

Ontwikkeling Tools voor Disseminatie van Richtlijnen

INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

IN SAMENWERKING MET

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Nederlandse Vereniging voor Urologie

MET ONDERSTEUNING VAN

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING

De ontwikkeling van tools voor disseminatie van richtlijnen werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

Colofon

ONTWIKKELING TOOLS VOOR DISSEMINATIE VAN RICHTLIJNEN
© oktober 2022

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
Postbus 20075, 3502 LB Utrecht
Tel. 088 134 47 00
info@nvog.nl
www.nvog.nl

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Inhoudsopgave

Samenstelling van de werkgroep	4
Verantwoording.....	6
Knelpuntenanalyse	18
Ontwikkeling formats voor tools voor disseminatie van richtlijnen.....	21
Evaluatie formats voor tools voor disseminatie van richtlijnen	24
Keuzehulp Disseminatietool	28
Adviezen werkgroep voor gebruik disseminatietools voor Richtlijnen.....	29
Evaluatie beloop project	31
Business case voor Tools voor Disseminatie van Richtlijnen	33
Format Tool: Samenvatting	36
Format Tool: PowerPoint Presentatie	39
Draaiboek: Webinar	40
Bijlage 1: Enquête Wetenschappelijke Verenigingen	42
Bijlage 2: Enquete Medisch Specialisten.....	62
Bijlage 3: Verslag gesprekken met NHG, NCJ en TNO over implementatie en disseminatie van richtlijnen	84
Bijlage 4: Systematische Literatuuranalyse Disseminatietools voor Richtlijnen	89
Bijlage 5: Evaluaties van disseminatietools door de gebruikers.....	113
Evaluatie Webinar Chronische Bekkenpijn	113
Evaluatie Webinar BRUE.....	118
Evaluatie Samenvatting richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen	120
Evaluatie Samenvatting richtlijn Het vergrote Ovarium.....	122

Samenstelling van de werkgroep

Werkgroep

- Maarten Vink, voorzitter werkgroep vanaf juni 2021, werkgroeplid tot juni 2021, Gynaecoloog, Amsterdam UMC namens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Gérard Bremer, voorzitter tot juni 2021, gynaecoloog, Zuyderland Medisch Centrum Sittard-Geleen namens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Kim Geelen-Korenberg, werkgroeplid vanaf januari 2021, Coördinator kwaliteit en beleid namens de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
- Eline Kramer, werkgroeplid tot januari 2021, directeur namens de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
- Jan Willem Elshof, werkgroeplid, chirurg, VieCuri Medisch Centrum namens de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Anne-Marie van Wermeskerken, werkgroeplid, Kinderarts, Flevoziekenhuis Almere, namens de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Miriam E. van Houten, werkgroeplid, klinisch geriater niet praktiserend, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Deelnemers uit richtlijnwerkgroepen

- Richtlijn Vergroot Ovarium (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie)
 - o Peggy Geomini, voorzitter richtlijnwerkgroep, gynaecoloog, werkzaam in het Máxima Medisch Centrum te Eindhoven, namens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
 - o Esther Lems, onderzoeksmedewerker Erasmus UMC
- Richtlijn Delier (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie)
 - o Paul Dautzenberg, voorzitter richtlijnwerkgroep, klinisch geriater, JBZ, Den Bosch, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Richtlijn BRUE (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde)
 - o Ben Semmekrot, voorzitter richtlijnwerkgroep, kinderarts CWZ, voorzitter richtlijnwerkgroep, namens de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
 - o Tim Kelder, werkgroeplid, AIOS kindergeneeskunde LUMC, namens de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Richtlijn Chronische Bekkenpijn (Nederlandse Vereniging voor Urologie)
 - o Bert Messelink, voorzitter richtlijnwerkgroep, uroloog, Medisch Centrum Leeuwarden, namens de Nederlandse Vereniging voor Urologie
 - o Remmie Hammers, werkgroeplid, kaderhuisarts urogynaceologie, namens de Nederlandse Huisartsen Genootschap
 - o Corine Adamse, werkgroeplid, bekkenfysiotherapeut MSC, namens de Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
 - o Gidia Jacobs, werkgroeplid, gezondheidszorgpsycholoog, pedagoog, seksuoloog NVVS, Centrum voor Psychische, Relationele en Seksuele Gezondheid, namens de Nederlandse vereniging voor Seksuologie en Nederlandse Instituut voor Psychologie
- Richtlijn Perioperatief traject (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie)

- Peter Go, voorzitter richtlijnwerkgroep, algemeen chirurg, werkzaam in het Sint Antonius ziekenhuis te Nieuwegein, namens de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Leon Aarts, voorzitter richtlijnwerkgroep, anesthesioloog, werkzaam in het Leids Universitair Medisch Centrum, namens de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie)
- Richtlijn Lichen Planus (Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie)
 - Colette van Hees, voorzitter richtlijnwerkgroep, dermatoloog, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam, namens de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
 - Sarah Wanders, secretaris richtlijnwerkgroep, arts-onderzoeker, Bureau NVDV, Utrecht, namens de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
 - Evelien de Boij, secretaris richtlijnwerkgroep, arts-onderzoeker, Bureau NVDV, Utrecht, namens de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

Met ondersteuning van:

- Marleen van Son, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten
- Irina Mostovaya, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten
- Dunja Dreesens, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten
- Ingeborg van Dusseldorp, senior informatiespecialist, Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten

Verantwoording

Methodologie ontwikkeling tools voor disseminatie van richtlijnen

Initiatief

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.

Autorisatie

De ontwikkelde formats worden geautoriseerd door alle wetenschappelijke vereniging die deel hebben genomen aan dit project, namelijk: de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU).

De formats voor disseminatietools zullen daarnaast ter goedkeuring worden voorgelegd aan de Adviescommissie Richtlijnen en de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialististen.

Algemene gegevens

De ontwikkeling van Disseminatietools voor richtlijnen werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialististen (www.demedischspecialist.nl/kennisinstituut) en werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialististen (SKMS). De financier heeft geen enkele invloed gehad op de inhoud van dit project.

Aanleiding, doel en doelgroep

Aanleiding

Implementatie van richtlijnen is een zeer belangrijk maar helaas ook onderbelicht onderdeel van de kwaliteitscyclus. De eerste stap in het proces van implementatie is de disseminatie van de richtlijn. Een knelpunt dat bij het SKMS-project “Verbetertraject Implementatie” (32961134) werd geïdentificeerd was dat medisch specialisten niet over de juiste (hulp)middelen beschikken om richtlijnen te implementeren, terwijl de ondersteuning vanuit de wetenschappelijke verenigingen beperkt is. Er is geen eenduidige werkwijze voor de disseminatie van richtlijnen – elke wetenschappelijke vereniging heeft een eigen strategie, of soms geen strategie. Als er disseminatie hulpmiddelen worden ontwikkeld dan is dit vaak een eenmalige actie vanuit de betreffende werkgroep of beleidsmedewerker van een wetenschappelijke vereniging, en gaat de kennis en ervaring van deze persoon verloren wanneer het project afloopt. Belangrijke beperkende factoren hierin zijn een gebrek aan tijd en een gebrek aan een eenduidige en uniforme werkwijze.

Doel

Het doel van dit project is om tools (hulpmiddelen) te ontwikkelen om de disseminatie van medische richtlijnen te bevorderen.

Deze hulpmiddelen zouden tegelijkertijd of vlak na de publicatie van een medisch specialistische richtlijn kunnen worden opgeleverd. Het streven was om de tools te ontwerpen die gemakkelijk zouden zijn om in te vullen door de richtlijnwerkgroep, en daarnaast gemakkelijk zouden zijn in het gebruik.

Met dit project worden handvatten aangereikt aan wetenschappelijke verenigingen voor het verbeteren van de disseminatie van medisch specialistische richtlijnen, en wordt

voorkomen dat werkgroepleden en medewerkers bij verscheidene wetenschappelijke verenigingen steeds “het wiel opnieuw uitvinden”.

Doelgroep

De format voor disseminatietools voor richtlijn zijn bedoeld voor alle gebruikers die betrokken zijn bij de ontwikkeling van medisch specialistische richtlijnen.

Samenstelling werkgroep

Voor het ontwikkelen van Disseminatietools is in 2019 - 2022 een werkgroep ingesteld, bestaande uit afgevaardigden van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. Zie ook Samenstelling van de werkgroep. De Nederlandse Vereniging voor Urologie werd ook uitgenodigd om een werkgroeplid af te vaardigen. In eerste instantie was er een werkgroeplid afgevaardigd, maar zij heeft zich vooraf aan de eerste werkgroepvergadering teruggetrokken. Het was niet mogelijk om een nieuwe afgevaardigde voor de werkgroep te vinden namens de NVU. De NVU heeft wel bijgedragen aan dit project door een richtlijn voor te dragen (Chronische Bekkenpijn), waarvoor een disseminatietool is ontwikkeld.

Belangenverklaringen

De KNMG-code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Naam	Hoofdfunctie	Nevenwerkzaamheden	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijke relaties	Extern gefinancierd onderzoek	Intellectuele belangen en reputatie	Overige belangen	Getekend op	Actie
Bremer*	Gynaecoloog, Zuyderland MC Heerlen/Sittard	Lid Regionaal Tuchtcollege Eindhoven NVOG afgevaardigde RGS	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	8-11-2019	Geen

Van Houten	<p>Klinisch geriater niet praktiserend Arts-docent, BKO gekwalificeerd VUMC, Hoofdonderzoeker Hogeschool Arnhem/Nijmegen signaleringsinstrument ouderen mishandeling middels aanbesteding ministerie van VWS (0.2 fte)</p> <p>promovendus ouderen mishandeling Radboudumc</p> <p>vanaf 2020 als sociaal medisch adviseur bij Trompetter & partners</p>	<p>Lid commissie richtlijnen NVKG-onbetaald</p> <p>Lid commissie evaluatie wet meldcode & VIR-vergoeding en reiskosten per vergadering</p>	<p>Tot 2021 ZZP-er bij mijn bedrijf Gerioteaching. KVK nummer 68638558</p> <p>Bedrijf richt zich op scholing en advisering op gebied klinische geriatrie/ouderengeneeskunde</p> <p>Geen financieel voordeel in deze</p>	Geen	<p>Hoofdonderzoeker Hogeschool Arnhem/Nijmegen signaleringsinstrument ouderen mishandeling middels aanbesteding ministerie van VWS (0.2 fte)</p> <p>geen belang voor financier m.i.</p>	Geen	Geen	9-8-2019	Geen
Vink	AIOS Gynaecologie	Onderzoeker Talma Instituut (betaald)	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	23-9-2019	Geen

Wermeskerken	Algemeen kinderarts, Flevoziekenhuis Almere aandachtsgebieden infectieziekten en erfelijke & aangeboren aandoeningen	Onbetaald, secretaris richtlijnen commissie NVK Werkgroep lid diverse richtlijntrajecten KIMS	Geen	Geen	Locaal onderzoeker voor diverse multicentre trials in het verleden, onbetaald	Geen	Geen	30-9-2019	Geen
Van Enst	Adviseur richtlijnontwikkeling - 0,1 fte	GRADE working group - onbetaald Adviescommissie richtlijnen V&VN - betaald	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	9-10-2019	Geen
Elshof	Vaatchirurg, VieCuri	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	9-10-2019	Geen
Kramer	Beleidsadviseur NVDV	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	10-1-2020	Geen
Van Herpen	Uroloog ziekenhuis Zuyderland (Heerlen-Sittard)	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	14-11-2019	Geen
Geelen	Coördinator Kwaliteit en beleid, NVDV	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	7-1-2021	Geen

Van Hees	Dermatoloog	Richtlijnwerkgroep Lichen planus werkgroepvergoeding Docent NSPOH (tropencursus), Amsterdam (Koninklijk Instituut voor de Tropen) betaald Af en toe onderwijs over oa Lichen planus bij Europees dermatologie congres in september, de congreskosten worden dan kwijtgescholden	geen	geen	Geen	geen gewin	geen	22-4-2021	Geen
De Booij	Arts-onderzoeker bij de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	16-4-2021	Geen

Dautzenberg	Klinisch geriater Jeroen Bosch Ziekenhuis (80%)	Medisch directeur Brain Research Center Den Bosch (20%) commerciële instelling voor geneesmiddelen onderzoek hersenziekten, met name dementie	niet van toepassing	niet van toepassing	niet van toepassing	niet van toepassing	niet van toepassing	29-4-2021	Geen
--------------------	---	---	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	-----------	------

Messelink	Uroloog-seksuoloog nvvs Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden	<p>Voorzitter commissie Richtlijn Chronische bekkenpijn. Nederlandse Vereniging voor Urologie. Opstellen richtlijn en implementatie. Vacatiegelden.</p> <p>Vice chair guideline panel European Association of Urology. Guideline Chronic Pelvic Pain. Updaten inhoud. Onbetaald.</p> <p>Medische advies raad BB4All. Advies over activiteiten en plannen. Onbetaald.</p> <p>Docent SOMT opleiding bekkenfysiotherapie. Colleges over chronische bekkenpijn en seksuologie. Betaald.</p>	geen belangen	neen	geen	geen belangen	neen	10-8-2021	Geen
Kelder	AIOS Kindergeneeskunde, Willem Alexander Kinderziekenhuis, Leids Universitair Medisch Centrum	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	25-8-2021	Geen

Go	Chirurg, St. Antonius ziekenhuis, Nieuwegein	Bestuurslid STZ (Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen.) Portefeuille Topzorg. Betaalde functie vergoeding € 5000 per jaar (vacatie gelden)	Geen	geen	geen	geen	geen	1-10-2021	Geen
Jacobs	Gezondheidszorgpsycholoog/seksuoloog NVVS werkzaam bij Proctos kliniek te Bilthoven en vrijgevestigd bij Censere te Voorschoten	Betaald: hoofopleidingen seksuologieopleiding RIMO Utrecht onbetaald: lid tuchtcommissie NVVS, adviseur PFN	Neen. Theoretisch zou iemand kunnen denken dezemevrouw heeft verstand van CBP maar mijn praktijk en mijn werkgever richten zich niet speciaal op deze problematiek	neen	geen	ik heb kennis van zaken en omdat die kennis breed gedragen mag worden vond ik het zinvol om dit uit te dragen in de werkgroep. Uiteraard kan een bij effect zijn dat mensen je er nog vaker op aan gaan spreken. Het is niet mijn intentie hier gewin of erkenning uit te halen.	neen	11-10-2021	Geen

Werkwijze

Knelpuntenanalyse

Nadat de werkgroep is samengesteld, is er gestart met een knelpuntenanalyse. Er is geëvalueerd welke disseminatietools voor richtlijnen er nu zijn, wat de ervaringen zijn met het gebruik van de hulpmiddelen en de effectiviteit hiervan. Aan de hand van de resultaten van de knelpuntenanalyse heeft de werkgroep een keuze gemaakt voor drie formats van disseminatietools.

Ontwikkelfase

Tijdens de ontwikkelfase werden deze formats in concept ontworpen. De formats werden vervolgens toegepast voor het ontwikkelen van disseminatietools voor recent geautoriseerde richtlijnen of richtlijnen die binnen de looptijd van het project geautoriseerd zouden worden, twee richtlijnen per format. Elk werkgroeplid droeg hiervoor een richtlijn van de eigen wetenschappelijke vereniging voor. Over het algemeen nam de voorzitter van de richtlijnwerkgroep het voortouw in de ontwikkeling van de disseminatietool bij de betreffende richtlijn.

Evaluatiefase

De richtlijn werkgroepleden die de tool format hebben gebruikt, deelden hun ervaringen met het maken van de tool. De gemaakte disseminatietools werden daarnaast ook geëvalueerd door de werkgroep Ontwikkeling Disseminatietools voor Richtlijnen gedurende een werkgroepvergadering en door de richtlijnwerkgroep van de betreffende richtlijn met een schriftelijke feedbackronde. Aan de gebruikers van de tool is gevraagd om een evaluatievragenlijst in te vullen. Het verloop van dit project en de uitgevoerde evaluaties zijn verder beschreven in het eindverslag.

Hulpmiddel voor het kiezen van een disseminatietool

Aan de hand van de evaluaties is er een keuzehulp ontwikkeld door de werkgroep. Het doel van deze keuzehulp is om aanvragers van richtlijnprojecten en richtlijnwerkgroepen te informeren over de eigenschappen van elke disseminatietool. Hiermee kan er al bij de start een richtlijn project nagedacht kan worden over welke disseminatietool het beste bij dit project past. De disseminatietool kan zo worden opgenomen in het plan van aanpak van de richtlijn.

Business case

Per tool werd een business case ontwikkeld. Dit gebeurde aan de hand van de evaluaties van tools door de richtlijnwerkgroepleden en de werkgroep Ontwikkeling Disseminatietools. Deze business case zou in de toekomst gebruikt kunnen worden om de ontwikkeling van een disseminatietool mee te begroten bij het indienen van een projectaanvraag voor een richtlijn.

Knelpuntenanalyse

Gedurende de knelpuntenanalyse is er een verkenning uitgevoerd, waarbij er werd stilgestaan bij de volgende vragen:

1. Welke wensen hebben de beoogde gebruikers voor disseminatietools voor medische richtlijnen?
2. Hoe gaan andere richtlijnontwikkelaars in Nederland om met disseminatie en implementatie van deze richtlijnen?
3. Wat is er bekend uit de wetenschappelijke literatuur over de effectiviteit van disseminatietools voor medische richtlijnen?

Evaluatie wensen beleidsmedewerkers wetenschappelijke verenigingen

De werkgroep Ontwikkeling Disseminatietools heeft een enquête opgesteld, om de wensen van beleidsmedewerkers van medisch specialistische wetenschappelijke verenigingen ten aanzien van tools voor de bevordering van disseminatie van medische richtlijnen te evalueren. Deze enquête werd in september-oktober 2020 uitgezet. Bureaus van wetenschappelijke verenigingen werden via de mail verzocht om de enquête in te vullen via SurveyMonkey.

De samenvatting van de resultaten van deze enquête is opgenomen in [Bijlage 1](#). In totaal hebben 23 van de 32 aangeschreven wetenschappelijke verenigingen de enquête ingevuld. Publicatie op de richtlijndatabase is een disseminatietool die door alle deelnemende wetenschappelijke verenigingen gebruikt wordt. (100%). Daarnaast komt publicatie op eigen website (87%), vermelding richtlijn in nieuwsbrief (91%) en presentatie op een congres/symposium van de vereniging (61%) als aanvullende strategieën het vaakst voor. De meeste wetenschappelijke verenigingen hebben een algemeen beleid voor disseminatie van richtlijnen (78%). Ongeveer een derde (34%) heeft ervaring met maken van disseminatietools voor richtlijnen. De disseminatietools die nu al regelmatig worden ontwikkeld zijn: samenvattingen, presentaties, beslisbomen, consultkaarten, nascholing (e-learning), kennisspelvragen en voortgangstoetsen voor AIOS. Als belemmerende factoren voor het maken van disseminatietools worden genoemd: beperkte tijd, geen prioriteit, geen deskundigheid, verschillen tussen verenigingen en dat het onduidelijk is hoe je leden goed bereikt.

Evaluatie wensen medisch specialisten

De werkgroep Ontwikkeling Disseminatietools heeft een enquête opgesteld, om de wensen van medisch specialisten ten aanzien van tools voor de bevordering van disseminatie van medische richtlijnen te evalueren. Deze enquête werd in september-oktober 2020 uitgezet. Bureaus van wetenschappelijke verenigingen werden via de mail verzocht om de enquête link te delen in een nieuwsbrief aan de leden. In het nieuwsbriefbericht werden medisch specialisten verzocht om de enquête in te vullen via SurveyMonkey.

De samenvatting van de resultaten van deze enquête is opgenomen in [Bijlage 2](#). In totaal hebben 222 artsen de enquête ingevuld. Hiervan waren er 45% gynaecoloog of AIOS gynaecologie. Artsen geven aan dat zij de volgende bronnen gebruiken om op de hoogte te blijven van ontwikkelingen in hun vakgebied: congressen (94%), richtlijnen (94%), vakbladen (86%), collega's / intervisie (77%). Zij gebruiken de volgende bronnen om kennis te nemen van nieuwe richtlijnen: nieuwsbrief van de vereniging (51%), website van de vereniging (11%) en de richtlijndatabase (7%). Voor het raadplegen van een richtlijn worden de website van de vereniging (69%) en de richtlijndatabase (68%) het meest gebruikt. 68% van de respondenten geeft aan dat zij de informatie die zij zoeken vaak of altijd terug kunnen vinden in de richtlijn. De volgende methoden worden gebruikt om een richtlijn in

een ziekenhuis te implementeren: periodieke richtlijn/protocol bespreking (61%), gezamenlijke bespreking met andere zorgverleners (40%), gezamenlijke bespreking met andere medisch specialisten (47%) en gezamenlijke bespreking met huisartsen (11%); refereeravonden (49%), bespreking in grote visite (40%). Op de vraag “van welke disseminatietool zou u het meest gebruik maken?” werd als antwoord gegeven: samenvatting (93%), e-learning (81%), Powerpoint presentatie (61%) en animatiefilm (56%). Artsen vonden de volgende aspecten van een disseminatietool belangrijk: gebruiksgemak (90%), tijd die het kost (82%), bereikbaarheid tool (78%) en aansluiting bij de dagelijkse praktijk (57%). Op de open vraag welke adviezen artsen hadden voor deze werkgroep werd geadviseerd om het simpel, praktisch en uitnodigend te houden, tools te ontwikkelen waarvan het gebruik niet te veel tijd zou kosten, eventueel gebruik te maken van verschillende werkwijzen / tools per richtlijn, ervoor te zorgen dat de tools goed vindbaar zijn op onder andere de richtlijndatabase, tools toegankelijk maken voor alle betrokken disciplines, tools waar mogelijk te koppelen aan de elektronisch patiëntendossier, de tools gelaagd te maken, rekening te houden met inbreng van patiënten, de tools zo snel mogelijk na publicatie van een richtlijn beschikbaar te stellen, en te updaten bij veranderingen in de richtlijn.

Interviews met andere Nederlandse richtlijnontwikkelaars over implementatie van richtlijnen

In de zomer en najaar van 2020 zijn er gesprekken gevoerd met beleidsmedewerkers van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), het Nederlandse Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) en de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO) om een beeld te krijgen hoe deze partijen omgaan met disseminatie en implementatie van richtlijnen. De verslagen van deze gesprekken zijn opgenomen in [Bijlage 3](#). Alle partijen gaven aan implementatie een belangrijk onderdeel van de ontwikkeling van richtlijnen te vinden. Het NHG heeft een aparte afdeling voor de implementatie van richtlijnen, die even groot is als de afdeling die richtlijnen ontwikkelt. Er worden zeer veel verschillende implementatie-hulpmiddelen ontwikkeld door het NHG, waarvan de belangrijkste de presentatie is waarin de NHG-standaard online wordt gepresenteerd. Daarnaast zijn de e-learnings een veel gebruikt hulpmiddel. Deze worden bij elke richtlijn gemaakt die het NHG ontwikkelt. Daarnaast ontwikkelt het NHG ook instructiefilmpjes, Thuisarts informatie (ook implementatie voor patiënten), protocol boeken, de triagewijzer en de consultwijzer. De NCJ heeft een toolkit voor de implementatie van richtlijnen. Het gebruik hiervan wordt als positief ervaren door de leden. Bij de ontwikkeling van elke richtlijn zit een aanvullende fase opgenomen, genaamd de praktijktest. Tijdens deze fase gaan een aantal zorginstanties de nieuwe richtlijnaanbevelingen “proefdraaien” en evalueren wat er nodig is om de richtlijn te kunnen implementeren. Daarnaast worden er animatiefilms ontwikkeld. TNO heeft voor de richtlijn Lengtegroei een decision support system ontwikkeld om zorgprofessionals te helpen de groeicurve te interpreteren en hier adviezen uit de richtlijn aan te verbinden.

De interviews geven een mooi beeld van welke hulpmiddelen er in Nederland al worden gebruikt om richtlijnen te helpen dissemineren en implementeren, wat de ervaringen hiermee zijn en welke inspanningen er nodig zijn voor het ontwikkelen van deze hulpmiddelen.

Literatuuranalyse disseminatietools

Er is een literatuuranalyse uitgevoerd in de zomer van 2020 om een beeld te krijgen van welke disseminatietools voor medische richtlijnen bekend zijn. Daarnaast was het de vraag wat de ervaringen met het gebruik zijn van deze tools, en of er bewijs is dat sommige tools de disseminatie danwel implementatie van richtlijnen meer bevorderen dan andere tools. Er is een literatuursearch uitgevoerd naar de volgende vraag: wat zijn de (on)gunstige effecten

van het gebruik van hulpmiddelen voor het verspreiden van richtlijnen ter ondersteuning van de opname van richtlijninformatie voor zorgprofessionals? Een samenvatting van de literatuuranalyse is terug te vinden in [Bijlage 4](#).

De literatuuranalyse toonde aan dat er zeer veel disseminatietools in de omloop zijn, waarbij er een grote variatie is in de complexiteit en uitgebreidheid hiervan – variërend van een samenvattingskaart tot een uitgebreide bijscholing. Er was geen eenduidig bewijs dat de ene tool voor betere disseminatie en implementatie van een medische richtlijn zou zorgen in vergelijking met een andere tool.

Adviezen van de werkgroep

Naar aanleiding van de resultaten van de knelpuntenanalyse heeft de werkgroep de keuze gemaakt om formats te ontwikkelen voor de volgende disseminatietools:

- een samenvatting
- een PowerPoint presentatie
- een webinar

De belangrijkste redenen om voor deze werkvormen te kiezen waren dat in de enquête onder artsen de behoefte werd benoemd aan duidelijke, niet te complexe en bruikbare tools. Gedurende de COVID-19 pandemie is er veel ervaring opgedaan vanuit zorgprofessionals om informatie middels webinars te communiceren. Dit was een aanvullende overweging om voor een webinar te kiezen.

Ontwikkeling formats voor tools voor disseminatie van richtlijnen

De werkgroep heeft voor elke tool twee recente richtlijnen gekozen van een deelnemende

wetenschappelijke vereniging. Elke afgevaardigde in de werkgroep droeg een richtlijn van de eigen vereniging aan en nodigde (een deel van) de richtlijnwerkgroep uit om de nieuwe disseminatietool mee te ontwikkelen.

Samenvatting

De format voor richtlijn samenvattingen van de NVK is als basis gebruikt om een format te ontwikkelen voor de samenvatting. Dit format is samen met de werkgroep geëvalueerd en waar nodig meer generiek gemaakt. De format van de samenvatting is opgenomen in hoofdstuk "[Format Tool: Samenvatting](#)".

Richtlijn Delier (NVKG)

Er is een samenvatting ontwikkeld voor de richtlijn Delier. De samenvatting is geschreven door de voormalig voorzitter van de richtlijn. De richtlijnwerkgroep heeft via de mail de mogelijkheid gehad om feedback te leveren op deze samenvatting. De samenvatting is met feedback van de richtlijnwerkgroep aangepast en gepubliceerd op de

Richtlijndatabase:

https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/21530/Samenvatting%20-%20Delier.pdf

Richtlijn Het vergrote ovarium (NVOG)

Er is een samenvatting ontwikkeld voor de richtlijn Het vergrote ovarium. De samenvatting is geschreven door de voormalige voorzitter van de richtlijn samen met een onderzoeksmedewerker die ook de richtlijn heeft ondersteund. De richtlijnwerkgroep heeft via de mail de mogelijkheid gehad om feedback te leveren op deze samenvatting. De samenvatting is met feedback van de richtlijnwerkgroep aangepast en gepubliceerd op de Richtlijndatabase. De uiteindelijke samenvatting is terug te vinden op de

Richtlijndatabase:

https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/12265/Samenvatting%20-%20Het%20vergrote%20ovarium.pdf

PowerPoint presentatie

De format van de PowerPoint presentatie is gebaseerd op de format van de samenvatting

en de format van de PowerPoint presentatie voor implementatie van Richtlijnen, zoals deze door het Kennisforum Implementatie van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten is opgesteld.

Richtlijn Lichen Planus (NVDV)

Er is een PowerPoint presentatie ontwikkeld voor de richtlijn Lichen Planus. Deze richtlijn is gemaakt door arts-onderzoekers die de ontwikkeling van de richtlijn hebben ondersteund, samen met de voorzitter van de richtlijnwerkgroep. De richtlijnwerkgroep heeft de mogelijkheid gehad om schriftelijk feedback te leveren op deze presentatie.

Nadat de feedback van de werkgroep is verwerkt, is de PowerPoint presentatie gepubliceerd op de startpagina van de betreffende richtlijn op de Richtlijndatabase: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lichen_planus_revisie/startpagina_-_lichen_planus.html

Richtlijn Perioperatief Traject (NVA en NVvH)

Er is een PowerPoint presentatie ontwikkeld voor de richtlijn Perioperatief Traject. De presentatie is gemaakt door de twee voorzitters van deze werkgroep (een chirurg en een

anesthesioloog). Er was reeds een presentatie ontwikkeld, vooraf aan het project, maar de presentatie is gedurende het project verder aangepast. De richtlijn werkgroep heeft de mogelijkheid gehad om schriftelijk feedback te leveren op deze presentatie. Nadat de feedback van de werkgroep is verwerkt, is de PowerPoint presentatie gepubliceerd op startpagina van de betreffende richtlijn op de Richtlijndatabase:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perioperatief_traject/startpagina_-_perioperatief_traject.html

Webinar

Voor de webinar is er geen format ontwikkeld, maar een [draaiboek](#). Aan de betrokken werkgroepleden werd wel de format van de PowerPoint presentatie (zie hierboven) aangeboden, om de webinar te structureren. Dit was echter niet verplicht – werkgroepleden kregen de vrijheid om zelf de webinar slides op te maken.

