

# Samenvatting

Ontwikkeling en evaluatie van een  
implementatiestrategie voor het  
verzekeringsgeneeskundig protocol  
Depressieve stoornis



## Algemene inleiding

Sinds 2006 zijn er 20 verzekeringsgeneeskundige protocollen ontwikkeld voor verschillende ziektebeelden in Nederland. Deze protocollen werden op voortvarende wijze door het UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen) geïmplementeerd in de verzekeringsgeneeskundige praktijk. De implementatie van deze protocollen was nog niet geëvalueerd, en daarom besloot het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG) een onderzoeksproject te beginnen met als onderwerp één van deze protocollen. De keuze viel op het protocol Depressieve stoornis vanwege de maatschappelijke relevantie. Een aanzienlijk deel van het totale volume van arbeidsongeschikten wereldwijd wordt veroorzaakt door depressie. In Nederland neemt depressie als diagnose de eerste plaats in bij de instroom in de arbeidsongeschiktheid WIA (Wet Inkomensvoorziening Arbeidsongeschikten). De praktijk bij het UWV met betrekking tot de verzekeringsgeneeskundige protocollen wordt toegelicht aan de hand van een voorbeeld uit de praktijk. Deze casus maakt duidelijk dat de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van een cliënt met een depressieve stoornis geen eenvoudige taak is voor een verzekeringsarts (VA). Het toepassen van een protocol zou deze taak niet alleen kunnen verlichten, maar zou ook gevolgen kunnen hebben voor de uitkomst van een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, namelijk het aantal en de ernst van de beperkingen die de verzekeringarts bij een cliënt vaststelt. VA'n en beleidsmakers van het UWV hadden verscheidene vragen met betrekking tot de implementatie van de verzekeringsgeneeskundige protocollen:

- Welke strategie kan er worden ontwikkeld met het doel het gebruik van het protocol Depressieve stoornis door verzekeringsartsen te promoten?
- Wat zijn de effecten van zo'n implementatiestrategie in een gecontroleerde omgeving op:
  - De gedragsdeterminanten van de VA'n met betrekking tot het gebruik van het protocol Depressieve stoornis
  - Het volgen van het protocol Depressieve stoornis door de VA'n en hun kennis van dat protocol
  - Het aantal en de ernst van de beperkingen bij toepassing van het protocol Depressieve stoornis
  - De interdoktersvariatie in de arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen van de VA'n
  - De tevredenheid van de VA'n met het toepassen van het protocol Depressieve stoornis

## Ontwikkeling van de implementatiestrategie

In hoofdstuk 2 wordt de ontwikkeling van de implementatiestrategie beschreven. Hiervoor werd de 'Intervention Mapping' (IM) methode gebruikt. Deze IM methode



voorziet in een gestructureerde en stapsgewijze aanpak voor de ontwikkeling en de evaluatie van de strategie, ondersteund door theorie en gericht op de praktijk. Voor de theorie gebruikten wij het 'Attitude, Social influence, self-Efficacy' model (ASE-model). Om aan te kunnen sluiten bij de praktijk interviewden wij VA'n en beleidsmakers uit de praktijk van het UWV. Bovendien voerden we een inventarisatie uit van de behoeftes van de VA'n met betrekking tot de implementatie van protocollen. Ten slotte ontwierpen we de implementatiestrategie op basis van deze interviews, beschikbare literatuur, en na consultatie van VA-trainers en diverse experts met kennis van protocol- of richtlijn-implementaties. Voor onze implementatiestrategie voldeed IM als planningshulpmiddel vanaf de inventarisatie van de behoeftes van de VA'n tot aan het eindproduct, de ontwikkelde implementatiestrategie. Hierin verschilde onze implementatiestrategie met die van het UWV, die meer gekenmerkt werd door een 'top-down' benadering. De IM-methode nam echter wel veel tijd in beslag. De ontwikkelde implementatiestrategie bestond uit een rijk geschakeerde training, waarin de VA'n, ondersteund door verscheidene hulpmiddelen, leerden het protocol Depressieve stoornis toe te passen. De 'evidence-based medicine' van het protocol Depressieve stoornis werd vertaald naar de praktijk van de VA met behulp van o.a. een bureaulegger, die een handige samenvatting bevatte van het protocol. De VA'n, verdeeld in subgroepen, werden interactief getraind door twee VA-trainers. De VA'n kregen op groepsniveau feedback op hun prestaties.

