

BIBLIOGRAFIE KWALITEIT VAN ZORG

IMPLEMENTATIE VAN KWALITEITSZORG IN DE GEZONDHEIDSZORG

(1990-1996)

**A.P.M. Ketelaars
E.M. Weijzen
D.H. de Bakker
M.C.H. Donker**

juli 1996


nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg
drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319290



Nederlands
centrum
Geestelijke
volksgezondheid



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Da Costakade 45
Postbus 5103
3502 JC Utrecht
Tel. 030 2971100
Fax 030 2971111

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2319946
Fax 030 2319290

Het NcGv is een onafhankelijk instituut voor informatie, onderzoek, ontwikkeling en advies op het gebied van de geestelijke volksgezondheid en de geestelijke gezondheidszorg. De onderzoeksprojecten zijn praktijkgericht: zij hebben uiteindelijk als doel om de gezondheid van mensen te verbeteren.

De resultaten van het onderzoek worden zo mogelijk omgezet in producten die geschikt zijn voor beleidswijzigingen of voor gebruik in de zorginstellingen. De producten omvatten beleidsadviezen aan de overheid en de sector, onderzoeksrapporten en -publicaties, handleidingen, voorlichting, workshops en deskundigheidsbevordering.

Het NcGv werkt nauw samen met andere instituten in Europa en de Verenigde Staten en met de WHO.

Het NIVEL is een landelijk opererend, onafhankelijk onderzoeksinstituut. Het meeste onderzoek is beleidsgericht, toegepast en praktisch bruikbaar.

Veel onderzoek wordt uitgevoerd op projectbasis. Opdrachtgevers zijn het ministerie van VWS, beroepsverenigingen, instellingen, patiënten- en consumentenorganisaties, zorgverzekeraars, fondsen voor wetenschappelijk onderzoek en de EG.

Het NIVEL is 'Collaborating Centre' voor de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO).

ISBN 90-5253-174-9

Deze bibliografie is samengesteld door het NcGv en het NIVEL en via een van de bovenstaande telefoonnummers te bestellen. Prijs: f 19,50.

INHOUD

Inleiding	3
Verantwoording van de zoekacties	6

Deel I Implementatie van kwaliteitszorg in de somatische gezondheidszorg

1.	Implementatie van kwaliteitssystemen	8
1.1	Algemeen	8
1.2	Case Studies	14
2.	Implementatie van standaarden, richtlijnen en protocollen	20
2.1	Invoeringsstrategieën	20
2.2	Bewustwording	26
2.3	Acceptatie	26
2.4	Aanleren	29
2.4.1	Factoren van invloed op adoptie	29
2.4.2	In hoeverre houdt men zich aan de richtlijnen?	31
2.4.3	Knelpunten bij toepassing	35
2.5	Behoud	38

Deel II Implementatie van kwaliteitszorg in de geestelijke gezondheidszorg

3.	Implementatie van kwaliteitssystemen	42
3.1	Algemeen	42
3.2	Case Studies	46
4.	Implementatie van richtlijnen, standaarden en intercollegiale toetsing	50
4.1	Invoeringsstrategieën en bewustwording	50
4.2	Aanleren en behoud	53
Trefwoordenregister	56	
Auteursregister	59	

INLEIDING

De afgelopen jaren is de belangstelling voor de vraag hoe kwaliteitszorg te implementeren sterk toegenomen. Onder de noemer van kwaliteitszorg zijn veel kwaliteitsbewakingsprocedures (als visitatie, onderlinge toetsing, intervisie etc.) ontwikkeld. Vaak al veel eerder is gewerkt aan de totstandkoming van normen, richtlijnen, standaarden, protocollen of anderszins documenten waarin eisen worden gesteld aan de wijze waarop de hulpverlening zou moeten plaatsvinden. Het ontwikkelen van procedures en regels is één ding, bewerkstelligen dat er in de praktijk mee wordt gewerkt blijkt vaak een moeilijke zaak. Het invoeren van kwaliteitszorg is een langdurig proces met veel vallen en opstaan. Niet zelden mislukt de invoering omdat de medewerkers of het middenkader de 'hakken in het zand' zetten. Redenen daarvoor kunnen bijvoorbeeld zijn dat men onvoldoende was betrokken bij de voorbereiding, men de verandering als bedreigend of bureaucratisch ervaart of men de zin er niet van inziet.

In deze bibliografie is gepoogd de wetenschappelijke kennis over het invoeren van kwaliteitszorg bijeen te brengen. Onderzoek waarin de vraag aan de orde wordt gesteld onder welke omstandigheden invoering slaagt dan wel mislukt is geïnventariseerd. De theoretische achtergrond van dit onderzoek gaat in veel gevallen terug op het standaardwerk van Rogers¹ over de verspreiding van innovaties (zie voor vertaalslagen naar de gezondheidszorg Barnhoorn en Walda, 1991 en Kromwijk en Donker, 1991).

Rogers onderscheidt drie typen factoren die van invloed kunnen zijn op de mate waarin een invoeringsproces succesvol verloopt. Ten eerste betreft dat kenmerken van de vernieuwing/verandering die ingevoerd wordt. Eenvoudige vernieuwingen met snel zichtbare resultaten zijn gemakkelijker in te voeren dan complexe veranderingen zonder dat snel duidelijk wordt wat daarmee verbetert. Ten tweede spelen kenmerken van de organisatie een rol, waarbij zowel de cultuur als de organisatievorm een rol spelen. De omvang en complexiteit van de organisatie (hiërarchisch versus plat bijvoorbeeld) zijn structurele factoren terwijl leiderschapsstijl en vernieuwingsgezindheid eerder met de cultuur van de organisatie te doen hebben. Maar zelfs eenvoudige veranderingen in vernieuwingsgezinde organisaties kunnen mislopen als de invoeringsstrategie, de wijze waarop de vernieuwing wordt geïntroduceerd, niet goed is. Daarmee komen we op de derde groep van factoren die te maken heeft met de invoeringsstrategie. In het invoeringsproces wordt wel een fasering onderkend die begint met bewustmaking, vervolgens het doen accepteren van de vernieuwing, het aanleren van de vaardigheden om met de vernieuwing te werken en tenslotte maatregelen nemen om te zorgen dat de verandering beklift.

Deze noties vinden wij terug in deze bibliografie. Onderscheid is gemaakt tussen het invoeren van kwaliteitssystemen en het invoeren van standaarden, richtlijnen, intercollegiale toetsing en protocollen. Aandacht voor standaarden, richtlijnen en protocollen bestaat al relatief lang, terwijl de aandacht voor kwaliteitsbewakingsprocedures, continue kwaliteitsverbetering e.d. iets van de afgelopen jaren is. Er blijkt meer onderzoek naar het eerste te zijn gedaan dan naar het laatste. Dit geldt althans voor de somatische gezondheidszorg. Voor de geestelijke gezondheidszorg, die in deel II aan bod komt, zijn er daarentegen minder publicaties over de invoering van standaarden e.d. gevonden dan over de implementatie van kwaliteitssystemen.

Over de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn absoluut gezien minder publicaties gevonden dan over de somatische gezondheidszorg, maar dat hoeft geen verwondering te wekken, aangezien de GGZ - qua financiële middelen - ook maar 10% van het totale gezondheidszorgbudget voor zijn rekening neemt. Overigens sporen de conclusies over implementatie van kwaliteitszorg in de GGZ en die in de somatische gezondheidszorg in grote lijnen prima met elkaar.

¹Rogers, E.M. Diffusion of Innovations. New York: The Free Press, 1983.

Kwaliteitssystemen

Bij het invoeren van kwaliteitssystemen gaat het in essentie om het invoeren van een besturingssysteem om de kwaliteit op systematische wijze te normeren, te meten en te evalueren en verbeteringen aan te brengen op basis van geconstateerde tekortkomingen. Omdat hier sprake is van een continu proces spreekt men van de 'kwaliteitskringloop'. Een kwaliteitssysteem is in de eerste plaats voor de organisatie zelf een middel om de kwaliteit te beheersen. Daarnaast maakt het aan externe partijen (patiënten, inspectie, verzekeraars) duidelijk welke kwaliteit men levert.

Hoe zo'n besturingssysteem er uitziet kan sterk variëren. Er zijn een aantal hoofdbenaderingen te onderscheiden:

1. Men probeert de bestaande kwaliteitsbewakende instrumenten (als bijvoorbeeld klachtregelingen, intercollegiale toetsing, functioneringsgesprekken) te perfectioneren en met elkaar in verband te brengen en eventueel nieuwe toe te voegen (bijvoorbeeld satisfactiemetingen);
2. Quality Assurance is vooral gericht op kwaliteitsbewaking: procedures worden geëxpliciteerd en er wordt bewaakt dat volgens die procedures wordt gewerkt; een en ander kan er toe leiden dat de instelling zich laat certificeren, bijvoorbeeld met een ISO-9000-certificaat.
3. In Total Quality Management (TQM) en Continuous Quality Improvement (CQI) ligt de nadruk meer op de cultuur. Bij TQM gaat het om het creëren van een organisatiecultuur waarin alle medewerkers in de organisatie van hoog tot laag betrokken zijn bij het identificeren van tekortkomingen in de kwaliteit, analyseren wat er aan de hand is en vervolgens oplossingen zoeken. Aanvullend daaraan wordt met CQI benadrukt dat organisaties continu op een systematische wijze (bijv. door toepassing van statistische analyse) bezig zijn hun producten en diensten te verbeteren. In instellingen die zich hiermee bezighouden worden op systematische wijze door de hele organisatie heen verbeterprojecten uitgevoerd.

Binnen het thema 'kwaliteitssystemen' kan een onderscheid worden gemaakt tussen twee typen studies die elkaar getalsmatig ongeveer in evenwicht houden. Dit geldt zowel voor de somatische als voor de geestelijke gezondheidszorg. In de eerste plaats zijn er case studies, waarin de invoering van een kwaliteitssysteem of onderdelen daarvan in een specifieke instelling, meestal een ziekenhuis, wordt beschreven. De beschrijving van de ervaringen die zijn opgedaan met het invoeren van kwaliteitszorg kan zeer leerzaam en herkenbaar zijn. Het geeft antwoord op de vraag in hoeverre de invoering van een specifieke vernieuwing volgens een specifieke strategie in een instelling met bepaalde organisatie- en cultuurkenmerken is geslaagd. De generaliseerbaarheid van dergelijke ervaringen naar andere situaties moet betrekkelijk gering worden geacht. Die generaliseerbaarheid is groter in het tweede type studies waarin de invoering van (onderdelen van) een kwaliteitssysteem in een bepaalde deelpopulatie van instellingen wordt beschreven. Het kan hier gaan om bepaalde sectoren als bijvoorbeeld ziekenhuizen of verpleeghuizen of bepaalde beroepsgroepen als bijvoorbeeld huisartsen. Ook kan zijn gekeken naar de invoering van kwaliteitszorg in verschillende typen instellingen. In deze studies kan zijn gevarieerd op kenmerken van de organisatie, van de vernieuwing en het invoeringsproces. Daardoor kunnen meer generaliseerbare uitspraken worden gedaan over succes- en faalfactoren. Deze grotere generaliseerbaarheid staat tegenover een globalere beschrijving van het invoeringsproces zelf.

De publicaties over de invoering van kwaliteitssystemen in de somatische gezondheidszorg zijn te vinden in hoofdstuk 1, die over de geestelijke gezondheidszorg in hoofdstuk 3.

In de vragen die in hoofdstuk 1 en hoofdstuk 3 aan de orde worden gesteld, komen de noties van Rogers terug:

1. Is men bekend met c.q. op de hoogte van het kwaliteitssysteem? (fase van bewustwording, zie bijv. Grol, 1995)
2. Hoe staat men er tegenover? (fase van acceptatie, zie ook Grol, 1995; James, 1990)
3. In hoeverre werkt men volgens het kwaliteitssysteem en welke knelpunten ervaart men bij toepassing? (fase van aanleren, Clifford et al, 1991; Grol, 1995; Sluijs, 1994; Wagner, 1995).
4. Hoe verloopt het proces van invoering van kwaliteitssystemen en wat heeft invoering tot nu toe aan zichtbare resultaten opgeleverd? (Capelli, 1994; Fhiri, 1995; Gustafson, 1992; Hughes, 1992; Harvey, 1991; Kleefeld, 1991; Lanski, 1992; McWilliam, 1994; Wagner et al, 1995).

Richtlijnen, standaarden en protocollen

Bij richtlijnen, standaarden en protocollen gaat het in essentie om documenten waarin wordt beschreven hoe de zorgverlening zou moeten verlopen. Hoewel er onderlinge verschillen zijn tussen de begrippen standaarden, richtlijnen en protocollen wagen we ons niet aan definiëring omdat er tussen de sectoren verschillen in spraakgebruik bestaan. Wat in de ene sector een richtlijn wordt genoemd, heet in de andere sector een standaard. Het enige globale onderscheid dat kan worden gemaakt is tussen richtlijnen/standaarden aan de ene kant en protocollen aan de andere kant. Richtlijnen/standaarden zijn vaak monodisciplinair: zij geven aan hoe gehandeld moet worden bij patiënt x met diagnose y. Protocollen zijn vaker multidisciplinair: zij hebben betrekking op de samenwerking tussen disciplines en geven bijvoorbeeld regels voor de overdracht van patiënten van de ene discipline naar de andere.

In hoofdstuk 2 van deze bibliografie zijn de gevonden studies uit de somatische gezondheidszorg zoveel mogelijk ingedeeld volgens de fasering van Rogers. Begonnen wordt met een paragraaf waar de invoeringsstrategie als geheel centraal staat (Schmidt, 1994; Grol, 1993; Hayman, 1993; Lomas, 1993; Ellrodt, 1992; Grol, 1992, Mittman, 1992; Murray, 1992; Weingarten, 1992; Gottlieb, 1992).

Vervolgens zijn per fase de volgende studies opgenomen:

1. Bewustwording: is men bekend met de inhoud van de standaard/richtlijn/protocol? (Weingarten, 1995; Freed, 1994; Ettema, 1993; Fleuren, 1993);
2. Acceptatie: hoe kijkt men tegen de inhoud van de standaard etc. aan, is men het er mee eens? (Bardoel, 1995; Onion, 1995; Freed, 1994, Fleuren, 1993; Heerdink, 1989);
3. Aanleren: omdat dit een grote rubriek is is deze verder onderverdeeld:
 - a. Welke factoren zijn van invloed op adoptie, zoals bijv. scholing en deskundigheidsbevordering? (Browner, 1994; Ellrodt, 1995; Freed, 1994; Fleuren, 1993, Schectman, 1991);
 - b. In hoeverre houdt men zich er aan? (Bardoel, 1995; Caradoc-Davies, 1995; Honnas, 1995; Weingarten, 1995; Baldwin, 1994; Cohen, 1994; Freed, 1994; Matthews, 1994, Reis, 1994; Westrate, 1994; Ettema, 1993, Fleuren, 1993; McDonnel, 1992; Yoong, 1992);
 - c. Welke knelpunten ervaart men bij toepassing, is de standaard praktisch haalbaar? (Bardoel, 1995; Caradoc-Davies, 1995; Duncan, 1995; Ballard, 1994; Reis, 1994; Westrate, 1994; Grol, 1991, Van Bilsen, 1995; Drenthen, 1995).
4. Behoud: Hoe kan men bevorderen dat men zich aan de standaarden houdt en wat zijn de zichtbare resultaten? (Cohen, 1994; Headrich, 1992; Onion, 1995; Schellevis, 1994; Webb, 1992; Lomas, 1989).

Voor de GGZ werden er slechts tien relevante studies gevonden. Deze zijn in hoofdstuk 4 terug te vinden en ingedeeld in twee paragrafen, waarbij de fasering van Rogers eveneens als leidraad werd genomen:

1. Invoeringsstrategie en bewustwording: Gibson, 1989; Kaasenbrood, 1995; Kaasenbrood et al, 1994; Kromwijk et al, 1991; Moxley, 1993;
2. Aanleren en behoud: Armitage et al, 1991; Ejaz et al, 1994; Girgenti et al, 1994; Kaasenbrood, 1995; McKenna et al, 1995; Titlebaum et al, 1992.

De theoretische uitgangspunten en de praktische problemen met betrekking tot de invoering van kwaliteitszorg komen in grote lijnen in de beide sectoren overeen.

De globale indruk die uit deze bibliografie naar voren komt is dat de meeste experimenten met het implementeren van kwaliteitszorg in de intramurale gezondheidszorg plaatsvinden. Dit wil overigens niet zeggen dat er in de sectoren waarover weinig of geen studies zijn gevonden niet aan kwaliteitszorg wordt gedaan.

Verantwoording van de zoekacties

De centrale vraag in deze bibliografie luidt: wat is er in de literatuur bekend over de implementatie van kwaliteitszorg. Het begrip kwaliteitszorg is veelomvattend. Wij hebben ons in deze bibliografie beperkt tot de implementatie van kwaliteitssystemen, van richtlijnen, standaarden, protocollen en intercollegiale toetsing. De zoekacties zijn uitgevoerd in november en december 1995 en de referenties werden beperkt tot publicaties vanaf 1990 (op een enkele uitzondering na).

De zoekacties voor deel I van deze bibliografie zijn verricht in de catalogus van de bibliotheek van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), in MEDLINE, in de Gemeenschappelijke Geautomatiseerde Catalogus (GGC) en in de catalogus van de bibliotheek van het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi). De meeste treffers werden gevonden in MEDLINE. Van de relevant geachte publicaties die in MEDLINE werden gevonden was 75% in Nederland aanwezig. De rest is niet bekeken. Van de 176 bestudeerde publicaties over de somatische gezondheidszorg werden er uiteindelijk 73 in deze bibliografie opgenomen. De overige waren niet relevant genoeg. Over de implementatie van intercollegiale toetsing werd niets relevants gevonden.

De zoekbronnen voor deel II waren de catalogi van de bibliotheken van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), het NZi en het Bisschop Bekkers Instituut (BBI) alsmede de hostorganisaties Datastar en DIMDI waar de volgende databestanden werden geraadpleegd: MEDLINE, PsycINFO, Nursing and Allied Health en HECLINET. De meeste treffers werden gevonden in PsycINFO en Nursing and Allied Health. Van de relevant geachte publicaties die in de buitenlandse bestanden werden opgespoord, bleek 70% in Europa aanwezig en binnen een maand te verkrijgen. De rest was niet te krijgen. Van de 98 bestudeerde publicaties over de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap werden er 25 voor opname in deze bibliografie geselecteerd. Over de implementatie van protocollen werd niets relevants gevonden.

Het zoekprofiel bestond uit de volgende combinatie van trefwoorden: implement* AND (quality assurance OR quality improvement OR quality system* OR guideline* OR professional standard* OR protocol* OR quality of care), waarbij '*' het truncatie-teken voorstelt.

Gebruikershandleiding

Deze bibliografie bestaat uit twee delen. In deel I zijn de publicaties over de somatische gezondheidszorg te vinden, in deel II die over de geestelijke gezondheidszorg. Elk deel bestaat uit twee hoofdstukken. De hoofdstukken zijn in paragrafen onderverdeeld. Binnen de paragrafen zijn de publicaties op eerste auteursnaam alfabetisch geordend. Verschillende publicaties konden in meerdere paragrafen worden ondergebracht. Om de omvang van deze bibliografie enigszins te beperken, wordt elke publicatie slechts op één plaats vermeld. Achterin de bibliografie is eveneens een auteurs- en trefwoordenindex opgenomen. Alle publicaties uit deel I zijn aanwezig in de NIVEL-bibliotheek. De publicaties uit deel II zijn aanwezig bij het NcGv.

De samenvattingen zijn in de taal gesteld waarin ze zijn gepubliceerd.

DEEL I

**IMPLEMENTATIE VAN KWALITEITSZORG IN DE
SOMATISCHE GEZONDHEIDSZORG**

1. IMPLEMENTATIE VAN KWALITEITSSYSTEMEN

1.1 Algemeen

BARNHOORN, H., WALDA, R.

De eerste lijn op spitzen: zorgvernieuwing in de praktijk.

Assen: Van Gorcum, 1992. 156 p., lit.opgn., fign., bijln.