Richtlijn Chronische Bekkenpijn (NVU)

De webinar is tot stand gekomen onder leiding van de voormalig voorzitter (uroloog) van de richtlijn, samen met drie werkgroepleden – een bekkenbodempysiotherapeut, een huisarts en een gezondheidszorgpsycholoog-seksuoloog NVVS. De webinar werd gehouden op maandag 5 juli 2021 20:00 – 21:45 uur en is live gestreamed vanuit de opnamestudio van de Federatie Medisch Specialisten.

Er is een link opgenomen naar de opname van de webinar op de startpagina van de betreffende richtlijn op de richtlijndatabase:

<https://demedischspecialist-nl.zoom.us/rec/play/0fvsM3pjUd1UyU1vH1d2pAauGA00Suv6gLpUurGjFgqzYq9oNvbM7VTKfxUnvLjHwKAPRyE-fFzchFbq.BAWjjS9SMXq49efO?continueMode=true>

Richtlijn Brief Resolved Unexplained Event - BRUE (NVK)

De webinar is tot stand gekomen onder leiding van de voormalig voorzitter van de richtlijn (kinderarts) en een werkgroep lid (AIOS kindergeneeskunde). Ook nam een kinderarts als moderator deel aan de webinar. De webinar werd gehouden op dinsdag 14 december 2021 19:30 – 21:00 uur en is live gestreamed vanuit de opnamestudio van de Federatie Medisch Specialisten.

Er is een link opgenomen naar de opnamen van de webinar op de startpagina van de betreffende richtlijn op de richtlijndatabase:

https://demedischspecialist-nl.zoom.us/rec/play/IDwio43lidoQxZN8phKRxu3B4ZFr1Mhfm4cwP_FYuWE8mtvxg0sSKIoNuk9YNUVJEFp_Zd0JHtZ9oRSs.-9rR0uoc291COkKI?continueMode=true

Publicatie ontwikkelde disseminatietools

De hyperlinks naar de tools zijn geplaatst op de richtlijndatabase, op de startpagina's van de betreffende richtlijnen. Betrokken wetenschappelijke verenigingen zijn per mail geïnformeerd over de ontwikkeling van een tool. Aan de verenigingen is gevraagd om hier een bericht over te plaatsen in de eigen nieuwsbrief met een link naar de tool.

Evaluatie formats voor tools voor disseminatie van richtlijnen

Bij het maken van de disseminatietool werd aan de richtlijnwerkgroepleden feedback gevraagd over de formats. De gebruikers van de tool werden ook gevraagd om feedback. Bij de samenvatting en PowerPoint Presentatie werd aan de betrokken wetenschappelijke verenigingen gevraagd om in een nieuwsbrief de leden te vragen een korte evaluatievragenlijst in te vullen. De deelnemers van de webinar werden verzocht om meteen na het einde van de webinar een korte evaluatievragenlijst in te vullen.

Samenvatting

Richtlijn Delier (NVKG)

De schrijver van de samenvatting en de richtlijnwerkgroep hadden geen feedbackpunten benoemd voor de format van de samenvatting. Wel werd de tijdsbesteding voor het maken van de samenvatting – 4 uur, circa 1 uur per pagina, als fors ervaren.

De enquête voor de gebruikers van de samenvatting is door 8 mensen ingevuld. De samenvatting werd over het algemeen positief ontvangen. De kernboodschap van de richtlijn was helder. De bevroegden zouden een samenvatting zinvol vinden als tool om kennis te nemen van een richtlijn. Wel vond de helft van de feedbackgevers de samenvatting te lang.

Richtlijn Het vergrote ovarium (NVOG)

De schrijver van de samenvatting en de richtlijnwerkgroep hadden geen feedbackpunten benoemd voor de format van de samenvatting. Wel werd de tijdsbesteding voor het maken van de samenvatting – 4 uur, circa 1 uur per pagina, als fors ervaren.

De enquête voor de gebruikers van de samenvatting is door 18 mensen ingevuld. De samenvatting werd over het algemeen positief ontvangen. De kernboodschap van de richtlijn was helder, en men zou nogmaals voor andere richtlijnen gebruik willen maken van een samenvatting om kennis te nemen van een richtlijn. Er werden geen duidelijke verbeterpunten genoemd.

PowerPoint presentatie

Richtlijn Lichen Planus (NVDV)

Het maken van de presentatie werd door werkgroepleden als positief, maar ook tijdrovend ervaren. Een belangrijk discussiepunt bij het maken van de presentatie was het gebruik van foto's van patiënten: wanneer dient er expliciet toestemming van een patiënt gevraagd te worden voor deze specifieke presentatie en wanneer is dit niet nodig? Voor de foto's die in de presentatie waren gebruikt, bleek uiteindelijk dat toestemming vragen niet nodig was, omdat lichaamsdelen niet identificeerbaar tot een persoon in beeld werden gebracht.

Voor deze richtlijn werden er door geen van de gebruikers een evaluatievragenlijst ingevuld.

Richtlijn Perioperatief Traject (NVA en NVvH)

De makers van de PowerPoint presentatie hebben bewust gekozen om af te wijken van de voorgestelde PowerPoint format. De format is gemaakt voor de meest voorkomende type richtlijn – een richtlijn die over een aandoening gaat. Deze richtlijn beschreef echter een organisatorisch proces. Het maken van de presentatie en verwerken van de feedback van de rest van de richtlijnwerkgroep op de presentatie werd door

werkgroepleden als positief, maar ook tijdrovend, ervaren. De vragenlijst over de presentatie is door slechts één persoon ingevuld. Deze persoon was neutraal over de inhoud presentatie, maar gaf wel aan dat de presentatie te lang was en de dia's te vol. De makers van de PowerPoint presentatie wilden de aanbevelingen echter in de exacte bewoordingen van de richtlijn overnemen op de slides, omdat over de formulering van de aanbevelingen in de richtlijn langdurig was nagedacht.

Webinar

Een paar maanden voordat deze webinar werd georganiseerd heeft de Federatie Medisch Specialisten een eigen opnamestudio ingericht op de Domus Medica en een Zoomcoördinator in dienst genomen. Het was prettig om van de expertise van de Zoomcoördinator en de studio gebruik te kunnen maken. Een aandachtspunt hierbij is dat de studio wel tijdig, bij voorkeur 6 weken van tevoren, dient te worden gereserveerd.

Richtlijn Chronische Bekkenpijn (NVU)

De werkgroepleden waren erg enthousiast over het organiseren van een webinar. Als aandachtspunten werden de grote tijdsbesteding (maken presentaties, afreizen naar de Domus Medica voor de opnames) genoemd, en praktisch organisatorische punten (bijvoorbeeld; zorgen dat er vooraf aan de live opnames een proefopname wordt gemaakt of dat er maar ruimte was voor 3 van de 4 mensen in de studio in verband met afstand houden volgens de covid-maatregelen). Een belangrijk aandachtspunt voor de procesbegeleiders was het organiseren van accreditatiepunten. Verschillende wetenschappelijke verenigingen hebben hier verschillende afspraken over. Daarnaast dient accreditatie voor een webinar meestal minimaal 6 weken van tevoren aangevraagd te worden.

De evaluatie van de webinar door de kijkers was overwegend positief. De boodschap van de webinar was duidelijk en de kijkers zouden in de toekomst nogmaals een webinar willen volgen over een richtlijn. De lengte van de webinar (1 uur en drie kwartier) werd als te lang ervaren. De afwisseling van sprekers (huisarts-bekkenbodempysiotherapeut-psycholoog-uroloog), en dat de webinar zo multidisciplinair was ingezet werd als een belangrijk positief punt genoemd.

Richtlijn BRUE (NVK)

In eerste instantie was het doel om een webinar in juni 2021 te organiseren. De webinar is toen niet doorgegaan. De organisatie van de webinar verliep langzamer dan gepland. De reden hiervoor was dat er te weinig aanmeldingen waren. De aankondiging van de webinar in de nieuwsbrief van de vereniging werd pas zeer kort voorafgaande aan de webinar geplaatst (11 dagen van tevoren). Potentiële deelnemers hadden hierdoor te weinig tijd om zich aan te melden en hun agenda vrij te houden. Reden voor de late aankondiging was dat de vereniging pas over de webinar wilde communiceren als ook de richtlijn was gepubliceerd op de Richtlijndatabase. De publicatie van de richtlijn liet langer op zich wachten dan gedacht.

Een ander aandachtspunt was: welke eisen er zijn voor de accreditatieaanvraag van een webinar: bijvoorbeeld of er wel of geen eindtoets moet worden opgesteld door de makers van de webinar. Bij bepaalde verenigingen, maar niet allemaal, is het vereist dat deelnemers een eindtoets afleggen om hun accreditatiepunten te verkrijgen. Om dit probleem in de toekomst te voorkomen, zijn er in de draaiboek voor de webinar

afspraken opgenomen over accreditatie aanvragen en eisen waaraan een webinar moet voldoen.

De webinar is alsnog georganiseerd in december 2021. Alle betrokken partijen waren tevreden over het beloop.

De evaluatie van de webinar door de kijkers was overwegend positief. De boodschap van de webinar was duidelijk en de kijkers zouden in de toekomst nogmaals een webinar willen volgen over een richtlijn. De lengte van de webinar (1 uur) werd als goed ervaren. De webinar was wat eerder afgelopen dan de sprekers van tevoren hadden gepland (1 uur in plaats van 1,5 uur). Het enige verbeterpunt was de geluidskwaliteit. Dit feedbackpunt is gecommuniceerd met de Zoomcoördinator van FMS.

Keuzehulp Disseminatietool

Type tool	Samenvatting	PowerPoint presentatie	Webinar
Type richtlijn: multi- of monodisciplinair	Monodisciplinair en multidisciplinair.	Monodisciplinair. Evt Multidisciplinair – iedere discipline kan geschikte slides selecteren uit de PowerPoint.	Multidisciplinair. Geschikt voor bespreken organisatorische knelpunten – dialoog met deelnemers.
Tijdsbesteding werkgroepleden	Schrijven samenvatting: 4-6 uur. Feedback verwerken van richtlijn werkgroepleden: 1 uur . Totaal: 5-7 uur.	Maken presentatie: 4-6 uur. Feedback verwerken van richtlijnwerkgroepleden: 1 uur Totaal: 5-7 uur.	Vorbereiding webinar: 4-8 uur. Geven webinar (reistijd niet meegerekend): 2 uur. Totaal: 10-14 uur.
Doel van de tool	Beschikbaar maken van de kennis op een snelle en toegankelijke manier.	Implementeren op de werkvloer. Bespreken en delen van kennis met collega's.	Actieve verspreiding van kennis. Dialoog aangaan met werkveld.
Planning (hoeveel maanden van tevoren opstarten)	Duur ontwikkeling – minimaal 6 weken. Ideale situatie: Samenvatting tegelijk meesturen met richtlijn ter commentaar.	Duur ontwikkeling – minimaal 6 weken. Ideale situatie – PowerPoint presentatie tegelijk publiceren met de richtlijn op de richtlijndatabase.	3 maanden van tevoren starten met voorbereidingen. Ideale situatie – Webinar houden vlak na publicatie richtlijn. (accreditatieaanvragen – minimaal 6 weken van tevoren)
Belangrijke randvoorwaarden	Tijdsinvestering voorzitter en/of werkgroeplid om dit te schrijven. Evaluatie door richtlijnwerkgroep.	Tijdsinvestering voorzitter en/of werkgroeplid om dit te maken. Evaluatie door richtlijnwerkgroep.	Beschikbaarheid studio. Tijdige aankondiging van de webinar in nieuwsbrief– 8-10 weken van tevoren. Enthousiaste werkgroepleden die Webinar willen geven.

Adviezen werkgroep voor gebruik disseminatietools voor Richtlijnen

Aandachtspunten ontwikkelde tools

De disseminatietools zijn ontwikkeld om de verspreiding van kennis van medisch specialistische richtlijnen te bevorderen. Er is bewust gekozen om tools te ontwikkelen die makkelijk en laagdrempelig in te vullen (of uit te voeren) zouden zijn door de werkgroepleden van de richtlijn. Daarnaast zijn het tools die ook laagdrempelig te gebruiken zijn voor de beoogde gebruikers van de richtlijn.

Adviezen voor gebruik disseminatietools in de toekomst

Het ontwikkelen van een disseminatietool zou idealiter een standaard onderdeel moeten worden van de ontwikkeling van een richtlijn. De tools zouden bij voorkeur tegelijkertijd met het publiceren van de richtlijn beschikbaar gesteld moeten worden.

Hoe wordt de ontwikkeling van een disseminatietool gepland?

Idealiter wordt de ontwikkeling van een disseminatietool gepland bij het maken van een projectaanvraag voor een richtlijn. Om een keuze te maken voor de geschikte tool kan de [keuzehulp](#) worden gebruikt. Voor reeds lopende projecten – als er bij het maken van de projectaanvraag niet gepland is om een disseminatietool te ontwikkelen, zou een werkgroep ook gedurende het proces van richtlijnontwikkeling kunnen kiezen om een disseminatietool te ontwikkelen, indien hier tijd en budget (bijvoorbeeld de kostenpost onvoorzien) voor bestaat.

Wie zou de tool moeten ontwikkelen?

Werkgroepleden van de richtlijn (2-3 personen) kunnen, met ondersteuning van een procesbegeleider (bijvoorbeeld een adviseur van het Kennisinstituut), de tool ontwikkelen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de formats, zoals ontwikkeld bij dit project.

Wanneer zou de tool ontwikkeld moeten worden?

De richtlijnwerkgroep zou tijdens de ontwikkelfase van de richtlijn een PowerPoint of samenvatting kunnen ontwikkelen, en tijdens de commentaarfase meeleveren. De webinar wordt idealiter zo snel mogelijk na autorisatie georganiseerd.

Vervolgstappen verbeteren implementatie van Richtlijnen

Wanneer een richtlijn wordt gepubliceerd, is disseminatie van de richtlijn een belangrijke eerste stap in de implementatie van de richtlijn in de praktijk. Idealiter wordt voor iedere richtlijn een samenvatting gemaakt, en op de richtlijndatabase gepubliceerd. Toekomstige projecten op het gebied van implementatie kunnen focussen op hoe de opgedane kennis van een richtlijn kan worden toegepast in de praktijk. En analyseren welke hulpmiddelen de implementatie kunnen bevorderen. Mogelijk kunnen de ervaringen van de NHG, NCJ en TNO op het gebied van implementatie (Bijlage 3) gebruikt worden om hier vervolgstappen in te nemen.

Het kennisspel

Een project dat parallel liep aan het project Ontwikkeling van disseminatietools bij richtlijnen is het Kennisspel richtlijnen. Bij dit project werden vragen over richtlijnen ontwikkeld en periodiek (bijv. twee keer per week) per mail aan leden van een

wetenschappelijke vereniging gesteld. Het Kennisspel en disseminatietools zijn complementair aan elkaar. Men kan kennis opdoen over een richtlijn door een samenvatting, PowerPoint presentatie of webinar door te nemen, en deze kennis vervolgens toetsen middels vragen in het Kennisspel.

Evaluatie beloop project

Dit project was een pilot-project voor het ontwikkelen en proefdraaien van disseminatietools voor richtlijnen. De werkgroep is van mening dat het doel van het project is behaald. Er zijn drie soorten tools uitgekozen voor uitwerking aan de hand van de knelpuntenanalyse. Voor een samenvatting en PowerPoint presentatie zijn formats ontwikkeld, en er is een draaiboek gemaakt voor het organiseren van een webinar. Er zijn echter een aantal factoren waar rekening mee gehouden moet worden bij de interpretatie van de resultaten.

Beloop project

Het project heeft een langere looptijd gehad dan oorspronkelijk gepland. Dit kwam mede door de COVID-19 pandemie. Door de pandemie was enerzijds uitstel van de looptijd van het project noodzakelijk. Anderzijds bleek het organiseren van een webinar makkelijker dan verwacht: zo is er in 2021 een opname studio in het kantoor van de Federatie van Medisch Specialisten opgebouwd, speciaal voor de opname van webinars. Van deze studio is gebruik gemaakt tijdens het opnemen van de pilot-webinars. De ontwikkelde tools zijn qua format niet innovatief. Ze zijn echter wel relatief makkelijk en snel om te maken door richtlijnwerkgroepleden. Daarnaast kunnen de gebruikers de tools in korte tijd doornemen. Dit is waar de gebruikers om hebben gevraagd, zoals bevonden in de enquêtes ingevuld door artsen.

De meeste tools zijn ontwikkeld en beschikbaar gesteld enkele maanden nadat de richtlijnen waren geautoriseerd en gepubliceerd. Dit betekende dat de tools eigenlijk te laat kwamen om optimale kennisverspreiding via de tool te bewerkstelligen. Dit heeft er waarschijnlijk toe geleid dat minder mensen bereid waren om gebruik te maken van de tool, en deze te evalueren. De evaluaties van de samenvattingen en PowerPoint presentaties werden helaas ook weinig ingevuld, waardoor matig geëvalueerd kan worden hoe de tools kunnen worden verbeterd.

De formats zijn ontwikkeld voor richtlijnen die gebaseerd zijn op een medische aandoening. Er zijn echter ook richtlijnen die zich richten op een diagnostisch proces, een symptoom of de organisatie van zorg. Bij de ontwikkeling van een presentatie voor de organisatorische richtlijn Perioperatief Traject is bewust de keuze gemaakt om af te wijken van de voorgestelde format. De werkgroep onderkent dat de formats niet voor alle typen richtlijnen even geschikt zullen zijn. De formats dienen dan ook gezien te worden als hulpmiddel. Mocht een format niet bijdragend lijken voor de disseminatie, dan mag (en moet) hier van afgeweken worden.

Modulair Onderhoud

De tools die tijdens dit pilot project ontwikkeld zijn, zijn in elk geval geschikt voor gehele richtlijnen. Er is geen ervaring opgedaan met het maken van een disseminatietool voor een gedeeltelijke update van een richtlijn. In de ontwikkelde formats van de samenvatting en de PowerPoint presentatie wordt hier wel ruimte voor geboden. Daarnaast rijst de vraag hoe om te gaan met een bestaande disseminatietool, wanneer een deel van een richtlijn wordt herzien. Een samenvatting of PowerPoint presentatie zou dan kunnen worden aangepast. Een aandachtspunt hierbij is dat de verouderde PowerPoint presentatie of samenvatting dan niet meer beschikbaar wordt gesteld. Een additionele PowerPoint of samenvatting, welke zich alleen richt op de wijzigingen van de

richtlijn, is ook een optie. Een Webinar zou in het geval van een gedeeltelijke richtlijn update wel helemaal opnieuw gemaakt moeten worden.

Zichtbaarheid en vindbaarheid van de disseminatietools

De hyperlinks naar de tools zijn geplaatst op de richtlijndatabase, op de startpagina's van de betreffende richtlijnen en in de bijlagen van de richtlijn. Met het huidige format van de richtlijndatabase was dit de meest werkbare optie. In de praktijk betekent dit dat gebruikers na het aanklikken van de startpagina naar beneden moeten scrollen om de link in beeld te krijgen, en hier vervolgens op moeten klikken. Deze website-opbouw van de Richtlijndatabase is beperkend voor de zichtbaarheid van de disseminatietools. Idealiter zouden de disseminatietools beter vindbaar moeten zijn. Bijvoorbeeld door de tools bovenaan de startpagina van een richtlijn te benoemen, of hiervoor een apart tabblad, zoals voor een uitgangsvraag, in te bouwen.

Business case voor Tools voor Disseminatie van Richtlijnen

De business case bestaat uit twee onderdelen. Allereerst is er weergegeven wat de beoogde tijdsbesteding is van alle betrokken partijen voor de ontwikkeling van de disseminatietools. Dit is een inschatting waar vanaf geweken kan worden: bijvoorbeeld wanneer er een uitgebreidere PowerPoint presentatie voor meerdere disciplines wordt gemaakt, of wanneer er meer of minder mensen een webinar geven.

Daarnaast is er een inschatting van de daarbij horende kosten gemaakt. Hierbij worden de tarieven van 2023 gehanteerd voor de vacatiegelden en de adviesuren, zoals gehanteerd door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, voor ondersteuning.

Samenvatting

Taak	Wie	Tijdsbesteding	Inschatting kosten*
Maken samenvatting aan de hand van de format	Werkgroeplid richtlijn	5 uur	(a 140 euro per uur) 700 euro
Feedback geven op de samenvatting	Richtlijn werkgroepleden	0,5 uur	
Aanpassen samenvatting aan de hand van de feedback van de werkgroep	Werkgroeplid richtlijn	1 uur	(a 140 euro per uur) 140 euro
Procesbegeleiding (toelichten samenvattingsformat, uitsturen stukken naar richtlijn werkgroep en verzamelen en verwerken feedback)	Procesbegeleider	4 uur	(a 113 euro per uur) 452 euro
			Totaal: 1292 euro

**in dit rekenvoorbeeld worden de tarieven voor 2023 gehanteerd. Houd er rekening mee dat deze uurtarieven in de toekomst kunnen wijzigen*

PowerPoint presentatie

Taak	Wie	Tijdsbesteding	Inschatting kosten*
Maken PowerPoint presentatie aan de hand van de format	Werkgroeplid richtlijn	5 uur	(a 140 euro per uur) 700 euro
Feedback geven op de PowerPoint presentatie	Richtlijn werkgroepleden	0,5 uur	
Aanpassen PowerPoint presentatie aan de hand van de feedback van de werkgroep	Werkgroeplid richtlijn	1 uur	(a 140 euro per uur) 140 euro
Procesbegeleiding (toelichten format, uitsturen stukken naar richtlijn werkgroep en verzamelen en verwerken feedback)	Procesbegeleider	4 uur	(a 113 euro per uur) 452 euro
			Totaal: 1292 euro

**in dit rekenvoorbeeld worden de tarieven voor 2023 gehanteerd. Houd er rekening mee dat deze uurtarieven in de toekomst kunnen wijzigen*

Webinar

Bij dit voorbeeld wordt er vanuit gegaan dat drie werkgroepleden de webinar geven.

Taak	Wie	Tijdsbesteding	Inschatting kosten*
Maken PowerPoint dia's voor webinar	Richtlijn werkgroepleden	4 uur	(a 140 euro per uur) 560 euro
Afstemmen inhoud webinar	Richtlijn werkgroepleden en procesbegeleider	2 uur keer 3 werkgroepleden = 6 uur	(a 140 euro per uur) 840 euro
Geven webinar	Richtlijn werkgroepleden	2,5 uur keer 3 werkgroepleden = 7,5 uur	(a 140 euro per uur) 1050 euro
Verzorgen opnames webinar - klaarzetten studio - opzetten evaluaties webinar	Zoom coordinator	4 uur	
Procesbegeleiding - voorbereiding webinar en regelen accreditatie - begeleiden werkgroepleden bij afstemmen inhoud webinar - bijwonen en modereren webinar - evaluatie webinar	procesbegeleider	-4 uur -4 uur -3 uur -4 uur	(a 113 euro per uur) 1695 euro
			Totaal: 4145

**in dit rekenvoorbeeld worden de tarieven voor 2023 gehanteerd. Houd er rekening mee dat deze uurtarieven in de toekomst kunnen wijzigen*

Format Tool: Samenvatting

Versie 8-4-2021

Achtergrond

Deze template voor de samenvatting van een medisch-specialistische richtlijn heeft als doel een bijdrage te leveren aan een overzichtelijke presentatie van de meest belangrijke informatie uit de richtlijn aan richtlijngebruikers. Een samenvatting van een richtlijn is een hulpmiddel om de informatie uit richtlijnen verder te verspreiden en te ontsluiten (disseminatie).

Deze samenvattingstemplate is onderdeel van een disseminatie-toolbox voor richtlijnen.

Instructies bij het schrijven van een samenvatting

- Bij voorkeur is de lengte van de samenvatting 1-2 A4 lang (lettertype Calibri, puntgrootte 11).
- Blijf zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke richtlijntekst, zodat voorkomen wordt dat inhoudelijk de samenvatting op punten gaat afwijken van de oorspronkelijke richtlijntekst.
- In de definitieve versie van de samenvatting kunnen links worden toegevoegd naar de Richtlijndatabase, zodat de gebruiker voor uitgebreidere informatie kan doorklikken naar het relevante gedeelte van de richtlijn.
- Wat betreft lay-out, kan voor kopjes gekozen worden voor dikgedrukt (**bold**) en voor subkopjes voor onderstreping (underline).
- Een aantal van de kopjes in de samenvatting zijn optioneel.
- Het is aan te bevelen dat de samenvatting tegelijk met de richtlijnmodules wordt gepubliceerd of kort daarna. Dit zou betekenen dat gedurende de commentaar- en/of autorisatiefase reeds de samenvatting wordt opgesteld.
- Een goede vindbaarheid van de samenvatting op de Richtlijndatabase is belangrijk.
- Bij voorkeur wordt de samenvatting digitaal gepubliceerd met uitklapkopjes.

Op de volgende pagina start de samenvattingstemplate.

-De template is vooralsnog klinisch ingestoken. Daarmee is deze minder geschikt voor richtlijnonderwerpen die meer van ondersteunende aard zijn (klinisch fysisch, medische technologie) of meer de nadruk hebben op de organisatie van zorg.

-De template is nu ingestoken op niveau van een richtlijn. Als eenmaal een samenvatting is uitgewerkt van een richtlijn, kan bij een volgende herziening van de richtlijn de informatie van de herziene modules worden aangepast in de samenvatting.

Over de samenvatting

Dit is een samenvatting van de richtlijn:

Titel en jaartal van de richtlijn invoegen. Invoegen link naar Richtlijndatabase.

Afbakening van de richtlijn

Beoogde gebruikers van de richtlijn

Definities (*optioneel*)

In deze samenvatting worden de volgende definities gehanteerd:

De meest belangrijke definities waarvoor geldt dat eenduidig begrip ervan nodig is voor toepassing van de richtlijn (het gaat hier niet om afkortingen).

Wat is er nieuw in deze richtlijn?

Bij een herziening van een richtlijn: wat zijn de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige richtlijn?

Modules van de richtlijn die niet zijn herzien (*optioneel*)

Eerste handelingen (*optioneel*)

De eerste te ondernemen handelingen die voor de acute opvang noodzakelijk zijn, indien deze in de richtlijn worden besproken.

Epidemiologie

Denk aan:

- incidentie
- prevalentie
- spontaan beloop

voor zover behandeld in de richtlijn

Preventie (*optioneel*)

Preventieve interventies noemen indien die in de richtlijn worden besproken en relevant zijn voor de praktijkvoering.

Differentiaaldiagnose (*optioneel*)

Korte beschrijving van de differentiaaldiagnose indien besproken in de richtlijn.

Diagnostiek

Anamnese:

Belangrijke positieve en negatieve anamnestiche gegevens beschrijven.

Lichamelijk onderzoek:

belangrijke positieve en negatieve bevindingen van lichamelijk onderzoek beschrijven.

aanvullend onderzoek:

Eerstes keus aanvullend onderzoek, wat altijd gedaan moet worden, wat NIET gedaan moet worden en wat overwogen kan worden.

Gouden standaard, test karakteristieken (sensitiviteit, specificiteit, en andere diagnostische accuratesse maten).

Behandeling

Kernaanbevelingen en eerste keusbehandeling (niet opties zijn...)

Bewezen onzinnige interventies die in de praktijk worden gebruikt als dusdanig benoemen en ontraden.

Complicaties

Meest frequente en/of ernstige bijwerkingen van ziekte of behandeling, zoals besproken in de richtlijn.

Samen beslissen

Zoals besproken in de richtlijn.

Verwijzingen opnemen zoals naar thuisarts.nl en eventuele beschikbare keuzehulpen.

Vervolg en organisatie van zorg (optioneel)

Vervolg beleid:

- hoe en op welke termijn moet ingesteld beleid geëvalueerd worden.
- opname of verwijz criteria
- poliklinisch vervolg

Aanwijzingen over omgang met collega's en tweede lijn etc. aan bod.

Kwaliteitsnormen voor organisatie van zorg

Wie doet wat en wanneer.

Stroomdiagram (optioneel)

Link opnemen naar stroomdiagram, infographic of samenvattingskaart indien reeds ontwikkeld bij de richtlijn. Eventueel kan bij het ontbreken hiervan verwezen worden naar bijvoorbeeld een stroomdiagram in een internationale richtlijn van goede kwaliteit.

Format Tool: PowerPoint Presentatie

De PowerPoint presentatie Format is in een apart PowerPoint Bestand aangeleverd naast dit verlag.

