussen onderzoek en praktijk vereist onder meer een beter inzicht in implementatieprocessen en het testen van implementatiestrategieën (Berwick 2003). Implementatie omvat alle inspanningen die worden geleverd om een interventie in de dagelijkse klinische praktijk te laten werken, zoals het aanpassen van de interventie aan de specifieke context, het trainen van zorgverleners en het creëren van draagvlak binnen de organisatie.

Therapietrouwinterventies worden vaak getest in gerandomiseerde klinische onderzoeken (RCT's). Hierbij ligt de nadruk op de effectiviteit van een interventie, dus op de vraag *of* de interventie werkt. Vaak wordt voorbijgegaan aan de vraag *hoe* de interventie werkt en wat er gedaan moet worden om de interventie goed toe te (kunnen) passen in de praktijk (Curran 2012; Landes 2019). Dit betekent dat onderzoek dat zich richt op het verbeteren van therapietrouw zich beperkt tot gecontroleerde onderzoekssettings met strikte in- en exclusiecriteria voor deelname aan de interventie. Daarbij houden RCT's weinig rekening met de grote verscheidenheid in contexten waarin gezondheidszorgorganisaties, gezondheidszorgprofessionals en patiënten opereren, evenals met de verschillen tussen organisaties, professionals en patiënten zelf (Koh 2020). Zo vergt implementatie in de praktijk vrijwel altijd het omgaan met capaciteitsproblemen waaronder personeelstekort en vertrek van ingewerkte medewerkers en andere problemen zoals medicijntekorten. Het resultaat is dat er weliswaar effectieve interventies zijn, maar dat niet duidelijk is of het haalbaar is deze uit te voeren in de dagelijkse praktijk en wat er moet gebeuren om ze daar te implementeren.

1.2 Therapietrouwinterventies: naar de praktijk

Er zijn, zoals hierboven aangegeven, verschillende bewezen succesvolle of veelbelovende interventies ontwikkeld en getest die zijn gericht op het verbeteren van het gebruik van medicijnen, waaronder interventies op het gebied van therapietrouw. Deze interventies zijn niet altijd zomaar te implementeren in de dagelijkse praktijk. Dat komt omdat veel therapietrouwinterventies te karakteriseren zijn als complexe interventies (Skivington 2021). Het zijn vaak interventies met meerdere componenten die erop gericht zijn gedrag van zowel zorgverleners als patiënten te veranderen. De interventies zijn veelal flexibel en zorgverleners kunnen ze op maat aanbieden aan de patiënt. Daarnaast zijn er vaak verschillende partijen bij een complexe interventie betrokken (patiënten, verschillende zorgverleners), die soms ook op verschillende organisatieniveaus werken. De relevante uitkomsten zijn divers en variabel en de effecten zijn pas op lange termijn te meten. Daarbij komt dat het effect van interventies onderzocht is in gecontroleerde omstandigheden met zorgvuldig geselecteerde patiëntgroepen en geselecteerde praktijken. Dit alles maakt een vertaling naar de dagelijkse praktijk niet eenvoudig.

De dagelijkse praktijk is namelijk vaak weerbarstig waardoor niet alleen het effect van de interventie mogelijk kleiner is, maar ook de implementatie moeilijker verloopt dan in een gecontroleerde setting. Daarnaast ontbreekt het zorgverleners soms aan de benodigde hulpbronnen zoals tijd, geld, organisatie en vaardigheden om de eigen praktijkvoering te veranderen of om de implementatie op te schalen. Adequate ondersteuning en begeleiding van medicijngebruik vraagt namelijk draagvlak en goede motivatie van zorgverleners, maar ook kennis en vaardigheden. Om dit te bereiken, is vaak een gedragsverandering bij *zowel zorgverleners als patiënten* nodig. Ook moet de kennis van zorgverleners vaak worden bijgespijkerd en dient er te worden getraind. Daarbij zijn de randvoorwaarden niet altijd gunstig voor implementatie of is de interventie zo complex dat deze een te grote druk op de capaciteit van de zorgorganisatie legt. Zeker als er geen vergoeding is of wanneer er weinig mankracht is, zijn complexe interventies die veel tijd en inzet vragen moeilijker te implementeren al slagen sommige settings er wel in dit te doen. Meer *real world* kennis over implementatie en waarom het al dan niet lukt in de dagelijkse praktijk is daarom nodig evenals kennis over de voorwaarden voor verdere opschaling.

ZonMw-programma: Stimulering Toepassing in de praktijk (STIP-4)

Met de STIP rondes beoogt ZonMw projecten te financieren die kennis toepassen in de praktijk, en zorgen voor een verbetering van de organisatie, praktijk of kwaliteit van zorg. De STIP-4 ronde is

expliciet gericht op het in de praktijk inbedden van bewezen innovatieve verbeteringen op het gebied van therapietrouw en het realiseren van de daarvoor benodigde infrastructuur. ZonMw richt zich met het STIP-4 programma op de inzet van bewezen effectieve interventies, gericht op het verbeteren van de therapietrouw van thuiswonende patiënten. De nadruk ligt hierbij op oplossingen ter ondersteuning van goed gebruik van geneesmiddelen waarvan het idee is dat het haalbaar is ze in de eerstelijnszorg te implementeren. Het idee om daarvoor te kiezen, is dat deze oplossingen meer potentie hebben voor opschaling (Hogervorst 2022). ZonMw financierde hiertoe acht Proeftuinen Therapietrouw. In 2020 startten de eerste vier proeftuinen en in 2022 de volgende vier (zie paragraaf 1.3). Deze proeftuinen kregen begeleiding van een kennisconsortium: het Make-It consortium. Make-It staat voor Medication Adherence Knowledge, Expertise and Implementation Taskforce. Het consortium bestaat uit verschillende onderzoekers / zorgverleners met expertise op het gebied van therapietrouw, implementatie, zorgonderzoek en farmacie. Het Nivel is de coördinator van het consortium. Het consortium begeleidt de proeftuinen niet alleen, maar monitort ook de voortgang en evalueert de implementatie (zie paragraaf 1.4).

1.3 De proeftuinen uit STIP-4

In totaal financierde ZonMw acht Proeftuinen Therapietrouw in het kader van het STIP-4 programma (tabel 1.1). De eerste vier proeftuinen kozen zelf een interventie, de tweede groep is gevraagd een interventie te kiezen die door één van de eerste vier proeftuinen was uitgevoerd. In bijlage A is een uitgebreidere beschrijving van de proeftuinen te vinden. De proeftuinen hebben vier verschillende (combinaties van) interventies ingezet:

1. Het Jaargesprek: Patiënten met chronische medicatie¹ krijgen één keer per jaar een uitnodiging voor een jaargesprek. In dit gesprek van 15-20 minuten nemen apothekersassistent en patiënt het geneesmiddelengebruik van de patiënt door. Tijdens het gesprek kunnen de apothekersassistenten een gesprekshandleiding gebruiken (ingezet in de proeftuinen *Amersfoort, Friesland en Vleuten / Leiden*).
2. Telefonische startbegeleiding en KIJKsluiter: Bij een eerste uitgifte krijgen patiënten een KIJKsluiter bij de uitgegeven medicatie. Dit is een digitale bijsluiter in de vorm van een animatievideo in begrijpelijke taal en is beschikbaar in meerdere talen. Voordat het eerste herhaalrecept nodig is, belt de apotheker met de patiënt om te vragen hoe het gaat met het regelmatig innemen van de medicijnen (ingezet in de proeftuinen *Almere en Nederlandse Antillen*).
3. Triage therapieontrouwe patiënten: Via aflevergegevens van de apotheek spoorden openbaar apothekers wekelijks patiënten op die moeite hebben met het goed gebruik van de geneesmiddelen (therapieontrouw). De apotheker deed vervolgens een triage en voerde indien nodig een (telefonisch) interventiegesprek (ingezet in de proeftuinen *Amsterdam en Noord-Limburg*).
4. Terugvraagmethode en begrijpelijke etiketeksten: De terugvraagmethode is een communicatietechniek waarbij patiënten gevraagd wordt de informatie die zij zojuist hebben gekregen van de zorgverlener in hun eigen woorden te vertellen. Begrijpelijke etiketeksten verwijzen naar de etiketten op de verpakking van geneesmiddelen. Veel patiënten begrijpen de reguliere etiketten niet goed. Voor dit project zijn etiketten in duidelijkere en begrijpelijker taal ontwikkeld (ingezet in de proeftuin *Utrecht*).

¹ De doelgroepen verschillen net wat tussen de proeftuinen; zie bijlage A voor meer informatie.

Tabel 1.1 De acht proeftuinen uit het STIP-4 programma

Ronde 1				
	Almere	Amersfoort	Amsterdam	Utrecht
Interventies ¹	Telefonische startbegeleiding en KJKsluiter	Jaargesprek met gespreksvoorbereiding door patiënt	Telefonische begeleiding van patiënten die mogelijk therapieontrouw zijn	Terugvraagmethode en begrijpelijke etiketeksten
Betrokken zorgverleners	Poliklinische apotheek, 14 openbaar apotheken en samenwerkende huisartsen	Drie openbaar apotheken en samenwerkende huisartsen	Vijf openbaar apotheken en samenwerkende huisartsen, een ziekenhuis en een thuiszorgorganisatie	Twee openbaar apotheken en samenwerkende huisartsen
Patiëntpopulatie	Patiënten met hart- en vaatziekten, met nieuwe medicatie, na ziekenhuisontslag	Patiënten die gebruikmaken van de herhaalservice	Patiënten die cardiovasculaire medicatie gebruiken	Alle patiënten met een eerste uitgifte, waarvan 2/3 naar schatting met beperkte gezondheidsvaardigheden
	Nederlandse Antillen	Friesland	Noord-Limburg	Vleuten / Leiden
Interventies ¹	Telefonische startbegeleiding en KJKsluiter (<i>Almere</i>)	Jaargesprek met gespreksvoorbereiding door patiënt (<i>Amersfoort</i>)	Telefonische begeleiding van patiënten die mogelijk therapieontrouw zijn (<i>Amsterdam</i>)	Jaargesprek met gespreksvoorbereiding door patiënt (<i>Amersfoort</i>)
Betrokken zorgverleners	Alle openbare apotheken op Curaçao en Aruba en samenwerkende huisartsen	Twee groepen openbaar apotheken en samenwerkende huisartsen	10 openbaar apotheken en samenwerkende huisartsen	14 openbaar apotheken en samenwerkende huisartsen
Patiëntpopulatie	Patiënten met type 2 diabetes	Alle patiënten die chronisch medicatie gebruiken	Patiënten die cardiovasculaire medicatie gebruiken	Patiënten die gebruikmaken van de herhaalservice

¹ Proeftuinen konden kiezen om één of meerdere interventies in te zetten

1.4 Het Make-It consortium

Het Make-It consortium begeleidt de acht proeftuinen. Met zijn diversiteit aan disciplines – zoals farmacie, geneeskunde, verplegingswetenschap, communicatiewetenschap, psychologie en sociologie – biedt Make-It ondersteuning op allerlei gebied. Zo ondersteunde Make-It de proeftuinen bij het kiezen van de interventies en ondersteunde het de proeftuinen bij het schrijven van de uitgebreide subsidieaanvraag. Tijdens het implementatieproces keek Make-It – tijdens begeleidingsgesprekken – mee met de proeftuinen en dacht mee over oplossingen bij tegenvallers.

Daarnaast organiseerde Make-It diverse workshops voor de proeftuinen en ontwikkelde het een praktische implementatiegids (te vinden op <https://makeitconsortium.nl/implementatiegids>). Proeftuinen hebben ook concrete steun gekregen van de bij het consortium aangesloten organisaties, zoals in het geven van een balietraining in Aruba en Curaçao en het geven van een training waarin apothekersleden getraind werden in mentaliserende communicatie in Friesland. Na afloop evalueert Make-It de uitkomsten van acties van de proeftuinen. Ook stimuleert Make-It de proeftuinen om hun opgedane kennis te delen met andere geïnteresseerde, lokale of regionale, groepen die met therapietrouw aan de slag willen gaan. Meer informatie over het Make-It consortium is te vinden op de website: <https://makeitconsortium.nl/>.

1.5 Leeswijzer voor deze kennissynthese

Begin 2024 startte ZonMw het STIP-5 programma. In dit programma financiert ZonMw weer acht proeftuinen. Dit keer hoeven de proeftuinen zich niet te beperken tot het probleem van therapieontrouw, maar kunnen zij ook andere onderwerpen kiezen zoals problemen bij medicatie-overdracht, polyfarmacie of het stoppen met ongewenste medicatie. Ook dit keer zal Make-It de proeftuinen begeleiden. ZonMw heeft Make-It gevraagd om in de aanloop naar de selectie van de nieuwe proeftuinen een kennissynthese te maken met daarin de inzichten die tot nu toe zijn opgedaan in het kader van het STIP-4 programma. Het resultaat daarvan beschrijven we in deze kennissynthese. We doen dit in de vorm van negen thematische hoofdstukken. Twee hoofdstukken hebben betrekking op de voorbereiding voor een proeftuin, twee gaan over de uitvoering, drie over uitkomsten, één over opschaling na afloop en één over patiëntparticipatie. Het hoofdstuk sluit af met geleerde lessen.

Vorbereiding

Hoofdstuk 2: Context: factoren die het implementeren van een interventie belemmeren of bevorderen

In dit hoofdstuk kijken we naar de context waarin de interventie landt: wat zijn factoren die helpen om de implementatie van een interventie van de grond te krijgen.

Hoofdstuk 3: Selectie van proeftuinen: brede representatie van zorgverleners en patiënten

Hoofdstuk 3 beschrijft hoe het selectieproces van de proeftuinen bij ZonMw verlopen is en reflecteert op de samenstelling van de deelnemende patiëntpopulaties en de deelnemende zorgverleners.

Uitvoering

Hoofdstuk 4: Begeleiding van proeftuinen: het opzetten van een infrastructuur

Een belangrijke taak van het Make-It consortium is het begeleiden van de proeftuinen. Hiervoor is een infrastructuur opgezet bestaande uit een reeks van activiteiten. Hoofdstuk 4 beschrijft deze structuur en de ervaringen die ermee opgedaan zijn in de proeftuinen.

Hoofdstuk 5: Inzet van implementatiestrategieën: hoe kun je implementeren

Om hun interventie goed te implementeren gebruikten de proeftuinen een brede range aan implementatiestrategieën. Welke dit zijn en wanneer deze worden ingezet, beschrijven we in hoofdstuk 5.

Effecten

Hoofdstuk 6: Effecten van de geïmplementeerde interventies in de dagelijkse zorgpraktijk

Hoofdstuk 6 beschrijft welke effecten de interventies die de proeftuinen implementeerden, hebben op verschillende uitkomsten waaronder therapietrouw en de manier waarop mensen tegen hun geneesmiddelen aankijken (*beliefs about medicines*).

Hoofdstuk 7: Uitkomsten van implementatie: bereik, adoptie, implementatie en borging

In het zevende hoofdstuk kijken we hoe goed de implementatie van de interventies gegaan is: wie hebben ze ingezet, werd de gewenste patiëntgroep bereikt, verliep de implementatie van de interventie zoals vooraf bedoeld en blijven de proeftuinen de interventie ook na de projectfinanciering voortzetten?

Hoofdstuk 8: Het kiezen van een interventie: aspecten van interventies die implementeerbaarheid voorspellen

Hoofdstuk 8 kijkt of het mogelijk is voorafgaand aan de implementatie van een interventie te voorspellen of de implementatie zal slagen.

Opschaling

Hoofdstuk 9: Opschaling: schaalbaarheid van interventies

Op basis van een literatuurreview onderscheidden we in hoofdstuk 9 zes domeinen die van belang zijn voor de schaalbaarheid van therapietrouwinterventies. We beschrijven per domein hoe dit domein eruit ziet voor de proeftuinen van het STIP-4 programma.

Patiëntperspectief

Hoofdstuk 10: Patiëntperspectief: patiënten over nieuwe initiatieven in de farmaceutische zorg

Aan het eind van het STIP-4 programma hebben we een workshop gehouden met patiënten. We vroegen patiënten die chronisch medicatie gebruiken naar hun meningen, behoeften en verwachtingen ten aanzien van het implementeren van therapietrouwinterventies in de proeftuinen en daarbuiten.

2 Context: factoren die het implementeren van een interventie belemmeren of bevorderen

Liset van Dijk, Stijn Hogervorst, Mirthe Oude Lansink, Jacqueline Hugtenburg, Marcia Vervloet

Kernboodschappen

- Een positief implementatieklimaat, een enthousiast team dat de meerwaarde van de interventie inziet en hier positief tegenover staat, en een gedreven projectleider zijn belangrijke bevorderende contextfactoren voor het slagen van een proeftuin.
- Beperkte tijd en zorgen over vervolfinanciering (en daarmee mogelijkheden voor continuïteit en opschaling) vormden belangrijke belemmerende factoren.
- Compatibiliteit van de interventie met de setting (inbedding in de organisatie), draagvlak onder de betrokken zorgverleners (en eigenaarschap), en vervolfinanciering voor het continueren van de interventie zijn belangrijke randvoorwaarden.

2.1 Inleiding

Een onderdeel van het werk van Make-It was het in kaart brengen van de context waarin de proeftuinen hun therapietrouwinterventies implementeren. Deze contextanalyse helpt om te laten zien hoe een gunstig implementatieklimaat eruitziet (Nilsen & Bernhardsson 2019; Pfadenhauer 2017; Rogers 2020). Het helpt ook om aspecten van een minder gunstig implementatieklimaat te identificeren die aandacht behoeven voordat succesvolle implementatie kan plaatsvinden en om de resultaten te verklaren (Kirk e.a. 2016). Context definiëren we als ‘de omgeving of setting waarin de voorgestelde verandering moet worden geïmplementeerd’ (May 2016).

2.2 Context eerste ronde proeftuinen²

We brachten de context van de eerste ronde proeftuinen in kaart aan de hand van het Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschroder 2009; 2022). We kozen hiervoor voor de domeinen *outer setting* (vanaf hier: *extern*) en *inner setting* (vanaf hier: *intern*) in navolging van eerdere onderzoeken waarbij de CFIR werd gebruikt om de context te beoordelen (Douglas 2016; VanDevanter 2017; Ware 2018). De *interne setting* is de setting waarin de interventie daadwerkelijk geïmplementeerd wordt, in ons geval de proeftuinen. De *externe setting* is de setting waarbinnen de inner setting opereert; deze bestaat uit verschillende lagen, zoals de samenwerking met externe partijen en het landelijk beleid. Binnen deze twee domeinen selecteerden we de meest relevante onderwerpen (constructen). Om de context in kaart te brengen, hielden we in totaal 16 semigestructureerde interviews en focusgroepen. Hieraan namen in totaal 39 zorgverleners uit de vier proeftuinen deel (openbaar apothekers, apothekersassistenten, huisartsen en een thuiszorgmedewerker). De projectleiders brachten ons in contact met deze zorgverleners. Zij zijn

² Een uitgebreide beschrijving van deze contextanalyse is te vinden in: Hogervorst S et al. Implementing medication adherence interventions in four Dutch living labs; context matters. BMC Health Serv Res. 2023 Sep 26;23(1):1030. doi: 10.1186/s12913-023-10018-4

geselecteerd op verschillen in kenmerken zoals type medewerker, ervaring en houding ten opzichte van het project. Dit om een diverse groep te krijgen. De contextanalyse vond plaats toen de interventies net gestart waren.

Resultaten externe setting

Financieringsstructuren en -beleid zijn van invloed op hoe apothekers verschillende taken in de apotheek prioriteren (*domein Extern; beleid en stimuleringsmaatregelen*). Activiteiten waarvoor een vergoeding is, hebben een hogere prioriteit dan activiteiten die niet vergoed worden, zelfs als apothekers deze andere activiteiten als even nuttig of zelfs nuttiger voor patiënten ervaren. Dit geldt ook voor therapietrouwinterventies: als er geen vergoeding is, hebben ze minder prioriteit. Er bestaan daarom zorgen dat de therapietrouwinterventies niet verder gebracht zullen worden zonder externe financiering. Dit terwijl alle zorgverleners aangaven dat deze interventies tegemoetkwamen aan belangrijke behoeften van patiënten (*Domein: behoeften van patiënten*). Ook gaven zorgverleners die deelnamen aan de focusgroepen en interviews aan dat patiënten de extra zorg die zij als gevolg van de interventie kregen, op prijs stelden.

Er waren verschillen tussen de proeftuinen in de mate waarin de deelnemende zorgverleners samenwerkten met externe partijen (*domein: Kosmopolitisme*). De proeftuinen Amersfoort en Amsterdam hadden meer samenwerkingen buiten hun eigen setting dan de andere twee proeftuinen. Daarbij waren de projectleiders vaker dan de andere zorgverleners betrokken bij netwerken en samenwerkingen. Ook waren zij actiever op sociale media waar ze hun werk laten zien.

Resultaten interne setting

De meeste vragen in de interviews gingen over de interne setting: wat zijn de kenmerken van de setting waarin de interventie geïmplementeerd wordt. Een van die kenmerken is de patiëntpopulatie. Deze verschilde tussen en ook binnen de proeftuinen. In proeftuin Amsterdam waren de vijf deelnemende apotheken bijvoorbeeld verspreid over de stad en in wijken die qua sociaaleconomische achtergrond en migratieachtergrond een andere samenstelling hadden. Hierdoor kreeg een gevarieerde groep patiënten de interventie aangeboden. In Almere deden alle apotheken mee, terwijl in Utrecht twee apotheken in een wijk met een multiculturele populatie deelnamen (*domein: structurele kenmerken*).

Zorgverleners in alle vier proeftuinen staan positief tegenover innovaties en vinden dat de rol van de apotheker meer die van zorgverlener moet zijn dan nu het geval is. Dit laatste was een reden een multidisciplinaire proeftuin op te zetten, met de apothekers als leidende beroepsgroep. Ook huisartsen gaven aan dat de belangrijkste rol in de proeftuinen was weggelegd voor het apotheekteam. In alle vier de proeftuinen bestond de interventie uit het gesprek aangaan met de patiënt, iets wat traditioneel gezien bij de huisarts gebeurt. Echter, het onderlinge vertrouwen en respect tussen de huisartsen en apothekers was dusdanig dat huisartsen hier geen moeite mee hadden (*domein: implementatieklimaat*).

Communicatie tussen zorgverleners binnen de proeftuinen was er vooral tussen apothekers en huisartsen, bijvoorbeeld in het kader van het FTO. In Almere en Amsterdam waren er intervisiebijeenkomsten voor deelnemende apotheken. De communicatie in de twee kleinere proeftuinen, Amersfoort en Utrecht, verliep meer via informele kanalen (zoals WhatsApp, persoonlijke afspraken). Er was weinig contact tussen apothekersassistenten die de interventies in de verschillende apotheken uitvoerden (*domein netwerken en communicatie*). Binnen alle proeftuinen vonden de zorgverleners het werkklimaat positief. Er was veel respect voor de collega's (*domein: cultuur*). Wel was er één proeftuin waar de governance onlangs veranderd was, wat niet door

iedereen als een verbetering werd ervaren, onder andere omdat zorgverleners minder autonomie ervaarden (*domeinen: cultuur, structurele kenmerken*).