Nivel (B 2792(a)(b))

DOEL	Een bijdrage leveren aan de kennisontwikkeling over vernieuwingen in de gezondheidszorg door alternatieve zienswijzen op de invoering van vernieuwingen te bieden.
METHODE	Delphi-onderzoek.
RESULTATEN	De auteurs verschaffen eerst een raamwerk om informatie over de vernieuwingssituatie op te sporen. Het gaat hierbij om het portretteren van de doelgroep, het beoordelen van de innovatie, het positioneren van de veranderaar en het verkennen van de omgeving. Vervolgens worden vier perspectieven voor het doorvoeren van vernieuwingen besproken met analoog daaraan vier invoeringsstrategieën, t.w. het technologische, het machts-, het cultureel-politieke en het evolutieperspectief. Tenslotte wordt aangegeven hoe het veranderingsproces gestuurd en gestimuleerd kan worden, net zolang tot de vernieuwing is ingeslepen.
CONCLUSIE	Innovaties in de eerstelijns gezondheidszorg worden vanuit het technologisch en machtsperspectief vormgegeven. Implementatie zou meer succes hebben als die perspectieven zouden worden vervangen door het cultureel-politieke of evolutieperspectief.

BEKKERS, F., DIJK, A. VAN, ROEKEL, W. VAN

Kwaliteitsverbetering door patiëntgericht verplegen: theorie en praktijk van de implementatie van patiëntgericht verplegen.

Utrecht: Lemma, 1994. 221 p., lit.opgn., tabn.

Nivel (B 3497)

ACHTERGROND	Publikatie is gebaseerd op een ontwikkelingsgericht onderzoek in drie algemene ziekenhuizen en een instelling voor revalidatie, waar op dertien afdelingen een systeem van patiëntgericht verplegen werd ingevoerd.
METHODE	Op de helft van de afdelingen werd de implementatie gedaan door middel van een participatief model, op de andere helft door middel van een top-down model. Vóór en na de implementatie werden kwaliteitsmetingen voor de beide implementatiemodellen vergeleken.
RESULTATEN	De scores op de kwaliteitsmetingen en op aspecten van patiëntgericht verplegen laten zien dat de implementatie op beide soorten afdelingen in grote lijnen hetzelfde resultaat heeft opgeleverd.
CONCLUSIE	De top-down implementatie is in ziekenhuizen zeer effectief. De positie van de afdelingsleiding is zeer delicaat en behoeft uitgebreide ondersteuning. Zonder deskundige beroepsinnovatoren is een snelle en succesvolle implementatie niet mogelijk.

BOEIJE, H.R., NIEVAARD, A.C., CASPARIE, A.F.

Locale logica en de kwaliteitscyclus: een onderzoek in de sector verpleeghuizen.

Kwaliteit & Zorg; 2, 1994, no. 4, p. 155-165.

ACHTERGROND	De kwaliteitscyclus dient bij vele projecten van kwaliteitsbewaking als uitgangspunt. De cyclus bestaat uit een aantal fasen: 1. definiering van kwaliteit van zorg;
-------------	--

2. probleemanalyse; 3. formulering van alternatieve oplossingen en 4. invoering van veranderingen. Bij de toepassing doen zich knelpunten voor zoals de definiëring en normering van kwaliteit, het feit dat het signaleren van een verschil tussen de gewenste en de feitelijk waargenomen situatie niet automatisch aangeeft wat en hoe er moet worden veranderd en de weerstand bij medewerkers tegen meting of toetsing van hun werk.

DOEL	De vraagstelling luidt: naar welke extra informatie moet in elk van de fasen van de kwaliteitscyclus worden gezocht om de gesignaleerde knelpunten te verminderen?
METHODE	Werkwijzen werden ontleend aan de gefundeerde theorie benadering van Glaser en Strauss. Participerende observatie en semi-gestructureerde interviews waren de belangrijkste dataverzamelmethode. Er zijn 75 interviews gehouden op 14 afdelingen in 7 verpleeghuizen.
RESULTATEN	Het abstracte concept van kwaliteit van zorg is vanuit het perspectief van de verzorgenden ontrafeld. De problemen die verzorgenden ervaren bij het streven naar kwaliteit van zorg zijn uit de analyse naar voren gekomen evenals de oplossingen die verzorgenden gebruiken om met de problemen om te gaan.
CONCLUSIE	Het nut van de kennis van de zogenaamde lokale logica geeft aanleiding tot aanpassing van de kennis waarnaar wordt gezocht in de eerste drie fasen van de kwaliteitscyclus.

DUYNHOUWER, E., NIEUWBOER, M.S., FREDERIKS, C.M.A.

Het verpleegkundig proces: een onderzoek naar de toepassing in Nederland.

Verpleegkunde; 10, 1995, no. 3/4, p. 181-190.

DOEL	Beschrijven van de toepassing van het verpleegkundig proces in Nederland.
METHODE	Via een enquête onder 196 HBO-V studenten zijn gegevens verzameld in totaal 376 afdelingen van gezondheidszorginstellingen.
RESULTATEN	Het verpleegkundig proces is maar ten dele uitgevoerd. In de helft van de instellingen werkt men met verpleegplannen. Het opstellen van het verpleegplan gebeurt lang niet volledig. De uitvoering van zorg verloopt zelden zoals omschreven is in het plan. Er wordt nog weinig geëvalueerd. Aan sommige voorwaarden voor toepassing van het verpleegkundig proces, zoals patiënttoewijzing en scholing, wordt nog lang niet altijd voldaan.
CONCLUSIE	Onderzoek naar oorzaken van deze resultaten is nodig. Bovendien lijkt het zinvol het effect van toepassing van het verpleegkundig proces op de kwaliteit van de zorg te onderzoeken.

FLEISHMAN, R., MIZRACHI, G., DYNIA, A., WALK, D., SHIRAZI, V., SHAPIRA, A.

Improving regulation of care.

International Journal for Quality in Health Care; 6, 1994, no. 1, p. 61-71.

Nivel (C 5154)

OBJECTIVE	To describe the implementation of a program to improve government regulation of long-term care institutions for the elderly. The aim of the program was to introduce greater uniformity and objectivity into the existing surveillance system, increase the participation of institution residents, and ensure public access to instruments and criteria.
METHOD	The tracer methodology was used and tracers representing the medical, nursing, psychosocial and environmental-operational areas were developed in consultation with specialists in each field. After a preliminary study, the program was implemented on a nationwide basis.
RESULTS	An outline is given of the major obstacles that had to be surmounted in implementing the program as well as the factors that attributed to the success of the implementation.

CONCLUSION Due to the program's success, new programs are being developed to improve the regulation of other kinds of institution.

GROL, R., WENSING, M.

Implementation of quality assurance and medical audit: general practitioner's perceived obstacles and requirements.

The British Journal of General Practice; 45, 1995, no. 399, p. 548-552.

BACKGROUND The introduction of quality assurance and medical audit has been an important development in general practice. However, the introduction of such programmes does not necessarily mean they are implemented by general practitioners.

OBJECTIVE A study was undertaken to describe the problems and requirements perceived by general practitioners in relation to the implementation of quality assurance and medical audit in medical practice.

METHOD Interviews were carried out with a stratified sample of 120 Dutch general practitioners. Knowledge, acceptance and application of quality assurance and medical audit activities were investigated, and perceived problems and requirements in implementing quality assurance and audit activities were explored.

RESULTS General practitioners in the Netherlands were generally positive towards quality assurance activities, but had little experience of carrying out such activities. The most frequently mentioned obstacles to implementing quality assurance activities concerned lack of time, colleagues' negative attitudes and fear of assessment and criticism by colleagues. Requirements for implementing quality assurance included having regular meetings with colleagues about quality assurance, having information on the aims and methods of quality assurance, having data from other practices with which to compare performance, having support in data collection, in audit in the practice and in setting up local peer review, and having financial support. The most important factor predicting the actual application of quality assurance activities was found to be knowledge of specific quality assurance activities.

CONCLUSION Well-designed programmes for the implementation of quality assurance and medical audit, using a variety of different interventions, have to be developed. Such programmes should include the training of professionals in the concepts and methods of quality assurance as well as the provision of financial support for quality assurance activities.

GUSTAFSON, D.H.

Lessons learned from an early attempt to implement CQI principles in a regulatory system.

QRB Quality Review Bulletin; 18, 1992, no. 10, p. 333-339.

Nivel (C 5158)

OBJECTIVE To implement and evaluate new methods for carrying out the regulatory rules of facility and resident assessment in Wisconsin nursing homes.

METHOD Two different facility and resident assessment processes were evaluated. The new methods were randomly assigned to 30 nursing homes and the old methods were assigned to another 30 nursing homes.

RESULTS Despite the weaknesses in training, organization and leadership, the concepts of CQI applied to a regulatory effort led to a facility/resident assessment that performed better on some dimensions studied and at least as well as the usual method on the rest.

CONCLUSION There are several recommendations to consider when revising external review processes, which relate to customer-mindedness, statistical-mindedness, process-mindedness, management leadership and employee-mindedness.

HARVEY, G.

An evaluation of approaches to assessing the quality of nursing care using (predetermined) quality assurance tools.

Journal of Advanced Nursing; 16, 1991, no. 3, p. 277-286.

BACKGROUND This paper examines the implementation of four of the most common approaches to nursing quality assurance in England, namely Monitor, Qualpacs, nursing audits and a patient satisfaction questionnaire entitled 'What the patient thinks'.

OBJECTIVE The primary aim of the study was to look more closely at the context, processes and outcomes of selecting and implementing specific quality assurance tools.

METHOD The study took place in 18 English district health authorities. In each district semi-structured interviews were conducted with three levels of staff. In total 122 interviews were conducted with 18 nurse managers, 65 ward sisters and 39 staff nurses.

RESULTS The findings indicate that the process of implementing a quality assurance tool is more important than the tool itself. It is suggested that a bottom-up approach to implementation, which locates ownership and control of the quality assurance tool with practitioners, is seen to result in more favourable staff responses and positive programme outcomes. The implementation of Qualpacs is used to illustrate some of the tensions that can occur between the inherent principles of the tool and the method of implementation. In studying the factors that might influence the method of implementing a quality assurance tool, a number of organizational and managerial factors are identified.

HEINS, J.M., NORD, W.R., CAMERON, M.

Establishing and sustaining state-of-the-art diabetes patient education programs: research and recommendations.

The Diabetes Educator; 18, 1992, 6, p. 501-508.

Nivel (C 5161)

BACKGROUND Frequently, diabetes educators in hospitals report meeting severe organizational barriers when attempting to implement advances in diabetes patient education.

OBJECTIVE To report on how eight successful diabetes education programs coped with potential barriers.

METHOD The results are based on interviews of professionals who played central roles in introducing and sustaining the programs.

RESULTS Many of the identified problems centered around two issues: acquiring needed resources and communication about the program to a variety of key groups.

CONCLUSION Although the best ways to accomplish seemingly identical ends may differ dramatically from one organization to another, 12 tentative guidelines can be offered for educators wanting to champion DPE programs.

KLAZINGA, N.

Concerted action programme on quality assurance in hospitals 1990-1993 (COMAC/HSR/QA): global results of the evaluation.

International Journal for Quality in Health Care; 6, 1994, no. 3, p. 219-230.

BACKGROUND This article describes the global results of the evaluation of a concerted action programme on quality assurance in hospitals that was executed between 1990 and 1993 in a total of 262 hospitals in 15 European countries. The programme aimed to introduce quality assurance notions into European hospitals and focused on four specific topics: record keeping, prophylactic antibiotic use in surgery, preoperative assessment and the prevention of bedsores.

METHOD Evaluation took place on a national level (descriptive country reports), hospital

RESULTS level (questionnaire) and topic level (questionnaire and results of QA studies performed in the participating hospitals). Different situational and operational factors on national, hospital and topic level, that seem to influence the effectiveness of strategies for the implementation of quality assurance, are identified. The relative importance of these factors is discussed and supported with empirical evidence. Part of the analysis is based on quantitative data based on comparing the situation in 113 hospitals in 1990 and 1993, before and after the intervention.

LIPTON, H.L., BIRD, J.A.

Drug utilization review in ambulatory settings: state of the science and directions for outcomes research.

Medical Care; 31, 1993, no. 12, p. 1069-1082.

BACKGROUND There are escalating national pressures to analyze pharmaceutical outcomes and to develop drug-related clinical guidelines. These interests coincide with passage of the Medicaid Rebate Law (OBRA, 1990), which mandates the implementation of prospective and retrospective drug utilization review (DUR) programs by Medicaid in 1993.

OBJECTIVE RESULTS This report investigates DUR programs that target outpatient drug therapies. The authors present a conceptual framework that identifies the factors influencing drug prescribing and the range of potential patient outcomes. Current types of DUR interventions and their applications are described, in addition to problems that hinder implementation or evaluation of DUR programs. DUR evaluation studies are reviewed, and a critique identifies the limitations of available DUR research.

CONCLUSION The authors recommend an expanded DUR policy research agenda, strongly suggesting that priority be given to studies in the following areas: DUR criteria development and validation; prevalence of prescribing problems and their association with patient outcomes; efficacy, toxicity and costs of therapeutic alternatives; and DUR program evaluation. The overall conclusion is that the state of the science pertaining to DUR is not well developed. The potential of DUR may not be realized due to the lack of resources needed to design, implement, and evaluate effective programs. Instead, DUR efforts may be limited to cost-containment issues without due consideration of quality-of-care outcomes. The authors call for rigorous evaluation efforts to inform DUR design and implementation, thereby assuring more rational prescribing and enhancing patient outcomes.

SLUIJS, E.M., BAKKER, D.H. DE

Implementatie van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg: eerste ervaringen in instellingen.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 73, 1995, no. 4, p. 193-199.

DOEL Het beschrijven van de wijze waarop instellingen in de zorgsector kwaliteitssystemen ontwikkelen en implementeren.

METHODE Semi-gestructureerde interviews werden gehouden met directies van 22 instellingen die ervaring hadden opgedaan met het invoeren van een kwaliteitssysteem.

RESULTATEN Kwaliteitssystemen bestaan in essentie uit systematische bewakings- en verbeterprocedures die de kwaliteitskringloop weerspiegelen. Deze procedures worden periodiek herhaald zodat structurele bewaking en verbetering ontstaat. De systemen komen op drie wijzen tot stand: a) men gaat uit van bestaande procedures en vult de lacunes aan, b) men start systematisch verbeterprojecten in de gehele organisatie en c) men ontwikkelt een totaalsysteem, al dan niet volgens de ISO-systematiek. Om het systeem in te voeren wordt extra personeel aangesteld (kwaliteitsfunctionarissen), de medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg en

er worden informatiesystemen ontwikkeld. Bij de invoering van systemen blijken zich problemen voor te doen indien medewerkers onvoldoende betrokken worden bij de ontwikkelingen, indien de noodzakelijke ondersteuning ontbreekt en indien de aandacht van het management verslapt. Omdat medewerking aan het systeem (aanvankelijk) vooral op vrijwillige basis plaatsvindt is continuering van de in gang gezette activiteiten een punt van zorg.

CONCLUSIE Hoewel de invoering van een kwaliteitssysteem trager verloopt dan was gepland, zijn de ervaringen overwegend positief en ligt de meerwaarde vooral in een beter functioneren van de organisatie.

SLUIJS, E.M., BAKKER, D.H. DE, DRONKERS, J.

Kwaliteitssystemen in uitvoering: ervaringen met het invoeren van kwaliteitssystemen bij instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg.

Utrecht: NIVEL, 1994. 122 p. lit.opgn., bijln., tabn.

Nivel (R 8081)

DOEL De vraagstelling luidt: a) Hoe worden de kwaliteitssystemen van instellingen en beroepsbeoefenaren in de praktijk concreet ingevuld? en b) Hoe verloopt de invoering van kwaliteitssystemen en welke factoren bevorderen en belemmeren de invoering van een kwaliteitssysteem?

METHODE De gegevensverzameling vond plaats door middel van open interviews (n=36).

RESULTATEN Het onderzoek geeft uitsluitsel over de vraag wat de belangrijkste redenen voor invoering van een kwaliteitssysteem zijn (interne, externe, behoefte aan certificering), hoe de kwaliteitssystemen eruit zien (3 overeenkomstige kenmerken en 3 verschillen, 3 ontwikkelings- en implementatiestrategieën), welke werkwijze men bij de invoering hanteert (invoeringsstrategie, creëren van extra voorzieningen, zorg voor continuïteit) en welke factoren het invoeringsproces hebben bevorderd en belemmerd.

WAGNER, C., BAKKER, D.H. DE, SLUIJS, E.M.

Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995.

Utrecht/Zoetermeer: NIVEL, 1995. 114 p., bijln, lit. opgn., fign., tabn.

Nivel (R 7559)

DOEL De vraagstelling luidt: a) Hoeveel zorginstellingen zijn bezig met het opbouwen van een kwaliteitssysteem en hoe vullen zij dat concreet in? b) In welke fase van ontwikkeling verkeren de kwaliteitssystemen en welke factoren beïnvloeden deze ontwikkelingen? c) Zijn er al positieve effecten van kwaliteitssystemen zichtbaar geworden en d) Wat zijn de toekomstplannen van de instellingen m.b.t. de verdere ontwikkeling van kwaliteitssystemen?

METHODE De gegevensverzameling vond plaats door middel van een enquête, ingevuld door directies van instellingen uit alle zorgsectoren (n=1147).

RESULTATEN Zorginstellingen hebben de kwaliteitsbewaking en -verbetering bijna zonder uitzondering ter hand genomen. Bij de meerderheid is nog geen sprake van een samenhangend systeem. Desondanks beginnen de effecten al zichtbaar te worden w.o. een grotere tevredenheid bij patiënten en een betere profilering van de instelling. Daar staat tegenover dat de werkdruk voor de medewerkers toeneemt. Nagenoeg alle instellingen zijn van plan op de ingeslagen weg door te gaan. De directies hebben daarbij vooral behoefte aan een goed scholingsaanbod en ondersteuning. Ook verwacht men dat externe beoordeling van de kwaliteitssystemen een bijdrage kan leveren aan verdere continuïteit.

WENSING, M., GROL, R., DUBOIS, V.

Invoering van kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde: knelpunten en behoefte bij huisartsen.

Maastricht: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde, 1993. 89 p. lit. opgn., fign., tabn. Nivel (R 6180)

DOEL	Inzicht krijgen in de knelpunten en behoeften die huisartsen ervaren bij de invoering van systematische kwaliteitsbevordering.
METHODE	Gestructureerde interviews werden gehouden met een aselechte steekproef van 120 huisartsen.
RESULTATEN	De feitelijke toepassing van activiteiten op het gebied van kwaliteitsbevordering blijft behoorlijk achter bij de goede bekendheid ermee en de positieve houding er tegenover. Als grootste knelpunt wordt de vergroting van de bestaande werkbelasting genoemd. Regelmatig overleg met collega huisartsen zou volgens 80% van de huisartsen veel steun bieden bij de invoering. 76% had behoefte aan goede informatie over kwaliteitsbevordering.
CONCLUSIE	De steun die huisartsen nodig hebben bij de invoering van systematische kwaliteitsbevordering ligt in de sfeer van opleiding en training, praktijkgerichte steun en begeleiding, en het scheppen van financiële en organisatorische voorwaarden.

1.2 Case Studies

CAPELLI, J.P.

Implementing organizational systems to measure outcome-related processes of end-stage renal disease care.

American Journal of Kidney Diseases; 24, 1994, no. 2, p. 346-354.

Nivel (C 5147)

OBJECTIVE	The process to implement a continuous quality improvement program for the patient with end-stage renal disease requires a basic understanding of the complex medical and often psychological circumstances that affect these patients. The organizational elements require, therefore, a recognition and integration of functions from all those involved in delivering care. This includes the medical, nursing, social work, dietary, and technical staff. In the development and establishment of the quality assessment and improvement program at Our Lady of Lourdes Medical Center, experience has identified certain basic elements to use in the organizational and functional aspects of the system to achieve a measurable level of success.
RESULTS	The primary element in establishing such a program begins with the commitment at the highest level of the organizational structure. Selection of leadership whose responsibility is to provide education and direction of staff participants should follow. Through leadership, education, and early staff involvement, physician support is gained that provides the operational elements for a successful program. A multidisciplinary team, representative of the various aspects of care, can then develop a quality assessment and improvement plan that establishes clinical indicators used to measure various quality components. A data collection and review process is the next phase of implementation of the organizational system to measure the various types of outcome and/or processes of care. The process is one of continued education based on outcome data for all staff members involved in care.

DAVIS, E.D., BECKMAN, J.S., HARRIS, N.L., HOWE, J.D., STEELE, R.M.
Implementing a nursing care quality program to improve diabetes patient education.
Journal of Nursing Care Quality; 6, 1992, no. 3, p. 67-77.
Nivel (C 5150)

OBJECTIVE To describe the implementation of a diabetes patient education program using quality assurance concepts in a large hospital.

METHOD The implementation followed a pilot project that revealed both effective and ineffective strategies.

RESULTS A unique feature of the program planning and implementation was the application of the responsibility charting process. The use of responsibility charting facilitated planning and decision making as well as clarifying roles and responsibility of the many participants involved.

CONCLUSION Program coordinators recommend this approach when implementation of specific standards of care among diverse inpatient units is desirable. Evaluation of the program is still in process. Early observations indicate that positive implementation is associated with personal investment on the part of unit leadership.