Draaiboek: Webinar

Wanneer	Wat	Wie
12 weken vooraf aan publicatie richtlijn	-Spreek af met de richtlijn werkgroep welke mensen de webinar gaan geven -Stel een datum en tijd voor webinar vast. Houdt wat betreft tijdsduur voor de webinar 1 a 1,5 uur aan als vuistregel.	Richtlijn werkgroepleden en procesbegeleider
12 weken van tevoren	-Reserveer de opnamestudio van FMS in Domus Medica (zaal 11, verdieping 5)	Procesbegeleider neemt hiervoor contact op met Zoomcoördinator
10 weken van tevoren	-stel een programma vast voor de webinar, verdeel de taken per werkgroeplid	Richtlijn werkgroepleden en procesbegeleider
10 weken van tevoren	-neem contact op met betrokken wetenschappelijke verenigingen over de accreditatie aanvragen voor de webinar – wat is er per vereniging nodig? -Dient accreditatie via GAIA geregeld te worden of kan dit ook intern worden afgestemd met het bureau van de wetenschappelijke vereniging? -Dient er een eindtoets bij de webinar te worden opgesteld?	Procesbegeleider
8-10 weken van tevoren	-Stel een digitaal inschrijfformulier op voor deelnemers aan de webinar. -Maak een bericht voor aankondiging webinar in nieuwsbrief van wetenschappelijke verenigingen en deel deze met de wetenschappelijke verenigingen	Procesbegeleider en Zoomcoördinator
8 weken van tevoren	-vraag accreditatie aan of maak afspraken hierover met de bureaus van de wetenschappelijke verenigingen LET OP: voor accreditatie aanvraag in GAIA moet de aanvraag uiterlijk 6 weken van tevoren worden gedaan!	Procesbegeleider
3 weken van tevoren	-PowerPoint presentaties voor webinar maken	Richtlijn werkgroepleden
2 weken van tevoren	-overlegmoment met werkgroep en procesbegeleider: neem de beoogde presentaties met elkaar door, stem inhoudelijk punten waar nodig af	Richtlijn werkgroepleden en procesbegeleider
2 weken van tevoren	-overlegmoment met zoomcoördinator – spreek praktische punten door – waar en	Richtlijn werkgroepleden en

	wanneer moet iedereen aanwezig zijn etc	procesbegeleider en zoocoördinator
2 weken van tevoren	-evt regelen catering voor of na de webinar	procesbegeleider
2-3 dagen van tevoren	-laatste check met werkgroepleden – is iedereen klaar voor de webinar	Procesbegeleider neemt initiatief om werkgroepleden hierover te contacteren
Dag van de webinar	-wees minstens een uur van tevoren op de opnamelocatie -doe een proefopname minstens 15 minuten vooraf aan het filmen -film webinar	Richtlijn werkgroepleden en procesbegeleider en zoomcoördinator
Dag na de webinar	-maak een uitdraai van de resultaten van de evaluatievragenlijst en eventuele toetsen bij een webinar, en deel dit met werkgroepleden en procesbegeleider	Zoomcoördinator
Binnen twee weken na webinar	-evalueer de webinar met elkaar -bespreek de resultaten van de evaluatievragenlijst van de webinar	Richtlijn werkgroepleden en procesbegeleider
Binnen twee weken na webinar	-geef gegevens voor accreditatie door aan de wetenschappelijke verenigingen of in GAIA	Procesbegeleider

Bijlage 1: Enquête Wetenschappelijke Verenigingen

Looptijd enquête: 14-9-2020 t/m 15-10-2020

Ervaringen van WV'en met disseminatie		
Reacties van 23 WV'en		
1.	Binnen of voor welk medisch specialisme bent u werkzaam? (uw gegeven antwoorden worden anoniem verwerkt)	23/33 (70%) verenigingen hebben de enquête ingevuld.
2.	Welke activiteiten onderneemt uw vereniging ten aanzien van de verspreiding van nieuwe richtlijnen? (meerdere antwoorden mogelijk)	
	niet van toepassing	0/23 (0%)
	de richtlijn wordt gepubliceerd op de website van de vereniging	20/23 (87.0%)
	de richtlijn wordt gepubliceerd op de Richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten (richtlijndatabase.nl)	23/23 (100%)
	de richtlijn, of een artikel hierover, wordt gepubliceerd in het tijdschrift van de vereniging	8/23 (34.8%)
	de leden worden geïnformeerd via de nieuwsbrief van de vereniging	21/23 (91.3%)
	de richtlijn wordt gepresenteerd op een symposium/congres van de vereniging	14/23 (60.9%)
	er wordt een samenvatting gemaakt van de richtlijn	3/23 (13.0%)
	er wordt een e-learning ontwikkeld	0/23 (0%)
	anders, namelijk	<p><u>*Radiotherapie en Oncologie (NVRO):</u> Nieuwsbrief: gebeurt niet standaard dat nieuwe/herziene richtlijnen in de nieuwsbrief komen. Soms wordt het desbetreffende tumorspecifieke platforms alleen geïnformeerd (bijvoorbeeld richtlijn mammacarcinoom wordt ter info naar het platform mammacarcinoom gestuurd).</p> <p><u>*Obstetrie en Gynaecologie (NVOG):</u></p>

	<p>Soms wordt er een artikel in tijdschrift gepubliceerd en gepresenteerd op een symposium/congres. E.e.a. afhankelijk van werkgroep/onderwerp. Voor gynaecologische oncologie richtlijnen wordt er soms een beslisboom ontwikkeld. Intentie is om ook e-learnings te ontwikkelen. Verder wordt er soms een keuzehulp, consultkaart ontwikkeld. En de richtlijnen zijn nu ook voorzien van Thuisart patienteninformatie.</p> <p><u>*Longziekten en Tuberculose (NVALT)</u> De richtlijn wordt geagendeerd ter bespreking in onze thema-specifieke werkgroepen binnen de vereniging (secties). In deze secties zijn alle longartsen aangesloten die interesse hebben voor een bepaald longgeneeskundig ziektebeeld zoals astma, COPD, interstitiële longziekten of longkanker.</p> <p><u>*Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde:</u> - richtlijnen die door onze vereniging worden opgesteld worden geautoriseerd tijdens de algemene ledenvergadering - soms wordt een nascholing georganiseerd om implementatie van de richtlijn te bevorderen</p> <p><u>*Psychiatrie (NVvP)</u> -Er wordt gewerkt aan de ontwikkeling van medical audits van de nieuwe richtlijnen, zodat in voorbereiding van een visitatie de praktijk kan checken of er wordt gewerkt volgens de richtlijnen</p> <p><u>*Kindergeneeskunde (NVK):</u> Elke geautoriseerde richtlijn komt op de website inclusief een samenvatting, de Richtlijndatabase en in de nieuwsbrief. Een selectie daarvan wordt gepresenteerd op het congres en een nog beperktere selectie wordt belicht in het verenigingstijdschrift of het vakblad.</p> <p><u>*Interne Geneeskunde (NIV):</u> -publicatie in een tijdschrift vindt soms wel en soms niet plaats; hangt af van het onderwerp -Kennisspel</p> <p><u>*Sportgeneeskunde (VSG)</u> Informatie uit de richtlijn wordt gebruikt</p>
--	---

		<p>voor Sportzorg.nl</p> <p><u>*Orthopedie (NOV):</u> We gaan starten met het houden van een webinar wanneer een nieuwe richtlijn (waarvan de WV initiatiefnemer is) wordt gepubliceerd</p> <p><u>*Cardiologie (NVVC):</u> Europese richtlijnen worden gepubliceerd op de website van de Europese organisatie.</p> <p><u>*Revalidatiegeneeskunde (VRA):</u> Alle richtlijnen worden in ieder geval op de eigen website gepubliceerd en in de richtlijndatabase en de leden worden hierover geïnformeerd via de nieuwsbrief. We proberen er een artikel/samenvatting van te krijgen voor ons wetenschappelijk tijdschrift, maar dat lukt niet altijd. En soms wordt een richtlijn in een workshop gepresenteerd tijdens ons congres, maar ook niet altijd.</p>
3.	Is er een algemeen beleid voor de disseminatie van richtlijnen aanwezig/standaardwijze voor het verspreiden van richtlijnen binnen uw vereniging?	
	Ja	Ja: 18/23 (78.3%)
	Nee	Nee: 4/23 (17.4%)
	Niet ingevuld	Niet ingevuld: 1/23 (4.3%)
	Licht uw antwoord toe	<p><u>*Nucleaire Geneeskunde (NVNG):</u> Weet ik niet.</p> <p><u>*Reumatologie (NVR):</u> Verspreiding via nieuwsbrief, website, en RL database</p> <p><u>*Obstetrie en Gynaecologie (NVOG):</u> Opname NVOG-site, met link naar landelijke richtlijndatabase. Standaard via Massmail aan alle leden en opname in de NVOG-nieuwsbrief, nieuwsbericht via FMS t.b.v. plaatsing landelijke richtlijndatabase.</p> <p><u>*Longziekten en Tuberculose (NVALT):</u> Het staat niet formeel op papier, maar dit is de werkwijze die we altijd toepassen.</p> <p><u>*Keel-, Neus- en Oorheelkunde:</u> Zelfde als hierboven aangevinkt: publicatie op website en richtlijndatabase, in nieuwsbrief en presentatie op ledenvergadering.</p> <p><u>*Klinische Chemie en</u></p>

	<p><u>Laboratoriumgeneeskunde:</u> Geen algemeen beleid, wel uitvoering aangekruiste activiteiten van vraag 2</p> <p><u>*Kindergeneeskunde (NVK):</u> Standaard verspreiding via nieuwsbrief waarin wordt gelinkt naar de plaats op de website en de Richtlijndatabase.</p> <p><u>*Heelkunde (NVvH):</u> Antwoorden bij vraag 2 worden doorgevoerd (dus : richtlijndatabase, nieuwsbrief, artikel tijdschrift, wanneer mogelijk een symposium tijdens ons jaarlijkse congres)</p> <p><u>*Interne Geneeskunde (NIV):</u> Via een nieuwsbrief wordt men geattendeerd op de nieuwe richtlijn en de link naar de RLDB wordt geplaatst op onze site</p> <p><u>*Sportgeneeskunde (VSG):</u> De eerste richtlijn 2.0 zal zeer binnenkort verschijnen op de richtlijndatabase. Doordat het een jong medisch specialisme is, is hier nog niet veel ervaring mee opgedaan, alleen met "eigen" richtlijnen die vaak monodisciplinair ontwikkeld zijn.</p> <p><u>*Orthopedie (NOV):</u> publicatie op de richtlijndatabase. Hier wordt vanaf de eigen website naartoe gelinkt. Daarnaast een bericht in de nieuwsbrief aan alle leden.</p> <p><u>*Klinische Geriatrie (NVKG):</u> Er zijn enkele standaard afspraken zoals verspreiding via ledenmail, publicatie op de website en eventueel een presentatie tijdens de ALV, maar dat zijn slechts beperkte disseminatieacties. Er is geen breder veelomvattend disseminatieplan.</p> <p><u>*Klinische Fysica (NVKF):</u> De acties zoals bij antwoord 2 aangevinkt zijn de stappen die we ondernemen voor disseminatie. Het is de bedoeling dat een richtlijn gepresenteerd wordt door het werkgroepid tijdens de zogenaamde kringdagen, de NVKF is ingedeeld in subspecialismen die regelmatig bij elkaar komen voor nascholing. Hier presenteer je dan de richtlijn.</p> <p><u>*Neurochirurgie (NVvN):</u> Website & rondsturen naar de leden</p>
--	--

		<p><u>*Cardiologie (NVVC):</u> Ja, maar de standaardwijze is beperkt. Dat is: publicatie op onze website en communicatie via de nieuwsbrief. Het is niet de standaard om alle richtlijnen onder de aandacht te brengen bij symposium/ congres. Of hierover nascholingen op te zetten. Of bijvoorbeeld keuzehulpen te ontwikkelen. De Europese richtlijnen hebben een hele uitgebreide standaardwijze (congres, publicatie, app's, website, vast tijdstip van lancering, slides, opname in scholing)</p> <p><u>*Dermatologie en Venereologie (NVDV)</u> Website, RLDB, samenvatting in tijdschrift, presentatie. Daarnaast is er altijd om de zoveel tijd een fysiek samenvattingenboekje aan de leden verstuurd (laatste versies 2012, 2015, 2018)</p> <p><u>*Revalidatiegeneeskunde (VRA)</u> Zie opmerking bij vraag 2.</p> <p><u>*Urologie (NVU)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nieuwe richtlijnen worden op de NVU-site geplaatst. - Leden worden geïnformeerd via de nieuwsbrief. - Nieuwe NVU-richtlijnen worden gepresenteerd op het NVU congres. - Tijdens het Voorjaarscongres wordt 1 nieuwe of herziene richtlijn onder de aandacht gebracht via de richtlijnkennisquiz. Alle aanwezigen doen aan deze quiz mee. - Af en toe wordt er een e-learning ontwikkeld (maar kost veel geld en tijd)
4.	Wie initieert binnen de vereniging de ontwikkeling van disseminatietools (wie is hiervoor verantwoordelijk)? (meerdere antwoorden mogelijk)	
	niet van toepassing	8/23 (34.8%)
	de voorzitter van de richtlijnwerkgroep	11/23 (47.8%)
	de andere richtlijnwerkgroepleden	4/23 (17.4%)
	de beleidsmedewerker van de vereniging	12/23 (52.2%)
	iemand anders, namelijk	11/23 (47.8%)
		<p><u>*Nucleaire Geneeskunde (NVNG)</u> Nog niet voorgekomen maar in onze</p>

	<p>vereniging zou dit waarschijnlijk bij de beleidsmedewerker worden belegd.</p> <p>*<u>Radiotherapie en Oncologie (NVRO)</u> Het gebeurd niet standaard en er is dus geen verenigingsbeleid. Het zal misschien wel gebeuren dat een voorzitter binnen het tumorspecifieke platform een voordracht doet o.i.d.</p> <p>*<u>Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)</u> de standaard opname websites, massmail, nieuwsbericht verloopt via beleidsmedewerker vereniging. Andere tools in overleg medewerker en werkgroep/voorzitter. Plaatsing artikel, presentatie symposia etc. is vaak initiatief van voorzitter/werkgroep lid.</p> <p>*<u>Longziekten en Tuberculose (NVALT)</u> de voorzitter van de sectie</p> <p>*<u>Psychiatrie (NVvP)</u> Soms wordt er een inventarisatie gedaan onder de leden middels een mailing</p> <p>*<u>Kindergeneeskunde (NVK)</u> leden van de Cie Richtlijnen</p> <p>*<u>Interne Geneeskunde (NIV)</u> in overleg met de projectondersteuner en de voorzitter (als het gaat om een richtlijn waarbij wij het initiatief hebben genomen)</p> <p>*<u>Klinische Fysica (NVKF)</u> Als bij deze vraag wordt bedoeld met 'disseminatietool' een letterlijke tool wordt bedoeld (zoals een presentatie tijdens een nascholing), dan klopt het dat dit door het werkgroep lid/voorzitter wordt gedaan. Als disseminatietools ook het publiceren van de richtlijn op de website, nieuwsbrief etc. dan wordt dit gedaan door de commissie Kwaliteit en het bureau NVKF.</p> <p>*<u>Cardiologie (NVVC)</u> Hier is nog geen procedure voor ingericht. Dit is vaak ad hoc, en afhankelijk van enthousiastelingen.</p> <p>*<u>Dermatologie en Venereologie (NVDV)</u> de arts-onderzoekers die de RL werkgroep begeleiden verzorgen de disseminatietools in samenspraak met de voorzitter en eventueel andere richtlijnwerkgroep leden indien betrokken hierbij. De voorzitter verzorgt de presentatie op een congres. De</p>
--	---

		<p>beleidsmedewerker is overkoepelend eindverantwoordelijk (is alles gedaan wat gedaan moet worden).</p> <p><u>*Revalidatiegeneeskunde (VRA)</u></p> <p>Die verantwoordelijkheid is eigenlijk niet (goed) belegd binnen onze vereniging.</p>
5.	<p>Heeft uw wetenschappelijke vereniging ervaring met het maken van disseminatietools voor richtlijnen, na autorisatie van de richtlijn?</p>	
	Ja	8/23 (34.8%)
	Nee	15/23 (65.2%)
6.	<p>Welke disseminatietools zijn er tot op heden gemaakt door uw vereniging?</p>	<p><u>*Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)</u> Hier komt steeds meer aandacht voor. Het SKMS project disseminatietools is vanuit de NVOG aangevraagd. Beslisbomen bij sommige richtlijnen, maar dat verloopt via IKNL. Flowcharts (bij sommige richtlijnen). Consultkaarten bij sommige richtlijnen (is wellicht niet direct een disseminatietool, maar helpt wel bij implementatie richtlijn). De NVOG doet mee aan de SKMS aanvraag Kennisspel. Tevens vindt er jaarlijks een voortgangstoets plaats onder de aios en gynaecologen waarbij vragen worden gesteld over richtlijnen.</p> <p><u>*Keel-, Neus- en Oorheeskunde</u> richtlijntoets (E-learning) WiKiNO website</p> <p><u>*Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde</u> nascholing</p> <p><u>*Kindergeneeskunde (NVK)</u> een standaard format voor een samenvatting. Er is een projectaanvraag ingediend voor een Richtlijnen Kennisspel (Redgrasp)</p> <p><u>*Interne Geneeskunde (NIV)</u> PPT - vragen voor Kennisspel – artikelen</p> <p><u>*Orthopedie (NOV)</u> in het verleden zijn er e-learnings ontwikkeld</p> <p><u>*Dermatologie en Venereologie (NVDV)</u> samenvatting richtlijnenboekje, beslisbomen</p> <p><u>*Urologie (NVU)</u> E-learning voor een aantal richtlijnen Richtlijnkennisquiz NVU doet mee aan het SKMS-project Kennisspel Richtlijnen. Dit project is kort geleden gestart.</p>

		<p><u>*Sportgeneeskunde (VSG)</u> Nog geen eerdere ervaring met richtlijnen 2.0 ontwikkelen, maar staan hier wel voor open.</p>
7.	<p>Wat zijn belemmeringen geweest om niet in te zetten op disseminatie van richtlijnen?</p>	<p><u>*Nucleaire Geneeskunde (NVNG)</u> Ik werk te kort voor deze vereniging om hier antwoord op te geven</p> <p><u>*Radiotherapie en Oncologie (NVRO):</u> Het is niet eerder echt geprobeerd naar mijn weten. Een mogelijk struikelblok binnen deze WV zou kunnen zijn dat elk platform het zelf (op een andere manier) oppakt.</p> <p><u>*Radiologie (NVvR)</u> Onduidelijk hoe je de leden goed bereikt</p> <p><u>*Longziekten en Tuberculose (NVALT)</u> Beperkte tijd om beleid te veranderen en andere prioriteiten</p> <p><u>*Psychiatrie (NVvP)</u> Er wordt nog nagedacht over een app. Ook in afwachting van de app via Kennisinstituut – richtlijndatabae</p> <p><u>*Heelkunde (NVvH)</u> Als commissie hebben we dit nog niet nodig gevonden, wel eens over gesproken, maar nog geen urgentie gegeven.</p> <p><u>*Klinische Geriatrie (NVKG)</u> Beperkte mankracht. Commissie Richtlijnen heeft al veel andere taken waar men nauwelijks aan toekomt.</p> <p><u>*Klinische Fysica (NVKF)</u> ? Wij dissemineren de richtlijn zoals aangegeven bij punt 2, hierin hebben we geen belemmeringen ervaren. Het is wel een agendapunt van de Commissie Kwaliteit om de implementatie van richtlijnen (en daarmee dus ook disseminatie) te verbeteren. Veelal stopt de implementatie na de disseminatie.</p> <p><u>*Neurochirurgie (NVvN)</u> naar mijn idee heeft dit nooit zo geleefd, de richtlijn die wordt ontwikkeld door de werkgroep werd verspreid maar hier worden geen extra flowcharts oid voor gemaakt. Het geeft wel goede ideeën om in de toekomst op te pakken</p> <p><u>*Cardiologie (NVVC)</u> Het is formeel niet gepositioneerd binnen</p>

		<p>hoe wetenschappelijke verenigingen momenteel zijn ingericht. Daarnaast kost implementatie tijd en deskundigheid (Kijkt bijv naar NHG, waar de afdeling Implementatie even groot/groter is dan de afdeling Richtlijnen).</p> <p><u>*Revalidatiegeneeskunde (VRA)</u> Kleine vereniging, prioriteiten stellen, we kunnen niet alles</p> <p><u>*Neurologie (NVN)</u> Wij verspreiden wel nieuws over nieuwe richtlijnen.</p>
<p>8.</p>	<p>Zijn er nog punten die niet in de enquête aan de orde zijn geweest die u wilt noemen?</p>	<p><u>*Longziekten en Tuberculose (NVALT)</u> Er is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar richtlijndisseminatie. Wordt hier in dit onderzoek gebruik van gemaakt?</p> <p><u>*Kindergeneeskunde (NVK)</u> ik begreep niet goed of het deel over vragen over disseminatietools van de vereniging over de ontwikkeling ervan ging of over het huidige gebruik</p> <p><u>*Heelkunde (NVvH)</u> Nvt</p> <p><u>*Sportgeneeskunde (VSG)</u> Misschien meer aandacht voor disseminatietools bij aanvraag van een richtlijn-subsidie.</p> <p><u>*Klinische Geriatrie (NVKG)</u> Disseminatie wordt wel als heel belangrijk gezien. Een toolkit/handvatten zou erg waardevol zijn voor de commissie Richtlijnen van de WV</p> <p><u>*Klinische Fysica (NVKF)</u> Wij hebben nu bij een nieuwe SKMS aanvraag een budget opgenomen voor het ontwikkelen van een filmpje dat tbv de implementatie wordt ontwikkeld. Ik weet niet of dit goed gekeurd gaat worden door SKMS, maar het doel is dat dit filmpje de klinisch fysicus en andere medisch specialisten gaat helpen om de richtlijn te gebruiken.</p> <p><u>*Neurochirurgie (NVvN)</u> de enquête brengt ook al bewustzijn mee, heel goed. dit kan binnen onze WV zeker verbeterd worden.</p> <p><u>*Cardiologie (NVVC)</u> De komende jaren zien wij implementatie</p>

		<p>van richtlijnen als een speerpunt. Vindbaarheid van richtlijnen kan een obstakel zijn voor disseminatie. Bij onze leden wordt de richtlijndatabase niet of nauwelijks gebruikt of gevonden.</p> <p>*<u>Neurologie (NVN)</u></p> <p>nvt</p>
--	--	---

Ervaringen van WV'en met de ontwikkeling van disseminatietools		
Reacties van 8 WV'en		
Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)		
Beslisbomen voor gynaecologische oncologie richtlijnen		
Bij hoeveel richtlijnen is dit type tool ingezet?	2-3 richtlijnen	
De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	IKNL, NVOG	
De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	vraag staat uit	
De benodigde financiering was.....euro	vraag staat uit	
Belemmerende factoren waren:	vraag staat uit	
Bevorderende factoren waren:	vraag staat uit	
Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	vraag staat uit	
Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	<i>Niet ingevuld</i>	
Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type disseminatietool? (5-punts likertschaal)	<i>Niet ingevuld</i>	
Heeft u gegevens over hoeveel mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	<i>Niet ingevuld</i>	
Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)		
Flowcharts		
Bij hoeveel richtlijnen is dit type tool ingezet?	meer dan 3 richtlijnen	
De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	betrokken partijen bij de richtlijnontwikkeling	
De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	Afhankelijk van onderwerp	
De benodigde financiering was.....euro	onbekend, mee in begroting richtlijn. Enkele duizenden euro's ?	
Belemmerende factoren waren:	Goede juiste weergave, geen stappen vergeten, actueel houden.	
Bevorderende factoren waren:	Overzichtelijk in beeld wat de te nemen stappen	

		zijn voor een ieder.	
	Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	<i>Niet ingevuld</i>	
	Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	via publicatie richtlijn.	
	Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type disseminatietool? (5-punts likertschaal)	Positief	
	Heeft u gegevens over hoeveel mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	Nee	
Keel-, Neus- en Oorheekunde			
richtlijntoets			
	Bij hoeveel richtlijnen is dit type tool ingezet?	2-3 richtlijnen	
	De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	KNO artsen, ICT bedrijf	
	De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	<i>Niet ingevuld</i>	
	De benodigde financiering was.....euro	30	
	Belemmerende factoren waren:	Eisen tav accreditatiepunten werden verscherpt na de oplevering van de richtlijntoetsen waardoor ze niet meer voldeden voor accreditatie. Hierdoor werden de toetsen helaas nauwelijks gemaakt. Aanpassing van de toetsen was te tijdsintensief en kostbaar.	
	Bevorderende factoren waren:	Ze waren relatief makkelijk te maken na de oplevering van een nieuwe of herziene richtlijn door de zittende werkgroep	
	Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	<i>Niet ingevuld</i>	
	Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	via nieuwsberichten, email alerts en website	
	Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type disseminatietool? (5-punts likertschaal)	Zeer positief Licht uw antwoord toe: totdat ze er geen accreditatiepunt meer voor kregen	
	Heeft u gegevens over hoeveel mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	Ja Licht uw antwoord toe: waarschijnlijk wel maar het is al een aantal jaren geleden dus weet niet	

		zeker of dit nog terug te vinden is	
Keel-, Neus- en Oorheelkunde WiKiNO Een database met alle evidence based KNO-kennis in PICO format, waaronder de richtlijnen. Deze database was de voorloper van de Richtlijndatabase en is daar uiteindelijk door vervangen.			
	Bij hoeveel richtlijnen is dit type tool ingezet?	Meer dan 3 richtlijnen	
	De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	KNO-artsen, ICT bedrijf, Kennisinstituut	
	De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	Hiervoor heeft 2 keer een groot SKMS project gelopen van elk 2 jaar	
	De benodigde financiering was.....euro	Totaal van beide projecten ongeveer 460.000	
	Belemmerende factoren waren:	Het was de bedoeling dat er, naast de richtlijnmodules, door de KNO-artsen zelf nieuwe pico's werden aangeleverd om zo de database dynamisch te houden, dit gebeurde echter slechts beperkt.	
	Bevorderende factoren waren:	Alle KNO-richtlijnen stonden bij elkaar in modules in 1 database, overzichtelijk en goed vindbaar. Dit was de voorloper van de Richtlijndatabase	
	Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	<i>Niet ingevuld</i>	
	Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	Via website, nieuwsbrief, email alerts, sessies door het hele land georganiseerd, op bezoek bij klinieken	
	Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type disseminatietool? (5-punts likertschaal)	Zeer positief Licht uw antwoord toe: men was zeer positief maar toch werd het te weinig gebruikt	
	Heeft u gegevens over hoeveel mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	Ja Licht uw antwoord toe: er zijn wel statistieken van maar ook dit project is alweer een tijd geleden	
Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde Nascholing			
	Bij hoeveel richtlijnen is dit type tool ingezet?	1 richtlijn	
	De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	de werkgroepleden	
	De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	niet meer precies aan te geven... is al de nodige jaren geleden	

De benodigde financiering was.....euro	indien nodig kan ik hier mondeling een toelichting op geven	
Belemmerende factoren waren:	Geen	
Bevorderende factoren waren:	<i>Niet ingevuld</i>	
Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	<i>Niet ingevuld</i>	
Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	via mailing	
Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type disseminatietool? (5-punts likertschaal)	Zeer positief Licht uw antwoord toe: de richtlijn werd nogmaals onder de aandacht gebracht bij de NVKC leden die deelnamen aan de scholing. bovendien werden accreditatiepunten toegekend voor deelname aan de scholing.	
Heeft u gegevens over hoeveel mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	Ja Licht uw antwoord toe: ik zou moeten nazoeken hoeveel mensen destijds hebben deelgenomen aan de scholing	
Kindergeneeskunde (NVK)		
Nieuwsmail		
Bij hoeveel richtlijnen is dit type tool ingezet?	Meer dan 3 richtlijnen	
De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	bureau	
De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	schrijven van begeleidende tekst als nieuwsbericht incl. juiste links	
De benodigde financiering was.....euro	geen separate financiering voor	
Belemmerende factoren waren:	frequentie van verschijnen en plek in de veelal volle nieuwsmails aan leden	
Bevorderende factoren waren:	relatief makkelijke en snelle manier van verspreiding. Dergelijke mails worden goed gelezen (veel kliks/hits)	
Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	Nee	
Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	het is een nieuwsmail per email	
Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type disseminatietool? (5-punts likertschaal)	Positief Licht uw antwoord toe: berichten van verschenen richtlijnen worden beter bekeken en geopend dan andere soorten berichten	
Heeft u gegevens over hoeveel	Nee	

	mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	Licht uw antwoord toe: niet bij de hand, kan uitgezocht worden	
Kindergeneeskunde (NVK)			
Samenvattingsformat			
	Bij hoeveel richtlijnen is dit type tool ingezet?	Meer dan 3 richtlijnen	
	De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	richtlijnwerkgroepleden, bureau, leden Commissie Richtlijnen en andere wv-en tbv goedkeuring samenvatting	
	De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	gaat veel tijd in zitten vanwege over en weer beoordelen van de samenvatting	
	De benodigde financiering was.....euro	een deel van alle samenvattingen is gefinancierd vanuit SKMS gelden een ander deel staat geen financiering tegenover.	
	Belemmerende factoren waren:	toestemming krijgen van andere wv-en om van hun richtlijn een kindergeneeskundige samenvatting te schrijven voor kinderartsen. mankracht zoeken/vinden, beoordeling en goedkeuring kost ook veel tijd. Plaatsing op de website is wel inmiddels gebruiksvriendelijker	
	Bevorderende factoren waren:	wordt gewaardeerd door de kinderartsen. Het scheelt enorm veel tijd om de belangrijkste punten te kunnen lezen in een samenvatting versus een richtlijn-pdf van 300 pagina's	
	Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	Nee	
	Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	richtlijnen worden op de wijze van het samenvattingsformat weergegeven op de website. Het is anders dan de format van de Richtlijnen-database (in modules), waar het verband soms kwijt is	
	Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type disseminatietool? (5-punts likertschaal)	Positief Licht uw antwoord toe: er wordt door aios-en veelvuldig gebruikt op de werkvloer en wordt door kinderartsen veelal als prettig en leesbaar ervaren als men een richtlijn op zoekt op de website	
	Heeft u gegevens over hoeveel mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	Nee Licht uw antwoord toe: kan wellicht opgezocht worden in de gebruikersaantallen website	
Interne Geneeskunde (NIV)			
PowerPoint presentatie (PPT)			
	Bij hoeveel richtlijnen is dit type tool ingezet?	Meer dan 3 richtlijnen	
	De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	wergroepleden van de richtlijn	

