



De epilepsieconsulent: onmisbare schakel in de zorg? Een evaluatiestudie onder patiënten en zorgverleners

Mattanja Triemstra
Herman Sixma
Jany Rademakers

4 Conclusies en discussie

Dit evaluatieonderzoek geeft inzicht in het werk en de effecten van epilepsieconsulenten die sinds 2008 operationeel zijn in acht pilotziekenhuizen. Hiervoor is zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek uitgevoerd, respectievelijk in de vorm van interviews met betrokken zorgverleners en een patiëntenenquête. De interviews gaven vooral inzicht in de manier waarop de functie in de praktijk wordt ingevuld en in de ervaringen en meningen van de betrokken zorgverleners (vraagstellingen 1 en 2; zie paragraaf 1.5). De patiëntenenquête gaf een beeld van de ervaringen van patiënten met de zorg en de bijdrage van de epilepsieconsulenten aan de uitkomsten en kwaliteit van zorg (vraagstellingen 3 t/m 5). Met het vragenlijstonderzoek onder patiënten of ouders werd daarbij een vergelijking gemaakt voor wat betreft de ervaringen met en uitkomsten van zorg in de pilotsetting (zorg met een epilepsieconsulent) versus 'care-as-usual' (reguliere zorg, zonder consulent). Hieronder worden de belangrijkste bevindingen van de evaluatie onder zorgverleners en patiënten samengevat, gevolgd door een discussie met aanbevelingen voor verdere implementatie.

4.1 Conclusies

De resultaten van deze studie laten zien dat de epilepsieconsulent een belangrijke, aanvullende, laagdrempelige en kwaliteitsverhogende schakel vormt in de epilepsiezorg. Dat blijkt zowel uit de interviews met de zorgverleners, als uit het vragenlijstonderzoek onder patiënten en ouders. Daarbij werden tal van aanbevelingen gedaan door de zorgverleners en de patiënten/ouders voor verdere verbetering van de epilepsiezorg.

Praktijkervaringen en aanbevelingen van zorgverleners

Uit de interviews met zorgverleners blijkt dat alle betrokkenen het project Epilepsieconsulent geslaagd vinden en het belang van de functie onderstrepen. Zij zien de komst van de consulent als een waardevolle en onmisbare aanvulling op de reguliere zorg, waardoor de kwaliteit van de epilepsiezorg verbeterd. De betrokken (kinder)neurologen waren niet alleen van mening dat de nieuwe functie een meerwaarde heeft voor de patiënten/ouders, maar ook voor de inhoud en organisatie van de epilepsiezorg. Patiënten of ouders zijn nu beter voorbereid op een gesprek met de specialist en er komen nieuwe onderwerpen op tafel of het levert nieuwe inzichten op. Tegelijkertijd betekent de inzet van de epilepsieconsulenten voor de specialisten een taakverlichting of in ieder geval een zekere geruststelling doordat er nu structureel aandacht is voor zaken die niet in het gesprek met de arts aan de orde kunnen komen (vanwege tijdgebrek) en doordat de noodzakelijke voorlichting en begeleiding nu gewaarborgd is.

Daarnaast leverden de interviews een duidelijk beeld op omtrent de praktische invulling, de meerwaarde in de praktijk en de noodzakelijke randvoorwaarden voor implementatie van de functie. Uit de vervolginterviews bleek dat de functie in de voorgaande twee jaar volop in ontwikkeling was; de taakinvulling en werkwijze van de consulenten kristalliseerden zich uit, en de positionering, inbedding en patiëntenstromen stabiliseerden zich. Na een aanvankelijke inwerk-/opstartfase ging het werk van de consulenten gaandeweg uit meer directe patiëntenzorg bestaan (en minder uit overige taken zoals administratie en inlees-/regelwerk), en tegelijkertijd groeide het aantal patiëntencontacten en werden de recent-gediagnosticeerden steeds beter bereikt en opgevangen. De functie wordt inmiddels ook breder ingezet, met meer taken of een uitbreiding naar aanpalende specialismen en kortere lijnen met de kliniek. Bovendien maken sommige ziekenhuizen aanstalten om de functie verder uit te breiden met medisch-ondersteunende taken omdat de complexiteit van de doelgroep hierom vraagt (zoals in academische ziekenhuizen), de ziekenhuizen epilepsie als speerpunt kiezen en een 'epilepsiepoli' willen opzetten, voor triage en de beantwoording van binnenkomende vragen (bijvoorbeeld met het instellen van telefonische spreekuren), of voor begeleiding bij het toepassen van Nervus vagus-stimulatie of ketogeen dieet.