De zorgverleners zien dagelijks problemen met therapietrouw. Ook zien zij dat er goede interventies beschikbaar zijn, maar dat die niet worden gebruikt, terwijl de kwaliteit van de zorg door het beter begeleiden van patiënten kan verbeteren (*domein implementatieklimaat*). Alle proeftuinen hadden in het verleden al wel projecten gedaan om de therapietrouw te verbeteren en de huidige interventies sloten volgens hen goed aan bij de behoeften van hun patiënten en pasten ook in de setting van de proeftuin. Daarbij gaven de proeftuinen Amersfoort en Amsterdam de individuele apotheken ook vrijheid in hoe zij de interventie toepasten. Zo konden zij zelf hun doelpopulatie kiezen of zelf bepalen wie in de apotheek verantwoordelijk was voor het uitvoeren van de interventie (*domein: implementatieklimaat*). Wat betreft de zorgverleners die meededen aan de interventie gold dat zij waardering en een verandering in hun status voelden, al werd deze niet uitgedrukt in een promotie of salarisverhoging.

De deelnemers vonden het positief dat zorgverleners vooraf te behalen doelen vaststelden. Dit bevorderde dat er platforms kwamen waar de zorgverleners konden monitoren of ze deze doelen haalden of waar ze feedback kregen op de stand van zaken. De proeftuinen gebruikten hiervoor verschillende methoden. Amsterdam had bijvoorbeeld wekelijkse benchmarkcijfers (*domein implementatieklimaat*). Het geven van feedback past in het leerklimaat dat in alle proeftuinen aanwezig was, waarin ook ruimte was om fouten te maken en input van de werkvloer belangrijk gevonden werd. De projectleiders besteedden ook aandacht aan het betrekken van (hogere) managementlagen en de deelnemende zorgverleners om zo het draagvlak voor de proeftuin te vergroten (*domein: klaar zijn voor implementatie*). Daarbij bleken alle projectleiders goed benaderbaar voor deelnemende zorgverleners en toonden zij betrokkenheid. Ook werd gezorgd voor de nodige trainingen. Zorgverleners kregen op verschillende manieren de benodigde informatie om de interventie in de praktijk uit te voeren. In Amsterdam en Almere was er een kerngroep die zorgde dat deze informatie verspreid werd via nieuwsbrieven en gidsen. Amersfoort en Utrecht verspreidden deze informatie via informele kanalen (*domein: klaar zijn voor implementatie*).

2.3 Context tweede ronde proeftuinen

Ten behoeve van de haalbaarheid, vulden in de tweede ronde zorgverleners die binnen de apotheek bij de implementatie van de interventie betrokken zijn een vragenlijst in om de context van de proeftuinen in kaart te brengen.³ Deze vragenlijst omvatte vrijwel dezelfde onderwerpen als uitgevraagd in de interviews en focusgroepen in de eerste ronde proeftuinen. De vragenlijsten zijn ingevuld door 17 zorgverleners (11 apothekers, zes apothekersassistenten) van proeftuin Nederlandse Antillen, 21 (acht apothekers, 11 apothekersassistenten, twee farmaceutisch consulenten) van proeftuin Friesland, 27 (11 apothekers, 14 apothekersassistenten, twee farmaceutisch consulenten) van proeftuin Noord-Limburg en 29 (10 apothekers, 18 apothekersassistenten en een farmaceutisch consulent) van proeftuin Vleuten / Leidsche Rijn / Leiden / Alphen aan den Rijn.

Binnen de proeftuinen vindt 41% (Noord-Limburg) tot 85% (Friesland) van de zorgverleners die de vragenlijst invulden dat de interventie (heel) veel meerwaarde heeft ten opzichte van de standaard zorg. Verder staat 81% (Noord-Limburg) tot 95% (Friesland) van de respondenten (zeer) positief

³ Een aantal huisartsen is geïnterviewd in het kader van een studentenproject. Deze gegevens zijn nog niet beschikbaar (25-08-2024)

tegenover de interventie in de eigen setting. Binnen de proeftuin Nederlandse Antillen vindt 35% van de respondenten dat de interventie goed tot uitstekend aansluit op de dagelijkse werkzaamheden. Voor de andere proeftuinen ligt dit percentage beduidend hoger, namelijk: 79% (Vleuten / Leidsche Rijn / Leiden / Alphen aan den Rijn), 75% (Friesland) en 70% (Noord-Limburg). Verder gaf 29% (Nederlandse Antillen) tot 68% (Friesland) van de respondenten aan dat nieuwe ideeën of innovaties in het algemeen sterk tot zeer sterk worden aangemoedigd binnen de organisatie.

Op de vraag welke potentiële bevorderende factoren voor de implementatie van de interventie in de eigen setting aanwezig zijn, is de top 3: enthousiasme van leidinggevenden, enthousiasme van het team en goed contact tussen de betrokken zorgverleners. Voor potentiële belemmerende factoren in de eigen setting is de top 3: tijdgebrek, gebrek aan (beschikbaar) personeel en gebrek aan enthousiasme binnen het team. Bijna alle respondenten (93-100%) gaven aan (ruim) voldoende kennis te hebben om de interventie uit te voeren. Wat betreft informeren over nieuws binnen de organisatie (prestaties, problemen, nieuwe of vertrekkende collega's) werden verschillende communicatiemethoden toegepast. Respondenten gaven aan zowel mondeling (tijdens de koffie of bij een overleg) als schriftelijk (formeel, zoals via een mail of nieuwsbrief) geïnformeerd te worden. De meeste van de respondenten geven aan soms feedback te ontvangen naar aanleiding van uitgevoerde werkzaamheden. Binnen proeftuin Nederlandse Antillen gaf ruime een derde van de respondenten aan vaak tot altijd feedback te ontvangen (35%), in Friesland werd dit door 5% van de respondenten ervaren.

2.4 Conclusie

De contextanalyse laat zien dat de vier proeftuinen uit de eerste ronde allemaal te karakteriseren zijn als plekken waar zorgverleners innovatiegericht zijn, waar het implementatieklimaat positief is, waar duidelijk leiderschap is en waar de gekozen interventies goed passen bij de proeftuinsetting. Het feit dat de vier proeftuinen deze kenmerken gemeen hebben, past bij hun positie als voorlopers als het gaat om het uitvoeren van therapietrouwinterventies en andere zorgprojecten. Ondanks dat zijn er wel zorgen over het gebrek aan vervolgfianciering in de vorm van vergoedingen waardoor het blijvend inzetten van de interventies en verdere opschaling ervan lastig is. Ook de vier proeftuinen uit de tweede ronde lieten over het algemeen een positief implementatieklimaat zien; de betrokken zorgverleners stonden positief tegenover de interventie in hun eigen setting, zagen hier de meerwaarde van in en hadden voldoende kennis om de interventie te implementeren. Wel waren er verschillen in de mate waarin nieuwe innovaties werden aangemoedigd en de mate waarin de interventie aansloot op de dagelijkse werkzaamheden.

3 Selectie van proeftuinen: brede representatie van zorgverleners en patiënten

Liset van Dijk, Caroline van de Steeg

Kernboodschappen

- De acht proeftuinen omvatten een gevarieerde populatie van patiënten en zorgverleners.
- Dit vergroot de generaliseerbaarheid van de bevindingen naar verschillende settings.
- Brede vertegenwoordiging is essentieel voor de relevantie en impact van de opgedane inzichten.

Binnen het kader van het STIP-4 programma financierde ZonMw acht Proeftuinen Therapietrouw. Om financiering te verwerven, doorliepen alle acht proeftuinen een selectieproces. Het selecteren van proeftuinen was een belangrijk onderdeel van het STIP-4 programma: hier wordt bepaald welke proeftuinen er komen. In dit hoofdstuk beschrijven we het selectieproces van de acht proeftuinen en de ervaringen van Make-It met dit proces. Dit om lessen te leren voor de selectierondes in het STIP-5 programma.

3.1 Proces van selectie van proeftuinen

Of het lukt een interventie te implementeren, is niet alleen afhankelijk van de interventie en de context, maar ook van degenen die de interventie implementeren (de 'interventionist'). In dit geval zijn dat de zorgverleners. De bedoeling van het STIP-4 programma was om in de eerste ronde van financiering vier innoverende proeftuinen te selecteren, die eerder hadden laten zien dat ze projectmatig kunnen werken en ook samenwerken met andere zorgverleners: de voorlopers. Dit om zo veel mogelijk te kunnen leren van het implementeren in de dagelijkse praktijk ook met het oog op de volgende ronde. Voor de tweede ronde gold het voorloperscriterium niet.

Het proces van selecteren was in beide rondes hetzelfde. Na een door ZonMw georganiseerde informatiemiddag konden geïnteresseerde proeftuinen een projectidee indienen. Hierin beschreven zij kort het samenwerkingsverband en de interventie die zij wilden gaan implementeren. Vervolgens selecteerde de STIP-commissie van ZonMw, bestaande uit een multidisciplinair team van beoordelaars, vier tot zes proeftuinen die hun idee mochten uitwerken tot een volledige aanvraag. Bij het uitwerken van deze aanvraag kregen de geselecteerde proeftuinen ondersteuning vanuit Make-It. Dit was in de vorm van een workshop 'Schrijven van een voorstel' voor alle potentiële proeftuinen en individuele begeleiding per proeftuin door een team van drie Make-It leden (zie hoofdstuk 4 voor een uitgebreidere toelichting op de begeleiding). De bij ZonMw ingediende voorstellen werden vervolgens, zoals bij ZonMw gebruikelijk, gerefereerd door externe referenten. Hierop kregen de proeftuinen de kans een wederhoor te schrijven. Make-It leden ondersteunden de proeftuinen bij het schrijven van dit wederhoor. Vervolgens vond er een interview plaats waarin vertegenwoordigers van de potentiële proeftuinen in gesprek gingen met de leden van de STIP-commissie. Tot slot besloot de STIP-commissie op basis van het uitgewerkte voorstel, de oordelen van de externe referenten (inclusief wederhoor) en het interview welke proeftuinen financiering kregen. Make-It was niet betrokken bij deze keuze.

3.2 Observaties over de selectie van proeftuinen

De belangrijkste observatie die Make-It heeft gedaan bij het selecteren van proeftuinen is dat het proces van het schrijven en indienen van een voorstel veel vergt van potentiële kandidaten. Het selectieproces is geënt op een procedure die gebruikt wordt voor selectie van grootschalige onderzoeksprojecten, veelal voor en door onderzoekers uit grote organisaties (zoals UMC's) met een goede ondersteuningsstructuur. De doelgroep voor de proeftuinen bestaat echter uit zorgverleners werkzaam in de eerste lijn, veelal werkzaam in kleinschalige organisaties. Bovendien hebben niet al deze zorgverleners een achtergrond in het onderzoek waardoor ervaring met aanvragen zoals die voor ZonMw niet of beperkt aanwezig is. Het aantal aanvragen in beide rondes was dan ook beperkt en bestond grotendeels uit aan onderzoekspartijen gerelateerde kandidaat-proeftuinen. Dit terwijl vanuit Make-It ondersteuning werd geboden bij het schrijven van het uitgewerkte voorstel. Dit heeft tot gevolg dat alle acht gekozen proeftuinen voorlopers zijn. Het zijn de proeftuinen die al ervaring hadden met het ZonMw proces (of vergelijkbare procedures), of het in elk geval kenden. Voor de eerste ronde was dat ook het idee: selectie van proeftuinen die voorlopen op de grote groep van zorgverleners. Dit om te kijken of de implementatie van therapietrouwinterventies hier lukt en hoe de implementatie verloopt. Kort samengevat: proeftuinen om van te leren. De tweede ronde zouden dan minder ervaren proeftuinen kunnen zijn: proeftuinen om van, maar ook *aan* te leren. Deels is dit gelukt, maar ook in de tweede ronde zijn de proeftuinen bovengemiddeld innovatiegericht.

Make-It ziet de opzet van de ZonMw-procedure dan ook als een belangrijke barrière voor proeftuinen die mogelijk graag aan de slag willen met implementatie, maar die minder ervaren zijn in het aanvragen van subsidiegelden voor onderzoek. Het gevolg is dat de proeftuinen getrokken werden door gemotiveerde, ervaren, op samenwerking en innovatie gerichte zorgverleners, met name apothekers. Dit betekent dat de STIP-4 ronde vooral inzicht geeft in hoe goed het dergelijke voorlopers lukt om interventies te implementeren (en op te schalen). Er is echter weinig zicht op hoe implementatie kan gaan in settings waar minder ervaring is. Ook is het potentiële leereffect nog niet duidelijk: wat kunnen minder ervaren proeftuinen leren van meer ervaren proeftuinen?

3.3 Hoe inclusief zijn de proeftuinen voor patiënten

Wanneer een proeftuin eenmaal geselecteerd is, dan zien we dat de patiëntpopulatie die deelneemt aan de interventies divers is. Hiervoor zijn twee redenen aan te wijzen. In de eerste plaats bedienen de acht proeftuinen samen een heel diverse populatie. Als voorbeeld nemen we de deelnemers uit de eerste ronde. De deelnemende apotheken in Amsterdam en Amersfoort waren verspreid over verschillende wijken in de stad, die elk een andere bevolkingssamenstelling hebben. In Almere namen alle apotheken deel, waardoor de hele breedte van de bevolking in de proeftuin vertegenwoordigd was. In Utrecht namen twee apotheken deel uit een wijk met een populatie waar relatief veel mensen wonen met beperkte gezondheidsvaardigheden en een lagere sociaaleconomische status. De tweede reden dat er diversiteit in de patiëntpopulatie was was dat de interventies in de proeftuinen aan alle patiënten aangeboden werden die tot de doelgroep behoorden. Dit betekent dat de proeftuinen inclusief te werk gingen: er werden geen strikte inclusiecriteria opgesteld. Meer over de deelname van patiënten aan de proeftuinen is te lezen in hoofdstuk 8.

Lessons learned

- Het doorlopen van het selectieproces bij ZonMw is voor potentiële proeftuinen (eerstelings organisaties) complex. Dit leidt ertoe dat de proeftuinen die dit proces succesvol kunnen doorlopen voorlopers zijn of (in meer of mindere mate) gelieerd zijn aan een universiteit of onderzoeksinstelling.
- De proeftuinen die deelnamen aan de eerste ronde zijn voorlopers. Zij representeren wel een diverse patiëntpopulatie.

4 Begeleiding van proeftuinen: het opzetten van een infrastructuur

Ruby Janssen, Marle Gemmeke, Rob Heerdink

Kernboodschappen

- Make-It ontwikkelde een ondersteunende infrastructuur voor begeleiding in alle fases.
- De evaluatie laat zien dat de geboden ondersteuning als waardevol werd ervaren door proeftuinen.
- Goede begeleiding vraagt om maatwerk, flexibiliteit en regelmatige interactie en afstemming tussen proeftuin en Make-It.

In dit hoofdstuk beschrijven we de begeleiding die aan de proeftuinen is gegeven door Make-It. We beschrijven hoe de begeleiding initieel is opgezet en welke aanpassingen gaandeweg het project zijn doorgevoerd om het proces van begeleiding (de infrastructuur) te optimaliseren. Verder beschrijven wij wat de proeftuinen aan de begeleiding hebben gehad voor de uitvoering van hun projecten. Make-It heeft de proeftuinen in twee verschillende stadia van hun project begeleid, namelijk 1) tijdens de projectontwikkelingsfase en 2) tijdens de implementatiefase.

4.1 Projectontwikkelingsfase

Het doel van de begeleiding van Make-It tijdens de projectontwikkelingsfase was om potentiële proeftuinen die bereid en in staat zijn om deel te nemen aan het project, te ondersteunen bij het ontwikkelen van hun projectidee voor therapietrouwinterventies tot haalbare en succesvolle subsidieaanvragen.

In de eerste stap binnen de projectontwikkelingsfase had Make-It een rol om potentiële proeftuinen te identificeren en motiveren om een projectidee te schrijven naar aanleiding van de subsidieoproep van ZonMw. Make-It heeft voorafgaand aan zowel ronde 1 als ronde 2 de subsidieoproep van ZonMw verspreid om potentiële proeftuinen hiervan op de hoogte te brengen. Daarna is er voor ronde 1 een matchmakingsbijeenkomst georganiseerd voor potentiële proeftuinen en geïnteresseerde partijen, zoals patiëntenverenigingen, ontwikkelaars van therapietrouwapps, voorschrijvers, etc. om hen te ondersteunen bij het aangaan van samenwerkingsverbanden. Deze bijeenkomst was een waardevolle inspiratie en verkenning voor de deelnemers. Bij ronde 2 heeft Make-It geen matchmakingsbijeenkomst georganiseerd, vanwege COVID-19. Make-It heeft proeftuinen daarom tevens, zowel in ronde 1 als ronde 2, op andere wijze gestimuleerd om samenwerking aan te gaan met een diversiteit aan partijen. Make-It heeft proeftuinen onder andere advies gegeven om contact te leggen met gemeenten, implementatiedeskundigen, ICT-deskundigen of andere experts. Bij een aantal vraagstukken van proeftuinen hebben consortiumleden actief aanbod geregeld om deze te beantwoorden. Bijvoorbeeld: toen vanuit verschillende proeftuinen vragen kwamen over de juiste, veilige manier van patiëntinclusie, heeft Make-It gezorgd dat prof. dr. Bouvy van de Universiteit Utrecht een workshop voor de proeftuinen heeft verzorgd over dit onderwerp.

De tweede stap was voor de proeftuinen het moment om het projectidee te gaan schrijven naar aanleiding van de subsidieoproep van ZonMw. In deze fase was de rol van Make-It beperkt. Zij gaven alleen antwoord op concrete vragen en, zoals hierboven aangegeven, advies over de te kiezen interventie. De proeftuinen waren verplicht een interventie te kiezen, of meerdere interventies te combineren, die waren opgenomen op de website 'Interventienet.nl' (www.interventienet.nl). Deze website, ontwikkeld in opdracht van het ministerie van VWS, dient als een vindplaats voor interventies waarvoor uit onderzoek reeds was gebleken dat deze effectief waren in het verbeteren van de therapietrouw. Deze website bevatte 12 effectieve therapietrouwinterventies waaruit de proeftuinen konden kiezen. De proeftuinen konden ook kiezen om ondersteunende instrumenten in te zetten, naast de effectieve interventie, die waren opgenomen op de Make-It website. ZonMw koos uit de ingediende projectideeën welke uitgewerkt mochten worden tot een volledige aanvraag. Dit waren er vier in de eerste ronde en zes in de tweede ronde. In de fase van uitwerking kregen de potentiële proeftuinen specifieke begeleiding van Make-It. Dit deden we door ze te ondersteunen bij het maken van keuzes met betrekking tot de volgende onderwerpen: populatie, methode, effectmeting, de pilot en de implementatie.

Een belangrijk onderdeel in deze fase was een 'Grantwriting'-workshop georganiseerd voor de projectleiders van alle potentiële proeftuinen van ronde 1, en later ook voor ronde 2. Potentiële proeftuinen van ronde 1 hadden al enige ervaring met het schrijven van een subsidieaanvraag en de implementatie van projecten. Daarom was een workshop van één dag voldoende voor de projectleiders om hun subsidieaanvraag te kunnen indienen. Niet alle potentiële proeftuinen van ronde 2 hadden al ervaring met het schrijven van een projectidee / subsidieaanvraag. Voor ronde 2 is daarom besloten om de workshop uitgebreider op te zetten. Voor de deze ronde is, na de reguliere 'Grantwriting'-workshop, een tweede dag georganiseerd, met als onderdeel een schrijfsessie voor de potentiële proeftuinen. Make-It leden waren hierbij aanwezig om direct ondersteuning te bieden. De proeftuinen van ronde 2 hebben dit als waardevol ervaren, vooral omdat er één-op-één begeleiding van consortiumleden met ervaring aan de proeftuinprojectleiders gegeven kon worden.

De derde stap betrof de installatie van een helpdesk voor de proeftuinen van ronde 1. Daarvoor is er een helpdesk e-mailadres aangemaakt, en de proeftuinen konden deze helpdesk op elk moment mailen als zij een vraag of dilemma hadden. De helpdesk werd dagelijks gecontroleerd en beantwoord door twee vaste leden van het Make-It consortium. De proeftuinen maakten echter (vrijwel) geen gebruik van de helpdesk. Ze gaven aan meer baat te hebben bij periodieke online meetings met Make-It. Vandaar werd besloten om de helpdesk op te heffen. Make-It heeft daarna gestructureerde online bijeenkomsten voor de proeftuinprojectleiders ingepland.

4.2 Implementatiefase

Tijdens de implementatiefase, waarin de proeftuinen hun interventies in de praktijk inzetten, was het doel van de begeleiding van Make-It om de proeftuinen, met een gehonoreerde subsidieaanvraag, structuur te bieden door middel van advies en ondersteuning, in de vorm van trainingen, tools en ondersteuning bij projectmanagement.

Na het indienen van de subsidieaanvraag door de proeftuinprojectleiders, maakte ZonMw bekend welke proeftuinen werden gehonoreerd. Daarna is de begeleiding van deze proeftuinen verder uitgetzet door Make-It. Allereerst heeft Make-It voorafgaand aan de implementatie van de therapietrouwinterventies onder de projectleiders een needs assessment afgenomen. Met deze behoeftepeiling kon Make-It aan de start van de implementatie van de projecten een globale

planning maken van trainingen, workshops, bijeenkomsten en huiswerk voor de proeftuinen. Deze planning werd gedeeld met de proeftuinprojectleiders, zodat zij geplande meetings en huiswerk in hun agenda konden plaatsen. Hieronder volgt een beschrijving van de activiteiten die Make-It voor en met de proeftuinen heeft uitgevoerd:

1. Make-It heeft een format Projectplan gemaakt, dat door de proeftuinen gebruikt werd voor het opstellen en uitwerken van hun project. Dit format is tijdens een online bijeenkomst toegelicht aan de projectleiders.
2. Er zijn diverse workshops en trainingen georganiseerd voor de proeftuinen, waaronder de 'Implementatie en vertaling naar de dagelijkse beroepspraktijk' workshop, de 'Evaluatie, effectmeting en uitkomsten' workshop, de training 'Implementatie strategieën' (gebaseerd op de ERIC study (Waltz 2015, Powell 2015)) voor projectleiders van de proeftuinen, de workshop 'Storytelling en stakeholders' (ronde 1) en Design thinking (ronde 2) voor projectleiders van de proeftuinen, voor stakeholders en voor consortiumleden.
3. Er zijn kennisclips gemaakt voor de proeftuinen over de onderwerpen: patiëntinclusie, veilig werken met data, het creëren van draagvlak, het maken van een projectplan, lezen als een referent en verandermanagement. Deze kennisclips zijn voorafgaand aan de implementatie van de projecten beschikbaar gesteld aan de proeftuinen.
4. Er zijn huiswerkopdrachten ontwikkeld voor de proeftuinprojectleiders, ter voorbereiding op de workshops / bijeenkomsten. Huiswerkopdrachten waren: een SWOT-analyse maken, een projectplan maken, een IMPACT-analyse maken.
5. Er is een set vragenlijsten gemaakt voor proeftuinen, om effecten te kunnen meten. Deze set bestond uit verschillende vragenlijsten: MARS-5 (Medication Adherence Rating Scale), MUSE (Medication Understanding and Use Self-Efficacy Scale), BMQ (Beliefs about Medicines Questionnaire), SIMS (Satisfaction with Information About Medicines Scale).
6. Voor elke proeftuin zijn er maandelijks online begeleidingsgesprekken gevoerd met een vast Make-It begeleidingsteam (bestaande uit 3 consortiumleden per begeleidingsteam). Tijdens deze begeleidingsgesprekken werden de voortgang, stand van zaken en eventuele knelpunten besproken. Er zijn maandelijks online reflectiebijeenkomsten georganiseerd, voor de projectleiders van alle proeftuinen, geleid door twee Make-It consortiumleden. Hierbij konden de proeftuinprojectleiders van elkaar leren, door middel van het bespreken van knelpunten en het delen van successen.
7. Er zijn verschillende studenten van de Hogeschool Utrecht (opleiding Farmakunde) en Universiteiten (Amsterdam, Utrecht, Groningen) door Make-It gekoppeld aan proeftuinen voor een onderzoeksstage in de proeftuinsetting. Deze studenten hebben een waardevolle bijdrage geleverd aan de verzameling van gegevens, de implementatie van het project en/of de evaluatie van het project van de proeftuin.
8. Make-It leden hebben feedback gegeven op voortgangsrapportages van de proeftuinen. Een voorbeeld waarmee wij de proeftuinen actief ondersteund hebben in dit kader is het bespreken en opnieuw onderbouwen van de haalbaarheid van patiëntaantallen.