De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	geen idee (buiten mij om gebeurd)	
De benodigde financiering was.....euro	is niet gefinancierd	
Belemmerende factoren waren:	tijd en ruimte om te mogen presenteren	
Bevorderende factoren waren:	congres van desbetreffend subspecialisme	
Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	<i>Niet ingevuld</i>	
Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	uitnodiging congres / bijeenkomst	
Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type disseminatietool? (5-punts likertschaal)	Geen informatie beschikbaar	
Heeft u gegevens over hoeveel mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	Nee Licht uw antwoord toe: Ik heb geen zicht op hoeveel werkgroepleden daadwerkelijk "hun" richtlijn onder hun collega's verspreiden.	
Interne Geneeskunde (NIV)		
Kennispel		
Spel met vragen die via de mail aan leden gesteld worden waarbij het onderwerp een module uit een recent geupdatet richtlijn is)		
Bij hoeveel richtlijnen is dit type tool ingezet?	Meer dan 3 richtlijnen	
De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	Redgrasp (ontwikkelaar spel) en werkgroepleden richtlijn	
De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	per vraag 6 uur	
De benodigde financiering was.....euro	is nog een punt van discussie (we hopen dit te integreren in het ontwikkelen van de richtlijn)	
Belemmerende factoren waren:	tijdsinvestering werkgroepleden - technische mogelijkheden	
Bevorderende factoren waren:	zeer grote respons - leden vinden de uitdaging mooi	
Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	<i>Niet ingevuld</i>	
Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	meerdere nieuwsbrieven en elke week 3 vragen	
Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type	Zeer positief	

disseminatietool? (5-punts likertschaal)		
Heeft u gegevens over hoeveel mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	Ja Licht uw antwoord toe: Er was een respons van rond de 70%	
Orthopedie (NOV) e-learning		
Bij hoeveel richtlijnen is dit type tool ingezet?	2-3 richtlijnen	
De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	niet bekend	
De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	niet bekend	
De benodigde financiering was.....euro	niet exact bekend ergens tussen de 3000-5000€	
Belemmerende factoren waren:	laag aantal deelnemers e-learning hoge ontwikkelkosten	
Bevorderende factoren waren:	toegankelijkheid accreditatiepunten toegekend aan e-learning	
Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	<i>Niet ingevuld</i>	
Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	via communicatiekanalen van de WV	
Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type disseminatietool? (5-punts likertschaal)	Neutraal Licht uw antwoord toe: zeer laag aantal deelnemers. Weinig animo voor gebruik	
Heeft u gegevens over hoeveel mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	Nee Licht uw antwoord toe: niet exact bekend; maximaal 20	
Orthopedie (NOV) presentatie in ALV		
Bij hoeveel richtlijnen is dit type tool ingezet?	Meer dan 3 richtlijnen	
De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	WV, voorzitter richtlijnwerkgroep, beleidsmedewerker	
De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	onbekend (geschat: 6 uur)	
De benodigde financiering was.....euro	vacatievergoeding	
Belemmerende factoren waren:	bepaalde tijd tijdens ALV publiek komt voor ALV en niet specifiek voor richtlijn	

Bevorderende factoren waren:	publiek komt voor ALV en niet specifiek voor richtlijn vrij breed publiek ineens bereiken	
Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	actualiteit/publicatie loopt vaak niet gelijk met timing ALV	
Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	aankondiging ALV + agenda	
Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type disseminatietool? (5-punts likertschaal)	Neutraal	
Heeft u gegevens over hoeveel mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	Nee Licht uw antwoord toe: Aantal aanwezigen tijdens ALV varieert. Maximaal paar honderd leden	
Dermatologie en Venereologie (NVDV)		
samenvattingboekje		
Bij hoeveel richtlijnen is dit type tool ingezet?	Meer dan 3 richtlijnen	
De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	NVDV	
De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	veel tijd van onze arts-onderzoekers. durf hier geen tijdsindicatie over te geven	
De benodigde financiering was.....euro	kan ik niet zo terugvinden drukkosten/verspreidingskosten (pocketformaat) kosten werkzaamheden arts-onderzoekers	
Belemmerende factoren waren:	blijft fysiek en verouderd snel bij updaten	
Bevorderende factoren waren:	alle richtlijnen worden weer onder de aandacht gebracht	
Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	<i>Niet ingevuld</i>	
Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	opgestuurd	
Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type disseminatietool? (5-punts likertschaal)	Geen informatie hierover beschikbaar	
Heeft u gegevens over hoeveel mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	Nee	
Dermatologie en Venereologie (NVDV)		
Stroomschema		
Bij hoeveel richtlijnen is dit	1 richtlijn	

type tool ingezet?		
De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	intern	
De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	betrokken arts-onderzoekers heeft dit in elkaar gezet	
De benodigde financiering was.....euro	niet bekend	
Belemmerende factoren waren:	persoon is weg.	
Bevorderende factoren waren:	de persoon was betrokken bij richtlijnontwikkeling en daardoor goed ingelezen waardoor ze dit kon opstellen.	
Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	<i>Niet ingevuld</i>	
Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	onderdeel van de richtlijn	
Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type disseminatietool? (5-punts likertschaal)	Positief	
Heeft u gegevens over hoeveel mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	Nee Licht uw antwoord toe: het stroomschema is te vinden op de RLDB: (bijlage: stroomschema) https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/idiopathische_axillaire_hyperhidrosis/botulinetoxine_a_bij_de_behandeling_van_idiopathische_axillaire_hyperhidrosis.html	
Urologie (NVU)		
E-learning		
Bij hoeveel richtlijnen is dit type tool ingezet?	Meer dan 3 richtlijnen	
De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	Externe partij voor ontwikkeling en ontsluiting e-learning Voorzitter richtlijn	
De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	Exacte tijdsinvestering niet bekend, maar kost veel tijd.	
De benodigde financiering was.....euro	EU 12.000 per e-learning	
Belemmerende factoren waren:	Budget. E-learning moet eigenlijk bij iedere modulaire herziening worden aangepast. Dit is nu niet het geval (weer extra budget/tijd). Witte vlek in ons kwaliteitsbeleid. E-learning wordt niet door veel leden gemaakt. Opbrengst is dus onduidelijk.	

Bevorderende factoren waren:	Accreditatiepunt per e-learning. Richtlijnen zijn lange taaie documenten; het is goed om de belangrijkste punten te vangen in een e-learning.
Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	<i>Niet ingevuld</i>
Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	Staat op de NVU-site
Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type disseminatietool? (5-punts likertschaal)	Geen informatie beschikbaar
Heeft u gegevens over hoeveel mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	Ja Licht uw antwoord toe: Nu niet voor handen, maar is op te vragen.
Urologie (NVU)	
Richtlijnkennisquiz	
Bij hoeveel richtlijnen is dit type tool ingezet?	Meer dan 3 richtlijnen
De betrokken partijen bij de daadwerkelijke ontwikkeling waren:	Geen.
De benodigde menskracht/tijdsinvestering was:	10-20 uur / 2 personen uit richtlijn-werkgroep
De benodigde financiering was.....euro	0
Belemmerende factoren waren:	De vraag is of deze quiz daadwerkelijk bijdraagt aan de kennis van de richtlijn.
Bevorderende factoren waren:	Het is een leuke, informele manier om de richtlijn te bespreken. Winnaar van de quiz krijgt een beker uitgereikt.
Nog andere ervaringen bij de ontwikkeling, namelijk...	<i>Niet ingevuld</i>
Hoe is de disseminatietool onder de aandacht gebracht onder de leden?	Presentatie op voorjaarsvergadering
Wat waren de ervaringen van de gebruikers (medisch specialisten) van dit type disseminatietool? (5-punts likertschaal)	Positief
Heeft u gegevens over hoeveel mensen deze disseminatietool hebben gebruikt?	Ja Licht uw antwoord toe: Aanwezig tijdens Voorjaarsvergadering (200-250 leden)

Bijlage 2: Enquete Medisch Specialisten

Looptijd enquête: 14-9-2020 t/m 25-10-2020

Aantal respondenten: n=222

1.	Binnen welk medisch specialisme bent u werkzaam?	
	Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	98/217 (45.2%)
	Interne geneeskunde (NIV)	15/217 (6.9%)
	Nucleaire geneeskunde (NVNG)	13/217 (6.0%)
	Klinische Fysica (NVKF)	11/217 (5.1%)
	Cardiologie (NVVC)	10/217 (4.6%)
	Andere vereniging (<10 respondenten per WV)	70/217 (32.3%)
2.	Welke bronnen gebruikt u om op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen binnen uw vakgebied? (meerdere antwoorden mogelijk)	
	geen	1/220 (0.5%)
	handboeken / werkboeken	66/220 (30.0%)
	collega's / intervisie	170/220 (77.3%)
	lokale documenten (bijv. ziekenhuisprotocollen)	122/220 (55.5%)
	vakbladen	190/220 (86.4%)
	congressen	207/220 (94.1%)
	richtlijnen (landelijk/internationaal)	206/220 (93.6%)
	website van de vereniging	132/220 (60.0%)
	apps	35/220 (16.0%)
	sociale media	42/220 (19.1%)
	anders (licht uw antwoord toe)	19/220 (8.6%) *Up-to-date: 5x *PubMed searches: 3x *LinkedIn *Zit zelf in bestuur Europese vereniging en blijf zo op de hoogte van nieuwe Europese richtlijnen *Internationale mailinglijsten *Nieuwsbrief van de wetenschappelijke vereniging *statDX en radiology assistant *richtlijndatabase *4geriatrics

		<ul style="list-style-type: none"> *Lareb (RIVM) *Online abonnement op wekelijkse email met gepubliceerde literatuur van vakgebied *Nascholingskringen *Verenigingstijdschrift *Nieuwsbrieven/mails *expert websites *Werkgroepen en domeingroepen. *Internationale werkgroepen *Webinars
3.	Welke bronnen gebruikt u het meest? (maximaal 3 aanvinken)	
	niet van toepassing	2/221 (0.9%)
	handboeken / werkboeken	18/221 (8.1%)
	collega's / intervisie	74/221 (33.5%)
	lokale documenten (bijv. ziekenhuisprotocollen)	53/221 (24.0%)
	vakbladen	125/221 (56.6%)
	congressen	88/221 (39.8%)
	richtlijnen (landelijk/internationaal)	172/221 (77.8%)
	website van de vereniging	49/221 (22.2%)
	apps	9/221 (4.1%)
	sociale media	10/221 (4.5%)
	anders (licht uw antwoord toe)	<ul style="list-style-type: none"> 15/221 (6.8%) *Pubmed: 4x *Up-to-date: 3x **Internet: 2x *We hebben een website met beleid, die we met patientbesprekingen erbij pakken en dan met elkaar op de toepasselijkheid beoordelen. Pikt iemand wat op, in congres, MDO, richtlijn of publicatie, dan wordt gekeken of de website aanpassing behoeft. *Google *stat DX en radiology assistant *sociale media = link naar nieuwe artikelen *Evidence alert *Expert websites
4.	Welke bronnen vindt u het meest betrouwbaar? (maximaal 3 aanvinken)	
	Geen	0/220 (0.0%)
	handboeken / werkboeken	33/220 (15.0%)
	collega's / intervisie	25/220 (11.4%)
	lokale documenten (bijv. ziekenhuisprotocollen)	32/220 (14.6%)
	vakbladen	110/220 (50.0%)

	congressen	62/220 (28.2%)
	richtlijnen (landelijk/internationaal)	196/220 (89.1%)
	website van de vereniging	55/220 (25.0%)
	apps	2/220 (0.9%)
	sociale media	2/220 (0.9%)
	anders (licht uw antwoord toe)	10/220 (4.6%) *Pubmed: 4x *Up-to-date: 3x *Publicaties in vakbladen vormen meestal pijlers onder beleid, d.w.z. alleen veranderen ze het beleid doorgaans niet opeens, daar zijn meer gelijkgerichte publicaties voor nodig en vervolgens het standpunt van de betreffende WV/deelvereniging. *Internet *statdx en radiology assistant *richtlijnen zijn vaak verouderd
5.	Hoe neemt u kennis van het beschikbaar komen van nieuwe/herziene richtlijnen? (meerdere antwoorden mogelijk)	
	niet	2/220 (0.9%)
	website vereniging	23/220 (10.5%)
	nieuwsbrief vereniging	114/220 (51.8%)
	verenigingstijdschrift	4/220 (1.8%)
	richtlijnendatabase van de Federatie Medisch Specialisten	15/220 (6.8%)
	e-learning / na- of bijscholing	6/220 (2.7%)
	via lokale protocollen commissie	3/220 (1.4%)
	congres (wetenschappelijke vereniging)	10/220 (4.6%)
	anders (licht uw antwoord toe)	43/220 (19.6%) *website en nieuwsbrief vereniging, en congres *ik kan geen meerdere opties selecteren, maar alles is wel van toepassing *Ik kan maar 1 item aanklikken, maar zowel nascholing als informatie van de wetenschappelijke vereniging *vrijwel alle antwoorden, maar het lukt niet om er meer aan te vinken *Er is maar 1 antwoord mogelijk; m.n. richtlijnendatabase / oncoline; soms ook nieuwsbrief vereniging *Het antw form dwingt je om 1 antw te kiezen. Ik

		<p>zou zeggen website vereniging, nieuwsbrief vereniging. De richtlijndatabase zie ik vooral als een gegevens bron wanneer je eenmaal weet dat er een richtlijn is. je gaat daarin niet zoeken of er iets is.</p> <ul style="list-style-type: none"> *Als ik het toevallig opzoek *emails van de beroepsvereniging *Betrokken bij Richtlijnen zijn! *ben zelf betrokken bij richtlijnontwikkeling *nieuwsbrief, mailing, lokale protocollen commissie, congres *via mail, ze worden altijd rondgestuurd met de nieuwsbrief *wij worden via de mail op de hoogte gesteld door de NVOG als er een nieuwe richtlijn is uitgekomen *mails van wetenschappelijke vereniging over nieuwe richtlijnen *helaas GEEN meerdere antwoorden mogelijk! <p>antwoord: richtlijndatabase, nieuwsbrief vereniging, lokale protocollen, congres</p> <ul style="list-style-type: none"> *Meerdere antwoorden kan niet... nieuwsbrief website vereniging *mailing via beroepsvereniging *richtlijnbespreking binnen vakgroep *mail van wet vereniging *Het is maar mogelijk om 1 antwoord aan te vinken hierboven. Website+nieuwsbrief vereniging, nascholingskring, richtlijndatabase *email van NVOG met daarin aankondiging van de nieuwe richtlijn *radio-buttons = 1 antwoord mogelijk... moet zijn: website en nieuwsbrief vereniging, richtlijnen DB *er kan maar 1 antwoord aangeklikt worden; nieuwsbrief, congres, verenigingstijdschrift *door collega's die erin participeren *Deze vraag laat NIET toe meerdere antwoorden te kiezen, dus foutje: ik kies 2, 3, 5, 8 en Apps als naders *email beroepsvereniging *collega's *Nvog stuurt een mail *mail van beroepsvereniging voor controle concept protocol *via de beroepsvereniging, die stuur te acorderen of recente richtlijnen naar alle leden *mail van de vereniging of richtlijnen ter beoordeling, dan weet ik dat de definitieve eraan zitt e komen
--	--	---

		<p>*nieuwsbrief wetenschappelijke vereniging</p> <p>*meerdere antwoorden aangeven blijkt niet mogelijk. FMS database = nr 1. Nieuwsbrief vereniging zou mijn nr 2 zijn</p> <p>*in deze vraag zijn meerdere antwoorden niet mogelijk ondanks dat dat is aangegeven. Voor mij is het antwoord vooral tijdschriften/congressen/nieuwsbrieven</p> <p>*Lid van commissie kwaliteit</p> <p>*Deze link doet er maar 1 ik doe tijdschrift, congressen, bijscholing</p> <p>*na- of bijscholig, website / nieuwsbrief WV, congres</p> <p>*meerdere antwoorden werkte niet : website vereniging icm nascholing</p>
6a	Op welke manier raadpleegt u de richtlijnen in de spreekkamer of kliniek? (meerdere antwoorden mogelijk)	
	niet	9/218 (4.1%)
	desktop computer	206/218 (94.5%)
	tablet	14/218 (6.4%)
	mobiele telefoon	82/218 (37.6%)
	papieren versie	13/218 (6.0%)
	anders (licht uw antwoord toe)	<p>8/218 (3.7%)</p> <p>*zakkaartje: 2x</p> <p>*Een richtlijn moet in de praktijk al "gestold" zijn in beleid.. Bij moeilijke gevallen, in voorbereiding op een MDO bijvoorbeeld, wordt de richtlijn er bijgepakt, maar als deze ouder is moet ook recente literatuur en mededelingen van de WV gecheckt worden.</p> <p>*Pdf van landelijke richtlijn, omdat de doorzoekbaarheid en overzichtelijkheid van de richtlijndatabase niet voldoet.</p> <p>*Het is echter zeer lastig zoeken op de richtlijndatabase, vooral als je meer wilt weten dan alleen de aanbeveling. Moeilijk om overzicht te krijgen.</p> <p>*Richtlijn verwerkt in persoonlijke autoteksten in Hix</p> <p>*Ik maak uittreksels en zet die op overdrive. Waar mogelijk maak ik snelteksten in hix</p> <p>*Lokaal opgeslagen richtlijnen</p>
6 b.	Welke bron(nen) gebruikt u om richtlijnen te raadplegen? (meerdere	

	antwoorden mogelijk)	
	website vereniging	145/211 (68.7%)
	richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten (richtlijndatabase.nl)	143/211 (67.8%)
	lokale protocollen site	115/211 (54.5%)
	anders (licht uw antwoord toe)	34/211 (16.1%) *oncoline: 6x *PubMed (internationale richtlijnen gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften): 5x *Up-to-date: 3x *Website van de vereniging of club die de RL uitgeeft: 3x *google richtlijn: 2x *Beroepsvereniging: 2x *database van internationale vakverenigingen (amerikaanse, nederlandse) *Wills Eye Manual *Onze gezamenlijke eigen (besloten) website waarop we gezamenlijk de actualiteit bewaken in een operationeel wekelijks proces. *ESC app op Android *Handboek *Internet esc guidelibes *regionale site van academisch centrum *app voor RCOG en NICE guidelines *website vakgroep *Internationale websites *collega's in de lunchpauze *cochrane database *farmacotherapeutisch kompas *clinical decision support apps (indien beschikbaar, sneller dan tekst-versie op site of pdf) *internationaal *swab website *SKION website, voor kinderoncologie *expert websites *bekende eigen zakkaartjes *app van de esc *Literatuur, vooral online *ESC website (European Society of Cardiology)
7.	Raadpleegt u richtlijnen nog op andere momenten of in andere situaties?	
	Nee	76/216 (35.2%)
	Ja	140/216 (64.8%) *Bij voorbereiden onderwijs/onderwijs geven/uitleg

		<p>aan co-as/arts-assistenten: 25x</p> <p>*Voorbereiden spreekuur/poli: 24x</p> <p>*In het kader van omzetting in lokaal beleid/aanpassen lokale protocollen (ziekenhuisprotocollen), of om dat te toetsen: 20x</p> <p>*Thuis: 17x</p> <p>*Patiëntenbespreking met de maatschap (voorbereiden) of tijdens mdo: 15x</p> <p>*Bij het maken van presentaties/voordracht: 11x</p> <p>*zelfstudie/verdieping/opfrissen geheugen/op de hoogte zijn/naslag: 9x</p> <p>*research/publicaties/wetenschappelijk onderzoek/schrijven grant: 7x</p> <p>*bij schrijven/beoordelen van richtlijnen: 5x</p> <p>*tijdens overdracht: 4x</p> <p>*In commissie (kwaliteitvergadering): 4x</p> <p>*voorbereiding operatie/opstellen behandelplan/meest geschikte handelwijze: 3x</p> <p>*Tijdens diensten: 3x</p> <p>*expertises: 3x</p> <p>-----</p> <p>*tijdens (grote) visite: 2x</p> <p>*Bij nascholing: 2x</p> <p>*bespreken met collega's: 2x</p> <p>*Bij (algemene) discussies: 2x</p> <p>* bij herziening van richtlijnen (binnen aandachtsgebied): 2x</p> <p>*na het spreekuur: 2x</p> <p>*Bij voorbereiding van visitaties</p> <p>*bij verslaglegging van scans</p> <p>*Bij incidentanalyse</p> <p>*bij de vraag van vandaag</p> <p>*vakgroepvergadering</p> <p>*journal club</p> <p>*internet bv onsolide</p> <p>*onderweg</p> <p>*hele dag door</p> <p>*in kliniek</p> <p>*Bij schrijven van teksten</p> <p>*buitenlandse richtlijnen</p> <p>*beleid binnen de stad stroomlijnen</p> <p>*beantwoorden zorgdomein vragen</p> <p>*Op het moment dat ze van toepassing zijn in een project</p> <p>*bij beroepsaansprakelijkheden voor verzekeraars of rechtbank</p> <p>*Bij pico' s door ca assistenten</p> <p>*teleconferenties</p>
--	--	--

		*Studeren VGT *Gebruik bij uitwerken casus *Op de werkkamer *Tijdens kwaliteitscycli om zorgpaden te evalueren/herzien *werkgroep
8.	Kunt u over het algemeen de informatie vinden die u zoekt in de richtlijnen?	
	Altijd	8/217 (3.7%)
	Vaak	136/217 (62.7%)
	Regelmatig	54/217 (24.9%)
	Soms	19/217 (8.8%)
	Nooit	0/217 (0.0%)
9.	Gebruikt u als medisch specialist zelf de volgende methode om in uw ziekenhuis richtlijnen te implementeren: <i>bespreking in grote visite</i>	
	nee	121/201 (60.2%)
	ja (licht uw antwoord toe: ad hoc/vast moment, te weten...)	80/201 (39.8%)
10	Gebruikt u als medisch specialist zelf de volgende methode om in uw ziekenhuis richtlijnen te implementeren: <i>periodieke richtlijn-/protocolbespreking</i>	
	nee	78/200 (39.0%)
	ja (licht uw antwoord toe: elke....weken)	122/200 (61.0%)
11	Gebruikt u als medisch specialist zelf de volgende methode om in uw ziekenhuis richtlijnen te implementeren: <i>richtlijn-/protocolbespreking op refereeravonden</i>	
	nee	102/200 (51.0%)
	ja (licht uw antwoord toe: hoe vaak)	98/200 (49.0%)
12	Gebruikt u als medisch specialist zelf de volgende methode om in uw ziekenhuis richtlijnen te	

	implementeren: <i>gezamenlijk bespreking richtlijnen met huisartsen</i>	
	nee	177/199 (88.9%)
	ja (licht uw antwoord toe: hoe vaak)	22/199 (11.1%)
13	Gebruikt u als medisch specialist zelf de volgende methode om in uw ziekenhuis richtlijnen te implementeren: <i>gezamenlijk bespreking richtlijnen met andere medisch specialismen</i>	
	nee	106/201 (52.7%)
	ja (licht uw antwoord toe: hoe vaak)	95/201 (47.3%)
14	Gebruikt u als medisch specialist zelf de volgende methode om in uw ziekenhuis richtlijnen te implementeren: <i>gezamenlijk bespreking richtlijnen met andere zorgprofessionals</i>	
	nee	120/201 (59.7%)
	ja (licht uw antwoord toe: hoe vaak)	81/201 (40.35%)
15	Gebruikt u als medisch specialist zelf de volgende methode om in uw ziekenhuis richtlijnen te implementeren: <i>andere methode dan bovenstaande</i>	
	Nee	162/197 (82.2%)
	ja (licht uw antwoord toe)	35/197 (17.8%)
		<p>Onderwijs/arts-assistenten</p> <ul style="list-style-type: none"> *AIOS onderwijs *Co ass praatje of ass praatje *onderwijs *nieuwe richtlijnen worden samen met arts-assistenten beoordeeld en van commentaar voorzien (in comm fase) Co assistenten worden uitgenodigd om in hun pico te werken met onze protocollen en desnoods aan te passen *bedside teaching AIOS *uitleg aan het bed aan (jongere) collega's

	<p>*onderwijs momenten op dinsdag/donderdag na de overdracht</p> <p>Overdracht/MDO/vakgroepvergadering</p> <ul style="list-style-type: none"> *het ochtendrapport *af en toe bij ochtendoverdracht indien tijd is ingeruimd voor onderwijs, dan wordt een nieuwe richtlijn besproken *Tijdens overdracht presentatie *een aantal zijnbij verschijnen toegelicht en besproken op de stafvergadering. *tijdens MDO evt opmerkingen indien richtlijn voor mijn vakgebied hier van waarde is *nog niet, maar mijn wens is om in de vakgroepvergadering telkens een richtlijn te bespreken. Een samenvatting zou dus welkom zijn! <p>Lokale protocollen</p> <ul style="list-style-type: none"> *Bij verschijnen nieuwe richtlijn beroepsvereniging wordt het lokale protocol aangepast. Hier is echter niet een vast tijdsplan voor en dit loopt vaak vertraging op. *trachten lokale protocollen zo goed mogelijk up to date te houden door de nieuwste versie van de richtlijnen hierin te verwerken *opnemen in lokaal protocol, bij perinatale audit *Vertaling naar lokale antibioticarichtlijn <p>Overig</p> <ul style="list-style-type: none"> *communicatie via nieuwsbrief; behandeling in het kader van casuïstiekbestpreking *Ad hoc. *NVVC Connect protocollen, ism eerste lijn *Verwijzing richtlijn in iprova *Evidence based! *Maandelijks overleg binnen de pijler verloskunde *jaarlijks meten we de protocoladherentie van een van de meest frequent komende aandoeningen *Apps en Cursus via de beroepsvereniging *zelfstudie, bespreking met collega's en dan zelf implementeren *via email / MS Teams binnen afdeling *regionale verbanden, enkele malen per jaar *Nieuwsbrief *Binnen de groep gynaecologen die de verloskunde als specialisme hebben *bespreken op sectievergadering en per mail *Tijdens calamiteitenbespreking, als blijkt dat een
--	--

		richtlijn niet (ten volle) geïmplementeerd is, waar dat een risicovolle situatie had kunnen voorkomen of mitigeren. *via interne website *bij uitkomen richtlijn (op mijn aandachtsgebied) inventariseer ik de discrepanties en bespreek die (commentarafase / met betrokken collega's)
16	Is er binnen uw vakgroep/maatschap/MSB/afdeling iemand verantwoordelijk voor de verspreiding en implementatie van richtlijnen?	
	nee	118/198 (59.6%)
	ja (licht uw antwoord toe)	80/198 (40.4%)
17	Stel er wordt een hulpmiddel/tool ontwikkeld waardoor u in korte tijd kennis kan nemen van de inhoud van een richtlijn, zou u hiervan gebruik maken? Voorbeelden van hulpmiddelen/tools zijn: e-learning, power point presentatie, infographic/visual, webinar, samenvatting voor de praktijk, korte (animatie) film, casus-based presentatie, narratieve presentatie, vignet, richtlijnenkennisquiz.	
	nee	4/197 (2.0%)
	misschien	31/197 (15.7%)
	ja	162/197 (82.2%)
	Licht uw antwoord toe	
18	Kunt u aangeven voor elk hulpmiddel/tool of u er gebruik van zou maken?	
	e-learning	Ja: 159/197 (80.7%) Nee: 17/197 (8.6%) Weet ik niet/geen mening: 20/197 (10.2%) Niet mee bekend: 1/197 (0.5%)
	PowerPoint presentatie	Ja: 123/194 (63.4%) Nee: 35/194 (18.0%) Weet ik niet/geen mening: 36/194 (18.6%)