Ondanks deze positieve ontwikkelingen en groeipotenties blijft een aantal punten om structurele aandacht of verbetering vragen, teneinde de uitvoering en het rendement van de functie continue te waarborgen en te optimaliseren. Dit betreft dan de bekendheid van de functie, de samenwerking met specialisten en de daarmee samenhangende toestroom van patiënten, en de follow-up en trajectbewaking door de consulent. Voor dit laatste lijken eerdere en frequentere vervolcontacten aangewezen, en het evaluatiemoment zou niet pas na een jaar maar al eerder moeten plaatsvinden (bijvoorbeeld na een half jaar of al eerder als met medicatie gestart wordt).

Voorts gaven de betrokken zorgverleners hun visie op verdere implementatie van de functie. Aanbevelingen hadden betrekking op landelijke consensus, financiën, regionale spreiding, minimale patiëntenaantallen voor een efficiënte inzet van de consulent, en uitbreiding van het takenpakket. Voor het realiseren van integrale en kwalitatief hoogwaardige epilepsiezorg pleiten de betrokken zorgverleners voor toegankelijkheid van epilepsieconsulenten in de algemene epilepsiezorg. Daarvoor zou de epilepsieconsulent standaard deel moeten uitmaken van de basiszorg in algemene en academische ziekenhuizen. Naast landelijke consensus over de rol en noodzaak van consulenten als onderdeel van 'goede epilepsiezorg', is voor het behoud en de verdere implementatie van de functie allereerst structurele financiering nodig. Bij een landelijke uitrol moet worden gestreefd naar een evenwichtige regionale spreiding en een gegarandeerde minimale caseload (aantal patiënten). Dit vraagt om een zekere concentratie van zorg. Om te beginnen kan worden gestart met de grotere ziekenhuizen waarin een (kinder)neuroloog werkzaam is die epilepsie als aandachtsgebied heeft. Voor voldoende caseload en goede afstemming van zorg verdient een gecombineerde inzet voor volwassenen en kinderen (neurologie en kindergeneeskunde) de voorkeur. Eventueel kan een epilepsieconsulent in meerdere (omringende) ziekenhuizen worden ingezet.

Patiëntenervaringen en mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering

De resultaten van de patiëntenenquête en de vergelijking met ‘care-as-usual’ (reguliere zorg zonder consulent) laten over het algemeen zien dat zorg met een epilepsieconsulent beter tegemoetkomt aan de (informatie)behoeften van mensen met epilepsie en hun naasten, en dientengevolge ook positiever lijkt te worden ervaren en beoordeeld.

Patiënten en vooral ouders van kinderen met epilepsie onderschrijven het belang van psychosociale ondersteuning en begeleiding: ruim driekwart vindt dit belangrijk, waarbij een derde het zelfs ‘heel belangrijk’ vindt. Met de komst van de epilepsieconsulent hebben zij er naast de behandelend arts een belangrijke zorgverlener bij: iemand die de gewenste opvang en begeleiding biedt na de diagnose, extra aandacht heeft voor emotionele en praktische gevolgen van epilepsie, deskundige voorlichting geeft, meedenkt over het vervolg-/zorgtraject en die bovendien een extra aanspreekpunt is in de epilepsiezorg. Ouders van kinderen met epilepsie hechten relatief veel belang aan de psychosociale ondersteuning en begeleiding, en lijken ook meer behoefte te hebben aan snelle opvang en begeleiding na de diagnose.

De epilepsieconsulent vervult *naast* de behandelend arts een belangrijke aanvullende rol. Mensen uit de pilotgroep zagen de consulent als de op één na belangrijkste zorgverlener, en bijna de helft van hen zag de consulent als hun vaste contactpersoon en belangrijkste informatiebron. Als mensen meerdere contactpersonen of informatiebronnen hadden, was dit meestal een combinatie van de behandelaar en de epilepsieconsulent. De meerwaarde van epilepsieconsulenten –aanvullend op de (medische) zorg van de behandelend arts – blijkt vooral gelegen in de extra persoonlijke aandacht en tijd die voor de patiënt en diens naasten wordt uitgetrokken. Dit waarden de patiënten en ouders ook het meest, gevolgd door de openheid en gelijkwaardigheid, de deskundigheid en proactieve begeleiding (door het meedenken en actief wijzen op mogelijkheden en risico’s), en de laagdrempeligheid van de consulent. Vergeleken met de (kinder)neurogen excelleerden epilepsieconsulenten in de ondersteuning en bejegening, en qua voorlichting en medische begeleiding deden ze niet onder voor de specialisten. Ook waren de consulenten beter bereikbaar voor patiënten (telefonisch of per e-mail) dan de behandelaars.