Alle begeleidingsactiviteiten hebben wij overzichtelijk in kaart gebracht in de vorm van een planning, zodat de betrokkenen op de hoogte waren wanneer activiteiten zouden plaatsvinden. Daarnaast hebben wij alle materialen zoals kennisclips, formularia, formats, PowerPointpresentaties e.d. op de www.makeitconsortium.nl website geplaatst, zodat de proeftuinen daarbij konden en nog steeds kunnen. Notulen van vergaderingen en online meetings werden per e-mail gedeeld met de proeftuinen.

4.3 Evaluatie begeleiding van Make-It aan de proeftuinen

De begeleiding van Make-It aan de proeftuinen is tussentijds en aan het einde van de projecten geëvalueerd. De proeftuinen geven aan dat de ondersteuning en het deskundige advies van Make-It tijdens de implementatie waardevol is geweest, voor de uitvoering van de interventies en het creëren van een duurzame verandering in de dagelijkse praktijk. Ze geven ook aan dat regelmatig periodiek contact hebben en het delen van geleerde lessen belangrijke elementen zijn voor een succesvolle uitvoering van hun projecten.

5 Inzet van implementatiestrategieën: hoe kun je implementeren?

Caroline van de Steeg, Marcia Vervloet, Liset van Dijk

Kernboodschappen

- De proeftuinen pasten een ruime hoeveelheid implementatiestrategieën toe.
- Een combinatie van strategieën is nodig om gedragsverandering te bewerkstelligen.
- Voor succesvolle implementatie is een doordachte, stapsgewijze aanpak essentieel.

5.1 Relevantie en doel

De implementatiewetenschap heeft de vraag welke implementatiestrategieën het best in te zetten bij specifieke verwachte of bestaande knelpunten nog niet echt beantwoord. Veelal wordt geprobeerd om de vraag via de wetenschappelijke route te beantwoorden. Dat blijkt complex. Make-It heeft deze vraag vanuit de praktijk benaderd. Zoals in hoofdstuk 3 beschreven, zijn de acht proeftuinen voorlopers op het gebied van implementeren van farmaceutische zorginterventies. Ze zijn er goed in geslaagd om de therapietrouwinterventies te implementeren. Door in kaart te brengen welke strategieën zij wanneer en hoe hebben ingezet, kunnen we mensen die in de toekomst interventies willen implementeren met die kennis ondersteunen.

In dit hoofdstuk beschrijven we welke conceptueel verschillende implementatiestrategieën uit implementatieonderzoek de proeftuinen in ronde 1 ingezet hebben om de interventies te implementeren (Waltz 2015). Van de strategieën die door alle proeftuinen in ronde 1 gebruikt zijn beschrijven we hoe dezelfde strategieën in ronde 2 zijn geoperationaliseerd: wie heeft wanneer welke acties uitgevoerd, met welk doel en op wie gericht. Daarna geven we aanbevelingen voor het inzetten van deze strategieën in STIP.

5.2 Gebruik van implementatiestrategieën

In STIP-4 ronde 1 hebben we het proces van implementatie opgedeeld in vier projectfasen: eerste verkenning – voorbereiding – uitvoering – evaluatie. Vervolgens selecteerden vier Make-It leden in een groepssessie 59 van de 73 implementatiestrategieën uit de ERIC-studie (Powel 2015; Waltz 2015) die voor de context van deze proeftuinen relevant waren. Deze legden we tijdens een workshop met vertegenwoordigers van de eerste vier proeftuinen voor en zij noteerden per projectfase welke van deze strategieën ze op welke manier gebruikten. De resultaten hebben we beschrijvend kwantitatief geanalyseerd. Tabel 5.1 laat zien dat de proeftuinen allemaal 20 of meer implementatiestrategieën gebruikten. Van de 59 strategieën die we de proeftuinen voorlegden, werden er 18 door geen enkele proeftuin ingezet. Acht strategieën werden door alle proeftuinen ingezet (Tabel 5.2).

Ronde 1: Gebruikte implementatiestrategieën

Tabel 5.1 Aantal ingezette strategieën per proeftuin

Proeftuin	Aantal verschillende strategieën gebruikt
Almere	22
Amersfoort	21
Amsterdam	31
Utrecht	20
<i>Alle proeftuinen samen</i>	<i>41</i>

Tabel 5.2 Frequentie gebruik per strategie door de proeftuinen

Door hoeveel proeftuinen gebruikt	Aantal strategieën (N=59)
Geen van de proeftuinen	18
Eén proeftuin	14
Twee proeftuinen	9
Drie proeftuinen	10
Vier proeftuinen	8

De acht strategieën die alle vier de proeftuinen in ronde 1 gebruikten, waren:

- Bouw aan een coalitie
- Informeer lokale opinieleiders
- Stel gereedheid voor implementatie vast en identificeer knelpunten en aanjagers
- Houd educatieve bijeenkomsten
- Gebruik een implementatieadviseur
- Ontwikkel educatieve materialen
- Centraliseer technische ondersteuning
- Audit en geef feedback

Overige veel gebruikte strategieën betroffen het betrekken van stakeholders, lokaal behoeften peilen, kort-cyclisch verbeteringen doorvoeren en evalueren en stapsgewijs opschalen, ondersteuning op locatie, intervisie- / reflectiebijeenkomsten, en het inzetten van champions.

Ronde 2: operationalisatie van de acht meest gebruikte strategieën

In STIP-4 ronde 2 hebben we de vier proeftuinen bij de start geadviseerd om de acht strategieën die door alle proeftuinen in ronde 1 gebruikt waren, ook toe te passen. Later hebben vertegenwoordigers van de ronde 2 proeftuinen analoog aan Proctor et al. (2013) ingevuld hoe ze dat precies gedaan hebben. Tabel 5.3 geeft een overzicht van hoe deze proeftuinen de acht meest gebruikte strategieën hebben ingezet.

Tabel 5.3 Operationalisatie van de acht meest gebruikte strategieën door proeftuinen ronde 2

Strategie: Bouw aan een coalitie. De operationalisatie door projectleiders omvat ook strategieën ‘Stel lokaal behoeften vast’, ‘Informeel lokale opinieleiders’, ‘Gebruik adviesraden, werkgroepen’ en ‘Betrekk raden van bestuur’	
Dimensie van strategie	Operationalisatie door proeftuinen (aantal proeftuinen)
Actief aanbiederende stakeholder(s)	Meestal: de projectleiders van de proeftuin
Doelgroep(en) voor acties	Variërend van alleen de deelnemende apothekers tot een brede coalitie met naast de verenigingen van apothekers en huisartsen ook onderwijsinstellingen, patiëntenverenigingen, aanbieders van de KJKsluiter en vertalers
Momenten strategie ingezet / beoogd	Meestal alle vier de fasen van het project: verkennende fase, voorbereidende fase voor de projectgroep, implementatiefase en borgingsfase
Actie(s) van de strategie	Contacten leggen en onderhouden, maken van samenwerkingsafspraken
Dosis of intensiteit van de strategie	Is lastig te specificeren, omdat het overlapt met andere strategieën
RE-AIM uitkomst(en) geprobeerd te beïnvloeden	Adoptie (3), Implementatie (2), Bereik (1), Effectiviteit (2), Borging (2)
Onderbouwing keuze strategie gebaseerd op:	Overall: het voorbeeld uit de eerdere proeftuin(en). Daarnaast eigen eerdere ervaringen (2), eerdere identificatie van behoeften, knelpunten of bevorderende factoren (1), theorie of wetenschappelijke literatuur (1), brainstormen (2) en pragmatische overwegingen (2)
Strategie: Informeel lokale opinieleiders. De operationalisatie door projectleiders omvat ook strategie ‘Houd educatieve bijeenkomsten’ en ‘Houd lokale consensusbijeenkomsten’	
Dimensie van strategie	Operationalisatie door proeftuinen (aantal proeftuinen)
Actief aanbiederende stakeholder(s)	Overall: de projectleiders. Daarnaast lokale ‘champions’: apothekers die de implementatie op hun locatie leiden (1)
Doelgroep(en) voor acties	Overall: apothekers en huisartsen. Daarnaast: zorgverzekeraars (1), patiëntenvereniging (1), inspectie gezondheidszorg (1), minister / directie gezondheidszorg (1), behandelaars in ziekenhuizen (2) NB: Het betreft steeds formele vertegenwoordigers van doelgroepen, zoals voorzitters of coördinatoren. In dat opzicht is er waarschijnlijk overlap met de strategie <i>Bouw aan een coalitie</i>
Momenten strategie ingezet / beoogd	Verkennende fase (4), voorbereidende fase projectgroep (4), implementatiefase (2) en borgingsfase (1)
Actie(s) van de strategie	Informatie geven tijdens verschillende vormen van overleg, bijvoorbeeld teamoverleg, FTO, telefonisch overleg of een bijeenkomst, nieuwsbrieven
Dosis of intensiteit van de strategie	In de verkennende en voorbereidende fase samen grofweg 8 uur aan gesprekken per proeftuin. In de implementatiefase periodiek tussen 15 en 60 minuten
RE-AIM uitkomst(en) geprobeerd te beïnvloeden	Adoptie (4), Implementatie (1), Bereik (2), Effectiviteit (1), Borging (2)
Onderbouwing keuze strategie gebaseerd op:	Voorbeeld van eerdere proeftuinen of Make-It (3), eigen eerdere ervaringen (2), eerdere identificatie van behoeften, knelpunten of bevorderende factoren (2), theorie of wetenschappelijke literatuur (2), na brainstormen (2), gebaseerd op pragmatische overwegingen (2)
Strategie: Stel gereedheid voor implementatie vast en identificeer knelpunten en aanjagers. De operationalisatie door projectleiders omvat ook strategie ‘Creëer een gezamenlijke leeromgeving’	
Dimensie van strategie	Operationalisatie door proeftuinen (aantal proeftuinen)
Actief aanbiederende stakeholder(s)	De projectleiders / projectcoördinatoren van de proeftuinen
Doelgroep(en) voor acties	Apothekers (4); apotheekteams (3); huisartsen (3); patiënten (1)
Momenten strategie ingezet / beoogd	Verkennende fase (3); Voorbereidende fase projectgroep (3); Implementatiefase per locatie (4); Borging en voorbereiding opschaling na Make-It (3 al over aan het nadenken)
Actie(s) van de strategie	Bijeenkomsten met (potentiële) deelnemers per proeftuin, klankbordgroepen, interviews, prospectieve risico-inventarisatie, vragenlijst voor needs assessment, intervisiebijeenkomsten binnen de proeftuin, teambijeenkomsten
Dosis of intensiteit van de strategie	In verkennende of voorbereidende fase variërend van eenmalig 30 minuten tot 28 gesprekken van 1 uur. In implementatiefase variërend van doorlopend niet intensief tot maandelijks 1 uur
RE-AIM uitkomst(en) geprobeerd te beïnvloeden	Adoptie (4), Implementatie (3), Bereik (2), Effectiviteit (1), Borging (1)
Onderbouwing keuze strategie gebaseerd op:	Ervaringen van de eerste ronde proeftuinen (4); eigen eerdere ervaringen (4); theorie of wetenschappelijke literatuur (1); brainstorm met anderen (2); pragmatische overwegingen (2)

Strategie: Houd educatieve bijeenkomsten. De operationalisatie door projectleiders omvat ook strategieën 'Conduct educational meetings', 'Zorg voor doorlopend advies' en 'Creër een gezamenlijke leeromgeving'	
Dimensie van strategie	Operationalisatie door proeftuinen (aantal proeftuinen, data compleet van 3 proeftuinen)
Actief aanbiedende stakeholder(s)	Verschillende personen die vaker onderwijs geven op dit gebied, bij twee proeftuinen (ook) leden van het Make-It consortium
Doelgroep(en) voor acties	Apothekers (3/3) en apothekersassistenten (3/3), patiënten uit het cliëntenpanel (1/3)
Momenten strategie ingezet / beoogd	Vorbereidende fase projectgroep (3/3), Implementatiefase (2/3)
Actie(s) van de strategie	Scholingsbijeenkomsten voor groepen zorgverleners (3/3), educatieve bijeenkomsten voor apothekers / management teams van bedrijven in Farmakander (1/3)
Dosis of intensiteit van de strategie	Per proeftuin 1 tot 4 bijeenkomsten per doelgroep, tussen 1 en 3 uur per bijeenkomst
RE-AIM uitkomst(en) geprobeerd te beïnvloeden	Adoptie (2/4), Implementatie (2/4), Bereik (2/4), Effectiviteit (4/4)
Onderbouwing keuze strategie gebaseerd op:	Ervaringen eerdere proeftuinen (2/4) of leverancier KIJKsluiter (1/4), eigen eerdere ervaringen (3/4), theorie of wetenschappelijke literatuur (2/4), brainstormen (2/4), pragmatische overwegingen (1/4)
Strategie: Gebruik een implementatie-adviseur	
Dimensie van strategie	Operationalisatie door proeftuinen (aantal proeftuinen)
Actief aanbiedende stakeholder(s)	Make-It consortium, bij één proeftuin aangevuld met onderzoekers van vier universiteiten waaronder één implementatie-expert
Doelgroep(en) voor acties	De projectleiders (4)
Momenten strategie ingezet / beoogd	Verkennde fase (3); Vorbereidende fase projectgroep (4); Implementatiefase (4); Borging en voorbereiding opschaling (3)
Actie(s) van de strategie	Workshop over implementeren en strategieën bij uitwerking projectidee (4); Gesprekken over voortgang, belemmerende factoren en tips (4); hulp bij stakeholdersanalyse, trainingen, business case, wekelijkse begeleiding, strategie voor benaderen patiënten (1)
Dosis of intensiteit van de strategie	Workshop eenmalig een halve dag, begeleidingsgesprekken maandelijks 1 uur, reflectiebijeenkomsten tussen proeftuinen maandelijks 1,5 uur. In één proeftuin daarnaast wekelijks 1 uur
RE-AIM uitkomst(en) geprobeerd te beïnvloeden	Adoptie (2); Implementatie (4); Bereik (3); Effectiviteit (2); Borging (1)
Onderbouwing keuze strategie gebaseerd op:	Voorbeeld van anderen (3); eigen eerdere ervaringen (2); afgestemd op eerdere identificatie van behoeften, knelpunten of bevorderende factoren (1); op basis van theorie of wetenschappelijke literatuur (1); na brainstormen met anderen (1); gebaseerd op pragmatische overwegingen (2, onder andere dat het moest in dit traject)
Strategie: Ontwikkel educatieve materialen. Deze strategie werkt altijd in combinatie met strategie 'Verspreid educatieve materialen'	
Dimensie van strategie	Operationalisatie door proeftuinen (aantal proeftuinen)
Actief aanbiedende stakeholder(s)	Projectleiders, docenten, uitvoerend apotheker met een handige tool
Doelgroep(en) voor acties	Uitvoerende apothekers en apothekersassistenten (4); patiënten / cliënten (2); huisartsen (3)
Momenten strategie ingezet / beoogd	Vorbereidende fase (4); Implementatiefase (4)
Actie(s) van de strategie, hier ingevuld als: welke educatieve materialen	TRIAGE-instrument of ander gesprekshulpmiddel voor consultvoering; informatie voor derden op website / in lokale media; werkinstructies; nieuwsbrieven; presentaties; kennisquiz; casusbeschrijvingen; e-learning module
Dosis of intensiteit van de strategie	Lastig te zeggen: het vergt veel tijd om te maken maar voor de ontvangers hangt het af van de intensiteit waarmee ze het tot zich nemen
RE-AIM uitkomst(en) geprobeerd te beïnvloeden	Adoptie (1); Implementatie (4); Bereik (3); Effectiviteit (3); Borging (2)
Onderbouwing keuze strategie gebaseerd op:	Ervaringen eerdere proeftuinen (2); eigen eerdere ervaringen (2); eerdere identificatie van behoeften, knelpunten of bevorderende factoren (2); na brainstormen

Strategie: Centraliseer technische ondersteuning	
Dimensie van strategie	Operationalisatie door proeftuinen (aantal proeftuinen)
Actief aanbiedende stakeholder(s)	Projectleiders, SFK, Care Animation
Doelgroep(en) voor acties	Uitvoerende apothekers en apothekersassistenten (4)
Momenten strategie ingezet / beoogd	Verkennde fase (1); Voorbereidende fase (4); Implementatiefase (3); Borging (2)
Actie(s) van de strategie	Helpdesk; oplossen storingen; automatiseren logistieke proces; instellen technische settings voor uitvoerenden; WhatsApp-groep voor technische ondersteuning; koppeling AIS en KJKsluiter; Teams omgeving; borging back-ups; omgeving voor interventieregistratie
Dosis of intensiteit van de strategie	Niet duidelijk gekwantificeerd
RE-AIM uitkomst(en) geprobeerd te beïnvloeden	Adoptie (1); Implementatie (4); Bereik (1); Effectiviteit (1); Borging (1)
Onderbouwing keuze strategie gebaseerd op:	Voorbeeld van eerdere proeftuin (3); eigen eerdere ervaringen (2); eerdere identificatie van behoeften, knelpunten of bevorderende factoren (3); theorie of wetenschappelijke literatuur (1); brainstormen (1); pragmatische overwegingen (3)
Strategie: Audit en geef feedback. Deze strategie wordt in proeftuinen gecombineerd met strategie 'Organize clinician implementation team meetings' / 'Create a learning collaborative'	
Dimensie van strategie	Operationalisatie door proeftuinen (aantal proeftuinen)
Actief aanbiedende stakeholder(s)	Projectleider of -coördinator proeftuin (4) en projectleider per locatie (1)
Doelgroep(en) voor acties	Uitvoerende apothekers en apothekersassistenten (4)
Momenten strategie ingezet / beoogd	Voorbereidende fase (1); Implementatiefase (4)
Actie(s) van de strategie	Delen benchmark geregistreerde interventies met apothekers en hun teams in nieuwsbrieven of tijdens reflectiebijeenkomsten; bespreken benchmark en/of ervaringen tijdens reflectiebijeenkomsten en/of werkbesprekingen; video-opnamen van consulten en zelfevaluatie; feedback van patiënt tijdens interventie of in cliëntenpanel
Dosis of intensiteit van de strategie	Delen benchmark: wekelijks, maandelijks of eens per drie maanden; Reflectiebijeenkomsten: maandelijks 1 uur; Video-opnamen van consulten en zelfevaluatie: eenmalig; Feedback van patiënt tijdens interventie (5 patiënten eenmalig) of in cliëntenpanel (halfjaarlijks 1,5 uur + 2 uur voorbereiding)
RE-AIM uitkomst(en) geprobeerd te beïnvloeden	Adoptie (2); Implementatie (4); Bereik (3); Effectiviteit (2); Borging (3)
Onderbouwing keuze strategie gebaseerd op:	Ervaringen van de eerste ronde proeftuinen (3); eigen eerdere ervaringen (3); afgestemd op eerdere identificatie van behoeften, knelpunten of bevorderende factoren (1); theorie of wetenschappelijke literatuur (2); brainstorm met anderen (3); pragmatische overwegingen (2)

5.3 Betekenis van deze resultaten voor verdere implementatie en opschaling en voor Make-It 2.0

De praktische vertaling van aanbevolen strategieën uit de eerste ronde heeft goed gewerkt voor de tweede ronde proeftuinen. Bij de operationalisatie van de acht meest gebruikte strategieën door de projectleiders van de proeftuinen liepen verschillende ERIC-strategieën door elkaar heen. Daaruit blijkt dat het lastig is om de precieze definities van en verschillen tussen implementatiestrategieën te doorgronden.

Voor de (communicatie met de) proeftuinen is het niet noodzakelijk om de verschillende strategieën scherp conceptueel te onderscheiden. Het volstaat om adviezen te geven over de inzet en vormgeving van bepaalde strategieën. Bij het ontwikkelen en geven van goede training is bijvoorbeeld een combinatie te adviseren van bijeenkomsten met verschillende werkvormen en interactie, ondersteund door (ontwikkelde en verspreide) educatieve materialen, het creëren van een lerende omgeving met uitvoerenden binnen de proeftuin bijvoorbeeld door reflectiebijeenkomsten waarin audit en feedback wordt besproken, eventueel aangevuld met

training op de werkvloer. Dit geheel aan verschillende strategieën vormt dan de doorlopende training.

De uitgebreidere informatie over geoperationaliseerde strategieën is goed bruikbaar voor toekomstige opschaling en verdere uitrol. In Make-It 2.0 gaan we deze kennis overdragen aan de nieuwe proeftuinen en opnemen in de praktische implementatiegids voor verdere uitrol.

6 Effecten van de geïmplementeerde interventies in de dagelijkse zorgpraktijk

Ruby Janssen, Marle Gemmeke, Rob Heerdink

Kernboodschappen

- De proeftuinen lieten wisselende effecten op therapietrouw en klinische uitkomsten zien.
- Interventies moeten voldoende intensief zijn voor duurzame gedragsverandering bij patiënten en zorgverleners.

In dit hoofdstuk beschrijven we de effecten van de interventies op therapietrouw / geneesmiddelengebruik (gedragsverandering) en de opvattingen van patiënten over geneesmiddelen in de vier eerste proeftuinen. Daarnaast beschrijven we hoe patiënten de zorg ervaren hebben.