		Niet mee bekend: 0/194 (0.0%)
	Infographic	Ja: 105/190 (55.3%) Nee: 11/190 (5.8%) Weet ik niet/geen mening: 36/190 (19.0%) Niet mee bekend: 38/190 (20.0%)
	Webinar	Ja: 101/189 (53.4%) Nee: 35/189 (18.5%) Weet ik niet/geen mening: 53/189 (28.05%) Niet mee bekend: 0/189 (0.0%)
	Samenvatting voor de praktijk	Ja: 180/194 (92.8%) Nee: 6/194 (3.1%) Weet ik niet/geen mening: 8/194 (4.1%) Niet mee bekend: 0/194 (0.0%)
	Korte (animatie)film	Ja: 105/189 (55.6%) Nee: 37/189 (19.6%) Weet ik niet/geen mening: 43/189 (22.8%) Niet mee bekend: 4/189 (2.1%)
	Casus-based presentatie	Ja: 78/188 (41.5%) Nee: 41/188 (21.8%) Weet ik niet/geen mening: 61/188 (32.5%) Niet mee bekend: 8/188 (4.3%)
	Narratieve presentatie	Ja: 51/188 (27.1%) Nee: 47/188 (25.0%) Weet ik niet/geen mening: 64/188 (34.0%) Niet mee bekend: 26/188 (13.8%)
	Vignet	Ja: 23/188 (12.2%) Nee: 33/188 (17.6%) Weet ik niet/geen mening: 50/188 (26.6%) Niet mee bekend: 82/188 (43.6%)
	Richtlijnenkennisquiz	Ja: 87/194 (44.9%) Nee: 53/194 (27.3%) Weet ik niet/geen mening: 45/194 (23.2%) Niet mee bekend: 9/194 (4.6%)
19	Stel dat u gebruik maakt van een hulpmiddel (tool) om kennis te nemen van een richtlijn, welke aspecten van de tool vindt u dan belangrijk ? (meerdere antwoorden mogelijk)	
	tijd die u eraan kwijt bent	163/198 (82.3%)
	toekenning van accreditatiepunten	55/198 (27.8%)
	competitief element met collega's	6/198 (3.0%)
	gebruiksgemak van de tool	179/198 (90.4%)
	bereikbaarheid/vindbaarheid van de tool	155/198 (78.35%)

	aansluiting bij de dagelijkse praktijk (gebruik van casuïstiek)	113/198 (57.1%)
	Anders (licht uw antwoord toe)	<p>27/198 (13.6%)</p> <ul style="list-style-type: none"> *Uit te voeren op een zelf te kiezen moment: 3x *accreditatiepunten alleen van belang igv e learning of webinar *Mogelijkheid om gericht te zoeken in de tool. *Betrouwbaarheid van de bronnen. Geen spam/reklam!!! *Overzichtelijk (bv. zakkaartje, stroomschema) *eigen tempo kunnen bepalen; dus liever geen e-learning, webinar, narrative cursus. Liever overzicht, PPX. *zoveel mogelijk kennis vergaren binnen zo kort mogelijke tijd *als hulpmiddel om de richtlijn zelf t gebruiken; (Geen goed teken als dat nodig is) *het moet 'leuk'/plezierig zijn *aantrekkelijk, snel inzichtelijk *omdat we een opleidingskliniek zijn, bespreken we nieuwe richtlijnen met de assistenten; het zou heel erg helpen als er reeds PowerPoint presentaties zijn waar we gebruik van zouden kunnen maken. Ook zou ik een app waar een up to date samenvatting van de richtlijnen te vinden is, heel erg op prijs stellen *bijdragend aan kwaliteit van zorg *kort, bondig, snel overzicht. *leer efficiëntie van de tool *aansluiting bij de dagelijkse praktijk, maar casus vind ik daar niet erg handig in. Ik wil weten wat het voor consequenties het heeft voor mijn praktijk uitvoering, administratie, kosten, etc. *accreditatie alleen bij webinars van belang mi *Je wil in dagelijkse praktijk snelle toegang en antwoord op je vraag *Je moet snel iets kunnen terugzoeken. De meeste richtlijnen zijn samen te vatten op een half A-4tje met nog een of twee belangrijke tabellen. *vindbaarheid van de tool *geen filmpjes svp (te langzaam) *de huidige richtlijnen zijn onleesbaar geworden en door de nieuwe methodiek vrijwel niet direct toepasbaar en leesbaar. Ik zou niet weten hoe een e-learning dit kan verbeteren *indien laagdrempelig zal de kennis breder tot zich genomen worden (ook buiten eigen

		<p>aandachtsgebied) *Implementatie in EPD (HIX) *relevante voorselectie</p>
20	<p>Een multidisciplinaire werkgroep met medisch specialisten is bezig met het ontwikkelen van tools voor de verspreiding en ontsluiting (disseminatie) van richtlijnen. Zijn er adviezen die u mee zou willen geven aan deze werkgroep?</p>	<p>Richtlijndatabase *Ik vind de FMS richtlijnen database soms moeilijk om te lezen. Juist door de verbrokkeling van de info. Blijft lastig dat richtlijnen op veel verschillende plaatsen terug te vinden en de definitieve plaats is niet altijd de meest logische *Lesbaarheid van richtlijnen op website blijft punt van aandacht *Niet doen; Alle richtlijnen op de RLdatabase beschikbaar; Maak deze ZELF evt gebruiksvriendelijker; met zoveel RI ook nog eens zoveel tools is het paard achter de wagen. *belangrijk om 'zichtbaar' te zijn, makkelijke zoekfunctie. Vaak herhalen waar dingen zichtbaar zijn. Veel verschillende dingen (info op verschillende manieren) aanbieden zover haalbaar. Dan bereik het veel mensen die het dan kunnen gebruiken. Bij - richtlijndatabase wordt nog door te weinig collegae geraadpleegd, veel weten er niet van. Daarnaast is de zoekfunctie erg slecht en het overzicht van de informatie ook slecht. Het nodigt niet uit verder te kijken helaas. *ik vind de richtlijndatabase van de FMS erg vervelend lezen en zoeken. waar de vindbaarheid van de protocollen op de NVOG site erg duidelijk en toegankelijk was, vind ik dit in de richtlijndatabase slecht en onoverzichtelijk. *Verbetering van de interface / users experience ook van de site van de richtlijnen database *De huidige richtlijnen zijn via de richtlijnen database lastig te vinden. Ze zijn lang en soms best onwerkbaar. *Zorg dat de website "richtlijndatabase" anders wordt ingericht. Een zoekopdracht levert vele hits op verschillende vakgebieden, en dan een heleboel items om aan te vinden.</p> <p>Apps *APP'S ? *app t meest handig en voor iedereen toepasbaar. Maar wel met hele goede zoekfunctie. en mogelijkheden tot verdieping *Ontwikkeling van apps gebaseerd op richtlijnen. *implementatie set voor ziekenhuizen/maatschappen zou inderdaad erg</p>

	<p>handig zijn zoals standaard pp en app</p> <ul style="list-style-type: none"> *liefst gebruikmaken van een app *-centrale app waarop de actuele richtlijnen staan - een nieuwe richtlijn moet opvallen binnen de enorme hoeveelheid mails en berichten die een specialist dagelijks al ontvangt *Graag een app zoals bij ESC <p>Samenvatting</p> <ul style="list-style-type: none"> *Korte en schriftelijke omschrijving waarop kan worden teruggegrepen, geen filmpjes e.d., maar liefst één kanaal van de eigen beroepsgroep (in mijn geval het NOG) waar richtlijnen te vinden zijn. *korte samenvattingskaart, maar anderzijds ook goede doorzoekbaarheid van de richtlijn, zonder op kopjes te hoeven klikken die onvoldoende vertellen wat ik onder dat kopje kan vinden: er is een mate van overzicht nodig om tussen alle snapshots de samenhang te zien *Aangezien teveel richtlijnen teveel tekst hebben graag korte en bondige samenvatting. *Samenvatting+flowdiagram Duidelijk terug te vinden Oude richtlijn verwijderen Vermelden achtergrond deelnemende opstellers richtlijn en noodzaak/doel om tot richtlijn te komen bondig weergeven *Zorg voor een beknopt overzicht/samenvatting van de richtlijn, naar behoefte kan ik dan in de richtlijn zelf op zoek naar meer diepte informative *goede samenvattingen die in 1 A4 een richtlijn weergeven, zodat ze geschikt zijn om tijdens spreekuur te gebruiken *Samenvatting! Beter zoekfunctie *Graag samenvattingen geven (in het verleden hadden wij binnen onze vereniging rode mappen met alle richtlijnen op 1 pagina) *samenvatting ! *Vooral samenvatting en flow charts <p>Verschillende wijzen van leren</p> <ul style="list-style-type: none"> *Per richtlijn zou ik kiezen voor meerdere tools, niet slechts voor één; zo krijg je het beter "tussen de oren" *Het zou handig zijn verschillende tools te ontwikkelen zodat iemand kan gebruiken wat beste aansluit bij persoon/werkwijze. Het moet echter ook doenlijk blijven voor een groep die richtlijn ontwikkelt. Als het allemaal teveel tijd kost vind je
--	---

		<p>onvoldoende mensen die zich hiervoor in willen zetten. Iig zal goede ondersteuning gewenst zijn bij ontwikkeling.</p> <p>*Meerdere opties maken omdat niet iedereen dezelfde wijze van leren prettig vindt.</p> <p>Tijdsinvestering</p> <p>*rekening houden met de kostbare-schaarse tijd van de medisch specialist, dus we moeten er niet te veel tijd mee kwijt zijn.</p> <p>*maak het compact qua tekst en goed op de praktijk gericht</p> <p>*niet te uitgebreid en tijdrovend. Huidige protocollen zijn onleesbaar lang.</p> <p>Methodiek richtlijnontwikkeling</p> <p>*De richtlijnen die nu volgens de nieuwe systematiek zijn ontwikkeld sluiten niet goed aan bij de praktijk. In een richtlijn wil je graag lezen wat de achtergrond is van de ziekte, de diagnostiek die je moet doen en de therapeutische opties. Het de huidige richtlijnen zijn alleen maar een beperkt aantal deelvragen uitgewerkt. Dat levert richtlijnen op die niet goed te gebruiken zijn in de dagelijkse praktijk, waarbij je wilt weten: wat moet ik nu doen bij deze patiënt.</p> <p>*Discipline overstijgende richtlijnen als eerst en gelijktijdig binnen de verschillende vakgroepen voor het voetlicht brengen, ter stimulering van onderlinge dialoog en ter bevordering van samenwerking ipv...</p> <p>*Goed dat hier naar gekeken wordt. Richtlijnen kort en toegankelijk maken op meerdere manieren vind ik het belangrijkste</p> <p>*bested aandacht aan mogelijke barrières voor implementatie, en ontwikkel uitsluitend richtlijnen die ook daadwerkelijk vaak geraadpleegd worden anders zijn het loze papieren exercities die slechts tijd kosten</p> <p>*richtlijnen lopen meestal "achter op de praktijk" dus niet "te langzaam" zijn met de ontwikkeling van de tool en het updaten van de tool</p> <p>*De huidige methodiek van richtlijnontwikkeling is een gedrocht geworden: medisch specialisten moeten picos waarvan vooraf bekend is dat er geen evidence is volgens dezelfde methodiek uitzoeken, het leidt tot een onleesbaar pakket van onderdelen van een pico, zonder goede handvaten. Binnen de</p>
--	--	---

	<p>NVOG is iedereen heeeeel hard aan het werk geweest, kreeg het kennisinstituut hier bergen geld voor, en de leden het werk , en uiteindelijk zitten we met richtlijnen waar niemand blij mee is.</p> <p>Simpel/praktisch</p> <ul style="list-style-type: none"> *Maak het vooral praktisch, richtlijnen zijn nu vaak hele boekwerken en onleesbaar *maak het kort en simpel. Voor nalezen van het geheel is moet eerst je aandacht gevangen zijn en weten dat er een nieuwe richtlijn is. De FMS databank is goed werkbaar voor naslaan. *Ik zou graag tools voor richtlijnen willen die zoveel mogelijk toepasbaar zijn in de praktijk *Laat het praktisch zijn, niet te veel tijd in beslag nemen, gebruiksvriendelijk *hou het simpel *kort en to the point *vereenvoudigen van de richtlijnen. Dus geen ellenlange verhalen, maar paar pagina's met headlines en daarnaast verwijzingen naar alle literatuur etc *Keep It Simple Strategy (KISS) *hou het vooral pragmatisch en aantrekkelijk *Hou het simpel *richtlijnen zijn vaak heel lang en daardoor moeilijk te lezen, met conclusie, samenvatting en aanbevelingen, waardoor eea soms wat door elkaar heen loopt. Graag korter en eenduidiger *Zorg voor heldere informatie die duidelijk maakt wat de richtlijn in de praktijk van de zorg te bieden heeft. Helder over inhoud (omvang) en doelgroep *maak het niet te ingewikkeld *kort, bondig, overzicht. niet meer filmpjes, elearnig, quiz of andere bezigheidstherapieën; gewoon wat is zinnig voor nu in de praktijk en wat zijn de up-dates. Dan kunnen we aandacht bij werkelijke arbeid de patient houden. *Houdt het handzaam, beknopt, en makkelijk toegankelijk en vindbaar. Geen webinars of andere zwets sessies of filmpjes *maak het praktisch voor toch al drukke specialisten *Houd het simpel - geen grote papieren tijger maken *Houdt het gemakkelijk en prikkelend *praktisch, uitnodigend *houd het kort *praktisch, eenvoudig en tijdsloos te gebruiken
--	---

		<p>Implementatie EPD</p> <ul style="list-style-type: none"> *koppeling aan EPD *Betrek svp elke discipline! Graag ook jongeren betrekken niet alleen de oude garde en vraag svp input van mensen met verstand van de mogelijkheden van computers en niet beperken tot oudbollige ict van de ziekenhuizen svp *ja, graag oplossingen die werken in de praktijk, aan t bed, en niet alleen achter bureau (apps / decision support tools bijvoorbeeld) *Mogelijkheid voor implementatie in EPD. Vaak wordt het namelijk weer een nieuwe app / programma waar er al veel van zijn. <p>Gelaagdheid</p> <ul style="list-style-type: none"> *zorg dat specialisten het laagdrempelig ontvangen, het initieel kort van opzet is en zo nodig de specialist door kan klikken naar verdieping *Maak onderscheid op Drie niveaus. 1. Goed samenvatting met flow diagram voor snelle naslag in de spreekkamer 2. Beginnende dokters Anios Aios die kennis willen vergroten hebben meer achtergrond info nodig. Dit lees je meestal 1x goed door. 3 de wetenschappelijke onderbouwing *ook hulpmiddelen voor onderwijs aanbieden *Time is of the essence. De tool dient gelaagdheid (van een ui) te kennen, zodat een globaal beeld snel verkregen kan worden, en en gedetailleerd beeld met meer tijdinvestering, etc. <p>Patiënten</p> <ul style="list-style-type: none"> *Denk aan de patienteninbreng *Maak bij elke nieuwe richtlijn ook gelijk patienteninformatie folder en filmpje *zet bij de aanbeveling ook de refs/overwegingen voor de aanbeveling; maak consultkaarten bij de richtlijnen; vermeld zowel absolute al relatieve risico's bij te counselen getallen <p>Webinar</p> <ul style="list-style-type: none"> *Maak een gewoonte van kennisneming van vernieuwingen in richtlijnen, met: - webinar over de vernieuwde RL - elearning over de vernieuwde RL - mails met een highlight, MC-vraag en verwijzing naar passage. *super goed dat de richtlijnen zo goed worden ge-update, maar het zijn vaak zeer lange niet te lezen
--	--	--

	<p>richtlijnen , waarbij je vaak alleen de samenvatting leest. Een webinar of online scholing lijkt mij erg fijn om de nieuwe richtlijn toe te gaan passen en ook om te zetten in een lokaal protocol</p> <p>Andere tools</p> <ul style="list-style-type: none"> *vooral infographics en explainers gebruiken. *maak een duidelijk zak kaartje (digitaal) met samenvatting en procedures *Flowcharts zijn visueel en heel handig. Goede ervaringen met PPT presentaties. *groot voorstander van elearning, zeker in combinatie met quiz element leuke manier van kennisvergaren. <p>Evaluatie</p> <ul style="list-style-type: none"> *evalueer vooral per richtlijn wat de redenen zijn dat de richtlijn niet goed wordt nageleefd, deze redenen kunnen per richtlijn verschillen *Misschien goed om ook iets in te bouwen waarbij je ook kan zien of de tool die je ontwikkelt ook echt leidt tot beter gebruik/ implementatie van richtlijn. *Gemak en goed toetsen op draagvlak Less is more *Maak een concept tool / hulpmiddel in een beperkte groep uit en test het vervolgens binnen een grotere groep via de vereniging, bijvoorbeeld bij verschillende commissies, waarna je in het netwerk / de keten het verder uitwerkt voor een bepaalde locatie. *belangrijk na te denken over implementatie en toetsen daarna <p>Vindbaarheid/overzichtelijk</p> <ul style="list-style-type: none"> *echt 1 centraal punt aanleggen waar alle richtlijnen te vinden zijn. Een korte, snel leesbare samenvatting (Take Home messages) is echt van belang. De richtlijnen zijn over het algemeen prachtig, maar soms wel > 50 pag lang. *zorg dat het makkelijk te vinden en makkelijk toepasbaar is *Overzichtelijk! Indeling per specialisme makkelijk op te zoeken. Dus als ik iets wil weten over beeldvorming dan hier een apart hoofdstuk en niet ergens tussen het chirurgisch of oncologische hoofdstuk *Kort en overzichtelijk houden *Hopelijk is het goed (makkelijk) vindbaar, (ook via) bijv google.
--	---

	<p>*Overzichtelijk en gewenste richtlijn makkelijk te vinden</p> <p>*zorg voor multiple zoektermen die tot de juiste richtlijn leiden</p> <p>*de inhoud moet op meerdere manieren makkelijk vindbaar zijn, moet als handige naslag werkzaam zijn</p> <p>*Vindbaarheid, gebruiksvriendelijkheid. Indien een quiz dan uitleg welke antwoorden goed en fout.</p> <p>*Makkelijk toegankelijk, goede look-and-feel</p> <p>*zorg voor een eenvoudige, snelle en goed navigatie en goed leesbare tekst bij voorkeur ook op een telefoon</p> <p>*de (natural language) zoekfunctie zal cruciaal zijn voor het gebruiksgemak</p> <p>*Toegankelijk en eenvoudig in gebruik</p> <p>Accreditatie</p> <p>*In de praktijk zie ik bij veel collega's dat accreditatie hen wel over de streep trekt</p> <p>*Zorg dat het gemakkelijk bruikbaar en toegankelijk is. Voorkom toename registratielast (gevaar is dat de implementatietools "verplicht" gaan worden en registratie van het gebruik ervan ge-eist wordt)</p> <p>*1 - Weet welke kennis lacunes er bij u collega's zitten. 2 - Houdt het kort, bij interesse weten ze de richtlijn wel te vinden 3 - Probeer desondanks toch de verbanden in de richtlijn te behouden. 4 - Accreditatie punten 5 - Indien mogelijk: maak iets uitdagend.</p> <p>Overige opmerkingen</p> <p>*Zorg voor goede aanpak en tijdig delen!</p> <p>*verbetering website NVVC</p> <p>*Kijk eens naar de Internationale richtlijn PCOS down te loaden via: https://www.monash.edu/medicine/sphpm/mchri/pcos/guideline Daar zijn alle disseminatie tools die wij gebruikten te vinden.</p> <p>*hoe draagt het bij aan vermindering van werkdruk, bevorderen van maatwerk voor patient.</p> <p>*Bouw het richtlijn onderwijs in in de opleiding. Huisartsen worden al jaar en dag getoetst op de NHG richtlijnen. De gemiddelde specialist weet ben ik bang vaak niet eens welke richtlijnen er zijn en wat de adviezen zijn. Mijn suggestie: laat de Nederlandse richtlijnen een belangrijk onderdeel uitmaken in de verplichtte examens van de AIOS.</p>
--	--

		<p>Zowel AIOS als opleidersgroepen zullen de richtlijnen in no time kennen. Dit is denk ik de beste olievlek die zich zal verspreiden. Jonge klaren nemen dit weer mee naar hun nieuwe werkplek en steken collega's van het pre richtlijnen tijdperk aan of spreken ze daar op aan. Tevens zou een CME achtige toets/ e learning een goede kunnen zijn. Jaarlijks 2 toetsen al dan niet met korte leerstof tussendoor gecombineerd. Makkelijk toegankelijk, simpel en snel weer 1-3 accreditatiepunten gehaald. Laagdrempelige manier om richtlijnen te pitchen.</p> <p>*Betrek niet-medisch specialist(en) met ervaring op gebied van voorlichting en communicatie</p> <p>*Altijd overal beschikbaar en vaste opbouw volgorde Overlegmogelijkheden Uniformiteit en gedragen door begroepsgroep</p> <p>*nuttig werk (mede van daar ook het invullen van de enquête), succes!</p>
21	<p>Zijn er nog punten die niet in de enquête aan de orde zijn geweest die u wilt noemen?</p>	<p>*CME punten</p> <p>*Ik vind het lastig op de hoogte te zijn van het bestaan of vernieuwing van richtlijnen van aanpalende vakken. Hoe is dat te verbeteren? Als orthooped denk ik aan pijnbehandeling/revalidatie/artrose als overkoepelende diagnose etc (reuma)</p> <p>*Richtlijnen moeten in ons medisch handelen zijn ingebouwd; het consulteren van richtlijnen zou alleen nodig moeten zijn bij het periodiek herzien daarvan of bij een consultatieronde bij het invoeren van nieuwe richtlijnen. Een teveel aan richtlijnen/regels moet worden voorkomen in het kader van 'ontregel de zorg'.</p> <p>*Ik krijg via de NIV vaak bericht dat bepaalde richtlijnen in ontwikkeling zijn (commentaarfase), maar bericht dat de richtlijn definitief is ontbreekt vaak. Ik denk dat de wetenschappelijke verenigingen hun leden ook op de hoogte moeten brengen, wanneer een richtlijn definitief is.</p> <p>*Richtlijnen database nog niet voldoende gebruiks vriendelijk, veel dingen niet goed te vinden.</p> <p>*Waar vrijwilligers zich kunnen melden</p> <p>*Duidelijk aangeven voor wie de richtlijn bedoeld is en samenvatting/link richtlijn andere aanpalende beroepsgroep vermelden, zodat duidelijk is van wie wat verwacht wordt en bekend is wat andere zirkverleners doen/al gedaan hebben met betrekking tot zelfde probleem.</p>

	<p>*Zeer goed initiatief, de richtlijnen zijn de maat der dingen in de kliniek!</p> <p>*Vraag van de dag is een prachtig initiatief binnen de NVOG</p> <p>*Behoeftte aan landelijke protocollen over veel voorkomende issues. Afhankelijk van regio zie je nu bv verschillen in antistollingsbelei</p> <p>*apps als disseminatie tool</p> <p>*hoe eerder hoe beter.</p> <p>*Vaak wordt er door mij en mijn collega's bij discussies of grote visites online gezocht naar de richtlijnen; vervelend is dat hiervan soms meerdere versies naast elkaar te vinden zijn. Zo hebben er van de module acetylsalicylzuur gebruik in de zwangerschap twee 'definitieve' versies naast elkaar bestaan op het internet; de versie uit 2018 en uit 2019. Dit geeft heel veel verwarring en zou als het mogelijk is eigenlijk niet moeten kunnen.</p> <p>*blijf simpel. in 30sec moet de info duidelijk zijn.</p> <p>*Het is er niet overzichtelijker van geworden en de meeste protocollen zijn enorm lang en uitgebreid. Steeds vaker staat er overweeg..</p> <p>*dapper zijn bij richtlijnen. niet alleen maar overwegen dit of dat of shared decision making. dat begrijpen wij ook wel. geef advies. wij kunnen zelf beslissen of we het advies opvolgen of dat er meer waatwek nodig is. geen adviezen die niet bewezen zinvol zijn.</p> <p>*regiooverleggen (rol van academie in de regio)</p> <p>*kosten tools</p> <p>*Leeftijd/aantal jaar ervaring om resultaten te stratificeren</p> <p>*Nee, goed initiatief!!</p> <p>*Link met hoeveelheid richtlijnen en onderhoud. Ik proef een enthousiaste start met de richtlijnen maar ook wat opdrogend enthousiasme bij het verder ontwikkelen van richtlijnen en het onderhoud. Daarbij is er een koplopersgroep (de believers?) en een achterhorde. Die achterhorde moet wel ook meekomen/meegenomen worden. Welke keuzes zijn nu zinvol?</p> <p>*Afspraken rondom implementatie van richtlijnen eventuele tools / hulpmiddelen functioneren alleen via bestaande samenwerkingsverbanden en kunnen hun regionale nuances hebben.</p>
--	---

Bijlage 3: Verslag gesprekken met NHG, NCJ en TNO over implementatie en disseminatie van richtlijnen

Verslag uitwisseling ervaringen met disseminatie: NHG

Datum: 28 september 2020

Locatie: Zoom-vergadering

Tijd: 11:30 – 12:30 uur

Aanwezig: D. (Desiree) Beaujean (NHG), J. (Jip) de Jong (NHG), M. (Marleen) van Son (kennisinstituut), I. (Irina) Mostovaya (kennisinstituut)

-
- Desiree Beaujean is clusterhoofd implementatie bij het NHG. Jip de Jong neemt binnenkort een deel van haar takenpakket over. De implementatie afdeling is bij het NHG net zo groot als de afdeling die NHG standaarden ontwikkelt.
 - Standaard worden bij het NHG bij een richtlijn thuisarts teksten ontwikkeld en een e-learning. Dit is het minimale implementatiepakket. Eerder werd ook fysieke scholing op locatie gegeven, maar daar is men vanaf aan het stappen.
 - De thuisarts teksten zijn eigenlijk ook een vorm van implementatie voor de zorgprofessional. Huisartsen gebruiken de thuisarts teksten namelijk vaak zelf om snel te kunnen kijken wat er nieuw is binnen een richtlijn.
 - In de e-learnings van het NHG zitten schriftelijke vraag & antwoorden, casuïstiek en filmpjes. De duur van de e-learning is afhankelijk van de complexiteit van de richtlijn en daarmee ook de accreditatiepunten die de huisartsen ervoor krijgen. Wat betreft de organisatorische aanbevelingen worden die in een e-learning van het NHG niet anders behandeld dan de medisch inhoudelijke aanbevelingen. De tijdsinvestering is aanzienlijk: het kost de NHG maanden werk om een e-learning te ontwikkelen. Iedere e-learning heeft aan het einde een ingebouwd evaluatieformulier. De ontwikkelaars van de elearning krijgen op die manier ook feedback.
 - Uit het ledenonderzoek van de NHG blijkt dat de leden de ontwikkeling van e-learnings een taak vinden voor de NHG. De huisartsen betalen ook extra voor de e-learnings (het is geen onderdeel van het lidmaatschap). De huisartsen hebben een abonnement waarmee ze toegang krijgen tot 10 à 12 e-learnings per jaar. De NHG wil dit wel anders gaan inrichten en er een soort bibliotheek van maken, waarbij leden ook toegang krijgen tot de oudere e-learnings.
 - Instructiefilmpjes: over medische handelingen als injecties maar ook gesprekken. Tijdens de knelpunteninventarisatie aan het begin van het richtlijnentraject wordt meestal al duidelijk voor welk onderdeel zo'n filmpje uitkomst kan bieden. Verder vindt bij de ontwikkeling van een NHG-standaard in de laatste fase altijd een focusgroep plaats, waarbij huisartsen gevraagd wordt aan welke producten zij behoefte hebben.
 - Een ander implementatieproduct zijn de protocollaire boeken (heel praktische boeken). Wordt ook veel in de opleiding gebruikt. Bijvoorbeeld Handboek CVRM.
 - [NHGDoc](#) (afgesplitste dochter van het NHG). Biedt beslissingsondersteuning in de huisartsenpraktijk en is ingebouwd in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). NHGDoc vertaalt richtlijnen naar individuele digitale adviezen. NHGDoc vergelijkt daarbij de informatie in het patiëntendossier met de aanbevelingen in

de NHG-Standaarden op het gebied van dossier, beleid en medicatie. Is er een verschil gevonden tussen de richtlijnaanbevelingen en de informatie in het dossier? Dan geeft NHGDoc dit aan.

NHGDoc geeft ook spiegelinformatie; je kunt bijvoorbeeld uitdraaien hoeveel patiënten je volgens de richtlijn behandeld hebt.

- Consultwijzer: applicatie die in het HIS kan worden opgenomen. Geeft automatisch toegang tot richtlijnen en huisarts-teksten.
- [Formularium](#): farmacotherapeutisch beleid uitgewerkt voor huisartsen.
- Triagewijzer: voor huisartsenposten, zowel op papier als digitaal.
- Tijdschrift Huisarts & Wetenschap (uitgave iedere twee weken): verkorte versie van de richtlijnen wordt hierin gepubliceerd en ook de implementatieproducten.
- Voert het NHG metingen uit of de richtlijnen zijn geïmplementeerd? Er vindt praktijkaccreditering plaats: hoe doet de huisartsenpraktijk het? Dit is echter niet echt gericht op richtlijnen, maar meer op de organisatie van zorg binnen een praktijk. Aan sommige richtlijnen hangen wel indicatoren, bijvoorbeeld bij richtlijnen gericht op chronische aandoeningen. Bij de huisarts speelt met name diagnostiek, dat is mogelijk ook wel anders dan bij medisch specialisten.
- Onderhoud is een cruciaal onderdeel bij implementatieproducten. De implementatieproducten moeten geüpdatet worden als de richtlijn wordt aangepast. Daarbij kun je beter één ding heel goed doen (focus) in plaats van een hele hoop producten. Bij de start van de richtlijn moet al worden nagedacht over de welke implementatieproducten geschikt zijn.
- Andere tips zijn dat het product voor de gebruiker plaats- en tijdsafhankelijk te gebruiken dient te zijn. Maak bovendien alleen dingen die het veld nog niet heeft.

Verslag uitwisseling ervaringen met disseminatie: NCJ

Datum: 31 augustus 2020

Locatie: Zoom-vergadering

Tijd: 12:00 – 13:00 uur

Aanwezig: B. (Bronwynn) Terpstra (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid), D. (Dunja) Dreesens (kennisinstituut), M. (Marleen) van Son (kennisinstituut), I. (Irina) Mostovaya (kennisinstituut)

-
- Bronwynn Terpstra is adviseur bij het NCJ. Het NCJ is geen WV of beroepsvereniging. Het NCJ ontwikkelt de richtlijnen ook niet (dat doet TNO) en ze zijn er geen eigenaar van. Het NCJ heeft een regierol.
 - In 2012 heeft het NCJ een subsidie van ZonMw gehad voor implementatie. Het NCJ richt zich qua implementatie van richtlijnen onder meer op social media, een app met richtlijnaanbevelingen, het ontwikkelen van e-learning modules en het uitbreiden van hun implementatietoolkit. Over deze toolkit is ook een [filmpje](#) beschikbaar. Zie ook de [Overzichtskaart](#) Implementatietoolkit JGZ richtlijnen.
 - Voor professionals heeft het NCJ onder andere een [richtlijnspeel](#) ontwikkeld. [Redgrasp](#) is hiervoor hun samenwerkingspartner (online platform). Professionals

ontvangen een paar keer per week een mail met een vraag over de richtlijn. Spelers ontvangen hiervoor punten. Ook kan men reageren op de vraag (met als doel interactie, inhoudelijke discussies, identificeren van knelpunten van de richtlijn).