### **Ontwikkeling en betrouwbaarheid van de performance indicatoren**

Aangezien er geen meetinstrument bestond voor de mate waarin VA'n een verzekeringsgeneeskundig protocol volgen (guideline adherence) hebben we dat meetinstrument moeten ontwikkelen. In Hoofdstuk 3 wordt de ontwikkeling en de betrouwbaarheid van het meetinstrument (performance indicatoren, (PI'n)) beschreven. Daarbij hebben we de hulp ingeroepen van deskundigen met ervaring in het toetsen van VA-rapportages, zoals senior verzekeringsartsen met een staffunctie, die samen met de onderzoekers de performance indicatoren ontwikkelden. Het resultaat was zes performance indicatoren in de vorm van beslisbomen, elk gebaseerd op een hoofd element van het protocol Depressieve stoornis. Met deze PI'n kan worden aangegeven of een VA-rapportage adequaat of niet-adequaat is op het desbetreffende onderwerp van de PI. Met behulp van deze PI'n kan de 'guideline adherence' van een gehele VA-rapportage worden gemeten als een somscore. Acht geselecteerde VA'n werden getraind in het toepassen van de PI'n. Na deze training pasten deze acht VA'n de PI'n toe op tien geconstrueerde VA-rapportages van cliënten met een depressie. Op deze wijze werd de betrouwbaarheid van de PI'n getest. Deze zogenaamde Test-VA'n beschouwden de PI'n als een op inhoud valide en bruikbaar instrument. De PI'n bleken een betrouwbaar instrument (ICC 0,70 of hoger) bij toepassing door tenminste twee Test-VA'n.



### **Gedrag van de verzekeringsartsen met betrekking tot protocollen**

Het gedrag van de VA'n ten aanzien van protocollen in het algemeen en het protocol depressieve stoornis in het bijzonder komt aan bod in Hoofdstuk 4. Als basis voor het te bestuderen gedrag werd het ASE-model gebruikt. Voor het registreren van de persoonskenmerken van de deelnemende VA'n en het meten van de ASE determinanten van gedrag, en aanvullende factoren, werden vragenlijsten ontwikkeld. De meerderheid van de deelnemende VA'n gaf aan minimaal een aantal onderdelen van het protocol Depressieve stoornis te gebruiken. Het gedrag van de verzekeringsartsen ten aanzien van het protocol Depressieve stoornis werd bestudeerd door gebruik te maken van LISREL analyses. Het bleek dat VA'n zich in hun intentie het protocol Depressieve stoornis toe te passen lieten beïnvloeden door de mate van ervaren controle over het kunnen toepassen van het protocol, hun collega's, en de wijze waarop het protocol geïmplementeerd werd.

### **De evaluatie van de implementatiestrategie**

De resultaten van de implementatiestrategie worden gepresenteerd in Hoofdstuk 5. Het hoofddoel van deze studie was te evalueren in hoeverre de implementatiestrategie in staat was de 'guideline adherence' van de VA'n (de mate waarin de VA'n het protocol volgen) te verbeteren. Daarnaast werd de invloed van de implementatiestrategie op de kennis van de VA'n van het protocol Depressieve stoornis onderzocht. De ontwikkelde strategie werd onderzocht in een gecontroleerd experiment met een voor- en een nameting. In dit experiment werd de 'guideline adherence' van een groep VA'n die de implementatiestrategie kreeg, vergeleken met een controlegroep VA'n die een 'placebo training' kreeg. Alle deelnemende VA'n in het experiment beoordeelden de arbeidsongeschiktheid van vier verschillende cliënten met een depressie, twee voor en twee na de implementatiestrategie. Deze cliënten werden gespeeld door acteurs en werden gepresenteerd op video. De 'guideline adherence' in de VA-rapportages van de deelnemers werd bepaald door de Toets-VA'n met behulp van de PI'n (zie Hoofdstuk 3).