6.1 Inleiding

Make-It heeft de proeftuinen begeleid bij het implementeren van de therapietrouwinterventies in de dagelijkse praktijk. De implementatieuitkomsten zijn de belangrijkste metingen die bij de proeftuinen gedaan zijn. De projecten zijn in de eerste plaats implementatieprojecten. Er is gekeken naar wat er is gelukt, wat niet goed is gelukt, welke barrières en successen er waren. Dit komt aan bod in hoofdstuk 7. Daarnaast hebben de proeftuinen ook de effecten van de interventies gemeten. Het meten van therapietrouw en gezondheid gerelateerde uitkomsten is ingewikkeld. Er zijn veel verschillende definities en een diversiteit aan methoden beschikbaar, bijvoorbeeld directe observatie, elektronische monitoring, afhaaltrouw op basis van apotheekgegevens, pillentellingen of zelfrapportage door middel van dagboeken of vragenlijsten. We vonden het essentieel om een minimale set van uitkomsten te definiëren, een core outcome set (COS) (zie: www.comet-initiative.org), die gebruikt kon worden voor het evalueren van het effect in de verschillende proeftuinen, zodat ook resultaten onderling vergeleken zouden kunnen worden. Wij hebben een COS ontwikkeld die bestaat uit gevalideerde vragenlijsten (MARS-5, BMQ, MUSE en SIMS) om therapietrouw, opvattingen over de medicatie, en tevredenheid over de interventies te meten. De proeftuinen konden gebruikmaken van de vragenlijsten uit deze COS, maar dit was geen absolute vereiste. Daarom konden ze ook kiezen om één of meer vragenlijsten uit de COS te gebruiken, en niet per se alle vragenlijsten. Aanvullende uitkomstmaten waar de proeftuinen gebruik van konden maken waren afhaalgegevens op basis van data van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Voor het gebruik van de SFK-gegevens hadden de proeftuinen een abonnement met deze module voor afhaalgegevens.

De eerste vier proeftuinen, Amersfoort, Amsterdam, Almere en Utrecht, hebben op het moment van schrijven het project afgerond en de effectiviteit van hun interventie gemeten. Hieronder beschrijven wij de resultaten van deze proeftuinen. Hierbij ligt de nadruk op effectiviteit. In tabel 6.1 zijn belangrijke kenmerken van deze eerste vier proeftuinen weergegeven, zoals de geïmplementeerde interventies, de looptijd van de projecten en de belangrijkste uitkomsten. Onder de tabel staat per proeftuin een meer uitgebreide beschrijving van de doelen en resultaten en de conclusies. Voor

implementatie kijken we of het implementatiedoel behaald is. In hoofdstuk 7 gaan we verder in op implementatieuitkomsten.

Tabel 6.1 Overzicht van de resultaten uit de 4 proeftuinen

Proeftuin	Interventie	Aantal apotheken	Doelgroep	Looptijd	Belangrijkste uitkomsten
Almere	KIJKsluiter en Telefonische Startbegeleiding (TSB)	14 openbare apotheken + 1 poliklinische apotheek	Patiënten met hart- en vaatziekten, nieuwe medicatie na ziekenhuis ontslag	01-12-2020 - 30-11-2022	42,8% ontving KIJKsluiter, 70% bekeek deze Gemiddeld 34,3% TSB-uitvoering per apotheek, 1.043 DRPs geïdentificeerd, waarop 1.711 interventies zijn uitgevoerd bij 679 patiënten Patiënten met een DRP staakten vaker de medicatie na 1e uitgifte (14,8% en 8,6%, p=0,030) Hogere patiënttevredenheid en zelfredzaamheid
Amersfoort	Jaargesprek met voorbereiding bij patiënten in de herhaalservice	3 openbare apotheken	Chronische medicijn-gebruikers in herhaalservice	15-02-2020 - 15-10-2022	Significante verbetering in therapietrouw (64,1% naar 76,9%) Geen significante verschillen in BMQ en CAT-scores Kwalitatieve waardering bij zorgverleners en patiënten
Amsterdam	Opsporen, triage en interventie voor therapie-ontrouwe patiënten	5 openbare apotheken	Patiënten met hart- en vaatziekten die therapie-ontrouw zijn	01-12-2020 - 30-11-2022	Verbeterde patiëntbinding en signalering van therapie-ontrouw Geen kwantitatieve effectmeting gedaan op therapietrouw
Utrecht	Terugvraag-methode (TVM) en begrijpelijke etiketteksten	2 openbare apotheken	Patiënten met eerste uitgifte van een chronisch geneesmiddel	01-02-2021 - 01-08-2022	88% maakte gebruik van begrijpelijke etiketteksten 67% van apothekersassistenten paste TVM toe Nauwelijks toepassing TVM door huisartsen Geen effect op persistentie, attitudes of tevredenheid Verhoogde bewustwording bij zorgverleners

6.2 Almere

De primaire doelstelling van de proeftuin was het implementeren van KIJKsluiter en Telefonische Startbegeleiding (TSB) in de risicovolle setting waar thuiswonende patiënten overgaan van de tweede naar de eerste lijn. Dit doel is behaald. In de pilot- en uitvoeringsfase van de proeftuin werd de KIJKsluiter geïmplementeerd in de poliklinische apotheek van Almere en TSB in alle 14 openbare apotheken van Zorgapotheken Flevoland (ZAF, onderdeel van Zorggroep Almere (ZGA)). Het

streefaantal was 400 patiënten. In totaal ontvingen 743 patiënten de TSB naar aanleiding van het starten met een cardiovasculair geneesmiddel bedoeld voor langdurig gebruik. Bij deze patiënten werden de geplande procesmaten en ook de verschillende implementatiebarrières en -succesfactoren in kaart gebracht, o.a. door onder patiënten uit te vragen of zij de KIJKsluiter hebben ontvangen en bekeken en door de aantallen uitgevoerde TSB door openbaar apothekers te registreren.

Ongeveer de helft (42,8%) van de patiënten gaf aan de KIJKsluiter te hebben ontvangen. Ook al werd KIJKsluiter toegevoegd aan een bestaande digitale structuur van de poliklinische apotheek, het verzenden ervan was geen onderdeel van de primaire receptgang. Dit bleek een belangrijke barrière voor de poliklinische apotheekassistenten om de KIJKsluiter te versturen; het betrof namelijk een extra handeling die gemakkelijk vergeten kon worden. Ongeveer 70% van de patiënten die de KIJKsluiter ontving gaf aan deze ook daadwerkelijk bekeken te hebben. Dit geeft aan dat KIJKsluiter wel in een patiëntbehoefte voorziet. De belangrijkste reden om de video niet te bekijken was de veronderstelling van de patiënt dat hij/zij alles al wist over het nieuwe geneesmiddel.

Gemiddeld werd per apotheek voor 34,3% van de in aanmerking komende patiënten de TSB uitgevoerd (range binnen de drie clusters 22,6%-40,3%). De redenen voor het niet-uitvoeren van TSB werden onderverdeeld in (1) logistieke redenen veroorzaakt door apotheker (bijvoorbeeld tijdgebrek), (2) zorginhoudelijke redenen (bijvoorbeeld geneesmiddel is voorgeschreven voor andere indicatie dan HVZ; geneesmiddel is bedoeld voor tijdelijk gebruik; patiënt heeft geneesmiddel in eigen beheer), en (3) logistieke redenen veroorzaakt door de patiënt (patiënt heeft geen tijd; patiënt wenst geen begeleiding).

Ook is bij patiënten die de interventie ontvingen in kaart gebracht welke potentiële barrières voor therapietrouw deze patiënten ervoeren in de start, zogenaamde geneesmiddel gerelateerde problemen (drug-related problems, DRPs) en welke acties de apothekers uitvoerden om de DRPs te adresseren. Dit is uitgevoerd bij 679 van de 743 patiënten. In totaal zijn er bij deze patiënten 1043 DRPs geïdentificeerd waarvoor 1711 interventies zijn uitgevoerd. Bij 72,5% (n = 492) van de patiënten werd tenminste één DRP vastgesteld en 42,9% (n = 291) hadden er meerdere. Voor 77,5% van de patiënten werd tenminste één interventie uitgevoerd. De meest patiënten ervoeren een (potentiële) bijwerking (33,9% (n = 230)) of hadden een probleem met de complexiteit van het geneesmiddel (31,7% (n = 215)).

Onder patiënten is geëvalueerd wat de patiënttevredenheid is aan de hand van de *Satisfaction with Information about Medicines Scale* (SIMS) vragenlijst en de zelfredzaamheid van patiënten werd geëvalueerd aan de hand van de *Medication Understanding and Use Self-Efficacy Scale* (MUSE) vragenlijst. De interventiegroep scoorde significant hoger op de SIMS en op de MUSE dan de controlegroep ($p < 0.001$).

Om de therapietrouw te evalueren, is bij deze patiënten gemonitord of zij de tweede uitgifte van het nieuwe geneesmiddel ophaalden. Er was geen verschil tussen de interventiegroep en de controlegroep wat betreft het stoppen na de eerste verstrekking, 13,3% en 12,5% van de patiënten respectievelijk ($p=0,822$). Patiënten met een DRP staakten vaker hun medicatie na de eerste uitgifte dan patiënten zonder DRP (14,8% en 8,6%, $p=0,030$).

Conclusie

Proeftuin Almere heeft succesvol de KIJKsluiter geïmplementeerd in de poliklinische apotheek en TSB in alle 14 openbare apotheken van Zorgapotheken Flevoland. De meeste patiënten die de KIJKsluiter

ontvingen gaven aan de KIJKsluiter bekeken te hebben. Bij het merendeel van de patiënten die TSB ontvingen werden één of meerdere DRP's ontdekt, waarvoor de apotheker interventies heeft uitgevoerd om deze op te lossen. De interventie bevordert daarnaast de patiënttevredenheid en zelfredzaamheid.

6.3 Amersfoort

Het doel van proeftuin Amersfoort was om de interventie 'Jaargesprek' te implementeren en te borgen voor alle gebruikers van de herhaalservice. Drie apotheken in Amersfoort voerden de interventie uit. De doelstelling werd behaald. De effectiviteit van deze interventie op therapietrouw werd geëvalueerd onder gebruikers van direct werkende orale anticoagulantia (DOACs) aan de hand van een pre-post mixed-methods evaluatieonderzoek. Het eerste deel, de procesevaluatie, bestond uit twee onderdelen. Semi-gestructureerde interviews zijn afgenomen bij patiënten om inzicht te krijgen in hun ervaringen met de interventie. Thematische analyse werd gebruikt om hoofd- en subthema's te identificeren. Na elk jaargesprek vulde de apothekersassistent een checklist in om de interventietrouw te bepalen. Het tweede deel van het onderzoek, de effectevaluatie, bestond uit het analyseren van vragenlijsten die patiënten invulden vlak voor en twee maanden na het jaargesprek. Therapietrouw werd gemeten met de *Medication Adherence Rating Scale* (MARS-5). De overtuigingen van patiënten over medicatie werden gemeten met de *Beliefs About Medicines* vragenlijst (BMQ). Tevredenheid van patiënten over de kwaliteit van de communicatie met de apotheek is gemeten met de *Communication Assessment Tool* (CAT).

In alle drie de apotheken is een werkwijze voor het uitnodigen van patiënten voor het Jaargesprek en het uitvoeren ervan geïmplementeerd in het dagelijkse proces. Afhankelijk van de methode van uitnodigen heeft tussen de 20% en 95% van de patiënten gebruik gemaakt van deze uitnodiging. De jaargesprekken worden nog steeds gevoerd en na afronding van het project is er een spin-off project gestart om meer patiënten die chronische medicatie gebruiken in de jaarcyclus van de herhaalservice en het Jaargesprek te includeren.

De belemmeringen voor de uitvoering waren patiënt- of apotheekgerelateerd. Zo kwam uit de interviews met patiënten naar voren dat het voor sommige patiënten niet mogelijk was om naar de apotheek te komen. Apotheekgerelateerde belemmeringen hadden bijvoorbeeld te maken met problemen met inplannen van de gesprekken. Faciliterende factoren waren de communicatiecursussen, TRIAGE-vragen en voorbereiding op de jaargesprekken. Patiënten waardeerden vooral het verbeterde contact met de apotheek en de controle van medicatiegebruik.

In de drie apotheken maakten ongeveer 6500 mensen gebruik van de herhaalservice. Ongeveer 5400 daarvan waren mobiel en kwamen de medicatie zelf halen en kwamen dus in aanmerking voor een jaargesprek. Dat betekent dat er gemiddeld ongeveer 450 gesprekken per maand plaats konden vinden. In november 2022, de laatste maand dat er werd gemeten, werden er 348 mensen uitgenodigd. Bij de eindevaluatie, ingevuld door 35 apothekersassistenten uit de drie apotheken, wilden 32 assistenten (91%) de jaargesprekken blijven voortzetten na het einde van het implementatietraject. In twee apotheken was de score 100%, in de derde apotheek was dit 73%. De belangrijkste reden voor assistenten om niet door te willen gaan met de jaargesprekken was dat men vond dat er meer tijd nodig was om de gesprekken goed vorm te kunnen geven.

De effectevaluatie liet een significante verbetering van de therapietrouw zien. Gebaseerd op zelf gerapporteerde therapietrouw was 64,1% van de patiënten therapietrouw vóór de interventie,

terwijl 76,9% therapietrouw was na de interventie. Er werden geen significante verschillen gevonden voor de BMQ en voor de CAT.

Conclusie

Aan het eind van het project zijn in totaal ruim 3000 jaargesprekken gehouden. Proeftuin Amersfoort heeft aangetoond dat een jaarlijks medicatieconsult duurzaam geïmplementeerd kan worden in openbare apotheken en veelbelovende resultaten oplevert in het verbeteren van de therapietrouw in de praktijk.

6.4 Amsterdam

De primaire doelstelling voor dit project was dat gedurende een periode van zeven maanden apothekers minstens 500 potentieel medicatie-ontrouwe patiënten met hart- en vaatziekten (HVZ) te identificeren, hierbij triage uit te voeren en een vervolgactie te plannen en uit te voeren om de therapietrouw te verbeteren. De secundaire doelstelling was dat, indien er vervolgactie nodig was, bij ten minste 80% van de patiënten het geneesmiddelgebruik ook zou worden besproken. Beide doelstellingen werden behaald. Daarnaast heeft de proeftuin onderzocht welke factoren bepalend waren voor een succesvolle implementatie van deze interventie onder uiteenlopende omstandigheden zoals die zich in de dagelijkse grootstedelijke praktijk voordoen.

Om de doelstellingen te bereiken, heeft de proeftuin een draaiboek ontwikkeld om de samenwerking bij therapieontrouw te ondersteunen, inclusief een menukaart met mogelijke interventies om therapietrouw te bevorderen, toegesneden op de individuele situatie van de patiënt met de apotheker als centrale zorgcoördinator. De proeftuin heeft zich erop gericht om de communicatievaardigheden van apothekers, huisartsen, praktijkondersteuners en apothekersassistenten te verbeteren om het gesprek met potentieel therapieontrouwe patiënten aan te gaan. Daarnaast heeft de proeftuin inzicht opgedaan in de (extra) tijdsinspanning van zorgverleners om therapietrouw bevorderende interventies in te zetten.

Er heeft een kwalitatieve evaluatie plaatsgevonden onder zorgverleners en patiënten. Uit deze kwalitatieve evaluatie kwam naar voren dat therapietrouwmonitoring op een structurele basis geïmplementeerd kan worden. Zowel zorgverleners als patiënten vinden de inzet van de therapietrouw-bevorderende maatregelen waardevol. Wel werd aangegeven dat er ruimte voor verbetering was van de selectieprocedures, zodat de interventie beter gericht zou worden op degene die het nodig hebben.

Patiënten vonden het fijn dat de apotheker(-assistent) contact opneemt en vragen stelt over hun medicijnen. Zij ervoeren het gesprek als prettig en comfortabel. Apotheekmedewerkers zien de interventies als een verrijking van hun takenpakket. Zij hebben meer zelfvertrouwen gekregen in het voeren van lastige gesprekken met patiënten. Daarnaast heeft het project gezorgd voor een betere patiëntbinding, betere signalering van therapieontrouw, een andere werkbeleving en meer zichtbaarheid voor de apotheek als essentiële zorgverlener. Lessen die de proeftuin Amsterdam trok uit het project waren dat implementatie bevorderd werd door periodieke (online) intervisie tussen zorgverleners. Hetzelfde geldt voor periodieke terugkoppeling aan deelnemers over het verloop van de interventie in de vorm van benchmarks. Dit hielp ook om de motivatie onder deelnemers te bevorderen.

De proeftuin heeft geen kwantitatieve effectmeting uitgevoerd op therapietrouw, waardoor niet inzichtelijk is in welke mate de therapietrouw is verbeterd.

Conclusie

Proeftuin Amsterdam heeft laten zien dat therapietrouwmonitoring op een structurele basis geïmplementeerd kan worden. Het inzetten van de therapietrouw bevorderende maatregelen wordt zowel door zorgverleners als patiënten als waardevol ervaren. Patiënten waarderen het contact met de apotheek. Proeftuindeelnemers zien de interventies als een verrijking van hun takenpakket. Zij hebben meer zelfvertrouwen gekregen in het voeren van lastige gesprekken met patiënten. Het project heeft gezorgd voor een betere patiëntbinding, betere signalering van therapieontrouw, een andere werkbeleving en meer zichtbaarheid voor de apotheek als essentiële zorgverlener.

6.5 Utrecht

De doelstelling van proeftuin Utrecht was het verbeteren van de therapietrouw door twee interventies te implementeren: (1) het gebruiken van begrijpelijke etiketteksten zowel bij bestaande therapie als bij de start van nieuwe therapie, en (2) het toepassen van de terugvraagmethode (TVM).

In de proeftuin Utrecht heeft een uitgebreide evaluatie plaatsgevonden. Dit is gedaan door middel van uitvoering van verschillende deelonderzoeken, waar van toepassing met een voor- en een nameting. Deze onderzoeken richtten zich op: onderzoek naar de mate van implementatie, ervaringen van de medewerkers en patiënten, effect van de interventies op therapietrouw, attitude ten aanzien van medicatie en tevredenheid met informatie over geneesmiddelen. Daarnaast is een draaiboek geschreven om andere zorgverleners te ondersteunen bij de implementatie van deze zorgactiviteiten.

Er werden twee implementatiedoelen opgesteld. Het eerste doel was dat na 8 maanden huisartsen en apothekersassistenten in 90% van de recepten begrijpelijke gebruiksinstructies gebruiken. Deze doelstelling werd bijna behaald. Acht maanden na de start werden voor 88% van de recepten begrijpelijke gebruiksinstructies gebruikt.

Het tweede implementatiedoel was dat huisartsen de TVM minimaal één keer per dag toepassen en dat apothekers de TVM bij 40% van de gebruikers van nieuwe geneesmiddelen toepassen. De doelstelling onder huisartsen is niet gehaald, onder apotheker/-assistenten wel. In totaal registreerden huisartsen 45 keer in de interventieperiode van 8 maanden dat ze de TVM toegepast hadden (op zeven huisartspraktijken). Hoewel er mogelijk sprake was van onderregistratie, gaven huisartsen ook aan de TVM niet dagelijks toe te passen omdat ze niet dagelijks een start van een nieuw geneesmiddel begeleiden, en de TVM niet voor alle patiënten geschikt vonden. De methode werd door apothekersassistenten de eerste acht maanden na start van de implementatie in 67% van de eerste uitgiften gebruikt. Om het toepassen van de TVM verder te onderzoeken nam het onderzoeksteam in totaal 79 terugvraaggesprekken op. De gemiddelde gespreksduur van de opgenomen gesprekken was één minuut en 36 seconden. De apotheekmedewerkers ervoeren dan ook niet dat de gesprekken langer duurden door toepassing van de TVM.

Naast evaluatie van het behalen van de implementatiedoelen is ook onderzoek gedaan naar ervaringen van apotheekmedewerkers. Zij waren positief over beide interventies. Zorgverleners vonden dat het inzetten van de interventies⁴ in de praktijk en niet tot substantiële werkdruk leidde. Zij gaven aan dat het toepassen van de interventie hun werkplezier bevorderde. Ook verbeterde de communicatie met de patiënt. Patiënten vonden de nieuwe etiketteksten duidelijker, al vonden veel

patiënten de oude ook al vrij duidelijk. Ook waardeerden patiënten de TVM. Ze gaven aan dat de TVM ertoe bijdraagt dat er minder kans is dat ze iets niet begrijpen. Omdat de TVM bij iedereen wordt ingezet, voelden de patiënten geen stigmatisering. Patiënten gaven wel het advies duidelijk in de apotheek te vermelden dat de TVM gebruikt wordt.

Het effect van begrijpelijke etiketteksten en de TVM op therapietrouw is aangetoond in eerdere studies. Binnen de context van deze proeftuin is de effectiviteit van deze interventies op therapietrouw niet bevestigd. In een voor- en nameting studie was er geen positief effect van de interventies op persistentie te zien (n=230 patiënten). Persistentie betekent dat patiënten de therapie blijvend gebruiken. Ook was er geen significant verschil in attitudes ten aanzien van geneesmiddelen (gemeten met de BMQ) en tevredenheid met informatie over geneesmiddelen (gemeten met de SIMS) bij 197 patiënten. Een verklaring is dat dit onderzoek primair gericht is op implementatie en niet ontworpen is om het effect van de interventies te onderzoeken. Zo kan de power mogelijk te laag zijn. En waar in de eerdere onderzoeken de therapietrouw in langere gesprekken is getest, is dat in de proeftuin gedaan in kortdurende baliegesprekken bij start van de therapie.

Hoewel er geen effect is te zien op de persistentie, wordt door toepassing van de TVM wel snel duidelijk of de patiënt de instructies begrijpt, wat fouten in gebruik (die niet direct tot non-persistentie leiden) zijn. Dit kan problemen voorkomen. Het effect is daarom naar verwachting breder dan alleen op de therapietrouw; het gaat waarschijnlijk ook om het voorkomen van medicatiefouten.

Conclusie

Proeftuin Utrecht laat zien dat implementatie van begrijpelijke etiketteksten en de terugvraagmethode in de apotheek succesvol en haalbaar is. Hoewel er geen effect was op de persistentie, zorgen de interventies voor tijdige signalering van onjuist begrip van de gebruiksinstructies, vergroten ze het werkplezier van de medewerkers en worden ze gewaardeerd door de patiënt.

7 Uitkomsten van implementatie: bereik, adoptie, implementatie en borging

Marcia Vervloet, Caroline van de Steeg, Emily Baho, Laura Schackmann, Liset van Dijk

Kernboodschappen

- Implementatie van therapietrouwinterventies is in de praktijk goed haalbaar, al kent het ook uitdagingen, waarvan tijd- en personeelsgebrek de belangrijkste zijn.
- Implementeren gaat beter als de interventie past bij de dagelijkse praktijk. Belangrijk is om klein te beginnen.
- Structurele inbedding in zorgpaden, ICT en bekostiging moet de implementatie bestendigen. Taken waarvoor een vergoeding beschikbaar is, hebben prioriteit voor werkgevers.