- Gebruikers van de toolkit ervaren deze als prettig: het geeft de vrijheid om te kiezen wat zij nodig hebben op een specifiek moment.
- Bronwynn geeft de tip om bij de publicatie van de richtlijn de tools reeds beschikbaar te hebben en in 1 keer te publiceren. Dit werkt het beste. En als dit niet mogelijk is, bij publicatie van de richtlijn al wel aan te geven op welk moment, welke tool eraan zal komen.
- Ontwikkeling van korte [animatiefilmpjes](#) bij het uitbrengen van een richtlijn: deze zijn bedoeld om de zorgprofessional te triggeren. Het NCJ maakt deze met VideoScribe (software voor het maken van whiteboard-animaties, laagdrempelig in gebruik), een aantal NCJ collega's met interesse en affiniteit voor de ontwikkeling van animatiefilms doen dit.
- Praktijkttest (richtlijnen proefdraaien): zo'n praktijktest wordt al in de projectaanvraag opgenomen. De praktijktest vindt voorafgaande aan de autorisatie plaats en er wordt dan 3 maanden proefgedraaid met de richtlijn binnen een instelling. Men moet zich steeds vooraf afvragen of het een geschikte richtlijn is voor een proefimplementatie (kun je het toetsten in 3 maanden?). Het proefdraaien kost veel tijd, dus hier moet rekening mee gehouden worden in de ontwikkelcyclus van de richtlijn. Wat de kosten zijn, kan het beste aan TNO worden gevraagd evenals wat voor feedback je terugkrijgt bij zo'n praktijktest. Voor het NCJ is het in ieder geval waardevol genoeg, om er mee door te gaan. Hun argumentatie richting de professional is ook altijd: 'nu kan je iets van de richtlijn vinden, zodat je er later iets mee kan.'
- Aan Bronwynn wordt gevraagd of zij ook manieren hebben om te toetsen of een richtlijn geïmplementeerd is. Zij hebben wel een monitoringsvragenlijst met de kernaanbevelingen van de richtlijn (oa wordt het geregistreerd?). Deze wordt niet heel massaal gebruikt.
- Bronwynn geeft aan dat het zeer verschillend is per instelling of de zorgprofessional bijvoorbeeld een e-learning onder werktijd mag volgen. Het NCJ probeert wel de staf en het management mee te nemen in de communicatie, zodat de specialist er niet alleen voor staat.
- Een uitdaging is dat er steeds meer richtlijnmodules bijkomen en de beweging richting modulair onderhoud. Hoe ga je dan de implementatie borgen? Daarnaast zien WV'en zelf nog niet heel erg de verantwoordelijkheid voor implementatie van richtlijnen geeft Dunja aan. Ook moeten WV'en zich wel competent genoeg voelen ten aanzien van implementatie (dat kan een kink in de kabel zijn).
- Als de gelden via ZonMw gaan, zijn er wellicht meer mogelijkheden voor implementatie. Bij SKMS was dit niet mogelijk.
- Afgesproken wordt dat het Kennisinstituut en het NCJ in het voorjaar bij elkaar zullen polsen hoe het een en ander er mee staat wat betreft de implementatieprojecten.

Verslag uitwisseling ervaringen met disseminatie: TNO

Datum: 6 oktober 2020

Locatie: Zoom-vergadering

Tijd: 14:30 – 15:30 uur

5 **Aanwezig:** E. (Eline) Vlasblom (TNO), D. (Dunja) Dreesens (Kennisinstituut) M. (Marleen) van Son (Kennisinstituut), I. (Irina) Mostovaya (Kennisinstituut)

- 10 • Eline Vlasblom is werkzaam bij TNO. TNO ontwikkelt regelmatig richtlijnen voor de jeugdgezondheidszorg (ca. 80% van de JGZ richtlijnen). TNO is nu bezig met de Slimme Richtlijn Module, een decision-support systeem voor JGZ professionals. Het NHG heeft een soortgelijk instrument wat NHGDoc heet.
- 15 • De Slimme Richtlijn Module is nu ontwikkelt voor de richtlijn Lentegroei. Deze richtlijn heeft heel specifieke afkapwaarden en het is eigenlijk niet handmatig te berekenen tijdens een 10-minuten consult. Wat de slimme module doet is het automatisch doorrekenen met behulp van de ingevoerde gegevens in het EPD. Wanneer de groei afwijkend is, wordt dit met een bepaalde kleur aangegeven. Vervolgens komt het systeem dan met een passend advies uit de richtlijn. Omdat ouders vaak meekijken op het beeldscherm samen met de zorgprofessional is gekozen voor neutrale kleuren, om een schrikreactie bij de ouders te voorkomen.
- 20 • Aan de achterkant van het systeem zit een beslisboom. De richtlijn moet allereerst worden omgezet tot een beslisboom, hetgeen een flinke klus is. Er zijn ook statistici bij betrokken en TNO werkt met EagleScience Software samen. Het project is in 2018 gestart. Men is nu ook bezig de GroeiGids app te koppelen (het vroegere groeiboekje), zodat ouders de groei ook kunnen doorrekenen (en een seintje krijgen om contact op te nemen met JGZ als de groei afwijkend lijkt).
- 25 • Met 10 minuten uitleg konden de JGZ professionals goed uit de voeten met de Slimme Richtlijn Module. In enkele organisaties hebben JGZ professionals inmiddels gebruik gemaakt van de tool en een evaluatie heeft plaatsgevonden onder zo'n 20 gebruikers. Zij vonden het prettig werken en hebben de knop lengtegroei ook daadwerkelijk gebruikt.
- 30

Bijlage 4: Systematische Literatuuranalyse Disseminatietools voor Richtlijnen

5 Uitgangsvraag (NL)

Wat is de waarde van het gebruik van disseminatietools voor richtlijnen voor gezondheidszorgprofessionals?

Clinical question (ENG)

10 What is the value of the use of guideline dissemination tools for health care professionals?

Inleiding

15 Implementatie van richtlijnen is een zeer belangrijk maar helaas vaak ook onderbelicht onderdeel van de kwaliteitscyclus. De eerste stap in het implementatieproces is disseminatie (verspreiding) van de richtlijn. Een geïdentificeerd knelpunt bij implementatie is dat medisch specialisten/wetenschappelijke verenigingen niet over de juiste hulpmiddelen beschikken om richtlijnen te dissemineren. Disseminatietools zijn bedoeld zijn om (de informatie uit) richtlijnen bekendheid te geven en verder te verspreiden onder de doelgroep, bijvoorbeeld door een samenvatting van de richtlijn, infographic, beslisbomen/flowcharts, PowerPoint presentatie, online quiz of een e-learning.

20

Search and select

A systematic review of the literature was performed to answer the following question: What are the (un)favourable effects of the use of guideline dissemination tools to support the uptake of guideline information for health care professionals?

25

P: patients	guideline users
I: intervention	dissemination tool
C: control	other dissemination tool than used as intervention/no dissemination tool
30	
O: outcome measure	guideline knowledge; adherence; process and quality of care (clinical and patient) outcomes

Search and select (Methods)

35 The databases Medline (via OVID) and Embase (via Embase.com) were searched with relevant search terms from 2010 until March 2020. This systematic literature search resulted in 316 hits. To retrieve more relevant studies, an additional search was performed in the database Scopus (May 2020). Scopus is a comprehensive source-neutral abstract and citation database from Elsevier with peer-reviewed publications. Field of interests selected

40 in Scopus were medical, nursing, psychological, and health care professionals. The search in Scopus retrieved 642 hits, after removal of duplications, 617 publications remained. The searches in the three databases combined resulted in 933 hits. The detailed search strategies are depicted under the tab Methods.

45 Studies were selected based on the following criteria: 1) the study design was a (cluster) randomized controlled trial (RCT); 2) the dissemination intervention was received by health care professionals; 3) the dissemination intervention targeted clinical guideline recommendations; 4) the dissemination tool was applied in high income countries; and 4) the intervention did not consist of very profound implementation strategies (e.g., introducing clinical pathways in hospitals; decision support tools build in electronical patient records).

50

Eighteen studies were initially selected based on title and abstract screening. After reading the full text, 14 studies were excluded (see the table with reasons for exclusion under the tab Methods), and 4 studies were included.

Results

5 One systematic review and three cluster-RCTs were included in the analysis of the literature (Flodgren 2016; Etxeberria, 2018; Pinto, 2018; Bosch, 2019). Important study characteristics and results are summarized in the evidence tables. The assessment of the risk of bias is summarized in the risk of bias tables.

10 **Summary of literature**

Description of studies

15 **Flodgren (2016)** performed a Cochrane review on the effectiveness of (implementation) tools developed and disseminated by guideline producers to improve the uptake of their clinical practice guidelines. A secondary objective was to determine which approaches to guideline implementation were most effective. Literature databases were searched up to February 2016. Study designs eligible for inclusion were RCTs and cluster-RCTs, controlled before-and-after studies (CBAs) and interrupted time series (ITS) (i.e., CBAs were eligible for inclusion if they involved at least two intervention and two control sites, and ITS studies were eligible if they had at least three data points before and three data points after the intervention). The guideline could target any clinical area. In addition, excluded were tools developed by groups of researchers/guideline groups on commission (no longer existing) and studies without providing objective measurements of the effect of these interventions on professional practice or patient outcomes. The main outcome of this Cochrane review were objective measures of healthcare professional performance, healthcare resource use or patient outcomes. Secondary outcomes were self-reported measures, including knowledge or use of clinical practice guidelines.

25 Four cluster-RCTs were eligible for inclusion in this Cochrane review (Bekkering 2005; Daucourt 2003; Fine 2003; Shah 2014). Meta-analysis was not feasible, since the targeted clinical conditions and behaviour, as well as the guideline tools used, all varied between studies. Studies were conducted in the Netherlands, France, the USA, and in Canada. Targeted behaviour of the clinical practice guideline was care for people with non-specific low back pain (Bekkering 2005; n=68 private physiotherapy practices), appropriate thyroid-test ordering (Daucourt 2003; n=13 hospitals), timely conversion (and discharge) from intravenous antibiotic therapy to oral antibiotics for people with pneumonia (Fine 2003; n=13 hospitals), and improved cardiovascular risk screening and risk reduction in people with diabetes (Shah 2014; n = 4007 and n=80 family practices).

30 **Etxeberria (2018)** performed a cluster-RCT to evaluate the effectiveness of a multifaceted tailored intervention targeting clinician education for the implementation of three cardiovascular risk-related clinical practice guidelines (type 2 diabetes, hypertension and dyslipidemia) in primary care units (PCU) in Spain. Included were 43 primary care units (PCU) involving 448 family physicians. In the control group, guidelines were introduced in the usual way by email, published on the intranet and presented in clinical meetings in every primary care unit by local physicians. In the intervention group, the implementation also included presentation meetings led by physicians who took part in the development of each guideline, access to a specifically designed website, and workshops for family physicians and nurses (on coronary risk assessment; diabetic foot). Electronic medical records were reviewed from patients who attended their PCU during the baseline and post intervention periods and had a diagnosis of type 2 diabetes or hypertension or were eligible for coronary

risk (CR) assessment. Primary endpoints were annual HbA1c testing (diabetes), annual general laboratory testing (hypertension) and annual CR assessment (dyslipidemia).

5 **Bosch (2019)** performed a cluster-RCT to evaluate an implementation intervention designed to increase the uptake of three clinical guideline recommendations regarding the management of adult patients with mild head injuries who present to Australian emergency departments (EDs). Fourteen EDs were allocated to the intervention and 17 to the control condition. A total of 1943 patients were identified from medical records for inclusion in the study. A total of 343 patients participated in follow-up interviews at 4.3 to 10.7 months post-
10 ED presentation. In the control group, EDs only received an electronic/printed copy of the 'Initial management of closed head injury in adults' guideline. The intervention involved local stakeholder meetings, identification and training of nursing and medical local opinion leaders, train-the-trainer workshops and standardised education materials, and interactive workshops delivered by the opinion leaders to others within their EDs during a 3 month
15 period. Important clinical outcome measures of this study were appropriate post-traumatic amnesia screening (PTA), using clinical criteria for the appropriate use and timing of computed tomography imaging (CT), and the provision of written patient information upon discharge from the ED. Criteria that justify a CT scan were age 65 or older; GCS < 15, amnesia, suspected skull fracture, vomiting and coagulopathy. The primary patient outcome
20 was level of anxiety measured with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Pinto (2018) performed a cluster-RCT to evaluate the effectiveness of educational outreach visits compared with usual guideline dissemination to improve Portuguese family physician prescribing. Thirty-eight primary care practices with 239 physicians were randomized (120
25 intervention and 119 control). Three national guidelines were chosen (non-steroidal anti-inflammatory drugs; acid secretion modifiers; antiplatelets), with the aim of improving rational prescribing: in one case to increase the usage of a specific drug (i.e., prescription omeprazole) and in two other cases to decrease drug usage (i.e., prescription COX-2
30 inhibitors and clopidogrel). The intervention consisted of three educational outreach visits for each guideline (15-20 minutes) at the primary care practice. One-to-one visits were encouraged. Key messages about the guideline were delivered by the detailer, addressing scientific evidence, and benefits of following the guideline, barriers, and facilitators of change. A point of care summary was distributed with each visit, and a brochure was used
35 by the detailer as a visual aid. Physicians in the control group received passive guideline dissemination: publication of the guideline on the Directorate-General for Health's website. Drug dispensing and cost data was provided by the Lisbon Regional Health Administration.

Results

40 **Flodgren (2016)**
Tools developed by guideline producers, and given to healthcare professionals as an aid to improve compliance, probably lead to greater adherence to guidelines (median absolute risk difference (ARD) 13.5%) at an average four weeks follow-up (moderate quality evidence). The effect ranged from 11.5% in one study (two tailored short educational workshops to improve management of non-specific low back pain) to 15.9% in the other (a pocket
45 memorandum card and test-request form to improve thyroid-test ordering). Neither study reported baseline adherence, and it appeared that no guideline for the specific targeted behaviours and conditions was previously in place. There was low certainty of evidence from one trial for little or no difference in costs between groups. Due to the few eligible studies identified, and the variety of interventions implemented, it could not determine
50 which approaches are most effective.

Etxeberria (2018)

5 The multifaceted implementation intervention did not result in a higher percentage of
diabetes patients having at least one annual HbA1c measurement (weighted mean
difference [WMD] 3.83 (95% CI -3.49 to 11.15), p=0.297)). No differences were seen
in the number of hypertensive patients in whom general annual laboratory tests were
10 performed (WMD 16.22 (95% CI -7.35 to 39.80), p=0.172)). On the other hand, there were
differences in the percentages of men (WMD 12.91 (95% 5.24 to 20.57), p=0.001)) and
women that were screened for coronary risk (WMD 13.58 (95% CI 5.00 to 22.16), p=0.003)).

Regarding secondary endpoints, annual CR assessment was significantly higher in both
diabetic (WMD 28.16 (95% CI 7.22 to 49.08), p=0.010)) and hypertensive patients (WMD
15 27.55 (95% CI 7.38 to 47.71), p=0.009)) in the intervention group. Rates of CR assessment
before starting new statin treatments also increased (WMD 23.09 (95% CI 7.26 to 38.92),
p=0.005)), resulting in a lower rate of statin prescribing in low risk women (WMD -3.08 (95%
CI -5.20 to -0.94), p= 0.006)). Diuretic prescribing was higher in the intervention group
(WMD 20.58 (95% CI 6.44 to 34.73), p=0.005)). Clinical outcomes (HbA1c and blood pressure
20 control) did not differ between groups.

Bosch (2019)

Patients attending intervention EDs (n = 893) compared with control EDs(n = 1050) were
more likely to have been appropriately assessed for PTA (adjusted odds ratio (OR) 20.1,
25 95%CI 6.8 to 59.3; adjusted absolute risk difference (ARD) 14%, 95%CI 8 to 19). The odds of
compliance with recommendations for CT scanning and provision of written patient
discharge information were small (OR 1.2, 95%CI 0.8 to 1.6; ARD 3.2, 95%CI - 3.7 to 10 and
OR 1.2, 95%CI 0.8 to 1.8; ARD 3.1, 95%CI - 3.0 to 9.3 respectively). The intervention had a
small effect on anxiety levels (adjusted mean difference - 0.52, 95%CI - 1.34 to 0.30; scale
30 0-21, with higher scores indicating greater anxiety).

Pinto (2018)

No differences were found between family physicians in the intervention and control groups
regarding the use of omeprazole in PPI prescriptions 18 months after the educational
35 outreach visits (46.28%, 95% CI 43.77-48.79 versus 47.15%, 95% CI 44.39-49.91; p = 0.971)
or the use of COX-2 inhibitors in NSAID prescriptions (12.07%, 95% CI 9.75-14.41 versus
13.08%, 95% CI 10.75-15.41; p = 0.085). In addition, no differences were found in the use of
clopidogrel in antiplatelet prescriptions (defined daily dosis/1000 0.091, 95% CI 0.083-0.100
versus 0.091, 95% CI 0.082-0.100; p=0.840). All secondary outcome comparisons showed no
40 effect. There was no difference in cumulative drug costs at 18 months (3223.50€/1000
patients in the intervention group and 3143.92€/1000 patients in the control group, p =
0.848).

Overall summary of results

45 The included studies compared active dissemination strategies towards clinical guideline
recommendations with passive dissemination. Large variations existed between studies
regarding the targeted patient groups (i.e., medical conditions), settings (primary versus
secondary care), applied type of dissemination tools, guideline recommendations, and
outcome measures. Therefore, the results of the studies could not be pooled. The use of
50 dissemination tools may improve the adherence to guideline recommendations. It could not
be determined which dissemination tools were most effective, since no studies were found

that compared different dissemination tools to improve the adherence to guidelines to each other.

- 5 Level of evidence of the literature
 (Cluster) RCTs start at a high GRADE. The level of evidence was downgraded by two levels to a low GRADE because of inconsistency (-2) (conflicting results).

Conclusions

10

low GRADE	The use of dissemination tools may improve the adherence to guideline recommendations slightly compared to passive dissemination. <i>Sources: Flodgren, 2016; Etxeberria, 2018; Pinto, 2018; Bosch, 2019</i>
------------------	---

- GRADE	No studies were found that compared different dissemination tools to improve the adherence to guidelines to each other. <i>Sources: -</i>
----------------	--

The work of Grimshaw 2004

- 15 The systematic review of Grimshaw (2004) on the effectiveness and costs of different
 guideline dissemination and implementation strategies was published before the applied
 search period and was not totally conform the study selection criteria (i.e., included studies
 were RCTs, controlled clinical trials (CCT), CBAs, and ITS)). However, it is an extensive review
 on the topic dissemination and was therefore seen as an important work by the project
 20 working group and outlined below.

25 Literature databases were searched up to 1998 by Grimshaw. The studies included were 139
 (59.1%) RCTs, 17 CCTs (7.2%), 40 CBAs (17.0%), and 39 (16.6%) ITS designs. Methodological
 quality was assessed using the Cochrane EPOC group criteria. Overall, the quality of studies
 was difficult to determine owing to poor reporting. In 69% of the RCTs, CCTs and CBAs the
 control group did not receive any intervention, in 22% the control received a single
 intervention and in 10% the control received more than one intervention. The studies were
 conducted in 14 different countries (i.e., 71% USA). The most common setting was primary
 care (39%). The single behaviour most frequently targeted was general management of the
 30 problem in 19%, followed by prescribing in 14% of studies and test ordering in 8%. We
 focused on a subset of studies including the single interventions education materials or
 education meetings versus no-intervention control groups.

35 The results suggest that *educational materials* (n=18 studies) may have a modest effect on
 guideline implementation that may be short lived. However, the evidence base is sparse and
 of poor quality. There are relatively few evaluations of *educational meetings* against a no-
 intervention control (n=3). The results suggest that the effects, if any, are likely to be small.

40

Literatuur

- Bosch M, McKenzie JE, Ponsford JL, Turner S, Chau M, Tavender EJ, Knott JC, Gruen RL, Francis JJ, Brennan SE, Pearce A, O'Connor DA, Mortimer D, Grimshaw JM, Rosenfeld JV, Meares S, Smyth T, Michie S, Green SE. Evaluation of a targeted, theory-informed implementation intervention designed to increase uptake of emergency management recommendations regarding adult patients with mild traumatic brain injury: results of the NET cluster randomised trial. *Implement Sci.* 2019 Jan 17;14(1):4. doi: 10.1186/s13012-018-0841-7. PMID: 30654826; PMCID: PMC6337860.
- 5
- 10 Etxeberria A, Alcorta I, Pérez I, Emparanza JI, Ruiz de Velasco E, Iglesias MT, Rotaache R. Results from the CLUES study: a cluster randomized trial for the evaluation of cardiovascular guideline implementation in primary care in Spain. *BMC Health Serv Res.* 2018 Feb 8;18(1):93. doi: 10.1186/s12913-018-2863-x. PMID: 29422049; PMCID: PMC5806349.
- 15 Flodgren G, Hall AM, Goulding L, Eccles MP, Grimshaw JM, Leng GC, Shepperd S. Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Aug 22;(8):CD010669. doi: 10.1002/14651858.CD010669.pub2. PMID: 27546228.
- 20 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess.* 2004 Feb;8(6):iii-iv, 1-72. doi: 10.3310/hta8060. PMID: 14960256.
- 25 Pinto D, Heleno B, Rodrigues DS, Papoila AL, Santos I, Caetano PA. Effectiveness of educational outreach visits compared with usual guideline dissemination to improve family physician prescribing-an 18-month open cluster-randomized trial. *Implement Sci.* 2018 Sep 5;13(1):120. doi: 10.1186/s13012-018-0810-1. PMID: 30185197; PMCID: PMC6126017.
- 30

Evidence tables

First author; year, study design; country	Study sample	Guideline developers; targeted behaviour; description dissemination tool	Outcome measures; results	Remarks, authors' conclusions
<p>Bekkering, 2005 in Cochrane review of Flodgren 2016</p> <p><u>Study design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Country</u> The Netherlands</p>	<p><u>Health care professionals</u> 113 physiotherapists in 68 private physiotherapy practices</p> <p><u>Patients</u> 500 patients with non-specific low back pain</p>	<p><u>Guideline (developers)</u> The Royal Dutch Physiotherapy Association</p> <p><u>Targeted behaviour</u> management of non-specific low back pain (4 main recommendations)</p> <p><u>Intervention: interactive training workshop (face-to-face)</u> An active strategy to implement the CPGs which consisted of 2 training sessions, each lasting 2½ hours, for groups of 8 – 12 physiotherapists. For each session a preparation time of 2 hours was recommended. The sessions were based on interventions shown to be effective, such as interactive education and discussion, feedback and reminders. The content of the strategy was determined on the basis of information about the expected barriers for implementation gathered during the development of the clinical guidelines. Two experts gave advice on the content of the strategy.</p> <p><u>Control: passive guideline dissemination</u> All physiotherapists received the clinical guidelines via the standard method of dissemination (by mail) used by the Royal Dutch Society for Physiotherapy. They received the guidelines by mail together with 4 forms: a self-evaluation form to assess whether their current management was consistent with the recommendations contained in the clinical</p>	<p><u>Adherence to recommendations</u> Median ARD +0.015, 11.5% higher adherence in the intervention group.</p> <p><i>Recommendation Limit number of sessions in normal course back pain*</i> I: 32 (27), n=247 C: 14 (13), n=253 Median absolute risk difference (ARD): 0.14%</p> <p><i>Recommendation Set functional treatment goals*</i> I: 188 (79) C: 180 (71) Median ARD: 0.08%</p> <p><i>Recommendation Use mainly active interventions*</i> I: 183 (77) C: 154 (60) Median ARD: 0.17%</p> <p><i>Recommendation Give adequate information*</i> I: 229 (96) C: 221 (87) Median ARD: 0.09% *an increase was desirable for all outcomes</p> <p><u>Quality of Life</u> Assessed with the EQ-5D1, mean (SD)</p> <p><i>Baseline</i> I: 0.6730 (0.2042) C: 0.6134 (0.2661), P = 0.006.</p> <p><i>At 6 weeks</i> I: 0.7778 (0.1978) C: 0.7497 (0.2316)</p> <p><i>At 12 weeks</i> I: 0.8141(0.1988) C: 0.7873 (0.2210) <i>Note: results for 26 and 52 weeks reported graphically</i></p> <p><u>Annual cost, mean (SD) in Euros</u> <i>Direct costs:</i> I: 374 (437)</p>	

		guidelines, 2 forms facilitating discussion with other physiotherapists and general practitioners respectively, and a copy of the Quebec Back Pain Disability Scale. A summary of the clinical guidelines was also provided. At the same time an article about the development of the guidelines was published in a Dutch professional journal for physiotherapists.	C: 449 (572) <i>The costs (Euro) of releasing a new guideline for low back pain to 18,000 physiotherapists:</i> I (active strategy): 87,416 C (passive strategy): 63,101	
Bosch, 2019 (ACTRN12612001286831) <u>Study design</u> Cluster RCT <u>Country</u> Australia Two levels of participation in the study were offered: NET and NET-Plus. In NET, clinical practice outcomes, but not patient outcomes, were measured, while in NET-Plus, both were measured.	<u>Health care professionals</u> Emergency Departments (ED) (n=31) with its medical and nursing clinicians. <u>Patients</u> A retrospective chart audit of the ED medical records was conducted to identify eligible patients. Eligible patients were contacted by telephone by an ED staff member and invited to participate in a follow-up telephone interview by psychologists experienced in interviewing individuals with brain trauma. -NET-trial patients: A total of 1943 patients were identified from medical records for inclusion in the study. -NET Plus patients: 343 patients participated in the patient follow-up study.	<u>Guideline (developers)</u> three key clinical evidence-based clinical practice guidelines (EBCPG) recommendations regarding the management of adult patients (18 years of age or older) who present to Australian EDs with mild head injuries (<i>NSW Institute of Trauma and Injury Management. Initial management of closed head injury in adults, second edition. North Sydney: NSW Ministry of Health; 2011</i>) <u>Targeted behaviour</u> -Post-traumatic amnesia should be prospectively assessed in the emergency department using a validated tool -Guideline-developed criteria or clinical decision rules should be used to determine the appropriate use and timing of computed tomography imaging -Verbal and written patient information consisting of advice, education and reassurance should be provided upon discharge from the emergency department <u>Intervention</u> -One hour face-to-face multidisciplinary stakeholder meeting in each participating ED: discussing the key recommendations and underlying evidence; discussing intervention	<u>Appropriate post-traumatic amnesia screening (PTA), n(%)</u> I: 117/893 (13) C: 12/1050 (1.1) Adjusted OR* 20.1 (95% CI 6.8, 59.3), p< 0.001 Adjusted ARD 14% (95% CI 8, 19) <u>CT scan-clinical criteria (CT), n(%)</u> (criteria that justify a scan are age 65 or older; GCS < 15, amnesia, suspected skull fracture, vomiting and coagulopathy) I: 352/491 (75) C: 337/494 (68) Adjusted OR 1.2 (95% CI 0.8, 1.6), p=0.375 Adjusted ARD 3.2 (95% CI - 3.7, 10.0) <u>Provision written patient information (INFO), n(%)</u> I: 160/785 (20) C: 175/944 (19) Adjusted OR 1.2 (95% CI 0.8, 1.8), p=0.302 Adjusted ARD 3.1 (95% CI - 3.0, 9.3) <u>Anxiety patients, mean (SD/N) (%)</u> Anxiety measured using the anxiety items in the Hospital Anxiety and Depression Scale giving a score between 0 and 21, higher scores indicate higher levels of anxiety and a score > 7 indicates clinically significant anxiety I: 10/125, 3.4 (3.85) C: 14/218, 4.3 (4.01) Adjusted effect** MD-0.52 (95% CI - 1.34, 0.30), p=0.216	<u>Remarks</u> -the majority of EDs invited to participate in the trial declined participation -trial outcomes were dependent on the recording practices and clinical information available in the medical record -The duration of the follow-up of the study may also have been a limitation (i.e., too short). We collected chart audit data over the 2 months directly following a 3-month local intervention delivery period in each site. <u>Authors' conclusions</u> The intervention had an important impact on appropriate PTA assessment, but did not have an appreciable impact on appropriate CT scanning and written patient information on discharge at 2 months follow-up. The estimated intervention effect on anxiety was of limited clinical significance.