ERNST, M.A., BUCHANAN, A., COX, C.
Medicatiefouten: beoordeling van fouten bij de toediening van medicijnen.
Verpleegkundig Perspectief; 8, 1992, no. 3, p. 58-65.
Nivel (C 5153)

DOEL Het ontwikkelen, invoeren en evalueren van een protocol voor het beoordelen van medicatiefouten.

METHODE Een instrument om de ernst van medicatiefouten te meten met daaraan gekoppeld de juiste disciplinaire maatregel, werd beproefd en aangepast. Na instructie in het gebruik, volgde een zes maanden durende proefperiode.

RESULTATEN De eerste reacties op het protocol waren negatief. Het werd gezien als 'bedreigend', de toegekende punten werden gezien als minpunten en sommige verpleegkundigen waren 'bang om medicijndienst te doen'. Men ondervond problemen bij de invoering, er waren verschillen in de genoteerde punten en sommigen hadden bij elke fout hulp nodig voor de beoordeling. Aan het eind van de proefperiode was er meer begrip en acceptatie van het protocol. In de eerste 3 maanden werden na 40% van de beoordeelde fouten andere dan de voorgeschreven maatregelen genomen. In de laatste 3 maanden kwam 82% van de berekende puntentotalen overeen met de vereiste zwaarte van de maatregelen.

CONCLUSIE Het protocol biedt verpleegkundigen een objectieve methode, die het mogelijk maakt medicatiefouten te beoordelen in samenhang met constructieve vervolgmaatregelen op het gebied van scholing.

FARLEY, K.
The COPD critical pathway: a case study in progress.
Quality Management in Health Care; 3, 1995, no. 2, p. 43-54.

OBJECTIVE To describe the development and implementation of a critical pathway for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in a hospital.

RESULTS Although implementation plans were designed in keeping with the principles of Total Quality Management, the implementation did not get off to a smooth start. It appeared though from a small sample of 11 cases that the implementation was successful in improving a variety of parameters.

CONCLUSION The implementation process has highlighted 8 lessons that are believed to be applicable to any critical path development efforts.

HUGHES, J.M.

Total quality management in a 300-bed community hospital: the quality improvement process related to health care.

QRB Quality Review Bulletin; 18, 1992, no.9, p. 293-300.

Nivel (C 5163)

OBJECTIVE To describe the implementation of Total Quality Management in a hospital according to a 14 steps model.

CONCLUSION Many mistakes and false starts occurred, but those mistakes and false starts cost nothing more than implementation time and the sustained benefits of quality management continue to accrue.

KLEEFELD, S., CHURCHILL, W.W., LAFFEL, G.

Quality improvement in a hospital pharmacy department.

QRB Quality Review Bulletin; 17, 1991, no. 5, p. 138-143.

Nivel (C 5165)

OBJECTIVE To offer observations about what is required to successfully complete QI projects in health care. Aim of the project was to improve the medication distribution process.

METHOD First, a survey was administered to the nursing staff to better understand the nursing needs and complaints. Then, two teams were appointed to make the planned improvements.

RESULTS The primary result has been a significant reduction of the variation in the times of medication orders and delivery.

CONCLUSION The QI projects under discussion feature several characteristics that are believed to be associated with successful projects outside health care. These include the active involvement of leadership, a focus on the customer, and a formal process-improvement technology involving teams of individuals, simple tools for data collection and display, and the use of statistics.

KOOIJ, C.H. VAN DER, RUIJTER, C.H. DE

Invoering van het integrale zorgdossier: nieuwe vormen van multi-disciplinair overleg in de verpleeghuiszorg.

Utrecht: NZi, 1996. 51 p., lit.opg., bijln.

Nivel (R 7868)

DOEL Rapport bevat drie delen. Het eerste deel is een algemene beschrijving van de invoering van een integraal zorgdossier. Het beschrijft de aanleiding, de manieren om er mee te beginnen, het integrale zorgdossier zelf en de nieuwe wijze van multidisciplinair overleggen. In het tweede deel volgt een procesbeschrijving van een project in de VerpleegKlinieken Heerlen (VKH): de aanleiding, de werkwijze vóór het veranderingsproces, het veranderingsproces en de resultaten tot nog toe. Het derde deel bevat een integrale weergave van het handboek MultiDisciplinair Overleg (MDO) en integraal zorgdossier, zoals dat nu in VKH wordt gehanteerd.

LANSKY, D., BUTLER, J.B., WALLER, F.T.

Using health status measures in the hospital setting: from acute care to 'outcomes management'.

Medical Care; 30, 1992, no. 5 Suppl., p. MS57-73.

Nivel (C 5166)

BACKGROUND In recent years, employers, insurers, and government purchasers have paid increased attention to the measurement of patient outcomes and health status.

Such interest is stimulated less by policy or quality concerns than by the need to reduce health care expenditures. Any expected benefits which might accrue from health status measurement will require active participation by community hospitals and their affiliated physicians. St. Vincent Hospital and Medical Center in Portland, Oregon has begun hospital-wide use of outcomes measurement systems.

OBJECTIVE This study presents case studies of outcomes measurement for low back pain and total hip replacement.

RESULTS The hospital's objectives in implementing such measures are summarized and several strategies for successful adoption of health status measures in community practice are identified.

MATTHEWS, B.L.

Case study: the implementation of total quality management at the Charleston VA Medical Center's Dental Service.

Military Medicine; 157, 1992, no. 1, p. 21-24.

Nivel (C 5167)

OBJECTIVE To describe the process of implementation of the Total Quality Management (TQM) philosophy as a study to determine its effectiveness at grassroots level.

RESULTS An overview is given of (21) lessons learned. These lessons are seen as generic in nature and would be applicable to any health care service.

CONCLUSION TQM is simplistic in its approach to managing the quality of products and services delivered to the customer, but it is complex in its application. Therefore it is vital that TQM concepts be tailored to fit the specific organization. A champion service chief can establish TQM concepts at the clinical level, but the results are diminished when there is no support from top management.

MCWILLIAM, C.L., DESAI, K.L., SWEETLAND, D.

Evolving an empowering approach to continuous quality improvement in home care.

Quality Management in Health Care; 3, 1995, no. 3, p. 31-39.

OBJECTIVE To describe the implementation of Total Quality Management in a home care organization and to highlight the challenges of achieving organizational empowerment as part of the process.

RESULTS Structures, goals and processes that are management focused can subtly undermine the espoused philosophy of organizational empowerment. Solutions to these problems are presented.

MCWILLIAM, C.L., SANGSTER, J.F.

Managing patient discharge to home: the challenges of achieving quality of care.

International Journal for Quality in Health Care; 6, 1994, no. 2, p. 147-161.

BACKGROUND Discharging older patients from hospital to care at home presents considerable challenges for those concerned about the current mandate of quality management. A great many professionals with different priorities and organizational commitments are involved. The policies and procedures of at least two agencies, a hospital and a home care agency, play a role in shaping the whole process.

OBJECTIVE The purpose of this study was to explore and describe factors other than medical condition and treatment which shaped the quality of the discharge experiences of older patients.

METHOD Qualitative research methodology was used to document the discharge process from the perspective of 12 rural and 9 urban patients, and a purposeful sample of 22 family caregivers and 117 professionals involved in their care. As well, 24

	agency administrators with an overview of related policies and procedures provided data.
RESULTS	Findings provide an in-depth description of the different implementation approaches and related quality issues in rural and urban settings. Quality management was undermined by role confusion, compromised and overly zealous pursuit of efficiency, fragmented work, variable physician practice style, and communication and coordination problems.
CONCLUSION	Several readily implemented solutions to these problems are recommended. The implications of the more difficult leadership challenges related to achieving reasonable efficiency and maintaining a humane orientation in the complex care system are addressed.

THOMPSON, R.S., TAPLIN, S.H., McAFEE, T.A., MANDELSON, M.T., SMITH, A.E.
 Primary and secondary prevention services in clinical practice: twenty years' experience in development, implementation and evaluation.
 JAMA; 273, 1995, no. 14, p. 1130-1135.

OBJECTIVE	To review lessons from 20 years of experience in development and provision of clinical preventive services at Group Health Cooperative of Puget Sound, a large health maintenance organization.
RESULTS	Critical factors for enhancing service include the use of a population-based epidemiologic viewpoint coupled with specific evidence-based criteria to examine issues; involvement of practitioners in the process; a systems approach to implementation focused on predisposing factors of the practitioners and enabling factors in the practice, organizational, and community environments; feedback of program outcomes; and the use of automated clinical information systems. Outcome results from our clinical prevention efforts include a 32% decrease in late-stage breast cancer, 89% of 2-year-old children with complete immunizations; decrease in adult smokers from 25% to 17%; and an increase in bicycle safety helmet use among children from 4% to 48% along with a 67% decrease in bicycle-related head injuries.
CONCLUSION	Systematic population-based approaches to the development and provision of clinical preventive services targeting the one-to-one level of primary care and multiple infrastructure levels of care are forging a synthesis of clinical medicine and public health approaches. This approach will become pervasive as clinical information systems improve, risk information is captured routinely, and practitioners gain skills in the art of patient risk behavior change and population-based care.

ZONNEVELD, A.M.
 Zorg voor verandering: een studie van veranderingsprocessen in het algemene ziekenhuis ter verhoging van de kwaliteit van zorg.
 z.pl.: z.uitg., 1993. 299 p. lit.opgn. Proefschrift.
 Nivel (B 3033)

DOEL	Getracht wordt na te gaan in hoeverre met veranderkundige inspanningen verbetering van de verpleegkundige zorg in ziekenhuizen te verwezenlijken is.
METHODE	Een case study beschrijft een project, waarin getracht werd in een algemeen ziekenhuis een meer patiëntgerichte zorg tot stand te brengen. Ondermeer werden de gevolgen voor het directe contact tussen patiënt en verpleegkundige bestudeerd. De opgedane ervaringen vormden aanleiding tot het starten van een breder opgezet onderzoek in veertien ziekenhuizen. De gegevensverzameling vond plaats middels participerende observatie, vragenlijstonderzoek en een studie van de schriftelijke communicatie. Tevens werden interviews met patiënten gehou-

den.

RESULTATEN De kwaliteit van de informatievoorziening en de houding van de verpleegafdeling t.o.v. patiëntgericht werken blijken de voornaamste voorspellers van het succes van projecten te zijn. Belangrijk is ook de zichtbare steun van het management. Tenslotte wordt aandacht besteed aan het behoud van met projecten bereikte resultaten en aan een verbreding van het kwaliteitsstreven in de richting van een interdisciplinaire aanpak.

2. IMPLEMENTATIE VAN STANDAARDEN, RICHTLIJNEN EN PROTOCOLLEN

2.1 Invoeringsstrategieën

ELLRODT, A.G., CONNER, L., RIEDINGER, M.S., WEINGARTEN, S.

Implementing practice guidelines through a utilization management strategy: the potential and the challenges.

QRB-Quality Review Bulletin; 18, 1992, no. 12, p. 456-460.

Nivel (C 5152)

BACKGROUND	Although there is currently much enthusiasm for practice guidelines, far more energy and resources have been expended on their development than on their implementation.
OBJECTIVE	A prospective interventional trial was performed using a previously validated explicit practice guideline (decision aid) to decrease the hospital length of stay for selected "low-risk" patients with chest pain. Utilization management (UM) coordinators (RNs) and physicians were chosen to implement the guideline since these resource people are available in most hospitals, allowing for generalization of the experience.
RESULTS	With explicit review criteria used for 624 patients, it was found that when the guideline was applied by UM coordinators, it had a sensitivity of 0.85, a specificity of 0.90, a positive predictive value of 0.76, and a negative predictive value of 0.94. The attending physicians failed to override falsely classified low-risk patient recommendations 51% of the time. Implicit review judged that outcome might have theoretically been worsened in two of these patients. Follow-up at 30 days after admission, however, revealed no untoward sequelae in falsely categorized patients discharged according to the guideline.
CONCLUSION	Utilization management appears to be a promising mechanism for guideline implementation that is available in most institutions. However, the accuracy with which UM coordinators implement guidelines should be assessed rigorously. Guidelines should be implemented in an environment of checks and balances in which physicians have the ultimate responsibility for their patients' care.

GOTTLIEB, L.K., MARGOLIS, C.Z., SCHOENBAUM, S.C.

Clinical practice guidelines at an HMO: development and implementation in a quality improvement model.

QRB-Quality Review Bulletin; 16, 1990, no. 2, p. 80-86.

Nivel (C 5156)

BACKGROUND	Harvard Community Health Plan (HCHP) is adapting to clinical medicine the managerial principles and methods of quality improvement theory that were originally developed and successfully applied in industrial settings. An essential step in applying the quality improvement cycle to clinical medicine is the setting of standards or specifications for clinical care. HCHP has chosen to focus its standard-setting efforts on the development of clinical algorithms, which provide an excellent basis for specifying and communicating optimal care processes and for evaluating actual clinical care. When implemented effectively, clinical algorithms may improve quality and decrease costs by guiding clinicians toward more standardized, high-quality, cost-effective clinical strategies and by facilitating more valid measurement of clinical process and outcomes.
OBJECTIVE	This article describes the evolution, structure, methods, and future agenda of the Algorithm Based Clinical Quality Improvement Process at HCHP.

GROL, R., EVERDINGEN, J.J.E. VAN, CASPARIE, A.F.

Invoering van richtlijnen en veranderingen: een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk.

Utrecht: De Tijdstroom, 1994. 215 p., lit. opg.

Nivel (B 3268)

DOEL De auteurs beogen op basis van literatuur en ervaringen uit de praktijk, een raamwerk te geven voor het invoeren van richtlijnen in de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk.

RESULTATEN Aan bod komen: kwaliteitsbevordering, ontwikkeling van richtlijnen, analyse van knelpunten bij de invoering van richtlijnen en veranderingen, selectie van methoden en interventies om richtlijnen en veranderingen in te voeren en management en evaluatie van de invoering van richtlijnen en veranderingen.

GROL, R.

Patiëntenvoorlichting door de huisarts: implementatie van richtlijnen.

Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde, 1993. 68 p., lit.opgn., grafn., tabn.

Nivel (R 7194)

DOEL De vraagstelling luidt: 1a. In welke mate raakten huisartsen na een periode van invoering bekend met de richtlijnen? In hoeverre was er sprake van een toename in acceptatie? 1b. In welke mate werden invoeringsprogramma's ten aanzien van richtlijnen gebruikt en ingepast in het reguliere onderwijs c.q. nascholing? 1c. Welke factoren waren hierop van invloed? 2. Is er verschil in bekend raken, acceptatie, veranderingsbereidheid en gebruik van invoeringsprogramma's tussen regio's waar een actieve benadering van sleutelpersonen door getrainde consultants plaatsvond en regio's waar dat niet gebeurde?

METHODE De gegevensverzameling vond plaats door middel van een gestructureerde vragenlijst, gebaseerd op een model voor het proces van gedragsverandering. De onderzoekspopulatie bestond uit 3 groepen: sleutelpersonen op het terrein van de huisartsenopleiding en deskundigheidsbevordering (n=181), contactpersonen van huisartsgroepen (n=487) en een representatieve steekproef van ongeveer 12% van de Nederlandse huisartsen (n=800).

RESULTATEN Mailing van richtlijnen en onderwijsprogramma's heeft geen effect op de invoering van richtlijnen. Een jaar lang inschakeling van consultants vergrootte vooral de kennis van de richtlijnen bij de benaderde sleutelpersonen, maar leidde binnen die korte periode nog niet tot echte veranderingen in attitude of gedrag ten aanzien van voorlichting. Naast onderzoek- en richtlijngebonden verklaringen zou het feit dat de interventieperiode te kort was, het geringe effect kunnen verklaren.

CONCLUSIE Consultants zouden structureel beschikbaar moeten zijn, zodat huisartsen en sleutelpersonen hen kunnen raadplegen over verschillende onderwerpen wanneer ze dat willen.

GROL, R.

Implementing guidelines in general practice.

Quality in Health Care; 1992, no. 1, p. 184-191.

Nivel (C 5157)

OBJECTIVE To explore the current views and research on implementing guidelines and to suggest some recommendations on methods and approaches to quality improvement in general practice. To discuss some of the general principles of promoting change in clinical care.

METHOD Literature review.

RESULTS Analysis of the current literature teaches us several important lessons.

1. A process of continuous improvement should be planned on several levels - that is, on a central, local, practice, and individual level.
 2. A combination of interventions, methods, and programmes should be developed; these should be directed to the specific barriers to change of specific target groups in the profession.
 3. Face to face instruction, assessment, and feedback by well respected peers (in peer review groups, quality circles, or practice visits), combined with practical support (facilitators, provisions, and financial stimuli), seem to be particularly effective in improving the quality of care.
- However, much more research on the effectiveness of interventions is necessary, in particular on the role of patients and computers in implementing new guidelines and procedures in general practice. The studies currently available often have methodological shortcomings, the interventions are difficult to compare, and most lack information on health outcomes.

GROL, R., TIELENS, V., MOKKINK, H., ZWAARD, T.
 Ideaal of werkelijkheid? : problemen bij de ontwikkeling en invoering van standaarden.
 Huisarts en Wetenschap; 31, 1988, no. 12, p. 392-397.

DOEL	In allerlei onderzoek wordt steeds opnieuw een discrepantie vastgesteld tussen optimaal handelen volgens bepaalde richtlijnen en de feitelijke situatie in de dagelijkse praktijk van de huisarts. Welke consequenties moet een dergelijke discrepantie hebben voor de ontwikkeling en invoering van standaarden op het gebied van de huisartsgeneeskunde?
METHODE	Om inzicht in het feitelijk handelen te krijgen, is gebruik gemaakt van de resultaten van drie onderzoeksprojecten. Hierin vond observatie in de praktijk plaats en werden per huisarts ongeveer 15 consulten gescoord aan de hand van de protocollen. In totaal gaat het om 3000 consulten.
RESULTATEN	Analyse van de resultaten van drie observatie-onderzoeken met de Nijmeegse medische 'protocollen' laat zien dat het moeilijk is standaarden aan te passen aan wat huisartsen gemiddeld gewend zijn te doen; daarvoor is de variatie in handelen en de variatie in de tijd te groot. Voorgesteld wordt per standaard een diagnose te maken van de oorzaken van de discrepantie: heeft die te maken met de standaard en de ontwikkeling ervan, met de wijze van invoering of met de acceptatie en adoptie door de doelgroep? Bij de ontwikkeling en invoering van standaarden kan men op deze manier rekening houden met bevorderende en belemmerende factoren.

HAYMAN, J.N., CRANE, V.S.
 Multidisciplinary task force for controlling drug expenses.
 American Journal of Hospital Pharmacy; 50, 1993, no. 11, p. 2343-2347.
 Nivel (C 5159)

BACKGROUND	From 1986 to 1992, dollars spent on drugs at a 964-bed teaching hospital increased from \$9.8 million to \$26.8 million, despite a tightly controlled formulary, prudent purchasing practices, prescribing restrictions, an antimicrobial order form program, a target-drug program, and an active pharmacy-run cost intervention program. These increases occurred as a result of changes in the mix of drugs prescribed, increases in outpatient volume, inflation, and price increases.
OBJECTIVE	To describe the establishment of a multidisciplinary task force to control increasing drug costs.
RESULTS	A multidisciplinary task force composed of seven teams was formed to identify ways to reduce drug expenses and enhance revenue. Each team made recommendations designed to reduce the rate of growth of pharmaceutical expenses.

To implement these recommendations, the task force used a variety of verbal and written strategies to educate and communicate with physicians, pharmacists, nurses, pharmaceutical company representatives, and patients. A system was developed so that goal achievement could be monitored. The program reduced the growth in drug expense by \$2.33 million. As a result of the program, control of the drug expenses became an institutional priority, not merely a pharmacy department priority.

CONCLUSION By establishing a multidisciplinary team approach involving physicians, administrators, nurses, and pharmacists, a substantial reduction of drug expenses can be achieved.

LOMAS, J.

Making clinical policy explicit: legislative policy making and lessons for developing practice guidelines.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 9, 1993, no. 1, p. 11-25.

BACKGROUND Promulgation of practice guidelines in medicine has increased interest in the structure of clinical policy making. It is argued that with a generic definition of policy as "the rules governing the behavior of individuals or institutions", clinical policy making is analogous to legislative policy making. Practice guidelines emphasize the advantages of making clinical policy making more explicit. The structure of legislative policy making has evolved over many years to meet the challenge of making both the policies and the process of policy making explicit.

OBJECTIVE Processes to promulgate clinical policies may be able to exploit this experience to improve clinical policy making and thereby retain control of the process within medicine.