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de implementatie in de proeftuinen verlopen is. De volgende vragen komen onder andere aan de orde: is de beoogde patiëntpopulatie bereikt, bleven zorgverleners gemotiveerd, zijn de interventies uitgevoerd zoals beoogd, zijn er aanpassingen doorgevoerd en zo ja waarom en welke, wat is gedaan om de implementatie te bestendigen? Deze evaluatie maakte gebruik van diverse kwalitatieve en kwantitatieve data: de semigestructureerde eindinterviews met projectleiders van de vier proeftuinen, ZonMw eindverslagen, scripties van studenten die hun masterproject binnen de proeftuin uitvoerden, notulen van maandelijkse begeleidingsgesprekken en notulen van de 6-wekelijkse reflectiebijeenkomsten. Het Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance raamwerk (RE-AIM, Holtrop 2021) is gebruikt voor de analyses. De eindinterviews zijn getranscribeerd en geanalyseerd met behulp van thematische analyse. De gegevens uit de ZonMw-eindverslagen, scripties en notulen zijn geëxtraheerd en gecodeerd aan de hand van dezelfde op RE-AIM gebaseerde codeboom. We beschrijven hieronder de resultaten per onderdeel van dit RE-AIM raamwerk. We kijken daarnaast ook naar bevorderende en belemmerende factoren. De meeste resultaten hebben betrekking op proeftuinronde 1, maar waar gegevens al beschikbaar waren, gaan we ook in op proeftuinronde 2. Vanuit deze resultaten benoemen we geleerde lessen, en formuleren we aanbevelingen en praktische tips voor toekomstige implementatie van therapietrouwinterventies. De implementatiegids bundelt deze praktische tips en meer en is te vinden op de website van het Make-It consortium: <https://makeitconsortium.nl/implementatiegids>.

7.1 Bereik (Reach)

Dit omvat het aantal patiënten dat wordt bereikt met de interventie en de mate van representativiteit van deze patiënten voor de doelpopulatie.

In drie van de vier proeftuinen uit de eerste ronde zagen we dat zij de streefaantallen voor patiënteninclusie haalden (zie tabel 7.1). Zowel in Amsterdam als Almere werden meer patiënten geïnccludeerd dan vooraf beoogd, respectievelijk 522 in zes apotheken (streefaantal: 500) en 743 in 14 apotheken (streefaantal: 400). Ook in Utrecht werden de aantallen zo goed als gehaald, in de twee apotheken is in 88% van de eerste uitgiftes (EU) begrijpelijke etiketteksten gebruikt (streven: 90%), en in 67% van de EU is de terugvraagmethode (TVM) toegepast door de apothekersassistenten

(streven: 40%). De huisartsen pasten de TVM nauwelijks toe (zie verder 7.2. Adoptie). Amersfoort had als doel om met alle patiënten in de herhaalservice een jaargesprek te voeren (ongeveer 5400 mensen in drie apotheken kwamen in aanmerking voor een jaargesprek). Dit aantal is niet gehaald, uiteindelijk is met meer dan 3000 patiënten een jaargesprek gehouden; aan het einde van het project planden gemiddeld 55% van de patiënten in de herhaalservice een jaargesprek.

Tabel 7.1 Aantallen deelnemende apotheken, streefbereik en behaald bereik patiënten

Proeftuin	# apotheken	Streefbereik # patiënten	Behaald bereik # patiënten
Ronde 1			
Amsterdam	6	500	522
Almere	14	400	743
Utrecht	2	90% BE; 40% TVM	88% BE; 67% TVM
Amersfoort	3	5400	3000

Wat representativiteit van de deelnemende patiënten betreft, zagen we dat de proeftuinen hun interventie over het algemeen aan *alle patiënten* binnen hun doelgroep aanboden en soms zelfs breder dan dat. Zo bood Almere telefonische startbegeleiding (TSB) aan alle patiënten aan die een eerste uitgifte voor een cardiovasculair middel ophaalden in de poliklinische apotheek. Echter, de andere interventie, KIJKsluiter, is niet alleen naar cardiovasculaire patiënten gestuurd, zoals beoogd, maar naar alle patiënten, omdat dit makkelijker te implementeren was dan aan één specifieke patiëntengroep. In Utrecht was het doel bij alle patiënten bij EU de TVM en begrijpelijke etiketteksten in te zetten. Amersfoort wilde alle patiënten in de herhaalservice uitnodigen voor het jaargesprek. In Amsterdam werd triage uitgevoerd bij alle patiënten die potentieel therapie-ontrouw waren aan cardiovasculaire medicatie. Hoewel de interventies breed aangeboden werden, werden niet alle patiënten bereikt.

Redenen waarom niet alle patiënten bereikt werden

De redenen dat patiënten niet altijd werden bereikt, verschilden per proeftuin.

- In Almere werden logistieke redenen bij zowel de apothekers (geen tijd, bezettingsproblemen) als patiënten genoemd om de TSB niet uit te voeren. Ook zorginhoudelijke redenen werden genoemd, bijv. dat de medicatie voor kort- in plaats van langdurend gebruik bleek te zijn of de medicatie niet voor een cardiovasculaire indicatie bleek te zijn.
- In Amersfoort was de communicatie richting de patiënt een knelpunt. Enerzijds in de benadering voor het jaargesprek: 21% van de patiënten die werden uitgenodigd via e-mail planden een jaargesprek in wat opliep tot 95% wanneer een telefonische herinnering werd ingezet. Anderzijds in de informatie over het jaargesprek: voor patiënten was het doel van het jaargesprek niet altijd duidelijk, of dachten mensen dat het jaargesprek geld kostte.
- In Amsterdam bleken na de selectie nog veel mensen uit te vallen die als vals-positief werden aangemerkt, bijvoorbeeld omdat ze zijn overgezet op Baxter, of verhuisd, opgenomen, geswitcht. Het vrijmaken van een apothekersassistent of farmaceutisch consultant om patiënten te includeren resulteerde daarentegen weer in hogere aantallen patiënten.
- In Utrecht werd in ongeveer de helft van de EU's waarbij geen TVM werd toegepast geen reden vermeld, bij een kwart betrof het geen echte EU/was de patiënt al bekend met het middel (bijv. langer dan een jaar geleden al gebruikt of door gebruik medicatie van partner). Ook de taalbarrière was een obstakel bij een deel van de Utrechtse populatie. Tot slot was nog niet voor alle doseringsvoorschriften een begrijpelijke etikettekst beschikbaar, wat de aantallen ook beïnvloedde.

In de tweede ronde proeftuinen lagen de *beoogde* patiëntaantallen met name voor de implementatie van het Jaargesprek hoger dan in de eerste ronde. Zo wilden proeftuin Vleuten / Leiden met 14 apotheken en proeftuin Friesland met zeven apotheken respectievelijk 11.000 en 3000 jaargesprekken voeren. Beide proeftuinen hebben gebruik gemaakt van de geleerde lessen uit Amersfoort en hebben de manier van uitnodigen van patiënten en de informatie over het jaargesprek geoptimaliseerd. Echter, met name vanwege het grote en snel toegenomen personeelstekort in verschillende apotheken binnen de proeftuinen zijn deze patiëntaantallen bij lange na niet gehaald (zie verder ook 8.2 Adoptie). In Noord-Limburg lag het beoogde aantal op 1000 gesprekken door 10 apotheken. Dit aantal is gehaald, dankzij een verlenging van het project. Op Aruba en Curaçao is begonnen met 12 apotheken, twee meer dan beoogd. Het project is afgerond in 10 apotheken. Ook hier vielen twee apotheken uit vanwege het personeelstekort (zie verder 8.2 Adoptie). In 10 maanden wilden zij in totaal 300 patiënten (30 per apotheek) de TSB en de KIJKsluiter aanbieden. Dat aantal is ruim behaald: de zes apotheken op Aruba boden aan 248 patiënten TSB en KIJKsluiter aan, de vier apotheken op Curaçao deden dit aan 115 patiënten, een totaal van 363 patiënten zijn bereikt.

Geleerde lessen over Reach (bereik)

- Door het aanbieden van de interventie als standaardzorg aan alle patiënten, wordt in theorie een brede patiëntenpopulatie bereikt door de proeftuinen.
- Goede communicatie richting de patiënt over wat de interventie inhoudt is belangrijk om patiënten mee te krijgen.
- Het succes in het bereiken van patiënten hangt ook af van de capaciteit / de inzet van het apotheekteam. In de tweede ronde hadden de ernstige personeelstekorten in de apotheken een negatieve impact op de inclusie van patiënten.

7.2 Adoptie

Onder adoptie verstaan we het aantal beoogde zorgverleners dat de interventie wil gaan uitvoeren en het bij minimaal één patiënt daadwerkelijk gedaan hebben. We beschrijven ook wat bevorderende en belemmerende factoren hierbij waren.

In de eerste ronde proeftuinen zagen we een hoge adoptie van de interventie door zorgverleners. In Almere hebben alle beoogde 14 openbare apotheken de TSB uitgevoerd. In Amersfoort zijn jaargesprekken gevoerd in alle drie apotheken, door alle apothekersassistenten. In Utrecht is de TVM toegepast in beide apotheken, maar nauwelijks door de betrokken huisartsen. Zij gaven aan dat de directe toepasbaarheid voor hen beperkt was (zij starten niet dagelijks een nieuw middel) en de TVM niet geschikt vonden voor alle patiënten. De begrijpelijke etiketteksten zijn ook door beide apotheken ingezet. In Amsterdam is de interventie uitgevoerd door alle zes beoogde apotheken. Wel zijn er verschillen tussen de apotheken in de mate van implementatie.

In de tweede ronde proeftuinen zagen we verschillen in adoptie, waarbij een lagere adoptie (met een lagere patiëntinclusie als gevolg) met name veroorzaakt werd door de sterk toegenomen personeelstekorten. In proeftuin Friesland adopteerden alle beoogde zeven apotheken het jaargesprek, maar werd er met (veel) minder patiënten een jaargesprek gevoerd. Ook in proeftuin Vleuten / Leiden, waar het beoogde aantal apotheken 14 was, en de interventie uiteindelijk door 13 apotheken is uitgevoerd (één apotheek moest de deuren sluiten), werden er veel minder jaargesprekken gevoerd. In proeftuin Noord-Limburg was er veel enthousiasme onder de apotheken binnen Limburgse Apothekers Coöperatie (LAPCo) om mee te doen aan het project, en apotheken

konden zichzelf aanmelden voor het project. Zij zijn gestart met 11 apotheken, uiteindelijk hebben 10 apotheken de interventie geadopteerd (één apotheek viel vanwege vertrek van de apotheker af). Op de Antillen was het beoogde aantal apotheken 10, maar werd gestart met 12 (zes op Aruba en zes op Curaçao). Uiteindelijk vielen twee apotheken van één keten op Curaçao af vanwege problemen met personeel (overplaatsingen en personeelstekort). Ook in de tweede ronde zagen we grote verschillen tussen apotheken binnen de proeftuin.

Bevorderende factoren adoptie

Een goede projectleider ('champion'), groot draagvlak en daarmee betrokkenheid onder de zorgverleners, en het onderling enthousiasmeren zijn factoren die de adoptie bevorderd hebben. Ook diverse (communicatie)trainingen hebben in alle proeftuinen de zorgverleners geholpen in het oppakken van de interventies. In Almere zorgden groot draagvlak onder zorgverleners (erkend belang) én management en positieve reacties van patiënten op de interventie voor een goede adoptie. In Amersfoort werd de adoptie van het jaargesprek gestimuleerd door trainingen, een cultuur van betrokkenheid in de apotheek en continue evaluatie van het proces. In Amsterdam werd adoptie bevorderd door toegankelijke informatievoorziening voor zorgverleners en een eenvoudige projectopzet met duidelijke verwachtingen. In Utrecht speelden projectleiders een sleutelrol bij het enthousiasmeren van medewerkers en het bevorderen van effectieve samenwerking tussen apotheken en huisartsen.

Belemmerende factoren voor adoptie

Een belangrijke belemmerende factor in meerdere proeftuinen was de aanvankelijke weerstand tegen verandering van werkwijzen onder apotheekteamleden en patiënten, waarbij sommige assistenten en patiënten niet direct het belang van de nieuwe werkwijze begrepen, deze niet accepteerden of er onzeker over waren. Andere belemmerende factoren voor adoptie waren: personeelwisselingen (Amsterdam), bezettingsproblemen (Almere), concurrerende betaalde activiteiten zoals een medicatiebeoordeling (Almere) of andere zorgverplichtingen (Amsterdam) waardoor geen tijd vrijgemaakt kon worden voor de interventie.

Geleerde lessen

- Het is belangrijk een kartrekker / projectleider op locatie te hebben om de adoptie van de interventie door andere zorgverleners te bevorderen.
- Draagvlak voor de interventie bij de zorgverleners is cruciaal. (Intrinsieke) motivatie voor de interventie, het inzien van het belang / nut van de interventie zijn belangrijke bevorderende factoren voor adoptie.
- Klein beginnen met enthousiaste apothekers / assistenten, continue evaluatie om het proces te optimaliseren, en onderlinge aanmoediging en delen van ervaringen, bevordert de adoptie door het gehele team.
- Passende training van zorgverleners om de interventie uit te voeren is belangrijk voor een goede adoptie.

7.3 Effectiviteit

Onder effectiviteit verstaan we in dit hoofdstuk de voor- en nadelen van de interventies zoals beleefd door de patiënten en de zorgverleners in de proeftuinen. Voor meer informatie over de effectiviteit verwijzen we naar hoofdstuk 6.

Voordelen van de interventies

De eerste ronde proeftuinen (Almere, Amersfoort, Amsterdam en Utrecht) heeft positieve resultaten gezien van hun interventies. In Almere werden de telefonische startbegeleiding en de KIJKsluiter positief ontvangen door patiënten, wat resulteerde in verbeterde patiënttevredenheid en een hoger zelfvertrouwen wat betreft het geneesmiddelgebruik. Ook haalden apothekers werkplezier uit het uitvoeren van de telefonische startbegeleiding en waardeerden zij de bijdrage aan het goed geneesmiddelengebruik. Het Jaargesprek in Amersfoort verhoogde de therapietrouw bij patiënten en verbeterde het contact tussen patiënten en apothekerteamleden. Er werd geen toename gevonden in het vertrouwen van patiënten in de apotheek, noch in de opvattingen die patiënten over hun medicatie hebben. In Amsterdam heeft de interventie een positieve impact gehad op zowel de patiënten als de zorgverleners. Patiënten waardeerden het proactieve contact vanuit de apotheek, dat ze gezien werden en duidelijke uitleg kregen. Apothekerspersoneel ervoer meer betrokkenheid bij en binding met de patiënt en dat ze door het project beter in staat zijn om therapieontrouw te signaleren en het gesprek op de juiste manier aan te gaan. In Utrecht resulteerde de interventie in een grotere bewustwording onder zorgverleners van hoe vaak patiënten de instructies niet begrijpen, en dus de noodzaak van het toepassen van de TVM en begrijpelijke etiketteksten. Patiënten waardeerden de interventies en het leidde tot een beter begrip van de instructies.

Nadelen van de interventies

Hoewel de interventies verschillende voordelen met zich meebrachten, waren er ook nadelen. In Amsterdam toonden sommige patiënten weerstand tegen de interventie. De complexiteit van de interventie en de benodigde tijdsinvestering werden soms als overweldigend ervaren door zowel patiënten als zorgverleners. In Utrecht voelden sommige zorgverleners zich ongemakkelijk bij het toepassen van de terugvraagmethode, omdat ze vreesden dat het als betuttelend kan overkomen bij patiënten; focusgroepen met patiënten gaven echter aan dat dit niet per se zo is. Wel was de effectiviteit van de interventie niet consistent bij alle patiënten en in alle situaties. Sommige patiënten reageren positief en begrijpen de instructies beter, terwijl anderen de interventie minder effectief vinden of zelfs geïrriteerd kunnen reageren. Het was moeilijk te voorspellen bij welke patiënten de interventie het beste werkt.

Geleerde lessen effectiviteit

- De nieuwe vormen van zorg aangeboden door de apotheek worden over het algemeen gewaardeerd door patiënten.
- Ook zorgverleners zijn over het algemeen positief over het aanbieden van de interventies, dit verrijkt hun takenpakket en vergroot het werkplezier.
- De interventies verbeteren het contact en versterken de relatie tussen apotheker(assistent) en patiënt.

7.4 Implementatie

Onder implementatie verstaan we de mate waarin de interventie zo is uitgevoerd zoals beoogd (ook wel 'fidelity'), en daarbij ook of, en zo ja, welke aanpassingen gemaakt zijn.

In Almere is de TSB uitgevoerd zoals beoogd was. Vaak hadden de apothekers het gesprek binnen tien minuten afgerond. Met dank aan de communicatietraining en de opgestelde protocollen om op terug te vallen, verliep de implementatie van de TSB soepel. Het versturen van de KIJKsluiter was nog geen onderdeel van de receptstroom in het apotheekinformatiesysteem, waardoor het sturen nog wel eens werd vergeten. Ongeveer de helft van de patiënten heeft uiteindelijk de KIJKsluiter

ontvangen. Nadat dit was opgemerkt is ervoor gekozen om een aantal vaste communicatiezinnen aan de balie in te zetten, bijvoorbeeld 'ik ga u nu de bijsluiters sturen per e-mail'. Zo herinnerde het de zorgverleners aan het daadwerkelijk sturen van de KIJKsluiter.

De meeste jaargesprekken (95%) in proeftuin Amersfoort vonden plaats in de daarvoor bestemde spreekkamer. Het overige percentage bestond uit gesprekken gevoerd aan de balie of door middel van (beeld)bellen. De meest uitgevoerde stappen waren het vragen aan patiënten of ze vragen hadden (92%) en het beoordelen van de hoeveelheid medicatie (90%). Het stellen van de TRIAGE-vragen en het bieden van hulp bij medicatiegebruik werden minder vaak gedaan (resp. in 61% en 58% van de gesprekken). In 37% van de uitgevoerde jaargesprekken werden alle stappen van het protocol gevolgd. Echter, de apothekersassistenten kregen ook de ruimte zich het gesprek 'eigen' te maken en de TRIAGE-vragen waren bedoeld als hulpmiddel in het gesprek niet als verplichte vragen. Het aansluiten bij de behoeften van de patiënt was belangrijker dan het volgen van het gespreksprotocol. Een belangrijke manier om therapieontrouw op te sporen is de hoeveelheid medicatie die de patiënt nog heeft afzetten tegen de hoeveelheid die de patiënt volgens het voorschrift nog had moeten hebben ('pill count'). Bij de helft van de jaargesprekken werd hier een verschil in gevonden. In 78% van de gesprekken waarin een verschil werd gevonden, vroegen de apothekersassistenten naar de oorzaak. Het is niet duidelijk waarom zij niet naar de oorzaak vroegen in de overige gesprekken.

In proeftuin Amsterdam is de interventie grotendeels uitgevoerd zoals de projectleiders voor ogen hadden. De communicatie tussen de uitvoerende zorgverleners bleek niet zo te zijn verlopen als beoogd. Apothekersassistenten omschreven dat communicatie met zorgverleners in hetzelfde gezondheidscentrum soepel verliep, met name met de praktijkondersteuners (POH's). De communicatie met de huisartsen daarentegen verliep moeizaam. Voor de communicatie met de huisartsen hadden de projectleiders ingezet op het systeem 'c-Boards'. Echter, huisartsen bleken nog niet zozeer gebruik te maken van dit systeem. Tegen het einde van het project werd c-Boards wel langzaam maar zeker meer gebruikt door de huisartsen. De projectleiders benadrukken dat wanneer communicatie via c-Boards meer standaard wordt in de zorgverlening, dit waarschijnlijk zal leiden tot verbeterde communicatie tussen huisartsen en apothekers(-assistenten).

De implementatie van de begrijpelijke etiketteksten is in proeftuin Utrecht uitgevoerd zoals zij voor ogen hadden. De nieuwe coderingen voor de begrijpelijke etiketteksten zijn gedurende het project deel geworden van de dagelijkse routine in de deelnemende apotheken en huisartspraktijken. Bij de implementatie van de TVM gaven de uitvoerders gaandeweg aan meer de neiging te hebben om de vraag aan te passen. Uitvoerders stelden dat de vraag 'wat heeft de arts u verteld?' hen minder weerstand bood dan het uitvoeren van de TVM zoals in de training werd geleerd. Desondanks is door de projectleiders gedurende het project zoveel mogelijk geprobeerd en aangespoord om toch de TVM toe te passen zoals geleerd. Echter, ook de TVM kan 'eigen' gemaakt worden waardoor de vorm kan verschillen tussen uitvoerders en ieder het op zijn/haar eigen manier geïmplementeerd heeft.

Bevorderende factoren voor implementatie

Er zijn verschillende bevorderende factoren voor de implementatie genoemd door de proeftuinen. Factoren betreffende de interventie zelf:

- Als de interventie past bij de dagelijkse praktijk en als waardevol ervaren wordt.
- In Utrecht en Almere zijn extra triggers ontwikkeld voor het toepassen van de interventie (zinnen/etiketten).

Factoren betreffende organisatie:

- Goede voorbereiding, tijdsplanning en organisatie.
- Klein beginnen en vervolgens verder uitrollen.
- Een betrokken leidinggevende met de juiste mentaliteit.
- Vrijmaken van tijd voor uitvoerenden en inzet van een facilitator op locatie, bijvoorbeeld een farmaceutisch manager of een buddysysteem.

Factoren betreffende ondersteuning:

- De gevolgde trainingen en bijbehorende ondersteunende materialen (zie ook adoptie).
- Begeleiding vanuit het Make-It consortium.
- Utrecht en Amersfoort hebben ook expliciet farmacistudenten genoemd die hebben gediend als faciliterende factoren in het project (actueel, enthousiast, allure, hulp).
- Prettige samenwerking met praktijkondersteuner.

Factoren rond motivatie:

- Leren van elkaar tijdens intervisie
- Positieve feedback is een goede stimulans.
- Het doorlopend onder de aandacht brengen van het project is een goede boost, bijvoorbeeld door een WhatsApp-groep.

Belemmerende factoren voor implementatie

Er zijn ook verschillende belemmerende factoren voor implementatie genoemd door de proeftuinen.

Factoren betreffende de interventie zelf:

- Kinderziektes aan het begin van het project, bijvoorbeeld nog niet goed ingericht AIS.
- De interventie sluit (nog) niet aan bij dagelijkse routine.

Factoren betreffende organisatie en beleid:

- Tijdgebrek / tijdsdruk.
- Bezettingsproblemen / personeelwisselingen.
- Geen vergoeding voor de extra geleverde zorg.
- Concurrerende activiteiten die wel vergoed worden gaan voor.

Factoren rond motivatie / uitvoering:

- Onzekerheid bij uitvoerenden over hun eigen vaardigheden.
- (Te) weinig intrinsieke belangstelling / motivatie (mentaliteit).
- Moeizame communicatie en samenwerking met andere zorgverleners.
- Taalbarrière bij sommige patiënten.

Overige factoren:

- Ten tijde van de eerste ronde proeftuinen: coronamaatregelen.