Met de voorlichting, ondersteuning en activerende begeleiding leveren consulenten een bijdrage aan: 1) *wegwijs worden in de zorg* (vooral door het vergroten van inzicht in epilepsie en de behandeling en in welke zorg/hulp nodig is), 2) *leren omgaan met epilepsie* (door hulp bij verwerking/acceptatie, het beperken van gevolgen en oplossen van problemen), en 3) *empowerment* (toerusting van patiënten), *regie en zorgcoördinatie* (bijvoorbeeld door vragen te leren stellen aan de arts en epilepsie bespreekbaar te maken). Vooral bij de volwassenen blijkt het effect op het leren omgaan met epilepsie groot. Ook was er een trend dat volwassen patiënten van pilotziekenhuizen hoger scoorden op mondigheid, wat kan worden toegeschreven aan de bijdrage van epilepsieconsulenten in het leren opkomen voor jezelf in gesprekken met zorgverleners.

Verbetermogelijkheden waren volgens de patiënten van pilotziekenhuizen vooral de continuïteit en toegankelijkheid van zorg: een snellere opvang na de diagnose en betere follow-up (door vervolgcontacten met de epilepsieconsulent eerder of vaker te laten

plaatsvinden), en kortere wachttijden voor onderzoek, testuitslagen en afspraken met de behandelend arts. Daarentegen hadden de genoemde verbeterpunten voor de reguliere zorg vooral betrekking op de voorlichting, bejegening en opvang van patiënten na de diagnose – allemaal punten waarin de epilepsieconsulent juist kan voorzien.

Vooralsnog konden geen duidelijke effecten van epilepsieconsulenten worden aangetoond voor wat betreft de therapietrouw en aanvalsfrequentie, de gevolgen van epilepsie in het dagelijks leven, de ziektelast of ervaren ernst van de epilepsie, en de continuïteit van de zorg. Ook de gevolgen voor het zorggebruik op langere termijn zijn nog niet duidelijk. Daarvoor is vervolgonderzoek nodig naar de langetermijneffecten en doelmatigheid van de inzet van epilepsieconsulenten.

4.2 Discussie en aanbevelingen

Dit onderzoek beschrijft de resultaten van het dynamische project ‘Epilepsieconsulent’, over een functie in wording, waarbij is gekeken naar de taakinfilling, inbedding en effectuering van deze nieuwe functie in acht pilotziekenhuizen. De praktijkervaringen gingen gepaard met voortschrijdende inzichten en veranderingen waardoor de werkwijze, positionering en randvoorwaarden zich steeds duidelijker aftekenden. Ondanks de noodzakelijke aanloop (inwerk-/opstartfase) en enkele personele mutaties in deelnemende ziekenhuizen, en ondanks de verwachting dat veel beoogde resultaten mogelijk pas op langere termijn zichtbaar zullen worden, konden twee jaar na de invoering van de functie al diverse resultaten van de inzet van epilepsieconsulenten worden aangetoond.

Positieve uitkomsten

Al met al laten de resultaten van de patiëntenenquête positieve uitkomsten zien voor wat betreft de informatievoorziening en waardering van zorg in de pilotsetting. De beoordeling van de epilepsieconsulenten, neurologen en epilepsiezorg resulteerden in relatief hoge waarderingcijfers voor de pilotziekenhuizen, namelijk respectievelijk een 8,4, een 8,4, en een 8,1. Deze cijfers liggen iets hoger dan de algemene waardering voor verpleegkundigen (8,1), specialisten (8,1) en ziekenhuizen (8,0) bij ziekenhuisopnames (Sixma et al., 2009), en aanzienlijk hoger dan gemiddelde cijfers van patiënten voor alle 798 neurologen in Nederland (6,7) en acht neurologen met het specialisme epileptologie (7,8) op de site www.zorgkaartnederland.nl (geraadpleegd op 17 januari 2011). Hoewel aan de representativiteit van laatstgenoemde internetbron kan worden getwijfeld, wijzen deze vergelijkingscijfers en de resultaten van de patiëntenenquête stevast op gunstige beoordelingen voor de pilotsetting. Er was vooral veel waardering voor de epilepsieconsulent (8,4-8,5), en een gecontroleerde vergelijking liet als trend een hoger cijfer zien voor de epilepsiezorg in pilotziekenhuizen (8,1) dan voor de care-as-usual setting (7,6 voor de vergelijkingsziekenhuizen). Omdat het totaaloordeel over de epilepsiezorg vooral blijkt te worden bepaald door de ervaringen met de neuroloog en de informatievoorziening, lijkt het positieve oordeel over de pilotziekenhuizen indirect te danken aan de epilepsieconsulenten. Zij zorgden immers voor uitgebreidere voorlichting