RESULTS Generic steps are outlined for making decisions with incomplete information; synthesis of facts, vested interests, and values; involvement of stakeholders; and implementation of policy. An illustration of the use of the generic steps to make and implement a clinical policy for cesarian birth follows, with evaluations of its impact on the behavior and satisfaction of clinical stakeholders.

LOMAS, J., ANDERSON, G.M., DOMNICK-PIERRE, K., VAYDA, E., ENKIN, M.W., HANNAH, W.J.

Do practice guidelines guide practice? : the effect of a consensus statement on the practice of physicians.

The New England Journal of Medicine; 321, 1989, no. 19, p. 1306-1311.

OBJECTIVE Guidelines for medical practice can contribute to improved care only if they succeed in moving actual practice closer to the behaviors the guidelines recommend. To assess the effect of such guidelines, we surveyed hospitals and obstetricians in Ontario before and after the release of a widely distributed and nationally endorsed consensus statement recommending decreases in the use of cesarean sections.

METHOD Monthly discharge data from hospitals from April 1982 to March 1986 provided the base-line data about actual practices. Surveys of obstetricians (about their attitudes and practices) and hospitals (about existing policy) were carried out before the consensus process began in October 1985. The effect of the guidelines was assessed by analysis of discharge data (i.e. actual practice) from April 1986 to March 1988 and by three surveys after the distribution of the guidelines (two repeats of the base-line surveys, plus an additional survey of obstetricians to assess awareness and knowledge of the guidelines).

RESULTS These surveys, along with discharge data from hospitals reflecting actual practice, revealed that most obstetricians (87 to 94 percent) were aware of the guidelines and that most (82.5 to 85 percent) agreed with them. Attitudes toward the use of

cesarean section were congruent with the recommendations even before their release. One third of the hospitals and obstetricians reported changing their practice as a consequence of the guidelines, and obstetricians reported rates of cesarean section in women with a previous cesarean section that were significantly reduced, in keeping with the recommendations (from 72.2 percent to 61.1 percent). The surveys also showed, however, that knowledge of the content of the recommendations was poor (67 percent correct responses). Furthermore, data on actual practice after the publication of the guidelines showed that the rates of cesarean section were 15 to 49 percent higher than the rates reported by obstetricians, and they showed only a slight change from the previous upward trend.

CONCLUSION We conclude that guidelines for practice may predispose physicians to consider changing their behavior, but that unless there are other incentives or the removal of disincentives, guidelines may be unlikely to effect rapid change in actual practice. We believe that incentives should operate at the local level, although they may include system-wide economic changes.

MITTMAN, B.S., TONESK, X., JACOBSON, P.D.

Implementing clinical practice guidelines: social influence strategies and practitioner behavior change.

QRB-Quality Review Bulletin; 18, 1992, no. 12, p. 413-422.

Nivel (C 5170)

BACKGROUND Clinical practice guidelines offer potentially valuable tools for rationalizing health care delivery and improving patient outcomes. Currently, major efforts are under way to develop, test, and refine guidelines for a wide variety of medical conditions and procedures. Although methods for producing guidelines are fairly well understood and continue to improve, experience suggests that guidelines rarely translate directly into changes in practice. For various reasons, including physician resistance or incomplete understanding of the need for guidelines, they have proven difficult to implement.

OBJECTIVE This article describes a broad range of strategies for implementing clinical practice guidelines based on the social influences that affect health practitioner behavior. The article also examines issues surrounding the selection and use of individual strategies or combinations of strategies in specific efforts to improve the quality of health care.

MURREY, K.O., GOTTLIEB, L.K., SCHOENBAUM, S.C.

Implementing clinical guidelines: a quality management approach to reminder systems.

QRB-Quality Review Bulletin; 18, 1992, no. 12, p. 423-433.

Nivel (C 5171)

BACKGROUND "Reminders" (timely notices about specific clinical events to physicians or patients) are useful strategies for implementing clinical guidelines. These systems can vary widely in content, design, and purpose. This variability makes it difficult to compare systems or predict a reminder's efficacy in a particular setting.

OBJECTIVE In this article, the authors suggest that too much attention has been paid to proving the efficacy of reminder systems as a general strategy or a comprehensive solution.

RESULTS The usefulness and effectiveness of reminder systems will be better appreciated when quality management principles are applied to designing, implementing, and maintaining them. Physicians must participate in finding the best solutions for clinical process problems, and reminder systems -when implemented as the 'best solution'- must be monitored and improved continually on an ongoing basis to continue to meet physicians' needs.

SCHMIDT, K., HOLIDA, D., KLEIBER, C., PETERSEN, M., PHEARMAN, L.
Implementation of the AHCPR pain guidelines for children.
Journal of Nursing Care Quality; 8, 1994, no. 3, p. 68-74.
Nivel (C 5175)

BACKGROUND Successful implementation of Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) clinical practice guidelines must involve an institutional commitment and an interdisciplinary effort.

OBJECTIVE This article describes how a pediatric nursing research committee took the leadership role in implementing the AHCPR acute pain guidelines for children.

RESULTS Steps toward implementation included assessment of current practice methods, nursing interventions, interdisciplinary interventions, and plans for evaluating the practice change through the institutional quality assessment and improvement program.

WEINGARTEN, S., ELLRODT, A.G.
The case for intensive dissemination: adoption of practice guidelines in the coronary care unit.
QRB-Quality Review Bulletin; 18, 1992, no. 12, p. 449-455.
Nivel (C 5178)

BACKGROUND Medical practice guidelines are being embraced enthusiastically by subspecialty and government organizations, but although hundreds have been developed at great public and private expense, there are few examples of how they have improved the quality of care or reduced health care costs.

OBJECTIVE This article reports documented experience in changing physician behavior after implementing medical practice guidelines in the coronary care unit without altering physician incentives or imposing the threat of sanctions.

RESULTS Guideline adoption did require significant attention to the implementation process, including endorsement of guidelines by local "opinion leaders", validation by local data, and an intensive and concurrent implementation strategy.

WENSING, M.
Invoering van richtlijnen in de zorg: welke methoden werken en waarom?
Kwaliteit & Zorg; 3, 1995, no. 4, p. 186-190.

ACHTERGROND Voor het werken volgens richtlijnen is soms verandering van de gangbare werkwijze nodig. Vaak bestaan er barrières die moeten worden weggenomen voordat verandering optreedt.

DOEL De vraag is welke interventies dergelijke barrières kunnen wegnemen en effectief zijn bij het invoeren van richtlijnen.

METHODE Literatuuronderzoek.

RESULTATEN Vooral intensieve (combinaties van) interventies blijken effectief, d.w.z. interventies die meer omvatten dan alleen voorlichting en scholing. Ondersteuning van het veranderproces via feedback, reminders of organisatorische maatregelen blijken een zinvolle aanvulling te zijn. Mogelijk effectief is de inzet van consultants voor het geven van praktische steun, het geven van feedback door patiënten en toepassen van gerichte financiële prikkels.

CONCLUSIE Het verdient aanbeveling om in de toepassing van interventies en in het onderzoek hiernaar gebruik te maken van de inzichten uit vakgebieden als gezondheidsvoorlichting en organisatiekunde.

2.2 Bewustwording

ETTEMA, R.

De impact van de eerste verpleegkundige richtlijn: een onderzoek naar de implementatie van de Ambulante Compressietherapie.

Kwaliteit & Zorg; 1, 1993, no. 3, p. 100-110.

DOEL	De vraagstelling luidt in hoeverre de richtlijn is geïmplementeerd en welke factoren van invloed zijn geweest op de implementatie.
METHODE	De gegevensverzameling vond plaats door middel van een schriftelijke enquête onder verpleegkundigen en verpleegkundig managers van algemene en academische ziekenhuizen (n=301) en door middel van interviews met verpleegkundigen, verpleegkundig managers, doktersassistenten en dermatologen (n=22).
RESULTATEN	Minder dan 20% van alle leidinggevenden en uitvoerende verpleegkundigen is op de hoogte van de richtlijn. Toepassing van de richtlijn vindt slechts in 5% van de gevallen plaats.
CONCLUSIE	De richtlijn dient beter geïntroduceerd te worden en de desbetreffende verpleegkundigen behoeven doeltreffende scholing.

FLEUREN, M.A.H., HAAN, M. DE, GROL, R.P.T.M., SIPS, A.J.B.I.

Wordt de NHG-standaard (dreigende) miskraam door huisartsen gevolgd?

Huisarts & Wetenschap; 36, 1993, no. 11, p. 370-374.

DOEL	De vraagstelling luidt hoe de kennisname en acceptatie van de richtlijnen uit de NHG-standaard bij huisartsen is, op welke punten zij van de richtlijnen afwijken en welke knelpunten zij ervaren bij het (gaan) werken volgens de standaard.
METHODE	De gegevensverzameling vond plaats door middel van een schriftelijke vragenlijst die verstuurd werd aan een aselechte steekproef van 495 huisartsen (respons 63%).
RESULTATEN	De meeste respondenten waren goed op de hoogte van de inhoud van de standaard. Richtlijnen waar een deel van de huisartsen zich niet in kon vinden, waren de periode van 10 dagen voor een controle en het vervolgesprek na 6 weken. Veel huisartsen hadden moeite met het terughoudende echobeleid en het advies pas na drie opeenvolgende miskramen te verwijzen naar een gynaecoloog. Voorts zeiden veel huisartsen in de praktijk nogal eens af te wijken van de standaard. Enerzijds had dit te maken met de acceptatie van de richtlijnen, anderzijds met externe factoren zoals de wens/eis van de patiënten om toch verwezen te worden naar de gynaecoloog.

FREED, G.L., BORDLEY, W.C., CLARK, S.J., KONRAD, T.R.

Universal hepatitis B immunization of infants: reactions of pediatricians and family physicians over time.

Pediatrics; 93, 1994, no. 5, p. 747-751.

Nivel (C 5155)

OBJECTIVE	In November 1991 the Advisory Committee on Immunization Practice (ACIP) recommended universal hepatitis B immunization for infants. In February 1992 the American Academy of Pediatrics (AAP) and in August 1992 the American Academy of Family Physicians (AAFP) issued similar recommendations. The purpose of this study was to assess over time the effectiveness and impact of the dissemination efforts of the ACIP, AAP, and AAFP regarding this new recommendation and to determine the factors affecting its adoption.
METHOD	All 778 pediatricians and a random sample of 300 family physicians in North Carolina were surveyed by mail 3 months after publication of the ACIP recommendation, but before the AAP and AAFP recommendations. Response rate was

78%. Of these, 83% responded to a follow-up survey 8 months later.

RESULTS In the first survey (3 months after the ACIP recommendation) more pediatricians than family physicians were aware of the new recommendation (82% vs 48%), yet only 37% of pediatricians and 23% of family physicians agreed that immunization of all newborns in their practice was warranted. Eight months later, after the AAP and AAFP recommendation, 66% of pediatricians and 32% of family physicians agreed universal immunization was warranted, but still only 53% of pediatricians and 23% of family physicians had adopted it into practice. Factors associated with these low rates of adoption include physician and practice characteristics, cost, perceived need for the vaccine, and aversion to multiple injections.

CONCLUSION Federal, AAP, and AAFP efforts have not been effective thus far in fostering widespread agreement and adoption of this recommendation. If this and future vaccine programs are to succeed, research is needed to determine influences on implementation of new recommendations and to address the economic and noneconomic concerns of physicians and parents.

WEINGARTEN, S., STONE, E., HAYWARD, R., TUNIS, S., PELTER, M., HUANG, H., KRISTOPAITIS, R.

The adoption of preventive care practice guidelines by primary care physicians: do actions match intentions?

Journal of General Internal Medicine; 10, 1995, no. 3, p. 138-144.

Nivel (C 5177)

OBJECTIVE To measure primary care physicians' familiarity with attitudes toward, and confidence in preventive care practice guidelines for the elderly and to determine whether their attitudes are associated with implementation of guidelines into clinical practice.

METHOD A self-administered survey of physicians employed by a health maintenance organization (HMO) and of patients cared for by those physicians. Medical records were also reviewed to assess compliance with practice guidelines. Forty eight primary care physicians completed the survey. The medical records of 3249 randomly selected elderly patients were studied. Of these patients, 2799 completed a preventive care survey.

RESULTS Most HMO primary care physicians agreed or strongly agreed that guidelines will improve quality of medical care (88%) and that guidelines have caused them to change their care of patients (73%). Although the physicians' general attitudes about guidelines did not often correlate with their use of preventive care guidelines, the physicians who stated that practice guidelines had changed their practices were more likely to offer their patients clinical breast examinations and to counsel their patients to exercise than were the physicians who did not. There was a significant association between physicians' support for and adoption of specific practice guidelines regarding mammography and immunizations against influenza, pneumococcal pneumonia, and tetanus.

CONCLUSIONS Physicians employed by an HMO were familiar with and hopeful about the role of guidelines for improving patient care. Physicians' attitudes toward specific preventive care guidelines and admission that guidelines had caused them to change their practice did at times, but not always, correlate with their implementation of guidelines into clinical practice.

2.3 Acceptatie

BARDOEL, E.A.G., EDELBROEK-VAN SCHAIJK, W.E.H.M.

Het Dieetbehandelingsprotocol bij hypercholesterolemie in de praktijk. Deel 1. Algemene gegevens over de instellingen en praktijken, samenwerking arts-diëtist.

Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten; 50, 1995, no. 4, p. 77-83.

DOEL	Het inventariseren van de praktijkervaringen met het Dieetbehandelingsprotocol bij hypercholesterolemie dat door de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) in 1989 is geïntroduceerd, de mate waarin diëtisten zich door het protocol laten leiden, de knelpunten die zij ervaren bij het toepassen hiervan en het protocollair werken in het algemeen. In dit eerste artikel wordt ingegaan op het gebruik van het Dieetbehandelingsprotocol, de cliëntaantallen en de samenwerkingsrelatie arts-diëtist.
METHODE	Een algemene schriftelijke vragenlijst werd aan 376 instellingen/vrij gevestigde praktijken verzonden (respons 65% resp. 66%) en een schriftelijke vragenlijst over praktijkervaringen aan 698 individuele diëtisten werkzaam in ziekenhuizen met >100 bedden, bij kruisverenigingen en in vrij gevestigde praktijken, die cliënten met hypercholesterolemie behandelden.
RESULTATEN	Ongeveer drie kwart van de diëtisten gebruikte het Dieetbehandelingsprotocol van de NVD of een protocol waarin de meeste richtlijnen uit dit protocol zijn verwerkt. In 1992 was gemiddeld 10% van het totale aantal cliënten in behandeling vanwege hypercholesterolemie. Gegevens over cliëntenaantallen waren in de helft van de instellingen en vrij gevestigde praktijken beschikbaar middels registratie. Voor het overige waren deze gebaseerd op schattingen. Bij de samenwerking met artsen deden zich problemen voor onder andere bij het verzamelen van medische gegevens.
CONCLUSIE	De knelpunten in de samenwerking met artsen zijn gedeeltelijk terug te voeren op het niet volgen van de richtlijnen van de cholesterolconcensus door artsen en deels op de diëtisten, omdat ze onvoldoende afspraken maken met de verwijzers. Verbetering valt te bereiken door een actiever beleid van diëtisten onder meer voor het maken van afspraken en periodieke evaluatie met verwijzers. Ook is registratie van behandelingen noodzakelijk.

HEERDINK, C.F.M., KAPTEIN, A.A., GROL, R.

Huisarts en protocol: een explorerend onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren op (mogelijk) protocolgebruik voor huisartsen.

Leiden: RUL, 1989. 69 p., fig., lit.opgn., tabn.

Nivel (R 4339)

DOEL	De vraagstelling luidt: welke factoren bevorderen of belemmeren het (mogelijk) gebruik van protocollen door in Nederland praktizerende huisartsen?
METHODE	De gegevensverzameling vond plaats door middel van diepteinterviews. De onderzoekspopulatie bestond uit twee groepen huisartsen waarvan de ene groep binding met het Nederlands Huisartsen Instituut had (n=27) en de andere niet (n=33).
RESULTATEN	De eerste indruk van een protocol blijkt sterk bepalend voor de aandacht die het protocol krijgt van de huisarts. Protocollen in de vorm van casuïstiek hebben de voorkeur boven medisch-besliskundige modellen. De meeste huisartsen vergelijken het protocol met wat zij zelf doen, maar vaak blijft het daarbij. Verschillende factoren blijken van invloed op de acceptatie w.o. het idee over wat 'protocollair werken' inhoudt: een protocol met een dwingend karakter wordt door de meeste huisartsen afgewezen. De bereidheid om een protocol toe te passen hangt o.a. samen met de mate van discrepantie met het eigen handelen van de huisarts tot nu toe. Het toepassen van een protocol in de praktijk heeft nogal wat consequen-

ties voor de praktijkvoering zoals de structurele en organisatorische mogelijkheden waarover huisartsen beschikken om protocollen toe te kunnen passen.

ONION, C.W., WALLEY, T.

Clinical guidelines: development, implementation, and effectiveness.

Postgraduate Medical Journal; 71, 1995, no. 831, p. 3-9.

Nivel (C 5172)

OBJECTIVE An overview is given of the literature on methods of producing guidelines, advantages and disadvantages of guidelines, perception of guidelines by intended users, effectiveness of guidelines, acceptability and success of guidelines.

CONCLUSION Clinical guidelines seem to be beneficial to medical practice and this is recognised by the majority of doctors. If they are to be of use to busy clinicians, they should be clear, simple and explicit. A multi-disciplinary approach to development, including health economic analysis, will result in greater validity. A synthesis of expert specialist, and practical generalist opinion in the development phase will ensure that the content is both scientifically valid and applicable in practice. The projected users must be involved in thinking about the issues, either by being involved in their development or through an educational approach which requires thoughtful discussion about the finished product. Guideline editors must ensure that revised editions are produced not only in response to new scientific evidence, but also in response to criticisms from users. Guidelines will receive a more sympathetic welcome from clinicians if they are intended to improve the quality of medicine, rather than purely financial efficiency or administrative convenience. A more coherent provision of health care will result if a holistic perspective is incorporated in their development. A better coordinated approach to the development of guidelines would avoid waste of resources by producing relevant guidelines with an effective implementation strategy.

2.4 Aanleren

2.4.1. Factoren van invloed op adoptie

BROWNER, W.S., BARON, R.B., SOLKOWITZ, S., ADLER, L.J., GULLION, D.S.

Physician management of hypercholesterolemia: a randomized trial of continuing medical education.

Western Journal of Medicine; 161, 1994, no. 6, p. 572-578.

Nivel (C 5145)

OBJECTIVE To determine the effect of continuing medical education (CME) on compliance with the recommendations of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on high serum cholesterol levels in adults.

METHOD Primary physicians in 174 practices were randomly assigned to 3 groups, 2 that underwent either standard or intensive CME and a control group. The standard CME group was offered a free 3-hour seminar on high serum cholesterol levels; the intensive CME group was offered in addition follow-up seminars and free office materials. After 18 months, we audited 13,099 medical records from the 140 practices that remained in the study.

RESULTS There were no significant differences in screening for high serum cholesterol or compliance with guidelines between the groups receiving continuing medical education (51% screening; 33% compliance) and the control group (57% screening; 37% compliance). In the prespecified subgroup of patients with hypercholes-

terolemia, there was a trend toward a modest benefit from the continuing medical education interventions: compliance was 21% in the control group, 23% in the standard CME group, and 27% in the intensive CME group.

CONCLUSION These results emphasize the need for better ways to change behavior in practicing physicians and the importance of studying the implementation of preventive health recommendations.

ELLRODT, A.G., CONNER, L., RIEDINGER, M., WEINGARTEN, S.

Measuring and improving physician compliance with clinical practice guidelines: a controlled interventional trial.

Annals of Internal Medicine; 122, 1995, no. 4, p. 277-282.

Nivel (C 5151)

OBJECTIVE To determine factors that may lead physicians not to comply with clinical practice guidelines.

METHOD Retrospective analysis of patients whose physicians were not compliant with discharge recommendations from a prospective, controlled interventional trial of a guideline to reduce hospital length of stay for patients admitted for chest pain. Setting was a large community hospital. Participants were patients admitted with chest pain who were not discharged according to a practice guideline.

RESULTS 79 (34%) of 230 patients with chest pain classified as being at low risk by concurrent or retrospective review were not discharged by day 3 (the guideline recommendation). Of these 79 patients, 33 (42%) were misclassified at concurrent review (20 were falsely classified as being at high risk and 23 were falsely classified as being with low risk). Of 46 correctly classified patients, 11 (14%) were classified as having noncompliant physicians because of health care system inefficiencies. The status of 7 (9%) patients was changed to high risk between initial classification and potential discharge. For 15 patients (19%), no obvious reason for delayed discharge was found, but they had a higher severity of illness than did low-risk patients discharged according to the guideline as measured by mean time-insensitive predictive instrument scores. In 13 patients (16%), physicians refused to follow the guideline recommendations.