Geleerde lessen implementatie

- Implementeren gaat beter als de interventie past bij de dagelijkse praktijk en als waardevol ervaren wordt. Uitvoerenden kunnen onderdelen van de interventie aanpassen als blijkt dat het dan beter werkt.
- Een projectleider met de juiste eigenschappen die het project goed voorbereidt, organiseert, autoriteit geniet en betrokkenen doorlopend betreft, is essentieel.
- Bij start van het project is training nodig, tijdens de implementatiefase helpt intervisie om van elkaar te leren en is doorlopende (positieve) feedback door de leidinggevende bevorderend.
- Begin klein, dan kort-cyclisch evalueren, verbeteren en opschalen.
- Tijd- en personeelsgebrek belemmeren de implementatie. Taken waarvoor een vergoeding beschikbaar is, hebben prioriteit voor werkgevers.

7.5 Maintenance / Borging

Onder borging verstaan we de mate waarin de interventie onderdeel wordt van de dagelijkse routine, geborgd wordt in de praktijk. Bij de afronding van hun project wilden alle vier de proeftuinen de interventie graag voortzetten in de eigen setting. Intussen weten we dat dit (nog) niet overal gelukt is.

In Almere zijn gesprekken met de zorgmakelaar om te kijken naar mogelijkheden voor vergoeding van de TSB. In Amersfoort is een multidisciplinaire werkgroep opgericht waarin ook de diëtiste, wijkverpleegkundige, POH en doktersassistente deel in hebben, zodat ook op andere plekken aandacht is voor het jaargesprek. In de apotheek Orion wordt ook een fysieke ruimte gebouwd speciaal voor het jaargesprek. Elk jaar is de projectleider van plan om iets nieuws toe te voegen, ook om het nieuw te houden en het een boost te geven.

In Amsterdam is de intentie er ook, echter is het nog geen onderdeel van de reguliere zorg dus na afloop van het project lijkt het weer naar de achtergrond te verschuiven en andere activiteiten (waar ze een target voor moeten halen, zoals MBO) krijgen meer prioriteit. Wel hebben ze een toedieningsregistratiesysteem uitgerold waardoor wijkverpleegkundigen nu ook kunnen signaleren of patiënten problemen ervaren bij hun medicatiegebruik. Gesprekken met de zorgverzekeraar zijn nog niet concreet.

In Utrecht bestaat de wens het te blijven toepassen, echter het blijven doen van de TVM blijkt lastig. Niet alle zorgverleners hebben de TVM in het systeem, waardoor dit ook snel weer wegzakt. Het kost veel energie en moeite om telkens de TVM weer onder de aandacht te brengen bij het team. De begrijpelijke etiketteksten daarentegen zijn wél onderdeel van de reguliere zorg geworden.

In Amsterdam lijkt de interventie niet meer uitgevoerd te worden, ondanks plannen om onder alle leden van Sigrā de interventie uit te rollen. Ook in Utrecht lijkt de interventie niet voldoende geborgd. Er is echter wel een nieuw project gestart om in Leiden e.o. de interventie – in een bredere interventie – in te voeren.⁴

Al met al lijkt de interventie vooralsnog alleen in Amersfoort voortgezet te worden, mede dankzij de bredere insteek van de projectleider aldaar om een ‘therapietrouwloket’ te realiseren. Het jaargesprek wordt uitgerold naar andere apotheken in de regio, er is interesse vanuit de apotheekhoudende huisartsen. En dit project heeft geleid tot een spin-off project: de Maand van de therapietrouw. In dit project wordt gewerkt aan brede signalering (met behulp van de bredere werkgroep) van therapie-ontrouw in de eerste lijn en doorverwijzing naar de jaarlijkse cyclus van de herhaalservice c.q. het Jaargesprek. Het is de bedoeling om dit project verder in de hele regio Eemland uit te rollen. Streven van deze apotheker: apotheker van de toekomst vormgeven.

Benodigde ondersteuning voor voortzetten interventie

Alle vier de proeftuinen geven aan dat veranderingen in het AIS nodig zijn om de interventie beter te kunnen borgen. In Almere wordt ondersteuning vanuit AIS (trigger inbouwen) genoemd om te blijven denken aan het uitvoeren van de TSB op het juiste moment. Ook in Amsterdam wordt deze technische ondersteuning in het AIS genoemd. In Amersfoort kan goede vastlegging in het AIS van het jaargesprek en de resultaten daarvan, en ook het delen van gegevens met de andere betrokken

⁴ NeLL - Hart voor VerbindenNeLL - Hart voor Verbinden

zorgverleners, de borging bevorderen. In Utrecht zouden ze graag het automatisch toekennen van codes aan duidelijkere etiketteksten zien in het AIS zodat het geen extra stap meer is die vergeten kan worden.

Naast aanpassingen aan het Apotheek Informatie Systeem (AIS) is vergoeding van de geleverde zorg bij drie van de vier proeftuinen ook een belangrijk element. In Almere en Amsterdam is het nu nog extra zorg, een vergoeding vanuit de zorgverzekeraar zou borging bevorderen. Of het anders organiseren van de zorg ('wat kan er af / minder, zodat er ruimte komt voor deze nieuwe vorm van zorg?'). Dit is hoe in Amersfoort de jaargesprekken (in ieder geval in apotheek Orion) geborgd zijn: in plaats van 4 contactmomenten van 5 minuten bij uitgifte van de herhaalmedicatie aan de balie is er nu 1 contactmoment van 20 minuten (het Jaargesprek), en de overige 3 afhaalmomenten gebeuren via de kluis die is aangeschaft door de apotheek. Ook in Utrecht wordt een vergoeding genoemd als bevorderende factor, al geeft de projectleider ook aan dat – als de TVM eenmaal in de vingers zit/routine is, dat assistentes er in principe geen extra tijd mee kwijt hoeven te zijn. Het zou daarom vooral gaan om vergoeding van de investering die nodig is om te starten en het in de vingers te krijgen.

Barrières voor borging

- Als de nieuwe interventie geen onderdeel wordt van de standaard werkwijze / routine, belemmert dit de borging van de interventie. Ook als er geen kartrekker / aanjager meer is, belemmert dit de borging; periodieke aandacht is nodig.
- Drie van de vier interventies zijn nu nog een extra handeling en onbetaalde zorg: concurrerende activiteiten die wél worden vergoed (zoals medicatiebeoordelingen) krijgen dan al gauw voorrang.
- Personeelstekort is een knelpunt, waardoor prioriteiten elders komen te liggen. Ook het invoeren van nieuw (of tijdelijk) personeel in de interventie is lastig.
- De rol van de apotheker in de zorg als zorgverlener is niet duidelijk genoeg, ook voor andere zorgverleners (bijvoorbeeld huisartsen) niet.

Geleerde lessen

- Voor duurzame borging van de zorg in de standaard werkwijze is, ook na aanvankelijk succesvolle implementatie, blijvende of in elk geval periodieke aandacht nodig.
- Vanwege personeelstekorten en tijdgebrek moeten apothekers keuzes maken. Het verlenen van vergoede zorg heeft dan prioriteit boven niet-vergoede zorg.

8 Het kiezen van een interventie: aspecten van interventies die implementeerbaarheid voorspellen

Mirthe Oude Lansink, Bart van den Bemt, Charlotte Bekker

Kernboodschappen

- Een Delphi-studie onder experts bracht bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie van een therapietrouwinterventie in kaart.
- Deze factoren kwamen niet altijd overeen met de daadwerkelijk ervaren factoren in de praktijk bij de proeftuinen.
- Het vooraf inschatten van de implementeerbaarheid van een interventie in een specifieke context lukt maar beperkt.

8.1 Introductie

Het lukt in de praktijk niet altijd om therapietrouwinterventies succesvol te implementeren. Hierbij spelen diverse factoren een rol (zie hoofdstuk 1). Het is daarom wenselijk om een tool te hebben, die vooraf een inschatting geeft hoe implementeerbaar een therapietrouwinterventie in een bepaalde situatie is. Deze tool zou idealiter ook een inschatting moeten geven van welke factoren een belangrijke rol hebben bij deze implementatie. Het CFIR-raamwerk is een implementatieraamwerk dat als onderlegger kan dienen voor zo'n tool omdat het helpt mogelijke bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie van interventies in kaart te brengen. Hoewel dit raamwerk veelvuldig is gebruikt in implementatieonderzoek, bevat het veel factoren en is daardoor minder handzaam. Ook is het een algemeen raamwerk dat niet specifiek gericht is op de implementatie van therapietrouwinterventies. Zo een raamwerk voor therapietrouwinterventies ontbreekt op dit moment. De wens bestaat daarom om een implementatietool te ontwikkelen waarbij voorafgaand aan de daadwerkelijke implementatie van een therapietrouwinterventie de haalbaarheid kan worden ingeschat. Hieronder zijn de stappen weergegeven die zijn ondernomen om belangrijke factoren voor de implementatie van therapietrouwinterventies te identificeren, om zo tot een dergelijke tool te komen.

8.2 Delphi-studie

Voorafgaand aan de implementatie van de therapietrouwinterventies door de proeftuinen binnen het STIP-4 programma, is een Delphi-studie uitgevoerd. Hieraan namen 18 experts deel (zeven apothekers, vier artsen, vier verpleegkundigen en drie wetenschappers). Zij beoordeelden factoren gebaseerd op het CFIR op een vijfpunts-Likert schaal (1: helemaal niet belangrijk; 5: heel belangrijk) in welke mate deze volgens hen bijdragen aan het al dan niet slagen van de implementatie van een therapietrouw-interventie. Consensus is gedefinieerd als 70% of meer overeenstemming over een score van 4 of 5 (belangrijk, heel belangrijk). De Delphi-studie bestond uit drie verschillende rondes:

1. Survey ronde 1: scores van CFIR-constructen; op basis van een online vragenlijst. Deelnemers scoorden hoe belangrijk zij de constructen van het CFIR vonden voor het succes van de implementatie van therapietrouwinterventies in het algemeen. Een construct viel af bij 70% overeenstemming over het niet belangrijk zijn voor de implementatie.
2. Survey ronde 2: scores proeftuinen; deelnemers scoorden voor de eerste vier proeftuinen (op basis van de projectaanvragen door de proeftuinen ingediend bij ZonMw) hoe implementeerbaar zij de voorgestelde interventie in de gegeven setting achtten. Aan de hand van de CFIR-constructen is gevraagd hoe belangrijk de deelnemers het construct vonden voor de gegeven interventie en praktijksituatie. Constructen gingen door naar ronde 3 als er minimaal 70% overeenstemming was dat het construct belangrijk is voor implementatie.
3. Survey ronde 3: stemming; CFIR-constructen die in de eerdere rondes belangrijk werden bevonden door de deelnemers werden voorgelegd voor een finale stemming. Deelnemers werd gevraagd of ze het ermee eens waren dat de constructen die in ronde 2 belangrijk waren bevonden, ook als dusdanig werden bestempeld. Hetzelfde is gedaan voor constructen die door minder dan 70% van de respondenten in ronde 2 als belangrijk werden bevonden. Hiervan werd in ronde 3 gevraagd of deze constructen ook daadwerkelijk minder belangrijk zijn.

8.3 Determinanten voor implementatie in de praktijk

Voor de eerste vier proeftuinen (Almere, Amersfoort, Amsterdam, Utrecht) is na de implementatie beoordeeld welke factoren daadwerkelijk van invloed zijn geweest op de implementatie van de therapietrouwinterventie. Hiervoor zijn notulen van de begeleidingsgesprekken en reflectiebijeenkomsten, eindrapportages, stageverslagen en transcripten van de eindinterviews met de projectleiders geanalyseerd door middel van inductieve en deductieve analyse aan de hand van het vernieuwde CFIR-raamwerk. Sinds het uitvoeren van de Delphi-studie is het CFIR-raamwerk vernieuwd. Dit heeft ertoe geleid dat we de oorspronkelijke constructen (op basis van Damschroder 2009) hebben vertaald naar de nieuwe versie van het CFIR-raamwerk (Damschroder 2022). Per proeftuin is beoordeeld welke CFIR-constructen van belang zijn geweest voor de implementatie. Een construct is van belang geweest voor de implementatie wanneer minstens één keer was beschreven of benoemd dat dit als belemmerend of als bevorderend is ervaren in het implementatieproces. De documenten zijn door twee onderzoekers voorzien van open codes. Deze zijn vervolgens in het CFIR-raamwerk geplaatst door één van de onderzoekers en deze categorisering is voor één van de vier proeftuinen door de tweede onderzoeker gecontroleerd. Bij verschillen in mening werd er gediscussieerd tot consensus werd bereikt. Vervolgens werden van de overige drie proeftuinen de open codes door één onderzoeker in de vastgestelde categorisering geplaatst en vond er een discussie plaats bij twijfelgevallen om tot consensus te komen.

Tabel 8.1. Mate van overeenkomst tussen het van belang zijn van een CFIR-construct (ja/nee) voor de implementatie van therapietrouwinterventies volgens de Delphi-studie ('voorspelling'), en de resultaten uit de praktijk van de vier proeftuinen: per construct, gesorteerd op domein. De mate van overeenkomst is aangegeven als het aantal proeftuinen waarvoor de resultaten uit de praktijk met de Delphi-studie wel/niet overeenkomen.

CFIR		Voorspelling op basis van Delphi-studie (voor implementatie)			
		Ja		Nee	
Domein	Construct	Ervaren determinanten in de praktijk (na implementatie)		Ervaren determinanten in de praktijk (na implementatie)	
		Ja	Nee	Ja	Nee
Interventie	Interventie bron	0	4	0	0
	Bewijs voor interventie	1	3	0	0
	Relatief voordeel	2	2	0	0
	Aanpassingsvermogen	3	1	0	0
	Testbaarheid	0	0	1	3
	Complexiteit	2	2	0	0
	Ontwerp interventie	3	1	0	0
	Kosten	0	4	0	0
Externe context	Samenwerkingen & connecties	0	0	2	2
	Druk van de markt (<i>externe druk</i>)	0	0	0	4
	Benchmark gedreven druk (<i>externe druk</i>)	0	4	0	0
	Beleid & regelgeving	1	3	0	0
	Financiering	1	3	0	0
Interne context	Structurele karakteristieken (betreffende fysieke- en werkinfrastructuur)	0	0	4	0
	Relationele connecties	0	0	2	2
	Communicatie	0	0	3	1
	Cultuur (betreffende gelijkheid van individuen en centraal staan van behoeften van uitvoerders)	0	0	4	0
	Cultuur gericht op behoeften patiënt (<i>cultuur</i>)	0	4	0	0
	Leercultuur (<i>cultuur</i>)	0	0	0	4
	Noodzaak voor verandering	0	4	0	0
	Compatibiliteit	4	0	0	0
	Relatieve prioriteit	3	1	0	0
	Beloningssysteem	0	0	1	3
	Overeenkomst met missie interne context	1	3	0	0
	Beschikbare middelen	4	0	0	0
	Toegang tot kennis & informatie	4	0	0	0

CFIR		Voorspelling op basis van Delphi-studie (voor implementatie)			
		Ja		Nee	
Domein	Construct	Ervaren determinanten in de praktijk (na implementatie)		Ervaren determinanten in de praktijk (na implementatie)	
Individu - rollen	Leiders van hoge autoriteit	3	1	0	0
	Leiders van gemiddelde autoriteit	0	4	0	0
	Opinieleiders	0	4	0	0
	Facilitators voor implementatie	0	0	4	0
	Implementatie leiders (formeel aangesteld)*	0	0	3	1
	Implementatie leiders (voorvechter)*	3	1	0	0
	Ontvangers interventie	3	1	0	0
Individu - karakteristieken	Behoeften	1	3	0	0
	Competentie	4	0	0	0
	Motivatie (leiders)*	3	1	0	0
	Motivatie (algemeen)*	4	0	0	0
Proces	Planning	3	1	0	0
	Betrekken van uitvoerders / ontvangers interventie	4	0	0	0
	Uitvoering	0	0	3	1
	Reflecteren & evalueren	4	0	0	0

Groen= praktijk komt overeen met de Delphi-studie

Rood= praktijk komt niet overeen met de Delphi-studie

* Dit nieuwe CFIR-construct is opgesplitst in twee delen, omdat de oude versie van CFIR hiervoor twee aparte constructen kende

8.4 Mate van overeenkomst tussen mening experts en praktijk

Na de eerste ronde van de Delphi is geen van de 41 constructen afgefallen. Na de tweede ronde van de Delphi, waarbij vijf tot acht experts per proeftuin de constructen beoordeelden op mate van belang op basis van de projectaanvragen, bleven er 31 constructen over. Na ronde drie bleven er 29 constructen over waarvoor overeenstemming was dat deze van belang zijn voor de implementatie van een therapietrouwinterventie. Deze constructen staan weergegeven in tabel 8.1 onder 'ja' onder 'Delphi-studie'.

Vervolgens is bepaald in hoeverre deze constructen ook daadwerkelijk een rol bij de implementatie hebben gespeeld. In tabel 8.1 is de mate van overeenkomst van de score van de Delphi-studie ('de voorspeller') en de resultaten uit de vier proeftuinen weergegeven (de daadwerkelijk ervaren determinanten). Van de 29 constructen die uit de Delphi als belangrijk waren bevonden, hebben er zeven daadwerkelijk een rol gespeeld bij alle vier de proeftuinen, acht bij drie proeftuinen, twee bij twee proeftuinen en vijf bij één proeftuin. Constructen die in alle vier de proeftuinen een rol hebben gespeeld zijn: compatibiliteit, beschikbare middelen, toegang tot kennis en informatie, competentie, algehele motivatie, het betrekken van uitvoerders en/of ontvangers bij de interventie en reflecteren en evalueren. Hoewel zeven van de acht constructen uit de CFIR die de interventie beschrijven

belangrijk werden bevonden in de Delphi, was geen enkele van deze constructen bij alle vier proeftuinen relevant. Opvallend is dat kosten bij geen enkele proeftuin een rol speelden voor de implementatie. Dit is waarschijnlijk te verklaren doordat de proeftuinen een subsidie hebben ontvangen. Daarnaast waren er drie constructen die in alle vier de proeftuinen een rol hebben gespeeld, maar uit de Delphi niet als belangrijke factoren naar voren kwamen. Het gaat hier om de volgende constructen: structurele karakteristieken van de interne organisatie, de cultuur binnen de interne organisatie en de rol van bevorderende factoren voor de implementatie (waaronder de begeleidende rol van Make-It valt). Van de 12 constructen die volgens de Delphi als niet belangrijk zijn bestempeld, waren er twee constructen die in geen enkele proeftuin een rol hebben gespeeld. Dit zijn de constructen externe druk van de markt, en leercultuur (betreffende de interne organisatie).

8.5 Conclusie

Uit de vergelijking van de resultaten van de Delphi-studie (vooraf voorspeld) met de resultaten uit de praktijk (daadwerkelijk ervaren), blijkt dat het lastig is om de haalbaarheid van de implementatie en relevante factoren hiervoor, vooraf op basis van een subsidieaanvraag volledig in te schatten. Constructen die zowel uit de Delphi als in de praktijk belangrijk werden bevonden (compatibiliteit, beschikbare middelen, toegang tot kennis en informatie, competentie, algehele motivatie, het betrekken van uitvoerders en/of ontvangers bij de interventie en reflecteren en evalueren) dienen in ieder geval te worden opgenomen in de implementatiechecklist.

9 Opschaling: schaalbaarheid van interventies

Liset van Dijk, Stijn Hogervorst, Menno van Woerkom, Jacqueline Hugtenburg, Marcia Vervloet

Kernboodschappen

- Succesvolle interventies hebben potentie voor opschaling naar andere settings.
- Opschaling vraagt om een aanpak op maat, met oog voor lokale belangen en processen.
- Duurzame opschaling vergt blijvende aandacht, ondersteuning en middelen.
- Voor duurzame opschaling is het nodig dat relevant stakeholders samen naar mogelijkheden zoeken om de borging te garanderen.

9.1 Een review over schaalbaarheid

Het opschalen van interventies voor therapietrouw naar routinezorg blijft een uitdaging. Zo ook in de proeftuinen, zoals bleek in hoofdstuk 8. Om meer zicht te krijgen op schaalbaarheid van therapietrouwinterventies heeft een aantal leden van Make-It een literatuurreview uitgevoerd (Hogervorst 2022). Deze review, geïnspireerd door de realistische theorie, had als doel te beoordelen welke aspecten van interventies belangrijk kunnen zijn voor de schaalbaarheid van effectieve interventies voor therapietrouw en hoe deze worden gerapporteerd in effectiviteitsstudies. Vanwege de haalbaarheid kozen de onderzoekers één ziektegebied: hart- en vaatziekten (HVZ). In totaal werden 4097 artikelen uit vier databases gescreend, waarvan uiteindelijk 31 studies werden opgenomen. Relevante informatie over schaalbaarheid werd verzameld en geanalyseerd aan de hand van een theoretisch kader uit de zogenaamde QUALIDEC-studie. Hiervoor gebruikten de onderzoekers de realist review methode. De realist review maakt gebruik van een theoriegedreven aanpak om te beantwoorden hoe, waarom en in welke contexten interventies kunnen werken (of niet). Dit wordt gedaan door de analyse te concentreren op de relaties tussen context, onderliggende mechanismen voor werking en uitkomsten van de interventie.

9.2 Resultaten van de review toegepast op de proeftuinen

Uit de review van Hogervorst e.a. (2022) kwamen uiteindelijk zes verschillende domeinen naar voren die relevant zijn voor de schaalbaarheid van interventies voor therapietrouw aan geneesmiddelen, die we hieronder kort beschrijven. Ook maken we, waar mogelijk, een vertaling naar de proeftuinen.

Domein 1: Complexiteit van de interventie

Minder complexe interventies zijn vaak beter op te schalen. Dat is omdat deze interventies vaak gemakkelijker toe te passen zijn in verschillende contexten. Ook vereisen ze minder inzet van mensen. Echter, minder complexe interventies leveren in het algemeen minder relatief voordeel op ten opzichte van de standaardzorg. De relatie tussen de complexiteit van de interventie en de schaalbaarheid kan daarom worden gezien als een afweging tussen haalbaarheid en opbrengst. Kijken we naar proeftuinen Therapietrouw uit het STIP-4 programma, dan zien we dat het haalbaar was de gekozen interventies te implementeren. Ze waren minder complex dan sommige andere interventies die in onderzoek getest zijn. We zien ook dat de effecten die gevonden worden op

therapietrouw relatief klein zijn (hoofdstuk 6). Dit heeft te maken met de manier van meten en evalueren, maar het kan ook te maken hebben met de balans tussen haalbaarheid en opbrengst.

Domein 2: Training

Om interventies te implementeren is vaak training nodig. De review liet zien dat uitgebreide training ervoor zorgt dat het lastiger is een interventie uit te proberen. Dat beperkt de schaalbaarheid. Hoe uitgebreider de training is, hoe meer middelen nodig zijn om aan de interventie deel te nemen. Aan de andere kant kan een training zorgverleners ondersteunen in de uitvoering van de interventie zeker als deze andere of sterker getrainde vaardigheden vereist dan in de standaardzorg nodig is. Training kan daarom nodig zijn voor de initiële implementatie van de interventie, maar heeft mogelijk een negatieve invloed op de schaalbaarheid. In de proeftuinen zien we dat alle proeftuinen een trainingsprogramma aanboden aan de zorgverleners, met name op het gebied van communicatie. Dit varieerde in omvang tussen de proeftuinen, maar over het algemeen waren de programma's vrij intensief met meer dan één sessie. De trainingen werden door de medewerkers over het algemeen goed gewaardeerd en droegen bij aan de implementatie in de praktijk. Voor verdere opschaling kunnen dergelijke intensieve trainingen een belemmering vormen. Er moet de bereidheid en de mogelijkheid zijn deze trainingen te volgen.