op maat en leverden zo een belangrijke bijdrage aan de informatievoorziening, die vervolgens significant beter was in de pilotziekenhuizen dan in de care-as-usual setting.

Moderne dienstverlening

Epilepsieconsulenten leverden met hun inzet een bijdrage aan het wegwijs worden in de (epilepsie)zorg, maar ook aan het leren omgaan met epilepsie in het dagelijks leven, en een actievere invulling van de rol van patiënten of ouders. Er lijkt dus sprake te zijn van een beter geïnformeerde, meer betrokken en actievere patiënt die beter is toegerust voor zelfmanagement en regie over de zorg. Deze bevindingen sluiten aan op de vooraf geformuleerde doelen van de epilepsieconsulent en de visie van de Epilepsie Vereniging Nederland op goede zorg voor mensen met epilepsie (Tempels en Heisen, EVN, 2011) waarin een voorlichtende, coachende en activerende rol is weggelegd voor de epilepsieconsulent. De komst van de consulent ter aanvulling en ondersteuning van het werk van (kinder)neurologen, ligt ook in de lijn van eerdere adviezen, verwachtingen en signaleringen omtrent taakherschikking in de zorg (RVZ, 2002; Bussemakers, STG, 2006; Gezondheidsraad, 2008) en de behoefteramingen neurologen (Vugts et al., 2004; Schepman et al., 2010).

Bovendien sluit deze innovatie als ‘modern dienstverleningsconcept’ aan op een recent rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over de huidige en toekomstige ontwikkelingen in de zorg (Gerads, RVZ/Nictiz, 2010). Daarin wordt een goede informatievoorziening als noodzakelijke voorwaarde gesteld voor het versterken van de eigen regie van patiënten in de zorg en wordt het belang van vroege voorlichting onderstreept. Door de epilepsieconsulent direct na de diagnose in te zetten, op een moment dat emoties, angst en onzekerheid de betrokkenen overmannen, kan de informatiekloof of -asymmetrie al in een vroegtijdig stadium worden beslecht. Voor het versterken van de eigen regie van de patiënt is het vervolgens van belang dat de consulent steeds goed aansluit op de fasen waarin patiënten zich bevinden, waarbij de consulent hen coacht in hun zoektocht naar relevante informatie en in het omgaan met de aandoening. Dit vereist specifieke coachingvaardigheden (bijvoorbeeld gesprekstechnieken zoals luisteren en gericht vragen stellen, en het vergroten van zelfsturing door motiverende begeleiding) en duidelijke afspraken over de verantwoordelijkheid van de zorgverlener en de patiënt. Tegelijkertijd moeten zorgverleners zich realiseren dat ze dan wel mondiger patiënten tegenover zich krijgen. Zo komt de zorg tegemoet aan de veranderende rol van patiënten en wordt de zorg meer vraaggestuurd. Maar dat vraagt dan ook om een aangepaste financieringsstructuur voor de grote tijdsinvestering aan het begin van het zorgtraject en de structurele inzet van een dergelijke consulent. Gerads (RVZ/Nictiz, 2010) merkt in dit verband op dat het huidige beloningssysteem in de zorg niet is ingesteld op een dergelijk nieuw dienstverleningsconcept. Hier moeten dan ook oplossingen voor worden gevonden.