		<p>components and how to overcome anticipated barriers for their implementation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification of <i>multidisciplinary local opinion leader team</i> (medical and nursing) -One day <i>train the trainer interactive workshop</i> consisting of information provision and skills training -Opinion leaders were asked to provide <i>training to their staff members over a 3 month period of time</i> (provided with power-point presentations with standardised text and other training materials) -<i>Provision of relevant tools and materials</i> (e.g. PTA screening tools, CT-head rules and patient information booklets. <p><u>Control: guideline and data collection reminders only</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -An <i>electronic/printed copy</i> of 'Initial management of closed head injury in adults' guideline -<i>Data collection reminder sticker/flag</i> in system and education around the importance of documenting information for mTBI patients to optimise data collection. 	<p>*All models (unless otherwise noted) adjusted for the minimisation factors and pre-specified confounder</p> <p>**Adjusted effects are adjusted mean differences or adjusted odds ratios</p>	
<p>Daucourt, 2003 in Cochrane review of Flodgren 2016</p> <p><u>Study design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Country</u> France</p>	<p><u>Health care professionals</u> 1412 physicians of 6 general hospitals</p> <p><u>Patients</u> Not applicable</p>	<p><u>Guideline (developers)</u> The Committee for Coordinating Clinical Evaluation and Quality in Aquitaine (CCECQA) developed guidelines in collaboration with a regional working group and a national review.</p> <p><u>Targeted behaviour</u> appropriate thyroid function testing (number of recommendations not reported)</p> <p><u>Intervention: dual intervention group memorandum pocket card and a test request form</u> A Memorandum Pocket Card (MPC) and a Test Request Form (TRF).The TRF replaced the former</p>	<p><u>Adherence: global Guideline Conformity Rate</u> (proportion of thyroid function test ordering in accordance with the guidelines)</p> <p>Median ARD: +0.159% I: Post 77.9% (95% CI 68.9 to 87.0) C: Pre 62.0% (95% CI 47.7 to 76.4)</p> <p><i>Note: only results for the dual intervention presented here</i></p> <p><u>Costs</u> Cost paper awaits translation</p>	

		<p>order sheet. It was a 2-by-2 grid with coloured boxes (white, grey, black). Orders were made by checking the box at the intersection between test and clinical situations. Boxes corresponding to inappropriate test ordering were shaded, therefore making ordering impossible. The physician could overrule this by writing down the order at the bottom of the sheet. The MPC summarised the recommendations according to the various clinical or therapeutic situations requiring thyroid exploration. It was small enough for physicians to keep it in their coat pocket and to consult it before prescribing thyroid function test.</p> <p><i>Note:</i> 2 study arms (Order Form Group, n = 339; Pocket Card Group, n = 369) were not included in this review</p> <p><u>Control: guideline only</u> Physicians in all groups received guidelines and were invited to a local information meeting.</p>		
<p>Etxeberria, 2018 (ISRCTN 88876909)</p> <p><u>Study design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Country</u> Spain (two urban primary care districts in the Basque Health Service (Ekialde and Bilbao))</p>	<p><u>Health care professionals</u> 43 primary care units (PCU): 448 family physicians</p> <p><u>Patients</u> Electronic medical records were reviewed from patients who attended their PCU during the baseline and post intervention periods and met one of the following inclusion criteria: -Had a diagnosis of type 2 diabetes -Had a diagnosis of hypertension -Were eligible for coronary risk (CR) assessment</p>	<p><u>Guideline (developers)</u> three cardiovascular risk-related clinical practice guidelines (type 2 diabetes, hypertension and dyslipidemia) in primary care</p> <p><u>Targeted behaviour</u> annual HbA1c testing (diabetes), annual general laboratory testing (hypertension) and annual CR assessment (dyslipidemia)</p> <p><u>Intervention: multifaceted intervention</u> -Presentation meetings led by physicians who took part in the development of each guideline. -Access to a specifically designed website with very</p>	<p>Primary endpoints</p> <p><u>Annual HbA1c testing (diabetes)</u> WMD 3.83 (95% CI -3.49 to 11.15), p=0.297 ICC 0.0309</p> <p><u>Annual general laboratory testing (hypertension)</u> WMD 16.22 (95% CI -7.35 to 39.80), p=0.172 ICC 0.0039</p> <p><u>Eligible women with CR assessment (dyslipidemia)</u> WMD 13.58 (95% CI 5.00 to 22.16), p=0.003 ICC 0.0223</p> <p><u>Eligible men with CR assessment (dyslipidemia)</u> WMD 12.91 (95% 5.24 to 20.57), p=0.001 ICC 0.0000</p>	<p><u>Remarks</u> -Close to the end of the follow-up period, a new PCU was created in Bilbao, with eight family physicians, six of them moving from two PCUs previously included in the control group and two new physicians. Patients reallocated to this new PCU were previously assigned to two PCU in the control group, and hence, the researches decided to pool the data from the new PCU with the rest of control group -During the study, 11 new posts were created for physicians, 7 of</p>

		<p>quick and simple access to recommendations application tools such as algorithms linked to recommendations and materials for patients, and links to websites providing drug-related information for professionals.</p> <p>-Workshops for family physicians and nurses: CR workshops for the physicians and nursing staff, diabetic foot workshops for nursing staff. The 4-hour workshops were based on case studies, delivered by local leaders and focused on the different guideline users.</p> <p>-Steps used in the control group (introducing guidelines as usual)</p> <p><u>Control: introducing of the guidelines in the usual way</u> Guidelines were</p> <ul style="list-style-type: none"> -circulated by email -published on the intranet -presented in clinical meetings in every primary care unit by local physicians. 	<p>Secondary endpoints</p> <p><u>Diabetes guideline</u> <i>HbA1c < 7%</i> WMD -3.05 (95% CI -9.16 to 3.07), p=0.320 <i>Annual general laboratory testing</i> WMD 3.83 (95% CI -30.74 to 38.41), p=0.824 <i>Annual coronary risk assessment</i> WMD 28.16 (95% CI 7.22 to 49.08), p=0.010 <i>Annual foot examination</i> WMD 13.08 (95% CI -5.30 to 31.45), p=0.158 <i>Blood pressure < 140/80 mmHg</i> WMD -2.52 (95% CI -12.10 to 7.06), p=0.598 <i>Metformin/All new antidiabetic monotherapy</i> WMD 17.83 (95% CI -3.22 to 38.88), p=0.095</p> <p><u>Hypertension guideline</u> <i>Blood pressure < 140/90 mmHg</i> WMD 3.76 (95% CI -4.14 to 11.66), p=0.342 <i>Annual coronary risk assessment</i> WMD 27.55 (95% CI 7.38 to 47.71), p=0.009 <i>Diuretics/All new antihypertensive monotherapy</i> WMD 20.58 (95% CI 6.44 to 34.73), p=0.005 <i>Beta blockers/All new antihypertensive monotherapy</i> WMD -8.24 (95% CI -21.77 to 5.29), p=0.226 <i>ARB-II/All new antihypertensive monotherapy</i> WMD 11.32 (95% CI -10.16 to 32.81), p=0.293</p> <p><u>Dyslipidemia guideline</u> <i>New statin treatments with previous coronary risk assessment</i> WMD 23.09 (95% CI 7.26 to 38.92), p=0.005 <i>New statin treatments in low-risk women</i> WMD -3.08 (95% CI -5.20 to -0.94), p=0.006 <i>Patients with coronary heart disease receiving statin treatment</i></p>	<p>them in the intervention and 4 in the control group. A total of 72 family physicians out of 448 were changed during the study, the proportion being similar in both groups.</p> <p><u>Authors' conclusion</u> Significant differences between groups were observed in primary outcomes related with dyslipidemia CPG, but the primary endpoints proposed for diabetes and hypertension guidelines did not differ significantly.</p>
--	--	--	---	--

			<p>WMD 13.47 (95% CI -14.36 to 41.30), p=0.334</p> <p>WMD=weighted mean difference ICC=intracluster correlation coefficient</p>	
<p>Fine, 2002 in Cochrane review of Flodgren 2016</p> <p><u>Study design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Country</u> USA (Pittsburg, Pennsylvania)</p>	<p><u>Health care professionals</u> 545 physicians of 7 not-for-profit hospitals)</p> <p><u>Patients</u> 608 patients treated by a participating physician and who had a documented treatment plan for hospital-acquired pneumonia, and a chest radiograph report consistent with a new pulmonary infiltrate</p>	<p><u>Guideline (developers)</u> Researchers who were part of the Pneumonia Patient Outcomes Research Team (PORT)</p> <p><u>Targeted behaviour</u> appropriate duration of intravenous antibiotic therapy for treatment of pneumonia (a 2-step recommendation)</p> <p><u>Intervention: detail sheets/treatment recommendations in patient records; telephone reminder</u> An educational mailing delivered to physicians and a daily assessment of patient stability that was coupled with a multifaceted strategy to implement the project guideline once a patient met criteria for stability.</p> <p>A detail sheet was placed in the patient's medical record once a patient met guideline criteria for stability, a follow-up recommendation to the attending physician, and an offer to arrange follow-up home nursing care. One of the 3 site-specific detail sheets promoting the recommended action(s) (i.e. conversion from intravenous to oral antibiotic therapy only, conversion and hospital discharge, or hospital discharge only) was placed in the physician progress notes section of each patient's chart immediately following the determination of the corresponding type(s) of stability. At this time, the research nurse telephoned or directly approached the patient's attending physician to state that the patient met guideline criteria for conversion to oral</p>	<p><u>Adherence</u> No adherence outcomes reported, only proxies</p> <p><u>In-hospital medical complications, number (%)</u> I: 157 (55) C: 206 (63) P=0.04</p> <p><u>Functional status</u> Measured with the SF-12 <i>SF-12 physical health composite score</i> I: 45 ± 7, n = 181 C: 45 ± 7, n =223 P=0.71</p> <p><i>SF-12 mental health composite score</i> I: 45 ± 6 C: 45 ± 7 P=0.71</p> <p><u>Patient satisfaction with care, number (%)</u> <i>Not satisfied with overall care</i> I: 12 (5.3), n= 228 C: 11 (4.0), n = 273 P= 0.67</p> <p><i>Believed length of stay was too short</i> I: 59 (26.1) C: 54 (20.2) P=0.16</p> <p><u>Return to usual activities, HR (95% CI)</u> Nonworkers: 1.09 (0.83 to 1.43), P= 0.55 Workers: 0.85 (0.54 to 1.35); P = 0.49</p> <p><u>Return to work (workers)</u> 0.99 (0.63 to 1.58) P = 0.98</p> <p><u>Mortality all-cause, number (%)</u> I: Intervention: 22 (8), n =283 C: Control: 29 (9), n = 325 P = 0.70</p> <p><u>Pneumonia-related</u></p>	

		<p>antibiotic therapy or hospital discharge (or both); to indicate that the detail sheet had been placed in the medical record and review its content with the physician; and to offer to take a verbal order for oral antibiotic therapy and make arrangements for home nursing care.</p> <p><u>Control: passive guideline dissemination</u> The educational mailing was delivered to physicians in both study arms during the month before patient recruitment began. The control group receive a practice guideline alone. This mailing included a cover letter signed by the hospital's utilisation management director describing the rationale for the guideline and a written version of the guideline.</p>	<p><u>mortality, number (%)</u> I: Intervention: 15 (5) C: Control: 23 (7) P = 0.44</p> <p><u>Length of index hospital (days) stay, median (IQR)</u> I: 5.0 (3.0 to 7.0) C: 5.0 (3.0 to 8.0) HR (95% CI): 1.16 (0.97 to 1.38), P = 0.11</p> <p><u>Rehospitalisation number (%)</u> I: 37 (14) C: Control:33 (11) P= 0.42</p> <p><u>Duration (days) of intravenous antibiotic therapy, median (IQR)</u> I: 3.0 (2.0 to 5.0), n =283 C: 4.0 (2.6 to 6.0), n = 325 HR (95% CI): 1.23 (1.00 to 1.52), P = 0.06</p>	
<p>Pinto, 2018 TEP-trial (NCT01984034)</p> <p><u>Study design</u> Cluster-RCT</p> <p><u>Country</u> Portugal</p>	<p><u>Health care professionals</u> Portuguese NHS primary care practices (family physicians) (i.e, a practice was eligible to participate if it had at least four physicians): N= 38 clusters with 239 participating physicians.</p> <p><u>Patients</u> Not applicable. Drug dispensing and cost data was provided by the Lisbon Regional Health Administration.</p>	<p><u>Guideline (developers)</u> Three national guidelines: 1) non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) 2) acid secretion modifiers and proton pump inhibitors (PPI) 3) antiplatelets</p> <p><u>Targeted behaviour</u> Improving rational prescribing: -reduction of the proportion of COX-2 inhibitors prescribed among the NSAID class -an increase in omeprazole prescriptions -less use of clopidogrel</p> <p><u>Intervention: educational outreach visits</u> Three educational outreach visits during a 6-month period: one 15 to 20 min educational outreach visit at the primary care practice for each guideline. One-to-one visits were encouraged. The detailers were three members of the research team and nine physicians that were trained for the</p>	<p><u>Prescription COX-2 inhibitors 18 months after the intervention, % (95% CI)</u> I: 12.07 (9.75–14.41) C: 13.08 (10.75–15.41) P=0.085</p> <p><u>Prescription omeprazole 18 months after the intervention, % (95% CI)</u> I: 46.28 (43.77–48.79) C: 47.15 (44.39–49.91) P=0.971</p> <p><u>Clopidogrel 18 months after the intervention, DDD/1000 (95% CI)</u> I: 0.091 (0.083–0.100) C: 0.091 (0.082–0.100) P=0.840</p> <p><u>Cost 1–18 m/1000 total, € (95% CI)</u> I: 3223.50 (2999.55–3447.44) C: 3143.92 (2917.61–3370.23) P=0.848</p> <p>DDD=defined daily dosis</p>	<p><u>Remarks</u> - Of the 360 planned outreach visits, 322 (89.4%) were made. 118 Of 120 physicians had at least one visit -likely selection bias for participation. When compared with regional data, recruitment was higher among family health units than among personalized health care units, and the observed baseline proportions of COX-2 inhibitors and omeprazole were lower than in our pilot data for the region (i.e., less margin for improvement)</p> <p><u>Authors' conclusions</u> Educational outreach visits were unsuccessful in improving family physicians' compliance with guideline</p>

		<p>trial. Key messages about the guideline were delivered by the detailer, addressing scientific evidence, and benefits of following the guideline, barriers, and facilitators of change. A point of care summary was distributed with each visit, and a brochure was used by the detailer as a visual aid.</p> <p><u>Control: passive guideline dissemination</u> Usual guideline implementation consisted of passive dissemination by their publication on the Directorate-General for Health's website.</p>		<p>recommendations to decrease the relative use of COX-2 inhibitors in NSAID prescriptions, increase the relative use of omeprazole in PPI prescriptions, and decrease clopidogrel use in antiplatelet prescriptions.</p>
<p>Shah, 2014 in Cochrane review of Flodgren 2016</p> <p><u>Study design</u> Cluster RCT</p> <p>2 separate studies -Administrative data study -Clinical data study</p> <p><u>Country</u> Canada</p>	<p><u>Administrative data study*</u> N=4007 practices I: 2008 C: 1999</p> <p><u>Clinical data study</u> <u>Health care professionals</u> 80 family practices</p> <p><u>Patients</u> 1592 patients</p> <p>*Only results of the clinical data study are reported in this evidence table.</p>	<p><u>Guideline (developers)</u> Canadian Diabetes Association (and Expert Committee members)</p> <p><u>Targeted behaviour</u> management of cardiovascular risk factors and outcomes of cardiovascular disease in people with diabetes (number of recommendations: no information)</p> <p><u>Intervention (printed educational materials):</u> The cardiovascular disease toolkit was a collection of printed educational materials, packaged in a brightly coloured box with CDA branding, sent to Canadian family physicians.</p> <p>The contents included an introductory letter from the Chair of the practice guidelines' Dissemination and Implementation Committee; an eight-page summary of selected sections of the practice guidelines targeted towards family physicians; a four-page synopsis of the key guideline elements pertaining to cardiovascular disease risk; a small double-sided laminated card with a simplified algorithm for</p>	<p><u>Adherence</u> No adherence outcomes reported, only proxies.</p> <p><u>Proportion of participants reaching glycaemic control targets (HbA1c < 7.0%)</u> I: 58.5% C: 58.8% OR 0.93 (0.71 to 1.21), P = 0.58</p> <p><u>Proportion of participants reaching blood pressure control targets (< 130/80)</u> I: 52.8% C: 63.5% OR 0.72 (0.53 to 0.98), P = 0.04</p> <p><u>Proportion of participants reaching LDL-cholesterol control targets (< 2.0 mmol/L)</u> I: 59.2% C: 61.7% OR 0.90 (0.68 to 1.18), P = 0.43</p> <p><u>Proportion of participants reaching Total to HDL-cholesterol ratio (< 4.0)</u> I: 74.2% C: 76.8% OR 0.85 (0.63 to 1.14), P = 0.27</p> <p><u>When HbA1c > 8.0%</u> I: 11.8% C: 13.0% OR 0.98 (0.48 to 1.98), P = 0.95</p>	

		<p>cardiovascular risk assessment, vascular protection strategies, and screening for cardiovascular disease; and a pad of tear-off sheets for patients with a cardiovascular risk self-assessment tool and a list of recommended.</p> <p><u>Control: passive guideline dissemination:</u> Control providers received the Canadian Diabetes Association newsletter, which included the revised GL.</p>	<p><u>When blood pressure > 140/90</u> I: 5.6% C: 7.2% OR 0.67 (0.25 to 1.82), P = 0.43</p> <p><u>When LDL cholesterol > 3.0 mmol/L</u> I: 43.5% C: 45.2% OR 0.94 (0.53 to 1.67), P = 0.83</p> <p><u>Proportion of participants prescribed statins (new or renewed prescription)</u> I: 700 (88.1%) C: 725 (90.1%) OR 0.73, 95% CI 0.42 to 1.26, P = 0.26</p>	
--	--	---	---	--

Risk of bias tables

Risk of bias assessment retrieved from Flodgren (2016):

5

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of participants and personnel (non-objective outcomes)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Baseline characteristics similar	Baseline outcome measures similar	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Bekkering 2005	+	+	-		+	?	?	-	+	+
Daucourt 2003	+	+	?		?	?	?	+	+	+
Fine 2003	?	?	-	?	?	+	?	?	+	+
Shah 2014	+	+	+	+	+	-	+	+	?	?

Risk of bias table for intervention studies (randomized controlled trials)

Study reference (first author, publication year)	Describe method of randomisation ¹	Bias due to inadequate concealment of allocation? ² (unlikely/likely/unclear)	Bias due to inadequate blinding of participants to treatment allocation? ³ (unlikely/likely/unclear)	Bias due to inadequate blinding of care providers to treatment allocation? ³ (unlikely/likely/unclear)	Bias due to inadequate blinding of outcome assessors to treatment allocation? ³ (unlikely/likely/unclear)	Bias due to selective outcome reporting on basis of the results? ⁴ (unlikely/likely/unclear)	Bias due to loss to follow-up? ⁵ (unlikely/likely/unclear)	Bias due to violation of intention to treat analysis? ⁶ (unlikely/likely/unclear)
Bosch, 2019	<p>EDs were allocated to intervention or control groups using minimisation, a method that allocates clusters to groups using an algorithm to minimise differences in predefined factors between the groups. Minimisation was implemented in the package minim. Pure minimisation is completely deterministic; however, the algorithm included implemented a random element.</p> <p>The allocation of EDs to intervention groups was undertaken externally to preclude any potential influence in the allocation by trial staff, study investigators, or study participants (i.e. ED directors). A statistician independent of the</p>	<p>Unlikely</p> <p>The allocation of EDs to intervention groups was undertaken externally: a statistician independent of the study</p>	<p>Unlikely</p> <p>ED's medical and nursing clinicians receive the intervention, not the patients</p>	<p>Likely</p> <p>Due to the nature of the intervention, it was not possible to blind ED staff members to group allocation.</p>	<p>Unlikely</p> <p>Chart auditors were independent of the hospital and blinded to ED group allocation.</p>	<p>Unlikely</p> <p>Some additional outcome measures were included compared to the study protocol (additional file 2: deviations from study protocol)</p>	<p>Unlikely</p> <p>No sites were lost to follow-up.</p>	<p>Unclear</p> <p>Not mentioned in the Methods section.</p>

	<p>study implemented the minimisation in two batches.</p> <p>The minimisation factors included (1) existence of a protocol for appropriate PTA assessment in mTBI patients, (2) size (annual presentation rate 2012), (3) rurality, (4) level of participation (NET or NET-Plus).</p>							
Etxeberria, 2018	<p>Primary care units (PCUs) were allocated by clusters, following a computer generated randomization sequence. This was performed centrally by a researcher not involved in the study who was blind to the identity of the PCU.</p>	<p>Unlikely</p> <p>Computer generated randomization sequence centrally by researcher not involved in the study.</p>	<p>Unlikely</p> <p>Patients were not directly involved (i.e., family physicians receive the intervention), data were extracted from electronic health records.</p>	<p>Likely</p> <p>The participating family physicians could not be blinded to the intervention.</p>	<p>Unlikely</p> <p>Data extraction from electronic health records was performed centrally by technicians not involved in the study.</p>	<p>Unlikely</p> <p>Outcome measures listed in the Method section are reported in the Results section.</p>	<p>Unclear</p> <p>During the study, 11 new posts were created for physicians, 7 of them in the intervention and 4 in the control group. A total of 72 family physicians out of 448 were changed during the study, the proportion being similar in both groups.</p>	<p>Unlikely</p> <p>Analysis was performed on an intention-to-treat basis.</p>
Pinto, 2018	<p>Clusters were allocated to the intervention or control groups using minimization, a method to achieve good balance regarding baseline characteristics that could influence the outcomes when the number of clusters is</p>	<p>Unlikely</p> <p>Allocation was concealed by having the project manager assign a sequential number to each practice as it completed enrollment. The trial statistician</p>	<p>Unlikely</p> <p>Family physicians receive the intervention, not the patients. Drug dispensing and cost data was provided by the Lisbon Regional Health Administration.</p>	<p>Likely</p> <p>Neither participating physicians nor detailers could be blinded.</p>	<p>Unlikely</p> <p>Outcomes were collected independently from the researchers by the Regional Health Administration and were only provided after the intervention</p>	<p>Unlikely</p> <p>Outcome measures listed in the Methods section are reported in the Results section.</p>	<p>Unlikely</p> <p>Prescription data was available for both primary outcomes in 96.7% of physicians in the intervention group; in the control group, it was available in 94.1% physicians for</p>	<p>Unlikely</p> <p>Analysis was performed using the intention to treat principle.</p>

	small. Stratified was for number of physicians in a practice, median baseline prescription of COX-2 inhibitors and omeprazole (above or below the regional median), proportion of physicians with fewer than 10 years of practice after completing vocational training, and type of primary care practice.	received only anonymized data (sequential number and minimization variables), blindly allocated practices to each trial arm, and returned allocation information to the trial manager.			had ended.		PPIs and 90.8% for NSAIDs.	
--	--	--	--	--	------------	--	----------------------------	--

1. Randomisation: generation of allocation sequences have to be unpredictable, for example computer generated random-numbers or drawing lots or envelopes. Examples of inadequate procedures are generation of allocation sequences by alternation, according to case record number, date of birth or date of admission.
2. Allocation concealment: refers to the protection (blinding) of the randomisation process. Concealment of allocation sequences is adequate if patients and enrolling investigators cannot foresee assignment, for example central randomisation (performed at a site remote from trial location) or sequentially numbered, sealed, opaque envelopes. Inadequate procedures are all procedures based on inadequate randomisation procedures or open allocation schedules..
3. Blinding: neither the patient nor the care provider (attending physician) knows which patient is getting the special treatment. Blinding is sometimes impossible, for example when comparing surgical with non-surgical treatments. The outcome assessor records the study results. Blinding of those assessing outcomes prevents that the knowledge of patient assignment influences the proces of outcome assessment (detection or information bias). If a study has hard (objective) outcome measures, like death, blinding of outcome assessment is not necessary. If a study has "soft" (subjective) outcome measures, like the assessment of an X-ray, blinding of outcome assessment is necessary.
4. Results of all predefined outcome measures should be reported; if the protocol is available, then outcomes in the protocol and published report can be compared; if not, then outcomes listed in the methods section of an article can be compared with those whose results are reported.
5. If the percentage of patients lost to follow-up is large, or differs between treatment groups, or the reasons for loss to follow-up differ between treatment groups, bias is likely. If the number of patients lost to follow-up, or the reasons why, are not reported, the risk of bias is unclear
6. Participants included in the analysis are exactly those who were randomized into the trial. If the numbers randomized into each intervention group are not clearly reported, the risk of bias is unclear; an ITT analysis implies that (a) participants are kept in the intervention groups to which they were randomized, regardless of the intervention they actually received, (b) outcome data are measured on all participants, and (c) all randomized participants are included in the analysis.

Table of excluded studies

Author and year	Reason for exclusion
Breakell, 2018	Wrong study design
Chan, 2017	Summary of SRs: applied method of the review unclear
De Silva, 2018	Wrong study design: interrupted time-series
Gold, 2019	Wrong study design: parallel mixed methods design
Kerr, 2020	SR with one RCT included on a community intervention programme
Kovacs, 2018	Meta-analysis: applied method of the review unclear
Phillips, 2018	Wrong study design: observational before-and-after study
Recio-Boiles, 2019	Wrong study design
Rust, 2020	Wrong study design: no control group
Salbach, 2017	Wrong type of article: paper process evaluation
Suman, 2018	Wrong study design: controlled before-after study
Tomsic, 2020	SR of cohort studies and uncontrolled before-after studies
Trogrilic, 2019	Wrong study design: a prospective pre-post, intervention study
Zerah, 2019	Wrong outcome: prescriptions for three clinical vignettes

Literature search strategy

Database(s): PubMed, Embase	Date: 17-3-2020 (Pubmed, Embase) 11-5-2020 (Scopus)
Publication date range: 2010-March 2020	Languages: English

Pubmed 17-3-2020

Search	Query	Items found
#54	Search #52 AND #44	135
#53	Search #52 AND #43	31
#52	Search #36 AND #51	82
#51	#38 OR #50 Filters: published in the last 10 years	702
#50	Search ((guideline*[ti] AND (uptake*[ti] OR adopt*[ti] OR adhere*[ti] OR concord*[ti] OR complian*[ti] OR comply[ti] OR non-adhere*[ti] OR nonadhere*[ti] OR non-concord*[ti] OR nonconcord*[ti] OR non-complian*[ti] OR noncomplian*[ti])) AND (tool*[ti] OR disseminat*[ti] OR promotion*[ti] OR implementation[ti]))	132
#45	Search "Epidemiologic Studies"[Mesh] OR cohort[tiab] OR (case[tiab] AND (control[tiab] OR controll*[tiab] OR comparison[tiab] OR referent[tiab])) OR risk[tiab] OR causation[tiab] OR causal[tiab] OR "odds ratio"[tiab] OR etiol*[tiab] OR aetiol*[tiab] OR "natural history"[tiab] OR predict*[tiab] OR prognos*[tiab] OR outcome[tiab] OR course[tiab] OR retrospect*[tiab]	6536933
#44	Search ((random*[tiab] AND (controlled[tiab] OR control[tiab] OR placebo[tiab] OR versus[tiab] OR vs[tiab] OR group[tiab] OR groups[tiab] OR comparison[tiab]	720252

Search	Query	Items found
	OR compared[tiab] OR arm[tiab] OR arms[tiab] OR crossover[tiab] OR cross-over[tiab]) AND (trial[tiab] OR study[tiab])) OR ((single[tiab] OR double[tiab] OR triple[tiab]) AND (masked[tiab] OR blind*[tiab])))	
#43	Search ("Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis"[Publication Type] OR metaanaly*[tiab] OR metanaly*[tiab] OR meta-analy*[tiab] OR meta synthes*[tiab] OR metasynthes*[tiab] OR meta ethnograph*[tiab] OR metaethnograph*[tiab] OR meta summar*[tiab] OR metasummar*[tiab] OR meta-aggregation[tiab] OR metareview[tiab] OR meta-review[tiab] OR overview of reviews[tiab] OR ((systematic*[ti] OR scoping[ti] OR umbrella[ti] OR meta-narrative[ti] OR metanarrative[ti] OR evidence based[ti]) AND (review*[ti] OR overview*[ti])) OR ((evidence[ti] OR narrative[ti] OR metanarrative[ti] OR qualitative[ti]) AND synthesis[ti]) OR systematic review[pt] OR prisma[tiab] OR preferred reporting items[tiab] OR quadas*[tiab] OR systematic review*[tiab] OR systematic literature[tiab] OR structured literature search[tiab] OR systematic overview*[tiab] OR scoping review*[tiab] OR umbrella review*[tiab] OR mapping review*[tiab] OR systematic mapping[tiab] OR evidence synthes*[tiab] OR narrative synthesis[tiab] OR metanarrative synthesis[tiab] OR research synthesis[tiab] OR qualitative synthesis[tiab] OR realist synthesis[tiab] OR realist review[tiab] OR realist evaluation[tiab] OR systematic qualitative review[tiab] OR mixed studies review[tiab] OR mixed methods synthesis[tiab] OR mixed research synthesis[tiab] OR quantitative literature review[tiab] OR systematic evidence review[tiab] OR evidence-based review[tiab] OR comprehensive literature search[tiab] OR integrated review*[tiab] OR integrated literature review[tiab] OR integrative review*[tiab] OR integrative literature review*[tiab] OR structured literature review*[tiab] OR systematic search and review[tiab] OR meta-narrative review*[tiab] OR metanarrative review[tiab] OR systematic narrative review[tiab] OR systemic review[tiab] OR systematized review[tiab] OR systematic research synthesis[tiab] OR bibliographic*[tiab] OR hand-search*[tiab] OR handsearch*[tiab] OR manual search*[tiab] OR searched manually[tiab] OR manually searched[tiab] OR journal database*[tiab] OR review authors independently[tiab] OR reviewers independently[tiab] OR independent reviewers[tiab] OR independent review authors[tiab] OR electronic database search*[tiab] OR (study selection[tiab] AND data extraction[tiab]) OR (selection criteria[tiab] AND data collection[tiab]) OR (selection criteria[tiab] AND data analysis[tiab]) OR (evidence acquisition[tiab] AND evidence synthesis[tiab]) OR (pubmed[tiab] AND embase[tiab]) OR (medline[tiab] AND embase[tiab]) OR (pubmed[tiab] AND cochrane[tiab]) OR (medline[tiab] AND cochrane[tiab]) OR (embase[tiab] AND cochrane[tiab]) OR (pubmed[tiab] AND psycinfo[tiab]) OR (medline[tiab] AND psycinfo[tiab]) OR (embase[tiab] AND psycinfo[tiab]) OR (cochrane[tiab] AND psycinfo[tiab]) OR (pubmed[tiab] AND web of science[tiab]) OR (medline[tiab] AND web of science[tiab]) OR (embase[tiab] AND web of science[tiab]) OR (psycinfo[tiab] AND web of science[tiab]) OR (cochrane[tiab] AND web of science[tiab]) OR ((literature[ti] OR qualitative[ti] OR quantitative[ti] OR integrated[ti] OR integrative[tiab] OR rapid[ti] OR short[ti] OR critical*[ti] OR mixed stud*[ti] OR mixed method*[ti] OR focused[ti] OR focussed[ti] OR structured[ti] OR comparative[ti] OR comparitive[ti] OR evidence[ti] OR comprehensive[ti] OR realist[ti]) AND (review*[ti] OR overview*[ti]) AND	336770