Domein 3: Aanpassing van de interventie

De review liet zien dat aanpassing van de interventie aan de behoeften en wensen van de betrokken zorgverleners de tevredenheid over de interventie vergroten. In de proeftuinen is de interventie vormgegeven door zorgverleners. Zij pasten bestaande interventies aan de behoeften en wensen van de proeftuin en de beoogde populatie aan. De interventies die zij kozen, leenden zich daar ook voor. In de tweede ronde proeftuinen veranderden de zorgverleners die het project leidden, de interventies weer naar hun behoeften. Het feit dat dit kan zorgt dat de schaalbaarheid toeneemt. Daarnaast kwam uit de review naar voren dat het kan lonen de interventie aan een specifieke patiëntpopulatie aan te bieden vanwege de positieve invloed op het relatieve voordeel ervan (de interventie wordt heel gericht aangeboden). Dat bevordert de schaalbaarheid. Voorbeelden van dergelijke interventies zien we in de proeftuinen, zoals interventies die uitsluitend gericht zijn op: 1) patiënten die momenteel niet-therapietrouw zijn (proeftuinen Amsterdam en Noord-Limburg), 2) patiënten die met nieuwe medicatie beginnen (proeftuin Utrecht) of 3) mensen die ontslagen zijn uit het ziekenhuis (proeftuin Almere). Dit zorgt ervoor dat patiënten die geen baat hebben bij de interventie deze ook niet krijgen aangeboden, wat de interventie efficiënter maakt. De proeftuinen hebben dus vrijwel allemaal een afgebakende populatie, iets wat de schaalbaarheid – gezien de resultaten van de review – ten goede zou moeten komen.

Domein 4: Drivers van de interventie

De review laat zien dat zogenaamde drivers, zoals overkoepelende of beleidsvormende organisaties (inclusief zorgverzekeraars) of beroepsorganisaties, een belangrijke rol spelen in het proces van opschaling. Deze organisaties zijn belangrijke partners bij wie de ontwikkelaars of initiators van interventies draagvlak moeten krijgen. Bovendien kunnen deze organisaties een rol spelen in de financiering van interventies, ook om te waarborgen dat de interventies kunnen worden voortgezet nadat de initiële onderzoeksfinanciering is beëindigd. Dit punt is iets wat we in de proeftuinen duidelijk zien. De eerste vier proeftuinen zijn klaar met het project en de onderzoeksfinanciering is geëindigd. De proeftuinen hebben allemaal aangegeven door te willen met de interventies maar zien ook problemen om dit te doen en alleen in Amersfoort lijkt bestendinging te lukken. Momenteel is er geen vergoeding. Dit in combinatie met personeelstekorten in de apotheek maakt dat het moeilijk is de interventies blijvend te implementeren. Mogelijkheden om de zorg te contracteren zijn er, bijvoorbeeld via een NZa-zorgprestatie. Echter, daarvoor moet de bereidheid zijn deze zorg in te kopen, zowel aan de kant van de zorgverleners als de zorgverzekeraars. Hiervoor lijkt het nodig dat

de interventies op grotere schaal worden ingezet. Dit betekent dat er een vicieuze cirkel lijkt te zijn. Echter, recentelijk is een alternatief gestart wat eraan kan bijdragen dit te doorbreken. Menzis en de Twentse Apothekers Organisatie zijn een pilot gestart waarin zij een alternatieve bekostiging van de apotheekzorg gaan onderzoeken. Zo willen zij kijken of er meer ruimte komt voor het optimaliseren van zorg rondom geneesmiddelen in de apotheek.⁵

Domein 5: Technische interventies

Technische interventies zijn vaak relatief eenvoudig. Te denken valt aan synchronisatie van afleveren, elektronische reminders voor patiënten of online informatievoorziening. De inzet van deze interventies vraagt relatief weinig menskracht. Wel vereisen ze vaak juridische, beleids- of ICT-aanpassingen, bijvoorbeeld in verband met privacy en gegevensuitwisseling. Deze aanpassingen maken de start van het inzetten van de interventies moeilijker. Maar zodra de benodigde aanpassingen doorgevoerd zijn, is de schaalbaarheid en duurzame inzet van dit soort interventies gemakkelijker. De aanpassingen die gedaan worden, kunnen worden gezien als een eenmalige investering, die ook ten goede kan komen aan zorgverleners buiten het initiële onderzoek. Een nadeel van technische interventies is dat deze interventies soms leunen op specifieke ICT-systemen, waardoor deze interventies ontoegankelijk worden voor gebruikers van verschillende systemen. De proeftuinen hebben vrijwel geen technische interventies ingezet met uitzondering van de KIJKsluiter (proeftuinen Almere en Nederlandse Antillen) en begrijpelijke etiketteksten (proeftuin Utrecht). De KIJKsluiter was al een breed ingezette interventie voordat de proeftuinen van start gingen. Voor de Nederlandse Antillen vereiste de KIJKsluiter wel aanpassingen, waarvan de vertaling in het Papiamentu de grootste was. Nu dit gedaan is, kan de KIJKsluiter voor de hele Caraïbische regio ingezet worden. Wat betreft de begrijpelijke etiketteksten geldt dat technologische ondersteuning vanuit ICT-systemen in de zorg nog niet haalbaar is. De initiële benodigde inspanning om dit breed te organiseren, is nog niet zodanig dat deze interventie zonder wijzigingen in zorg-ICT kan worden uitgevoerd. De apotheekmedewerkers kunnen de nieuwe instructies wel zelf in hun eigen systeem invoeren bij het aanschrijven van de medicatie. Dit kost weinig extra tijd. Voor de schaalbaarheid zou landelijke ICT-ondersteuning echter wel bevorderend kunnen werken.

Domein 6: Betrokkenheid van stakeholders

Verschiedende stakeholders spelen een belangrijke rol als het gaat om het opschalen van interventies. Idealiter zouden zij vanaf het begin betrokken moeten zijn. Draagvlak creëren is daarbij belangrijk. Informatie over sterke punten en beperkingen van de interventie in specifieke setting, gegevens over de (kosten)effectiviteit en gegevens over het gebruik van de interventie in verschillende settings is relevant voor stakeholders om beslissingen over opschaling te kunnen nemen. Het uitvoeren van stakeholderanalyses aan het begin van een project zorgt ervoor dat de juiste gegevens hiervoor verzameld worden. In verschillende proeftuinen is aan het begin gekeken welke stakeholders betrokken moesten worden. Zo heeft proeftuin Nederlandse Antillen de zorgverzekeraars op beide deelnemende eilanden betrokken. In Utrecht was er een adviesraad die meedacht en de proeftuin Almere heeft een SWOT-analyse gedaan. Toch zou er vanaf het begin meer aandacht besteed kunnen worden aan het betrekken van stakeholders. Hierin heeft Make-It ook een rol. In STIP-ronde 4 hebben we workshops aangeboden voor stakeholdermanagement (zie bijlage B). Deze zaten echter laat in het traject. Dit zou voor een volgende ronde anders moeten. Bijvoorbeeld door in de contextanalyse die Make-It in samenwerking met de proeftuinen doet al een stakeholderanalyse op te nemen.

⁵ <https://www.tao-ua.nl/news.aspx?id=1033> (laatst geraadpleegd 29 augustus 2024)

Lessons learned

- Er is een balans tussen haalbaarheid en effectiviteit: minder complexe interventies zijn beter te implementeren maar maken vaak minder sterk het verschil met de standaardzorg.
- Training is meestal nodig voor de initiële implementatie van de interventie. Omdat (intensieve) training ertoe kan leiden dat opschaling vertraagd wordt, is het belangrijk de positieve ervaringen van deelnemers met de training te delen.
- Het kunnen aanpassen van een interventie aan lokale behoeften en context draagt bij aan schaalbaarheid.
- Het ontbreken van een vergoeding voor het uitvoeren van een interventie is een belangrijke barrière voor opschaling. Daarom is een discussie tussen relevante stakeholders (zorgverzekeraars, contracteerpartijen) nodig. Daarnaast is een aanbeveling dat voor de komende ronde proeftuinen deze stakeholders vanaf het begin af aan bij de proeftuin aansluiten.

10 Patiëntraadpleging: patiënten over nieuwe initiatieven in de farmaceutische zorg

Marle Gemmeke, Laura Schackmann, Ruby Janssen, Liset van Dijk, Rob Heerdink, Marcia Vervloet

Kernboodschappen

- Patiënten zien de waarde van de nieuwe initiatieven die de proeftuinen implementeren. Zij stellen hierbij een aantal voorwaarden, bijvoorbeeld op het gebied van privacy, samenwerking binnen de eerste lijn en afstemming van communicatie op de behoeften van de patiënt.
- Patiënten zijn bereid bij te dragen aan het onder de aandacht brengen en stimuleren van initiatieven zoals door de proeftuinen geïmplementeerd. Zij zien daar ook een rol weggelegd voor patiëntenverenigingen.

10.1 Opzet interactieve patiëntbijeenkomst

Naar aanleiding van de resultaten van de Make-It proeftuinen en de uitdagingen bij het bestendigen en uitbreiden van de implementatie van therapietrouwinterventies wilden we weten hoe in de toekomst (te beginnen in het STIP-5 programma) de patiëntbetrokkenheid bij het verbeteren van de apotheekzorg gestimuleerd kan worden. Rondom dit thema hebben we een interactieve bijeenkomst voor patiënten georganiseerd. De volgende vraag stond daarbij centraal: Wat zijn de meningen, behoeften en verwachtingen van chronische patiënten ten aanzien van het implementeren van therapietrouwinterventies in de proeftuinen en daarbuiten?

De bijeenkomst was op 6 juni 2024 en duurde drie uur. Veertien mensen die (chronisch) medicatie gebruiken, namen deel. We hebben patiënten geworven die eerder deel uitmaakten van het Make-It patiëntpanel. Daarnaast hebben we patiënten uitgenodigd die hebben deelgenomen aan patiëntpanels van de proeftuinen, voormalige panelleden van het Nivel Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten, en geïnteresseerden uit onze eigen netwerken. Tijdens de bijeenkomst hebben de deelnemers meegedacht over het leveren van vernieuwde vormen van zorg in de apotheek. Zij deden dit in twee opdrachtrondes. De eerste opdrachtronde was gericht op het inventariseren van meningen, verwachtingen en behoeftes van de deelnemers ten aanzien van het leveren van vernieuwde zorgvormen in de apotheek. In de tweede opdrachtronde stond het bespreken van drie scenario's waarbij patiënten apotheken kunnen ondersteunen centraal.

De bijeenkomst richtte zich op twee hoofdthema's:

1. Organisatie van Zorg:

- Meningen, behoeften en verwachtingen ten aanzien van vernieuwde zorgvormen.
 - Mogelijke bijdragen van patiënten aan deze vernieuwde zorg.
 - Belangrijke aspecten in de communicatie over de vernieuwde zorg.
- Redenen voor patiënten om niet deel te nemen aan de vernieuwde zorg.

2. Samenwerking tussen patiënten en apotheken:

- Manieren waarop patiënten en apotheken kunnen samenwerken.
- Bespreking van scenario's waarbij patiënten apotheken kunnen ondersteunen. Dit hebben we gedaan aan de hand van drie scenario's, 1) bij het verkrijgen van vergoedingen van zorgverzekeraars, 2) door het voorkomen van inefficiënte zorg, 3) media-aandacht te vragen voor verbeteringen in de apotheekzorg.

10.2 Uitkomsten interactieve patiëntbijeenkomst

Organisatie van zorg

Verwachtingen en behoeften van patiënten ten aanzien van vernieuwde zorgvormen

Hieronder staan de door de deelnemers genoemde verwachtingen en behoeften. Deze geven aan wat belangrijk is voor patiënten in de zorg die zij krijgen. Hiermee kunnen proeftuinen in de volgende ronde en zorgverleners (met name apothekers) in het algemeen rekening houden.

Privacy: Een belangrijke behoefte bij de invoering van een nieuwe zorgvorm in de apotheek is de waarborging van de privacy. Gesprekken die horen bij een nieuwe zorgvorm worden bij voorkeur in de spreekkamer gevoerd. Niet alle patiënten zijn mondig genoeg om aan te geven dat zij een privacygevoelig gesprek bij voorkeur in de spreekkamer voeren. Daarnaast weten niet alle patiënten dat er een spreekkamer is in de apotheek. De apotheek dient dus actiever patiënten erop te attenderen dat er gebruikgemaakt kan worden van de spreekkamer. In ieder geval dienen dit soort gesprekken daar plaats te vinden.

Communicatie tussen huisarts en apotheek: De samenwerking tussen de huisarts en apotheek kan ook een belangrijke bijdrage leveren aan de waarborging van de privacy in de apotheek. De huisarts is op de hoogte van de achtergrond (o.a. aandoening, laaggeletterdheid) van de patiënt. De huisarts kan de apotheek hierover informeren via het recept. De apotheek kan daar dan rekening mee houden bij leveren van zorg, bijvoorbeeld op het gebied van communicatie of privacy.

Afspraken bij apotheek: De patiënten willen graag afspraken kunnen maken bij de apotheek wanneer zij een nieuwe vorm van zorg aangeboden krijgen. Bij de huisarts zijn zij al gewend dat zij afspraken kunnen maken, maar voor de apotheek kennen zij dit eigenlijk nog niet. Ze verwachten ook dat de apotheek actief meedenkt bij het eenvoudiger maken van het medicatiegebruik.

Omgaan met emoties: Tijdens een afspraak met de apotheek kunnen er ook emoties zijn, bijvoorbeeld als de partner van de apotheekbezoeker terminaal is en veel zorg en medicatie nodig heeft. Dat kan veel impact hebben. De apotheek hoort dat niet te onderschatten. Onder apotheekbezoekers bestaat de indruk dat er soms al snel wordt gedacht: 'dat redt hij of zij wel'. Het medicatiegebruik en de toediening van medicatie is vaak niet eenvoudig. Samen met de impact van de terminale zorg, kan dit erg veel zijn voor iemand.

Huisbezoek door apotheker: Er is onder patiënten behoefte aan een huisbezoek door de apotheker, vooral bij ouderen die niet meer goed ter been zijn en zelf niet naar de apotheek kunnen. Voor deze zorg vinden patiënten ook dat vergoeding hoort te komen.

Herzien van benodigde medicijnen: Patiënten gaven aan dat er behoefte is aan een jaargesprek. Ze zien dit als een goed moment om te kijken wat voor medicijnen zij nog nodig hebben.

Terugbellen over medicijnen: Sommige patiënten konden zich wel vinden in het idee van een terugbelafpraak na het starten van een nieuw medicijn. Ze gaven aan dat dit bevorderlijk is om te controleren of de patiënt alles goed heeft begrepen. Wel benadrukten ze dat het belangrijk is om ook het gesprek aan de balie te voeren, met name voor de non-verbale communicatie.

Wat willen patiënten als de apotheek vernieuwde zorg aanbiedt?

De apotheken in de proeftuinen bieden nieuwe vormen van zorg aan die voor patiënten nog niet altijd bekend zijn. Hieronder beschrijven we aspecten die patiënten belangrijk vinden als apotheken nieuwe vormen van zorg (vernieuwde zorg) aanbieden.

Belangrijke aspecten in de communicatie over de vernieuwde zorg

De digitalisering van zorg leidt ertoe dat de afstand tussen de patiënt en zorgverlener groter wordt. Dat is in tegenstelling tot datgene waar behoefte aan is onder patiënten, namelijk juist die nieuwe vormen van zorg waarin contact centraal staat. Over de vernieuwde zorgvormen moet daarbij ook volgens de patiënt zowel digitaal, mondeling als schriftelijk gecommuniceerd te worden. De nieuwe vorm van zorg moet op de website van de apotheek uitgelegd te worden. Niet iedereen is echter digitaal begaafd dus moet de apotheek meer doen om de vernieuwde zorg onder de aandacht van patiënten te brengen. Dit kan wanneer iemand in de apotheek komt om medicatie op te halen. Dan kan die persoon schriftelijk informatie meekrijgen over de nieuwe vorm van zorg. Tegelijkertijd kan de patiënt dan ook mondeling geïnformeerd worden. Patiënten gaven aan dat het belangrijk is om de communicatie af te stemmen op het type patiënt.

Mogelijke bijdragen van patiënten aan deze vernieuwde zorg

Sommige patiënten gaven aan dat ze niet concreet voor ogen hebben hoe en wat ze zouden kunnen bijdragen aan vernieuwde zorgvormen. Ze zijn echter wel bereid om mee te werken. Hoewel de deelnemers allemaal wel zouden willen bijdragen, zagen ze ook redenen waarom mensen dat niet zouden willen: omdat ze bang zijn voor verandering of omdat het misschien confronterend kan zijn.

Samenwerking tussen patiënten en apotheken

De patiënten gingen aan de slag met de vraag hoe patiënten en apotheken met elkaar kunnen samenwerken. Hieronder staan de resultaten voor drie scenario's beschreven.

Het verkrijgen van vergoedingen van zorgverzekeraars

Apotheken ervaren soms moeilijkheden bij het verkrijgen van adequate vergoedingen van zorgverzekeraars voor de zorg die zij leveren. Dit kan de kwaliteit en toegankelijkheid van de apotheekzorg onder druk zetten. We hebben patiënten gevraagd wat zij vinden van vergoedingen en wat zij belangrijk vinden.

Eigen risico: Patiënten vinden het lastig dat geneesmiddelenkosten momenteel onder het eigen risico vallen. Deze geneesmiddelen hebben zij namelijk gewoon nodig. Niet iedereen kan echter het eigen risico betalen. Vandaar dat het risico bestaat dat deze patiënten de apotheekzorg gaan mijden terwijl zij geneesmiddelen nodig hebben. Hierdoor kunnen ziekten verergeren en hebben ze uiteindelijk nog duurdere medicijnen nodig. Dat is nog nadeliger voor de zorgverzekeraar.

Vergoeding: De patiënten nemen hier het jaargesprek (uitgevoerd in drie van de acht proeftuinen) als voorbeeld. Zij geloven dat het jaargesprek uiteindelijk de zelfregie van de patiënt verhoogt. Het dient aangetoond te worden dat een jaargesprek uiteindelijk ook kostenbesparing oplevert. Indien dat het geval is, dan moet het sowieso vergoed worden. Ook wanneer het jaargesprek niet direct kostenbesparend is, maar het jaargesprek wel de kwaliteit van leven verbetert, dient deze zorg vergoed te worden. De vraag is dan alleen wie in aanmerking dient te komen voor vergoeding voor

deze zorg. Volgens de patiënten moeten hiervoor criteria opgesteld worden, aangezien niet iedereen deze zorg nodig heeft. Die criteria kunnen te maken hebben met leeftijd, maar eventueel ook met andere aspecten, zoals laaggeletterdheid.

Patiëntadviesraad: Vroeger leken er meer mogelijkheden te zijn voor patiënten om input te leveren aan zorgverzekeraars door middel van patiëntadviesorganen van zorgverzekeraars. Die zijn er niet meer en hierdoor hebben patiënten geen zeggenschap meer over wat er wel of niet vergoed wordt. Patiënten willen daar wel zeggenschap over hebben. Zij willen graag ook keuze hebben over de inhoud van hun eigen basispakket (wat wordt er voor hun wel of niet vergoed?). De oudere patiënt heeft bijvoorbeeld geen kraamzorg meer nodig, dat kan er dan dus uit.

Adviesgesprek door zorgverzekeraar: In de ideale situatie neemt de zorgverzekeraar het initiatief voor een adviesgesprek over de af te sluiten verzekering met de patiënt. In ieder geval dient het voor patiënten mogelijk te zijn om adviesgesprekken aan te vragen bij zorgverzekeraars, zodat zij kunnen voorkomen dat ze te veel betalen. Zorgverzekeraars dienen eerlijk te informeren over welke pakketten wel of niet in het voordeel van de individuele patiënt zijn.

Voorkomen inefficiënte zorg

In de apotheek kunnen tegenslagen zoals leveringsproblemen, lange wachttijden of ongepast gedrag van patiënten leiden tot frustratie en inefficiënte zorg. In dergelijke situaties is vaak meer contact nodig om het probleem op te lossen, wat ten koste gaat van de tijd die besteed kan worden aan andere patiënten of taken. Tijdens de bijeenkomst zijn we met patiënten in gesprek gegaan over hun perspectief op deze problematiek en wat er volgens hen nodig is om het contact in deze situaties zo soepel mogelijk te laten verlopen.

De deelnemers die dit probleem hebben besproken, gaven aan dat medicijnwisselingen door leveringsproblemen een herkenbaar probleem zijn in de apotheek. Zij gaven aan dat ze zelf geen boosheid of frustratie hebben ervaren door een wissel. Als het bij hen voorkomt, hebben ze begrip voor de situatie en accepteren ze de wissel. Ze gaven aan dat het niet aan de apotheek ligt, maar aan de zorgverzekeraar en de politiek. Ze konden zich goed voorstellen dat medepatiënten hierdoor wel gefrustreerd raken, vooral bij mensen die bijvoorbeeld in paniek raken omdat hun medicijn niet meer beschikbaar is.

De deelnemers vonden dat patiënten zelf weinig kunnen doen in situaties waar medicijnen niet leverbaar zijn. De patiënt kan navragen bij de apotheek wat de alternatieven zijn en/of wellicht navragen bij de huisarts of het een medische noodzaak is. Vroegtijdige communicatie over een wissel is belangrijk, gaven deelnemers aan. Bijvoorbeeld bij een herhaalrecept, dat de patiënt een e-mail krijgt over de mededeling. Verder gaven deelnemers aan dat het belangrijk is dat apotheekteamleden luisteren naar de patiënt, en dat ze vragen naar de oorzaak van de reactie van de patiënt, bijvoorbeeld waarom de patiënt bang is.

Media-aandacht te vragen voor verbeteringen in de apotheekzorg

We keken met patiënten naar de mogelijkheid om via media-aandacht te vragen voor verbeteringen in de apotheekzorg. Patiënten kunnen hierin een sleutelrol vervullen door als ervaringsdeskundigen hun stem te laten horen en te 'lobbyen' voor betere patiëntenzorg. Tijdens de discussie zijn we met patiënten in gesprek gegaan over hun visie op deze aanpak. De deelnemers gaven aan dat er een verschil in aanpak ligt bij voor wie de boodschap bestemd is. Is de boodschap bestemd voor patiënten? Dan is de wachtkamer van de huisartsenpraktijk of van de apotheek een handige plek voor bijvoorbeeld een informatieve video. De deelnemers gaven aan dat zij denken dat vooral een

animatiefilmpje daar goed voor zou werken. Video's waarbij mensen in-real-life iets vertellen, geven bij sommige deelnemers het gevoel dat het ingestudeerd was.