CONCLUSION In measuring and attempting to improve physician compliance with a length-of-stay guideline, physician refusal accounts for a small percentage (16%) of non-compliance. Implementation issues, health care system inefficiency, and severity of illness were the predominant reasons why physicians did not comply with guidelines. Our study further supports the principle that clinical practice guidelines should complement rather than be a substitute for physician judgement.

SCHECTMAN, J.M., ELINSKY, E.G., BARTMAN, B.A.

Primary care clinician compliance with cholesterol treatment guidelines.

Journal of General Internal Medicine; 6, 1991, no. 3/4, p. 121-125.

Nivel (C 4207)

OBJECTIVE To determine the rate and predictors of clinician compliance with treatment guidelines for high cholesterol in a primary care practice and establish quality assurance thresholds for monitoring patient management.

METHOD Retrospective chart audit one year after high cholesterol level (n=243).

RESULTS In the one-year interval following the index elevated cholesterol level, 67% of the patients had received documented dietary counseling, 53% had had a follow-up cholesterol test, and 8% were started on drug treatment. Only two patients without a history of hypercholesterolemia prior to the index level were started on drug treatment, compared with 18 patients with such a history. The odds of patient dietary counseling increased twofold for each 25 mg/dL increment in serum

cholesterol, and by 1.45 times for each additional coronary risk factor. Patients who had high cholesterol levels obtained as isolates determinations had 2.46 times higher odds of being followed by counseling than did those whose levels had been obtained as part of a chemistry panel.

CONCLUSIONS Compliance with National Cholesterol Education Panel guidelines for dietary counseling, but not drug therapy, was higher in this setting than in other published compliance studies. Quality assurance monitoring of compliance with dietary counseling and obtaining lipid measurements using a threshold approach are suggested. A similar approach to drug therapy of hypercholesterolemia appears premature.

2.4.2 In hoeverre houdt men zich aan de richtlijnen?

BALDWIN, L.M., RAINE, T., JENKINS, L.D., HART, L.G., ROSENBLATT, R.
Do providers adhere to ACOG standards? The case of prenatal care.
Obstetrics & Gynecology; 84, 1994, no. 4, p. 549-556.
Nivel (C 5144)

OBJECTIVE To examine the extent to which obstetric providers abide by prenatal practice guidelines published by ACOG.

METHOD The prenatal records were abstracted for low-risk patients initiating care with randomly selected urban obstetrician-gynecologists, rural obstetrician-gynecologists, urban family physicians, rural family physicians, and urban certified nurse-midwives in Washington state between September 1, 1988 and August 30, 1989. The prenatal care recorded in their medical charts was compared with the ACOG-recommended guidelines.

RESULTS Overall, providers of all five types adhered closely to the published standards. Certified nurse-midwives recorded a standard of practice that most closely matched that recommended by ACOG. Overall, there was less complete adherence in the recording of maternal height, fetal activity after 30 weeks' gestation, and fetal presentation at or after 36 weeks' gestation. Those laboratory tests that ACOG has recommended most recently and those not recommended for routine use were ordered less often on average by providers.

CONCLUSION The cross-sectional nature of this study cannot demonstrate definitively that ACOG's guidelines have changed provider prenatal practices. However, these findings demonstrate that providers in varying specialties and geographic locations can adhere to a detailed set of clinical guidelines if they are appropriately disseminated and implemented.

CARADOC-DAVIES, T., HAWKER, A.
Rehabilitation services in the health sector: the perspectives of providers and consumers: Part 1.
New Zealand Medical Journal; 108, 1995, no. 992, p. 10-12.
Nivel (C 5146)

OBJECTIVE To establish the degree of implementation of the Strategic Planning Guidelines for Area Health Boards-Services for adults with Physical Disability, published by the Department of Health in 1989, the services being provided, and the priorities for future service provision.

METHOD Two postal surveys of area health boards (AHB's) were carried out in 1991. The first asked about the terminology of rehabilitation, administrative structure, advocacy, service audit, inventory of services, regional service delivery, and consultation processes. The second asked about the rehabilitation services provided, the type of disability of the consumers of the service, the reasons why services were or were not provided, the service gaps that existed, and the

RESULTS priorities that existed to fill those service gaps. The major finding was that while all area health boards adopted the rehabilitation concepts in principle, service development was impeded in many cases by the failure to provide resources to plan and develop the service. Some were providing comprehensive services. Most AHB's provided services for people with physical or multiple disabilities. All provided statutory services such as district nursing and home help, while most provided regular medical reviews, physiotherapy, occupational therapy, speech therapy, etc. Only about half provided attendant care, driving assessment, and swimming for people with disabilities, while less than half supported disability information services (DIS). Attendant care was seen as high priority to fill gaps in service, but was seen as the funding responsibility of the Department of Social Welfare.

CONCLUSION Service provision reflected a traditional approach to the provision of rehabilitation services. The development of innovative service delivery will require crown health enterprises to reevaluate their present level of commitment to rehabilitation services and to assess the effectiveness of reallocating some funds from acute services into rehabilitation.

COHEN, S.J., HALVORSON, H.W., GOSSELINK, C.A.
 Changing physician behavior to improve disease prevention.
 Preventive Medicine; 23, 1994, no. 3, p. 284-291.
 Nivel (C 5148)

OBJECTIVE Physicians often fail to provide nationally recommended preventive services for their patients. Addressing this, selected literature is reviewed on changing physician behavior using the organizational construct of the "readiness for change" transtheoretical model. This model suggests that behavior evolves through stages from precontemplation, to contemplation, to preparation, to initiation, and to maintenance of change. Traditional medical education may affect knowledge and beliefs, but rarely results in behavior change. However, motivational strategies such as practice feedback reports and influential peers can foster stage change. Successful interventions aimed at physicians preparing for change frequently use an office-system approach that targets not only physicians, but office staff and patients as well.

RESULTS Illustrating how the readiness to change model can guide the design and implementation of interventions, strategies being used in a statewide randomized controlled trial to improve cancer prevention counseling and early detection by primary care physicians are described. The multistage interventions of Partners for Prevention include support from a medical liability carrier, a motivational videotape, a task-delineated office manual, chart flowsheets, patient activation forms, practice feedback reports, a designated prevention coordinator within each practice and regular telephone calls and office visits by project staff.

HONNAS, R., ZLOTNICK, C.
 Quality improvement in action: development of a tool.
 Journal of Nursing Care Quality; 9, 1995, no. 4, p. 72-77.
 Nivel (C 5162)

BACKGROUND Based on findings of the Utilization Peer Review Forum, a quality assurance system committee comprising public health professionals, there was a question about whether public health nurses followed the standards of care when treating children with anemia.

METHOD A sample of 703 child care records was audited.

OBJECTIVE To describe the process of identifying the problem and then developing and

RESULTS implementing an investigation to determine the magnitude of the problem. Conflicts in the established protocols of the county health department were identified, and an unexpectedly high prevalence of childhood anemia was discovered.

MATTHEWS, I.P., ROBERTS, C.J., ROBERTS, G.M., FIELD, S., BRINDLE, M.J.
Compliance with guidelines for choice of radiographic projections: a multicentre study.
Clinical Radiology; 49, 1994, no. 8, p. 537-540.
Nivel (C 5167)

OBJECTIVE A study of compliance with guidelines for choice of radiographic projections was carried out in each of six centres.

METHOD The study concerned 5851 examinations undertaken by 116 radiographers under the supervision of 29 consultant radiologists.

RESULTS The results showed good compliance between centres for examination of the chest, abdomen, thoracic spine, pelvis/hip but not for examination of cervical spine, paranasal sinus and lumbar spine. The reasons given for these wide variations are discussed and estimates are given for the potential reductions in exposure to the UK population consequent upon national implementation of guidelines such as these.

MCDONNELL, P.J., NOBE, J., GAUDERMAN, W.J., LEE, P., AIELLO, A., TROUSDALE, M.
Community care of corneal ulcers.
The American Journal of Ophthalmology; 114, 1992, no. 5, p. 531-538.
Nivel (C 5169)

BACKGROUND Because of increasing concern about the appropriate and cost-effective use of eye care services and procedures, several organizations have sought to arrive at practice guidelines or practice patterns from which physicians can draw guidance.

OBJECTIVE To assess the potential effectiveness of such guidelines, the care of patients with corneal ulcers was reviewed. Corneal specialists recommend that cultures be obtained before initiation of treatment. We determined whether ophthalmologists implemented these guidelines.

METHOD A review of records of 79 patients referred to a tertiary care corneal and external disease service for evaluation of keratitis, and a survey by mail of practicing ophthalmologists.

RESULTS Antibiotic therapy without any cultures was observed in 38 of 79 referred patients with corneal ulcers (48.1%). Our survey of general ophthalmologists disclosed that 274 of 560 patients with corneal ulcers (48.7%) were treated with antibiotics without any cultures being obtained.

CONCLUSION Compliance with recommended practice in the care of corneal ulcers is poor, as measured with either method. This procedure provides insights into more effective implementation of future practice guidelines.

REIS, E.C., GOEPP, J.G., KATZ, S., SANTOSHAM, M.
Barriers to use of oral rehydration therapy.
Pediatrics; 93, 1994, no. 5, p. 708-711.
Nivel (C 5173)

OBJECTIVE To identify potential barriers to the use of oral rehydration therapy (ORT) by pediatric practitioners.

METHOD Cross-sectional, anonymous, self-administered survey of physicians' ORT knowledge, attitudes, and practice (n=104).

RESULTS	Most respondents (83%) reported that ORT plays an important role in their management of dehydration. However, compliance with guidelines from the American Academy of Pediatrics for use of oral therapy is limited: 30% withhold ORT in children with vomiting or moderate dehydration, 50% fail to advise prompt refeeding, and only 3% advise use of a spoon or syringe. The degree of importance of ORT in physicians' practice was negatively associated with reported lack of convenience of ORT administration in the practice setting, support staff preference for intravenous versus ORT, need for additional training of support staff to implement ORT, and likelihood of reimbursement for intravenous versus ORT. Notably, degree of importance of ORT was not associated with physician ORT knowledge.
CONCLUSION	Efforts to improve use of ORT should be expanded beyond physician education and focus on such barriers as support staff limitations and financial constraints.

WESTRATE, W., PORTEGIES, P., CREVEL, H. VAN
 Het gebruik van protocollen op een neurologische afdeling.
 Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 138, 1994, no. 31, p. 1579-1583.

DOEL	Inventarisatie van het gebruik van protocollen op een neurologische afdeling.
METHODE	De protocollen werden opgesteld door assistent-geneeskundigen en stafleden, en in protocolbesprekingen bekritiseerd en zo nodig gecorrigeerd. Gedurende een half jaar werd per nieuw opgenomen patiënt (n=317) nagegaan of er een protocol voor bestond, of het gebruikt werd, en zo nee waarom niet.
RESULTATEN	In de onderzoeksperiode voor de invoering van het protocol voor herseninfarcten en 'transient ischaemic attacks' (TIA's), de grootste categorie, was er een protocol voor 20% van de patiënten en dat werd bij 61% van die patiënten ook gebruikt. Na de invoering van het herseninfarct/TIA-protocol was er voor 46% van de patiënten een protocol en dat werd bij 82% van die patiënten gebruikt. Protocollen werden niet gebruikt doordat men het betreffende protocol niet kende, het vergat te gebruiken of het niet toepasbaar was op die individuele patiënt.
CONCLUSIE	Het opstellen en het gebruiken van protocollen blijken op een neurologische afdeling goed mogelijk te zijn.

YOONG, A.F., LIM, J., HUDSON, C.N., CHARD, T.
 Audit of compliance with antenatal protocols.
 British Medical Journal; 305, 1992, no. 6863, p. 1184-1186.

OBJECTIVE	To assess the implementation of action protocols dictated by antenatal risk factors noted at the initial (booking) antenatal visit.
METHOD	Retrospective study of 2000 women delivered between 1 March 1990 and 29 March 1991. Setting was a Maternity Department of a district general hospital supporting a multiethnic population in inner London.
RESULTS	Interobserver agreement between the two auditors was good. Of the 15.658 actions dictated by department protocols, 23.5% were actually performed by the clinicians. The 63 combinations of risk factors and actions believed by consultants to be of particular clinical importance had an action rate of 28.3% compared with 18.6% for those considered less important. Mothers who first visited the hospital antenatal clinic at or before 24 weeks' gestation had 25.2% of relevant protocols fulfilled. Compliance was significantly improved in women aged 36 or over (32.4%), black women (24.9%), and cases of uncertain gestation (24.5%). Parity and birth order were not associated with an altered action rate. Ethnic origin deemed as "other" (than white, black, Asian, or oriental) or "unknown" was associated with poor compliance (19.3%).
CONCLUSION	Compliance to a set of agreed protocols was poor even though a computer system

was available and a protocol manual had been distributed. Protocols were more likely to be implemented in women who booked early and in some groups of women deemed at high risk including older mothers, black women, and those denoted as having uncertain gestational age.

2.4.3 Knelpunten bij toepassing

BALLARD, D.J.

The RAND/AMA/AMCC Clinical Appropriateness Initiative: insights for multi-site appropriateness studies derived from the abdominal aortic aneurysm surgery project.

International Journal for Quality in Health Care; 6, 1994, no. 2, p. 187-198.

OBJECTIVE To describe a collaborative effort among several organizations in the United States (the RAND/American Medical Association/Academic Medical Center Consortium Clinical Appropriateness Initiative) and to present, as an illustrative example, one of the four projects of this initiative, the abdominal aortic aneurysm surgery project.

RESULTS The Clinical Appropriateness Initiative was conceived as a long-term program to develop and maintain a current set of clinical practice guidelines that would play an integral role in enhancing the quality of care delivered in the USA. However, several problems were encountered in its inception that ultimately resulted in early termination of the project. The primary reason for the demise of the project was failure to enlist the support of AMCA clinical leaders prior to initiating the project. Numerous opportunities to optimize the generation and implementation of the practice guidelines for the intention of improving health care quality were identified during the conduct of the Clinical Appropriateness Initiative.

BILSEN, P.M.A., DUKKERS VAN EMDEN, D.M.

Spinale pijnbestrijding thuis. Eindrapport.

Amsterdam, Onderzoekscentrum 1e-2e lijn VU Ziekenhuis, 1995. 54 p., bijln.

Nivel (R 7630)

DOEL Nagaan of het samenwerkingsprotocol "Spinale pijnbestrijding in de thuissituatie" praktisch uitvoerbaar is en of aan de randvoorwaarden is voldaan.

METHODE Na een pilotfase waarin 2 ziekenhuizen meededen, werd het protocol bijgesteld en geïntroduceerd bij nog 5 ziekenhuizen. Bij het onderzoek waren 28 patiënten betrokken. De onderzoekspopulatie bestond uit de bij de patiënt betrokken hulpverleners in de eerste en tweede lijn i.e. de huisarts, de ziekenhuisverpleegkundige, de transferverpleegkundige, de wijkverpleegkundigen, de anesthesioloog en het technisch bedrijf.

RESULTATEN De wijkverpleging is onder bepaalde voorwaarden goed in staat de medisch technische handelingen in de thuissituatie te verrichten. Deze voorwaarden zijn: deskundigheid om deze handelingen zelfstandig uit te voeren, de mogelijkheid om voldoende routine op te bouwen en flexibiliteit om op de vraag vanuit het ziekenhuis in te spelen. Een goedlopende thuiszorg blijkt afhankelijk van: een tijdige aanmelding van de patiënt bij de wijkverpleging en de apotheek, adequate vervanging bij afwezigheid van betrokken hulpverleners en ondersteuning door het technisch bedrijf bij problemen met de pomp. Door de actieve rol en deskundigheid van de wijkverpleging speelt de huisarts bij de spinale pijnbestrijding een kleine rol. Dit wordt niet als een probleem ervaren.

DRENTHEN, T., HOOGEN, J. VAN DEN

Implementatie en evaluatie van een preventiepakket: PrePak-project.
Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1995. lit.opgn., grafn., tabn.
Nivel (R 7713)

DOEL	De vraagstelling luidt: 1a. Welke NHG-standaarden lenen zich om in een preventiepakket op te nemen? 1b. In hoeverre is het mogelijk een samenhangend pakket van richtlijnen te formuleren? 2. Welke factoren zijn van invloed op de uitvoerbaarheid van het pakket? 3. In hoeverre draagt uitvoering bij tot het realiseren van de preventieve doelen?
METHODE	Dertien huisartspraktijken namen deel aan de invoering van het project. Er vonden 3 metingen plaats (een voor-, een tussen- en een nameting) aan de hand van vragenlijsten, interviews en een kaartenbakanalyse.
RESULTATEN	Vier standaarden (cervix-uitstrijken, mammografie, hypertensie en cholesterol) bleken te combineren in een geïntegreerd preventiepakket. Het pakket bleek uitvoerbaar. De ondersteuning door de huisartsbegeleider en de instructie op het gebied van automatisering werden als bevorderende factoren beschouwd. De belemmerende factoren waren gelegen in praktijkorganisatorische aspecten, automatiseringsproblemen, het ontbreken van een financiële prikkel en de attitude ten aanzien van preventie. De instemming met en de mate van werken volgens de richtlijnen is bij de meeste huisartsen toegenomen. Lichte verbetering trad op in de registratie van risicofactoren.

DUNCAN, S.K., OTTO, S.E.

Implementing guidelines for acute pain management.
Nursing Management; 26, 1995, no. 5, p. 40, 44-47.
Nivel (C 5149)

OBJECTIVE	The article addresses the implementation of the Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) guidelines for acute pain management using a multidisciplinary approach. Results of the comprehensive program and the pilot project at St. Francis Regional Medical Center in Wichita, Kansas, are discussed.
RESULTS	The degree of physician resistance caused by their perception that others were trying to dictate practice relative to pain management was underestimated.
CONCLUSION	In retrospect, the authors would initially identify key physicians who support and practice the principles of acute pain management and count on these physicians to influence their colleagues to breakdown barriers and resistance to implementation of the clinical practice guidelines.

EDELBROEK-VAN SCHAIJK, W.E.H.M., BARDOEL, E.A.G.

Dieetbehandelingsprotocollen in de praktijk van diëtisten.
Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten; 50, 1995, no. 7, p. 140-143.

DOEL	Het inventariseren van praktijkervaringen met het Dieetbehandelingsprotocol bij hypercholesterolemie, de mate waarin diëtisten zich laten leiden door het protocol, de knelpunten die zij ervaren bij de toepassing ervan en het protocollair werken in het algemeen. Dit derde deel (zie voor de eerste twee delen onder: Bardoel) gaat in op het gebruik van protocollen in het algemeen in instellingen en vrij gevestigde praktijken en de waarde die diëtisten hechten aan het gebruik van protocollen.
METHODE	Een algemene schriftelijke vragenlijst werd aan 376 instellinten en vrij gevestigde praktijken verzonden (respons 65%) en een schriftelijke vragenlijst aan 698 diëtisten die cliënten met hypercholesterolemie behandelden en die werkzaam waren in ziekenhuizen, bij kruisverenigingen en in vrij gevestigde praktijken (respons 66%).

RESULTATEN	In 64% van de instellingen en vrij gevestigde praktijken werd geheel of gedeeltelijk met protocollen voor dieetbehandeling gewerkt. De protocollen werden meestal niet door de instellingen/praktijken volledig zelf ontwikkeld. Diëtisten bleken een positieve houding te hebben ten aanzien van het werken met protocollen. Men achtte het belangrijk voor onderlinge samenwerking, voor samenwerking met andere hulpverleners en als informatiebron voor zorgverzekeraars en cliënten. Ruim twee derde van de diëtisten gaf voorkeur aan een landelijke ontwikkeling van protocollen, ruim een derde van de diëtisten had voorkeur voor de ontwikkeling per werkveld.
CONCLUSIE	De uitspraken die diëtisten deden over de inhoud en het ontwikkelen van protocollen en de ervaringen met het Dieetbehandelingsprotocol bij hypercholesterolemie kunnen worden benut om het protocollenbeleid van instellingen en praktijken en van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten verder te ontwikkelen.

GROL, R., CLAESSENS, A., VELDEN, J. VAN DER, HEERDINK, H.
 Kwaliteit van de zorg bij enkeldistorsie: invoering van een standaard.
 Huisarts en Wetenschap; 34, 1991, no. 1, p. 30-34.