De VA'n die de implementatiestrategie hadden gekregen presteerden significant beter op de PI'n (gemiddeld 4,44 op een theoretisch gemiddelde PI-somscore van 1,00-5,67) dan de VA'n uit de controlegroep (gemiddeld 3,32). Een hogere PI-somscore van een VA-rapportage betekende dat de rapportage meer in overeenstemming was met het protocol Depressieve stoornis. De kennis van het protocol werd apart getest met een kennistoets. De VA'n uit de interventiegroep hadden na de implementatiestrategie een significant betere kennis van het protocol Depressieve stoornis dan de VA'n uit de controlegroep. De conclusie was dat bij de VA'n ten gevolge van de implementatie-



strategie zowel de 'guideline adherence' als de kennis van het protocol Depressieve stoornis verbeterde.

### **Veranderingen in gedragsdeterminanten van verzekeringsartsen na de implementatiestrategie**

In Hoofdstuk 6 worden de veranderingen in gedragsdeterminanten van de VA'n met betrekking tot het protocol Depressieve stoornis ten gevolge van de implementatiestrategie beschreven. Met behulp van vragenlijsten die gebaseerd waren op het ASE-model, werden deze gedragsdeterminanten gemeten voorafgaande aan en drie maanden na het uitvoeren van de implementatiestrategie. De gedragsdeterminanten van de VA'n die de implementatiestrategie hadden gekregen, veranderde significant in positieve zin ten opzichte van de gedragsdeterminanten van de VA'n uit de controlegroep. De onderzochte determinanten attitude en intentie tot gebruik van het protocol verbeterden met 12%, zich toegerust voelen het protocol te gebruiken met 10%, en kennis en vaardigheden met 5%. Alleen de verandering in zelf gerapporteerde kennis en vaardigheden kon gerelateerd worden aan de geobserveerde 'guideline adherence' van de VA'n, zoals gemeten was met de PI'n. Deze gevonden relatie was echter zwak.

### **Aantal en ernst van de beperkingen en de mate van overeenstemming in arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen tussen de VA'n bij toepassing van het verzekeringsgeneeskundig protocol Depressieve stoornis**

In Hoofdstuk 7 hebben we onderzocht wat nu de invloed was van de implementatiestrategie op de beperkingen die de VA'n vaststelden in de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) bij cliënten met een depressie. De VA'n die deelnamen aan het experiment vulden voor alle vier de cliënten een FML in. Het bleek dat na de implementatiestrategie: 1) de VA'n meer beperkingen en zwaardere beperkingen gaven, en 2) de VA'n meer overeenstemden in hun arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen dan de VA'n uit de controlegroep.

VA'n zouden zich moeten realiseren, dat zij met het volgen van een protocol zover meer informatie beschikken dan zij mogelijk gewoon zijn, hetgeen kan leiden tot het geven van meer en zwaardere beperkingen. En dat kan vervolgens een belemmerende werking hebben op de arbeidsparticipatie van de cliënt. Voor beleidsmakers is het van belang te weten dat het mogelijk is de uniformiteit in arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen te vergroten door VA'n te trainen in het toepassen van een protocol.

### **De procesevaluatie van de implementatiestrategie**

Hoe de implementatiestrategie werd ontvangen door de deelnemende VA'n, wordt beschreven in Hoofdstuk 8. De 42 VA'n die deelnamen in onze studie waren in het



algemeen zeer tevreden met de implementatiestrategie (een gemiddelde score van 7,7 op een 1-10 schaal). Zij waardeerden in het bijzonder de training en de bureaulegger. De meerderheid van de VA'n (81%) verwachtte direct na de implementatiestrategie een verbetering van hun arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen bij cliënten met een depressie te kunnen realiseren, terwijl 86% van de VA'n een verbetering verwachtte van hun VA-rapportages. Na drie maanden beschouwde 96% van de VA'n de implementatiestrategie nog steeds als nuttig. De tijd die nodig is om het protocol Depressieve stoornis toe te kunnen passen werd door sommige VA'n gezien als een obstakel voor de uitvoering in de praktijk. Tevens gaven sommige VA'n aan moeite te hebben met het veranderen van hun werkrouines voor het kunnen toepassen van het protocol Depressieve stoornis. Van de ongeveer 800 VA'n die bij het UWV werkten in 2008 deed slechts 5% mee aan deze studie.