Wanneer de boodschap gericht is op bijvoorbeeld de zorgverzekeraar, dan zijn deelnemers bereid bij te dragen, en dan met name op het gebied van het delen van ervaringen en meningen. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een interview, het schrijven van een brief, of het samen sparren tijdens een groepsbijeenkomst. De deelnemers gaven ook aan dat het belangrijk is om bij een nieuwe zorgvorm (zoals het jaargesprek) een test / pilot uit te voeren, en daarvan de resultaten op een pakkende manier te vertellen in de media. Het overbrengen van het antwoord op de vraag wat de nieuwe zorgvorm oplevert, vinden ze meer de taak van de betrokken zorgverleners. Deelnemers gaven aan dat om de zorgverzekeraar beter te bereiken, het samen optrekken van zorgverlener en patiënt nog beter zou werken als ook patiëntenverenigingen en beroepsverenigingen betrokken zijn bij de ontwikkeling van deze media.

11 Geleerde lessen

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de geleerde lessen uit het Make-It project tot dusver. Dit doen we voor de voorbereiding van de proeftuinen (selectie door ZonMw en de voorbereiding door de proeftuinen) alsmede voor het implementatieproces en de uitkomsten. Tot slot doen we aanbevelingen voor de STIP-5 ronde.

11.1 Voorbereiding en begeleiding

Selectieproces

- Het doorlopen van het selectieproces bij ZonMw is voor eerstelijns organisaties lastig. Dit leidt ertoe dat zorgverleners die dit proces succesvol kunnen doorlopen voorlopers zijn of (in meer of mindere mate) gelieerd zijn aan een universiteit of onderzoeksinstelling.
- Het is lastig om de haalbaarheid van de implementatie en relevante factoren hiervoor, vooraf op basis van een subsidieaanvraag, volledig in te schatten.
- Constructen die zowel experts als de praktijk belangrijk vinden voor kansrijke implementatie, moeten worden opgenomen in een implementatiechecklist die aanvragers kunnen gebruiken voor het schrijven van een aanvraag.

Context en voorbereiding van de proeftuin

- Een bekwame projectleider, gedegen voorbereiding, iteratieve werkwijze en inbedding in de organisatie zijn succesfactoren voor zowel het verwerven van subsidie als slagen van de proeftuin.
- Investeren in training en begeleiding van zorgverleners stimuleert eigenaarschap, draagvlak en het verwerven van de juiste competenties om de interventie te kunnen implementeren. Ook helpen het investeren in het vergaren van steun van alle betrokkenen en het maken van heldere afspraken over taken, verantwoordelijkheden en financiering bij de implementatie.
- Interventies moeten aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van patiënten en zorgverleners om zo de kans op succesvolle implementatie te vergroten.
- Inbedding in de organisatie, draagvlak en eigenaarschap zijn cruciaal voor het slagen van een proeftuin.

Begeleiding van de proeftuinen

- Een divers aanbod aan begeleiding (workshops, intervisie, begeleidingsgesprekken) helpt proeftuinen bij de uitvoering van de interventies en het creëren van een duurzame verandering in de dagelijkse praktijk.

11.2 Uitkomsten van de proeftuinen

Reach (bereik)

- Door het aanbieden van een interventie als standaardzorg aan alle patiënten, wordt een brede patiëntenpopulatie bereikt door de proeftuinen.
- Goede communicatie richting de patiënt over wat de interventie inhoudt, is belangrijk om patiënten mee te krijgen.
- Het succes in het bereiken van patiënten hangt af van de capaciteit / inzet van het apotheketeam.

Adoptie

- Het is belangrijk een kartrekker / projectleider op locatie te hebben om de adoptie van de interventie door andere zorgverleners te bevorderen.
- Draagvlak voor de interventie bij de zorgverleners is cruciaal. (Intrinsieke) motivatie voor de interventie en het inzien van het nut van de interventie zijn belangrijke bevorderende factoren voor adoptie.
- Klein beginnen met enthousiaste apothekers / assistenten, continue evaluatie om het proces te optimaliseren, en onderlinge aanmoediging en delen van ervaringen, bevordert de adoptie door het gehele team.
- Passende training van zorgverleners om de interventie uit te voeren is belangrijk voor een goede adoptie.

Effectiviteit

- Niet alle interventies hebben in de praktijk een effect op de therapietrouw. Dit biedt aanknopingspunten voor verbetering en aanscherping van de door de proeftuinen geïmplementeerde interventies. Regelmatige monitoring en tijdige bijsturing zijn noodzakelijk.
- Interventies moeten voldoende intensief zijn voor duurzame gedragsverandering bij patiënten en zorgverleners.
- De nieuwe vormen van zorg aangeboden door de apotheek worden over het algemeen gewaardeerd door patiënten.
- Zorgverleners zijn over het algemeen positief over het aanbieden van de interventies. Het verrijkt hun takenpakket en vergroot het werkplezier.
- De interventies verbeteren het contact en versterken de relatie tussen apotheker(assistent) en patiënt.
- Patiënten zien de waarde van de nieuwe initiatieven die de proeftuinen implementeren. Zij stellen hierbij een aantal voorwaarden, bijvoorbeeld op het gebied van privacy, samenwerking binnen de eerste lijn en afstemming van communicatie op de behoeften van de patiënt.

Implementatie

- Implementatie van therapietrouwinterventies is in de praktijk goed haalbaar, al kent het ook uitdagingen, waarvan tijd- en personeelsgebrek de belangrijkste zijn.
- Implementeren gaat beter als de interventie past bij de dagelijkse praktijk en als waardevol ervaren wordt. Uitvoerenden kunnen onderdelen van de interventie aanpassen als blijkt dat het dan beter werkt.
- De proeftuinen pasten een ruime hoeveelheid implementatiestrategieën toe om de interventie in de praktijk te implementeren. Een combinatie van strategieën is nodig om gedragsverandering te bewerkstelligen. De door alle proeftuinen gebruikte strategieën geven hiervoor een goede basis voor een set van samenhangende implementatiestrategieën om impact te maximaliseren.
- Een projectleider met de juiste eigenschappen die het project goed voorbereidt, organiseert, autoriteit geniet en betrokkenen doorlopend betreft, is essentieel.
- Bij de start van het project is training nodig, tijdens de implementatiefase helpt intervisie om van elkaar te leren en is doorlopende (positieve) feedback door de leidinggevende bevorderend.
- Begin klein, dan kort-cyclisch evalueren, verbeteren en opschalen.
- Tijd- en personeelsgebrek belemmeren de implementatie. Taken waarvoor een vergoeding beschikbaar is, hebben prioriteit voor werkgevers.

Maintenance (borging)

- Voor duurzame borging van de zorg in de standaard werkwijze is, ook na aanvankelijk succesvolle implementatie, blijvende of in elk geval periodieke aandacht nodig.
- Structurele inbedding in zorgpaden, ICT en bekostiging moet de implementatie bestendigen. Vanwege personeelstekorten en tijdgebrek moeten apothekers daarnaast keuzes maken. Het verlenen van vergoede zorg heeft dan prioriteit boven niet-vergoede zorg.

Opschaling

- Er is een balans tussen haalbaarheid en effectiviteit: minder complexe interventies zijn beter te implementeren maar maken vaak minder sterk het verschil met de standaardzorg.
- Training is meestal nodig voor de initiële implementatie van de interventie. Omdat (intensieve) training ertoe kan leiden dat opschaling vertraagd wordt, is het belangrijk de positieve ervaringen van deelnemers met de training te delen.
- Het kunnen aanpassen van een interventie aan lokale behoeften en context draagt bij aan schaalbaarheid.
- Het ontbreken van een vergoeding voor het uitvoeren van een interventie is een belangrijke barrière voor opschaling. Daarom is een discussie tussen relevante stakeholders (zorgverzekeraars, contracteerpartijen) nodig. Daarnaast is een aanbeveling dat voor de komende ronde proeftuinen deze stakeholders vanaf het begin af aan bij de proeftuin aansluiten.
- Patiënten zijn bereid bij te dragen aan het onder de aandacht brengen en stimuleren van initiatieven zoals de proeftuinen die implementeren. Zij zien daar ook een rol weggelegd voor patiëntenverenigingen.

11.3 Aanbevelingen voor STIP-5

- Zorg voor een heldere, niet te complexe procedure voor de selectie van proeftuinen die financiering krijgen binnen het STIP-programma (**ZonMw**).
- Investeer in een zorgvuldige voorbereiding, heldere afspraken binnen de proeftuin en realistische verwachtingen als fundament voor een kansrijke proeftuin (**proeftuinen**).
- Creëer draagvlak en eigenaarschap door actieve betrokkenheid, training en begeleiding van zorgverleners. Een bekwame projectleider speelt hierin een sleutelrol. Sluit aan bij behoeften en mogelijkheden van de doelgroep (**proeftuinen**).
- Kies bewust voor een set van samenhangende implementatiestrategieën om de impact te maximaliseren. De door alle proeftuinen gebruikte strategieën geven hiervoor een goede basis (**ZonMw; proeftuinen m.b.v. Make-It**).
- Zorg voor structurele inbedding in zorgpaden, ICT en bekostiging om borging van de interventie in de reguliere zorg te bevorderen. Creëer hiervoor draagvlak bij relevante stakeholders (**proeftuinen m.b.v. Make-It**).
- Blijf alert op voortgang en effecten, evalueer doorlopend en stuur waar nodig bij. Vergaar steun bij alle betrokkenen, inclusief patiënten, voor duurzaam resultaat (**proeftuinen; Make-It**).
- Werk stapsgewijs en iteratief naar opschaling toe, met voldoende middelen en ondersteuning en in samenwerking met relevante stakeholders. Maak gebruik van geleerde lessen en wissel ervaringen uit (**proeftuinen, Make-It, ZonMw, zorgverzekeraars, KNMP, apotheekketens**).

Literatuur

- Balas EA, Boren SA. Managing clinical knowledge for health care improvement. *Yearb Med Inform.* 2000;9(1):65-70. doi:10.1055/s0038-1637943
- Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *Jama.* 2003;289(15):1969-1975. doi: 10.1001/jama.289.15.1969
- Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C. Effectiveness-implementation Hybrid Designs. *Medical Care*, 2012, 50(3), 217–226. doi.org:10.1097/MLR.0b013e3182408812
- Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open.* 2018 Jan 21;8(1):e016982. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016982
- Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated raamwerk for advancing implementation science. *Implementation Science.* 2009;4(1):50
- Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Raamwerk for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science.* 2022;17(1):75
- DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care.* 2002 Sep;40(9):794-811. doi: 10.1097/00005650-200209000-00009
- Douglas NF. Organizational context associated with time spent evaluating language and cognitive-communicative impairments in skilled nursing facilities: Survey results within an implementation science framework. *J Commun Disord.* 2016;60:1–13
- Dulmen S van, Sluijs E, Van Dijk L, De Ridder DT, Heerdink ER, Bensing JM. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research*, 2007, 7, 55. doi: 10.1186/1472-6963-7-55
- Dulmen S van, Sluijs E, Van Dijk L, De Ridder DT, Heerdink ER, Bensing JM. Furthering patient adherence: A position paper of the international expert forum on patient adherence based on an Internet forum discussion. *BMC Health Services Research* 2008, 8:47. doi: 10.1186/1472-6963-8-47
- Foley L, Larkin J, Lombard-Vance R, Murphy AW, Hynes L, Galvin E, Molloy GJ. Prevalence and predictors of medication non-adherence among people living with multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2021 Sep 2;11(9):e044987. doi: 10.1136/bmjopen-2020-044987
- Green LW, Glasgow RE, Atkins D, Stange K. Making evidence from research more relevant, useful, and actionable in policy, program planning, and practice. *Am J Prev Med.* 2009;37(6):S187-S191. doi:10.1016/j.amepre.2009.08.017
- Hogervorst S, Vervloet M, Adriaanse M, Zamboni K, Zullig L, Schoonmade L, Hugtenburg JG, Van Dijk L. Scalability of effective adherence interventions for patients using cardiovascular disease medication – a realist synthesis inspired systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2022 May 26. doi: 10.1111/bcp.15418
- Hogervorst S et al. Implementing medication adherence interventions in four Dutch living labs; context matters. *BMC Health Serv Res.* 2023 Sep 26;23(1):1030. doi: 10.1186/s12913-023-10018-4

- Holtrop JS, Scherer LD, Matlock DD, Glasgow RE, Green LA. The Importance of Mental Models in Implementation Science. *Front Public Health*. 2021 Jul 6;9:680316. doi: 10.3389/fpubh.2021.680316. eCollection 2021. PMID: 34295871
- Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci*. 2016;11:72
- Koh S, Lee M, Brotzman LE, Shelton RC. An orientation for new researchers to key domains, processes, and resources in implementation science. *Transl Behav Med*. 2020;10(1):179-185. doi:10.1093/tbm/iby095
- Landes SJ, McBain SA, Curran GM. An introduction to effectiveness-implementation hybrid designs. *Psychiatry Research*, 2019, 280, doi.org:10.1016/j.psychres.2019.112513
- May CR, Johnson M, Finch T. Implementation, context and complexity. *Implement Sci*. 2016;11:141
- Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 20;2014(11):CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4
- Nilsen P, Bernhardsson S. Context matters in implementation science: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:189
- Pfadenhauer LM, Gerhardus A, Mozygemba K, Lysdahl KB, Booth A, Hofmann B, et al. Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implement Sci*. 2017;12:21
- Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci*. 2015 Feb 12;10:21
- Proctor EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implement Sci*. 2013 Dec 1;8:139. doi: 10.1186/1748-5908-8-139. PMID: 24289295; PMCID: PMC3882890
- Rogers L, De Brún A, McAuliffe E. Defining and assessing context in healthcare implementation studies: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2020;20:591
- Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, Boyd KA, Craig N, French DP, McIntosh E, Petticrew M, Rycroft-Malone J, White M, Moore L. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021 Sep 30;374:n2061. doi: 10.1136/bmj.n2061
- VanDevanter N, Kumar P, Nguyen N, Nguyen L, Nguyen T, Stillman F, et al. Application of the Consolidated Framework for Implementation Research to assess factors that may influence implementation of tobacco use treatment guidelines in the Viet Nam public health care delivery system. *Implement Sci IS*. 2017;12:27
- Waltz TJ, Powell BJ, Matthieu MM et al. Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implementation Sci* 10, 109 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0295-0>
- Ware P, Ross HJ, Cafazzo JA, Laporte A, Gordon K, Seto E. Evaluating the Implementation of a Mobile Phone-Based Telemonitoring Program: Longitudinal Study Guided by the Consolidated Framework for Implementation Research. *JMIR MHealth UHealth*. 2018;6:e10768

Bijlage A De acht proeftuinen therapietrouw

Ronde 1

Proeftuin Almere

Setting: De proeftuin Almere bestond uit een poliklinische apotheek gevestigd in een ziekenhuis en 14 openbare apotheken met samenwerkende huisartsen. Zij maken allemaal deel uit van dezelfde zorggroep.

Doelgroep: Patiënten met hart- en vaatziekten die voor de eerste keer medicijnen voorgeschreven krijgen door de behandelend arts in het ziekenhuis.

Interventie: Na bezoek aan de specialist of na ontslag uit het ziekenhuis haalt de patiënt deze medicijnen op in apotheek De Brug in het Flevoziekenhuis. De apotheker mailt vervolgens aan de patiënt de KIIKsluiter. Dit is een digitale bijsluiter in de vorm van een animatievideo in begrijpelijke taal en in meerdere talen. Voordat het eerste herhaalrecept nodig is, belt de eigen apotheker met de patiënt om te vragen hoe het gaat met het regelmatig innemen van de medicijnen (telefonische startbegeleiding). Het doel van dit gesprek is om eventuele problemen, bijwerkingen en weerstanden te bespreken. Zo nodig wordt deze informatie doorgegeven aan de specialist, de huisarts en/of de wijkverpleging zodat zij op de hoogte zijn en kunnen helpen om de therapietrouw te verbeteren (overgenomen van: <https://www.zorggroep-almere.nl/nieuws/apotheken-zorggroep-almere-helpen-patiënten-met-hart-en-vaatziekten-bij-therapietrouw/>; geraadpleegd 13 juni 2024).

Proeftuin Amersfoort

Setting: De proeftuin Almere bestond uit drie openbare apotheken met samenwerkende huisartsen.

Doelgroep: Alle chronische medicijngebruikers die gebruikmaken van de herhaalservice.

Interventie: Patiënten in de herhaalservices krijgen één keer per jaar een uitnodiging voor een jaargesprek. In dit gesprek van twintig minuten nemen apothekemedewerker en patiënt het geneesmiddelengebruik door. Tijdens het gesprek kunnen de assistenten de TRIAGE-vragenset gebruiken, een praktische vragenset voor het gesprek met de patiënt.

(<https://www.nivel.nl/nl/onderzoeksprogrammas/farmaceutische-zorg/tool-triage>). Patiënten wordt gevraagd het gesprek voor te bereiden en hun medicatie mee te nemen.

Proeftuin Amsterdam

Setting: De proeftuin Amsterdam bestond uit vijf openbare apotheken met samenwerkende huisartsen. De projectleider was werkzaam bij het multidisciplinaire samenwerkingsverband Sigra.

Doelgroep: Patiënten met hart- en vaatziekten die therapieontrouw aan hun medicatie zijn.

Interventie: Via aflevergegevens van de apotheek spoorden de apothekers wekelijks patiënten op die moeite hebben met therapietrouw. De openbaar apotheker deed vervolgens een triage, bepaalde daarbij de urgentie van de hulpvraag en coördineerde zo nodig een vervolgactie. Mogelijke vervolgstappen waren: een interventiegesprek gevoerd door een apothekemedewerker of verwijzen naar behandelend arts, POH of verpleegkundige. Ook bestond de mogelijkheid dat de apotheker vaststelde dat er (nog) geen gesprek nodig was.

Proeftuin Utrecht

Setting: De proeftuin Utrecht bestond uit twee openbare apotheken met samenwerkende huisartsen.

Doelgroep: Patiënten die een eerste uitgifte van een geneesmiddel hadden.

Interventie: De proeftuin implementeerde begrijpelijke gebruiksinstructies op etiketteksten en de terugvraagmethode bij eerste uitgiftegesprekken. De terugvraagmethode is een communicatietechniek waarbij patiënten gevraagd wordt de informatie die zij zojuist hebben gekregen van de zorgverlener in hun eigen woorden te vertellen. Begrijpelijke etiketteksten verwijzen naar de etiketten op de verpakking van geneesmiddelen. Veel patiënten begrijpen de reguliere etiketten niet goed. Voor dit project zijn etiketten in duidelijkere en begrijpelijker taal ontwikkeld.

Ronde 2

Proeftuin Nederlandse Antillen

Setting: De proeftuin op de Caribische eilanden Curaçao en Aruba bestond uit tien openbare apotheken en samenwerkende huisartsen, vier op Curaçao en zes op Aruba.

Doelgroep: Patiënten met diabetes type 2 die starten met medicatie.

Interventie: Bij eerste uitgifte krijgt de patiënt de KJKsluiter. Dit is een digitale bijsluiter in de vorm van een animatievideo in begrijpelijke taal in het Papiaments. Voordat het eerste herhaalrecept nodig is, belt de eigen apotheker met de patiënt om te vragen hoe het gaat met het regelmatig innemen van de medicijnen (telefonische startbegeleiding). *(naar voorbeeld van proeftuin Almere).*

Proeftuin Friesland

Setting: De proeftuin Friesland bestaat uit zeven openbare apotheken en samenwerkende huisartsen.

Doelgroep: 1) patiënten met één tot en met vier geneesmiddelen; 2) patiënten met vijf of meer geneesmiddelen; 3) patiënten met een lage sociaaleconomische status en 4) patiënten die op basis van aflevergegevens verminderd therapietrouw lijken.

Interventie: Patiënten in de herhaalservices krijgen één keer per jaar een uitnodiging voor een jaargesprek. In dit gesprek van twintig minuten nemen apothekmedewerker en patiënt het geneesmiddelengebruik door aan de hand van een gesprekshandleiding. *(naar voorbeeld van proeftuin Amersfoort).*

Proeftuin Noord-Limburg

Setting: De proeftuin Noord-Limburg bestaat uit tien openbare apotheken en samenwerkende huisartsen.

Doelgroep: Patiënten met hart- en vaatziekten die therapieontrouw aan hun medicatie zijn.

Interventie: Apothekmedewerkers sporen patiënten met hart- en vaatziekten op die moeite hebben met therapietrouw. Via een telefonisch interventiegesprek met de patiënt brengt de apothekmedewerker de problemen van de patiënt in kaart brengen en helpt deze op te lossen. *(naar voorbeeld van proeftuin Amsterdam).*

Proeftuin Vleuten / Leiden

Setting: De proeftuin Vleuten / Leiden bestaat uit dertien openbare apotheken en samenwerkende huisartsen.

Doelgroep: Patiënten die chronisch medicatie gebruiken.

Interventie: Patiënten in de herhaalservices krijgen één keer per jaar een uitnodiging voor een jaargesprek. In dit gesprek van een kwartier nemen apothekmedewerker en patiënt het geneesmiddelengebruik door aan de hand van een gesprekshandleiding. *(naar voorbeeld van proeftuin Amersfoort).*

Bijlage B Korte beschrijving workshops opschaling

Binnen STIP-4 zijn voor de proeftuinen stakeholderworkshops gehouden. In de eerste ronde kregen de proeftuinen een workshop aangeboden waarin zij eerst een stakeholderanalyse maakten voor hun proeftuin. Per stakeholder gaven zij aan wat het belang van de stakeholder voor de proeftuin was en wat de invloed van de stakeholder is. Op basis van een afweging tussen deze twee elementen, valt te bepalen hoe de stakeholder te betrekken (informereren, monitoren, tevreden houden of actief samenwerken). In het tweede deel van de workshop kregen de vertegenwoordigers van de proeftuinen een workshop storytelling aangeboden door een expert op dit gebied. De deelnemers bereidden tijdens de workshop een pitch voor. Deze presenteerden zij voor een aantal voor de workshop uitgenodigde stakeholders (zorgverzekeraars, beroepsorganisatie, ZonMw).

Op 16 mei 2024 organiseerde het Make-It consortium voor de ronde 2 proeftuinen een workshop over opschaling van hun initiatieven. Doel van de workshop was het maken van een eigen plan voor opschaling aan de hand van een model gehanteerd in Design Thinking. Directeur Johan van der Meulen van het *serious gaming* bureau 8D begeleidde de workshop en deelde inzichten over de stappen die bij gameontwerp worden gehanteerd. Inzichten uit het recente proefschrift van Stijn Hogervorst over opschaling werden gepresenteerd. De projectleiders van de proeftuinen kregen ondersteuning van hun vaste begeleiders vanuit het consortium. Na afloop presenteerden zij hun plannen in de vorm van een *elevator pitch*. Ondanks het gebrekkige commitment van zorgverzekeraars voelden de projectleiders zich gesterkt om volgende stappen te zetten in het verspreiden van hun ervaringen en resultaten.