Search	Query	Items found
	(literature search[tiab] OR structured search[tiab] OR electronic search[tiab] OR search strategy[tiab] OR gray literature[tiab] OR grey literature[tiab] OR Review criteria[tiab] OR eligibility criteria[tiab] OR inclusion criteria[tiab] OR exclusion criteria[tiab] OR predetermined criteria[tiab] OR included studies[tiab] OR identified studies[tiab] OR (systematic search[tiab] AND literature[tiab]) OR strength of evidence[tiab] OR citation*[tiab] OR references[tiab] OR database search*[tiab] OR electronic database*[tiab] OR data base search*[tiab] OR electronic data-base*[tiab] OR search criteria[tiab] OR study selection[tiab] OR data extraction[tiab] OR methodological quality[tiab] OR methodological characteristics[tiab] OR methodologic quality[tiab] OR methodologic characteristics[tiab])) OR ((literature review[tiab] OR literature search*[tiab]) AND (structured search[tiab] OR electronic search[tiab] OR Search strategy[tiab] OR gray literature[tiab] OR grey literature[tiab] OR review criteria[tiab] OR eligibility criteria[tiab] OR inclusion criteria[tiab] OR exclusion criteria[tiab] OR predetermined criteria[tiab] OR included studies[tiab] OR identified studies[tiab] OR (systematic search[tiab] AND literature[tiab]) OR strength of evidence[tiab] OR citation*[tiab] OR references[tiab] OR database search*[tiab] OR electronic database*[tiab] OR data base search*[tiab] OR electronic data-base*[tiab] OR search criteria[tiab] OR study selection[tiab] OR data extraction[tiab] OR methodological quality[tiab] OR methodological characteristics[tiab] OR methodologic quality[tiab] OR methodologic characteristics[tiab]))) NOT ("Comment" [Publication Type] OR "Letter" [Publication Type]) NOT ("Animals"[Mesh] NOT "Humans"[Mesh])	
#42	Search #36 AND #41	637
#39	Search #36 AND #38	717
	Search ("Information Dissemination"[Mesh] OR disseminat*[ti]) AND ("Guidelines as Topic"[Mesh] OR guideline*[ti])	1212
#36	Search "Health Personnel"[Mesh] OR health personnel[tiab] OR clinician*[tiab] OR nurs*[tiab] OR professional*[tiab] OR physician*[tiab] OR medical staff[tiab] OR care worker*[tiab] OR healthcare worker*[tiab]	6149847

Embase 17-3-2020

No.	Query	Results
#1 9	#11 AND #18	1
#1 8	14960256	1
#1 7	#11 AND #16	1
#1 6	communication AND dissemination AND strategies AND to AND facilitate AND the AND use AND of AND 'health related' AND evidence	1
#1	#1 AND #12	1

No.	Query	Results
5		
#1 4	#8 AND #11	41
#1 3	#7 AND #11	69
#1 2	#6 AND #11	71
#1 1	(#9 OR #10) AND [2010-2020]/py NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it) NOT (('animal experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp)	600
#1 0	#2 AND #3	43
#9	#4 AND #5	1254
#8	'major clinical study'/de OR 'clinical study'/de OR 'case control study'/de OR 'family study'/de OR 'longitudinal study'/de OR 'retrospective study'/de OR 'prospective study'/de OR 'cohort analysis'/de OR ((cohort NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (('case control' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (('follow up' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (observational NEAR/1 (study OR studies)) OR ((epidemiologic NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (('cross sectional' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti)	5168300
#7	('clinical trial'/exp OR 'randomization'/exp OR 'single blind procedure'/exp OR 'double blind procedure'/exp OR 'crossover procedure'/exp OR 'placebo'/exp OR 'prospective study'/exp OR rct:ab,ti OR random*:ab,ti OR 'single blind':ab,ti OR 'randomised controlled trial':ab,ti OR 'randomized controlled trial'/exp OR placebo*:ab,ti) NOT 'conference abstract':it	2362340
#6	('meta analysis'/de OR cochrane:ab OR embase:ab OR psycinfo:ab OR cinahl:ab OR medline:ab OR ((systematic NEAR/1 (review OR overview)):ab,ti) OR ((meta NEAR/1 analy*):ab,ti) OR metaanalys*:ab,ti OR 'data extraction':ab OR cochrane:jt OR 'systematic review'/de) NOT (('animal experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp)	481983
#5	#3 AND #4	997
#4	('information dissemination'/exp OR 'disseminat*':ti) AND ('practice guideline'/de OR guideline*':ti OR evidence:ti)	3195
#3	'health care personnel'/exp OR 'personnel':ti,ab,kw OR nurse*:ti,ab,kw OR professional*:ti,ab,kw OR physician*:ti,ab,kw OR 'medical staff':ti,ab,kw OR 'health care worker*':ti,ab,kw OR clinician*:ti,ab,kw	2442448
#2	((guideline* NEAR/2 (uptake* OR adopt* OR adhere* OR concord* OR complian* OR comply OR non-adhere* OR nonadhere* OR non-concord* OR nonconcord* OR non-complian* OR no	76

No.	Query	Results
	ncomplan*)):ti) AND (tool*:ti,kw OR disseminat*:ti,kw OR promotion*:ti,kw OR implementation:ti,kw)	
#1	tools AND developed AND disseminated AND guideline AND producers	2

SCOPUS 11-5-2020

History Count	Search Terms	Results
4	TITLE-ABS-KEY (tool* OR communicat* OR strateg*) AND TITLE (disseminat* OR impleme nt*) AND TITLE-ABS (guideline* AND evidence) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2011) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2010)) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "HEAL") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "German") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Dutch")) ...View More	642
3	TITLE-ABS-KEY (tool* OR communicat* OR strateg*) AND TITLE (disseminat* OR impleme nt*) AND TITLE-ABS (guideline* AND evidence) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2011) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2010)) ...View More	737
2	TITLE-ABS-KEY (tool* OR communicat* OR strateg*) AND TITLE (disseminat* OR impleme nt*) AND TITLE-ABS (guideline* AND evidence)	996
1	(TITLE-ABS-KEY (tool* OR communicat*) AND TITLE (dissemination) AND TITLE (guideline*))	37

Bijlage 5: Evaluaties van disseminatietools door de gebruikers

Evaluatie Webinar Chronische Bekkenpijn

Datum: 5 juli 2021

Tijd: 20:00 – 21:45

Aantal deelnemers: 245

1) Na het volgen van deze webinar ben ik op de hoogte van de belangrijkste aanbevelingen.

Helemaal mee eens: n = 84 (34%)

Grotendeels mee eens n=126 (52%)

Neutraal: n=33 (14%)

Grotendeels mee oneens: n=0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=1 (0.4%)

2) Na het volgen van de webinar is het voor mij duidelijk wat van mij als arts verwacht wordt in de zorg voor deze patiënt.

Helemaal mee eens: n = 56 (23%)

Grotendeels mee eens n= 121 (50%)

Neutraal: n=65 (27%)

Grotendeels mee oneens: n=0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

Niet ingevuld n=2 (1%)

3) Ik vind de webinar een goed instrument om nieuwe of herziene richtlijnen onder de aandacht van leden te brengen.

Helemaal mee eens: n = 161 (62%)

Grotendeels mee eens n= 77 (32%)

Neutraal: n=6 (2%)

Grotendeels mee oneens: n=0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

4) Ik vond de duur van de webinar goed.

Mee eens: n = 178 (73%)

Neutraal: 34 (14%)

Mee oneens, de webinar was te kort: n=1 (0.4%)

Mee oneens, de webinar was te lang: n=31 (13%)

Niet ingevuld: n=1

5) Ik zou nogmaals een webinar over een nieuwe/herziene richtlijn volgen.

Helemaal mee eens: n = 160 (65%)

Grotendeels mee eens n= 65 (27%)

Neutraal: n=20 (8%)

Grotendeels mee oneens: n=0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

6) Ik heb de volgende feedback voor de makers van de webinar. Dit mogen zowel positieve punten als verbeterpunten zijn.

Ik vond dat de sprekers duidelijk uitleg gaven over de richtlijn. Alleen had er misschien iets meer tijd kunnen worden besteed aan het beantwoorden van vragen.
Bedankt ik vond het echt een hele heldere presentatie, kort krachtig en duidelijk. Alle aspecten komen aan bod en er wordt benadrukt op samenwerken en niet alles alleen willen doen. Dit is iets wat vaak wordt vergeten. Erg bedankt.
Duidelijk verhaal. Dank.
Ik vond het een goed en informatieve webinar! Jammer alleen dat er altijd tijdnoed is, waardoor er soms door de stof heengevloegen wordt.
heldere presentatie , heeft mij weer nieuwe inzichten gegeven, dank jullie wel .
Niet meer een powerpoint slide voorlezen.
Informatieve avond, dank
Webinar was goed opgezet, leuk ook de casus die terugkwam bij alle sprekers. Ik hoop wel dat de hand-out beschikbaar komt en zou het fijn vinden als ik de webinar nogmaals zou kunnen terugkijken.
Prima opzet!
Geen.
prettig praktisch met casus, mooie multidisciplinaire benadering in de webinar. Super om vanuit huis te luisteren/kijken; efficiënt!
Het is fijner luisteren naar een webinar als er niet zoveel tekst in beeld komt en die voorgelezen wordt. Steekwoorden met daarbij een verhaal dus.
Uiterst zinvol medium om in een relatief korte tijd kennis te krijgen over de belangrijkste inhoud van een nieuwe richtlijn. Het vervolgens lezen van de richtlijn is hiermee een stuk toegankelijker. DANK!
Mooi en duidelijke webinar, prettig om te volgen.
Zeer helder & compacte presentaties, nuttige Webinar
duidelijk verhaal van alle sprekers
de webinar was goed georganiseerd. Ik mis wel volledig de verpleegkundige of de verpleegkundig specialist in dit geheel Zij spelen vaak een belangrijke rol in de zorgverlening, waarbij de verpleegkundig specialist als zelfstandig behandelaar een zelfde rol kan spelen als de medisch specialist of GZ-psycholoog. Dit is echt een gemiste kans.
prima webinar, bekende informatie maar goed om weer onder de aandacht te brengen
prima
Wat de lengte betreft, anderhalf uur zou ik lang genoeg vinden
mi was de eerste spreekster niet actief in het werkveld. en mi is dat minder adequaat
Ik had moeite met inloggen, eerste minuten gemist. Leuke webinar.
Ik vond het prettig te volgen.
iets minder bekende kost en iets meer in kortere tijd to the point
fantastisch mag iets eerder op avond als het la ger duurt
positief ; multidisciplinair werkt goed en geeft breed beeld negatief: ging erg snel
Niet. Het was heel duidelijk.
duidelijke voordrachten

Goede presentaties! Voldoende ruimte om vragen te stellen in de chat Erg fijn dat de casus in alle presentaties terug kwam en zo breed aandacht kreeg
jammer dat het verhaal van de bekkenfysiotherapie zich merendeel op het biomedische aspect richtte. En vooral vanuit artikelen werd opgebouwd, hierdoor werd de essentie gemist dat het om een multifactorieel probleem gaat je je deze dus ook zo moet behandelen. Loslaten en niet in een keurslijf van belasting/belastbaarheid maar meer voelen waar is de invloedssfeer van de patient. Of te wel zoals uit de laatste slide van Bert Messselink naar voren kwamen; Educatie, geruststellen, bewegen en de mens weer in hun kracht zetten.
casus werd door bert al kort samengevat en letterlijk zelfde herhaald door 2e spreker, dat was onnodig, verder enige overlap tussen verschillende disciplines, maar dat is onvermijdelijk, kon iets korter en bondiger, kan wat smeugiger / iets levendiger maken door anecdoten of (acceptabele) grappen of anderszins, nu wat braaf ... verder wel prima. miste nog opmerkingen over voeding / dieet, alhoewel die wellicht meer bij blaaspijn danwel IBS danwel gerichtere problemen / andere subonderdelen vd meer overkoepelende bekkenpijn klanten meespelen dan bij chronische bekkenpijn. verder prima, dank!
Erg informatief en helder webinar, en prettig om diverse disciplines uitgebreid hun verhaal te laten vertellen.
Duidelijk gesproken, mooie plaatjes, duidelijk uitleg!
Goede webinar.
Prima middel om herzieningen tot je te nemen
Goed-helder gesproken door alle vier, erg herkenbaar en mooi gedaan met een dezelfde casus als voorbeeld door alle disciplines.
Meer tijd nemen voor het beantwoorden van vragen. Verhaal is verder duidelijk verteld, dank!
Met name de slides van de meeste presentaties bevat te veel tekst, die wordt voorgelezen en het langdradig maken; graag in voorbereiding letten op algemene presentatie skills en inhoud op elkaar af stemmen.
Graag een hele korte pauze tussendoor.
Leuk, zinnig en leerzaam!
Lekker vlot door de stof heen gefietst.
laatste 2 presentaties waren uitstekend.
leuk dat de casus door alle spreker vanuit verschillende invalshoeken besproken werd
Aangenaam vlot verloop, vloeiende overgangen, niet langdradig met vragen, gevarieerde sprekers, goede voorzitter, prettige setting om naar te kijken, geen gehol, geen saai spreekstoel met bloemen ernaast.
Fijn om zo door een richtlijn geloodst te worden. Dank
helder, duidelijk, enthousiasmerend, dus dank!
prima!

<p>Complimenten, ik ben Alleen eerder gestopt omdat ik me helemaal niet lekker voelde na mijn tweede vaccinatie gisteren. Kan ik de webinar nogmaals zien? Met vriendelijke groet,</p> <p>Annemarie annemarierozendaal@xs4all.nl</p>
<p>goed opgezet webinar, met aandacht voor verschillende invalshoeken en de samenhang tussen klachten/behandelingen. Erg waardevol!</p>
<p>Positief: goed dat het multidisciplinair is. Negatief: laatste gedeelte ging erg snel.</p>
<p>De twee laatste sprekers waren een belangrijke meerwaarde!</p>
<p>dank voor de heldere uitleg</p>
<p>Ik vond het een heel leerzaam en prettig te volgen webinar en heb de indruk dat ik weer "bij" ben en voel toch weer meer de noodzaak tot samenwerken.</p>
<p>Duidelijk dat er met een casus gewerkt werd en mooi dat die bij iedere spreker terugkwam.</p>
<p>prima geregeld, ook technisch</p>
<p>Goede sprekers. Tip voor de eerste spreker. probeer niet alles alleen maar op te lezen. Dat kunnen wij zelf ook. Fijner als er ook iets omheen gezegd wordt</p>
<p>Voor mij is het altijd prettig als de spreker haar of zijn verhaal niet opleest , maar "gewoon" vertelt. De tekst kunnen we zelf ook wel lezen</p>
<p>Mooie combinatie van deskundigen. Had nog iets meer ingegaan mogen worden op hoe die samenwerking er praktisch uit moet zien. Verder tevreden over de webinar.</p>
<p>gb</p>
<p>Goed toegankelijk</p>
<p>Dit was ook voor de bekkenOEFENtherapeuten een heel mooi en interessant webinar. Heel toegankelijk en toepasbaar in onze praktijk.</p>
<p>Tijdstip van aanvang had voor mij wel minstens een half uur eerder gemogen</p>
<p>Ik vond het een prettig webinar, alles is goed belicht, mogelijkheid tot vragen stellen. soms had er iets dieper op de vragen ingegegaan mogen worden.</p>
<p>Iets vlottere sprekers, Niet alleen de powerpoint voorlezen</p>
<p>Het lijkt me duidelijker wanneer er verschillende casussen gebruikt worden om ook de verschillende fases van chronische pijn en risicofactoren aan te geven</p>
<p>ik vond het goed zo</p>
<p>Hartelijk dank voor de duidelijke presentaties. Deze sluiten goed aan bij de dagelijkse praktijk bij de behandeling van deze patiëntengroep. Kan de presentatie ook gedeeld worden met de leden van de NVFB? Bij voorbaat hartelijk dank. Vriendelijke groet, Myrthe van Bendegem</p>
<p>leuke webinar, Laatste stuk was erg bruikbaar voor in praktijk</p>
<p>Webinar gaat tot laat in de avond door, voor mij is dit te laat. In het kader van het streven naar een optimaal gezonde leefstijl kan dit storend werken op slaapkwaliteit.</p>
<p>duidelijke voordracht met steeds dezelfde patiënt, gezien vanuit andere discipline</p>
<p>Dank voor de heldere presentaties</p>

Goed dat er meerdere disciplines aan het woord komen en dat je aan hen allen gerichte vragen kon stellen. Goed dat alles naderhand terug te vinden is omdat het veel info is in korte tijd.
bedankt, het was zeer informatief en duidelijk!
Eerste presentaties waren voor medisch specialisten niet interessant
Webinar was duidelijk, sprekers hadden duidelijke uitleg en was niet te lang
Duidelijk verhaal.
andere stellen in de ruimte van de domus. belemmert de sprekers om een actieve houding aan te nemen.
Let op levendigheid van de presentaties/presentatoren, het zal nog niet bekend zijn hoe, maar ik zou wel graag gehoord hebben over hoe de samenwerking er uit kan zien.
Geen
Bedankt voor de duidelijke presentaties. Zou als bekkenfysiotherapeut vaker willen meekijken/luisteren met webinars of confressen
erg goed initiatief!
Leerzaam en goed georganiseerd.
Eerste presentatie voegde niet veel toe. Ik miste diepgang
Uitstekende manier om bijgepraat te worden over de actuele richtlijn
De webinar maakt gebruik van informatieve en leuke sheets om de informatie te bundelen en de aandacht er bij te houden. Goed aan de tijd gehouden!
Uitgebreid volledig verhaal, goede tips/adviezen voor de praktijk gekregen.
Goede sprekers! Duidelijk!
Erg fijn webinar. Het lukte me helaas pas halverwege binnen te komen, dus kijk het heel graag nog eens terug
meer to the point
prima zo
Ik vond het duidelijk en helder opgezet. Fijn dat de vragen voorgelezen werden, dan is het makkelijker te volgen dan wanneer iemand het moet vertellen. Bedankt!
Heldere presentaties. Mooie combinatie van disciplines. Wat meer toelichting over de bekkenpijnteams zou wat mij betreft wenselijk zijn. Belangrijk voor huisarts
Er werd teveel voorgelezen. De duur was te lang
Zeer interessant, met dank!
geen opmerkingen.
duidelijke presentaties,
De eerste spreker (huisarts) kwam niet meer uit het werkveld en was m.i. niet heel adequaat
leuk 1 casus die vanuit alle disciplines besproken werd

Evaluatie Webinar BRUE

Datum: 14 december 2021

Tijd: 19:15 – 20:30

Aantal deelnemers: 78

Aantal mensen die enquête hebben ingevuld: 52

1) Na het volgen van deze webinar ben ik op de hoogte van de belangrijkste aanbevelingen.

Helemaal mee eens: n = 28 (54%)

Grotendeels mee eens n= 14 (27%)

Neutraal: n=2 (4%)

Grotendeels mee oneens: n=0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

Niet ingevuld: 8 (15%)

2) Na het volgen van de webinar is het voor mij duidelijk wat van mij als arts verwacht wordt in de zorg voor deze patiënt.

Helemaal mee eens: n = 25 (48%)

Grotendeels mee eens n= 17 (33%)

Neutraal: n=2 (4%)

Grotendeels mee oneens: n=0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

Niet ingevuld n=8 (15%)

3) Ik vind de webinar een goed instrument om nieuwe of herziene richtlijnen onder de aandacht van leden te brengen.

Helemaal mee eens: n = 37 (71%)

Grotendeels mee eens n= 5 (10%)

Neutraal: n=2 (4%)

Grotendeels mee oneens: n=0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

Niet ingevuld n=8 (15%)

4) Ik vond de duur van de webinar goed.

Mee eens: n = 38 (73%)

Neutraal: 4 (8%)

Mee oneens, de webinar was te kort: n=0 (0%)

Mee oneens, de webinar was te lang: n=2 (4%)

Niet ingevuld: n=9 (17%)

5) Ik zou nogmaals een webinar over een nieuwe/herziene richtlijn volgen.

Helemaal mee eens: n = 34 (65%)

Grotendeels mee eens n= 7 (27%)

Neutraal: n=1 (2%)

Grotendeels mee oneens: n= 2 (4%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

Niet ingevuld n=8 (15%)

6) Ik heb de volgende feedback voor de makers van de webinar. Dit mogen zowel positieve punten als verbeterpunten zijn.

positief: mooi kort en bondig, helder gepresenteerd
Prettig, rustig en duidelijk verteld
Positief, helder de richtlijn doorlopen, fijn ook stroomdiagram aan het eind.
Ik adviseer ook eventuele veranderingen in DBC, verrichtingen en registratie een vast onderdeel te laten zijn
begintijd 20.00 zou voor mij beter passen.
Misschien wat meer interactie? En ook een casus /voorbeeld van een andere gebleken oorzaak?
Al in de uitnodiging om ervaringen vragen.
heldere presentatie
ik was helaas 15 minuten te laat met inloggen en had het grootste deel van de presentatie al gemist. Korte samenvatting aan het eind is prima las je de richtlijn al kent, maar was wel verbaasd dat de richtlijn eigenlijk al volledig besproken was. Vandaar dat ik geen goede evaluatie kan geven. Maar zeker een goed instrument om een nwe richtlijn onder de aandacht te brengen.
microfoons van de sprekers maakten veel (onbedoelde) storende bijgeluiden, overigens zeer instructief
Geluid was erg wisselend van kwaliteit, veel storing / storende geluiden, daardoor webinar soms lastig te volgen
Deze richtlijn was er al een tijdje, dus werd al gebruikt in de praktijk. Wellicht is het nog waardevoller om een richtlijn te bespreken alvorens deze ingevoerd gaat worden.
Overzichtelijk en duidelijk!
Fijne interactie middels de Q&A functie, alle vragen zijn uitgebreid besproken. Zeer leerzaam!
Overzichtelijk gepresenteerd, fijne variatie van richtlijn en cases. Fijn dat het op tijd klaar was

Evaluatie Samenvatting richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen

Datum: 3 maart 2022

Aantal respondenten: 8

1) Na het kennis nemen van deze samenvatting ben ik op de hoogte van de belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijn.

Helemaal mee eens: n = 3 (38%)

Grotendeels mee eens n= 4 (50%)

Neutraal: n=1 (13%)

Grotendeels mee oneens: n=0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

2) Na het kennis nemen van deze samenvatting is het voor mij duidelijk wat van mij als zorgprofessional verwacht wordt in de zorg voor deze patiënten

Helemaal mee eens: n = 4 (50%)

Grotendeels mee eens n= 3 (38%)

Neutraal: n=1 (13%)

Grotendeels mee oneens: n=0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

3) Ik vind een samenvatting een goed instrument om nieuwe of herziene richtlijnen onder de aandacht van leden te brengen

Helemaal mee eens: n = 5 (63%)

Grotendeels mee eens n= 3 (38%)

Neutraal: n=0 (0%)

Grotendeels mee oneens: n=0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

4) Ik vind de lengte van de samenvatting goed

Mee eens: n = 5 (63%)

Neutraal: 0 (0%)

Mee oneens, de samenvatting te kort: n=0 (0%)

Mee oneens, de samenvatting was te lang: n= 3 (38%)

5) Ik zou deze samenvatting gebruiken binnen mijn eigen werkomgeving, bijvoorbeeld tijdens een onderwijsmoment of een richtlijn-/protocolbespreking

Helemaal mee eens: n = 2 (25%)

Grotendeels mee eens n= 2 (25%)

Neutraal: n=2 (25%)

Grotendeels mee oneens: n=2 (25%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

6) Ik zou nogmaals gebruik maken van een samenvatting over een nieuwe/herziene richtlijn

Helemaal mee eens: n = 3 (38%)

Grotendeels mee eens n= 3 (38%)

Neutraal: n= 2 (25%)

Grotendeels mee oneens: n= 0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

7) Ik heb de volgende feedback voor de makers van de webinar. Dit mogen zowel positieve punten als verbeterpunten zijn.

Het stroomdiagram komt niet helemaal mooi uit, zou iets overzichtelijker mogen en wat professioneler mogen ogen.
in de praktijk wil men doseringen van medicatie. die vind ik in zowel samenvatting als in de richtlijn zelf niet terug.
Stroomschema behandeling incl niet med interventies en medicatie met doseringen
-flow chart voldoet (en maak die dan "completer" -maak lijst van kernpunten wb niet medicamenteuze interventies voor preventie en behandeling (zeg maar de kern van een verpleegplan) -geef evt aan "wha's new" tov eerdere richtlijn
Ik zou graag in een samenvatting alleen de essentiële wijzigingen van de nieuwe richtlijn tov de oude richtlijn willen lezen. En niet wat de richtlijn beoogt te gaan doen maar vooral wat er daadwerkelijk gelukt is, bv: In deze richtlijn worden motorische subtypes voor een delier gedefinieerd en daar waar mogelijk risicofactoren, diagnostiek en behandeling van de subtypes; hypoactief delier, hyperactief delier. Ik zou hier hebben willen lezen in welke mate het gelukt is specifiek iets terug te vinden in de literatuur een mengvorm van beiden, beschreven. Tevens wordt het subsyndromale delier beschreven, evenals het delier bij dementie en het delier bij een hypokinetisch syndroom.
Positief: dit maakt de richtlijn meer leesbaar. Ik zou bijvoorbeeld een collega die geen expert is in het vak dit laten lezen ipv de hele richtlijn Verbeterpunt: ik zou het inkorten tot de hoofdlijnen en adviezen, en dan de afbakening en doelgroep naar de richtlijn verwijzen

Evaluatie Samenvatting richtlijn Het vergrote Ovarium

Datum: 3 maart 2022

Aantal respondenten: 18

1) Na het kennis nemen van deze samenvatting ben ik op de hoogte van de belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijn.

Helemaal mee eens: n = 12 (67%)

Grotendeels mee eens n= 6 (33%)

Neutraal: n=0 (0%)

Grotendeels mee oneens: n=0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

2) Na het kennis nemen van deze samenvatting is het voor mij duidelijk wat van mij als zorgprofessional verwacht wordt in de zorg voor deze patiënten

Helemaal mee eens: n = 10 (56%)

Grotendeels mee eens n= 8 (44%)

Neutraal: n=0 (0%)

Grotendeels mee oneens: n=0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

3) Ik vind een samenvatting een goed instrument om nieuwe of herziene richtlijnen onder de aandacht van leden te brengen

Helemaal mee eens: n = 15 (83%)

Grotendeels mee eens n= 3 (17%)

Neutraal: n=0 (0%)

Grotendeels mee oneens: n=0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

4) Ik vind de lengte van de samenvatting goed

Mee eens: n =16 (87%)

Neutraal: 0 (0%)

Mee oneens, de samenvatting te kort: n=0 (0%)

Mee oneens, de samenvatting was te lang: n= 1 (6%)

Niet ingevuld: n= 1 (6%)

5) Ik zou deze samenvatting gebruiken binnen mijn eigen werkomgeving, bijvoorbeeld tijdens een onderwijsmoment of een richtlijn-/protocolbespreking

Helemaal mee eens: n = 9 (50%)

Grotendeels mee eens n= 5 (28%)

Neutraal: n=2 (12%)

Grotendeels mee oneens: n=2 (12%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

6) Ik zou nogmaals gebruik maken van een samenvatting over een nieuwe/herziene richtlijn

Helemaal mee eens: n = 14 (78%)

Grotendeels mee eens n= 4 (22%)

Neutraal: n= 0 (0%)

Grotendeels mee oneens: n= 0 (0%)

Helemaal mee oneens: n=0 (0%)

6) Ik heb de volgende feedback voor de makers van de webinar. Dit mogen zowel positieve punten als verbeterpunten zijn.

Gebruik van samenvatting is heel fijn, zeker met de lange richtlijnen van tegenwoordig is het fijn om in één oogopslag wijzigingen te zien. Daarom mag de samenvatting nog korter/meer puntsgewijs. Wat mij betreft max 2 A4-tjes.
--

persoonlijk vind ik een opsomming onder elkaar overzichtelijker dan achter elkaar benoemd in een zin.