### **De algemene discussie**

In Hoofdstuk 9 worden de antwoorden gegeven op de vragen die in de 'General Introduction' gesteld werden. De antwoorden op deze vragen zijn de hoofdbevindingen van deze thesis. Daarnaast worden in dit hoofdstuk methodologische beschouwingen en aanbevelingen voor verder onderzoek behandeld.

Het gebruik van de 'Intervention Mapping' methode voor de ontwikkeling, de planning en het vinden van de juiste benaderingswijze voor de implementatiestrategie is beschreven. Het ontwerp van de studie is besproken door de voor- en nadelen van de onderhavige effectstudie (efficacy design) te vergelijken met die van een effectiviteitsstudie (effectiveness design) tegen de achtergrond van de UWV context. Het originele plan de implementatiestrategie te evalueren in een effectiviteitstudie op het UWV is verlaten vanwege praktische redenen. Daarom hebben we een 'efficacy' studie uitgevoerd in de vorm van een experiment in een gecontroleerde omgeving. De eerste uitkomstmaat, de mate waarin VA'n het protocol volgen ('guideline adherence'), met het bijbehorende meetinstrument, de performance indicatoren, is toegelicht. In een breder perspectief is stilgestaan bij de onderwijskundige aspecten van de ontwikkelde implementatiestrategie. Het gedrag van de VA'n ten aanzien van protocollen is bediscussieerd aan de hand van psychologische gedragsmodellen en literatuur. Aansluitend is onze implementatiestrategie vergeleken met wat in de literatuur wordt beschreven als effectieve implementaties. Obstakels in de implementatie van protocollen zijn in het algemeen een belangrijk onderwerp in studies, en daarom hebben we een paragraaf gewijd aan de mogelijke obstakels in onze implementatiestrategie.

### **Conclusies en implicaties**



Een implementatiestrategie voor het verzekeringsgeneeskundig protocol depressie werd ontwikkeld en geëvalueerd. De werkzaamheid van deze implementatiestrategie werd aangetoond. VA'n die de implementatiestrategie kregen bleken het protocol Depressieve stoornis beter te volgen, en kenden het protocol beter dan VA'n die alleen de gebruikelijke implementatie bij het UWV hadden gekregen. De VA'n waardeerden de implementatiestrategie, zoals bleek uit de procesevaluatie en uit een positieve gedragsverandering ten aanzien van het protocol Depressieve stoornis. Ten slotte verbeterde de overeenstemming tussen de VA'n bij de beoordeling van videocasus van een cliënt met depressie, hetgeen wijst op een toename van uniformiteit in de arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen van cliënten met een depressie.

De algemene conclusie is dat we erin zijn geslaagd een rijk geschakeerde implementatiestrategie te ontwikkelen voor het protocol Depressieve stoornis. Echter, deze implementatiestrategie dient nog geëvalueerd te worden in de praktijk. Daarnaast werd de implementatiestrategie in dit onderzoeksproject slechts geëvalueerd op het niveau van de VA, bovendien in een gecontroleerde omgeving. Belangrijke niveaus voor een implementatie, zoals het niveau van de organisatie of dat van de cliënt, werden niet meegenomen in dit onderzoeksproject.

De resultaten van dit proefschrift hebben praktische implicaties voor VA'n, voor beleidsmakers en voor opleidingsprogramma's gericht op VA'n. Voor VA'n: deze implementatiestrategie kan de kwaliteit van de VA-rapportage verbeteren, hetgeen het werk van de VA transparanter maakt voor anderen; daarnaast kan de uniformiteit in de arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen toenemen. Voor de beleidsmakers van het UWV: deze implementatiestrategie zou landelijk ingevoerd moeten worden. Daarnaast kan deze strategie ook worden aangepast voor andere verzekeringsgeneeskundige protocollen. Het monitoren van VA-prestaties op het volgen van protocollen is nu mogelijk geworden. Voor opleidingsprogramma's gericht op VA'n: de vertaalslag van 'evidence-based medicine' uit de protocollen naar de dagelijkse praktijk van de VA kan worden bereikt door gebruik te maken van ervaren VA-trainers en met hulp van realistische casuïstiek uit de praktijk van het UWV. Deze implementatiestrategie voor het protocol Depressieve stoornis draagt bij aan de kwaliteitsslag die de verzekeringsgeneeskunde maakt.