DOEL	De vraagstelling luidt: In hoeverre werkten Nederlandse huisartsen volgens de standaard 'Enkeldistorsie' voordat deze standaard was uitgebracht? En welke factoren belemmeren het (gaan) werken volgens die standaard?
METHODE	Ter beantwoording van de eerste vraagstelling werden gegevens van de Nationale Studie van het Nivel geanalyseerd. Ter beantwoording van de tweede vraagstelling werd een enquête afgenomen aan een aselechte steekproef van 320 huisartsen (respons 64%).
RESULTATEN	In het bestand van de Nationale Studie werden 1366 episodien met de diagnose enkeldistorsie gevonden, met 2194 patiëntcontacten die op deze diagnose betrekking hadden. In bijna 80% van de consulten werd lichamelijk onderzoek verricht. Op episode-basis werd in 17% van de gevallen een foto gemaakt, in 9% van de gevallen verwezen naar de specialist en in 12% van de gevallen verwezen naar de fysiotherapeut. Ruim 60% van de huisartsen bleek op de hoogte van het bestaan van de standaard en ongeveer 50% zei de inhoud goed te kennen. Als belangrijkste problemen om volgens de standaard te werken, noemde men onvoldoende vaardigheid in het bandageren en het feit dat de patiënt nogal eens andere wensen heeft dan de arts en vaak direct naar de eerste hulp of de fysiotherapeut gaat.

YANDELL, B.
 Critical paths at Alliant Health System.
 Quality Management in Health Care; 3, 1995, no. 2, p. 55-64.

OBJECTIVE	To present a review of the history of a hospital's critical path efforts and to describe what did and what did not work.
RESULTS	A quantitative and qualitative evaluation of the hospital's efforts is provided and the question is answered why the critical path program disappeared. Eight recommendations, aimed at those organizations that are using or considering the use of critical paths, are offered.

2.5 Behoud

HEADRICK, L.A., SPEROFF, T., PELECANOS, H.I., CEBUL, R.D.

Efforts to improve compliance with the National Cholesterol Education Program guidelines: results of a randomized controlled trial.

Archives of Internal Medicine; 152, 1992, no. 12, p. 2490-2496.

Nivel (C 5160)

OBJECTIVE	To compare three approaches for improving compliance with the practice guidelines of the National Cholesterol Education Program (NCEP) in academic group practices of a major urban teaching hospital.
METHOD	Study physicians were three equivalent groups of PG-2 and PG-3 residents (n=33) seeing patients in equivalent outpatient clinics. Continuity patients of these residents were included (n=240) if they were younger than 66 years, saw their primary physician during the intervention period, were not pregnant, and had no serious life-shortening noncardiac illnesses. Three interventions were implemented over a 5-week period. Control group physicians (group 1) were offered only a standard lecture. Group 2 physicians were offered the lecture and also received generic chart reminders of the NCEP guidelines on each eligible patient's chart. Group 3 physicians were offered the lecture and also received timely patient-specific feedback, including acknowledgement of recent lipid values and management, and explicit recommendations for further action. Knowledge of lipid disorders was tested before and after the lecture, and physicians' attitudes were surveyed following the intervention period.
RESULTS	The three groups were similar in baseline (preintervention) compliance with NCEP recommendations (average, 39%) and physicians' knowledge. Patients were similar across groups in number of coronary artery disease risk factors and cholesterol values. Significant within-groups improvements in compliance were noted for groups 2 and 3 (7.6% and 10.6%, respectively), but not for group 1 (4.5%). Importantly, there were no differences observed in improvements across groups. In exploratory analyses, however, there was a significant correlation between improved compliance and the number of patients seen by each provider in group 3 that was not observed in groups 1 or 2. Notably, changes in compliance were unrelated to lecture attendance, level of postgraduate training, baseline or later tests of knowledge, or patient factors. The postintervention survey revealed marked overestimation by physicians of their personal compliance with NCEP guidelines, although there was strong support for clinic efforts that would screen patients for lipid disorders independent of physician initiative.
CONCLUSION	This study raises questions about the effectiveness of education alone for improving compliance with NCEP guidelines. The effectiveness and efficiency of timely, individualized feedback should be explored in studies over a longer period. Innovative alternative approaches are suggested by the responses to our survey and other research in preventive practices.

KAMP, B.S., FLEUREN, M.A.H., VELDMAN, E.

Verwijzingen naar de polikliniek oogheelkunde onder de loep: implementatie van de NHG-standaard Oogheekundige Diagnostiek.

Huisarts en Wetenschap; 38, 1995, no. 11, p. 521-524.

ACHTERGROND	In 1992 zijn in Almere afspraken gemaakt over het huisartsgeneeskundig handelen bij oogaandoeningen: de huisartsen zouden meer gericht onderzoek gaan verrichten en zich bij verwijzingen conformeren aan de NHG-standaarden Oogheekundige Diagnostiek en De Verwijsbrief.
METHODE	De oogarts in de plaatselijke polikliniek oogheelkunde registreerde in 1991, 1992

en 1993, steeds gedurende drie maanden, of de patiënten een verwijsbrief bij zich hadden. De gegevensverzameling onder de huisartsen vond plaats door middel van een vragenlijstonderzoek (n=67).

DOEL
RESULTATEN

Onderzoek werd verricht naar de effecten van de gemaakte afspraken. Het percentage verwijsbrieven nam significant toe van 37 tot 58 procent. De volledigheid van de verwijsbrieven veranderde echter nauwelijks. Het aandeel van de verwijzingen voor refractie-afwijkingen nam tussen 1991 en 1992 significant af van 40 naar 34 procent. Verder nam het totaal aantal verwijzingen naar de polikliniek oogheelkunde significant af van gemiddeld 96 naar 72 per 1000. Via een vragenlijstonderzoek bleek dat veel huisartsen zich onzeker voelden met betrekking tot het oogheelkundig onderzoek; met name het oogspiegelen, gezichtsvel-donderzoek en oogboldrukmeting leverden problemen op.

KESSELS-BUIKHUISEN, M., VISSERS, J.M.H., SCHOOL, M.A.A.

Van standaard naar praktijk: project 'Kwaliteit op een lijn' te Waterland/Zaanstreek; implementatie NHG-standaarden cholesterol en vaginaal bloedverlies in huisartspraktijken.

Utrecht: NZI, 1994. 125 p.

Nivel (R 7145)

DOEL De vraagstelling luidt in welke mate de deelnemers de afgesproken werkwijze aan hebben gehouden, wat het effect was op de kwaliteit van de zorg en op de samenwerking tussen huisartsen en betrokken specialisten en wat het effect was op de doelmatigheid en de kosten van de zorg.

METHODE De gegevensverzameling vond plaats door middel van interviews, een schriftelijke enquête en registratie van contacten tussen patiënten en huisartsen.

RESULTATEN Het draagvlak voor het project was groot. De meest opvallende punten in de huidige praktijkvoering met betrekking tot cholesterol en vaginaal bloedverlies worden beschreven, alsmede de belangrijkste verschillen tussen de huidige en toekomstige praktijkvoering van de huisartsen.

SCHELLEVIS, F.G., EIJK, J.T. VAN, LISDONK, E.H. VAN DEN, VELDEN, J. VAN DER, WEEL, C. VAN
Implementing guidelines in general practice: evaluation of process and outcome in chronic diseases. *International Journal for Quality in Health Care*; 6, 1994, no. 3, p. 257-266.

OBJECTIVE In a prospective longitudinal study over 21 months the performance of general practitioners and the disease status of their patients was measured during the formulation and implementation of guidelines on follow-up care.

METHOD Data on 15 general practitioners and on 613 patients with hypertension, 95 with diabetes mellitus, 66 with chronic ischemic heart disease, 115 with chronic respiratory disease, and 17 with osteoarthritis were used for analysis. Performance measures were defined and for each disease a disease status indicator was used. The possibly modifying effect of compliance of the general practitioner, and of patient compliance with the guidelines was taken into account. The general practitioners formulated consensus guidelines on follow-up care and implemented these guidelines in their practices. The implementation was supported by peer review.

RESULTS The performance of general practitioners tended to conform more with the guidelines during the study period, especially with regard to actions that should be performed routinely. There were no major changes in the disease status indicators. Compliant hypertensive patients had a normotensive status more frequently than non-compliant patients. Diabetic patients were more likely to be normoglycaemic when they received care according to guidelines. None of the differences were statistically significant over time.

WEBB, L.Z., KUYKENDALL, D.H., ZEIGER, R.S., BERQUIST, S.L., LISCHIO, D., WILSON, T., FREEDMAN, C.

The impact of status asthmaticus practice guidelines on patient outcome and physician behavior. QRB-Quality Review Bulletin; 18, 1992, no. 12, p. 471-476.

Nivel (C 5176)

OBJECTIVE	To assess the effects of a status asthmaticus guideline on patient outcome and pediatrician behavior in a staff model health maintenance organization (HMO).
METHOD	The guidelines were drafted by an asthma specialist in the HMO and then discussed with key clinical personnel. A preprinted protocol order form was developed to help implement the guideline into clinical practice. The medical records of pediatric patients admitted to the hospital with status asthmaticus before (n=67) and after (n=59) guideline development and implementation were reviewed.
RESULTS	This study demonstrates that locally developed, treatment-specific guidelines based on scientific evidence and combined with a staff consensus process and a user-friendly protocol form can influence physician behavior and patient outcome positively.

DEEL II

IMPLEMENTATIE VAN KWALITEITSZORG IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

3. IMPLEMENTATIE VAN KWALITEITSSYSTEMEN

3.1 Algemeen

CLIFFORD, P., LEIPER, R., LAVENDER, A., PILLING, S.
Assuring quality in mental health : The Quartz System.
Londen: RDP/Free Association Books, 1991 (herdruk). 88 p.

OBJECTIVE	This book provides an overview of concepts of quality assurance and of the issues that need to be considered in implementing a quality assurance programme, and outlines the development of the QUARTZ system in the UK. QUARTZ is an acronym for Quality Review Teams.
METHOD	Chapter 1 describes and reviews the concept of quality and its relevance to mental health services. Chapter 2 introduces the main components of a quality assurance programme, reviews a number of approaches to quality assurance and the type of information it is pertinent to collect. The discussion concludes by summarizing a set of principles that should underlie a quality assurance programme. Chapter 3 provides an overview of the QUARTZ system, explaining how these principles have been applied to both the process of quality assurance and its information content. Chapter 4 and 5 detail the QUARTZ assessment schedules and the process of implementing the system. Finally, chapter 6 briefly points out some issues facing the succesful implementation of the system and explores some potential applications.
RESULTS	Implementation of the QUARTZ system may be thought of as consisting of five stages: 1. Commitment to service principles and a quality strategy on the part of service managers; these value-based commitments and the leadership they imply must be widely promoted throughout the service. 2. Selection and training of a Quality Review Team as part of the management strategy: each setting has one member of its review team as its consultant over several review cycles. 3. Quality review of the setting, which is structured by a set of schedules identifying aspects of quality relevant to the mental health field; the review is done by the review consultant in collaboration with staff. 4. The setting's staff, in conjunction with the consultant, use the information and the conclusions derived from the schedules to produce an Annual Report about the setting containing objectives and an action plan for the coming year, including recommendations for change. 5. The monitoring of achievements and the further review in ongoing cycle plus the review of the service integration by the team.
CONCLUSION	QUARTZ is very much a system under development. It is hoped that it will prove capable of sustaining change and generating new ideas about service development.

FAUMAN, M.A.
Quality Assurance Monitoring in Psychiatry.
American Journal of Psychiatry; 146, 1989; no. 9, p. 1121-1130.

OBJECTIVE	To examine the concept of quality in medicine and discusses the process of monitoring medical care, including psychiatric care, to ensure that it meets predefined standards of quality. Suggestions will be made that should help the implementation of quality assurance monitoring programs in psychiatry.
METHOD	The author reviews the definition of quality as it is applied to medical care as well as the history, terminology, and reasons for quality assurance monitoring and presents the concepts of indicators and thresholds of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Several common problems

associated with the implementation of quality assurance monitoring are discussed along with guidelines for the development of quality assurance indicators in psychiatry.

RESULTS

The initial step in developing a quality assurance system is the assignment of responsibility to those individuals who will determine standards of care and oversee the monitoring process. The committee must be invested with some authority to review care and enforce compliance with standards. The next step is identifying important aspects of care to monitor. This is one of the most difficult steps in the quality assurance process. The next step is selecting indicators and setting thresholds. It is possible to identify indicators that have some validity in the sense of demonstrated relevance to outcome and others that appear intuitively relevant. Finding a reliable and valid data source for quality assurance monitoring presents another problem. It is important that indicators be assigned priorities.

CONCLUSION

Quality is in the eye of the beholder. What the physician considers a substantial achievement the patient may consider less so.

HILL, R.G., LEIPER, R.

Creating an agenda for change : Quality assurance in mental health services.

Professional Nurse; 7, 1992, no. 9, p. 602-605.

OBJECTIVE

Quality initiatives are most likely to succeed if 'owned' by staff and provided that areas which need change are correctly identified. Ongoing evaluation is also required to ensure progress. Quality Review Teams (QUARTZ) is a quality assurance initiative designed specifically for mental health services. This article describes how it can be implemented to encourage management and staff to work together to improve services offered to their clients.

METHOD/
RESULTS

Before undertaking quality assurance programmes, it is important to determine whether the organisation's central principles or simply its current practice need changing. One common mistake is to expect an 'expert' from outside the organisation to undertake the process of quality assurance. It is intrinsic to the QUARTZ system that it uses a team of professionals internal to the service rather than external evaluators or quality specialists. But it places them in a non-managerial relationship to the settings. This team is to have its quality reviewed, and act as consultants to particular units, reviewing the service they offer. The aim is to produce a quality report which summarises the unit's operations and its strengths and weaknesses. The next stage will be for a quality review team member to arrange a meeting with the setting coordinator. A quality action report is then produced as a joint responsibility of the reviewer and the setting, but which is actually 'owned' by the setting. Ongoing evaluation is essential to facilitate long-term change. Implementation of QUARTZ relies partly on a quality management structure being in place prior to the review.

CONCLUSION

QUARTZ is a quality assurance system that avoids the three approaches that are unlikely to bring about sustained organisational change: 1. the tendency to simplify things into components; 2. the desire to treat organisations as fixed entities; 3. the desire to use external consultants to solve internal organisational problems.

JOSPE, M., SHUEMAN, S.A., TROY, W.G.

Quality Assurance and the Clinical Health Psychologist : A Programmatic Approach.

In: SWEET, J.J., ROZENSKY, R.H., TOVIAN, S.M. Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings. New York/London: Plenum Press, 1991. p. 95 - 112.

OBJECTIVE

This chapter consists of five sections. The first section introduces working definitions of quality and Quality Assurance (QA), exemplified by a series of

practical questions. The second section provides a standard, more formal definition of the process of quality assurance and includes examples that demonstrate how the process may be implemented in mental health services. In the third section are suggested guidelines for avoiding the difficulties commonly encountered in clinical settings when implementing QA activities. The fourth section presents a model for implementing a quality assurance program in the multidisciplinary health care setting. The fifth section offers a brief analysis of the political and administrative considerations associated with gaining support for psychological quality assurance activities in medical settings.

METHOD/
RESULTS

The guidelines for the implementation of QA activities are: 1. define quality by consensus; 2. assess quality using multiple measures; 3. use QA for improvement, not punishment; 4. minimize disruption to the service system; 5. the care that is reviewed should be representative of the care provided. A model process for implementing QA activities is based on a structure for a QA program that includes four functional entities: a multidisciplinary hospital QA committee; a psychological QA committee; a multidisciplinary integrative review team; and multidisciplinary treatment teams. The day-to-day responsibility for QA at the individual case level is assumed by multidisciplinary treatment teams that serve a case management function.

CONCLUSION

Programmatic approaches to QA, if properly handled, lend both efficacy and acceptability to the endeavor.

LAVENDER, A., LEIPER, R., PILLING, S., CLIFFORD, P.
Quality assurance in mental health: The QUARTZ system
British Journal of Clinical Psychology; 33, 1994, no. 4, p. 451 - 467

OBJECTIVE

To present a review and analysis of current quality assurance procedures and to outline the main principles which appear to characterize procedures which have a good chance of producing improvements in the service. In addition, the QUARTZ system is outlined, which provides an innovative approach which takes into account the empirical and professional literature on good practice.

METHOD/
RESULTS

Firstly, an account is given of why a concern with quality and quality assurance procedures are now high on the agenda of the Health Service in the UK. The principles of comprehensive quality assurance procedures are: 1. monitoring and enhancement should be compatible; 2. elements of both internal and external review are necessary; 3. the value of facilitation should be acknowledged; 4. procedures should attempt to collect valid and relevant data; 5. quality should be seen as multifaceted; 6. outcome should be assessed; 7. management commitment should be reflected in management practice; 8. procedures should create dialogue with users; 9. difficulty should be anticipated in creating and maintaining change.

Secondly, the QUARTZ system is presented as an example of a quality assurance system that attempts to incorporate these principles. The stages involved in implementing QUARTZ are: Stage 1: Commitment to service principles and a quality review strategy by service management. Stage 2: Selection and training of quality reviewers. Stage 3: Quality review of setting by review consultant in collaboration with staff. Stage 4: Goal setting and action plan by staff and submission of Quality Report. Stage 5: Monitoring of achievement and further review in a cycle plus.

PREHN, R.A.

Developing a Client-Driven Quality Assurance Program

International Journal of Partial Hospitalization; 6, 1990, no. 1, p. 15 - 23

OBJECTIVE	To outline the development of a quality assurance program for psychiatric partial-hospital facilities which focuses on client input and outcomes in the determination of program quality.
METHOD/ RESULTS	Discusses the four roles of quality assurance (QA) in a partial-hospital program. These roles include maintaining accreditation and certification, promoting product quality, providing communication to identify program strengths and weaknesses, and providing a therapeutic activity that results in self-assessment, intervention, and organizational growth. Suggestions are made for integrating clients into the 10-step quality assurance model recommended by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. The steps include assigning responsibility for QA activities, identifying the scope of and important aspects of care, identifying indicators, establishing thresholds, collecting and organizing data, evaluating when thresholds are reached, formulating action, assessing the intervention, and communicating.
CONCLUSION	By integrating clients into each of the 10 steps to state-of-art QA, a bridge is built which promotes communication, provides for healthy organizational change, and provides a means of highlighting program quality.

ROOIJEN, S. VAN, STEMAN, C., ZOMERPLAAG, J. (SAMENST.)

Koers op kwaliteit: Handboek kwaliteitszorg.

Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/Vereniging Fiad-Wdt. 119 p.

DOEL	In dit handboek wordt stapsgewijs beschreven hoe kwaliteitszorg binnen organisaties voor de zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap gestalte kan krijgen. De volgende fasen die aan de implementatie van kwaliteitszorg zijn gerelateerd komen aan de orde: de oriëntatiefase, het opstellen van een kwaliteitsplan, de introductie, de evaluatie en de bijstelling van de kwaliteitszorg.
METHODE	De systematiek van de kwaliteitszorg zoals die in dit boek is beschreven, is gebaseerd op de kwaliteitscyclus. In de kwaliteitscyclus worden de volgende stappen onderscheiden: normeren; plannen; uitvoeren; toetsen en verbeteren. De kwaliteitscyclus is in principe nooit af.
RESULTATEN	In hoofdstuk 1 worden de achtergronden en uitgangspunten bij kwaliteitszorg uiteengezet. In hoofdstuk 2 komt de rol van het management bij het bereiken van kwaliteitszorg aan bod. Het management heeft een initiërende taak, het zal een kwaliteitsplan moeten opstellen alsmede dat plan moeten introduceren en verankeren in de organisatie. Het kwaliteitsplan omvat de volgende onderdelen: 1. doelen vaststellen; 2. coördinatie; 3. manier van aanpak; 4. onderwerpskeuze; 5. instrumentkeuze; 6. betrokkenheid medewerkers; 7. betrokkenheid cliënten en verwanten; 8. planning activiteiten; 9. budget voor kwaliteitszorg; 10. documentatie. In hoofdstuk 3 komen de verschillende fasen van de implementatie van de kwaliteitszorg aan de orde: a. de introductiefase; b. de uitvoering van het kwaliteitsplan; c. de continuering van het kwaliteitsplan. In hoofdstuk 4 worden tien kwaliteitsinstrumenten beschreven die onderdeel kunnen uitmaken van een kwaliteitssysteem. In hoofdstuk 5 worden vijf voorbeelden van kwaliteitsbevorderende activiteiten in instellingen voor dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap besproken.
CONCLUSIE	Kwaliteitszorg dient ingepast te worden in de cultuur en het totale beleid van de instelling. Dit handboek biedt stapsgewijs aanwijzingen om tot een 'op maat gesneden' kwaliteitsplan te komen.

3.2 Case studies

CHOWANEC, G.D.

Continuous Quality Improvement: Conceptual Foundations and Application to Mental Health Care. Hospital and Community Psychiatry; 45, 1994, no. 8, p. 789-793.