Langetermijneffecten

Goede informatievoorziening kan dus worden beschouwd als een eerste, noodzakelijke stap op weg naar meer regie en zelfsturing van patiënten in de epilepsiezorg. Echter, twee jaar na de invoering van de functie konden veel verwachte effecten - zoals het beperken van de ernst en impact van epilepsie en gunstige gevolgen voor het zorggebruik,

therapietrouw, en continuïteit van zorg - nog niet duidelijk worden aangetoond. Daarom is vervolgonderzoek nodig naar de effecten van epilepsieconsulenten op langere termijn, zowel voor wat betreft de uitkomsten van zorg voor patiënten en hun naasten, als voor de verdere bijdrage aan het realiseren van integrale en doelmatige epilepsiezorg.

Kanttekeningen en beperkingen van de studie

Bij deze evaluatiestudie kunnen een drietal kanttekeningen worden geplaatst ten aanzien van de generaliseerbaarheid:

- a de pilotziekenhuizen zijn misschien niet representatief voor alle ziekenhuizen in Nederland, alleen al vanwege het feit dat er in epilepsie geïnteresseerde neurologen werken;
- b door de relatief lage respons bij patiënten van vergelijkingsziekenhuizen is de vergelijkingsgroep misschien niet representatief voor alle patiënten die reguliere epilepsiezorg ontvangen;
- c de onderzochte pilotgroep betrof uitsluitend mensen die in de vorige twee jaar contact hadden met een epilepsieconsulent, waardoor deze groep misschien niet representatief is voor alle patiënten in de pilotsetting (inclusief degenen die geen contact hadden met de epilepsieconsulent of dit afwezen).

Maar de betrokken neurologen gaven aan dat slechts weinig patiënten een contact met de epilepsieconsulent afslaan, zeker de helft van het verwachte aantal nieuwe patiënten (800 per jaar) is daadwerkelijk gezien in de pilotsetting (403 in 2010), en de respons op de enquête was boven verwachting (55% in plaats van de verwachte 50%). Dus hoewel er wel een selectie was doordat specialisten de patiënten niet doorstuurden naar de consulent, zijn er geen redenen om te veronderstellen dat de resultaten niet representatief zijn voor de groep die contact had met een epilepsieconsulent. En voor wat betreft de eerste twee redenen geldt: a) de acht pilotziekenhuizen zijn misschien wel ‘koplopers’ maar tegelijkertijd representatief voor huidige ontwikkelingen in de epilepsiezorg en ze vertegenwoordigen alle soorten ziekenhuizen (algemene, topklinische en academische); en b) de lage respons van de vergelijkingsgroep wordt deels verklaard door afwijkende benaderingswijzen en kan het gevolg zijn van minder betrokkenheid van patiënten bij de epilepsiezorg, maar er zijn geen redenen om te veronderstellen dat de non-respons zich op andere gronden baseert dan voor de pilotgroep (volwassenen en kinderen in de twee settings verschilden ook niet qua geslacht, leeftijd en gezondheid). Zodoende hoeven deze kanttekeningen geen beperkingen op te leveren voor de interpretatie van de resultaten.

Voorts vormt het ontbreken van een nulmeting of herhaalde meting bij patiënten een beperking voor de interpretatie van resultaten. Een extra meting zou niet alleen waardevol zijn geweest voor een afzonderlijke vergelijking voor de pilotsetting (wat een vergelijking met care-as-usual van ondergeschikt belang maakt), maar ook voor het trekken van conclusies omtrent causaliteit. Dit onderstreept nog eens het belang van vervolgonderzoek voor vergelijkingen in de tijd.

Tot slot was een belangrijke beperking of hindernis in het vragenlijstonderzoek het geconstateerde verschil in samenstelling van de studiepopulaties. Ondanks de beoogde selectie van twee vergelijkbare groepen bleken de pilot- en vergelijkingsgroep aanzienlijk

te verschillen qua achtergrond- en ziektekenmerken. Een selectie op basis van de DBC- (vervolg)codes bleek niet goed mogelijk of leverde in ieder geval niet de beoogde selectie van recent-gediagnosticeerden op bij de vergelijkingsziekenhuizen. Samen met de soms kleine aantallen per subgroep heeft dit de onderlinge vergelijkingen bemoeilijkt. Toch is bij de analyses en interpretatie van de resultaten de nodige zorgvuldigheid betracht, zodat de resultaten van de patiëntenenquête wel als indicatief en richtinggevend mogen worden beschouwd en de gevonden verschillen – in zoverre significant of trendmatig consistent – daadwerkelijk aanwijzingen geven voor de effectiviteit van de functie.