OBJECTIVE	After detailing the development of the conceptual underpinnings of CQI, the author uses an example of implementation of CQI on a unit for chronic mentally ill patients at a state psychiatric hospital to show how the challenges of defining quality can be addressed by reconceptualizing and specifying the treatment mission.
METHOD	To be effective in the long run, a program for implementing CQI should proceed in four steps, focusing first in the CQI attitude, then on the CQI approach, and then on the CQI process. Only after these elements are in place can the organization introduce a CQI plan that will provide the blueprint for continuous organizational improvement.
RESULTS	The reintroduction of CQI on a unit for chronic mentally ill patients involved setting up clear goals and examining the relationship between work processes and patient outcomes. Staff were able to see CQI as a framework for systematically improving patient care rather than as a bureaucratic regulatory burden disconnected from the process of caregiving. The eight essential components of a CQI initiative are described.
CONCLUSION	High-quality health care ultimately needs to be considered in terms of improved patient outcomes, and those outcomes are achieved by focusing on the processes that produce them.

FRIRI, C.

Vormgeving en implementatie van kwaliteitssystemen in drie RIAGG's in beeld : Een kwalitatief onderzoek naar de wijze waarop de kwaliteitssystemen zijn vormgegeven en geïmplementeerd in drie verschillende RIAGG's.

Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1995. 83 p.

DOEL	Vanuit theorie en onderzoek in de praktijk inzicht te krijgen in die factoren die van belang zijn bij de implementatie van een intern kwaliteitsbewakend systeem. De vraagstelling van dit onderzoek is: hoe is in drie verschillende RIAGG's het intern kwaliteitsbewakend systeem vormgegeven en geïmplementeerd; welke voorwaarden zijn essentieel voor een succesvolle implementatie van een kwaliteitssysteem?
METHODE	De onderzoeksgegevens zijn verzameld met behulp van documentanalyse, interviews en observatie. Zowel het verzamelen als het analyseren van de gegevens hebben plaatsgevonden op basis van de kwalitatieve onderzoeksmethodologie. De interviews waren half gestructureerd en vormden de belangrijkste bron van data. Binnen elke RIAGG zijn er interviews gehouden met respondenten op verschillende afdelingen en met verschillende functies in de organisatie.
RESULTATEN	In de drie RIAGG's is de vormgeving van het kwaliteitssysteem gebaseerd op de kwaliteitscyclus. Bij twee RIAGG's is het kwaliteitssysteem een deelsysteem, bij de derde heeft het een integraal karakter. Er blijkt een discrepantie tussen het beoogde en het gerealiseerde kwaliteitssysteem. Dit heeft onder meer te maken met de wijze waarop de systemen zijn geïmplementeerd. Voor een goed resultaat is het van belang dat de implementatie stapsgewijs plaatsvindt en dat elke stap in dat proces snel wordt uitgevoerd. Om de motivatie en de betrokkenheid van de medewerkers te garanderen is het noodzakelijk dat het gecreëerde draagvlak wordt onderhouden. Dit vereist regelmatig informatieversteking, communicatie en feedback. Het is de taak van het top-management om een eenduidige en ge-

meenschappelijke visie op kwaliteitszorg te bevorderen en om toezicht te houden op de vorderingen. Verdere voorwaarden zijn: 1. een (kwaliteits)functionaris die de activiteiten op het gebied van kwaliteitszorg initieert en coördineert; 2. secretariële ondersteuning; 3. een adequaat management/registratie informatiesysteem.

CONCLUSIE De vormgeving van een kwaliteitssysteem bepaald in belangrijke mate het implementatieproces.

GUNTHER, P.G.S., BINGHAM, R.L.

A Continuous Quality Improvement Cycle for Teaching the Identification of Psychosocial Problems to General Internal Medicine Residents.

Academic Medicine; 68, 1993, no. 4, p. 308-310.

OBJECTIVE To study a continuous quality improvement (CQI) cycle intended to enhance general internal medicine residents' identification of psychosocial problems in an ambulatory-care setting.

METHOD From 1986 through 1990, the authors compared two groups of comprehensive examinations of patients by 34 residents at the University of Vermont College of Medicine before and after the implementation of a CQI cycle. After data on the first group of 17 residents' examinations of patients had been retrospectively audited by a clinical social worker, the CQI cycle was developed for the next group of 17 residents' examinations to reinforce the importance of psychosocial problems in primary care and the use of diagnostic case-finding instruments, flow sheets, and real-time feedback from social workers to the residents on their performances, according to accepted predefined specifications. The t-test was then used to measure the difference in the residents' performances between the two groups of examinations.

RESULTS The CQI intervention resulted in a statistically significant improvement in performance: an increased rate of residents' identifications of patients with psychosocial problems, from 72% to 85%.

CONCLUSION That the CQI cycle resulted in improved performance suggests that an effective psychosocial training program for residents in ambulatory primary-care general internal medicine can be organized around CQI and a problem-oriented system of care.

HANES, L.D., BUTZ, J.M., LEONARD, J.H.

A Quality Improvement Program in a State Hospital During a Period of Downsizing.

Hospital and Community Psychiatry; 45, 1994, no.9, p. 929-930.

OBJECTIVE This paper describes implementation of a quality improvement program at a state hospital in rural New York that was faced with substantial downsizing.

METHOD Two concepts of Deming's famous 14 points were considered key points in implementing quality improvement: 1. "create constancy of purpose"; 2. "institute training". The hospital's administrative and clinical leaders received formal training in quality improvement techniques. Seven quality improvement teams were organized from four major staff groups: patient care, direct support, indirect support, and administration.

RESULTS Several high-priority issues identified by the teams were addressed over a six-month period. Feedback from team members was positive. Many employees expressed genuine appreciation for the opportunity to be involved in shaping the future of the organization.

CONCLUSION A quality improvement process is a useful approach to maintaining good patient care in a hospital that is reacting to substantial stresses of downsizing.

JAMES, W.S.

Introducing Quality Assurance to a State Hospital Medical Staff.
Psychiatric Clinics of North America; 13, 1990, no. 1, p. 25 - 34.

OBJECTIVE	This article reviews some of the issues involved in introducing quality assurance to medical staff in a state psychiatric facility.
METHOD	The purpose is not to outline a proper QA system but to set down thoughts on introducing and developing physician participation in quality assurance. The observations are shaped by the experience of the author as medical director in a redeveloping state hospital in Massachusetts.
RESULTS	In general, the purpose of QA is to identify problems in patient care and resolve them. Psychiatrists as a group are probable not as amenable to an hierarchic approach as are some other professionals. The implication is that standard setting and subsequent auditing cannot be done by fiat by a single authority. The medical staff must generate standards of its own, informed by the expert opinions of professionals deemed knowledgeable by members of the medical staff, and must own these standards. It is important in the development of a quality assurance program for the medical staff leadership to be aware of and take advantage of serendipitous factors, such as the increasing concern in the physician community about malpractice liability, or unfavorable reports about the facility in the media. It is important that a QA program be introduced only when the hospital and the medical staff are, in fact, able to do it. It is essential that a sufficient number of qualified physicians be on the staff. The establishment of a formal Medical Staff Organization or Professional Staff Organization is a necessary second step. When the Medical Staff forms a group interested in the operation of the hospital, it is possible to move quickly to the task of setting Standards of Care. When standards are written, it is, at least conceptually, a simple matter to create a survey instrument and conduct an audit of physicians' work based on the instrument. The issue of how criticized medical staff will feel by feedback from audits should be considered in choosing a feedback format.
CONCLUSION	A simple QA system may be expected to thrive and expand as it appears useful to the medical staff, is relatively painless, and is advocated by the medical staff leadership.

NEWTON, J.S., ARD, W.R., HORNER, R.H., TOEWS, J.D.

Focusing on Values and Lifestyle Outcomes in an Effort to Improve the Quality of Residential Services in Oregon.
Mental Retardation; 34, 1996, no.1, p. 1 - 12.

OBJECTIVE	This paper describes the efforts in Oregon to apply principles of continuous quality improvement to the residential support of people with developmental disabilities.
METHOD	Oregon's venture in continuous quality improvement uses a two-pronged approach. The first involves teaching service providers how to gather timely and accurate information about the quality of their service processes and outcomes. The second involves teaching service providers how to use this information in team meetings to make decisions and take actions designed to continually improve processes and outcomes. The service providers make use of two broad strategies: (a) standardized surveys and (b) direct observation of the lifestyles of people receiving services.
RESULTS	Evaluations suggest that involved residential programs are maintaining implementation of the continuous quality improvement procedures and are finding them important and useful. More finegrained research suggests that some programs are becoming more adept at identifying participants' preferred activities and incorporating them into Individual Support Plans as well as improving participants' levels of

physical and social integration.

SCHMIDT, J., NÜBLING, R., LAMPRECHT, F.

Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien.

Gesundheitswesen; 54, 1992, p. 70-80.

OBJECTIVE	Starting from a broad concept of evaluation, the authors presents a practical empirical Quality Control (QC) model for psychosomatic rehabilitation clinics, which has been developed and proven for more than five years. The main goal of this model is to investigate the 'program' of the clinic, or particular program components (e.g. patients, treatments, outcome criteria).
METHOD	This model is particularly based on questionnaire procedures, and is two-tracked, e.g. it is composed by continuous data collection ('treatment documentation') on the one hand and by time-restricted and defined studies for program evaluation on the other. The treatment results represent the true target variable. Aspects of process and outcome quality are considered to be a main task, and transparency is a necessary supposition.
RESULTS	The data collection by means of the standardised 'Basis-Dokumentationsinstrumente (BEDOK)' produces the necessary information for continuous Quality Control. The next step to determine the quality of a clinic is to organise a program evaluation study. An example of the BEDOK-questionnaire is presented.

WILSON, S.D., SPERMON, D.M., HILL, M.A.

Quality Assurance in Occupational Therapy: A Case Study.

Occupational Therapy in Mental Health; 11, 1991, no. 1, p. 93-107.

OBJECTIVE	To describe the process of developing and implementing a new information system, POTENT, as part of a quality assurance exercise to improve occupational therapy documentation in the hospital record of a large psychiatric hospital providing both long-term and acute psychiatric services.
METHOD	To assess the feasibility of developing a record form, a preliminary survey of therapist' patient and non-patient contact time was conducted. Development of a recording form became a project lasting several months. In its entirety, the process of developing and implementing a new system of documentation was carried out with the participation of all therapists. In contrast to the pre-existing system of documentation, the new recording form provided a clearly visible document of occupational therapy services, and a comprehensive record of assessment and treatment priorities, and current levels of patients functioning. POTENT was implemented on a three month trial basis. During the pilot, the original goal of improving occupational therapy documentation in the patients' hospital file was reviewed.
RESULTS	The differences between pre-POTENT and post-POTENT mean ratings for content and organization were tested by one-way analysis of variance for significance. As predicted, post-POTENT ratings of both content and organization were found to be significantly higher than pre-POTENT ratings.
CONCLUSION	The value of the quality assurance project described in this paper lies not in its adherence to empirical principals, but rather in its process, and its real-life context. The usefulness of the participant design model as a guide in the development and implementation of POTENT requires further investigation. Several perceived benefits, however, have been indicated. Quality assurance is a valuable tool evaluating aspects of professional practice. In this study, the goal of improving documentation provided the structure for a major professional development project.

4. IMPLEMENTATIE VAN RICHTLIJNEN, STANDAARDEN EN INTERCOLLEGIALE TOETSING

4.1 Invoeringsstrategie en bewustwording

GIBSON, D.

Requisites for Excellence: Structure and Process in Delivering Psychiatric Care. Occupational Therapy in Mental Health; 9, 1989, no. 2, p. 27-52.

OBJECTIVE	To emphasize the significance of role clarity, institutional requisites, and staff collaboration and communication in building and maintaining excellent quality of care. It is assumed that providing quality care in the most effective efficient manner can be achieved only if each discipline representative in the psychiatric treatment team understands his or her role and how it interacts with that of the other disciplines' roles.
METHOD	This paper is based on a literature review, and on the personal experiences and observations of the author.
RESULTS	Certain institutional requisites are necessary, but not sufficient, to guarantee high quality of care to psychiatric patients: 1. Staff must believe that sufficient space and up-to-date supplies and equipment are available; 2. Reasonable caseload are another necessary component; 3. Organizational structures such as position descriptions, performance measures, and clinical and administrative policies are also requisite, because they provide clarity as to the working of the institution. In building a climate of excellence the following points are important: 1. The attitude of the leader: an essential principle in leading employees toward excellence is the assumption that subordinates want to do outstanding work; 2. Careful selection of staff: curiosity, tolerance, and respect for others are sought-after characteristics; 3. Formation of a Work Group: understanding how to form a work group is valuable in interdisciplinary work. The process issues necessary for excellence are: 1. Use and abuse of consensus in staff communication; 2. Common misunderstandings; 3. Lack of information; 4. Resolution of misunderstanding; 5. Role of patients in patient care and milieu; 6. Interaction between staff disagreement and patient behavior.
CONCLUSION	Successful implementation of high quality programming is dependent upon a number of institutional structures and the development of role clarity and performance expectations. Organizational opportunities for joint problem solving along interdisciplinary lines, as well as interdisciplinary peer review and peer supervision, contribute to the collaborative spirit necessary for motivation and excellence.

KAASENBROOD, A.

Consensus als criterium. De ontwikkeling, de verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen.

Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1995. 345 p.

DOEL	In deel I van dit boek komt de vraag aan bod of de professionele ervaring als bron voor het dagelijks psychiatrisch handelen ooit volledig door uitkomsten uit empirisch onderzoek verdrongen zal worden. In deel II wordt het ontwikkelen van richtlijnen voor goed medisch handelen geanalyseerd, en wel in het vermogen om het professioneel gedrag van artsen te veranderen. In deel III staat een veldexperiment beschreven, waarin de experimentele ontwikkeling van een richtlijn voor goed psychiatrisch handelen en de verspreiding ervan onder hulpverleners geanalyseerd worden.
METHODE	De onderzoeken in deel II en deel III zijn multimethodisch. Kwalitatieve en kwanti-

RESULTATEN	<p>tatieve strategieën zijn in combinatie met elkaar gebruikt. In het veldexperiment is de experimentele ontwikkelings- en verspreidingsmethode van een richtlijn wat betreft het effect op het professioneel handelen van hulpverleners in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ'en), vergeleken met het effect van dezelfde richtlijn op het professioneel handelen in een controlegroep van APZ'en. De richtlijn gaat over de randvoorwaarden voor en de inhoud van een ontslagbrief over psychiatrische patiënten.</p> <p>Nadat een deskundigenpanel een concept-richtlijn voor het schrijven van een ontslagbrief had geformuleerd, hebben de 'opinion-leaders' deze concept-richtlijn beoordeeld op praktische toepasbaarheid en gebruiksvriendelijkheid. Tevens hebben zij de uiteindelijke richtlijntekst volgens een vaste procedure onder de relevante medewerkers van het eigen APZ verspreid. Wat betreft de verspreiding bleken de APZ'en uit de experimentele groep significant beter te scoren dan de APZ'en uit de controlegroep. Wat betreft het gebruik valt dit verschil nog steeds significant ten voordele van de experimentele groep uit, maar het verschil met de controlegroep is zeer klein geworden. De opinion-leader-figuur als zodanig heeft weining invloed op het gebruik van de richtlijn in de dagelijkse praktijk.</p>
CONCLUSIE	<p>De ontwikkeling van richtlijnen voor goed medisch handelen blijken als rationalisaties over het psychiatrisch handelen (nog) niet aan de verwachtingen te voldoen.</p>

KAASENBROOD, A.J.A., KLAZINGA, N.S.

Ontwikkeling van richtlijnen voor medisch handelen; samenhang tussen doel, methode en effect. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 138, 1994, no. 31, p. 1560-1564.

DOEL	<p>In deze beschouwing wordt besproken in hoeverre doelen en karakteristieken, ontwikkelingsmethode en implementatie bij de richtlijnontwikkelingen van de Amerikaanse National Institutes of Health (NIH), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) een consistente samenhang vertonen.</p>
METHODE	<p>Dit artikel is gebaseerd op een review van de literatuur en op de praktijkervaring van de auteurs.</p>
RESULTATEN	<p>I. De methode van richtlijnontwikkeling. Op grondbeginselen vertonen de ontwikkelingen van NIH, CBO en NHG belangrijke overeenkomsten. In verschillende groepen discussiëren panelleden volgens een van tevoren vastgelegde systematiek, bijgestaan door experts. De NIH, de NHG en het CBO trachten een aantal methodische problemen te ondervangen door procedures te uniformeren, zoals de selectie van het onderwerp, de keuze van de voorzitter en de experts, de structurering van discussie en de medisch besliskundige ondersteuning.</p> <p>II. De implementatie van richtlijnen. Uit onderzoek blijkt dat richtlijnen voor medisch handelen in brede kring bekend zijn en ook als goed gewaardeerd worden, maar dat artsen ze maar in beperkte mate gebruiken. De beperkte implementatie van richtlijnen voor medisch handelen is volgens de auteurs te wijten aan een gebrekkige afstemming op de eisen, de mogelijk- en onmogelijkheden, de voorkeuren en wensen van de doelgroep. Dit is te ondervangen door de uiteindelijke gebruikers een nadrukkelijker rol te laten spelen bij de richtlijnontwikkeling.</p>
CONCLUSIE	<p>De implementatie van richtlijnen kan pas verbeteren wanneer de implementeerbaarheid tot een expliciet ontwikkelingscriterium voor richtlijnen wordt. De systematische hantering van Rogers' innovatie-diffusietheorie moet leiden tot richtlijnen die een betere herkenbaarheid voor en aansluiting op de dagelijkse praktijk vertonen.</p>

KROMWIJK, G., DONKER, M.

Intercollegiale kwaliteitszorg. Een introductie voor de RIAGG.

Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1991. 84 p.

DOEL	Beschrijving van de techniek, de organisatie en de invoering van intercollegiale toetsing als een vorm van kwaliteitsbewaking in de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Nederland. In dit rapport wordt gesproken van intercollegiale kwaliteitszorg in plaats van intercollegiale toetsing, omdat in die term beter tot uitdrukking komt dat het niet alleen om meten en toetsen van kwaliteit gaat, maar ook om het handhaven van voldoende kwaliteit en het eventueel verbeteren ervan.
METHODE	De inhoud is enerzijds gebaseerd op ervaringen in de somatische gezondheidszorg. Nederlandse literatuur en interviews met een tiental ervaringsdeskundigen vormden hiervoor de informatiebronnen. Anderzijds zijn de reacties verwerkt van hulpverleners en managers uit een viertal RIAGG's.
RESULTATEN	Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de technische kant van intercollegiale kwaliteitszorg. In hoofdstuk 3 komt aan de orde hoe een toetsingsgroep kan worden samengesteld, welke activiteiten toetsingsgroepsleden ondernemen en wie waarvoor verantwoordelijk is. In hoofdstuk 4 worden de functies van intercollegiale kwaliteitszorg beschreven: deze blijken zowel in de somatische gezondheidszorg als in de RIAGG's divers te zijn. Aspecten die een rol spelen bij de eerste introductie en toepassing van intercollegiale toetsing staan beschreven in hoofdstuk 5. Ingegaan wordt op het diffusieproces, kenmerken van innovatie en voorwaarden voor toepassing. Hoofdstuk 6 bevat een drietal oriëntaties op het kwaliteitsvraagstuk in RIAGG's: de cultuurbenadering, de structuurbenadering en de meetregelbenadering.
CONCLUSIE	Het is nog onduidelijk waar RIAGG's deskundige begeleiding met betrekking tot het aanleren van de techniek vandaan kunnen halen. De beschikbare modellen voor intercollegiale kwaliteitszorg zijn in principe goed bruikbaar voor de RIAGG-hulpverleners.

MOXLEY, D.P.

Clubhouse Standards as a Program Development Tool.

Psychosocial Rehabilitation Journal; 17, 1993, no. 2, p. 177-183.

OBJECTIVE	The author presents five ways to incorporate clubhouse standards into consultation and technical assistance work with psychosocial rehabilitation programs.
METHOD	Two clubhouse projects, both located in the metropolitan Detroit area, serve as program development exemplars. Both programs are coping with the issues of authenticity and fidelity: they want to achieve those qualities that will truly distinguish them as clubhouse models. The clubhouse standards, developed under the auspices of the National Clubhouse Expansion Project, serve as a concrete guide in this process of program development. These standards prescribe what supports, services, and opportunities should be offered to the membership and how these are to be delivered.
RESULTS	In order to achieve the distinctive qualities of a clubhouse, both of these initiatives have made use of clubhouse standards as a program development tool involving the five applications of: 1. auditing: the actual audit of the clubhouse planning document initiates an accountability process in terms of the extent to which the planning efforts have achieved; 2. monitoring and process evaluation: clubhouse standards are useful in monitoring a program, using multiple methods to document the program's implementation; 3. issue identification and problem-solving: the process consultant takes issues identified by personnel, members, and the evaluator and subjects these issues to intensive study and deliberation which, in turn, can result in prescriptive plans for strengthening key features of the clubhouse; 4. staff and membership development: the experimental quality of the technical

assistance sessions is strong since those who participate in it are applying rehabilitation attitudes, knowledge, and skill to their own program; 5. quality assurance: the standards can be used to address the critical question of "how well are we achieving a clubhouse model"?