Aanbevelingen voor een landelijke uitrol

Voor de verdere implementatie van de functie kan gebruik worden gemaakt van de vele ervaringen en aanbevelingen van de betrokken zorgverleners in de acht pilotziekenhuizen. Zij stelden dat een landelijke uitrol zou kunnen starten met grotere ziekenhuizen die evenwichtig zijn verspreid over het land. Voor het selecteren van de ziekenhuizen waar relatief veel neurologen werkzaam zijn en die evenredig zijn verdeeld over de 27 gezondheidsregio's van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV-regio's 2003) kan bijvoorbeeld de Zorgatlas (<http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/algemene-en-academische-ziekenhuizen/aanbod/neurologen-per-ziekenhuis-2007>) worden gebruikt.

Met de volgende gegevens kan een realistisch 'uitrolscenario' worden opgesteld:

- de incidentie van epilepsie in Nederland (circa 8.000 nieuwe patiënten per jaar);
- het aantal ziekenhuizen (in 2010 waren dit 91 organisaties en 137 locaties);
- het aantal neurologen (ongeveer 800), dus gemiddeld 8 à 9 neurologen per ziekenhuis;
- de gerealiseerde caseload per epilepsieconsulent in 2010 (gemiddeld zeven eerste gesprekken, met nieuwe patiënten, en vier vervolggelassen per maand bij 0,4 fte);
- de tijdsverdeling over patiëntgebonden en overige werkzaamheden (dit was uiteindelijk gemiddeld 75% voor directe patiëntenzorg);
- de tijdsbesteding per type contact: 75 minuten voor een eerste gesprek en 30 minuten voor een vervolggelassen, plus respectievelijk 45 minuten en 15 verslaglegging/administratie (dus in totaal twee uur voor een eerste gesprek en 45 minuten voor een vervolggelassen; zie Bijlage 7);
- en rekening houdend met een oplopend aantal vervolggelassen en toenemend aantal telefoontjes, mails en overige correspondentie, die elk gemiddeld 15 minuten duren.

Tevens moet rekening worden gehouden met voldoende capaciteit (FTE) per ziekenhuis of locatie om de bereikbaarheid, laagdrempeligheid en inzetbaarheid van de functie te waarborgen. Hiervoor zou minimaal 0,4 fte (zoals nu), maar idealiter tenminste 0,6 fte (drie dagen per week) per ziekenhuis gerekend moeten worden. Uiteraard moeten dan ook voldoende goed opgeleide consulenten beschikbaar zijn. Hiervoor is het belangrijk dat de landelijke opleiding voor epilepsieconsulenten wordt gecontinueerd, met aandacht voor de noodzakelijke kennis en gespreksvaardigheden, intervisie en casuïstiek-besprekingen. Omdat consulenten de onderlinge uitwisseling op studiedagen zeer waardevol vonden, verdient het ook aanbeveling om specifieke trainingsdagen of bijscholingsbijeenkomsten aan te blijven bieden.

Voor de verdere implementatie kan tevens gebruik worden gemaakt van beschikbare literatuur en kennis omtrent de invoering van zorginnovaties (zie bijvoorbeeld Grol en Wensing, 2000; Fleuren et al., 2004, 2006). Globaal worden vier implementatiefasen onderscheiden:

- 1 verspreiding;
- 2 adoptie;
- 3 implementatie;
- 4 continuering/borging.

Monitoring en evaluatie behoren onderdeel te zijn van de implementatie, om na te gaan of de innovatie ook wordt gebruikt of ingezet zoals bedoeld. In de ‘innovatiecyclus’ wordt ook het belang benadrukt van de inzet van geschikte invoerstrategieën die aansluiten op determinanten voor succesvolle implementatie.

Determinanten zijn in dit geval bijvoorbeeld: het algemene draagvlak en erkenning van de noodzaak van de functie (*omgeving*), kenmerken en randvoorwaarden van de ziekenhuizen (*organisatie*), competenties, verwachtingen en eisen van de betrokken zorgverleners (*gebruikers*), en ‘het gedachtegoed’ en kenmerken van het consulentenschap (de *vernieuwing* zelf). Samen met de bevindingen uit deze evaluatiestudie en de vele aanbevelingen van de betrokken zorgverleners (zie 2.2.4 en 2.3.4) biedt dit voldoende aanknopingspunten en inzichten om een succesvolle landelijke implementatie van de nieuwe functie mogelijk te maken.