CONCLUSION The standards find considerable relevance as a tool for self-monitoring whether for the purposes of formative evaluation, implementation analysis, or accountability review.

4.2 Aanleren en behoud

ARMITAGE, P., CHAMPNEY-SMITH, J., ANDREWS, K.

Primary nursing and the role of the nurse preceptor in changing long-term mental health care: an evaluation.

Journal of Advanced Nursing; 16, 1991, no.4, p. 413-422.

OBJECTIVE The main aims of this action research study were to implement primary nursing in two long-term psychiatric rehabilitation/continuing-care wards and to investigate the effects of the intervention on the quality of nursing care provision.

METHOD The research was carried out in the following five phases: 1. exploratory; 2. pre-change: baseline data collected; 3. preparatory: creating optimum conditions for the individual resident's care; 4. implementation: introduction and establishment of primary nursing; 5. post-change: repeat data collection. A package of measures together with a number of peripheral indicators was used before primary nursing had become established.

RESULTS The results showed that the implementation of primary nursing led to nurses being more accountable for care, residents who were seen to be more self-sufficient and independent and wards had an improved environment for care and rehabilitation.

EJAZ, F.D., FOLMAR, S.J., KAUFMANN, M., ROSE, M.S., GOLDMAN, B.

Restrain Reduction: Can It Be Achieved?

The Gerontologist; 34, 1994, no. 5, p. 694-699.

OBJECTIVE To describe a step-by-step process by which restraint reduction was achieved in two non-profit, skilled nursing facilities in Ohio. It describes how certain existing guidelines were utilized to reduce restraints; how others were adapted to suit particular institutional cultures; and what issues and problems arose during the restraint reduction process. A research-practice partnership enabled a formal evaluation of the program.

METHOD The restraint reduction project included two nursing facilities. A leading advocate of restraint-free care provided education and consultation. After the educational sessions, each facility developed its own plan for implementing restraint reduction. Some commonly established procedures were followed by both facilities. To build morale and overcome staff fears, the program began with staff consensus on the easiest cases, i.e., those residents who staff believed would not fall or wander if unrestrained. Additionally, innovative alternatives to restraints were developed through the collaborative efforts of interdisciplinary teams to address the problems that gave rise to the original orders for physical restraints.

RESULTS Customization of the program was necessitated by differences in facility characteristics and culture in three areas: 1. Responsibility and implementation; 2. Consent procedures; 3. Documentation. Restraint reduction proved to be a gradual, sometimes difficult process that required creative compromises and incentives in order to succeed.

CONCLUSION The formal evaluation revealed significant reductions in physical restraints without increasing staff.
This project demonstrates that frail, elderly people in nursing homes need not be physically restrained to receive effective care, but that alternatives can include more dignified options.

GIRGENTI, J.R., MATHIS, A.C.
Putting Psychiatric Nursing Standards into Clinical Practice.
Journal of Psychosocial Nursing; 32, 1994, no. 6, p. 39-42.

OBJECTIVE This article is about one nursing service's efforts in a 640-bed acute teaching hospital (of which 144 are psychiatry beds) to consistently put standards of care and practice into actual nursing care provided by implementing a computerized nursing care plan (NCP) system.

METHOD A task force of five clinical specialists started by incorporating the hospital's standards into the computerized NCP. Standards of care were chosen based on nursing diagnosis. A goal (outcome standard) and from one to four interventions (process standards) were developed for each standard of care. Staff nurses worked in subgroups with clinical specialists on the standards of practice for their particular type of patients. The standards of practice became an integral part of the care plan.

RESULTS Ten months later there were 61 standards of care/standards of practice integrated into the NCP computer package and used by all registered nurses. The result of the computerization was legible NCPs in only a few minutes. These NCPs direct patient care based on generic and specialty nursing practice standards and promote equitable care for all patients.

MCKENNA, H.P., PARAHOO, K.A., BOORE, J.R.P.
The evaluation of a nursing model for long-stay psychiatric patient care. Part 1 - Literature review and methodology. Part 2 - Presentation and discussion of findings.
International Journal of Nursing Studies; 32, 1995, no. 1, p. 79 - 113.

OBJECTIVE These papers report on the second part of a two part study. In the first part, ward managers on long-stay psychiatric wards in Northern Ireland were asked to select a nursing model for their particular patient care requirements. Most of these clinical managers selected the Human Needs model (HNM) of Minshull, Ross and Turner (1986). For the second part of the study the implementation of the HNM was facilitated and an evaluation was undertaken of the effects of its introduction on specific quality of care indicators.

METHOD A modified action research approach was used to implement the HNM. Within a broader quasi-experimental design, specific quality of care indicators were appraised before and after implementation of the model. These dependent variables were also monitored on a control ward and data were collected on both wards at one pre-test and two post-test points.
The planned change theory of Lippitt was used as a guiding framework for the implementation: 1. the first step towards planned change is to examine collaboratively current practices and, if desired, initiate a 'felt need' for change; 2. the second step is an in-depth assessment of the motivation for change; 3. the third step involves assessing the role of the change agent and the initiation of a teaching strategy; 4. step four involves the actual implementation of the HNM; realistic objectives were set as to the pace of its introduction; 5. the fifth step involves consolidating the change agent's roles; 6. step six concerns the maintenance of the change and its integration into the values and behaviours of the organisational members; 7. step seven concerns the evaluation of the change and the terminati-

RESULTS on of the change relationship. Results indicate that on the experimental ward there were statistically significant improvements in 'Psychiatric Monitor', patients' and staff's perception of ward atmosphere, patients satisfaction, staff's views about nursing models, and patient dependency levels. No significant changes were noted in nurse satisfaction levels nor nurses' perception of patients' behaviour.

CONCLUSION It can be stated that when implemented properly a nursing model can have positive effect on the quality of specific structures, processes and outcomes of psychiatric care.

TITLEBAUM, H., HART, C.A., ROMANO-EGAN, J.
 Interagency psychiatric Consultation Liaison Nursing Peer Review and Peer Board: Quality Assurance and Empowerment.
 Archives of Psychiatric Nursing; 6, 1992, no. 2, p. 125-131.

OBJECTIVE To describe the implementation of an interagency peer review group and formal review board for psychiatric consultation liaison nurses (PCLN) practicing in affiliated institutions. The peer review group and the review board were organized to meet the professional evaluation and quality assurance needs of six PCLNs in practice in an acute-care medical center and three area chronic-care settings.

METHOD/
 RESULTS The peer review group was formed at the request of the psychiatric nursing clinical director at the medical center. The Peer Review Group replaced the individual supervision provided by the clinical director of psychiatric nursing. The members were guided by the 1986 final draft of the ANA Professional Practice Standards for the Practice of Psychiatric Consultation Liaison Nursing. Once organized, the peer review group replaced individual clinical supervision. At first, some peer group members sensed a loss without individual supervision. Gradually, peer group members experienced a self-empowerment through the symmetrical power structure of the group and the increase in expert power gained from new information and interventions that emerged both from the group and from individual members with broader clinical experience or different knowledge. The psychiatric nursing clinical director later requested the establishment of the PCLN formal annual review board to review each member yearly to ensure quality of care and document evidence for promotion, reappointment, and PCLN salary increases. Each PCLN is expected to present a consultation to the formal Peer Board after completing each year of employment. Then ANA-certified PCLNs are eligible to serve on one or more peer boards yearly and formally evaluate fellow PCLNs.

CONCLUSION Participation in the weekly peer review group and the formal peer review board process serves to facilitate learning, enrichment, mastery, and assures the consumer of the competence of the PCLN and the quality of his or her practice.

Trefwoordenregister

aandoeningen van het maag-darmkanaal	33
activiteitenbegeleiding	49
algemene ziekenhuizen	47
anemie	32
apotheken	16
artsen	20, 25, 28, 38
asthma	40
attitude	8, 14, 23, 26-28, 33, 36, 38
automatisering	54
b verpleegkundigen	53, 54
basisgezondheidszorg	32
behandeling en methode	33
behandeling en therapie	27, 29, 32-34, 38, 40
beleid	23
bij- en nascholing	29
case study	16, 20, 23
cholesterolemie	29, 38, 39
chronische patiënten	15
chronische ziekten	39
communicatie	11
consultatieve psychiatrie	55
continuïteit van de zorg	17
deeltijdbehandeling	45
deskundigheidsbevordering	38
diabetes mellitus	11, 15
diëtisten	28, 36
doeltreffendheid	29
Duitsland	49
eerstelijnsgezondheidszorg	8
effecten	12, 23
effectmeting	22, 25, 29, 33, 38-40
enkeldistorsie	37
Europa	11
evaluatie	9, 11-13, 17, 18, 32, 35-37, 46, 49, 53
farmacotherapie	12
feedback	24
FONA	15
fouten	15
gedrag	21, 25-27, 29-33
geneesmiddelengebruik	12
gezondheidstoestand	16
ggz	42-55
gynaecologen	23, 31
gynaecologie	34
hart- en vaatziekten	20
Hepatitis B	26
huisartsen	10, 14, 21, 22, 26-32, 36-39
hypercholesterolemie	28, 30, 36
immunisatie	26
intensive care afdelingen	25
intercollegiale toetsing	52, 55
interdisciplinaire samenwerking	16
interne geneeskunde	47

kanker	32, 35
kinderartsen	26, 33, 40
kinderen	25, 32
kostenbeheersing	22
kwaliteit van de zorg	9-12, 14-17, 20, 25, 29, 31-37, 39, 50
kwaliteitsbewaking	10, 13, 15, 16, 21, 42-49
kwaliteitscirkels	45, 47
kwaliteitskringloop	8
kwaliteitsnormering	21
kwaliteitssystemen	11-13, 17, 21, 24
kwaliteitszorg	16
logistiek	15
medicatiebewaking	15
medicijnen	22
medische dossiers	16
meetinstrumenten	16
methodiek	21
miskraam	26
modellen en theorieën	23, 24, 32
multidisciplinaire samenwerking	35
nazorg	39
Nederland	45, 46, 50-52
neurologie	34
nieraandoeningen	14
obstetrische complicaties	23
oogaandoeningen	33, 38
oogartsen	33, 38
opname- en ontslagbeleid	17
organisatiestructuur	8, 11, 17
ouderen	17, 27
ouderenzorg	9
outcome	14, 16, 40
overheidsbeleid	9
overheidsinspecties	9
patiënten	16
patientenparticipatie	45
patiëntensatisfactie	25
patiëntenvoorlichting	15, 21
patiëntgerichte verpleging	18
patiëntensatisfactie	17
pijnbestrijding	25, 35, 36
prenatale zorg	31, 34
preventie	27, 32, 36
preventieprogramma's	18
projecten	9, 10, 14, 16, 17, 22, 25, 32, 36, 39
protocollen	15, 28, 32, 34-37
psychiatrische ziekenhuizen	46-50, 53, 54
psychologen	43
psychosociale problemen	47
radiologische afdelingen	33
resocialisatie	52
revalidatiecentra	8
riagg	46
richtlijnen	20, 21, 23-27, 29-33, 35, 36, 38-40, 50, 51
samenwerking	28
sociale invloed	24

sociale psychologie	24
specialisten	20, 30
standaarden	22, 26, 36-39, 52, 54
tandheelkunde	17
terminale zorg	14
thuiszorg	17, 35
toetsing	10
trends	13
uitstrijkjes	20
vaginale klachten	39
verblijfsduur	25
Verenigd Koninkrijk	42-44, 54
Verenigde Staten	42, 43, 45-50, 52-55
verloskundigen	31
verpleegduur	20, 30
verpleeghuizen	8-10, 16, 53
verpleegkunde	26
verpleegkundig proces	9
verpleegkundige zorg	11
verpleegkundigen	15, 25, 26, 32, 55
verpleegplannen	8, 9
verpleging	8
verstandelijk gehandicapten	48
verwijsbrieven	38
verwijzen	38
verzorgingshuizen	9
voorlichtingsprogramma's	11
voorschrijven	12
ziekenhuizen	8, 11, 14-18, 20, 22, 23, 25, 30, 33, 34, 36-38, 40
zorg voor lichamelijk gehandicapten	31
zorg voor verstandelijk gehandicapten	45
zorgcoördinatie	15
zorgvernieuwing	11

Auteursregister

ADLER, L.J.	29
AIELLO, A.	33
ANDERSON, G.M.	23
ANDREWS, K.	53
ARD, W.R.	48
ARMITAGE, P.	53
BAKKER, D.H. DE	12, 13
BALDWIN, L.M.	31
BALLARD, D.J.	33, 35
BARDOEL, E.A.G.	28, 36
BARNHOORN, H.	8
BARON, R.B.	29
BARTMAN, B.A.	30
BECKMAN, J.S.	15
BEKKERS, F.	8
BERQUIST, S.L.	40
BILSEN, P.M.A.	35
BINGHAM, R.L.	47
BIRD, J.A.	12
BOEIJE, H.R.	8
BOORE, J.R.P.	54
BORDLEY, W.C.	26
BRINDLE, M.J.	33
BROWNER, W.S.	29
BUCHANAN, A.	15
BUTLER, J.B.	16
BUTZ, J.M.	47
CAMERON, M.	11
CAPELLI, J.P.	14
CARADOC-DAVIES, T.	31
CASPARIE, A.F.	8, 21
CEBUL, R.D.	38
CHAMPNEY-SMITH, J.	53
CHARD, T.	34
CHOWANEC, G.D.	46
CHURCHILL, W.W.	16
CLAESSENS, A.	37
CLARK, S.J.	26
CLIFFORD, P.	42, 44
COHEN, S.J.	32
CONNER, L.	20, 30
COX, C.	15
CRANE, V.S.	22
CREVEL, H. VAN	34
DAVIS, E.D.	15
DESAI, K.L.	17
DIJK, A. VAN	8
DOMNICK-PIERRE, K.	23
DONKER, M.	52
DRENTHEM, T.	36
DRONKERS, J.	13
DUBOIS, V.	14
DUKKERS VAN EMDEN, D.M.	35

DUNCAN, S.K.	36
DUYNHOUWER, E.	9
DYNIA, A.	9
EDELBROEK-VAN SCHAIJK, W.E.H.M.	28
EDELBROEK-VAN SCHAIK, W.E.H.M.	36
EIJK, J.T. VAN	39
EJAZ, F.D.	53
ELINSKY, E.G.	30
ELLRODT, A.G.	20, 25, 30
ENKIN, M.W.	23
ERNST, M.A.	15
ETTEMA, R.	26
EVERDINGEN, J.J.E. VAN	21
FARLEY, K.	15
FAUMAN, M.A.	42
FIELD, S.	33
FLEISHMAN, R.	9
FLEUREN, M.A.H.	26, 38
FOLMAR, S.J.	53
FREDERIKS, C.M.A.	9
FREED, G.L.	26
FREEDMAN, C.	40
FRIRI, C.	46
GAUDERMAN, W.J.	33
GIBSON, D.	50
GIRGENTI, J.R.	54
GOEPP, J.G.	33
GOLDMAN, B.	53
GOSSELINK, C.A.	32
GOTTLIEB, L.K.	20, 24
GROL, R.	10, 14, 21, 22, 28, 37
GROL, R.P.T.M.	26
GULLION, D.S.	29
GUNTHER, P.G.S.	47
GUSTAFSON, D.H.	10
HAAN, M. DE	26
HALVORSON, H.W.	32
HANES, L.D.	47
HANNAH, W.J.	23
HARRIS, N.L.	15
HART, C.A.	55
HART, L.G.	31
HARVEY, G.	11
HAWKER, A.	31
HAYMAN, J.N.	22
HAYWARD, R.	27
HEADRICK, L.A.	38
HEERDINK, C.F.M.	28
HEERDINK, H.	37
HEINS, J.M.	11
HILL, M.A.	49
HILL, R.G.	43
HOLIDA, D.	25
HONNAS, R.	32
HOOGEN, J. VAN DEN	36
HORNER, R.H.	48

HOWE, J.D.	15
HUANG, H.	27
HUDSON, C.N.	34
HUGHES, J.M.	16
JACOBSON, P.D.	24
JAMES, W.S.	48
JENKINS, L.D.	31
JOSPE, M.	43
KAASENBROOD, A.	50
KAASENBROOD, A.J.A.	51
KAMP, B.S.	38
KAPTEIN, A.A.	28
KATZ, S.	33
KAUFMANN, M.	53
KESSELS-BUIKHUISEN, M.	39
KLAZINGA, N.	11
KLAZINGA, N.S.	51
KLEEFELD, S.	16
KLEIBER, C.	25
KONRAD, T.R.	26
KOOIJ, C.H. VAN DER	16
KRISTOPAITIS, R.	27
KROMWIJK, G.	52
KUYKENDALL, D.H.	40
LAFFEL, G.	16
LAMPRECHT, F.	49
LANSKY, D.	16
LAVENDER, A.	42, 44
LEE, P.	33
LEIPER, R.	42-44
LEONARD, J.H.	47
LIM, J.	34
LIPTON, H.L.	12
LISCHIO, D.	40
LISDONK, E.H. VAN DEN	39
LOMAS, J.	23
MANDELSON, M.T.	18
MARGOLIS, C.Z.	20
MATHIS, A.C.	54
MATTHEWS, B.L.	17
MATTHEWS, I.P.	33
McAFEE, T.A.	18
MCDONNELL, P.J.	33
MCKENNA, H.P.	54
MCWILLIAM, C.L.	17
MITTMAN, B.S.	24
MIZRACHI, G.	9
MOKKINK, H.	22
MOXLEY, D.P.	52
MURREY, K.O.	24
NEWTON, J.S.	48
NIEUWBOER, M.S.	9
NIEVAARD, A.C.	8
NOBE, J.	33
NORD, W.R.	11
NÜBLING, R.	49

ONION, C.W.	29
OTTO, S.E.	36
PARAHOOD, K.A.	54
PELECANOS, H.I.	38
PELTER, M.	27
PETERSEN, M.	25
PHEARMAN, L.	25
PILLING, S.	42, 44
PORTEGIES, P.	34
PREHN, R.A.	45
RAINE, T.	31
REIS, E.C.	33
RIEDINGER, M.	30
RIEDINGER, M.S.	20
ROBERTS, C.J.	33
ROBERTS, G.M.	33
ROEKEL, W. VAN	8
ROMANO-EGAN, J.	55
ROOIJEN, S. VAN	45
ROSE, M.S.	53
ROSENBLATT, R.	31
RUIJTER, C.H. DE	16
SANGSTER, J.F.	17
SANTOSHAM, M.	33
SCHECTMAN, J.M.	30
SHELLEVIS, F.G.	39
SCHMIDT, J.	49
SCHMIDT, K.	25
SCHOENBAUM, S.C.	20, 24
SCHOOL, M.A.A.	39
SHAPIRA, A.	9
SHIRAZI, V.	9
SHUEMAN, S.A.	43
SIPS, A.J.B.I.	26
SLUIJS, E.M.	12, 13
SMITH, A.E.	18
SOLKOWITZ, S.	29
SPERMON, D.M.	49
SPEROFF, T.	38
STEELE, R.M.	15
STEMAN, C.	45
STONE, E.	27
SWEETLAND, D.	17
TAPLIN, S.H.	18
THOMPSON, R.S.	18
TIELENS, V.	22
TITLEBAUM, H.	55
TOEWS, J.D.	48
TONESK, X.	24
TROUSDALE, M.	33
TROY, W.G.	43
TUNIS, S.	27
VAYDA, E.	23
VELDEN, J. VAN DER	37, 39
VELDMAN, E.	38
VISSERS, J.M.H.	39

WAGNER, C.	13
WALDA, R.	8
WALK, D.	9
WALLER, F.T.	16
WALLEY, T.	29
WEBB, L.Z.	40
WEEL, C. VAN	39
WEINGARTEN, S.	20, 25, 27, 30
WENSING, M.	10, 14, 25
WESTRATE, W.	34
WILSON, S.D.	49
WILSON, T.	40
YANDELL, B.	37
YOONG, A.F.	34
ZEIGER, R.S.	40
ZLOTNICK, C.	32
ZOMERPLAAG, J.	45
ZONNEVELD, A.M.	18
ZWAARD, T.	22

